

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Φεβρουάριος - Μάρτιος- Απρίλιος 2018 | Τεύχος
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

47

Το νήμα της Αριάδνης

Υποβληνογόνοι όγκοι πεπτικού

Ενδοσκόπηση και
αντισυμπετασιακή/αντιπηκτική
αγωγή

Γενικός κανονισμός για την
προστασία δεδομένων (ΓΚΠΔ)



...όλα τριγύρω αλλάζουνε... και όλα τα ίδια μένουν..

Ζούμε σε μια χώρα μαγική που επιβιώνει παρά την αδήλωτη χρεωκοπία μας. Κάθε πρωί ξυπνάμε και σκεφτόμαστε την μέρα που ξεκινάει και δεν πλήττουμε ποτέ, καθώς όλο και κάτι έρχεται να ταράξει την, ούτως ή άλλως, άνω κάτω ζωή μας.

Καιρό τώρα (κάποια χρόνια) είναι ανοικτή η συζήτηση γύρω από τον χαρακτήρα που πρέπει να αποκτήσουν οι επιστημονικές εταιρείες (που είναι μερικές εκατοντάδες!!), τον τρόπο διοργάνωσης των επιστημονικών συνεδρίων (που γίνονται πάνω από χίλια κάθε χρόνο!!), τον ρόλο των φαρμακευτικών εταιρειών στην δια βίου εκπαίδευση των γιατρών (που μέχρι τώρα είχαν τον all inclusive ρόλο!!), τον ρυθμιστικό ρόλο της πολιτείας που ψάχνει να τον βρει (μέσα από ιδεολογήματα και αγκυλώσεις αλλά και μέσα από την πραγματική ανάγκη να αποκλειστούν οι ασυδοσίες και οι υπερβολές του παρελθόντος).

Λίγοι συνάδελφοι (όσοι δηλ. συμμετέχουν στα Δ.Σ. της ΕΓΕ και ΕΠΕΓΕ) προσπαθούν να διαμορφώσουν πρόταση και να την διαπραγματευτούν με τους φορείς (ΚΕΣΥ, Υπουργείο) που είναι αποφασισμένοι να διαμορφώσουν το νέο περιβάλλον. Όλοι αντιλαμβάνονται την πραγματική ανάγκη να μπει "τάξη" στο άναρχο περιβάλλον. Το Υπουργείο Υγείας και ό,τι εποπτεύει δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να υποστηρίξει την δια βίου εκπαίδευση των γιατρών και άρα δεν κάνει προτάσεις ανάληψης ευθύνης. "Βολεύει" να συνεχίσουν να πληρώνουν οι φαρμακευτικές εταιρείες αλλά την ίδια στιγμή θέλει να κοπεί η άμεση σχέση των γιατρών με αυτές, πιστεύοντας ότι έτσι θα περιοριστούν εκφυλιστικά φαινόμενα, που οδηγούν στην υπερκατανάλωση φαρμάκων και ως συνέπεια στην διόγκωση των δαπανών.

Σε όλο τον κόσμο είναι επείγουσα η ανάγκη ριζικής αναμόρφωσης του τρόπου διεξαγωγής των ιατρικών συνεδρίων. Στην χώρα μας είναι κατεπείγουσα αυτή η ανάγκη. Τα συνέδριά μας χρήζουν κατεδάφισης και ανοικοδόμησης και όχι εξωραϊσμού καθώς είμαστε μιά χώρα σε κατάσταση οικονομικής καταστροφής. Είναι καιρός να κάνουμε το ταξίδι της επιστροφής προς τις ρίζες της ιατρικής συνείδησης ενάντια στο ρεύμα της αλλοτρίω-

σης. Τώρα είναι η ευκαιρία. Τώρα που οι νέοι γιατροί μας είναι άνεργοι, κακοπληρωμένοι ή μετανάστες. Τα συνέδριά μας πρέπει να γίνουν η φωνή των γιατρών, όχι η σιωπή τους. Χρειάζονται "ζωηρές" συζητήσεις, τα debate, ο γιατρός να πει την γνώμη του, να σταματήσουν ψεύτικες ευγένειες και κολακίες προς τους "ειδικούς". Χρειάζεται περισσότερος χρόνος για την συζήτηση και λιγότερος χρόνος για την κωδικοποιημένη παρουσίαση. Όλα και όλοι πρέπει να κρίνονται μέσα στον γόνιμο διάλογο με αυστηρούς κριτές τους ίδιους τους συμμετέχοντες γιατρούς, που θα κάνουν έτσι την πληροφορία γνώση και την γνώση σοφία.

Αφορμή για τις παραπάνω σκέψεις στάθηκε η σκληρή πραγματικότητα. Πόση καινούργια γνώση μπορεί να έχει παραχθεί τους τελευταίους μήνες ώστε να δικαιολογούνται τόσα συνέδρια γύρω από τα ΙΦΝΕ;

Έχουμε και λέμε λοιπόν:

- Σάββατο 21/4/2018 Ημερίδα "Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου" στο Αμφιθέατρο ΓΝΑ – Ιπποκράτειο.
- Σάββατο 28/4/2018 56ο ECCO Workshop Athens στο Crowne Plaza.
- 18-20/5/2018 17ο πανελλήνιο Συνέδριο ΙΦΝΕ στο Μέγαρο Μουσικής Θεσ/νίκης.
- Σάββατο 9/6/2018 Ημερίδα Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου στο Grand Serai Ιωάννινα.
- 6-7/7/2018 συνεδρίες για τα ΙΦΝΕ στα πλαίσια του 4ου AISDD (Athens International Symposium) στο Hilton Hotel Αθήνα.

Και τέλος η δική μας (της ΕΠΕΓΕ) Διημερίδα το τελευταίο Σ/Κ του Σεπτεμβρίου με θέμα Λεπτό και Παχύ Έντερο στο Caravel όπου βέβαια και εδώ θα κλέψουν την παράσταση τα ΙΦΝΕ.

Μάλλον.... κάτι κάνουμε λάθος....

Θα έχει άδικο η κ. Γιουλεμέ ως πρόεδρος της οργανωτικής επιτροπής του Πανελληνίου Συνεδρίου των ΙΦΝΕ αν διαμαρτυρηθεί καθώς όλα τα άλλα λειτουργούν εις βάρος της σημαντικότερης ετήσιας επιστημονικής εκδήλωσης που αφορά τα πιο πάνω νοσήματα;

Χάρης Τσιώνης

Διανέμεται από την:



AENORASIS
Intuition in Healthcare

ΑΘΗΝΑ: Τραπεζούντος 17 & Α. Παπανδρέου,
151 27 Μελίσσια, Τηλ.: 210 6136332, Φαξ: 210 8105298
ΘΕΣ/ΝΙΚΗ: Δελφών 17, 555 35 Πυλαία
Τηλ.: 2310 326136, Φαξ: 2310 306790

Για τις πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

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



Περιεχόμενα

Νέα & Επίκαιρα
Σπύρος Βρακάς - Πάνος Κασαπίδης



ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΑΤΕ:	06
Βιβλιογραφική ενημέρωση	
ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ	08
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	12
Υποβλεννογόνιοι όγκοι πεπτικού	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.....	17
Η Τεχνητή Νοημοσύνη στην πρόβλεψη της ανάγκης για συμπληρωματική χειρουργική επέμβαση μετά από ενδοσκοπική αφαίρεση ορθοκολικού καρκίνου σταδίου T1	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	18
Ενδοσκόπηση και αντισταμοπεταλιακή/αντιπηκτική αγωγή	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	22
Συμβόλαια αστικής ευθύνης και Γαστρεντερολόγοι	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	26
Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων (ΓΚΠΔ)	
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	30
Athens International Symposium on Digestive Diseases (4th AISDD 2018)	
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ & ΑΛΛΑ	32
Αθήνα, Παγκόσμια πρωτεύουσα βιβλίου 2018	
ΤΟ ΕΞΟΦΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ	34

Νέα ΔΣ

Στις 29 και 30 Σεπτεμβρίου 2018 θα πραγματοποιηθεί η 16η διημερίδα της ΕΠΕΓΕ στο ξενοδοχείο Caravel στην Αθήνα. Ο πρόεδρος, Καθηγητής Γαστρεντερολογίας κ. Κουτρουμπάκης Ιωάννης, έχει αναλάβει να μας ξεναγήσει στον κόσμο του λεπτού και του παχέος εντέρου. Η θεματολογία είναι άκρως ενδιαφέρουσα. Θα έχουμε για πρώτη φορά την ευκαιρία να παρακολουθήσουμε συγκεντρωμένα τόσα πρακτικά ζητήματα στη διημερίδα με τίτλο «Παθήσεις λεπτού και παχέος εντέρου». Έχει ολοκληρωθεί το πρόγραμμα και σύντομα θα μπορείτε να το διαβάσετε στην ιστοσελίδα μας.

Θα επαναληφθεί και φέτος το **ανανεωμένο** πλέον κλινικό φροντιστήριο για την πρόληψη απειλητικών για τη ζωή συμβαμάτων από τη χορήγηση καταστολής και αναλγησίας στην ενδοσκόπηση κα θα χορηγηθεί πιστοποιητικό παρακολούθησης. Θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας και η ημερομηνία έναρξης δηλώσεων συμμετοχής θα αναρτηθεί μαζί με το πρόγραμμα στη διεύθυνση www.epege.gr.

Σε συνεργασία με το ΕΛΙΓΑΣΤ πραγματοποιήθηκε με επιτυχία, στα γραφεία της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας, ενημερωτική εκπαιδευτική συνάντηση με ιδιώτες Γαστρεντερολόγους σχετικά με τη θεραπεία της ηπατίτιδας C. Αναπτύχθηκαν δυνατότητες πρακτικής εκπαίδευσης και εξοικείωσης των ιατρών με το θεραπευτικό μητρώο και γενικότερα την αντιμετώπιση των ασθενών με ηπατίτιδα C, που επιστημονικά πλέον είναι απλή, αλλά διαχειριστικά παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες σε όποιον δεν είναι εξοικειωμένος.

Στο πλαίσιο του Πανελλήνιου Συνεδρίου Γαστρεντερολογίας το Δεκέμβριο, η ΕΠΕΓΕ οργανώνει στρογγυλή τράπεζα με θέμα «Συντήρηση απολύμανση ενδοσκοπίων αναλώσιμων. Διαχείριση αποβλήτων.» Ένα θέμα που είναι ενδιαφέρον για όλους τους Γαστρεντερολόγους, ιδιώτες και μη.

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

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

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

Διευθύντρια σύνταξης:
Μαρία Μυλωνάκη
Συντακτική Επιτροπή:
Αναστασίου Ιωάννης
Βασιλειάδης Κωνσταντίνος
Γούλας Σπύρος

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

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

Διευθυντής Δημοσιογραφικού:
Σκούρας Μίλτος

Δημιουργική Επιμέλεια:
Αλέξανδρος Χατζημιάλης

Εικονογραφισή Εξωφύλλου:
Μ.Σ.

Υπεύθυνος Διαφήμισης:
Σκούρας Μίλτος
Απαγορεύεται ρητά η αναδημοσίευση, η αναπαραγωγή, η αντιγραφή και γενικότερα η μετάδοση με οποιοδήποτε τρόπο ή μέσο, μέρους ή ολόκληρης της ύλης του περιοδικού, καθώς επίσης και των κατηγοριοποιήσεων και των τίτλων τους, χωρίς την έγγραφη άδεια του εκδότη.

Το περιεχόμενο του κάθε άρθρου εκφράζει την άποψη του συγγραφέα, η οποία δεν είναι υποχρεωτικά αποδεκτή από τη συντακτική επιτροπή.



Αυτό το προσέξατε;

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

1. Η μακροχρόνια χορήγηση PPI's δεν σχετίζεται με αύξηση του κινδύνου Εμφραγματος του Μυοκαρδίου

No increase in risk of acute myocardial infarction in privately insured prescribed Proton Pump Inhibitors vs Histamine-2 receptors Antagonists (2002-2014) Suzanne N. Landi, Robert S. Sandler, Virginia Pate and Jennifer L. Lund Gastroenterology 2018;154:861-873.

Η ασφαλεία της μακροχρόνιας χορήγησης PPI's, έχει υποστεί σημαντικούς τριγμούς τα τελευταία χρόνια. Αρχικά θεωρήθηκε πως συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων (πχ από το *Clostridium difficile*) αλλά και από δυσσπορρόφηση κάποιων θρεπτικών ουσιών. Στην συνέχεια τέθηκε το ενδεχόμενο αύξησης των οστεοπορωτικών καταγμάτων σε μακροχρόνιους χρήστες. Εκδόθηκε επίσης, προειδοποίηση για τις περιπτώσεις συγχωρήγησης με κλοπιδογρελη, λόγω πιθανής μείωσης της αποτελεσματικότητας της τελευταίας με επακόλουθη αύξηση του κινδύνου καρδιαγγειακών συμβάντων.

Παραμένει ωστόσο αδιευκρίνιστο, εάν ανεξαρτητως άλλων παραγόντων, αυξάνεται και ο κίνδυνος Εμφράγματος του Μυοκαρδίου (ΕΜ), καθώς όπως διαπιστώθηκε σε ζωικά μοντέλα, η χορήγηση PPI's μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των επιπέδων της διμεθυλαργινίνης, ενζύμου που ελαττώνει την προστατευτική επίδραση της συνθετάσης του νιτρικού οξέος στο ενδοθήλιο των στεφανιαίων αγγείων.

Η παρούσα αναδρομική μελέτη δεν ανέδειξε αυξημένο κίνδυνο μεταξύ των χρόνιων χρηστών PPI's

συγκριτικά με τους χρήστες H2RA. Ενδεχομένως να απαιτείται περισσότερη έρευνα προκειμένου να καθοριστεί η ακριβής διάρκεια χορήγησης ή η συνολική δόση των PPI's που θα μπορούσε να συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ΕΜ.

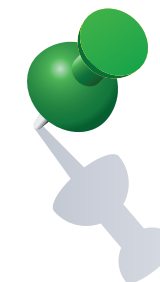
2. Η χορήγηση διαλύματος ακετυλοκυστεΐνης & σιμεθικόνης πριν την ενδοσκόπηση, βελτιώνει την απεικόνιση του γαστρικού βλεννογόνου

Use of N-acetylcysteine plus simethicone to improve mucosal visibility during upper GI endoscopy: a double-blind, randomized controlled trial. H. Monrroy, J. I. Vargas, E. Glasnicov et al. Gastrointest Endosc 2018;87:986-93

Η πλήρης απεικόνιση του γαστρικού βλεννογόνου είναι θεμελιώδους σημασίας στην πρώιμη αναγνώριση του γαστρικού καρκίνου. Η παρουσία βλέννης, αφρού και φυσαλλίδων αέρα εντός του στομάχου συχνά δυσχεραίνει τον λεπτομερή έλεγχο του γαστρικού βλεννογόνου. Ήδη σε αρκετά ενδοσκοπικά κέντρα, ιδίως στην Ιαπωνία, έχει καθιερωθεί η χορήγηση βλεννολυτικών παραγόντων ή παραγόντων που αποτρέπουν τον σχηματισμό αφρού πριν από την ενδοσκόπηση. Αν και πολλοί παραγοντες έχουν δοκιμαστεί για την βελτίωση της απεικόνισης του γαστρικού βλεννογόνου, η σιμεθικόνη έχει αποδειχθεί πως αποτελεί έναν πολύ αποτελεσματικό παράγοντα αντιμετώπισης του αφρού. Περισσότερο πρόσφατα, η ακετυλοκυστεΐνη αρχισε να χρησιμοποιείται ως βλεννολυτικός παραγοντας, είτε μονη είτε σε συνδυασμό με σιμεθικόνη.

Αυτό το προσέξατε;

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ



Οι 230 συμμετεχοντες της παραπάνω μελέτης τυχαίοι οπιοθηκαν σε 5 διαφορετικές ομάδες: 1) καμμία παρεμβαση, 2) 100 ml νερού, 3) νερό με 200 mg σιμεθικόνης, 4) νερό με σιμεθικόνη & ακετυλοκυστεΐνη 500 mg και 5) νερό με σιμεθικόνη & ακετυλοκυστεΐνη 1000 mg. Η χορήγηση του κάθε διαλύματος έγινε 20 λεπτά πριν την ενδοσκόπηση.

Όπως διαπιστώθηκε, η καλύτερη απεικόνιση του γαστρικού βλεννογόνου επιτεύχθηκε με την χορήγηση ακετυλοκυστεΐνης (σε οποιαδήποτε δοσολογία) σε συνδυασμό με σιμεθικόνη.

