

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Οκτώβριος - Νοέμβριος - Δεκέμβριος 2019 | Τεύχος 50
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

Επάγγελμα Γιατρός

Συνέντευξη με τον κ. Σωκράτη Μακρέα

Αντιμετώπιση δυσκοιλιότητας

Εξειδίκευση στην επεμβατική ενδοσκόπηση σε
Γαλλία και Βέλγιο: η προσωπική εμπειρία του
κ. Γ Μαυρογένη



Σύμφωνα με στοιχεία που παρουσιάστηκαν σε ημερίδα στις 23/11/2018 στο London School of Economics με θέμα τον τουρισμό υγείας της Ελλάδας περισσότεροι από 17.500 Έλληνες ιατροί εργάζονται στο εξωτερικό. Πολλοί από τους ιατρούς αυτούς έφυγαν από την Ελλάδα λόγω της οικονομικής κρίσης.

Επίσης σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν, ένας στους τέσσερις γιατρούς μέλη του ΙΣΑ είναι άνεργοι ή υποαπασχολούμενοι και περισσότεροι από 10.000 γιατροί της Αθήνας έχουν αποχωρήσει από τη χώρα τη τελευταία δεκαετία. Κατά τα ίδια στοιχεία, η Ελλάδα αποτελεί τη δεύτερη χώρα προέλευσης μεταναστών ιατρών που απασχολούνται στη Γερμανία.

Εξάλλου, πάντα βάσει των στοιχείων που παρουσιάστηκαν στην ημερίδα, κάθε φοιτητής ιατρικής κοστίξει στην ελληνική πολιτεία 12.000 ευρώ το χρόνο ενώ μέχρι να τελειώσει τις σπουδές του θα έχουν δαπανηθεί για αυτόν περισσότερα από 85.000 ευρώ, κατά προσέγγιση.

Η μετανάστευση του υψηλά καταρτισμένου επιστημονικού προσωπικού είναι μία μεγάλη αιμορραγία για τη χώρα μας καθώς την αποδυναμώνει επιστημονικά και την πλήττει οικονομικά. Σήμερα, στα δημόσια νοσοκομεία μένουν κενές οι θέσεις των ειδικευόμενων ιατρών, δεν προκηρύσσονται θέσεις ειδικευμένων ιατρών και η χώρα μας δεν μπορεί να αξιοποιήσει το αξιόλογο επιστημονικό δυναμικό που σπούδασε με δικά της έξοδα.

Τα ουσιαστικά κίνητρα που παρέχονται στις χώρες του εξωτερικού και η έλλειψη κινήτρων στην Ελλάδα, οδηγούν τους γιατρούς στη μετανάστευση. Η ανεργία, η αβεβαιότητα, η έλλειψη προγραμματισμού, οι μειωμένες αμοιβές, οι καθυστερημένες πληρωμές των δεδουλευμένων και η αναξιοκρατία έχουν δημιουργήσει μια αδιέξοδη κατάσταση στην Ελλάδα. Οι γιατροί και οι φορείς που τους εκπροσωπούν έχουν απευθύνει στο Υπουργείο Υγείας προτάσεις για την αντιμετώπιση αυτής της συνεχώς επιδεινούμενης κατάστασης. Έστω και καθυστερημένα, επιβάλλεται να αναδιαρθρωθεί η υγεία να στελεχωθούν τα δημόσια νοσοκομεία, να δοθούν κίνητρα, ώστε να σταματήσει η αιμορραγία της μετανάστευσης των γιατρών.

Σπύρος Βρακάς

Διανέμεται από την:



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

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	05
ΝΕΑ ΔΣ	
ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΑΤΕ;	06
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	
ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ	08
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ κ. ΣΩΚΡΑΤΗ ΜΑΚΡΕΑ	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	14
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.....	19
ΤΕΧΝΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ (ΚΑΙ) ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	20
ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΕ ΓΑΛΛΙΑ ΚΑΙ ΒΕΛΓΙΟ: Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΜΟΥ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	24
Η ΡΟΕΜ ΠΕΡΑΝ ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ. ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΟΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ. ΝΕΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΧΩΡΟΥ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	30
ΑΠΛΗΣΤΙΑ	
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ & ΑΛΛΑ	32
LEONARDO D VINCI	
ΤΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ	34



Νέα ΔΣ

Με ιδιαίτερη χαρά σας προσκαλούμε στην 17η Επιστημονική Εκδήλωση της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδας, η οποία θα πραγματοποιηθεί στις 7 και 8 Δεκεμβρίου 2019, στο ξενοδοχείο Divani Caravel στην Αθήνα. Ο τίτλος της διημερίδας είναι “ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ-ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ”. Πρόεδρος της διημερίδας είναι η κ. Κωνσταντίνα Παρασκευά. Στη Διημερίδα θα παρουσιαστούν οι σύγχρονες εξελίξεις στη διαγνωστική και τη θεραπευτική ενδοσκοπηση, θα συζητηθούν θέματα ασφάλειας και ποιότητας, όπως επίσης και θέματα λειτουργικότητας ενός ενδοσκοπικού εργαστηρίου.

Και φέτος θα επαναληφθεί το ανανεωμένο σεμινάριο Άμεσης Υποστήριξης της Ζωής (Immediate Life Support – ILS), το οποίο ανήκει στα εξειδικευμένα σεμινάρια του ERC (European Resuscitation Council). Με τη λήξη του σεμιναρίου θα χορηγηθεί πιστοποιητικό παρακολούθησης. Επίσης, με τη λήξη της Εκπαιδευτικής Διημερίδας θα πραγματοποιηθεί διαγωνισμός ιατρικών γνώσεων. Οι ερωτήσεις θα καλύπτουν όλο το φάσμα του επιστημονικού προγράμματος. Ο διαγωνισμός θα πραγματοποιηθεί με τη μορφή ερωτήσεων πολλαπλής επιλογής και ο συμμετέχων που θα συγκεντρώσει τη μεγαλύτερη βαθμολογία θα έχει ως έπαθλο την κάλυψη συμμετοχής του σε Ευρωπαϊκή γαστρεντερολογική εκδήλωση.

Σημαντική **καινοτομία** στη διημερίδα αποτελεί η διενέργεια Νοσηλευτικής Επιστημονικής Ημερίδας για τις Νοσηλεύτριες και τους Νοσηλευτές των Ενδοσκοπικών τμημάτων, με διαλέξεις και κατευθυντήριες οδηγίες πάνω σε θέματα καθημερινής πρακτικής.

Η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδος συμμετείχε στο τελευταίο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας, που διεξήχθη στην Αθήνα, σε στρογγυλή τράπεζα με τίτλο “Συντήρηση, απολύμανση και διαχείριση απόβλητων στο ενδοσκοπικό εργαστήριο”.

Πλέον, ισχύουν τα θεραπευτικά πρωτόκολλα στη Γαστρεντερολογία. Συγκεκριμένα, λειτούργησαν στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση τα θεραπευτικά πρωτόκολλα για τους αναστολείς αντλίας πρωτονίων. Επιπλέον, θεραπευτικά πρωτόκολλα εφαρμόζονται και για τις θεραπείες των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου.

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:
Βασιλείδης Κωνσταντίνος
Γούλας Σπύρος
Ζωγράφος Κωνσταντίνος

Κωνσταντούλας Σπύρος
Μπομπούση 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: Γενοδοπούλου Μαρία

Διευθυντής Δημοσιεύσεων:
Σκούρας Μίλτος

Δημοσιεύσιμη Επιμέλεια:
Αλέξανδρος Χατζημικαήλ

Εικονογραφιστή Εξωφύλλου:
Μ.Σ.

Υπεύθυνος Διαφήμισης:
Σκούρας Μίλτος
Απαγορεύεται ρητά η αναδημοσίευση, η αναπαραγωγή, η αντιγραφή και γενικότερα η μετάδοση με οποιοδήποτε τρόπο ή μέσο, 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. Συσχέτιση της διατροφής και κατανάλωσης φυτικών ινών με την ποιότητα της εντερικής προετοιμασίας

The association among diet, dietary fiber, and bowel preparation at colonoscopy A. M. Leszczynski, K. L. MacArthur, K. P. Nelson, S. A. Schueler, P. A. Quatromoni, B. C. Gas-tointest Endosc 2018;88:8 685-694

Οι περιορισμοί στην διατροφή, κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας για κολονοσκόπηση ποικίλουν ευρέως και δεν υπάρχουν σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες. Στην παρούσα προοπτική μελέτη, αξιολογήθηκε κατά πόσο η κατανάλωση φυτικών ινών και άλλων τροφίμων, κατά τη διάρκεια των τριών ημερών πριν την κολονοσκόπηση, θα μπορούσε να επηρεάσει την ποιότητα της εντερικής προετοιμασίας.

Οι προγραμματισμένοι εξωτερικοί ασθενείς, έλαβαν οδηγίες που περιελάμβαναν ως καθαριστικό, διάλυμα πολυαιθυλικής γλυκόλης, αποφυγή λαχανικών και σπόρων το διήμερο πριν την ενδοσκόπηση και υδρική δίαιτα την ημέρα πριν την κολονοσκόπηση. Επαρκείς πληροφορίες σχετικά με την διατροφή συλλέχθηκαν από τους 168 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ποσοστό 90% σε προληπτική κολονοσκόπηση. Μόνο το 17% και 77% των ασθενών συμμορφώθηκαν πλήρως με τους διαιτητικούς περιορισμούς τις δυο ημέρες πριν και την παραμονή της εξέτασης αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε σαφή συσχέτιση των τροφίμων που καταναλώθηκαν δυο και τρεις ημέρες πριν την ενδοσκόπηση με

τους δείκτες BBPS (Boston Bowel Preparation Scale). Παρόλα αυτά δεν μπορεί να μην αξιολογηθεί η θετική συσχέτιση που παρατηρήθηκε με την κατανάλωση ζελατίνης και η αντιστροφή σχέση με την κατανάλωση κόκκινου κρέατος, πουλερικών και λαχανικών την παραμονή της κολονοσκόπησης.

Συμπερασματικά, τα παραπάνω ευρήματα ενισχύουν τις πρόσφατες οδηγίες για ελεύθερη διατροφή για περισσότερο από 1 ημέρα πριν την κολονοσκόπηση.

2. Γιατί μπορούν να διαφέρουν τα ποσοστά ανεύρεσης επίπεδων οδοντωτών πολυπόδων μεταξύ των ενδοσκόπων ;

Endoscopist factors that influence serrated polyp detection: a multicenter study. Seth D. Crockett, Rebecca A. Gourevitch, Michele Morris and al. Endoscopy 2018;50:984-992

Οι οδοντωτοί πολύποδες θεωρούνται ως υπεύθυνοι για περισσότερες από 30% των σποραδικών περιπτώσεων καρκίνου του παχέος εντέρου. Μεταξύ αυτών, οι επίπεδοι οδοντωτοί πολύποδες, έχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία, λόγω της διαφορετικότητάς τους σε σχέση με τα συνήθη αδενώματα είτε λόγω της μορφολογίας τους και των ενδοσκοπικών χαρακτηριστικών τους, είτε λόγω της ιστολογικής εικόνας, βιολογίας και συμπεριφοράς.

Η ανίχνευσή τους με ανοσοϊστοχημικές δοκιμασίες ή την αξονική κολονοσκόπηση είναι πτωχή, ενώ ακόμη και με την κολονοσκόπηση

μπορούν ευκολα να διαφύγουν της προσοχής εξαιτίας της διακριτικής ενδοσκοπικής τους εικόνας. Αυτός είναι και ο λόγος που τα ποσοστά ανεύρεσης τους διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων ενδοσκοπικών κέντρων ή μεταξύ ενδοσκόπων. Η ευρεία διακύμανση των παραπάνω ποσοστών, έχει μέχρι τώρα συσχετιστεί με τη διάρκεια της φάσης απόσυρσης του ενδοσκοπίου ή την ποιότητα της εντερικής προετοιμασίας.

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να εξακριβώσει την ύπαρξη παραγόντων που σχετίζονται με την εμπειρία ή τον όγκο εργασίας του ενδοσκόπου. Σε χρονικό διάστημα μιας διαιτίας, πραγματοποιήθηκαν 104618 κολονοσκοπήσεις από 201 ενδοσκόπους που διέφεραν μεταξύ τους ως προς την ειδικότητα (γαστρεντερολόγοι 86%), το φύλο (γυναίκες 18%), τα χρόνια εξάσκησης του επαγγέλματος (1-51) και των αριθμό των κολονοσκοπήσεων κατά την διάρκεια της μελέτης (30-2654).

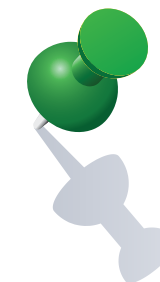
Μεγαλύτερα ποσοστά ανίχνευσης επίπεδων οδοντωτών πολυπόδων παρατηρήθηκαν από γαστρεντερολόγους, από ενδοσκόπους που είχαν ολοκληρώσει πιο πρόσφατα την εκπαίδευσή στην ειδικότητά τους και από αυτούς που είχαν πραγματοποιήσει έναν μεγάλο όγκο ενδοσκοπήσεων.

3. Είναι εξίσου αποτελεσματική η ενδοσκοπική αφαίρεση μικρών αδενωματοδών πολυπόδων χωρίς τη χρήση διαθερμίας.

A comparison of the resection rate for cold and hot snare polypectomy for 4-9 mm colorectal polyps: a multicentre randomised controlled

Αυτό το προσέξατε;

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ



trial (CRESCENT study) T. Kawamura, Y. Takeuchi, S. Asai, et al. Gut 2018;67:1950-1957

Η συννηθέστερη μέθοδος για την ενδοσκοπική εκτομή των αδενωματοδών πολυπόδων, περιλαμβάνει την χρήση βρόχου πολυποδεκτομής και ηλεκτροδιαθερμίας, (θερμή πολυποδεκτομή - HSP). Ωστόσο, για την αφαίρεση μικροσκοπικών πολυπόδων, καθίσταται ολοένα και περισσότερο δημοφιλής, η ανάλογη τεχνική χωρίς ηλεκτροκαυτηρίαση (ψυχρή πολυποδεκτομή - CSP), λόγω της τεχνικής της ευκολίας και των λιγότερων επιπλοκών (αιμοραγγίας, συνδρόμου μετά πολυποδεκτομή

Επιπλέον, επειδή η τεχνική αυτή (CSP) δεν απαιτεί την χρήση διαθερμίας, δεν είναι απαραίτητη ούτε η υποβλεννογόνια έκχυση ούτε η αιμόσταση και συνεπώς θα μπορούσε να θεωρηθεί και πιο οικονομική λύση. Αρκεί βέβαια να είναι το ίδιο αποτελεσματική με την τεχνική της HSP, καθώς εγκυμονεί ο θεωρητικός κίνδυνος της παραμονής υαδενωματοδών υπολείμματος, που σε διαφορετική περίπτωση θα είχε εξαλειφθεί με την ηλεκτροκαυτηρίαση του περιβάλλοντος ιστού.

Σκοπός της παραπάνω μελέτης ήταν η σύγκριση της αποτελεσματικότητας των δύο μεθόδων (HSP & CSP), στην πλήρη εκτομή αδενωματοδών πολυπόδων μεγέθους 4-9 mm.

Τα ποσοστά πλήρους εκτομής, αδενωματοδών πολυπόδων μεγέθους 4-9 mm, μεταξύ των δυο μεθόδων, (CSP & HSP) ήταν συγκρισιμα (98,2% & 97,4% αντίστοιχα).

Σε κάθε τεύχος του περιοδικού υπάρχει ένας προβληματισμός για την επιλογή του προσώπου που θα φιλοξενήσουμε από τη στήλη αυτή και ομολογώ ότι αυτό είναι ένα δύσκολο θέμα. Ανασκοπώντας τα προηγούμενα προσπαθούμε να υπάρχει μια ευρύτητα στην εκπροσώπηση και στο τέλος αυτής της διαδικασίας να προκύπτουν συμπεράσματα και κάποια μηνύματα προς την κοινότητα αλλά και τα πρόσωπα που κατέχουν θέσεις ευθύνης. Αυτή τη φορά επιλέξαμε συνειδητά ένα συνάδελφο που ασκεί ιδιωτικά τη Γαστρεντερολογία εκτός των τειχών, σε μία πόλη της ελληνικής περιφέρειας. Σκοπός μας να αναδείξουμε την καθημερινότητα, τα προβλήματα και τους προβληματισμούς του ιδίου αλλά κατ' επέκταση μιας μεγάλης ομάδας συναδέλφων. Απευθυνθήκαμε στο συνάδελφο Σωκράτη Μακρέα, γνώριμο από την περίοδο που έκανε ειδικότητα, ο οποίος δέχθηκε με προθυμία και χωρίς δισταγμό να μας μιλήσει. Θέλω να τον ευχαριστήσω θερμά για την αποδοχή και τον κόπο και την ενέργεια που κατέβαλλε για ό,τι ακολουθεί...

