

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Νοέμβριος - Δεκέμβριος - Ιανουάριος 2018 | Τεύχος **46**
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

ένας Νέος Χρόνος γεννήθηκε

Συνέντευξη με τον καθηγητή
Ιωάννη Κουτρομπάκη

Οικογενής αδενωματώδης
πολυποδίαση, μία
πολυσυστηματική νόσος

Ο ρόλος των νεότερων
ενδοσκοπικών τεχνικών στη
διάγνωση και εξοτέρηση των
προνεοπλασματικών βλαβών
του στομάχου



Άρθρο Σύνταξης



ΠΡΟΤΑΣΗ – ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΕΣΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι, μέλη της ΕΠΕΓΕ, καλή μας χρονιά. Όπως ήδη έχετε πληροφορηθεί, κατά την γενική συνέλευση, στη διημερίδα μας, ένα νέο νομοσχέδιο βρίσκεται προ των πυλών. Το νομοσχέδιο του Υπουργείου Υγείας (ΥΥ) σε συνεργασία με το ΚΕΣΥ, εκτός της θεσμικής ανασυγκρότησης του ΕΣΥ, προτείνει αλλαγές στη σύσταση του εποπτικού φορέα για τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση και στη λειτουργία – οργάνωση των ιατρικών (επιστημονικών και επαγγελματικών) εταιριών. Βέβαια η ύπαρξη τουλάχιστον 1300 εταιρειών είναι ένα γεγονός απαράδεκτο. Ορθή είναι η θέση του ΥΥ για μείωση των εταιρειών, σε 40 – 50 κορμού, αλλά η βιαστική πρόταση – νομοσχέδιο καταλύει τη διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια των εταιρειών μας. Οι εταιρείες ουσιαστικά, θα βρίσκονται υπό τον έλεγχο του ΚΕΣΥ. Είναι ασαφές εάν τα περυσιακά τους στοιχεία θα παραμείνουν υπό τον έλεγχό τους. Τέλος είναι αβέβαιο εάν θα μπορούν να διαπραγματεύονται (απ' ευθείας και όχι μέσω του ΚΕΣΥ) με τις εταιρείες χορηγούς, για την πραγματοποίηση πανελληνίων επιστημονικών συνεδρίων.

Όσον αφορά την ΕΠΕΓΕ, επηρεάζεται άμεσα το μέλλον της, με τη νέα πρόταση – νομοσχέδιο. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τις διεθνείς πρακτικές και τις συστάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αφού η ΕΠΕΓΕ για πολλά χρόνια, αποτελεί ενεργό μέλος της UEMS με θεσμικό αντιπρόσωπο σε αυτή. Σίγουρα το νέο σχέδιο θα πρέπει να προβλέψει τη διατήρηση των επαγγελματικών ενώσεων. Στη χειρότερη περίπτωση εντός των αντίστοιχων εταιρειών κορμού, αλλά με κατοχυρωμένη αυτοτέλεια (ΕΠΕΓΕ απούσα στην Ελλάδα και παρούσα στην Ευρώπη – UEMS !!!).

Στις 13 / 12 / 2017 στα γραφεία του ΙΣΑ πραγματοποιήθηκε μια μεγάλη σύσκεψη για το νέο σχέδιο νόμου. Συμμετείχαν 70 επιστημονικές και επαγγελματικές εταιρείες, αναμεσά τους η ΕΓΕ και η ΕΠΕΓΕ. Ομόφωνα εξέφρασαν την αντίθεσή τους στο σχέδιο που προτάθηκε από το ΥΥ. Στα πλαίσια του διαλόγου, που απαραίτητα πρέπει να ακολουθήσει, συστάθηκε πενταμελής επιτροπή (Θεοδόσιος Δόσιος – Γεώργιος Χριστοδούλου – Σταμάτης Παπαδάκης – Στέφανος Φούσας – Μαρία Κουτελού). Η επιτροπή θα καταθέσει πόρισμα στο ΥΥ, αφού πρώτα επεξεργαστεί όλες τις απόψεις που θα της στείλουν οι εταιρείες.

Π. ΚΑΣΑΠΙΔΗΣ , ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΔΣ ΕΠΕΓΕ



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΙΑΤΕ;	06
Βιβλιογραφική ενημέρωση	
ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ	08
Συνέντευξη με τον καθηγητή Ιωάννη Κουτρομπάκη	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	14
Οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση, μία πολυσυστηματική νόσος	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.....	19
Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία μέσω internet για εφήβους με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	20
Ο ρόλος των νεότερων ενδοσκοπικών τεχνικών στη διάγνωση και επιτήρηση των προνεοπλασματικών βλαβών του στομάχου	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	24
ΠΕΡΙ ΑΝΩΡΙΜΟΤΗΤΑΣ (Μέρος 2ο)	
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	30
Βιέννη θα ξαναπάτε;	
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ & ΑΛΛΑ	33
Νίκος Καζαντζάκης, Ο Κοσμοπαρωρτής..	
ΤΟ ΕΞΟΦΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ	34

Ιδιοκτήτης:

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

Εκδότης & Υπεύθυνος παρά τη νόμω:

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

Έδρα:

Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα
Τηλ.: 210 6727531-3
Fax: 210 6727535
Website: www.epege.gr
e-mail: info@epege.gr

Διευθύντρια σύνταξης:

Μαρία Μυλωνάκη

Συντακτική Επιτροπή:

Αναστασίου Ιωάννης
Βασιλειάδης Κωνσταντίνος
Γούλας Σπύρος

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

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

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

Διευθυντής Διοικητικού:

Σκούρας Μίλτος

Διοικητική Επιμέλεια:

Αλέξανδρος Χατζημιάλης

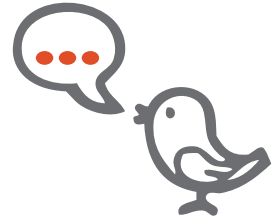
Εικονογραφική Εξωφύλλου:

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.



Νέα ΔΣ

Το διοικητικό συμβούλιο της ΕΠΕΓΕ σας εύχεται καλή χρονιά με υγεία, ευτυχία και δημιουργικότητα.

Ολοκληρώθηκε και φέτος με επιτυχία η 15η πανελλήνια εκπαιδευτική διημερίδα της ΕΠΕΓΕ με θέμα «ΣΤΟΜΑΧΟΣ: ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ», υπό την προεδρία του κ. Γ. Αλεξανδράκη, η οποία πραγματοποιήθηκε στο Caravel στην Αθήνα στις 2 & 3 Δεκεμβρίου 2017. Η συμμετοχή ήταν μεγάλη και οι εισηγήσεις που παρουσιάστηκαν από συναδέλφους ήταν υψηλού επιπέδου. Είναι ξεκάθαρο πλέον ότι οι διημερίδες της ΕΠΕΓΕ αποτελούν θεσμό στη συνείδηση των περισσότερων συναδέλφων.

Κατά τη διάρκεια της διημερίδας έγινε η τακτική ετήσια γενική συνέλευση. Παρουσιάστηκε ο απολογισμός των πεπραγμένων του τελευταίου έτους, καθώς και ο αντίστοιχος οικονομικός απολογισμός. Στη συνέχεια έλαβαν το λόγο και τοποθετήθηκαν μέλη της ΕΠΕΓΕ για διάφορα θέματα, κυρίως για το νομοσχέδιο που είναι υπό διαβούλευση σύμφωνα με το οποίο πρόκειται να ατονίσουν πανελλαδικά διάφορες επιστημονικές ενώσεις. Ο προβληματισμός ήταν έντονος και οι ανησυχίες αρκετές.

Και φέτος πραγματοποιήθηκε με επιτυχία από άρτια καταρτισμένους εκπαιδευτές το κλινικό φροντιστήριο για την πρόληψη απειλητικών για τη ζωή συμβαμάτων από τη χορήγηση καταστολής και αναλγησίας στην ενδοσκόπηση. Η συμμετοχή ήταν μεγάλη και το επίπεδο εκπαίδευσης υψηλό.

Παράκληση σε όσους δεν έχουν δώσει τα στοιχεία τους για ηλεκτρονική επικοινωνία ή άλλαξαν πρόσφατα mail και δε λαμβάνουν τα mail της ΕΠΕΓΕ να επικοινωνήσουν με τη γραμματεία της ΕΠΕΓΕ στη διεύθυνση info@epege.gr.





Αυτό το προσέξατε;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

1. Συσχέτιση του χρόνου προσέλευσης των ασθενών με αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό με την πρόγνωση.

Relationship of time to presentation after onset of upper GI bleeding with patient characteristics and outcomes: a prospective study L. Laine, S. Laursen, H. Dalton et al. *Gastrointest Endosc* 2017;86:1028-1037

Σκοπός αυτής της προοπτικής μελέτης είναι η εκτίμηση της σχέσης του χρόνου προσέλευσης των ασθενών με αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό, με τα χαρακτηριστικά των ασθενών και την επακόλουθη πρόγνωση.

Είναι πλήρως κατανοητό πως οι ασθενείς που προσήλθαν στο τμήμα των επειγόντων, μέσα στο πρώτο εξάωρο ήταν αυτοί που παρουσίασαν αιματέμεση ή αιματοχεσία, σε αντίθεση με αυτούς που παρουσίασαν μέλαινα μόνο και προσήλθαν στο νοσοκομείο καθυστερημένα

Η καθυστερημένη αυτή προσέλευση σχετίστηκε με μεγαλύτερη πτώση της τιμής της αιμοσφαιρίνης και με αυξημένη πιθανότητα για μεταγγιση αίματος. Η θνητότητα όμως και η ανάγκη για αιμοστατική παρέμβαση (ενδοσκοπική, χειρουργική ή ακτινολογική) δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ασθενών που προσήλθαν στο νοσοκομείο καθυστερημένα σε σχέση με αυτούς που προσήλθαν ταχέως.

Συμπερασματικά, ο χρόνος παρουσίασης των ασθενών με αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό στο νοσοκομείο, δεν θα πρέπει να αποτελεί δεικτη πτωχής πρόγνωσης. Επομένως, οι ασθενείς με καθυστερημένη προσέλευση θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο βαθμό φροντίδας, όπως με αυτούς που προ-

εσέρχονται άμεσα στο νοσοκομείο.

2. Έγχυση τροφικών αλλεργιογόνων σε ασθενείς με Ηωσινοφιλική Οισοφαγίτιδα.

Abnormal Responses to Local Esophageal Food Allergen Injections in Adults Patients With Eosinophilic Esophagitis, M. J. Warners, I. Terhorst, R. M. van der Wijngaard et al. *Gastroenterology* 2018;154:57-60

Όπως είναι γνωστό, η Ηωσινοφιλική Οισοφαγίτιδα (ΗΟ) αποτελεί διαταραχή του Οισοφάγου που οφείλεται σε αντιγονική διαμεσολάβηση. Θεωρείται, πως τροφικά αλλεργιόνα πυροδοτούν μια φλεγμονώδη απάντηση στον οισοφάγο, αν και ο ακριβής μηχανισμός δεν έχει μελετηθεί επαρκώς.

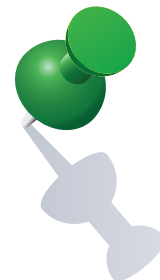
Οι διαιτητικοί περιορισμοί έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικοί στην αντιμετώπιση της διαταραχής αυτής, ενώ αντιθέτως, οι δερματικές αλλεργικές δοκιμασίες και η αναζήτηση ειδικών IgE ανοσοσφαιρινών στο αίμα, σπανίως έχουν εξακριβώσει τα υπεύθυνα αλλεργιογόνα, πιθανόν επειδή η ηωσινοφιλική φλεγμονή περιορίζεται στον οισοφάγο.

Ο σχεδιασμός της μελέτης αυτής βασίστηκε στην υπόθεση της προκλήσης αντιγονικού ερεθισμού στον οισοφαγό, με την τοπική έγχυση αλλεργιογόνων κατά την διάρκεια οισοφαγосκόπησης.

Κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης, 6 αλλεργιογόνα χορηγήθηκαν τοπικά με έγχυση σε 8 ασθενείς με τεκμηριωμένη ΗΟ ενώ η ίδια διαδικασία επαναλήφθηκε και σε 3 άλλα άτομα που χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου της μελέτης. Μια δεύτερη ενδοσκόπηση πραγματοποιήθηκε μετά από 24 ώρες με σκοπό την διαπίστωση καθυστερημένων αντιδράσεων από πλευράς οισοφάγου αλλά και για την

Αυτό το προσέξατε;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ



λήψη βιοψιών με σκοπό την ιστολογική εκτίμηση της αλλεργικής δραστηριότητας πλησίον των σημείων εγχυσης. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκαν αλλεργικές δερματικές δοκιμασίες και αναζήτηση ειδικών IgE ανοσοσφαιρινών, για τα ίδια αλλεργιογόνα.

Άμεσες (μεσα στα πρώτα 20 λεπτά), τοπικές αντιδράσεις από τον οισοφάγο (αποχρωματισμός του βλεννογόνου και στενωπή του αυλού) δεικνύονταν στους 5 από τους 8 ασθενείς με ΗΟ. Επιπλέον 3 από τους παραπάνω 5 ασθενείς, εμφάνισαν θωρακικό πόνο που παρομοιάστηκε από τους ίδιους, ως το είδος του πόνου που εμφάνιζαν και κατά την διάρκεια της κατάποσης των συγκεκριμένων τροφών. Καθυστερημένες αντιδράσεις στον οισοφάγο παρουσίασαν 2 από τους 8 ασθενείς, ενώ καμία αντίδραση δεν εμφανίστηκε στα άτομα της ομάδας ελέγχου.

Παρα τους οποιουδήποτε περιορισμούς της (μικρός αριθμός συμμετεχόντων, απευθείας έγχυση με βελόνα και όχι με απλή εκθεση όπως συμβαίνει στην πράξη), η πιλοτική αυτή αναφορά, θέτει τις βάσεις για μελλοντικές μελέτες με σκοπό την εξακρίβωση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών που οδηγούν στην εμφάνιση της ΗΟ.

3. Μακροχρόνια λήψη PPI's και κίνδυνος ανάπτυξης γαστρικού καρκίνου σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επιτυχή αντιμετώπιση της λοίμωξης από το *Helicobacter pylori*.

Long term Proton Pump inhibitors and risk of gastric cancer development after treatment for Helicobacter pylori : a population-based study K. S. Cheug, E.W. Chan, A. Y. Wong, I.C. K. Wong, W.K. Leung. Yeo, S.-I. Shiu, H.J.Ho et al. Gut 2018;67:28-35

Αν και η επιτυχής αντιμετώπιση της γαστρικής λοίμωξης από το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (Ηρ), έχει μειώσει την εμφάνιση γαστρικού καρκίνου κατά 33-47%, σε ένα σημαντικό μέρος των ασθενών αυτών, ο κίνδυνος ανάπτυξης κακοήθειας στον στόμαχο εξακολουθεί να υπάρχει. Εκτός των ιστολογικών ευρημάτων κατά την αρχική εκτίμηση της λοίμωξης, ο ρόλος άλλων παραγόντων και κυρίως συγχρηγούμενων φαρμάκων σεν έχει μελετηθεί επαρκώς.

Οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (PPI's) είναι μεταξύ των πιο συχνά συνταγογραφούμενων φαρμάκων και προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει πως ο κίνδυνος ανάπτυξης γαστρικού καρκίνου είναι αυξημένος κατά 43% μεταξύ των ασθενών που λαμβάνουν τέτοια αγωγή. Ο ρόλος όμως της λοίμωξης από το Ηρ σε αυτούς τους ασθενείς δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως.

Στην μελέτη αυτή συμμετείχαν ασθενείς στους οποίους είχε επιβεβαιωθεί η επιτυχής αντιμετώπιση της λοίμωξης με το Ηρ και διαπιστώθηκε πως η μακροχρόνια αγωγή με PPI's μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης γαστρικού καρκίνου κατά 2,4 φορές συγκριτικά με αυτούς που δεν λαμβάνουν τέτοια αγωγή. Ο κίνδυνος αυτός δεν επιβεβαιώθηκε στους ασθενείς σε ασθενείς με μακροχρόνια χρήση Η2ΡΑ.

Ο κίνδυνος ανάπτυξης γαστρικού καρκίνου, φάνηκε να σχετίζεται τόσο με την δόση του φαρμάκου (μεγαλύτερος ο κίνδυνος σε αυτούς με καθημερινή λήψη), όσο και με το χρόνο της αγωγής (μεγαλύτερος ο κίνδυνος μεταξύ αυτών που ελάμβαναν καθημερινώς PPI's για τουλάχιστον 3 χρόνια).



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Σπύρος Γούλας



Στο σημερινό τεύχος φιλοξενούμε συνέντευξη από το συνάδελφο Γαστρεντερολόγο **Ιωάννη Κουτρομπάκη**. Ο κ. Κουτρομπάκης είναι Καθηγητής Α' βαθμίδας στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης και εργάζεται επί πολλά χρόνια στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου. Είναι απόφοιτος της Ιατρικής Αθηνών, ασκήθηκε στη Γαστρεντερολογία στο ΠΑΓΝΗ

και είναι Διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Κρήτης. Έκανε μεταπτυχιακές σπουδές στο Άμστερνταμ μετά τη λήψη της ειδικότητας και πρόσφατα στο Πανεπιστήμιο του Πίτσμπουργκ (2014-5) Το ερευνητικό του ενδιαφέρον εστιάζεται στις Φλεγμονώδεις παθήσεις του Εντέρου.

Εργάστηκε αρχικά σαν Επιμελητής ΕΣΥ στη Γαστρεντερολογική Κλινική του ΠΑΓΝΗ και στη συνέχεια στο Πανεπιστήμιο ανερχόμενος όλες τις βαθμίδες της ιεραρχίας Επίκουρος, Αναπληρωτής Καθηγητής και από το 2017 Καθηγητής Α' βαθμίδας.

Είναι εθνικός εκπρόσωπος στην Ευρωπαϊκή Εταιρεία Φλεγμονωδών Νόσων και μέλος της επιτροπής σύστασης κατευθυντηρίων οδηγιών του World Gastroenterological Organization. Είναι Διευθυντής σύνταξης του περιοδικού μας Annals of Gastroenterology από το 2011 το οποίο είχε μια αξιοζήλευτη πορεία αυτά τα χρόνια. Είναι επίσης μέλος της Συντακτικής επιτροπής πολλών διεθνών περιοδικών και κριτής σε πολύ περισσότερα. Υπήρξε Πρόεδρος Οργανωτικής επιτροπής σε ένα διεθνές και 3 ελληνικά Συνέδρια και συμμετέχει ενεργά με πολλές δημοσιεύσεις άρθρων και ομιλίες σε συνέδρια.

Δέχθηκε με προθυμία να μας απαντήσει σε μια σειρά ερωτημάτων και εκτιμώ ότι οι απαντήσεις είναι ενδιαφέρουσες, σαφείς και σκιαγραφούν το πρόσωπο που θελήσαμε να γνωρίσουμε. Διαβάστε λοιπόν τη συνέχεια....

