

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων [ΕΠ.Ε.Γ.Ε.] | Σεπτέμβριος - Δεκέμβριος 2024 | Τεύχος 69
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535, Website: www.epege.gr, e-mail: info@epege.gr

69

Χριστούγεννα

Ανθεκτική κοιλιοκάκη

Βισμούθιο και θεραπεία
εκρίζωσης του ελικοβακτηριδίου
του πυλωρού

Προληπτικός έλεγχος στις ΙΦΝΕ
πριν την ανοσοκατασταλτική αγωγή

Ο γαστρεντερολόγος
και η ασφάλεια αστικής ευθύνης



Ηπατοπάθειες; Υπάρχει τρόπος!



Ursogrix_21x28_09.2024

Η Grindeks Kalceks με χαρά σας ανακοινώνει την κυκλοφορία του

Ursogrix®

Ursodeoxycholic acid



Θεραπευτικές Ενδείξεις:

Πρωτοπαθής χολική
χολαγγειίτιδα
(γνωστή & ως πρωτοπαθής
χολική κίρρωση).

Διάλυση των χολόλιθων
χοληστερόλης

250mg, BT x 60 caps. Χ.Τ. 10,18€, Λ.Τ. 14,03€, Δελτίο Τιμών: 08/2024



Πριν τη
συνταγογράφηση
συμβουλευτείτε την
ΠΧΠ σαρώνοντας
τον κωδικό

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

Grindeks Kalceks Ελλάδα ΑΕ
Ζέππου 33, Γλυφάδα 16675
info@grindeks.gr
www.grindeks.gr

Grindex

Περιεχόμενα



ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	4
ΤΟ ΣΤΡΑΤΗΓΗΜΑ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	
ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ	7
Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΗΣ Ε.Γ.Ε. ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΠΕ «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ»	
ΝΕΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΑΙΡΑ	9
I. ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.	
II. ΤΟ ΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΗΣ 21ΗΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.	
III. ΤΟ ΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΣΕΜΙΝΑΡΙΩΝ ILS	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	13
ΠΡΑΣΙΝΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	18
ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	26
ΧΡΗΣΗ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΜΕΤΡΟΥ ΤΩΝ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΩΝ ΚΙΡΣΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΥΛΑΙΑ ΠΙΕΣΗ	
TIPS AND TRICKS	27
ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ (EOSINOPHILIC ENTERITIS - EE)	
HOW TO DO IT	29
ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΩΝ	
ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	33
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΒΙΣΜΟΥΘΙΟΥ ΣΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ	
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	44
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ. ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ. ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	51
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ	
ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	56
ΞΕΝΟΦΩΝ ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ (1903-1941). ΕΠΕΣΕΝ ΥΠΕΡ ΠΑΤΡΙΔΟΣ! Ο ΚΟΡΥΦΑΙΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΟΝ ΠΟΛΕΜΟ ΤΟΥ 1940.	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	63
Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ:	
I. Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ	
II. Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ: ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΙΔΑΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ; ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΙΝΗΘΕΙ Ο ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ ΚΑΙ ΠΩΣ;	
ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ	71
ΕΚΤΟΜΗ ΜΕ «ΨΥΧΡΟ» VS. «ΘΕΡΜΟ» ΒΡΟΧΟ ΓΙΑ ΜΕΓΑΛΟΥΣ (≥20MM), ΑΜΙΣΧΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΤΟΥ ΠΙΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ - CHRONICLE TRIAL	

Ιδιοκτήτης:

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

Εκδότης & Υπεύθυνος

παρά τω νόμω:

Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: Σπυρίδων Γούλας

Έδρα:

Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα

Τηλ.: 210 6727531-3

Fax: 210 6727535

Website: www.epege.gr

e-mail: info@epege.gr

Διευθυντής Σύνταξης:

Νικόλαος Μαργέτης

Συντακτική Επιτροπή:

Σπυρίδων Γούλας

Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος

Γιώργος Τζιάτζιος

Παρασκευάς Γκολφάκης

Χάρης Τσιώνης

Σπύρος Βρακάς

Αθανάσιος Σιούλας

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

Πρόεδρος: Σπυρίδων Γούλας

Αντιπρόεδρος: Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος

Γεν. Γραμματέας: Ηλίας Γρίβας

Ειδ. Γραμματέας: Παρασκευή Πολύζου

Ταμίας: Γιώργος Τζιάτζιος

Μέλη: Δημήτριος Δανδάκης,

Νικόλαος Μαργέτης

Νομική Σύμβουλος: Άννα Τσίτουρα

Γραμματεία: Μαρία Γεναδοπούλου

Εικόνα Εξωφύλλου:

Μίλτος Σκούρας

Δημιουργικό – Εκτύπωση:

ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑ*med*

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.

