

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Φεβρουάριος - Μαρτίος - Απρίλιος 2017 | Τεύχος
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

43

Ασταθής ισορροπία

Συνάντηση ΔΣ ΕΠΕΓΕ με
πρόεδρο ΕΟΠΥΥ

Συνέντευξη με τον
κ. Δημήτρη Θεοδώρου

Ακαθόριστης προέλευσης
θωρακικός πόνος

Μοναξιά και δημοσιότητα

Άρθρο Σύνταξης



Η ύλη του τεύχους κλείνει με την φιλότιμη προσπάθεια λίγων συναδέλφων (μήπως να βάλετε και άλλοι ένα χε-ράκι;) και την ώρα που θα διαβάσετε αυτές τις γραμμές θα είμαστε στην καρδιά του καλοκαιριού. Στο τεύχος αυτό εκτός από τα γνωστά θέματα του περιοδικού θα διαβάσετε αναλυτικά για τη συνάντηση του ΔΣ της ΕΠΕΓΕ με τον Πρόεδρο του ΕΟΠΠΥ, και την πρότασή μας για σύναψη σύμβασης για την πρόληψη του ΚΠΕ. Επίσης θέλω και πάλι να σας υπενθυμίσω τη μελέτη για την εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου που έχει ξεκινήσει και να σας προτρέψω να βάλετε και σεις ασθενείς σας. Όσο μεγαλύτερος αριθμός τόσο πιο έγκυρα τα αποτελέσματα και καλύτερη τύχη στην προσπάθεια αυτή. Η μελέτη είναι πρωτότυπη είναι η δική μας μελέτη...ΟΛΩΝ ΜΑΣ. Η ευχή είναι να περάσουμε αυτή την περίοδο καλά με τις οικογένειές μας και λίγους καλούς φίλους. Να ξεκουραστούμε, να χαλαρώσουμε, να δροσιστούμε και να φορτίσουμε τις μπαταρίες για τη συνέχεια...

Δεν έχω καμιά πρόθεση να σας φορτίσω αλλά θέλω στις επόμενες γραμμές να σας παραθέσω κάποια στοιχεία για ενημέρωση και προβληματισμό... Λίγες ημέρες πριν διαβάζοντας μια εφημερίδα η προσοχή μου έπεσε σε ένα άρθρο που με γέμισε ερωτηματικά για τον τρόπο που πορευόμαστε ως Χώρα – Διοίκηση και πολίτες – στον όγδοο χρόνο της κρίσης...

«Η ελληνική οικονομία δεν έχει επιτύχει τον απαραίτητο μετασχηματισμό που θα επιτρέψει την επιστροφή της χώρας σε ρυθμούς ανάπτυξης και στη δημιουργία βιώσιμων θέσεων εργασίας ...Το εκπαιδευτικό σύστημα δεν εξασφαλίζει στους νέους τις δεξιότητες που επιβάλλουν οι σύγχρονες τάσεις της διεθνούς οικονομίας... Οκτώ στους δέκα επιχειρηματίες δηλώνουν ότι δεν μπορούν να βρουν το κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό» Όλα αυτά δεν είναι προσωπικές απόψεις κάποιου δημοσιογράφου αλλά τα συμπεράσματα από έρευνα που έκαναν από κοινού το Οικονομικό Πανεπιστήμιο, η Ernst & Young και η Endeavor Greece. Άλλα συμπεράσματα της έρευνας: 86% των νέων ελληνικών επιχειρήσεων δεν εστιάζει σε παραγωγικούς και εξωστρεφείς τομείς ενώ από την άλλη πλευρά 76% των νέων πτυχιούχων δεν έχει κάνει πρακτική άσκηση. Και βέβαια το απόλυτα αναμενόμενο 88% των νέων θεωρούν ότι οι επιχειρήσεις δεν προσφέρουν ποιοτική και καλά αμειβόμενη εργασία.

Είναι βέβαιο λοιπόν, πέραν των αυστηρά δημοσιονομικών μέτρων και περιορισμών, ότι στραβά αρμενίζουμε... Ας ελπίσουμε ότι η θερινή ραστώνη θα είναι ο καταλύτης για την απαραίτητη αλλαγή πλεύσης.

Καλό καλοκαίρι σε όλους!!!

Σπύρος Σ Γούλας
Ταμίας ΔΣ ΕΠΕΓΕ



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
Το περιοδικό μας και η ευθύνη μας	
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	06
ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ	10
Συνέντευξη με τον κ. Δημήτρη Θεοδώρου	
ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΞΙΑΤΕ;	16
Βιβλιογραφική ενημέρωση	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	20
ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	28
ΜΟΝΑΞΙΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΟΤΗΤΑ	
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	30
Βαρκελώνη θα ξαναπάτε;	
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ & ΑΛΛΑ	32
Το παλάτι της οδού Κλαυθμώνος	
ΤΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ	34



Νέα ΔΣ

Στις 2-3 Δεκεμβρίου 2017 στο ξενοδοχείο Caravel θα πραγματοποιηθεί η 15η διημερίδα της ΕΠΕΓΕ. Μετά από συνομιλία του ΔΣ με τον πρόεδρο της διημερίδας, τον κύριο Αλεξανδράκη, οριστικοποιήθηκαν η θεματολογία και οι αντίστοιχοι ομιλητές. Σύντομα θα σας ανακοινώσουμε τους ομιλητές και το πρόγραμμα στην ιστοσελίδα μας. Φέτος, θα επαναληφθεί το κλινικό φροντιστήριο για την πρόληψη απειλητικών για τη ζωή συμβαμάτων από τη χορήγηση καταστολής και αναλγησίας στην ενδοσκόπηση. Θα χορηγηθεί πιστοποιητικό παρακολούθησης, ενώ το δικαίωμα συμμετοχής παραμένει στα 50€. Η ημερομηνία έναρξης δηλώσεων συμμετοχής θα αναρτηθεί στο site της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος.

Κατατέθηκε και επίσημα στον ΕΟΠΥΥ πρόταση της ΕΠΕΓΕ για την κατάρτιση σύμβασης Γαστρεντερολόγων, με σκοπό τη διενέργεια κολονοσκόπησης στα πλαίσια προληπτικού ελέγχου καρκίνου παχέος εντέρου. Η εξέταση θα περιλαμβάνει ολική κολονοσκόπηση με χρήση μέθης, με η χωρίς λήψη υλικού. Απαραίτητα θα καλύπτεται η μέθη για τη διενέργεια της εξέτασης και ο ασθενής θα ενημερώνεται εξ' αρχής ότι δεν θα έχει καμία επιπλέον οικονομική επιβάρυνση. Το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ προτείνει ως τιμή της παραπάνω εξέτασης τα 150 Euro, χωρίς επιπλέον επιβάρυνση σε περίπτωση λήψης υλικού/υλικών για ιστολογική εξέταση. Η πληρωμή προς τους Ιδιώτες Γαστρεντερολόγους δεν θα υπόκειται σε claw back και rebate, εφ' όσον οι εξετάσεις θα γίνονται με την εγγραφή των εξεταζομένων στην πλατφόρμα και αυτοί πληρούν την ηλικία των 50 ετών.

Το νοσοκομείο Metropolitan σε συνεργασία με την εφημερίδα Πρώτο Θέμα, στο φύλλο της Κυριακής 23/4, προσέφερε στους αναγνώστες κουπόνι για γαστροσκόπηση και κολονοσκόπηση σε προνομιακές τιμές. Η αντίδραση της ΕΠΕΓΕ ήταν άμεση. Εστάλη εξώδικος διαμαρτυρία στη διεύθυνση του νοσοκομείου. Στην απάντηση που λάβαμε από τον πληρεξούσιο δικηγόρο δήλωσαν ότι θα συμμορφωθούν με την εξώδικο πρόσκληση, ότι δεν θα προβούν σε περαιτέρω διαφήμιση και ότι θα αναστείλουν την αποδοχή των κουπονιών από το Πρώτο Θέμα!

Περιθώριο τριών μηνών για να προμηθευτούν οι γιατροί συσκευές POS δίνει η ΚΥΑ (Κ.Υ.Α. αριθμ. 45231/2017), που δημοσιεύθηκε στις 28/4 σχετικά με την υποχρέωση αποδοχής πληρωμών με πιστωτική κάρτα.

Το πρωτόκολλο για το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού τρέχει αυτή την περίοδο και με τη δική σας συνδρομή. Η μελέτη αφορά στο διπλό σχήμα υψηλών δόσεων αμοξυκιλλίνης και αναστολέα αντλίας πρωτονίων. Ήδη έχουμε τους πρώτους 20 ασθενείς που συμμετέχουν στο πρωτόκολλο. Η συμμετοχή και άλλων συναδέλφων, ιδιωτών Γαστρεντερολόγων, είναι απαραίτητη!!!

Η ΕΠΕΓΕ θα συμμετάσχει στο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας, που θα διεξαχθεί στη Θεσσαλονίκη, σε στρογγυλή τράπεζα με τίτλο «Ασφαλιστικό Σύστημα - Μεταρρυθμίσεις. Γαστρεντερολόγοι - Πάροχοι υπηρεσιών Υγείας».

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

Εκδότης & Υπεύθυνος παρά τω νόμω:
Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: Παναγιώτης Κασαπίδης

Έδρα:
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα
Τηλ.: 210 6727531-3
Fax: 210 6727535
Website: www.epege.gr
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
Μπομπούτσι Νάγια
Σιούλας Αθανάσιος
Σκλάβος Παντελής
Τσιώνης Χάρης

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:
Πρόεδρος: Παναγιώτης Κασαπίδης
Αντιπρόεδρος: Θεοχάρης Τσιώνης
Γεν. Γραμματέας: Σπύρος Βρακάς
Ειδ. Γραμματέας: Κωνσταντίνος Ζωγράφος
Ταμίας: Σπύρος Γούλας
Μέλη: Ηλίας Μπουζάκης, Μαρία Μυλωνάκη
Γραμματεία: Γεναδοπούλου Μαρία

Διευθυντής Δημιουργικού:
Σκούρας Μίλτος

Δημιουργική Επιμέλεια:
Αλέξανδρος Χατζημικαήλ

Εικονογραφιστή Εξωφύλλου:
Μ.Σ.

Υπεύθυνος Διαφήμισης:
Σκούρας Μίλτος
Απαγορεύεται ρητά η αναδημοσίευση, η αναπαραγωγή, η αντιγραφή και γενικότερα η μετάδοση με οποιοδήποτε τρόπο ή μέσο, μερους 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.

ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΔΣ ΕΠΕΓΕ ΜΕ ΠΡΟΕΔΡΟ ΕΟΠΥΥ

Τη Δευτέρα 20 Μαρτίου πραγματοποιήθηκε συνάντηση μελών του ΔΣ της ΕΠΕΓΕ με τον Πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ κ.ο Μπερσίμη Σωτήριο στα γραφεία του Οργανισμού στο Μαρούσι. Εκ μέρους της ΕΠΕΓΕ παραβρέθηκαν ο Κωνσταντίνος Ζωγράφος Ειδικός Γραμματέας και ο Σπύρος Γούλας Ταμίας, ενώ απουσίασε ο Πρόεδρος Παναγιώτης Κασαπίδης λόγω έκτακτου κωλύματος. Η συνάντηση έγινε σε καλό κλίμα και είχαμε την ευκαιρία να θέσουμε στον Πρόεδρο πολλά θέματα που απασχολούν την κοινότητα των Γαστρεντερολόγων. Σε κάποια ζητήματα δόθηκαν απαντήσεις επί τόπου ενώ σε άλλα ο Πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ δέχθηκε να τα δει με προσοχή ζητώντας να του καταθέσουμε εγγράφως σχετικές προτάσεις της ΕΠΕΓΕ. Αναλυτικά συζητήθηκαν:

• Ηλεκτρονικό παραπεμπτικό και ηλεκτρονική υπογραφή

Αφορά στην αποφυγή της άσκοπης εκτύπωσης συνταγών και παραπεμπτικών που εκδίδονται ηλεκτρονικά από τους Ιατρούς μέσω του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και έκδοσης παραπεμπτικών. Πρόκειται να εξεταστεί από το φορέα αφού καταθέσουμε γραπτά σχετική πρόταση

• Λίστα ενδοσκοπικών εξετάσεων

Επειδή έχουμε διαπιστώσει όλοι, όσοι εκδίδουμε παραπεμπτικά, ότι πολλές εξετάσεις που αφορούν στη Γαστρεντερολογία είναι περασμένες στο σύστημα με δύο η και περισσότερους διαφορετικούς τρόπους και διαφορετική περιγραφή για την ίδια εξέταση, προτείναμε να απαλειφθούν τυχόν διπλοεγγραφές και να παραμείνει στο σύστημα η εξέταση με την μεγαλύτερη τιμή.

Ήδη ο ΕΟΠΥΥ υιοθετώντας εν μέρει την πρόταση μας απάλειψε τις εξετάσεις «ολική κολονοσκόπηση» και «δωδεκαδακτυλοσκόπηση με η χωρίς λήψη» από το σύστημα διατηρώντας την «ενδοσκόπηση παχέος εντέρου μέχρι του τυφλού» και την «ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού – απλή» η με λήψη υλικού

• Μείωση σε ποσοστό 40% όταν ο παραπέμπων Ιατρός είναι και εκτελών

Ζητήθηκε να αρθεί το μέτρο της έκπτωσης όταν ο Γαστρεντερολόγος που εκδίδει το παραπεμπτικό κάνει και την ενδοσκόπηση. Παρά το γεγονός ότι υποστηρίξαμε την άποψη με επιχειρήματα ο Πρόεδρος αρνήθηκε να προβεί στην αλλαγή του υπάρχοντος κανονισμού.

• Μέσος όρος παραπεμπτικού ανά κωδικό νόσου η σύμπτωμα

Κατά την έκδοση ηλεκτρονικών παραπεμπτικών για εξετάσεις όταν αναγράφουμε κωδικό νόσου και τις ζητούμενες κατά την κρίση μας εξετάσεις, συχνά βλέπουμε να αναγράφεται ως μήνυμα από το σύστημα ότι ο συγκεκριμένος κωδικός δεν καλύπτει την εξέταση που ζητούμε, η ότι η εξέταση υπερβαίνει σε ποσοστό άνω του 20% τον μέσο όρο παραπεμπτικών για τη συγκεκριμένη ένδειξη και μας ζητά να αιτιολογήσουμε την επιλογή μας. Τονίσαμε ότι από ιατρική άποψη θα πρέπει να υπάρξουν βελτιώσεις γιατί το σύστημα όπως είναι έχει πολλά προβλήματα και δημιουργεί ανάσχεση ακόμη και στα αυτονόητα (π.χ. ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού σε δυσπεπτικό ασθενή η έλεγχο ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού σε σιδηροπενική αναιμία...)

Η απάντηση ήταν ότι το σύστημα έχει στηθεί σύμφωνα με οδηγίες Ιατρών, ότι σε κάθε περίπτωση αυτό λειτουργεί σαν ένα δίκτυο και ότι ο Ιατρός που δίνει επαρκή αιτιολόγηση σύμφωνα με τα δεδομένα της επιστήμης του δεν πρόκειται να έχει πρόβλημα σε τυχόν έλεγχο

• Εξετάσεις απαραίτητες για έλεγχο σε συγκεκριμένο διαγνωστικό πρόβλημα δεν περιλαμβάνονται στο διαγνωστικό πακέτο του συστήματος

Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για εξετάσεις αίματος μας ζητείται να αιτιολογήσουμε τις εξετάσεις μία προς μία με αποτέλεσμα άσκοπη σπατάλη χρόνου και ενέρ-

γειας. Η απάντηση είχε παρόμοιο περιεχόμενο με την προηγούμενη δηλ. ζητούμενο η επαρκής αιτιολόγηση από την πλευρά του παραπέμποντος

• Σκευάσματα κοιλιόκάκης

Από τις αρχές του 2017 έχει ξεκινήσει υποχρεωτικά η έκδοση ηλεκτρονικών παραπεμπτικών για τα σκευάσματα ελεύθερα γλουτένης από Ιατρούς που πρέπει προηγουμένως να έχουν πιστοποιηθεί στο σύστημα. Όμως δικαίωμα έκδοσης έχουν μόνο Ιατροί με βαθμό Διευθυντού Δημοσίου Νοσοκομείου η φορέα Πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Συνεπώς όλοι οι υπόλοιποι θεράποντες Γαστρεντερολόγοι δεν μπορούν να συνταγογραφήσουν τα σκευάσματα στους ασθενείς που έχουν υπό την επίβλεψή τους. Αυτό, πέραν των Ιατρών, δημιουργεί στους πάσχοντες μεγάλα προβλήματα και τους αναγκάζει είτε να μετακινούνται πολύ μακριά από τον τόπο κατοικίας για την έκδοση των παραπεμπτικών η και να καλύπτουν τα σχετικά έξοδα οι ίδιοι όταν δεν μπορούν να πετύχουν την έκδοση του πολυπόθητου παραπεμπτικού. Τονίστηκε από την πλευρά μας ότι αυτό είναι αντίθετο στη νομοθεσία περί ισοτιμίας των ιατρικών υπογραφών γιατί η έκδοση θα πρέπει να επιτρέπεται από όλους, ανεξάρτητα του που εργάζεται ο Ιατρός (δημόσιο η ιδιωτικό τομέα) και το βαθμό του. Ο Πρόεδρος επιφυλάχθηκε να τοποθετηθεί και ζήτησε γραπτή πρόταση από ΕΠΕΓΕ καθώς και τη γνώμη του Συλλόγου πασχόντων από κοιλιόκάκη

• Προβλήματα στο σύστημα για τους ασθενείς με ηπατίτιδα C

Μας δόθηκε η απάντηση ότι το πρόβλημα ήταν προσωπικό και τεχνικής φύσης και έχουν ληφθεί όλα τα αναγκαία μέτρα ώστε πολύ σύντομα να αποκατασταθεί η ομαλή ροή

• Αποζημίωση της προβλεπόμενης βάσει του κανονισμού του ΕΟΠΥΥ τιμής για την ενδοσκόπηση στον ασφαλισμένο και όχι στο Γαστρεντερολόγο

Το αίτημα ήταν να επιτρέπεται ο Γαστρεντερολόγος, ανεξάρτητα αν είναι η όχι συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ, να εισπράττει την συμφωνημένη αμοιβή του από τον εξεταζόμενο και εκείνος να υποβάλλει σχετικό πα-

ραστατικό στο Ταμείο του για να του καλύψει το μέρος της δαπάνης που δικαιολογεί για τη συγκεκριμένη εξέταση (π.χ. τα 90 Euro για την κολονοσκόπηση)

Το αίτημα δεν έγινε δεκτό γιατί θα επιβάρυνε υπέρμετρα τις υπηρεσίες του φορέα που καλύπτει εκατομμύρια πολιτών...