Πως επιλέξατε την Ιατρική και ειδικότερα τη Γαστρεντερολογία;

Καταρχήν ευχαριστώ πολύ για την τιμητική πρόσκληση για αυτή την συνέντευξη. Στα μαθητικά μου χρόνια ήμουν πολύ καλός στα μαθηματικά και διακρίθηκα με πανελλήνιο βραβείο της Ελληνικής Μαθηματικής Εταιρείας με συνέπεια να υπάρχει η τάση να ακολουθήσω ανάλογο προσανατολισμό. Βρέθηκα όμως σε μια παρέα 3 φίλων όπου συζητώντας και προβληματιζόμενοι επί μακρόν καταλήξαμε όλοι να επιλέξουμε την ιατρική και σήμερα είμαστε και οι τρεις ιατροί. Προερχόμενος επίσης από μια πτωχή οικογένεια στην τελική απόφαση συνέδραμαν ο κοινωνικός ρόλος και η θέση τα χρόνια εκείνα του ιατρού. Η επιλογή της Γαστρεντερολογίας δεν ήταν επίσης η αρχική μου επιλογή. Αρχικά ήθελα να γίνω Ρευματολόγος και είχα μάλιστα λάβει και τον διορισμό μου για έναρξη ειδικότητας στο Ασκληπείο Βούλας. Συνέπεσε όμως η έναρξη λειτουργίας της Πανεπιστημιακής Γαστρεντερολογικής κλινικής στο Ηράκλειο που μου φάνηκε καλύτερη επιλογή και τελικά με προσέληκε. Ιδιαίτερα ο Διευθυντής Καθηγητής Ορέστης Μανούσος ήταν εκείνος που από την αρχή με ενέπνευσε και διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο τόσο στην επιλογή της Γαστρεντερολογίας αλλά και στην εξειδίκευση μου στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσους τις ΙΦΕΝ όπως τις έλεγε. Αισθάνομαι πραγματικά τυχερός που σε αυτή τη φάση της σταδιοδρομίας μου συνάντησα ένα σημαντικό δάσκαλο που η υποστήριξη που μου παρείχε στα πρώτα βήματα ήταν ιδιαίτερα πλουσιοπάροχη σε πολλούς τομείς και αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα για την μετέπειτα εξέλιξη μου.

Αν δεν ακολουθούσατε την Ιατρική ποια θα ήταν η δεύτερη σας επιλογή;

Πάντα μου άρεσε πολύ η απασχόληση με την φύση, τα φυτά και τις καλλιέργειες. Πέρασα τα παιδικά μου χρόνια στα Χανιά αλλά και σε χωριά της Κρήτης και η απασχόληση με την γη ήταν πάντα ευχάριστη. Πιθανόν λοιπόν να ακολουθούσα ένα σχετικό επάγγελμα π.χ να γινόμουν γεωπόνος. Βέβαια όπως ήδη ανέφερα και τα μαθηματικά ήταν πάντα από τις συμπάθειες μου.

Δώστε μας μια συνοπτική εικόνα της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του ΠΑΓΝΗ με άξονες το έμπυχο δυναμικό, την υλικοτεχνική υποδομή και τα επί μέρους εξειδικευμένα ιατρεία/εργαστήρια...



Η λειτουργία του Τομέα Παθολογίας στο ΠΑΓΝΗ βασίστηκε από την αρχή στη ύπαρξη ανεπτυγμένων κλινικών ειδικότητας και σχετικά περιορισμένη Παθολογική κλινική. Έτσι η Γαστρεντερολογική Κλινική ευτύχησε από την αρχή της λειτουργίας της (1990) να είναι μεγάλη και ανεξάρτητη κλινική. Είναι κλινική με 30 κρεβάτια που νοσηλεύει ασθενείς με παθήσεις από όλο το φάσμα της Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας γεγονός που έχει αρκετά πλεονεκτήματα και επιπλέον καθιστά περισσότερο ολοκληρωμένη την εκπαίδευση των ειδικευομένων. Λειτουργούν επίσης καθημερινά 2 αίθουσες ενδοσκοπήσεων με πλήρες πρόγραμμα κλασικών και επεμβατικών ενδοσκοπήσεων. Το προσωπικό απαρτίζουν 2 μέλη ΔΕΠ (είναι υπό προκήρυξη και μια θέση επίκουρου Καθηγητή), 4 ειδικευμένοι επιμελητές-διευθυντές ΕΣΥ και 7 ειδικευόμενοι. Εκτός από το εξωτερικό Γαστρεντερολογικό ιατρείο που γίνεται 2 φορές την εβδομάδα έχουν αναπτυχθεί και λειτουργούν ειδικά ιατρεία αναφοράς όπως Ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου, Ηπατολογικό, μεταμοσχεύσεων ήπατος και θρέψης. Τέλος είναι από τα λίγες Γαστρεντερολογικές κλινικές στην Ελλάδα που έχουν ανεπτυγμένο ερευνητικό εργαστήριο.

Η λιτότητα και οι περιορισμοί που έχουν επιβληθεί λόγω της οικονομικής κρίσης έχουν αναμφίβολα επιδράσει αρνητικά στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας. Εργαζόμενος σε ένα Νοσοκομείο που παρέχει τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και συγχρόνως ιατρική εκπαίδευση ποια προβλήματα αντιμετωπίζετε;

Η κατάσταση στα Ελληνικά νοσοκομεία από χρόνια ήταν προβληματική με σημαντική όμως επιδείνωση τα τελευταία χρόνια. Ειδικά το ΠΑΓΝΗ ήταν ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο που για αρκετά χρόνια ξεχώριζε για τις υψηλού επιπέδου παρεχόμενες υπηρεσίες και με αρκετά τμήματα με σημαντικότατο έργο και διεθνή αναγνώριση. Η οικονομική κρίση με συνέπεια την μεγαλύτερη προσέλευση κόσμου αλλά και προβλήματα οργάνωσης και διαχείρισης των δομών του Νοσοκομείου οδήγησαν σε μια πορεία φθοράς και σε μια δύσκολη για όλους καθημερινότητα. Η μη οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει αποτέλεσμα συσσώρευση μεγάλου όγκου ασθενών σε τριτοβάθμια κέντρα με συνέπεια την δυσκολία πα-

ροχής των εξειδικευμένων υπηρεσιών που πρέπει να παρέχει ένα τριτοβάθμιο Πανεπιστημιακό κέντρο. Εκτός όμως από συσσώρευση ασθενών υπάρχει και πληθώρα φοιτητών πολλαπλάσιοι από αυτούς που υπάρχει δυνατότητα να εκπαιδευτούν πράγμα το οποίο επίσης είναι δύσκολο διαχειρίσιμο. Ο εξοπλισμός είναι αρκετά παλιός με συνέπεια τις συχνές βλάβες και οριακή λειτουργία σε πολλά επίπεδα. Η Γαστρεντερολογία είναι ειδικότητα που βασίζεται κατά πολύ στην τεχνολογία και στα σύγχρονα ενδοσκοπικά μέσα, η αδυναμία λοιπόν κρατικής κάλυψης των αναγκών αποτελεί θεμελιώδες πρόβλημα που οδηγεί σε σημαντική υστέρηση σε σύγκριση με τις προηγμένες χώρες. Σημαντική επίσης παράμετρος είναι η απουσία διορισμών λόγω της κρίσης με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν νέοι ειδικευόμενοι ιατροί που θα δώσουν την αναγκαία ώθηση. Δυστυχώς αρκετοί νέοι Γαστρεντερολόγοι που έκαναν πολύ σημαντικές μετεκπαιδεύσεις στο εξωτερικό και είχαν όλα τα προσόντα να προσφέρουν τις εξειδικευμένες γνώσεις τους κατέληξαν να έχουν σαν μονόδρομο την απασχόληση με το ιδιωτικό επάγγελμα με περιορισμένη αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους. Από την άλλη πλευρά στα νοσοκομεία σήμερα υπάρχει γερασμένο ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό που είναι αρκετά απογοητευμένο από τις δυσμενείς συνθήκες εργασίας και την όλη εξέλιξη των πραγμάτων.

Είναι γνωστό το ιδιαίτερο ενδιαφέρον σας για τα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Θεωρείτε ότι οι υπάρχουσες θεραπείες καλύπτουν και σε ποιό βαθμό τους πάσχοντες...

Αναμφισβήτητα υπάρχουν σημαντικές εξελίξεις τα τελευταία χρόνια στη θεραπεία των ΙΦΝΕ. Σήμερα υπάρχουν πολλές θεραπευτικές επιλογές και ιδιαίτερα οι βιολογικοί παράγοντες συνέβαλαν καθοριστικά να αλλάξει ο τρόπος διαχείρισης και αντιμετώπισης των ασθενών. Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι έχει αλλάξει η φυσική πορεία της νόσου με τις νεότερες θεραπείες όπως το γεγονός ότι έχουμε λιγότερες νοσηλείες, λιγότερη χρήση κορτικοειδών, ελάττωση επιπλοκών και περιορισμό χειρουργείων. Αρκετοί όμως ασθενείς εξακολουθούν να έχουν ενεργό νόσο και πτωχή ποιότητα ζωής παρά την χρήση των θεραπειών αυτών επίσης τα χειρουργεία μειώθηκαν αλλά εξακολουθούν να είναι αναγκαία λύση σε αρκετές



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

περιπτώσεις. Ευελπιστούμε ότι στο εγγύς μέλλον με την ανεύρεση καταλλήλων δεικτών και κριτηρίων για την εξατομίκευση της θεραπείας με τα υπάρχοντα φάρμακα καθώς και με τα νέα φάρμακα που είναι ακόμα στη φάση των κλινικών μελετών τα αποτελέσματα θα είναι ακόμη καλύτερα.

Ποια δεδομένα θεωρείτε σταθμούς στο κεφάλαιο των φλεγμονωδών νόσων τα τελευταία χρόνια;

Η εισαγωγή στη θεραπεία των βιολογικών παραγόντων με πρώτο το infliximab ήταν από τους σημαντικότερους σταθμούς. Η θεραπεία και αντιμετώπιση των ΙΦΝΕ σήμερα γίνεται εντελώς διαφορετικά σε σχέση με το παρελθόν. Δεν υπάρχουν πλέον εκτός εξαιρέσεων νοσηλείες επί μακρόν και η παρακολούθηση και ρύθμιση της θεραπείας των ασθενών γίνεται σε εξωτερική βάση σε ειδικό ιατρείο.

Οι εξελίξεις επίσης στη μελέτη των γενετικών δεικτών καθώς και του μικροβιώματος έχουν συμβάλλει σημαντικά στη κατανόηση της παθογένεσης. Είμαστε στην ευχάριστη θέση σήμερα να γνωρίζουμε περίπου 200 γονίδια που σχετίζονται με τις παθήσεις αυτές και στη μελέτη του μικροβιώματος έχουν υπάρξει σημαντικά νεώτερα δεδομένα τόσο σε επίπεδο ταυτοποίησης όσο και σε επίπεδο θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Ποια είναι η γνώμη σας για την εκπαίδευση στη Γαστρεντερολογία στις μέρες μας; Υπάρχουν ζητήματα που χρειάζονται να αλλάξουν; Παράκληση να αναφερθείτε σε όλα τα θέματα εκπαίδευσης κατά την ειδικότητα (κέντρα, εκπαιδευτικό πρόγραμμα, rotation, εξετάσεις, κλπ.)

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο είναι γνωστό ότι έχουν γίνει πολλές προσπάθειες (κυρίως από την UEMS) και υπάρχουν συγκεκριμένα κριτήρια προσδιορισμού των ποιοτικών και ποσοτικών χαρακτηριστικών για την εκπαίδευση στη Γαστρεντερολογία. Η εκπαίδευση όμως των ειδικευόμενων στη Γαστρεντερολογία στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από αρκετά προβλήματα και ανεπάρκειες. Σε αρκετές περιπτώσεις οι ειδικευόμενοι καλύπτουν ανάγκες βοηθητικού προσωπικού καλύπτοντας άλλες ανεπαρκείς

υπηρεσίες (γραμματειακή, νοσηλευτική, κλπ) με σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην εκπαίδευση τους. Πολλά από τα κέντρα που δίδουν ειδικότητα στην Ελλάδα δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για μια ολοκληρωμένη και σε όλο το φάσμα εκπαίδευση των ειδικευομένων. Γίνεται αρκετή συζήτηση για το rotation των ειδικευομένων σε διάφορα τμήματα για πιο ολοκληρωμένη εκπαίδευση αλλά συνήθως δεν γίνεται. Το σημαντικότερο είναι ότι δεν υπάρχει συνήθως ή όταν υπάρχει δεν ακολουθείται επαρκώς ένα συγκεκριμένο ενιαίο εκπαιδευτικό πρόγραμμα ειδικευομένων με κάλυψη όλων των τομέων της ειδικότητας. Η προσπάθεια όμως που γίνεται με τα μαθήματα της ΕΓΕ είναι αρκετά αξιόλογη και αν αξιοποιηθεί κατάλληλα μπορεί να βοηθήσει σημαντικά. Τέλος οι εξετάσεις δεν γίνονται με βάση κάποια προκαθορισμένα αντικείμενα και διαδικασίες αλλά με το κατά την κρίση των εξεταστών που σε αρκετές περιπτώσεις δεν έχουν την ανάλογη εκπαίδευση για τον ρόλο αυτόν.

Υστερεί η Ελληνική Γαστρεντερολογία στο διεθνές χώρο των αναπτυγμένων χωρών; Έχει επηρεαστεί από την κρίση των τελευταίων ετών;

Η απάντηση δυστυχώς είναι θετική και στα δύο ερωτήματα. Βέβαια υπάρχουν μεμονωμένοι Έλληνες Γαστρεντερολόγοι με υψηλή κατάρτιση και σημαντική διεθνή παρουσία αλλά γενικά η παρουσία της Ελλάδας σε μεγάλα συνέδρια και άλλες δραστηριότητες είναι περιορισμένη. Υπάρχουν επίσης επί μέρους δραστηριότητες όπως τα συνέδρια και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της ΕΓΕ και ειδικών εταιρειών σχετικά υψηλού επιπέδου. Η συνολική όμως εικόνα συνεκτιμώντας όλους τους τομείς όπως κλινική πρακτική, έρευνα και εκπαίδευση είναι σαφώς μειονεκτική και με σαφή επιδείνωση τα τελευταία χρόνια. Όποιος έχει επισκεφθεί Γαστρεντερολογικά τμήματα ή κλινικές σε νοσοκομεία της Ευρώπης και της Αμερικής βλέπει εύκολα την διαφορά κυρίως στην οργάνωση και τις υποδομές.

Ποια η γνώμη σας για το Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας και τα επί μέρους ελληνικά Συνέδρια της ειδικότητας.

Είχα την τύχη και μεγάλη ευθύνη να είμαι πρόεδρος της οργανωτικής επιτροπής του 36ο Πανελληνίου Συνεδρίου



Γαστρεντερολογίας. Πιστεύω ότι ήταν ένα επιτυχημένο συνέδριο με μεγάλη συμμετοχή και υψηλού επιπέδου συνεδριάσεις. Χρειάστηκε όμως πολύ μεγάλη προσπάθεια και συστηματική δουλειά για αρκετό χρόνο ώστε να ξεπεραστούν οι γνωστές αδυναμίες που υπάρχουν. Θεωρώ ότι η συγκυρία επιβάλλει λόγω της περιορισμένης πλέον δυνατότητας για πολλούς παρακολούθησης συνεδρίων εξωτερικού να οργανώνονται κατά το δυνατόν καλύτερα Πανελλήνια Συνέδρια με κάλυψη όλων των σημαντικών εξελίξεων όλων των τομέων της ειδικότητας. Η επιλογή των πλέον κατάλληλων ομιλητών πρέπει να γίνεται με βάση την εξειδίκευση και την τεκμηριωμένη (δημοσιεύσεις, εξειδικευμένη ενασχόληση, διδακτική ικανότητα κλπ) βαθιά γνώση του αντικείμενου. Επίσης πρέπει να υπάρχει μια καλή αναλογία παλαιών εμπειρών καταξιωμένων ομιλητών αλλά και νέων στους οποίους κριτήρια μπορεί να είναι πρόσφατη μετεκπαίδευση ή διδακτορική διατριβή σε ένα θέμα. Σημαντική είναι επίσης η πρόσκληση καταλλήλων ξένων ομιλητών οι οποίοι όμως πρέπει να είναι καταξιωμένοι διεθνώς στο αντικείμενο τους και διαθέσιμοι να έλθουν για το ελληνικό συνέδριο. Οι επιστημονικές εργασίες που υποβάλλονται στο συνέδριο πρέπει να αξιολογούνται από κριτές με εξειδίκευση στο αντικείμενο και να επιλέγονται για παρουσίαση οι αντικειμενικά καλύτερες. Σημαντικό επίσης είναι να υπάρχει μια συνέχεια στα Πανελλήνια συνέδρια και η εμπειρία που αποκτάται από την οργάνωση ενός συνεδρίου να αξιοποιείται στα επόμενα. Τα επιμέρους όμως συνέδρια που γίνονται πιστεύω ότι πρέπει να περιοριστούν και να γίνονται μόνον στα αντικείμενα που είναι απολύτως αναγκαία.

Το πρόσωπό σας έχει ταυτιστεί με το περιοδικό της ΕΓΕ, το *Annals of Gastroenterology*, και μάλιστα με πολύ θετικό τρόπο γιατί σαν Πρόεδρος της Συντακτικής του Επιτροπής καταφέρατε κυριολεκτικά να το απογειώσετε. Θέλω να αναφερθείτε αναλυτικά στη συνταγή της επιτυχίας ...

Όταν το 2010 μου προτάθηκε από τον τότε Πρόεδρο της ΕΓΕ Γεώργιο Κητή να αναλάβω την διεύθυνση του *Annals of Gastroenterology* ομολογώ ότι αιφνιδιάστηκα. Ήμουν επίκουρος Καθηγητής και θεωρούσα ότι υπήρχαν αρκετοί ικανότεροι από εμένα και σε υψηλότερες βαθμί-

δες που είχαν προτεραιότητα να αναλάβουν το δύσκολο αυτό έργο. Αρχικά προβληματίστηκα και ζήτησα μάλιστα προθεσμία να απαντήσω. Μετά από σκέψη αποφάσισα να δεχτώ θεωρώντας ότι αποτελεί μια μεγάλη πρόκληση για μένα να προσπαθήσω δουλεύοντας σκληρά να επιτύχω κάτι σημαντικό. Ήταν γνωστό ότι το Περιοδικό μετά από επανειλημμένες ανεπιτυχείς προσπάθειες να αναδειχθεί και να μπει σε μεγάλες διεθνείς βάσεις βιβλιογραφίας (PubMed, Medline κλπ) ήταν σε μία κρίσιμη καμπή με αρκετές δυσκολίες στην ανεύρεση ύλης με δημοσιεύσεις που προερχόταν κυρίως από τον Ελληνικό χώρο. Από την πρώτη στιγμή με συστηματική, καθημερινή και επίμονη εργασία προσπάθησα να το οργανώσω σε νέα βάση. Ευτυχώς βρήκα συμπαράσταση και από την Ελλάδα αλλά και από το εξωτερικό και αρκετοί καταξιωμένοι γαστρεντερολόγοι και ερευνητές δέχθηκαν να πλαισιώσουν την Συντακτική Επιτροπή και να προσφέρουν πολύτιμες υπηρεσίες στο Περιοδικό. Προοδευτικά και μεθοδικά έγιναν πολλές αλλαγές στην οργάνωση και λειτουργία του στα πρότυπα γνωστών διεθνών Περιοδικών. Ο κύκλος εργασιών του Περιοδικού όπως κρίσεις και αξιολόγηση των εργασιών, διορθώσεις, παραγωγή των τελικών άρθρων σε διάφορες ψηφιακές μορφές και δημοσίευση σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή με σκληρή δουλειά από αρκετά άτομα βελτιώθηκε σημαντικά σε όλους τους τομείς. Η προσπάθεια αυτή προοδευτικά εκτιμήθηκε θετικά με ανταπόκριση από πολλούς Έλληνες και ξένους και ο όγκος των υποβολών εργασιών συνεχώς αύξανε με πολλές πλέον εργασίες προερχόμενες από το εξωτερικό και ιδιαίτερα από αναπτυσσόμενες χώρες. Το επόμενο βήμα ήταν να βελτιώσουμε την ποιότητα των δημοσιεύσεων με επιλογή και δημοσίευση μόνον των καλύτερων. Το αποτέλεσμα ήταν το 2014 τελικά το *Annals of Gastroenterology* να ενταχθεί στο PubMed και η εξέλιξη των πραγμάτων έγινε αρκετά πιο εύκολη. Είναι πλέον ένα αναγνωρίσιμο διεθνές περιοδικό με πολύ αξιοπρεπή κατάταξη ανάμεσα στα διεθνή περιοδικά Γαστρεντερολογίας (54ο σε 134 περιοδικά). Γεγονός όμως είναι ότι τα τελευταία 7 χρόνια δεν πέρασε μια μέρα να μην ασχοληθώ σε κάποιο βαθμό με το Περιοδικό και με όγκο δουλειάς διαρκώς να αυξάνεται. Πιστεύω λοιπόν ότι το μυστικό της επιτυχίας του Περιοδικού δεν είναι άλλο από



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ

την σκληρή, συστηματική και καθημερινή εργασία και ενεργοποίηση όλων των δυνατοτήτων που υπάρχουν στην γαστρεντερολογική κοινότητα. Ίσως αυτό θα μπορούσε να λειτουργήσει και σαν παράδειγμα για την βελτίωση και άλλων πραγμάτων στον Ελληνικό χώρο.

