

ενδοσκοπήσεις

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

44

η μικρή αθανασία

Συνέντευξη με τρεις νέους
συναδέλφους:

Λευτέρης Σχαρετσάνιτης,
Αλέξανδρος Μεταλληνός,
Γιώργος Μιχαλόπουλος

Κοιλιοκάκη

Μοναξιά και Δημοσιότητα



Άρθρο Σύνταξης



Χάρτινο το φεγγαράκι
ψεύτικη ακρογιαλιά
αν με πίστευες λιγάκι
θα'σαν όλα αληθινά...!

Νίκος Γκάτσος

Κάποτε τελειώνει ο χειμώνας και χαλαρώνουμε ξαπλωμένοι στην παραλία, κοιτώντας το μεγάλο πορτοκαλοκόκκινο φεγγάρι του Αυγούστου και εάν είμαστε τυχεροί και μια βροχή από πεφταστέρια. Εκείνες τις στιγμές, αισθάνομαι ότι μπορούμε να δούμε για λίγο την αλήθεια μας, την πραγματική διάσταση της μικρής μας ζωής, μέσα στην απεραντοσύνη του σύμπαντος. Η αντίδραση μας είναι να σωπάσουμε...ή να φωνάξουμε, να δακρύσουμε από συγκίνηση ή να γελάσουμε με την ψυχή μας από χαρά, γιατί είμαστε και εμείς ένα κομμάτι αυτής της ομορφιάς. Έπειτα το μυαλό μας μπορεί να ταξιδέψει σε αγαπημένους ανθρώπους, που είτε βρίσκονται δίπλα μας, είτε δεν υπάρχουν πια ανάμεσα μας, αλλά συνοδεύουν πάντα την σκέψη μας και ζουν μια άλλη ζωή μέσα μας. Η ζωή είναι εδώ και μας παρακαλεί να την απολαύσουμε, ρίχνοντας κλεφτές ματιές σε αυτό το μεγάλο φεγγάρι, το πολύτιμο για την ισορροπία της ψυχής και του μυαλού μας.

Μαρία Μυλωνάκη
Διευθύντρια Σύνταξης



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ.....	05
Νέα ΔΣ	
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΟΥΜΕ	06
Άσχετοι ή/και επίορκοι	
ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ	08
Λευτέρης Σχορετσανίτης, Αλέξανδρος Μεταλλινός, Γιώργος Μιχαλόπουλος	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	12
Κοιλιοκάκη	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.....	21
Βιοψία μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή: πιο κοντά από ό,τι νομίζουμε!	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	22
ΕΙΝΑΙ ΤΑ 10 ΕΤΗ ΤΟ ΣΩΣΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΜΕΣΟΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΙΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ; ΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	24
ΜΟΝΑΞΙΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΟΤΗΤΑ (Μέρος 2ο)	
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	28
Θεσσαλονίκη θα πάτε;	
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ & ΑΛΛΑ	32
Έγινε η Σπίθα Πυρκαγιά	
ΤΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ 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: Θεοχάρης Τσιώνης
Γεν. Γραμματέας: Σπύρος Βρακάς
Ειδ. Γραμματέας: Κωνσταντίνος Ζωγράφος
Ταμίας: Σπύρος Γούλας
Μέλη: Ηλίας Μπουζάκης, Μαρία Μυλωνάκη
Γραμματεία: Γεναδοπούλου Μαρία

Διευθυντής Διευρηγικού:

Σκούρας Μίλτος

Δημιουργική Επιμέλεια:

Αλέξανδρος Χατζημικαήλ

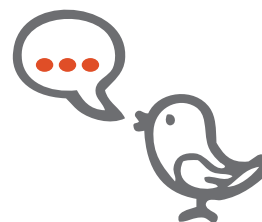
Εικονογραφισι Εξωφύλλου:

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

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 και θα αναρτηθούν στο επόμενο τεύχος.

Κατατέθηκε και επίσημα στον ΕΟΠΥΥ πρόταση της ΕΠΕΓΕ για την συνταγογράφηση σκευασμάτων ελεύθερων γλουτένης από όλους τους Γαστρεντερολόγους. Η διάγνωση της κοιλιοκάκης γίνεται από όλους τους Γαστρεντερολόγους. Η διάγνωση είναι συγκεκριμένη. Ο συνδυασμός θετικών αντισωμάτων (ιστικής τρανσγλουταμινάσης, έναντι ενδομυίου, έναντι γλιανδίνης) και η βιοψία δωδεκαδακτύλου-βολβού αρκούν για να επιβεβαιώσουν την κοιλιοκάκη. Για να αποφευχθεί το ενδεχόμενο παράνομης συνταγογράφησης, είναι δυνατόν ο ΕΟΠΥΥ να επιβεβαιώνει την ύπαρξη ή όχι κοιλιοκάκης με συγκεκριμένες εξετάσεις κατά την αρχική διάγνωση (θετικά αντισώματα και θετική βιοψία δωδεκαδακτύλου-βολβού). Ο ασθενής θα προσκομίζει την ηλεκτρονική συνταγή στον ελεγκτή μαζί με τα αντισώματα και τη βιοψία, θα παίρνει την έγκριση και στη συνέχεια θα πηγαίνει να παίρνει τα σκευάσματα του.

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 35 ασθενείς που συμμετέχουν στο πρωτόκολλο. Είναι απαραίτητη η συμμετοχή και άλλων συναδέλφων ιδιωτών Γαστρεντερολόγων!!!



Επικοινωνούμε

Άσχετοι ή/και επίορκοι

Προ 6 μηνών είδα έναν 78χρονο ασθενή από την επαρχία του οποίου ο γιος ζει και εργάζεται στη Θεσσαλονίκη. Ο ασθενής είχε ιστορικό θηλωμάτων στην ουροδόχο κύστη και λόγω απώλειας αίματος από το ορθό είχε υποβληθεί σε κολονοσκόπηση. Σ' αυτήν βρέθηκε ένα επίπεδο αδένωμα 6 εκ. στο ορθό (lateral spreading tumour). Δεν υπήρχε εμφανής εικόνα εξαλλαγής (βύθιση, εξέλκωση, pit pattern V κατά Paris) και έτσι προχώρησα στην ενδοσκοπική αφαίρεση της βλάβης. Η βλάβη αφαιρέθηκε πλήρως σε ένα χρόνο. Όλο το υλικό από την EMR εστάλη για ιστολογική εξέταση στην οποία καταδείχθηκε το λαχνωτό στοιχείο της βλάβης και αποκλείσθηκε η ύπαρξη διηθητικής νεοπλασίας. Όλα τα πορίσματα δόθηκαν στον ασθενή μαζί με τη φωτογραφική τεκμηρίωση που δείχνουν την καθαρή βάση με την ολοκλήρωση της EMR και την ιστολογική. Λόγω της τμηματικής πολυπεκτομής (piecemeal) συνέστησα στον ασθενή να επαναλάβει μια ορθοσκόπηση μετά από 3-4 μήνες για να ελεγχθεί αν υπάρχει υπολοίπιση βλάβη.

Πράγματι ο ασθενής τον Απρίλιο του 2017 έκανε μία ορθοσκόπηση στη γενέτειρά του, πράγμα σαφώς πιο βολικό γι' αυτόν λόγω της απόστασης από τη Θεσσαλονίκη. Ο/η συνάδελφος γαστρεντερολόγος στο νομαρχιακό νοσοκομείο που διενεργήθηκε η εξέταση διαπίστωσε 2 μικρά υπολείμματα <5 mm από τα οποία πήρε 1 ιστοτεμάχιο από το καθένα. Προ της λήψης του πορίσματος της ιστολογικής εξέτασης (σωληνολαχνωτό αδένωμα με υψηλόβαθμη δυσπλασία) και χωρίς να υπάρχει κάποια άλλη εξέταση συνέστησε εγγράφως στον ασθενή τη διενέργεια κοιλιοπερινεϊκής εκτομής. Έτσι απλά. Χωρίς καμία σταδιοποίηση (CT ή MRI) - για προκαρκινική βλάβη!

Ο γιός του ασθενή, θορυβημένος, μου έφερε τις εξετάσεις. Κανονίσαμε να έρθει ο πατέρας για επανέλεγχο και σε ορθοσκόπηση προ λίγων εβδομάδων αφαί-

ρεσα με EMR τη βλάβη των 5mm και με πολυπεκτομή τη 2η βλάβη των 3 mm. Ολοκλήρωσα με εφαρμογή APC στην περιοχή. Τα δύο ιστοτεμάχια στάλθηκαν για βιοψία (αδενώματα με χαμηλόβαθμη δυσπλασία) - καμία υπόνοια διηθητικού νεοπλάσματος. Ενημέρωσα τον γιό του ασθενή για τα αποτελέσματα και κλείσαμε ραντεβού για επανέλεγχο ύστερα από 3-4 μήνες.

Δύο ημέρες μετά δέχθηκα τηλεφώνημα από το γιό του ασθενή ο οποίος είχε βομβαρδιστεί με τηλεφωνήματα από τους συγγενείς του στη γενέτειρά του. Όλοι του έλεγαν ότι κάνει ανοησίες, ότι έχει μείνει καρκίνος πίσω και δεν τον βλέπει ο γιατρός του, ότι έτσι όπως πάει θα τον σκοτώσει τον πατέρα του. Και ως εδώ καλά. Τόσο ξέρουν οι άνθρωποι, τόσο λένε. Το ιδιαίτερο είναι ότι ακολούθησαν τηλεφωνήματα από τους γαστρεντερολόγους του νοσοκομείου οι οποίοι υποστήριζαν τα ίδια με τους συγγενείς. Δεν έχω καένα λόγο να υποψιάζομαι ότι αυτά μπορεί να είναι μυθεύματα του γιού, ο οποίος είναι συγκροτημένος και νουνεχής άνθρωπος. Του εξήγησα ότι σε κανένα σημείο του υλικού (όλο είχε σταλεί) δεν βρέθηκε διηθητικό στοιχείο. Παραξενεύτηκα από την επιμονή για μια ακρωτηριαστική επέμβαση (κοιλιοπερινεϊκή) χωρίς απόδειξη κακοήθειας, στοιχειώδη σταδιοποίηση, για να μην πάμε στα ογκολογικά συμβούλια (να υπενθυμίσω ότι ο ασθενής έχει και θηλώματα ουροδόχου κύστης). Ο γιός έμεινε απόλυτα ικανοποιημένος από την εξήγηση, απλά αναρωτήθηκε για ποιο λόγο οι συνάδελφοι του πρότειναν εκ διαμέτρου αντίθετα πράγματα από τη δική μου σύσταση. Δεν διεκδικώ το επιστημονικό αλάθητο, αλλά στο συγκεκριμένο περιστατικό γνωρίζω ότι εφάρμοσα την πιο σωστή μέθοδο και οι συστάσεις μου είναι σύμφωνες με αυτά που καθορίζονται από τις διεθνείς επιστημονικές εταιρείες του χώρου μας.

Και εδώ ακριβώς είναι το πρόβλημα. Αν οι συνάδε-



φοι είναι άσχετοι ή αστοιχειώτοι γιατί τους δόθηκε ειδικότητα; Ας υποθέσουμε ότι ήταν διαβασμένοι για να πάρουν ειδικότητα, αλλά δεν παρακολουθούν τις επιστημονικές εξελίξεις. Αυτό δεν τους καθιστά ανεπαρκείς; Ποιος ελέγχει την επιστημονική επάρκειά μας μετά την λήψη ειδικότητας; Κανείς. Λέμε ότι το x συνέδριο ή η ψ ημερίδα χορηγούν τόσα μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης. Γνωρίζει κανένας μας πόσα μόρια απαιτούνται κάθε έτος για να παραμένουμε up to date με τις εξελίξεις στην ειδικότητά μας; Και πιο σημαντικό: ποιος ελέγχει αυτά τα μόρια, ποια αρχή; Και μη μου πείτε ότι θα τα ελέγξει ο ιατρικός σύλλογος που είμαστε εμείς οι ίδιοι. Στις Ηνωμένες Πολιτείες οι γιατροί κάθε ειδικότητας πρέπει να ξαναπερνούν από εξετάσεις κάθε 10 έτη για να πιστοποιηθούν ότι μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες στο συγκεκριμένο τομέα. Αλλιώς παύει η πιστοποίησή τους και δεν αποζημιώνονται από ασφαλιστικά ταμεία και εταιρείες. Στην Ελλάδα μπορεί κάποιος να μην ανοίξει βιβλίο μετά τη λήψη ειδικότητας και μέχρι τη συνταξιοδότησή του.

Υπάρχει και το άλλο σενάριο στο οποίο αναφέρθηκε ο γιός του ασθενή. Ότι “όλα γίνονται για τα λεφτά και τη μίζα” για να χρησιμοποιήσω τα λόγια του. Δε τον ενθάρρυνα σε αυτό το δρόμο. Ωστόσο μου φαίνεται πιο πιθανός από τον πρώτο. Αν οι συνάδελφοι είναι επίορκοι, το λόγο πρέπει να έχει το πειθαρχικό. Θα μου πείτε “δε βαριέσαι, φίλοι από το πανεπιστήμιο είναι, τα παιδιά μας πάνε μαζί σχολείο” κλπ. Όλοι μας γνωρίζουμε τέτοιους συναδέλφους στο χώρο μας, αλλά σιωπούμε. Είναι πιο βολικό από το να τα βάλεις με όλους αυτούς. Γινόμαστε όμως συνένοχοι. Αυτοί οι συνάδελφοι είναι υπεύθυνοι για το κακό όνομα που μπορεί να φέρει το ιατρικό σώμα ενώπιον της κοινωνίας.

Κατά τη διάρκεια της τριετούς θητείας μου στο Δ.Σ. της ΕΓΕ είχα συχνά συζητήσεις με τα υπόλοιπα μέλη

του συμβουλίου γι’ αυτά τα θέματα. Η ΕΓΕ ως επιστημονική ένωση θα έπρεπε να είναι υπεύθυνη για την επιστημονική κατάρτιση και την επάρκεια των ελλήνων γαστρεντερολόγων. Αντιλήφθηκα με έκπληξη ότι δεν είναι και ότι για να αλλάξει το θεσμικό πλαίσιο χρειάζεται τεράστια προσπάθεια την οποία δεν μπορεί να φέρει εις πέρας μια επιστημονική ένωση μόνη της. Πρέπει όλη η ιατρική κοινότητα να πιέσει ώστε η εκπαίδευση και η επάρκεια των ιατρών να είναι υπόθεση των επιστημονικών εταιρειών και να θεσμοθετηθεί η ελεγχόμενη (γιατί όχι με εξετάσεις) συνεχής ιατρική εκπαίδευση. Έτσι θα βελτιώσουμε το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σε ό,τι αφορά τους επίορκους συναδέλφους πρέπει να υπάρχει πειθαρχικό. Πειθαρχικό όμως που δεν θα χαρίζεται. Γνωρίζω περίπτωση που πρόεδρος ιατρικού συλλόγου κωλυσιεργούσε μερικούς μήνες να τελειώσει η θητεία του γιατί ο γιατρός που έπρεπε να παραπεμφθεί στο πειθαρχικό ήταν στην “παρέα με την οποία έπιναν ούζα” (sic). Επίσης δεν είναι σωστό το ΔΣ του εκάστοτε ιατρικού συλλόγου (συνδικαλιστικό όργανο) και το πειθαρχικό (ελεγκτικό όργανο) να εκλέγονται από το ίδιο σώμα (παρέα στους μικρούς ιατρικούς συλλόγους). Γιατί στην παρέα δεν θα μπουν αξιοκρατικά κριτήρια, αλλά αυτά στα οποία αναφέρθηκα πιο πάνω.

Πρέπει να σοβαρευτούμε ως ιατρικό σώμα και να βάλουμε τα του οίκου μας σε τάξη (επιστημονικά και διαδικαστικά). Διαφορετικά ή θα υποχρεωθούμε να το κάνουμε υπό κακές συνθήκες ή θα έρθουν άλλοι να το κάνουν για εμάς και δε θα μας αρέσει (νομοσχέδια με μηδενική διαβούλευση, εισαγγελείς, ΜΜΕ).