• Συμμετοχή ασθενών με ΙΦΝΕ στα φάρμακα

Τα τελευταία χρόνια η συμμετοχή των ασθενών στα φάρμακα, πλην των βιολογικών, διαμορφώθηκε στο 25% ενώ παλαιότερα ήταν στο 10%. Πρόκειται για χρονίως πάσχοντες που βρίσκονται σε φαρμακευτική θεραπεία για πολλά χρόνια και η συμμετοχή αυτή τους επιβαρύνει υπέρμετρα ιδιαίτερα στις σημερινές δύσκολες συνθήκες. Ζητήσαμε το ποσοστό συμμετοχής να επανέλθει στο 10%, και δόθηκε σχετική υπόσχεση από τον Πρόεδρο ο οποίος αναμένει γραπτή πρότασή μας για το θέμα...

• Προληπτικός έλεγχος παχέος εντέρου

Στο ΔΣ της ΕΠΕΓΕ εν όψει της επικείμενης συνάντησης είχε συζητηθεί διεξοδικά και αποφασιστεί να θέσουμε το θέμα του προληπτικού ελέγχου του καρκίνου του παχέος εντέρου. Συγκεκριμένα να διερευνήσουμε τη δυνατότητα για σύναψη μιας συμφωνίας με τον Οργανισμό, από όσους συναδέλφους θελήσουν, για τη διενέργεια κολονοσκοπήσεων σε ασυμπτωματικό πληθυσμό υπό συγκεκριμένους όρους που θα συμφωνηθούν με ειδική σύμβαση. Τα επιχειρήματά μας είναι τα σημαντικά οφέλη του προληπτικού ελέγχου τόσο κοινωνικά όσο και οικονομικά για την πολιτεία. Πράγματι λοιπόν μία τέτοια πρόταση τέθηκε στη συνάντηση και ο Πρόεδρος την βλέπει κατ' αρχήν θετικά. Μας ζήτησε να του καταθέσουμε γραπτή πρόταση πλαίσιο συμφωνίας που να περιλαμβάνει και τη σχετική κοστολόγηση της εξέτασης. Ήδη η πρόταση διαμορφώθηκε από την πλευρά μας, έχει σταλεί στον ΕΟΠΥΥ από τα τέλη του Απριλίου 2017 και περιμένουμε την απάντηση από την πλευρά του Οργανισμού. Η πρόταση σύμβασης όπως κατατέθηκε καθώς και ένα κείμενο για τα οφέλη του προληπτικού ελέγχου δίνονται σε ξεχωριστά κείμενα

Το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΔΣ ΕΠΕΓΕ ΠΡΟΣ ΕΟΠΥΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Αντικείμενο: η υποβολή συγκεκριμένης κοστολογημένης πρότασης από ΕΠΕΓΕ προς ΕΟΠΥΥ για την κατάρτιση σύμβασης έργου. Η σύμβαση θα περιλαμβάνει τη διενέργεια συγκεκριμένης δράσης για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου

Μέθοδος εξέτασης: ολική κολονοσκόπηση +/- λήψη βιοψιών

Πάροχοι: προτείνεται να είναι Ιδιώτες Γαστρεντερολόγοι μέλη ΕΠΕΓΕ και Ενδοσκοπικά Τμήματα Νοσοκομείων του ΕΣΥ, Πανεπιστημιακών και Στρατιωτικών Νοσοκομείων – που θα δεχθούν να υπογράψουν τη σχετική σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ

Ομάδα ελέγχου: Άτομα γενικού πληθυσμού ασυμπτωματικά ηλικίας 50 ετών

Προς συζήτηση/ διαβούλευση θα τεθούν οι τρόποι ενημέρωσης του κοινού που αφορά η συγκεκριμένη δράση (πχ. Προσωπική επιστολή, μήνυμα/spot σε ΜΜΕ, συνέντευξη τύπου, ανάρτηση στην ιστοσελίδα ΕΟΠΥΥ, εμπλοκή ΠΙΣ, τοπικών Ιατρικών Συλλόγων) Οι σχετικές αποφάσεις θα ληφθούν από κοινού

Προτείνεται η δημιουργία πλατφόρμας εγγραφής των παρόχων Ιατρών Γαστρεντερολόγων μελών της ΕΠΕΓΕ οι οποίοι μαζί με τα Ενδοσκοπικά Τμήματα των Νοσοκομείων θα εγγράφουν τα στοιχεία των εξεταζόμενων, το ιστορικό τους και τα ευρήματα – πορίσματα των εξετάσεων κατά το πρότυπο του συστήματος που χρησιμοποίησε η Επιτροπή Πρόληψης Καρκίνου Παχέος Εντέρου. Σε αυτό θα συμβάλλει, εφ' όσον επιτευχθεί συμφωνία, το Τμήμα Μηχανογράφησης του ΕΟΠΥΥ και θα μπορούσαν ενδεχομένως να εμπλακούν οι δημιουργοί του Registry που λειτουργούσε από την Επιτροπή Πρόληψης...

Το «πακέτο» θα περιλαμβάνει ολική κολονοσκόπηση με χρήση «μέθης» με η χωρίς λήψη βιοψιών
Σε περίπτωση λήψης βιοψίας/βιοψιών θα εκδίδεται το σχετικό ηλεκτρονικό παραπεμπτικό για την κάλυ-

ψή τους με αποδέκτη Κρατικό φορέα η συμβεβλημένο Εργαστήριο εκτός αν συμφωνείται διαφορετικά από τον ασθενή μετά από ενημέρωσή του. Απαραίτητα θα καλύπτεται η μέθη για τη διενέργεια της εξέτασης και ο ασθενής θα ενημερώνεται εξ' αρχής ότι δεν θα έχει καμία επιπλέον οικονομική επιβάρυνση. Οποιαδήποτε επιπλέον οικονομική απαίτηση, σε περίπτωση που υπάρξει σχετική καταγγελία, θα ελέγχεται και μπορεί να αποτελέσει λόγο καταγγελίας της σύμβασης...

Το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ προτείνει ως τιμή του ανωτέρω «πακέτου» τα 150 EURO χωρίς επιπλέον επιβάρυνση σε περίπτωση λήψης υλικού/υλικών για ιστολογική εξέταση. Η πληρωμή προς τους Ιδιώτες Γαστρεντερολόγους δεν θα υπόκειται σε claw back και rebate εφ' όσον οι εξετάσεις θα γίνονται με την εγγραφή των εξεταζόμενων στην πλατφόρμα και αυτοί πληρούν την ηλικιακή προϋπόθεση των 50 ετών (αυτό θα πιστοποιείται με βάση το ΑΜΚΑ του εξεταζόμενου)

Σε περιπτώσεις ευρημάτων τύπου πολυπόδων ο ασθενής θα ενημερώνεται για τα ευρήματα και θα αποφασίζει ο ίδιος για την αντιμετώπιση. Ο θεραπευτικός χειρισμός δεν θα καλύπτεται από την παρούσα σύμβαση.

Τέλος για τα συμμετέχοντα Ενδοσκοπικά Τμήματα προτείνεται να υπάρξει δέσμευση εκ μέρους των Διοικήσεών τους και του Υπουργείου Υγείας ότι τα χρήματα που θα προκύψουν από τη συγκεκριμένη δράση θα διατεθούν αποκλειστικά για τις ανάγκες των ίδιων των Ενδοσκοπικών Τμημάτων (πχ. επισκευή οργάνων, αγορά νέων οργάνων η λοιπού εξοπλισμού)

Τα ανωτέρω αποτελούν το προτεινόμενο πλαίσιο συμφωνίας για την κατάρτιση της σχετικής σύμβασης και το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ είναι ανοικτό προς συζήτηση για την επίτευξη της σχετικής συμφωνίας

ΣΤΟΜΑΧΟΣ

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

2 & 3 Δεκεμβρίου 2017, Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani-Caravel



**ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΚΑΙ
ΑΝΑΛΗΨΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ
1 & 3 Δεκεμβρίου 2017**

Γραμματεία:

CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL Ε.Ε. 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



Πρόσωπο με πρόσωπο

SYNENTEYEH

Σπύρος Γούλας

Στο προηγούμενο τεύχος φιλοξενήσαμε το γνωστό σε όλους μας Γαστρεντερολόγο Απόστολο Μαντίδη, οπότε η επιλογή του προσώπου για το τεύχος που κρατάτε στα χέρια σας ήρθε απόλυτα φυσιολογικά. Η σκυτάλη περνά σήμερα στον Δημήτρη Θεοδώρου που ασχολείται από ετών με την χειρουργική αντιμετώπιση των οισοφαγικών παθήσεων.

Ο Δημήτρης Θεοδώρου είναι Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής στην Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο της Αθήνας. Είναι πτυχιούχος της Ιατρικής Αθηνών και ειδικεύτηκε στη Χειρουργική για 15 μήνες στο ΓΝ Νικαίας (Δ' Παν/κή Χειρουργική, καθ Γ Ανδρουλάκης), και για 5 έτη στις ΗΠΑ και συγκεκριμένα στη Χειρουργική Κλινική της Ιατρικής του Πανεπιστημίου Νότιας Καρολίνας με Διευθυντή τον Tom De Meester. Απέκτησε την ειδικότητα της Χειρουργικής τόσο στην Ελλάδα όσο και στις ΗΠΑ (American Board of Surgery) Η Κλινική στην οποία ασκήθηκε διαθέτει καταξιωμένη Μονάδα Χειρουργικής Ανωτέρου Πεπτικού. Στη συνέχεια και για λίγα χρόνια (2000-3) παρέμεινε στο ίδιο Νοσοκομείο σε έμμισθη θέση ως Clinical Fellow και Chief Resident όπου ασκήθηκε στη Μονάδα Μελέτης Οισοφαγικής Φυσιολογίας σε μανομετρία και ρημετρία.

Είναι διδάκτορας του Πανεπιστημίου Αθηνών από το 2001 και από το 2003 εργάζεται στην Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική του Ιπποκράτειου ανερχόμενος τα σκαλιά της ακαδημαϊκής ιεραρχίας. Συμμετέχει ενεργά στη διδασκαλία προπτυχιακών φοιτητών, εκπαίδευση φοιτητών αλλά και ειδικευομένων και σε πλήθος επιστημονικών εκδηλώσεων (Συνέδρια, Σεμινάρια, Ημερίδες) Είναι εκπαιδευτής (ATLS Instructor) στις εκδηλώσεις που διοργανώνουν από κοινού το American College of Surgeons και η Ιατρική Αθηνών από το 2006 και μετά.

Έχει πλούσιο επιστημονικό έργο που περιλαμβάνει μεγάλο αριθμό δημοσιεύσεων σε διεθνή και ελληνικά περιοδικά, ανακοινώσεων, ομιλιών σε Συνέδρια Χειρουργικά αλλά και άλλων ειδικοτήτων καθώς και συμμετοχή στη μετάφραση ξένων συγγραμμάτων.

Το ιδιαίτερο επιστημονικό του ενδιαφέρον είναι εστιασμέ-

νο στην αντιμετώπιση των παθήσεων του οισοφάγου και έχει πραγματοποιήσει μεγάλο αριθμό επεμβάσεων τόσο λαπαροσκοπικών όσο και ανοικτών. Η εμπειρία του σε κάθε περίπτωση μας είναι πολύτιμη και είναι μεγάλη η τιμή και η χαρά που μας δίνει να είναι κοντά μας σε μια συνέντευξη εφ' όλης της ύλης

Γιατί επιλέξατε να ειδικευτείτε στη Γενική Χειρουργική;

Η κατεύθυνση μου προς την Χειρουργική αναπτύχθηκε κατά το τέταρτο έτος των σπουδών μου στην Ιατρική Σχολή της Αθήνας. Η επίδραση των δασκάλων μου της Χειρουργικής ήταν τέτοια που δεν μου άφησε περιθώρια αναζήτησης άλλων πιθανών ειδικοτήτων...

Δώστε μας σε λίγες γραμμές την εικόνα του Κέντρου που κάνατε τη μετεκπαίδευσή σας...

Ξεκίνησα την ειδίκευση μου στη Γενική Χειρουργική σε μεγάλο Νοσοκομείο της Αττικής όπου τελικά έμεινα μόνο 9 μήνες καθώς κατάλαβα την αναγκαιότητα να λάβω την ειδίκευσή μου στο εξωτερικό. Αρχικά θήτευσα στο Λος Άντζελες σε ένα από τα γνωστότερα κέντρα χειρουργικής τραύματος υπό τον καθηγητή Δημητριάδη. Εκεί υπήρχε και το μεγαλύτερο κέντρο Χειρουργικής ανώτερου πεπτικού, στο οποίο και τελικά κατέληξα να ολοκληρώσω την ειδικότητα και την υποειδίκευσή μου. Στο κέντρο αυτό (USC), ένα από τα μεγαλύτερα στον κόσμο, είχε αναπτυχθεί από τον καθηγητή Tom DeMeester η χειρουργική του οισοφάγου και εφαρμόζονταν λαπαροσκοπικές αλλά και παραδοσιακές τεχνικές.

Η πεποίθηση του δασκάλου μου Tom DeMeester ήταν ότι η εκπαίδευση στην χειρουργική του οισοφάγου περιλαμβάνει βαθιά γνώση της ανατομίας της φυσιολογίας των διαγνωστικών αλλά και των θεραπευτικών τεχνικών, ήταν όπως έλεγε ο ίδιος μία κάθετη μονάδα αντιμετώπισης των παθήσεων του οισοφάγου. Σε αυτή τη βάση απαιτείται συνεργασία πολλών ειδικοτήτων Γαστρεντερολόγων, Χειρουργών, Ακτινολόγων, Παθολογοανατόμων για τη δημιουργία μιας δομής με απόλυτη εξειδίκευση στον χειρισμό των σπάνιων αυτών παθήσεων. Παράλληλα έδινε επίσης μεγάλη έμφαση στην έρευνα

Πρόσωπο με πρόσωπο

SYNENTEYEH



πέρα από την κλινική πράξη...

Στη συνέχεια θα περάσω σε κάποιες αμιγώς επιστημονικές ερωτήσεις που νομίζω ενδιαφέρουν την κοινότητα των Γαστρεντερολόγων...

Ποιοί ασθενείς είναι υποψήφιοι για χειρουργική αντιμετώπιση από τους πάσχοντες: 1. από γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο 2. από τους έχοντες ολισθαίνουσα διαφραγματοκήλη

Όσον αφορά την ένδειξη για την χειρουργική αντιμετώπιση της παλινδρομικής νόσου αυτή δεν είναι, όπως συνήθως πιστεύεται, η μη ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή. Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να διερευνώνται καλά και να επιβεβαιώνεται η διάγνωση πριν χειρουργηθούν. Από τα περιστατικά που έρχονται στη Μονάδα μας πιο συχνή είναι η ομάδα ασθενών που χρησιμοποιεί χρονίως αναστολές της αντλίας πρωτονίων. Αυτό σχετίζεται με επιλογή των ασθενών λόγω των παρενεργειών αλλά και του φόβου των από τη μακροχρόνια χρήση φαρμάκων. Άλλη ομάδα είναι οι ασθενείς με προεξάρχον σύμπτωμα τις αναγωγές, ενώ πιο μικρές ομάδες είναι άτομα με δυσανεξία στη φαρμακευτική αγωγή, ασθενείς με επιπλοκές της παλινδρόμησης όπως η μεταπλάση η στενώσεις και πολύ σπανιότερα ασθενείς με εξωοισοφαγικά συμπτώματα, όπως χρόνια φαρυγγίτιδα και το άσθμα (και σε αυτούς συστήνεται επιβεβαίωση της παλινδρόμησης ειδικά αν έχουν αρνητικές γαστροσκοπήσεις)

Η ολισθαίνουσα διαφραγματοκήλη αποτελεί επίσης ένα πολύ συχνό πρόβλημα. Αν ο ασθενής δεν έχει συμπτώματα ή αν ρυθμίζεται με φαρμακευτική αγωγή δεν υπάρχει ένδειξη για χειρουργική παρέμβαση ανεξάρτητα από το μέγεθος της διαφραγματοκήλης. Η χειρουργική της διαφραγματοκήλης σχετίζεται με την ανάπτυξη συμπτωμάτων, όπως επίμονες αναγωγές, και με την αναγκαιότητα χρόνιας χρήσης φαρμάκων. Ακόμα και μεγάλες σε μέγεθος διαφραγματοκήλες μπορεί να παρακολουθούνται επί μακρό χρονικό διάστημα. Αυτό βέβαια αφορά τις ολισθαίνουσες και δεν ισχύει για τις παροισοφαγικές κήλες που πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα.