Με τέτοιο πλούσιο βιογραφικό αναρωτιέται κανείς αν επαρκεί το 24ωρο για όλα... Ωστόσο θα τολμήσω να σας ζητήσω να μας μιλήσετε λίγο για τον εαυτό σας στον ελεύθερο εκτός Ιατρικής χρόνο, για ενδιαφέροντα, δεξιότητες...

Μικρός μου άρεσε η ζωγραφική και έχω κάποιους πίνακες και προσωπογραφίες που διατηρώ ακόμα από αυτή την απασχόληση. Σήμερα δεν έχω τον χρόνο και την ηρεμία που χρειάζεται για να ασχοληθώ ενεργά με την ζωγραφική. Καλύπτω όμως εν μέρει τις καλλιτεχνικές ευαισθησίες με απασχόληση με την φωτογραφία. Το ψάρεμα και γενικότερα η απασχόληση με την θάλασσα ήταν μια δραστηριότητα που μου άρεσε και είχα για χρόνια αλλά έχει περιοριστεί τελευταία. Ασχολούμαι όμως αρκετά με τον κήπο μου όπου έχω την πλήρη φροντίδα τόσο των καλλωπιστικών φυτών όσο και των λαχανικών με δική μου παραγωγή όλο τον χρόνο. Έχοντας την τύχη να ζω έξω από την πόλη σε μονοκατοικία με κήπο αξιοποιώ σε κάποιο βαθμό τα πλεονεκτήματα που παρέχει το κλίμα και το περιβάλλον της Κρήτης. Μετά από μια κοπιαστική ημέρα η μεγαλύτερη ευχαρίστηση και χαλάρωση προέρχεται από την απασχόληση με τα φυτά.

Αν βρισκόσαστε στο ξεκίνημα της επαγγελματικής σας ζωής σήμερα θα επιλέγατε την παραμονή στην Ελλάδα;

Έχω δύο γιούς ιατρούς ο ένας κάνει ειδικότητα στις ΗΠΑ και ο δεύτερος ετοιμάζεται να κάνει το ίδιο. Ακόμα και εγώ ο ίδιος στην πρόσφατη μετεκπαίδευση στις ΗΠΑ και συγκεκριμένα στο Γαστρεντερολογικό τμήμα του νοσοκομείου UPMC του Pittsburgh δεχόμενος πρόταση να παραμείνω ομολογώ ότι ταλαντεύθηκα. Οι συνθήκες εργασίας σε νοσοκομείο της Αμερικής είναι πολύ καλύτερες σε σύγκριση με ανάλογα Ελλάδας. Παρόλο λοιπόν που η ζωή στην Ελλάδα έχει και αρκετές καλές πλευρές καταλαβαίνω και κατανοώ τους νέους ιατρούς που με κριτήρια τις συνθήκες άσκησης επαγγέλματος καθώς και

τις προοπτικές και ευκαιρίες που υπάρχουν επιλέγουν την μετανάστευση σε χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής. Συχνά σε επικοινωνία που έχω με φίλους Γαστρεντερολόγους από το εξωτερικό μου λένε ότι με ζηλεύουν που ζω στη Κρήτη με τόσο καλό κλίμα και όμορφο περιβάλλον. Η συνήθης απάντησή μου είναι ότι και εγώ τους ζηλεύω που στην καθημερινότητα τους έχουν εξαιρετικές και οπωσδήποτε καλύτερες από εδώ συνθήκες εργασίας.

Και να κλείσουμε με μια αναφορά στο βασικό θέμα της ελληνικής κοινωνίας.. Βρισκόμαστε στον 8ο χρόνο μιας βαθιάς οικονομικής και κοινωνικής κρίσης χωρίς να διαφαίνεται διέξοδος. Πιστεύετε ότι η χώρα μας θα καταφέρει να σταθεί στα πόδια της και να γυρίσει σελίδα, να περάσει στην πολυπόθητη ανάπτυξη, και τι χρειάζεται να γίνει προς αυτή την κατεύθυνση;

Δυστυχώς τα πράγματα είναι ιδιαίτερα σύνθετα και για τον λόγο αυτό από πλευράς μου τουλάχιστον δεν υπάρχει αισιοδοξία ότι θα βρεθεί σύντομα κάποια λύση. Αν ήταν οικονομικά ή πολιτικά μόνον τα θέματα που έχουμε θα υπήρχε ένας ορατός ορίζοντας βελτίωσης όπως ήδη έγινε σε άλλες χώρες που πέρασαν από ανάλογη θέση. Τα σημαντικότερα προβλήματα όμως άπτονται με πολλές μακροχρόνιες παθογένειες της Ελληνικής κοινωνίας και βασικές υστερήσεις σε θέματα παιδείας, συλλογικότητας, οργάνωσης της κοινωνίας και πειθαρχίας. Σε πολλές περιπτώσεις κυριαρχούν αναχρονιστικές λαϊκίστικες αντιλήψεις και αναπτύσσονται άγονες αντιπαραθέσεις και αντιπαλότητες που συνήθως στέκονται εμπόδιο σε οποιαδήποτε θετική εξέλιξη. Δυστυχώς ενώ η κρίση θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σαν ευκαιρία βελτίωσης πολλών καταστάσεων πάρα πολλές φορές θεωρήθηκε σαν πρόσχημα ώστε να μην γίνει τίποτα θετικό η ακόμη χειρότερο να υπάρξει επιδείνωση και οπισθοχώρηση. Πιστεύω ότι η βελτίωση των πραγμάτων αναγκαστικά θα είναι μια μακροχρόνια και επίπονη διαδικασία. Μόνον αν ενεργοποιηθούν υγιείς δυνάμεις σε πολλούς τομείς της κοινωνίας που είναι τώρα σε αδράνεια και αν δοθεί σημαντικό βάρος στην εκπαίδευση των νέων σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα θα υπάρχει και κάποια ελπίδα ότι τα πράγματα προοδευτικά θα αλλάξουν.



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗ, ΜΙΑ ΠΟΛΥΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Κωνσταντίνος Β. Βασιλείαδης

Η οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση (ΟΑΠ) είναι ένα καλά μελετημένο κληρονομούμενο σύνδρομο που εμφανίζεται σε 1:6.850 έως 1:23.700 γεννήσεις ενώ σε ποσοστό 15-20% των περιπτώσεων παρατηρείται "de novo", χωρίς κλινική ή γενετική παρουσία του συνδρόμου στους γονείς. Χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη εκατοντάδων ή χιλιάδων αδενωμάτων στο παχύ έντερο. Κληρονομείται με αυτοσωμικό επικρατούντα τρόπο και προκαλείται από μεταλλάξεις στο γονίδιο APC. Ουσιαστικά όλοι οι ασθενείς με αυτό, εάν δεν αναγνωριστούν και αντιμετωπιστούν, θα αναπτύξουν κακοήθεια παχέος σε μέση ηλικία 40-50 ετών. Αδενωματώδεις πολύποδες εμφανίζονται και στο ανώτερο πεπτικό, ιδιαίτερα στο 12δακτυλο, και μπορεί να οδηγήσουν σε κακοήθεια σε ποσοστό 5% περίπου. Περιγράφονται επίσης κυστικοί πολύποδες και αδενώματα στο στομάχο ενώ αναφέρονται και περιπτώσεις γαστρικού καρκίνου. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος κακοήθειας σε θέσεις όπως ο εγκέφαλος, ο θυρεοειδής, το πάγκρεας και το ήπαρ. Δεσμοειδείς όγκοι εμφανίζονται αρκετά συχνά, ενώ τη συχνότερη εμφάνιση έχει η υπερτροφία του χρωστικού επιθηλίου του αμφιβληστροειδή (πίνακας 1). Περίπου το 8% των οικογενειών εμφανίζουν μία εξασθενημένη μορφή της νόσου που εκδηλώνεται με την ανάπτυξη λιγότερων αδενωμάτων και καρκίνου σε πιο προχωρημένη ηλικία. Έχει αναγνωριστεί και δεύτερο γονίδιο που προκαλεί επίσης γέννηση σε αδενωματώδη πολυποδίαση αν και ο φαινότυπος είναι λιγότερο σοβαρός σε σχέση με την κλασική οικογενή πολυποδίαση. Το γονίδιο είναι το MUTYH και κληρονομείται με αυτοσωμικό υπολειπόμενο τρόπο. Αυτή η μορφή πολυποδίαςσης συχνά αναφέρεται ως MUTYH-associated polyposis (MAP).

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κλασικά η διάγνωση της τυπικής ΟΑΠ βασίζεται στην αναγνώριση >100 πολυπόδων παχέος. Η διάγνωση της εξασθενημένης ΟΑΠ είναι πιο πολύπλοκη. Με βάση τα κριτήρια του Nielsen θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 2 ασθενείς με 10-99 πολύποδες σε ηλικία >30 έτη ή ένας ασθενής με 10-99 πολύποδες σε ηλικία >30 έτη και

ένας πρώτου βαθμού συγγενής με καρκίνο παχέος και αδενώματα. Σύμφωνα με τον Knudsen ακολουθούνται τα ακόλουθα κριτήρια: 1) επικρατής τρόπος κληρονομικότητας και 2) 3-99 αδενώματα σε ηλικία 20 ή μεγαλύτερη.

Από μελέτες έχει βρεθεί ότι η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου στους ασθενείς με ΟΑΠ σε ηλικία <20 είναι πολύ μικρή, ενώ δεν υπάρχουν περιπτώσεις πρωκτοκολικού καρκίνου σε ηλικία <10. Με βάση αυτά τα συμπεράσματα, προτείνεται η έναρξη της παρακολούθησης από τα 10-12 έτη με σιγμοειδοσκόπηση. Εφόσον ανευρίσκονται πολύποδες, θα πρέπει να ακολουθεί ολική κολονοσκόπηση. Αν ο έλεγχος ξεκινήσει σε μεγαλύτερη ηλικία καλό είναι να γίνει εξαρχής κολονοσκόπηση.

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Λαμβάνοντας υπόψη ότι το διάστημα από την πρώτη εκδήλωση αδενωμάτων έως την εμφάνιση καρκίνου μεσολαβούν 15-20 έτη, πρέπει να υπάρχουν μεσοδιάστημα 2 ετών παρακολούθησης με σιγμοειδοσκόπηση. Σε περίπτωση ανεύρεσης αδενωμάτων πρέπει να γίνεται ολική κολονοσκόπηση ανά έτος έως την περίοδο της κολεκτομής. Σε πρώτου βαθμού συγγενείς χωρίς αναγνωρισμένη μετάλλαξη η παρακολούθηση θα πρέπει να γίνεται ανά 2 έτη ως τα 40 και να συνεχίζεται ως τα 50 ανά 3-5 έτη. Ο έλεγχος του ορθού σε ασθενείς που δεν έχει αφαιρεθεί, εξαρτάται από τη βαρύτητα της πολυποδίαςσης και καλό είναι να γίνεται κάθε 6 μήνες περίπου. Σε ασθενείς με μεγάλους πολύποδες >5χιλ που εμφανίζουν υψηλόβαθμη δυσπλασία υπάρχει ένδειξη για χειρουργείο. Επειδή οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν αδενώματα και καρκίνο ακόμα και στο ρουχ ολικής πρωκτοκολεκτομής υπάρχει ένδειξη παρακολούθησης σε μεσοδιαστήματα 6-12 μηνών.

Σε εξασθενημένη ΟΑΠ η εμφάνιση καρκίνου συμβαίνει στην ηλικία των 54 ετών (10-15 έτη αργότερα από τους ασθενείς με ΟΠ). Δεν έχουν αναγνωριστεί καρκίνοι σε ηλικία <20, ενώ η νεαρότερη ηλικία που έχει παρατηρηθεί είναι τα 24 έτη. Ο έλεγχος καλό είναι να αρχίζει από τα 18-20 έτη με ολική κολονοσκόπηση δεδομένου ότι οι



πολύποδες εμφανίζονται συνήθως στο δεξιό κόλον.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Τα αδενώματα στο δωδεκαδάκτυλο εμφανίζονται στο 50-90% των περιπτώσεων. Η σοβαρότητα της πολυποδίασης στο δωδεκαδάκτυλο στις περισσότερες μελέτες βασίζεται στην ταξινόμηση Spigelman (πίνακας 2). Η ταξινόμηση περιγράφει πέντε βαθμίδες αναλόγως πόντων που λαμβάνονται από τον αριθμό, το μέγεθος, την υφή και τη σοβαρότητα της δυσπλασίας των πολυπόδων. Στάδιο I (1-4 πόντοι) σημαίνει ήπια νόσο, ενώ τα στάδια III-IV (>6 πόντοι), σημαίνουν σοβαρή πολυποδίαση. Το 80% των ασθενών βρίσκονται συνήθως σε στάδια I-III και 10-20% στάδιο IV της νόσου. Οι μελέτες που υπάρχουν δείχνουν ότι γενικά υπάρχει αργή εξέλιξη στους πολύποδες του δωδεκαδακτύλου σχετικά με το μέγεθος, τον αριθμό και την ιστολογία. Μερικές μελέτες συνιστούν την έναρξη της παρακολούθησης με τη διάγνωση της νόσου, ενώ άλλες συνιστούν από την ηλικία των 25-30 ετών (η εμφάνιση καρκίνου προ των 30 ετών είναι εξαιρετικά σπάνια). Ο κίνδυνος φαίνεται να σχετίζεται με το στάδιο Spigelman: ασθενείς με στάδιο IV αναπτύσσουν κακοήθεια συχνότερα (7-36%) σε σχέση με τα στάδια I-III (<1%). Ο συνολικός κίνδυνος κακοήθειας στο δωδεκαδάκτυλο στην ηλικία των 57 φαίνεται να είναι 4.5%. Επειδή η μετάβαση στην κακοήθεια διαρκεί περισσότερο από 15-20 έτη, η παρακολούθηση συνήθως οδηγεί σε ανάδειξη προκαρκινικού σταδίου αλλοιώσεων. Τα προτεινόμενα μεσοδιαστήματα παρακολούθησης καθορίζονται αναλόγως του σταδίου Spigelman (πίνακας 3). Ένας γενικός κανόνας αποτελεί ο ετήσιος έλεγχος εάν υπάρχουν αδενώματα στο 12δακτύλο και ανά 3 έτη αν δεν υπάρχουν.

Παράλληλα με τον έλεγχο του 12δακτύλου προφανώς γίνεται και έλεγχος του στομάχου με βιοψίες σε πολυποειδείς αλλοιώσεις για ανεύρεση τυχόν αδενωμάτων. Η ανάγκη ελέγχου του υπόλοιπου λεπτού εντέρου με αξονική τομογραφία, εντερογραφία, εντεροσκόπηση ή κάψουλα δεν έχει τεκμηριωθεί.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ ΠΑΧΕΟΣ

Η αφαίρεση του παχέος εντέρου σε προκαρκινικό στάδιο είναι η βάση της αντιμετώπισης. Συνήθως η ηλικία χειρουργείου είναι μεταξύ 15-25 ετών με πιο συνήθη την ηλικία των 20. Ενδειξεις για πρώιμο χειρουργείο είναι οι πολύποδες >1 εκ, πολύποδες με υψηλόβαθμη δυσπλασία, αύξηση των πολυπόδων από μία εξέταση σε άλλη και η ύπαρξη τυχόν συμπτωμάτων. Η κολεκτομή με ειλεοορθική αναστόμωση εφαρμόζεται σε <20 ορθικούς και <1000 αδενώματα, ενώ η πρωκτοκολεκτομή με ρουχ σε μεγάλα αδενώματα, >20 αδενώματα ορθού και >1000 αδενώματα παχέος. Η πρώτη επιλογή είναι ασφαλής, απλή και ουσιαστικά χωρίς επιπλοκές αφού οι κενώσεις είναι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων φυσιολογικές. Η πρωκτοκολεκτομή είναι πιο εκτεταμένο χειρουργείο με πυελική συμμετοχή και επιπλοκές όπως αιμορραγία, μείωση γονιμότητας σε γυναίκες και βλάβη των πυελικών νεύρων. Αυξημένη συχνότητα κενώσεων, νυχτερινές κενώσεις και ακράτεια παρατηρούνται σε μεγαλύτερη συχνότητα σε πρωκτοκολεκτομή παρά σε ειλεοορθική αναστόμωση. Επίσης, ανευρίσκεται 5% πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου στους ασθενείς με ειλεοορθική αναστόμωση ενώ απαιτείται νέα επέμβαση σε ποσοστό 28%. Σε ασθενείς με δεσμοειδείς όγκους, πιθανότατα είναι δύσκολη η μετάβαση σε πρωκτοκολεκτομή λόγω βράχυνσης του μεσεντερίου.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Οι επιλογές είναι δύο, η ενδοσκοπική και η χειρουργική αντιμετώπιση. Η ενδοσκοπική αφορά αφαίρεση των αδενωμάτων είτε του φύματος είτε του υπόλοιπου 12δακτύλου. Συνοδεύεται με υψηλό ποσοστό επιπλοκών (διάρρηση, αιμορραγία, παγκρεατίτιδα) και υψηλό ποσοστό υποτροπής (>50%). Επειδή σε στάδιο Spigelman I και II ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου είναι μικρός, λαμβάνοντας υπόψιν τον κίνδυνο επιπλοκών από ενδοσκοπική θεραπεία, η παρακολούθηση είναι αποδεκτή λύση. Σε ασθενείς με στάδιο III ή μεγαλύτερο, όπου ο κίνδυνος καρκινογένεσης είναι υψηλότερος, μία αποδεκτή προσέγγιση αποτελεί η ενδοσκοπική θεραπεία των μεγαλύτερων



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗ, ΜΙΑ ΠΟΛΥΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

(>1 εκ) ή των πολυπόδων με υψηλόβαθμή δυσπλασία. Το όφελος της ενδοσκοπικής θεραπείας είναι ότι θα παραιτείται την ανάγκη για πιο ριζική επέμβαση (Whipple's).