Επίσης, αξιοσημείωτη είναι η διαπίστωση πως η χρήση μόνου του νερού όχι μόνο δεν φάνηκε να βελτιώνει την ευκρίνεια της απεικόνισης του γαστρικού βλεννογόνου, αλλά θα μπορούσε να αποδειχθεί επιβλαβής. Η μετακίνηση της βλέννης και ενδεχομένως η εξαπλώσή της σε μεγαλύτερη επιφάνεια και όχι η διαλυσή της, θα μπορούσε να αποτελεί την πιθανότερη εξήγηση του παραπάνω ευρήματος.

3. Ο ρόλος του κόκκινου κρεατος στην εμφάνιση εκκολπωματίτιδας

Meat intake and risk of diverticulitis among men. Yin Cao, Lisa L. Strate, B.R. Keely t al. Gut 2018;67:466-472

Περίπου 4% των ατόμων που έχουν εκκολπώματα αναμένεται να παρουσιάσουν οξείες ή χρόνιες επιπλοκές, συμπεριλαμβανωμένων την διάτρηση, το απόστημα και τον σχηματισμό συριγγίων. Η φλεγμονή των εκκολπωμάτων αποτελεί πρόβλημα με τεραστία κλινική σημασία αλλά και οικονομική επιβαρυν-

ση (210000 νοσηλείες τον χρόνο στις ΗΠΑ με κόστος που ξεπερνά τα 2 δισεκατομμύρια \$). Τα τελευταία χρόνια, έχει επίσης παρατηρηθεί, η ανάπτυξη εκκολπωματίτιδας σε ολόένα και νεότερα σε ηλικία άτομα.

Αν και το κάπνισμα, η χρήση ΜΣΑΦ, η απουσία σωματικής άσκησης και η παχυσαρκία έχουν ήδη αναγνωριστεί ως προδιαθεσικοί παραγοντες για την ανάπτυξη εκκολπωματίτιδας, η σημασία των διατροφικών συνθηκών έχει διερευνηθεί λιγότερο.

Οι φυτικές ίνες αποτελούν τον περισσότερο μελετημένο διαιτητικό παράγοντα και σχετικές μελέτες αναφέρουν πως οι χορτοφάγοι έχουν 31% λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης εκκολπωματίτιδας σε συγκρητικά με τους κρεατοφάγους.

Σε αυτή την μεγάλη προοπτική μελέτη, εκτιμήθηκε η πιθανή σχέση της εκκολπωματίτιδας με την συνολική κατανάλωση κόκκινου κρεατος. Διαπιστώθηκε πως οι άνδρες που καταναλώναν περισσότερο κόκκινο κρέας, είχαν 18% περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης εκκολπωματίτιδας. Διαπιστώθηκε επίσης πως, ο παραπάνω κίνδυνος, σε αυτά τα άτομα, ήταν ανεξάρτητος της κατανάλωσης φυτικών ινών και επιπλέον, ήταν μεγαλύτερος μεταξύ αυτών που καταναλώναν κυρίως μη επεξεργασμένο κόκκινο κρεας. Αντιθέτως, η αντικατάσταση της καθημερινής κατανάλωσης του κόκκινου κρεατος από πουλερικά ή ψαρια φάνηκε να μειώνει την κίνδυνο ανάπτυξης εκκολπωματίτιδας.

Τα παραπάνω ευρήματα ήταν επίσης ανεξάρτητα της ηλικίας ή του σωματικού βάρους των ανδρών που μελετήθηκαν.



Πρόσωπο με πρόσωπο

ANTI «ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ»

Σπύρος Γούλας

Αυτή τη φορά θελήσαμε να κάνουμε κάτι διαφορετικό και έτσι δεν θα βρείτε στις επόμενες γραμμές τη συνηθισμένη, με μορφή ερωτήσεων και απαντήσεων, επικοινωνία με κάποιο μέλος της κοινότητας μας. Η σκέψη ήταν απλή: διανύουμε μια περίοδο που εκκολάπτονται αλλαγές σε ζωτικά πεδία της δραστηριότητάς μας όπως θέματα εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης, ιατρικών εταιρειών, συνεδρίων. Έχουν διατυπωθεί κάποιες προτάσεις από φορείς της Πολιτείας και έχει γίνει διαβούλευση για τα θέματα αυτά. Κάνοντας λοιπόν μια αναδρομή στο υλικό που έχουμε συλλέξει με απόψεις συναδέλφων που απάντησαν σε σχετικές ερωτήσεις από τη στήλη αυτή διαπιστώσαμε ότι έχουν καταγραφεί ενδιαφέρουσες θέσεις και προτάσεις τις οποίες και θα παρουσιάσουμε στη συνέχεια. Βέβαια θα πρέπει να ξεκαθαρίσουμε, για να μη φανεί ότι αδικούμε κάποιους, ότι όσα παρατίθενται είναι ένα μέρος μόνο του υλικού αυτού και η σειρά είναι αλφαβητική. Ιδού λοιπόν το αποτέλεσμα αυτής της αναδρομής:

Α ΑΡΜΟΝΗΣ

Δυστυχώς πολλές κλινικές δεν έχουν ακόμα την δυνατότητα να εκπαιδεύουν σε όλη την βασική τουλάχιστον γκάμα της Γαστρεντερολογίας. Το κατάλληλο και καλά οργανωμένο rotation μεταξύ των κλινικών θα πρέπει κάποια στιγμή να οργανωθεί στα πρότυπα των Κλινικών του Εξωτερικού.

...Δυστυχώς, και παρά την οικονομική κρίση των τελευταίων ετών, ο αριθμός των συνεδρίων, ημερίδων κλπ. συνεχίζει να είναι υπερβολικός και παραδόξως ίσως και να αυξάνεται.

Κατά την γνώμη μου θα έπρεπε να γίνεται μια ενωμένη Γαστρεντερολογική Εβδομάδα όλων των τμημάτων ανά διετία και τίποτα άλλο. Απορώ πως οι φαρμακευτικές εταιρείες καταφέρνουν ακόμα και επιχορηγούν όλες αυτές τις εκδηλώσεις που σε επιστημονικό επί-

πεδο δεν προσθέτουν απολύτως τίποτα. Το μόνο που προσφέρουν είναι ίσως η καλλιέργεια δημοσίων σχέσεων και η προβολή. Ο πλούτος της πληροφορίας που παρέχεται σήμερα μέσω του διαδικτύου δεν συγκρίνεται με την παρακολούθηση μιας ημερίδας...

Ι ΔΑΝΙΗΛΙΔΗΣ

Υπήρχαν από τα χρόνια της UEMS, διευθυντές ΕΣΥ πρόθυμοι στην ιδέα του rotation, αλλά και άλλοι απρόθυμοι. Είναι όμως μεγάλη ανάγκη. Πως πχ μπορεί να δίνει ειδικότητα ένα κέντρο καλό κατά τα άλλα, χωρίς όμως τα οξέα περιστατικά της εφημερίας; Αυτά είναι καταγεγραμμένα και σαν απαιτήσεις της UEMS. Επίσης ο αριθμός των ειδικευομένων πρέπει να καθορίζεται από τις ανάγκες της χώρας για ειδικούς και όχι από τις ανάγκες της κλινικής.

Όσο για συμβουλή στο Υπουργείο είναι μία, να κατανοήσει ότι κανένα πρόγραμμα βελτίωσης της Υγείας δεν θα αποδώσει χωρίς καλά εκπαιδευμένους γιατρούς που δεν κάνουν αμυντική ιατρική αυξάνοντας το κόστος αλλά θα έχουν την γνώση και την κρίση να κάνουν τα αναγκαία και να περιορίσουν το κόστος. Αυτά είναι αυτονόητες αλήθειες που δεν εξαρτώνται από το πρόσωπο του υπουργού, ούτε καν από την παράταξη που κυβερνά.

Ι ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ

Το πρόβλημα της εκπαίδευσης τόσο στην Γαστρεντερολογία όσο και σε όλες τις άλλες ειδικότητες σχετίζεται πρώτιστα με τον αριθμό των εισακτέων στις ιατρικές σχολές της χώρας, ο οποίος εξακο-λουθεί να παραμένει υψηλός, και στη συνέχεια με επαναπροσδιορισμό του προγράμματος εκπαίδευσης των ειδικευομένων καθώς και την θέσπιση εξορθολογισμένων και πραγματικά αντικειμενικών κριτηρίων (επιστημονικά, εκπαιδευτικά, τεχνολογικά) των Τμημάτων που θα κρίνονται κατάλληλα για την εκπαίδευση με σκοπό

την απόκτηση τίτλου ειδικότητας.

Τα συνέδρια είναι, διεθνώς, μία ιδιαίτερη ιστορία. Στην εποχή της αφθονίας εκτός από επιστημονική ενημέρωση αποτελούσαν και ευκαιρία τουρισμού (πολλές φορές και οικογενειακού), για μερικούς δε και μοναδικό σκοπό.

Δ ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗΣ

Το θέμα είναι πολύπλοκο. Θα πρέπει πρώτα να υλοποιηθούν τα όσα είπα σε προηγούμενη ερώτησή σας για το πώς πρέπει να αναδιαταχθούν οι γαστρεντερολογικές ομάδες στη χώρα μας. Θα πρέπει επίσης να γίνει αναδιάταξη του αριθμού ειδικευομένων ανά κλινική. Η υπάρχουσα κατανομή είναι παρωχημένη και βασίζεται στις δυνατότητες της δεκαετίας του '70. Πρέπει να καθιερωθεί ενιαίο σύστημα εκπαίδευσης που να προβλέπει rotation για του ειδικευόμενους, θα πρέπει να θεσπιστούν ενιαίες εξετάσεις πριν την ειδικότητα με ορισμένο αριθμό εισερχομένων και ενιαίες εξετάσεις για λήψη ειδικότητας δυο φορές το χρόνο βάσει κοινού εκπαιδευτικού προγράμματος. Τα κέντρα που δίνουν ειδικότητα θα πρέπει να αξιολογούνται για την επάρκειά τους κάθε δύο χρόνια.

Γ ΚΗΤΗΣ

Για τα Ιατρικά Συνέδρια: Πρώτα πρώτα θα ελάττωνα τον αριθμό τους. Θα θεσμοθετούσα πλήρη διαφάνεια και πραγματική λογοδοσία στην οικονομική τους διαχείριση. Θα ενίσχυα την συμμετοχή της πρωτογενούς έρευνας έναντι των ανασκοπήσεων και στρογγυλών τραπέζιων, ειδικά σήμερα, στην εποχή του διαδικτύου, και τέλος θα περιορίζα σημαντικά την υπερβολική στις μέρες μας, και πολλές φορές, επιβλαβή για την αντικειμενική εκπαίδευση συμμετοχή δορυφορικών συμποσίων των φαρμακευτικών εταιριών.

Ι ΚΟΥΤΡΟΥΜΠΑΚΗΣ

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 ειδικευομένων 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 εκπαίδευσή 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. Τέλος οι εξετάσεις δεν γίνονται με βάση κάποια προκαθορισμένα αντικείμενα και διαδικασίες αλλά κατά την κρίση των εξεταστών.

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 αντικειμένου. 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.... Τα επιμέρους όμως συνέδρια που γίνονται

Πρόσωπο με πρόσωπο

ANTI «ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ»





Πρόσωπο με πρόσωπο

ANTI «ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ»

Σπύρος Γούλας

πιστεύω ότι πρέπει να περιοριστούν και να γίνονται μόνοι στα αντικείμενα που είναι απολύτως αναγκαία.

A ΜΑΝΤΙΔΗΣ

Συμφωνώ απόλυτα ότι η εκπαίδευση για λήψη ειδικότητας πρέπει αν περάσει στις επιστημονικές εταιρείες, αλλά με σαφείς προδιαγραφές. Εκτιμώ ότι δεν χρειάζονται ατέρμονες ελληνικού τύπου συζητήσεις για το θέμα, που συνήθως έχουν ιδιοτελείς στόχους από τους εμπλεκόμενους πολιτικούς και επιστημονικούς φορείς. Αρκεί να εφαρμοσθεί το εκπαιδευτικό μοντέλο που έχει εκπονήσει η UEMS. Ο βασικός στόχος πρέπει να είναι η προετοιμασία και η «εξέταση» των ειδικευόμενων για να ασκήσουν επιστημονικά επαρκώς με αξιοκρατική πιστοποίηση την γαστρεντερολογία στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Με άλλα λόγια το σύστημα πρέπει να «παράγει» γαστρεντερολόγους στους οποίους εμείς οι ίδιοι θα εμπιστευόμασταν τη δική μας υγεία. Η «παραγωγή» εξειδικευμένων γαστρεντερολόγων θα πρέπει να είναι αντικείμενο πιστοποιημένης «μεταπτυχιακής» εκπαίδευσης.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα και η διαδικασία πιστοποίησης γνώσεων για τη λήψη ειδικότητας πρέπει να διασυνδέονται και να υλοποιούνται με κανόνες σε πανελλήνιο επίπεδο από συλλογικούς επιστημονικούς φορείς και όχι από διαφορετικές προσωπικές επιλογές των πολλών επιτροπών εξεταστών ανά τη χώρα, όπως ισχύει σήμερα.

Υπάρχει επιτακτική ανάγκη αλλαγής του καταστατικού και του εσωτερικού κανονισμού της εταιρείας με στόχο την εξυπηρέτηση των σκοπών της εταιρείας, όπως περιγράφονται στο ισχύον καταστατικό που είναι ταυτόσημοι με αυτούς της Βρετανικής. Βασικοί στόχοι πρέπει να είναι η άμεση εκλογή των θεσμικών προσώπων από λίστες υποψηφίων με συγκεκριμένα προσόντα (Προέδρου, Αντιπροέδρου, Γ. Γραμματέα) για 2-3

χρόνια, η μόνιμη επιτροπή σχεδιασμού, προγραμματισμού και στόχων, η οργάνωση του Συνεδρίου από το ΔΣ, κλπ.

Γ ΠΑΣΠΑΤΗΣ

... Το brain drain το οποίο συμβαίνει σήμερα στη χώρα μας, με το οποίο γενικά οι καλύτεροί μας νέοι γιατροί φεύγουν στο εξωτερικό, έχει χτυπήσει και τη Γαστρεντερολογία και τις επιπλοκές αυτού του brain drain θα τις γευθούμε πάρα πολύ καθαρά σε μία δεκαετία, όταν θα βιώσουμε την πενία των εκπαιδευμένων ιατρών στον ελληνικό χώρο.

Επίσης, νομίζω ότι πρέπει η πολιτεία να στηρίξει τα 20 μεγάλα Νοσοκομεία της χώρας τα οποία παράγουν το 90% της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας ιατρικής, και σε συνέχεια και τα Γαστρεντερολογικά Τμήματα που υπάρχουν σε αυτά. Θα έπρεπε κατά τη γνώμη μου, στα Νοσοκομεία που λειτουργούν πλέον του ενός Γαστρεντερολογικά Τμήματα ή Ενδοσκοπικά Τμήματα τάχιστα, άμεσα, να ενοποιηθούν σε ένα. Η πολυδιάσπαση των δυνάμεων και των οικονομικών πόρων μόνο κακό επιφέρει. Το να υπάρχουν πλέον του ενός ενδοσκοπικά τμήματα σε ένα Νοσοκομείο δεν είναι λογικό. Επίσης, πιστεύω ότι στον τομέα τον οικονομικό μπορεί η Πολιτεία με έξυπνους χειρισμούς και με μικρή αύξηση του κόστους να προσφέρει στα Τμήματα, αναλώσιμα υλικά τα οποία τόσο πολύ χρειάζονται για την καινούργια Ιατρική και την καινούργια Γαστρεντερολογία. Είμαι απόλυτος ότι η ειδικότητα θα πρέπει να δίδεται από ομάδα Κέντρων που θα έχουν αξιολογηθεί, θα πρέπει να γίνεται rotation των ειδικευόμενων. Υπάρχουν Τμήματα τα οποία είναι πάρα πολύ καλά σε ένα αντικείμενο και άλλα που είναι καλύτερα σε άλλο αντικείμενο. Π.χ. σε μας, στην πόλη μας, στο Ηράκλειο πιστεύουμε ότι αν γινόταν rotation των ειδικευόμενων μεταξύ του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου και του Βενιζελείου Νοσοκομείου θα ήταν υπέρ των νέων γαστρεντερολόγων.