Ποια είναι η θέση της χειρουργικής στον οισοφάγο

Barrett;

Ο οισοφάγος Barrett πρέπει να έχουμε στο μυαλό μας ότι αποτελεί επιπλοκή μιας βαριάς και μακροχρόνιας παλινδρομικής νόσου. Στον ασθενή με οισοφάγο Barrett πρέπει να αντιμετωπίσουμε τον οισοφάγο Barrett και παράλληλα να θεραπεύσουμε την παλινδρόμηση. Διάφορες στρατηγικές έχουν αναπτυχθεί όσον αφορά τον χειρισμό του οισοφάγου Barrett με βάση την ύπαρξη ή όχι δυσπλασίας. Το Barrett χωρίς δυσπλασία χρειάζεται παρακολούθηση, η ύπαρξη χαμηλόβαθμης δυσπλασίας χρειάζεται ενδοσκοπικό καυτηριασμό κυρίως με την εφαρμογή ραδιοσυχνοτήτων, ενώ το Barrett με υψηλόβαθμη δυσπλασία, και πάντα με οδηγό τον ενδοσκοπικό υπέρηχο, πρέπει να αφαιρείται ενδοσκοπικά (έως T1a), η χειρουργικά (πάνω από T1a, με ελάχιστα επεμβατική οισοφαγεκτομή). Όσον αφορά τον έλεγχο της παλινδρόμησης θα πρέπει να προσφέρεται στον ασθενή η επιλογή μεταξύ ισόβιας χρήσης φαρμάκων ή ενός πετυχημένου αντιπαλινδρομικού χειρουργείου. Η χειρουργική επέμβαση που προτείνεται είναι η 360 μοιρών λαπαροσκοπική θολοπλαστική κατά Nissen καθώς αυτή εμφανίζει τα καλύτερα μακροχρόνια αποτελέσματα. Πάντα μετά την θολοπλαστική συστήνω έλεγχο με 24ωρη πεχαμετρία ώστε να επιβεβαιωθεί η επιτυχία της επέμβασης

Άτομα με νοσογόνο παχυσαρκία και μεγάλη διαφραγματοκήλη μπορούν να αντιμετωπιστούν χειρουργικά;

Είναι γνωστό ότι η παχυσαρκία αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση καθώς και ότι επιτείνει την ύπαρξη διαφραγματοκήλης. Από την άλλη πλευρά είναι γνωστό ότι κάποιες από τις επεμβάσεις για απώλεια βάρους σε νοσογόνο παχυσαρκία και κυρίως το γαστρικό μανίκι προκαλούν παλινδρόμηση στους ασθενείς πιθανώς λόγω διαταραχής της ανατομίας του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα. Διεθνώς υπάρχει μία τάση σε ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία και παλινδρόμηση ή διαφραγματοκήλη να μην πραγματοποιείται εγχείρηση για την παλινδρόμηση και τη διαφραγματοκήλη αλλά να προσεγγίζεται αρχικά ο ασθενής με εγχείρηση για την απώλεια βάρους.



Πρόσωπο με πρόσωπο

SYNENTEYEH

Κάποιοι από τους έχοντες υποβληθεί σε τοποθέτηση γαστρικού δακτυλίου εμφανίζουν ικανού βαθμού οισοφαγίτιδα. Μπορούν να υποβληθούν σε αντιπαλινδρομική επέμβαση μετά την αφαίρεση η τη χαλάρωση του δακτυλίου;

Ο γαστρικός δακτύλιος σαν μία μορφή επέμβασης για τη νοσογόνο παχυσαρκία τείνει να εγκαταλειφθεί καθώς τα μακροχρόνια αποτελέσματα του δεν είναι τόσο καλά και συνδέεται με διάφορες επιπλοκές που αφορούν τη λειτουργία του οισοφάγου καθώς και τη μετανάστευση του δακτυλίου. Σήμερα περισσότερο από το 40% των ασθενών υποβάλλεται σε εγχείρηση αφαίρεσης του δακτυλίου. Η οισοφαγίτιδα που πιθανά εμφανίζεται σε ασθενείς που φέρουν δακτύλιο δεν έχει να κάνει με παλινδρόμηση από το στομάχι αλλά με φλεγμονή που προκαλείται από στάση των τροφών. Για αυτό και η θεραπεία της με αντιεκκριτικά φάρμακα συνήθως δεν είναι επιτυχής αλλά απαιτείται αρχικά χαλάρωση του δακτυλίου και αν τα συμπτώματα ή φλεγμονές επιμένουν προτείνεται αφαίρεση του δακτυλίου

Η αντιπαλινδρομική επέμβαση θεωρείται μακράς πνοής η είναι θεραπευτική επιλογή ορισμένου χρόνου, τι δεδομένα υπάρχουν και ποια είναι η προσωπική σας εμπειρία...

Οι αντιπαλινδρομικές επεμβάσεις, και ειδικά η θολοπλαστική κατά Nissen, είναι μία επέμβαση που περιγράφεται πολύ παλαιότερα από την εισαγωγή της λαπαροσκοπικής. Αρχικά εφαρμόστηκε τη δεκαετία του 1950 και υπάρχουν πολλές μελέτες με μακροχρόνια αποτελέσματα της επέμβασης αυτής. Σε γενικές γραμμές η αποτελεσματικότητα κυμαίνεται γύρω στο 85 με 90%. Και αυτό έχει μελετηθεί σε βάθος χρόνου καθώς υπάρχουν μελέτες πέραν της δεκαετίας. Θεωρώ λοιπόν πώς μία θολοπλαστική που γίνεται με τα ενδεδειγμένα βήματα δεν έχει λόγο να πάψει να είναι λειτουργική μετά από μακρό χρονικό διάστημα. Οι αποτυχίες της θολοπλαστικής συνήθως εμφανίζονται άμεσα μετεγχειρητικά και πρέπει να αντιμετωπίζονται ανάλογα. Περιττό να αναφέρω ότι η σωστή τεχνική προφυλάσσει και από παρενέργειες που μπορεί να είναι βασανιστικές. Για παράδειγμα η διεγχει-

ρητική χρήση κηρίου μειώνει την πιθανότητα δυσφαγίας στο 2%, όμως δυστυχώς δεν εφαρμόζεται από όλους τους χειρουργούς.

Ποιες είναι οι μείζονες αντενδείξεις για αντιπαλινδρομική επέμβαση;

Αντενδείξεις για αντιπαλινδρομική επέμβαση αποτελεί παραδοσιακά η αδυναμική κινητικότητα του οισοφάγου καθώς αυτή θα οδηγήσει σε αυξημένα ποσοστά δυσφαγίας. Επίσης πολύ προσεκτικά θα πρέπει να διενεργείται θολοπλαστική σε ασθενείς που έχουν μη ελεγχόμενο ψυχιατρικό ιστορικό καθώς η αδυναμία πρόκλησης εμέτου και άλλα λειτουργικά συμπτώματα που προκύπτουν μετά τη θολοπλαστική μπορεί να αποβούν καταστροφικά. Οι ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία θα πρώτα να ρυθμίζουν το βάρος τους.

Συντηρητική vs χειρουργική θεραπεία του παλινδρομικού ασθενούς υπάρχουν στη βιβλιογραφία οικονομικά οφέλη υπέρ της χειρουργικής αντιμετώπισης και ποιά είναι η δική σας εμπειρία;

Έχει υπάρξει έντονη διχογνωμία στη βιβλιογραφία για το κατά πόσον είναι πιο οικονομική για τα συστήματα υγείας η αντιπαλινδρομική επέμβαση σε σχέση με τη χρόνια λήψη φαρμάκων. Όπως αναμένεται τα στοιχεία είναι αντικρουόμενα καθώς οι μεταβλητές που μελετώνται δεν είναι σταθερές. Για παράδειγμα το κόστος μιας λαπαροσκοπικής θολοπλαστικής αρχικά ήταν πάρα πολύ υψηλό ενώ πρόσφατα έχει μειωθεί σημαντικά με τη χρήση εργαλείων πολλαπλών χρήσεων και ευρεία εφαρμογή του λαπαροσκοπικού εξοπλισμού. Από την άλλη πλευρά το κόστος του φαρμάκου είναι επίσης μεταβλητό και διαφέρει ακόμα και από χώρα σε χώρα με αποτέλεσμα να μην μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα. Νέες μελέτες χρειάζονται με βάση τα δεδομένα κάθε χώρας ούτως ώστε να μπορέσουν να αξιολογηθούν οι παρεμβάσεις με βάση το κόστος

Ποιες θα αναφέρατε σαν σημαντικές εξελίξεις στη χειρουργική του οισοφάγου τα τελευταία χρόνια;

Οι εξελίξεις που εμφανίζονται τα τελευταία χρόνια στη

Πρόσωπο με πρόσωπο

SYNENTEYEH



χειρουργική του οισοφάγου αφορούν την ενδοσκοπική εκτομή των πρώιμων όγκων και ειδικότερα των υψηλόβαθμων δυσπλασιών. Νέα εξέλιξη αποτελεί και η εφαρμογή νεοεπικουρικών θεραπειών στον καρκίνο του οισοφάγου και ειδικά τον εκ πλακωδών κυττάρων. Η ανάπτυξη των ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών της λαπαροσκοπικής και της θωρακοσκοπικής είναι επίσης αλματώδης και εφαρμόζεται και στο κέντρο μας με επιτυχία. Στις καλοήθεις νόσους από την άλλη πλευρά δεν υπάρχουν σημαντικές εξελίξεις στην αντιπαλινδρομική χειρουργική ενώ στη χειρουργική της αχαλασίας σημαντική εξέλιξη αποτελεί η ενδοσκοπική μυοτομή κατά τη μέθοδο POEM μακροχρόνια αποτελέσματα της οποίας έχουν αρχίσει να δημοσιεύονται...

Στο χώρο που εργάζεστε οι οικονομικοί περιορισμοί και οι ενδεχόμενες ελλείψεις σε εξοπλισμό και υλικοτεχνική υποδομή έχουν επηρεάσει τη δουλειά σας;

Οι ελλείψεις που εμφανίζονται στα δημόσια Νοσοκομεία αφορούν πολλά υλικά της καθημερινής πραγματικότητας. Ευτυχώς στο Νοσοκομείο που δραστηριοποιούμαι δεν εμφανίζονται σημαντικές ελλείψεις που αφορούν τα χειρουργικά υλικά που είναι απαραίτητα για τη διενέργεια των λεπτών και πολύπλοκων επεμβάσεων της χειρουργικής του οισοφάγου. Αυτή τη στιγμή επιτελείται η πλήρης γκάμα, όχι μόνο των παραδοσιακών τεχνικών, αλλά και των σύγχρονων ελάχιστα επεμβατικών μεθόδων της θωρακοσκοπικής και λαπαροσκοπικής οισοφαγεκτομής καθώς και των ελάχιστα επεμβατικών θολοπλαστικών καί της μυοτομής οισοφάγου για αχαλασία.

Με δεδομένο ότι ανήκετε στους εξειδικευμένους χειρουργούς ήθελα να σας ρωτήσω πως είναι η συνεργασία σας με τους Γαστρεντερολόγους και με ποιους τρόπους μπορεί αυτή να βελτιωθεί επ' ωφελεία των ασθενών...

Η συνεργασία μου με τους συναδέλφους Γαστρεντερολόγους υπήρχε πάντα άφογη και συμπληρωματική. Ουσιαστικά τα όρια των ειδικοτήτων από ένα σημείο και πέρα γίνονται αχνά, οι χειρουργοί πρέπει να πλησιάζουν

προς την παθοφυσιολογία των ασθενειών και οι Γαστρεντερολόγοι με τις επεμβατικές μεθόδους να κινούνται προς τη χειρουργική του οισοφάγου. Μία στενή συνεργασία μπορεί μόνο οφέλη να έχει για όλες τις πλευρές. Η αρχή μου στη Μονάδα που βρίσκομαι είναι εκτός από την στενή κλινική συνεργασία να υπάρχει και επιστημονική συνεργασία με κοινά ερευνητικά πρωτόκολλα καθώς και επιστημονικές εκδηλώσεις όπως η ετήσια Ημερίδα της Μονάδας ανώτερου πεπτικού που μοιράζεται ουσιαστικά μεταξύ Χειρουργών και Γαστρεντερολόγων.

Έχοντας εμπειρία πολλών ετών στο Πανεπιστήμιο και τη Χειρουργική τι θα συμβουλευάτε το σημερινό απόφοιτο της Ιατρικής που κλίνει στην ειδικότητά σας (Ελλάδα η εξωτερικό/ Πανεπιστημιακή η Κλινική ΕΣΥ)

Ο χρόνος της ειδίκευσης κάποιου αποφοίτου της Ιατρικής είναι πολύτιμος. Δυστυχώς στις μέρες μας πολλοί παράγοντες πέραν της επιθυμίας μπαίνουν στην επιλογή ειδικότητας από τους αποφοίτους της Ιατρικής σχολής όπως η αναμονή. Κατά τη γνώμη μου στις ειδικότητες που περιλαμβάνουν έντονα πρακτική εξάσκηση παραδοσιακά ήταν καλύτερες οι χώρες της Βόρειας Αμερικής. Από την άλλη πλευρά οι χώρες αυτές είναι πάρα πολύ δύσκολο να προσεγγιστούν από αποφοίτους εκτός Βορείου Αμερικής. Η ειδικότητα στην Ελλάδα είναι προβληματική για πολλούς λόγους και κυριότερο ότι δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο πλαίσιο εκπαίδευσης για κάθε ειδικότητα. Η συμβουλή μου σε κάθε απόφοιτο που σκέφτεται τι ειδικότητα θα ξεκινήσει είναι να κοιτάξει σοβαρά τα χρόνια αυτά της ειδικότητας γιατί ουσιαστικά αποτελούν μία πολύ σημαντική επένδυση για το επαγγελματικό του μέλλον. Εκτός από την εκπαίδευση σε τεχνική θα πρέπει να υπάρχει ανάλογη θεωρητική εκπαίδευση καθώς και έκθεση σε ερευνητική εργασία και οπωσδήποτε κατάλληλη κατεύθυνση από ανθρώπους που είναι ειδικοί στα αντικείμενά τους

Σε πρόσφατη συνέντευξή του σε αυτή τη στήλη ο Καθηγητής Δ Βώρος απαντώντας σε ερώτηση μας για το επίπεδο εκπαίδευσης στη Χειρουργική αναφέρει «είναι κατά την άποψή μου χαμηλότερο του



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

απαιτούμενου και αυτού που επιτρέπουν οι υπάρχουσες υποδομές και δυνατότητες. Η ευθύνη είναι δική μας και του συστήματος...» Ποιά είναι η δική σας άποψη;

Σαφώς για την κατάσταση που επικρατεί όσον αφορά την ειδικότητα που παρέχεται στην Ελλάδα υπεύθυνοι είμαστε όλοι όσοι σχετιζόμαστε με νοσοκομεία που παρέχουν ειδικότητα αλλά και κυρίως το κράτος που δεν παρέχει κάποιο θεσμικό Πλαίσιο. Νομίζω ότι η αρχή θα πρέπει να γίνει από το Υπουργείο και το Πανεπιστήμιο και να θέσουν το εκπαιδευτικό πλαίσιο και τα προαπαιτούμενα για λήψη ειδικότητας. Από κει και πέρα θα πρέπει να υπάρχει έλεγχος από την Πολιτεία σε κάθε ένα από τα Τμήματα που δίνουν ειδικότητα ούτως ώστε να πληρούνται οι κανόνες ειδίκευσης και να υπάρχουν οι ανάλογες αντιδράσεις σε περιπτώσεις που τα πράγματα είναι έξω από τα προκαθορισμένα. Καθώς καταλαβαίνετε αυτό είναι δύσκολο να συντονιστεί αλλά και να επιβληθεί καθώς απαιτείται σοβαρή πολιτική βούληση...

Μιλήστε μας λίγο για τον εαυτό σας εκτός Ιατρικής, για τρόπους ψυχαγωγίας, ιδιαίτερα ενδιαφέροντα, δεξιότητες...

Δυστυχώς ο διαθέσιμος χρόνος για δραστηριότητες εκτός Ιατρικής είναι πολύ περιορισμένος. Παρόλα αυτά η ποδηλασία είναι μία από τις αγαπημένες μου ασχολίες όπου εκτός από ψυχαγωγία παρέχει και την απαραίτητη φυσική κατάσταση. Η φωτογραφία είναι άλλη μια μεγάλη αγάπη μου από την εποχή του σκοτεινού θαλάμου, τώρα προσπαθώ να περάσω στην ψηφιακή εποχή πράγμα που μόνο εύκολο δεν είναι.

Τι είδους βιβλία διαβάζετε και αν έχετε να προτείνετε κάποιο(α) στο κοινό μας...