Χειρουργικά προτείνεται η τοπική αφαίρεση, η δωδεκαδακτυλεκτομή και η παγκρεατικοδωδεκαδακτυλεκτομή (Whipple's). Η τοπική αφαίρεση έχει υψηλά ποσοστά υποτροπής γι' αυτό και θα πρέπει να περιορίζεται σε περιπτώσεις παρουσίας 1-2 μεγάλων πολυπόδων σε ένα κατά τα άλλα "υγιές" δωδεκαδάκτυλο. Σε προχωρημένο στάδιο Spigelman έχει ένδειξη η μείζων χειρουργική επέμβαση, δεδομένου ότι το ποσοστό υποτροπής (στο εγγύς λεπτό έντερο) είναι σχετικά χαμηλό.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το πρώτο φάρμακο που φάνηκε να είναι αποτελεσματικό στην ΟΑΠ ήταν η σουλινδάκη που πέτυχε μείωση του αριθμού των πολυπόδων >50% στο παχύ έντερο. Στη δεκαετία του 90 οι εκλεκτικοί COX2 αναστολείς θεωρήθηκε ότι έχουν λιγότερες παρενέργειες από τους κλασσικούς ΜΣΑΦ σε ότι αφορά το γαστρεντερικό, οπότε χρησιμοποιήθηκαν σε ΟΑΠ με αρκετή επιτυχία. Η σελεκοξίμη πέτυχε μείωση αδενωμάτων τόσο του παχέος όσο και του δωδεκαδακτύλου. Λόγω καρδιαγγειακών παρενεργειών από τη ροφεκοξίμη, περιορίστηκε η χρήση τους, ειδικά επειδή απαιτούνται υψηλές δόσεις ώστε να αποδειχτούν αποτελεσματικές σε ΟΑΠ. Γενικότερα η σουλινδάκη θεωρείται περισσότερο αποτελεσματική από τη σελεκοξίμη, ενώ δεν έχουν αναφερθεί καρδιαγγειακές επιπλοκές. Δεδομένης της προφυλακτικής δράσης των αναστολέων αντλίας πρωτονίων στο στομάχο, μπορεί να θεωρηθεί "ελκυστική" θεραπεία σε όσους απαιτείται καθυστέρηση του χειρουργείου (με ήπια νόσο), σε ασθενείς με εναπομείναν ορθό, ή σε ασθενείς με δεσμοειδείς όγκους. Σε ότι αφορά το 12δάκτυλο, η χρήση τους δικαιολογείται μόνο σε προχωρημένη σταδιοποίηση Spigelman.

ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΟΑΠ

Οι κλινικοί που ασχολούνται με την ΟΑΠ πρέπει να είναι εξοικωμένοι με τις εξωεντερικές "επιπλοκές" της νόσου

οι οποίες δεν είναι σπάνιες, με τον κίνδυνο σε όλη τη ζωή να φτάνει το 30%. Αυτό αποκτά μεγάλη σημασία, διότι λόγω της ευρείας χρήσης της κολεκτομής και των νέων τεχνικών πολυπεκτομής, το προσδόκιμο αυτών των ασθενών έχει αυξηθεί κατά πολύ.

1. Δεσμοειδείς όγκοι

Οι δεσμοειδείς όγκοι αποτελούν μία σημαντική αιτία θανάτου σε ασθενείς με ΟΑΠ. Η επίπτωση είναι 1000 φορές συχνότερη σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Μπορούν να αναπτυχθούν σε οποιαδήποτε ηλικία με τη συνήθη στα 20-40 έτη. Ο κίνδυνος σε όλη τη ζωή για ανάπτυξη τέτοιων όγκων είναι 21%, ενώ αυξάνεται μετά από προηγούμενο χειρουργείο με μέσο διάστημα τα 2 έτη. Οι μεγαλύτεροι παράγοντες κινδύνου είναι το θετικό οικογενειακό ιστορικό, η παρουσία οστεωμάτων ή επιδερμοειδών κύστεων.

Οι περισσότεροι όγκοι εμφανίζονται στην κοιλιακή χώρα, συνήθως ενδοκοιλιακά (στο μεσεντέριο του λεπτού εντέρου) αλλά και στο κοιλιακό τοίχωμα (ακόμα και σε χειρουργικές ουλές). Ελάχιστοι (<10%) αναπτύσσονται εκτός κοιλιακής χώρας. Ιστολογικά είναι καλοήθεις, μη μεταστατικοί, με εξαίρεση τη διήθηση των πέριξ ιστών. Περίπου 5-10% φαίνεται ότι υποχωρούν αυτόματα, 30% κάνουν κύκλους υποχώρησης και έξαρσης, 50% παραμένουν σταθεροί, ενώ το 10% αναπτύσσονται ταχέως και παρουσιάζουν διηθητική συμπεριφορά. Η θεραπεία ενδείκνυται όταν προκαλούν συμπτώματα, θέτουν σε κίνδυνο διπλανάς δομές ή προκαλούν κοσμητικές αλλοιώσεις. Για ενδοκοιλιακές μάζες η θεραπεία με σουλινδάκη ή ταμοξιφέν θεωρείται πρώτης γραμμής. Κυτταροτοξικές θεραπείες έχουν χρησιμοποιηθεί σε έλλειψη ανταπόκρισης. Χειρουργείο γενικά δε θεωρείται πρώτης γραμμής θεραπεία διότι συνοδεύεται από μεγάλες πιθανότητες υποτροπής και υψηλή θνησιμότητα (αιμορραγία, σύνδρομο βραχέος εντέρου και περιεγχειρητικό θάνατο). Το χειρουργείο (με εξαιρετικά μικρή απώλεια λεπτού εντέρου σε εξειδικευμένα κέντρα) παραμένει σημαντική επιλογή σε μεγάλους όγκους που δεν ανταποκρίνονται στη συντηρητική αγωγή, σε όγκους του κοιλιακού τοι-



χώματος ή έξωθεν της κοιλιακής χώρας (άν και δε συμφωνούν όλοι οι μελετητές δεδομένου ότι υπάρχει πάντα η δυνατότητα παρακολούθησης). Σε θετικά εγχειρητικά όρια συνιστάται επιπλέον ακτινοθεραπεία.

Η παρακολούθηση των όγκων αυτών με συγκεκριμένο πρόγραμμα δεν έχει βρει σύμφωνους πολλούς ερευνητές που δεν προτείνουν κάποια παρακολούθηση. Επειδή όμως με την πρόοδο των ετών μειώνεται η θνησιμότητα από την πολυποδίαση και αυξάνεται από τους δεσμοειδείς όγκους, είναι λογικός ο έλεγχος ειδικά σε ασθενείς με θετικό οικογενειακό ιστορικό. Ειδική προσοχή χρειάζεται σε αυτήν την κατηγορία ασθενών όταν πρέπει ή κρίνεται σκόπιμο ένα χειρουργείο δεδομένου ότι οι όγκοι αυτοί εμφανίζονται συχνά πάνω σε ιστική κάκωση συνεπεία χειρουργείου. Σε όγκους που μπορεί να προκαλέσουν απόφραξη εντέρου ή ουρητήρα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν και η επιλογή του εντερικού bypass ή η τοποθέτηση ενδοπρόσθεσης ουρητήρα.

2. Καρκίνος θυρεοειδή

Έχει πλέον αναγνωριστεί ο υψηλότερος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου θυρεοειδούς κατά 1-2% σε ασθενείς με ΟΑΠ σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, άν και μερικοί ερευνητές θεωρούν ότι αυτό το ποσοστό έχει υποεκτιμηθεί. Υπάρχει επικράτηση στο γυναικείο φύλο (17:1) και δεν έχει αναφερθεί ποτέ πριν την ηλικία των 15. Η συνήθης ηλικία εμφάνισης είναι πριν τα 35 με 160 φορές περισσότερη πιθανότητα σε σχέση με φυσιολογικούς ενήλικες. Παρόλο που δεν υπάρχει συγκεκριμένο πρωτόκολλο παρακολούθησης, δεδομένης της ευκολίας στον έλεγχο του θυρεοειδούς (ψηλάφηση, υπερηχογράφημα), συνιστάται η ετήσια παρακολούθηση του και η διενέργεια παρακέντησης σε περίπτωση ύποπτων όζων.

3. Ηπατοβλάστωμα

Αποτελεί εμβρυϊκό νεόπλασμα με ποικίλους διαφοροποίηση και εμβρυϊκά στοιχεία. Ο κίνδυνος σε ΟΑΠ είναι 750-7500 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ωστόσο ο συνολικός κίνδυνος εμφάνισης είναι μικρότερος από 2%. Η ηλικίες εμφάνισης είναι

παραπλήσιες με τους ασθενείς χωρίς πολυποδίαση ενώ δεν υπάρχουν γενικώς αποδεκτές υποδείξεις για παρακολούθηση. Προτείνονται μετρήσεις της φετοπρωτεΐνης καθώς και υπερηχογράφημα άνω κοιλίας ιδίως τα πρώτα 5-10 έτη ζωής.

4. Όγκοι εγκεφάλου

Τα μυελοβλαστώματα αποτελούν το 80% των όγκων εγκεφάλου που αναπτύσσονται, ενώ ανευρίσκονται και αστροκυτώματα ή επενδυμώματα. Τα μυελοβλαστώματα παρατηρούνται στην πρώτη δεκαετία ζωής και το 70% πριν τα 16 έτη. Ο συνολικός κίνδυνος ανάπτυξης οποιουδήποτε όγκου εγκεφάλου είναι περί το 1-2%. Επειδή το μυελοβλάστωμα είναι εξαιρετικά κακοήθης όγκος, που είναι συνήθως συμπτωματικός μόνο 6 μήνες προ της διάγνωσης, ακόμη και ο ετήσιος έλεγχος μπορεί να μην είναι αρκετός. Ο έλεγχος με αξονική ή μαγνητική δε μπορεί να συστηθεί. Προσοχή πρέπει να δίνεται σε νέους ασθενείς οικογενειών με πολυποδίαση διότι η ανάπτυξη όγκων εγκεφάλου μπορεί να προηγηθεί της ανάπτυξης πολυποδίων, και σε οικογένειες με ήδη ένα ιστορικό τέτοιου όγκου.

5. Χοληδόχος κύστη, χοληφόρα, πάγκρεας

Αδενωματώδεις αλλοιώσεις, και καρκίνος έχουν παρατηρηθεί στη χοληδόχο κύστη, τα χοληφόρα και το πάγκρεας. Το αδενοκαρκίνωμα είναι σπάνιο, όμως η συχνότητα του είναι υψηλότερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Δεδομένης της χαμηλής επίπτωσης της νόσου και της έλλειψης δεδομένων, η παρακολούθηση δε συνιστάται ως ρουτίνα. Ένα λογικό πρωτόκολλο θα ήταν ο έλεγχος με μαγνητική και ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα. Δεδομένου ότι οι ασθενείς με ΟΑΠ συχνά υφίστανται έλεγχο για πιθανούς δεσμοειδείς όγκους, προσοχή θα πρέπει να δίδεται και στην απεικόνιση του παγκρέατος.

6. Όγκοι επινεφριδίων

Ός τυχαιώματα, τα αδενώματα επινεφριδίων ανευρίσκονται σε ποσοστό 7%, σε σχέση με το 3% του γενικού πληθυσμού. Η βιολογική συμπεριφορά και η κλινική τους εκ-



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗ, ΜΙΑ ΠΟΛΥΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

δήλωση ωστόσο, δε διαφέρει από αυτή του γενικού πληθυσμού. Ο σχετιζόμενος με ΟΑΠ καρκίνος επινεφριδίων είναι πάρα πολύ σπάνιος με σποραδικές αναφορές στη βιβλιογραφία. Με βάση τη χαμηλή επίπτωση των όγκων που παράγουν ορμόνες και τη σπανιότητα του καρκίνου των επινεφριδίων, δε συνιστάται παρακολούθηση. Προτιμάται η κλινική εγρήγορση για τυχόν ανάπτυξη σημείων όπως υπέρταση, αύξηση βάρους, υποκαλσιαιμία κτλ.

7. Οστεώματα και οδοντικές ανωμαλίες

Η επίπτωση των οστεωμάτων είναι περίπου 20% σε σχέση με το 1-2 % στο γενικό πληθυσμό. Οι οδοντικές ανωμαλίες εμφανίζονται σε ποσοστό 17%. Και τα δύο μπορεί να προηγηθούν από την εμφάνιση των πολυπόδων. Τα οστεώματα είναι καλοήθεις όγκοι που πιο συχνά εμφανίζονται στο κρανίο και τη γνάθο, ενώ είναι δυνατό να αναπτυχθούν σε οποιοδήποτε οστό του σώματος. Το μέγεθος τους ποικίλει από λίγα χιλιοστά έως εκατοστά δημιουργώντας προβλήματα στην εμφάνιση.

Κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης των οδόντων μπορεί να αναπτυχθούν επιπλέον οδόντες και κύστει που μπορεί να παρεμβάλλονται και να εμποδίζουν την ανάπτυξη της κανονικής οδοντοστοιχίας. Πολλές φορές συμβαίνει υποστροφή οδόντος το οποίο παραμένει στη γνάθο. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί χειρουργική παρέμβαση ειδικά όταν εμποδίζεται η κανονική ανάπτυξη οδόντων ή όταν, στην περίπτωση των κύστεων, αναπτύσσονται σε μεγάλο μέγεθος και καταλαμβάνουν μεγάλο μέρος της γνάθου.

Ως προφύλαξη συστήνεται η παρακολούθηση με πανοραμική ακτινογραφία τουλάχιστον κάθε 2 έτη έως την ηλικία των 18 όπου έχει ολοκληρωθεί η ανάπτυξη της οδοντοστοιχίας. Ο σημαντικότερος λόγος είναι ότι η ανεύρεση τυχόν ανωμαλιών, ιδιαίτερα κύστεων, σε μεγαλύτερη ηλικία καθιστά πολύ δυσχερέστερη την αντιμετώπιση τους σε σχέση με το αν γίνουν αντιληπτές στο ξεκίνημα τους.

8. Άλλες καλοήθεις και κακοήθεις εκδηλώσεις

Επιδερμοειδείς κύστεις, ινώματα, λιπώματα, πιλοματρι-

ξώματα μπορεί να αναπτυχθούν υποδορίως και μπορεί να προκαλέσουν κοσμητικής φύσης προβλήματα. Οι κύστεις μερικές φορές επιμολύνονται, οπότε χρήζουν χειρουργικής αφαίρεσης. Σε μερικούς ασθενείς αναπτύσσονται ρινοφαρυγγικά ινοαγγείωματα.

Η συγγενής υπετροφία του χρωστικού επιθηλίου του αμφιβληστροειδούς είναι η συχνότερη εξωεντερική εκδήλωση και πολλές φορές πρώιμος δείκτης της ΟΑΠ. Δεν είναι γνωστό να προκαλεί προβλήματα αλλά συστήνεται οφθαλμολογική παρακολούθηση, ιδίως γιατί αποτελεί δείκτη ανάδειξης μελών της οικογένειας με τη νόσο.

Τέλος, έχουν αναφερθεί κακοήθειες σε μαστό, ενδομήτριο, ωοθήκες και ουροδόχο κύστη.

Καλοήθεις βλάβες	Κακοήθεις βλάβες
Συγγενής υπετροφία χρωστικού επιθηλίου αμφιβληστροειδούς (70-80%)	Καρκίνος θυρεοειδούς (2-3%)
Επιδερμοειδείς κύστεις (50%)	Όγκος εγκεφάλου (<1%)
Οστεώμα (50-90%)	Ηπατοβλάστωμα (=1%)
Δεσμοειδείς όγκοι (10-15%)	
Υπεράριθμα δόντια (11-27%)	
Αδενώματα επινεφριδίων (7-13%)	

Πίνακας 1. Εξωεντερικές εκδηλώσεις οικογενούς πολυποδίαςης

Κριτήριο πολυπόδων	1 πόντος	2 πόντοι	3 πόντοι
Αριθμός	1-4	5-20	>20
Μέγεθος (χιλ)	1-4	5-10	>10
Ιστολογία	σωληνώδεις	σωληνολαχνωτό	λαχνωτό
Δυσπλασία	ήπια	μέτρια	βαριά

στάδιο 0: 0 πόντοι, στάδιο I: 1-4 πόντοι, στάδιο II: 5-6 πόντοι, στάδιο III: 7-8 πόντοι, στάδιο IV: 9-12 πόντοι

Πίνακας 2. Ταξινόμηση Spigelman

Spigelman classification	Διαστήματα παρακολούθησης
0	4 έτη
I	2-3 έτη
II	1-3 έτη
III	6-12 μήνες
IV	Σκέψη χειρουργείου

Πίνακας 3. Παρακολούθηση 12δακτύλου αναλόγως ταξινόμησης Spigelman



Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία μέσω internet για εφήβους με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (ΣΕΕ) προσβάλλει περίπου το 8% των εφήβων και οδηγεί σε υποβάθμιση της ποιότητας ζωής τους και δυσλειτουργία, ενώ συχνά τους συνοδεύει και μετά την ενηλικίωση. Οι διαθέσιμες φαρμακευτικές και διατροφικές θεραπευτικές παρεμβάσεις έχουν μάλλον περιορισμένη αποτελεσματικότητα στην ομάδα αυτή των ασθενών με ΣΕΕ. Από την άλλη πλευρά έχει δειχθεί πως ο φόβος και η συμπεριφορά αποφυγής των συμπτωμάτων αποτελούν βασικούς μηχανισμούς συντήρησης της βαρύτητας των εκδηλώσεων του ΣΕΕ και της συνεπαγόμενης δυσλειτουργίας. Με βάση αυτή την παρατήρηση, μελέτες σε ενήλικες με ΣΕΕ έχουν δείξει πως πρωτόκολλα γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας που περιλαμβάνουν ασκήσεις έκθεσης προκειμένου να μειωθούν ο φόβος και η συμπεριφορά αποφυγής έχουν σημαντικά αποτελέσματα στη μείωση της συμπτωματολογίας του ΣΕΕ και τον επηρεασμό της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Ένας σημαντικός περιοριστικός παράγοντας στην παροχή τέτοιου είδους θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι ο μικρός αριθμός των θεραπειών που έχουν εξειδικευθεί σε ασθενείς με ΣΕΕ. Το πρόβλημα αυτό έρχεται να λύσει η διάδοση της σύγχρονης τεχνολογίας και πιο συγκεκριμένα το διαδίκτυο (internet). Οι γνωσιακές συμπεριφορικές θεραπείες μέσω internet έχουν δοκιμαστεί με καλά αποτελέσματα σε ενήλικες με ΣΕΕ αλλά και σε παιδιά και εφήβους με ψυχικές (π.χ. άγχος) και σωματικές (π.χ. χρόνιο πόνο) διαταραχές.