Πρόσωπο με πρόσωπο

ANTI «ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ»



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

Δ ΤΖΟΥΡΜΑΚΛΙΩΤΗΣ

Η πρώτη μέριμνα της Πολιτείας θα πρέπει να είναι ο προσδιορισμός του αριθμού των Γαστρεντερολόγων που χρειάζεται η χώρα και η σωστή χωροταξικά κατανομή τους. Είναι επιβεβλημένη η ανάγκη ύπαρξης νέων σύγχρονων Οργανισμών των Νοσοκομείων που θα λάβουν υπ όψιν τις ανάγκες σε Γαστρεντερολογική κάλυψη ανά μονάδα και ανά περιοχή.... Το rotation αποτελεί μια πολύ καλή λύση για την εκπαίδευση των ειδικευόμενων σε όλα τα θέματα του γνωστικού αντικείμενου της ειδικότητάς τους. Εξ ίσου σημαντική θεωρώ τη συνεχή εκπαίδευση των ειδικευμένων και την αξιολόγηση των εκπαιδευτών και των Τμημάτων που χορηγούν ειδικότητα. Τέλος, στα πλαίσια της συνεχούς εκπαίδευσης, πιστεύω πολύ στην ανάγκη μετάβασης των συναδέλφων όλων των βαθμίδων, σε μεγάλα κέντρα του εξωτερικού με υποτροφίες και μετεκπαιδευτικές άδειες για όσους υπηρετούν στο ΕΣΥ θεωρώ πολύ σημαντική τη σύνδεση των ιδιωτών Γαστρεντερολόγων με τα μεγάλα Δημόσια Γαστρεντερολογικά Κέντρα. Η σύνδεση θα πρέπει να σχετίζεται με την συνεχή εκπαίδευση των ιδιωτών και με την από κοινού

αντιμέτωπιση δύσκολων περιστατικών. Τέλος πιστεύω ότι ο ιδιωτικός τομέας πρέπει να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη κάτι που συνεχώς επαγγέλλεται και ποτέ δεν πραγματοποιείται.

Χ ΤΟΥΜΠΑΝΑΚΗΣ

Από πλευράς εκπαίδευσης ειδικευομένων: ως γνωστόν στη Μ. Βρετανία υπάρχει ειδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης σε κάθε Ειδικότητα, με συγκεκριμένους στόχους/απαιτήσεις για κάθε έτος, καθώς επίσης υπάρχει και ετήσια κυκλική εναλλαγή των Ειδικευόμενων σε διάφορα Νοσοκομεία μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής. Στο Τμήμα μας στην αρχή κάθε Ακαδημαϊκού Έτους συναντάμε όλη την νέα Ομάδα Ειδικευόμενων Γαστρεντερολογίας/ Ηπατολογίας και θέτουμε κάποιους γενικούς εκπαιδευτικούς στόχους που σχετίζονται με τα ιδιαίτερα γνωστικά αντικείμενα του Τμήματος (π.χ ΙΦΝΕ, Μεταμόσχευση Ήπατος, Επεμβατική Ενδοσκόπηση, Εντεροσκόπηση “double-balloon”, Νευροενδοκρινείς Όγκοι). Στη συνέχεια το πρόγραμμα εκπαίδευσης εξατομικεύεται σε σχέση με τις ανάγκες του καθενός/μιας, υπάρχουν μηνιαίες συναντήσεις κάθε Ειδικευόμενου/ης με τον «Σύμβουλο Εκπαίδευσης» του/της για παρακολούθηση/ υποστήριξη της προόδου (συνήθως κάθε Consultant επιβλέπει έναν Ειδικευόμενο) και στο τέλος του έτους, για κάθε Ειδικευόμενο/η υπάρχει γραπτή αξιολόγηση, ώστε να προχωρήσει στο επόμενο έτος Ειδικότητας.

Διαπιστώνουμε ότι υπάρχει αρκετό υλικό με προτάσεις για τα θέματα που είναι σε διαδικασία ρύθμισης. Κάποιες από τις απόψεις αυτές βρίσκονται ήδη και στα κείμενα που έχουν δοθεί για διαβούλευση. Ευχόμαστε σε κάθε περίπτωση να υπάρξει ένα τελικό κείμενο που θα ενσωματώνει τις καλύτερες προτάσεις με σκοπό τον εκσυγχρονισμό του υπάρχοντος θεσμικού πλαισίου στα συγκεκριμένα ζητήματα...



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΟΙ ΟΓΚΟΙ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Κωνσταντίνος Β. Βασιλειάδης

Ο όρος υποβλεννογόνοι όγκοι κλινικά χρησιμοποιείται για προβάλλουσες αλλοιώσεις πεπτικού που καλύπτονται από φυσιολογικό βλεννογόνο. Η αιτιολογία τους ποικίλει από μη-νεοπλασματικές βλάβες σε αληθή νεοπλασία. Οι γαστρεντερολόγοι, επειδή δεν μπορούν να καθορίσουν τη φύση τους ενδοσκοπικά, συνήθως κάνουν υποθέσεις σχετικά με το μέγεθος και τη συνολική εμφάνιση, και τα συνήθη ερωτηματικά που καλούνται να απαντήσουν είναι για τυχόν κακοήγη φύση τους, την προέλευση και την ανάγκη θεραπευτικής προσέγγισης.

Οι υποβλεννογόνοι όγκοι εμφανίζονται με ίδια συχνότητα σε άνδρες και γυναίκες, γενικά μετά τα 50, ενώ μπορεί να βρεθούν σε περίπου το 3% των ασθενών που επισκέπτονται το νοσοκομείο για γαστρεντερικά συμπτώματα. Τα GIST αποτελούν τα μισά από αυτά που συνολικά βρίσκονται τυχαία στο στομάχο. Τα μικρά GIST <1εκ (mini GIST), βρίσκονται σε ποσοστό 3-10% στο στομάχο, 0.2% στο παχύ έντερο και 0.01% στο ορθό. Τα GIST που φαίνονται μόνο στο μικροσκόπιο (micro GIST) αυξάνουν την επίπτωση στο στομάχο στο 22-35%. Η επίπτωση των κλινικά εμφανών GIST (clinical GIST) υπολογίζεται σε 1-2/εκατομμύριο/έτος, αν και ο παραπάνω αριθμός φαίνεται ότι αυξάνεται κυρίως λόγω της αύξησης των διαθέσιμων διαγνωστικών μεθόδων παρά στο γεγονός αληθούς αύξησης της επίπτωσης.

Οι παραπάνω διαφορές στην επίπτωση των GIST δείχνουν ότι σημαντικός αριθμός τους διάγουν λανθάνουσα πορεία. Αποδείξεις για αυτό υπάρχουν και από ασθενείς με οικογενή εμφάνιση GIST που εμφανίζουν γονιδιακή μετάλλαξη (είτε KIT είτε PDGFRA). Αυτοί οι ασθενείς έχουν πολλαπλούς όγκους κατά μήκος του πεπτικού σωλήνα με εμφάνιση σε νεαρή ηλικία. Τα περισσότερα από αυτά τα GIST έχουν καλοήγη χαρακτηριστικά και λανθάνουσα κλινική πορεία, ενώ <20% των ασθενών θα αποβιώσουν συνεπεία των GIST. Αυτό σημαίνει ότι οι παραπάνω μεταλλάξεις μπορεί να προκαλούν GIST χωρίς απαραίτητα να «περιέχουν» δυναμική κακοήθειας και μεταστάσεων.

Στην αδρή διαφορική διάγνωση των υποβλεννογονίων όγκων ανήκουν:

Λειομυώματα: προέρχονται από το λείο μυ, είτε από τη βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα είτε από το μυϊκό χιτώνα. Είναι καλοήθεις όγκοι με πολύ σπάνια την κακοήγη μετάλλαξη. Είναι πιο συχνά στον κατώτερο και μέσο οισοφάγο ενώ σπάνια εξελκώνονται ή αιμορραγούν. Τα λειομυώματα του παχέος εντέρου συνήθως εξορμώνται από τη βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα και μοιάζουν με πολύποδες. Είναι θετικά σε δεσμίνη και ακτίνη και αρνητικά στις πρωτεΐνες CD117, CD34, S100. Οι ασυμπτωματικοί όγκοι δε χρειάζονται αντιμετώπιση και καλό είναι να παρακολουθούνται κάθε 1-2 έτη. Χειρουργική αντιμετώπιση χρειάζεται όταν γίνονται συμπτωματικοί, αυξάνονται σε μέγεθος ή εξελκώνονται.

Στρωματικοί όγκοι (GIST): τα GIST ανευρίσκονται πιο συχνά στο στομάχο και μάλιστα στον εγγύς στομάχο. Τα εντερικά βρίσκονται συχνότερα στο 12δάκτυλο και εγγύς νήστιδα, ενώ τα περισσότερα GIST του παχέος βρίσκονται στο κατώτερο ορθό. Η πλειοψηφία των GIST είναι ασυμπτωματικά, κυρίως λόγω του ανέπαφου υπερκείμενου βλεννογόνου και βρίσκονται τυχαία κατά τη διάρκεια ενδοσκοπικών πράξεων. Όταν υπάρχουν συμπτώματα, αυτά δεν είναι ειδικά της αιτιολογίας τους. Τα κοινά συμπτώματα αποτελούν την αιμορραγία, και το μη ειδικό κοιλιακό άλγος. Οι περισσότεροι όγκοι μεγάλωνουν πιέζοντας χωρίς να διηθούν τους πέριξ ιστούς και μπορεί να προκαλούν μέχρι και απόφραξη, ειδικά εάν αναπτύσσονται στην καρδία, στον πυλωρό, ειλεοτυφλική βαλβίδα ή ορθό.

Λιπώματα: βρίσκονται συνήθως στο δεξιό κόλον και στο στομάχο. Σχεδόν 75% των γαστρικών βρίσκεται στο άντρο. Είναι μονήρεις βλάβες με κιτρινωπή χροιά και θετικά τα σημεία αντισκόνου και μαξιλαριού.

Έκτοπο πάγκρεας: το 90% των περιπτώσεων ανευρίσκονται στο στομάχο, 12δάκτυλο και εγγύς νήστιδα. Έχουν βρεθεί και σε εκκόλπωμα Meckel, στη χοληδόχο κύστη ή στα χοληφόρα και το σπλήνα. Έχουν αναφερθεί συμπτώματα όπως παγκρεατίτιδα, απόφραξη, εξέλκωση ή αιμορραγία και σπανίως κακοήγη εξαλλαγή. Στην ενδοσκόπηση έχουν χαρακτηριστικό ομφαλωτο σχήμα, ενώ υπερηχογραφικά εξορμώνται από τη 2η ή 3η υπε-

ρηχογραφική στιβάδα. Καλό είναι να διερευνώνται όταν τίθεται διαφορική διάγνωση από άλλης αιτιολογίας βλαβών 3ης υπερηχογραφικής στιβάδας.

Κύστεις αναδιπλασιασμού: είναι καλοήθεις βλάβες που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της εμβρυογένεσης όπου μπορεί να συμβούν εγκολπώσεις των πτυχών του πεπτικού. Διαχωρίζονται σε αυτές που επικοινωνούν με τον αυλό και αυτές που είναι απομονωμένες. Βρίσκονται συνήθως στο εγγύς λεπτό έντερο ενώ μπορεί και σε άλλες θέσεις (ειλεός>οισοφάγος>κόλον>στόμαχος). Όταν αυτές οι κύστεις εμπεριέχουν κυλινδρικό επιθήλιο, διακρίνονται στο ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα με τις συνήθεις στιβάδες (3 ή 5) του γαστρεντερικού τοιχώματος. Σε ασυμπτωματικούς, μόνο η παρατήρηση είναι λογική αντιμετώπιση.

Κοκκιοκυταρικοί όγκοι: σπάνιοι όγκοι από τα κύτταρα Schwann. Ένα τρίτο εμφανίζεται στον οισοφάγο. Οι περισσότεροι είναι ασυμπτωματικοί, θεωρούνται καλοήθεις και διάγουν ήπια πορεία για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Δύο-4% είναι κακοήθεις, έχουν διάμετρο >4εκ, γρήγορη αύξηση και ταχεία υποτροπή μετά την αφαίρεση. Δεν υπάρχει συμφωνία για την ιδανική αντιμετώπιση, αλλά εάν ληφθεί υπόψη ο καλοήθης χαρακτήρας τους δικαιολογείται η παρακολούθηση σε μέγεθος <10χιλ εντός 12 μηνών. Χειρουργική αντιμετώπιση δικαιολογείται σε μεγαλύτερους όγκους (>2εκ) σε συμπτώματα ή σε κακοήγη χαρακτηριστικά.

Καρκινοειδή: η συχνότητα τους αυξάνεται στο εγγύτερο πεπτικό λόγω της αντίστοιχης αύξησης της πυκνότητας των νευροενδοκρινών κυττάρων. Τα γαστρικά καρκινοειδή αποτελούν το 9% όλων. Αναγνωρίζονται 3 τύποι: τύπος I που σχετίζεται με την ατροφική γαστρίτιδα και υπερπλασία των νευροενδοκρινών κυττάρων. Ο τύπος II σχετίζεται σε σύνδρομο Zollinger-Ellison και MEN-1. Στον τύπο III παρατηρούνται μονήρη καρκινοειδή >1εκ που αναπτύσσονται σε φυσιολογικό βλεννογόνο. Ενδοσκοπική αφαίρεση συνιστάται για τις αλλοιώσεις τύπου I και II εάν είναι < 1εκ και λιγότερα από 3-5. Τα καρκινοειδή τύπου III <1εκ εάν δεν εκτείνονται στο μυϊκό χιτώνα βάσει υπερηχογραφήματος, μπορούν να αφαιρε-

θούν ενδοσκοπικά αλλά οι περισσότερες περιπτώσεις θα απαιτήσουν χειρουργική αφαίρεση και λεμφαδενικό καθαρισμό.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΩΝ ΟΓΚΩΝ

Η γενικότερη πεποίθηση για την ενασχόληση με τους υποβλεννογόνιους όγκους αφορούσε κατ'αρχάς το μέγεθος και κατά δεύτερο λόγο τα ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά. Έτσι, υπήρχε κάποιου βαθμού συμφωνία για το μέγεθος >5 εκ (και από πιο αυστηρές μελέτες για >3εκ) και τη μιτωτική δραστηριότητα που υπερβαίνει τις 5/hpf (high power field), όπου υπάρχει ανάγκη χειρουργικής αντιμετώπισης και μέγεθος <1εκ, όπου η πιθανότητα κακοήθειας είναι πάρα πολύ μικρή. Ενδιάμεσα, δημιουργείται μία μεγάλη «γκρίζα» ζώνη μεταξύ 1 και 5εκ (ή 1 και 3εκ) όπου κανείς δε μπορεί να αποφασίσει εύκολα για τον τρόπο διαχείρισης αυτών των ασθενών. Έτσι οι αποφάσεις λαμβάνονταν εξατομικευμένα αναλόγως των πληροφοριών που μπορούσε να πάρει ο γαστρεντερολόγος από τα διαγνωστικά εργαλεία της διάθεσής του.

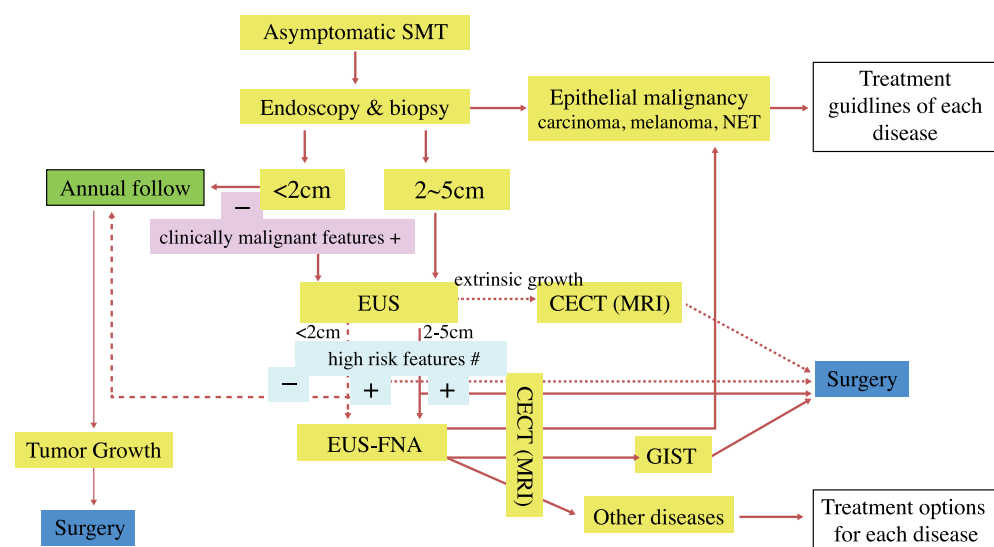
Οι ιαπωνικές οδηγίες, όταν οι υποβλεννογόνοι όγκοι είναι 2-5 εκ σε διάμετρο, ή όταν είναι <2εκ αλλά έχουν κακοήγη χαρακτηριστικά, προτείνουν τη λεπτομερή εξέταση τους με ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα με ή χωρίς παρακέντηση και αξονική τομογραφία (εικόνα 1). Κακοήγη χαρακτηριστικά αποτελούν τα ανώμαλα όρια, η εσωτερική ανομοιογένεια, εξέλκωση, εσωτερικές υπόγχες περιοχές και η ταχεία αύξηση κατά τη διάρκεια του επανελέγχου (εικόνα 2). Όταν δεν υπάρχουν κακοήγη χαρακτηριστικά, υποβλεννογόνοι όγκοι <2 εκ μπορούν να παρακολουθούνται κάθε ένα με δύο έτη με ενδοσκόπηση ή ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα (εικόνα 3).

