

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Μάιος - Ιούνιος - Ιούλιος 2016 | Τεύχος 40

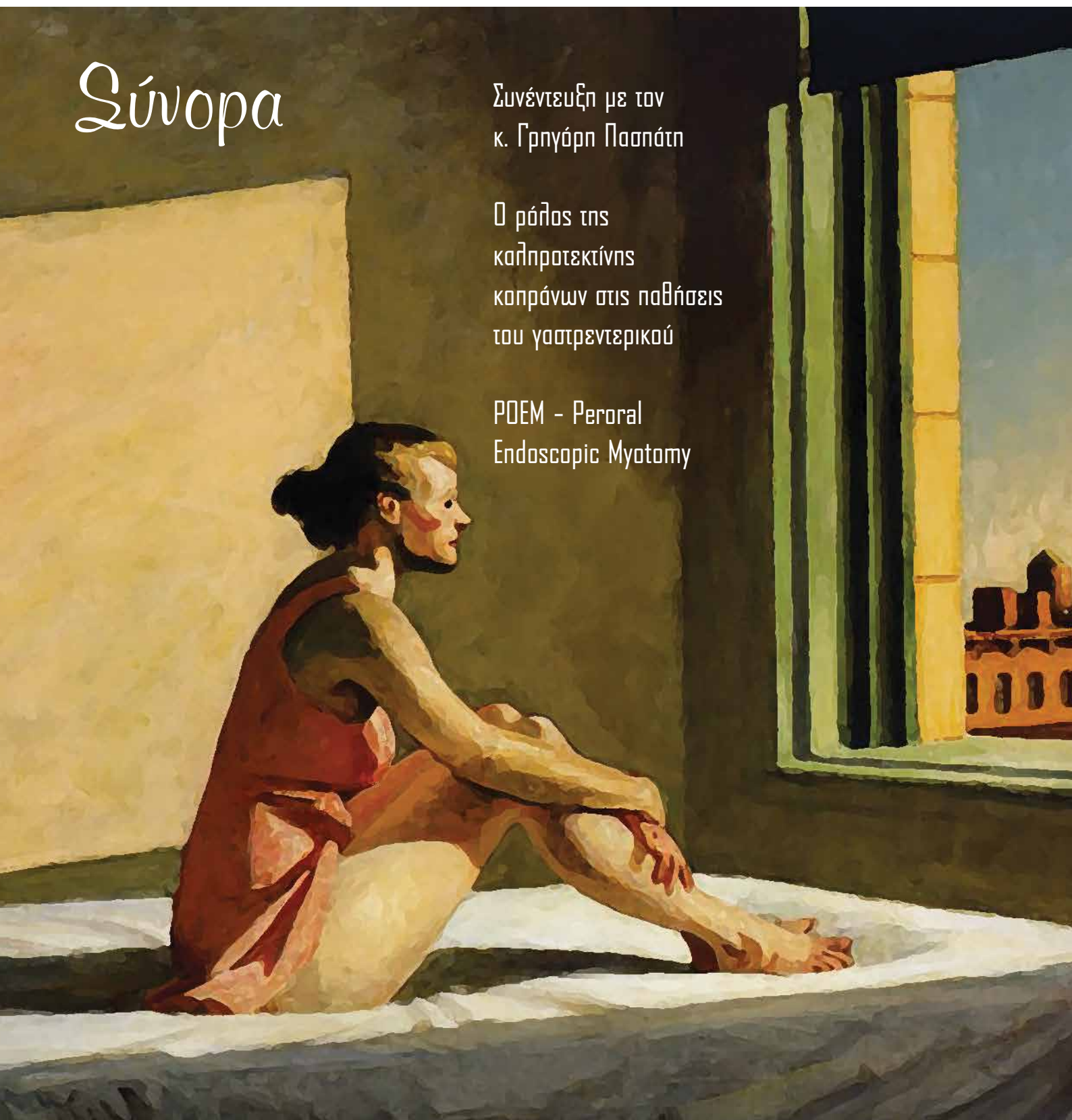
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

Σύνορα

Συνέντευξη με τον
κ. Γρηγόρη Πασπάτη

Ο ρόλος της
καθηροτεκτικής
κοπράνων στις παθήσεις
του γαστρεντερικού

POEM - Peroral
Endoscopic Myotomy



Άρθρο Σύνταξης



Τέλος θητείας .. όχι τέλος εποχής.. ή άλλως.. η ζωή συνεχίζεται.

... πέρασαν σχεδόν 3 χρόνια από τότε που έγιναν εκλογές και άλλαξαν τα πρόσωπα στο τιμόνι τη ΕΠΕΓΕ... οι συνάδελφοι που «εκθέσαμε» τον εαυτό μας στις τότε εκλογές βάζοντας υποψηφιότητα δεν είχαμε τίποτε άλλο στο 'πίσω μέρος' του μυαλού μας από το να προσφέρουμε χρόνο και κόπο για το κοινό μας «σπίτι» την Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδας που με πολύ κόπο και μεράκι δημιούργησαν άξιοι συνάδελφοι πριν από εμάς.

... όσοι πιστεύουν ότι το να αφαιρείς έστω και ελάχιστο χρόνο από την δουλειά σου αλλά και από την οικογένεια και τα παιδιά σου είναι εύκολη υπόθεση μάλλον δεν θα ασχολήθηκαν ποτέ ούτε με την διαχείριση της οικοδομής τους ή τον Σύλλογο Γονέων του Σχολείου των παιδιών τους. Η συμμετοχή στην κοινή μας ζωή, στον «δημόσιο χώρο» όπου ζούμε ή δραστηριοποιούμαστε επαγγελματικά θα μπορούσε να πει κανείς ότι είναι ιερό καθήκον κάθε πολίτη..

Έτσι κάπου εδώ μου ήρθε στο μυαλό το κείμενο του Antonio Gramsci από την εφημερίδα - φυλλάδιο «Citta Futura» με τίτλο «Μισώ τους αδιάφορους» που γράφτηκε στα 1917 και σε ηλικία 26 ετών.

«Μισώ τους αδιάφορους... ...Το να ζεις πραγματικά σημαίνει να είσαι πολίτης και να συμμετέχεις. Αδιαφορία σημαίνει αβουλία, είναι παρασιτισμός και δειλία. Η αδιαφορία δεν είναι ζωή. Γι' αυτό και αντιπαθώ τους αδιάφορους.

Η αδιαφορία είναι το νεκρό βάρος της ιστορίας. Είναι ή θηλιά γύρω από του νεωτεριστή τον λαϊμό, το αδρανές βάρος με το οποίο καταπνίγονται οι λαμπρότερες των ιδεών, είναι ο βάλτος που περιβάλλει την γηραιά Πολιτεία και την υπερασπίζεται καλύτερα και από τα ισχυρότερα τείχη και την ανδρεία των υπερασπιστών της, καθώς οι επιτιθέμενοι βουλιάζουν μέσα στις κατάμαυρες ρουφηχτρες του, αποδεκατίζοντάς τους, αποκαρδιώνοντάς τους μέχρι και του σημείου να απέχουν των συνηθισμένων ηρωικών τους πράξεων. Η αδιαφορία είναι μια πανίσχυρη δύναμη στην ιστορία. Δρα παθητικά, αλλά λειτουργεί έτσι κι αλλιώς... ...Το κατεστημένο που δείχνει πως κυριαρχεί ιστορικά δεν είναι τίποτα παραπάνω παρά η απατηλή εμφάνιση αυτής της αδιαφορίας, αυτής της τάσης προς την αποχή.

.....Τώρα οι αδιάφοροι εκνευρίζονται και βγαίνουν από τα ρούχα τους, θέλουν να διαφύγουν των επιπτώσεων ισχυριζόμενοι πως δεν ήταν μέρος του σχεδίου, πως δεν είναι τάχα υπεύθυνοι. Μερικοί μωξοκλαίνε, κάποιοι άλλοι βρίζουν και καταριούνται, αλλά μόνο ελάχιστοι από αυτούς αναρωτιούνται: «εάν είχα κάνει το καθήκον μου, εάν είχα πει την άποψη και είχα προσφέρει την γνώμη μου, θα συνέβαιναν τελικά όλα αυτά;» Αλλά ελάχιστοι θα κατηγορήσουν τον εαυτό τους για την αδιαφορία τους, τον κακώς εννοούμενο σκεπτικισμό τους, την αποτυχία να δανείσουν το σθένος και την δύναμή τους στους οργανωμένους πολίτες που παλεύουν ενάντια στις ατυχίες ή που αγωνίζονται για ένα κοινό στόχο....

Ζω και αισθάνομαι ήδη την έντονη πνευματικότητα της πλευράς

μου, το παλλόμενο έργο της μελλοντικής πολιτείας που η πλευρά μου οικοδομεί... ...Σε αυτή την πολιτεία δεν υπάρχει κανείς που να κάθεται στο παράθυρο παρακολουθώντας τους λίγους να μοχθούν και να ματώνουν, κανείς που να κάθεται στο παράθυρο παραδοκώντας να απολαύσει τα πενιχρά αποτελέσματα αυτής της δραστηριότητας, ξευτιλίζοντας όλους όσους μόχθησαν και μάτωσαν για το πόσα λίγα τελικά κατόρθωσαν»..

Αφήνοντας πίσω τα σημαντικά σίγουρα λόγια του, νεαρού τότε, Antonio Gramsci σκέφτομαι ότι οι εκλογές για την νέα θητεία του Δ.Σ της ΕΠΕΓΕ είναι μπροστά μας και πολύ σύντομα θα δοκιμαστούμε με την συνείδησή μας και το καθήκον μας να κρατήσουμε ζωντανή την Ένωσή μας. Οι καιροί είναι δύσκολοι για όλους αλλά κυρίως τους νέους συναδέλφους που βλέπουν κόπους και όνειρα να δοκιμάζονται. Σε αυτούς τους νέους συναδέλφους πρέπει να στηριχθεί η Ένωσή μας, στον αυθορμητισμό, την δύναμη, και την φρεσκάδα τους κρύβεται η προοπτική να διαμορφώσουμε όρους και προϋποθέσεις επαγγελματικής επιβίωσης και πάνω σε αυτή να οικοδομήσουμε όποια συλλογική και ατομική επιτυχία.

Η ιδιότητα με την ολοκληρωτική της έννοια δεν μας πρέπει. Αν νομίζουμε ότι κτίζοντας το προσωπικό επαγγελματικό μας «κάστρο» θα σωθούμε από το μνημονιακό τσουνάμι είμαστε γελασμένοι, όπως αν νομίζουμε ότι σαν επαγγελματική επιστημονική ομάδα μπορούμε να σωθούμε αν δεν σωθεί μαζί και η κοινωνία είμαστε επίσης γελασμένοι.

Πεδίο δόξης λαμπρό λοιπόν, να κατατεθούν ιδέες, να προταθούν ενέργειες και λύσεις μα κυρίως να μπουν μπροστά κορμιά για να κτιστεί η συλλογική μας αρχικά συνείδηση και στην συνέχεια (ή ταυτόχρονα) να βρούμε τον κοινό μας βηματισμό με τα άλλα «κομμάτια» της κοινωνίας ώστε όλοι μαζί ή έστω οι περισσότεροι να περάσουμε στην αντίπερα όχθη.

Δεν χρειάζονται υπερήρωες, άνθρωποι με κοινή λογική και όρεξη χρειάζονται που θα αφιερώσουν μέρος της δράσης τους στο κοινό καλό, που είναι έτοιμοι να ακούσουν τις δίκαιες ή και άδικες κριτικές για όσα θα κάνουν και κυρίως για όσα δεν μπόρεσαν να κάνουν. Τέτοιοι θέλουμε να πιστεύουμε ότι είμασταν και εμείς που η θητεία μας τελειώνει, σε μια περίοδο καθημερινών αλλαγών που πολλές φορές δεν προλαβαίναμε ούτε να ενημερωθούμε για όσα σχεδιάζονταν ή εφαρμόζονταν. Αν τα καταφέραμε να σταθούμε έστω όρθιοι και να σας αντικρύσουμε στα μάτια με την συνείδηση «ήσυχη» είναι κάτι καθαρά υποκειμενικό και δεν μπορούμε να το απαντήσουμε οι ίδιοι. Θα το μάθουμε στην επόμενη εκλογο-απολογιστική Γενική Συνέλευση στα πλαίσια της ετήσιας διημερίδας μας ακούγοντας όλους εσάς και κυρίως θα περιμένουμε τον φρέσκο αέρα που θα μας πάει στην επόμενη μέρα...

.. γιά να μην ζήσουμε το Ampere Alert: Εξαφάνιση Γαστρεντερολόγου..

καλή μας δύναμη..

Χάρης Τσιώνης – Μέλος του Δ.Σ της ΕΠΕΓΕ.



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΟΥΜΕ	06
Ασφάλιση επαγγελματικής αστικής ευθύνης	
ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΑΤΕ;	08
Βιβλιογραφική ενημέρωση	
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ	10
Με τον κ. Γρηγόρη Πασπάτη	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	16
Ο ρόλος της καλπροτεκτίνης κοπράνων στις παθήσεις του γαστρεντερικού	
ΝΕΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ-ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ	20
Τεχνολογικές εξελίξεις στη μελέτη κινητικότητας του ανωτέρου πεπτικού συστήματος	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	23
Επιτρέπει το κινητό σου τηλέφωνο να λαμβάνεις ασπιρίνη;	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	24
POEM- Peroral Endoscopic Myotomy	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	30
Διαφημιστικά σκουπίδια και δημόσια υγεία	
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ & ΑΛΛΑ	32
Η Ροτόντα και πάλι κοντά μας	
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	33
Αθήνα θα πάτε;	
ΤΟ ΕΞΟΦΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ	34

Ιδιοκτήτης:

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

Εκδότης & Υπεύθυνος παρά τη 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
e-mail: info@epege.gr

Διευθύντρια σύνταξης:

Μαρία Μυλωνάκη

Συντακτική Επιτροπή:

Αναστασίου Ιωάννης
Βασιλειάδης Κωνσταντίνος
Γούλας Σπύρος

Ζωγράφος Κωνσταντίνος
Θεοδωροπούλου Αγγελική
Καρμίρης Κωνσταντίνος
Κούτμος Σπύρος
Κωνσταντούλας Σπύρος
Κωφοκώσιος Αλέξανδρος
Μπομπότση Νάγια
Σιούλας Αθανάσιος
Σκλάβος Παντελής
Τσιώνης Χάρης

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

Πρόεδρος: Παναγιώτης Κασαπίδης
Αντιπρόεδρος: Μανώλης Συμβουλάκης
Γεν. Γραμματέας: Νάγια Μπομπότση
Ειδ. Γραμματέας: Μαρία Μυλωνάκη
Ταμίας: Αγγελική Χρηστίδου
Μέλη: Χάρης Τσιώνης, Κων/νος Ζωγράφος
Γραμματεία: Γεναδοπούλου Μαρία

Διευθυντής Διευρηγικού:

Σκούρας Μίλτος

Δημιουργική Επιμέλεια:

Αλέξανδρος Χατζημιάλης

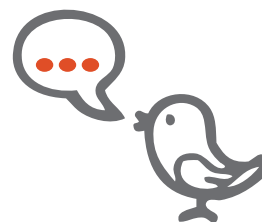
Εικονογραφισι Εξωφύλλου:

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.



Νέα ΔΣ

Η 14η διημερίδα της ΕΠΕΓΕ πλησιάζει. Στις 8 & 9 Οκτωβρίου σας περιμένουμε στο Caravel στην Αθήνα να παρακολουθήσετε το πολύ ενδιαφέρον πρόγραμμα σχετικά με τα «Φάρμακα και Πεπτικό» που έχει αναπτύξει ο πρόεδρος της οργανωτικής επιτροπής κ. Απόστολος Νταϊλιάνας. Από το Σεπτέμβριο μπορείτε να δηλώνετε συμμετοχή και γι το κλινικό φροντιστήριο αντιμετώπισης απειλητικών για τη ζωή συμβαμάτων κατά τη χορήγηση καταστολής στην ενδοσκόπηση. Πληροφορίες θα βρείτε στην ιστοσελίδα μας.

Φέτος παράλληλα με τη διημερίδα θα διενεργηθούν και αρχαιρεσίες για την εκλογή νέου Διοικητικού Συμβουλίου. Θα λάβετε επιστολή - πρόσκληση για υποβολή υποψηφιοτήτων. Προσβλέπουμε στην ενεργό συμμετοχή στα κοινά του κλάδου μας σε μία περίοδο που η γαστρεντερολογία μας έχει περισσότερο ανάγκη από ποτέ. Νέοι άνθρωποι με καινούργιες ιδέες και όραμα είναι απαραίτητοι για την εξέλιξη και διασφάλιση της ειδικότητας μας. **Σκεφτείτε σοβαρά την υποβολή υποψηφιότητας στις εκλογές** και μη χάσετε την ετήσια γενική συνέλευση όπου μπορεί ο καθένας μας να εκφράσει απόψεις και προβληματισμούς.

Από την αρχή του έτους έχουν ζητηθεί από τον ΕΟΠΥΥ κανόνες παραπομπής διαγνωστικών εξετάσεων, δηλαδή ποιες ειδικότητες μπορούν να συνταγογραφούν συγκεκριμένες εξετάσεις για συγκεκριμένα ICD 10 νόσων και με ποια συχνότητα. Οι προτάσεις μας για τις νόσους που μας αφορούν έχουν ήδη σταλεί στους αρμόδιους φορείς. Το ζήτημα αναμένεται να οριστικοποιηθεί με δημοσίευση σε ΦΕΚ στις αρχές Νοεμβρίου.

Στην εφημερίδα Επένδυση στις 30/7 γίνεται αναφορά σε πόρισμα ελεγκτών στο νοσοκομείο Καλαμάτας σχετικά με την έλλειψη μόνιμου γαστρεντερολόγου. Στις τελευταίες σειρές του πορίσματος οι δύο επιθεωρητές του ΣΕΥΥΠ ζητούν από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) να εξετάσει τη δυνατότητα διενέργειας ενδοσκοπήσεων από ιατρούς μη γαστρεντερολόγους, καθώς και τον καθορισμό των όρων και των προϋποθέσεων της εκπαίδευσής τους και της πιστοποίησης τους. Πρόκειται για ένα ζήτημα με το οποίο η ΕΠΕΓΕ έχει ασχοληθεί πολλές φορές στο παρελθόν. Οι προϋποθέσεις σύμφωνα με τις οποίες μπορούν να ενδοσκοπούν οι μη γαστρεντερολόγοι έχουν ήδη κατατεθεί στο ΚΕΣΥ χωρίς ποτέ να έχουμε λάβει μια απάντηση, ούτε κατοχύρωση συγκεκριμένου νομικού πλαισίου. Με αφορμή το δημοσίευμα αυτό προτιθέμεθα να επανέλθουμε στο θέμα ασκώντας πιέσεις προς το ΚΕΣΥ για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας και την αξιοπιστία της ειδικότητας μας προς την κοινωνία.

Θα περιμένουμε τις υποψηφιότητές σας για τις εκλογές και θα τα πούμε από κοντά στη γενική μας συνέλευση το Σάββατο 8/10.

Καλό φθινόπωρο!



Επικοινωνούμε

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

Στο σύγχρονο, απαιτητικό και ιδιαίτερο επαγγελματικό περιβάλλον, καθίσταται απαραίτητη περισσότερο από ποτέ, η κάλυψη κάθε ιατρού με ασφαλιστήριο Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης, που στόχο έχει να τον προστατεύσει από λογικές ή ακόμη και παράλογες απαιτήσεις τρίτων, οι οποίες πιθανόν να προκύψουν από την άσκηση της δραστηριότητας του.

Η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδος, επιδεικνύοντας ιδιαίτερη ευαισθησία, ήδη από το 2006, μου ανέθεσε, με την ιδιότητα μου του ασφαλιστικού πράκτορα, συνεργαζόμενου με όλες τις ασφαλιστικές εταιρείες, να διερευνήσω την ασφαλιστική αγορά και να συντάξω ασφαλιστήριο απολύτως προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητες της ειδικότητας του Ιατρού Γαστρεντερολόγου.

Σε συνεργασία με την ασφαλιστική εταιρεία «ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΠΙΣΤΗ», δημιουργήθηκε ένα μοναδικό από πλευράς πλήρους κάλυψης αλλά και κόστους ασφαλιστήριο, το οποίο καλύπτει τις ανάγκες της ειδικότητάς σας και ιδιαίτερα την χορήγηση κατασταλτικών ουσιών κατά τις ενδοσκοπήσεις, σύμφωνα με την προσθήκη του ακόλουθου ΕΙΔΙΚΟΥ ΟΡΟΥ.

Ρητά δηλώνεται ότι βάσει του γνωστικού του αντικειμένου, ο ιατρός μπορεί να διενεργεί στο ιατρείο του, στα διαγνωστικά κέντρα και νοσηλευτικά ιδρύματα (ιδιωτικά ή δημόσια), με τα οποία συνεργάζεται, τόσο διαγνωστικές όσο και θεραπευτικές η/ και επεμβατικές πράξεις με ή χωρίς καταστολή, όπως π.χ ενδοσκοπήσεις.

Το ασφαλιστήριο αυτό παρέχεται με τα πιο κάτω επίπεδα παροχών και ασφαλιστρών.