Με εκτίμηση
Αλέξανδρος Κωφοκώτσος
Γαστρεντερολόγος



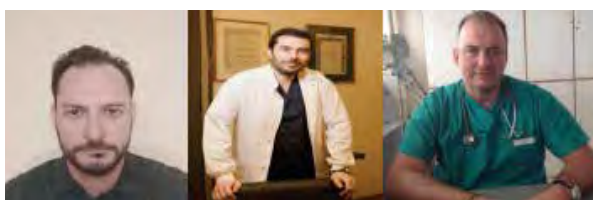
Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ

Σπύρος Γούλας

Σε αυτό το τεύχος αποφασίσουμε να δώσουμε βήμα στους νέους συναδέλφους. Προσκαλέσαμε λοιπόν τρεις από αυτούς που βρίσκονται στο ξεκίνημα και τους υποβάλλαμε πέντε ερωτήσεις. Πριν προχωρήσουμε ας δώσουμε μερικά στοιχεία για να τους γνωρίσετε:

Ο Λευτέρης Σχορετσανίτης (Λ.Σ.) σπούδασε στην Ια-



τρική Σχολή της Βολογνα στην Ιταλία και έκανε την ειδικότητά του στο Νοσοκομείο Μεταξά. Έλαβε τίτλο ειδικότητας το 2016 και σήμερα εργάζεται ως Επικουρικός στο ΠΕΔΥ Πατησίων.

Ο Αλέξανδρος Μεταλληνός (Α.Μ.) σπούδασε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Chieti στην Ιταλία και έκανε ειδικότητα μετά από εισαγωγικές εξετάσεις στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο L' Aquila. Από εκεί έλαβε το 2005 τον τίτλο ειδικότητας Γαστρεντερολογίας με άριστα, καθώς και τον τίτλο του Διδάκτορα με θέμα διατριβής την ενδοσκοπική εικόνα με βιντεοκάψουλα σε ασθενείς με κοιλιοκάκη. Το 2007-08 εξειδικεύτηκε στις ενδοσκοπήσεις στο Νοσοκομείο Atri της Ιταλίας και σήμερα εργάζεται σαν ιδιώτης στην Άμφισσα. Είναι Γραμματέας του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου.

Ο Γιώργος Μιχαλόπουλος (Γ.Μ.) είναι απόφοιτος της Ιατρικής σχολής του Charles University της Τσεχίας και διδάκτορας με Άριστα της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ασκήθηκε στη Γαστρεντερολογία στο Τζάνειο Νοσοκομείο και πήρε τον τίτλο ειδικότητας το 2016. Έχει συμμετοχή σε Συνέδρια, ερευνητικά πρωτόκολλα και εργασίες σε περιοδικά. Σήμερα εργάζεται σαν Επικουρικός Γαστρεντερολόγος στο Τζάνειο.

Μετά από αυτή τη σύντομη γνωριμία προχωρούμε στο επόμενο βήμα.

Με τις συνθήκες που έχουν διαμορφωθεί ποιες είναι οι επιλογές που έχει ο νέος Γαστρεντερολόγος στο ξεκίνημά του;

Λ.Σ.: Οι επιλογές που έχει ένας νέος γαστρεντερολόγος εξαρτώνται από το αν θα παραμείνει στην Ελλάδα ή αν θα φύγει στο εξωτερικό. Στην χώρα μας αφενός οι λύσεις είναι λίγες. Μπορεί να ανοίξει ιδιωτικό ιατρείο ή να προσπαθήσει να βρει μια εμμισθη θέση στον ιδιωτικό/δημοσιο τομέα. Στο εξωτερικό αφετέρου μπορεί να κάνει πολύ περισσότερα πράγματα όπως πχ παρακολούθηση πρωτοκολλών, fellowship σε νοσοκομεία, εξειδίκευση σε κάποιο τομέα της γαστρεντερολογίας, έρευνα κ.α.

Α.Μ.: Οι συνθήκες αλλάζουν με τον καιρό, στις μέρες μας έχουν αλλάξει παρά πολύ, κυρίως στον οικονομικό αλλά και κοινωνικό τομέα και με ότι αυτό συνεπάγεται γενικότερα. Για ένα νέο γαστρεντερολόγο η ανάγκη αγοράς εξοπλισμού είναι επιβεβλημένη όπου μαζί με το κόστος δημιουργίας ενός ιατρείου ανεβάζουν αρκετά τον προϋπολογισμό. Η επιλογή λοιπόν από το νέο γαστρεντερολόγο να επενδύσει σε ένα ιδιωτικό ιατρείο, έχει να σηκώσει το βάρος τόσο του κόστους όσο και της πίεσης της δουλειάς. Από την άλλη η επιλογή του δημοσίου τομέα είναι ασφαλέστερη όσο αφορά τα παραπάνω αλλά πολύ δύσκολα προκηρύσσονται νέες θέσεις σε δημόσια νοσοκομεία. Ίσως μια καλή λύση που θα μετριάσει το κόστος αγοράς εξοπλισμού είναι η σύμβαση με μια ιδιωτική κλινική όπου ο νέος γαστρεντερολόγος θα μπορέσει να εργαστεί χωρίς να επωμιστεί το βάρος της αγοράς εξοπλισμού.

Γ.Μ.: Εν μέσω οικονομικής κρίσης πλέον οι επιλογές των νέων Γαστρεντερολόγων κατά τη προσωπική μου άποψη έχουν περιοριστεί σημαντικά. Η απορρόφηση από το ΕΣΥ φαντάζει σχεδόν αδύνατη, καθώς οι προκηρύξεις θέσεων επιμελητών Β είναι ελάχιστες, και η μοναδική δυνατότητα για πιθανή μελλοντική απορρόφηση είναι η ομηρία μέσω των συμβάσεων επικουρικών ιατρών. Ο ιδιωτικός τομέας κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα παρουσιάζει σημαντικό βαθμό κορεσμό και πλέον ως μια σημαντική επιλογή αποτελεί η μετανάστευση σε χώρες του εξωτερικού με καλύτερες συνθήκες εργασίας και διαβίωσης, κάτι που δεν ήταν τόσο συχνό στο παρελθόν.

Έχετε ίσως κτυπήσει την πόρτα του Ιδιωτικού Τομέα για αναζήτηση εργασίας ως Γαστρεντερολόγοι. Αν ναι τι απαντήσεις πήρατε; Έχετε ακούσει σχετικά από άλλους συναδέλφους σας;



Λ.Σ. : Προσωπικά δεν αναζητήσα εργασία στον ιδιωτικό τομέα. Απο πολλούς συναδέλφους όμως, που το έχουν κάνει, έχω μάθει απογοητευτικά νέα. Γενικότερα, υπάρχει εκμετάλλευση των νέων ιατρών. Για παράδειγμα, οι θέσεις εργασίας είναι ελαχιστες και με πενιχρό μισθο. Επίσης, πολλοί συναδέλφοι αναγκάζονται να κάνουν ενδοσκοπικές πράξεις με ευτελές αντιτιμω.

Α.Μ.: Μετά το τέλος της ειδικότητας πήρα μια δύσκολη απόφαση, το να ανοίξω ένα ιδιωτικό ιατρείο, μια απόφαση δύσκολη με μεγάλο κόστος και ανησυχία. Η αρχή ενός νέου κύκλου ζωής είναι δύσκολη και πάντα έτσι θα είναι. Οι συνθήκες αλλάζουν γρήγορα και πρέπει να μπορείς να ακολουθήσεις. Χρειάζεται υπομονή και προσήλωση στην δουλειά μας και κυρίως χωρίς να χάνουμε τις αξίες μας. Όλοι οι νέοι συνάδελφοι έχουμε μάθει να ζούμε σε αυτές τις νέες συνθήκες, αρκετά διαφορετικές με αυτές των προηγούμενων χρόνων, και όλοι μας μοιραζόμαστε τις ίδιες ανησυχίες.

Γ.Μ.: Προσωπικά δεν μπήκα στη διαδικασία αναζήτησης εργασίας στον ιδιωτικό τομέα αλλά από τις εμπειρίες συναδέλφων αντιλήφθηκα ότι οι συνθήκες που επικρατούν κάθε άλλο παρά ιδανικές θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν. Η απασχόληση πλέον αποκλειστικά με "μπλοκάκι", οι μειωμένες αμοιβές του ιδιωτικού τομέα για τους νέους συναδέλφους (απόρροια και της μεγάλης προσφοράς) σε συνδυασμό με την εξαντλητική φορολογία δημιουργούν ένα ασφυκτικό οικονομικό πλαίσιο που καθιστά δυσχερή την αξιοπρεπή διαβίωση των νέων συναδέλφων.

Πόσο ρεαλιστική είναι σήμερα η έναρξη λειτουργίας ιδιωτικού Ιατρείου – Ενδοσκοπικού Εργαστηρίου; Σκεφτήκατε το ενδεχόμενο συστέγασης με άλλο Γαστρεντερολόγο η Ιατρό άλλης ειδικότητας;

Λ. Σ. : Δυστυχώς, στους χαλεπούς καιρούς που ζούμε η έναρξη λειτουργίας ιδιωτικού ιατρείου – ενδοσκοπικού εργαστηρίου είναι αποτρεπτική μιας και το κόστος για την δημιουργία του είναι υπερογκό και τα κέρδη που μπορεί να αποδώσει, στις αρχές τουλάχιστον, ελαχιστα έως και ανυπαρκτα. Το ενδεχόμενο συστέγασης με άλλον συναδέλφο, ούτως ώστε να μοιραστούν τα έξοδα του ιατρείου, είναι μια αποδεκτή λύση με το μειονέκτημα όμως της πιθανής μείωσης του εργασιακού χρόνου του κάθε ιατρού.

Α.Μ.: Το κόστος ενός ιδιωτικού είναι μεγάλο και ίσως είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα όπου έχει να αντιμετωπίσει ένας νέος γαστρεντερολόγος μετά την λήψη της ειδικότητας. Δεν θα μπορούσε να είναι διαφορετικά για εμένα, έτσι εγώ μαζί με άλλους 2 νέους συναδέλφους (διαφορετικών ειδικοτήτων) συστεγαστήκαμε σε έναν ενιαίο χώρο με 3 συστεγαζόμενα ιατρεία. Με τον τρόπο αυτό καταφέραμε να δημιουργήσουμε έναν ωραίο χώρο με σκοπό την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών μας αλλά και ταυτόχρονα να περιορίσουμε και τα πάγια έξοδα συντήρησης τριών διαφορετικών ιατρείων.

Γ.Μ.: Η έναρξη λειτουργίας πλήρως αυτόνομου ιδιωτικού ιατρείου στις σημερινές συνθήκες κρίσης και μειωμένης χρηματοδότησης φαντάζει εξαιρετικά δύσκολη επιλογή καθώς το κόστος ειδικά για την αγορά των οργάνων είναι αρκετά υψηλό. Το ενδεχόμενο συστέγασης με άλλο Γαστρεντερολόγο που θα μπορούσε να διαμοιράσει τόσο τα λειτουργικά έξοδα όσο και το κόστος αγοράς των οργάνων αποτελεί μια ελκυστική λύση, όπως άλλωστε και η συστέγαση με ιατρούς άλλης ειδικότητας που αποτελεί ήδη άλλωστε συχνή πρακτική σε πολλές ειδικότητες.

Είσατε γραμμένος στην ΕΠΕΓΕ; Έχετε άποψη για την εταιρεία το περιοδικό, το site; Τι θα προτείνετε στο ΔΣ της ΕΠΕΓΕ από τη θέση του νέου Γαστρεντερολόγου; Χρειαζόμαστε τις ιδέες και τη βοήθειά σας...

Λ.Σ.: Για προσωπικούς λόγους δεν έχω προλάβει να εγγραφω στην ΕΠΕΓΕ αλλά είναι μέσα στα άμεσα σχέδια μου. Το site είναι αρκετά χρηστικό, θα μπορούσε όμως να εμπλουτιστεί και με κάποιον συνδεσμο ευρεσης εργασίας. Καλό θα ήταν επίσης να αναρτώνται οι ομιλίες από τις εκδηλώσεις της ΕΠΕΓΕ έτσι ώστε να είναι άμεσα διαθέσιμες στους χρήστες. Όσον αφορά το περιοδικό έχει αρκετά ενδιαφέροντα θέματα....

Α.Μ.: Ανήκω στην οικογένεια της ΕΠΕΓΕ από το 2010. Η δουλειά που προσφέρει είναι πολύ σημαντική. Διαχειρίζεται ένα συνεχώς ενημερωμένο ιστότοπο με κατευθυντήριες οδηγίες, εκδηλώσεις και συνέδρια, εκδίδει ένα περιοδικό με ενδιαφέροντα άρθρα και απόψεις όπου μας δίνει την ευκαιρία της αμφίδρομης επικοινωνίας. Διοργανώνει το ετήσιο συνέδριο όπου μας προσφέρει μία διαρκή



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ

εκπαίδευση στην χρήση των φαρμάκων αναλγησίας και καταστολής (όπου η χρήση τους συνεχώς αυξάνεται) αλλά και θέματα που αφορούν κυρίως τον ιδιώτη γαστρεντερολόγο.

Γ.Μ.: Δεν είμαι γραμμένος στην ΕΠΕΓΕ αλλά σκοπεύω να το κάνω στο εγγύς μέλλον καθώς θεωρώ ότι αποτελεί ένα σημαντικό όργανο που φέρνει κοντά τόσο τους συναδέλφους που ιδιωτεύουν όσο και τους συναδέλφους των δημόσιων νοσοκομείων και μπορεί να αποτελεί ένα χώρο έκφρασης απόψεων με στόχο τη βελτίωση των συνθηκών που αφορούν συνολικά την ειδικότητα της Γαστρεντερολογίας.

Ποια είναι η άποψή σας για το μέλλον της ειδικότητας. Είναι απαραίτητες αλλαγές σε επί μέρους θέματα (πχ. κέντρα εκπαίδευσης, αριθμός ειδικευομένων, εξετάσεις στην ειδικότητα) και προς ποια κατεύθυνση;

Λ.Σ. : Όπως όλοι γνωρίζουμε η εκπαίδευση των ειδικευομένων στην Ελλάδα είναι ελλιπής σε σχέση με το εξωτερικό. Σε κάποια όμως νοσηλευτικά ιδρύματα η κατάσταση είναι τραγική, πχ. δεν νοείται να υπάρχει κλινική που να δίνει 6 θέσεις πλήρους ειδικότητας και να έχει 6 μόνο κρεβάτια ασθενών. Είναι αυτονόητο ότι η εκπαίδευση που θα παρουν οι νεοί ιατροί θα είναι ανεπαρκής έως και ανυπαρκτη. Ταυτόχρονα, αλλά νοσηλευτικά ιδρύματα με μεγάλο φορτο εργασίας και ποικιλία περιστατικών δεν διαθέτουν καμία θέση ειδικευομένου. Προφανώς η διανομή των θέσεων έχει γίνει με βάση πολύ παλιότερα στοιχεία. Αυτά πρέπει να αναθεωρηθούν και να αναπροσαρμοστούν οι θέσεις ειδικότητας. Επίσης, καλό θα ήταν να αξιολογούνται και οι επιμελητές των κλινικών που έχουν ειδικευομένους όχι μόνο ως ιατροί αλλά και ως εκπαιδευτές για τις γνώσεις τους, το ηθος τους, την μεταδοτικότητα τους και την καλή συνεργασία με τους ειδικευομένους -μαθητές. Μια καλή ιδέα θα ήταν να χωριστεί η ειδικότητα σε τμήματα έτσι ώστε να έχουν και περιφερικά νοσοκομεία γαστρεντερολόγο. Μια πρόταση για τις εξετάσεις ειδικότητας είναι να γίνει όπως σε πολλές χώρες του εξωτερικού εξέταση (θεωρητική/πρακτική) ανα ετος που θα εξασφαλίζει και την καλύτερη εκπαίδευση των ιατρών αλλά και την πραγματοποίηση των αντιστοιχών ενδοσκοπικών

πραξεων που πρέπει να γίνονται απο καθε ειδικευομενο ανα ετος. Πιστευω οτι με καλη θεληση, ορεξη για δουλεια και συνεχιζομενη εκπαιδευση το επιπεδο των νεων γαστρεντερολογων θα ανεβει εντυπωσιακα και θα δοθει ενα επιπλεον κινητρο να μην εγκαταλειπουν οι νεοι ιατροι την χωρα μας...

Α.Μ.: Η ιατρική δεν είναι στατική επιστήμη, διαρκώς εξελίσσεται και εμείς οφείλουμε να εξελισσόμαστε μαζί της, έτσι και η ειδικότητα μας έχει κάνει μεγάλα βήματα σε διαφορετικούς τομείς. Από τις συναρπαστικές νέες ενδοσκοπικές τεχνικές που αφήνουν όλο και λιγότερο χώρο σε κλασσικές χειρουργικές εκτομές, από τα ολοένα και περισσότερα όπλα βιολογικών παραγόντων για την θεραπεία των IBD έως τα νέα φάρμακα για την καταπολέμηση της ηπατίτιδας C. Είναι θέματα που χρήζουν ειδική και δι-αρκή εκπαίδευση. Πιστεύω λοιπόν ότι πρέπει να δημιουργηθούν περισσότερες ομάδες ειδικών όπου θα μπορούν να εκπαιδεύουν συναδέλφους σε καινούρια φάρμακα και νέες ενδοσκοπικές τεχνικές.