Η δυναμική κακοήθειας όπως αναδεικνύεται από το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα έχει ευαισθησία 83-86% και ειδικότητα 76-80%. Η αποτελεσματικότητα λήψης κυτταρολογικής επηρεάζεται από το μέγεθος του όγκου, τη θέση, τον αριθμό λήψεων, τη φύση του όγκου και την κατάσταση του ασθενούς. Η λήψη κυτταρολογικής έχει ποσοστό αποτελεσματικότητας 70-90%. Ενδείξεις για δι-ενέργεια κυτταρολογικής είναι βλάβες που πιθανόν να



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΟΙ ΟΓΚΟΙ ΠΕΠΤΙΚΟΥΣ



Εικόνα 1.
Προσέγγιση
υποβλεννογονίων
όγκων με βάση τις
ιαπωνικές οδηγίες

απαιτούν ενδοσκοπική ή χειρουργική θεραπεία που θα εξαρτηθεί από την ιστολογία τους ή οι περιπτώσεις μη εξαιρέσιμου όγκου που θα απαιτήσει χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Δεν απαιτείται κυτταρολογική εάν υπάρχει ήδη ένδειξη για χειρουργείο. Η βιοψία «bite-on-bite» ωφελεί κυρίως στον αποκλεισμό επιθηλιακών ή φλεγμονωδών όγκων. Το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα εφαρμόζεται σε δεύτερο χρόνο, ενώ η αξονική ή μαγνητική έχει ένδειξη σε υποψία εξωγενούς ανάπτυξης ή σε μεγάλους όγκους, σε όγκους που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργείο ή για τυχόν σταδιοποίηση.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ GIST

Η ανοσοϊστοχημική μελέτη και η μελέτη των μεταλλάξεων είναι σημαντική γιατί βοηθά στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Η διάγνωση τίθεται ιστοπαθολογικά με παρουσία ατρακτοειδών κυττάρων (80%) ή επιθηλιοειδών κυττάρων (20%). Η ανοσοϊστοχημική διερεύνηση δείχνει θετικότητα για c-kit (CD117-95%), CD34 (70-80%), λείων μυών ακτίνης (SMA-20- 40%). Το DOG1 είναι πιο ειδικό από το CD34 και είναι μερικές φορές θετικό σε KIT-negative GIST. Δεσμίνη και πρωτεΐνη S-100 είναι συνήθως αρνητικά. PDGFRA μεταλλάξεις συμβαίνουν σε γαστρικά GIST που εμπεριέχουν επιθηλιοειδή κύτταρα με χαμηλό μιτωτικό δείκτη και παρουσιάζουν πιο ήπια πορεία. Kit μεταλλάξεις στο εξόνιο 11, προκαλούν πιο επιθετική πορεία και έχουν κακή πρόγνωση. Kit

μεταλλάξεις στο εξόνιο 9 έχουν μικρότερη ευαισθησία στην ιμανίνμη (glivec) και χρειάζονται υψηλές δόσεις φαρμάκου. PDGFRA μεταλλάξεις στα εξόνια 18 και KIT μεταλλάξεις στο εξόνιο 17 είναι πλήρως ανθεκτικά σε imatinib, sunitinib και πιθανώς σε regorafenib. Τα GIST wild-type θεωρούνται ότι δεν έχουν καμία μετάλλαξη και είναι πολύ σπάνια. Τα κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά τους είναι σχετικά άγνωστα, όμως τα περισσότερα από αυτά έχουν ήπια πορεία και είναι ανθεκτικά στη θεραπεία.

Οι προγνωστικοί παράγοντες μετά χειρουργική εξαίρεση συμπεριλαμβάνουν το μέγεθος όγκου, αριθμό μιτώσεων, θέση, τυχόν ρήξη του όγκου και γονότυπο. Μελέτες δείχνουν ότι GIST με μετάλλαξη KIT στο εξόνιο 11 έχουν υψηλό ποσοστό υποτροπής.

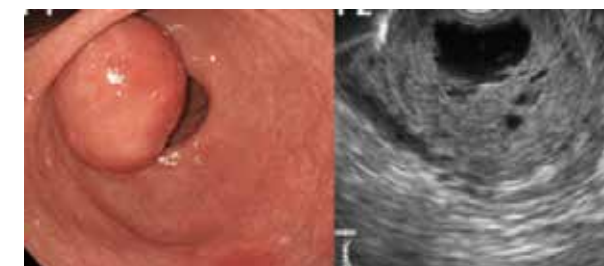
ΕΚΤΟΜΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΩΝ ΟΓΚΩΝ

Ενώ υπάρχει ομοφωνία για χειρουργείο σε όγκους >5εκ και σε υψηλό μιτωτικό δείκτη ή σε επιπλοκές, οι ενδείξεις είναι αντιφατικές όταν οι υποβλεννογονίοι όγκοι είναι μικροί. Ενώ υπάρχει γενικά η νοοτροπία μικροί όγκοι απλά να παρακολουθούνται, επειδή η σίγουρη διάγνωση κακοήθειας, ακόμα και παρουσία παθολογοανατομικής εξέτασης είναι δυσχερής, η Ευρωπαϊκή εταιρεία ογκολογίας όπως και οι ιαπωνικές οδηγίες προτείνουν τη χειρουργική αφαίρεση υποβλεννογονίων όγκων ακόμη

και <2 εκ εάν υπάρχει διάγνωση GIST. Μελέτες δείχνουν ότι η μιτωτική δραστηριότητα των GIST αυξάνεται δραματικά σε μέγεθος >1εκ και χαρακτηριστικά όπως μέγεθος >1.4 εκ και ανώμαλα όρια σχετίζονται με πιθανότητα προόδου νόσου.

Η θεραπευτική προσέγγιση εξαρτάται από την ιστολογία. Όταν διαπιστώνεται καρκίνωμα, απαιτείται προφυλακτική αφαίρεση λεμφαδένων μαζί με την αφαίρεση του οργάνου. Τοπική αφαίρεση με καθαρά χειρουργικά όρια όπου διατηρείται η λειτουργικότητα του οργάνου, είναι πολύ σημαντική σε όγκους με χαμηλό μιτωτικό δείκτη. Το λαπαροσκοπικό χειρουργείο καθορίζεται από το μέγεθος του όγκου, τη θέση, τα χαρακτηριστικά αύξησης και την εμπειρία του χειρουργού με προσοχή στη μη διάσπαση του όγκου. Μεθοδολογίες που μπορεί να προτιμηθούν όπως λαπαροσκοπική διαγαστρική χειρουργική (LIGS – Laparoscopic Intragastric Surgery) ή λαπαροσκοπική ενδοσκοπική χειρουργική (LECS – Laparoscopic Endoscopic Cooperative Surgery) μπορεί να είναι χρήσιμες όταν υπάρχουν GIST με ενδοαυλική ανάπτυξη ιδίως κοντά στην οισοφαγογαστρική ένωση. Γαστρικοί όγκοι με εξωφυτική ανάπτυξη μπορούν να αντιμετωπιστούν κάλλιστα με τις συνήθεις λαπαροσκοπικές μεθόδους. Έδαφος κερδίζουν νέες ενδοσκοπικές μέθοδοι. Το μεγαλύτερο πρόβλημα εφαρμογής είναι ο στόμαχος, όπου το πάχος του τοιχώματος και η ανάγκη για αποφυγή «ακρωτηριαστικού» χειρουργείου οδήγησε σε εφαρμογή διαφόρων τεχνικών καθεμία με δικές της ενδείξεις:

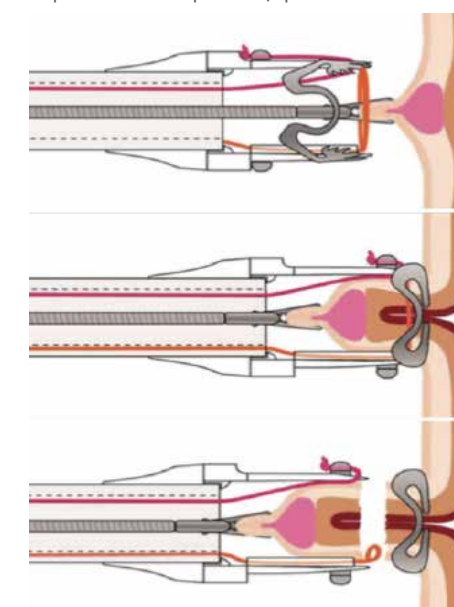
1. EMR - ESD (Endoscopic Mucosal Resection - Endoscopic Submucosal Dissection) ενδείκνυνται σε όγκους που εξορμούνται από τη βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα και προβάλλουν στον αυλό. Όταν βρίσκονται βαθιά στην υποβλεννογόνια στιβάδα η πιθανότητα διάτρησης είναι υψηλή.
2. EMD (Endoscopic Muscularis Dissection) περιλαμβάνει την τομή του βλεννογόνου που καλύπτει τον όγκο, εκτομή και απομάκρυνση του όγκου και σύγκλιση με κλιπ. Δεν είναι σχετικά χρονοβόρα διαδικασία, και πιθανές διατρήσεις συγκλείνονται με τις ενδοσκοπικές



Εικόνα 2. Υποβλεννογονίος όγκος στομάχου με άνηξη περιοχή στο υπερηχογράφημα

παρεμβάσεις.

3. ESTD (Endoscopic submucosal tunnel dissection): παρόμοια τεχνική με την ενδοσκοπική αντιμετώπιση της αχαλασίας, περιλαμβάνει τη δημιουργία βλεννογονικής εισόδου 2-3 εκ, σε απόσταση 5 εκ πάνω από τον όγκο, δημιουργία υποβλεννογονίου τунελ, διαχωρισμό του όγκου από τον υποβλεννογόνο, εκτομή του όγκου μακριά από το μυϊκό χιτώνα και σύγκλιση του χάσματος μετά την απομάκρυνση του όγκου.
4. EFTR (Endoscopic Full-Thickness Resection): έχει σχεδιαστεί για να αφαιρούνται όγκοι από το μυϊκό χιτώνα. Περιλαμβάνει τεχνικές αφαίρεσης του όγκου και σύγκλισης με κλιπ και endoloops.



Εικόνα 4. Σχηματική απεικόνιση εκτομής ολικού πάχους



Subepithelial mass	Layer	Appearance
Benign		
GIST	4 th (rarely 2 nd or 3 rd)	Hypoechoic, < 3cm, smooth margins, round, homogenous
Leiomyoma	2 nd , 3 rd or 4 th	Hypoechoic well circumscribed
Lipoma	3 rd	Intensely hyperechoic, homogenous, smooth margins may be polypoid
Schwannoma	3 rd or 4 th	Hypoechoic
Granular cell tumor	2 nd or 3 rd	Hypoechoic, heterogenous
Inflammatory fibroid polyp	3 rd or 4 th	Hypoechoic, distinct margin, homogenous
Duplication cyst	Any or extraluminal	Anechoic, 3-5 layer wall, round or oval
Lymphangioma	3 rd	Anechoic with internal septa
Ectopic pancreas	2 nd , 3 rd or 4 th	Hypoechoic or mixed echoic
Brunner's gland hyperplasia	2 nd or 3 rd	Hypoechoic, anechoic area due to duct, smooth margin
Malignant potential		
GIST	4 th (rarely 2 nd or 3 rd)	Hypoechoic, < 3cm, irregular margins, cystic change, heterogenous
Carcinoid	2 nd or 3 rd	Mild hypoechoic or isoechoic, homogenous, oval or round
Lymphoma	2 nd , 3 rd or 4 th	Hypoechoic
Glomus tumor	3 rd or 4 th	Hypoechoic

Εικόνα 3. Εus χαρακτηριστικά των υποβλεννογονίων όγκων

Επειδή εγείρονται ερωτηματικά για το πόσο η βλεννογονική σύγκλιση είναι επαρκής για την αποφυγή περιτονίτιδας, φαίνεται ότι η εφαρμογή των κλιπ ολικού πάχους (OTSC) είναι η περισσότερο αποτελεσματική για περισσότερο «βαθιά» σύγκλιση (εικόνα 4). Επίσης με αυτή τη μεθοδολογία είναι δυνατή η σε ένα βήμα αφαίρεση μειώνοντας τους χρόνους επέμβασης αλλά και τους χρόνους που η περιτοναϊκή κοιλότητα θα έρθει σε επαφή με γαστρικό περιεχόμενο. Οι πρώτες μελέτες έγιναν με λαπαροσκοπική καθοδήγηση και σε μικρούς όγκους <2εκ όπου οι συγκλίσεις των ορίων εκτομής ήταν περισσότερο εφικτές. Η απλή μεθοδολογία και ο πολύ μικρός χρόνος εφαρμογής, υπόσχεται στο μέλλον να αποτελεί την καταλληλότερη μεθοδολογία αντιμετώπισης των γαστρικών υποβλεννογονίων όγκων ακόμη και σε μεγαλύτερα μεγέθη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Vasiliadis KV, Pereira SP. Diagnosis and management of GI stromal tumors by EUS-FNA. Gastrointest Endosc 2010; 71: 1102.
2. Nishida T, Hirota S, Yanagisawa A et al. Clinical practice guideline for gastrointestinal stromal tumor (GIST) in Japan. Int. J. Clin. Oncol. 2008; 13: 416-30.
3. Jeon SW, Park YD, Chung YJ et al. Gastrointestinal stromal tumors of the stomach: Endosonographic differentiation in relation to histological risk. J. Gastroenterol. Hepatol. 2007; 22:2069-75.
4. Polkowski M. Endoscopic ultrasound and endoscopic

ultrasound-guided fine-needle biopsy for the diagnosis of malignant submucosal tumors. Endoscopy 2005; 37: 635-45.

5. Dumonceau JM, Polkowski M, Larghi A et al. European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Indications, results, and clinical impact of endoscopic ultrasound (EUS) – guided sampling in gastroenterology: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy 2011; 43: 897-912.
6. ESMO/European Sarcoma Network Working Group. Gastrointestinal stromal tumors: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann. Oncol. 2012; 23 (Suppl 7): vii49-55.
7. Wilhelm D, von Delius S, Brian M et al. Simultaneous use of laparoscopy and endoscopy for minimally invasive resection of gastric subepithelial masses – analysis of 93 interventions. World J. Surg. 2008; 32: 1021-8.
8. Hoteya S, Iizuka T, Kikuchi D, Yahagi N. Endoscopic submucosal dissection for gastric submucosal tumor, endoscopic submucosal dissection. Dig Endosc. 2009; 21: 266-9.
9. Nishida T, Kawai N, Yamaguchi S and Nishida Y. Submucosal tumors: Comprehensive guide for the diagnosis and therapy of gastrointestinal submucosal tumors. Digestive Endoscopy 2013; 25: 479-489.
10. Hwang JH, Rulyak SD, Kimmey MB, American Gastroenterological Association Institute technical review on the management of gastric subepithelial masses. Gastroenterology 2006; 130(7):2217-28.
11. Schmidt A, Meier B and Caca K. Endoscopic full-thickness resection: current status. World J Gastroenterol 2015;21(31):9273-9285.

Η Τεχνητή Νοημοσύνη στην πρόβλεψη της ανάγκης για συμπληρωματική χειρουργική επέμβαση μετά από ενδοσκοπική αφαίρεση ορθοκολικού καρκίνου σταδίου T1

Η Τεχνητή Νοημοσύνη (ΤΝ) είναι κλάδος της επιστήμης των ηλεκτρονικών υπολογιστών με αντικείμενο τη σχεδίαση και υλοποίηση συστημάτων με στοιχεία ανθρώπινης συμπεριφοράς όπως η μάθηση, η κατανόηση, η εξαγωγή συμπερασμάτων, η επίλυση προβλημάτων κ.ά. Εργαλείο της ΤΝ αποτελούν τα Τεχνητά Νευρωνικά Δίκτυα (ΤΝΔ) που συνιστούν μαθηματικά μοντέλα των οποίων η δομή και οι λειτουργίες προσομοιάζουν εκείνες των νευρωνικών δικτύων του εγκεφάλου.