Ο Σωκράτης Μακρέας ζει και εργάζεται σαν ιδιώτης Γαστρεντερολόγος στην Καλαμάτα την τελευταία δεκαετία. Ειδικεύτηκε στο τοπικό Νοσοκομείο στην Παθολογία για δύο έτη και στη συνέχεια στη Γαστρεντερολογία, αρχικά για ένα χρόνο στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, και στη συνέχεια για άλλα τρία χρόνια στο Νοσοκομείο του Ερυθρού Σταυρού. Στην περίοδο εκείνη έγινε και η πρώτη μας γνωριμία... Μετά τη λήψη της ειδικότητας εργάστηκε για 18 μήνες σαν Επικουρικός Επιμελητής στο Νοσοκομείο Καλαμάτας και έκτοτε εργάζεται στην πόλη σαν ιδιώτης. Ας δούμε τι απάντησε στις ερωτήσεις που του τέθηκαν...

Πως επέλεξε την ειδικότητα της Γαστρεντερολογίας;

Πριν απαντήσω στην ερώτηση, θα πρέπει να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην ΕΠ.Ε.Γ.Ε. και στην συντακτική ομάδα του περιοδικού για την τιμή που μου έκαναν με αυτή την συνέντευξη.

Έχουν γραφτεί πολλά για τον τρόπο με τον οποίο ένας

άνθρωπος επιλέγει την εργασία του αλλά και τις δραστηριότητές του. Η Γαστρεντερολογία είναι ειδικότητα με ευρύ φάσμα άσκησης κλινικής πρακτικής και πολύ ενδιαφέροντα και ορισμένες φορές δύσκολα περιστατικά στην καθημερινότητά της. Είχα όμως μέσα μου καταλήξει από την πρώτη στιγμή, και εξακολουθώ να πιστεύω και τώρα ότι την Γαστρεντερολογία την επέλεξα για την ενδοσκόπηση, τόσο τη διαγνωστική, όσο κυρίως την επεμβατική.

Θέλω να μας σκιαγραφήσεις την περίοδο που ήσουν ειδικευόμενος...

Όμορφα και ταυτόχρονα δύσκολα χρόνια. Γεμάτα δουλειά, τις περισσότερες φορές ευχάριστη και άλλες όμως δυσάρεστη. Το ότι εκτός από το να διαβάσουμε, να συμμετέχουμε στις δραστηριότητες των κλινικών και να εκπαιδευτούμε, έπρεπε μέρος της δουλειάς μας να το αφιερώνουμε σε καταστάσεις που δεν είχαν καμία σχέση μ' αυτήν (όπως π.χ. μεταφορά ασθενών και αχρείαστη γραφειοκρατία) Ταυτόχρονα βλέποντας τον τρόπο με τον οποίο εκπαιδευόνταν συνάδελφοί μας στο εξωτερικό, είχαμε μέσα μας την αίσθηση ότι ο μισός χρόνος της καθημερινής μας εργασίας αναλωνόταν σε πράξεις που θα μπορούσαν να λυθούν τις περισσότερες φορές με το απλό πάτημα ενός κουμπιού στον υπολογιστή. Βέβαια ήταν όμορφα χρόνια γιατί πραγματοποιούσες πολλά πράγματα για πρώτη φορά. Πρώτη φορά έμπαινες τελικό ειλεό, πρώτη φορά έκανες πολυπεκτομή, πρώτη φορά έκανες σφιγκτηροτομή, και όλα αυτά τα οποία έζησες για πρώτη φορά δεν υπάρχει περίπτωση να ξεχαστούν αργότερα.

Επίσης η επαφή με συναδέλφους πιο έμπειρους από εσένα οι οποίοι γνώριζαν περισσότερα και μπορούσαν να σε καθοδηγήσουν και να σε διδάξουν ήταν από τα εξαιρετικά ενδιαφέροντα της ειδικότητας. Δεν νομίζω ότι θα γινόταν αυτή η συνέντευξη σήμερα αν δεν υπήρχαν δύο άνθρωποι στην επαγγελματική μου ζωή, στους οποίους πρέπει να αναφερθώ. Ο πρώτος δυστυχώς δεν είναι πια μαζί μας, αναφέρομαι στη Μαρία Ρουσομουστακάκη, έναν εξαιρετικό άνθρωπο και ιατρό που δυστυχώς έφυγε νωρίς και ο δεύτερος ο

δάσκαλός μου και φίλος πια Κωνσταντίνος Γκούμας. Νομίζω ότι όλοι εμείς που εκπαιδευτήκαμε από τον Κώστα του χρωστάμε πάρα πολλά για όσα μας έμαθε και κυρίως για τον τρόπο με τον οποίο μας δίδαξε.

Η λειτουργία ιδιωτικού ιατρείου στην Καλαμάτα, τόπο καταγωγής, ήταν μονόδρομος για σένα ή υπήρχαν και άλλες σκέψεις;

Όπως ανέφερα και παραπάνω, ενώ ήξερα από νωρίς ότι ήθελα να ασχοληθώ με την Γαστρεντερολογία και ειδικότερα με την επεμβατική ενδοσκόπηση, ούτε η λειτουργία ιδιωτικού ιατρείου, ούτε η Καλαμάτα ήταν από την αρχή ξεκάθαρη επιλογή. Κατά τη διάρκεια της ειδικότητας υπήρχαν αρκετές σκέψεις για να μεταβώ στο εξωτερικό μετά την ειδικότητα σε Νοσοκομεία που παρείχαν περισσότερες δυνατότητες για επεμβατική ενδοσκόπηση. Όμως καθαρά βιοποριστικοί λόγοι

μετά το τέλος της ειδικότητας με οδήγησαν να αναζητήσω εργασία αρχικά ως επικουρικός ιατρός στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας και ακολούθως μετά από ενάμιση χρόνο να οδηγηθώ στη λειτουργία ιδιωτικού ιατρείου, γεγονός για το οποίο δέκα χρόνια μετά δεν μετανιώνω καθόλου.

Πως είναι η ζωή ενός ιδιώτη Γαστρεντερολόγου σε μια επαρχιακή πόλη;

Δεν διαφέρει ουσιαστικά από τη ζωή ενός ιδιώτη γαστρεντερολόγου στα μεγάλα αστικά κέντρα. Η ουσιαστική διαφορά είναι ότι τα καλά ή τα άσχημα σε μια μικρή επαρχιακή πόλη μαθαίνονται γρηγορότερα. Πρέπει να είσαι πολύ προσεκτικός και με ευρύ φάσμα γνώσεων σε όλες τις πτυχές της ειδικότητας έτσι ώστε σιγά σιγά να μεταδώσεις αίσθημα ασφάλειας στους ασθενείς σου. Πρέπει επίσης να υπάρχει σημαντική





αυτογνωσία της διαγνωστικής και θεραπευτικής σου επάρκειας, ώστε όταν είναι απαραίτητο να παραπέμψεις τον ασθενή, χωρίς ταυτόχρονα να αποφεύγεις περιστατικά τα οποία μπορούν να διεκπεραιωθούν στον τόπο τους. Η επιτυχία εξαρτάται από το συνδυασμό ιατρικής γνώσης, επαγγελματικής επάρκειας και μη οικονομικής εκμετάλλευσης του ασθενούς. Πρέπει επίσης να έχουν εξασφαλιστεί προϋποθέσεις ασφάλειας σε τυχόν επιπλοκές. Είναι γνωστό ότι η επεμβατική ωριμότητα επέρχεται σταδιακά και κυρίως μετά από την επιτυχή αντιμετώπιση των επιπλοκών. Είναι δε τεράστιας σημασίας να μπορέσεις να διαχειριστείς την ψυχική φόρτιση μετά από μια επιπλοκή και να πραγματοποιήσεις εκ νέου την ίδια επέμβαση.

Ποιο είναι το φάσμα της ιατρικής σου πρακτικής;

Διαγνωστικές ενδοσκοπήσεις ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού, πολυεκτομές ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού, τοποθέτηση γαστροστομιών, μεταλλικών ενδοπροσθέσεων στο ανώτερο πεπτικό και E.R.C.P. Παρακολουθούμε ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους υπό βιολογικό παράγοντα καθώς και ασθενείς με ηπατίτιδες που χρήζουν αντιιικών θεραπειών.

Δυστυχώς το τελευταίο έτος συνεπεία της οικονομικής κρίσης η ιδιωτική κλινική με την οποία συνεργάζομαι δεν μπορεί να αντικαταστήσει το ακτινοσκοπικό μηχάνημα και για την πραγματοποίηση επεμβάσεων που χρειάζονται ακτινοσκόπηση μεταβαίνουμε στην Αθήνα.

Υπάρχουν προβλήματα στην άσκσή της;

Αρκετά, πολλά από τα οποία αντιμετωπίζουν όλοι οι Γαστρεντερολόγοι που έχουν ιδιωτικό ιατρείο, άλλα έχουν να κάνουν με την κοινωνία και ορισμένα είναι εντελώς τοπικά. Αναφέρω ενδεικτικά: πολύ ακριβά ενδοσκόπια, δύσκολη εκπαίδευση προσωπικού, οικονομική κρίση. Τα προηγούμενα χρόνια είχαμε πολύ σοβαρά προβλήματα στην Μεσσηνία, επειδή δεν υπήρχαν Γαστρεντερολόγοι στο Νοσοκομείο Καλαμάτας. Ευτυχώς τα τελευταία χρόνια υπηρετούν

δύο εξαιρετικοί συνάδελφοι ο κύριος Σαπουντζής και η κυρία Μακροπούλου, οι οποίοι έχουν λύσει σημαντικά προβλήματα ασθενών. Γνωρίζουμε όλοι όσοι εργαζόμαστε στην επαρχία ότι εάν υπάρχει καλή νοσοκομειακή υποδομή είναι προς το συμφέρον όλων μας, κυρίως δε των ασθενών μας. Είναι λανθασμένη η άποψη η οποία αναφέρει ότι δεν πρέπει να υπάρχει καλή νοσοκομειακή υποστήριξη για να έχουμε οι ιδιώτες ιατροί δουλειά. Στην πραγματικότητα συμβαίνει το εντελώς αντίθετο. Όσο πιο καλό είναι το Νοσοκομείο σε μια επαρχιακή πόλη, τόσο περισσότερη και πιο ποιοτική δουλειά θα προσφέρουν οι ιδιώτες ιατροί.

Φυσικά όπως όλοι οι ιδιώτες Γαστρεντερολόγοι στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχουμε οδηγηθεί αναγκαστικά σε μειώσεις των αμοιβών μας το οποίο σε συνδυασμό με την υπερβολική φορολογία, καθιστούν την άσκηση του ιδιωτικού επαγγέλματος ακόμα πιο δύσκολη. Ενώ λοιπόν είναι κατανοητό ένας επαγγελματίας που δεν έχει δουλειά να επιβιώνει οριακά οικονομικά, είναι αδιανόητο να συμβαίνει το ίδιο σε έναν επαγγελματία που έχει δουλειά και απλά θέλει να διατηρήσει την καλύτερη δυνατή ποιότητα στη δουλειά του και την επαγγελματική του αξιοπρέπεια.

Πως κρίνεις το επίπεδο της Γαστρεντερολογίας στη χώρα μας;

Δε έχω το θεσμικό ρόλο να κρίνω το επίπεδο της Γαστρεντερολογίας στη χώρα μας. Γνωρίζω όμως από την καθημερινή πρακτική ότι υπάρχουν εξαιρετικοί συνάδελφοι με γνώσεις οι οποίοι αν δεν υπήρχαν τα σημαντικά προβλήματα στην άσκηση της ιατρικής στην Ελλάδα θα μπορούσαν άνετα να κάνουν καριέρα σε πανευρωπαϊκό ή ακόμα και σε παγκόσμιο επίπεδο.

Αν σου ζητήσω να περιγράψεις κάποια αδύνατα σημεία;

Ο Γαστρεντερολόγος για την κοινότητα αντιπροσωπεύει κυρίως την ενδοσκόπηση. Οι ασθενείς μας γνωρίζουν ότι πρέπει να απευθυνθούν σε εμάς για προβλήματα και του ήπατος, του παγκρέατος, των χοληφόρων. Παρακολουθούμε ασθενείς με Ι.Φ.Ν.Ε.,



ηπατοπαθείς και λειτουργικούς ασθενείς, αλλά η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών απευθύνεται σε εμάς για την πραγματοποίηση ενδοσκοπήσεων. Αν θέλουμε τα επόμενα χρόνια να περιορίσουμε τους θανάτους από καρκίνο του παχέος εντέρου, θα πρέπει να φροντίσουμε η κολονοσκόπηση να είναι όσο το δυνατόν πιο ασφαλής, ανώδυνη, πλήρης και ποιοτική. Επίσης ένα σημαντικό πρόβλημα αφορά στην παρακολούθηση ασθενών με Ι.Φ.Ν.Ε. που χρήζουν χορήγησης βιολογικού παράγοντα αλλά και ασθενών με ηπατίτιδες που χρήζουν χορήγησης των νεότερων αντιιικών παραγόντων. Αν δεν κάνω λάθος ήμασταν η πρώτη γενιά ειδικευόμενων οι οποίοι εκπαιδεύτηκαν πλήρως στην χορήγηση αλλά και παρακολούθηση ασθενών υπό βιολογικό παράγοντα λίγα χρόνια μετά την κυκλοφορία τους. Δυστυχώς, ειδικά στην επαρχία η χορήγηση βιολογικού παράγοντα δεν είναι κάτι το οποίο μπορεί να γίνει απλά. Χρειάζεται εξειδικευμένο κέντρο, γνώση και φυσικά είναι απολύτως απαραίτητη η συνεργασία με τριτοβάθμια νοσοκομεία, προϋποθέσεις που αν δεν υπάρχουν πρέπει να δημιουργηθούν με πολύ προσοχή. Είναι δε πολύ σημαντική η πρωτοβουλία της Ε.Ο.Μ.Ι.Φ.Ν.Ε., τα τελευταία χρόνια με σειρά ομιλιών σε επαρχιακές πόλεις, έτσι ώστε να ενημερωθούν οι ασθενείς αλλά και να βοηθηθούμε όλοι εμείς οι Γαστρεντερολόγοι.

Κάποια στιγμή θα πρέπει να δημιουργηθεί εθνικό μητρώο ασθενών με Ι.Φ.Ν.Ε., εθνικό μητρώο ασθενών με Ι.Φ.Ν.Ε. υπό βιολογικό παράγοντα αλλά και να θεσμοθετηθεί η συνεργασία ανάμεσα σε ιδιώτες και δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια νοσοκομεία. Γνωρίζοντας τις αντιδράσεις που θα επιφέρει η τελευταία πρόταση, οφείλω να πω ότι αναφέρομαι αποκλειστικά σε επιστημονική συνεργασία με κύριο κριτήριο την αμοιβαία εμπιστοσύνη των εμπλεκόμενων ιατρών.

Ποια συνέδρια παρακολουθείς και ποιες επιστημονικές εκδηλώσεις στο εξωτερικό θα συνιστούσες στους συναδέλφους;

Παρακολουθώ ανελλιπώς το συνέδριο της ΕΠ.Ε.Γ.Ε., το Πανελλήνιο Γαστρεντερολογικό Συνέδριο αλλά και

το Πανελλήνιο Ηπατολογικό τα οποία είναι πάντα ενδιαφέροντα. Θα συνιστούσα οπωσδήποτε στους συναδέλφους που ασχολούνται με Ι.Φ.Ν.Ε. να παρακολουθούν το συνέδριο της Ε.Ο.Μ.Ι.Φ.Ν.Ε. και της Ε.Σ.Σ.Ο. Όσοι ενδιαφέρονται για την επεμβατική ενδοσκόπηση το G.E.E.W στις Βρυξέλλες είναι το κορυφαίο παγκοσμίως. Δυστυχώς τα τελευταία χρόνια που η φαρμακευτική βιομηχανία βοηθάει οικονομικά λιγότερο δεν έχουμε τη δυνατότητα να παρακολουθήσουμε το αντίστοιχο Παναμερικανικό Συνέδριο.

Ποια είναι η γνώμη σου για την ΕΠ.Ε.Γ.Ε.; Με δεδομένη τη χαμηλή συμμετοχή των συναδέλφων στα δρώμενα της εταιρείας θα πρότεινες κάποιους τρόπους/μέσα που θα βελτίωναν τη συμμετοχή;

Στην ΕΠ.Ε.Γ.Ε. γίνεται εξαιρετική δουλειά και σέβομαι τους συναδέλφους που αφιερώνουν πολύ από τον χρόνο τους για να προωθήσουν τα συμφέροντα των Γαστρεντερολόγων στην Ελλάδα. Η συμβολή της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. τα τελευταία χρόνια στην καθημερινή μας πρακτική είναι πολύ σημαντική και υπάρχουν αρκετά παραδείγματα γι' αυτό. Θα διαφωνήσω με το σκέλος της ερώτησης που αναφέρεται στην χαμηλή συμμετοχή των συναδέλφων. Μπορεί η συμμετοχή των συναδέλφων στις γενικές συνελεύσεις να είναι μικρή, όμως στις καθημερινές συναντήσεις και την μεταξύ μας επικοινωνία η ΕΠ.Ε.Γ.Ε. υπάρχει. Σίγουρα θα μπορούσαν να γίνουν περισσότερα, όμως αυτό που πρέπει να εξηγηθεί και να γίνει κατανοητό σε όλους τους συναδέλφους είναι ότι η προσωπική συμμετοχή σε μια συλλογική δουλειά είναι αυτή που φέρνει αποτελέσματα.