Γ.Μ.: Το θέμα της εκπαίδευσης και του αριθμού των ειδικευομένων είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο ζήτημα. Σε πολλά νοσοκομεία που δίνουν ειδικότητα αυτή τη στιγμή υπάρχει έλλειψη εκπαίδευσης τόσο λόγω έλλειψης μόνιμου προσωπικού όσο και υποδομών. Λίγα είναι τα κέντρα τα οποία μπορούν να προσφέρουν μια άρτια εκπαίδευση, ενώ ταυτόχρονα οι εξαντλητικές συνθήκες εργασίας στα δημόσια νοσοκομεία καθιστούν δύσκολη πολλές φορές τη διενέργεια και παρακολούθηση εκπαιδευτικών μαθημάτων. Θεωρώ ότι είναι απαραίτητη η δημιουργία κέντρων εκπαίδευσης που θα διασφαλίζουν την επαρκή εκπαίδευση και στα οποία θα έχουν πρόσβαση όλοι οι ειδικευόμενοι. Αν κάτι τέτοιο είναι δύσκολο τότε ίσως θα ήταν προς όφελος των ειδικευομένων η οργανωμένη από κάποιον επιστημονικό φορέα κυκλική εκπαίδευση (rotation) στα αντίστοιχα τμήματα που έχουν να επιδείξουν εξειδίκευση σε συγκεκριμένους τομείς της ειδικότητας. Όσον αφορά τον αριθμό των ειδικευομένων θα πρέπει ανά τακτικά χρονικά διαστήματα να γίνεται αναπροσαρμογή του αριθμού και της κατανομής τους στα νοσοκομεία ανάλογα με τις πληθυσμιακές ανάγκες της χώρας.



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ

Κουρκούλης Παναγιώτης, Βρακάς Σπύρος

ΟΡΙΣΜΟΣ

Η κοιλιοκάκη είναι μία χρόνια εντεροπάθεια του λεπτού εντέρου η οποία επιδεινώνεται και προκαλείται από την κατανάλωση γλουτένης από άτομα γενετικά προδιαθετειμένα. Η γλουτένη είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα σύμπλεγμα αμινοξέων στο νερό πρωτεϊνών προερχόμενων από το σιτάρι, το κριθάρι και τη σίκαλη επιβλαβών στους πάσχοντες από κοιλιοκάκη. Η κοιλιοκάκη χαρακτηρίζεται από ατροφία των λαχνών του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου με συνοδό σύνδρομο δυσασπορρόφησης, άμεση κλινική και μετέπειτα ιστολογική βελτίωση μετά από αυστηρή δίαιτα ελεύθερη γλουτένης και κλινική και ιστολογική υποτροπή όταν η γλουτένη επανεισάγεται στη διατροφή.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη σύνοδο του Oslo έχουν δοθεί οι παρακάτω ορισμοί της νόσου:

1) Κοιλιοκάκη: Μία χρόνια εντεροπάθεια του λεπτού εντέρου που επιδεινώνεται και προωθείται μετά από διατροφική έκθεση στη γλουτένη ατόμων γενετικά προδιαθετειμένων.

2) Κλασσική Κοιλιοκάκη: Ορίζεται η κοιλιοκάκη που παρουσιάζεται με σημεία και συμπτώματα δυσασπορρόφησης και απαραίτητως διάρροιας, στεατόρροιας, απώλειας βάρους ή αποτυχίας σωματικής ανάπτυξης.

3) Μη κλασσική Κοιλιοκάκη: Κοιλιοκάκη που παρουσιάζεται χωρίς σημεία ή συμπτώματα δυσασπορρόφησης.

4) Υποκλινική Κοιλιοκάκη: Κοιλιοκάκη με συμπτώματα ή σημεία κάτω του ορίου κλινικής εντόπισης (ασυμπτωματική κοιλιοκάκη ή κοιλιοκάκη με εξωεντερικά συμπτώματα ή εργαστηριακά ευρήματα ενδεικτικά της νόσου χωρίς συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα).

5) Συμπτωματική Κοιλιοκάκη: Κοιλιοκάκη που χα-

ρακτηρίζεται από κλινικά εμφανή γαστρεντερικά ή/και εξωεντερικά συμπτώματα που αποδίδονται σε κατανάλωση γλουτένης.

6) Ανθεκτική Κοιλιοκάκη: Εμμένοντα ή υποτροπιάζοντα συμπτώματα και σημεία δυσασπορρόφησης με συνοδό ατροφία των λαχνών παρά την αυστηρή συμμόρφωση σε δίαιτα ελεύθερης γλουτένης για περισσότερο από 12 μήνες εν τη απουσία άλλων αιτιών ατροφίας των λαχνών ή κακώθων επιπλοκών μετά από επιβεβαίωση της αρχικής διάγνωσης της κοιλιοκάκης.

Τύπου 1: Φυσιολογικός φαινότυπος ενδοεπιθηλιακών λεμφοκυττάρων.

Τύπου 2: Κλινική εξάπλωση ενός αποκλίνοντος πληθυσμού ενδοεπιθηλιακών λεμφοκυττάρων με μη φυσιολογικό φαινότυπο που ορίζεται από την απώλεια των φυσιολογικών επιφανειακών CD3, CD4 και CD8 και διατηρημένη την ενδοκυτταροπλασματική έκφραση CD3 σε περισσότερο από το 50% των ενδοεπιθηλιακών λεμφοκυττάρων όπως εκτιμώνται με ανοσοϊστοχημεία ή σε περισσότερο από το 20% όπως εκτιμώνται με κυτταρομετρία ροής και από την εντόπιση κλωνικής αναδιαμόρφωσης των αλύσεων γ ή δ των υποδοχέων των λεμφοκυττάρων με τη χρήση PCR.

7) Πιθανή κοιλιοκάκη (εν δυνάμει): Άτομα με φυσιολογικό βλεννογόνο λεπτού εντέρου που έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν κοιλιοκάκη λόγω παρουσίας θετικών αντισωμάτων κοιλιοκάκης.

8) Αυτοανοσία Κοιλιοκάκης: Αυξημένα επίπεδα αντι-TTG ή EMA σε τουλάχιστον δύο περιπτώσεις και ενώ δεν είναι γνωστά τα αποτελέσματα της βιοψίας. Εάν αυτά είναι θετικά τότε προκύπτει κοιλιοκάκη, εάν είναι αρνητικά τότε προκύπτει πιθανή κοιλιοκάκη.

9) Γενετική προδιάθεση για Κοιλιοκάκη: Μέλη οικογενειών ασθενών με κοιλιοκάκη και θετικά test για HLA DQ2 ή/και DQ8.



10) Διαταραχές σχετιζόμενες με κοιλιοκάκη: Όλες οι διαταραχές που σχετίζονται με έκθεση στη γλουτένη. Συμπεριλαμβάνονται η κοιλιοκάκη, η ευαισθησία στη γλουτένη, η ερπητόμορφη δερματίτιδα, η αταξία εκ γλουτένης κ.α.

11) Ευαισθησία στη γλουτένη χωρίς κοιλιοκάκη: Μία ή περισσότερες από μία ποικιλίες ανοσολογικών, μορφολογικών ή συμπτωματικών εκδηλώσεων που προκαλούνται από την κατανάλωση γλουτένης από άτομα στα οποία η κοιλιοκάκη έχει αποκλειστεί.

12) Αντισώματα Κοιλιοκάκης: Περιλαμβάνονται τα αντισώματα έναντι του ενδομυϊού (EMA), της ιστικής τρανσγλουταμινάσης (TTG), του απαμινωμένου πεπτιδίου της γλιαδίνης (DGP) και στα μικρά παιδιά και τα αντιγλοιαδινικά αντισώματα (AGA).

13) Αταξία εκ γλουτένης: Ιδιοπαθής σποραδική αταξία με θετικά αντιγλοιαδινικά αντισώματα (AGAs) ακόμη και εν τη απουσία εντεροπάθειας.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ:

Η νόσος έχει ευρεία γεωγραφική κατανομή και προσβάλλει άτομα από πολλά εθνικά και φυλετικά περιβάλλοντα. Ο γενικός επιπολασμός της νόσου στην Ευρώπη υπολογίζεται στο 1% του πληθυσμού με τον υψηλότερο να αναφέρεται στη Φιλανδία με 2.4%. Παρατηρούνται επιπλέον σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό διαφορετικών χωρών και περιοχών και ενδεχομένως οφείλονται στις διαφορετικές συγκεντρώσεις γλοιαδίνης σε παιδικές φόρμουλες, στην υποκειμενικότητα της μετάφρασης των ευρημάτων των βιοψιών, στην διαφορετική ηλικία που η γλουτένη εισάγεται στη παιδική διατροφή κ.α. Η νόσος επιπλέον εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα σε επαρχίες της Ινδίας, σε Άραβες, Ισπανόφωνους, Σουδανούς και ιδιαίτερως στη Δυτική Αφρική. Σπάνια προσβάλλονται υποσαχάριοι Αφρικανοί και πληθυσμοί της νότιας και ανατολικής Ασίας. Ο επιπολασμός στις Ηνωμένες Πολιτείες εμφα-

νίζεται ίδιος με αυτόν της Ευρώπης. Επιπλέον παρατηρείται μία υπεροχή του επιπολασμού στο γυναικείο έναντι του ανδρικού φύλου.

Τέλος επιδημιολογικές μελέτες στην Αμερική και την Ευρώπη καταδεικνύουν μία σταθερή όχι όμως σημαντική αύξηση της συχνότητας της νόσου στο πληθυσμό.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Εκδήλωση στην παιδική ηλικία

Οι κλασικές εκδηλώσεις της νόσου στην παιδική ηλικία περιλαμβάνουν τη διάρροια, τη στεατόρροια και περιστασιακά το διάχυτο κωλικοειδή κοιλιακό πόνο μόλις τα δημητριακά εισαχθούν στη διατροφή στις μικρότερες παιδικές ηλικίες. Παρατηρείται καθυστέρηση ανάπτυξης, απάθεια, και ευερεθιστότητα, καθώς και απώλεια μυϊκής μάζας, υποτονία και κοιλιακή διόταση. Η διάρροια έχει υδαρή χαρακτήρα. Καθώς τα παραπάνω συμπτώματα ενδέχεται να απουσιάζουν είναι σημαντικό η καθυστέρηση ανάπτυξης και μόνο να αποτελεί λόγο διερεύνησης της κοιλιοκάκης. Κλινικά συμπτώματα και σημεία διατροφικών ελλείψεων όπως η αναιμία είναι χαρακτηριστικά κυρίως σε παιδιά μεγαλύτερων ηλικιών.

Εκδήλωση στους ενήλικες

Η διάγνωση της νόσου πλέον γίνεται ολοένα και συχνότερα στην ενήλικη ζωή παρά στην παιδική ηλικία με τη μέση ηλικία διάγνωσης να είναι τα 45 έτη. Τα συνηθέστερα συμπτώματα με τα οποία παρουσιάζονται οι ασθενείς έχουν αλλάξει τα τελευταία χρόνια. Η διάρροια αποτελεί σπανιότερο σύμπτωμα και αρκετοί ασθενείς παρουσιάζονται με μεγαλύτερους δείκτες μάζας σώματος απ' ό,τι στο παρελθόν με το 21% να είναι υπέρβαροι. Αρκετοί ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί κατά τη διάγνωση και πολλοί απ' αυτούς διαγιγνώσκονται στο πλαίσιο ελέγχου συγγενών ατόμου με κοιλιοκάκη. Η συχνότητα εμφάνισης κοιλιοκάκης



στους συγγενείς 1ου βαθμού με άτομο με κοιλιοκάκη κυμαίνεται μεταξύ 8% και 18% και αγγίζει το 70% στους μονοζυγωτικούς διδύμους. Ένα 25% νέων περιπτώσεων κοιλιοκάκης διαγιγνώσκεται σε ηλικίες μεγαλύτερες των 60 ετών.

A) Γαστρεντερικές εκδηλώσεις

Παρατηρείται κλινική εικόνα συνδρόμου δυσασπορρόφησης, στεατόρροια, μετεωρισμός, απώλεια βάρους και διάρροιες. Οι διάρροιες μπορεί να είναι βραδυνές, μεταγευματικές ή πρωινές και συχνά επεισοδιακές παρά συνεχείς. Το μέγεθος της απώλειας βάρους που μπορεί να παρατηρηθεί εξαρτάται από την έκταση της νόσου και από την δυνατότητα του ασθενούς να αντισταθμίσει τη δυσασπορρόφηση με αυξημένη πρόσληψη τροφής. Κάποιοι ασθενείς παρουσιάζουν αυξημένη όρεξη με αποτέλεσμα να καταφέρνουν να διατηρούν σταθερό βάρος παρά τη δυσασπορρόφηση. Σπάνια σε μερικούς αναπτύσσεται και ανορεξία που οδηγεί σε ταχύτατη απώλεια βάρους. Κακουχία και αδυναμία παρουσιάζονται ακόμη και εν τη απουσία αναιμίας ενώ η μυϊκή αδυναμία μπορεί να οφείλεται σε έλλειψη καλίου και μαγνησίου. Συχνά δυσπεπτικά ενοχλήματα ή συμπτώματα ΣΕΕ μπορεί να καθυστερήσουν τη διάγνωση και έτσι ενδεχομένως να πρέπει να γίνεται ορολογικός έλεγχος σε ασθενείς με συμπτώματα ευερέθιστου εντέρου, ιδίως με προεξάρχουσα τη διάρροια.

Το κοιλιακό άλγος δεν αποτελεί σύνθετες σύμπτωμα και σχετίζεται κυρίως με τις επιπλοκές της νόσου όπως ο εγκολεασμός, η ελκωτική (και στενωτική) εντερίτιδα ή το λέμφωμα. Συχνά οι ασθενείς αναφέρουν κοιλιακή διάταση και δύσοσμες κενώσεις. Συμπτώματα ΓΟΠΝ αναφέρονται συχνά που όμως υποστρέφουν με τη δίαιτα ελεύθερη γλουτένης (GFD). Η κρίση κοιλιοκάκης είναι μία σπάνια αλλά απειλητική για τη ζωή ακραία εκδήλωση της νόσου με έντονη διάρροια που οδηγεί σε αφυδάτωση, μεταβολικές διαταραχές, νεφρική δυσλειτουργία και μερικές φορές και αιμοδυναμική αστάθεια.

Οι ασθενείς αυτοί ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στη δίαιτα ελεύθερη γλουτένης.

B) Εξωεντερικές εκδηλώσεις.

α) Η αναιμία αποτελεί συχνή εκδήλωση της νόσου και συνήθως προκαλείται από έλλειψη σιδήρου, φυλλικού ή και B12 αναλόγως της έκτασης της νόσου στον τελικό ειλεό και τη συνύπαρξη βακτηριακής υπερανάπτυξης. Επιπλέον μία πιθανή έλλειψη βιταμίνης K ενδέχεται να προκαλέσει διαταραχές πήξης που μπορεί να επιδεινώνουν την αναιμία. Στο 50% των ενήλικων ασθενών εμφανίζεται υποσπληνισμός με επακόλουθο την θρομβοκυττάρωση και σπληνική ατροφία τα οποία όμως υποχωρούν και βελτιώνονται με τη έναρξη GFD.

β) Οστεοπενία προκύπτει στο 70% των αθεράπευτων περιπτώσεων κοιλιοκάκης και οστεοπόρωση στο 25%. Προκαλείται λόγω δυσασπορρόφησης του ασβεστίου και της βιταμίνης D αλλά και στη σύνδεση του ελεύθερου ενδοαυλικού ασβεστίου και μαγνησίου στα λιπαρά οξέα του εντέρου που μπορεί να είναι άφθονα. Η χρόνια φλεγμονή του εντέρου ενδεχομένως να παίζει και αυτή ρόλο στην ανάπτυξη οστεοπενίας. Η έλλειψη ασβεστίου και μαγνησίου μπορεί επιπλέον να προκαλέσει παραισθησίες, μυϊκές κράμπες και ακόμη και τετανία. Τέλος δευτεροπαθής υπερπαραθυροειδισμός μπορεί να προκύψει από την έλλειψη ασβεστίου και βιταμίνης D.