Συνήθως προτιμώ βιβλία φιλοσοφίας, ψυχολογίας και κοινωνιολογίας και λιγότερο μυθιστόρημα. Νομίζω ότι η Δίκη και ο Πύργος του Κάφκα αποτελούν κορυφαία υπαρξιακά δράματα και είναι εντυπωσιακό πως τα ερμηνεύεις διαφορετικά ανάλογα σε ποια φάση της ζωής βρίσκεσαι..

Ποια νομίζετε ότι ήταν η καλύτερη στιγμή στην καριέρα σας στη Χειρουργική;

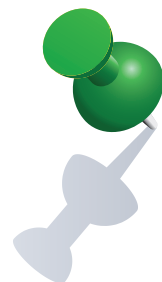
Η καριέρα μου στη Χειρουργική μου έχει απλόχερα προσφέρει πολλές καλές και γεμάτες στιγμές. Όμως δυστυχώς η έντονη σωματική κούραση και το άγχος δεν με άφηνε να τις απολαύσω. Στις περισσότερες αποδίδω την αξία πολύ αργότερα

Η χώρα μας έχει βρεθεί τα τελευταία επτά χρόνια στη δίνη μιας πολύπλευρης κρίσης οικονομικής, κοινωνικής, θεσμών που έχει συσσωρεύσει μεγάλα δεινά και ... ερείπια. Η διέξοδος δεν είναι επί του παρόντος εφικτή... Τι κατά τη γνώμη σας γίνεται λάθος και πως μπορούμε να αλλάξουμε σελίδα;

Κατά την γνώμη μου η παρούσα κρίση δεν αποτελεί τίποτα περισσότερο από μια συνέπεια της πολύ κακής μας νοοτροπίας. Δυστυχώς παγιδευτήκαμε ως άτομα και ως έθνος στην δίνη του εύκολου πλουτισμού, μιας κατανάλωσης χωρίς αντίκρισμα, μιας νοοτροπίας ότι όλα μπορούν να γίνουν με χρηματισμό ή με τα κατάλληλα μέσα. Κατά αυτόν τον τρόπο επιλέγαμε πολιτικούς που ήταν αδύνατο να κυβερνήσουν πέραν της ικανοποίησης του πελατειακού κράτους. Σαφώς τώρα οι ξένοι δανειστές αρπάζουν την ευκαιρία να εκμεταλλευτούν και τον τελευταίο πλουτοπαραγωγικό πόρο της χώρας μας. Είμαι απόλυτα σίγουρος ότι ακόμα και σήμερα μετά από όλα αυτά τα δεινά θα είμαστε έτοιμοι να εκλέξουμε τον πρώτο πολιτικό που θα υποσχεθεί επιστροφή στην προηγούμενη κατάσταση. Η Ελλάδα χρειάζεται εθνική πολιτική σε ζητήματα όπως της υγείας και της παιδείας η οποία και αποτελεί την μοναδική ελπίδα για αλλαγή νοοτροπίας..

Και κάτι αισιόδοξο για να κλείσουμε...

Η Ελλάδα έχει περάσει και έχει σταθεί όρθια σε πολύ δυσκολότερες συνθήκες. Τα παιδιά μας, οι νέοι επιστήμονες, διαπρέπουν σε όλο τον κόσμο. Ας είναι αυτοί που κάποια στιγμή θα επιστρέψουν και, έχοντας πληρώσει τις αμαρτίες των γονιών τους, θα εμφυτεύσουν την υγιή νοοτροπία στη χώρα



Αυτό το προσέξατε;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

1. Ο χρόνος εισόδου του ενδοσκοπίου στο τυφλό υποδεικνύει τη δυσκολία της κολονοσκόπησης και σχετίζεται με το τα ποσοστά ανίχνευσης αδενωμάτων.

Prolonged cecal insertion time is associated with decreased adenoma detection D. von Renteln, D. J. Robertson, S. Bensen and H. Pohl. Gastrointest Endosc 2017;85:574-80.

Το ποσοστό ανίχνευσης αδενωμάτων (adenoma detection rate – ADR) θεωρείται σημαντική ποιοτική παράμετρος της προληπτικής κολονοσκόπησης, καθώς ένα χαμηλό ADR σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου μετά από προηγούμενη κολονοσκόπηση. Είναι ήδη γνωστό πως όταν η απόσυρση του ενδοσκοπίου από το τυφλό διαρκεί τουλάχιστον 6 λεπτά, αυτή συνοδεύεται από υψηλότερο ADR, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως η παραταση του παραπάνω χρόνου αρκεί για να εξασφαλίσουμε καλύτερα ποσοστά ανίχνευσης πολυπόδων. Η προσήλωση και η τεχνική ικανότητα του ενδοσκόπου είναι εξίσου σημαντικοί παράγοντες.

Για κάποιους λόγους, πιστεύεται πως ο χρόνος εισόδου στο τυφλό μπορεί επίσης να σχετίζεται με το ADR. Από την πλευρά του ασθενούς, ο χρόνος αυτός σχετίζεται από την ποιότητα της εντερικής προετοιμασίας, το ιστορικό χρόνιας δυσκοιλιότητας και προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης, την ηλικία, το φύλο καθώς και τον δείκτη μάζας-σώματος. Ένας μεγαλύτερος σε διάρκεια, χρόνος εισόδου του ενδοσκοπίου, πιθανότατα να αντανάκλα μια πιο δύσκολη ενδοσκόπηση, η οποία αναμένεται να επη-

ρεάσει αρνητικά την ανίχνευση πολυπόδων κατά τη διάρκεια απόσυρσης. Από πλευράς ενδοσκόπου, η τεχνική επιδεξιότητά του θεωρείται απαραίτητη για την ολοκλήρωση της ενδοσκόπησης. Επιλέον, μια παρατεταμένη σε διάρκεια φάση εισόδου του ενδοσκοπίου ενδέχεται να επιφέρει κούραση στον ενδοσκόπο ή αυτός να αισθανθεί την πίεση του χρόνου με αποτέλεσμα να επιταχύνει τη διάρκεια της φάσης απόσυρσης.

Πράγματι, η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει προηγούμενες αναφορές που συσχετίζουν τα μικρότερα ποσοστά ανίχνευσης αδενωμάτων και κυρίως προχωρημένων αδενωμάτων, με μεγαλύτερο χρόνο της φάσης εισόδου του ενδοσκοπίου στο τυφλό. Σε αντίθεση όμως με αυτές, δεν διαπιστώθηκε πως μια μεγαλύτερη σε διάρκεια φάση εισόδου του ενδοσκοπίου συνοδεύεται απαραίτητα και από ταχύτερη απόσυρση του ενδοσκοπίου. Επίσης, φάνηκε πως μια μεγαλύτερη σε χρόνο φάση εισόδου του ενδοσκοπίου σχετίζεται περισσότερο με τα χαρακτηριστικά των ασθενών παρά με την ικανότητα του ενδοσκόπου.

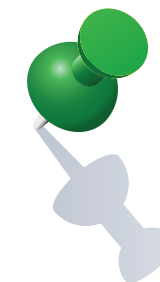
2. Η χορήγηση αντεκκριτικής αγωγής (PPI's & H2RA) μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση σιδηροπενίας.

Proton Pump Inhibitors and Histamine-2 Receptors Antagonists Use and Iron Deficiency J.R.Lam, J.L.Schneider,C.P.Quesenberry and D.A. Corley Gastroenterology 2017;152:821-829

Το γαστρικό οξύ διευκολύνει την απορρόφηση του σιδήρου, αφενός μεν απελευθερώνοντας τον από

Αυτό το προσέξατε;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ



τις τροφές αφετέρου δε μετατρέποντας τον σε πιο απορροφήσιμη μορφή. Συνεπώς, η καταστολή της έκκρισης του οξέος από τους αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (PPI's) ή τους αναστολείς των υποδοχέων ισταμίνης-2 (H2RAs) μπορεί θεωρητικά να οδηγήσει σε δυσαπορρόφηση του σιδήρου. Τα συμπεράσματα προηγούμενων κλινικών μελετών είτε είναι αντικρουόμενα μεταξύ τους είτε είναι δεν ταυτίζονται με τις αντίστοιχες πειραματικές μελέτες.

Στην συγκεκριμένη μελέτη, η χορήγηση αντεκκριτικής αγωγής για τουλάχιστον δύο χρόνια συσχετίστηκε με την μεταγενέστερη νέα διάγνωση της σιδηροπενίας. Η σχέση αυτή φάνηκε να είναι ισχυρότερη μεταξύ των νεότερων ηλικιακών ομάδων με δραστικότερη καταστολή του οξέος (PPI's vs H2RA) και υψηλότερες δόσεις των PPI's. Αν και η πιθανότητα εμφάνισης σιδηροπενίας αποδείχθηκε πως είναι δοσοεξαρτώμενη, δεν φάνηκε να αυξάνεται περισσότερο στα άτομα που λαμβάνουν αντεκκριτικά για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των δύο ετών. Ενδεχομένως, τα άτομα με οριακά χαμηλές τιμές σιδήρου αίματος ή με μειωμένη πρόσληψη σιδήρου με τις τροφές, να είναι περισσότερο επιρρεπή στην εμφάνιση σιδηροπενίας.

Τα παραπάνω συμπεράσματα δεν θα πρέπει να μας αποτρέψουν από τη χορήγηση αντεκκριτικών φαρμάκων εφόσον υπάρχουν σαφείς ενδείξεις, ο κλινικός ιατρός όμως θα πρέπει να τους χορηγεί στην μικρότερη αποτελεσματική δόση.

3. Υπάρχει αιτιολογική σχέση του καρκίνου του παχέος εντέρου με την χορήγηση αντιβιοτικών στο παρελθόν ;

Long-term use of antibiotics and risk of colorectal adenoma. Yin Cao, kana Wu, Raaj Mehta et al. Gut 2017 ; 0: 1-7

Τα τελευταία χρόνια η χρήση αντιβιοτικών έχει αυξηθεί δραματικά και έχουν πλέον συσσωρευθεί πολλές ενδείξεις που υποστηρίζουν ότι η χορήγηση αντιβιοτικών μπορεί να σχετίζεται με χρόνια νοσήματα του πεπτικού όπως τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα, η εντεροπάθεια από γλουτένη αλλά και με την παχυσαρκία. Αυξανόμενα δεδομένα πλέον υποστηρίζουν την πιθανή σχέση της εντερικής χλωρίδας με την καρκινογένεση του παχέος εντέρου. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να συσχετίζουν αιτιολογικά την χορήγηση αντιβιοτικών με τον καρκίνο του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Στη παραπάνω μελέτη, 1195 νέες περιπτώσεις αδενωμάτων διαγνώστηκαν, ανάμεσα σε πληθυσμό 16642 γυναικών ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών που είχαν υποβληθεί σε κολονοσκόπηση το 2004-2010 και ανέφεραν λήψη αντιβιοτικών στο παρελθόν. Διαπιστώθηκε πως η χορήγηση αντιβιοτικών μεταξύ των ηλικιών 20-39 συνοδευόταν από σημαντική αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης αδενωμάτων του παχέος εντέρου και κυρίως στο εγγύς κόλον. Αντιθέτως, η πρόσφατη λήψη αντιβιοτικών (τε τελευταία 4 χρόνια) δεν φάνηκε να συσχετίζεται αιτιολογικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Τα παραπάνω αποτελέσματα, εφόσον επιβεβαιωθούν και από επακόλουθες μελέτες, υποδεικνύουν την ανάγκη περιορισμού της χορήγησης αντιβιοτικών.

ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ PARIET 20 mg γαστροανθεκτικό δισκίο
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ 20 mg νατριούχου ραμπεπραζόλης που αντιστοιχούν σε 18,85 mg ραμπεπραζόλης.
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ Γαστροανθεκτικό δισκίο.

Δισκίο 20 mg: Κίτρινο, επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο, αμφίκυρτο δισκίο, που έχει στη μία πλευρά εκτυπωμένη την ένδειξη 'E243'.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ Θεραπευτικές ενδείξεις Τα δισκία PARIET ενδείκνυνται για τη θεραπεία: ▪ Του ενεργού έλκους του δωδεκαδακτύλου ▪ Του ενεργού καλοήθους γαστρικού έλκους ▪ Της συμπτωματικής διαβρωτικής ή ελκωτικής νόσου του οισοφάγου από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ). ▪ Της νόσου του οισοφάγου από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (συμπτωματική ΓΟΠ). ▪ Του συνδρόμου Zollinger-Ellison. ▪ Σε συνδυασμό με κατάλληλα αντιμικροβιακά θεραπευτικά σχήματα για την εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (Helicobacter pylori) σε ασθενείς με πεπτικό έλκος. **Αντενδείξεις** Το PARIET αντενδείκνυται σε ασθενείς με γνωστή υπερευαισθησία στη νατριούχο ραμπεπραζόλη, ή σε οποιοδήποτε έκδοχο το οποίο χρησιμοποιείται στο ίδιοσκεύασμα. Το PARIET αντενδείκνυται στην εγκυμοσύνη και κατά τη γαλουχία. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση** Η ανταπόκριση των συμπτωμάτων στη θεραπεία με νατριούχο ραμπεπραζόλη δεν αποκλείει την παρουσία γαστρικής ή οισοφαγικής κακοήθειας, συνεπώς, η πιθανότητα κακοήθειας πρέπει να αποκλείεται πριν την έναρξη της θεραπείας με PARIET. Οι ασθενείς σε μακροχρόνια θεραπεία (ειδικότερα εκείνοι που υποβάλλονταν σε θεραπεία για περισσότερο από ένα χρόνο) πρέπει να βρίσκονται κάτω από τακτική επίτηρηση. Δεν μπορεί να αποκλεισθεί ο κίνδυνος διασταυρούμενων αντιδράσεων υπερευαισθησίας με άλλο αναστολέα της αντλίας πρωτονίων ή υποκατεστημένες βενζιμιδαζόλες. Οι ασθενείς πρέπει να προειδοποιούνται ότι τα δισκία PARIET δεν πρέπει να μασώνται ή να συνθλίβονται, αλλά πρέπει να καταπίνονται ολόκληρα. Το PARIET δε συνιστάται για χρήση σε παιδιά αφού δεν υπάρχει εμπειρία της χρήσης του σε αυτή την ομάδα. Υπάρχουν αναφορές μετά την κυκλοφορία του προϊόντος για δυσκρασίες του αίματος (θρομβοπενία και ουδετεροπενία). Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων όπου δεν μπορεί να αναγνωριστεί εναλλακτική αιτιολογία, τα συμβάματα ήταν χωρίς επιπλοκές και υποχωρούσαν με διακοπή της ραμπεπραζόλης. Διαταραχές των ηπατικών ενζύμων έχουν παρατηρηθεί σε κλινικές δοκιμές και έχουν επίσης αναφερθεί μετά την έκδοση της άδειας κυκλοφορίας. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων όπου δεν μπορεί να αναγνωριστεί εναλλακτική αιτιολογία, τα συμβάματα ήταν χωρίς επιπλοκές και υποχωρούσαν με διακοπή της ραμπεπραζόλης. Δεν παρατηρήθηκε καμία ένδειξη σημαντικών προβλημάτων που σχετίζονται με την ασφάλεια του φαρμάκου σε μία μελέτη ασθενών με ήπια έως μέτρια ηπατική δυσλειτουργία έναντι φυσιολογικών ατόμων αντίστοιχης ηλικίας και φύλου. Παρόλα αυτά, επειδή δεν υπάρχουν κλινικά δεδομένα στη χρήση του PARIET σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία, ο συνταγογραφών πρέπει να είναι επιφυλακτικός κατά την έναρξη της θεραπείας με PARIET σε αυτούς τους ασθενείς. Η συγχρήγηση αταξανόλης με PARIET δε συνιστάται. Η θεραπεία με αναστολείς της αντλίας πρωτονίων, συμπεριλαμβανομένου του PARIET, μπορεί πιθανώς να αυξήσει τον κίνδυνο γαστρεντερικής λοίμωξης όπως από Salmonella, Campylobacter και Clostridium difficile. Οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων, ειδικά αν χρησιμοποιηθούν σε υψηλές δόσεις και για μεγάλα χρονικά διαστήματα (> 1 έτος), μπορεί να αυξήσουν ελαφρώς τον κίνδυνο για κάταγμα του ισχίου, του καρπού και της σπονδυλικής στήλης, κυρίως σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ή με παρουσία άλλων αναγνωρισμένων παραγόντων κινδύνου. Οι μελέτες παρατήρησης δείχνουν ότι οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων μπορεί να αυξήσουν τον συνολικό κίνδυνο του κατάγματος κατά 10-40%. Ένα μέρος αυτής της αύξησης μπορεί να οφείλεται σε άλλους παράγοντες κινδύνου. Οι ασθενείς που κινδυνεύουν από οστεοπόρωση πρέπει να λαμβάνουν φροντίδα σύμφωνα με τις τρέχουσες κλινικές κατευθυντήριες γραμμές και επαρκή πρόσληψη βιταμίνης D και ασβεστίου. Σοβαρή υπομαγνησιαμία έχει αναφερθεί σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με αναστολείς της αντλίας πρωτονίων, όπως το PARIET για τουλάχιστον τρεις μήνες, και στις περισσότερες περιπτώσεις, για ένα χρόνο. Σοβαρές εκδηλώσεις της υπομαγνησιαμίας, όπως η κόπωση, η τετανία, το παραλήρημα, οι σπασμοί, η ζάλη και η κοιλιακή αρρυθμία μπορεί να συμβούν, αλλά μπορεί να αρχίσουν ύπουλα και να αγνοηθούν. Στους περισσότερους ασθενείς που επηρεάστηκαν, η υπομαγνησιαμία βελτιώθηκε μετά την αντικατάσταση του μαγνησίου και τη διακοπή του αναστολέα της αντλίας πρωτονίων. Για τους ασθενείς που αναμένεται να είναι σε παρατεταμένη θεραπεία ή που λαμβάνουν αναστολείς της αντλίας πρωτονίων με διγοξίνη ή με φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν υπομαγνησιαμία (π.χ. διουρητικά), οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εξετάσουν τη μέτρηση των επιπέδων μαγνησίου πριν την έναρξη της θεραπείας με αναστολέα της αντλίας πρωτονίων και περιοδικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ταυτόχρονη χρήση της Ραμπεπραζόλη με Μεθοτρεξάτη Η βιβλιογραφία δείχνει ότι η ταυτόχρονη χρήση των αναστολέων αντλίας πρωτονίων (AAP) με μεθοτρεξάτη (κυρίως σε υψηλή δόση, δείτε συνταγογραφικές πληροφορίες με-θοτρεξάτη) μπορεί να αυξήσει και να παρατείνει τα επίπεδα της μεθοτρεξάτης και / ή του μεταβολίτη της, στον ορό, που ενδεχομένως μπορεί να οδηγήσει σε τοξικότητα της μεθοτρεξάτης. Σε χορήγηση μεθοτρεξάτης σε υψηλή δόση, μια προσωρινή διακοπή χορήγησης του AAP μπορεί να κριθεί σκόπιμη σε κάποιους ασθενείς. Επίδραση στην απορρόφηση της βιταμίνης B12 Η νατριούχος ραμπεπραζόλη, όπως όλα τα φάρμακα που είναι αναστολείς οξέος, μπορεί να μειώσει την απορρόφηση της βιταμίνης B12 (κυανοκοβαλαμίνης) λόγω της υπο- ή α-χλωρυδρίας. Αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς με μειωμένα αποθέματα βιταμίνης B12 στον οργανισμό ή παράγοντες κινδύνου για μειωμένη απορρόφηση βιταμίνης B12 σε μακροχρόνια θεραπεία ή εάν παρατηρούνται σχετικά κλινικά συμπτώματα. **Υποξύς Δερματικός Ερυθηματώδης Λύκος (SCLF)** Οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων σχετίζονται με πολύ σπάνιες περιπτώσεις υποξέως δερματικού ερυθηματώδους λύκου. Εάν προκύψουν βλάβες, ειδικά σε περιοχές του δέρματος που εκτίθενται στον ήλιο, και αν συνοδεύονται από αρθραλγία, ο ασθενής θα πρέπει να αναζητήσει ιατρική βοήθεια αμέσως και ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να εξετάσει το ενδεχόμενο διακοπής του PARIET. **Υποξύς δερματικός ερυθηματώδης λύκος** μετά από προηγούμενη θεραπεία με έναν αναστολέα αντλίας πρωτονίων μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο υποξέως δερματικού ερυθηματώδους λύκου με άλλους αναστολείς της αντλίας πρωτονίων. **Ανεπιθύμητες ενέργειες** Οι συχνότερα αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου, κατά τη διάρκεια ελεγχόμενων κλινικών δοκιμών με ραμπεπραζόλη ήταν κεφαλαλγία, διάρροια, κοιλιακό άλγος, εξασθένιση, μετεωρισμός, εξάνθημα και ξηροστομία. Η πλειοψηφία των ανεπιθύμητων ενεργειών που παρατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια των κλινικών μελετών ήταν ήπιες ή μέτριες όσον αφορά τη σοβαρότητα και παροδικής φύσεως. Οι παρακάτω ανεπιθύμητες ενέργειες αναφέρθηκαν κατά τη διάρκεια των κλινικών δοκιμών και μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Οι συχνότητες εμφάνισης ορίζονται ως: συχνές (> 1/100, <1/10), όχι συχνές (> 1/1.000, <1/100), σπάνιες (> 1/10.000, <1/1.000), πολύ σπάνιες (<1/10.000).