Μια πρόσφατη τυχαioποιημένη μελέτη από τη Σουηδία διερεύνησε την αποτελεσματικότητα της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας μέσω internet σε εφήβους με ΣΕΕ. Η θεραπεία αποτελούταν από 10 εβδομαδιαία σκέλη για τους εφήβους και 5 για τους γονείς τους και περιελάμβανε ασκήσεις έκθεσης προκειμένου να μειωθούν ο φόβος και η αποφυγή των συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, δίνονταν τρόφιμα που οδηγούν σε έξαρση των συμπτωμάτων και συστάσεις για αποφυγή συμπεριφορών που ενδέχεται να μειώσουν τα συμπτώματα π.χ. ύπνος. Οι γονείς των πασχόντων εκπαιδεύονταν να εν-

θαρρύνουν τα παιδιά τους να συμμετέχουν ενεργά στις παρεμβάσεις. Οι ασκήσεις γίνονταν μέσω μηνυμάτων, τηλεφωνικών κλήσεων, ακουστικών αρχείων και βίντεο, ενώ εξειδικευμένοι ψυχοθεραπευτές παρείχαν online οδηγίες και υποστήριξη.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία μέσω internet οδήγησε σε στατιστικά σημαντική βελτίωση του συμπτωματολογικού δείκτη των εφήβων με ΣΕΕ, καθώς και της ποιότητας ζωής τους όπως βαθμολογήθηκε από τους ίδιους και τους γονείς τους. Επιπρόσθετα, οι απουσίες από το σχολείο και η λήψη φαρμάκων ήταν σημαντικά λιγότερες στην ομάδα που έλαβε τη θεραπεία σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα αυτά διατηρήθηκαν και σε περίοδο 6 μηνών μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης.

Είναι σημαντικό πως η χρήση του internet επιτρέπει την παροχή τέτοιων παρεμβάσεων σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού, ακόμα και σε απομακρυσμένες περιοχές. Επίσης, ο ψυχοθεραπευτής έχει τη δυνατότητα παρακολούθησης μέσω ενιαίας ηλεκτρονικής πλατφόρμας περισσότερων ασθενών σε σχέση με την απευθείας διαπροσωπική επαφή. Τέλος, γίνεται εύκολη η στενή παρακολούθηση των χορηγούμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων οι οποίες λόγω της ψηφιακής φύσης τους είναι πανομοιότυπες σε όλους τους ασθενείς, γεγονός που διευκολύνει την εξαγωγή ασφαλών επιστημονικών συμπερασμάτων.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Bonnert M, Olén O, Lalouni M et al. Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Adolescents With Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Am J Gastroenterol*. 2017 Jan;112:152-162
2. Eccleston C, Palermo TM, Williams AC et al. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;5:CD003968
3. Korterink JJ, Diederik K, Benninga MA et al. Epidemiology of pediatric functional abdominal pain disorders: a meta-analysis. *PLoS One* 2015;10:e0126982.



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ηλίας Ξηρουχάκης

Εισαγωγή

Η γαστρική καρκινογένεση αποτελεί μία πολυπαραγοντική, πολυσταδιακή διαδικασία η οποία σύμφωνα με το μοντέλο του Correa αρχίζει με την χρόνια ενεργό φλεγμονή που προκαλεί στον γαστρικό βλεννογόνο η λοίμωξη από *H. pylori*, εξελίσσεται βραδέως μέσω των προνεοπλασματικών σταδίων της γαστρικής ατροφίας, εντερικής μεταπλασίας και δυσπλασίας και τελικώς καταλήγει στην ανάπτυξη γαστρικού καρκίνου^{1, 2}. Στο πρόσφατο παρελθόν η διάγνωση των γαστρικών βλαβών βασίζονταν στην απλή ενδοσκόπηση λευκού φωτός με ή χωρίς τη λήψη βιοψιών. Όμως η χρήση της ενδοσκόπησης λευκού φωτός (ΕΛΦ) φαίνεται να μην αποτελεί πλέον την μέθοδο εκλογής για την αναγνώριση προνεοπλασματικών βλαβών (ΠΝΒ)³⁻⁵. Η αδυναμία της ΕΛΦ οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι σημαντικές μεταβολές του βλεννογόνου του στομάχου αλλά και των αγγείων δεν γίνονται εύκολα διακριτές και αναγνωρίσιμες⁶. Επίσης η μεγάλη επιφάνεια του στομάχου σε συνδυασμό με τον εστιακό, πολλές φορές χαρακτήρα των βλαβών, περιορίζει σημαντικά την ικανότητα της για επιτήρηση (follow up)⁷. Στην ελικοβακτηριδιακή γαστρίτιδα για παράδειγμα μόνον η οζώδης διαμόρφωση στο άντρο αποτελεί εύρημα με υψηλή θετική προγνωστική αξία (>90%)³, ενώ στην ατροφία η επιπέδωση των πτυχών και το ορατό αγγειακό δίκτυο έχουν χαμηλή ευαισθησία⁴, και τέλος η αξιοπιστία του ευρήματος των λευκωπών περιοχών που υποδείχνουν εντερική μεταπλασία δεν έχει πλήρως καθοριστεί⁵.

Σημαντική εξέλιξη της δεκαετίας του 1970, ήταν η εισαγωγή της χρωμοενδοσκόπησης⁸, μέσω ψεκασμού διαφόρων φυσικών χρωστικών ουσιών (διάλυμα Lugol, κυανού του μεθυλενίου, indigo carmine κλπ) αλλά και η χρήση της οπτικής μεγέθυνσης που όπως έδειξαν αρκετές μελέτες^{9,10} προσφέρουν μεγαλύτερη ακρίβεια έναντι της απλής ενδοσκόπησης στην διάγνωση προκαρκινικών βλαβών. Παρόλα αυτά ως μέθοδος δεν τυχάνει ευρείας αποδοχής ιδιαίτερα από τον δυτικό κόσμο για δύο βασικούς λόγους: πρώτον διότι απαιτεί επιπλέον κόστος αλλά και ιδιαίτερη προσοχή για την σωστή εφαρμογή της, γεγονός δύσκολο να εξασφαλιστεί από μη εξειδικευμένα κέντρα και δεύτερον διότι αποτελεί μια αρκετά

χρονοβόρα διαδικασία που δυσκολεύει την ρουτίνα της καθ'ημέρα πράξης.

Νεότερες ενδοσκοπικές τεχνικές

Μετά το 2000 αναπτύχθηκε μια σειρά νέων τεχνικών που είτε από μόνες τους είτε σε συνδυασμό με άλλες γνωστές τεχνικές όπως η οπτική μεγέθυνση έχουν ενσωματωθεί στα ενδοσκόπια δίνοντας την δυνατότητα αναγνώρισης λεπτομερειών του βλεννογόνου και των αγγείων και εκτίμησης έως και μικροσκοπικών βλαβών σε πραγματικό ενδοσκοπικό χρόνο.

Οι πιο προσιτές τεχνικές δηλαδή αυτές που φαίνεται ότι είναι πιο εύκολες στην εκπαίδευση και λιγότερο ακριβές στην χρήση είναι η μεγεθυντική ενδοσκόπηση υψηλής ανάλυσης / υψηλής ευκρίνειας με την προσθήκη χρωμοενδοσκόπησης με Narrow Band Imaging (NBI) ή υψηλού πεδίου ενδοσκόπηση λευκού φωτός (FICE και I-scan) και ο αυτοφθορισμός (Autofluorescence Imaging -AFI).

Άλλες πολλά υποσχόμενες αλλά σημαντικά ακριβότερες μέθοδοι, πιο χρονοβόρες και με προαπαιτούμενο σημαντικό χρόνο εκπαίδευσης είναι η ενδομικροσκόπηση (Confocal Laser Endomicroscopy-CLE) και η οπτική τομογραφία (Optical Coherence Tomography-OCT).

Μέθοδοι διάγνωσης του καρκίνου και των προνεοπλασματικών βλαβών του στομάχου με την χρήση των νεότερων ενδοσκοπικών τεχνικών.

Η κατανομή των ΠΝΒ στο στομάχο μπορεί να είναι διάχυτη ή εστιακή και αφορά το άντρο, το σώμα ή και τα δύο σε διαφορετική συνήθως έκταση². Παθολογοανατομικά με βάση την κατάταξη κατά Σύνδνευ η ατροφία και εντερική μεταπλασία χωρίζονται σε τρεις βαθμούς βαρύτητας (ήπια, μέτρια και σοβαρή), η δυσπλασία σε δύο (χαμηλόβαθμη και υψηλόβαθμη) ενώ επιπλέον στην εντερική μεταπλασία διακρίνονται και 3 τύποι^{2, 11}. Ενδοσκοπικά οι ΠΝΒ αναγνωρίζονται ως επίπεδες, υπεσκαμμένες ή υπεργεμμένες βλάβες του βλεννογόνου¹².

Με την χρήση των νεότερων ενδοσκοπίων υψηλής ανάλυσης σε συνδυασμό με οπτική μεγέθυνση¹³ περιγράφησαν το χαρακτηριστικό υποεπιθηλιακό αγγειακό δίκτυο (Sub Endothelial Capillary Network-SECN) του

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ



βλεννογόνου, τα συλλεκτικά φλεβίδια, και άλλα επιμέρους χαρακτηριστικά της επιφάνειας των αδενίων του βλεννογόνου του σώματος με βάσει τα οποία διακρίθηκαν 4 διαφορετικά μοτίβα (patterns) που αντιστοιχούσαν στον φυσιολογικό βλεννογόνο (τύπος 1), την γαστρίτιδα από H pylori (τύπος 2,3) και την γαστρική ατροφία (τύπος 4) επιτυγχάνοντας ευαισθησία και ειδικότητα άνω του 90%. Αργότερα με την προσθήκη του NBI14-21 επανεκτιμήθηκε η εικόνα του σώματος στην γαστρίτιδα από H pylori, την ατροφία αλλά και την εντερική μεταπλασία ενώ προστέθηκε και η περιγραφή της εικόνας του άντρου. Στο άντρο υπήρχαν κεντρικές σκούρες γραμμές που αντιπροσωπεύουν το αγγειακό δίκτυο (SECN) οι οποίες περιβάλλονταν από λευκές γραμμές που αντιπροσωπεύουν την επιφάνεια των αδενίων δημιουργώντας ένα μοτίβο με καμπύλες γραμμές, αλλά εξέλειπαν τα συλλεκτικά φλεβίδια. Αντίθετα στο σώμα το μοτίβο ήταν περισσότερο κυκλικό με λευκούς κύκλους κεντρικά περιβαλλόμενους από σκούρους (SECN) με σαφή όμως εδώ την παρουσία των συλλεκτικών φλεβιδίων. Η περαιτέρω κατάταξη των δυο, αφορούσε στο μοτίβο του βλεννογόνου, που χαρακτηριζόταν ως ομαλό ή ανώμαλο, όπως αντίστοιχα και των αγγείων, τα οποία επιπλέον χαρακτηρίζονταν από αυξημένη ή μειωμένη πυκνότητα. Στην εντερική μεταπλασία το μοτίβο του βλεννογόνου αποκτούσε λαχνωτά χαρακτηριστικά (villous pattern) που ήταν ίδια στο σώμα και στο άντρο με χαρακτηριστικές λευκές και σκούρες τεθλασμένες γραμμές ενώ σε μερικές περιπτώσεις οι λευκές γραμμές έδειχναν να εγείρονται σε σχέση με τις σκούρες γραμμές ομοιάζοντας με ανάγλυφο λαχνωτό βλεννογόνο (ridge villous pattern). Στις μελέτες αυτές η ευαισθησία και ειδικότητα του ομαλού βλεννογονικού μοτίβου με ομαλά αγγεία για την διάγνωση φυσιολογικού βλεννογόνου ήταν μεταξύ 75 και 90%, του ανώμαλου μοτίβου με μειωμένη πυκνότητα αγγείων για την διάγνωση γαστρίτιδας από H pylori ήταν μεταξύ 75 και 97%, του μοτίβου της γαστρικής ατροφίας ήταν 50 έως και 96% και του μοτίβου με τα λαχνωτά χαρακτηριστικά για την αναγνώριση εντερικής μεταπλασίας ήταν μεταξύ 70% και 100%. Οι παράγοντες που φάνηκαν να μειώνουν την ευαισθησία κυρίως και δευτερευόντως την ειδικότητα των τεχνικών αυτών σχετίζονται με τον βαθμό της γαστρίτιδας, της ατροφίας

και της εντερικής μεταπλασίας και την ηλικία των ασθενών. Τέλος υπάρχουν 3 μελέτες²²⁻²⁴ που περιγράφουν την χρήση του NBI χωρίς οπτική μεγέθυνση με συγκρίσιμα αποτελέσματα αλλά με το πλεονέκτημα της ευκολότερης χρήσης για τους σκοπούς της καθ' ημέρα πράξης. Μια από αυτές τις μελέτες προέρχεται από το κέντρο μας όπου φάνηκε ότι η ευαισθησία και ειδικότητα για την αναγνώριση γαστρίτιδας με NBI χωρίς οπτική μεγέθυνση, στο σώμα και το άντρο ήταν υψηλή 87% και 77%, και 81% και 84% αντίστοιχα. Σε ότι αφορά στην διάγνωση ατροφίας η ευαισθησία και ειδικότητα ήταν 62% και 97% και εντερικής μεταπλασίας 80% και 100% αντίστοιχα.

Για την διάγνωση του πρώιμου γαστρικού καρκίνου έχουν προταθεί δύο κατατάξεις. Η πρώτη χαρακτηρίζει το αγγειακό δίκτυο ανώμαλο και την παρουσία των αδενίων του βλεννογόνου ελλιπή²⁰. Η δεύτερη συμπεριλαμβάνει βλεννογόνο και αγγεία διακρίνοντας 4 μοτίβα: λεπτό (fine), κοχλιοειδές (corkscrew), ενδολοβιώδες τύπου 1 (intralobular loop 1), ενδολοβιώδες τύπου 2 (intralobular loop 2). Τα καλώς διαφοροποιημένα αδενοκαρκινώματα παρουσίαζαν κατά 80% το λεπτό και ενδολοβιώδες τύπου 1 κυρίως αλλά και τύπου 2 μοτίβο, και τα αδιαφοροποίητα το κοχλιοειδές και ενδολοβιώδες τύπου 2 αποκλειστικά²¹. Μεγάλη είναι η χρησιμότητα της ανωτέρω κατάταξης όχι μόνο για την διάγνωση του καλώς διαφοροποιημένου από το αδιαφοροποίητο αδενοκαρκίνωμα του στομάχου αλλά και για την όσο το δυνατόν αξιόπιστη εκτίμηση των ορίων των βλαβών καθώς και οι δύο παράγοντες καθορίζουν την λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.

Άλλες νεότερες ενδοσκοπικές τεχνικές που έχουν περιγραφεί για την διάγνωση των προνεοπλασματικών βλαβών και του πρώιμου γαστρικού καρκίνου περιλαμβάνουν τον αυτοφθορισμό, το trimodal imaging και την ενδομικροσκόπηση.

Οι μελέτες όπου χρησιμοποίησαν μόνο το AFI ως μέθοδο ελέγχου^{25, 26} έδειξαν ότι η μέθοδος αυτή είναι δύσκολο να εφαρμοστεί στο στόμαχο για την αναγνώριση εστιακών βλαβών καθώς οι αποχρώσεις που επιτυγχάνονται συνυπάρχουν πολλές φορές σε κοινές καλοήθεις βλάβες του στομάχου όπως έλκη και διαβρώσεις δίνοντας υψηλά ποσοστά ψευδώς θετικών εκτιμήσεων. Παρόλα αυτά



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

υπάρχουν μελέτες που αναδεικνύουν την χρήση του για την εκτίμηση της βαρύτητας της ατροφικής γαστρίτιδας, η οποία ως γνωστόν συσχετίζεται με αυξημένα ποσοστά γαστρικού καρκίνου, με πολύ καλά αποτελέσματα^{27, 28}. Με την χρήση του trimodal imaging (TMI), δηλαδή του συνδυασμού AFI, NBI και μεγεθυντικής ενδοσκόπησης υψηλής ανάλυσης υπήρξε σαφής βελτίωση στα ποσοστά αναγνώρισης πρώιμου γαστρικού καρκίνου κυρίως όμως λόγω της μεγεθυντικής ενδοσκόπησης και του NBI. Στην μελέτη των Kato και συν²⁹ η ευαισθησία και η ειδικότητα που επιτυγχάνεται με το TMI είναι υψηλή και φτάνει το 89% και 98%.

Μία άλλη μέθοδος που δίνει πολύ καλά αποτελέσματα ιδιαίτερα στην διάγνωση της εντερικής μεταπλασίας είναι η ενδομικροσκόπηση³⁰. Η ευαισθησία και η ειδικότητα της μεθόδου στην διάγνωση εντερικής μεταπλασίας είναι 98% και 95% με αντίστοιχα καλά ποσοστά συμφωνίας με την ιστολογική διάγνωση ($k=0.94$).

Επιτήρηση των προνεοπλασματικών βλαβών του στομάχου με την χρήση των νεότερων ενδοσκοπικών τεχνικών

Οι συστάσεις για την συχνότητα επιτήρησης των ασθενών με προνεοπλασματικές βλάβες είναι ελλιπείς διότι βασίζονται σε λίγες μελέτες με βασική αρχή την λήψη πολλαπλών τυφλών βιοψιών αλλά χωρίς την χρήση κάποιας ασφαλούς ενδοσκοπικής τεχνικής^{12, 31}. Τον Ιανουάριο του 2012 δημοσιεύθηκε το πρώτο Ευρωπαϊκό κείμενο ομοφωνίας³² το οποίο ισχύει έως και σήμερα σύμφωνα με το οποίο η χρωμοενδοσκόπηση και το Narrow Band Imaging με ή χωρίς την χρήση οπτικής μεγέθυνσης βελτιώνει σημαντικά τα ποσοστά διάγνωσης των προνεοπλασματικών βλαβών του στομάχου και συστήνεται να χρησιμοποιείται για την επιτήρηση σε συνδυασμό με μία μέθοδο λήψης βιοψιών.

Πράγματι οι μελέτες που χρησιμοποιήθηκε το Narrow Band Imaging σε συνδυασμό με οπτική μεγέθυνση ως μέθοδος για την επιτήρηση ασθενών υψηλού κινδύνου και ασθενών μετά από χειρουργική ή ενδοσκοπική αφαίρεση γαστρικού καρκίνου συνοδεύτηκαν από πολύ καλά αποτελέσματα. Στην μελέτη των Kato και συν.¹⁷ 111 ασθενείς εξετάστηκαν με ΕΛΦ και σε οποιαδήποτε

επίπεδη βλάβη που βρισκόταν ακολουθούσε περαιτέρω εκτίμηση με NBI μεγεθυντική ενδοσκόπηση και ιστολογική. Η ακρίβεια της διάγνωσης με NBI έφτασε το 96%¹⁷. Σε αντίστοιχη μελέτη των Ezoe και συν¹⁸ σε 56 ασθενείς που αφορούσε μικρές (<10mm) υπεσκαμμένες βλάβες η χρήση του NBI αύξησε την διαγνωστική ακρίβεια από 44% που ήταν με την ΕΛΦ σε 79%¹⁸.

Τέλος σε πρόσφατη μελέτη από τους Capelle και συν. η χρήση του NBI χωρίς οπτική μεγέθυνση αποδείχθηκε ότι αυξάνει την ευαισθησία για την ανεύρεση ΠΝΒ από 51% σε 71% σε σχέση με την ενδοσκόπηση υψηλής ευκρίνειας σε ασθενείς που βρίσκονταν υπό επιτήρηση (follow up)²².

Ένα χαρακτηριστικό που δυσκόλευε μέχρι πρόσφατα στην προσπάθεια αναγνώρισης των προνεοπλασματικών βλαβών με την χρήση του NBI ήταν ο χαμηλός έντασης φωτισμός κατά την φάση λειτουργίας του NBI. Αυτό βελτιώθηκε σημαντικά στα νεώτερης γενεάς ενδοσκόπια με NBI κάτι που έδειξε και πρόσφατη μελέτη³².