γ) Όσον αφορά τα νευρολογικά συμπτώματα της νόσου εκτός απ αυτά που προκύπτουν από διατροφικές ελλείψεις όπως βιταμίνη E ή θιαμίνη ή φυλλικό υπάρχουν και άλλες διαταραχές με άγνωστη παθοφυσιολογία που σχετίζονται συχνά με κυκλοφορούντα στο αίμα αντι-tTG3. Οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν μία μη κληρονομική μορφή αταξίας με προοδευτική αταξία βαδίσματος και άκρων που ονομάζεται αταξία γλουτένης. Επιπλέον μπορεί να παρατηρηθεί περιφερική νευροπάθεια που μπορεί να βελτιωθεί με τη διόρθωση



των επιπέδων βιτ. Ε και Β αλλά ενδέχεται να παραμείνει όπως και η αταξία παρά την αυστηρή GFD. Σπάνια μπορεί να παρατηρηθεί εγκεφαλοπάθεια Wernicke από έλλειψη βιτ. Β αλλά και μειωμένη νυκτερινή όραση λόγω έλλειψης βιτ. Α. Επιπλέον η νόσος έχει συσχετισθεί με επιληψία και εγκεφαλικές ασβεστώσεις. Τέλος αγχώδεις διαταραχές κατάθλιψη και αδυναμία απαντώνται σε ασθενείς με κοιλιοκάκη με βελτίωση με την GFD χωρίς όμως να επιβεβαιώνονται οι συσχετίσεις τους με τη νόσο.

δ) Αμηνόρροια και καθυστέρηση της ήβης παρατηρείται συχνά στις γυναίκες. Υπογονιμότητα, αυτόματες αποβολές και ενδομητρική καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου παρατηρούνται σε γυναίκες με νόσο, υπογραμμίζοντας την αναγκαιότητα ελέγχου για κοιλιοκάκη σε αυτές τις περιπτώσεις. Υπογονιμότητα και μειωμένος αριθμός σπερματοζωαρίων μπορούν να παρατηρηθούν στους άνδρες που ως αιτία, εκτός της δυσσπορρόφησης, έχουν και δυσλειτουργία υποθαλάμου – υπόφυσης – γονάδων και αντίσταση στα ανδρογόνα.

ε) Κλινικά εξωεντερικά σημεία της νόσου που μπορεί να εμφανιστούν είναι: η πληκτροδακτυλία, η κοιλονυχία, η ατροφία των μυών, το μειωμένο ύψος, το ζυμώδες οίδημα, η υπέρχρωση δέρματος, η ερπητοειδής μορφή δερματοπάθεια, οι αυτόματες εκμυχώσεις, η υπερκεράτωση (λόγω έλλειψης βιτ :Α), η ωχρότητα λόγω αναιμίας, η αφθώδη στοματίτιδα, η γωνειακή χειλίτιδα και η γλωσσίτιδα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η οριστική διάγνωση της νόσου τίθεται στους ασθενείς που παρουσιάζουν στις βιοψίες ατροφία λαχνών, υπερπλασία κρυπτών, αυξημένα IELS ($\geq 25/100$ εντεροκύτταρα) και θετικά αντισώματα στον ορολογικό έλεγχο. Αυτοί οι ασθενείς μπορούν αμέσως να τεθούν σε GFD και θα πρέπει να παρακολουθηθεί η κλινική,

ορολογική, εργαστηριακή, η ενδοσκοπική και ιστολογική ανταπόκριση τους.

Αντισώματα στην κοιλιοκάκη

Η ορολογική διάγνωση της νόσου προϋποθέτει την ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του ενδομυϊού IgA (IgA EMA), IgA έναντι της ιστικής τρανσγλουταμινάσης (IgA tTG) και/ή αντισωμάτων έναντι των απαμινωμένων πεπτιδίων γλιαδίνης IgG και IgA (IgG/IgA DGP). Τα IgG tTG είναι χρήσιμα στους ασθενείς με γνωστή έλλειψη IgA αντισωμάτων που αποτελούν το 2% του πληθυσμού με κοιλιοκάκη και το 0.2% του γενικού πληθυσμού.

Τα IgA tTG είναι τα πλέον ευαίσθητα και ειδικά αντισώματα σε ασθενείς χωρίς ανεπάρκεια IgA ενώ σε αυτούς με ανεπάρκεια τα πλέον ευαίσθητα και ειδικά είναι τα IgG DGP και όχι τα IgG tTG. Τα IgA EMA παρουσιάζουν 90% ευαισθησία και ειδικότητα που αγγίζει το 100% και μπορούν να είναι χρήσιμα. Τα λιγότερο ευαίσθητα και ειδικά αντισώματα είναι τα IgA και IgG αντιγλιαδινικά αντισώματα (AGA) και επομένως δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται στους ενήλικες σαν πρώτη γραμμή τεστ για τον έλεγχο της νόσου. Το σύνολο των αντισωμάτων που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση και παρακολούθηση της νόσου είναι τα IgA EMA, IgA/IgG tTG ή τα IgA/IgG DGP.

Γαστροσκόπηση

Μακροσκοπικά στο δωδεκαδάκτυλο κατά τη γαστροσκόπηση μπορεί να παρατηρηθούν πτύχωση ή αποπλάτυνση και αραίωση των δωδεκαδακτυλικών πτυχών, οζώδης διαμόρφωση του βλεννογόνου, εικόνα δίκην μωσαικού λόγω συνδυασμού των ανωτέρω ή και φυσιολογικός βλεννογόνος. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να λαμβάνονται τουλάχιστον 4 βιοψίες και ιδανικά 6-8 από τη 2η μοίρα του δωδεκαδακτύλου και 1-2 από το βολβό. Καθώς η ατροφία των λαχνών μπορεί να ανευρίσκεται σε ορισμένα σημεία του βλεννογόνου



οι πολλαπλές βιοψίες αυξάνουν την ευαισθησία της γαστροσκόπησης.

Η ενδοσκόπηση θα πρέπει να προτείνεται και στους συγγενείς 1ου βαθμού ατόμων με κοιλιοκάκη. Ωστόσο υπάρχουν και οι ενήλικες που μπορεί να μην επιθυμούν ή να είναι αδύνατο να υποβληθούν σε ενδοσκόπηση. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ορολογικός έλεγχος, τα αυξημένα επίπεδα IgA tTG ($>10 \times \text{ULN}$) τα θετικά DGP/EMA ή η χρήση VCA μπορούν να βοηθήσουν στη διάγνωση.

Όσον αφορά την ιστολογική εξέταση στη νόσο πρέπει να αναζητούνται η ατροφία των λαχνών, το λευκοκυτταρικό περιεχόμενο – διήθηση του βλεννογόνου και του χορίου, η παρουσία αδένων Brunner, η υπερπλασία των κρυπών, ο λόγος του ύψους των λαχνών προς το βάθος των κρυπών (3/1), η παρουσία πλασματοκυττάρων και ο αριθμός των IELS με τον αριθμό μικρότερο του 25/100 εντεροκύτταρα να θεωρείται φυσιολογικός. Με βάση τα παραπάνω υπάρχουν συστήματα ιστολογικής ταξινόμησης της νόσου που είναι: 1) Marsh 2) Marsh-Oberhuber 3) Corazza Villanacci και 4) Rostami Villanacci. Για τη διάγνωση της νόσου απαιτείται ιστολογική κατά Marsh III.

HLA στη διάγνωση

Ο γονοτυπικός έλεγχος για HLA DQ2 και DQ8 δεν έχει θέση στη διαγνωστική διαδικασία της νόσου παρά μόνο στον αποκλεισμό αυτής σε ειδικές περιπτώσεις όπως τα άτομα που ήδη βρίσκονται σε GFD χωρίς διάγνωση κοιλιοκάκης. Το HLA DQ2 γονίδιο απαντάται έως και στο 40% του γενικού πληθυσμού και το DQ8 έως και στο 20%, ωστόσο οι ασθενείς με κοιλιοκάκη και αρνητικά DQ2 και DQ8 είναι λιγότεροι του 1%. Ο αρνητικός έλεγχος για DQ2, DQ8 αποκλείει τη νόσο. Για τους ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε GFD χωρίς διάγνωση κοιλιοκάκης και είναι θετικοί για HLA DQ2 ή/και HLA DQ8 μπορεί να τους προταθεί η δοκιμασία φόρτισης με

γλουτένη που αποτελείται από συγκεκριμένο πρωτόκολλο δίαιτας, βιοψιών και ορολογικού ελέγχου. Αυτός περιγράφεται στην εικόνα που ακολουθεί:

Λοιπός αιματολογικός έλεγχος συνηγορητικός υπέρ κοιλιοκάκης

1) εργαστηριακά ευρήματα δυσσαπορρόφησης 2) στοχοκύτταρα, σωμάτια Heinz που υποδηλώνουν σπληνική ατροφία 3) χρόνια τρανσαμινασαιμία έως $2 \times \text{ULN}$ που απαντάται έως και στο 27% των ασθενών με κοιλιοκάκη και κατανάλωση γλουτένης και αποτελεί ένδειξη αναζήτησης της νόσου όταν δεν υπάρχει άλλο αίτιο. 4) θετικά τεστ D xylose, lactulose mannitol per os που όμως δεν είναι ούτε ειδικά ούτε ευαίσθητα.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ

1) Ερπητοειδόμορφη δερματίτιδα (dermatitis herpetiformis DH)

Ερυθηματώδεις, φυσαλιδώδεις, κνησμώδεις εξάνθημα με κύρια εντόπιση συμμετρικά στις εκτατικές επιφάνειες των άκρων, στον κορμό, τον τράχηλο και το τριχωτό της κεφαλής. Εμφανίζεται κυρίως στους άνδρες μέσης ηλικίας και η διάγνωση του απαιτεί βιοψία από δέρμα πέριξ των δερματικών βλαβών – φυσαλίδων στην οποία εντοπίζονται εναποθέσεις IgA με ανοσοφθορισμό. Το κύριο αντιγόνο της νόσου φαίνεται να είναι η ιστική τρανσγλουταμινάση 3 του δέρματος και όχι η 2 της κοιλιοκάκης. Στους ασθενείς ανευρίσκονται κυκλοφορούντα αντισώματα EMA και AGA καθώς και γονίδια HLA DQ2 με την ίδια συχνότητα όπως στην κοιλιοκάκη αλλά τα IgA tTG ανευρίσκονται μόλις στο 75% των περιπτώσεων και όχι στο 98% που ανευρίσκονται στην κοιλιοκάκη. Έτσι η DH και η κοιλιοκάκη παρόλο που σχετίζονται στενά θεωρούνται δύο ξεχωριστές κλινικές οντότητες με ευαισθησία στη γλουτένη. Οι περισσότεροι ασθενείς με DH παρουσιάζουν κοιλιοκάκη ενώ μόλις το 10% με κοιλιοκάκη παρουσιάζει DH. Η θεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση διαφώνης για την



άμεση ανακούφιση των συμπτωμάτων αλλά η οριστική ύφεση επιτυγχάνεται με δίαιτα ελεύθερη γλουτένης.

2) Αυτοάνοσες παθήσεις

Οι αυτοάνοσες παθήσεις που έχουν ισχυρή συσχέτιση με την κοιλιοκάκη είναι : 1) Αυτοάνοση θυροειδίτιδα, υπο/υπερ-θυροειδισμός 2) IBD 3) Αυτοάνοση ηπατίτιδα 4) PSC 5) PBC 7) IgA νεφροπάθεια 8) Διάμεση πνευμονίτιδα 9) Πνευμονική αιμοσιδήρωση 10) ΣΕΛ 11) Sjogren 12) Πολυμυοσίτιδα 13) Ρευματοειδής αρθρίτιδα 14) Σαρκοείδωση 15) Μικροσκοπική κολίτιδα 16) Αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία 17) Ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα 17) Αγγειίτιδες 18) Ιριδοκυκλίτιδα κ.α.

3) Διαβήτης τύπου 1 (T1DM)

Η συχνότητα του T1DM στους ασθενείς με κοιλιοκάκη είναι 5% και είναι ίδια με τη συχνότητα της κοιλιοκάκης σε άτομα με T1DM. Στους ασθενείς με T1DM υπάρχουν με αυξημένη συχνότητα τα σχετιζόμενα με κοιλιοκάκη DQ γονίδια. Από την άλλη πλευρά η κοιλιοκάκη σχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με τον διαβήτη τύπου 2 (T2DM). Οι ασθενείς με κοιλιοκάκη αναπτύσσουν T2DM σε μικρότερα ποσοστά σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό χωρίς αυτό να δικαιολογείται απόλυτα από τα χαμηλότερα BMI που παρατηρούνται στους ασθενείς με κοιλιοκάκη.

4) Γενετικά σύνδρομα

Υπάρχει υψηλή συσχέτιση με τα σύνδρομα Down και Turner

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Η θεραπεία της νόσου επί του παρόντος είναι η δίαιτα ελεύθερη γλουτένης (GFD) εφόρου ζωής. Η αποφυγή της γλουτένης ωστόσο δεν είναι εύκολη καθότι η γλουτένη μπορεί να ανευρεθεί σε πολλά άλλα σκευάσματα πλην της τροφής όπως τα φάρμακα, τα καλλυντικά και τις οδοντόκρεμες. Η μπίρα θα πρέπει να

αποφεύγεται αλλά τα λοιπά οινοπνευματώδη είναι ασφαλή πλην αυτών που περιέχουν επίγευση malt ή άλλες επιπρόσθετες γευστικές ουσίες που περιέχουν γλουτένη. Έτσι η περιεκτικότητα σε γλουτένη των διαφόρων σκευασμάτων που χρησιμοποιούνται και καταναλώνονται από τους ασθενείς θα πρέπει να αναζητούνται από τον ασθενή με τη βοήθεια του διαιτολόγου και του γιατρού.

Αμέσως μετά την έναρξη της GFD και αφού ο ασθενής ελεγχθεί για διατροφικές ελλείψεις θα πρέπει να ακολουθείται ο παρακάτω αλγόριθμος με εξετάσεις αιματολογικές και ορολογικές, κλινική εκτίμηση και ενδοσκόπηση.

Όσον αφορά στον ορολογικό έλεγχο για κοιλιοκάκη σε συνάρτηση με τις αρχικές τιμές των αντισωμάτων αυτός θα πρέπει να αρνητικοποιηθεί εντός μηνών και ειδικά στο έτος χωρίς ωστόσο να συνεπάγεται βλεννογονική επούλωση. Η ορολογική αρνητικοποίηση και η βλεννογονική επούλωση αποτελούν τους ιδανικούς στόχους. Η ενδοσκόπηση με βιοψίες στον 1 χρόνο με δίαιτα ελεύθερη γλουτένης αμφισβητείται από πολλούς καθώς ιστολογικές και ενδοσκοπικές βλάβες μπορεί να συνεχίσουν να υπάρχουν για πολλά έτη. Η ανάδειξη της βλεννογονικής επούλωσης αποκλείει την ύπαρξη άλλων νοσημάτων με παρόμοια ενδοσκοπική/ιστολογική εικόνα και την ύπαρξη ανθεκτικής κοιλιοκάκης 1 ή 2 ή επιπλοκών της. Επίσης η επούλωση οδηγεί σε μείωση του κινδύνου για άδενωμα και EATL στους ασθενείς σε σχέση με αυτούς που έχουν ενεργή νόσο. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς που βελτιώνονται κλινικά δεν χρήζουν 2ου ενδοσκοπικού ελέγχου, ωστόσο οι ιστολογικές βλάβες και συμπτώματα όπως και ο ορολογικός έλεγχος δεν σχετίζονται απόλυτα με την βλεννογονική επούλωση. Επιπλέον θεωρείται από πολλούς ότι το 1ο έτος μετά τη θεραπεία είναι σύντομο χρονικό διάστημα για έλεγχο της επούλωσης, διότι ιστολογικές βλάβες πα-



ρατηρούνται συχνά έως τα 2 με 5 έτη μετά τη διάγνωση και βελτιώνονται αρκετά αργότερα.

Η βιοψία είναι πάντα απαραίτητη σε συμπτωματικούς ασθενείς παρά τη δίαιτα GFD, παρά τον ορολογικό έλεγχο καθώς και θα πρέπει να αποκλείεται η ανθεκτική κοιλιοκάκη τύπου 1 και 2, το λέμφωμα, το αδενοκαρκίνωμα ή άλλες παθήσεις πλην της κοιλιοκάκης.