PENTAX®
MEDICAL

SEE THE FUTURE THROUGH EVERY ENDOSCOPE GENERATION



INSPIRA

PENTAX Medical INSPIRA™

Βιντεοεπεξεργαστής Υψηλής Ανάλυσης



Ανάλυση 4K για εκπληκτική ευκρίνεια και ακρίβεια κατά τη διάρκεια των επεμβάσεων



Τεχνολογία i-scan με οπτική και ψηφιακή χρωμοενδοσκόπηση για αναβαθμισμένη απεικόνιση, βοηθώντας στην ακριβή διάγνωση



PENTAX Medical Discovery™

Η Τεχνητή Νοημοσύνη στον χώρο της ενδοσκόπησης

Σύστημα τεχνητής νοημοσύνης του οίκου PENTAX Medical για την ανίχνευση πολυπόδων.





ibutin-Gelsectan®

στο Ευερέθιστο Έντερο

"Leaky Gut"

Αποτρέπει

την εντερική διαπερατότητα και την εισροή παθογόνων
ερεθισμάτων εντός του γαστρ/κού σωλήνα^(1,2)

Ανακουφίζει

• Κοιλιακό πόνο • Δυσφορία
• Φουσκώματα

Ομαλοποιεί

τις Κενώσεις σε IBS-D



ίδια σύνθεση



ίδια αποτελεσματικότητα



σε νέα οικονομικότερη
συσκευασία

με 30 κάψουλες

07.2024/IBUTIN_GELSECTAN/AD/01

 **Galenica a.e.**
www.galenica.gr

Αθήνα: Ελευθερίας 4, Κηφισιά 145 64, τηλ.: 210 5281700,
Θεσσαλονίκη: Χάλκης 8, Πυλαία 554 535, τηλ.: 2310 542685
Επιστημονικό Τμήμα τηλ.: 210 5281731
Τμήμα Φαρμακοεπαγρύπνησης τηλ.: 210 5281805

Βιβλιογραφία: 1. FOX ibutin Gelsectan, 2. A. Tirlan et.al Efficacy and safety of Gelsectan for diarrhea- predominant irritable bowel syndrome: A randomized, crossover clinical trial United European Gastroenterology J. 2019 Vol 7(8) 1093-1101



Manufacturer, DEVINTEC SAGL
- Corso Elvezia 14,
6900 Lugano, Switzerland

Κουτί με 30 κάψουλες. Π.Λ.Τ. 18,00 €

Για περισσότερες
πληροφορίες
συμβουλευτείτε την ΠΧΠ



1370 CE



Άρθρο Σύνταξης

Νικόλαος Γ. Μαργέτης, Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής Σύνταξης

Το στρατήγημα του ψυχολογικού χρόνου

*Χρόνος καθαίρει πάντα γηράσκων ομού
(Ο χρόνος εξυγιάνει όλα τα πράγματα που γερνάνε μαζί του)
Αισχύλος (525-456 π. Χ.)*

Αξιότιμες κυρίες και αξιότιμοι κύριοι Συνάδελφοι,

Ο χρόνος μας διαπερνά σε κάθε συγκυρία του βίου μας. Μολονότι η αδιάκοπη διαδοχή των στιγμών γεννά δυσθυμία και φαλκιδεύει τον δημιουργικό οίστρο πολλών, ο χρόνος που διαλάθει αδυσώπητα, με τις ποικίλες εκφάνσεις του, επιδεικνύει εφάμιλλα και ευεργετικό πρόσωπο. Και τούτο, διότι πολλάκις ο χρόνος λειτουργεί ως καθαρτήριο: το κατοπτρικό είδωλο των πράξεών μας (οι επουλωτικές μνήμες) ανασκευάζει το εισαγγελικό άγος του ενοχικού τους ενδύματος και κατευνάζει το εκρηκτικό μείγμα τύψεων και ανικανοποίητης βιωτής. Άλλοτε, ο χρόνος διαπρέπει ως λαφυραγωγός του παρελθόντος μας: το συσσωρεύει σε λίγες σταγόνες αποφθεγματικής γνώσης ή δογματικής σοφίας. Ενίοτε δε καταφάσκουμε πως ο χρόνος εξυψώνεται σε θεραπευτή: μας προτρέπει να συμφιλιωθούμε με το ρεαλιστικό, να το βιώσουμε ως συμβιβαστικό αντίβαρο του ιδανικού και να εναγκαλιστούμε το εφικτό ως δικαίωση του πεπερασμένου της ανθρώπινης φύσης.