Κατηγορία οργανικού συστήματος	Συχνές	Όχι συχνές	Σπάνιες	Πολύ σπάνιες	Μη γνωστές
Λοιμώξεις και παροστώσεις	Λοίμωξη				
Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος			Ουδετεροπενία, Λευκοπενία, Θρομβοπενία Λευκοκυττάρωση		
Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος			Υπερευαισθησία ^{1,2}		
Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης			Ανορεξία		Υπονατρίαμία Υπομαγνησιαμία ⁴
Ψυχιατρικές διαταραχές	Αϋπνία	Νευρικότητα	Κατάθλιψη		Σύγχυση
Διαταραχές του νευρικού συστήματος	Κεφαλαλγία, Ζάλη	Υπνηλία			
Οφθαλμικές διαταραχές			Διαταραχή της όρασης		
Αγγειακές διαταραχές					Περιφερικό οίδημα
Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωράκιου	Βήχας, Φαρυγγίτιδα, Ρινίτιδα	Βρογχίτιδα, Ιγμορίτιδα			
Διαταραχές του γαστρεντερικού	Διάρροια, Έμετος, Ναυτία Κοιλιακό άλγος, Δυσκοιλιότητα Μετεωρισμός	Δυσπεψία Ξηροστομία, Ερυγή	Γαστρίτιδα, Στοματίτιδα Διαταραχή της γεύσης		
Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων			Ηπατίτιδα , Ίκτερος Ηπατική γκεφαλοπάθεια ³		
Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού		Εξάνθημα, Ερύθημα ²	Κνησμός, Εφίδρωση Φυσαλιδώδεις αντιδράσεις ²	Πολύμορφο ερύθημα Τοξική επιδερμική νεκρόλυση (TEN) Ψύκδρομο Stevens-Johnson (SJS)	Υποξύς δερματικός ερυθηματώδης λύκος
Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος, του συνδετικού ιστού και των οστών	Μη ειδικός πόνος Οσφυαλγία	Μυαλγία Κράμπες των κάτω άκρων, Αρθραλγία Κάταγμα του ισχίου, του καρπού ή της σπονδυλικής στήλης ⁴			
Διαταραχές των νεφρών και των ουροφόρων οδών		Ουρολοιμωξη	Εντερική νεφρίτιδα		
Διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος και του μαστού					Γυναικομαστία
Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης	Αδυναμία, Γριπώδης συνδρομή	Θωρακικό άλγος, Ρίγη, Πυρεξία			
Παρακλινικές εξετάσεις		Αυξημένα ηπατικά ένζυμα ³	Σωματικό βάρος αυξημένο		

¹ Περιλαμβάνει οίδημα προσώπου, υπόταση και δύσπνοια

² Το ερύθημα, οι φυσαλιδώδεις αντιδράσεις και οι αντιδράσεις υπερευαισθησίας συνήθως υποχωρούν μετά τη διακοπή της θεραπείας.

³ Σπάνια περιστατικά ηπατικής γκεφαλοπάθειας έχουν αναφερθεί σε ασθενείς με υποκείμενη κίρρωση. Κατά τη θεραπεία ασθενών με σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία ο συνταγογράφων πρέπει να είναι επιφυλακτικός κατά την έναρξη της θεραπείας με PARIET σε αυτούς τους ασθενείς (βλέπε παράγραφο 4.4).

⁴ Βλέπε Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις για τη χρήση (4.4)

Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να αναφέρουν οποιαδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες απευθείας στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Μεσογείων 284, 15562, Χολαργός, Τηλ: +302132040380/337, Φαξ: +302106549585, www.eof.gr).

ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Janssen-Cilag Φαρμακευτική ΑΕΒΕ, Λ. Ειρήνης 56, 151 21 Πεύκη, Αθήνα

ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ Γαστροανθεκτικά δισκία 20 mg/ TAB: 32473/08.04.2014

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ 13 Σεπτεμβρίου 2016

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ

Περιεκτικότητα	Μέγεθος συσκευασίας	Λιανική Τιμή	Νοσοκομειακή Τιμή
20 mg / TAB	BT x 14	5,48€	3,46€
20 mg / TAB	BT x 28	10,4€	6,57€



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Α. Μαντίδης - Κ. Βασιλειάδης

Η κλινική οντότητα του “μη καρδιακής αιτιολογίας θωρακικού πόνου” (ΜΚΘΠ) είχε κλινικά αρχικά αναγνωρισθεί από τον Heberden το 1768. Από μελέτες της δεκαετίας του 60 και του 70 ήταν γνωστό ότι, περίπου το 1/3 των ασθενών που εισάγονταν στο νοσοκομείο για θωρακικό πόνο δεν είχαν ισχαιμική καρδιοπάθεια. Τότε ήταν η χρονική στιγμή που άρχισαν οι γαστρεντερολόγοι να ασχολούνται με τον ΜΚΘΠ όταν φάνηκε ότι ο οισοφάγος ήταν σημαντική αιτία θωρακικού άλγους. Σήμερα έχει διαπιστωθεί ότι το 10 - 30% των στεφανιογραφιών είναι αρνητικές για στεφανιαία νόσο. Πρόσφατα έχει προταθεί ο όρος “ακαθόριστης προέλευσης θωρακικός πόνος” (ΑΠΘΠ), αφού πλέον έχει αποδειχθεί ότι ακόμη και αν δεν υπάρχει σημαντική στένωση των αγγείων στην στεφανιογραφία ο πόνος μπορεί να προέρχεται από την καρδιά.

Ανεξάρτητα από τον αρνητικό έλεγχο για στεφανιαία νόσο ο ΜΚΘΠ αποτελεί αιτία άγχους και ανησυχίας για ασθενείς και γιατρούς, αλλά έχει και οικονομικές συνέπειες. Οι ασθενείς με εικόνα συμβατή με στεφανιαία νόσο, αλλά με φυσιολογική στεφανιογραφία, υπολογίζονται σε 180.000 νέες περιπτώσεις ετησίως. Κατά μέσο όρο ετησίως επισκέπτονται το γιατρό ή το τμήμα επειγόντων 2,2 φορές, νοσηλεύονται 0,8 φορές και λαμβάνουν 1,2 συνταγές μηνιαίως. Είναι προφανές ότι επηρεάζεται ο τρόπος ζωής τους, αφού αναγκάζονται σε συχνές επισκέψεις σε νοσοκομεία, πολλές φορές λαμβάνουν καρδιαγγειακά φάρμακα χωρίς να τα χρειάζονται ενώ απουσιάζουν συχνά από την εργασία τους.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΠΘΠ

Με τον όρο αυτό αναφέρονται τα ποικίλλουσας συχνότητας υποτροπιάζοντα επεισόδια οξέος πόνου ηρεμίας στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, με ασυμπτωματικά μεσοδιαστήματα, όταν ο προβλεπόμενος έλεγχος

είναι αρνητικός για οξείες καρδιαγγειακές, πνευμονικές, και γαστρεντερικές παθήσεις. Η μακροχρόνια πρόγνωση είναι πολύ καλή, αν και μερικοί ασθενείς σε βάθος χρόνου εμφανίζουν τελικά καρδιακή νόσο.

ΑΙΤΙΕΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

Πάνω από το 50% των ασθενών με καρδιακής αιτιολογίας θωρακικό πόνο έχουν συμπτώματα και από τον οισοφάγο. Σε ποσοστό έως 70%, επεισόδια στηθαγχικού πόνου σχετίζονται με παλινδρομικά επεισόδια. Από τη μια η αντιεκκριτική θεραπεία φαίνεται να μειώνει σημαντικά τα επεισόδια πόνου σε στεφανιαίους ασθενείς, από την άλλη όμως η θεραπεία με νιτρώδη ή ανταγωνιστές ασβεστίου ευνοεί την παλινδρόμηση. Είναι απόλυτα αποδεκτή η πρακτική ότι ο καρδιολόγος πρέπει να είναι εκείνος που αφενός θα οδηγήσει τη διερεύνηση του ασθενούς και αφετέρου θα θέσει την ένδειξη για αναζήτηση άλλου αιτίου του πόνου. Ο καρδιολογικός έλεγχος πρέπει να περιλαμβάνει, πέραν της κλινικής εξέτασης και του ΗΚΓ ηρεμίας, την δοκιμασία κοπώσεως, το σπινθηρογράφημα με θάλιο ή/και την στεφανιογραφία. Το ευνόητο άγχος του ασθενούς αλλά και του γιατρού εξακολουθεί να υπάρχει όσο υπάρχουν ασάφειες στην παθογένεια, τη διάγνωση και την θεραπεία του φάσματος της “μικροαγγειακής στηθάγχης” ή του Συνδρόμου Χ που είναι μια αιτία ΑΠΘΠ. Το εύρημα μερικών μελετών ότι είναι παρόμοια η επίπτωση οισοφαγικών διαταραχών, παθολογικής παλινδρόμησης και κινητικών διαταραχών, σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και σε ασθενείς με μη καρδιακό θωρακικό πόνο, καθιστά την ερμηνεία των οισοφαγικών δοκιμασιών δύσκολη.

Συνήθως ο μη καρδιακής αιτιολογίας πόνος αφορά περισσότερο νέους χωρίς προδιαθεσικούς παράγοντες. Από μη γαστρεντερικές αιτίες, σημαντική θέση κατέχουν οι ψυχιατρικές διαταραχές όπως η διατα-



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Συστηματικές μελέτες έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών (50-83%) έχει είτε άτυπη ΓΟΠ είτε παθολογική οισοφαγική κινητικότητα. Η λειτουργικές παθήσεις κατέχουν το 14% ενώ η υπερευαισθησία οισοφάγου το 37%.

1. Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση

Στο 10% των ασθενών με ΓΟΠ ο πόνος είναι το μοναδικό σύμπτωμα της διαταραχής. Στα κριτήρια του Μόντρεαλ αναφέρεται σαφώς ότι η ΓΟΠ μπορεί να προκαλέσει επεισόδια θωρακικού άλγους που μοιάζουν με την ισχαιμική καρδιοπάθεια, χωρίς (απαραίτητα) να συνοδεύονται από καύσος ή αναγωγές.

2. Κινητικές διαταραχές

Ο οπισθοστερνικός πόνος είναι ένα από τα κύρια συμπτώματα των πρωτοπαθών κινητικών διαταραχών του οισοφάγου (ΠΚΔΟ) σε ποσοστό 28%. Οι συχνότερες ΠΚΔΟ είναι ο συμπτωματικός περισταλτισμός (ΣΠ) ή οισοφάγος καρυοθραύστης (ΟΚ) - έως 48% - και οι “μη ειδικές κινητικές διαταραχές οισοφάγου” (ΜΕΚΔΟ) - έως 30%. Σημειώνεται ότι μανομετρικά ευρήματα ΟΚ και ΜΕΚΔΟ έχουν καταγραφεί και σε ασθενείς με ΓΟΠ.

Είναι γνωστό ότι ο πόνος αποτελεί πρώιμο σύμπτωμα αχαλασίας που εκδηλώνεται κατά κανόνα πριν την έναρξη της δυσφαγίας και για πολλούς θεωρείται σύμπτωμα της “ισχυράς” (vigorous) αχαλασίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο πόνος αποτελεί ένα ανθεκτικό σύμπτωμα της νόσου, παρά τη θεραπεία με διαστολή ή μυοτομή. Η εμφάνιση του πόνου μετά θεραπεία μπορεί να αποτελεί εκδήλωση παλινδρόμησης ως επιπλοκής της θεραπείας.

Παρόλο που ο πόνος θεωρείται το τυπικό σύμπτωμα του διάχυτου οισοφαγικού σπασμού, φαίνεται ότι

ραχή πανικού, η υστερία στην αντίληψη του πόνου, οι συναισθηματικές διαταραχές και η σωματοποίηση. Για λόγους που σχετίζονται με την αισθητική νεύρωση του θώρακα και της άνω κοιλίας υποτροπιάζων πόνος από πεπτικό έλκος, παγκρεατίτιδα ή χολοκυστοπάθεια μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να αντανakλά στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα. Άλλες αιτίες είναι μυοσκελετικές παθήσεις, πνευμονολογικές παθήσεις ή παθήσεις μεσοθωρακίου. Περίπου το 10% των περιπτώσεων αφορούν επώδυνα σύνδρομα του θωρακικού τοιχώματος. Συχνότερα είναι η φλεγμονώδεις ή μετατραυματικές βλάβες των στερνοκλειδικών αρθρώσεων και της ξιφοειδούς απόφυσης που διαγιγνώσκονται κλινικά με αναπαραγωγή του πόνου στην πίεση συγκεκριμένων σημείων και την επιδείνωση του πόνου με την εισπνοή ή τις κινήσεις του βραχίονα.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο τυπικός οισοφαγικός πόνος είναι πόνος ηρεμίας συσφιγκτικού συνήθως χαρακτήρα, μπορεί να αντανakλά σ’ όλο το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, στη ράχη ή την κάτω γνάθο, συχνά αφυπνίζει τον ασθενή την νύκτα και διαρκεί από λίγα λεπτά ως και ώρες. Αν και συνήθως υφίεται με την λήψη κανονικής θερμοκρασίας ύδατος ή στερεού βλωμού, μπορεί να απαιτήσει χορήγηση νιτρωδών ή νιφεδιπίνης για να υποχωρήσει σε λίγα λεπτά. Μπορεί να συνυπάρχει και με άλλα οισοφαγικά συμπτώματα όπως δυσφαγία ή αναγωγές.