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά φαίνεται ότι το NBI διευκολύνει σημαντικά στην αναγνώριση χαρακτηριστικών του βλεννογόνου του στομάχου και πρέπει να προτιμάται έναντι της ενδοσκόπησης λευκού φωτός για την διάγνωση και την επιτήρηση προνεοπλασματικών βλαβών ιδιαίτερα σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Αναμφίβολα μπορεί να χρησιμοποιηθεί συμπληρωματικά με την κλασσική μέθοδο (ενδοσκόπηση λευκού φωτός και λήψη βιοψιών κατά Huston) όπου είναι διαθέσιμη. Όμως για την ώρα δεν μπορεί να αντικαταστήσει πλήρως την κλασσική μέθοδο ελέγχου μέσω της λήψης τυφλών βιοψιών κυρίως λόγω της δυσκολίας στην αναγνώριση λιγότερο εμφανών βλαβών. Η χρήση του Trimodal imaging και της ενδομικροσκόπησης βελτιώνουν σημαντικά την ικανότητα για την έγκαιρη διάγνωση προνεοπλασματικών βλαβών και πρώιμου γαστρικού καρκίνου και φαίνεται ότι θα αποτελέσουν συμπληρωματικές μεθόδους ελέγχου στο εγγύς μέλλον.

Reference List

1. Correa P. Human gastric carcinogenesis: a multistep and multifactorial process--First American Cancer Society Award

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ



- Lecture on Cancer Epidemiology and Prevention. Cancer Res 1992;52(24):6735-6740.
2. Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, et al. Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer. N Engl J Med 2001;345(11):784-789.
 3. Bah A, Saraga E, Armstrong D, et al. Endoscopic features of Helicobacter pylori-related gastritis. Endoscopy 1995;27(8):593-596.
 4. Redeen S, Petersson F, Jonsson KA, Borch K. Relationship of gastroscopic features to histological findings in gastritis and Helicobacter pylori infection in a general population sample. Endoscopy 2003;35(11):946-950.
 5. Stathopoulos G, Goldberg RD, Blackstone MO. Endoscopic diagnosis of intestinal metaplasia. Gastrointest Endosc 1990;36(5):544-545.
 6. Dinis-Ribeiro M, Areia M, de Vries AC, et al. Management of precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS): guideline from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter Study Group (EHSG), European Society of Pathology (ESP), and the Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED). Endoscopy 2012;44(1):74-94.
 7. Dinis-Ribeiro M, Lopes C, da Costa-Pereira A, et al. A follow up model for patients with atrophic chronic gastritis and intestinal metaplasia. J Clin Pathol 2004;57(2):177-182.
 8. Tada M, Katoh S, Kohli Y, Kawai K. On the dye spraying method in colonofiberscopy. Endoscopy 1977;8(2):70-74.
 9. Muto M, Horimatsu T, Ezoe Y, Morita S, Miyamoto S. Improving visualization techniques by narrow band imaging and magnification endoscopy. J Gastroenterol Hepatol 2009;24(8):1333-1346.
 10. Dinis-Ribeiro M, da Costa-Pereira A, Lopes C, et al. Magnification chromoendoscopy for the diagnosis of gastric intestinal metaplasia and dysplasia. Gastrointest Endosc 2003;57(4):498-504.
 11. Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, Correa P. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994. Am J Surg Pathol 1996;20(10):1161-1181.
 12. de Vries AC, Haringsma J, Kuipers EJ. The detection, surveillance and treatment of premalignant gastric lesions related to Helicobacter pylori infection. Helicobacter 2007;12(1):1-15.
 13. Anagnostopoulos GK, Yao K, Kaye P, et al. High-resolution magnification endoscopy can reliably identify normal gastric mucosa, Helicobacter pylori-associated gastritis, and gastric atrophy. Endoscopy 2007;39(3):202-207.
 14. Bansal A, Ulusarac O, Mathur S, Sharma P. Correlation between narrow band imaging and nonneoplastic gastric pathology: a pilot feasibility trial. Gastrointest. Endosc. 2008;67(2):210-216.
 15. Tahara T, Shibata T, Nakamura M, et al. Gastric mucosal pattern by using magnifying narrow-band imaging endoscopy clearly distinguishes histological and serological severity of chronic gastritis. Gastrointest Endosc 2009;70(2):246-253.
 16. Kaise M, Kato M, Urashima M, et al. Magnifying endoscopy combined with narrow-band imaging for differential diagnosis of superficial depressed gastric lesions. Endoscopy 2009;41(4):310-315.
 17. Kato M, Kaise M, Yonezawa J, et al. Magnifying endoscopy with narrow-band imaging achieves superior accuracy in the differential diagnosis of superficial gastric lesions identified with white-light endoscopy: a prospective study. Gastrointest Endosc 2010;72(3):523-529.
 18. Ezoe Y, Muto M, Horimatsu T, et al. Magnifying narrow-band imaging versus magnifying white-light imaging for the differential diagnosis of gastric small depressive lesions: a prospective study. Gastrointest Endosc 2010;71(3):477-484.
 19. Okubo M, Tahara T, Shibata T, et al. Changes in gastric mucosal patterns seen by magnifying NBI during H. pylori eradication. J Gastroenterol 2011;46(2):175-182.
 20. Nagahama T, Yao K, Maki S, et al. Usefulness of magnifying endoscopy with narrow-band imaging for determining the horizontal extent of early gastric cancer when there is an unclear margin by chromoendoscopy (with video). Gastrointest Endosc 2011;74(6):1259-1267.
 21. Yokoyama A, Inoue H, Minami H, et al. Novel narrow-band imaging magnifying endoscopic classification for early gastric cancer. Dig Liver Dis 2010;42(10):704-708.
 22. Capelle LG, Haringsma J, de Vries AC, et al. Narrow Band Imaging for the Detection of Gastric Intestinal Metaplasia and Dysplasia During Surveillance Endoscopy. Dig Dis Sci 2010 Apr 16.
 23. Alaboudy AA, Elbahrawy A, Matsumoto S, Yoshizawa A. Conventional narrow-band imaging has good correlation with histopathological severity of Helicobacter pylori gastritis. Dig Dis Sci 2011;56(4):1127-1130.
 24. Xirouchakis E, Laoudi F, Tsartsali L, Spiliadi C, Georgopoulos SD. Screening for gastric premalignant lesions with narrow band imaging, white light and updated Sydney protocol or both? Dig Dis Sci 2013;58(4):1084-1090.
 25. Ohkawa A, Miwa H, Namihisa A, et al. Diagnostic performance of light-induced fluorescence endoscopy for gastric neoplasms. Endoscopy 2004;36(6):515-521.
 26. Mayinger B, Jordan M, Horbach T, et al. Evaluation of in vivo endoscopic autofluorescence spectroscopy in gastric cancer. Gastrointest. Endosc. 2004;59(2):191-198.
 27. Inoue T, Uedo N, Ishihara R, et al. Autofluorescence imaging videoendoscopy in the diagnosis of chronic atrophic fundal gastritis. J Gastroenterol 2010;45(1):45-51.
 28. Hanaoka N, Uedo N, Shiotani A, et al. Autofluorescence imaging for predicting development of metachronous gastric cancer after Helicobacter pylori eradication. J Gastroenterol Hepatol 2010;25(12):1844-1849.
 29. Kato M, Kaise M, Yonezawa J, et al. Trimodal imaging endoscopy may improve diagnostic accuracy of early gastric neoplasia: a feasibility study. Gastrointest Endosc 2009;70(5):899-906.
 30. Guo YT, Li YQ, Yu T, et al. Diagnosis of gastric intestinal metaplasia with confocal laser endomicroscopy in vivo: a prospective study. Endoscopy 2008;40(7):547-553.
 31. Whiting JL, Sigurdsson A, Rowlands DC, Hallissey MT, Fielding JW. The long term results of endoscopic surveillance of premalignant gastric lesions. Gut 2002;50(3):378-381.
 32. Ang TL, Pittayanon R, Lau JY et al. A multicenter randomized comparison between high-definition white light endoscopy and narrow band imaging for detection of gastric lesions. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2015;27(12):1473-8.



Ελεύθερο Θέμα

Σπύρος Κωνσταντούλας.

ΠΕΡΙ ΑΝΩΡΙΜΟΤΗΤΑΣ 2^ο ΜΕΡΟΣ

Στην εποχή μας βλέπουμε ότι ενώ ο άνθρωπος διαθέτει ένα τεράστιο εγκέφαλο με αναρίθμητες δυνατότητες εν τούτοις ζει και συμπεριφέρεται σχεδόν σαν ανεγκέφαλος! Δισεκατομμύρια εγκεφαλικοί νευρώνες πάνε χαμένοι παραμένοντας σε λαθροβίωση ή και απενεργοποιημένοι, κι αυτό δε θα το αποδώσουμε παρά στην αβουλία, την έλλειψη ωριμότητας και την απουσία σοβαρότητας.

Παρόλο που έχει επισημανθεί, μάλλον παρηγορητικά, ότι ο άνθρωπος αργεί μεν αλλά στο τέλος ωριμάζει, είναι γνωστό και από την εποχή του Σαίξπηρ ότι αυτός ο «ευσεβής πόθος» δεν πολυσυμβαίνει. **«Δεν έπρεπε να γεράσεις προτού να φρονιμέψεις (ωριμάσεις) – Βασιλιάς Ληρ»**, θυμίζοντας αυτό που ο Αριστοτέλης στον «Προτρεπτικό» του τονίζει:

« το υπέρτατο αγαθό που πρέπει να διεκδικεί η ώριμη ηλικία είναι η φρόνηση»!

Η ανωριμότητα ετυμολογικά προέρχεται από το στερνητικό «α-» και τη λέξη «ώριμος» (ώρα), μη ώριμος, άωρος και μας δίνει στη συνέχεια λέξεις όπως άγουρος, αγουρίδες, αγόρι ακόμα και τη λέξη αγγούρι!

Από την άλλη η ωριμότητα δεν έρχεται από μόνη της και αυτόματα «στην ώρα της» αν εμείς δεν είμαστε στην «ώρα μας», δηλαδή χρειάζεται τη δική μας «ώρα» (με δασεία) που θα πει φροντίδα, εγρήγορση (εξ ου και θυρωρός, ακταιωρός) και είναι το αντίθετο της ολιγωρίας που σημαίνει ολίγη και ανεπαρκής φροντίδα.

Θα ορίζαμε την ανωριμότητα με το αντίθετό της. Τι είναι ωριμότητα; Είναι η πνευματική, ψυχική, ηθική και αισθητική ωρίμανση χωριστά ή όλα μαζί; Προφανώς το δεύτερο, γιατί αν πούμε μόνο πνευματική (εγκεφαλική) καλλιέργεια χωρίς ψυχική, ηθική και αισθητική καλλιέργεια δεν μπορούμε να μιλάμε για ολοκλήρωση και ωριμότητα. Για παράδειγμα η γνώση της ανδρείας (Πλάτωνας) δε λέει τίποτε, αλλά το να είμαστε ανδρείοι

(Αριστοτέλης) μετράει.

Η καθαυτό λοιπόν ωριμότητα δεν είναι ούτε μόνο νοητική ούτε μόνο συναισθηματική, αλλά ψυχική και πνευματική μαζί, γι αυτό δεν αρκεί να είναι κανείς μυαλωμένος αλλά χρειάζεται ταυτόχρονα, και ίσως περισσότερο, να είναι ψυχωμένος και αντρειωμένος (**ελεύθερον το εύψυχον**). Από την άλλη, η πνευματική ωριμότητα δεν αποκλείει την ψυχική ανωριμότητα.

Σωστά λέγεται «άνθρωπος αγράμματος, ξύλο απελέκτο» όμως ακόμα χειρότερα ο άξεστος και ανώριμος ψυχικά άνθρωπος είναι επικίνδυνο στραβόξυλο.

Η ψυχική ανωριμότητα ως καθήλωση, αβουλία και αναπηρία δεν αφήνει τη ψυχή ούτε να περπατήσει ούτε να ωριμάσει, πόσο μάλλον να φτερουγίσει και να πετάξει (**«κινήματα της ψυχής και της φαντασίας» – Δ.Σολωμός**).

Πολύ εύστοχα ο Αριστοτέλης διέκρινε τις διανοητικές (Σοφία, Διάνοια) από τις ηθικές (ψυχικές) αρετές (Ανδρεία, Δικαιοσύνη, Σωφροσύνη) επισημαίνοντας το σημαντικό ρόλο της βούλησης (προαίρεσις-επιλογή).

Η ωριμότητα λοιπόν προϋποθέτει τη βούληση και δευτερευόντως τη διάνοια, καθόσον βλέπουμε συχνά ότι ένας διανοούμενος, ένας σοφός ή κι ένας πολύ έξυπνος άνθρωπος μπορεί να είναι άβουλος, ανώριμος και δειλός, επειδή η ωριμότητα έχει να κάνει λιγότερο με την πνευματικότητα και περισσότερο με τις θυμικές (ψυχικές) αρετές όπως το θάρρος, η τόλμη, η δικαιοσύνη και η υπεύθυνη αποφασιστικότητα.

Δεν είναι τυχαίο ότι στην Ιστορία, σοφοί σύχναζαν στις αυλές τυράννων ή κατέληξαν προδότες, και διανοούμενοι, πνευματικά καλλιεργημένοι άνθρωποι υπηρέτησαν αυταρχικούς ηγέτες ή αιμοσταγείς δικτάτορες. Όπως και σήμερα, σοφοί στοχαστές, διανοούμενοι και πνευματικοί άνθρωποι αλλά με ανώριμη «παιδική»

βούληση ή άβουλοι, παραμένουν «λαπάδες», αχαμνοί, «μπούληδες» και δειλοί. Άλλοι με απαστράπτουσα διάνοια και στομφώδες ύφος βλέπουμε να επισκιάζονται στο τέλος από ένα νεφελώδες και ανύπαρκτο ήθος. Γοητευμένοι με την εξουσιαστική σκέψη ηδονίζονται να αποσκοπούν σε εξουσιαστική σχέση ή και σχέσεις με την εξουσία.

Έχουν λεχθεί κι έχουν γραφτεί πολλά για την ανθρωπινή βλακεία αλλά πολύ λίγα για την ανωριμότητα που προηγείται της βλακείας. Η βλακεία είναι για τον άνθρωπο προσβλητική, η ανωριμότητα όμως γίνεται περισσότερο αποδεκτή. Κανείς δε μπορεί να είναι τόσο βλάκας αν πρώτα δε θελήσει να βολευτεί στην ανευθυνότητα και ανωριμότητα της βλακείας και της αβουλίας (θέλει να είναι βλάξ). Η βλακεία επομένως δεν κατοικεί τόσο στο μυαλό του ανθρώπου όσο στο θυμικό του, γι αυτό και η ψυχική αναπηρία είναι πολύ χειρότερη ακόμα και από τη σωματική αναπηρία. Έτσι και η ανθρωπότητα ταλαιπωρείται περισσότερο από την ανωριμότητα και την αβουλία και λιγότερο από την άγνοια και την ανοησία.

Με περίσσεια εξυπνακισμού και κυνισμού κάποιοι διατείνονται πως δε χρειάζεται να ωριμάσει ο άνθρωπος γιατί μετά την ωρίμανση έρχεται το «σάπισμα» και θα συμφωνούσαμε ευχαρίστως, μόνο που εδώ πρόκειται για ανθρώπους και όχι για φυτά! Ο δρόμος για την ωριμότητα έχει πένθος, πόνο και σκληρή προσπάθεια: πενθούμε αφήνοντας πίσω την ανέμελη (χωρίς ευθύνες) παιδική ηλικία ή την «παρατεταμένη» εφηβεία και αναλαμβάνουμε ευθύνες για να ανδρωθούμε, να ωριμάσουμε και να σοβαρευτούμε.

Είναι με το θυμικό (αισθήματα, επιθυμίες, ορέξεις) που εισερχόμαστε στη ζωή και στην κοινωνία και δοκιμάζομαστε στον πολιτισμό και στον κόσμο των αξιών. Το θυμικό όμως περιέχει και ακατέργαστες ενορμήσεις, τυφλές και άξεστες επιθυμίες και ορέξεις κι εδώ είναι

καθοριστική η συνδρομή της βούλησης για να τις διαπλάσει ποιοτικά, να τις μετουσιώσει και να τις εξευγενίσει.

Ανιχνεύοντας τα αίτια της ανωριμότητας διαπιστώνουμε πως η ευθύνη και κυρίως για τα εσωτερικά αίτια, ανήκει ολοκληρωτικά στον άνθρωπο και μόνο.

Ο Καντ μας λέει ότι είμαστε υπεύθυνοι για την ανωριμότητα όταν η αιτία της βρίσκεται όχι στην ανεπάρκεια του νου αλλά στην αδυναμία, στην έλλειψη θάρρους και αποφασιστικότητας να μεταχειριζόμαστε το νου χωρίς την καθοδήγηση ενός άλλου. Άρα την αιτία, εφόσον δε βρίσκεται στην ανεπάρκεια του νου, θα την εντοπίζαμε στο χώρο του θυμικού, απ' όπου πηγάζουν το θάρρος, η τόλμη, η αποφασιστικότητα και η δύναμη της βούλησης. Δηλαδή η ανωριμότητα δεν είναι ανικανότητα του ανθρώπου να μεταχειρίζεται το νου αλλά ηλαδρότητα και αχαμνότητα της θέλησης να σκεφθεί, να αποφασίσει και να πράξει.

Εμείς ευθυνόμαστε που βουλιάζουμε στην αβουλία και στην απραξία αντί να αδράξουμε την ευκαιρία.

**... «Μυριάδες δυνατότητες φρிகιούν γύρω μας
κι ούτε που καθόλου εγγίζουμε οι ηλίθιοι...».**

(Οδ.Ελύτης – Τρία ποιήματα με σημαία ευκαιρίας)

Οι άνθρωποι ξέρουν ότι είναι βολεμένοι στην ανωριμότητα αλλά δε θέλουν να βγουν απ' αυτή και αυτό είναι δική τους ανευθυνότητα.

Η ανωριμότητα είναι δίδυμη αδελφή με την αναποφασιστικότητα: η πρώτη γιατί άλλοι έχουν τις ευθύνες και η δεύτερη γιατί άλλοι παίρνουν τις αποφάσεις για μας (άλλοι βγάσουν το φίδι από την τρύπα ή τα κάστανα από τη φωτιά) κι αυτό μας βολεύει τα μέγιστα, εξηγώντας έτσι την καθήλωση στη συνήθεια, την αβουλία και την επαναλαμβανόμενη μονοτονία. Δεν είναι τυχαίο ότι η βούληση, όταν δειλιάζει ή διστάζει να πάρει αποφά-



Ελεύθερο Θέμα

σεις, επιστρατεύει τη νόηση και τη βάζει να εφευρίσκει δικαιολογίες και προφάσεις (**...δειλοί, μοιραίοι κι άβουλοι αντάμα... Κ. Βάρναλης**).

Κανείς δεν αμφισβητεί το σημαντικό παράγοντα της τυχειότητας και της σωματικής αναπηρίας όμως κατά το πλείστον δεν είναι η τύχη ή η ατυχία που συντηρούν την ανωριμότητα, όσο η ραθυμία και η οκνηρία. Η ψυχική δε οκνηρία προηγείται της πνευματικής κι αυτό μπορεί να οδηγήσει σε γενικευμένη ψυχοπνευματική αναπηρία που είναι πολύ χειρότερη της σωματικής.