Στον λοιπό ορολογικό έλεγχο της παρακολούθησης ατόμων με κοιλιοκάκη που θα πρέπει να γίνεται ετησίως θα πρέπει να ελέγχονται διατροφικές ελλείψεις όπως: ασβέστιο, φώσφορος, λεύκωμα, αλβουμίνη, βιταμίνη D, ενδεχομένως PTH, SGOT, SGPT, φερριτίνη, φυλλικό οξύ, B12, γενική αίματος, ALP, TSH, T3, T4 και πιθανώς ηλεκτρολύτες ορού. Μέτρηση οστικής πυκνότητας με DEXA θα πρέπει να γίνεται στη διάγνωση της νόσου και αναλόγως των ευρημάτων να χορηγείται θεραπεία και να ορίζεται επανέλεγχος. Επιπλέον θα πρέπει να αναζητάται ο υποσπληνισμός και αν ανευρίσκεται ο ασθενής να προφυλάσσεται με εμβολιασμούς έναντι του πνευμονιοκόκκου, του μηνιγγιτιδόκοκκου, της γρίπης και του αιμόφιλου. Ανακεφαλαιώνοντας ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται ανά έτος με επίσκεψη στο γιατρό ο οποίος θα πρέπει να ελέγχει τη συμμόρφωση στην GFD, τις διαιτητικές ελλείψεις και τα συμπτώματα με ορολογικό και βιοχημικό έλεγχο.

Μη ανταποκρινόμενη Κοιλιοκάκη (NRCD)

Η μη ανταποκρινόμενη κοιλιοκάκη είναι μία διάγνωση που ορίζεται από την επιμονή των συμπτωμάτων, των σημείων ή/και των εργαστηριακών ευρημάτων τυπικών της κοιλιοκάκης παρά τη GFD για ένα έτος. Σε αυτή την περίπτωση και αφού επιβεβαιωθεί η ορθότητα της διάγνωσης την πρώτη φορά και αποκλειστεί η έκθεση στη γλουτένη χωρίς την επίγνωση του ασθενούς, τότε ο ενδοσκοπικός έλεγχος με βιοψία κρίνεται

άκρως απαραίτητος. Εάν η βιοψία είναι αρνητική θα πρέπει να αναζητώνται άλλες παθήσεις με παρόμοια κλινική εικόνα. Εάν αυτή είναι θετική τότε θα πρέπει να αποκλειστούν άλλες αιτίες εντερικής λεμφοκυτάρωσης και ατροφίας των λαχνών και όταν και αυτό γίνει τότε διαγιγνώσκεται η ανθεκτική κοιλιοκάκη τύπου 1 και 2. Σε αυτήν την περίπτωση ο έλεγχος ίσως πρέπει να συμπληρώνεται με απεικονιστική μέθοδο όπως η εντερογραφία ή η κάψουλα λεπτού εντέρου για να αποκλειστούν κακοήθειες σχετιζόμενες με κοιλιοκάκη όπως το EATL και το αδενοκαρκίνωμα.

Η ανθεκτική κοιλιοκάκη τύπου 1 και 2 είναι νοσολογική οντότητα με διαφορετική πρόγνωση και θεραπεία της κοιλιοκάκης και θα πρέπει αφού επιβεβαιωθεί ιστολογικά να παρακολουθείται τακτά σε ειδικά κέντρα λόγω του αυξημένου κινδύνου μεταλλαγής σε λέμφωμα λεπτού εντέρου.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι επί του παρόντος η μόνη θεραπεία στην κοιλιοκάκη είναι η GFD, ωστόσο ήδη μελετώνται και εξετάζονται νέες θεραπείες που μπορεί να απαλλάξουν τον ασθενή από την αυστηρή αποφυγή της γλουτένης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sank BE and Siegel CA. Crohn's disease. In: Sleisenger & Fordtrans Gastrointestinal and Liver Disease: pathophysiology, diagnosis, management. Feldman M, Friedman LS, Brand LJ Saunders 9th edition, Volume 2, 2010.
2. Ludvigsson JF, Bai JC, Biagi F, et al. Diagnosis and management of adult celiac disease: guidelines from the British Society of Gastroenterology. Gut 2014; 63:1210-28.
3. Rubio-Tapia A, Hill ID, Kelly CP, et al. ACG clinical guidelines: diagnosis and management of celiac disease. Am J Gastroenterol. 2013; 108: 656-76.

Η γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

Αθανάσιος Δ. Σιούλας
Γαστρεντερολόγος



Βιοψία μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή: πιο κοντά από ό,τι νομίζουμε!

Είναι γνωστό πως ο ορθοκολικός καρκίνος αποτελεί παγκοσμίως σημαντικό αίτιο νοσηρότητας και θνητότητας. Από την άλλη πλευρά, ο προσυμπτωματικός έλεγχος του πληθυσμού με κολονοσκόπηση και η ενδοσκοπική αφαίρεση τυχόν πολυπόδων του παχέος εντέρου, φαίνεται πως συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση της επίπτωσης του ορθοκολικού καρκίνου και τον περιορισμό των σχετιζόμενων με αυτόν επιπλοκών. Παρ' όλη την αναμφισβήτητη αξία της, η ενδοσκοπική οπτική διάγνωση δεν παύει να έχει ατέλειες με αποτέλεσμα σε ικανό ποσοστό να αποτυγχάνει στην εντόπιση αδενωμάτων, γεγονός που περιορίζει την αξία της ως προληπτικό μέσο.

Με στόχο την υποβοήθηση της κολονοσκοπικής διάγνωσης έχουν μελετηθεί διάφορες μέθοδοι με άλλοτε άλλα αποτελέσματα στις επιστημονικές μελέτες και την καθημέρα κλινική πράξη. Πολύ πρόσφατα, ερευνητική ομάδα από τη Γαλλία ανακοίνωσε την ανάπτυξη ενός συστήματος υποβοήθησης μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή της ταξινόμησης των ανευρισκόμενων κατά την κολονοσκόπηση πολυπόδων (υπερπλαστικών, οδοντωτών και αδενωμάτων). Φιλοδοξία του εν λόγω συστήματος είναι η βελτίωση της διαγνωστικής ακρίβειας των ειδικών γαστρεντερολόγων-ενδοσκόπων στον χαρακτηρισμό των πολυπόδων του παχέος εντέρου, η χρησιμοποίησή του για εκπαιδευτικούς σκοπούς, καθώς και η διάκριση των βλαβών που πρέπει να αφαιρεθούν αμέσως ενδοσκοπικά από εκείνες στις οποίες αρκεί η λήψη βιοψιών. Ουσιαστικά, πρόκειται για ένα σύστημα οπτικής βιοψίας το οποίο μετά από κατάλληλη «εκπαίδευση» είναι σε θέση να παρουσιάζει τελικά μια τρισδιάστατη ηλεκτρονική απεικόνιση της εκάστοτε βλάβης χρησιμοποιώντας δεδομένα χρώματος (λευκό φως και εικονική χρωμοενδοσκόπηση), υφής και μορφολογίας, όπως αυτά προκύπτουν κατά τη διάρκεια της ενδοσκοπικής εκτίμησής της. Η παραγόμενη τρισδιάστατη απεικόνιση της βλάβης

επιτρέπει την οπτική ταξινόμησή της σε μια από τις κατηγορίες πολυπόδων του παχέος εντέρου, ώστε να ληφθούν στη συνέχεια οι περαιτέρω κλινικές αποφάσεις.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που ανακοινώθηκαν το νέο σύστημα οπτικής βιοψίας παρουσίασε πολύ καλά αποτελέσματα στον χαρακτηρισμό των πολυπόδων, υπολειπόμενο μόνο στην περίπτωση των οδοντωτών βλαβών. Το γεγονός αυτό πιθανόν οφείλεται, σύμφωνα με τους συγγραφείς, στην υβριδική φύση των συγκεκριμένων πολυπόδων. Εξαιρετικά ενδιαφέρον είναι, πως όταν τα αποτελέσματα του συστήματος αυτού συγκρίθηκαν με εκείνα πραγματικών ενδοσκοπικών (έμπειρων και αρχάριων), φάνηκε πως το σύστημα υπερτερεί στο σωστό χαρακτηρισμό των οδοντωτών βλαβών και των αδενωμάτων, ενώ παρουσιάζει ίδια ικανότητα ορθής διάγνωσης των υπερπλαστικών πολυπόδων.

Συμπερασματικά, φαίνεται πως το νέο σύστημα οπτικής βιοψίας μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή ενδέχεται να βοηθήσει μελλοντικά στη βελτίωση της ακρίβειας της ενδοσκοπικής διάγνωσης, τη μείωση του σχετιζόμενου με άσκοπες βιοψίες και πολυποδεκτομές κόστους και, ίσως, την εκπαιδευτική διαδικασία στους νέους και όχι μόνο, γαστρεντερολόγους.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Mesejo P, Pizarro D, Abergel A, et al. Computer-Aided Classification of Gastrointestinal Lesions in Regular Colonoscopy. IEEE Trans Med Imaging. 2016; 35:2051-2063
2. Pohl J1, Lotterer E, Balzer C, et al. Computed virtual chromoendoscopy versus standard colonoscopy with targeted indigocarmine chromoscopy: a randomised multicentre trial. Gut. 2009; 58:73-8.



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΕΙΝΑΙ ΤΑ 10 ΕΤΗ ΤΟ ΣΩΣΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΜΕΣΟΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΑΜΕΣΑ
ΣΤΙΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ;
ΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Κωνσταντίνος Ζωγράφος

Οι τρέχουσες κατευθυντήριες γραμμές συνιστούν, ότι σε άτομα μέσου κινδύνου, μετά από μια αρχική αρνητική (προληπτική) κολονοσκόπηση, ο ενδοσκοπικός επανέλεγχος θα πρέπει να διενεργείται μετά την πάροδο 10 ετών. Σε άτυπες ψηφοφορίες, η πλειοψηφία των γαστρεντερολόγων επιλέγει επανεκδοσκόπηση σε 5-7 έτη. Είναι θέμα ανασφάλειας;

Τεκμηρίωση επιλογής 10ετούς χρονικού διαστήματος.

Το 10ετές χρονικό διάστημα βασίζεται σε αναμφισβήτητα, αλλά έμμεσα δεδομένα. Από επιδημιολογικά στοιχεία, παρατηρούμε ότι υφίσταται ένα 10ετές χάσμα μεταξύ της εμφάνισης αδενώματος και ανάπτυξης καρκίνου. Αυτό συνεπάγεται ότι, σε άτομα μέσου κινδύνου, απαιτείται χρόνος για την εξέλιξη αδενώματος σε καρκίνο και πιθανότατα για την εμφάνιση πρόσθετων γενετικών μεταλλάξεων. Μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες έδειξαν ότι η διενέργεια σιγμοειδοσκόπησης προφυλάσσει τους ασθενείς από την εμφάνιση καρκίνου περισσότερο από 10 έτη, όμως μόνο για το τμήμα του εντέρου το οποίο έχει ελεγχθεί. Ωστόσο, είναι γνωστό, ότι ο καρκίνος του εγγύς εντέρου, διαφέρει βιολογικά και γενετικά από εκείνον του αριστερού εντέρου, και αυτό καθιστά την σιγμοειδοσκόπηση αμφισβητήσιμη. Πιο πρόσφατα ο Singh και συνεργάτες παρουσίασαν τα αποτελέσματα μιας αναδρομικής ανάλυσης, δεδομένων τα οποία αφορούσαν άτομα τα οποία είχαν υποβληθεί σε κολονοσκόπηση στην περιοχή της Manitoba. Άτομα με αρνητική αρχική κολονοσκόπηση είχαν σταθερή συχνότητα επίπτωσης καρκίνου (standardized incidence ratio) **0,59** στα 2 έτη, **0,55** στα 5 έτη και **0,28** στα 10 έτη σε σχέση με την αναμενόμενη συχνότητα εμφάνισης στην περιοχή. Συνεπώς, μια αρχική αρνητική κολονοσκόπηση, δεν εκμηδενίζει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, αλλά μειώνει αισθητά τα ποσοστά εμφάνισής του κατά τη διάρκεια μιας 10ετίας. Επίσης, σε αυτή την μελέτη, μετά την αρχική κολονοσκόπηση, ένας μικρός αριθμός καρκίνων εμφανίστηκε κατά την διάρκεια των πρώτων ετών, ενώ στα υπόλοιπα άτομα, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου παρέμεινε ιδιαίτερα χαμηλός απ' ότι αναμενόταν, πέραν της 10ετίας. Είναι πολύ πιθανό λοιπόν, ότι οι καρκίνοι οι οποίοι εμφανίζονται τα

πρώτα χρόνια μετά από μία κολονοσκόπηση, οφείλονται σε βλάβες οι οποίες δεν ήταν ορατές λόγω μεγέθους ή δεν είχαν εντοπιστεί από τον ενδοσκόπο.

Ιδανικό θα ήταν να γνωρίζαμε τα αποτελέσματα κολονοσκόπησης 10 έτη μετά από μία αρχική προληπτική κολονοσκόπηση, αλλά αυτό δεν είναι προς το παρόν εφικτό. Ωστόσο, υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία που αφορούν 5ετή επανέλεγχο μετά από αρνητική ενδοσκόπηση. Η μεγαλύτερη και πιο πρόσφατη εργασία αφορά **1256** άτομα τα οποία υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπικό επανέλεγχο μετά την πάροδο 5 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν **56,7** έτη, ενώ οι περισσότεροι από τους μισούς ήταν άνδρες. Κατένας καρκίνος δεν εντοπίστηκε στον επανέλεγχο μετά από **5,3** έτη. Μολονότι σε ποσοστό **16%** είχαν αδενώματα, μόνο το **1,3** εξ' αυτών ήταν προχωρημένου σταδίου. Αυτά τα δεδομένα, επιβεβαιώνουν την γενική αίσθηση που επικρατεί, ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης σοβαρής παθολογίας στο έντερο, **5** έτη μετά από μία υψηλής αξίας κολονοσκόπηση, είναι πολύ μικρός.

Άποψη για ένα βραχύτερο μεσοδιάστημα.

Το σκεπτικό μείωσης του χρονικού διαστήματος, μετά από μία υψηλής ποιότητας αρχική κολονοσκόπηση, βασίζεται στη λογική του φόβου πιθανής εμφάνισης βλαβών κατά τη διάρκεια του μεσοδιαστήματος (ενδιάμεσες βλάβες). Ακόμη και σε προγράμματα εντατικής επιτήρησης, η συχνότητα εμφάνισης ενδιάμεσων βλαβών είναι μικρή αλλά υπαρκτή. Οι αιτίες εμφάνισης αρκετές. Μια από αυτές, είναι ότι κάποιοι ασθενείς θα αναπτύξουν καρκίνο ταχύτερα πιθανότατα λόγω πιθανής παρουσίας μικροδορυφορικής αστάθειας (microsatellite instability). Υπολογίζεται ότι στα άτομα με ενδιάμεσους καρκίνους, το ποσοστό ανέρχεται στο **30%**, ενώ στα άτομα στα οποία ο καρκίνος είχε διαγνωστεί στην αρχική κολονοσκόπηση, **10%**.

Μια δεύτερη, αυξημένης βαρύτητας αιτία, είναι η αυξημένη συχνότητα μη ανίχνευσης βλαβών κατά τη διάρκεια της αρχικής κολονοσκόπησης. Πρόσφατα δεδομένα καταδεικνύουν τους σημαντικούς περιορισμούς στην ακρίβεια της κολονοσκόπησης. Τα δεδομένα προέρχονται από αρκετές μελέτες με αξονική κολονογραφία οι οποίες προσπάθησαν να αναδείξουν τις "αδυναμίες" της κολο-

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΕΙΝΑΙ ΤΑ 10 ΕΤΗ ΤΟ ΣΩΣΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΜΕΣΟΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΑΜΕΣΑ
ΣΤΙΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ;
ΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ



νοσκόπησης. Λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι **α)** όλοι οι συμμετέχοντες ενδοσκόποι ήταν έμπειροι και **β)** ότι, όλες οι κολονοσκοπήσεις διενεργήθηκαν με ιδιαίτερη προσοχή (διότι οι συμμετέχοντες γνώριζαν ότι θα αξιολογηθούν) είναι πολύ πιθανό τα αποτελέσματα αυτών των μελετών να **υποεκτιμούν** την συχνότητα μη ανίχνευσης παθολογικών βλαβών στην καθ' ημέρα πράξη. Οι συγκεκριμένες μελέτες κατέδειξαν, ότι πολύποδες διαμέτρου > **10mm**, δεν εντοπίζονται με την κολονοσκόπηση, σε ποσοστό **2-12%**. Πιθανολογώντας ότι αυτές οι βλάβες ήταν προχωρημένες νεοπλασίες, ο κίνδυνος μετάπτωσης σε καρκίνο, κατά την διάρκεια αναμονής μέχρι την επόμενη κολονοσκόπηση, είναι υπαρκτός. Πρέπει λοιπόν ο φόβος απώλειας βλαβών, να γίνει η βασική αιτία για βράχυνση του μεσοδιαστήματος ελέγχου; Πλέον διαθέτουμε δεδομένα τα οποία αποδεικνύουν, ότι η βελτίωση της ποιότητας της κολονοσκόπησης συνεπάγεται αύξηση της συχνότητας εντοπισμού αδενωμάτων. Συνεπώς, θα πρέπει να εστιάσουμε την προσοχή μας στην ελαχιστοποίηση του ποσοστού αδυναμίας ανεύρεσης βλαβών κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης, παρά στη βράχυνση του διαστήματος ανάμεσα στις κολονοσκοπήσεις. Τα ποσοστά μη εντοπισμού βλάβης ποτέ δεν πρόκειται να εκμηδενιστούν, και η κολονοσκόπηση ποτέ δεν πρόκειται να είναι τέλεια, αλλά η ποιότητα και τα ποσοστά εντοπισμού παθολογικών εστιών μπορούν να βελτιωθούν.