Τα ΤΝΔ αποτελούνται από μεγάλο αριθμό διασυνδεδεμένων μεταξύ τους υπολογιστικών κόμβων (νευρώνων) που μετά από κατάλληλη «εκπαίδευση» συνεργάζονται προς επίλυση των συγκεκριμένων προβλημάτων που τους τίθενται. Κάθε νευρώνας δέχεται συγκεκριμένο αριθμό δεδομένων (είσοδοι) τα οποία επεξεργάζεται βάσει της «εκπαίδευσης» που έχει προηγουμένως λάβει (με τη μορφή συναρτήσεων) και τελικά αποδίδει το αποτέλεσμα (έξοδος).

Πλήθος αναφορών υπάρχει σχετικά με τις εφαρμογές των ΤΝΔ στην Ιατρική και ειδικότερα τη Γαστρεντερολογία. Πολύ πρόσφατα δημοσιεύθηκε αναδρομική μελέτη από την Ιαπωνία με την οποία εξετάζεται η χρήση μεθόδων ΤΝ στην πρόβλεψη της ανάγκης συμπληρωματικής χειρουργικής εκτομής σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπική αφαίρεση T1 ορθοκολικού καρκίνου.

Συμπεριλήφθηκαν δεδομένα από 690 ασθενείς, 590 των οποίων χρησιμοποιήθηκαν για την εκπαίδευση των ΤΝΔ και 100 για την αξιολόγησή τους. Τα δεδομένα αφορούσαν σε 45 κλινικές, εργαστηριακές και παθολογοανατομικές παραμέτρους. Στόχος του ΤΝΔ

που αναπτύχθηκε ήταν η πρόβλεψη, μετά από την εισαγωγή καθεμιάς των 45 παραμέτρων ανά ασθενή, της εξατομικευμένης πιθανότητας παρουσίας διηθημένων ή μη λεμφαδένων. Με τον τρόπο αυτό, καθοριζόταν στη συνέχεια η ένδειξη για διενέργεια ή όχι συμπληρωματικής χειρουργικής επέμβασης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το αναπτυχθέν ΤΝΔ έδειξε υψηλή ειδικότητα (66%), ευαισθησία (100%), αρνητική προγνωστική αξία (100%) και διαγνωστική ακρίβεια (69%). Μάλιστα, φάνηκε να υπερτερεί της χρήσης των σχετικών κατευθυντήριων οδηγιών (αμερικανικών, ιαπωνικών και ευρωπαϊκών), αφού η εφαρμογή του μείωσε με ασφάλεια περαιτέρω τον αριθμό των μη αναγκαίων χειρουργικών επεμβάσεων.

Με βάση τα παραπάνω, οι ερευνητές προτείνουν την χρήση του ΤΝΔ για την πρόβλεψη της επικώριας λεμφαδενοπάθειας σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπική εκτομή T1 ορθοκολικών καρκίνων. Με τον τρόπο αυτό, ίσως καταστεί εφικτή η μείωση του αριθμού των περιττών συμπληρωματικών χειρουργείων και συνεπώς της νοσηρότητας και του κόστους που αυτά συνεπάγονται.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Ichimasa K, Kudo SE, Mori Y et al. Endoscopy. 2018;50:230-240
2. Overwater A, Kessels K, Elias SG et al. Gut 2016;67:284-290



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ/ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Κουτούφαρης Γιώργος, Βρακάς Σπυρίδων

Τα αντιπηκτικά και τα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα συνταγογραφούνται ευρέως για μια σειρά καρδιαγγειακών και θρομβοεμβολικών καταστάσεων με σταθερό όφελος για τους ασθενείς. Αυτά τα φάρμακα προσδίδουν αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας κατά τη διεξαγωγή ενδοσκοπικών επεμβατικών πράξεων, αλλά ενέχουν επίσης κίνδυνο εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων εάν τα διακόψουμε.

Όσο αφορά στον κίνδυνο αιμορραγίας οι ενδοσκοπικές πράξεις διακρίνονται σε δυο κατηγορίες: ενδοσκοπικές πράξεις χαμηλού κινδύνου αιμορραγίας και ενδοσκοπικές πράξεις υψηλού κινδύνου. Στις ενδο-

σκοπήσεις χαμηλού κινδύνου συγκαταλλέγονται η διαγνωστική ενδοσκόπηση, η τοποθέτηση stent στον παγκρεατικό πόρο και στα χοληφόρα και η εντεροσκόπηση χωρίς πολυποδεκτομή. Στις ενδοσκοπήσεις υψηλού κινδύνου περιλαμβάνονται η ενδοσκοπική πολυποδεκτομή, η ERCP με σφιγκτηροτομή, η EMR, η ESD, η ενδοσκοπική διαστολή στενώσεων ανώτερου και κατώτερου πεπτικού, η ενδοσκοπική θεραπεία κισμών, η διαδερμική τοποθέτηση γαστροστομίας, η χρήση λεπτής βελόνας αναρρόφησης κατά τη διάρκεια ενδοσκοπικού υπέρηχου και η τοποθέτηση stent στον πεπτικό σωλήνα.

Ταξινόμηση ενδοσκοπικών πράξεων ανάλογα με τον κίνδυνο αιμορραγίας



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ/ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Στους ασθενείς με υψηλό κίνδυνο θρομβοεμβολικού επεισοδίου από την διακοπή αντιθρομβωτικών φαρμάκων συγκαταλλέγονται οι περιπτώσεις όπου υπάρχει ιστορικό θρομβοεμβολικής νόσου (πχ. αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) τους τελευταίους 6 μήνες, ιστορικό πνευμονικής εμβολής, εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης τους τελευταίους 3 μήνες, ιστορικό μεταλλικής βαλβίδας μιτροειδούς, μεταλλικής βαλβίδας αορτής, ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής μαζί με προσθετική βαλβίδα, κολπικής μαρμαρυγής με μέτρια ή βαριά στένωση μιτροειδούς βαλβίδας και η περίπτωση όπου υπάρχει ιστορικό θρομβοφιλίας.

Τα αντιθρομβωτικά φάρμακα διακρίνονται σε αντιαιμοπεταλιακά και αντιπηκτικά. Τα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα εμποδίζουν τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων και έτσι τη δημιουργία θρόμβου. Σε αυτά περιλαμβάνονται η ασπιρίνη και οι ανταγωνιστές των ADP υποδοχέων των αιμοπεταλίων και των υποδοχέων P2Y12 όπως η κλοπιδογρέλη και τα νεότερα και ισχυρότερα αντιαιμοπεταλιακά, η πρασουγρέλη και η τικαγκρελόρη. Στα αντιπηκτικά περιλαμβάνονται η ασενοκουμαρόλη (Sintrom), τα νεότερα αντιπηκτικά (DOACs) όπως η νταμπιγκατράνη (Pradaxa), η απιξαμπάνη (Eliquis) και η ριβαροξαμπάνη (Xarelto), αλλά και η ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους. Τα φάρμακα αυτά δρουν σε διαφορετικά στάδια του καταρράκτη της πήξης, με τελικό αποτέλεσμα τη μειωμένη παραγωγή ινώδους.

Ενδοσκόπηση και αντιπηκτική αγωγή

Ανάλογα με την κατηγορία και το φάρμακο που χρησιμοποιείται, θα πρέπει να ακολουθήσουμε τις ανάλογες οδηγίες.

Εάν ο ασθενής λαμβάνει ασενοκουμαρόλη και υποβληθεί σε διαγνωστική ενδοσκόπηση, θα συνεχίσει να τη λαμβάνει με την προϋπόθεση ότι το INR βρίσκεται εντός θεραπευτικών ορίων. Στη συγκεκριμένη περίπτωση το INR θα πρέπει να μετράται την τελευταία βδομάδα πριν την ενδοσκόπηση.

Στην περίπτωση που ο ασθενής υποβληθεί σε υψηλού αιμορραγικού κινδύνου ενδοσκοπική επέμβαση με χα-

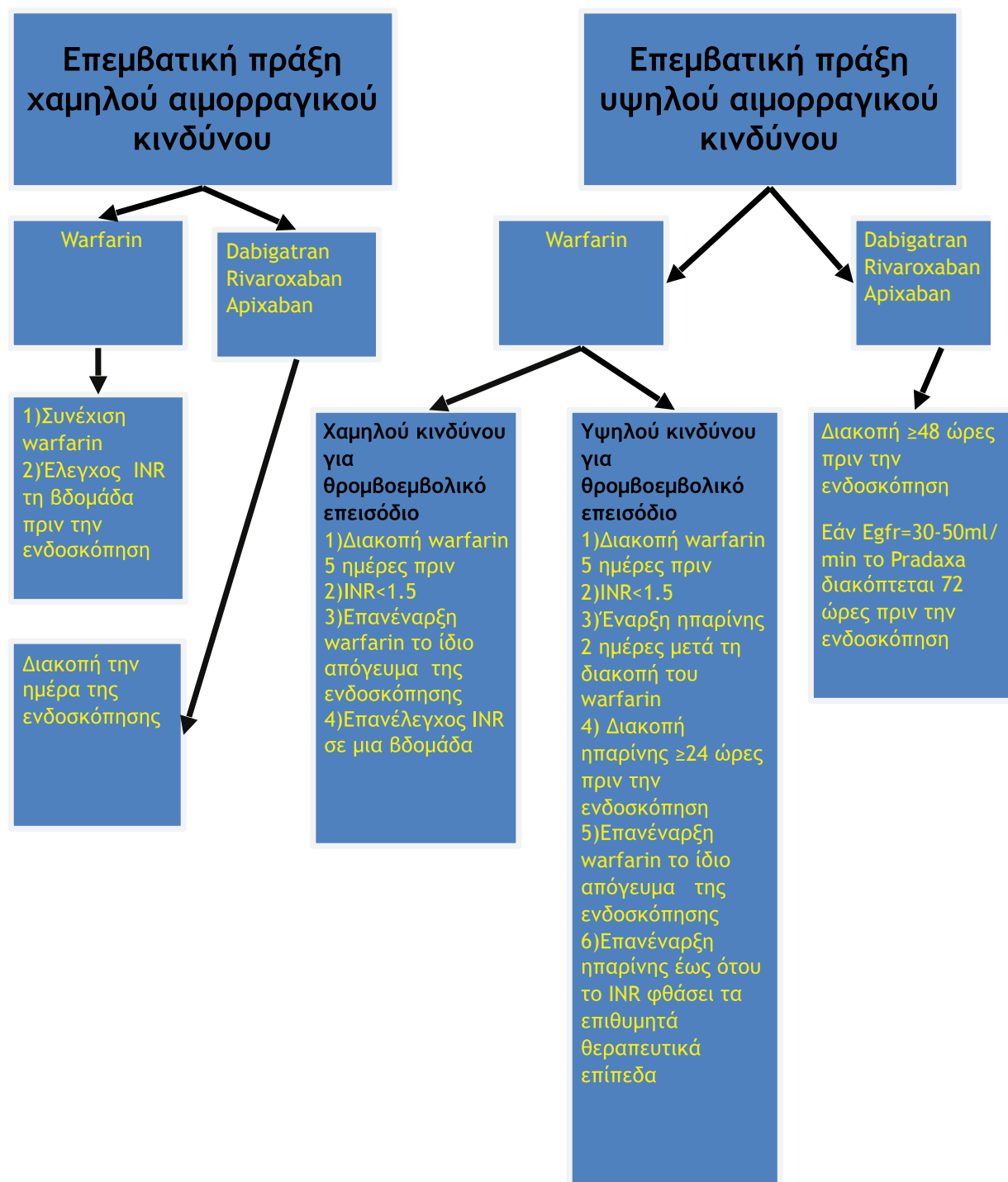
μηλό κίνδυνο θρομβοεμβολικού επεισοδίου, η ασενοκουμαρόλη θα πρέπει να διακόπτεται 5 ημέρες πριν την ενδοσκόπηση. Το INR την ημέρα της ενδοσκόπησης θα πρέπει να είναι μικρότερο από 1.5. Αν δεν υπάρχει κίνδυνος αιμορραγίας ο ασθενής μπορεί να ξεκινήσει την λήψη ασενοκουμαρόλης ακόμη και το ίδιο βράδυ της ενδοσκόπησης.

Στην περίπτωση που ο ασθενής υποβληθεί σε υψηλού αιμορραγικού κινδύνου ενδοσκοπική επέμβαση με υψηλό κίνδυνο θρομβοεμβολικού επεισοδίου, θα πρέπει να διακόπτεται η ασενοκουμαρόλη 5 ημέρες πριν την ενδοσκόπηση και δυο ημέρες μετά τη διακοπή της ασενοκουμαρόλης να ξεκινάει ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους. Η ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους θα πρέπει να διακόπτεται τουλάχιστον 24 ώρες πριν την ενδοσκόπηση. Η ασενοκουμαρόλη μπορεί να ξεκινήσει ακόμα και το ίδιο βράδυ της ενδοσκόπησης, ενώ παράλληλα ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους μέχρι να φθάσει το INR τα επιθυμητά θεραπευτικά επίπεδα.

Στην περίπτωση που ο ασθενής λαμβάνει νεότερα αντιπηκτικά φάρμακα και η επεμβατική πράξη είναι διαγνωστική, καλό είναι να διακόπτονται τα φάρμακα αυτά μόνο την ημέρα της ενδοσκόπησης. Σε ενδοσκοπικές επεμβάσεις υψηλού αιμορραγικού κινδύνου, ο κανόνας είναι ότι τα νεότερα αντιπηκτικά φάρμακα θα πρέπει να διακόπτονται τουλάχιστον 48 ώρες πριν την ενδοσκόπηση. Για τους ασθενείς που λαμβάνουν νταμπιγκατράνη (pradaxa) και παρουσιάζουν έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (eGFR < 50ml/min), η νταμπιγκατράνη θα πρέπει να διακόπτεται 72 ώρες πριν την ενδοσκόπηση. Η επαναχορήγηση των νεότερων αντιπηκτικών φαρμάκων θα πρέπει να ξεκινήσει στις επόμενες 48 ώρες από την ενδοσκόπηση. Σε περιπτώσεις που θα πραγματοποιηθεί υποβλεννογόνια εκτομή πολύποδα (ESD), τότε η επαναχορήγηση τους μπορεί να γίνει αργότερα.



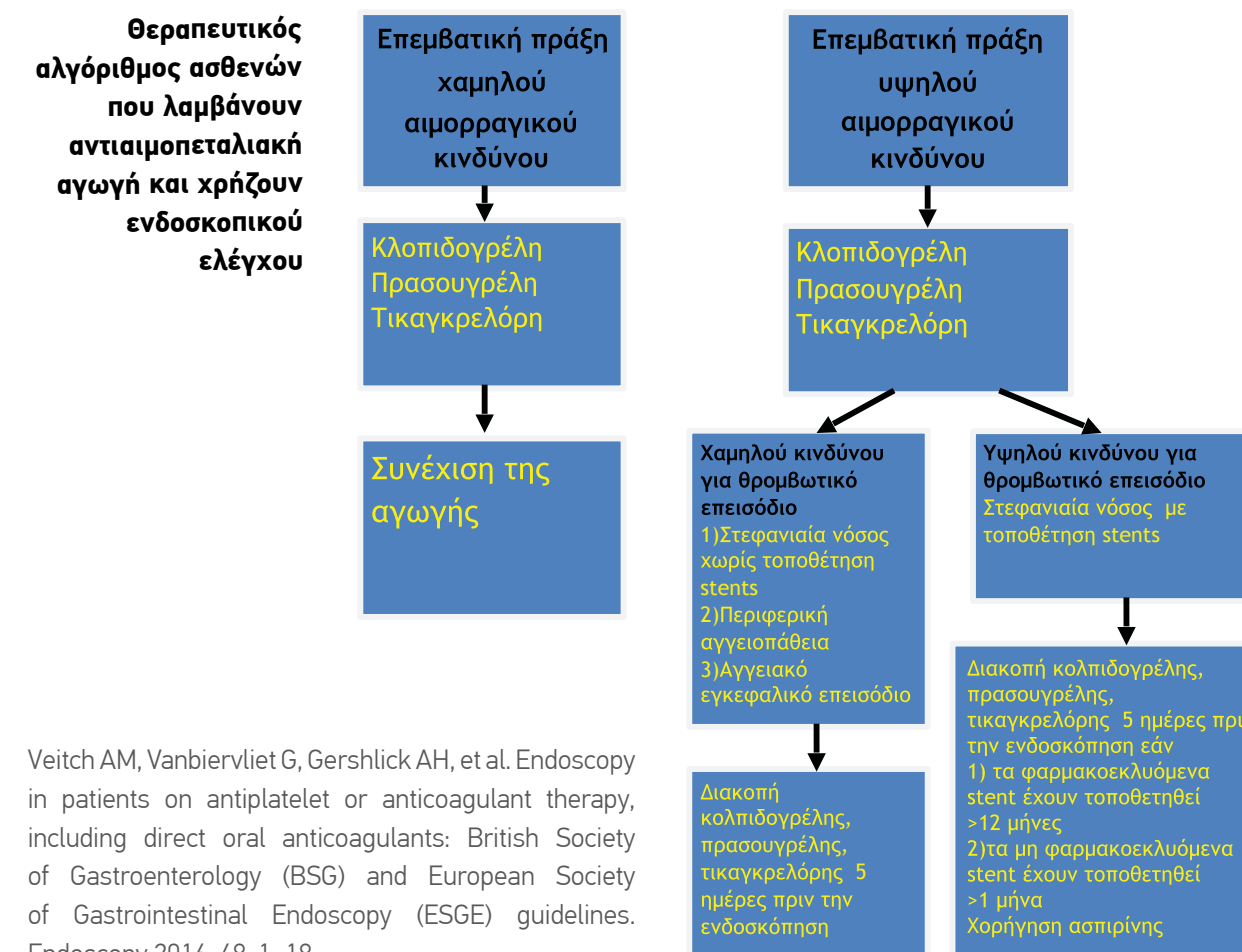
Θεραπευτικός αλγόριθμος ασθενών που λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή και χρήζουν ενδοσκοπικού ελέγχου