Εννοείται ότι σε τακτά χρονικά διαστήματα επαναλαμβάνεται από πλευράς μου, η διερεύνηση της ασφαλιστικής αγοράς, ώστε ει δυνατόν να επιτευχθεί ακόμα καλύτερο επίπεδο παροχών και ασφαλιστρώ.

Στο ειδικό αυτό ασφαλιστήριο έχουν ήδη ενταχθεί περίπου

150 γαστρεντερολόγοι, αριθμός σαφώς ικανοποιητικός, αλλά σχετικά μικρός σε σχέση με το σύνολο των συναδέλφων της ειδικότητάς σας.

Παρά τα άσχημα γενικώς αποτελέσματα τα οποία εμφανίζει για όλη την ασφαλιστική αγορά ο κλάδος Αστικής Ευθύνης Ιατρών, θα υπήρχε η δυνατότητα περαιτέρω μείωσης του ήδη εκπαιστικού ασφαλιστρώ, εάν επιτυγχάνετο η μεγαλύτερη συμμετοχή συναδέλφων σας.

Πιστεύω ότι ο στόχος αυτός είναι εφικτός, δεδομένης της μοναδικότητας του ασφαλιστηρίου αυτού για την ειδικότητα σας.

Επίσης για την αντιμετώπιση θεμάτων Νομικής φύσεως, ως εναγόμενοι ή και ενάγοντες, το κόστος των οποίων σε πολλές περιπτώσεις είναι ιδιαίτερα επαχθές, έχουμε την δυνατότητα, σε συνεργασία με εξειδικευμένη εταιρεία Νομικής προστασίας, να σας παρέχουμε ασφαλιστήριο πλήρους Νομικής προστασίας, με το, επί της ουσίας συμβολικό, ποσό των 100 ευρώ ετησίως !!!

Γενικότερα οφείλω να επισημάνω ότι θα ήταν πράξη σοφίας να αξιοποιηθεί η μαζικότητα της ΕΠ.Ε.Γ.Ε, και να δημιουργηθούν Ομαδικά προγράμματα ασφάλισης από τον κλάδο Αυτοκινήτου, έως την προστασία Υγείας, Συνταξιοδότησης και Επαγγελματικής Ανικανότητας.

Τα οφέλη παροχών και οικονομίας πολλά....

Οι συνεργάτες μου της SAFELINE Α.Ε ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΟΡΕΥΣΕΩΝ, Λ. Αθηνών 71, και εγώ, σας ευχαριστούμε ιδιαίτερα και είμαστε στην διάθεσή σας για οποιαδήποτε πληροφορία και διευκρίνιση στα τηλ. 210 9239339, 6932224004. e mail: politis.j@safeline.com.gr

Με Εκτίμηση

Γιάννης Πολίτης

Πρόεδρος και Δ/νων Σύμβουλος

	A	B	Γ	Δ	Ε
Σωματικές Βλάβες					
Ανά γεγονός	75.000 €	150.000 €	200.000 €	400.000 €	600.000 €
Ανώτατο Όριο					
Ευθύνης Ετησίως	150.000 €	300.000 €	400.000 €	400.000 €	600.000 €
Ετήσια Ασφάλιστρα	243 €	367 €	452 €	766 €	1.035 €



Αυτό το προσέξατε;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

1. Πως μπορεί να εκτιμηθεί αξιόπιστα το μέγεθος ενός πολύποδα στο παχύ έντερο;

Use of a novel polyp "ruler snare" improves estimation of colon polyp size. A.M. Kaz, A.A. Anwar, D. R. O'Neill, and J.A. Dominitz Gastrointest Endosc 2016;83:812-816.

Η ακριβής εκτίμηση του μεγέθους του πολύποδα, αποτελεί σημαντική πληροφορία, καθώς χρησιμοποιείται στον καθορισμό του χρόνου ενδοσκοπικής παρακολούθησης. Σε προηγούμενες σχετικές μελέτες, η εκτίμηση του μεγέθους ενός πολύποδα, έχει διαπιστωθεί πως δεν είναι αξιόπιστη και κυρίως αυτό αφορά τους μεγαλύτερους πολύποδες. Η υποεκτίμηση του μεγέθους ενός μεγάλου πολύποδα μπορεί να οδηγήσει σε αραιότερα χρονικά διαστήματα ενδοσκοπικής επιτήρησης και κατά συνέπεια σε αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου. Οι μέχρι τώρα εφαρμοζόμενες τεχνικές (το άνοιγμα μιας λαβίδας βιοψίας γνωστού μεγέθους ή άλλων ενδοσκοπικών κανόνων), έχουν σαφώς αποδειχθεί ανώτερες της απλής οπτικής εκτίμησης, ωστόσο δεν είναι πολύ πρακτικές ιδίως όταν πρόκειται να εκτελεστεί ενδοσκοπική αφαίρεση ενός πολύποδα με τη χρήση βρόχου πολυποδεκτομής.

Για τους σκοπούς της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ένα πειραματικό μοντέλο παχέος εντέρου, εντός του οποίου τοποθετήθηκαν 10 σφαιρίδια διαφορετικού μεγέθους, τα οποία παριστούσαν τους πολύποδες. Στην μελέτη κλήθηκαν να συμμετάσχουν 34 ενδοσκόποι οι οποίοι αρχικά εκτίμησαν το μέγεθος των πολυπόδων χρησιμοποιώντας συμβατικούς βρόχους. Στην επαναληπτική ενδοσκόπηση χρησιμοποιήσαν ως μέτρο εκτίμησης του μεγέθους ενός πολύποδα, έναν τροποποιημένο βρόχο πολυποδεκτομής, ο οποίος έφερε στα τελευταία 3 εκατοστά του στελέχους του, διαβαθμίσεις των 5 χιλιοστών. Οι μισοί από τους ενδοσκόπους θεώρησαν την χρήση ενός τέτοιου βρόχου ως εύκολη. Όπως διαπιστώθηκε, η ακριβής εκτίμηση του μεγέθους ενός πολύποδα βελτιώθηκε από το 48,5% στο 60,3%. Το σημαντικότερο είναι πως η μεγαλύτερη βελτίωση παρατηρήθηκε στην εκτίμηση του μεγέθους των μεγάλων πολυπόδων (από το 35,9% στο 58,2%). Επιβεβαιώθηκε επίσης η άποψη, πως με τις μέχρι τώρα μεθόδους, το μέγεθος των πολυπόδων υποεκτιμάται.

2. Μπορεί η αξονική κολονογραφία να συγκριθεί με την κολονοσκόπηση στην ανίχνευση οδοντωτών πολυπόδων υψηλού κινδύνου;

CT-Colonography vs Colonoscopy for detection of high-risk sessile serrated polyps J.E.G. Jspeert, C.L. Tutein Nolthenius, E.J. Kuipers et al. Am J Gastroenterol 2016;111:516-522 ;

Μελέτες των τελευταίων δύο δεκαετιών έχουν δείξει πως το 15-30% των καρκίνων του παχέος εντέρου αναπτύσσονται από οδοντωτούς πολύποδες παρά από τυπικά αδενώματα. Στους οδοντωτούς πολύποδες συμπεριλαμβάνονται οι υπερπλαστικοί πολύποδες, τα έμμεσα οδοντωτά αδενώματα με ή χωρίς δυσπλασία και φυσικά τα οδοντωτά αδενώματα. Ωστόσο, δεν έχουν όλες αυτές οι κατηγορίες οδοντωτών πολυπόδων την ίδια παθολογική σημασία, αφού οι μικροί υπερπλαστικοί πολύποδες (ιδίως αυτοί του άπω τμήματος του εντέρου), θεωρούνται αθώες βλάβες, σε αντίθεση με τους υπόλοιπους έμμεσους οδοντωτούς πολύποδες, που μπορούν να υποστούν καρκινωματογόνη εξαλλαγή.

Η αξονική κολονογραφία, τουλάχιστον σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες, δεν αποτελεί την βασική μέθοδο προληπτικού ελέγχου του πληθυσμού υψηλού κινδύνου, μπορεί όμως να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτική μέθοδος ανίχνευσης προκαρκινικών βλαβών.

Τα άτομα της μελέτης, στα οποία διαπιστώθηκε με αξονική κολονογραφία, η ύπαρξη βλάβης > 10mm, υποβλήθηκαν στη συνέχεια σε κολονοσκόπηση. Όταν η αξονική κολονογραφία ανέδειξε βλάβη 6-9 mm, ακολούθησε αρχικά αξονική κολονογραφία επιτήρησης και στη συνέχεια κολονοσκόπηση όταν οι πολύποδες βρέθηκαν να είναι > 6 mm.

Στους συμμετέχοντες της μελέτης, που υποβλήθηκαν μόνο σε κολονοσκόπηση, αυτή ανέδειξε περισσότερους από έναν, υψηλού κινδύνου οδοντωτούς πολύποδες, σε ποσοστό 4,3%, σε αντίθεση με την αξονική κολονογραφία που το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 0,8%.

Ακόμη μικρότερα ποσοστά ανίχνευσης διαπιστώθηκαν για επίπεδους υψηλού κινδύνου οδοντωτούς πολύποδες (17 vs 0) ή για υψηλού κινδύνου οδοντωτές βλάβες που εντοπίζονταν στο εγγύς παχύ έντερο (32 vs 1) αλλά και για οδοντωτούς πολύποδες με δυσπλασία (30 vs 1).



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Σπύρος Γούλας



Μέσα στον Αύγουστο όταν οι θερμοκρασίες χτυπούν κόκκινο και λίγες μέρες ξεκούρασης είναι για όλους απαραίτητες είναι πραγματικά δύσκολο να βρεις άνθρωπο για να δώσει συνέντευξη. Ο Γρηγόρης Πασπάτης γνωστός καταξιωμένος συνάδελφος από το Ηράκλειο ανταποκρίθηκε στο κάλεσμα και τον ευχαριστώ θερμά γι αυτό.....

Ο Γρηγόρης Πασπάτης είναι πτυχιούχος της Ιατρικής Αθηνών. Εκπαιδεύτηκε στη Γαστρεντερολογία σε αρκετά Νοσοκομεία αλλά κυρίως στο Τζάνειο (Διευθ: Δ Καραμανώλης) Μετά την ειδικότητα εργάστηκε ως κλινικός ερευνητής επί 3 έτη στο Royal London Hospital (1992-5). Είναι κάτοχος διδακτορικού τίτλου από το Πανεπιστήμιο Αθηνών (1993)

Είναι δημιουργός του Γαστρεντερολογικού Τμήματος του Βενιζέλειου Νοσοκομείου στο Ηράκλειο στο οποίο ξεκίνησε να εγγράφεται ως Γαστρεντερολόγος το 1996. Ανελήχθη στο ΕΣΥ και είναι από χρόνια Διευθυντής του Τμήματος στο οποίο σήμερα εργάζονται 3 ακόμη ειδικευμένοι Γαστρεντερολόγοι και εκπαιδεύονται ειδικευόμενοι. Διενεργείται όλη η γκάμα των ενδοσκοπικών εξετάσεων σε μεγάλους αριθμούς συμπεριλαμβανομένης της ERCP. Έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην επεμβατική ενδοσκόπηση και τα φλεγμονώδη νοσήματα.

Ήταν Πρόεδρος του Ενδοσκοπικού Τμήματος της ΕΓΕ το 2008 και της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας το 2014. Μέλος της Επιτροπής κατευθυντηρίων οδηγιών

της ESGE, έχει δημοσιεύσει 75 πλήρεις επιστημονικές εργασίες σε έγκριτα διεθνή περιοδικά.

Μέλος ΔΣ του Ιατρικού Συλλόγου Ηρακλείου 1999-2014, Γενικός Γραμματέας 1999-2002 και Πρόεδρος 2005-2014

Πως επιλέξατε την Ιατρική και ειδικότερα τη Γαστρεντερολογία;

Την ιατρική την επέλεξα τυχαία. Όσο για την Γαστρεντερολογία, εκεί κάπου στα τέλη της δεκαετίας του '80, την επέλεξα διότι εκτίμησα, και σωστά εκτίμησα, ότι θα συνεδύαζε την παθολογία με την επεμβατική δραστηριότητα. Φυσικά εκείνα τα χρόνια η επεμβατική δραστηριότητα ολοκληρωνόταν στη διαγνωστική γαστροσκόπηση και την ελάχιστα επεμβατική κολονοσκόπηση. Τα πράγματα φυσικά στο μέλλον άλλαξαν, νομίζω ότι η επιλογή που έκανα, σε σχέση με το συνδυασμό παθολογίας και επεμβατικής διαδικασίας, ήταν σωστή.

Ειδικότητα στην Αθήνα, μετεκπαίδευση στο εξωτερικό. Η επιλογή για εγκατάσταση στην Κρήτη και το Ηράκλειο ήταν μονόδρομος η υπήρχαν τότε και δεύτερες σκέψεις;

Ειδικότητα έκανα στο Τμήμα του κ. Καραμανώλη στο Τζάνειο εκείνα τα χρόνια όπου εκπαιδεύτηκα επαρκώς στη γενική γαστρεντερολογία και στην ενδοσκόπηση με τα δεδομένα της εποχής εκείνης. Ήμουν από τους πρώτους που χρησιμοποίησα το Νόμο που μπορούσαμε να



κάνουμε ένα κομμάτι της ειδικότητας στο εξωτερικό και εγώ έκανα το τελευταίο εξάμηνο στο Royal London Hospital υπό την εποπτεία του Paul Swain. Εκεί παρέμεινα περίπου δυόμισι χρόνια, διότι αφού ολοκλήρωσα την ειδικότητά μου συνέχισα με υποτροφία της Ελληνικής Γαστρεντερολογίας και στο τέλος με οικονομική υποστήριξη από το Τμήμα στο Λονδίνο.

Ήταν πάρα πολύ σημαντικό ότι πηγαίνοντας στην Αγγλία είχα ολοκληρώσει τη διδακτορική μου διατριβή η οποία είχε δώσει 4 πλήρεις δημοσιεύσεις και δεν είχα άγχος εκείνα τα χρόνια για ακαδημαϊκή δραστηριότητα στην Αγγλία, οπότε όλο εκείνο το χρονικό διάστημα το αφιέρωσα στην εκπαίδευσή μου στην ενδοσκόπηση. Η εκπαίδευσή μου αυτή είχε αποτελέσματα, «Πάτησα στα πόδια μου», έκανα πάρα πολλές ενδοσκοπήσεις διαγνωστικές, επεμβατικές της εποχής εκείνης μόνος μου και έμαθα και καινούργιες τεχνικές για εκείνη την εποχή, μιλάμε για το 1992, όπως την ενδοσκοπική γαστροστομία. Επίσης βελτίωσα την εκπαίδευσή μου στην ERCP. Επιμένω στο θέμα αυτό διότι απ' ό,τι ξέρω και βλέπω πάρα πολλοί συνάδελφοι πηγαίνοντας στο εξωτερικό προσπαθούν να κάνουν σε μικρό χρονικό διάστημα και κλινική ή ενδοσκοπική εκπαίδευση και δημοσιεύσεις. Αυτό ειδικά για τη νοοτροπία της Μεγάλης Βρετανίας είναι ασύμβατο. Το καλύτερο, αν ειδικά πηγαίνεις για ένα χρονικό διάστημα από ένα μέχρι δύο χρόνια, είναι να εστιάσεις σε ένα από τα δύο αντικείμενα.

Η εμπειρία μου στο Λονδίνο με έκανε να είμαι επαρκής και να αντιμετωπίζω μόνος μου ένα μεγάλο Νοσοκομείο όπως ήταν το Βενιζέλειο Νοσοκομείο, στο οποίο όταν διορίστηκα το 1996 ήμουν ο μόνος Γαστρεντερολόγος. Επέλεξα να πάω στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο διότι εκείνη την εποχή ήταν η μοναδική θέση που έβρισκα στο Ηράκλειο από όπου κατάγομαι και ήταν επιλογή μου να ζήσω σε αυτή την πόλη.

Ποια ήταν η κατάσταση στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα όταν αναλάβατε υπηρεσία σαν Γαστρεντερολόγος;

Όταν πήγα στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο δεν υπήρχε Γαστρεντερολογικό Τμήμα. Υπήρχαν μόνο κάποια όργανα,

συγκεκριμένα ένα γαστροσκόπιο και δύο κολονοσκόπια, τα οποία τα χρησιμοποιούσαν οι χειρουργοί, ευτυχώς τα όργανα αυτά ήταν σε καλή κατάσταση και με αυτά ξεκίνησα. Δεν υπήρχε καν διαθερμία, δεν υπήρχαν φυσικά ούτε αναλώσιμα υλικά. Έτσι ξεκίνησα...

Πως είναι σήμερα;

Σήμερα το Τμήμα έχει δύο αίθουσες ενδοσκόπησης και μία αίθουσα προηγμένης ενδοσκόπησης, δικό του ακτινοσκοπικό μηχάνημα όπου γίνονται οι ERCP, έχει μαζί με εμένα τέσσερις ειδικευμένους γιατρούς, τον κ. Βάρδα, την κα Θεοδωροπούλου και τον κ. Καρμίρη, παρακολουθεί περίπου 1.000 ασθενείς με φλεγμονώδεις παθήσεις και αποτελεί κέντρο αναφοράς στην Κρήτη σε ό,τι αφορά την επεμβατική ενδοσκόπηση και τις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου.

Το Τμήμα έχει δύο ειδικευόμενους, αυτή την εποχή έχουμε και ένα υπεράριθμο ειδικευόμενο ο οποίος είναι μόνιμος Αξιωματικός του Πολεμικού Ναυτικού και έχει επίσημα οκτώ κρεβάτια: 4 ανδρικά και 4 γυναικεία, τα οποία, όπως αντιλαμβάνεστε, πάρα πολλές φορές αυξάνονται λόγω των αναγκών τις οποίες έχουμε.

Σήμερα στο Τμήμα γίνονται περίπου οκτώμισι με εννιά χιλιάδες ενδοσκοπήσεις ετησίως, στις οποίες περιλαμβάνονται περίπου 5.000 κολονοσκοπήσεις, 3.500 γαστροσκοπήσεις και περίπου 400 ERCP. Αδυναμία του Τμήματος είναι ότι δεν ασκούμε Ηπατολογία, η Ηπατολογία γίνεται σε πολύ καλή συνεργασία με το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο το οποίο έχει στόχευση στο αντικείμενο αυτό. Τέλος ετοιμαζόμαστε να αναπτύξουμε και το Τμήμα του Ενδοσκοπικού Υπερήχου.

Έχετε μια πορεία είκοσι και πλέον ετών στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο. Πόσο εύκολος ήταν ο δρόμος... Περιγράψτε εμπόδια/δυσκολίες που συναντήσατε. Ποια είναι η συνταγή της επιτυχίας;

Όπως αντιλαμβάνεστε ο δρόμος δεν ήταν εύκολος, ειδικά εκείνα τα χρόνια, μιλάμε για τη δεκαετία του '90, τα μέσα της δεκαετίας του '90, όπου η προσφορά της ενδοσκόπησης στην κοινωνία δεν ήταν ακόμα ευρέως γνωστή όπως είναι σήμερα. Αντιμετωπίσαμε δυσκολίες να αγοράσουμε όργανα, αντιμετωπίσαμε δυσκολίες



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ

να βρούμε χώρους γιατί ήταν δύσκολα αντιληπτός ο στόχος από τη διοίκηση του Νοσοκομείου. Δεν γινόταν εύκολα αντιληπτή στο Νοσοκομείο η αναγκαιότητα και έπρεπε να την αναδείξουμε για να μπορέσουμε σιγά-σιγά να πάρουμε χώρους, να πάρουμε προσωπικό, ιατρικό και νοσηλευτικό.

Νομίζω ότι το κριτικό σημείο το οποίο με βοήθησε πολύ στο να επιτύχω στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο ήταν η επιμονή μου να οργανωθεί ένα ολοκληρωμένο Τμήμα και με τα σταθερά βήματα, τα οποία έκανα σιγά-σιγά, γινόταν αντιληπτή στο Νοσοκομείο και στην κοινωνία η αποδοτικότητα του Τμήματος με αποτέλεσμα και οι παροχές να έρχονται πιο εύκολα. Υπήρχε η στόχευση και επιμονή στη συγκεκριμένη κατεύθυνση.

Υστερεί η Γαστρεντερολογία στην Ελλάδα συγκριτικά με τις αναπτυγμένες χώρες; Θεωρείτε ότι η απόσταση αυτή μεγάλωσε τα τελευταία χρόνια της κρίσης;

Πιστεύω ότι την προηγούμενη δεκαετία, η Ελληνική Γαστρεντερολογία σε ό,τι αφορά την ενδοσκόπηση, την ηπατολογία, τις φλεγμονώδεις νόσους του παχέος εντέρου ήταν σε ένα αρκετά υψηλό επίπεδο σε σχέση με τα μέσα ευρωπαϊκά Νοσοκομεία. Υπήρχαν αρκετά Τμήματα στην Ελλάδα τα οποία δεν είχαν σχεδόν τίποτα να ζητήσουν από ένα μέσο ευρωπαϊκό νοσοκομείο. Τα πράγματα, όμως, τα τελευταία χρόνια άλλαξαν.