Για να αυξηθεί η συμμετοχή θα πρέπει οι συνάδελφοι μέσα από την Ε.Π.Ε.Γ.Ε., να νοιώθουν ότι βελτιώνεται η επαγγελματική τους θωράκιση. Ας χρησιμοποιήσουμε εδώ ένα παράδειγμα. Γνωρίζουμε ότι τα τελευταία χρόνια υπάρχουν ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίες προσπαθούν και σε αρκετές περιπτώσεις τα καταφέρνουν να πραγματοποιούνται ενδοσκοπήσεις από συναδέλφους με εξειδικευμένες αμοιβές. Αν η Ε.Π.Ε.Γ.Ε., γνωρίζοντας μεν πως ο νό-



μος δεν μας επιτρέπει να ορίσουμε κατώτατη αμοιβή, επενέβαινε θεσμικά και πάντα στα πλαίσια του νόμου, τόσο προς τις συγκεκριμένες ιδιωτικές ασφαλιστικές, όσο και προς τους συναδέλφους που εργάζονται με την συγκεκριμένη πρακτική, θα είχε ως αποτέλεσμα κατ' αρχήν την δημιουργία αντιδράσεων. Κι ενώ μεν οι συγκεκριμένες ασφαλιστικές και οι συνάδελφοι που συνεργάζονται με αυτές θα αντιδρούσαν αρνητικά, όλοι εμείς οι υπόλοιποι που ζητάμε να αμειβόμαστε αξιοπρεπώς για τη δουλειά μας, γνωρίζοντας ότι η ανωτέρω συμπεριφορά μπορεί αργότερα να δημιουργήσει μονοπώλια και μας επηρεάζει άμεσα αρνητικά, θα αισθανόμασταν ηθικά δικαιωμένοι και επαγγελματικά θωρακισμένοι.

Αν στα ανωτέρω προστεθεί και μια συνεχής καταγγελία για τις εξοργιστικά χαμηλές αμοιβές των συναδέλφων που υπηρετούν στα δημόσια νοσοκομεία, τότε δεν θα αναρωτιόμασταν στην Ε.Π.Ε.Γ.Ε., γιατί έχουμε χαμηλή συμμετοχή στις συνελεύσεις αλλά η κάρτα μέλους της Ε.Π.Ε.Γ.Ε., θα συνιστούσε για όλους επαγγελματικό προνόμιο.

Επίσης ως προς την ιατρική θωράκιση του επαγγέλματος, εκτός των ήδη υπάρχοντων και πολύ καλών συνεδρίων και μαθημάτων που πραγματοποιούνται τόσο από την Ε.Γ.Ε., όσο και από την Ε.Π.Ε.Γ.Ε. ίσως θα ήταν χρήσιμο στο ετήσιο συνέδριο της Ε.Π.Ε.Γ.Ε. και ανεξάρτητα της θεματολογίας του, να υπάρχει ένα τραπέζι αποκλειστικά με συναδέλφους της επαρχίας οι οποίοι, διαφορετικοί κάθε φορά, θα παρουσιάζουν θέματα που θα έχει ορίσει η επιστημονική επιτροπή του συνεδρίου.

Μίλησέ μας για την πόλη που ζεις και εργάζεσαι την Καλαμάτα, μια πόλη που όπως και η ευρύτερη περιοχή γνωρίζει μια ανοδική πορεία τα τελευταία χρόνια. Η απάντησή σου θα είναι νομίζω σημαντική εν όψη και του επόμενου ηπατολογικού συνεδρίου που είναι προγραμματισμένο εδώ το Μάιο.

Η Καλαμάτα είναι πόλη χτισμένη σε πολύ όμορφη το-

ποθεσία. Με πολύ μεγάλο παραλιακό μέτωπο, καθαρή θάλασσα και πολύ μεγάλη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια λόγω του τουρισμού. Η οικονομία της είναι κυρίως αγροτική και με μια μεγάλη καπνοβιομηχανία, η οποία αποτελεί το δεύτερο μεγαλύτερο εργοδότη στην περιοχή μετά το ελληνικό δημόσιο. Ταυτόχρονα τα τελευταία χρόνια έχουν δημιουργηθεί πολλές καινούριες τουριστικές μονάδες μπροστά στη θάλασσα τόσο στην πόλη όσο και στην ευρύτερη περιοχή. Ο Ταΰγετος είναι ένα βουνό τόσο επιβλητικό, με τόσο εντυπωσιακή φύση και ταυτόχρονα τόσο κοντά στην πόλη που καμιά φορά έχεις την αίσθηση ότι οι πρόποδες του βουτούν μέσα στη θάλασσα. Η Καλαμάτα λοιπόν μπορεί να ικανοποιήσει ταυτόχρονα τους λάτρεις τόσο του βουνού όσο και της θάλασσας. Υπάρχουν επίσης αρκετοί αρχαιολογικοί χώροι με κορυφαίο την Αρχαία Μεσσήνη που μπορεί κανείς και αξίζει να επισκεφθεί. Είναι μια πόλη με έντονη πολιτιστική άνθηση τα τελευταία χρόνια. Επίσης λόγω ίσως και του γεγονότος ότι φιλοξενεί αρκετούς φοιτητές έχει εμπλουτιστεί και η νυχτερινή διασκέδαση με ωραίους χώρους και καλή μουσική που μπορεί κανείς να διασκεδάσει. Όσο για το χώρο της εστίασης εκεί το πράγμα οφείλω να ομολογήσω ότι έχει φτάσει σε ανώτερα επίπεδα όσον αφορά στην ποιότητα του φαγητού και στην παροχή υπηρεσιών από μέρους των εκπροσώπων της. Σας καλώ λοιπόν όλους να παραβρεθείτε στο Ηπατολογικό Συνέδριο. Θα χαρούμε να σας φιλοξενήσουμε.

Δώσε μας στη συνέχεια κάποια στοιχεία για τον εαυτό σου έξω και πέραν της ιατρικής, για δραστηριότητες, δεξιότητες, αγαπημένες ασχολίες.

Παλιά υπήρχε το κολύμπι. Ατελείωτες ώρες στις πισίνες, πρωταθλητισμός, κυνήγι χρόνων. Τώρα η μοναδική αθλητική μου δραστηριότητα είναι να κυνηγώ το γιο μου να διαβάσει και δεν τα καταφέρνω πάντα γιατί έχει μεγαλώσει και μου ξεφεύγει. Η αλήθεια είναι ότι η δουλειά μου δεν μου αφήνει πολύ ελεύθερο χρόνο. Στην Καλαμάτα υπάρχουν εκτός από το Δημοτικό Περιφερειακό Θέατρο, οκτώ ερασιτεχνικές ομάδες θεάτρου οι οποίες ανεβάζουν κάθε χρόνο παραστά-



σεις και προσπαθούμε να τις παρακολουθούμε όλες. Ασχολούμαι ακόμα πολύ λιγότερο βέβαια σε σχέση με παλαιότερα με το ψάρεμα και την ιστιοπλοΐα. Επίσης συμμετέχω ως ταμίας στο Διοικητικό Συμβούλιο της Ιατρικής Εταιρείας Μεσσηνίας, η οποία κάθε χρόνο διοργανώνει συνέδριο στο οποίο συμμετέχουν πολλοί Μεσσήνιοι Ιατροί. Φέτος το συνέδριο θα διεξαχθεί τον Ιούνιο και σας καλούμε επίσης να παραβρεθείτε.

Αν δεν επέλεγες την ιατρική ποιον επαγγελματικό τομέα θα ακολουθούσες;

“Σωκράτη, παράτα τα. Αφού σου έχω πει ότι δεν μπορείς να κάνεις τίποτε άλλο. Ασχολήσου καλύτερα με καμμία πολυεκτομή”. Αυτό μου λέει η σύζυγός μου κάθε φορά που προσπαθώ καταστροφικά να την βοηθήσω με τις δουλειές του σπιτιού. Δε νομίζω ότι θα μπορούσα να επιλέξω κάποιο άλλο επάγγελμα.

Στη ζωή μου πάντα θαύμαζα τους ανθρώπους που έχουν κάνει πράξη τις ιδέες τους είτε είναι επιστήμονες, είτε καλλιτέχνες, είτε συγγραφείς, είτε επαγγελματίες, είτε επιχειρηματίες, είτε και αν θέλετε πολιτικοί και με αυτές τις ιδέες βοήθησαν ώστε να προοδεύσει η ανθρωπότητα. Γνωρίζουμε ότι στη δουλειά μας εφαρμόζουμε στην καθημερινή μας πρακτική την ήδη αποκτηθείσα γνώση. Από μια ηλικία και μετά αποδέχεσαι το γεγονός ότι δεν βοηθάς στην εξέλιξη της ιατρικής αλλά στην σωστή και ποιοτική εφαρμογή των αποτελεσμάτων της εξέλιξης. Παραμένει όμως απειρίοριστος ο σεβασμός μας για τους συναδέλφους που όχι μόνο λόγω καριέρας ή οικονομικής αποκατάστασης, έχουν θυσιάσει πολλά έτσι ώστε να βοηθήσουν την ιατρική και γενικότερα την επιστήμη να προοδεύσει.

Και να κλείσουμε με ένα θέμα που νομίζω ότι δεν μπορεί να λείπει από τέτοιες συζητήσεις, καθώς εξακολουθεί να είναι κυρίαρχο της ζωής μας την τελευταία δεκαετία και θα εξακολουθήσει για πολλά ακόμα χρόνια... και αναφέρομαι στην κοινωνικοοικονομική κρίση. Έχει επηρεάσει τη σχέση ασθενούς με ιατρό και με ποιο τρόπο θεωρείς ότι αυτή θωρακίζεται καλύτερα; Επίσης τι

νομίζεις ότι κάνουμε λάθος;

Θα αποφύγω όσο μπορώ το πολιτικό σκέλος της απάντησης και θα μιλήσω μόνο για την ιατρική. Οι περισσότεροι στα ιατρεία μας κατά τη διάρκεια της κρίσης, ασκούσαμε και δυστυχώς ασκούμε ακόμα και κοινωνική πολιτική. Όχι για να βοηθήσουμε ή να αντιπολιτευτούμε τις κυβερνήσεις, αλλά για να βοηθήσουμε τους ασθενείς μας. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος που ελλοχεύει τα τελευταία χρόνια είναι η αντιμετώπιση της ιατρικής και της σχέσης ασθενούς – ιατρού με όρους αγοράς και μόνο. Όλοι εμείς που ασκούμε πρωτοβάθμια πρακτικά ιατρική αλλά και όλοι οι ιατροί, γνωρίζουμε ότι η σχέση με τον ασθενή είναι πρωτίστως και κυρίως σχέση εμπιστοσύνης και αυτό δεν πρέπει να αλλάξει. Η υπεραξία της δουλειάς μας στην καθημερινότητά της είναι το ευχαριστώ που βγαίνει από την ψυχή του ασθενούς μας. Η αντιμετώπιση της υγείας από αγαθό σε απλή οικονομική συναλλαγή εμπεριέχει τεράστιους κινδύνους για όλη την ανθρωπότητα. Ευτυχώς ακόμα στην Ελλάδα οι περισσότεροι ασθενείς αναγνωρίζουν την σχέση ιατρού-ασθενούς ως σχέση εμπιστοσύνης και έχουμε ακόμα πολλά περιθώρια ώστε να αποτρέψουμε η σχέση αυτή να γίνει σχέση απλά οικονομική. Αυτό που πρέπει να γίνει κατανοητό είναι ότι όταν ένας άνθρωπος απευθύνεται στον ιατρό είναι ασθενής και όχι πελάτης. Η κύρια διαφορά λοιπόν είναι, ότι ενώ τον πελάτη θέλεις να τον ξαναδείς στο μαγαζί σου, τον ασθενή θέλεις αν είναι δυνατόν να τον κάνεις καλά με το λιγότερο δυνατό κόστος, στο λιγότερο δυνατό χρόνο και να μην χρειαστεί να τον ξαναδείς.

Έτσι η φράση “χρήστης υπηρεσιών υγείας” εμπεριέχει εντελώς διαφορετική φιλοσοφία από τη λέξη “ασθενής” στην προσέγγιση των ανθρώπων.

Αν τα παραπάνω εφαρμοστούν στην επαγγελματική καθημερινότητα, σε συνδυασμό με σωστή ιατρική γνώση και συνεχή ενημέρωση είναι βέβαιο ότι ο ιατρός, είτε ελεύθερος επαγγελματίας είναι, είτε ασκεί την ιατρική στο δημόσιο σύστημα, θα είναι επιτυχημένος.

Η δυσκοιλιότητα, το σύνδρομο που καθορίζεται από δυσκολία στην κένωση, σκληρά κόπρανα, μη συχνές κενώσεις και αίσθημα ατελούς κένωσης, αποτελεί μεμονωμένο ή δευτεροπαθές φαινόμενο από άλλη υποκείμενη οντότητα. Αποτελεί νόσημα που επηρεάζει σημαντικά τη ζωή των ασθενών, οι οποίοι πολλές φορές εμφανίζουν δυσχέρεια να εκπληρώνουν ακόμη και καθημερινές υποχρεώσεις ή να ακυρώνουν προσωπικά σχέδια και εργασίες. Η δυσκοιλιότητα είναι «ακριβό» νόσημα αφού έχει ως αποτέλεσμα 2.5 εκατομμύρια επισκέψεις ετησίως με κόστος 230 εκατομμύρια δολάρια ετησίως, ενώ όταν συνυπολογιστούν και οι ενδοσκοπήσεις που προκύπτουν από τη διάγνωση της δυσκοιλιότητας το κόστος εκτοξεύεται στα 8 δις.

Ανά τον κόσμο παρατηρούνται μεγάλες διαφορές σε ότι αφορά τη σύσταση κοπράνων, το ημερήσιο βάρος αλλά και τη συχνότητα κενώσεων. Το 95% των ενηλίκων αναφέρουν από 3 έως 21 κενώσεις ανά εβδομάδα. Σκεπτόμενοι τον ορισμό του 1965, στη δυσκοιλιότητα υπάρχουν λιγότερες από 3 κενώσεις την εβδομάδα. Πλέον οι ορισμοί έχουν γίνει πιο αναλυτικοί με την εισαγωγή των κριτηρίων της Ρώμης IV για τη λειτουργική δυσκοιλιότητα (σχήμα 1). Στον ορισμό δίδεται σημασία στο γεγονός ότι δεν πληρούνται τα κριτήρια για το ευερέθιστο έντερο τύπου δυσκοιλιότητας, παρόλο που μπορούν να συνυπάρχουν πόνος ή/και μετεωρισμός χωρίς να είναι πρωτεύοντα συμπτώματα. Σε αντίθεση με την ιδιοπαθή δυσκοιλιότητα, η διάγνωση της αποφρακτικής δυσκοιλιότητας προϋποθέτει παθολογικές δοκιμασίες ορθοπρωκτικής λειτουργίας. Ιδιαίτερη οντότητα αποτελεί και η δυσκοιλιότητα από οπιοειδή η οποία μπορεί να είναι είτε πρωτοεμφανιζόμενη είτε να αφορά σε επιδείνωση προϋπάρχουσας δυσκοιλιότητας μετά από έναρξη ή αλλαγή δόσης οπιοειδών. Στον ορισμό της απαραίτητη προϋπόθεση είναι να συνυπάρχουν και δύο από τα συμπτώματα της

λειτουργικής δυσκοιλιότητας με το ίδιο όριο συχνότητας ($\geq 25\%$).

Ο επιπολασμός της δυσκοιλιότητας παγκοσμίως είναι περί το 16%, ενώ σε ηλικίες 60-101 ετών είναι 33.5%. Η διάρκεια της συμπτωματολογίας για το 69% των ασθενών είναι ≥ 3 έτη και για το 21% των ασθενών ≥ 10 έτη. Σε ελληνική μελέτη ο επιπολασμός είναι επίσης περί το 16%, με τις γυναίκες να προσβάλλονται σε αναλογία 2:1 σε σχέση με τους άντρες. Σε ηλικία 15-29 ετών η συχνότητα είναι 12%, ενώ σε ηλικίες 60-64 είναι 25%. Ο μέσος όρος συμπτωμάτων είναι 6.3 έτη.