Ενδοσκόπηση και αντιαιμοπεταλιακή αγωγή

Στην περίπτωση που ο ασθενής λαμβάνει ασπιρίνη θα συνεχίσει να την λαμβάνει σε όλες τις ενδοσκοπικές πράξεις, διαγνωστικές ή επεμβατικές, εκτός από την υποβλεννογόνια ενδοσκοπική εκτομή πολύποδα (ESD), τη βλεννογόνια εκτομή (EMR) επίπεδου πολύποδα μεγέθους >2εκ. στο παχύ έντερο, τη βλεννογόνια εκτομή πολύποδα στο ανώτερο πεπτικό και τη φυματοεκτομή. Στις περιπτώσεις αυτές η ασπιρίνη θα πρέπει να διακόπτεται, λόγω αυξημένου αιμορραγικού κινδύνου. Οι ασθενείς που λαμβάνουν ανταγωνιστές P2Y12 των υποδοχέων των αιμοπεταλίων (κλοπιδογρέλη, πρασουγρέλη, τικαγκρελόρη) θα συνεχίσουν να τα λαμβάνουν αν η ενδοσκοπική επέμβαση είναι χαμηλού αιμορ-

ραγικού κινδύνου. Στην περίπτωση υψηλού αιμορραγικού κινδύνου και χαμηλού κινδύνου θρομβωτικού επεισοδίου, θα πρέπει να διακόπτονται τα φάρμακα αυτά 5-7 ημέρες πριν την ενδοσκόπηση (για την τικαγκρελόρη το χρονικό διάστημα είναι 3-5 ημέρες). Στην περίπτωση που θέλουμε να πραγματοποιήσουμε ενδοσκοπική επέμβαση υψηλού αιμορραγικού κινδύνου και ο ασθενής είναι υψηλού κινδύνου για θρομβωτικό επεισόδιο, συστήνεται η έναρξη χορήγησης ασπιρίνης και θα πρέπει να γίνεται συνεννόηση με τον καρδιολόγο για τα οφέλη και τους κινδύνους από την διακοπή των P2Y12 ανταγωνιστών. Η επανέναρξη των P2Y12 ανταγωνιστών θα γίνει μέχρι και 48 ώρες μετά από την ενδοσκόπηση και ανάλογα του κινδύνου αιμορραγίας και θρόμβωσης.



Veitch AM, Vanbiervliet G, Gershlick AH, et al. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines. Endoscopy 2016; 48: 1–18

Συμβόλαια αστικής ευθύνης και Γαστρεντερολόγοι

Τα συμβόλαια αστικής ευθύνης μεταξύ ιατρών και ασφαλιστικών εταιρειών, αργά αλλά σταθερά, μπαίνουν όλο και περισσότερο στην επαγγελματική ζωή των ιατρών και αυτό προκύπτει κύρια από την αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς των ασθενών – πολιτών απέναντι σε παραλείψεις, αμέλειες ή και αληθινά ιατρικά λάθη των λειτουργών υγείας.

Είναι δίκαιο και σωστό οι πολίτες – ασθενείς να διεκδικούν τα δικάιά τους σε κάθε περίπτωση που έχουν υποστεί βλάβη από πράξεις ή παραλείψεις των ιατρών και αυτό μπορεί να είναι ένας ακόμη (έστω και ανορθόδοξος) μοχλός πίεσης να γινόμαστε καλύτεροι και να διαχειριζόμαστε με ακόμη περισσότερη ευθύνη το πολύτιμο αγαθό της υγείας των ανθρώπων που μας το εμπιστεύονται.

Την ίδια στιγμή όπως και σε πολλά άλλα πράγματα δημιουργήθηκε κατά ένα μέρος «τεχνητή ανάγκη» διεκδίκησης από τους ασθενείς αποζημιώσεων καθώς δι-κηγόροι και κύρια μεγάλα δικηγορικά γραφεία είδαν ότι μπορούν να αυξήσουν τον κύκλο εργασιών τους από δραστηριότητες που για την χώρα μας βρίσκονταν ακό-μη σε εμβρυϊκό επίπεδο (ίσως και γιατί στην Ελλάδα ο πολίτης και εν αγνοία δικαιωμάτων του αλλά και λόγω μιας σχεδόν έμφυτης μοιρολατρίας δέχεται πολλές φο-ρές καταστάσεις χωρίς να ζητάει ευθύνες).

Σημαντικό ρόλο τα τελευταία χρόνια έπαιξαν στην αλ-λαγή αυτής της νοοτροπίας και τα ΜΜΕ που βρήκαν θεματολογία για να γεμίζουν τις άπειρες πρωινές, μεση-μεριανές ή και βραδινές εκπομπές με «συνταρακτικές ειδήσεις» βγάζοντας στον αέρα χωρίς στοιχειώδη δια-σταύρωση των πληροφοριών τον κάθε πολίτη που είχε κάτι να καταγγείλει. Είναι συχνή άλλωστε η έκφραση θα σε βγάλω στα κανάλια, θα σε καταγγείλω στον Τριαντα-φυλλόπουλο (τι να κάνει άραγε και αυτή η ψυχή..), τον Ευαγγελάτο ή τον Παπαδάκη κλπ..

Σημασία έχει που λίγο οι δικηγόροι, λίγο τα ΜΜΕ και

ίσως αρκετά και ότι γίναμε και εμείς πάρα πολλοί και στην προσπάθεια επιβίωσης κάποιοι εκθέτουμε την «τέχνη» μας κάνοντας μερικές φορές και πράγματα που μας στοχοποιούν και προσφέρουν τις απαραίτητες αφορμές.

Έτσι προκύπτει λοιπόν και η ανάγκη να «καλύψουμε τα νώτα μας» από πιθ. ανθρώπινα και δυνατά να συμβούν λάθη ή επιπλοκές από την παρέμβασή μας αλλά και από κακόβουλες απαιτήσεις ανθρώπων που κάνοντας in legge artis την δουλειά μας μπορεί να μην έχουμε το επιθυμητό για τον ασθενή (αλλά και για εμάς βέβαια) αποτέλεσμα.

Αφού λοιπόν θα σκεφτούμε την αστική μας κάλυψη καλό είναι να έχουμε υπ όψη μας μερικά στοιχεία που θα μας βοηθήσουν να έχουμε ένα «δίκαιο» συμβόλαιο με την ασφαλιστική εταιρεία (που να μην το ξεχνάμε δεν είναι φιλανθρωπικό ίδρυμα που αφιλοκερδώς θα μας συνδράμει στην δύσκολη στιγμή).

Επιδίωξή μας θα πρέπει να είναι η κάλυψή μας να είναι ολοκληρωμένη σε περίπτωση που υπάρξει απώλεια ζωής ή σωματική βλάβη του ασθενούς από πράξεις ή παραλείψεις μας που σχετίζονται αποκλειστικά και μόνο με την άσκηση του ιατρικού μας επαγγέλματος.

Να καλύπτονται τα πάσης φύσεως ατυχήματα που πι-θανά μπορούν να συμβούν στον χώρο που ασκούμε το ιατρικό επάγγελμα (ιδιωτικό ιατρείο ή οργανωμένος κλινικός δημόσιος ή και ιδιωτικός χώρος) έστω και ως μικρό ποσοστό επί των ορίων που θα καθορίσουμε ως όριο ασφάλισης της επαγγελματικής αστικής ευθύνης.

Να επεκτείνεται το ασφαλιστήριο 1. Σε λάθη ή παραλή-ψεις των βοηθών μας κατά την εκτέλεση των οδηγιών μας. 2. Σε λάθη ή παραλήψεις μας κατά την παροχή πρώτων βοηθειών ανεξαρτήτως ειδικότητας και 3. Σε αργοπορημένη δήλωση αξίωσης προς αποζημίωση τουλάχιστον μέχρι και 12 μήνες μετά την λήξη ή ακύ-

ρωση του συμβολαίου μας με επασφάλιστρο 10% ή και περισσότερο με λίγο μεγαλύτερο ποσοστό.

Οι παροχές του ασφαλιστηρίου θα πρέπει να περιλαμ-βάνουν: δαπάνες αποκατάστασης της υγείας του πα-θόντος, ψυχική οδύνη για πρόκληση θανάτου ή μόνι-μης αναπηρίας, ηθική βλάβη για πρόκληση σωματικής βλάβης, δικηγορικές αμοιβές και δικαστικά έξοδα (για τον διακανονισμό ή για την απόκρουση οποιασδήποτε σχετικής απαίτησης) στα αστικά δικαστήρια, δικηγορι-κές αμοιβές και δικαστικά έξοδα τουλάχιστον μέχρι του ποσού των 10.000 ευρώ για την υπεράσπιση σε ποινικά δικαστήρια για εξ' αμελείας βλάβες.

Το ποσό που θα συμφωνηθεί με την ασφαλιστική εται-ρεία προκύπτει από στατιστικά δεδομένα που παραθέ-τω παρακάτω καθώς δεν είναι ίδιο (και είναι λογικό) για κάθε ιατρική ειδικότητα.

Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία που να αφορούν την ειδικότητά μας ή γιατί κάνουμε καλά, για την ώρα, την δουλειά μας ή από τύχη(!). Σε κάθε περίπτωση μπο-ρούμε με βάση τα πιο πάνω στοιχεία να διεκδικούμε ασφαλιστικά συμβόλαια χαμηλότερου κόστους από ότι οι συνάδελφοι των άλλων ειδικοτήτων καθώς μπορού-με να χαρακτηριστούμε χαμηλού ρίσκου για την ασφα-λιστική εταιρεία που θα μας ασφαλίσει.

Η άποψή μου είναι ότι δεν πρέπει, την σημερινή επο-χή, να υπάρχει συνάδελφος χωρίς ασφάλεια αστικής ευθύνης καθώς αυτή μπορεί να γίνει το σωσίβιο που θα μας βγάλει στην όχθη, αν συμβεί να εμπλακούμε σε λογικές και δίκαιες ή παράλογες και κακόβουλες αξιώ-σεις ασθενών μας και βέβαια, όπως και με κάθε άλλη ανάλογη ασφάλιση, ευχή μας είναι να μην χρειαστεί να ενεργοποιηθεί.

Ιατροί ανά ειδικότητα στην Ελλάδα (πηγή: ΤΣΑΥ 2017)

Ειδικότητα	Ιατροί
Παιδίατροι	3.500
Καρδιολόγοι	3.050
Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	2.800
Ακτινοδιαγνώστες	2.365
Ορθοπαιδικοί	2.254
Αναισθησιολόγοι	1.826
Πνευμονολόγοι	1.474
Δερματολόγοι	1.143
Ουρολόγοι	1.011
Γαστρεντερολόγοι	732
Νευροχειρουργοί	677
Καρδιοχειρουργοί	68



Ελεύθερο Θέμα

Αποζημιώσεις ανά αιτία (Πηγή: Έρευνα πανεπιστημίου Πειραιώς - 10 έτη)

	Πλήθος περιστατικών	Μέση επιδικασθείσα αποζημίωση
Θάνατος	36,93%	434.086
Μόνιμη αναπηρία	35,89%	356.839
Άγνωστη	5,57%	193.800
Προσωρινή βλάβη (κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία)	4,53%	82.027
Απαιτείται ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθεί στη ζωή	2,44%	36.810
Προσωρινή βλάβη (απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση)	14,63%	36.449

Μέση επιδικασθείσα αποζημίωση ανά ειδικότητα (Πηγή: Έρευνα πανεπιστημίου Πειραιώς - 10 έτη)

Ειδικότητα	Μέση Αποζημίωση (σε ευρώ)
Μαιευτική-Γυναικολογία	623.146
Νευροχειρουργική	459.733
Μικροβιολογία	391.293
Γενική Χειρουργική	324.901
Αναισθησιολογία	319.771
Γενική Ιατρική	279.870
Παθολογική Ανατομική	265.000
Ορθοπαιδική	264.148
Αιματολογία	263.041
Εσωτερική Παθολογία	210.854
Νευρολογία	205.428
Ειδικευόμενος	200.000
Πλαστική Χειρουργική	172.495
Καρδιολογία-Καρδιοχειρουργική	171.331
Ωτορινολαρυγγολογία	117.390



Pariet[®]
rabeprazole



ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: PARIET 20 mg γαστροανθεκτικό δισκίο. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** 20 mg νατριούχου ραβεπραζόλης που αντιστοιχούν σε 18,85 mg ραβεπραζόλης. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Γαστροανθεκτικό δισκίο. Δισκίο 20 mg: Κίτρινο, επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο, αμφίκυρτο δισκίο, που έχει στη μία πλευρά εκτυπωμένη την ένδειξη «E243». **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Janssen-Cilag Φαρμακευτική ΑΕΒΕ, Λ. Ειρήνης 56, 151 21 Πεύκη, Αθήνα. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Γαστροανθεκτικά δισκία 20 mg/ TAB: 32473/08.04.2014 **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 26 Σεπτεμβρίου 2017. **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:** Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ

Περιεκτικότητα	Μέγεθος συσκευασίας	Λιανική Τιμή	Νοσοκομειακή Τιμή
20 mg / TAB	BT x 14	5,48 €	3,45 €
20 mg / TAB	BT x 28	10,40 €	6,57 €

Πριν τη συνταγογράφηση παρακαλούμε συμβουλευθείτε την Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος PARIET[®]



Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας:
JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.
Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000
www.janssen.com.gr
PHGR/PAR/1217/0003



Προώθηση και Διανομή από τη:

BIANEX Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης

ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατοίου 146 71 Ν. Ερυθραία, Τηλ.: 210 8009111 •E-Mail: mailbox@vianex.gr

• INTERNET: <http://www.vianex.gr> • ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113, Κόμβος Μακρυγιάννη, Εύοσμος Θεσσαλονίκης ΤΚ 56224, Τηλ: 2310 861683

VE18008PAR/1-1/2018

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
αυτοέλεγχιμα
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων (ΓΚΠΔ) (**GDPR - General Data Protection Regulation**), (μια μικρή προσπάθεια ενημέρωσης)

Ο νέος κανονισμός 2016/679 της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων - GDPR) είναι σε υποχρεωτική εφαρμογή - ισχύ από τις 25 Μαΐου 2018 σε όλες της Ευρωπαϊκές χώρες και δεν απαιτεί την ψήφιση αντίστοιχου νόμου από τα εθνικά κοινοβούλια.

Ο Κανονισμός GDPR έρχεται να προστατεύσει ελευθερίες και θεμελιώδη δικαιώματα των φυσικών προσώπων αντικαθιστώντας και συμπληρώνοντας παλαιότερους νόμους περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Σχεδιάστηκε έτσι ώστε να επιβάλλει νέες υποχρεώσεις σε οργανισμούς που συλλέγουν, διαχειρίζονται, επεξεργάζονται ή αναλύουν προσωπικά δεδομένα φυσικών προσώπων ενώ επιτρέπει σε αυτά μεγαλύτερο έλεγχο των δεδομένων τους αυτών. Ο GDPR απαιτεί από όλους τους φορείς όλης της Ευρώπης μια ολοκληρωμένη διαδικασία εσωτερικής προετοιμασίας ώστε να καταλήξουν σε θετική δήλωση συμμόρφωσης. Για την χώρα μας η αρμόδια εποπτεύουσα αρχή είναι η **Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα**.