Οι οικονομικοί περιορισμοί έχουν επιδράσει στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Πως αντιμετωπίζετε το πρόβλημα στο Τμήμα σας; Νομίζετε ότι είναι τροχοπέδη στην εισαγωγή νέων τεχνολογιών στην ενδοσκόπηση και τη Γαστρεντερολογία; Απαριθμήστε μέτρα και δράσεις που χωρίς ή με ελάχιστο κόστος θα βελτίωναν σημαντικά την κατάσταση...

Καταλυτικό ρόλο, προς τα πίσω φυσικά, έχει διαδραματίσει η οικονομική κρίση, η οποία σταμάτησε τις προσλήψεις νέων ιατρών, δηλαδή, σταμάτησε τις προσλήψεις νέου αίματος ιατρών. Οι νέοι γιατροί, είναι αυτοί οι οποίοι θα κινήσουν τη μηχανή λίγο πιο μπροστά. Σταμάτησε η ανανέωση των ενδοσκοπίων και γενικά της

τεχνολογίας, με αποτέλεσμα ήδη σήμερα τα περισσότερα Τμήματα να υστερούν από πλευράς τεχνολογίας σε σχέση με τα αντίστοιχα ευρωπαϊκά.

Επίσης, κατά τη γνώμη μου, όλο αυτό το κλίμα το καταθλιπτικό το οποίο έχει δημιουργηθεί μέσα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και ο Νόμος πρακτικά που μετά το 2009 σταμάτησαν οι ανταγωνιστικές αξιολογήσεις των ιατρών έχει ατονήσει αρκετά την ακαδημαϊκή προσέγγιση της ειδικότητας. Και αυτό φαίνεται με τον περιορισμένο αριθμό Ελληνικών δημοσιεύσεων οι οποίες παρουσιάζονται στα διεθνή έγκριτα περιοδικά. Εδώ θέλω να αναφέρω ένα παράδειγμα. Πριν από τέσσερις μήνες είχα πάει στο DDW στο San Diego, όπου υπήρχαν τρία ή τέσσερα abstracts που είχαν παραχθεί πλήρως σε ελληνικά νοσοκομεία. Το 2008 στο αντίστοιχο Συνέδριο που έγινε στην ίδια πόλη υπήρχαν, αν θυμάμαι καλά, 48. Η διαφορά είναι πρόδηλη.

Και φυσικά η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σημαντικά αρνητικά σε όλα τα Γαστρεντερολογικά Τμήματα. Βασικά δεν ανανεώνεται ο στόλος των ενδοσκοπίων -εγώ είμαι πάρα πολύ ευχαριστημένος ότι το Νοσοκομείο μου τουλάχιστον προσπαθεί να συντηρεί τα ήδη υπάρχοντα - και ανταποκρίνεται ικανοποιητικά σε ό,τι αφορά στα αναλώσιμα υλικά. Θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν, όμως, ότι είμαστε σε ένα νησί το οποίο σημαίνει ότι αν εμείς δεν ανταποκριθούμε οι ασθενείς θα πρέπει να μετακινηθούν στην Αθήνα, κάτι το οποίο δεν είναι οπωσδήποτε επιθυμητό.

Το γεγονός ότι εμείς σήμερα έχουμε αδυναμία να μπορούμε στην καινούργια τεχνολογία, δεν μπορούμε να μπορούμε στα ενδοσκόπια νέας γενιάς, πολύ δύσκολα θα αγοράσουμε ένα ενδοσκοπικό υπέρηχο, πολύ δύσκολα θα αγοράσουμε όλα αυτά τα καινούργια devices, τα οποία παράγονται, κάνουν την απόστασή μας απ' το μέσο ευρωπαϊκό νοσοκομείο κάθε μέρα και μεγαλύτερη.

Επίσης, θεωρώ πάρα πολύ σημαντικό αυτό που προείπα, ότι οι μη ανταγωνιστικές αξιολογήσεις των γιατρών δεν δίνουν το κίνητρο στους γιατρούς να προσπαθήσουν να δημοσιεύσουν, να προσπαθήσουν να προά-



γουν την επιστήμη, το οποίο αποτελεί θεμέλιο λίθο της Ακαδημαϊκής Γαστρεντερολογίας και η οποία Ακαδημαϊκή Γαστρεντερολογία είναι εξαιρετικά σημαντική για την εξέλιξη της ειδικότητας και της Ιατρικής γενικότερα.

Νομίζω ότι άμεσα θα μπορούσαν να προκηρυχθούν οι θέσεις των Συντονιστών Διευθυντών Γαστρεντερολογίας στα Τμήματα που δεν υπάρχουν Συντονιστές Διευθυντές, με ανταγωνιστικές προκηρύξεις, για να δημιουργηθεί η αναγκαία κινητικότητα που χρειάζεται και να πάρουν τις θέσεις συνάδελφοι οι οποίοι θα είναι επαρκείς επιστημονικά και στο κλινικό και στο ακαδημαϊκό επίπεδο και θα έχουν το όραμα να πάνε τα Τμήματα λίγο παραπέρα.

Με αυτό τον τρόπο τα Τμήματα, κατά τη γνώμη μου, θα λειτουργούσαν καλύτερα και θα εδημιουργούνται και κίνητρα στα νέα παιδιά που θέλουν να κάνουν την ειδικότητα να μείνουν στην Ελλάδα και όχι να φεύγουν στο εξωτερικό. Το brain drain το οποίο συμβαίνει σήμερα στη χώρα μας, με το οποίο γενικά οι καλύτεροί μας νέοι γιατροί φεύγουν στο εξωτερικό, έχει χτυπήσει και τη Γαστρεντερολογία και τις επιπλοκές αυτού του brain drain θα τις γευθούμε πάρα πολύ καθαρά σε μία δεκαετία, όταν θα βιώσουμε την πενία των εκπαιδευμένων ιατρών στον ελληνικό χώρο.

Επίσης, νομίζω ότι πρέπει η πολιτεία να στηρίξει τα 20 μεγάλα Νοσοκομεία της χώρας τα οποία παράγουν το 90% της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας ιατρικής, και σε συνέχεια και τα Γαστρεντερολογικά Τμήματα που υπάρχουν σε αυτά. Θα έπρεπε κατά τη γνώμη μου, στα Νοσοκομεία που λειτουργούν πλέον του ενός Γαστρεντερολογικά Τμήματα ή Ενδοσκοπικά Τμήματα τάχιστα, άμεσα, να ενοποιηθούν σε ένα. Η πολυδιάσπαση των δυνάμεων και των οικονομικών πόρων μόνο κακό επιφέρει. Το να υπάρχουν πλέον του ενός ενδοσκοπικά τμήματα σε ένα Νοσοκομείο δεν είναι λογικό. Επίσης, πιστεύω ότι στον τομέα τον οικονομικό μπορεί η Πολιτεία με έξυπνους χειρισμούς και με μικρή αύξηση του κόστους να προσφέρει στα Τμήματα, αναλώσιμα υλικά τα οποία τόσο πολύ χρειάζονται για την καινούργια Ιατρική και την καινούργια Γαστρεντερολογία.

Ποια η γνώμη σας για την εκπαίδευση στη Γαστρε-

ντερολογία στις μέρες μας; Έχετε άποψη για τα θέματα εκπαίδευσης κατά την ειδικότητα (κέντρα, ανάγκη εξετάσεων για έναρξη ειδικότητας, πρόγραμμα, rotation κλπ.)

Είμαι απόλυτος ότι η ειδικότητα θα πρέπει να δίδεται από ομάδα Κέντρων που θα έχουν αξιολογηθεί, θα πρέπει να γίνεται rotation των ειδικευομένων. Υπάρχουν Τμήματα τα οποία είναι πάρα πολύ καλά σε ένα αντικείμενο και άλλα που είναι καλύτερα σε άλλο αντικείμενο. Π.χ. σε μας, στην πόλη μας, στο Ηράκλειο πιστεύουμε ότι αν γινόταν rotation των ειδικευομένων μεταξύ του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου και του Βενιζελείου Νοσοκομείου θα ήταν υπέρ των νέων γαστρεντερολόγων.

Επίσης, πιστεύω ότι οι εξετάσεις στην ειδικότητα θα έπρεπε να είναι πανελλήνιες. Τι εννοώ; Υποστηρίζω πάρα-πάρα πολύ τη δημιουργία των Επιστημονικών Εταιρειών οι οποίες θα είναι Νομικά Πρόσωπα και οι εξετάσεις ειδικότητας θα δίδονται υπό την εποπτεία των Εταιρειών όπως γίνεται σε όλο τον κόσμο. Οι εξετάσεις αυτές θα πρέπει να είναι γραπτές με το σύστημα του multiple choice. Κατά τη γνώμη μου το να γίνεται εξέταση στην τεχνική, δηλαδή το εάν γνωρίζει κάποιος συνάδελφος ενδοσκόπηση ή όχι τη μέρα των εξετάσεων δεν είναι ορθό, δεδομένου ότι την ενδοσκοπική επάρκεια πρέπει να τη δώσει ή να μην τη δώσει ο Διευθυντής ο οποίος υπογράφει την ειδικότητα, το πιστοποιητικό για την επιτυχή εκπαίδευση του ειδικευόμενου.

Ποιες εξειδικεύσεις θα επιλέγατε να υπάρχουν στη Γαστρεντερολογία του 2016;

Νομίζω ότι στην ειδικότητα θα μπορούσαν να υπήρχαν οι εξειδικεύσεις της ηπατολογίας, εξειδίκευση στα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου και εξειδίκευση στην προηγμένη ενδοσκόπηση. Δηλαδή, το θεωρώ αδύνατον σήμερα κάποιος να κάνει ηπατολογία και φλεγμονώδη νοσήματα και ταυτόχρονα να κάνει και προηγμένη ενδοσκόπηση. Όλοι, και οι τρεις αυτοί κλάδοι και οι τρεις αυτές ενότητες τις οποίες ανέφερα, θέλουν αφιέρωση και για να τις ασκήσεις σωστά πρέπει να ασχολείσαι αποκλειστικά. Δεν σημαίνει ότι δεν μπορείς να τα ασκείς και τα τρία, αλλά οπωσδήποτε θα τα



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ

ασκείς σε επίπεδο χαμηλότερο του επιθυμητού.

Ποια η γνώμη σας για το Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας και τα επί μέρους ελληνικά Συνέδρια της ειδικότητας. Τι αλλαγές θα προτείνατε;

Νομίζω ότι το Πανελλήνιο Συνέδριο τα τελευταία χρόνια έχει αναβαθμιστεί επιστημονικά, η έλλειψη χρημάτων το έχει κάνει λιγότερο εμπορικό, αλλά νομίζω ότι επιστημονικά γίνεται όλο και καλύτερο. Θεωρώ ότι πρέπει ο εκπαιδευτικός του χαρακτήρας να αναβαθμιστεί με ταχείς ρυθμούς διότι σήμερα οι νέοι συνάδελφοι έχουν πια αδυναμία να πηγαίνουν σε Συνέδρια του εξωτερικού αφού δεν υπάρχει η αντίστοιχη υποστήριξη απ' τις Φαρμακευτικές Εταιρείες και τη βασική επιστημονική πληροφόρηση θα πρέπει να τη λαμβάνουν οι Έλληνες Γαστρεντερολόγοι από το Πανελλήνιο Συνέδριο.

Θεωρώ, επίσης, ότι μπορεί να γίνεται άλλο ένα Ενδοσκοπικό Συνέδριο σε άλλη χρονική περίοδο, στο οποίο θα παρουσιάζονται τεχνικές οι οποίες συνεχώς εξελίσσονται και θα μπορούν να γίνονται και αρκετά hands on σεμινάρια σε αυτό. Νομίζω ότι παραπάνω από δύο Συνέδρια το χρόνο σε πανελλήνιο επίπεδο δεν χρειάζονται, μπορούν όμως να γίνονται Συνέδρια μικρά τα οποία θα γίνονται στις τοπικές κοινωνίες των Γαστρεντερολόγων. Δηλαδή, μπορούμε εμείς να πραγματοποιούμε ένα μικρό Συνέδριο στην Κρήτη, να γίνει ένα μικρό Συνέδριο στη Μακεδονία, ένα μικρό Συνέδριο στην Ήπειρο κλπ. – κλπ. Αυτό είναι καλό, αν και κάποιιοι κατηγορούν ότι γίνεται σπατάλη πόρων, αλλά το να μαζεύονται οι Γαστρεντερολόγοι μίας γεωγραφικής περιφέρειας είναι σημαντικό. Αξίζει να συνευρίσκονται επιστημονικά, να συζητούν, να λύνουν επιστημονικά θέματα, αλλά και να υπάρχει αυτή η κοινωνική συνεύρεση που είναι τόσο απαραίτητη για την εύρυθμη λειτουργία της ιατρικής κοινότητας.

Ποια διεθνή Συνέδρια θα επιλέγατε; Μιλήστε μας λίγο για την προσωπική σας εμπειρία στη διοργάνωση Συνεδρίων...

Προσωπικά θεωρώ ότι το Αμερικάνικο Συνέδριο και το Ευρωπαϊκό Συνέδριο αποτελούν τα δύο σημαντικά

Συνέδρια που γίνονται στον κόσμο, πιστεύω ότι εάν ένας συνάδελφος έχει τη δυνατότητα να παρακολουθεί το Πανελλήνιο Συνέδριο και το Ευρωπαϊκό ή ακόμα το Αμερικάνικο είναι πλήρως καλυμμένος επιστημονικά.

Προσωπικά εμένα το Αμερικάνικο Συνέδριο, το οποίο το παρακολουθώ αδιαλείπτως από το 1993 και μετά, με έχει χαρακτηρίσει σαν Γαστρεντερολόγο. Δηλαδή, όλη τη νέα γνώση την έπαιρνα από αυτή τη βαθιά εκπαιδευτική διαδικασία την οποία έχει το Αμερικάνικο Συνέδριο.

Από τη διοργάνωση συνεδρίων μόνο θετικές μνήμες έχω. Αγχος, κούραση, απρόβλεπτα, επικοινωνία με συναδέλφους. Προσπάθησα όσο θήτευσα στην ΕΓΕ να βοηθήσω στην δημιουργία ενός συγκεκριμένου format που πρέπει να υπάρχει στο Πανελλήνιο Συνέδριο. Τα συνέδρια στην Ελούντα, που έχουν αφήσει θετικές επιστημονικές μνήμες, και ήταν επιστημονικά καινοτόμα, στη σύγχρονη Ελλάδα δεν επαναλαμβάνονται....

Έχετε θητεύσει Πρόεδρος του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου. Πως μπορεί ο θεσμός να παρέμβει στη ζώσα τοπική ιατρική πραγματικότητα;

Μιλήστε μας για τον εαυτό σας στον ελεύθερο χρόνο εκτός Ιατρικής, για ενδιαφέροντα, δεξιότητες...

Δυστυχώς η Προεδρία στον Ιατρικό Σύλλογο λίγα μπορεί να κάνει στις ιατρικές ειδικότητες. Έχω θητεύσει εννιάμισι χρόνια Πρόεδρος στον 4ο Ιατρικό Σύλλογο της χώρας, την εποχή που ήμουν εγώ Πρόεδρος από το 2005 μέχρι το 2014 είχαμε περίπου δυόμισι χιλιάδες μέλη τότε, δύσκολα όμως είχαμε τη δυνατότητα να παρεμβαίναμε στον ουσιαστικό τρόπο άσκησης των ειδικοτήτων. Περισσότερο ο ρόλος μας ήταν διαδικαστικός και συμβουλευτικός γιατί αυτά ήταν που μας επέτρεπε η νομοθεσία. Οι απόψεις μας όμως συνήθως δεν ακουγόntonταν από το Υπουργείο το οποίο είχε πάντα τη δικιά του άποψη και το δικό του τρόπο που έβλεπε τα πράγματα, ασχέτως κυβερνήσεων. Εάν οι Ιατρικοί Σύλλογοι και οι Επιστημονικές Εταιρείες δεν αναβαθμίσουν ουσιαστικά και δεν τους δοθούν αρμοδιότητες σημαντικές τότε πιστεύω ότι λίγα μπορούν να κάνουν για τη σωστή άσκηση των ειδικοτήτων μέσα στην ελλη-



νική επικράτεια.

Δυστυχώς στον ελεύθερο χρόνο μου ασχολούμαι αποκλειστικά με την πολιτική. Κουραστικό αλλά ενδιαφέρον.

Τι θα συμβουλευάτε το νέο Γαστρεντερολόγο στο ξεκίνημα της σταδιοδρομίας του στη δεδομένη χρονική συγκυρία...

Έναν νέο Γαστρεντερολόγο σήμερα θα τον συνεβούλευα να αποφασίσει εάν θέλει να δουλέψει στο δημόσιο τομέα, δηλαδή, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, ή αν θέλει να μπει στον ιδιωτικό τομέα. Είναι εντελώς διαφορετική η στόχευση.

Εάν θέλει να δουλέψει στο δημόσιο τομέα θα πρέπει υποχρεωτικά να προσπαθεί να βρίσκει κάποιες απ' αυτές τις βραχύβιες θέσεις των επικουρικών ιατρών, μήπως και μετά καταφέρει να βρει κάποια μόνιμη θέση μέσα στο σύστημα, που είναι φυσικά εξαιρετικά δύσκολο με τις σημερινές οικονομικές συνθήκες. Αυτό σημαίνει όμως ότι θα πρέπει συνεχώς να προσπαθεί και να βελτιώνει το βιογραφικό του σημείωμα και να ασχολείται πάρα πολύ με την ακαδημαϊκότητα της ειδικότητάς μας, πράγμα το οποίο είναι και αυτό βαριά διαδικασία, χρονοβόρα διαδικασία και πρέπει να έχεις όρεξη για να το κάνεις. Λέω στα νέα παιδιά ότι θυμάμαι τα άπειρα Σαββατοκύριακα τα οποία έχω σπαταλήσει για να γράψω όλες αυτές, τις περίπου 80 δημοσιεύσεις οι οποίες βρίσκονται στο βιογραφικό μου σημείωμα. Πιστεύω όμως ότι ένας Γαστρεντερολόγος ο οποίος θέλει να κάνει καριέρα στο δημόσιο σύστημα και ειδικά αν θέλει να δουλέψει σε μεγάλα νοσοκομεία πρέπει να στοχεύει και να είναι αυτός ο τρόπος λειτουργίας του.

Οι συνάδελφοι που θέλουν να δουλέψουν στον ιδιωτικό τομέα έχουν άλλο δρόμο, ο οποίος και αυτός απαιτεί την επιστημονικότητα. Επιβάλλεται ο ιδιώτης Γαστρεντερολόγος να ενημερώνεται, θα πρέπει να βρει τρόπο να πηγαίνει τουλάχιστον στο Πανερωπαϊκό Συνέδριο κάθε χρόνο και να βλέπει τις εξελίξεις πώς προχωρούν

Μείωση κόστους ιατρείου. Θεωρώ ότι αυτό το οποίο από χρόνια γίνεται στην Αμερική με τους partners είναι πολύ ορθό. Σήμερα είναι πολύ δύσκολο ένας Γαστρε-

ντερολόγος να πάρει δικά του μηχανήματα και να επιβιώσει οικονομικά, μπορούν όμως δύο-τρεις Γαστρεντερολόγοι να συνεργαστούν και να κάνουν ένα Ενδοσκοπικό Εργαστήριο υψηλότερων προδιαγραφών και το οποίο να είναι και οικονομικά ευκολότερα διαχειρίσιμο.

Βρισκόμαστε στον 7ο χρόνο μιας βαθειάς οικονομικής και κοινωνικής κρίσης χωρίς να διαφαίνεται διέξοδος. Πιστεύετε ότι η χώρα μας θα καταφέρει να σταθεί στα πόδια της και να γυρίσει σελίδα, να περάσει στην πολυπόθητη ανάπτυξη και τι χρειάζεται να γίνει προς αυτή την κατεύθυνση;

Πιστεύω ότι τα χρόνια της κρίσης μας έχουν χτυπήσει αλύπτητα, νομίζω ότι για να βγει η χώρα από την κρίση πρώτα απ' όλα πρέπει να αλλάξουμε εμείς οι ίδιοι οι Έλληνες. Νομίζω ότι οι νέοι συνάδελφοι, τα νέα παιδιά, αυτά τα οποία ουσιαστικά δεν γνώρισαν την Ελλάδα των δύο δεκαετιών, την Ελλάδα της 20ετίας 1980 – 2000, αρχίζουν να προσαρμόζονται καλύτερα, καταλαβαίνουν ότι πρέπει να λειτουργήσουν πιο ορθολογικά, να εργάζονται περισσότερο, πιο μεθοδικά και θα πρέπει και η πολιτεία να διασφαλίσει τις αρχές της αξιολόγησης και της αξιοκρατίας. Άλλος δρόμος, κατά τη γνώμη μου, δεν υπάρχει. Το να γυρίσουμε ξαφνικά στην Ελλάδα του 2000, στην πλούσια Ελλάδα, της αρπαχτής, με τις μίζες, με όλο αυτό το φθαρμένο προϊόν, αυτό δεν θα ξαναγίνει ποτέ και δεν πρέπει να γίνει. Έχουμε στην Ελλάδα δυνατόμεις, όπως είναι ο πρωτογενής τομέας, ο τουρισμός και οι υπηρεσίες, τις οποίες αν τις εκμεταλλευτούμε μπορούμε να παράγουμε πλούτο, τον οποίον πλούτο να τον επενδύσουμε και στο κοινωνικό κράτος, δηλαδή και στην Ιατρική, δηλαδή και στην ειδικότητά μας.