Δυσκοιλιότητα προκαλούν παροδικά αίτια όπως ταξίδια, εγκυμοσύνη, αλλά και ο τρόπος ζωής (έλλειψη δραστηριότητας, ανορεξία, μειωμένη πρόσληψη φυτικών ινών). Στις αιτίες επίσης συμπεριλαμβάνονται παθήσεις του γαστρεντερικού (οργανικές ή λειτουργικές), συστηματικά νοσήματα (ενδοκρινικά, μεταβολικά) αλλά και νευρογενή αίτια (κεντρικού ή περιφερικού συστήματος). Στις οργανικές παθήσεις ανήκουν οι όγκοι, η χρόνια συστροφή, οι κήλες, οι στενώσεις, η εκκολπωμάτωση κτλ. Στις παθήσεις μυϊκού χιτώνα συμπεριλαμβάνονται η μυϊκή δυστροφία, η δερματομυοσίτιδα και η αμυλοείδωση. Ιδιαίτερη σημασία έχουν οι αλλοιώσεις πυελικού εδάφους (σύνδρομο καθόδου του περινέου) αλλά και τα νοσήματα του ορθοπρωκτικού σωλήνα (πρόπτωση ορθού, ορθοκήλη).

Στους παράγοντες κινδύνου δυσκοιλιότητας, χωρίς να σημαίνει ότι συσχέτιση σημαίνει απαραίτητως και αιτιολόγηση, ανήκουν το γυναικείο φύλο, η μεγάλη ηλικία, ο εγκλεισμός - ιδρυματισμός, η μειωμένη φυσική δραστηριότητα, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η χαμηλή γονική εκπαίδευση, οι ψυχιατρικές καταστάσεις (κατάθλιψη/άγχος), το ιστορικό φυσικής ή σεξουαλικής κακοποίησης και τα φάρμακα. Κυριότεροι αντιπρόσωποι φαρμάκων με επίδραση στις κενώσεις είναι τα αναλγητικά, τα αντιόξινα, τα αντι-

καταθλιπτικά, τα αντιπαρκινσονικά, τα σκευάσματα σιδήρου και τα οπιοειδή.

Πριν από οποιαδήποτε προσέγγιση του ασθενούς με δυσκοιλιότητα είναι απαραίτητο να ταξινομηθεί σε κατηγορίες: α) **Δυσκοιλιότητα φυσιολογικής διάβασης** και φυσιολογικής λειτουργίας ορθοπρωκτικής περιοχής (συμπεριλαμβανομένου και του συνδρόμου ευερεθίστου εντέρου). β) **Δυσκοιλιότητα βραδείας διάβασης** (πρέπει να υπάρχει απόδειξη βραδείας διάβασης με φυσιολογική λειτουργία πυελικού εδάφους). γ) **Αποφρακτική δυσκοιλιότητα** (πρωκτισμός, δυσσυνέργεια, σύνδρομο καθόδου περινέου). δ) **Συνδυασμός του (β) και (γ)**. ε) **Οργανική δυσκοιλιότητα** (μηχανική απόφραξη) που πρέπει οπωσδήποτε να αποκλειστεί, όταν ληφθούν υπόψιν παράγοντες όπως ηλικία, συμπτώματα συναγερμού ή κλινική σημειολογία στ) **Δευτεροπαθής** από μεταβολικά ή νευρολογικά σύνδρομα.

Στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας θέση κατέχουν οι μη-φαρμακευτικές, οι φαρμακευτικές και οι επεμβατικές μέθοδοι. Από τα συντηρητικά μέτρα, το νερό έχει πλέον σταματήσει να θεωρείται ως θεραπευτικό μέτρο, εκτός και εάν υπάρχει ένδειξη αφυδάτωσης του ασθενούς. Η μέτρια **φυσική δραστηριότητα** βοηθά στην αποβολή αερίων και στη μείωση του μετεωρισμού, ενώ η έντονη δραστηριότητα βελτιώνει συμπτώματα και ποιότητα ζωής. Η προτεινόμενη καθημερινή πρόσληψη σε **φυτικές ίνες** είναι 15-25 gr ημερησίως, ενώ η συνήθης είναι 7-15gr. Οι φυτικές ίνες βελτιώνουν τον όγκο και τη σύσταση των κοπράνων, μειώνουν το αίσθημα ατελούς κένωσης όμως για να φανούν αποτελέσματα είναι απαραίτητη η χρήση τους για τουλάχιστον 7-15 ημέρες. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι φυτικές ίνες βοηθούν σε δυσκοιλιότητα φυσιολογικής διάβασης, ενώ δεν έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα σε δυσκοιλιότητα από οπιοειδή και σε κατακεκλιμένους ασθενείς. Προτιμότερες είναι οι διαλυτές φυτικές ίνες

(ψύλλιο - ισπανγκούλα) παρά οι μη διαλυτές, όμως ο χρόνος θεραπείας είναι άγνωστος και οι μετρήσεις διαφέρουν από μελέτη σε μελέτη, αναλόγως σχεδιασμού και στόχου. Ανεξαρτήτως μελετών ή και προσδοκώμενου οφέλους, δικαιολογείται απόλυτα η χρήση τους διότι έχουν χαμηλό κόστος και αρκετή ασφάλεια. Τα **προβιοτικά** έχουν θέση στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας με αύξηση των κενώσεων, όμως καμία διαφορά σε ότι αφορά τη σύσταση των κοπράνων.

Από τις φαρμακευτικές θεραπείες, κυρίαρχη θέση έχουν τα γνωστά υπακτικά όμως συνεχώς δημιουργούνται νέοι παράγοντες (σερετονινεργικοί, εκκρινταγωγά, αναστολείς μεταφοράς χολικών οξέων) οι οποίοι «προσπαθούν» να λάβουν τη δική τους θέση στην προσπάθεια αντιμετώπισης της δυσκοιλιότητας είτε παραγκωνίζοντας τα παλαιότερα φάρμακα είτε σε συνεργασία με αυτά. Στους **ωσμωτικούς παράγοντες** ανήκουν τα διαλύματα πολυαιθυλικής γλυκόλης, τα διαλύματα που βασίζονται στο Mg, τα διαλύματα που βασίζονται στα φωσφορικά και οι μη απορροφούμενοι υδατάνθρακες. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται σε τυχόν συνυπάρχουσα νεφρική νόσο, ιδίως με τα φωσφορικά, διότι μπορούν να προκαλέσουν υποφωσφαταιμία, υποκαλσιαιμία και υποασβεστιαίμία. Η **πολυαιθυλική γλυκόλη** έχει μεγάλα μόρια που έχουν τη δυνατότητα δέσμευσης ύδατος χωρίς να μεταβολίζονται από το εντερικό μικροβίωμα. Προκαλούν αύξηση του όγκου των κοπράνων και ενεργοποιούν προωθητικές συσπάσεις. Σε μελέτες υπερέχουν στην αποτελεσματικότητα σε σχέση με εικονικό φάρμακο είτε είναι διαλύματα χωρίς ηλεκτρολύτες είτε διαλύματα με ηλεκτρολύτες. Στη μεταξύ τους σύγκριση δεν υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, ενώ δεν απαιτούνται δοσολογίες πλέον της συνήθους δόσης. Τα διαλύματα πολυαιθυλικής γλυκόλης υπερέχουν στη σύγκριση με λακτουλόζη και με αγωνιστές σεροτονίνης. Αντίστοι-

κα καλό αποτέλεσμα σε σχέση με εικονικό φάρμακο παρουσιάζουν και σε ηλικιωμένους ασθενείς αλλά και στην εγκυμοσύνη. Φαίνεται ότι αυξάνουν τη συχνότητα των κενώσεων βελτιώνοντας παράλληλα τον κοιλιακό πόνο, την προσπάθεια για κένωση και τον πόνο στην αφόδευση.

Τα **ερεθιστικά καθαρτικά** (βισακοδύλη, υπόθετα γλυκερίνης, πικοθειϊκό νάτριο, σέννα) αποτελούν το δεύτερο βήμα, ειδικότερα χορηγούνται μετά τη 2η-3η μέρα χωρίς κένωση. Επάγουν τη σύσπαση του παχέος, έχουν εκκριτική και αντιαπορροφητική δράση χωρίς να προκαλούν νευρολογική βλάβη. Είναι πλέον αναγνωρισμένο ότι οποιαδήποτε βλάβη ανευρίσκεται σε τέτοιους ασθενείς αφορά το αίτιο της δυσκοιλιότητας και όχι το αποτέλεσμα της χρήσης καθαρτικών.

Από τους νεότερους παράγοντες ξεχωριστή θέση κατέχουν οι **αγωνιστές υποδοχέων σεροτονίνης**. Επάγουν ταχεία μετασυναπτική δράση σε νευρώνες, απελευθερώνουν νευροδιαβιβαστές όπως η ακετυλοχολίνη, προκαλούν βλεννογονική έκκριση και επιταχύνουν τη διάβαση παχέος. Τα πρώτα χρησιμοποιούμενα φάρμακα, cisapride (propulsid) και tegaserod (zelnorm), έχουν ανταγωνιστική δράση σε υποδοχείς που έχουν αγγειακή δράση, επιδρούν σε ιοντικά κανάλια (hERG channels) ή στο QTc διάστημα προκαλώντας αρρυθμολογικά προβλήματα. Η **cisapride** καταργήθηκε λόγω των ανωτέρω παρενεργειών. Το **tegaserod** έγινε αποδεκτό από το FDA το 2002 για γυναίκες με ΣΕΕ, το 2004 η έγκριση επεκτάθηκε σε άντρες όμως το φάρμακο αποσύρθηκε το 2007 λόγω καρδιαγγειακών θεμάτων. Έγινε προσπάθεια επανεισαγωγής του χωρίς, προς το παρόν, αποτέλεσμα. Η **prucalopride (resolor)** έχει 100 φορές μεγαλύτερη συγγένεια με τον υποδοχέα 5-HT₄ που σχετίζεται με την προκινητική δράση, από ότι με τους υπόλοιπους υποδοχείς, έχοντας σαφές προβάδισμα σε ότι αφορά την ασφάλεια και το ισοζύγιο ωφέλειας – κινδύνου. Η

prucalopride υπήρξε αρχικά στην αγορά για 2 έτη με σύσταση δοσολογίας 2mg/ημ σε ενήλικες (γυναίκες στις οποίες έχουν αποτύχει οι άλλοι παράγοντες), και 1 mg/ημ σε ηλικιωμένους. Το Δεκέμβριο του 2018 το φάρμακο έγινε αποδεκτό από το FDA. Η έγκριση βασίστηκε σε 6 κλινικές μελέτες 12 ή 24 εβδομάδων σε 2484 ασθενείς. Κατά μέσο όρο, οι ασθενείς εμφάνισαν ≥3 κενώσεις/εβδ σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, ενώ είχαν ταχεία ανταπόκριση από την πρώτη εβδομάδα με αποτέλεσμα σταθερό σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες παρουσιάστηκαν κεφαλαλγία, ναυτία, διάρροια και κοιλιακό άλγος. Το χαρακτηριστικό είναι ότι αυτές αναφέρθηκαν όταν στη μελέτη συμπεριλαμβάνονταν η πρώτη μέρα θεραπείας. Όταν από τη μελέτη εξαιρέθηκε η πρώτη μέρα θεραπείας, οι ανεπιθύμητες ενέργειες δεν είχαν στατιστικώς σημαντική διαφορά από το εικονικό φάρμακο. Άλλος εκλεκτικός αγωνιστής σεροτονίνης, το velusetrag σε μελέτη φάσης 2 είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική βελτίωση σε συχνότητα, σύσταση κοπράνων και προσπάθεια στην κένωση.

Η επόμενη κατηγορία νέων φαρμάκων, τα **εκκρι-ταγωγά**, ενεργοποιούν την αντλία Cl, μεταφέροντας ιόντα στον εντερικό αυλό συμπαρασύροντας Na και νερό. Η **lubiprostone (amitiza)** είναι ένα δικυκλικό λιπαρό οξύ που επάγει την εντερική έκκριση, δεν επηρεάζει την κινητικότητα, αλλά αυξάνει τη διάβαση λεπτού και παχέος. Βοηθά στην αύξηση του αριθμού των κενώσεων σε σχέση με εικονικό φάρμακο ενώ βελτιώνει τη σύσταση, την προσπάθεια για κένωση και το μετεωρισμό. Η δοσολογία του είναι 24 mg/ δύο φορές την ημέρα στη χρόνια δυσκοιλιότητα και 8mg/ δύο φορές την ημέρα σε ΣΕΕ τύπου δυσκοιλιότητας. Δε χορηγείται σε εγκύους. Ανεπιθύμητες ενέργειες αποτελούν η ναυτία και η διάρροια ενώ υπάρχει πιθανότητα επίτασης της δυσκοιλιότητας (rebound effect) με τη διακοπή του φαρμάκου. Η linaclotide (linzess)

είναι αγωνιστής GC-C, ενός ελάχιστα απορροφήσιμου πεπτιδίου, ομόλογου της εντεροτοξίνης που προκαλεί διάρροια από E.coli. Αυξάνει το ενδοκυττάριο νουκλεοτίδιο cGMP έχοντας αντίκτυπο στη βελτίωση των κενώσεων αλλά και το εξωκυττάριο cGMP έχοντας όφελος στον πόνο, γι'αυτό και κατέχει σημαντική θέση στην αντιμετώπιση του ΣΕΕ τύπου δυσκοιλιότητας. Έχει ελάχιστη βιοδιαθεσιμότητα και εξωεντερικές παρενέργειες. Η linaclotide έχει λάβει έγκριση για το ευερέθιστο έντερο, γεγονός που βασίστηκε σε δύο διπλές τυφλές μελέτες 1604 ασθενών που έλαβαν 290 mcg ή εικονικό φάρμακο μειώνοντας το κοιλιακό άλγος και αυξάνοντας τις κενώσεις. Η έγκριση για τη λειτουργική δυσκοιλιότητα βασίστηκε σε δύο διπλές τυφλές μελέτες 1272 ασθενών που έλαβαν 145mcg ή 290mcg ή εικονικό φάρμακο. Οι ασθενείς που έλαβαν το φάρμακο είχαν περισσότερες κενώσεις και η δόση που εγκρίθηκε τελικά είναι 145mcg. Αν και χρειάζονται επιπλέον μελέτες για πιθανή τοξικότητα του φαρμάκου, προς το παρόν φαίνεται ότι δεν προκαλεί το rebound effect μετά από διακοπή.

Αναστολείς χολικών οξέων: το **elobixibat** αναστέλλει μεταβιβαστές χολικών οξέων, αυξάνοντας τα χολικά οξέα στο έντερο και επιδρώντας στην κινητικότητα του παχέος. Οι ασθενείς που το έλαβαν σε δοσολογία έως 20 mg/ είχαν σημαντική αύξηση του αριθμού των κενώσεων, κένωση εντός του 1ου 24ώρου, ενώ παρουσίαζαν και πτώση στη χοληστερίνη.

Το **naloxegol (movantik)** χρησιμοποιείται στη δυσκοιλιότητα από οπιοειδή. Βασίζεται στο μόριο της ναλοξόνης, μειώνοντας τη δράση των οπιοειδών στο έντερο χωρίς να μπλοκάρει τη δράση στον εγκέφαλο. Προκαλεί αύξηση των κενώσεων κατά 40% ενώ έχει ανεπιθύμητες ενέργειες κοιλιακό άλγος, διάρροια, ναυτία. Παραπλήσια φάρμακα είναι το naldemedine (symproic) και το methylnaltrexone (relistor).

Η **βιοανάδραση** αποτελεί θεραπεία συμπεριφοράς και βοηθά στην επανεκπαίδευση σε περιπτώσεις αποφρακτικής δυσκοιλιότητας με παθολογική μανομετρία. Έχει πολύ καλά αποτελέσματα, ακόμη και σε σχέση με καθαρτικά. Η συσκευή βιοανάδρασης μπορεί να συμπεριλαμβάνει μανομετρικό ή ηλεκτρομυογραφικό καθετήρα, μπαλόνι ή ακόμα και συσκευή για χρήση στο σπίτι. Ο μανομετρικός καθετήρας περιλαμβάνει μικροπομπούς που αποστέλλουν πληροφορίες των πιέσεων της ορθοπρωκτικής περιοχής σε οθόνη. Οι ασθενείς καλούνται να ασκήσουν κατάλληλη διαφραγματική αναπνοή και πίεση και, να ωθήσουν ώστε να αφοδεύσουν με επαρκή χάλαση των σφιγκτήρων χωρίς τις μη αναγκαίες πιέσεις που αναστέλλουν την κένωση. Η οπτική επιβεβαίωση της καταγραφής των πιέσεων μαζί με τη λεκτική επιβεβαίωση του θεραπευτή βοηθούν στο συγχρονισμό των κινήσεων και την εξασφάλιση σταθερού αποτελέσματος.