Να δούμε τώρα όμως αναλυτικά:

Τα **προσωπικά δεδομένα** ή **δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα** είναι κάθε πληροφορία που περιγράφει ένα άτομο και αναφέρεται σε αυτό. Δηλαδή, όλα τα στοιχεία αναγνώρισης (επώνυμο και όνομα, ηλικία, διεύθυνση, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση κλπ.), τα φυσικά του χαρακτηριστικά, εκπαίδευση, εργασία και μέσα σε αυτή την προϋπηρεσία, εργασιακή συμπεριφορά κλπ, την οικονομική του κατάσταση (έσοδα, περιουσιακά στοιχεία, οικονομικά συμπεριφορά κλπ), τα ενδιαφέροντα, δραστηριότητες, συνήθειες. **Υποκείμενο δεδομένων** ονομάζεται το άτομο (φυσικό πρό-

σωπο) στο οποίο αναφέρονται τα δεδομένα.

Ευαίσθητα Προσωπικά Δεδομένα ονομάζονται όλα τα δεδομένα ενός ατόμου που αφορούν στην φυλετική ή εθνική προέλευση, στα πολιτικά του φρονήματα, στις θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις, στην συνδικαλιστική του δράση και συμμετοχή, στην υγεία του και την κοινωνική του πρόνοια, στην ερωτική του ζωή, στις ποινικές δίωξεις και καταδίκες. Τα Ευαίσθητα Προσωπικά Δεδομένα προστατεύονται από τον Κανονισμό - Νόμο με αυστηρότερες ρυθμίσεις από ότι τα απλά Προσωπικά Δεδομένα.

Η **Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων** τώρα είναι η συλλογή, καταχώρηση, οργάνωση, διατήρηση και αποθήκευση, τροποποίηση, εξαγωγή, χρήση, διαβίβαση, συσχέτιση και συνδυασμός, διασύνδεση, δέσμευση, διαγραφή και καταστροφή των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Το φυσικό ή νομικό πρόσωπο του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα που τηρεί ή επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα είναι ο **Υπεύθυνος Επεξεργασίας**. Το φυσικό ή νομικό πρόσωπο του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα που εκτελεί τις προηγούμενες πράξεις επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων για λογαριασμό κάποιου Υπεύθυνου Επεξεργασίας είναι ο **Εκτελών την Επεξεργασία**.

Στην Ελλάδα τι ισχύει; Ισχύει ο Νόμος 2472/1997 για την προστασία των Προσωπικών Δεδομένων που εποπτεύεται από την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και αφορά σε κάθε φυσικό πρόσωπο που είναι εν ζωή ενώ τα νομικά πρόσωπα δεν έχουν προσωπικά δεδομένα και ο Νόμος 3471/2006 για την προστασία των προσωπικών δεδομένων στις ηλεκτρονικές επικοινωνίες.

<http://www.dpa.gr>



Η επεξεργασία προσωπικών δεδομένων είναι δυνατή μόνο όταν το άτομο έχει δώσει την συγκατάθεσή του ενώ τις εξαιρέσεις τις ορίζει το άρθρο 5 του Νόμου (Νόμος 2472/1997 στο άρθρο 5.).

Η επεξεργασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων επιτρέπεται μόνο εφόσον ισχύει τουλάχιστον μία από τις εξαιρέσεις που ορίζει ο Νόμος 2472/1997 στο άρθρο 7.

Ο Υπεύθυνος Επεξεργασίας οφείλει να γνωστοποιεί στην Αρχή την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων που πραγματοποιεί (εκτός των εξαιρέσεων του αρ. 7Α του Ν. 2472/1997.) και η Αρχή καταχωρεί σε ειδικό μητρώο την γνωστοποίηση.

Για τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα ο υπεύθυνος επεξεργασίας μπορεί να προχωρήσει σε επεξεργασία μόνο κατόπιν αδείας της Αρχής που δίνεται όμως με ειδικού όρους και προϋποθέσεις όπως και αν χρειαστεί να διαβιβαστούν αυτά σε χώρα εκτός Ε.Ε, καθώς και σε περιπτώσεις διασύνδεσης αρχείων.

Η Αρχή δεν κρατάει προσωπικά δεδομένα καθώς σε αυτή γνωστοποιείται μόνο η επεξεργασία αρχείων με αυτά, όπως δεν γνωρίζει και το περιεχόμενων των εν λόγω αρχείων καθώς γνωρίζει μόνο τα κύρια χαρακτηριστικά τους και ποιος είναι ο υπεύθυνος επεξε-

ργασίας των αρχείων.

Θα επηρεαστούν οι τομείς Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών από την εφαρμογή του GDPR;

Είναι γεγονός ότι στον τομέα της Υγείας διαχειριζόμαστε προσωπικά δεδομένα και ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα από την ανάγκη και μόνο να έχουμε αρχείο ασθενών, την ίδια στιγμή η ψηφιακή τεχνολογία είναι εργαλείο σταθερό στην υπηρεσία μας (ηλεκτρονικά αρχεία ασθενών, συχνή επικοινωνία με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο μεταξύ λειτουργών υγείας αλλά και με τους ασθενείς, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, εφαρμογές για κινητά τηλέφωνα κλπ.) με συνέπεια ο κίνδυνος διαρροών ή/και υποκλοπής να είναι υπαρκτός και πιθανός.

Γνωρίζουμε ήδη ότι ο Κανονισμός αναπόφευκτα θα επηρεάσει έντονα τον τρόπο με τον οποίο επαγγελματίες, εταιρείες και οργανισμοί συλλέγουν, επεξεργάζονται και αποθηκεύουν πληροφορίες που περιέχουν προσωπικά δεδομένα και ιδιαίτερα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα. Όλοι οι επαγγελματίες, οι εταιρείες και οι οργανισμοί που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής υποστήριξης έχουν αυξημένες υποχρεώσεις από την εφαρμογή του κανονισμού και για τον λόγο αυτό θα πρέπει να αναλύσουν με ιδιαίτερη προσοχή



Ελεύθερο Θέμα

Τσιώνης Χάρης

τις απαιτήσεις του Κανονισμού και να προβούν στις κατάλληλες ενέργειες τόσο για την κανονιστική τους συμμόρφωση όσο και για την ασφάλεια των πληροφοριακών τους συστημάτων.

Η υποχρέωση αυτή ισχύει για όλες τις δημόσιες αρχές και φορείς, καθώς επίσης και για άλλους οργανισμούς που έχουν ως κύρια δραστηριότητα τη συστηματική παρακολούθηση φυσικών προσώπων **σε μεγάλη κλίμακα**, ή την επεξεργασία ειδικών κατηγοριών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (τα οποία με το παλαιό καθεστώς αναφέρονταν ως ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα) **σε μεγάλη κλίμακα**.

Στην έννοια της **μεγάλης κλίμακας** δεν εμπίπτουν οι ιδιώτες ιατροί καθώς δεν συνιστά επεξεργασία μεγάλης κλίμακας η διεξαγόμενη από ιδιώτη ιατρό ή άλλου επαγγελματία υγείας και που αφορά σε δεδομένα ασθενών. Στις περιπτώσεις αυτές, η εκτίμηση αντικτύπου της προστασίας δεδομένων δεν θα πρέπει να είναι υποχρεωτική.

Δεν απαιτείται γνωστοποίηση και λήψη άδειας από την Αρχή Προστασίας για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων για τους γιατρούς στα πλαίσια της τήρησης ιατρικού αρχείου ασθενούς.

Δεν είναι υποχρεωτική η τοποθέτηση Υπεύθυνου Προστασίας Δεδομένων για τους ιδιώτες γιατρούς αλλά προαιρετική.

Ο ρόλος του Υπεύθυνου Προστασίας Δεδομένων είναι πρωτίστως συμβουλευτικός και υποστηρικτικός. Λαμβάνοντας υπόψη τον κίνδυνο που συνδέεται με τις πράξεις επεξεργασίας, συνεκτιμώντας τη φύση, το πεδίο εφαρμογής, το πλαίσιο και τους σκοπούς της επεξεργασίας, ο υπεύθυνος προστασίας οφείλει να ενημερώνει και να συμβουλεύει τον υπεύθυνο επεξεργασίας ή τον εκτελούντα την επεξεργασία δεδομένων και τους υπαλλήλους της επιχείρησης σχετικά με τη νέα νομοθεσία για την προστασία δεδομένων, καθώς επίσης να παρακολουθεί τη συμμόρφωση με τον Κανονισμό με

σκοπό την ελαχιστοποίηση του κινδύνου παραβίασης, η οποία θα επιφέρει υψηλά πρόστιμα, τα οποία μπορεί να ανέρχονται μέχρι το ποσό των 20 εκατ. ευρώ ή σε περίπτωση επιχειρήσεων, έως το 4 % του συνολικού παγκόσμιου ετήσιου κύκλου εργασιών του προηγούμενου οικονομικού έτους.

Ο Υπεύθυνος Επεξεργασίας σε περίπτωση παραβίασης δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα γνωστοποιεί εντός 72 ωρών, από την στιγμή που αποκτά γνώση του γεγονότος, την παραβίαση στην αρμόδια εποπτική Αρχή, εκτός αν η παραβίαση δεν ενδέχεται να προκαλέσει κίνδυνο (κάτι που οφείλει να αποδείξει όταν του ζητηθεί).

Σαν τελικό συμπέρασμα γίνεται κατανοητό ότι για να μην βρεθούμε στην δυσάρεστη θέση παραβίασης του Κανονισμού από διαρροή/υποκλοπή συνέπεια της επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων των ασθενών μας σε συνεργασία με τον τεχνικό ή την εταιρεία που υποστηρίζει το λογισμικό μας **να σχεδιάσουμε την ασφάλεια - προστασία των αρχείων μας** (αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό και δεν πρέπει να κάνουμε εκπώσεις).

Να μην βιαστούμε να μπούμε στην λογική να προσλάβουμε τώρα Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (γίνεται ένα σχετικό πάρτι τώρα από εταιρείες πληροφορικής αλλά και νομικά γραφεία) αλλά να περιμένουμε να καταλαγιάσει ο "κουρνιαχτός" της 1ης μέρας και να προχωρήσουμε αργότερα μόνο μετά από σοβαρή μελέτη του κόστους/κινδύνου και οφέλους/προστασίας από μια πιθανή διαρροή και λαμβάνοντας υπ' όψη μας βέβαια την χρήση των νέων τεχνολογιών, τον κύκλο εργασιών μας, κλπ.)

Σε επόμενο τεύχος θα προσπαθήσω να περιγράψω αναλυτικότερα τι ισχύει με τα ιατρικά αρχεία και την κάρτα ασθενούς (τι μπορούμε να αποθηκεύουμε, να επεξεργαζόμαστε, να κοινοποιούμε αλλά και τα δικαιώματα των ασθενών πάνω στα αρχεία μας).

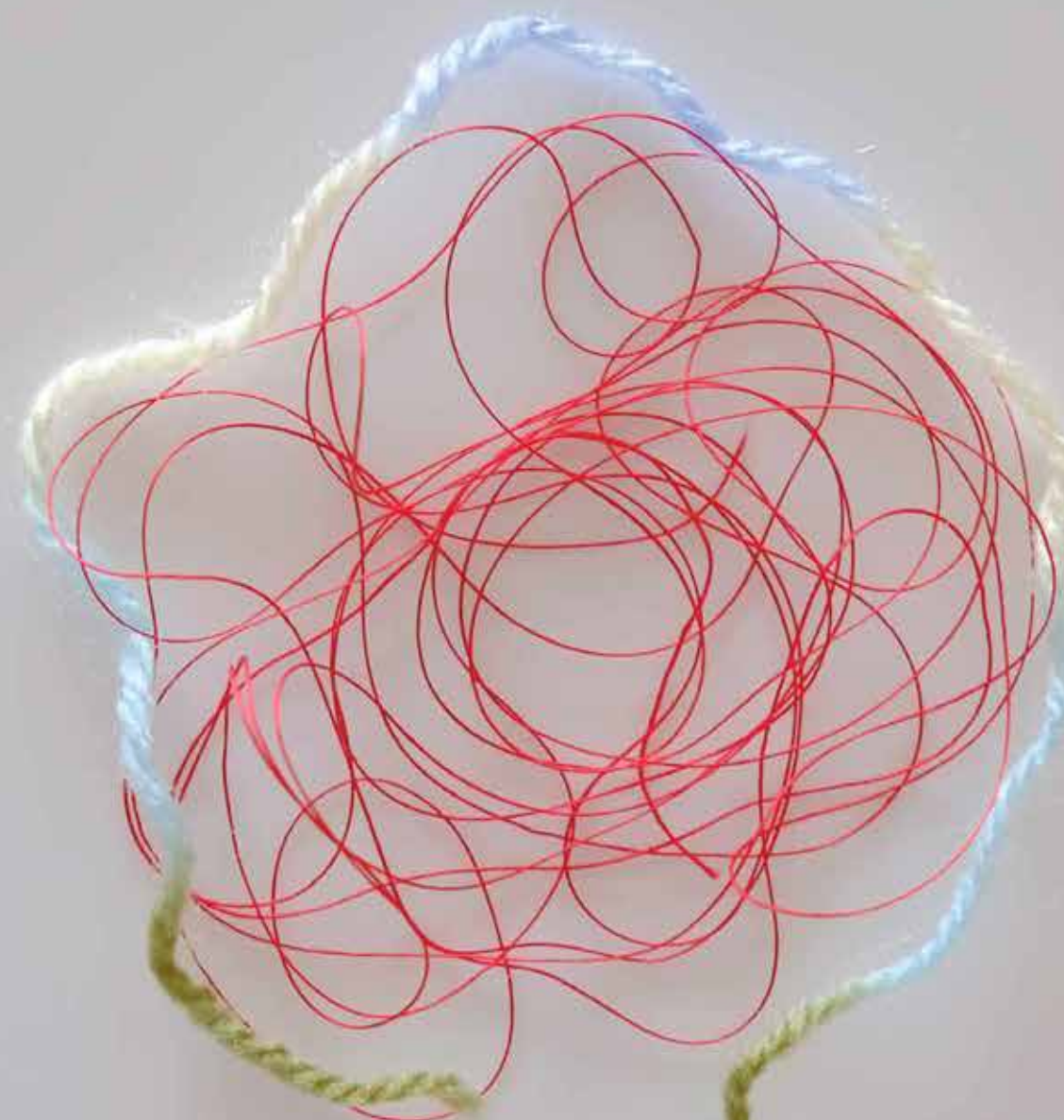


ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

16^η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΛΕΠΤΟΥ ΚΑΙ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

29 & 30 Σεπτεμβρίου 2018, Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani-Caravel



Γραμματεία:

CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL Ε.Ε. Οργάνωση Συνεδρίων

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



4th AISDD ATHENS INTERNATIONAL SYMPOSIUM 2018

An Interdisciplinary Update in Digestive Diseases* & Gastrointestinal Cancer Prevention
*Includes IBD & Liver Disease Topics

Lectures • e-Abstracts • Live Procedures • Hands-on Courses

SAVE THE DATE

6 & 7 JULY 2018 **Athens Hilton Hotel**

ORGANIZERS:
INTERNAL MEDICINE SOCIETY OF GREECE
ASIAN INSTITUTE OF GASTROENTEROLOGY

ENDORSEMENTS:
ESGE, WEO, JGIM, etc.

PARTICIPATIONS:
JGIM, etc.

WWW.ATHENS-SYMPOSIUM.COM

Το Athens International Symposium on Digestive Diseases (**4th AISDD 2018**) θα πραγματοποιηθεί στο Ξενοδοχείο Hilton Athens Hotel, **6 & 7 Ιουλίου 2018**.

Πραγματοποιείται κάθε 2 χρόνια, και έχει γίνει γνωστό για των μεγάλο αριθμό διεθνούς κύρους επιστημόνων που παρουσιάζει κάθε φορά από όλον τον κόσμο.

Αυτή τη φορά διοργανώνεται από την Ελληνική Παθολογική Εταιρεία και το Ασιατικό Ινστιτούτο Γαστρεντερολογίας με την αιγίδα της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας, της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας και τη συμμετοχή της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης Ήπατος.

Το συμπόσιο θα μοριοδοτηθεί από τη European Union of Medical Specialists - EACCME.