Επαναλαμβάνω όμως και ολοκληρώνω με αυτό ότι για να αλλάξει η χώρα πρέπει να αλλάξουμε εμείς. Πρέπει να αλλάξουμε λίγο ακόμα και το DNA μας αφού πια ζούμε σε μια Ευρώπη, σε έναν πλανήτη, ο οποίος είναι παγκοσμιοποιημένος και κάθε μέρα έχουμε να ανταγωνιστούμε λαούς οι οποίοι είναι, σε μερικά θέματα, καλύτεροι από μας και πρέπει σ' αυτό τον ανταγωνισμό να κερδίσουμε για να επιβιώσουμε. Ίσως θα πρέπει να ξεχάσουμε τη βαλκανική φύση μας και να δούμε την αναπτυγμένη ευρωπαϊκή....



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΛΠΡΟΤΕΚΤΙΝΗΣ ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΣΤΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ

Κωνσταντίνος Β. Βασιλειάδης, Γαστρεντερολόγος

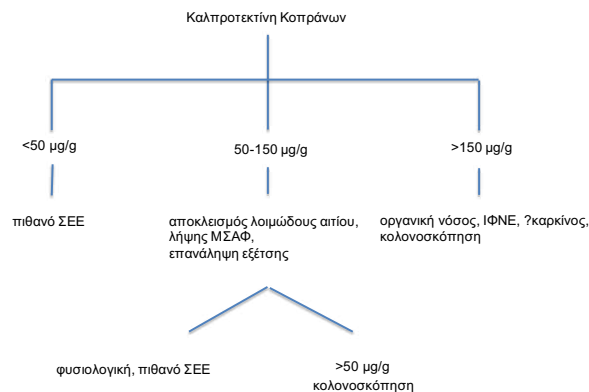
Με την αύξηση της επίπτωσης των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου (ΙΦΝΕ) και τη σημαντική αλληλεπικάλυψη με τα λειτουργικά νοσήματα του πεπτικού έγινε απαραίτητη η επινόηση χρήσιμων, μη επεμβατικών, διαγνωστικών δοκιμασιών που θα βοηθούν στη διαφορική διάγνωση. Ο ρόλος των δοκιμασιών αυτών είναι ακόμα πιο σημαντικός εάν βοηθούν, εκτός από τη διάγνωση, και στην παρακολούθηση της ενεργότητας των φλεγμονωδών νοσημάτων «προβλέποντας» τυχόν υποτροπές και την ανταπόκριση στη θεραπεία. Το κριτήριο της αποτελεσματικότητας μιας δοκιμασίας αντανακλά στην υπεροχή της σε σχέση με άλλες εξετάσεις, λαμβάνοντας υπόψιν και το κόστος και την ευκολία διενέργειας της.

Η καλπροτεκτίνη ανήκει στην οικογένεια των s-100 πρωτεϊνών και είναι ετεροδιμερές της s-100A8/A9. Περιέχεται κυρίως στα ουδετερόφιλα και σε μικρότερη περιεκτικότητα στα μονοκύτταρα και τα μακροφάγα. Φαίνεται ότι έχει ρόλο στη διαδικασία της φλεγμονής, έχει αντιμικροβιακές ιδιότητες και εκκρίνεται κατά τη διαδικασία προσέλκυσης των ουδετεροφίλων σε θέσεις φλεγμονής. Κατά την έκκριση στο πεπτικό διαχέεται ομοιογενώς στα κόπρανα, είναι μόριο που παραμένει σταθερό για 7 ημέρες σε θερμοκρασία δωματίου, αλλά παρουσιάζει διακύμανσεις έως και 58% μεταξύ διαδοχικών μετρήσεων. Η πρώτη περιγραφή της καλπροτεκτίνης έγινε το 1980 από τους Fagerhol και συν. όπου περιγράφηκε ως “L1 protein”. Το 1992 οι Roseth και συν. ανέπτυξαν την πρώτη μεθοδολογία απομόνωσης και ποσοτικοποίησης της καλπροτεκτίνης κοπράνων (κκ) χρησιμοποιώντας μεθοδολογία ELISA. Σήμερα υπάρχουν ποιοτικές, όπου διακρίνεται το θετικό και το αρνητικό αλλά και ποσοτικές δοκιμασίες. Ως ανώτερο φυσιολογικό όριο θεωρήθηκε η συγκέντρωση των 50 μg/g, ωστόσο, η δοκιμασία φαίνεται ότι έχει καλύτερη ακρίβεια σε ότι αφορά την ανάδειξη παθολογίας όταν χρησιμοποιείται το όριο των 100 μg/g. Έχει κερδίσει έδαφος λόγω της υψηλής ευαισθησίας και ειδικότητας του στη διάγνωση των ΙΦΝΕ, της απλότητας στη διενέρ-

γεια και της χαμηλής του τιμής. Τις δύο τελευταίες δεκαετίες έγινε προσπάθεια επέκτασης της χρήσης του για την κατάδειξη, εκτός των ΙΦΝΕ, και άλλων παθήσεων τόσο του ανώτερου όσο και του κατώτερου πεπτικού. Στόχος είναι αφενός η έγκαιρη διάγνωση ασθενών που θα χρειαστούν περαιτέρω έλεγχο και αφετέρου ο περιορισμός μη αναγκαίων, ακριβών εξετάσεων αλλά και άσκοπων θεραπειών.

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Η μεγαλύτερη έως τώρα χρήση της κκ είναι στο **διαχωρισμό μεταξύ Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου (ΙΦΝΕ) και Συνδρόμου Ευερεθίστου Εντέρου (ΣΕΕ)**. Η τάση των διεθνών οδηγιών είναι να μη συνιστάται κολονοσκόπηση σε ασθενείς με σαφή εικόνα ΣΕΕ χωρίς σημεία συναγερμού. Στόχος της κκ είναι η αναγνώριση ασθενών χαμηλού κινδύνου για οργανικό νόσημα αλλά και των ασθενών υψηλού κινδύνου ώστε να εκτιμηθεί η αναγκαιότητα έγκαιρης κολονοσκόπησης, ειδικά εάν αφορά ενδοσκοπικά τμήματα με μεγάλο όγκο εργασίας (διάγραμμα 1). Όταν τίθενται ερωτηματικά για το αν κάποιο διαρροϊκό σύνδρομο υποκρύπτει οργανικό νόσημα (διάρκεια συμπτωμάτων >4εβδ, παρουσία αίματος στις κενώσεις, συνοδός υπολευκωματιναιμία, αναιμία ή απώλεια βάρους) ο ρόλος της κκ είναι σημαντικός, αν και ο αντίλογος υποστηρί-



Διάγραμμα 1. Αλγόριθμος διαφορικής διάγνωσης οργανικού νοσήματος - ΣΕΕ

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΛΠΡΟΤΕΚΤΙΝΗΣ ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΣΤΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ

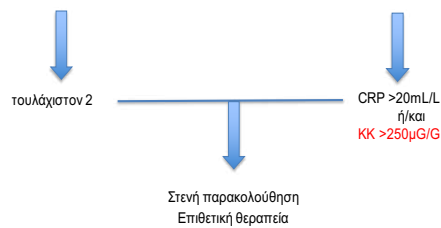


ζει ότι σε ύπαρξη σημείων συναγερμού η διενέργεια κολονοσκόπησης εξαρχής είναι απαραίτητη χωρίς την παρεμβολή κάποιου άλλης εξέτασης. Την τελευταία δεκαετία έχουν γίνει πολλές μελέτες για το ρόλο της κκ και δεδομένα μετααναλύσεων από 2,475 ασθενείς έδειξαν μέση ευαισθησία και ειδικότητα 83% και 84% αντίστοιχα σε ότι αφορά το διαχωρισμό οργανικών και λειτουργικών παθήσεων. Σε άλλες μετααναλύσεις 5,983 ασθενών η ευαισθησία και ειδικότητα βρέθηκε ακόμη μεγαλύτερη (95% και 91% αντίστοιχα) ενώ η μέση τιμή της καλπροτεκτίνης σε ΙΦΝΕ βρέθηκε αυξημένη κατά 219.2 $\mu\text{g/g}$ σε σχέση με ομάδα ελέγχου. Σε 853 παιδιατρικούς ασθενείς, με όριο κκ τα 50 $\mu\text{g/g}$, αναδείχθηκε ευαισθησία και ειδικότητα 97% και 70% αντίστοιχα, ενώ παρατηρήθηκαν 17% ψευδώς θετικά αποτελέσματα (ασθενείς που υπεβλήθησαν σε μη αναγκαία κολονοσκόπηση) και 2% ψευδώς αρνητικές δοκιμασίες ("χαμένη διάγνωση"). Η κκ επέτρεψε μείωση των κολονοσκοπήσεων στους ενήλικες κατά 67% αλλά με "απώλεια" 6% ασθενών που είχαν καθυστερημένη διάγνωση ΙΦΝΕ εξαιτίας ψευδώς αρνητικού αποτελέσματος. Σε ότι αφορά το οικονομικό όφελος, λαμβάνοντας υπόψιν το κόστος των "μη αναγκαίων" εξετάσεων, βρέθηκε ότι για κάθε διερεύνηση ασθενούς με υποψία ΙΦΝΕ διασώθηκαν 417 δολάρια.

Τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, έχουν φυσική ιστορία που χαρακτηρίζεται από εναλλαγές περιόδων ύφεσης και έξαρσης οι οποίες προκύπτουν με τυχαίο τρόπο, και προς το παρόν δεν υπάρχει τρόπος «πρόβλεψης» τους. Μεταξύ των κλινικών, γενετικών, ενδοσκοπικών, ιστολογικών και ορολογικών κριτηρίων η κκ βοηθά ώστε να βρεθούν αλγόριθμοι καθορισμού της ενεργότητας και της εξέλιξης των ΙΦΝΕ και να αποφευχθεί άσκοπη χορήγηση φαρμάκων (διάγραμμα 2 και 3). Σε ασθενείς με Crohn φάνηκε ότι η καλπροτεκτίνη ερχόταν σε άμεση σχέση με τα ενδοσκοπικά κριτήρια ενεργότητας της νόσου και μάλιστα, σε συσχέτιση καλύτερη από τη CRP και τον αριθμό των λευκών αιμοσφαιρίων. Όταν ο ενδοσκοπικός δείκτης (simple endoscopic score) κυμαινόταν ≥ 4 , και με όριο κκ τα 70

Κλινικό ιστορικό και φαινότυπος της νόσου

- νεαρή ηλικία στην έναρξη
- έκταση της νόσου
- βραχυχρόνια προηγούμενη ύφεση
- περιπρωκτική νόσος
- ανάγκη για στεροειδή στην εμφάνιση της νόσου
- ιστορικό >μίας χειρουργικής επέμβασης



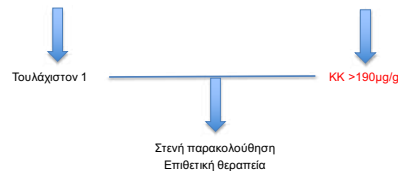
Διάγραμμα 2. Αλγόριθμος αναγνώρισης ασθενών με v.Crohn με υψηλή πιθανότητα έξαρσης και η θέση της καλπροτεκτίνης κοπράνων (κκ)

Κλινικό ιστορικό και φαινότυπος της νόσου

- νεαρή ηλικία στην έναρξη
- εκτεταμένη νόσος
- αριθμός προηγούμενων εξάρσεων

+ Δείκτες φλεγμονής

- ΚΚ (επαναλαμβανόμενες μετρήσεις)



Διάγραμμα 3. Αλγόριθμος αναγνώρισης ασθενών με ελκώδη κολίτιδα με υψηλή πιθανότητα έξαρσης και η θέση της καλπροτεκτίνης κοπράνων (κκ)

$\mu\text{g/g}$, η ευαισθησία και ειδικότητα για τη διαπίστωση της ενεργότητας της νόσου ήταν 89% και 72% αντίστοιχα. Παραπλήσια αποτελέσματα υπάρχουν και για την ελκώδη κολίτιδα: όταν ο ενδοσκοπικός δείκτης (Rachmilewitz endoscopic activity index) υπολογιζόταν ≥ 4 , και με όριο κκ τα 50 $\mu\text{g/g}$, η ευαισθησία και ειδικότητα ήταν στο 93% και 71% αντίστοιχα. Στην πρόβλεψη έξαρσης, βρέθηκε ότι αξιόπιστος δείκτης ήταν δύο διαδοχικές μετρήσεις καλπροτεκτίνης 300 mg/kg , ενώ ασθενείς με βαθειά ύφεση είχαν μονίμως χαμηλά επίπεδα καλπροτεκτίνης ($<40\text{mg/kg}$). Η καλπροτεκτίνη μελετήθηκε και στη θεραπευτική ανταπόκριση με μετρήσεις την εβδομάδα 4 και 8 μετά την έναρξη θεραπείας. Στην ελκώδη κολίτιδα η κκ είχε σημαντική συσχέτιση με τους κλινικούς δείκτες ενεργότητας την 4η εβδομάδα θεραπείας ενώ στη νόσο Crohn την εβδομάδα 8.



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΛΠΡΟΤΕΚΤΙΝΗΣ ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΣΤΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ

Μετά από χειρουργείο v.Crohn (εκτομή τ.ειλεού και δε κόλου), η συνήθης οδηγία για κολονοσκόπηση σε 6-12 μήνες μετά το χειρουργείο μπορεί να διαφοροποιηθεί αναλόγως με τις τιμές καλπροτεκτίνης: σε ασθενείς που η συμπτωματολογία υφέθη, οι τιμές έπεσαν αμέσως στα φυσιολογικά όρια, οπότε αποφεύχθηκαν μη αναγκαίες κολονοσκοπήσεις, σε σχέση με ασθενείς που οι τιμές ήταν αυξημένες και ανέπτυξαν γρήγορη υποτροπή. Ο ρόλος της καλπροτεκτίνης σε πιθανή ληκυθίτιδα μελετήθηκε σε ασθενείς μετά ολική πρωκτοκολεκτομή για ελκώδη κολίτιδα. Τιμές >50 μg/g αντιστοιχούσαν σε υψηλότερους ενδοσκοπικά αλλά και ιστολογικά δείκτες φλεγμονής.

Ανάλογες μελέτες έχουν γίνει και για τη χρησιμότητα της καλπροτεκτίνης σε υποκλινική ΙΦΝΕ σε συγγενείς ασθενών με v.Crohn. Βρέθηκαν υψηλότερες τιμές καλπροτεκτίνης σε πρώτου βαθμού συγγενείς σε σχέση με τους συζύγους ή με την ομάδα ελέγχου.

Σε ενεργό κολλαγονική/μικροσκοπική κολίτιδα οι τιμές καλπροτεκτίνης είναι υψηλότερες σε σχέση με ομάδες ασθενών σε ύφεση ή με ομάδα ελέγχου.

Σε νόσο μοσχεύματος έναντι του ξενιστή (GVHD) η διάρροια αποτελεί κοινό σύμπτωμα και συνήθως υπάρχει προβληματισμός για το αν είναι λοιμώδους αιτιολογίας, αν είναι τοξικότητα από τυχόν χημειο/ακτινοθεραπεία ή αν αποτελεί νόσο μοσχεύματος έναντι ξενιστή με προσβολή του γαστρεντερικού (GI-GVHD). Σε ασθενείς με σταδίου Ι νόσο, διερεύνηση με καλπροτεκτίνη ανέδειξε μη στατιστικώς σημαντική διαφορά στα επίπεδα της στις ομάδες GI-GVHD και non-GI-GVHD (ευαισθησία 30%). Σε πιο προχωρημένα στάδια όμως της νόσου βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά καλπροτεκτίνης υπέρ των ομάδων με GI-GVHD.

Λαμβάνοντας υπόψιν τη φλεγμονώδη και τη λοιμώδη «συνιστώσα» της εκκολπωματικής νόσου μελετήθηκε η καλπροτεκτίνη και βρέθηκε αυξημένη σε συμπτωματική αλλά ανεπίπλεκτη νόσο καθώς και σε οξεία εκκολπωματίτιδα σε σχέση με ομάδα ελέγχου.

Έγινε προσπάθεια να συσχετιστούν τα επίπεδα κκ με

την κοιλιοκάκη. Μελέτες αφορούσαν ασθενείς προ θεραπείας, ασθενείς με συμπτώματα ή όχι, και αφού ελήφθη υπόψιν το ιστολογικό στάδιο (Marsh grade) και τα επίπεδα ιστικής τρανσγλουταμινάσης. Τα συμπεράσματα γενικώς ήταν ότι δεν υπήρχε κριτήριο ώστε να διαπιστωθεί η υποκλινική νόσος, παρόλα αυτά σε παιδιατρικούς πληθυσμούς τα αποτελέσματα των ερευνών είναι διφορούμενα ώστε να αφήνουν περιθώρια για μελλοντική μελέτη.

Στη λοιμώδη διάρροια υπάρχει σαφής αύξηση της καλπροτεκτίνης, και μάλιστα συσχετίστηκε με θετική καλλιέργεια κοπράνων σε σχέση με ασθενείς με αρνητική καλλιέργεια. Η χρησιμότητα εδώ είναι ότι υπάρχει άμεση διάγνωση χωρίς να αναμένει κανείς το σύννηθες 48ωρο για την καλλιέργεια. Επιπλέον όφελος προέκυψε από τη σαφή διαφορά στα επίπεδα της καλπροτεκτίνης στις μικροβιακής αιτιολογίας διάρροιες (σιγκέλα, σαλμονέλα, καμπυλοβακτηρίδιο), σε σχέση με τις ιογενούς αιτιολογίας (ιοί rota, αδενοϊοί) διάρροιες.

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Ορθοκολικός καρκίνος και αδενωματώδεις πολύποδες: Από μελέτες βρέθηκε ποσοστό έως 90% ασθενών με καρκίνο και θετική κκ (ευαισθησία και ειδικότητα 79% και 72% αντίστοιχα) σε σχέση με μόνο 58% ασθενών που είχαν θετική δοκιμασία παρουσίας αίματος στα κόπρανα. Αυτά τα αποτελέσματα όμως δεν αναπαράχθηκαν από νεότερες μελέτες όπου βρέθηκε φτωχή ευαισθησία και ειδικότητα στη συσχέτιση κκ – καρκίνου, ειδικά αν συγκρινόταν με δοκιμασίες ανάδειξης λανθάνουσας αιμορραγίας. Παρόλο που υπάρχουν ενδείξεις ότι ο ορθοκολικός καρκίνος αυξάνει την καλπροτεκτίνη δε μπορεί να γενικευθεί ακόμη η χρήση της ως δοκιμασία προληπτικού ελέγχου.

Παθήσεις ανωτέρου πεπτικού: ασθενείς με κοιλιακό άλγος ως κύριο σύμπτωμα παραπέμφθηκαν για κολονοσκόπηση και γαστροσκόπηση ενώ υπεβλήθησαν και σε εξέταση καλπροτεκτίνης. Ευρήματα από το ανώτερο πεπτικό όπως οισοφαγίτιδα, διαβρωτική γαστροδωδεκαδακτυλίτιδα, γαστρικό έλκος και γαστρικός καρκίνος



συμβάδιζαν με υψηλές τιμές κκ. Η επίπτωση σημαντικών ευρημάτων ήταν 39% και η μέση τιμή καλπροτεκτίνης ήταν αντίστοιχα υψηλή (μέση τιμή 97 $\mu\text{g/g}$). Τιμές κκ <10 $\mu\text{g/g}$ ήταν απίθανο να συνυπάρχουν με σημαντική βλάβη στην ενδοσκόπηση (ευαισθησία 94%). Η ακρίβεια της εξέτασης ήταν 85% και 68% όταν χρησιμοποιήθηκε όριο τιμών 50 $\mu\text{g/g}$ και 10 $\mu\text{g/g}$ αντίστοιχα. Μεταξύ των ασθενών με ψευδώς αρνητικό έλεγχο (10 $\mu\text{g/g}$), βρέθηκαν 5 ασθενείς με οισοφαγίτιδα βαθμού A, 4 ασθενείς με αδενώματα παχέος και 4 ασθενείς με καρκίνο παχέος, πεπτικό έλκος, διαβρωτική γαστρίτιδα και εκκολπωματίτιδα.

ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα (ΜΣΑΦ): ασθενείς που έλαβαν διάφορα είδη ΜΣΑΦ είχαν υψηλές τιμές καλπροτεκτίνης σε ποσοστό 44%, ενώ δεν υπήρχαν διαφορές που να σχετίζονταν με το είδος του φαρμάκου. Σημαντικό συμπέρασμα αφορούσε τη γρήγορη, μετά από λίγες ημέρες αύξηση της καλπροτεκτίνης, γεγονός που αναδείκνυε τις πρώιμες βλάβες του γαστρεντερικού από τη χρήση τέτοιων φαρμάκων.