Η **διέγερση του ιερού νεύρου**, επιτυγχάνει φυσιολογική αφόδευση και έχει ένδειξη στην ιδιοπαθή δυσκοιλιότητα με φυσιολογικό ή μειωμένο χρόνο διάβασης. Οι ασθενείς υποβάλλονται σε μία αρχική διαδερμική αξιολόγηση της ακεραιότητας της νευρωνικής οδού και αναγνώριση του σωστού ιερού τμήματος για την τοποθέτηση του ηλεκτροδίου. Εάν υπάρχει ικανοποιητική απάντηση, ορισμένη ως σύσπαση του πυελικού εδάφους, τότε τοποθετείται ένα προσωρινό καλώδιο διέγερσης (Medtronic InterStim model 3057, Minneapolis, Minnesota, USA), που συνδέεται με εξωτερική γεννήτρια. Για ένα διάστημα 3 εβδομάδων, οι ασθενείς καταγράφουν τις συνήθειες του εντέρου ώστε να καθοριστεί η αποτελεσματικότητα της διέγερσης. Για να είναι οι ασθενείς υποψήφιοι για μόνιμη εμφύτευση πρέπει να έχουν υποκειμενική βελτίωση των συμπτωμάτων σε απουσία αυξημένης χρήσης καθαρτικών, υποκλυσμών ή χειροπρακτικής βοήθειας κένωσης. Τα ελάχιστα κριτήρια αποτελούν η αύξη-

ση στη συχνότητα των κενώσεων σε 3 ή περισσότερες την εβδομάδα, και/ή μείωση κατά $\geq 50\%$ στον αριθμό των επεισοδίων πίεσης και/ή μείωση $>50\%$ στην αίσθηση ατελούς κένωσης. Ο μόνιμος νευροδιεγέρτης (INS; Medtronic InterStim Model 3023) εμφυτεύεται υπό αντιβιοτική αγωγή σε υποδόριο χώρο στο γλουτό και συνδέεται με ηλεκτρόδιο μέσω ειδικού καλωδίου.

Η **χειρουργική θεραπεία** αφορά είτε την αποφρακτικού τύπου δυσκοιλιότητα όπου γίνεται προσπάθεια διόρθωσης του υποκείμενου αιτίου είτε τις περιπτώσεις λειτουργικής δυσκοιλιότητας με μειωμένο χρόνο διάβασης αφού όμως αποκλειστούν παθήσεις πυελικού εδάφους. Η προτιμώμενη επέμβαση είναι η ειλεορρηκτική αναστόμωση η οποία πρέπει να γίνεται στο άνω τριτημόριο του ορθού και όχι εγγύτερα ή απώτερα. Πριν την απόφαση για χειρουργείο πρέπει οπωσδήποτε να γίνεται πλήρης μελέτη του ασθενούς, διότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα αποτυχίας εάν δεν αποκαλυφθούν τυχόν μικτές καταστάσεις (συνύπαρξη δυσκοιλιότητας βραδείας διάβασης και παθήσεων πυελικού εδάφους).

Συμπερασματικά, ο τύπος της δυσκοιλιότητας παίζει ρόλο και στην επιλογή αλλά και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Για παράδειγμα στο μειωμένο χρόνο διάβασης έχουν θέση τα προκινητικά και τα εκκριταγωγικά, ενώ στην αποφρακτικού τύπου δυσκοιλιότητα η βιοανάδραση. Φαίνεται ότι υπάρχει μεγάλος αριθμός φαρμακευτικών επιλογών χωρίς απαραίτητα «ικανοποίηση» από τους ασθενείς. Τα νέου τύπου καθαρτικά θεωρούνται αποτελεσματικά φάρμακα όμως δεν είναι σαφές η θέση τους στον αλγόριθμο θεραπείας. Πολλοί μελετητές εξάλλου, πλην των γνωστών και «παλαιών» φαρμάκων, δεν αναγνωρίζουν σαφή αλγόριθμο θεραπείας στον οποίο θα συμπεριλαμβάνονται συγκεκριμένοι παράγοντες. Επιπλέον, το κόστος των νέων φαρμάκων υπερβαίνει κατά πολύ αυτό των παλαιότερων θεραπειών χωρίς απαραίτητα να σημαίνει

ότι έχουν και καλύτερα αποτελέσματα, νέο φάρμακο δε σημαίνει απαραίτητα και καλύτερο.

Βιβλιογραφία

1. Mearin F, Ciriza C, Minguez M et al. Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult. Rev Esp Enferm Dig 2016;108:332-363.
2. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on Constipation. Gastroenterology 2013.
3. Farmer AD, Holt CB, Downes TJ et al. Pathophysiology, diagnosis and management of opioid-induced constipation. Lancet Gastroenterol Hepatol 2018;3:203-212.
4. Jadallah KA, Kullab SM, Sanders DS. Constipation – predominant irritable bowel syndrome: a review of current and emerging drug therapies. World J Gastroenterol 2014;20(27):8898-8909.
5. Lasa JS, Altamirano MJ, Bracho LF et al. Efficacy and safety of intestinal secretagogues for chronic constipation: a systematic review and meta-analysis. Arq Gastroenterol 2018;55suppl:2-12.
6. Katelaris P, Naganathan V, Liu K et al. Comparison of the effectiveness of polyethylene glycol with and without electrolytes in constipation: a systematic review and network meta-analysis. BMC Gastroenterol 2016;16:42.
7. Wong BS, Manabe N, Camilleri M. Role of prucalopride, a serotonin (5-HT₄) receptor agonist, for the treatment of chronic constipation. Clinical and Experimental Gastroenterology 2010;3:49-56.
8. Patcharatrakul T, Rao SSC. Diagnosis and treatment of Dyssynergic Defecation. J Neurogastroenterol Motil 2016;22:423-435.



Τεχνική νοημοσύνη (και) στην ενδοσκοπική εκτίμηση της ελκώδους κολίτιδας

Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (ΙΦΝΕ) είναι χρόνιες παθήσεις που συχνά συνδέονται με σημαντική νοσηρότητα και υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των πασχόντων. Πληθώρα φαρμακευτικών ουσιών είναι πλέον διαθέσιμες στους γαστρεντερολόγους, προκειμένου, τόσο να ελέγχονται οι εξάρσεις των νοσημάτων, όσο και να διατηρούνται αυτά σε μακροχρόνια ύφεση.

Είναι γνωστό, πως στην ελκώδη κολίτιδα εξαιρετικής σημασίας για την επιλογή της ενδεδειγμένης φαρμακευτικής αντιμετώπισης διαδραματίζουν η κλινική βαρύτητα των συμπτωμάτων και η έκταση της φλεγμονής στο παχύ έντερο. Με αυτά τα δεδομένα χορηγείται στον ασθενή η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, από τη σωστή οδό και στη πρέπουσα φαρμακοτεχνική μορφή (ταμπλέτες, υπόθετα, υποκλυσμοί, ορθικοί αφροί, κλπ.).

Δεδομένης της σημασίας της ενδοσκοπικής εκτίμησης της έκτασης και της βαρύτητας στην ελκώδη κολίτιδα, συχνά στην κλινική πράξη αναδύεται το ερώτημα αν ο ενδοσκόπος είναι σε θέση να αξιολογήσει με ακρίβεια τις εν λόγω παραμέτρους, ώστε στη συνέχεια να χορηγήσει τη σωστή θεραπεία. Στη σωστή ενδοσκοπική εκτίμηση υπεισέρχονται παράγοντες όπως είναι η εμπειρία του ενδοσκόπου και η σχετική του εκπαίδευση, ενώ φαίνεται πως υπάρχει σημαντική μεταβλητότητα στην εκτίμηση της ίδιας βλάβης μεταξύ διαφόρων ενδοσκόπων (interobserver variability).

Με στόχο την αντικειμενοποίηση της ενδοσκοπικής εκτίμησης στην ελκώδη κολίτιδα ερευνητές από την Ιαπωνία ανέπτυξαν ένα πρόγραμμα ηλεκτρονικών υπολογιστών βασιζόμενο στην τεχνική νοημοσύνη, προκειμένου να εξετάσουν την απόδοση του σε ενδοσκοπικές εικόνες ασθενών με το νόσημα αυτό. Το πρόγραμμα αρχικά «εκπαιδεύτηκε» σε 26.303 κολονοσκοπικές εικόνες 841 ασθενών, ώστε να αναγνωρίζει το Mayo score και την ανατομική εντόπιση. Στη συνέχεια η απόδοσή του εξετάστηκε σε 3981 εικόνες 114 ασθενών.

Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, το εν λόγω πρόγραμμα ήταν αποτελεσματικό στην αξιολόγηση του Mayo score, ενώ η απόδοσή του ήταν καλύτερη στο ορθό σε σχέση με το αριστερό και το δεξιό κόλο. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν πως το υπό μελέτη σύστημα θα μπορούσε να βοηθήσει στη σωστότερη εκτίμηση της βαρύτητας και εντόπισης της φλεγμονής, ιδιαίτερα τους μη έμπειρους στον τομέα ενδοσκόπους. Απώτερος στόχος είναι, βέβαια, η ορθότερη αντιμετώπιση των νοσημάτων και η ωφέλεια που αυτή επιφέρει στην πορεία των ασθενών.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Ozawa T et al. Novel computer-assisted diagnosis system for endoscopic disease activity in patients with ulcerative colitis. Gastrointest Endosc. 2019 Feb;416-421.e1



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΕ ΓΑΛΛΙΑ ΚΑΙ ΒΕΛΓΙΟ:
Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΜΟΥ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Γιώργος Μαυρογένης

Ο δρόμος της επεμβατικής ενδοσκόπησης είναι μακρύς, ανηφορικός και χρειάζεται υπομονή και επιμονή. Το εύρος των ενδοσκοπικών πράξεων επεκτείνεται με ταχείς ρυθμούς και είναι πλέον δύσκολη η εκπαίδευση σε όλο το φάσμα της επεμβατικής ενδοσκόπησης σε ένα νοσοκομείο. Θα μπορούσαμε να ομαδοποιήσουμε τις επεμβάσεις στις εξής κατηγορίες: 1) πολυεκτομές 2) αντιμετώπιση αιμορραγιών 3) τοποθέτηση ενδοπροθέσεων 4) ERCP, 5) EUS-FNA/EUS drainage, 6) ESD, POEM, STER, G-POEM. Επιπλέον υπάρχουν και άλλες ενδιαφέρουσες λειτουργικές/ηπατολογικές εξετάσεις όπως μανομετρία οισοφάγου-πρωκτού, βιοψίες ήπατος, Fibroscan, πεχαμετρία εμπέδηση. Αναλόγως των προσωπικών προτιμήσεων και δεξιοτήτων, υπάρχει και ένα ενδιαφέρον πεδίο για κάθε γαστρεντερολόγο. Το ερώτημα βέβαια είναι το πώς αποκτάμε πρόσβαση σε αυτές τις τεχνικές. Οι επιλογές είναι πολλές και δεν υπάρχει πεπατημένη οδός. Στις επόμενες παραγράφους θα σας μεταφέρω την προσωπική μου εμπειρία από την ειδικότητά μου σε Γαλλία και Βέλγιο.

Αποφοίτησα από την Ιατρική Ηρακλείου το 2007. Το διάστημα 2007-2009 παρακολούθησα μία ποικιλία από γαστρεντερολογικά και ενδοσκοπικά συνέδρια και επισκέφτηκα νοσοκομεία στην Αμερική και την Ευρώπη προκειμένου να καταλάβω ποιο είναι το αντικείμενο της επεμβατικής ενδοσκόπησης και ποιοι είναι οι Key Leaders αξιοποιώντας υποτροφίες της ESGE, της ASGE και το προσωπικό μου budget (ή μάλλον των γονιών μου). Το 2009 ξεκίνησα την ειδικότητα της γαστρεντερολογίας στην Γαλλία σε πόστο FFI (faisant fonction d'intérne/praticien attaché associé). Πρόκειται για έμμισθη θέση με εφημερίες όπου ο γιατρός καλύ-

πτει θέση ειδικευόμενου. Οι προσλήψεις γίνονται με συνέντευξη και αφορούν εξαμηνιαία συμβόλαια το φθινόπωρο και την άνοιξη. Αναγνωρίζονται από το ελληνικό υπουργείο Υγείας ως θέσεις ειδικότητας. Εναλλακτικά υπάρχουν θέσεις Chef de Clinique (επιμελητού για ειδικούς). Στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Στρασβούργου εξοικειώθηκα με την διαγνωστική γαστροσκόπηση, κολονοσκόπηση και την αντιμετώπιση αιμορραγιών πεπτικού. Μετά από 2 χρόνια παραμονής στο ίδιο νοσοκομείο, προσπάθησα να βρω θέση ειδικευόμενου όπου θα είχα πρόσβαση σε ERCP και ενδοσκοπικό υπέρηχο. Και δεν εννοώ observation, αλλά hands on. Τελικά μετά από ψάξιμο, αρκετές αιτήσεις και μια σειρά από συγκυρίες, βρέθηκα σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο του Βελγίου. Η προηγούμενη εξοικείωσή μου με επιστημονικές δημοσιεύσεις, κέντρισε το ενδιαφέρον το διευθυντή της γαστρεντερολογικής κλινικής, ο οποίος μου έδωσε θέση στο τμήμα επεμβατικής ενδοσκόπησης. Πρόκειται για έμμισθες θέσεις ειδικευόμενου με κανονικές αρμοδιότητες και με ένταξη στο πρόγραμμα εφημεριών (assistant libre, 1800 ευρώ καθαρά+100-500 ευρώ η εφημερία). Από την πρώτη μέρα μου επέτρεψαν την επαφή με EUS/ERCP (είχα 10 λεπτά να διεκπεραιώσω κάθε περιστατικό προτού αναλάβει ο ειδικός). Μετά από μερικούς μήνες άρχισα να αυτονομούμαι σε ένα 80% των περιστατικών. Αποδεχόμενοι ότι εφημερία υπήρχε διαθέσιμη και δεδομένου ότι δεν υπήρχε νοσηλεύτρια στις εφημερίες, έκανα ότι απαιτούσε η διενέργεια μίας επείγουσας ενδοσκόπησης/ERCP ως βοηθός του επιμελητή, ο οποίος ήταν χαρούμενος που δεν θα αναλάμβανε το περιστατικό μόνος του αργά το βράδυ. Ταυτόχρονα όμως προσπαθούσα να κρατήσω και ένα ακαδημαϊκό προφίλ το οποίο θα μου κρατούσε ανοιχτή την πρόσβαση

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΕ ΓΑΛΛΙΑ ΚΑΙ ΒΕΛΓΙΟ:
Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΜΟΥ ΕΜΠΕΙΡΙΑ



σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο μελλοντικά. Προσπάθησα να δημοσιεύσω ότι ενδιαφέρον περιστατικό συναντούσαμε και έδινα παρόν σε DDW και ευρωπαϊκά ενδοσκοπικά meeting. Η πρόσβαση στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία του Βελγίου ήταν δύσκολη και δε θα ξεχάσω τα λόγια του καθηγητή Deprez ο οποίος μου είπε 'Ελληνες δεν δέχομαι, διότι με έχουνε απογοητεύσει. Εχω μεγάλη ζήτηση και δεν μου περισσεύει θέση'. Αυτό με πείσωσε ακόμα περισσότερο και τελικά ο ίδιος καθηγητής βλέποντας την δραστηριότητα μου στα Βελγικά ενδοσκοπικά meeting με κάλεσε 2 χρόνια αργότερα

για να με προσλάβει ως βοηθό του σε έμμισθη θέση ειδικευόμενου (assistant boursier). Κατά την παραμονή μου στο Saint Luc των Βρυξελλών, βίωσα τον σκληρό ανταγωνισμό για την πρόσβαση στην μαγική αίθουσα της επεμβατικής ενδοσκόπησης. Τον δύσκολο αυτό ένα χρόνο απόλαυσα την μαγεία της επεμβατικής ενδοσκόπησης ενώ ταυτόχρονα προσπαθούσα καθημερινά να αποδείξω ότι άξιζα μία θέση σε αυτό το χώρο ανάμεσα σε Βέλγους και Γάλλους συνειδικευμένους. Τελικά κατάφερα να αποκτήσω τις πρώτες εμπειρίες με ESD/POEM και επεμβατικού EUS που αποτελούν πλέον και το βα-



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΕ ΓΑΛΛΙΑ ΚΑΙ ΒΕΛΓΙΟ:

Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΜΟΥ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Γιώργος Μαυρογένης

σικό μου ενδοσκοπικό ενδιαφέρον. Δεν έφτανε βέβαια η εμπειρία της κλινικής. Τα απογεύματα χρησιμοποιήσουμε τα υλικά της ESD σε στομάχια χοίρων ex vivo και δοκιμάζαμε τις δυνατότητές μας. Επιπλέον κατά καιρούς πήγαινα σε ESD Workshops της Olympus και ERBE (παρόμοια με αυτά που διοργανώνονται τώρα στην ΕΛΠΕΝ). Με τον τρόπο αυτό απέκτησα την ελάχιστα απαιτούμενη εμπειρία προτού κάνω μόνος μου τα πρώτα ESD περιστατικά στο 6ο έτος της ειδικότητας.