Συνέπειες βράχυνσης του μεσοδιαστήματος.

Φανταστείτε λοιπόν μια ομάδα **100.000** ατόμων με μέσο όρο ηλικίας τα **55** έτη, και με αρνητική αρχική κολονοσκόπηση. Με βάση τις υπάρχουσες κατευθυντήριες γραμμές, θα συνιστούσαμε επανάληψη της ενδοσκόπησης στις ηλικίες **65** και **75** (**200.000** μελλοντικές ενδοσκοπήσεις). Εάν το μεσοδιάστημα ήταν 5 ή 7 έτη, τότε οι αντίστοιχες ενδοσκοπήσεις θα ήταν **400.000** ή **300.000** (περίπου) αντίστοιχα, για μία περίοδο **20** ετών. Θα ήταν αυτή μια καλή επένδυση την στιγμή που οι πόροι για τις κολονοσκοπήσεις είναι περιορισμένοι;

Μειώνοντας την συχνότητα εμφάνισης καρκίνου μετά από μια αρνητική αρχική κολονοσκόπηση.

Τι είναι πιο λογικό: **α)** να κολονοσκοπούμε πιο συχνά

τους ασθενείς φοβούμενοι την ποιότητα της ενδοσκόπησης ή **β)** να βελτιώσουμε την ποιότητα αυτής; Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις που δείχνουν ότι η βελτίωση της ποιότητας της κολονοσκόπησης συνεπάγεται αύξηση του ποσοστού ανίχνευσης πολυπόδων καθώς και μείωση της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου κατά την διάρκεια του διαστήματος ανάμεσα στις κολονοσκοπήσεις. Οι τελευταίες συστάσεις που αφορούν στην διενέργεια της κολονοσκόπησης, και οι οποίες έχουν γίνει συστήνουν: **α)** κατάλληλο διάστημα επανελέγχου με κολονοσκόπηση για άτομα μέσου κινδύνου **β)** κατάλληλο διάστημα επιτήρησης για ασθενείς με πολύποδες και **γ)** ολοκληρωμένη και λεπτομερής έκθεση κολονοσκόπησης.

Συμπέρασμα

Παρά του ότι το 10ετές μεσοδιάστημα δεν υποστηρίζεται από βιβλιογραφικά δεδομένα, υπάρχει μια βιολογικά εφαρμόσιμη λογική και έμμεσες αποδείξεις, οι οποίες υποστηρίζουν την υιοθέτηση του. Ο φόβος απώλειας παθολογικών βλαβών κατά την κολονοσκόπηση φαίνεται να είναι η βασική αιτία της λογικής της αντίθετης πλευράς, σε αυτή την αντιπαράθεση. Ωστόσο, η αύξηση της συχνότητας των κολονοσκοπήσεων, καταναλώνει πολύτιμους οικονομικούς πόρους, και εκθέτει τους ασθενείς σε κίνδυνο, με αξιοσημείωτα χαμηλό όφελος. Πρέπει να δοθεί εκ μέρους μας έμφαση στη βελτίωση ποιότητας της κολονοσκόπησης ώστε να μειώσουμε τις πιθανότητες απώλειας παθολογικών βλαβών. Ομάδες εμπειρογνομόνων έχουν αναπτύξει ποιοτικούς δείκτες τους οποίους πρέπει να εφαρμόζουμε στην κλινική πράξη και μέσω αυτών να πετύχουμε ποιοτικότερες κολονοσκοπήσεις. Επίσης, είναι σκόπιμο να μελετήσουμε το όφελος, τον κίνδυνο και το κόστος των υβριδικών προγραμμάτων, τα οποία μπορούν να επιτηρούν τον ασθενή στο διάστημα ανάμεσα στις κολονοσκοπήσεις.

"Υπάρχουν ξεκάθαρα στοιχεία τα οποία αποδεικνύουν ότι η βελτίωση της ποιότητας της κολονοσκόπησης συνεπάγεται αύξηση του εντοπισμού πολυπόδων καθώς και μείωση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου στο διάστημα ανάμεσα στις κολονοσκοπήσεις."



Ελεύθερο Θέμα

Σπύρος Κωνσταντούλας.

ΜΟΝΑΞΙΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΟΤΗΤΑ (*Μέρος 2°)

Αφήνοντας τις διάφορες εποχές της παρακμής και των σκοτεινών αιώνων μπαίνουμε στον αιώνα των φώτων (18ος) και την εποχή του Διαφωτισμού. Η βαθεία και κύρια σημασία του είναι η έξοδος του ανθρώπου απ' την ανωριμότητα για την οποία ο ίδιος είναι υπεύθυνος και το πέρασμα στη δραστηριότητα με ευθύνη, ελευθερία επιλογής και αποφασιστικότητα.

Τώρα τα δικαιώματα της ατομικότητας συνυφαίνονται με τα προτάγματα της Συλλογικότητας και οι ατομικές αξίες μεταστοιχειώνονται σε υπερ-ατομικές συλλογικές αξίες.

Κι η εποχή του Διαφωτισμού της αριστουργηματικής φιλοσοφίας και με τα απίστευτα επιτεύγματα σ' όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, σημαδεύτηκε κι από απρόσμενες παλινδρομήσεις και οπισθοχωρήσεις ώστε σήμερα παρ' όλο που τα προτάγματα δεν ολοκληρώθηκαν, βαφτίσαμε την σημερινή εποχή μετα-νεωτερικότητα μ' όλα τα συνακόλουθα: Μετα-μοντερνισμός, μετα-δημοκρατία, μετα-αλήθεια, κ.λπ.)

Ο Γκαίτε με τη μεγαλειώδη αίσθηση της οικουμενικότητας είχε επισημάνει νωρίς τους κινδύνους της Υποκειμενικότητας ξεκινώντας απ' την Τέχνη: "Όλες οι οπισθοδρομικές και φθίνουσες εποχές είναι υποκειμενικές, ενώ αντιθέτως, οι εποχές που προχωρούν προς την καλύτερευση και την πρόοδο έχουν κατεύθυνση αντικειμενική. Η σημερινή εποχή μας είναι οπισθοδρομική γιατί είναι υποκειμενική. Τούτο φαίνεται όχι μόνο στην Ποίηση, αλλά και στη Ζωγραφική και σ' ένα σωρό άλλα πράγματα. Κάθε αξιόλογος προσπάθεια στρέφεται εκ των έσω προς τον έξω κόσμο, αυτό δε παρατηρείται σ' όλες τις εποχές οι οποίες αγωνίζονταν και προόδευαν και ήσαν αντικειμενικές" (Συνομιλίες με τον Έκερμαν)

Δεν είναι υπερβολή να πούμε ότι το μόνο που κατάφερε ο μεταμοντερνισμός στην τέχνη ήταν να μας κάνει να δούμε πόσο η μοντέρνα τέχνη ήταν πραγματικά μεγάλη!

Σήμερα την μοναξιά του "γυάλινου πύργου" διαδέχθηκε η μοναξιά του Διαδικτύου. Η ανθρωπότητα, δε, υποφέρει από πλανητική μοναξιά σε τέτοιο βαθμό που έχασε την ικανότητά της να αναγνωρίζει την πραγματικότητα! Είναι δε τέτοια η πλανητική μας μοναξιά που απεγνωσμένα

ψάχνουμε όντα από άλλους πλανήτες για συντροφιά!

Με την πρωτόγνωρη σημερινή απομόνωση και αποξένωση κινδυνεύουμε να φθάσουμε απ' το "τίποτε το ανθρώπινο δεν μου είναι ξένο" του Τερέντιου, στο "οτιδήποτε το ανθρώπινο μου είναι ξένο"! Κι ενώ ο ίδιος ο άνθρωπος ίσως αναρωτιέται προς τα πού πάει, ο ίδιος άνθρωπος με την αποξένωσή του βυθίζεται ακόμα περισσότερο σ' ένα σολιψιστικό κλωβό και μισάνθρωπο εγκλεισμό.

Μέσα στην αβάσταχτη μοναξιά του Διαδικτύου η δειλία και η ανευθυνότητα τώρα μεταμφιέζονται: παλιότερα κρύβονταν πίσω από τηλεφωνικές συσκευές για να κάνουν φάρσες και απειλές, τώρα για διαδικτυακό εκφοβισμό, μετάδοση ψευδών ειδήσεων και ψευδοεπιστημονικών ανακαλύψεων.

Ταιριάζει στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια αυτός ο μικρόκοσμος που με θλίψη επεσήμανε ο Ελύτης: : "Η ζωή των περισσότερων ανθρώπων: Σπίτι, Γραφείο, Αυτοκίνητο, Αποχωρητήριο, Φέρετρο."

Κάποιοι όμως υμνούν την "ιερότητα" της ιδιωτικότητας και Ατομικότητας αλλά για ποια Ατομικότητα μιλάμε; Σχεδόν όλοι κάνουν το ίδιο, όπως για παράδειγμα εκατομμύρια ανθρώπων την ίδια στιγμή πατάν ένα κουμπί για να δουν ειδήσεις! Μάλλον για μαζική ομοιότητα πρόκειται. Επιπλέον δε, αυτή η "ιερή" Ατομικότητα γίνεται τις περισσότερες φορές άγρυπνο κώμα μπροστά στους δέκτες της τηλεκατανάλωσης.

Τι μπορεί να είναι η απόσυρση στην ιδιωτική σφαίρα πέρα από ένα κόσμο μονότονων αδρανών και βολικών φαντασιώσεων;

Μορφή, μας λέει ο Β. Ουγκώ, είναι ο βυθός που αναδύεται στην επιφάνεια, όμως σήμερα στην επιφάνεια κυρίως επιπλέουν οι φελλοί (Νίτσε). Πράγματι, η εποχή μας είναι τόσο ρηχή που επιφάνεια και βυθός είναι ένα και το αυτό και κάθε βάθος έχει χαθεί.

Η σκηνή-οθόνη της σημερινής δημοσιότητας είναι ο χώρος για ρόλους ψευδοεξουσίας και ανικανοποίητης ματαιοδοξίας κι όχι η αληθινή Δημόσια σφαίρα της αξι-



Ελεύθερο Θέμα

οκρατίας και της συλλογικής δημιουργίας. Η αρετή, η αλήθεια και οι αξίες δεν έχουν ανάγκη από καμία κάμερα και καμία οθόνη. Δεν είναι τυχαίο που στη Δημοσιότητα επιλοχωρούν κενόδοξα και ανίκανα άτομα που λανσάρουν την κάθε ηλίθια ιδιοτροπία τους για πρωτότυπη φιλοσοφία και ιδεολογία. Ακόμα και οι λεγόμενες Δημόσιες σχέσεις κατήντησαν σχέσεις καταπάτησης των Δημόσιων συμφερόντων και υπεράσπισης των ιδιωτικών (ομάδες πίεσης, Λόμπυ) με αποτέλεσμα να είναι κατά το πλείστον, οι σημερινοί Δημοσιο-γράφοι, γραφιάδες ιδιωτικών συμφερόντων. Πολλοί δε επιχειρηματικοί όμιλοι με το προσωπείο της Δημόσιας χορηγίας δεν αποβλέπουν παρά σε ιδιοτελή συμφέροντα κερδοσκοπικής βουλμίας. Και σαν να μην έφθαναν αυτά, έχουμε πολύ συχνά το φαινόμενο όπου αυτόκλητοι “Δημόσιοι φιλόσοφοι” ή ψευτοφιλόσοφοι των ΜΜΕ παρελαύνουν στην οθόνη και ως χαμιαλέοντες αλλάζουν ιδεολογικά και πολιτικά χρώματα ανάλογα με το “τι πουλάει” χωρίς ντροπή και δημόσια αιδώ!

Υπάρχει έστω και στοιχειώδης αυστηρότητα και σοβαρότητα στη Δημοσιότητα; Εκτός απ’ τις ψευδείς ειδήσεις και τις “μετα-αλήθειες” ακόμα και προσωπικό παραλήρημα αν γράψει κάποιος και το δώσει προς δημοσίευση σήμερα είναι πιθανό πως και θα δημοσιευθεί και θα εκδοθεί και θα μοσχοπουληθεί.

Ο σημαντικός και αληθινά σπουδαίος άνθρωπος δεν ζητά, ούτε ζητιανεύει την φήμη και Δημοσιότητα, ενώ ο μωροφιλόδοξος και κενός κατατράχεται από δίψα για φήμη κι απ’ την ίδια του την ασημαντότητα.

Γίνεται πλέον φανερό ότι στις μέρες μας η Δημοσιότητα δεν στοχεύει ούτε στο Δήμο ούτε στην Πόλιν, ούτε στο κοινό συμφέρον ή στην Ανθρωπότητα, αλλά στην ικανοποίηση του ναρκισσισμού σε μια διψασμένη για φήμη και αναγνώριση ελλιπή προσωπικότητα.

Η σημερινή πολιτική όπως και η αντιπροσώπευση έχουν βυθιστεί στη μεταφυσική της Δημοσιότητας και επικοινωνίας με αποτέλεσμα να κυριαρχούν οι ίντριγκες, η δημαγωγία, η ψηφοθηρία και οι μεγαλόστομες υποσχέσεις στην εκλογική πελατεία.

Έχουμε “Αγορές” με τους “νόμους” τους και το αόρατο

χέρι τους αλλά δεν έχουμε αληθινή Αγορά και Δημόσιο Βίο. Έτσι, δεν μπορεί να υπάρξει κοινωνική συνοχή χωρίς Δημόσια συμμετοχή, γι’ αυτό και η πιο ανυπόφορη μοναξιά είναι η μοναξιά του πλήθους καθ’ όσον γίνεται έντονα αισθητή η απουσία του ήθους της συλλογικότητας.

Ακόμα και με τα πολλά πολιτικά κόμματα, θα ‘λεγε κανείς πως έχουμε κομμάτισμα του Δημόσιου και κοινού συμφέροντος σε μικροπολιτικά συμφέροντα.

Χωρίς καν να έχει υλοποιηθεί στην πράξη το αίτημα της συλλογικής και αληθινής Δημοκρατίας, έχουμε εκτραπεί όπως διαπιστώνουν μερικοί, σε μετα-δημοκρατία και στην εξωθεσμική, μη κυβερνητική τεχνοκρατική εξουσία. Αυτή είναι η αληθινή μοναξιά: Είμαστε απόλιδες, μη πολίτες, χωρίς πολιτικούς αλλά με επαγγελματίες διοικητικούς σε μια πόλιν που δεν είναι πόλις και ούτε τη διαλέξαμε εμείς.

Η επισήμανση κάποιων αντιθέσεων ίσως μας δείξει τα αίτια της σημερινής μας κατάστασης.

Ένοιωθαν μοναξιά οι Αρχαίοι Αθηναίοι; Μάλλον όχι.

Δεν τους ένοιαζε η συσσώρευση πλούτου ούτε η ατομική ιδιοκτησία αλλά η Δημόσια αγαθοεργία.

Ήταν φιλότιμοι γιατί ήταν μεγάλη τιμή να υπηρετούν την πόλιν ενώ ο άτιμος (με την πολιτική και όχι ηθική έννοια) ήταν ό,τι χειρότερο (στέρψη πολιτικών δικαιωμάτων). Η απλότητα και λιτότητα των οικιών (ακόμα και οι εύποροι Αθηναίοι δεν είχαν μεγάλα σπίτια) δείχνει ότι ο χώρος των επιλογών και αποφάσεων ήταν ο Δημόσιος χώρος και όχι ο ιδιωτικός.