Αναστολείς Αντλίας Πρωτονίων (ΑΑΠ): για άγνωστο λόγο, ασθενείς που ελάμβαναν ΑΑΠ βρέθηκαν να έχουν υψηλότερες τιμές καλπροτεκτίνης, γεγονός που ήταν ανεξάρτητο από την ύπαρξη συμπτωμάτων όπως δυσπεψία.

Ακτινοθεραπεία: θεραπευτική ραδιοθεραπεία στην πύελο προκαλεί οξεία συμπτωματολογία από το κατώτερο πεπτικό σε >90% ασθενών. Προσπάθεια να συνδεθεί η εμφάνιση επιπλοκών ασθενών με την αύξηση καλπροτεκτίνης, δεν απέδωσε ώστε να αποτελεί κριτήριο αξιολόγησης αυτών των ασθενών.

ΣΠΑΝΙΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Αύξηση καλπροτεκτίνης έχει βρεθεί και σε σειρά άλλων καταστάσεων όπως κίρρωση ήπατος και μάλιστα σχετιζόμενη με τη βαρύτητα της ηπατικής νόσου, στις τροφικές αλλεργίες, και στην κυστική ίνωση.

Αξιζει να σημειωθεί ότι η βρεφική ηλικία συνοδεύεται, για άγνωστο λόγο, και χωρίς να υπάρχει συμπτωματολογία από το πεπτικό, με αυξημένες τιμές κκ. Συνήθως σε ηλικία έως 5 ετών είναι δύσκολο να αξιολογηθεί η αύξηση της καλπροτεκτίνης.

Βιβλιογραφία:

1. Fagerhol MK, Dale I, Andersson T. A radioimmunoassay for a granulocyte protein as a marker in studies on the turnover of such cells. *Bull Eur Physiopathol Respir* 1980;16:273-82.
2. Schoepfer AM, Beglinger C, Straumann A, et al. Fecal calprotectin more accurately reflects endoscopic activity of ulcerative colitis than the Lichtiger Index, C-reactive protein, platelets, hemoglobin, and blood leukocytes. *Inflamm Bowel Dis* 2013;19:332-41.
3. Faubion WA, Jr, Fletcher JG, O'Byrne S, et al. Emerging BiomARKers in Inflammatory Bowel Disease (EMBARC) study identifies fecal calprotectin, serum MMP9, and serum IL-22 as a novel combination of biomarkers for Crohn's disease activity: Role of cross sectional imaging. *Am J Gastroenterol* 2013;108:1891-900.
4. Mooiweer E, Fidder HH, Siersema PD, et al. Fecal hemoglobin and calprotectin are equally effective in identifying patients with inflammatory bowel disease with active endoscopic inflammation. *Inflamm Bowel Dis* 2014;20:307-14.
5. Larsson JK, Sjoberg K, Vigren L, et al. Chronic non-bloody diarrhoea: A prospective study in Malmo, Sweden, with focus on microscopic colitis. *BMC Res Notes* 2014;7:236.
6. August KJ, Chiang KY, Qayed M, et al. Relative defects in mucosal immunity predict acute graft-versus-host disease. *Biol Blood Marrow Transplant* 2014;20:1056-9.
7. B Alibrahim, MI Aljasser, B Salh. Fecal calprotectin use in inflammatory bowel disease and beyond: A mini-review. *Can J Gastroenterol Hepatol* 2015;29(3):157-163.
8. Liverani E, Scaioli E, Digby RJ, et al. How to predict clinical relapse in inflammatory bowel disease patients. *World J Gastroenterol* 2016;22(3):1017-1033.
9. Walsham NE, Sherwood RA. Fecal calprotectin in inflammatory bowel disease. *Clin Experimental Gastroenterology* 2016;9:21-29.
10. Manz M, Burri E, Rothen C et al. Value of fecal calprotectin in the evaluation of patients with abdominal discomfort: an observational study. *BMC Gastroenterology* 2012;12:5.



Νέα από την Τεχνολογία - Βιομηχανία

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Παντελής Ουσταμανωλάκης
Γαστρεντερολόγος

Η έρευνα και η εξέλιξη στον τομέα της τεχνολογίας μελέτης της κινητικότητας του πεπτικού συστήματος οδήγησε τα τελευταία 15 χρόνια στην κατασκευή νέων και καινοτόμων συσκευών, σε τέτοιο βαθμό που έφτασαν να αποτελούν τη δεύτερη τεχνολογική επανάσταση στη Γαστρεντερολογία, μετά την ενδοσκόπηση. Η αλήθεια είναι ότι η ιστορία μελέτης της γαστρεντερικής κινητικότητας αρχίζει πριν από πολλές δεκαετίες, αλλά ήταν η ψηφιακή τεχνολογία που έδωσε τη μεγάλη ώθηση στο να κατασκευαστούν συσκευές μέτρησης μεγάλης ακρίβειας, υψηλής ανάλυσης και ιδιαίτερα φιλικές προς τον τελικό χρήστη, τόσο από την πλευρά του ασθενούς, όσο και του ιατρού.

Ας περιηγηθούμε συνοπτικά στις νεότερες εξελίξεις στον τομέα μελέτης κινητικότητας του πεπτικού...

Μανομετρία οισοφάγου υψηλής ανάλυσης (High Resolution Esophageal Manometry)

Από την εποχή της συμβατικής μανομετρίας 4 ή 8 καναλιών με χρήση αντλίας νερού έχουμε περάσει πια στην εποχή της ψηφιακής μανομετρίας με 36 κανάλια, υγρής ή στερεής κατάστασης. Με τη συμβατική μανομετρία ήταν πολύ δύσκολο να απεικονίσουμε όλο το μήκος του σώματος του οισοφάγου, ενώ η απόσταση μεταξύ των καναλιών ήταν μεγάλη, με αποτέλεσμα απώλεια σημαντικών δεδομένων, κυρίως στην περιοχή του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΚΟΣ). Η ανάπτυξη τόσο του hardware όσο και του software οδήγησε στη δημιουργία καθετήρων με 36 κανάλια, με το κάθε ένα να έχει 12 αισθητήρες πίεσης στην περιφέρειά του. Η απόσταση μεταξύ των καναλιών είναι 1 εκ. και έτσι εκτείνονται σε μήκος 35 εκ, με αποτέλεσμα την πλήρη καταγραφή όλου του οισοφάγου, με τους σφιγκτήρες, το φάρυγγα και το στόμαχο, χωρίς ανάγκη μετακίνησης του καθετήρα (εικόνα 1).



Εικόνα 1. Καθετήρας μανομετρίας οισοφάγου υψηλής ανάλυσης, τύπου ξηρής κατάστασης (solid state)

Η δεύτερη μεγάλη διαφορά είναι στο λογισμικό. Η απεικόνιση της ενδοαυλικής πίεσης με χρώματα και 3 διαστάσεις αποτέλεσε τεράστιο βήμα στην κατανόηση της φυσιολογικής και παθολογικής κινητικότητας του οισοφάγου, καθώς μικρότατες πλέον διαταραχές αυτής κατέστησαν ανιχνεύσιμες και ορατές. Η εισαγωγή της τεχνολογίας στερεάς κατάστασης (solid state manometry) οδήγησε στη διεξαγωγή της εξέτασης χωρίς την ανάγκη αντλίας νερού, με αποτέλεσμα την πιο άμεση απόκριση, την ευκολία χειρισμού αλλά παράλληλα εκτόξευσε το κόστος αγοράς (και επισκευής, σε περίπτωση βλάβης!) (εικόνα 2). Ο πίνακας 1 παρουσιάζει συνοπτικά τη σύγκριση μεταξύ συμβατικής και μανομετρίας υψηλής ανάλυσης.



Εικόνα 2. Σύστημα μανομετρίας οισοφάγου υψηλής ανάλυσης, τύπου ξηρής κατάστασης (solid state)

Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί ότι στα πιο σύγχρονα συστήματα μανομετρίας περιλαμβάνεται η ταυτόχρονη μελέτη του οισοφάγου και με την τεχνική της αντιστασιομετρίας (εμπέδησης), η οποία έχει να κάνει με το χαρακτηρισμό του ενδοαυλικού περιεχομένου ανάλογα με τη σύνθεσή του (αέρας, υγρό ή μεικτό), ενώ τελευταία έχουν εμφανισθεί φορητά καταγραφικά που προσφέρουν ταυτόχρονη καταγραφή μανομετρίας και εμπέδησης μεγάλης διάρκειας έως και 24 ή 48 ώρες.

Μελέτη γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης με πεχαμετρία (με ή χωρίς εμπέδηση)

Η εισαγωγή της πεχαμετρίας στη μελέτη της γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου είναι η έτερη μεγαλύτερη τεχνολογική εξέλιξη μετά τη μανομετρία υψηλής ανάλυσης. Η αρχή της μεθόδου είναι απλή: τοποθετούμε διαρινικά ένα καθετήρα με αισθητήρα (ηλεκτρόδιο) οξύτητας (pH), έτσι ώστε ο τελευταίος να βρίσκεται 5 εκ. άνωθεν του ΚΟΣ. Ο καθετήρας συνδέεται με έναν φορητό καταγραφέα (recorder), ο οποίος καταγράφει για 24 ή 48 ώρες το pH στο σημείο εκείνο (εικόνα 3).

Νέα από την Τεχνολογία - Βιομηχανία

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ



Εικόνα 3. Φορητός καταγραφέας (recorder) pH-εμπέδησης

Αυτή ήταν η πρώτη εφαρμογή της μεθόδου. Έκτοτε πολλά άλλαξαν, με κυριότερο την προσθήκη της ταυτόχρονης καταγραφής πολλαπλών κυματομορφών εμπέδησης κατά μήκος του οισοφάγου, που οδήγησε σε αυτό που σήμερα αποκαλείται φορητή πολυκαναλική 24ωρη πεχαμετρία-εμπέδηση, η οποία είναι πλέον η εξέταση εκλογής για τη μελέτη της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Οι καθετήρες εξελίχθηκαν τόσο ως προς τα υλικά (υάλου, αντιμονίου, ISFET) όσο και ως προς τα μεγέθη (μήκος, διάμετρος), ώστε να καλύπτουν διάφορες ανάγκες αλλά και παιδιατρικούς ασθενείς (εικόνα 4).



Εικόνα 4. Καθετήρας πεχαμετρίας-εμπέδησης πολλαπλών καναλιών

Σταδιακά η τεχνολογική εξέλιξη οδήγησε σε καταγραφή έως 12 καναλιών εμπέδησης και 4 καναλιών πεχαμετρίας, ώστε να καλύπτουν και τον ανώτερο οισοφάγο, για τη μελέτη της αποκαλούμενης λαρυγγοφαρυγγικής παλινδρόμησης. Η τελευταία είναι αντικείμενο μελέτης σε ασθενείς με άτυπα συμπτώματα ΓΟΠ, όπως υποτροπιάζουσες λαρυγγίτιδες, χρόνιο βήχα, ιγμορίτιδες, άσθμα, διαταραχές αναπνοής κατά τον ύπνο, καθώς και συμπτώματα χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας χωρίς εμφανές αίτιο.

Με την πολυκαναλική 24ωρη φορητή πεχαμετρία-εμπέδηση κατέστη δυνατή η μελέτη της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης με πολλές παραμέτρους: αριθμός και διάρκεια επεισοδίων, οξύτητα επεισοδίων (όξινα-ασθενώς όξινα-μη όξινα), ύψος παλινδρόμησης, φύση παλιν-

δρομούντος περιεχομένου (αέρας, υγρό, μεικτό), θέση παλινδρόμησης (όρθια ή ύπτια) καθώς και ποσοστό συσχέτισης των συμπτωμάτων του ασθενούς με επεισόδια παλινδρόμησης. Αυτό οδήγησε και στη δημιουργία νέων διαγνωστικών κατηγοριών, όπως «υπερευαίσθητος στο οξύ οισοφάγος», «λειτουργικός καύσος», «ασθενώς όξινη παλινδρόμηση», «μη όξινη παλινδρόμηση», όπου μπορούν ενδεχομένως να ταξινομηθούν ασθενείς με άτυπα συμπτώματα ή μη ανταπόκριση σε θεραπεία καταστολής του οξέος. Επίσης μεγάλη βοήθεια προσφέρει η πεχαμετρία-εμπέδηση στην αναγνώριση ασθενών που μπορούν ή όχι να ωφεληθούν από μία αντιπαλινδρομική επέμβαση.

Ωστόσο, η περαιτέρω διερεύνηση ασθενών με παλινδρόμηση ανέδειξε δύο σημαντικά προβλήματα:

1. Η παραμονή του καθετήρα για 24 ή 48 ώρες ήταν ιδιαίτερα μη φιλική προς τον ασθενή, καθιστώντας την εξέταση αποτρεπτική για πολλούς από αυτούς.
2. Πολλοί ασθενείς δεν εμφάνιζαν συμπτώματα κατά τη διάρκεια της 24ωρης καταγραφής, μειώνοντας έτσι σημαντικά τη διαγνωστική αξία της εξέτασης.

Αυτά τα δύο προβλήματα οδήγησαν την τεχνολογική έρευνα στην ανάπτυξη ασύρματων τεχνικών καταγραφής μεγάλης διάρκειας, όπως το σύστημα ασύρματης κάψουλας Bravo της εταιρείας Medtronic, η οποία έχει τα εξής χαρακτηριστικά: αποτελείται από μία μικρή κάψουλα μέτρησης pH (εικόνα 5) και έναν φορητό καταγραφέα (εικόνα 6). Η κάψουλα τοποθετείται στον οισοφαγικό βλεννογόνο, άνωθεν του ΚΟΣ ή σε όποιο ύψος



Εικόνα 5. Κάψουλα πεχαμετρίας Bravo



Εικόνα 6. Φορητός καταγραφέας πεχαμετρίας Bravo, διάρκειας 96 ωρών



Νέα από την Τεχνολογία - Βιομηχανία

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Παντελής Ουσταμανωλάκης
Γαστρεντερολόγος

Θέλουμε, μέσω ενός ειδικού καθετήρα ο οποίος ρουφάει το βλεννογόνο και καρφίτσωνει την κάψουλα στο σημείο εισρόφησης. Η διαδικασία είναι απλή, γρήγορη και ασφαλής. Με την τοποθέτηση της κάψουλας αρχίζει και η ασύρματη μετάδοση δεδομένων, που μπορεί να φτάσει έως και τις 96 ώρες. Η μέθοδος είναι πολύ καλά ανεκτή από τον ασθενή, ο οποίος διατηρεί φυσιολογική σίτιση και δραστηριότητα, καθώς δεν υπάρχει εμφανής καθετήρας να φαίνεται από το μύτη ή/και να τον ενοχλεί στο λαιμό. Έτσι επισημαίνεται σημαντικά ο χρόνος καταγραφής αυξάνοντας τη διαγνωστική ακρίβεια της μελέτης, βελτιώνοντας παράλληλα την ανοχή της. Εγγενείς κίνδυνοι της μεθόδου είναι η πρόωρη αποκόλληση της κάψουλας, δυσανεξία, αποτυχία τοποθέτησης, εισρόφηση της κάψουλας ή κατακράτηση αυτής, βλεννογονικές σχάσεις, αιμορραγία ή διάτρηση, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να χρειασθεί ενδοσκοπικώς υποβοηθούμενη τοποθέτηση αυτής. Τέλος, οι ασθενείς θα πρέπει να αποφεύγουν τη Μαγνητική Τομογραφία για 30 ημέρες μετά την εξέταση, καθώς η κάψουλα περιέχει μαγνητικό υλικό.

Άλλη σύγχρονη εξέλιξη είναι η συσκευή μέτρησης του pH του ανώτερου αεραγωγού, για τη μελέτη ασθενών με λαρυγγοφαρυγγική παλινδρόμηση. Η συσκευή αποτελείται από έναν μικρό καθετήρα 4,6 Fr (1,5 mm) με ηλεκτρόδιο pH στο άκρο του, ενώ από το άλλο άκρο συνδέεται με έναν μικρό πομπό που μεταδίδει τα σήματα σε φορητό καταγράφεα. Ο καθετήρας εισάγεται διαρινικά στο φάρυγγα ενώ η σωστή θέση του επιβεβαιώνεται από ένα κόκκινο LED, που πρέπει να φαίνεται κάτω από τη μαλακή υπερώα. Ο καταγραφέας καταγράφει δεδομένα (pH αεραγωγού) κάθε 0,5 δευτερόλεπτα για έως και 48 ώρες, ενώ μπορεί να συνδυαστεί και με ταυτόχρονη μελέτη ύπνου.

Για περαιτέρω ανασκόπηση της αρχής λειτουργίας αλλά και των ενδείξεων της μανομετρίας υψηλής ανάλυσης οισοφάγου και 24ωρης φορητής πεχαμετρίας-εμπέδησης παραπέμπω τον αναγνώστη σε προηγούμενη παρουσίαση στο τεύχος 33 των «Ενδοσκοπήσεων».

Πίνακας 1. Σύγκριση συμβατικής και μανομετρίας υψηλής ανάλυσης

Συμβατική Μανομετρία	Μανομετρία Υψηλής Ανάλυσης
Ανάγκη μετακίνησης του καθετήρα για έλεγχο του ΚΟΣ	Σταθερή θέση καθετήρα
Πολύπλοκα και δύσχρηστα συστήματα πίεσης νερού	Απλά συστήματα στερεάς κατάστασης
Χαμηλή ανάλυση	Υψηλή ανάλυση
Απλές κυματομορφές	Χρωματική και τρισδιάστατη απεικόνιση
Δύσκολη μέτρηση του ΚΟΣ	Εύκολη μέτρηση του ΚΟΣ
Δυσκολία εύρεσης διαφραγματοκλήλης	Άμεση απεικόνιση διαφραγματοκλήλης
Σκληροί και άκαμπτοι καθετήρες	Μαλακοί και εύκαμπτοι καθετήρες
Αυξημένος χρόνος εξέτασης με πολλές κινήσεις	Μικρός χρόνος εξέτασης χωρίς μετακινήσεις καθετήρα
Απώλεια δεδομένων λόγω μεγάλης απόστασης των αισθητήρων	Απεικόνιση ολόκληρου του οισοφάγου, με υψηλή ανάλυση, λόγω 36 καναλιών

Η γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

Αθανάσιος Δ. Σιούλας
Γαστρεντερολόγος



Επιτρέπει το κινητό σου τηλέφωνο να λαμβάνεις ασπιρίνη;

Συχνό πρόβλημα στην κλινική πράξη αποτελεί η απόφαση χορήγησης ή μη ασπιρίνης με στόχο την πρωτογενή πρόληψη της αθηρωματικής καρδιαγγειακής νόσου. Απαραίτητη κρίνεται η συνδυαστική αξιολόγηση αφενός του δυνητικού οφέλους από τη λήψη της και αφετέρου των ενδεχόμενων κινδύνων που σχετίζονται με αυτή. Με τον όρο όφελος εννοείται στην προκείμενη περίπτωση η μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου, ενώ ως κίνδυνος ορίζεται το απόλυτο ρίσκο εμφάνισης αιμορραγικού συμβάματος, κυρίως από το γαστρεντερικό σωλήνα. Ασφαλώς οι παραπάνω παράμετροι πρέπει να αξιολογούνται σε εξατομικευμένη για τον κάθε ασθενή βάση, ώστε τελικά να υπηρετείται η κορυφαία ιπποκρατική εντολή «ωφελέειν, ή μη βλάπτειν».

Η σύγχρονη βιβλιογραφία περιλαμβάνει πλήθος αναφορών σχετικά με τη χορήγηση ασπιρίνης σε χαμηλή δόση με στόχο την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των επιπλοκών από αυτά. Από την άλλη πλευρά, τα δεδομένα και οι κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την παράλληλη και σε ατομική βάση συνεκτίμηση του οφέλους και του κινδύνου από τη λήψη της είναι μάλλον περιορισμένα. Στα πλαίσια αυτά, συχνά παρατηρείται ανορθολογική χορήγηση της ασπιρίνης για πρωτογενή πρόληψη στην καθημερινή κλινική ρουτίνα. Κρίνεται, συνεπώς, απαραίτητη η βελτίωση του τρόπου λήψης της απόφασης από τον θεράποντα ιατρό συνταγογράφησης ή μη της ασπιρίνης σε προφυλακτική δόση, πάντα με γνώμονα τις υπάρχουσες επιστημονικές αποδείξεις (evidence-based decision). Ευπρόσδεκτα, ασφαλώς, είναι τυχόν τεχνολογικά «εργαλεία» που θα μπορούν να προσδιορίσουν σε ατομικό επίπεδο τη σχέση οφέλους/κινδύνου βάσει υπολογισμού συγκεκριμένων μεταβλητών.