Συχνά ο οισοφαγικός πόνος δεν έχει κανένα ειδικό χαρακτηριστικό και είναι αδύνατο να διαχωριστεί από τον στηθαγχικό πόνο, ο οποίος κατά κανόνα σχετίζεται με την κόπωση, το συναισθηματικό stress ή το ψύχος, όμως με τους ίδιους παράγοντες μπορεί να σχετίζεται και ο πόνος από κινητική διαταραχή του οισοφάγου ή παλινδρόμηση.



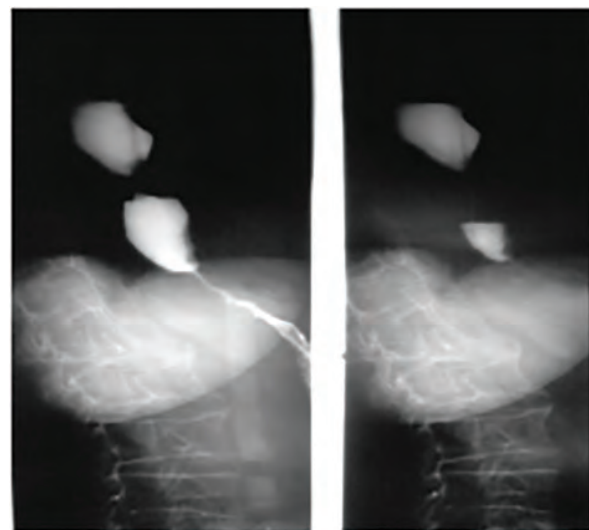
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

είναι λιγότερο συχνός από την συνυπάρχουσα δυσφαγία. Το ίδιο ισχύει και για τον υπερτονικό ΚΟΣ.

Παρά την αυξημένη επίπτωση των «σπαστικών» κινητικών διαταραχών μεταξύ ασθενών με ΑΠΘΠ που παραπέμπονται για μανομετρία, δεν υπάρχει απόδειξη ότι οι κινητικές ανωμαλίες που απαιτούνται για τη διάγνωση έχουν άμεση και αιτιολογική σχέση με την πρόκληση συμπτωμάτων ή σχετίζεται με προκατειλημμένη επιλογή. Πράγματι, σε μελέτες παρατεταμένης μανομετρίας δεν βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ πόνου και κινητικών ανωμαλιών, ενώ και η επάνοδος των μανομετρικών ανωμαλιών στο φυσιολογικό μετά θεραπεία δε μεταβάλλουν την εμφάνιση του πόνου.

Σε ταυτόχρονη μελέτη ενδοαυλικών πιέσεων, pH και υπερηχογραφικής απεικόνισης του οισοφαγικού τοιχώματος, φάνηκε μία παρατεταμένη σύσπαση του λείου οισοφαγικού μυός που δεν καταγράφηκε μανομετρικά, ενώ η βασική διαφορά των συσπάσεων δεν



ήταν το ύψος αλλά η διάρκεια τους (εικόνα 1).

3. Λειτουργικό θωρακικό άλγος

Σύμφωνα με τα κριτήρια Ρώμης III, για να ισχύει η διάγνωση του λειτουργικού θωρακικού άλγους, τα συμπτώματα πρέπει να υφίστανται τουλάχιστον 3 μήνες με έναρξη τουλάχιστον προ 6 μηνών με θωρακικό άλγος χωρίς χαρακτήρες καύσους, σε απουσία αποδείξεως ότι αιτία των συμπτωμάτων είναι η ΓΟΠ και σε απουσία κινητικών διαταραχών.

4. Λειτουργικό καύσος

Σύμφωνα με τα κριτήρια Ρώμης IV, για 3 μήνες με έναρξη τουλάχιστον 6 μήνες προ της διάγνωσης, πρέπει να υφίσταται οπισθοστερνικό καύσος ή άλγος, φυσιολογική ενδοσκόπηση και απουσία ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας, μείζονας κινητικής διαταραχής και με αποδείξεις ότι τα συμπτώματα πυροδοτούνται από παλινδρομικά επεισόδια, παρά τη φυσιολογική έκθεση του οισοφάγου στο οξύ σε πεχαμετρία ή πεχαμετρία-αντιστασιομετρία. Η ανταπόκριση σε

5. Υπερευαίσθησία από παλινδρόμηση

Σύμφωνα με τα κριτήρια Ρώμης IV τους τελευταίους 3 μήνες και με έναρξη τουλάχιστον 6 μήνες προ της διάγνωσης πρέπει να υφίσταται οπισθοστερνικό καύσος ή άλγος, φυσιολογική ενδοσκόπηση και απουσία ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας, μείζονος κινητικής διαταραχής και με αποδείξεις ότι τα συμπτώματα πυροδοτούνται από παλινδρομικά επεισόδια, παρά τη φυσιολογική έκθεση του οισοφάγου στο οξύ σε πεχαμετρία ή πεχαμετρία-αντιστασιομετρία. Η ανταπόκριση σε

Εικόνα 1: ακτινολογική μελέτη με μη ιονικό σκιαγραφικό αμέσως μετά την εκτέλεση αεροδιαστολής σε ασθενή με αχαλασία. Παρατηρείται ισχυρή παρατεταμένη επί τουλάχιστον 5 λεπτά σύσπαση στο όριο μέσου-κάτω τριτημορίου του οισοφάγου, που καθυστερούσε τη δίοδο του σκιαγραφικού (δίκην κλεψύδρας) κατά τη διάρκεια επεισοδίου αυτόματου θωρακικού πόνου με τα ίδια χαρακτηριστικά που είχε η ασθενής επί τριετία

ΑΑΠ δεν αποκλείει τη διάγνωση.



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

1. Υπερευαίσθησία στο οξύ

Ο σχετιζόμενος με ΓΟΠ οισοφαγικός πόνος θεωρείται πως οφείλεται στην υπερευαίσθησία του οισοφαγικού βλεννογόνου στο οξύ ή στις δωδεκαδακτυλικές εκκρίσεις. Ο πόνος πυροδοτείται είτε μέσω άμεσου ερεθισμού των αισθητικών χημειοϋποδοχέων είτε μέσω των δευτεροπαθών κινητικών διαταραχών που σχετίζονται με την ΓΟΠ. Το γεγονός ότι πόνος έχει μόλις ένας μικρός αριθμός ασθενών με παλινδρόμηση υποδηλώνει ότι και άλλοι παράγοντες, όπως η οξύτητα του παλινδρομούντος υλικού ή η αλληλεπίδραση των συστατικών του, συμμετέχουν στην παθογένεια του συμπτώματος. Ο πόνος μπορεί να σχετίζεται και με τον όγκο παλινδρομούντος υλικού μέσω ενεργοποίησης μηχανοϋποδοχέων. Στην υπερευαίσθησία υπάρχει επηρεασμένη ουδός αισθητικότητας με αυξημένη αντίληψη στην έγχυση οξέος που επιμένει ακόμα και μετά την καταστολή του οξέος.

2. Κινητικές διαταραχές

Οι κινητικές διαταραχές προκαλούν πόνος είτε από ερεθισμό μηχανοϋποδοχέων του τοιχώματος λόγω ισχυρών συσπάσεων ή διάτασης, είτε μέσω ισχαιμίας του οισοφαγικού μυός λόγω αναστολής της αιματικής ροής που προκαλεί η τάση του τοιχώματος. Εναντίον της “μυοϊσχαιμίας” είναι η απουσία οντότητας αυτόματης ισχαιμικής οισοφαγικής νέκρωσης, η πλούσια οισοφαγική αιμάτωση από πέντε διαφορετικά αρτηριακά στελέχη και η απουσία πόνου την ώρα μανομετρικώς καταγραφόμενων ισχυρών και παρατεταμένων συσπάσεων. Επιπλέον η συνέχιση του πόνου παρά την φαρμακευτική μείωση των οισοφαγικών πιέσεων και την αποτυχία της μακράς μυοτομής να ελέγξει τον πόνος κινητικών διαταραχών, υποδηλώνουν την συμμετοχή άλλων μηχανισμών πόνου που σχετίζεται με

κινητικές διαταραχές.

3. Σπλαχνική υπερευαίσθησία

Πολλοί ερευνητές σήμερα υποστηρίζουν ότι ο ΑΠΘΠ είναι αποτέλεσμα διαταραχής της αισθητικής αντίληψης όπως αυτή αναδεικνύεται με την ανταπόκριση στη δοκιμασία διάτασης ενδοαυλικού μπαλονιού. Η θεωρία της σπλαχνικής υπερευαίσθησίας ενισχύεται από την παρατήρηση ότι ο πόνος στους ασθενείς αυτούς προκαλείται με σημαντικά μικρότερους όγκους διάτασης ενδοοισοφαγικού μπαλονιού απ’ ότι στους υγιείς μάρτυρες.

4. Λειτουργικός πόνος

Στο λειτουργικό πόνος φαίνεται ότι παίζει ρόλο η παθολογική κεντρική επεξεργασία των οισοφαγικών ερεθισμάτων και τα μειωμένα όρια αισθητικότητας σε διάφορης φύσης ερεθίσματα. Μεγάλο ρόλο στο λειτουργικό πόνος παίζουν και οι ψυχολογικοί παράγοντες όπως σωματοποίηση και άγχος.

5. Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και ψυχολογικό stress

Πειραματικές μελέτες δείχνουν ότι και η οισοφαγική κινητικότητα και η σπλαχνική αισθητικότητα επηρεάζονται από συναισθηματικά ερεθίσματα. Στο 84% ασθενών με κινητικές διαταραχές, έναντι 31% ασθενών με φυσιολογική μανομετρία, παρατηρήθηκαν ψυχιατρικές διαταραχές όπως ιδιοπαθής κατάθλιψη, άγχος, σωματοποίηση. Είναι επιβεβαιωμένη η σημαντικά αυξημένη επίπτωση του ευερέθιστου εντέρου μεταξύ ασθενών με ΑΠΘΠ σε σχέση με αυτούς με καρδιακό πόνος. Άλλες μελέτες έδειξαν ίδια ποσοστά ψυχιατρικών διαταραχών σε ασθενείς με ΑΠΘΠ και σε ασθενείς με ευερέθιστο έντερο. Μελέτη της προσωπικότητας έδειξε ότι οι ασθενείς με ΑΠΘΠ έχουν συμπεριφορά τύπου A, είναι νευρωτικοί, κάνουν εξα-



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

ντλητική ζωή, ενώ τα επεισόδια πόνου σχετίζονται με πρόσφατα κριτικά για τους ίδιους γεγονότα. Οι γνώσεις μας για την παθογένεια του ΑΠΘΠ συνοψίσθηκαν από τον Goyal με την παρομοίωση της «φωτιάς στο θέατρο». Ο συναγερμός φωτιάς (θωρακικός πόνος) μπορεί να πυροδοτηθεί από πραγματική φωτιά (ΓΟΠ ή σπαστική κινητική διαταραχή) από ενεργοποίηση του ευαίσθητου συναγερμού από καπνό (σπλαχνική υπεραλγησία) ή από ένα ψευδή συναγερμό χωρίς φωτιά ή καπνό (ψυχοκοινωνικοί παράγοντες). Είναι πιθανό σε κάθε συγκεκριμένο ασθενή μερικοί από τους παράγοντες αυτούς να αλληλεπιδρούν.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Στόχος της διερεύνησης είναι να βρεθεί κάποιο παθολογικό εύρημα στις διαγνωστικές δοκιμασίες, να αναδειχθεί χρονική συσχέτιση συμπτωμάτων με τις διαταραχές των δοκιμασιών, ενώ "πρέπει" να θεωρηθεί ο οισοφάγος υπεύθυνος μόνο όταν ο πόνος σχετίζεται με παθολογικές συσπάσεις ή παθολογική πεχαμετρία ή όταν προκληθεί κατά τη διάρκεια μιας δοκιμασίας προκλήσεως. Η διαγνωστική προσέγγιση των ασθενών με ΑΠΘΠ απαιτεί συνδυασμένη αξιολόγηση των χαρακτηριστικών των συμπτωμάτων, της κλινικής εξέτασης και των ευρημάτων των ειδικών εξετάσεων (πίνακας 1).

1. Κλινική εκτίμηση

Το προσεκτικό ιστορικό αναζήτησης των χαρακτηριστικών του πόνου και των συνοδών συμπτωμάτων επιτρέπει τον διαχωρισμό οισοφαγικού και καρδιακού πόνου σε ορισμένες περιπτώσεις. Η φυσική εξέταση είναι καθοριστική για τον αποκλεισμό αιτιών από το μυοσκελετικό σύστημα (στερνοκλειδικές αρθρώσεις, ριζιτικοί πόνοι κλπ).

2. Εμπειρική χορήγηση ΑΑΠ

Δεδομένης της υψηλής συσχέτισης της παλινδρόμησης με το ΜΚΘΠ, ως πρώτη διαγνωστική (και κατά πάσα πιθανότητα θεραπευτική) προσέγγιση είναι η χορήγηση αναστολέων αντλίας πρωτονίων σε διπλή δοσολογία για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Σε αραιά συμπτώματα η θεραπεία μπορεί να διαρκέσει έως και 4 μήνες. Αυτή η τεχνική προσδίδει ευαισθησία >70% και ειδικότητα >85%.

3. Ενδοσκόπηση

Η ενδοσκόπηση έχει περιορισμένη αξία στη διερεύνηση. Σε διάφορες μελέτες βοήθησε στο 10-44% με την ανάδειξη πχ οισοφαγίτιδας. Έχει όμως ιδιαίτερη αξία όταν συνυπάρχουν και άλλα συμπτώματα όπως δυσφαγία, σημεία συναγερμού ή είναι απαραίτητο να αποκλειστούν άλλες καταστάσεις (ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα, άλλες οισοφαγίτιδες κτλ).

4. 24ωρη πεχαμετρία

Επί θετικής ανταπόκρισης σε ΑΑΠ η θεραπεία θα πρέπει να συνεχισθεί, ενώ οι μη ανταποκριθέντες που εξακολουθούν να είναι κλινικά ύποπτοι για ΓΟΠ θα πρέπει να ερευνηθούν με πεχαμετρία υπό θεραπεία, για αποκλεισμό ανθεκτικής νόσου. Η παθολογική 24ωρη πεχαμετρία υποδηλώνει απλώς την πιθανή συσχέτιση πόνου-παλινδρόμησης. Τεκμηρίωση της παραπάνω σχέσης αποτελεί μόνον η συνύπαρξη επεισοδίου πόνου κατά τη διάρκεια παλινδρομικού επεισοδίου (ανεύρεση θετικού συμπτωματικού δείκτη). Δυστυχώς η συσχέτιση αυτή τεκμηριώνεται λιγότερο συχνά στις περιπτώσεις ΑΠΘΠ (συμπτ.δείκτης >75% στο 28% των ασθενών), απ' ότι η συσχέτιση πτώσης του οισοφαγικού pH με τα κλασσικά παλινδρομικά συμπτώματα. Η πιθανότητα για την κατάδειξη της ΓΟΠ ως αιτίας για το άλγος του ασθενούς αυξάνεται με τη βοήθεια της 48ωρης πεχαμετρίας με την ασύρματη



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

κάψουλα Bravo. Στη 48ωρη πεχαμετρία ο συνδυασμός θετικού συμπτωματικού δείκτη και κατάδειξης παθολογικής όξινης παλινδρόμησης αυξάνει σε 62% τη διάγνωση ΓΟΠ ως αιτίας του άλγους του ασθενούς. Ο συνδυασμός πεχαμετρίας και εμπέδησης μελετά και τη μη όξινη παλινδρόμηση και έχει ένδειξη σε πόνο ανθεκτικό στη θεραπεία με ΑΑΠ. Και εδώ απαιτείται θετικός συμπτωματικός δείκτης συσχέτισης πόνου και μη όξινης παλινδρόμησης.

5. Οισοφαγική μανομετρία

Αν αποκλεισθεί η ΓΟΠ ή δεν υπάρχουν συμπτώματα συμβατά με ΓΟΠ, η επόμενη εξέταση εκλογής είναι η μανομετρία αν και είναι φυσιολογική σε ποσοστό έως 68%. Η διάγνωση παθήσεως σημαίνει κλινική και ταυτόχρονα μανομετρική διάγνωση. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι ένας αριθμός μανομετρικών ανωμαλιών δεν έχουν κλινικό αντίκτυπο ενώ πολλές φορές τα συμπτώματα δεν ανταποκρίνονται σε θεραπείες μανομετρικών διαταραχών. Εκτός ίσως από τις τυπικές περιπτώσεις αχαλασίας και διάχυτου οισοφαγικού σπασμού όπου η πιθανότητα συσχέτισης του πόνου με αυτές είναι πολύ ισχυρή, η συνήθως αναδεικνυόμενη υπερσπαστικότητα του οισοφάγου (ΟΚ ή ΜΕΚΔΟ) υποδηλώνει απλώς την πιθανότητα της οισοφαγικής προέλευσης του πόνου. Η απουσία πόνου την ώρα μανομετρικής καταγραφής παθολογικών συσπάσεων, οδηγεί στην ανάγκη προσπάθειας πρόκλησής του με ειδικά ερεθίσματα.