Λέει πολλά για τη θέληση το ότι ο μεγαλύτερος ρήτορας της Αρχαιότητας, ο Δημοσθένης, ήταν τραυλός και ο σπουδαιότερος μουσικός της ανθρωπότητας, ο Μπετόβεν, ήταν κουφός.

Εύλογα θα αναρωτηθεί κανείς αν η ανωριμότητα σχετίζεται με την επιπολαιότητα. Θεωρώντας την επιπολαιότητα ως έλλειψη βάθους και σοβαρότητας, μπορούμε να πούμε πως από το «βάθος» της ανωριμότητας το μόνο που μπορεί να αναδυθεί είναι η επιπολαιότητα και η ελαφρότητα, καταλήγοντας έτσι ότι η ανωριμότητα, η επιπολαιότητα, η ελαφρότητα και η γελοιότητα πάνε μαζί.

Πολύ συχνή είναι και η συγκάλυψη, απόκρυψη ή μεταμφίεση της ανωριμότητας και η παραπλανητική της εμφάνιση με τη μορφή της ωριμότητας, που όμως αποκαλύπτεται και γίνεται φανερή μέσα από την επίσήμανση και τον εντοπισμό δυσαρμονιών, αντιθέσεων και διχασμών:

**-Ομιλητής προς πλήθος ακροατών:
Θέλετε αλλαγή;**

-Ομόφωνη απάντηση: ΝΑΙ!

-Ομιλητής: Ποιος θέλει ν' αλλάξει;

-Σιωπή...

Άλλοτε πάλι η υπερβολική και υπερτροφική εγκεφαλικότητα και πνευματικότητα πολύ πιθανό να σκεπάζουν την ατροφική ψυχή, την έλλειψη θάρρους και τη συναισθηματική ανωριμότητα (το έξυπνο πουλί από τη μύτη πιάνεται... ποια μύτη; της ανώριμης βούλησης!).

Ενήλικες που ενηλικιώνονται χρονολογικά παραμένουν εντούτοις ανώριμα «μεγάλα παιδιά» γι αυτό τρελαίνονται για «παραμύθιασμα» και παραμύθια καθώς και για παιχνίδια παιδικά, η καταστροφική δε ανωριμότητα των ενηλίκων θυμίζει τα μικρά παιδιά που όταν δεν παίζουν διαπληκτίζονται από πλήξη! Νέοι επίσης, με τολμηρή ψυχή δε «χαμπαριάζουν» ούτε από νου, ούτε από λογική αλλά και γέροι σοφοί εξακολουθούν να έχουν ανώριμη και «παιδική» ψυχή.

«Μη δίνετε μαχαίρι σε παιδί» (Αριστοτέλης, Προτρεπτικός), ούτε εξουσία στους ανώριμους και ανισόρρους, θα συμπληρώναμε!

Είναι συχνό και το φαινόμενο ανθρώπων που είναι «επαναστάτες» ιδεολογικά αλλά ανώριμοι ψυχολογικά, με αυταρχική συμπεριφορά. Τι άλλο είναι αυτός ο ψυχοπνευματικός διχασμός αν όχι ανώριμος ψυχισμός; Εύστοχα ο ποιητής Ν.Καρούζος το επεσήμανε: **«δε μετράει η σοσιαλιστική ιδεολογία αλλά η σοσιαλιστική ψυχολογία».**

Μια «εκλεπτυσμένη» και μεταμφιεσμένη μορφή ανωριμότητας είναι και η ελευθεριότητα, που μπερδεύει (επειδή βολεύει) την ελευθερία με την καρικατούρα της (ελευθεριότητα). Ελευθερία δεν είναι να κάνω ότι θέλω, αλλά να θέλω αληθινά και να σκέφτομαι αυτό που πάω να κάνω.

Τι θα μπορούσαμε να προτείνουμε για την πρόληψη της ανωριμότητας ή αλλιώς για την ευόδωση της ωριμότητας;

Κάποιοι λένε να περιμένουμε να ωριμάσουν οι συν-



Ελεύθερο Θέμα

θήκες! Κι οι άνθρωποι τότε θα ωριμάσουν: Γνωστή παροιμία μας μιλά: «όποιος γυρίζει μυρίζει, όποιος κάθεται βρωμάει»!

Κανέναν δε μπορούμε να αναγκάσουμε να ωριμάσει αν δεν το θέλει. Όση εκπαίδευση και παιδεία να προτάξουμε σε κάποιον, θα περιπέσει σε αχρηστία και εμείς θα περιέλθουμε σε αμηχανία όταν μας πει: «θέλω να είμαι κάθαρο και φαύλος και τίποτε άλλο!». Ούτε μπορούμε να επιβάλλουμε (με το έτσι θέλω ή με το στανιό) τη θέλησή μας στους άλλους, για πληρότητα και ωριμότητα, μπορούμε όμως να την εμπνεύσουμε και να την εκμαιεύσουμε με τη δύναμη του παραδείγματος!

Αν **«μορφή είναι ο βυθός που αναδύεται στην επιφάνεια»** (Β.Ουγκό), θέλει δουλειά πολλή να βουτήξουμε στα βαθιά, να δούμε κατάματα τη ψυχή μας, να τη φέρουμε στο φως, να τη γνωρίσουμε, να φιλιώσουμε μαζί της, να την μορφώσουμε και να την ομορφύνουμε! Ακόμα κι αν δεχτούμε ότι πολλές φορές η τυφλή **libido** κυριαρχεί, μπορεί **ad libidum** (κατά βούληση - οικειοθελώς) να τροποποιηθεί και να μετατραπεί σε ελεύθερη και συνειδητή επιλογή.

Η αυτογνωσία ως πορεία για την ωριμότητα είναι αδύνατη χωρίς την απόφαση και συνεπικουρία της βούλησης. Ακόμα και το «γνώθι σαυτόν» στη βούληση απευθύνεται κι αυτήν προστάζει. Η ίδια δε η βούληση χρειάζεται ενδοσκόπηση και διαύγηση (τι πραγματικά θέλει) για να προκύψει αυτογνωσία.

Δεν αμφιβάλλει κανείς ότι κατά το πλείστον η ατομική ιδιαιτερότητα κληρονομείται, όμως η ώριμη προσωπικότητα κατακτιέται και δημιουργείται συνεχώς, καθώς ασκείται!

Κάποιοι σπουδαίοι στοχαστές του περασμένου αιώνα διαπίστωσαν και διατύπωσαν -και συμφωνούμε απόλυτα μ' αυτό- πως η κορύφωση της Αρχαίας Ελληνικής Φιλοσοφίας ήταν η σύλληψη της εντελέχειας

από τον Αριστοτέλη. Όπως το δέντρο της ροδιάς, για παράδειγμα, είναι η εντελέχεια του σπόρου-ροδιού, έτσι κατ' αναλογία, η ωριμότητα, η αυτοεκπλήρωση, η πληρότητα και ολοκλήρωση είναι η εντελέχεια του ανθρώπου!

«Λοιπόν, αυτός που γύρευα, είμαι»

(Οδ.Ελύτης - Έξι και μία τύψεις για τον ουρανό)

Λέμε ναι στη θέληση για ζωή, λέμε όμως όχι στη θέληση για τυφλή δύναμη και στυγνή εξουσία, και ναι στη θέληση για ήθος, ομορφιά και ελευθερία!

Η θέληση για δύναμη (Νίτσε) προτείνουμε να αντιστραφεί σε δύναμη της θέλησης, κι αντί για «υπεράνθρωποι» να γίνουμε μεγαλόψυχοι και καλύτεροι άνθρωποι!

**«Μεγαλόψυχος: ο μεγάλων αξιών άξιος ών»
– Αριστοτέλης.**

Αντί λοιπόν να μείνουμε ένα άχρηστο βάρος της γης (**άχθος αρούρης – Όμηρος**), στη θέλησή μας επαφίεται να γίνει ο καθένας μας φάρος πορείας ψυχοπνευματικής και συλλογικής προκοπής. Ας μην αυταπατώμαστε πως η ολοκλήρωση και ωριμότητα έρχεται από το «άλλο μισό», αλλά ολοκληρώνοντας και ωριμάζοντας το «δικό σου μισό»

Δεν έχουμε δυο ζωές για να αφήσουμε τη μια να πάει χαμένη και για να μη φτάσουμε να πούμε **«πού είσαι νιότη που 'λεγες πως θα γινόμουν άλλος» (Κ Βάρναλης)**, με σκληρή προσπάθεια κι επίμονη θέληση μπορούμε να κατακτήσουμε την πληρότητα, την ωριμότητα και την εντελέχειά μας.

Η αξίωση της ωριμότητας δεν είναι μια αφηρημένη πιθανότητα αλλά μια αληθινή δυνατότητα που με την αρωγή της δικής μας θέλησης μπορεί να γίνει πραγματικότητα. Αξίζει τον κόπο από μια χούφτα πληκτικές



Ελεύθερο Θέμα

βεβαιότητες να περάσουμε στη σοφία της αβεβαιότητας κι από εκεί με θάρρος και τόλμη να ξανοιχτούμε στο πέλαγος με τις όμορφες δυνατότητες.

Δεν έχουν καμιά σχέση οι μύχιες επιθυμίες του ανθρώπου με τις πλαστές ψευτοεπιθυμίες του υπερκαταναλωτισμού. Ο ίδιος ο άνθρωπος, με δική του ευθύνη και αβουλία ενδίδει και υποχωρεί αντί να αρνηθεί και να αντισταθεί.

Η ατομική και προσωπική ωρίμανση και ωριμότητα δεν έχει καμιά αξία αν παραμένει ιδιωτική, αλλά αξίζει όταν στοχεύει και αποσκοπεί στην κοινωνική και συλλογική ωριμότητα, δοκιμάζεται δε, όταν στα ιδιωτικά, ρηχά και ευτελή συμφέροντα θα χρειαστεί να αντιτάξουμε τα βαθιά, σοβαρά και συλλογικά ενδιαφέροντα!

Σε βαθμό απηλίας, ακούμε συνεχώς για απεριόριστη ανάπτυξη (κι εννοείται πάντα ανάπτυξη της οικονομίας, οικονομικών μεγεθών, απόδοση κερδών των επιχειρήσεων και των αγορών) αλλά ποτέ για την ανάπτυξη του ανθρώπου!

Η σημερινή τεχνολογική και υπερκαταναλωτική εποχή μας δεν αιχμαλώτισε τόσο τη σκέψη και τη νόσή μας όπως λέγεται, όσο – και αυτό είναι το χειρότερο – παγίδεψε τη θέληση μας, και γι αυτό μένουμε απαθείς, άβουλοι αλλά και άπληστοι καταναλωτές μαζί. Μας κλέψαν τη ψυχή μας, καιρός να την ξαναβρούμε!

Απορεί κανείς που σπουδαίοι φιλόσοφοι και στοχαστές μετά μανίας έψαξαν να βρουν νομοτέλειες και νόμους της Ιστορίας, αλλά παραμέρισαν και σχεδόν συγκάλυψαν τα απύθμενα βάθη της ψυχικής ανωριμότητας και της ανθρώπινης αβουλίας.

Μιλώντας για την «**αθλιότητα της φιλοσοφίας**» όπου οι φιλόσοφοι προσπαθούν να εξηγήσουν τον Κόσμο, ο Μαρξ προτείνει όχι να τον εξηγήσουμε αλλά να τον αλλάξουμε. Πώς όμως θ' αλλάξει ο κόσμος αν δεν αλ-

λάξει ο άνθρωπος; Είμαστε υπεύθυνοι για την Ιστορία μας, κι αν δε θέλουμε να αλλάξουμε, τουλάχιστον ας πάψουμε να κακολογούμε τη «μοίρα μας» κι επιτέλους ας κατηγορήσουμε κάποτε τους εαυτούς μας!

Με τη δύναμη της θέλησης μπορούμε σε μεγάλο βαθμό, αν προσπαθήσουμε, όχι μόνο την τυχαιότητα αλλά και την ίδια τη ματαιότητα να ματαιώσουμε!

Η θέληση «κινεί βουνά» και όχι η πίστη, όπως πιστεύεται, ενώ «**η νόηση από μόνη της δεν προκαλεί καμιά κίνηση**» (Αριστοτέλης).

Είπαν την Ανθρωπότητα «**πλανήτη της απειρίας**» (Μ.Κούντερα). Πείρα όμως υπάρχει, και λέγεται Ιστορία και θα έπρεπε να διδαχθούμε απ' αυτή. Η ανευθυνότητα και η ανωριμότητα είναι αυτές που κάνουν να υπερτερούν η ωμότητα, η βαρβαρότητα και η βία στην ανθρωπότητα και όχι η απειρία!

Θέτοντας τον άνθρωπο και την ανθρωπότητα ως σκοπό και κεντρική αξία και όχι ως μέσο και εμπόρευμα, μπορούμε να περάσουμε από το βασίλειο της πλαστής αναγκαιότητας και ανωριμότητας, στο βασίλειο της αληθινής ελευθερίας και της ωριμότητας.

Όλοι μας είμαστε παιχνίδια στο χέρι του Χρόνου: ο χρόνος μας θα τελειώσει και ο Χρόνος θα μας αποτελειώσει, όμως είναι στο δικό μας χέρι να «τραυματίσουμε» και να «στιγματίσουμε» το Χρόνο με τη δημιουργία, όπως το έκαναν η γραφίδα του Σοφοκλή και η σμίλη του Φειδία!

Και σα συμπέρασμα θα λέγαμε πως,

Ναι, ακόμα υπάρχει η δυνατότητα για μια ΑΛΛΗ ΑΝΘΡΩΠΟΤΗΤΑ!



Βιέννη θα ξαναπάτε;



Το «θα ξαναπάτε» φαντάζομαι ισχύει για όλους... μα όλους όσους σχεδιάζουν την συμμετοχή τους στο επόμενο **13ο Συνέδριο της**

Ευρωπαϊκής Οργάνωσης Νόσου Crohn και Κολίτιδας (European Crohn's and Colitis Organisation - ECCO) από 14 έως 17 Φεβρουαρίου στην Βιέννη καθώς υποψιάζομαι ότι δεν υπάρχει κανείς που να μην έχει ξαναπάει σε αυτή την συνεδριακή πόλη. Η αλήθεια είναι ότι η Βιέννη και η Βαρκελώνη «κινδυνεύουν» να είναι το συνεδριακό πιγκ-πογκ για πολλές ιατρικές ειδικότητες ανάμεσα στις οποίες και η δική μας (το συνέδριο της ECCO ήταν εκεί ξανά το 2013, το UEG 2014, 2016) και βέβαια να μην ξεχνάμε ότι η μόνιμη έδρα της ECCO είναι στην Βιέννη.

Βιέννη η πιο αρχοντική, κοσμοπολίτικη και... πολιτισμένη πρωτεύουσα της Ευρώπης!

Όποια Βιέννη και αν θυμάστε, την Βιέννη από την «Μελωδία της Ευτυχίας» με την Τζούλι Άντριους, η από την «Πριγκίπισσα Σίσσυ» με την αξέχαστη και πανέμορφη Ρόμι Σνάιντερ φεύγοντας από την χαστική και σε κρίση Αθήνα, την Θεσσαλονίκη που περιμένει ακόμη το μετρό της ή την αμέριμνη και σχεδόν αδιατάραχτη ζωή της Ελληνικής επαρχίας με τα άπειρα καφέ και σουβλακο-γυράδικα θα βρεθείτε σε έναν αστικό παράδεισο. Τεράστια καταπράσινα πάρκα στο κέντρο της πόλης, ελάχιστα αυτοκίνητα στους δρόμους, επιβλητικά παλάτια, σημαντικά μουσεία, ανυπέρβλητα έργα τέχνης, ιστορικά καφέ, υποδειγματικές δημόσιες συγκοινωνίες και πολλά άλλα που θα προσπαθήσω να ξεδιπλώσω σε αυτό το μικρό αφιέρωμα.

Από την **Wikipedia** μαθαίνουμε ότι:

Η Βιέννη είναι χτισμένη σε υψόμετρο 170 μέτρων δίπλα στον Δούναβη και είναι από τα μεγαλύτερα του λιμάνια. Είναι το μικρότερο ομοσπονδιακό κρατίδιο της Αυστρίας, εκτείνεται σε 414 km² και βρίσκεται στα βορειοανατολικά της χώρας

Ιδρύθηκε περίπου το 500 π.Χ., αρχικά ως κελτικός οικισμός.

Το 15 π.Χ., η Βιέννη ήταν συνοριακή πόλη (με το όνομα Vindobona), προπύργιο της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας ενάντια στις γερμανικές φυλές του Βορρά.

Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα, η Βιέννη ήταν έδρα

της δυναστείας Μπάμπενμπεργκ και το 1440 αποτέλεσε έδρα της δυναστείας των Αψβούργων, οπότε κι έγινε τελικά η πρωτεύουσα της Αγίας Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας και πολιτιστικό κέντρο για τις τέχνες, τις επιστήμες και τη μουσική.

Οι οθωμανικές εισβολές στην Ευρώπη στο 16ο και 17ο αιώνα σταμάτησαν δύο φορές ακριβώς έξω από τη Βιέννη (το 1529 και με τη μάχη της Βιέννης το 1683). Το 1784 στην Βιέννη κυκλοφόρησε η Εφημερίς, η πρώτη ελληνική εφημερίδα. Κατά την ίδια περίοδο η πόλη έγινε και η αφετηρία διάδοσης του καφέ στην Ανατολική Ευρώπη.

Το 1805, η πόλη έγινε πρωτεύουσα της Αυστριακής Αυτοκρατορίας - και αργότερα της Αυστροουγγρικής Αυτοκρατορίας - και διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην ευρωπαϊκή και παγκόσμια πολιτική, συμπεριλαμβανομένης της φιλοξενίας του Συνεδρίου της Βιέννης το 1815.

Το 1918, μετά από τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο, η Βιέννη έγινε πρωτεύουσα της πρώτης Αυστριακής Δημοκρατίας. Μεταξύ του 1938 οπότε προσαρτήθηκε στη Ναζιστική Γερμανία (Anschluss) και του τέλους του Δεύτερου Παγκόσμιου Πολέμου, η Βιέννη έχασε τη θέση της ως πρωτεύουσα από το Βερολίνο. Το 1945, οι Σοβιετικοί κατέλαβαν την πόλη από τους Γερμανούς και η Βιέννη έγινε πάλι η πρωτεύουσα της Αυστρίας. Αρχικά διαιρέθηκε και αυτή, όπως και το Βερολίνο σε τέσσερις ζώνες υπό συμμαχική διοίκηση. Αργότερα, κατά τη διάρκεια του Ψυχρού Πολέμου, έγινε κέντρο για τη διεθνή κατασκοπεία μεταξύ δυτικού και ανατολικού μπλοκ.

Αφήνοντας την Wikipedia και ξεκινώντας την βόλτα μας στην πόλη, σημείο αναφοράς για κάθε επισκέπτη είναι ο ναός και η ομώνυμη πλατεία του Αγίου Στεφάνου αλλά και η κυκλική λεωφόρος (Ringstrasse) που δημιουργήθηκε ως αποτέλεσμα έντονης δόμησης του 19ου αιώνα, με μέγαρο όπως την Όπερα (Staatsoper), το δημαρχείο, το κοινοβούλιο, μουσεία, παλάτια κλπ. Χαράχτηκε ανάμεσα στο 1858 και το 1865 και το συνολικό μήκος της διαδρομής είναι περίπου τέσσερα χιλιόμετρα.