Πολύ πρόσφατα παρουσιάστηκε μια εφαρμογή για κινητά τηλέφωνα που στόχο έχει να συνδράμει τον κλινικό ιατρό στην επιλογή εκείνων των ασθενών που θα ωφεληθούν από την προφυλακτική λήψη ασπιρίνης. Η εφαρμογή ονομάζεται «Aspirin Guide» και είναι επί του παρόντος διαθέσιμη χωρίς κόστος για συσκευές iPhone και iPad (<https://itunes.apple.com/us/app/aspirin-guide/id1117434628?mt=8>). Πιο συγκεκριμένα, το «Aspirin Guide» α) υπολογίζει (ως score) τον ατομικό καρδιαγγειακό κίνδυνο σε βάθος 10ετίας βάσει συγκεκριμένων δεδομένων που εισάγονται από τον χρήστη, β) υπολογίζει (ως score) τον κίνδυνο αιμορραγίας βάσει αξιολόγησης παραγόντων κινδύνου του ασθενούς, γ) χρησιμοποιεί βιβλιογραφικά δεδομένα σε συνδυασμό με τα παραπάνω scores, ώστε να υπολογίσει και

να συγκρίνει το number needed to treat με το number needed to harm και, δ) παρέχει τη δυνατότητα αποστολής με email στον ασθενή ή/και τον ιατρό της διαδικασίας που ακολουθήθηκε προκειμένου να ληφθεί η τελική απόφαση. Με τον τρόπο αυτό βοηθά τον ιατρό να λάβει τελικά την ενδεδειγμένη απόφαση προς όφελος της υγείας του ασθενούς του.

Συμπερασματικά, στη σύγχρονη ιατρική πρακτική είναι απαραίτητη η τεκμηριωμένη λήψη κάθε απόφασης σχετικά με τους ενδεδειγμένους διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς χειρισμούς, πάντα σε εξατομικευμένη βάση. Η εφαρμογή «Aspirin Guide» για κινητά τηλέφωνα σίγουρα υπηρετεί το συγκεκριμένο στόχο συνδυάζοντας επιπλέον τη χωρίς κόστος απόκτηση και την εξαιρετική ευκολία στη χρήση της.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Mora S, Manson JE. Aspirin for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease: Advances in diagnosis and treatment. JAMA Intern Med. 2016 Jun 20. [Epub ahead of print]
2. Mora S, Ames JM, Manson JE. Low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease: shared decision making in clinical practice. JAMA. 2016 Jun 20. [Epub ahead of print]

Αγγελίες



Πωλείται

Συνάδελφος επικοινωνήστε μαζί μας και μας ενημέρωσε ότι διαθέτει προς πώληση ενδοσκόπιο (γαστροσκόπιο και κοίλονοσκόπιο) οθοοκίνητο με μικρό αριθμό ενδοσκοπήσεων (FUJINON EG/EC 250WR-5) με οθόκληρο τον πύργο και την οθόνη, πληντήριο ενδοσκοπίων, και συσκευή διαθερμίας (ackerman instrumente 16-2000-120. HF-GENERATOR) σε τιμή ευκαιρίας.

Τηλ επικοινωνίας: 6944671590.



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

POEM- PERORAL ENDOSCOPIC MYOTOMY

ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΠΑΣΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Κωνσταντίνος Χ. Δελής, MD, PhD

Η **POEM** (per-oral endoscopic myotomy) ή άλλως διαστοματική ενδοσκοπική μυτομή, θεωρείται σήμερα μια ταχέως αναπτυσσόμενη επεμβατική ενδοσκοπική μέθοδος για την θεραπεία της αχαλασίας και άλλων σπαστικών διαταραχών του οισοφάγου. Ανταγωνίζεται ευθέως ή ακόμη και υπερέχει σε αρκετά σημεία των αντίστοιχων συμβατικών χειρουργικών θεραπειών. Ο **P.J. Pasricha** ανακοίνωσε για πρώτη φορά πειραματική ενδοσκοπική μυτομή σε ζωικά πρότυπα το 2007 και τον επόμενο χρόνο ο **H. Inoue** εισήγαγε την POEM σε ανθρώπους δημοσιεύοντας το 2010 την εμπειρία του από τους πρώτους 17 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αυτήν με άριστα αποτελέσματα και χωρίς σοβαρές επιπλοκές(1). Τα υπάρχοντα δεδομένα, αλλά και άλλα που συνεχίζουν να συγκεντρώνονται από κέντρα αναφοράς, δείχνουν ότι η **POEM** έχει άριστα βραχυχρόνια αποτελέσματα με ελάχιστες μείζονες επιπλοκές. Νεότερα αποτελέσματα, με μακρόχρονες πλέον παρακολουθήσεις ασθενών, δείχνουν διατήρηση της αποτελεσματικότητας της μεθόδου στο χρόνο. Η **POEM** απαιτεί αυξημένη ενδοσκοπική εμπειρία και επιδεξιότητα, γνώση της χειρουργικής ανατομίας και ικανότητα αντιμετώπισης των τυχόν επιπλοκών. Έχοντας μέχρι σήμερα πραγματοποιηθεί διεθνώς περίπου 5000 επεμβάσεις, φαίνεται ότι αυτή καθιερώνεται πλέον ως μέθοδος εκλογής θεραπείας της αχαλασίας σε τριτοβάθμια κέντρα προχωρημένης ενδοσκόπησης.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΗΣ POEM

Η μέθοδος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την θεραπεία των τριών τύπων της αχαλασίας (ταξινόμηση κατά Chicago), αλλά και άλλων σπαστικών διαταραχών του οισοφάγου όπως π.χ. του διάχυτου οισοφαγικού σπασμού(ΔΟΣ) ή του οισοφάγου Jackhammer. Οι τελευταίες αν και χαρακτηρίζονται από διαφορετική παθοφυσιολογία, έχουν ορισμένα κοινά συμπτώματα (οπισθοστερνικό άλγος, δυσφαγία), η συνύπαρξη δε του οισοφαγικού σπασμού καθιστά την POEM μια καλή θεραπευτική επιλογή για αυτές. Πρόσφατα, μια διεθνής αναδρομική πολυκεντρική μελέτη έδειξε κλινική ανταπόκριση της POEM στο 100% ασθενών με ΔΟΣ,

στο 96.3% ασθενών με σπαστική αχαλασία (τύπου III) και στο 70% ασθενών με οισοφάγο jackhammer(2). Υποψήφιοι ασθενείς για POEM είναι επίσης αυτοί που έχουν ήδη υποστεί μια ανεπιτυχή χειρουργική μυτομή. Εδώ, απαιτείται μεγαλύτερος βαθμός τεχνικής δυσκολίας, γιατί πρέπει να παρακαμφθεί η περιοχή που έγιναν οι προηγούμενοι χειρουργικοί χειρισμοί, διατηρείται όμως η ίδια αποτελεσματικότητα. Η POEM μπορεί επίσης να επαναληφθεί σε περιπτώσεις προηγούμενης ανεπαρκούς ενδοσκοπικής επέμβασης ενώ σε εξειδικευμένα κέντρα η μέθοδος μπορεί να εφαρμοσθεί και σε παιδιατρικούς ασθενείς.

Αντενδείξεις για την διενέργεια POEM αποτελούν, οι οξείες ή οι βαριές πνευμονοπάθειες, η κακοήθεια του οισοφάγου, οι διαταραχές της πήξης και η αδυναμία δημιουργίας του απαραίτητου υποβλεννογόνιου τούνελ (βλ. κατωτέρω) λόγω ισχυρής ίνωσης ή συμφύσεων. Στις σχετικές αντενδείξεις περιλαμβάνονται η οισοφαγίτιδα και η πρόσφατη ενδοσκοπική παρέμβαση στον οισοφάγο με ESD ή EMR.

POEM ΚΑΙ ΑΧΑΛΑΣΙΑ

Η αχαλασία είναι μια σπάνια πρωτοπαθής κινητική διαταραχή του οισοφάγου που χαρακτηρίζεται από απουσία του περισταλτισμού στο σώμα αυτού και ατελή χάλαση του κατώτερου οισοφαγικού σφικτήρα (ΚΟΣ). Η τυπική κλινική συμπτωματολογία περιλαμβάνει την δυσφαγία σε στερεά και υγρά, την αναγωγή της τροφής και το οπισθοστερνικό άλγος. Η διάγνωση της αχαλασίας βασίζεται σε κλινικά, ενδοσκοπικά και ακτινολογικά ευρήματα, ενώ «χρυσή» εξέταση θεωρείται η μανομετρία του οισοφάγου. Προς το παρόν, η θεραπεία έχει παρηγορητικό χαρακτήρα, δεδομένου ότι δεν μπορεί να αναστρέψει την υποκείμενη παθοφυσιολογική διαταραχή. Σκοπός της είναι, η διευκόλυνση της διόδου της τροφής στο στομάχι, μέσω της ελάττωσης της πίεσης του ΚΟΣ, και συνεπώς η συμπτωματική ανακούφιση της δυσφαγίας, των αναγωγών, του προκάρδιου άλγους και η ανάκτηση τυχόν απώλειας βάρους.

Οι φαρμακευτικές θεραπείες που έχουν δοκιμασθεί

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

POEM- PERORAL ENDOSCOPIC MYOTOMY

ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΠΑΣΤΙΚΩΝ
ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ



μέχρι σήμερα, (νιτρώδη, αναστολείς των ιόντων ασβεστίου, ενδοσκοπική έγχυση Botox), είναι χαμηλής αποτελεσματικότητας και αντοχής στον χρόνο και έτσι η σύγχρονη θεραπεία έχει προσανατολισθεί στην μηχανική αποδόμηση του ΚΟΣ με μυοτομή. Αυτό επιτυγχάνεται ενδοσκοπικά, με την αεροδιαστολή του σφιγκτήρα μυός με μπαλόνι υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση. Η σύγχρονη καθιερωμένη χειρουργική προσέγγιση, είναι αυτή της λαπαροσκοπικής μυοτομής κατά Heller, που συνοδεύεται από μια αντιπαλινδρομική επέμβαση.

Τα τελευταία χρόνια, η **POEM**, αναπτύσσεται με εντυπωσιακούς ρυθμούς ως μια καθιερωμένη θεραπευτική επιλογή της αχαλασίας. Τα αποτελέσματα πρόσφατων δημοσιεύσεων που στηρίζονται σε follow up ασθενών που υποβλήθηκαν σε αυτήν, δείχνουν ότι πρόκειται για μια αποτελεσματική και ασφαλή επέμβαση. Οι περισσότερες μελέτες χρησιμοποιούν την βαθμολογία Eckardt πριν και μετά την **POEM** προκειμένου να έχουν μια κλινική εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της επέμβασης (PIN 1). Η επέμβαση θεωρείται επιτυχής όταν αυτή είναι ≤ 3 . Μελέτες με follow up ασθενών έως 12 μήνες, δείχνουν διατήρηση της επάρκειάς της σε ποσοστά άνω του 90% (82-100%) ενώ άλλες, χρησιμοποιώντας ειδικά ερωτηματολόγια, δείχνουν μια σημαντική βελτίωση και στην ποιότητα της ζωής των ασθενών μετά την **POEM** (3). Η αντικειμενική εκτίμηση της κλινικής επιτυχίας στηρίζεται σε εξετάσεις όπως, το χρονομετρούμενο οισοφαγογράφημα (timed esophagogram, TBE), η υψηλή ανάλυση μανομετρία και η μελέτη της διατασιμότητας της ΓΟΣ με EndoFLIP (Endolumenal Functional Lumen Imaging Probe; Crospon Galway). Με την πάροδο του χρόνου, συγκεντρώνονται ολοένα και περισσότερα δεδομένα που βασίζονται σε μακρόχρονο follow up των ασθενών που υποβλήθηκαν σε **POEM**. Οι περισσότερες μελέτες με χρόνο παρακολούθησης που κυμαίνεται από 12 έως και πάνω από 36 μήνες, δείχνουν μια σταθερή κλινική επιτυχία αυτής σε ποσοστά περίπου του 90% των ασθενών. Η μεγαλύτερη σειρά του Ilnoue και συν. δίνει ποσοστά επιτυχίας 91,3% στους 2 μήνες, 91% στα 1-2 χρόνια και 88,5%

στα 3 χρόνια(4).

Σε αντίθεση με άλλες θεραπευτικές επιλογές, η **POEM** δίνει την δυνατότητα στον ενδοσκόπο να επιλέξει α) το μήκος της απαιτούμενης μυοτομής, β) την πλευρά εφαρμογής της (πρόσθια, οπίσθια) και γ) την κατεύθυνση. Μπορεί να εφαρμοσθεί ακόμη και σε προχωρημένες περιπτώσεις αχαλασίας όπως π.χ. του σιγμοειδούς τύπου οισοφάγου, ώστε να αποφευχθεί το ενδεχόμενο της οισοφαγεκτομής. Στη προκειμένη περίπτωση, λόγω της ανατομικής παραλλαγής, η τεχνική έχει μεγαλύτερο βαθμό δυσκολίας και θα πρέπει να εκτελείται μόνο από έμπειρους ενδοσκόπους.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΓΙΑ POEM

Προκειμένου να επιβεβαιωθεί η διάγνωση και να καθορισθεί το θεραπευτικό πλάνο, ο υποψήφιος για **POEM** ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε **1) οισοφαγογαστροσκόπηση 2) οισοφαγογράφημα και 3) μανομετρία υψηλής ανάλυσης**.

Στην περίπτωση της αχαλασίας, η **οισοφαγογαστροσκόπηση** επιτρέπει να εκτιμηθεί το εύρος του οισοφαγικού αυλού, η παρουσία τροφώδους περιεχομένου εντός αυτού, η παρουσία παθολογικού περισταλτισμού, καθώς και ο τόνος του ΚΟΣ. Επίσης, ελέγχει την ύπαρξη τυχόν ανατομικής βλάβης π.χ. εκκολπώματος, που πιθανόν να μεταβάλει το θεραπευτικό πλάνο και συμβάλει στον αποκλεισμό του ενδεχόμενου ψευδοαχαλασίας. Δεδομένου του αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του οισοφάγου σε ασθενείς με αχαλασία, είναι ιδιαίτερης σημασίας η επισκόπηση του οισοφαγικού βλενογόνου προκειμένου να εντοπισθούν τυχόν πρώιμα σημεία αυτού.

Το **οισοφαγογράφημα** επιτρέπει την λήψη σημαντικών πληροφοριών. Ανάλογα με το σχήμα του ο αχαλασικός οισοφάγος εκτιμάται αν είναι ευθύς ή σιγμοειδούς τύπου και μετράται η μέγιστη διάμετρός του. Λαμβάνονται πληροφορίες για την ύπαρξη ταυτόχρονων ή άλλων παθολογικών συσπάσεων και εκτιμάται η καθυστέρηση διόδου του σκιαγραφικού από το κατώτερο τμήμα του οισοφάγου στο στομάχι. Ιδιαίτερα με το **χρονο-**



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

POEM- PERORAL ENDOSCOPIC MYOTOMY

ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΠΑΣΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

μετρούμενο οισοφαγογράφημα, μετράται το μέγιστο ύψος της στήλης του εναπομείναντος σκιαγραφικού στο κατώτερο τμήμα σε 1, 2 και 5 λεπτά μετά την λήψη του. Η συγκεκριμένη εξέταση χρησιμοποιείται όχι μόνο για την διάγνωση αλλά και για την εκτίμηση της επιτυχίας της θεραπείας της αχαλασίας.

Η **μανομετρία** του οισοφάγου δεν είναι απλά σημαντική γιατί εκτιμά λεπτομερώς την κινητική λειτουργία αυτού αλλά θεωρείται και «χρυσή» εξέταση στην περίπτωση της αχαλασίας. Για την **POEM** είναι απαραίτητη η υψηλής ανάλυσης μανομετρία (high-resolution manometry), η οποία ερμηνεύει τα αποτελέσματα χρησιμοποιώντας την τελευταία έκδοση της κατά Chicago ταξινόμησης της οισοφαγικής κινητικότητας.

Η αξονική τομογραφία ή το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα έχουν επιβοηθητική σημασία προκειμένου να αποκλεισθούν, η ανάπτυξη υποβλεννογόνιου Ca στο οισογαγικό τοίχωμα ή την καρδιά ή άλλες βλάβες σε παρακείμενα όργανα και λεμφαδένες που μπορεί να προκαλέσουν πιεστικά φαινόμενα εκ των έξω. Τέλος απαραίτητος θεωρείται ένας βασικός λοιπός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος π.χ. αιματολογικός, καρδιολογικός κ.λ.π.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Μια ασφαλής **POEM** απαιτεί συγκεκριμένο και σύγχρονο εξοπλισμό (5). Είναι απαραίτητα, ένα υψηλής ευκρίνειας ενδοσκόπιο πρόσθιας όρασης καθώς και μιας σύγχρονη συσκευή ηλεκτροχειρουργικής διαθερμίας. Επίσης, απαιτείται μια αντλία CO₂ για σταθερή χορήγηση του αερίου κατά την διάρκεια της επέμβασης. Τα δύο συχνότερα χρησιμοποιούμενα μαχαιρίδια στη ενδοσκοπική μυοτομή είναι το TT Knife (Olympus Medical Systems) και το T-Type HybridKnife (ERBE). Σπανιότερα έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί το Hook Knife, το Insulated tip knife2 (IT-2 knife) και το Dual Knife (Olympus). Απαραίτητη είναι επίσης η χρήση cap που προσαρμόζεται στο άκρο του ενδοσκοπίου προκειμένου να διευκολυνθεί τεχνικά και να ολοκληρωθεί με ασφάλεια η όλη διαδικασία.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Πριν την **POEM**, ο ασθενής πρέπει να παραμείνει σε νηστεία για 24 έως 48 ώρες. Την προηγούμενη της επέμβασης υπόκειται σε γαστροσκόπηση προκειμένου να υπάρξει καθαρισμός του οισοφάγου από τυχόν υπολείμματα τροφής. Προφυλακτική ενδοφλέβια αντιβίωση χορηγείται λίγο πριν την επέμβαση η οποία και συνεχίζεται κατά την διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο.

ΤΕΧΝΙΚΗ

Η **POEM** διενεργείται με τον ασθενή σε ύπτια θέση και υπό γενική αναισθησία με θετική πίεση αερισμού, σε μια ενδοσκοπική ή χειρουργική αίθουσα. Η όλη διαδικασία περιλαμβάνει καθορισμένα στάδια τα οποία είναι **1)** η δημιουργία επιμήκους τομής στο τοίχωμα του οισοφάγου για την είσοδο του ενδοσκοπίου **2)** η δημιουργία διατοικωματικού τούνελ εντός της χαλαρής υποβλεννογόνιας στιβάδας **3)** η ενδοσκοπική μυοτομή και **4)** η σύγκλειση με clips της αρχικής επιμήκους τομής. Αναλυτικότερα, στο μέσο τριτημόριο του οισοφάγου, στην 1η με 2η ενδοσκοπική ώρα εφόσον πρόκειται για πρόσθια μυοτομή ή στη 5η ώρα για οπίσθια μυοτομή, γίνεται έγχυση με βελόνα, υποβλεννογονίως, έγχρωμου διαλύματος (blue de methylene ή indigo), ώστε να δημιουργηθεί τεχνητή υπέγερση. Επ'αυτής και με την βοήθεια του ειδικού μαχαιριδίου και ρεύμα τύπου Endocut ή Dry cut, γίνεται μια επιμήκης κάθετη τομή περίπου 2 εκ., που χρησιμεύει ως πύλη εισόδου του ενδοσκοπίου στο τοίχωμα του οισοφάγου (**φωτο 1**). Με συνεχείς εγχύσεις του έγχρωμου διαλύματος με καθετήρα spray στην χαλαρή υποβλεννογόνια στιβάδα και με τεχνική παρόμοια με εκείνη του υποβλεννογόνιου διαχωρισμού, δημιουργείται ένα τούνελ που καταλαμβάνει το ένα τρίτο με ένα τέταρτο της περιφέρειας του αυλού (**φωτο 2**) και το οποίο κατερχόμενο εισέρχεται στην καρδιά του στομάχου για περίπου 2-3 εκ. Μετά την δημιουργία του τούνελ αρχίζει το επόμενο ουσιαστικό τμήμα της επέμβασης, εκείνο της μυοτομής. Αρχίζοντας 2-3 εκ περίπου κάτω από την επιμήκη

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

POEM- PERORAL ENDOSCOPIC MYOTOMY

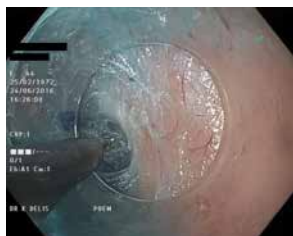
ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΠΑΣΤΙΚΩΝ
ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ



τομή και με το μαχαίριδιο γίνεται εκλεκτική ενδοσκοπική μυτομή της έσω κυκλοτερούς μυικής στιβάδας σε όλο το μήκος του τούνελ (**φωτο 3**) συνήθως με ρεύμα Spray coag. Κάποιοι ενδοσκόποι προτιμούν την πλήρη ή ολικού πάχους μυτομή του ΚΟΣ. Κατά την διάρκεια της επέμβασης, αγγεία με πιθανότητα αιμορραγίας ή τυχόν μικροαιμορραγίες αντιμετωπίζονται με καυτηριασμό είτε με το ίδιο το μαχαίριδιο ή με αιμοστατική λαβίδα (coaggrasper) και ρεύμα τύπου soft coag. Μετά το πέρας της μυτομής και αφού επιβεβαιωθεί η εύκολη δίοδος του ενδοσκοπίου δια μέσου του χαλαρού πλέον ΚΟΣ, ακολουθεί σύγκλιση της επιμήκους τομής εισόδου με κοινά αιμοστατικά clips (**φωτο 4**).



Φωτο 1. Επιμήκης τομή εισόδου στον οισοφάγο(προσωπ. αρχείο).