6. Δοκιμασίες πρόκλησης οισοφαγικού πόνου

Από τις δοκιμασίες προκλήσεως (κατάποση παγωμένου ύδατος, ενδοοισοφαγική έγχυση οξέος, συστηματική χορήγηση εδροφωνίου, μπετανεχόλης, εργοβοίνης ή πενταγαστρίνης), η ενδοοισοφαγική έγχυση 0,1N HCL και η ενδοφλέβια χορήγηση εδροφωνίου είναι οι πλέον αξιόπιστες και ασφαλείς. Η θετική δοκιμα-

σία έγχυσης οξέος (Bernstein test) υποδηλώνει ευαισθησία του οισοφάγου στο οξύ ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή μη παθολογικής παλινδρόμησης, αφού μόνο οι μισοί από τους ασθενείς αυτούς έχουν παθολογική 24ωρη πεχαμετρία. Η εξέταση έχει υψηλή ειδικότητα (90%), αλλά χαμηλή ευαισθησία (30-40%). Η εξέταση βρέθηκε ιδιαίτερα χρήσιμη στις περιπτώσεις ασθενών που δεν είχαν συμπτώματα στην πεχαμετρία.

Στη θετική δοκιμασία εδροφωνίου (tensilon test) προκαλείται οισοφαγικός πόνος ανεξάρτητα από την ταυτόχρονη πρόκληση μανομετρικά καταγραφόμενων παθολογικών συσπάσεων ή καθυστερημένο οισοφαγικό χρόνο διόδου. Η μέθοδος έχει πολύ χαμηλή ευαισθησία (0-34%), αλλά η θετική δοκιμασία έχει πολύ υψηλή ειδικότητα και τεκμηριώνει την οισοφαγική προέλευση του πόνου, ανεξάρτητα από την αιτία του.

7. 24ωρη συνδυασμένη μανομετρία και πεχαμετρία

Στις περιπτώσεις φυσιολογικής στατικής μανομετρίας και αρνητικών δοκιμασιών πρόκλησης η διερεύνηση μπορεί να προχωρήσει με την εκτέλεση 24ωρης ταυτόχρονης φορητής μανομετρίας και πεχαμετρίας. Η μέθοδος αυτή επιτρέπει την τεκμηρίωση της συσχέτισης του πόνου σε ασθενείς με παροδικές κινητικές διαταραχές, με αραιά παλινδρομικά επεισόδια ή και με τα δύο περίπου στο 33-87% των ασθενών.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟ ΠΟΝΟ

Η αρχική θεραπευτική προσέγγιση είναι η αγωγή με ΑΑΠ σε διπλή δοσολογία. Σε θετική ανταπόκριση, αναζητάται η χαμηλότερη δοσολογία που επιτυγχάνει ύφεση συμπτωμάτων. Η θολοπλαστική έχει καλή ανταπόκριση και έχει ισχυρές ενδείξεις σε χρόνια νόσο, σε ανταπόκριση σε ΑΑΠ και σε νεαρότερες ηλικίες. Στην



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

αχαλασία, η διαστολή ή η μυοτομή με ή χωρίς αντι-παλινδρομική θεραπεία έχει καλύτερη αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της δυσφαγίας παρά του πόνου. Η νιφεδιπίνη, οι αναστολείς ασβεστίου και η νιφεδιπίνη έχουν ασαφή αποτελεσματικότητα. Στο ΔΟΣ έχουν ένδειξη τα νιτρώδη, οι αναστολείς ασβεστίου, οι αναστολείς φωσφοδιεστεράσης (σιλντεναφίλη) όπως και η διενέργεια botox. Στον οισοφάγο καρυοθραύστη έχουν χρησιμοποιηθεί με μεγάλη αποτελεσματικότητα οι ΑΑΠ και με λιγότερο μελετημένα αποτελέσματα οι αναστολείς ασβεστίου και οι αναστολείς φωσφοδιεστεράσης. Στον υπέρτονο ΚΟΣ έχουν χορηγηθεί η νιφεδιπίνη και η διλτιαζέμη. Οι επεμβατικοί τρόποι αντιμετώπισης όπως η μακρά μυοτομή έχουν ασαφή αποτελεσματικότητα.

Για την αντιμετώπιση του λειτουργικού οισοφαγικού πόνου δεν υπάρχει ειδικό φάρμακο. Γενικά υπάρχουν λίγα δεδομένα με χρήση αναλγητικών, ενώ σημαντικό ρόλο παίζουν η αντιμετώπιση τυχόν ψυχογενούς διαταραχής και οι συμπεριφορικές θεραπείες. Είναι γνωστό ότι η θεοφυλλίνη μειώνει τον πόνο της οισοφαγικής διάτασης. Σημαντική θέση κατέχουν τα αντικαταθλιπτικά (τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, εκλεκτικοί αναστολείς σεροτονίνης, αναστολείς σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης), οι 5-HT₄ αγωνιστές (tegaserod), οι 5-HT₃ ανταγωνιστές (octreotide), τα αντιεπιληπτικά (pregabalin) και τα αναλγητικά περιφερικής νευροπάθειας (gabapentin). Η λογική χρήσης τους ακολουθεί τον κανόνα "low and slow" με έναρξη με χαμηλές δόσεις και σταδιακή αύξηση. Αν εμφανιστούν ανεπιθύμητες ενέργειες μειώνεται η δοσολογία στη χαμηλότερη δυνατή και γίνεται νέα προσπάθεια για αύξηση δοσολογίας. Μπορεί φυσικά να γίνει αλλαγή φαρμάκου ή να συνδυαστούν με ssri's.

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ταυτόχρονη 24ωρη καταγραφή πιέσεων, pH και ΗΚΓ έδειξε σημαντικά συχνότερη συνύπαρξη παλιν-

δρομικών επεισοδίων και πτώσης του διαστήματος S-T στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο έναντι αυτών με φυσιολογική στεφανιογραφία (47 έναντι 13%), χωρίς το εύρημα να τεκμηριωθεί από άλλες μελέτες. Η πτώση του διαστήματος S-T βρέθηκε να σχετίζεται με οισοφαγική δυσλειτουργία (κινητική ή παλινδρομική) στο 40% και 6,7 % αντίστοιχα των ασθενών των δύο παραπάνω ομάδων. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει είτε αυξημένη συχνότητα των δύο διαταραχών στη στεφανιαία νόσο, είτε την αιτιολογική τους συσχέτιση. Πράγματι έχει βρεθεί ότι σε έντονα συμπτωματικά παλινδρομικά επεισόδια αυξάνεται το καρδιακό έργο πιθανότατα μέσω οισοφαγοκαρδιακού συμπαθητικού αντανακλαστικού. Επιπλέον η ενδοοισοφαγική έγχυση οξέος σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο έχει προκαλέσει τυπικό στηθαγικό πόνο, μείωση της αιματικής ροής στα στεφανιαία, με ή χωρίς ΗΚΓ-φικές μεταβολές ισχαιμικού τύπου. Τα εργαστηριακά αυτά δεδομένα αξιολογήθηκαν στην κλινική πράξη με εφαρμογή αντικριτικής θεραπείας στους στεφανιαίους ασθενείς. Σύμφωνα λοιπόν με ευρήματα διπλής τυφλής αλλά και ανοικτής μελέτης παρατηρήθηκε σημαντική ύφεση του πόνου σε στεφανιαίους ασθενείς μετά καταστολή της γαστρικής έκκρισης με ομεπραζόλη. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι σημαντικός αριθμός στεφανιαίων ασθενών έχει παλινδρομική νόσο, η οποία παίζει ρόλο στην αιτιολογία του καρδιακού και μη πόνου.

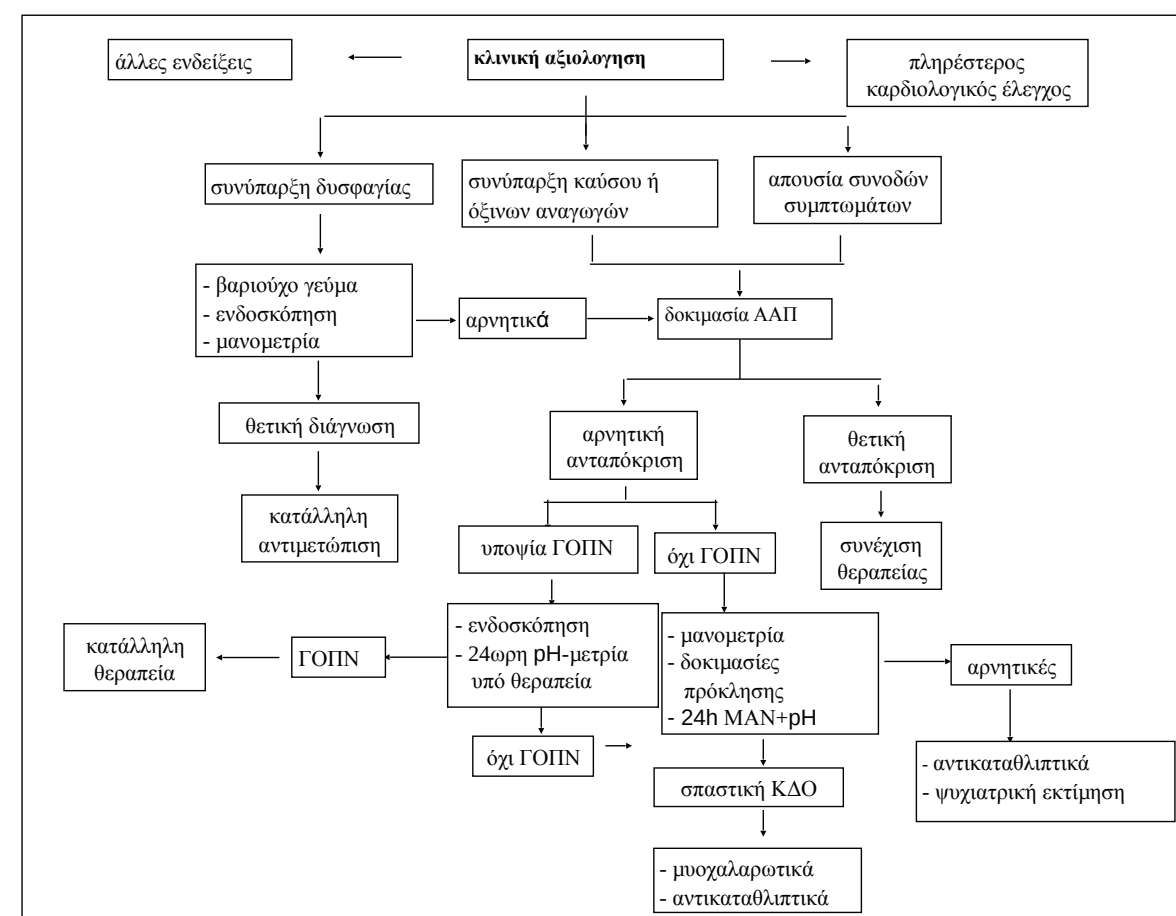
Βιβλιογραφία

1. Ockene S, Shay MJ, Alpert Js, et al. Unexplained Chest pain in patients with normal coronary angiograms: a follow-up study of functional status. N Engl J Med 1980;303:1249-52.
2. De Meester TR, O'Sullivan GC, Bermudex G, et al. Esophageal function in patients with angina-type chest pain and normal coronary angiograms. Ann Surg 1982;196:488-97.
3. Benjamin SB, Richter JE, Cordova CM, et al. Prospective manometric evaluation with pharmacologic provocation of patients with esophageal motility dysfunction. Gastroenterology 1983;84:893-901.
4. Blackwell JN, Castell DO. Oesophageal chest pain: a point of

view. Gut 1984;25:1-6.

5. Μαντίδης Α, Ντατσάκης Κ, Νικολόπουλος Ν, Μανούσος. Η συχνότητα των πρωτοπαθών κινητικών διαταραχών του οισοφάγου. Γαστρεντερολογικές Ημέρες ΕΓΕ Μάιος 1985, Α 12.
6. Katz PO, Dalton CB, Richter JE, et al. Esophageal testing of patients with non cardiac chest pain or dysphagia. Ann Intern Med 1987;106:593-7.
7. Vantrappen G, Janssens J. What is irritable esophagus? Another point of view. Gastroenterology 1988;94:1092-4.
8. N.George, J. Abdallah, C. Maradey-Romero et al. Review article: the current treatment of non-cardiac chest pain. Aliment Pharmacol and Ther 2016;43: 213-239.

9. Noncardiac Chest Pain: Epidemiology, Natural Course and Pathogenesis. Ronnie Fass and Sami R Achem. J Neurogastroenterol Motil 2011;17:110-123.
10. Viazis N, Katopodi K, Karamanolis G et al. Proton pump inhibitor and selective serotonin reuptake inhibitor therapy for the management of noncardiac chest pain. Eur J Gastroenterol Hepatol 2017 (epub ahead of print).
11. Yamasaki T, Fass R. Curr Opin Gastroenterol 2017;33:293-300.
12. How to diagnose and treat functional chest pain. Remes-Troch JM. Curr Treat Options Gastroenterol 2016;14:429-443.

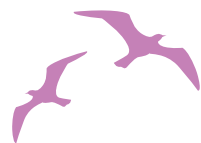


Πίνακας 1: αλγόριθμος διερεύνησης ασθενών με ΑΠΘΠ



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ



Ελεύθερο Θέμα

Σπύρος Κωνσταντούλας

ΜΟΝΑΞΙΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΟΤΗΤΑ

Πολλοί οι μικρόψυχοι που ισχυρίζονται πως οι ποιητές δίνουν ποιητικές λύσεις σε ποιητικά προβλήματα, όμως ο παράδεισος επί της Γης δεν είναι απλώς μια δυνατότητα αλλά “μια άλλη πραγματικότητα που από δικό μας λάθος στερούμαστε” (Οδ. Ελύτης)

Από πού τόση μοναξιά; Μάλλον η απόσυρση απ’ τα κοινά κι ο μικρόκοσμος της ιδιωτικής ζωής είναι ο δρόμος που οδηγεί στη μοναξιά. Δεν είναι μοναξιά μπροστά στο αίνιγμα και νόημα της ύπαρξης, αλλά μοναξιά που πηγάζει από την απουσία της Δημόσιας σφαίρας και κοινωνικής συλλογικότητας, όπου εκεί θα μπορούσε να προσφέρει και να αναδείξει τις αρετές του ο άνθρωπος-πολίτης.

Ακόμα κι αν οι Υπαρξιστές φιλόσοφοι μας λένε ότι ο άνθρωπος ρίχνεται μέσα στο Είναι (ύπαρξη) χωρίς νόημα, η απάντηση έρχεται από έναν ανατρεπτικό υπαρξιστή τον Αλμπέρ Καμύ: η ύπαρξη δεν έχει κανένα νόημα, γι’ αυτό ακριβώς είναι ελκυστική, γιατί αν είχε προκαθορισμένο νόημα και σκοπό θα ήταν πληκτική και βαρετή! Στο ερώτημα αν αποστολή της φιλοσοφίας είναι να ελευθερώσει τον άνθρωπο από την υπαρξιακή αγωνία ή να τον εκθέσει στην αγωνία αυτή (Χάιντεγκερ) η απάντηση είναι ότι έργο της φιλοσοφίας είναι να ελευθερώσει τον άνθρωπο μέσω του στοχασμού ώστε ακόμα και η επίγνωση της θνητότητας και περατότητάς του να τον εμψυχώνει όχι μόνο ν’ αντιμετωπίσει την αγωνία αυτή, αλλά και να τη μετασχηματίσει σε αληθινή δημιουργία!

Στον μαύρο κουβά της Ιστορίας της Ανθρωπότητας είναι ευδιάκριτες δύο λευκές σταγόνες κι αυτές είναι ο 5ος π.Χ. αιώνας και η Εποχή του Διαφωτισμού, όπου έστω και ατελώς, έγινε πράξη το αίτη-

μα της Ατομικής και Συλλογικής αυτονομίας. Αλλά και πριν τον 5ο αιώνα, στη Μυθολογία, στα Ομηρικά έπη, τους Λυρικούς και τους Προσωκρατικούς καταδεικνύεται η ομορφιά και το μεγαλείο της Συλλογικής αποτελεσματικότητας.

Ίσως λίγοι έχουν αντιληφθεί τον ισχυρό συμβολισμό πως η απαίτηση θυσίας της κόρης του Αγαμέμνονα, Ιφιγένειας είναι στην ουσία θυσία του Ατομικού προς όφελος του Συλλογικού!

Οι Λυρικοί, δε, που τόσο έχουν παρανοηθεί, ακόμα κι αν υμνούν με ένταση τον πλούτο της προσωπικής αισθαντικότητας δεν αποσύρονται ποτέ απ’ τα κοινά και την έγνοια της Συλλογικότητας.

Απ’ τους Προσωκρατικούς είναι χαρακτηριστική η περίπτωση του Δημόκριτου: Επεσκέφθη την Αθήνα σχεδόν ινκόγκνιτο επειδή δεν ήθελε να αποκτήσει υπόληψη απ’ τον τόπο, αλλά προτιμούσε να περιβάλλει με υπόληψη τον τόπο! (Διογ. Λαέρτιος)

Η κορύφωση όμως και το μεγαλείο των πολιτών, της πόλης, της πολιτικής και του Πολιτισμού θα συμβεί το 5ο αιώνα με την πανηγυρική μέθεξη όλων στα κοινά.