Ο Καθεδρικός Ναός του Αγίου Στεφάνου (Stephansdom), η ανέγερση του οποίου ξεκίνησε το 1147 είναι η Μητρόπολη της Βιέννης. Ο ήχος από τις καμπάνες του Ναού πραγματικά θα σας καθηλώσει, το ίδιο και η θέα από τα



μπαλκόνια της οροφής του, η οποία ωστόσο δεν ενδείκνυται σε όσους πάσχουν από υψοφοβία

Το Burgtheater θεωρείται ένα από τα καλύτερα του γερμανόφωνου κόσμου, το Volkstheater χαίρει παγκόσμιας εκτίμησης με τις εξαιρετικές κλασικές και σύγχρονες παραστάσεις που ανεβάζει, ενώ η Όπερα της πόλης (Staatsoper), η διασημότερη του κόσμου αφού φιλοξενεί μία από τις αριστερές φιλαρμονικές ορχήστρες, θα μπορούσε να θεωρηθεί αρχιτεκτονικό θαύμα.

Σημεία που αξίζει να επισκεφθείτε είναι σίγουρα τα επιβλητικά αυτοκρατορικά παλάτια Hofburg και Schönbrunn, στο οποίο βρίσκεται και ο παλαιότερος ζωολογικός κήπος του κόσμου. Οι λάτρεις της τέχνης θα ενθουσιαστούν με τα μουσεία Albertina και, περισσότερο κατά τη γνώμη μου, με το Belvedere, το οποίο στεγάζεται στο εκπληκτικό πρώην ανάκτορο και φιλοξενεί κορυφαία έργα τέχνης από το Μεσαίωνα, τη Μπαρόκ εποχή αλλά και τον 20ο αιώνα (Klimt, Schiele κ.α.). Αξίζει, τέλος, αν έχετε χρόνο να κάνετε μία βόλτα και στα μουσεία Ιστορίας της Τέχνης και Φυσικής Ιστορίας, με τις απaráμιλλες βαρύτητας συλλογές, πάνω στο Ring, όπου ανάμεσά τους βρίσκεται το άγαλμα της Μαρίας Θηρεσίας. Απέναντι θα βρείτε την Εθνική Βιβλιοθήκη, τα χειμερινά ανάκτορα (Hofburg), σήμερα έδρα της κυβέρνησης αλλά και της πολυδιαφημισμένης Ισπανικής Αυτοκρατορικής Σχολής Ιππασίας (Spanische Hofreitschule)

Συνεχίζοντας τον περίπατο πάνω στο Ring θα συναντήσετε το κοινοβούλιο της Αυστρίας με την παλλάδα Αθηνά που θυμίζει έντονα Ελλάδα, το επιβλητικό γοτθικού ρυθμού δημαρχείο της πόλης και αμέσως μετά το Ναό του Καρόλου ή του Τάματος ένα πολυτελές αριστούργημα του μπαρόκ.

Πίσω από τα μουσεία της Τέχνης και της Φυσικής Ιστορίας βρίσκεται το Museumsquartier (αξίζει να τιμήσετε το καφέ του) όπου στεγάζονται πολλές εκθέσεις και δρώμενα αλλά και το Κέντρο Αρχιτεκτονικής που στεγάζεται εκεί. Το Μουσείο Σύγχρονης Τέχνης γνωστό ως MUMOK αφιερωμένο στην επαναστατική εποχή της δεκαετίας του 60 και δίπλα του το Leopoldsmuseum, (από το παράθυρό του θα απολαύσετε μια καταπληκτική πανοραμική θέα) στέγη για έργα εξπρεσιονισμού.

Αν έχετε χρόνο, ανάμεσα σε όσα προηγούμενα περιέγραφα και πολλά άλλα που θα χρειαζόταν ένας τόμος

βιβλίου για να περιγραφούν, χαλαρώστε στο Prater (μεγάλο δημόσιο πάρκο) με την τεράστια Ρόδα του που αποτελεί ένα από τα κυρίαρχα σύμβολα της πόλης.

Απαραίτητο «προσκύνημα» για κάθε Έλληνα επισκέπτη αποτελεί η κατοικία όπου έζησε ο Ρήγας Φεραίος που την συναντάτε στα αριστερά σας περπατώντας από την πλατεία του Αγίου Στεφάνου προς την Schwedenplatz ενώ αμέσως δεξιά μπαίνετε στην παλιά Ελληνική συνοικία με τον Ναό της Αγίας Τριάδας (έδρα του ορθόδοξου επισκόπου) και τον ναό του Αγίου Γεωργίου.

Αντί να ξοδέψω τον πολύτιμο και περιορισμένο χώρο του περιοδικού μας σε πληροφορίες για εστιατόρια, κλασικά καφέ και την αγορά της πόλης που θα ανακαλύψετε εύκολα και μόνοι σας, προτίμησα να γράψω λίγες γραμμές για κάτι που κατά την άποψή μου σηματοδεύει την πολιτιστική πορεία της πόλης και αξίζει να επισκεφθείτε αλλά και να μελετήσετε.

1. Ζετσεσιονισμός ή Απόσχιση (από το γερμανικό Sezession, επί λέξει στην ελληνική γλώσσα : αποχώρηση) ονομάζεται το κίνημα που ιδρύθηκε στις 3 Απριλίου του 1897 από τους καλλιτέχνες Gustav Klimt, Koloman Moser (ονομαζόμενο Kolo), Max Kurzweil, τους αρχιτέκτονες Josef Hoffmann, Joseph Maria Olbrich και άλλους, (Ο Otto Wagner αν και θεωρείται από τους εμπνευστές του κινήματος δεν υπήρξε ιδρυτικό μέλος του). Οι καλλιτέχνες της ομάδας του Ζετσεσιονισμού εκδήλωσαν την αντίθεσή τους στον συντηρητισμό που επικρατούσε στους κόλπους της Ακαδημαϊκής Ένωσης Αυστριακών Καλλιτεχνών, και στο παραδοσιακό προσανατολισμό της προς τον ιστορικισμό.

Ο Βιεννέζικος ζετσεσιονισμός είναι ο ορισμός του πήρε στην Αυστρία η Art Nouveau κατακτώντας όλη την Ευρώπη, στην Γαλλία θα ονομαστεί "Στύλ της Nancy" και "Art Deco", "Jugendstil" στην Γερμανία, "Liberty" και "stile floreale" στην Ιταλία, «Modernismo» στην Ισπανία και "Modern style" στην μεγάλη Βρετανία.

Η Ομάδα των Ζετσεσιονιστών της Βιέννης, πραγματοποίησε την πρώτη της έκθεση το 1898. Την ίδια χρονιά κτίστηκε κοντά στην Πλατεία Κάρλς και το κτίριο που απετέλεσε τον εκθεσιακό χώρο των έργων των Ζετσεσιονιστών. Το διάσημο αυτό βιεννέζικο κτίριο που σχεδίασε ο Γκόζεφ Μάρια Όλμπεριχ σε στυλ Liberty έμεινε γνωστό ως «Η Απόσχιση» (die Sezession). Ο θόλος του είναι «ντυμένος» εξωτερικά με φύλλα χρυσού (οι Βιεν-



νέζοι το λένε «το χρυσό λάχανο»).

Η Ομάδα των Ζετσεσιονιστών κέρδισε αξιοσημείωτη αποδοχή για την τακτική που ακολούθησε ως προς την έκθεση των έργων της, καθώς έκανε γνωστούς τους Γάλλους ιμπρεσιονιστές στο Βιεννέζικο κοινό.

Η 14η έκθεση της ομάδας, την οποία σχεδίασε ο Γιόζεφ Χόφμαν, ήταν αφιερωμένη στον Λούντβιχ βαν Μπετόβεν και παρουσίασε μεγάλη επιτυχία. Στο ισόγειο του κτιρίου, στο κέντρο της αίθουσας βρισκόταν ένα άγαλμα του Μπετόβεν, έργο του Μαξ Κλίνγκερ, γύρω από το οποίο ήταν τοποθετημένη η Ζωφόρος του Μπετόβεν του Γκούσταβ Κλίμτ (1902) μήκους 34 μέτρων (μια εκλεπτυσμένη ζωγραφική απόδοση της 9ης Συμφωνίας του Μπετόβεν). Στους πιο πάνω ορόφους παρουσιάζονται περιοδικές εκθέσεις σύγχρονων καλλιτεχνών.

2. «Χούντερτβασερ Χάους» (Hundertwasserhaus ή "Οίκος Χούντερτβασερ") είναι ένα συγκρότημα διαμερισμάτων που κατασκευάστηκε στα 1983-1986 από τον Αυστριακό ζωγράφο, γλύπτη και αρχιτέκτονα Friedensreich Hundertwasser, (1928 – 2000), σε συνεργασία του και με τους Josef Krawina και Peter Pelikan. Είναι ένα από τα πιο αξιόλογα και περισσότερο αναγνωρίσιμα έργα του. Βρίσκεται στη συμβολή των Οδών Loewengasse και Kegelgasse και αποτελεί αρχιτεκτονικό ορόσημο της Αυστριακής πρωτεύουσας.

Στη δεκαετία του 1980, ο Χούντερτβασερ στράφηκε κατά κύριο λόγο στην αρχιτεκτονική, σχεδιάζοντας μια σειρά από κτίρια, που περιλάμβαναν σιδηροδρομικούς σταθμούς, νοσοκομεία, εκκλησίες και ιδιωτικές κατοικίες. Απομακρύνθηκε συνειδητά από τον αποκαλούμενο «γεωμετρισμό» (geometrization) και τις καθιερωμένες νόρμες της παραδοσιακής αρχιτεκτονικής και ανέπτυξε ένα πολύ προσωπικό ιδίωμα, που το αξιοποίησε όχι μόνο στην αρχιτεκτονική, αλλά και στη ζωγραφική του.

Το «Χούντερτβασερ Χάους» οικοδομήθηκε μεταξύ των ετών 1983 και 1986, ως δημοτικό συγκρότημα πολυκατοικιών και χώρος κοινωνικής στέγασης, με πενήντα δύο ενοικιαζόμενα διαμερίσματα. Το κτίσμα και η πρόσοψή του κατατέμνεται σε μικρούς αυτόνομους οικίσκους με ακανόνιστες χρωματικές λωρίδες, ακανόνιστα παράθυρα και διαφορετική μορφολογία, καταλήγοντας σε κρεμμυδόσχημους τρούλους.

Αντίθετα με τους παραδοσιακούς αρχιτέκτονες, ο Χούντερτβασερ αποφεύγει στο «Χούντερτβασερ Χάους»

τους επίπεδους ορόφους και τους ευθύγραμμους διδρόμους, εισάγοντας στο σχεδιασμό του την αποκαλούμενη από τον ίδιο «ανομοιομορφία της ομορφιάς». Οι στέγες καλύπτονται από περίτεχνους κήπους με περισσότερα από 250 δέντρα, θάμνους και φυτά. Οι "λοφίσκοι" του πεζοδρομίου συμπληρώνουν την εντύπωση της ακανόνιστης μορφολογίας που αποπνέει το κτίριο.

Ο Χούντερτβασερ δέχτηκε σαφείς επιρροές από τους ζωγράφους της Σχολής «Ζετσεσιόν» (Sezession), και ειδικότερα από τον πρωτοπόρο εκπρόσωπό της Gustav Klimt. Φανερά είναι στο έργο του και η επίδραση του Καταλανού αρχιτέκτονα Antonio Gaudi, (1852 – 1926), με τις ανατρεπτικές αρχιτεκτονικές δημιουργίες του και κυρίως την έντονη πολυχρωμία τους.

Με ελεύθερο εκφραστικό τρόπο, ο «Οίκος Χούντερτβασερ» δίνει την αίσθηση μιας πλήρους ενότητας, καθώς και την εντύπωση ενός φυσικού οργανισμού που βρίσκεται σε πλήρη αρμονία με τους νόμους της φύσης. Θεωρείται δείγμα διαμαρτυρίας εναντίον του κινήματος του μοντερνισμού και ξεχωριστό δείγμα μεταμοντέρνας αρχιτεκτονικής, αλλά και μια τρισδιάστατη προβολή του ριζοσπαστισμού της ζωγραφικής του καλλιτέχνη.

Αρκετά όμως κούρασα με όλες αυτές τις καλλιτεχνικές πληροφορίες και είναι καιρός να φορέσετε κάτι άνετο, να βάλετε τα πιο «ακούραστα» παπούτσια σας και να περπατήσετε όσο μπορείτε περισσότερο (χρησιμοποιήστε όσο λιγότερο μπορείτε τις συγκοινωνίες) καθώς η πόλη είναι εξαιρετικά όμορφη και οι αποστάσεις λογικές. Παλάτι Schoenbrunn, Αυτοκρατορικό **Παλάτι Hofburg. Καθεδρικός του Αγίου Στεφάνου. Μπελβεντέρε. Εθνικό Θέατρο Burgtheater. Εκκλησία του Καρόλου. Μουσείο Albertina. Μουσείο Ιστορίας της Τέχνης (Kunsthistorisches Museum Wien). Μουσείο Φυσικής Ιστορίας. Συνοικία των Μουσείων (Museumsquartier). Secession. Κοινοβούλιο. Κρατική Όπερα της Βιέννης (Staatsoper). Χούντερτβασερ Χάους» (Hundertwasserhaus) σας περιμένουν να τα εξερευνήσετε.**

Όπως πάντα να μην ξεχνάμε ότι αφορμή για να επισκεφτούμε την Βιέννη είναι το 13ο Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Οργάνωσης Ναόσου Crohn και Κολίτιδας (European Crohn's and Colitis Organisation - ECCO) για το οποίο μπορείτε να βρείτε πληροφορίες στο site: <https://www.ecco-ibd.eu/ecco18>.



Νίκος Καζαντζάκης, Ο Κοσμοπαρωρίτης.

Το Μουσείο Μπενάκη παρουσιάζει ένα μεγάλο αφιέρωμα στον Νίκο Καζαντζάκη με αφορμή την ανακήρυξη του έτους 2017 ως «ΕΤΟΥΣ ΝΙΚΟΥ ΚΑΖΑΝΤΖΑΚΗ» από το Υπουργείο Πολιτισμού και Αθλητισμού. Το αφιέρωμα με γενικό τίτλο «ΝΙΚΟΣ ΚΑΖΑΝΤΖΑΚΗΣ, ο κοσμοπαρωρίτης» περιλαμβάνει τρεις εκθέσεις που παρουσιάζονται στο Κτήριο της οδού Πειραιώς, στην Πινακοθήκη Ν. Χατζηκυριάκου-Γκίκα και στο Μουσείο Ισλαμικής Τέχνης.

Πρόκειται για έναν φόρο τιμής στον μεγάλο κρητικό συγγραφέα, μια σύγχρονη προσέγγιση της ζωής και του έργου του, φωτίζοντας γνωστές αλλά και άγνωστες πλευρές, μέσα από πλούσιο οπτικοακουστικό και αρχειακό υλικό.

«Η Ανατολή» στο μουσείο Ισλαμικής Τέχνης, έχει στόχο να αποτυπώσει την επαφή του έλληνα λογοτέχνη με τον κόσμο της Ανατολής, με τη μυστικιστική ατμόσφαιρα που τη συνοδεύει και το φιλοσοφικό πνεύμα που τη διαπνέει. Εκτός από τα ταξίδια του στην Αίγυπτο (όπου συναντά τον Κ.Π. Καβάφη), το Σινά, την Κίνα και την Ιαπωνία (όπως αποτυπώνονται στις ταξιδιωτικές του διηγήσεις), παρουσιάζονται για πρώτη φορά τα χειρόγραφα δύο παραμυθιών του (διασκευές από τις «Ιστορίες της Χαλιμάς»), ενώ παράλληλα, ανιχνεύονται τα στοιχεία που συνδέουν τον κρητικό συγγραφέα με την ανατολίτικη κοσμοθεωρία.

Στον «Ανήφορο», στο κτήριο της οδού Πειραιώς, παρουσιάζονται γνωστές και άγνωστες πτυχές της ζωής, του έργου και των ταξιδιών του Νίκου Καζαντζάκη, με την ανάδειξη σημαντικών σταθμών της πορείας του. Συγκεκριμένα, γίνεται μια προσέγγιση της προσωπικότητάς του, μέσα από χειρόγραφα, φωτογραφίες και ποικίλο πληροφοριακό υλικό, η οποία εμπλουτίζεται από το πλήθος των μεταφρασμένων σε περισσότερες από 50 γλώσσες έργων του, προβάλλοντας τον οικουμενικό του χαρακτήρα. Παράλληλα, δίνεται έμφαση σε



πρόσωπα και εμπειρίες που αποτέλεσαν σημαντικούς παράγοντες της διαμόρφωσης και της έμπνευσής του.

Η Έκθεση στην Πινακοθήκη Γκίκα αναφέρεται στην «Οδύσσεια», το καζαντζακικό επικό ποίημα, συνέχεια του γνωστού ομηρικού έπους. Παρουσιάζονται τα σχέδια που φιλοτέχνησε ο Νίκος Χατζηκυριάκος-Γκίκας για την αγγλική μετάφραση του έργου του Νίκου Καζαντζάκη (από το Μουσείο Μπενάκη) και τα χαρακτηριστικά έργα του Χρήστου Σανταμούρη (από το Πολιτιστικό Ίδρυμα Ομίλου Πειραιώς). Κεντρικό άξονα της έκθεσης αποτελεί το πρωτότυπο δακτυλόγραφο της «Οδύσσειας», σε απευθείας «συζήτηση» με τις εικαστικές δημιουργίες των δύο καλλιτεχνών. Παράλληλα, η σχετική αλληλογραφία Καζαντζάκη και Χατζηκυριάκου-Γκίκα, που περιλαμβάνεται στην έκθεση, αποκαλύπτει το πλαίσιο της συνεργασίας τους για το εγχείρημα της ποιητικής εικονογράφησης του έργου.

Αρχειακό και φωτογραφικό υλικό παραχωρείται από το Μουσείο Καζαντζάκη, τις Εκδόσεις Καζαντζάκη, το Ιστορικό Μουσείο Κρήτης και την Εθνική Βιβλιοθήκη της Ελλάδος. Οι εκθέσεις θα διαρκέσουν μέχρι 24/2 η Οδύσσεια και 25/2 η «Ανατολή» και ο «Ανήφορος» ενώ διατίθεται ενιαίο εισιτήριο για όποιον ενδιαφέρεται και για τις τρεις εκθέσεις.

Το εξώφυλλο από μέσα



ένας νέος χρόνος γεννήθηκε

Αν ακούσατε κάτι σαν κλάμα, είναι αυτό του νέου χρόνου που μόλις γεννήθηκε.

Το νεογνό 2018 διωγμένο από την μήτρα του χρόνου, μπήκε με ένα ηχηρό ταρατατζούμ στην ζωή μας.

Έχω την εντύπωση ότι η δική του αγωνία είναι μεγαλύτερη από την δική μας.

*Λεπτομέρεια από τον πίνακα του Μίλτου Σκούρα, "αρχέγονος μετανάστης".
Πρόταση για την 6η Μπιενάλε Θεσσαλονίκης "ΦΑΝΤΑΣΙΑΚΕΣ ΕΣΤΙΕΣ".*

ΣΠΥΡΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΥΛΑΣ

Χρήση Εγκεφάλου

Δοκίμια και διαφωτιστικά αποφθέγματα