Υπήρχε θεσμός για συμμορίες (συν+μείρομαι: συμμετέχω) δηλαδή, οι πλούσιοι Αθηναίοι κληρώνονταν για εισφορά σε Δημόσιες λειτουργίες (Τριηραρχία, Χορηγία κ.λπ.) ενώ εμείς σήμερα έχουμε συμμορίες για ληστείες Δημόσιου και Ιδιωτικού πλούτου.

Διεξάγονταν Αγώνες τραγικών ποιητών, ενώ σήμερα έχουμε εξοντωτικούς οικονομικούς αγώνες (ακόμα κι οι Ολυμπιακοί “αγώνες”) ως παιχνίδια πολυεθνικών εταιρειών.



Ελεύθερο Θέμα

Εμφορούνταν, λόγω παιδείας, από ήθος θνητότητας (θνητά φρονεΐν), ενώ σήμερα κυριαρχεί ένας ηλίθιος πόθος αιωνιότητας.

Ποτέ δεν υπήρξε μοναχικός πανηγυρικός, ούτε σπουδαία ατομικότητα χωρίς Συλλογικότητα. Τα μεγάλα Παναθήναια ήταν αληθινή γιορτή της Συλλογικότητας σε αντίθεση με τις σημερινές παγκόσμιες ημέρες και εορτές της οικουμενικής μοναχικότητας που αντί για πανηγυρικούς, έχουμε πνιγεί από τα πολλά πανηγύρια και τις εορταστικές εκδηλώσεις.

Οι πολίτες της Αθήνας τιμούσαν δια στεφάνων τους ευεργέτες και δημόσιους λειτουργούς της Πόλης, ενώ η σημερινή δημοσιότητα μας απδιάζει με τις επιδεικτικές τελετές, ακόμα και τους γάμους των μεγιστάνων.

Όπως υπάρχει εγωκεντρική αντίληψη σε αντίθεση με την συλλογική συναντίληψη έτσι και η δημιουργική μοναξιά αντιτίθεται στην μισάνθρωπη-ναρκισσιστική μοναξιά. Προτιμότερη πάντα η στοχαστική και δημιουργική μοναξιά από την επίπλαστη και αποβλακωτική δημοσιότητα που είναι δήθεν συλλογικότητα.

Μας λέει ο μεγάλος μας ποιητής Διον. Σολωμός: “Το να είναι κανείς μόνος είναι αληθινός πλούτος” και μέσα στη μοναξιά του, όμως, ο ποιητής κουβαλούσε όλο τον καημό της σκλαβωμένης Ελλάδας και την αγωνία του ξεσηκωμού, της επανάστασης και της ελευθερίας, δίνοντάς μας ποιήματα αριστουργηματικής δημιουργίας. Κι ο Σεφέρης αργότερα μ’ όλη την ποιητική αλλά και κοινωνικοπολιτική του περιπλάνηση, δεν έκρυβε ότι σιγοκαίγονταν πάντοτε απ’ τον καημό της Ρωμιούσνης: “Όπου και να ταξιδέψω, η Ελλάδα με πληγώνει!”

Γνωρίζοντας ότι ο άνθρωπος είναι “ζώον πολιτικόν” (Αριστοτέλης) και όχι Ιδιωτικόν ή αγελαΐον, αφήνοντας την βολή και θαλπωρή της “αγέλης”, δεν μας χρειάζεται η μάζα και η μαζικότητα, ούτε η οικογενειοκρατία και η προσωπολατρεία αλλά ένας πολιτισμός ως εκχύλισμα και ποιότητα του τόπου και του τρόπου της Συλλογικότητας.

Μια πρώτη μικρή μορφή συλλογικότητας είναι η οικογένεια,

όμως η υπερβολική επιείκεια και υπερπροστασία, πάντα με τη μορφή της αγάπης, κάνει μεγάλες εκπώσεις όπως και υπερβάλλει στους επαίνους: π.χ. ενεργήθηκε το παιδί κι ακούει ένα γενναίο μπράβο. Έφαγε το φαί του και πάλι ακούει μπράβο και γι’ άλλες απλές φυσικές λειτουργίες. Μ’ αυτόν τον τρόπο, όμως, ευτελίζονται οι έπαινοι και το παιδί νωρίς εθίζεται στα εύκολα μπράβο αποφεύγοντας τα “δύσκολα και ανεκτίμητα εύγε”.

Τελειώνοντας, για να μη μεταμορφωθεί η λήθη του Είναι (Χάιντεγκερ) σε ηλίθιο τρόπο του Είναι, καλόν είναι να έχουμε κατά νου τους στίχους του Καβάφη: “Αν δεν μπορείς να κάνεις τη ζωή σου αυτή που θέλεις, προσπάθησε τουλάχιστον, όσο μπορείς, να μην την εξευτελίζεις..., μες στη πολλή συνάφεια του κόσμου... των σχέσεων και των συναναστροφών την καθημερινή ανοησία!”

Με τη δύναμη του παραδείγματος (Δημοσθένης) και οδηγό τον Ελύτη (της πατρίδας μου ομοιώθηκα...) να γίνουμε εραστές της πόλεως (Θουκυδίδης) και της αληθινής πολιτικής και να μην καταντήσουμε μνηστήρες της εξουσίας και της ψευδοπολιτικής, προσπαθώντας να υπηρετούμε τις Συλλογικές και Δημόσιες Αξίες κι όχι να κυνηγούμε τα Δημόσια Αξιώματα.

Αξίζει τον κόπο ν’ αφήσουμε τη βολική μοναξιά, και όπως στο παρελθόν οι Έλληνες “να πάρουμε τ’ άρματα για την Ομορφιά”, αλλ’ όχι για ένα πουκάμισο αδειανό, για μιαν Ελένη.

“Πολύ δεν θέλει ο κόσμος, ένα ελάχιστο, όπως πριν απ’ το αυτοκινητιστικό δυστύχημα, αλλά προς την αντίθετη κατεύθυνση!” (Ελύτης)

Συμπερασματικά, θα λέγαμε, φτάνει πια με τα απελπιστικά μετά- (μετα-νεωτερικότητα, μετα-δημοκρατία, τώρα μετα-αλήθεια).

Είναι μεγάλος ο πειρασμός να δημιουργήσουμε με τόλημ μια νέα λέξη, με θετική σημασία και αισιόδοξο περιεχόμενο και που θα συναντιέται με την πραγματικότητα. Είναι καιρός, πια, η Ανθρωπότητα να περάσει απ’ την ηλιθιότητα της μετα-νεωτερικότητας στην META-ΗΛΙΘΙΟΤΗΤΑ!



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ
15^η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

ΣΤΟΜΑΧΟΣ

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

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



ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΚΑΙ
ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ
1 & 3 Δεκεμβρίου 2017

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



Θεσσαλονίκη θα πάτε;



Η συμπρωτεύουσα.... κάποτε συμβασιλεύουσα.. δηλαδή πάντα «δεύτερη».. σήμερα από την πρωτεύουσα Αθήνα.. και στο παρελθόν από την βασιλεύουσα Κωνσταντινούπολη.

Ίσως αυτό να δημιουργήσει το κλασικό στερεότυπο ότι είναι «ριγμένη» πάντα.. από τις υποδομές μέχρι και το ποδόσφαιρό με ενδιαμέσο ότι η φαντασία του βορειοελλαδίτη μπορεί να χωρέσει... Ένα κλισέ που αδικεί και την πόλη και τους πολίτες της γιατί μπορεί να είναι λίγο πρωτεύουσα και λίγο επαρχία αλλά είναι αυθεντική, έχει το δικό της χρώμα και το δικό της χαρακτήρα που μπορούν να την απογειώσουν αν αφήσει πίσω της τα κόμπλεξ και την γκρίνια για να ξαναγίνει αυτό που κάποτε ήταν, πρωτεύουσα των Βαλκανίων όπου μπορεί να βρει κανείς όχι μόνο τα Ρωμαϊκά, Βυζαντινά, Οθωμανικά της ίχνη αλλά και εκείνα που άφησαν έστω σαν αύρα οι πολυπληθείς κοινότητες των Εβραίων, των Γάλλων, Ιταλών και οι πολίτες των άλλων εθνικοτήτων που ζύμωσαν και ζυμώθηκαν στην πόλη.

Η Θεσσαλονίκη όμως (αφού θα έλεγαν εδώ) είναι «ερωτική πόλη». Αυτό είναι το δεύτερο στερεότυπο που συνοδεύει μεταπολεμικά την πόλη, ένα δεύτερο κλισέ που πάλι την αδικεί γιατί μπορεί εδώ να έζησαν τα πρώτα ερωτικά σκιρτήματά τους οι εκατοντάδες χιλιάδες νέοι που ήρθαν και έζησαν σαν φοιτητές εδώ αλλά η πόλη έχει τα δικά της βάσανα και τους καημούς που τους τραγούδησαν τροβαδούροι κλα-

σικοί, ρεμπέτες, και λαϊκοί μιλώντας όχι μόνο για «Τα Λαδάδικα» (Δ. Μητροπάνος) αλλά και για την «Μεγάλη φτωχομάννα» (Στ.Καζαντζίδης). Δεν είναι λοιπόν (ή δεν είναι μόνο) ερωτική .. είναι μια ζωντανή, αληθινή θα έλεγα αυθεντική και άκρως ενδιαφέρουσα πολιτεία.

*«Αφού με έσπειρε μια μοίρα αυτοκρατορίσσα
μήτρα με γέννησε αρχαία Μακεδόνισσα
Μ' άδεια φαρέτρα πολεμώ τον χειμώνα
από το κάστρο στην καρδιά του Πλαταμώνα*

*Αφού με φέρνει μονοπάτι φαναριώτικο
Ένα σοκάκι με κρατάει Σαλονικιώτικο
Έλα ένα βράδυ την υπόσχεση να πάρεις
πριν να την σβήσει με σφουγγάρι ο Βαρδάρης*

*Σ' αναζητώ, σ' αναζητώ στη Σαλονίκη ξημερώματα
Λείπει το βλέμμα σου απ' της αυγής τα χρώματα
Σ' αναζητώ, σ' αναζητώ με ένα βιολί κι ένα φεγγάρι
Λείπει το όνειρο, εσύ και το δοξάρι»....*

Τι είναι λοιπόν τελικά η Θεσσαλονίκη;

Οι 788.191 ψυχές κατά την απογραφή του 2011. Οι 72.000 θεατές που παρακολούθησαν τις 214 ταινίες του φετινού 57ου Φεστιβάλ Κινηματογράφου. Τα 34 μέτρα το ύψος του Λευκού πύργου και τα 76 του Πύργου του ΟΤΕ. Ίσως και τα 9,6 χλμ. μήκους της βασικής γραμμής του Μετρό της Θεσσαλονίκης που σιγά σιγά και καθυστερημένα θα κάνει την εμφάνισή του ξεχνώντας την γελοία «τρύπα» στην Εγνατία που «φύτεψε» 30 χρόνια πριν κάποιοι «φιλόδοξος» δήμαρχος.

Ήρθε όμως η ώρα να μιλήσουμε για την ίδια την πόλη και τους αληθινούς θησαυρούς της, τα μνημεία της..

Όλοι αυτοί οι θησαυροί βρίσκονται μπροστά μας, τριγύρω μας και πολλές φορές κάτω από τα πόδια μας σε μια πόλη της οποίας τα μυστικά δεν γνωρίζουν στο σύνολο τους ούτε οι κάτοικοι της! Αποκαλύπτονται σιγά σιγά σε όσους τολμήσουν να κοιτάξουν με άλλη ματιά και να ακούσουν τους ψίθυρους που φτάνουν



μέχρι σήμερα στα αυτιά μας...

Ένας μάλλον αποτελεσματικός τρόπος να διηγηθεί κάποιος ή να περιγράψει την πόλη είναι να ακολουθήσει τις προτεινόμενες από τους σχετικούς ξεναγούς διαδρομές

1. Ρωμαϊκός περίπατος 1: Ρωμαϊκή Αγορά, Μουσείο Ρωμαϊκής Αγοράς.

2. Ρωμαϊκός περίπατος 2: Θεσσαλονίκη: Αυτοκρατορική πόλη

Ροτόντα, Αψίδα Γαλερίου, Ανάκτορο Γαλερίου

Ροτόντα:

Μνημείο Παγκόσμιας Πολιτιστικής Κληρονομιάς της UNESCO, που επιτέλους, μετά από 40 χρόνια είναι και πάλι ανοικτό στο κοινό.

Το επιβλητικό αυτό μνημείο, που σηματοδοτεί το μεταίχμιο ανάμεσα στον ειδωλολατρικό και το χριστιανικό κόσμο, «απελευθερώθηκε» από τις σκαλωσιές το 2015 και οι επισκέπτες μπορούν και θαυμάζουν τα μοναδικής τέχνης και ομορφιάς ψηφιδωτά σε όλο τους το μεγαλείο.

Η Ροτόντα κτίστηκε στα χρόνια του Καίσαρα Γαλερίου γύρω στο 304 μ.Χ. Το κτίσμα οποίο προοριζόταν για μαυσωλείο του Καίσαρα Γαλερίου. Δεν έγινε ποτέ. Εξαιτίας του θανάτου του Γαλερίου το 311 μ.Χ., η Ροτόντα έμεινε κενή χωρίς χρήση για αρκετό διάστημα.

Ροτόντα ονομάστηκε από το κυκλικό της σχήμα. Από την Αψίδα του Γαλερίου μία "πομπική οδός" οδηγούσε προς το ΒΑ στη Ροτόντα, το κορυφαίο κτίριο του Γαλεριανού Συγκροτήματος, στο επιβλητικό, πλινθόκτιστο, κυκλικό στην κάτοψή του οικοδόμημα. Η Ροτόντα είναι όμοια με το Πάνθεον της Ρώμης και θεωρείται το «δίδυμό» του.

Στα τέλη του 4ου αιώνα, την εποχή του Θεοδοσίου Α' και αφότου στη Θεσσαλονίκη είχε επικρατήσει ο Χριστιανισμός, η Ροτόντα μετατράπηκε σε χριστιανικό ναό των Ασωμάτων Δυνάμεων ή Αρχαγγέλων και τότε έγιναν στο μνημείο ορισμένες μετασκευές, που ήταν αναγκαίες για τη νέα λατρεία.

Η Ροτόντα λειτουργεί σήμερα ως Μουσείο.

Καμάρα - Αψίδα Γαλερίου:

Η αψίδα του Γαλερίου γνωστή και ως «Καμάρα» είναι ένα από τα πιο αναγνωρίσιμα και διακεκριμένα ρωμαϊκά μνημεία της Θεσσαλονίκης. Μαζί με τον Λευκό Πύργο αποτελεί ίσως τον δημοφιλέστερο προορισμό τόσο για τους ντόπιους όσο και για τους επισκέπτες της πόλης.

Είναι ένα μνημείο θριαμβικού χαρακτήρα που συγκεντρώνει πολλά και ενδιαφέροντα στοιχεία της Ρωμαϊκής μνημειακής αρχιτεκτονικής ενώ ήταν αφιερωμένο στην νικηφόρα εκστρατεία του αυτοκράτορα Γαλερίου έναντι των Σασσανιδών της Περσίας και την κατάληψη της πρωτεύουσας τους Κτησιφών το 298 μ.Χ.

Καθώς η αψίδα ήταν μέρος του ευρύτερου αρχιτεκτονικού συμπλέγματος που περιελάμβανε τα Ανάκτορα και το εντυπωσιακό κυλινδρικό κτίσμα της Ροτόντας σε μια ενιαία οντότητα, μπορούμε να αντιληφθούμε το πλούσιο και έντονο ρωμαϊκό παρελθόν της πόλης.

Η τοποθεσία της Καμάρας βρίσκονταν δίπλα στην εξαιρετικά σημαντική ρωμαϊκή Εγνατία Οδό (Via Egnatia).

Η Καμάρα αποτελεί το πιο κοινό σημείο συνάντησης για τους περισσότερους Θεσσαλονικείς και την εντυπωσιακά μεγάλη φοιτητική κοινότητα της πόλης. Είναι εξαιρετικά προσβάσιμη ενώ πλήθος άλλων αξιοθέατων και περιοχών που αξίζουν της προσοχής σας βρίσκονται σε ιδανική απόσταση για περπάτημα.