Παράλληλα βέβαια με την εξοικείωση με τις επεμβατικές αυτές τεχνικές έβλεπα ότι είχα ελλείψεις γνώσεις σε διάφορες πτυχές της γαστρεντερολογίας όπως ο υπέρηχος, η πρωκτολογία, και η πεχαμετρία, μανομετρία. Προκειμένου να εμβαθύνω το γνωστικό μου πεδίο ξεκίνησα από το 2011 μέχρι το 2015 μια σειρά από μεταπτυχιακά προγράμματα στο γαλλικό σύστημα τα λεγόμενα DIU (Diplome intra universitaire) (ταυτόχρονα με την ειδικότητα). Πρόκειται για μετεκπαιδευτικά πανεπιστημιακά προγράμματα του γαλλικού συστήματος υγείας που σε εξειδικεύουν σε μία σειρά από γνωστικά αντικείμενα. Επέλεξα το DIU υπέρηχων (1 έτους), πρωκτολογίας (2 έτη), ΙΦΝΕ (1 έτος), μανομετρίας-εμπέδησης (1 έτους). Τα προγράμματα αυτά πραγματοποιούνται με διαδικτυακά μαθήματα, ημερίδες 7-14 ημερών ημερών στην Γαλλία, πρακτική άσκηση σε νοσοκομεία Γαλλίας ή Βελγίου και εξετάσεις στο τέλος της ακαδημαϊκής περιόδου.

Ετσι, στο τέλος της ειδικότητας το 2015, αποφάσισα να επιστρέψω Ελλάδα εν μέσω κρίσης. Ξεκίνησα δειλά τις πρώτες επεμβάσεις ESD/ EUS στο Mediterraneo και από το 2018 τις POEM. Η ενσχόληση στον ιδιωτικό τομέα είναι μοναχική και

μου λείπει η παρουσία του μέντορα στα πολύπλοκα περιστατικά ή στις επιπλοκές. Ωστόσο, η αγάπη μου για την επεμβατική ενδοσκόπηση μου δίνει θάρρος να συνεχίσω και όποτε απαιτείται συμβουλευόμαι πιο έμπειρους γαστρεντερολόγους στην Ελλάδα ή το εξωτερικό.

Ο προβληματισμός μου τώρα είναι πώς θα συνεχίσω να εξελίσσομαι και να παραμένω up to date. Η μόνη λύση είναι τα συνέδρια, τα workshop, τα περιοδικά και το youtube.

Ελπίζω η προσωπική μου εμπειρία να ενθαρρύνει και άλλους συναδέλφους να αναζητήσουν ευκαιρίες στο εξωτερικό σε ένα ή περισσότερα κέντρα προκειμένου να αποκτήσουν πρόσβαση και εμπειρίες στην επεμβατική ενδοσκόπηση. Στο παραπάνω κείμενο σας περιέγραψα την εμπειρία από Γαλλία και Βέλγιο, ωστόσο υπάρχουν εξαιρετικά κέντρα σε όλες τις χώρες της Ευρώπης (Ιταλία, Γερμανία, Αγγλία, Σουηδία, Ελβετία). Εξαρτάται αν θέλουμε έμμισθη θέση, θέση παρατηρητή, ερευνητή και τι ξένες γλώσσες γνωρίζουμε. Βέβαια, η Ευρώπη δεν είναι μοναδική λύση ακαθώς όλο και περισσότεροι συνάδελφοι απευθύνονται και σε ασιατικές χώρες όπως η Κίνα και η Ιαπωνία. Με ένα email και ένα recommendation μπορούν να δοθούν απίστευτες δυνατότητες εκπαίδευσης.

Ο Γιώργος Μαυρογένης διατηρεί κανάλι στο Youtube με εκπαιδευτικά video επεμβατικής ενδοσκόπησης (ESD/POEM/EUS/EMR) τα οποία είναι προσβάσιμα εδώ:

<https://www.youtube.com/user/EndoscopyVideo>



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ
17^η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ - ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

7-8/12/2019, Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani-Caravel



Γραμματεία:

CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL E.E. Οργάνωση Συνεδρίων
Μαϊνάνδρου 23, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210-72 100 52, 210-72 10 001, Web site: www.congressworld.gr, e-mail: cv@congressworld.gr



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Η ΡΟΕΜ ΠΕΡΑΝ ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ.

ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΟΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ.

ΝΕΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΧΩΡΟΥ

Μαρία Παλατιανού, Κωνσταντίνος Χ. Δελής

Εισαγωγή

Η διαστοματική ενδοσκοπική μυοτομή (peroral endoscopic myotomy, POEM), είναι μια καθιερωμένη πλέον επεμβατική ενδοσκοπική μέθοδος, του λεγόμενου 3ου χώρου (third space endoscopy), για την αντιμετώπιση κυρίως της αχαλασίας του οισοφάγου. Εφαρμόστηκε για πρώτη φορά σε ανθρώπους από τον καθηγητή Inoue, ως μια εναλλακτική και λιγότερο επεμβατική σε σχέση με την λαπαροσκοπική μυοτομή, θεραπεία της αχαλασίας.

Η επιτυχής εφαρμογή της POEM στη θεραπεία της αχαλασίας και των άλλων σπαστικών καταστάσεων του οισοφάγου αποτέλεσε το έναυσμα ώστε να επεκταθεί η χρήση της και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από «υπερτονικούς» μυϊκούς σφικτήρες σε κάποια σημεία του γαστρεντερικού σωλήνα ή εμφανίζονται ως αποτέλεσμα αυξημένης ενδοαυλικής πίεσης στον οισοφάγο.

Έτσι, η POEM έχει χρησιμοποιηθεί προκειμένου να αντιμετωπισθούν τα συμπτώματα της ανθεκτικής γαστροπάρεσης μέσω της επιχειρούμενης πυλωρομυοτομής αλλά και στην θεραπεία εκκολπωμάτων του οισοφάγου όπως είναι τα εκκολπώματα Zenker, ή τα επιφρενικά. Στον κατώτερο γαστρεντερικό σωλήνα, η POEM έχει επίσης χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της συμπτωματολογίας της νόσου του Hirschsprung στο τελικό τμήμα του παχέος εντέρου με ενδοσκοπική μυοτομή του πρωκτικού σφικτήρα.

Παρακάτω ακολουθεί μια αναλυτικότερη παράθεση αυτών των καινοτόμων εφαρμογών της

POEM στην αντιμετώπιση των προαναφερθέντων καταστάσεων.

Αρχές της κλασσικής POEM

Στην POEM χρησιμοποιούνται οι τεχνικές και ο ενδοσκοπικός εξοπλισμός που έχουν αναπτυχθεί για τον ενδοσκοπικό υποβλεννογόνιο διαχωρισμό (endoscopic submucosal dissection, ESD). Εκμεταλλεύμενοι τον χαλαρό υποβλεννογόνιο χώρο του οισοφάγου με την βοήθεια ενός εύκαμπτου ενδοσκοπίου και κατάλληλων ηλεκτροχειρουργικών μικρομαχαιριδίων δημιουργούμε ένα υποβλεννογόνιο τούνελ ("τρίτος χώρος"), ακολούθως δε προβαίνουμε στην απαραίτητη οισοφαγική μυοτομή. Η POEM έχει αποδειχθεί μια ασφαλής διαδικασία καθώς οι περισσότερες επιπλοκές που εμφανίζονται είτε κατά τη διάρκεια της επέμβασης είτε μετεγχειρητικά δεν θεωρούνται κλινικά μείζονες και αντιμετωπίζονται συντηρητικά. Συγκριτικά με άλλες μεθόδους, εμφανίζει σε αδρές γραμμές παρόμοια αποτελεσματικότητα με τη λαπαροσκοπική Heller μυοτομή αλλά είναι λιγότερο επεμβατική ενώ είναι υπέρτερη της αεροδιαστολής με μπαλόνι. Από την πρώτη εφαρμογή της POEM μέχρι σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί διεθνώς χιλιάδες επεμβάσεις αναβαθμίζοντας την ως μέθοδο εκλογής για την θεραπεία της αχαλασίας και άλλων σπαστικών καταστάσεων του οισοφάγου σε αρκετά τριτοβάθμια κέντρα προχωρημένης ενδοσκόπησης.

Ανθεκτική γαστροπάρεση

Ως γαστροπάρεση ορίζεται η καθυστερημένη γαστρική κένωση όταν απουσιάζει μηχανικό αίτιο απόφραξης.

Συνήθως εμφανίζεται σε ασθενείς με ΣΔ ή μετά από χειρουργικές επεμβάσεις στομάχου ενώ σε κάποιο ποσοστό δεν αναγνωρίζεται συγκεκριμένο αίτιο (ιδιοπαθής). Τα κύρια συμπτώματα της γαστροπάρεσης περιλαμβάνουν τον πρόωρο κορεσμό, την αίσθηση μεταγευματικής πληρότητας, μετεωρισμό, ναυτία, εμέτους και άλγος άνω κοιλίας. Χειρουργικά η γαστροπάρεση αντιμετωπίζεται με λαπαροσκοπική πυλωροπλαστική. Η ενδοσκοπική παρέμβαση σε αυτούς τους ασθενείς αρχικά ήταν περιορισμένη και χωρίς επιτυχία. Ειδικότερα, η έγχυση αλαντικής τοξίνης (Botox) αποδείχθηκε αναποτελεσματική σε τυχαίοποιημένες μελέτες, ενώ η τοποθέτηση διαπυλωρικών ενδοπροθέσεων(stents) συνδέθηκε με υψηλά ποσοστά μετανάστευσης.

Η διαστοματική γαστρική πυλορομυοτομή (G-POEM ή Gastric Peroral Endoscopic Pyloromyotomy) είναι μια καινοτόμος ενδοσκοπική μέθοδος του τρίτου χώρου που έχει στόχο την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ασθενών με ανθεκτική γαστροπάρεση. Συνδυάζει τα δυνητικά πλεονεκτήματα της κλασσικής χειρουργικής πυλωροπλαστικής ενώ συγχρόνως εμπεριέχει τα οφέλη της ελάχιστα επεμβατικής ενδοσκοπικής χειρουργικής. Η G-POEM βασίζεται στις αρχές της κλασσικής POEM για την οισοφαγική αχαλασία, και πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ από τον Khashab και συν (2). Η τεχνική εκτέλεσης της G-POEM είναι παρόμοια με εκείνη της POEM στην οισοφαγική αχαλασία. Κατά τη διάρκεια της πραγματοποιείται τεχνητή υπέγερση του βλεννογόνου με υποβλεννογόνια ένεση χρωστικής (indigo carmine ή methylene blue) στο μείζον τόξο του στομάχου, περίπου 4-5 cm προ του πυλωρικού

δακτυλίου, μικρή επιμήκης διατομή επ'αυτής με σκοπό την είσοδο του ενδοσκοπίου και την δημιουργία υποβλεννογόνιας σήραγγας (τούνελ) έως το πυλωρικό στόμιο (εικ 1). Ακολουθεί μυοτομή του πυλωρικού μυός και τελικά η σύγκλειση της αρχικής τομής με endoclips. Η ορθή διαδρομή της σήραγγας στον υποβλεννογόνιο χώρο πιστοποιείται με επανειλημμένες εξόδους του ενδοσκοπίου από το τούνελ. Εναλλακτικά, για την επιβεβαίωση του σωστού προσανατολισμού έχει χρησιμοποιηθεί η ακτινοσκόπηση μετά από τοποθέτηση endoclip στον πυλωρό που δρα ως ακτινοσκοπικό οδηγό σημείο. Αυτό φαίνεται ότι διευκολύνει την διαδικασία και μειώνει τον χρόνο της επέμβασης.

Πρόσφατη ανασκόπηση με κλινικά αποτελέσματα 5 δημοσιευμένων μελετών σε περίπου 130 ασθενείς με βραχυμεσοπρόθεσμο χρόνο παρακολούθησης που κυμαινόταν από 3 έως 8 μήνες, το ποσοστό της τεχνικής επιτυχίας ήταν 100% ενώ εκείνο της κλινικής επιτυχίας ήταν 80,5% (70-86%) (3). Το σπινθηρογράφημα γαστρικής κένωσης βελτιώθηκε σε ποσοστό 84%. Οι επιπλοκές συνολικά ήταν λίγες (5,4%) και όχι σοβαρές (3 περιπτώσεις με αιμορραγία, 1 με απόστημα, 1 με καπνοπεριτόναιο και μια με σοβαρό προπυλωρικό έλκος) που όμως αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά ενώ ένας θάνατος σε ένα μήνα δεν σχετίστηκε με την επέμβαση. Μία από τις ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκε στη G-POEM υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική πυλωροπλαστική που όμως απέτυχε να βελτιώσει σημαντικά τα συμπτώματά της. Σε μία από τις ανωτέρω μελέτες και επί 29 ασθενών με μη φυσιολογικό σπινθηρογράφημα γαστρικής κένωσης (GES, gastric emptying scintigraphy) ή / και υψηλές τιμές του



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Η ΡΟΕΜ ΠΕΡΑΝ ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ.

ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΟΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ.

ΝΕΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΧΩΡΟΥ



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Η ΡΟΕΜ ΠΕΡΑΝ ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ.

ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΟΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ.

ΝΕΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΧΩΡΟΥ

δείκτη Gastr paresis Cardinal Symptoms Index (GCSI), οι παράγοντες που σχετίστηκαν με υψηλότερο κίνδυνο αποτυχίας της G-POEM ήταν το γυναικείο φύλο και ο διαβήτης (4). Ενδιαφέρονσα είναι πρόσφατη βιβλιογραφική αναφορά με πραγματοποίηση στον ίδιο ασθενή και στον ίδιο χρόνο επέμβασης, κλασσικής οισοφαγικής POEM για διόρθωση αχαλασίας και G-POEM για ανθεκτική γαστροπάρεση (5).

Όλες οι υπάρχουσες μελέτες είναι αναδρομικές. Είναι ακόμη νωρίς να εξαχθούν συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα της G-POEM στην διαχείριση της ανθεκτικής γαστροπάρεσης για αυτό και απαιτούνται καλά σχεδιασμένες προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες.

Εκκόλπωμα Zenker

Το εκκόλπωμα Zenker ή αλλιώς φαρυγγο-οισοφαγικό-εκκόλπωμα είναι μια προσεκβολή του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνιου χιτώνα του οισοφάγου διαμέσου του μυϊκού χιτώνα αυτού η οποία δημιουργείται στη συμβολή του οπίσθιου τοιχώματος του φάρυγγα με τον οισοφάγο. Είναι σχετικά σπάνιο και εμφανίζεται συχνότερα σε ηλικιωμένους άνδρες. Οι ασθενείς εμφανίζουν δυσκολία στη κατάποση, αναγωγή άπεπτης τροφής, δύσσομη αναπνοή και συχνές εισροφές.

Η αντιμετώπιση του συμπτωματικού εκκολπώματος είναι είτε χειρουργική είτε ενδοσκοπική με άκαμπτο ή εύκαμπτο ενδοσκόπιο. Η θεραπευτική αντιμετώπιση με εύκαμπτη ενδοσκόπηση είναι πλέον καθιερωμένη και εκτελείται από έμπειρους ενδοσκόπους σε εξειδικευμένα κέντρα. Περιλαμβάνει την διατομή του διαφράγματος

του εκκολπώματος που αποτελείται τόσο από βλεννογόνο όσο και από μυϊκές ίνες. Μια σοβαρή επιπλοκή κατά την διάρκεια αυτής της επέμβασης είναι η διάτρηση που μπορεί να φθάσει σε ποσοστά έως και 6.5% των ασθενών.

Η μέθοδος STESD (submucosal tunneling endoscopic septum division) για την αντιμετώπιση του εκκολπώματος Zenker ή αλλιώς Z-POEM είναι μια καινοτόμος μέθοδος εύκαμπτης ενδοσκόπησης που στοχεύει στον πλήρη διαχωρισμό των μυϊκών ινών του εκκολπωματικού διαφράγματος ενώ ταυτόχρονα σέβεται την ακεραιότητα του υπερκείμενου βλεννογόνου. Αυτό δυνητικά ελαττώνει τον κίνδυνο της διάτρησης και αποτρέπει την ανάπτυξη τυχόν δευτεροπαθών λοιμώξεων (μεσοθωρακίτις).

Η STESD ακολουθεί τις αρχές της κλασσικής POEM και εκτελείται σε τέσσερα στάδια που περιλαμβάνουν α) μικρή επιμήκη τομή του βλεννογόνου περίπου 2 εκ πάνω από το διάφραγμα του εκκολπώματος, β) δημιουργία υποβλεννογόνιου τούνελ ως το διάφραγμα που ακολούθως επεκτείνεται και στις δύο πλευρές αυτού ώστε να αποκαλυφθεί και να παρασκευασθεί ο κρικκοφαρυγγικός μύς, (Εικ 2) γ) κρικκοφάρυγγομυοτομή και δ) σύγκλειση του τομής του βλεννογόνου με ενδοσκοπικά clips.