Ο τεμαχισμός του χρόνου σε ημερολογιακά έτη μας πλημμυρίζει με ψευδαίσθηση αναδημιουργίας της ιδιοσυγκρασίας μας. Η προσδοκία της «νέας» μας ζωής κορυφώνεται τη στιγμή που φέρει ισχυρό συναισθηματικό φορτίο, δηλαδή την ώρα παράδοσης/παραλαβής της σκυτάλης μεταξύ διάδοχων ετών: ο προσωπικός μας συρμός αποζητά τότε να τρυγήσει από τα πέρατα του οριζοντά μας τις επαμφοτερίζουσες εμπειρίες μας, ο χρόνος γίνεται σηματοωρός, μας προτρέπει να τις ερμηνεύσουμε ποιοτικά και μας παρακινεί να διέλθουμε αισιόδοξοι -εξαιτίας της κιβωτού άϋλου πλούτου που αυτές αντιπροσωπεύουν- τον ρουβίκωνα της αυθαίρετα καθορισμένης στιγμής της μετάβασης. Μολονότι εμείς οι ίδιοι διαδεχόμαστε τα έτη ερήμην τους και παρά την αυταπόδεικτη αλήθεια πως η διάσπαση του χρόνου σε μονάδες δεν εξασφαλίζει αφ' εαυτού της το «καινόν», το αφήγημα πως το έτος που σβήνει δίνει τη θέση του σε ένα έτος που γεννάται οδηγεί εξ αντανάκλασεως στην ψευδή πεποίθηση πως ο νέος άνθρωπος θα παρεκτοπίσει τον παλιό. Η αιτία σαφής, το κίνητρο ζωογόνο: είναι η άσβεστη αναγκαιότητα για ολοκαίνουργια βιωτή. Εξάλλου, στις στιγμές αυτές επιπολάζει η ελπίδα, μας θρέφει η θαλερή προοπτική, η άρουρα της ζωής μας εμποτίζεται με κοιτάσματα εφηβικής ορμής, το φως της προσδοκώμενης δημιουργίας λαμπρύνει τον συναισθηματικό μας προμαχώνα. Εν τέλει, το τέχνασμα της τεχνητής υποδιαίρεσης του συνεχούς φάσματος του χρόνου σε έτη λειτουργεί ιαματικά: οι στιγμές διαδοχής αναβαπτίζονται σε λυτρωτικές, τόσο που μερικοί ισχυρίζονται πως η ταυτότητά μας εμπεριέχεται **και** σε αυτές τις κομβικές στροφές του προσωπικού μας ανύσματος.

Ο χρόνος κυριαρχεί έναντι όλων των λοιπών παραμέτρων που επικαθορίζουν την ύπαρξή μας. Χρόνο πολύ δεν διαθέτουμε (...**ο βίος βραχύς**...Ιπποκράτης, 460-377 π.Χ.)· αλλά ούτε και λίγο. Εξ αυτής της αρχής δύο ερωτήματα ανακύπτουν. Είναι ηθικά θεμιτό να αφήνουμε τον χρόνο ανεκμετάλλευτο; Μήπως ο τρόπος που αξιοποιούμε τον χρόνο επηρεάζει την αντίληψή μας για την ταχύτητα που κυλά; Ο αντικειμενικός χρόνος περνά ολόιδια για τους πάντες, αδιαφορώντας για το τι συμβαίνει στον καθένα. Εν τούτοις, η αντίληψη του χρόνου χαρακτηρίζεται από υποκειμενικότητα και σχετικότητα: η αίσθηση του ρυθμού που περνά διαφέρει για τον καθένα χωριστά, αλλά και στο ίδιο πρόσωπο, ανάλογα με τις συνθήκες. Αυτός ο ψυχολογικός χρόνος τελεί υπό τον ακοίμητο έλεγχό μας. Υποπερίπτωση ψυχολογικού χρόνου αποτελεί το επίτευγμά μας να συμπυκνώνουμε τα γεγονότα της ζωής μας.

Άρθρο Σύνταξης



Τότε ο χρόνος τρέχει για μας, μαζί μας, από εμάς. Ο χρόνος μας γέμει από γεγονότα, η ζωή μας ισοδυναμεί με πολλαπλάσιες ζωές. Επιτυγχάνουμε με την **ποιότητα** του βίου μας να τον επαυξήσουμε **ποσοτικά**. Τότε δυνάμεθα να ισχυριστούμε πως χειραγωγήσαμε τον χρόνο, πως τον διαστείλαμε διά της ψυχικής μας ρώμης και πως ο κραταιός μας εαυτός κατίσχυσε των στανικών αγκυλώσεων των κβαντικών υποδιαιρέσεών του.