Φωτο 2. Δημιουργία τούνελ στην χαλαρή(μπλέ χρώματος) υποβλεννογόνια στιβάδα. Δεξιά βρίσκεται ο μυϊκός χιτώνας και αριστερά ο βλεννογόνος (προσωπ. αρχείο).



Φωτο 3. Εκλεκτική μυτομή της έσω κυκλοτερούς μυικής στιβάδας. Διακρίνονται η κυκλική και η επιμήκης μυική στιβάδα (προσωπ. αρχείο).



Φωτο 4. Σύγκλιση αρχικής τομής με clips(προσωπ. αρχείο).

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Την επόμενη ημέρα της επέμβασης ένα οισοφαγογράφημα επιβεβαιώνει την απουσία διαφυγής του σκιαγραφικού και την ευχερή διέλευση αυτού στο στομάχι και ακολουθεί υδρική διαίτα. Εάν η κλινική κατάσταση

του ασθενούς το επιτρέψει μπορεί να λάβει εξιτήριο. Την δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής μπορεί να αρχίσει τη λήψη μαλακής συστάσεως τροφή που τις επόμενες ημέρες προοδευτικά γίνεται κανονικότερη. Η λήψη αντιβίωσης μπορεί να συνεχισθεί από του στόματος για 2-3 ημέρες. Το follow up των ασθενών περιλαμβάνει έλεγχο με οισοφαγογαστροσκόπηση, οισοφαγογράφημα και μανομετρία στους 3 ή 6 μήνες ανάλογα με το πρωτόκολλο παρακολούθησης που επιλέγεται και ακολουθώντας στον ένα χρόνο.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Παρά το γεγονός ότι η **POEM** εκτελείται δίπλα σε ζωτικής σημασίας όργανα έχει αποδειχθεί γενικά μια ασφαλής διαδικασία. Όπως σε κάθε επεμβατική πράξη έχουν καταγραφεί διάφορες επιπλοκές (1,3,6). Οι περισσότερες από αυτές αντιμετωπίζονται συνήθως συντηρητικά κατά την διάρκεια της επέμβασης ή μετά από αυτή (μετεγχειρητικά) και δεν θεωρούνται κλινικά μείζονες. Επιπλοκές που σχετίζονται με την εμφύσηση αερίου δια του ενδοσκοπίου κατά την διάρκεια της POEM αλλά υποχωρούν γρήγορα είναι το πνευμοπεριτόναιο και το πνευμομεσωθράκιο καθώς και το υποδόριο εμφύσημα που εκτείνεται κυρίως στον τράχηλο. Άλλες αναφερόμενες επιπλοκές είναι, η διάτρηση του βλεννογόνου του οισοφάγου κατά την διάρκεια της επέμβασης που αντιμετωπίζεται με clips μετά το πέρας της επέμβασης, η μεσοθωρακίτιδα, η περιτονίτιδα,, ο καπνοθώραξ, το καπνοπνευμονικό, πνευμονίες, πνευμονικές συλλογές και ατελεκτασίες. Τυχόν αιμορραγία, σπανιότατα έχει αιμοδυναμικές επιπτώσεις ή απαιτεί μετάγγιση ενώ οι μικροαιμορραγίες αντιμετωπίζονται με καυτηριασμό των αιμορραγούντων αγγείων με το ίδιο το μαχαίριδιο που εκτελείται η επέμβαση ή αιμοστατική λαβίδα (coaggrasper) με τύπο ρεύματος soft coag.

POEM ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ

Η POEM αποδεικνύεται ότι δεν είναι μόνο ιδιαίτερα ευεργετική για τον ασθενή αλλά είναι επίσης ωφέλιμη και για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Π.χ.



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΡΟΕΜ- PERORAL ENDOSCOPIC MYOTOMY

ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΠΑΣΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

είναι εξίσου αποτελεσματική με την λαπαροσκοπική Heller μυοτομή, ωστόσο απαιτεί μικρότερη παραμονή στο νοσοκομείο και οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση και επαναφορά του ασθενούς στην καθημερινή του δραστηριότητα. Αυτό σημαίνει μικρότερη οικονομική επιβάρυνση για το σύστημα υγείας αλλά και την οικονομία γενικότερα. Ως ενδοσκοπική επέμβαση, υπερτερεί σε αποτελεσματικότητα της αντίστοιχης αεροδιαστολής με μπαλόνι αλλά επίσης πλεονεκτεί σε αρκετά σημεία της αντίστοιχης χειρουργικής. Ειδικότερα, επειδή η ενδοσκοπική μυοτομή εκτελείται υπό άμεση όραση, έχει την δυνατότητα της εκλεκτικής μυοτομής της έσω κυκλοτερούς μυικής στιβάδας και στερείται του κινδύνου μιας απρόσμενης και μη ελεγχόμενης διάτρησης που ενέχει η αεροδιαστολή. Η τελευταία, επιπρόσθετα, με την πάροδο του χρόνου χάνει την επάρκειά της και απαιτεί επανάληψη. Η **ΡΟΕΜ** συνοδεύεται από ολιγότερη απώλεια αίματος που εξαιρετικά σπάνια απαιτεί μετάγγιση. Παρέχει επίσης στον ενδοσκόπο την δυνατότητα επιλογής κατά περίπτωση του μήκους και της πλευράς που θα εκτελέσει την μυοτομή (πρόσθια ή οπίσθια). Επειδή δεν τραυματίζονται τα σκέλη του διαφράγματος και οι ανασταλτικοί τους σύνδεσμοι, τα ποσοστά γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης είναι συγκρίσιμα με εκείνα της λαπαροσκοπικής μυοτομής με μερική αναδίπλωση. Στον **ΠΙΝ 2** φαίνονται τα συγκριτικά στοιχεία της ΡΟΕΜ με τις άλλες μεθόδους.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ΡΟΕΜ είναι μια νέα, πολλά υποσχόμενη μέθοδος αντιμετώπισης της αχαλασίας αλλά και άλλων σπαστικών διαταραχών του οισοφάγου. Αυτό επιβεβαιώνεται από σημαντικές μελέτες που αναδεικνύουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά της όταν εκτελείται από έμπειρους ενδοσκόπους σε τριτοβάθμια κέντρα. Οι επιπλοκές δεν είναι μείζονες και αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά κατά την διάρκεια της επέμβασης ή μετά από αυτήν. Ολοένα και περισσότερο επιλέγεται ως μέθοδος εκλογής στην αντιμετώπιση της αχαλασίας από κέντρα αναφοράς στην προχωρημένη ενδοσκόπηση. Ωστόσο, υπάρχουν θέματα προς συζήτηση που

θα απαντηθούν κατά την διάρκεια του χρόνου όπως π.χ. ο ακριβής ρόλος της **ΡΟΕΜ** στον αλγόριθμο αντιμετώπισης των σπαστικών παθήσεων του οισοφάγου και ιδιαίτερα της συχνότερης αυτών αχαλασίας. Με την ολοένα και ευρύτερη αποδοχή της μεθόδου εγείρονται περαιτέρω ερωτήματα όπως π.χ. ποια είναι η προτιμώμενη πλευρά εκτέλεσης (πρόσθια, οπίσθια) και το ιδανικό μήκος της μυοτομής ή εάν η εκλεκτική μυοτομή της κυκλοτερούς στιβάδας του ΚΟΣ υπερέχει εκείνης του ολικού πάχους (full layer), καθώς και άλλα που θα απαντηθούν στο εγγύς μέλλον. Το βέβαιο είναι ότι η **ΡΟΕΜ φέρνει νέα δεδομένα στον χώρο της προχωρημένης ενδοσκόπησης και αποτελεί εφαλτήριο για ανάπτυξη νέων επεμβατικών μεθόδων που στηρίζονται στον ενδοσκοπικό υποβλεννογόνιο διαχωρισμό.**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Inoue H, Minami H, Kobayashi Y, et al. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia. *Endoscopy* 2010;42:265-71.
2. Khashab MA, Messallam AA, Onimaru M, et al. International multicenter experience with peroral endoscopic myotomy for the treatment of spastic esophageal disorders refractory to medical therapy (with video). *Gastrointest Endosc* 2015; 81: 1170-1177
3. Young Hoon Youn, Hitomi Minami, Philip Wai Yan Chiu et al. Peroral Endoscopic Myotomy for Treating Achalasia and Esophageal Motility Disorders. *J Neurogastroenterol Motil* 2016;22:14-24.
4. Inoue H, Sato H, Ikeda H, et al. Per-oral endoscopic myotomy: a series of 500 patients. *J Am Coll Surg* 2015;221:256-264.
5. ASGE Technology Committee, Rahul Pannala, Barham K. Abu Dayyeh, Harry R. Aslanian, Brintha K. Enestvedt, Sri Komanduri, Michael Manfredi, John T. Maple, Udayakumar Navaneethan, Mansour A. Parsi, Zachary L. Smith, Shelby A. Sullivan, Nirav Thosani, Subhas Banerjee. Pe-oral endoscopic myotomy (with video) *Gastrointest Endoscopy* 2016;83:1051-1060.
6. Patel K, Abbassi-Ghadi N, Markar S, Kumar S, Jethwa P, Zaninotto G. Peroral endoscopic myotomy for the treatment of esophageal achalasia: systematic review and pooled analysis. *Dis Esophagus* 2015.

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΡΟΕΜ- PERORAL ENDOSCOPIC MYOTOMY

ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΠΑΣΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ



ΠΙΝ 1. Τρόπος υπολογισμού βαθμολογίας Eckardt

Βαθμολογία	Δυσφαγία	Αναγωγές	Οπισθοστερνικός πόνος	Απώλεια βάρους (kg)
0	Καθόλου	Καθόλου	Καθόλου	Καθόλου
1	Ευκαιριακά	Ευκαιριακά	Ευκαιριακά	<5
2	Καθημερινά	Καθημερινά	Καθημερινά	5-10
3	Σε κάθε γεύμα	Σε κάθε γεύμα	Σε κάθε γεύμα	>5

ΠΙΝ 2. Σύγκριση ΡΟΕΜ με άλλες μεθόδους

	ΡΟΕΜ	Αεροδιαστολή	LHM
Εξωτερικές ουλές	Όχι	Όχι	Ναι
Εκτεταμένη μυοτομή	Δυνατή	Δύσκολη	Όχι
Εκλεκτική μυοτομή	Δυνατή	Όχι	Όχι
Διάνοιξη σκελών διαφραγματος	Όχι	Όχι	Ναι
Μετεγχειρητική ΓΟΠ	+++ (20-30%)	+/-	++ (=20%)
Συνοδός αντιπαλινδρ/κη επέμβαση	Όχι	Όχι	Ναι (Θολοπλαστική)
Διάρκεια νοσηλείας	Μικρή έως μέση	Πολύ μικρή έως μικρή	Σχετικά μακρά
Κόστος νοσηλείας	Μέσο *	Χαμηλό	Υψηλό
Επάνοδος σε δραστηριότητα	Γρήγορη	Πολύ γρήγορη	Αργή
Κλινική απόκριση σε αχαλασία	Καλή (έως άριστη)	Πτωχή	Καλή
Κλινική απόκριση σε άλλες σπαστ. διαταρ.	Καλή	Πτωχή	Ικανοποιητική

ΣΗΜ. LHM: Laparoscopic Heller Myotomy, ΓΟΠ: Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, *ποικίλλει ανάλογα με τα τοπικά κόστη της υγείας.



Ελεύθερο Θέμα

Χάρης Τσιώνης
Γαστρεντερολόγος

Διαφημιστικά σκουπίδια και δημόσια υγεία

Όσο πουλάνε ριχτάρια, κουβέρτες, θερμαντικά σώματα, σκουλαρίκια, βραχιόλια και δαχτυλίδια, όσο πουλάνε έστω «χρυσούς σταυρούς» αξίας 200 ευρώ που αν παραγγείλεις δύο, μαζί με ένα «φυλαχτό» και μια «θαυματουργή» εικόνα της Παναγίας δώρο, πληρώνεις 15 ευρώ για τον καθένα, όσο δηλαδή ψάχνουν μόνο για νλίθιους δεν μας πέφτει και πολύ λόγος ή μάλλον μας πέφτει λόγος σαν πολίτες, αλλά δεν μας εμπλέκει σαν γιατρούς. Όταν όμως εκτός από νλίθιους ψάχνουν και για απελπισμένους, εκεί πρέπει να έχουμε λόγο, να τον εκφράζουμε και να απαιτούμε μάλιστα την προστασία αυτών των συμπολιτών μας. Αυτός είναι και ο λόγος του δικού μου θυμού που με έσπρωξε να γράψω αυτές τις αράδες στο περιοδικό μας. Στην καπιταλιστική κοινωνία που ζούμε η ποσότητα και κυρίως το είδος της διαφήμισης αντανakά και το επίπεδο της οικονομίας της χώρας. Τον καιρό λοιπόν της κρίσης που δεν παράγονται υπηρεσίες και προϊόντα και άρα δεν υπάρχει «κύκλος εργασιών», τα badget που αφορούν την διαφημιστική καμπάνια και προώθηση προϊόντων και υπηρεσιών μειώνονται τραγικά με λογική συνέπεια να καταρρέει η αγορά της διαφήμισης που στηρίζεται σε αυτά τα κεφάλαια. Οι τιμές κατακυλούν καθώς δεν υπάρχουν εταιρείες-πελάτες και έτσι με πολύ χαμηλά ποσά δίνεται η ευκαιρία σε εταιρείες να διαφημίζουν εισαγόμενα φτηνά προϊόντα- σκουπίδια τα οποία δεν έχουν καμία δυνατότητα να αγορασθούν αν δεν παραπλανήσουν τους πιθανούς αγοραστές. Παραπλανητική είναι μια διαφήμιση όταν παραποιεί ή κάνει ψευδείς ισχυρισμούς με τέτοιο τρόπο ώστε ο φυσιολογικός άνθρωπος ή τουλάχιστον πολλοί άνθρωποι παρακολουθώντας την ή διαβάζοντάς την γρήγορα και χωρίς προσοχή και σκέψη να αποκτήσουν μια λαθμενική αντίληψη ή να καταλήξουν σε λάθος συμπεράσμα. Έτσι παίζοντας με την θέληση ενός ατόμου χωρίς βία αλλά με δόλιο τρόπο, ύπουλα και με πονηριά το χειραγωγούμε. Ο εξαναγκασμός όμως και η χειραγωγήση εμπεριέχουν εξ αντικείμενου στοιχεία ανηθικότητας.

Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να τα αρπάξει χοντρά η εταιρεία εισαγωγέας των προϊόντων – σκουπιδιών, η διαφημιστική εταιρεία που στήνει το φτηνό σκηνικό, η «τηλεπερσόνα» που συμμετέχει στο σποτ ή την εκπομπή που προωθεί την διαφήμιση, το κανάλι και βέβαια και το κράτος... γι' αυτό δεν κουνιέται φύλλο.

Κάθε τόσο βρίσκουν τρόπους να μοσχοπωλούν φύκια για μεταξωτές κορδέλες. Χτυπά το τηλέφωνο στην γιαγιάκα με μερική αντίληψη ή και λίγη άνοια, της υπόσχονται ότι με λίγες σταγόνες από το μαγικό προϊόν τους θα χοροπηδάει σαν Κρι-Κρι, της χρεώνουν 40 ευρώ το μπουκάλι με νερό από την βρύση, άντε ζαχαρόνερο, και είναι όλοι ευχαριστημένοι...

Όπως με τα 090, τον τηλεζόγο ή τον «νόμιμο» (κρατικό που τον δωρίσαμε σε ιδιώτες) τζόγο με τα χίλια «τυχερά» παιχνίδια και λαχεία, αφού κάποιος κυριολεκτικά απαιεώνας βρει τρόπο να αρπάξει χρήματα από αφελείς και απελπισμένους χωρίς αντιδράσεις, το κράτος δεν έχει κανένα ενδοιασμό να γίνει συνεργός στην απάτη αρκεί να αρπάξει το μερίδιό του.

Τι να πρωτοθυμηθώ, δεν υπάρχει τομέας της οικονομικής και κοινωνικής ζωής του τόπου που να μην υπάρχει απάτη και παραπλανητική διαφήμιση.

Άπειρα προϊόντα ομορφιάς και περιποίησης του σώματος που υπόσχονται να μετατρέψουν την «κυρία» σε Monica Bellucci και βάλε, προϊόντα

αδυνατίσματος και ινστιτούτα αδυνατίσματος, νανο-γυλέκα,, τσάι των Ίνκας με απίστευτες θεραπευτικές ιδιότητες για όλα (από καρκίνο μέχρι τα μαλλιά και τα νύχια), επιθέματα πελμάτων που απομακρύνουν τις τοξίνες, βιομαγνητικά βραχιολάκια δύναμης, ισορροπίας και υγείας, θερμαντικά σώματα, καύσιμα και λιπαντικά κινητήρων που κάνουν το αυτοκίνητο να βρυχάται σαν Ferrari και να καίει σαν Cinquecento, οι Wash Ball, οι συσκευές μείωσης κατανάλωσης ρεύματος, φίλτρα νερού που σε τρομάζουν για το τι θα πάθεις αν καταναλώνεις νερό της βρύσης ή έστω εμφιαλωμένο, οζονοθεραπείες και νερό με όζον (έχει προχωρήσει η «επιστήμη» από τον καιρό του «νερού του Καματερού»), ο «πράσινος καφές» και το αλάτι των Ιμαλαίων, Pretty Bra και Pretty Pants και «έξυπνη σίτα» πάντα από την Οδό Βαλαωρίτου... Αθήνα, Θεσ/νίκη, Βόλο, Ηράκλειο, Πάτρα.. κλπ.. και με δυό παπουτσία πάνινα πας μέχρι τα Γιάννενα...,

Και δώσεεεε που θα έλεγε και ο Λαζόπουλος.... Και άλλα και άλλα... μέχρι και φτηνά αρνιά από μεγάλη γερμανική αλυσίδα supermarket, αλλά και τραπεζικά προϊόντα (για να μην ξεχνιόμαστε μέρες που είναι), ασφαλιστικές εταιρείες, κάρτες «Υγείας», κολέγια, μέχρι και ΜΚΟ (Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις) και δώσεεε ακόμα στον λαό, μάγους, αστρολόγους, χαρτορίχτρες και καφετζούδες, κληρώσεις απάτες αλλά και SMS που χρεώνεσαι μόλις το ανοίξεις, η απαντάς σε άγνωστη κλήση από την Αφρική, Λατινική Αμερική ή άλλο εξωτικό μέρος.

Και αν πάμε στο διαδίκτυο, τα πράγματα γίνονται χειρότερα έως τραγικά... «απαλλάξου από τους κिरσούς στο σπίτι σε 8 ημέρες», «αδύνατη στο λεπτό», «Χάσε 7 κιλά σε μία εβδομάδα», «η συνταγή μου για το πώς έκοψα 10-15 χρόνια από το πρόσωπό μου», «ΚΟΛΛΑΓΟΝΟ: Χάστε κιλά στον ύπνο σας», «μάθε πώς να μειώσεις το ρεύμα έως και 50%» και άλλος πιο κουβαρδός «δεν πληρώνεις καθόλου για ρεύμα» και ουκ έστι τέλος.. που στο τέλος αναρωτιέσαι σαν χριστιανός «Θεέ μου σε τι κόσμο ζώ» ή στο κάτι λιγότερο απαισιόδοξο «Θεέ μου πόσο προχώρησε η επιστήμη από τον καιρό της φραγγελιάς» ή στο κάτι πιο πατριωτικό «ζήτω το Έθνος» ή κάτι τέτοιο.

Παρά την ευθυμία όμως που προκαλεί όλη αυτή η ιστορία, μάλλον πρέπει να πάρουμε τα πράγματα πιο σοβαρά καθώς φτάσαμε στην εποχή του κολλαγόνου, του υαλουρονικού, της αλόης με ή χωρίς κολλαγόνο και υαλουρονικό και η έκταση του θέματος μας ξεπερνάει.

Όπως για πολλά από τα προηγούμενα έτσι και για την αλόη, το κολλαγόνο και το υαλουρονικό δεν απαιτείται, ως συμπληρώματα διατροφής, έλεγχος και έγκριση από τον ΕΟΦ παρά μια απλή γνωστοποίηση προς αυτόν για να μπορεί να κυκλοφορήσει στην αγορά.

Μιλάμε για συμπληρώματα και βάσει νόμου ισχύει ότι: «Τα συμπληρώματα διατροφής είναι βιομηχανικά προϊόντα. Αποτελούν συμπυκνωμένες πηγές θρεπτικών συστατικών ή άλλων ουσιών με θρεπτικές ή φυσιολογικές επιδράσεις, διατιθέμενα σε δοσιμετρικές μορφές, με σκοπό τη συμπλήρωση της συνήθους διαίτας. Δεν επιτρέπεται να έχουν ή να προβάλλουν προληπτικές ή θεραπευτικές ενδείξεις, που προσιδιάζουν μόνο σε φάρμακα». Από το παραπάνω γίνεται σαφές ότι κανένα συμπλήρωμα διατροφής, συμπεριλαμβανομένων των συμπληρωμάτων κολλαγόνου, δεν μπορεί να ισχυρίζεται ότι προλαμβάνει ή ακόμα χειρότερα ότι θεραπεύει οποιαδήποτε

νόσο ή ασθένεια και αν συμβαίνει αυτό, τότε είναι προφανές ότι παραβιάζεται τόσο η εθνική όσο και η ευρωπαϊκή νομοθεσία σχετικά με τα συμπληρώματα διατροφής.