Το 4ο Διεθνές Αθηναϊκό Συμπόσιο 2018 έχει μία σειρά από καινοτομίες:

1. Διεπιστημονική Θεματολογία που δεν περιορίζεται μόνο στο γαστρεντερικό καρκίνο, αλλά και σε μία σειρά από ενδιαφέροντα θέματα των νοσημάτων του πεπτικού. Σε αυτά περιλαμβάνονται παθήσεις ήπατος (σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Ήπατος - EEMH), φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (με συμμετοχή μελών Δ.Σ. της ECCO), καθώς και θέματα σχετικά με την παχυσαρκία, το σακχαρώδη διαβήτη και τις λοιμώξεις του πεπτικού,
2. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει Χορηγικές Διαλέξεις και Συμπόσια,
3. Έχει διευρυμένο χρονικά (διήμερο) πρόγραμμα εκπαίδευσης ιατρών σε ζωικά μοντέλα (προπλάσματα της Αμερικανικής Εταιρείας Endosim) με μία πλούσια θεματολογία (Βλεννογονεκτομές, Ενδοσκοπικές διατομές - ESD, Διατρήσεις, Πολυπεκτομές, Αντιμετώπιση αιμορραγιών, κ.ά)
4. Εναλλαγή επιστημονικών διαλέξεων με ζωντανές διδασκαλίες επιδείξεις επεμβάσεων. Περισσότερα από τριάντα (30) περιστατικά που άπτονται της διαγνωστικής και θεραπευτικής ενδοσκόπησης θα μεταδοθούν ζωντανά στην αίθουσα «Εσπερίδες» από δύο μεγάλα νοσοκομεία των Αθηνών (Metropolitan Hospital & Attiko Hospital).

5. Πρωινές συναντήσεις με τον «ειδικό» (Expert). Τρεις κάθε ημέρα (έξι στο σύνολο) όπου μετά μιας σύντομης εισαγωγής του ομιλητή (Expert) θα ακολουθήσει συζήτηση με τους παρευρισκόμενους. Οι συναντήσεις αυτές παρέχονται Δωρεάν για τους εγγεγραμμένους και είναι επιλέξιμες μια εκ των τριών ανά ημέρα.

Παρασκευή 6η Ιουλίου | 08:00 – 08:40

- Early Morning with the Expert I, G. Costamagna | Beyond PPI: Endoscopic and minimally invasive treatment for GERD
- Early Morning with the Expert II, N. Reddy | The Present and Future of Cholangiopancreatography
- Early Morning with the Expert III, M. Giovannini | New horizons and promises of EUS

Σάββατο 7η Ιουλίου | 08:00 – 08:40

- Early Morning with the Expert IV, J D. Waye | Voice of wisdom: Management of the difficult polyp
- Early Morning with the Expert V, J. Deviere | Fat chance: Endoscopic options for obesity and diabetes
- Early Morning with the Expert VI, P. Sharma | Barrett Esophagus in 2018

6. Χορηγικές Διαλέξεις και Δορυφορικά Συμπόσια θα ολοκληρώσουν ένα πλούσιο διήμερο πρόγραμμα για τους γαστρεντερολόγους και μονοήμερο πρόγραμμα (Σάββατο 7/7) για τους ειδικούς παθολόγους και γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

7. Η συμμετοχή της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης Ήπατος (EEMH) θα ευαισθητοποιήσει τους ιατρούς στην θεραπεία και πρόληψη της Ηπατίτιδας C, Λιπώδες Ήπαρ, στη προσέγγιση των ασθενών με ηπατική νόσο, κ.α. (η αναφερόμενη θεματολογία αφορά και την αίθουσα "Thalia" των παθολόγων)

8. Η Συμμετοχή μελών του Δ.Σ. της ECCO θα προσδώσει ιδιαίτερη βαρύτητα στις διαλέξεις που αφορούν τα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (Διαγνωστική Προσέγγιση, Νέες Θεραπείες, Αντιμετώπιση Επιπλοκών και Παρακολούθηση Ασθενών από τον Mn-Ειδικό

- Αίθουσα "Thalia")

9. Ιδιαίτερα σημαντική θα είναι η ομιλία του Επίτιμου Προέδρου του Συμποσίου Prof. Jacques Deviere με θέμα «Θεραπευτική Ενδοσκόπηση στη Παχυσαρκία & τον Διαβήτη»

10. Ο Πρόεδρος της JGES (Ιαπωνικής Ενδοσκοπικής Εταιρείας) Prof. Tajiri Hisao θα δώσει διάλεξη με θέμα «Το μέλλον της ενδοσκόπησης»

11. Εκτός από τη λίστα των προσκεκλημένων καθηγητών του συμποσίου θα διαπιστώσετε ότι υπάρχει και μία λίστα Κινέζων Καθηγητών οι οποίοι συμμετέχουν στο συμπόσιο και η παρουσία τους είναι χορηγία της ERBE China.

12. Έχει υποβληθεί το επιστημονικό πρόγραμμα του συμποσίου για CME Accreditation στη UEMS όπου σύμφωνα με το "European Union of Medical Specialists" και το "American Medical Association" θα δοθούν Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης σε ισοτιμία EACCMU-UEMS με AMA PRA Category 1 Credits.

13. Για πρώτη φορά στο 4ο Διεθνές Αθηναϊκό Συμπόσιο οι συμμετέχοντες θα έχουν τη δυνατότητα υποβολής Abstracts (Deadline: 20th April) με τα καλύτερα εξ αυτών να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια του συμποσίου. Η θεματολογία αναφέρεται στην επίσημη ιστοσελίδα του συμποσίου.

Σχετικά με τις εγγραφές, υπάρχει δυνατότητα πρώιμης εγγραφής μέχρι 20 Απριλίου. Επίσης υπάρχει η δυνατότητα μονοήμερης συμμετοχής (εγγραφής) στο συμπόσιο με κόστος 80 Ευρώ.

Αναφορικά με τα Hands-On, αξίζει να επισημάνουμε πως η εγγραφή για συμμετοχή σε μία (1) συνεδρία Hands-On στοιχίζει 200 Ευρώ ενώ η εγγραφή για συμμετοχή σε δύο (2) συνεδρίες είναι 280 Ευρώ.

Τέλος, δίνεται η δυνατότητα συμμετοχής των συνέδρων στο Symposium Dinner – Παρασκευή 6η Ιουλίου με κόστος 50 Ευρώ.

Σημείωση: Περιορισμένος Αριθμός Θέσεων



Αθήνα, Παγκόσμια πρωτεύουσα βιβλίου 2018



Από τις 23 Απριλίου – παγκόσμια ημέρα βιβλίου και πνευματικών δικαιωμάτων – η Αθήνα παίρνει τη σκυτάλη από το Κόνακρυ της Νέας Γουϊνέας, μετά το Άμστερνταμ και το Μπουένος Άιρες.... Με πρόταση της UNESCO ανακηρύχθηκε παγκόσμια πρωτεύουσα του βιβλίου για το επόμενο έτος. Μία ολόκληρη χρονιά γεμάτη βιβλία, ανάγνωση, πολιτισμό και δράσεις που προωθούν τη γνώση. Στόχος των διοργανωτών είναι να γεμίσουν όλες οι γειτονιές με βιβλία. Κι όπου δεν πάει ο πολίτης στο βιβλίο, θα πάει το βιβλίο στον πολίτη.

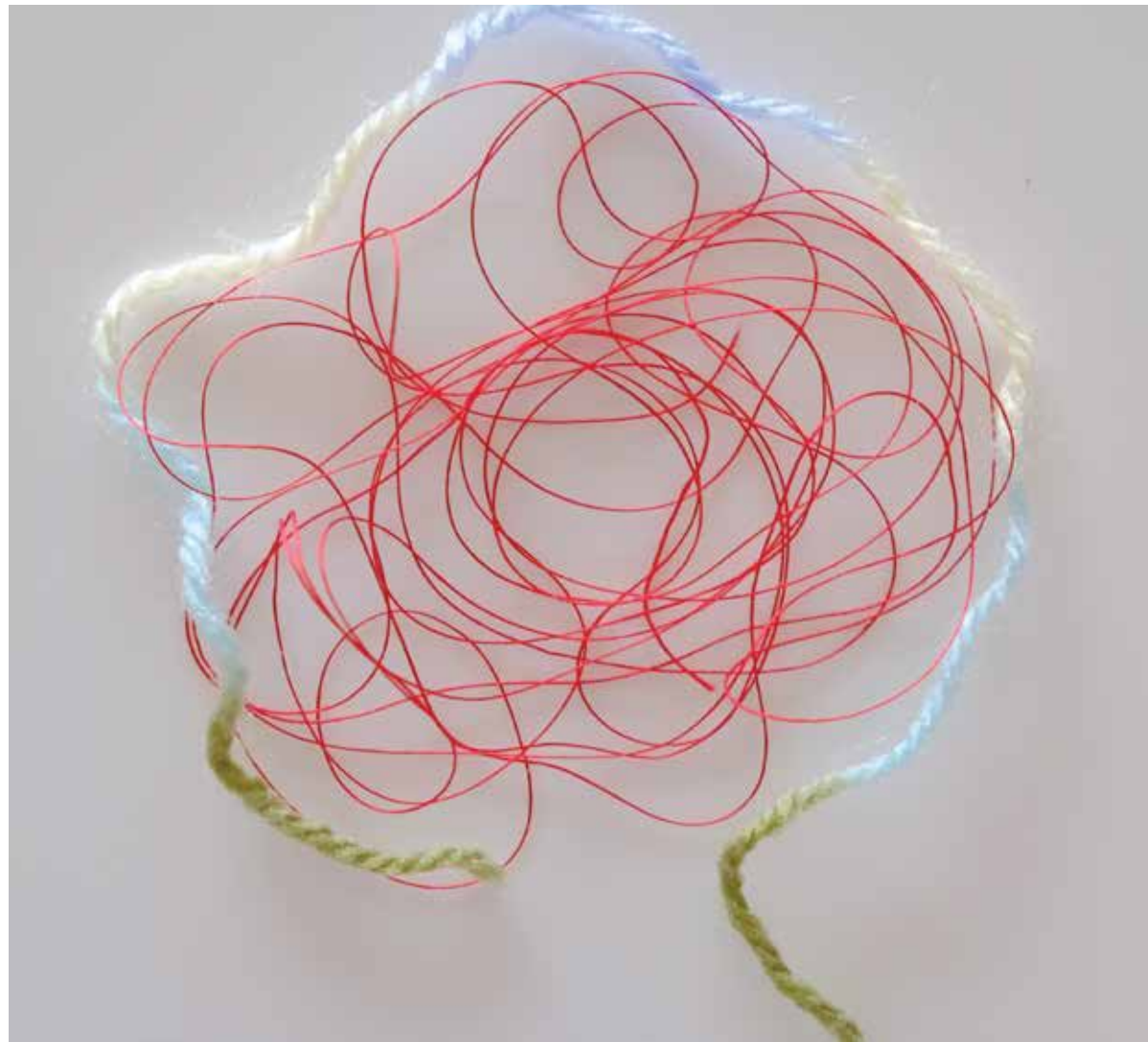
Πρόκειται για μια παγκόσμια διοργάνωση που γεννήθηκε σαν ιδέα στην UNESCO το 1996 και εφαρμόστηκε για πρώτη χρονιά στη Μαδρίτη το 2001. Δεκάδες μεγάλοι πολιτιστικοί οργανισμοί και φορείς, όπως το Εθνικό Θέατρο, η Εθνική Λυρική Σκηνή και το Μουσείο Μπενάκη αλλά και μικρότερες δημιουργικές ομάδες, όπως ο Κινητήρας, οργανώσεις με κοινωνικό έργο όπως το "Δίκτυο για τα Δικαιώματα του Παιδιού" και το "Διαβάζω για τους άλλους", ξένα Ινστιτούτα, όπως το Ινστιτούτο Γκαίτε, το Βρετανικό Συμβούλιο, το Γαλ-

λικό Ινστιτούτο, πρεσβείες, όπως αυτές των βορείων χωρών, των ΗΠΑ και πολλές ακόμα, τα προγράμματα και οι οργανισμοί του δήμου Αθηναίων, η Εθνική Βιβλιοθήκη της Ελλάδος αλλά και η Γεννάδειος, οι Πανεπιστημιακές Βιβλιοθήκες και οι Βιβλιοθήκες του δήμου Αθηναίων, τα Πανεπιστήμια, με πρωταγωνιστές τους εκδότες και τους συγγραφείς, τους θεσμικούς φορείς του βιβλίου καθώς κι όλους τους επαγγελματίες του βιβλίου – δουλεύουν πυρετωδώς για τις εκδηλώσεις της επόμενης χρονιάς στην Αθήνα. Τα εγκαίνια στο Μουσείο της Ακρόπολης παρουσία του Προέδρου της Δημοκρατίας επιχειρούν να προσδώσουν στη διοργάνωση την αρμόζουσα βαρύτητα και την απαραίτητη δημοσιότητα.

Μπορείτε ήδη να βρείτε το πρόγραμμα εκδηλώσεων του πρώτου τριμήνου, υπάρχουν ήδη προγραμματισμένες 250. Σίγουρα θα βρείτε κάποια να σας κινήσει το ενδιαφέρον. Σε μία περίοδο που το βιβλίο βάλλεται και τα βιβλιοπωλεία κλείνουν, ας αντισταθούμε! Καλή ανάγνωση!



Το εξώφυλλο από μέσα



Το νήμα της Αριάδνης

Είτε πρόκειται για το νήμα της Αριάδνης είτε για τον Γόρδιο δεσμό είτε για το κουβάρι της Ιστορίας, τα πάντα κρέμονται από μια κλωστή αν το καλοσκεφτείς.

Μίλτος Σκούρας

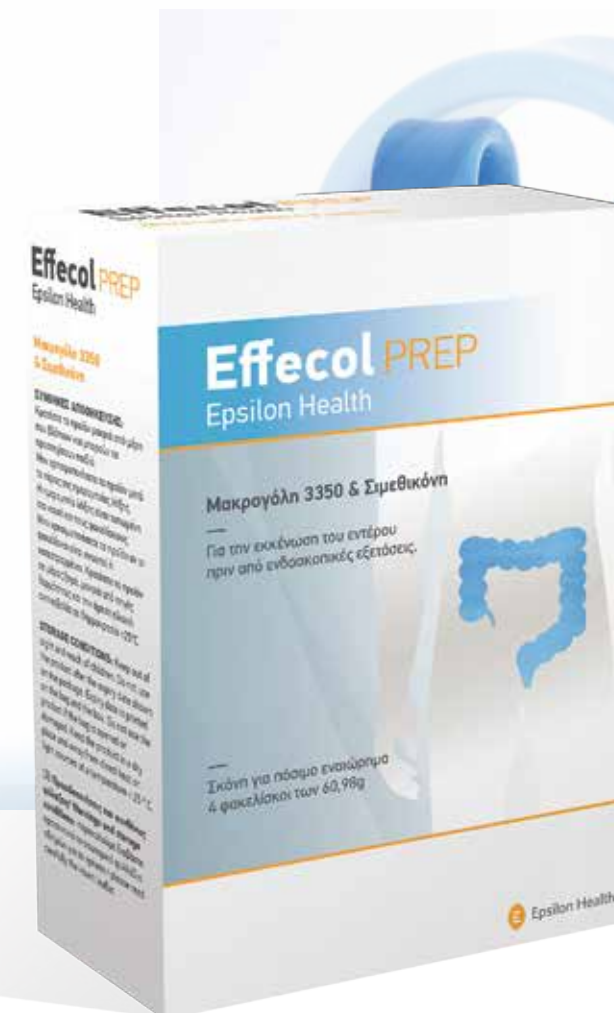
Effecol PREP

Epsilon Health

Μακρογόλη 3350 + Σιμεθικόνη

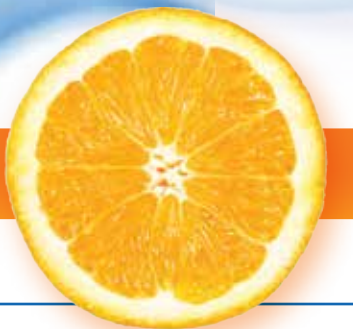
Για την προετοιμασία του εντέρου

πριν από ενδοσκοπικές εξετάσεις



**Με ευχάριστη γεύση
πορτοκάλι**

> Εύκολη συμμόρφωση



Epsilon
Health
έμπνευσή μας
η φροντίδα

Ιατροτεχνολογικό βοήθημα 

Αντιπρόσωπος
"EPSILON HEALTH" - ΝΕΣΤΟΡΑΣ ΒΛΑΧΟΣ Ι.Κ.Ε.
Κ. Παλαμά 4 - 555 34, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα
Τηλ. +30 2310 941150, +30 2310 941112, Fax. +30 2310 922553
info@epsilon-health.gr, www.epsilon-health.gr

Medoprel®

Omeprazole

20 & 40mg

Κλασική σύνθεση

Ονσιαστικός έλεγχος



ADV/RAF/MED/01/11.17

ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΗΣΤΕ ΣΤΑ ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ.

RAFARM A.E.B.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Κορίνθου 12, 15451 Ν. Ψυχικό, Αθήνα

Τηλ.: 210 67 76 550/1 • Fax: 210 67 76 552 • e-mail: info@rafarm.gr • www.rafarm.gr