Στους “Πέρσες” του Αισχύλου για πρώτη φορά επισημαίνεται το μεγαλείο της Συλλογικότητας και της Δημοσιότητας. Ο Αισχύλος ενώ αφηγείται αναφέροντας σχεδόν όλα τα ονόματα του στρατεύματος του Ξέρξη, δεν γνωστοποιεί ούτε ένα όνομα απ’ την πλευρά των Ελλήνων, ούτε καν του Θεμιστοκλή, κι ας ήταν φίλος του, δείχνοντας ότι αυτή η νικηφόρα ναυμαχία ήταν έργο όλων των Αθηναίων, μια Συλλογική μεγαλουργία!

Ο μεγαλύτερος όμως Ύμνος στη Συλλογικότητα

και τη Δημοκρατία έρχεται με το αριστούργημα όλων των εποχών, την “Αντιγόνη” του Σοφοκλή που τόσο έχει υμνηθεί και πολύ λίγο κατανοηθεί.

Ενώ είναι πολλά τα επίπεδα των σημασιών στην εν λόγω τραγωδία, το βαθύτερο νόημα και ουσία συνήθως διαφεύγει της προσοχής των περισσότερων. Ο κεντρικός πυρήνας του έργου δεν είναι ούτε ο ηρωισμός της μοναξιάς της Αντιγόνης, ούτε ο αυταρχισμός της Δημόσιας εξουσίας του Κρέοντα. Την κεντρική και βαθιά σημασία επισημαίνει ο χορός με το αντιθετικό ζεύγος Υψίπολις-Άπολις. Η Αντιγόνη, αλλά και ο Κρέων (τραγική ειρωνεία) είναι απόλιδες γιατί υπηρετούν τους νόμους, η μεν τους άγραφους, ο δε της πόλης αδιαφορώντας για την τέχνη της συνύφανσης των νόμων (Νόμους παρείρειν). Ο Αίμων δείχνει το δρόμο του μέτρου και της συνύφανσης, αλλά ο Κρέων επιμένει υβριστικά στο μόνος-φρονείν για να εισπράξει την ειρωνική απάντηση απ’ το γιο του: Ωραία θα κυβερνούσες μόνος σου μια έρημη πόλη! Κι ο χορός (λαός) δεν διστάζει να κατηγορήσει την Αντιγόνη για αφροσύνη (εν αφροσύνη καθελόντες) που με επίμονη ισχυρογνωμοσύνη προσπάθησε για τρίτη φορά να σκεπάσει με χώμα το πτώμα του Πολυνείκη. Επομένως, ο ιδανικός πολίτης στη Δημοκρατία είναι ο υψίπολις ενώ τον άπολι, όπως τελικώς επισημαίνει ο χορός, ούτε καν για ομοτράπεζο (παρέστιον) δεν θα τον ήθελαν, πόσο μάλλον για συμπολίτη.

Ακόμα και στον 4ο αιώνα π.Χ. της παρακμής της πόλης, που σ’ αυτό βοήθησαν και συνέβαλαν τα μάλα και οι φιλόσοφοι της ιδιωτικής απόσυρσης (Κυνικοί, Στωικοί, Επικούρειοι), οι ρίζες της παιδείας και του ήθους της συλλογικότητας ήταν τόσο βαθιές που εν μέσω εξωτερικών απειλών (Φίλιππος) και εσωτερικών αντιπαλοτήτων, άνθισαν και μεγαλούργησαν

Ελεύθερο Θέμα

σπουδαίοι Δημόσιοι άνδρες της πολιτικής και της Ρητορικής (Ανδοκίδης, Λυκούργος, Δημοσθένης).

Ο Ανδοκίδης αναφέρει: “Καλός πολίτης: Με τη θέλησή του να εκθέτει σε κίνδυνο το εαυτό του χάριν του λαού και ο φόβος των προσωπικών εκθροτήτων δεν πρέπει να τον αφήνει αδιάφορο για τα συμφέροντα της πόλης. Διότι εξ’ αιτίας εκείνων που φροντίζουν για τις ιδιωτικές τους υποθέσεις, οι Πολιτείς δεν προοδεύουν ενώ εκείνοι που σκέφτονται το κοινό συμφέρον καθιστούν τις πολιτείες τους ελεύθερες και σημαντικές.”

Ο Λυκούργος (Κατά Λεωκράτους) στηλιτεύει την δειλία και φυγή για προσωπική σωτηρία ως έργο αισχρότατον σε σύγκριση με την συλλογική σωτηρία της πόλης ως έργο ενδοξότατον (ναυμαχία της Σαλαμίνας).

Ο Δημοσθένης γεμάτος ενθουσιασμό και φιλοπατρία θα πει στους συμπολίτες του: “Ακόμα πιο πολύ θα πρέπει να προσέξετε ότι κανένα απ’ όσα θ’ αποφεύγατε στις ιδιωτικές σχέσεις, δεν πρέπει να πράττετε στις Δημόσιες υποθέσεις, όπως και να μη βάζετε τους “δούλους της Δημοσιότητας” πάνω απ’ τα συμφέροντα της πόλης.” Με δέος και συγκίνηση για παραδειγματισμό μιλά για τους προγόνους του 5ου αιώνα: “Κανείς δεν θα έλεγε ότι η ναυμαχία στη Σαλαμίνα είναι του Θεμιστοκλή, αλλά των Αθηναίων, ούτε η μάχη στο Μαραθώνα του Μιλτιάδου, αλλά της πόλης” και ο πολίτης εκκαλείτο να ομοιωθεί της πόλεως και του ήθους της και όχι η πόλις να μοιάσει στον κάθε ιδιώτη. “Κι ενώ στις ιδιωτικές σχέσεις, αν κάποιος είναι άξιος να γίνει συγγενής προσδιορίζεται από κάποιες συνήθειες και άγραφους νόμους, στις Δημόσιες σχέσεις ο Δήμος δεν εξετάζει το γένος ή την φήμη εκείνου που θα ωφελήσει την Πόλιν, αλλά το έργο.”

***Συνεχίζεται στο επόμενο τεύχος**

25th UEG Week Barcelona 2017

Βαρκελώνη θα ξαναπάτε:



Το «θα ξαναπάτε» φαντάζομαι ισχύει για όλους.. μα όλους όσους σχεδιάζουν την συμμετοχή τους στο επόμενο συνέδριο της Ευρωπαϊκής Γαστρεντερολογικής Εβδομάδας (UEGW 2017) στην Βαρκελώνη καθώς υποψιάζομαι ότι δεν υπάρχει κανείς που να μην έχει ξαναπάει σε αυτή την συνεδριακή πόλη. Η αλήθεια είναι ότι η Βαρκελώνη και η Βιέννη «κινδυνεύουν» να είναι το συνεδριακό πιγκ-πογκ για πολλές ιατρικές ειδικότητες ανάμεσα στις οποίες και η δική μας (το συνέδριο της ECCO ήταν εκεί το 2015 και το 2012, τόμπολα!!! στα 5 τελευταία έτη 3 φορές στην ίδια πόλη).

Η πόλη που ίσως είναι περισσότερο γνωστή (χωρίς αυτό να μειώνει την αίγλη της) για την ποδοσφαιρική της ομάδα, την περιβόητη Barcellona ή Μπάρτσα με έτος ιδρύσεως το 1899, παρά για τις πλούσιές της χάρες που κάνουν τον κάθε επισκέπτη να θέλει να ξαναεπιστρέψει κάθε φορά που φεύγει από αυτή.

Πόλη - πρωτεύουσα της Καταλονίας, κομμάτι της Ιβηρικής χερσονήσου, με έντονο το τοπικιστικό στοιχείο που οδηγεί στις γνωστές αντιπαραθέσεις με τους υπόλοιπους Ισπανούς σε βαθμό που διεκδικεί δυναμικά την απόλυτη αυτονομία και ανεξαρτησία της. Την ίδια στιγμή ζει την απόλυτη αντίφαση δημιουργώντας μια ποδοσφαιρική ομάδα που είναι το απόλυτο διεθνές (παγκοσμιοποιημένο) πρότυπο όχι μόνο γιατί ο Μέσι και η παρέα του είναι από τα 4 σημεία του ορίζοντα, αλλά και γιατί έχει φα-

νατικούς φίλους σε όλες τις Ηπείρους, ενώ στο γήπεδό της το Κάμπ Νόου υπάρχουν συχνά μέχρι και 20 χιλιάδες ξένοι θεατές για να απολαύσουν την ομάδα - θρύλο. Αποτέλεσμα η ποδοσφαιρική ομάδα να έχει γίνει πιο σημαντική και από την πόλη που την «γέννησε».

Η πόλη είναι ένα απερίγραπτο μωσαϊκό χωρίς ενιαία αισθητική χωρίς όμως αυτό να την χαλάει, ίσα ίσα μάλλον την κάνει περισσότερο ενδιαφέρουσα και ζωντανή. Από την λαϊκή της αγορά **Mercat de La Boqueria** (Μποκερία) και την μακριά περαντζάδα της **La Rambla**, την **La Barceloneta** με τις μαρίνες και τα σκάφη της που φλερτάρει με το Μονακό, τον λόφο του **Montjuïc** (Μονζουίκ) με την φανταστική θέα στην πόλη και τα πάρκα που σε κάνουν να ξεχνάς ότι είσαι σε μια μητρόπολη 2 εκατομμυρίων κατοίκων, καθώς νομίζεις ότι βρίσκεσαι στην ύπαιθρο, το παζλ των έργων του Γκαουντί που δεν είναι μόνο η περίφημη **Sagrada Familia**, το πάρκο **Park Güell** και οι επίσης περίφημες κατοικίες της λεωφόρου **Passeig de Gràcia** (με γνωστότερες την Casa Batlló και Casa Mila) και την Γοτθική συνοικία **Barrio Gotico** με τα ενδιαφέροντα σοκάκια της, αποτελούν όλα μαζί την απάντηση στο γιατί είναι η αγαπημένη των τουριστών από όλο τον κόσμο.

Μια σύγχρονη πόλη που μετά τους Ολυμπιακούς Αγώνες του 1992 μεταμορφώθηκε, δημιουργεί την ιστορία της και κατόρθωσε να πουλάει γαστρονομία (τα tapas



μοιάζουν με έργα τέχνης και εκθέματα παρά με λαϊκό φαγητό), ενώ εμείς πουλάμε σουβλάκια στην λαδόκολλα και φραπέδες με μπόλικο αραλίκι στις αμέτρητες καφετέριες των πόλεων μας.

Παρά την έλλειψη ενός ενιαίου αρχιτεκτονικού στυλ η πόλη επένδυσε πολλά στην αρχιτεκτονική της καθώς εδώ δημιούργησαν όχι μόνο Καταλανοί αρχιτέκτονες αλλά και Γάλλοι, Γερμανοί, Ολλανδοί κ.ά. Επιτηδευμένα στην κάθε τους λεπτομέρεια τα ποικιλόμορφα κτίρια της ενώ η πόλη φαίνεται να αγαπά ιδιαίτερα την ζωγραφική (με πολλά μουσεία με πρώτο και καλύτερο του Picasso με την πλούσια συλλογή του παρά την απουσία της Guernica).

Η Βαρκελώνη χωρίς να διαθέτει έναν Παρθενώνα, ένα Κολοσσαίο, την ομορφιά ενός Παρισιού, την αγορά ενός Μιλάνου, ή την γοητεία και τα κανάλια μιας Βενετίας κατόρθωσε να γίνει ο απόλυτος τουριστικός προορισμός κυρίως των νέων.

Μια πόλη που κοιμάται αργά αλλά και που σέβεται όσους κοιμούνται νωρίς χωρίς περιττές φασαρίες και ξεσαλώματα.

Θα μπορούσε κανείς να αναφέρει πολλά άλλα και αξιόλογα σημεία της πόλης, ιδιαίτερου ενδιαφέρο-

ντος για ένα επισκέπτη και είναι δουλειά των τουριστικών οδηγών να το κάνουν αυτό, η δική μου αναφορά στην πόλη έχει περισσότερο την φιλοδοξία να κεντρίσει το ενδιαφέρον των αναγνωστών του περιοδικού μας και ενδεχόμενα επισκεπτών της πόλης εφόσον αποφασίσουν να συμμετάσχουν στο 12ο συνέδριο της ECCO που θα γίνει εδώ από 15 έως 18 Φεβρουαρίου 2017.

Είναι πολύ σημαντικό στον καιρό της κρίσης, που τα ταξίδια έγιναν πολυτέλεια για πολλούς συμπολίτες μας αλλά και για αρκετούς από εμάς, να μην ξεχνάμε ότι το να ταξιδεύει κανείς είναι εκτός από ευχάριστο και εξαιρετικά χρήσιμο, καθώς βγαίνοντας από τα στενά όρια του μικρού μας κόσμου αντιλαμβανόμαστε την σχετικότητα των ανθρώπινων υποθέσεων και πιστέψτε με αυτό είναι από μόνο του ανακουφιστικό.

Για περισσότερες πληροφορίες:

για την πόλη:

www.barcelona-tourist-guide.com/el/

για το συνέδριο:

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



Νέγια Μπουμπότσι

Καλλιτεχνικά & άλλα

Το παλάτι της οδού Κλαυθμώνος

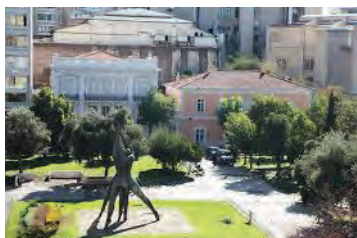


Αν σας βγάλει ο δρόμος στην πλατεία Κλαυθμώνος, στο νούμερο 7 της οδού Παπαρρηγοπούλου θα δείτε την είσοδο του μουσείου της πόλης των Αθηνών, την είσοδο σε ένα μέγαρο με μακρά πορεία στην σύγχρονη πόλη. Μόλις το 1832 άρχισε ο σχεδιασμός της κατεστραμένης πόλης των Αθηνών. Ένα από τα πρώτα σπίτια στο 7 της τότε οδού Νομισματοκοπείου ήταν το νεοκλασσικό αρχοντικό του Χιώτη μεγαλέμπορου Δεκόζη Βούρου που χτίστηκε το 1833-34, πάνω στα σχέδια των Γερμανών αρχιτεκτόνων Lueders και Hoffer πάνω στην ασχημάτιστη ακόμη πλατεία Κλαυθμώνος. Πρόκειται για ένα απλό διώροφο κτήριο, με όλα τα τυπικά χαρακτηριστικά της κλασικιστικής αθηναϊκής κατασκευής. Εξωτερικά έχει κεραμωτή στέγη, μια μαρμαρίνη βάση και το μπαλκόνι με τα λεπτοδουλεμένα φουρούσια.

Αυτό το αρχοντικό φιλοξένησε το βασιλικό ζεύγος Όθωνα και Αμαλίας το 1836 μόλις γύρισαν από το γάμο τους στο Μόναχο και μέχρι το 1842, οπότε και μεταφέρθηκαν στα νεόκτιστα ανάκτορα της πλατείας Συντάγματος, τη σημερινή Βουλή. Εκείνα τα χρόνια μάλιστα, διαμόρφωσαν ένα κήπο μπροστά στην οικία Δεκόζη από τον οποίο προήλθε ο σημερινός κήπος της Πλατείας Κλαυθμώνος. Δίπλα σε αυτό το αρχοντικό που έμεινε στη συνείδηση των Αθηναίων ως το παλιό παλάτι, ο Δεκόζης Βούρος ζήτησε από τον Έλληνα αρχιτέκτονα Γεράσιμο Μεταξά να χτίσει ένα ακόμη σπίτι για το γιό του Κωνσταντίνο.

Σε αυτές τις δύο οικίες στεγάζεται από το 1980 το Μουσείο της Πόλης των Αθηνών δωρεά το Λάμπρου Ευταξία, δισεγγονού του Δεκόζη Βούρου και πρωτεργάτη στην ίδρυση του Μεγάρου Μουσικής. Αντικείμενο του μουσείου είναι η Πόλη των Αθηνών αφότου έγινε πρωτεύουσα του νέου Ελληνικού κράτους έως σήμερα. Εκτίθεται το πρόπλασμα της πόλης του 1842, ζωγραφικοί πίνακες, χαρακτηριστικά, γλυπτά, ιστορικά έπιπλα και άλλα αντικείμενα, χαλιά, μουσικά όργανα, φωτογραφίες, σπάνια βιβλία, ιστορικά κείμενα και ενθυμήματα.

Αν λοιπόν σας βγάλει ο δρόμος στην πλατεία Κλαυθμώνος μη διστάσετε να επισκεφθείτε το ιστορικό αυτό κτίριο.



Το εξώφυλλο από μέσα



Ασταθής ισορροπία

Το ποδήλατο είναι άμεσα συνδεδεμένο με τα καλοκαίρια, εκείνα των παιδικών μας χρόνων. Όταν το σχολείο τελείωνε το ποδήλατο έφερνε μαζί του τις χαρές της ελευθερίας μιας ασταθούς ισορροπίας. Όταν μάθεις ποδήλατο δεν το ξεχνάς ποτέ. Αυτή η αίσθηση της ισορροπίας δεν είναι μια μονοσήμαντη μνήμη. Είναι ένα άλμπουμ απο στιγμές που ξεκλειδώνουν μια μια τις πόρτες των αναζητήσεων εκείνης της ηλικίας. Η ισορροπία, όπως, και το καλοκαίρι είναι υπόθεση προσωπική.

Μίλτος Σκούρας