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό (ΕΚ) αριθ. 1924/2006 και την Ευρωπαϊκή Αρχή για την Ασφάλεια Τροφίμων (EFSA), για να μπορεί μια εταιρία τροφίμων ή συμπληρωμάτων διατροφής να προβαίνει σε ισχυρισμούς υγείας για τα προϊόντα της, θα πρέπει πρώτα αυτά να περάσουν από τη διαδικασία της έγκρισης από την EFSA, για τον/τους ισχυρισμούς υγείας που δηλώνουν. Για να γίνει αυτό, η εταιρία πρέπει να καταθέσει αίτηση έγκρισης και να προσκομίσει, μεταξύ άλλων, τις επιστημονικές εκείνες μελέτες και έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί για το συγκεκριμένο προϊόν, ή συγκεκριμένη δραστική ουσία που περιέχουν, στην αρμόδια Αρχή και αφού η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εξετάσει τα στοιχεία, να αποφανθεί θετικά ή αρνητικά για τον/τους αιτούμενους ισχυρισμούς υγείας. Η διαδικασία αυτή αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αποφάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με σκοπό πρωτίστως τη διασφάλιση της Δημόσιας Υγείας και την προστασία των καταναλωτών από παραπλανητικές δηλώσεις και διαφημίσεις τροφίμων ή συμπληρωμάτων διατροφής.

Το κολλαγόνο είναι μια πρωτεΐνη που αποτελεί βασικό συστατικό του συνδετικού ιστού του σώματός μας. Ουσιαστικά όλο το σώμα μας χτίζεται πάνω, γύρω και μέσα στον συνδετικό ιστό. Σε διάφορες μορφές ανάλογα με το όργανο, το κολλαγόνο βρίσκεται στους τένοντες, στην καρδιά, στα νύχια, στα μαλλιά, στο δέρμα, στα ούλα, στα μάτια, στις αρθρώσεις και στα αιμοφόρα αγγεία μας και είναι αυτό που δίνει συνοχή και ελαστικότητα στους ιστούς. Άρα το κολλαγόνο ως συμπλήρωμα διατροφής (κυκλοφορούν 293 διαφορετικά σκευάσματα με αυτό) δεν θα μπορούσε να βοηθήσει στους ιστούς όταν υπάρχει πρόβλημα; Από όλα τα συμπληρώματα διατροφής, το πλέον «ευρηματικό» είναι το «υγρό πόσιμο κολλαγόνο» η προώθηση του οποίου γίνεται βάσει συνδυασμού δύο πραγμάτων:

1ο. Διαβάζοντας τις διαφημίσεις μαθαίνει κανείς για τις γνωστές ιδιότητές του, ότι δηλαδή μεταξύ άλλων βελτιώνει την υγεία των μαλλιών, των νυχιών, του δέρματος και των αρθρώσεων, μαθαίνει όμως και πρωτότυπα «καινούργια» πράγματα, όπως ότι: λευκαίνει το δέρμα, μειώνει την κυτταρίτιδα, αυξάνει τις καύσεις του οργανισμού και αδυνατίζει, θεραπεύει την ακμή, τη δερματίτιδα και την ψωρίαση.

2ο. Μικρές παραπληρήσεις. Οι περισσότεροι από εκείνους που προωθούν το υγρό πόσιμο κολλαγόνο φροντίζουν να αποκρύπτουν μια μικρή λεπτομέρεια, ενώ άλλοι προχωράνε ανευσθησίως και σε διατύπωση ανακριβιών, στα όρια του ψεύδους. Η λεπτομέρεια που δεν λένε είναι ότι όλα τα καλά και αγαθά που προσμετρώνται στα ωφέλη του κολλαγόνου, αφορούν το κολλαγόνο που υπάρχει ήδη μέσα στο σώμα μας. Ωστόσο, άλλο το κολλαγόνο που υπάρχει μέσα στο σώμα μας, το οποίο έχει κατασκευάσει ο οργανισμός μας και άλλο το κολλαγόνο που παίρνουμε ως συμπλήρωμα διατροφής.

Για να καταλάβουμε τη διαφορά, να θυμηθούμε ότι το κολλαγόνο είναι μια πρωτεΐνη. Άρα, αποτελείται από αμινοξέα. Άρα, όταν το λαμβάνουμε μέσω του πεπτικού συστήματος ως τροφή ή συμπλήρωμα διατροφής, διασπάται σε αυτά, δηλαδή δε μένει να κυκλοφορεί μέσα στον οργανισμό μας αυτούσιο όπως το φάγαμε ή το ήπιαμε σαν κολλαγόνο, ούτε πάει και κάθεται όπως

είναι μέσα στις αρθρώσεις και τους ιστούς. Αυτό που συμβαίνει είναι ότι το χωνεύουμε κανονικότητα όπως όλες τις άλλες τροφές, διασπάται στα αμινοξέα από τα οποία αποτελείται, τα οποία στη συνέχεια θα απορροφηθούν. Ο οργανισμός θα χρησιμοποιήσει κάποια από τα αμινοξέα για ενέργεια, ενώ κάποια άλλα θα τα χρησιμοποιήσει για να συνθέσει εκ νέου πρωτεΐνες και ιστούς (μεταξύ των οποίων και νέο κολλαγόνο). Αυτό τι σημαίνει; Σημαίνει ότι το κολλαγόνο που μας πουλάνε σε συσκευασίες των 500ml (όπως τα μικρά μπουκαλάκια νερού) για 50 ευρώ το μπουκάλι, είναι απλά... άλλη μια πηγή πρωτεϊνών! Να το πούμε ξανά: Το υγρό πόσιμο κολλαγόνο είναι απλά άλλη μια διατροφική πηγή πρωτεϊνών!

Εδώ έχουμε να κάνουμε λοιπόν με κλασική παραπλανητική διαφήμιση: Οι εκπληκτικές ιδιότητες που διαφημίζονται, είναι αυτές που αντιστοιχούν στο κολλαγόνο που έχει κατασκευάσει ο οργανισμός μας, όχι στο κολλαγόνο που τρώμε. Άρα, άλλο πράγμα διαφημίζεται και άλλο πράγμα πωλείται!

Εισαγγελίες, Υπουργεία, Ιατρικοί φορείς που θα προστατέψουν την δημόσια υγεία ως οφείλουν από τον ρόλο τους, δεν υπάρχουν σε αυτή την χώρα;

Είμαι σίγουρος ότι θα μας βγει πολύ πιο φτηνά καταναλώνοντας τροφές-πηγές υψηλής ποιότητας πρωτεϊνών όπως τα όσπρια, αυγά, ψάρια, γαλακτομικά, και κρέας, όσο για την δοσολογία για να είναι πλήρης η οδηγία, με μόλις 100 γραμμάρια από τα πιο πάνω παίρνετε 3 με 4 φορές παραπάνω πρωτεΐνες από ότι μία δόση 10ml από τα πόσιμα συμπληρώματα και σε καιρούς που ζούμε μας περισσεύουν και χρήματα.

Αν θες να κάνεις κάτι πραγματικά καλό για τον εαυτό σου, ξέχνα τα διάφορα «συμπληρώματα διατροφής» και άλλα μαγικά προϊόντα. Βγες από το σπίτι, περπάτα επιτέλους, ερωτεύσου, σταμάτα να τρως και να πίνεις αηδίες όσο το επιτρέπουν τα οικονομικά σου. Άσε το κυνήγι του «τέλειου σώματος» (πως είπατε;), του «λαμπερού δέρματος» και των αστραφτερών δοντιών στα αγόρια και τα κορίτσια των περιοδικών. Και εδώ που τα λέμε το μυστικό τους είναι ότι (και μην σας ξεφύγει πουθενά) όλοι τους είναι φωτοσοπρισμένοι!

Τώρα αν κάποιοι επιμένετε στο πόσιμο κολλαγόνο και υαλουρονικό για να μην μείνετε παραπονεμένοι σας έχω και την συνταγή που ψάρεψα στο διαδίκτυο: «Φτιάχνω πόσιμο κολλαγόνο και υαλουρονικό μόνος μου με 1 ευρώ»

Παραγγέλνουμε από τον χασάπη μας καθαρισμένα μοσχάρια κόκκαλα με το μεδούλι, ενδεχομένως κομμένα σε κομμάτια. Τα βάζουμε σε μία κατσαρόλα και τα σκεπάζουμε με νερό. Ρίχνουμε μία κουταλιά του γλυκού αλάτι. Τα αφήνουμε για 8 ώρες να σιγοβράσουν. Συμπληρώνουμε με νερό όταν χρειάζεται. Μετά στραγγίζουμε και κρατάμε τον ζωμό. Όταν κρυώσει τοποθετούμε τον ζωμό στο ψυγείο. Πίνουμε ένα ποτήρι καθημερινά.

Επιπλέον μπορούμε να αξιοποιήσουμε τσόφλια αυγών τα οποία περιέχουν 95% ασβέστιο και άλλα συστατικά που χρειάζεται ο οργανισμός.

Σπάμε τα αυγά. Τα αδειάζουμε από τον κρόκο και το ασπράδι. Δεν πετάμε την μεμβράνη. Τα γυρίζουμε ανάποδα να στραγγίσουν ως το βράδυ. Τα βράζουμε για απολύμανση δέκα λεπτά. Τα αφήνουμε να στεγνώσουν καλά. Την άλλη μέρα τα βάζουμε στο φούρνο για δέκα λεπτά. Παίρνουμε τα τσόφλια και τα θρυμματίζουμε στο μούλτι τόσο ώστε να γίνουν πούδρα. Βάζουμε μισό ποτήρι ζωμό με λίγο λεμόνι και μία κουταλιά του γλυκού πούδρας-τσόφλια.

Τι άλλο να κάνω ο άνθρωπος, ένας απλός γαστρεντερολόγος είμαι. Άντε καλή όρεξη λοιπόν!



Καλλιτεχνικά & άλλα

Η ΡΟΤΟΝΤΑ ΚΑΙ ΠΑΛΙ ΚΟΝΤΑ ΜΑΣ



Ένα από τα πιο ιδιαίτερα και χαρακτηριστικά μνημεία της Θεσσαλονίκης, η Ροτόντα, ξαναζωντανεύει μετά από πολλά χρόνια και ανοίγει τις πόρτες της για το κοινό. Το περίκεντρο οικοδόμημα της εποχής του Γαλέριου (306μΧ), αφιερώθηκε αρχικά στο Δία, τα παλαιοχριστιανικά χρόνια έγινε Χριστιανικός ναός και μετά το 1590 μετατράπηκε σε τζαμί, ενώνοντας τρεις διαφορετικές θρησκείες στον ίδιο χώρο. Οι σεισμοί του 1978 προξένησαν σοβαρές βλάβες στο μνημείο και οι αναστηλωτικές εργασίες διήρκεσαν αρκετά χρόνια. Από το Δεκέμβριο του 2015 ο ναός είναι και πάλι ανοιχτός για το κοινό φέρνοντας και πάλι στο φως τα υπέροχα ψηφιδωτά του θόλου που έχουν διατηρηθεί.

Το σύμβολο αυτό της πολυπολιτισμικότητας, πέρα από ένας απλός μουσειακός χώρος, θα φιλοξενεί επιλεγμένες κοσμικές εκδηλώσεις στο ατμοσφαιρικό εσωτερικό του. Αυτή η διεύρυνση των χρήσεων της Ροτόντας συζητήθηκε στη συνεδρίαση του Κεντρικού Αρχαιολογικού Συμβουλίου, το οποίο γνωμοδότησε υπέρ της διεξαγωγής περιορισμένου αριθμού παραστάσεων, το πολύ μία κάθε μήνα. Μπορεί να πρόκειται για μουσικές παραστάσεις, εκδηλώσεις λόγου ή απαγγελίας και εικαστικές εκθέσεις. Σε καμία δράση δεν θα συμμετέχουν περισσότερα από 300 άτομα με εξαίρεση ίσως τους θερινούς μήνες οπότε θα μπορούν να χρησιμοποιούνται και οι αύλειοι χώροι του μνημείου. Το ενδιαφέρον των διάφορων φορέων για τις εκδηλώσεις είναι ήδη έντονο με το Κρατικό Θέατρο Βορείου Ελλάδος και την Κρατική Ορχήστρα Θεσσαλονίκης να έχουν ήδη καταθέσει αιτήματα.

Όπως και να έχει, φαίνεται ότι στο μέλλον, ο χώρος θα μας αποζημιώσει για τα χαμένα χρόνια του παρελθόντος.





Αθήνα θα πάτε;

Ως στήλη του περιοδικού σας έχουμε συνηθίσει σε περιηγήσεις σε διάφορες μητροπόλεις του κόσμου όπου φιλοξενούνται μεγάλα και σημαντικά συνέδρια της ειδικότητάς μας και την ίδια στιγμή παραβλέπαμε τις πόλεις της χώρας μας που φιλοξενούν ανάλογες εκδηλώσεις εθνικού ενδιαφέροντος. Έτσι σπάζοντας αυτή την “παράδοση” κάναμε αφιερώματα στις Σέρρες, την Ερέτρια και τα Πάννενα. Η πόλη όμως που έχει την πρωτοκαθεδρία σε συνέδρια και εκδηλώσεις της Γαστρεντερολογίας είναι η Αθήνα και για τον λόγο αυτό σκέφτηκα ότι θα ήταν καλό να αναφερθώ και στην δική μας μητρόπολη.

Αφορμή για αυτό αποτελεί το δικό μας συνέδριο που για 14η χρονιά θα γίνει στην Αθήνα. Όταν όμως κάποιος γράφει ένα αφιέρωμα για την Αθήνα κινδυνεύει να αφιερώσει όλο το περιοδικό για αυτό τον σκοπό ή να γράψει κοινότυπα πράγματα για τους μεγάλους και σημαντικούς τόπους αυτής της πόλης, σημαντικά μουσεία και viral σημεία που κάθε Αθηναίος ή συχνός επισκέπτης σαν και εμάς έχει επισκευτεί περισσότερες από μία φορές. Έτσι σκέφτηκα ότι για αρχή (με την ελπίδα να συνεχίσουμε στο μέλλον με συγκεκριμένα μικρά αφιερώματα) είναι καλό να “ενοχλήσω” την καλή μου φίλη Ντιάνα Καντάρογλου που εργάζεται στο *Alternative_Athens* και να της ζητήσω να μου στείλει ένα μικρό αρχικό κείμενο. Η Ντιάνα, και την ευχαριστώ από καρδιάς για αυτό, ανταποκρίθηκε με προθυμία στέλνοντας το παρακάτω κείμενο:

“Η Αθήνα είναι μια πανάρχαια και συνάμα διαχρονική πόλη. Εκτός από την πλούσια πολιτιστική της κληρονομιά, διαθέτει ένα σύγχρονο πρόσωπο το οποίο έχει τη δεξιότητα να μεταμορφώνεται συνεχώς. Έχει απίστευτη ενέργεια, εξελίσσεται διαρκώς και προσφέρει αστείρευτο ενδιαφέρον σε όλες τις ηλικίες, φύλα, κοινωνικά και πνευματικά υπόβαθρα.

Εκτός από τα προφανή σημεία ιστορικού ενδιαφέροντος, υπάρχουν τόσα πολλά κρυμμένα μυστικά, άγνωστα ακόμα και στους Αθηναίους. Μια μικρή βόλτα μπορεί να σας οδηγήσει σε πλατείες με κτίρια από διαφορετικές ιστορικές περιόδους, υπόγεια καταστημάτων με αρχαία ευρήματα ή και φυλακές.

Υπάρχει πληθώρα μουσείων που εκτός από τις μόνιμες ή έκτακτες εκθέσεις τους συνδυάζουν εκπληκτικούς χώρους ανάπαυλας (βλ αίθριο μουσείου Κυκλαδικής Τέχνης, ο κήπος του Νομισματικού Μουσείου όπου κάθε Πέμπτη βράδυ εμφανίζονται μουσικοί κυρίως από τον χώρο της τζαζ καθώς και ο ανακαινισμένος κήπος του Αρχαιολογικού Μουσείου).

Η νέα μεγάλη άφιξη είναι το Κέντρο Πολιτισμού Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος. Στα χαλάσματα του παλαιού ιππόδρομου γεννήθηκε ένα συγκρότημα πολυπολιτισμικού ενδιαφέροντος. Απαρτίζεται από κτίρια που θα στεγάσουν την Νέα Εθνική Βι-

βλιοθήκη, την Όπερα της Εθνικής Λυρικής Σκηνής, αίθουσες εκδηλώσεων και συνεδρίων καθώς και μια τεράστια έκταση πρασίνου φιλική στους περιπατητές, ποδηλάτες, μελετητές. Γειτονιές αλλάζουν πρόσωπο. Καινούρια στέκια εμφανίζονται. Έθνικ εστιατόρια μας μυούν σε γευστικά μυστικά απομακρυσμένων περιοχών του πλανήτη μας, νέοι *bar tenders* πειραματίζονται αναμειγνύοντας ποτά και μυρωδικά φτάνοντας σε ένα τελικό προϊόν πλούσιο σε χρώμα και άρωμα.

Θεατρικές παραστάσεις ή συναυλίες πολύ συχνά παρουσιάζονται σε χώρους που απέχουν από την παραδοσιακή εικόνα μας για ανάλογους χώρους και μας ξαφνιάζουν θετικά (Τεχνόπολη Γκάζι, θέατρα της οδού Σαρρή στου Ψυρρή, καινούριος πολυχώρος της Πλατείας Αγ. Ασωμάτων, Gazarte).

Διαχρονικοί ή καινούριοι σχεδιαστές ρούχων, κοσμημάτων, υποδημάτων, καλλυντικών παρουσιάζουν τις δημιουργίες τους σε καταστήματα διαμορφωμένα σύμφωνα με τις νέες παγκόσμιες τάσεις.

Παράλληλα, έχουν αναπτυχθεί πρωτότυποι και εναλλακτικοί τρόποι δραστηριοποίησης και ανάδειξης των αρετών της πόλης αυτής στα μάτια του απαιτητικού επισκέπτη. Μια τέτοια προσπάθεια που κερδίζει συνεχώς έδαφος, καταβάλλεται από την *Alternative Athens*, μια ομάδα ανθρώπων με κοινό στόχο: να μεταδώσουν την αγάπη τους για την πόλη τους στους ταξιδιώτες σχεδιάζοντας θεματικές περιηγήσεις στην Αθήνα.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορεί κανείς να επισκεφτεί την ιστοσελίδα www.Alternative-Athens.com ή μπορεί να επικοινωνήσει στο contact@alternative-athens.com, ή στο τηλέφωνο 6948405242.”

Η Τίνα, η Ντιάνα, η Βάσσια, ο Αχιλλέας, η Χριστίνα, ο Ανδρέας, η Marlene, η Μελίνα και η Στέλλα με τις σπουδές τους και την σημαντική εμπειρία αλλά και αγάπη για αυτό που κάνουν αποτελούν την εγγύηση ότι ο χρόνος μας μπορεί να γεμίσει με όμορφα και ενδιαφέροντα πράγματα διεγείροντας τις αισθήσεις μας και κάνοντας πλουσιότερες τις εμπειρίες μας.

1. «The crisis has spawned a new burst of creative energy that has turned Athens into a contemporary mecca for street art in Europe.»

-The New York Times-

1.Μην ξεχάσουμε όμως ότι η πιο σημαντική αιτία να βρεθούμε στην Αθήνα στις 8 και 9 Οκτώβρη είναι η διημερίδα της ΕΠΕΓΕ που και αυτή την φορά πιστεύουμε ότι θα μας κάνει πλουσιότερους σε γνώσεις και θα φωτίσει για άλλη μιά φορά τις πραγματικές ανάγκες του μάχημου γαστρεντερολόγου.

Το εξώφυλλο από μέσα



Σύνορα

Είχε σκεφτεί ότι δεν θα τελειωνε.

Δεν ήθελε να τελειώσει και ήταν σίγουρη ότι δεν θα τελειωνε.

Εντούτοις το καλοκαίρι τέλειωσε .

Είχε διασχίσει τα σύνορα του φθινοπώρου χωρίς να μπορεί να πει πότε είχε συμβεί αυτό.

Έργο: *"Morning Sun"* by Edward Hopper

Κείμενο: Μίλτος Σκούρας



**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ
ΕΛΛΑΔΑΣ**

**14^η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ
ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ**

ΦΑΡΜΑΚΑ & ΠΕΠΤΙΚΟ

**8 & 9 Οκτωβρίου 2016, Αθήνα
Ξενοδοχείο Divani-Caravel, Αίθουσα ΙΛΙΣΣΟΣ**

**ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ
ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΚΑΙ
ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΣΤΗΝ
ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ**

**7 & 9 Οκτωβρίου
2016**

Θα χορηγηθούν
μόρια Συνεχιζόμενης
Ιατρικής Εκπαίδευσης
(CME-credits)

Γραμματεία:

CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL E.E. Οργάνωση Συνεδρίων

Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210-72 100 52, 210-72 10 001, Web site: www.congressworld.gr, e-mail: cv@congressworld.gr