Ανάκτορο Γαλερίου:

Το **Ανακτορικό συγκρότημα του Γαλερίου** είναι χτισμένο στο κέντρο της **Θεσσαλονίκης** στην περιοχή της **πλατείας Ναυαρίνου**. Από τα ευρήματα που διασώζονται ως σήμερα, είναι φανερό στον επισκέπτη, ότι η Θεσσαλονίκη κατά τη Ρωμαϊκή περίοδο διέθετε επιβλητικότητα, μεγαλείο και βρισκόταν σε μεγάλη ακμή.

Η ανέγερση των ανακτόρων πραγματοποιήθηκε στις αρχές του **4ου αιώνα μ.Χ** από τον **Γαλέριο Βαλέριο**



Μαξιμιανό, έναν από τους τέσσερις αυτοκράτορες που διοικούσαν την Ρωμαϊκή αυτοκρατορία κατά τη διάρκεια της Τετραρχίας.

Το Γαλεριανό συγκρότημα στη Θεσσαλονίκη αποτελούσαν τα εξής κτίσματα : **το κυρίως Ανάκτορο, το Οκτάγωνο, ο Ιππόδρομος, η Αψίδα του Γαλερίου (Καμάρα)** και η **Ροτόντα**.

3. Βυζαντινός περίπατος 1: Μουσείο Βυζαντινού Πολιτισμού

Το μουσείο (κανένα μουσείο) δεν περιγράφεται επίσημα ως επίσημο, είναι η πρόταση.

4. Βυζαντινός περίπατος 2: Via Regia-οι εκκλησίες της: Αχειροποίητος, Αγ. Σοφία, Βαπτιστήριο Αγ. Ιωάννη, Σωτηράκι, Άγ. Παντελεήμων

5. Οθωμανικός περίπατος: Οθωμανική Θεσσαλονίκη: τζαμιά, χαμάμ, αγορές-Ένας οριενταλιστικός κόσμος, Bey Hamam, Γενί Χαμάμ, Αλατζά Ιμαρέτ, Χαμζά Μπέη Τζαμί, Καραβάν Σαράι, Μπεζεστένι, Γιαχουντί Χαμάμ

6. Εβραϊκός περίπατος: Μια Θεσσαλονίκη που χάθηκε. Συναγωγή Πάντ Λεζικάρν, Στοά Μοδιάνο, Γιαχουντί Χαμάμ, Μνημείο Ολοκαυτώματος, Επιβατικός Σταθμός, Λαδάδικα, Κτίριο Μέλκα

7. Η Θεσσαλονίκη του μεσοπολέμου: Αρχοντικό Νεδέλκου, Κόκκινο Σπίτι, Οικία Τερκενλή, Πλατεία Αριστοτέλους, Στοά Πελοσώφ, Στοά Μαλακοπή, Έπαυλη Αλλατίνη, Αγίου Μηνά, Φράγκων, κτίριο Φλωρεντίν Γκατένιο, Τράπεζα της Ελλάδος

8. Θεσσαλονίκη της Κατοχής: ΧΑΝΘ, Λευκός Πύργος, Αλεξάνδρου Σβώλου, Αγίας Σοφίας, Αριστοτέλους, Καλαποθάκη, Πλατεία Ελευθερίας

9. Ανατολικά Νεκροταφεία: οι νεκροπόλεις της Θεσσαλονίκης στα ανατολικά από την αρχαιότητα μέχρι το πρόσφατο παρελθόν.

10. Αλώσεις της Θεσσαλονίκης: Πύργος Τρυγώνιου, Ανατολικά τείχη, Λευκός Πύργος

Λευκός Πύργος:

Ο Λευκός Πύργος είναι το πιο γνωστό αξιοθέατο της Θεσσαλονίκης και το σύμβολο της πόλης λόγω της θέσης του, της μακράς ιστορίας του αλλά και της επι-

βλητικής αρχιτεκτονικής που τον χαρακτηρίζει.

Ο Πύργος χτίστηκε τον 15ο αιώνα προκειμένου να αντικαταστήσει μία παλαιότερη Βυζαντινή οχύρωση πιθανότατα του 12ου αιώνα, ενώ αργότερα ανακατασκευάστηκε από τους Οθωμανούς. Χρησιμοποιήθηκε ως φρούριο ενισχύοντας την άμυνα στο λιμάνι, ως φρουρά αλλά και φυλακή. Λόγω της φήμης του ως διαβόητη φυλακή ήταν επίσης γνωστός ως «Πύργος του Αίματος» (Κανλί Κουλέ). Η μετονομασία του σε «Λευκός Πύργος» έγινε πιθανότατα το 1891 μετά την ασβέστωση του.

Παράλληλα με την βόλτα σας στην Άνω Πόλη δεν πρέπει με τίποτα να χάσετε την ευκαιρία να ρίξετε μια πιο προσεκτική ματιά στα **Βυζαντινά Μεσαιωνικά τείχη** και φρούρια τα οποία κυκλώνουν ακόμα και σήμερα ένα μέρος του κέντρου της σύγχρονης **Θεσσαλονίκης**.

Η όλη αίσθηση είναι μοναδική! Θα νιώσετε να ταξιδεύετε πίσω στο χρόνο, βαθιά στο παρελθόν της πόλης, καθώς το όλο μέρος περιτριγυρίζεται από ιστορία.

Η πόλη όμως είναι και πολλά άλλα εκτός από τα Ρωμαϊκά, Βυζαντινά και Οθωμανικά της μνημεία είναι μια ζωντανή πόλη με πλατείες, αγορά και πολλά εστιατόρια και καφέ. Το κέντρο της ζωής της πόλης είναι όμως η Πλατεία Αριστοτέλους.

Η **Πλατεία Αριστοτέλους** είναι η κεντρική και η πιο γνωστή πλατεία στην Θεσσαλονίκη. Χτισμένη σύμφωνα με τα σχέδια του Ernest Hébrard όπως εκείνος “είδε” τη Θεσσαλονίκη μετά την μεγάλη πυρκαγιά του 1917

Σήμερα η Πλατεία Αριστοτέλους εκτός από χώρο ψυχαγωγίας αποτελεί σημείο που πραγματοποιούνται πολιτιστικές δράσεις, εκδηλώσεις αλλά και φεστιβάλ. Κατά την περίοδο των γιορτών λόγω του στολισμού της συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ενδιαφέρον των επισκεπτών.

Αριστερά και δεξιά της Πλατείας Αριστοτέλους λειτουργούν οι παραδοσιακές και γνωστές σε όλους του Θεσσαλονικείς εμπορικές αγορές: Μοδιάνο, Καπάνι (Βλάνη) και Άθωνος. Λειτουργούν καθημερινά

σαν τεράστιες λαϊκές αγορές πουλώντας τρόφιμα, οικιακά είδη, ένδυση, οπωροκηπευτικά, μπαχαρικά, ενώ η μορφή και η όψη τους έχει διατηρηθεί όπως ήταν οι αγορές προπολεμικά.

Γύρω από την Πλατεία Αριστοτέλους στεγάζονται καφέ και εστιατόρια που εξυπηρετούν από νωρίς το πρωί ως αργά το βράδυ όλες τις εποχές του χρόνου. Πολύ κοντά στην Πλατεία Αριστοτέλους και σημαντικός πόλος έλξης τόσο για τους τουρίστες όσο και για τη νεολαία της Θεσσαλονίκης βρίσκεται η περιοχή Λαδάδικα. Είναι κομμάτι ενός νοτιού άξονα που καλύπτει την περιοχή από το λιμάνι της Θεσσαλονίκης, τα Λαδάδικα έως και την οδό Βαλαωρίτου που κρατάει τα σκήπτρα στη διασκέδαση της πόλης. Στεγάζει εστιατόρια, ταβέρνες και μπαρ σε χώρους ανακαινισμένους και σε ιστορικά κτήρια

Η αγορά της Θεσσαλονίκης και τα εμπορικά καταστήματα στην Τιμισκή, Μητροπόλεως, Αγίας Σοφίας και στην Προξένου Κορομηλά είναι σε πολύ κοντινή απόσταση από την Πλατεία Αριστοτέλους και αγαπημένη συνήθεια των κατοίκων μετά τα ψώνια τους είναι το καφεδάκι στα καφέ της Αριστοτέλους με θέα τον Θερμαϊκό και τις πλαγιές του Ολύμπου.

Κάπου εδώ όμως χάνομαι και αν συνεχίσω την αφήγηση με τον ίδιο ρυθμό μάλλον θα βγάλω εκτός προϋπολογισμού το περιοδικό μας.. άλλωστε αρκετά πράγματα καλά είναι να τα ψάχνουμε και μόνοι μας ενώ φρόνιμο είναι να αφήσω κομμάτι της αφήγησης για τα επόμενα συνέδριά μας στην πόλη.

Η Θεσσαλονίκη είναι ένα ζωντανό μουσείο ιστορίας. Στο πέρασμα των αιώνων κάθε εποχή έχει αφήσει τα σημάδια της με μνημεία και αξιοθέατα που τα συναντάμε σε κάθε γωνιά της πόλης. Όσοι επιλέγουν την Θεσσαλονίκη για επίσκεψη, αλλά και οι κάτοικοι της, έχουν την ευκαιρία να μοιράζονται και να απολαμβάνουν την πόλη αυτή, που κουβαλάει μια ιστορία 23 αιώνων. Κάθε γειτονιά της πόλης μοιάζει σαν αφιερωμένη σε όσους την κατέκτησαν, σε όσους την αποίκισαν αλλά και σε όσους φιλοξένησε σαν πρόσφυγες.

Μην ξεχάσετε λοιπόν αν κατορθώσετε εκτός των

άλλων αξιοθέατων που περιεγράφηκαν πιο πάνω να επισκεφτείτε ότι προλάβετε και από τα παρακάτω: Το Μουσείο Φωτογραφίας (το μοναδικό στο είδος και μέγεθός του στην Ελλάδα) στην προβλήτα Α' στο Λιμάνι. Το Τελλόγλειο Ίδρυμα Τεχνών ΑΠΘ. Το Κρατικό Μουσείο Σύγχρονης Τέχνης. Το Αρχαιολογικό Μουσείο. Το Εβραϊκό Μουσείο. Το Λαογραφικό & Εθνολογικό Μουσείο, Το Μακεδονικό Μουσείο Σύγχρονης Τέχνης. Το NOESIS.

Τους πολλούς Βυζαντινούς Ναούς: Αγίων Αποστόλων, Αχειροποίητο. Μονή Λατόμου (Οσίου Δαβίδ), Παναγία Χαλκένων. Αγίου Δημητρίου, Αγίας Σοφίας, Αγίου Νικολάου του Ορφανού, Μονή Βλατάδων, Προφήτη Ηλία.

... και μέσα σε όλα αυτά να προλάβετε να κάνετε έναν αναζωογονητικό περίπατο στην Νέα Παραλία από τον Λευκό Πύργο μέχρι το Μέγαρο Μουσικής μπροστά από το ξενοδοχείο του **Πανελληνίου Γαστρεντερολογικού Συνεδρίου το Μακεδονία Παλλάς** που μόλις ανακαινίστηκε και αποτελεί και το ίδιο σύγχρονο μνημείο της πόλης για το πώς και από ποιους σχεδιάστηκε καθώς και για την ενδιαφέρουσα διαδρομή του. Η προφανώς παράνομη λόγω της απόστασής του κτιρίου από τη θάλασσα (για 3 χρόνια γινόταν εργασίες πασσαλόπηξης), οικοδομική άδεια (γραφείο Δοξιάδη) βγήκε το 1966, ενώ τα εγκαίνια έγιναν το 1972.

Η αισθητική αυτού του χωρίς καμμία εξωτερική κομπόζη μεγαθήριου (σε στυλ 70's) δεν νομίζω πως θα βρει πολλούς θαυμαστές όμως έγινε, έστω σε σκοτεινές εποχές, και στην πορεία απέκτησε σημαντική για την πόλη ιστορία με τη φιλοξενία νηοποιών, πρωθυπουργών, καλλιτεχνών και άλλων επωνύμων, και θεωρείται σήμερα, με όλη την εξωτερική ασχήμια του, ένα ορόσημο για την πόλη.

Το άρθρο αυτό δεν μπορεί να υποκαταστήσει τους τουριστικούς οδηγούς, ούτε ο γράφων έχει τέτοια φιλοδοξία, όμως επιφυλάσσομαι σε κάθε περίπτωση με αφορμή επόμενα συνέδρια στην Θεσσαλονίκη να αναφέρω περισσότερες πληροφορίες για την Βυζαντινή και Οθωμανική περίοδο της πόλης.



Έγινε η Σπίθα Πυρκαγιά

Η δράση αστικού ακτιβισμού « Η Θεσσαλονίκη αλλιώς», διοργανώνει σε συνεργασία με το Δήμο Θεσσαλονίκης και πολλούς ακόμη φορείς ένα τιμητικό αφιέρωμα στα 100 χρόνια από τη φωτιά που σημάδεψε την πόλη. Η πυρκαγιά μέσα σε 32 ώρες έκαψε 9.500 σπίτια σε έκταση 1.000.000 m² και άφησε άστεγα πάνω από 70.000 άτομα.

Η έναρξη θα γίνει στην Πλατεία Μουσχουντή, στην Άνω πόλη, εκεί όπου ξεκίνησε η φωτιά από ένα σπίτι. Στον υπαίθριο χώρο της πλατείας, πλάι στο τείχος της πόλης, θα στηθεί μια δραματοποιημένη αφήγηση από ηθοποιούς, πλαισιωμένη από μουσικές παρεμβάσεις με αυθεντικά μουσικά κομμάτια της εποχής από την μουσική παράδοση των Ελλήνων, των Εβραίων και των Οθωμανών, που κατοικούσαν στη Θεσσαλονίκη εκείνες τις ημέρες. Στο Μπενσουσάν Χαν και το Κιουρτζή Χαν, σε ένα υπαίθριο θερινό σινεμά θα προβάλονται τα αυθεντικά φιλμ που δείχνουν την πόλη στην πυρά. Φοιτητές της Σχολής Καλών Τεχνών του ΑΠΘ δημιουργούν με έμπνευση τη μεγάλη Φωτιά. Επίσης μια μοναδική φωτογραφική έκθεση με τα ευρήματα της περιόδου της Πυρκαγιάς από τις ανασκαφές του Μετρό. Το Μουσείο Φωτογραφίας και το Τελλόγλειο Ίδρυμα θα οργανώσουν δράσεις για τα παιδιά εμπνευσμένα από τη μεγάλη πυρκαγιά. Τέλος η Κρατική Ορχήστρα Θεσσαλονίκης σε ένα αναπάντεχο μουσικό happening εμπνευσμένο από την Πυρκαγιά που θα εξελιχθεί στο Ταξ Χαν, το δρόμο και την πλατεία Εμπορίου.

Η κορύφωση έρχεται στην πεζοδρομημένη, λόγω της ημέρας, παραλιακή λεωφόρο Νίκης στις 9 το βράδυ. Με ένα πολυθέαμα που ξεκινά από το κτίριο της Λέσχης Θεσσαλονίκης, Λ. Νίκης 63, στο σημείο που σταμάτησε η πυρκαγιά μετά από 32 ώρες που έκαψε την πόλη, το οποίο μεταμορφώνεται χάρη σε ένα γιγάντιο video mapping από τους Mark & The koxsinel, ομάδα visual artists, ενώ ηθοποιοί θα αφηγηθούν βασιζόμενοι σε αληθινές μαρτυρίες και γεγονότα.

Στη συνέχεια καλλιτέχνες του δρόμου με φωτιές και η Φιλαρμονική του Δήμου οδηγούν τον κόσμο που παρακολουθεί το δρώμενο προς την πλατεία Αριστοτέλους, παινίζοντας εμβατήρια που ακούγονταν στην πόλη κατά τη διάρκεια του πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου εκείνων των ημερών της φωτιάς, ενώ ταυτόχρονα φλόγες φωτίζουν ολόκληρο το δρόμο και τη θάλασσα.

Για όσους από εμάς μπορούν να παραβρίσκονται, οι διοργανωτές υπόσχονται μια αξέχαστη εμπειρία το Σάββατο 23/9 στη Θεσσαλονίκη.



Το εξώφυλλο από μέσα



η μικρή αθανασία

Υπάρχουν μέρη, όπως ο Παρθενώνας ή η Σαντορίνη, που έχουν αναμφισβήτητα περάσει στην αθανασία.

Υπάρχουν όμως και μέρη όπως αυτό, σίγουρα όχι τόσο γνωστά, που έχουν κατακτήσει τη δίκη τους μικρή αθανασία.

Μικρή σε κλίμακα όχι όμως σε μοναδικότητα, όταν ανακαλούνται στη μνήμη μας.

Αλήθεια μήπως το έχετε συναντήσει;

Μίλτος Σκούρας