Η πρώτη εφαρμογή της STESD για την αντιμετώπιση εκκολπώματος Zenker καταγράφηκε από τον Li και συν 2016 και ήταν τεχνικά και κλινικά επιτυχής ενώ δεν υπήρξαν ανεπιθύμητα συμβάματα που να σχετίζονται με τη επέμβαση. Το εκκόλπωμα εξαφανίστηκε όπως φάνηκε από τον

ενδοσκοπικό και ακτινολογικό έλεγχο στο follow up 2 μήνες αργότερα. Η ίδια ομάδα δημοσίευσε την εμπειρία της από μια προκαταρκτική μελέτη με τους πρώτους 6 ασθενείς (5). Η STESD ήταν 100% τεχνικά επιτυχής, το βάθος της μυοτομής ήταν 2,5(1-4εκ), η μέση διάρκεια της επέμβασης ήταν 51,5(33-135) λεπτά ενώ δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητα συμβάντα κατά την περιεχειρητική περίοδο όπως διάτρηση ή αιμορραγία. Όλοι οι ασθενείς εμφάνισαν ανακούφιση των συμπτωμάτων τους μετά την επέμβαση. Στο follow-up με μ.ό. παρακολούθησης 5(4-10) μήνες, ο μέσος συμπτωματικός δείκτης έπεσε από 4.5 (1-13) στο 0.5 (0-4). Υπήρξε πλήρης ύφεση των συμπτωμάτων στους μισούς ασθενείς και βελτίωση σε άλλους δύο ενώ ένας με μακροχρόνιο ιστορικό 29 ετών δεν ανέφερε εμφανή βελτίωση.

Οι βιβλιογραφικές αναφορές στο μικρό ούτως ή άλλως διάστημα που η μέθοδος χρησιμοποιείται διεθνώς είναι ελάχιστες και περιορίζονται σε case reports. Μια από αυτές αφορά την πρώτη περίπτωση εφαρμογής Z-POEM στον ελληνικό χώρο από Delis K και συν με επιτυχή STESD σε γυναίκα ασθενή 73 ετών με εκκόλπωμα μεγέθους 3.5 cm (6).

Από τα αποτελέσματα των υπάρχοντων δημοσιεύσεων η STESD φαίνεται ότι είναι μια αποτελεσματική τεχνική για την αντιμετώπιση του εκκολπώματος Zenker η οποία προϋποθέτει προηγμένη ενδοσκοπική εμπειρία και βέβαια επεμβατικό ενδοσκόπο που εκτελεί POEM.

Στα δυνητικά πλεονεκτήματα της μεθόδου συμπεριλαμβάνεται α) ο μικρότερος κίνδυνος από διάτρηση κατά την επέμβαση, αφού ο εν-

δοσκόπος σέβεται την βλεννογονική ακεραιότητα και β) η μικρότερη συχνότητα υποτροπών των συμπτωμάτων λόγω της δυνατότητας βαθύτερης μυοτομής. γ) Μειώνεται επίσης η πιθανότητα ανάπτυξης δευτερογενών μολύνσεων.

Λόγου του μικρού αριθμού περιστατικών που έχουν δημοσιευτεί μέχρι σήμερα στη διεθνή βιβλιογραφία η υπεροχή ή μη της STESD έναντι των άλλων θεραπευτικών τεχνικών μένει να επιβεβαιωθεί στο χρόνο. Το επόμενο διάστημα αναμένεται η δημοσίευση σειρών με μεγαλύτερο αριθμό περιστατικών.

Επιφρενικά εκκολπώματα

Το επιφρενικό εκκόλπωμα είναι μια σπάνια πάθηση του οισοφάγου με συχνότητα εμφάνισης 1/500.000. Είναι 5 φορές σπανιότερο από το αντίστοιχο του Zenker και σχετίζεται συνήθως με διαταρχές κινητικότητας του οισοφάγου της αχαλασίας συμπεριλαμβανομένης. Τα εκκολπώματα αυτά μπορούν να παρουσιάσουν έντονη συμπτωματολογία και επιπλοκές, οι οποίες πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα. Αντιμετωπίζονται χειρουργικά με οισοφαγική μυοτομή και εκκολπωματοεκτομή ή εκκολπωματοπηξία με διενέργεια αντιπαλινδρομικής επεμβάσεως ενώ η προσπέλαση γίνεται είτε θωρακοσκοπικά, είτε λαπαροσκοπικά.

Πρόσφατα οι Pimentel και συν. εφάρμοσαν την τεχνική POEM για την αντιμετώπιση συμπτωματικού επιφρενικού εκκολπώματος σε ηλικιωμένη γυναίκα 76 ετών στην οποία δεν ήταν δυνατή η θωρακοσκοπική προσπέλαση (8). Η επέμβαση ήταν επιτυχής με την ασθενή να παίρνει εξιτήριο



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Η ΡΟΕΜ ΠΕΡΑΝ ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ.

ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΟΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ.

ΝΕΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΧΩΡΟΥ

την 3η μετεγχειριστική ημέρα ενώ τα συμπτώμα-
τα δυσφαγίας και εισρόφησης είχαν υποχωρήσει
πλήρως 2 μήνες μετά.

Νόσος του Hirschsprung, ορθικοί όγκοι

Η νόσος του Hirschsprung (HD, Hirschsprung's
disease) είναι μια συγγενής πάθηση η οποία
χαρακτηρίζεται από την απουσία νεύρων στο
απώτερο τελικό τμήμα του παχέος εντέρου. Η
συμπτωματολογία της περιλαμβάνει έντονη δυ-
σκοιλιότητα που ενίοτε οδηγεί σε απόφραξη του
εντέρου. Συνήθως διαγιγνώσκεται σε νεογέννητα
και σπάνια σε ενήλικες. Αντιμετωπίζεται χειρουργ-
γικά ή λαπαροσκοπικά σε ένα ή περισσότερα
στάδια, με ή χωρίς την εφαρμογή κολοστομίας.
Η πρώιμη έναρξη της θεραπείας συνδέεται με
καλύτερα αποτελέσματα στην υποχώρηση των
συμπτωμάτων.

Η διορθική ενδοσκοπική μυοτομή (PREM, per
rectum endoscopic myotomy) είναι μια τεχνική
που εφαρμόζει τις αρχές της POEM για τη θερα-
πεία της νόσου HD. Πραγματοποιήθηκε το 2016
από τους Bapaye και συν. σε άνδρα ασθενή 24
χρόνων με εμμένουσα δυσκοιλιότητα από την
παιδική ηλικία. Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο μετά
από τέσσερις ημέρες και στον επανέλεγχο 24
εβδομάδες αργότερα ανέφερε σημαντική ανα-
κούφιση από τα συμπτώματα(9). Μια άλλη εν-
διαφέρουσα περίπτωση δημοσιεύθηκε από τον
Rahni και συν. και αφορά περίπτωση ασθενούς
στον οποίο πραγματοποιήθηκε εκ του πρω-
κτού ενδοσκοπική μυοτομία (PAEM, per anal
endoscopic myectomy) για την αφαίρεση ενός
πρωκτικού όγκου.

Είναι σχετικά πρόωρη η ασφαλής εξαγωγή
συμπερασμάτων για την αποτελεσματικότητα της
καινοτόμου εφαρμογής των αρχών της POEM για
την αντιμετώπιση της νόσου του Hirschsprung ή
άλλων παθήσεων στην περιοχή του πρωκτικού
δακτύλου.

Επίλογος

Η POEM, μια κλασσική περίπτωση προωθη-
μένης ενδοσκοπικής επέμβασης του λεγόμενου
τρίτου χώρου, που αρχικά χρησιμοποιήθηκε για
την αντιμετώπιση της αχαλασίας του οισοφάγου,
εφαρμόζεται πλέον και σε άλλες παθολογικές κα-
ταστάσεις για τις οποίες έγινε σύντομη αναφορά
σε αυτό το άρθρο. Καθώς η εμπειρία από την εν-
δοσκοπική παρέμβαση στον τρίτο χώρο αυξάνει,
θα αναδύονται νέες ενδείξεις εφαρμογής αυτών
των καινοτόμων τεχνικών. Στο μέλλον θα εμ-
φανισθούν και άλλες τέτοιες ενδοσκοπικές πα-
ρεμβάσεις που πιθανόν θα επαναπροσδιορίσουν
την αρχές και τις ενδείξεις της θεραπευτικής
ενδοσκόπησης σε συγκεκριμένες παθήσεις του
γαστρεντερικού σωλήνα. Θα απαιτηθεί βεβαίως
χρόνος και σωστά δομημένες συγκριτικές μελέ-
τες προκειμένου να αξιολογηθούν σωστά και να
πάρουν την θέση τους στην καθημερινή ενδο-
σκοπική θεραπευτική κλινική πράξη.

Βιβλιογραφία

1. Inoue H, Minami H, Kobayashi Y, Sato Y,
Kaga M, Suzuki M, Satodate H, Odaka N,
Itoh H, Kudo S. Peroral endoscopic myotomy
(POEM) for esophageal achalasia. Endoscopy.
2010;42(4):265-71.

2. Khashab MA, Stein E, Clarke JO, et al. Gastric
peroral endoscopic myotomy for refractory
gastroparesis: first human endoscopic
pyloromyotomy (with video). Gastrointest
Endosc 2013;78:764-8.

3. Hyunsoo Chung and Mouen A Khashab.
Gastric Peroral Endoscopic Myotomy. Clin
Endosc 2018;51:28-32.

4. Gonzalez JM, Benezech A, Vitton V, Barthet M.
G-POEM with antro-pyloromyotomy for the
treatment of refractory gastroparesis: mid-
term follow-up and factors predicting outcome.
Aliment Pharmacol Ther. 2017;46:364-70.

5. Erhartova D, Vackova Z, Hustak R, Spicak J,
Martinek J. Peroral endoscopic myotomy
and peroral endoscopic pyloromyotomy as a
single procedure for concomitant achalasia
and gastroparesis. Endoscopy. 2018;50:E336-
E337

6. Cai M, Xu M, Li Q, Chen W, Zhu Y, Zhang D, Yao
L, Zhou P.[Preliminary results of submucosal
tunneling endoscopic septum division in
the treatment of esophageal diverticulum].
Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi.
2017;20(5):530-534.

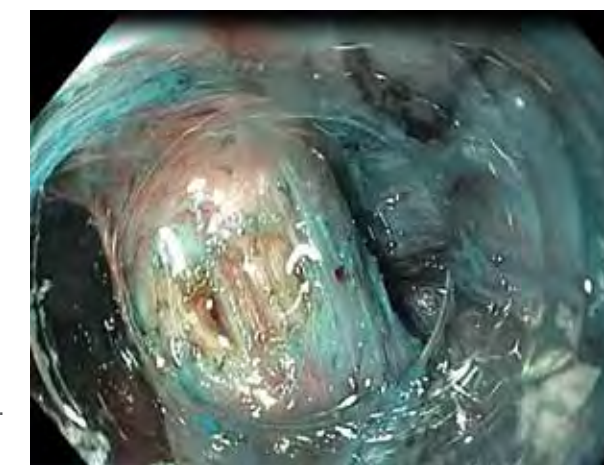
7. Delis K, Robotis J, Sachitzi E, Mastronikola
E. Submucosal tunneling endoscopic septum
division of a Zenker's diverticulum. Ann
Gastroenterol. 2018;31:634.

8. Pimentel F, Rivory J, Lupu A, et al.
Submucosal tunneling and septum myotomy
as an endoscopic treatment for symptomatic
epiphrenic diverticulum. Endoscopy.
2018;50:E348-E349.

9. Bapaye A, Waghlikar G, Jog S, Kothurkar
A, Purandare S, Dubale N, Pujari R, Mahadik
M, Vyas V, Bapaye J. Per rectal endoscopic
myotomy for the treatment of adult
Hirschsprung's disease: First human case
(with video). Dig Endosc. 2016;28(6):680-4.



Εικ.1 Ο πυλωρικός δακτύλιος όπως φαίνεται
μέσα από το υποβλεννογόνιο τούνελ πριν την
πυλωρομυοτομή (τόξο).



Εικ.2 Ο κρικκοφαρυγγικός μυς όπως φαίνεται
μέσα από το υποβλεννογόνιο τούνελ πριν την
μυοτομή (προσωπικό αρχείο).

ΑΠΛΗΣΤΙΑ

Την τραγική ιστορία που ακολουθεί μου διηγήθηκε ο φίλος και ανθρωπολόγος Γιούρι Ναμπόκωφ. Εγινε τον καιρό που έζησε σαν επισκέπτης—παρατηρητής δίπλα σε μιά Αφρικάνικη φυλή, λίγο κάτω από τον ισημερινό. Ο φίλος μου μιλούσε με σεβασμό και αγάπη γι'αυτούς τους απλούς ανθρώπους, που τον φιλοξένησαν και τίμησαν με την εμπιστοσύνη και τη φιλία τους γιά ένα σχεδόν χρόνο. Τους θυμόταν με ευγνωμοσύνη και έλεγε πως οι μέρες που πέρασε κοντά τους ήταν σα χρόνια στη μνήμη του. Οι εντυπώσεις και οι παρατηρήσεις του έχουν καταγραφεί στα ειδικά περιοδικά της επιστήμης του. Τώρα που ο φίλος μου δεν είναι πιά μαζί μας, παίρνω το θάρρος να διηγηθώ στο ευρύ κοινό, μιά απ'τις ιστορίες του, που είναι νομίζω χαρακτηριστική γιά τα ήθη που είχε διαμορφώσει η φυλή στους αιώνες της στενής της επαφής με τη φύση.

Η νύχτα έπεφτε πολύ γρήγορα. Τα μέρη του ισημερινού δε γνώριζαν τα ατελείωτα απογεύματα της χώρας του και ο Ευρωπαίος το ήξερε καλά, αλλά η ταχύτητα που ερχόταν το σκοτάδι εξακολουθούσε πάντα να τον ξαφνιάζει.

Η φυλή συγκεντρώθηκε γύρω στη μεγάλη φωτιά, όπως κάθε βράδυ σε τρεις κύκλους. Μπροστά οι γυναίκες που πρόσεχαν το ψήσιμο και το μαγείρεμα, πίσω οι άνδρες που αντάλλασαν ιστορίες από το κυνήγι και τα άλλα γεγονότα της ημέρας και πιο πίσω, σε χαλαρό κύκλο τα παιδιά, που σπκώνονταν, έτρεχαν και έπαιζαν αδιάκοπα.

Οι φρουροί δεν είχαν ακόμη πάρει θέση. Οσο άναβε η φωτιά και η φυλή ήταν συγκεντρωμένη και θορυβώδης, τα αρπακτικά δεν πλησίαζαν. Αργότερα, όταν οι οικογένειες θα έφευγαν στις καλύβες τους, τέσσερις ως έξι φρουροί θα έπαιρναν τις θέσεις τους γύρω

στον καταυλισμό, ο καθ'ένας δίπλα στη μικρή φωτιά του, με μόνα όπλα αυτή, το ακόντιο και το μαχαίρι του. Αν κάποιος τους έβλεπε μάτια σαρκοφάγου να λαμπυρίζουν στο σκοτάδι, θα έπαιρνε ένα αναμμένο κλαδί και θα το κουνούσε ψηλά πάνω απ'το κεφάλι του γιά να φαίνεται πελώριος. Συνήθως το αρπακτικό υποχωρούσε. Αν όχι, θα κτυπούσε τα κρόταλα και οι κοντινοί φρουροί θα έρχονταν σε βοήθεια.

Αυτά γίνονταν τις κανονικές ημέρες. Απόψε όμως η φυλή είχε ένα πρόβλημα να λύσει. Η γνώμη όλων ήταν απαραίτητη. Το φαγητό τελείωσε πιο γρήγορα, τραγούδια δεν ακολούθησαν, η φασαρία ήταν πολύ λιγώτερη —ακόμη και τα παιδιά είχαν συναισθανθεί κάτι και δε φώναζαν— και η συζήτηση τραβούσε μακριά. Ενας-ένας οι άνδρες έπαιρναν το λόγο και έλεγαν τη γνώμη τους. Ολοι εκτός από έναν.

Ο κοντινότερος συγγενής του θύματος δεν είχε δικαίωμα λόγου. Επρεπε ν'ακούσει τη γνώμη των άλλων και να συμμορφωθεί με την απόφαση των πολλών, που ο Νούρου, ο αρχηγός της φυλής θα αναλάμβανε στο τέλος να συνοψίσει. Μόνο σε μία περίπτωση θα μιλούσε ο συγγενής. Αν ήξερε κάτι που οι άλλοι αγνοούσαν. Τότε θα μιλούσε μόνο γι'αυτό. Η περίπτωση του Εμέμ όμως ήταν καθαρή σε όλους.

Ηταν ένα βράδυ φρουρός και όταν ο διπλανός του τον ειδοποίησε με τα κρόταλα να προστρέξει, αυτός δεν πήγε. Αργότερα που τον αναζήτησαν, βρήκαν ότι είχε εγκαταλείψει το πόστο του και είχε χωθεί στη σκηνή με τα τρόφιμα, είχε φάει όσο μπορούσε περισσότερο και μετά το είχε ρίξει στον ύπνο.

Στο μεταξύ οι φρουροί ήταν απασχολημένοι να απομακρύνουν την πεινασμένη λείαινα και δεν πρό-

σεξαν ένα χιμπατζή που πέρασε ανάμεσά τους στο σκοτάδι, άρπαξε ένα μωρό από την κούνια του, το σκότωσε αμέσως και εξαφανίστηκε με το πτώμα του. Κατάλαβαν τι έγινε όταν αργότερα άκουσαν τις φωνές της μπτέρας και βρήκαν το ξεριζωμένο κεφάλι του μωρού και τα φρέσκα ίχνη του πιθήκου.

Ο Εμέμ έλεγε ότι ακόμα κι αν πήγαινε στο κάλεσμα, το αποτέλεσμα θα ήταν το ίδιο, αλλά οι περισσότεροι άνδρες δε συμφωνούσαν. Οι απουσία του είχε αραιώσει τις σκοπιές και έδωσε στο χιμπατζή την ευκαιρία. Ο Εμέμ ήταν ένοχος. Επρεπε να πληρώσει.

Το πρωϊ της επόμενης μέρας η φυλή οδήγησε τον κατάδικο στο διπλανό ποτάμι γιά την ποινή. Εκεί έδεσαν μιά βαρεία πέτρα στα πόδια του και ο αρχηγός ανέλαβε τελετουργικά να θυμίσει σε όλους το αρχαίο έθιμο. Ο Εμέμ θα πεταγόταν δεμένος στο νερό να πνιγεί. Μόνο ο κοντινότερος συγγενής του θύματος είχε το δικαίωμα να δείξει έλεος και να τον σώσει. Αν το ήθελε, μόνο ο Τζελάνι, ο πατέρας του μωρού, θα πνιδούσε στο ποτάμι, να φτάσει στο βυθό και να ελευθερώσει τον ένοχο από το βάρος και τα δεσμά με το μαχαίρι του. Να ανέβουν στην επιφάνεια μαζί.

Δύο άνδρες οδήγησαν το μελλοθάνατο στο χείλος του βράχου, ενώ πίσω τους ακολουθούσε ο Τζελάνι με πρόσωπο τόσο σκοτεινό, ώστε κανείς δεν αμφέβαλλε πως ο Εμέμ έπαιρνε τις τελευταίες του αναπνοές. Ο Νούρου έστρεψε τον κατάδικο στα τέσσερα σημεία του ορίζοντα, δείχνοντας το πρόσωπό του συμβολικά στον ήλιο, στο φεγγάρι, στα άστρα και στον άνεμο, γιά να τον περιμένουν και μετά τον έρριξαν στο νερό.

Το ποτάμι σχημάτιζε μιά εσοχή σα λίμνη στο σημείο της εκτέλεσης, με βάθος δύο μπόγια και με ήρεμα και διάφανα νερά αυτή την εποχή. Σχεδόν όλη η φυλή

μπορούσε να δει τον Εμέμ στο βυθό, να συστρέφεται όλο αγωνία, ενώ απ'το στόμα του έβγαине όλο και περισσότερος αέρας. Τότε έγινε κάτι αναπάντεχο. Ο Εμέμ ελευθέρωσε το ένα χέρι του και έσκυψε αμέσως να λύσει το βάρος από τα πόδια του. Ενας παφλασμός ακούστηκε. Ο Τζελάνι είχε βουτήξει στο νερό με το μαχαίρι στα δόντια. Με δύο απλωτές έφτασε τον Εμέμ και άρχισε να τον κτυπά με το μαχαίρι όπου έβρισκε. Γρήγορα το νερό κοκκίνησε τόσο που κάθε λεπτομέρεια της πάλης κρύφτηκε απ'τα μάτια της αποσβολωμένης φυλής. Σε λίγο ο Τζελάνι βγήκε απ'το νερό και πήρε τη θέση του χωρίς μιλιά.

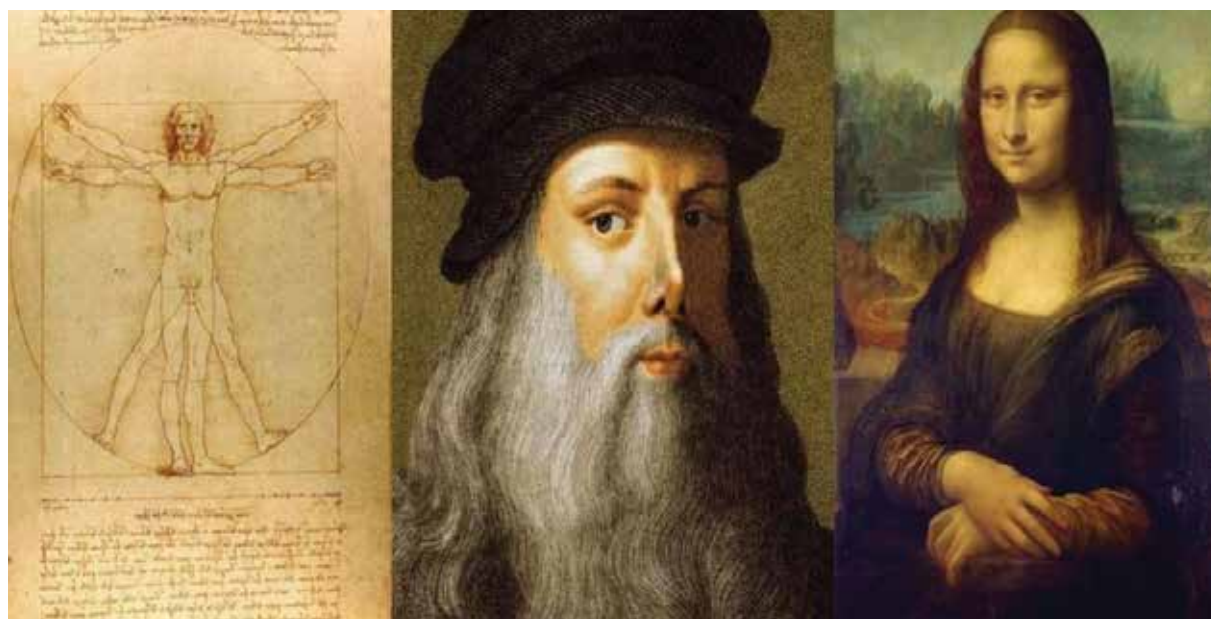
Τα πουλιά και το ήρεμο κύλισμα του νερού, ήταν τα μόνα που ακούγονταν γιά πολλή ώρα. Όλη η φυλή εκτός από το Τζελάνι, είχε στρέψει τα μάτια στο Νούρου. Αυτός με πρόσωπο βλοσυρό είχε το βλέμμα στο κόκκινο νερό. Κάποια στιγμή σήκωσε το κεφάλι και αναζήτησε με τα μάτια τον Ονυέκα. Μόλις τον διέκρινε είπε δυνατά:

—“Τιμημένε μάγε. Αυτό που είδαμε όλοι ήταν μιά ιεροσυλία. Μιά παρέμβαση του ανθρώπου στο έργο των θεών και όχι γιά καλό! Όχι γιά το έλεος, αλλά γιά την εκδίκηση, τη σκληρότητα, το μίσος. Η αρμονία του κόσμου ταραχτηκε απ'αυτή την πράξη, όσο και η αρμονία της ψυχής μας. Βγάλε απόφαση. Ποιά πρέπει να είναι η τιμωρία του ιερόσυλου;!”.

Τα ψάρια του ποταμού ακολούθησαν το αίμα και βρήκαν ελκυστικό το πτώμα του Εμέμ με τις πολλές πληγές, αλλά και το πτώμα του Τζελάνι δίπλα του δεν περιφρονήθηκε. Όταν το ανακάλυψαν, άρχισαν όπως συνήθως, από τα μάτια.

ΤΕΛΟΣ

Leonardo D Vinci



Φέτος συμπληρώνονται 500 έτη από το θάνατο του Leonardo D Vinci. Εφευρέτης, καλλιτέχνης, επιστήμονας, μηχανικός, γλύπτης, αρχιτέκτονας, βιολόγος, μουσικός ο διάσημος Ιταλός έζησε με το μότο: «Όπως μια παραγωγική μέρα τελειώνει με ένα γαλήνιο ύπνο, έτσι και μια παραγωγική ζωή τελειώνει με ένα γαλήνιο θάνατο».

Η εταιρεία Λάβρυς που είχε αναλάβει να μας ταξιδέψει ψηφιακά στο έργο και τη ζωή του του Van Gogh, διοργάνωσε φέτος την πιο ολοκληρωμένη έως τώρα έκθεση για τον da Vinci σε συνεργασία με το Μουσείο Leonardo da Vinci στη Ρώμη, το Institut Lumiere Technology στο Παρίσι, καθώς και ειδικούς από την Ιταλία και τη Γαλλία.

Οι επισκέπτες της έκθεσης είχαν την ευκαιρία να ανακαλύψουν περισσότερα για τη ζωή του καλλιτέχνη, μέσα από ένα μοναδικό ταξίδι στον χώρο και το χρόνο. Στην έκθεση παρουσιάστηκαν 12 θεματικές ενότητες που περιλαμβάνουν 75 μοντέλα των εφευρέσεών του, αναπαραγωγές σε φυσικό μέγεθος, διαδραστικές μηχανές, αντίγραφα των περίφημων κωδίκων του και συνολικά πάνω από 200 εκθέματα. Το αναμφισβήτητο πιο διάσημο έργο τέχνης στον κόσμο, η Μόνα Λίζα, διεκδικεί την ξεχωριστή προσοχή μας και καταλαμβάνει τον ιδιαίτερο χώρο του μέσα από μία λεπτομερή επιστημονική ανάλυση και παρουσίαση με αρωγό την τεχνολογία.

Αυτή η ιδιαίτερη οπτικοακουστική εμπειρία φιλοξενήθηκε στην Αθήνα έως τις 30/3 στο



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

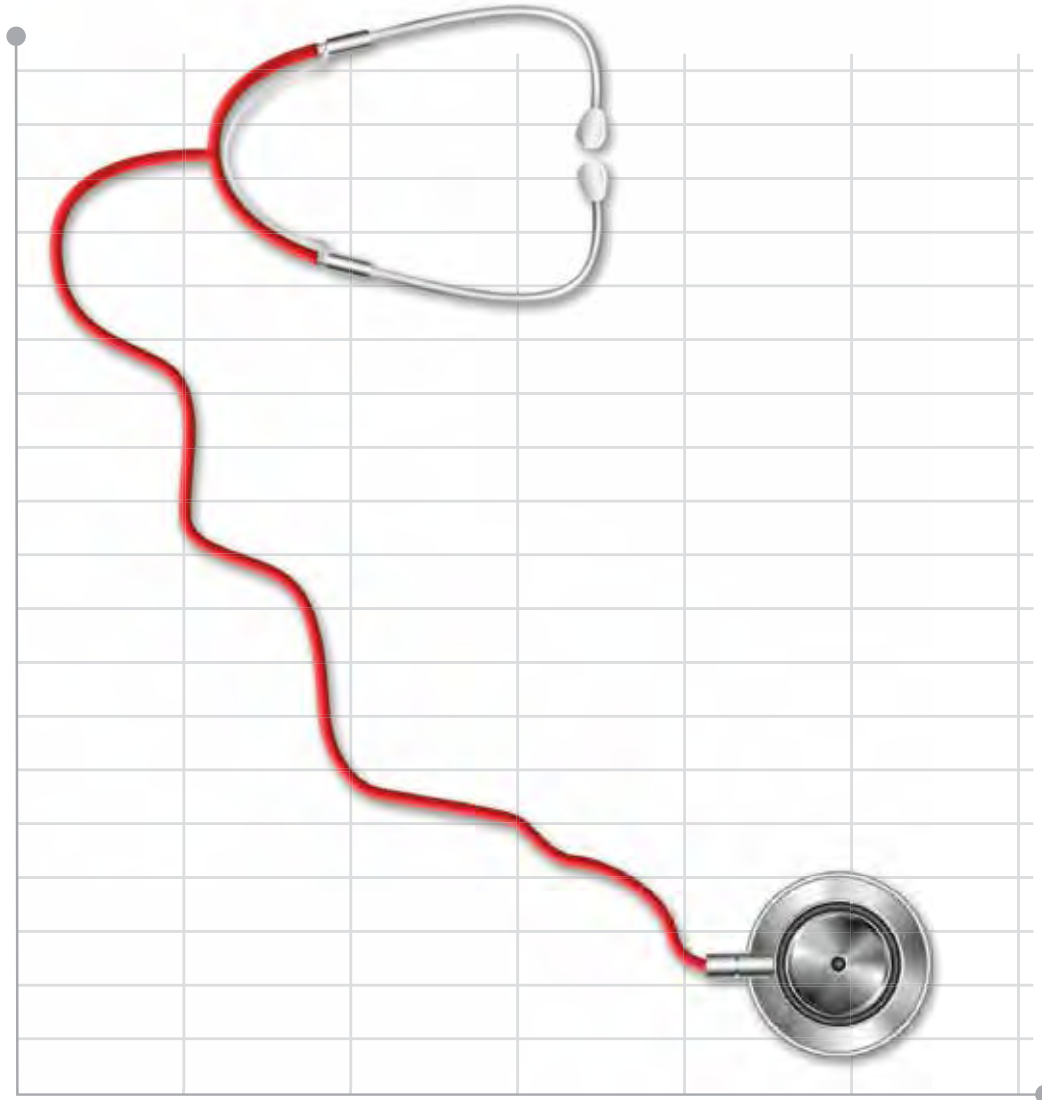
ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατοίου 146 71 Ν. Ερυθραία, Τηλ.: 210 8009111 • E-Mail: mailbox@vianex.gr

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

VE18008PAR/1-1/2018

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

Το εξώφυλλο από μέσα



Επάγγελμα γιατρός

Θα μπορούσε να ήταν τίτλος κάποιου κινηματογραφικού έργου (όπως πχ "επάγγελμα ρεπόρτερ" του Μικελάντζελο Αντονιόνι, 1975 με Τζακ Νίκολσον και Μαρία Σνάιντερ, για όσους το θυμούνται.)

Μόνο που στην δική μας περίπτωση δεν πρόκειται για σενάριο φικτισίον, αλλά όπως μας ενημερώνει το άρθρο της σύνταξης, πρόκειται για ντοκυμαντέρ.

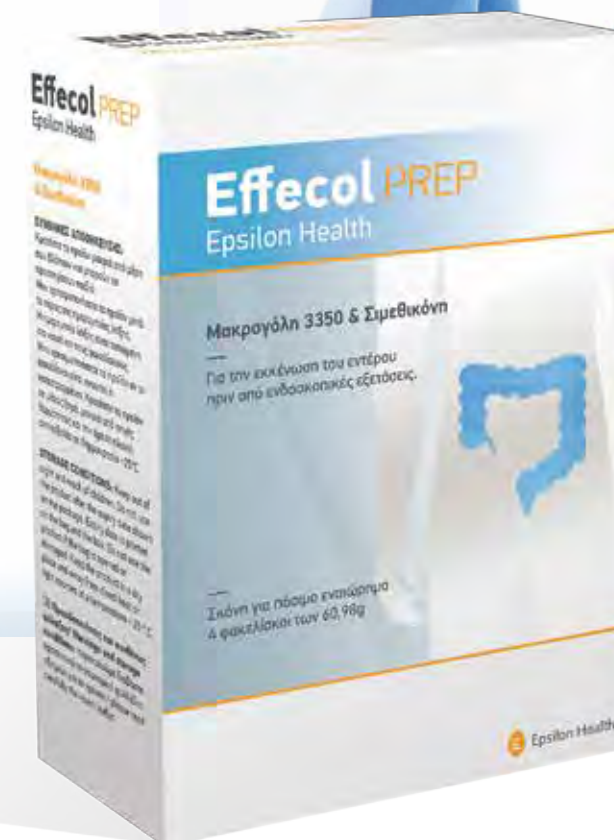
Effecol PREP

Epsilon Health

Μακρογόλη 3350 + Σιμεθικόνη

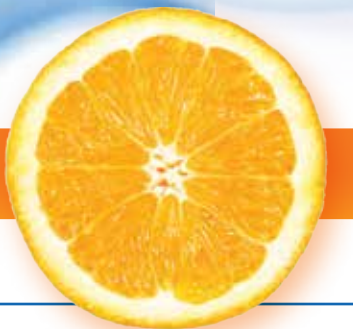
Για την προετοιμασία του εντέρου

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