Ψυχολογική διάσταση αποκτά ο χρόνος, επίσης, κατά την προσμονή, η οποία καταλήγει στην **εν καιρώ** (στον κατάλληλο χρονισμό) επιτέλεση ενός συγκεκριμένου επίδικου. Η συνειδητή απόφασή μας να αραιώσουμε τα γεγονότα, να μην βασιστούμε στην ένστικτη αντίδρασή μας, να μπορούμε εθελοντικά και προσωρινά στην αυτοπροσδιοριζόμενη G0, συνιστά επιλογή σύνεσης, διότι τα έγκατα της ψυχής μας δρουν πυρετωδώς προετοιμαζόμενα για την καίρια επαναδραστηριοποίηση. Πολλώ μάλλον δε, η αγρανάπαυση σε συνθήκες παραγωγικής ραθυμίας συνιστά πράξη ευθύνης, διότι προσφέρει τη δυνατότητα για ανανοηματοδότηση της ύπαρξης, για αναπροσανατολισμό των δράσεων, για επαναξιολόγηση των προτεραιοτήτων.

Τέλος, ο ψυχολογικός χρόνος καταφθάνει ως **καιρός ευπρόσδεκτος** (Απόστολος Παύλος, 15-67 μ. Χ.). Η στιγμή αυτή είναι όντως ψυχολογική: είναι ιερή και συνάμα εσωτερική, εφόσον κανένας εξωτερικός παράγων δεν μας την επιβάλλει, κανένας διδασκων δεν μας την υποδεικνύει, καμία εξωτερική μεταβλητή δεν μας την χαρίζει. Δεν είναι συνειδητή επιλογή, προϊόν σύνεσης, ανάγλυφη προβολή της προσωπικής επεξεργασίας αποφάσεων. Μόνο η ψυχή μας την επιδαφιλεύει στον εαυτό της, μόνο εκείνη αφουγκράζεται τη φωνή έσωθεν. Επέρχεται σιωπηλά, ως επακόλουθο της επαναδιαμόρφωσης που προκαλείται από την επούλωση των ψυχικών μας τραυμάτων. Όταν μας μιλήσει αυτή η στιγμή, αξίζει να μην την παρερμηνεύσουμε, να μην την αγνοήσουμε, αλλά να την ακολουθήσουμε ως τολμητίες, να την αδράξουμε γεμάτοι αυτοπεποίθηση, διότι αυτή είναι η εκδήλωση της ωριμότητάς μας, διότι με το προσωπικό κληροδότημα που αυτή συνεπάγεται θα αποκτήσουμε στρατηγικό βάθος.

Το εξαιρετικό εξώφυλλο του παρόντος τεύχους συμβολίζει την ανυπολόγιστη αξία του ψυχολογικού χρόνου. Όσα χρόνια κι αν περάσουν αξίζει να μην απαρνηθούμε πτυχές της παιδικότητάς μας: αξίζει να πίνουμε τον χρόνο ως το μεδούλι του, να εμβολιαζόμαστε με την απεραντοσύνη του ως τα έγκατα της ψυχής μας, να διαβλέπουμε μέσα από την συνεχή ροή των πραγμάτων τη βαθύτερη ουσία τους, να αποθησαυρίζουμε ως άπληστοι περιέκτες τη γνώση, τη σοφία, τα διδάγματα που εκπέμπονται και τα νοήματα που αναδύονται πανταχόθεν. Τότε ο χρόνος μας δεν θα σπαταλάται αδόκητα, οι ιδέες μας δεν θα είναι επήλυδες, οι ζωές μας δεν θα είναι συμβατικές, οι στιγμές μας δεν θα παρασύρονται από τον ολετήρα του χρόνου. Τότε τα παιδικά μάτια θα ταξιδεύουν μαζί μας και θα παραμένουν προσηλωμένα στην αναζήτηση της αδιασάλευτης αλήθειας. Τότε θα γεννάται καθημερινά ένας νέος άνθρωπος, τότε οι ημέρες χαράς και προσδοκίας δεν θα είναι μόνο οι ημέρες αλλαγής του χρόνου, αλλά όλες οι ημέρες της ζωής μας.

Ο χρόνος είναι καταλύτης και για την ιατρική γνώση, η οποία εξελίσσεται ταχύτατα, διογκούται με ρυθμούς ιλιγγιώδεις και μεταμορφώνεται ποιοτικά και απρόσμενα. Η ιατρική μας εκπλήσσει διαρκώς με την λαμπερή αναδιαμόρφωσή της. Η ελληνική γαστρεντερολογία έχει καταφέρει να συμπυκνώνει τον χρόνο και να προοδεύει γρηγορούσα σε καιρούς αβέβαιους, γεμάτους προκλήσεις. Το τεύχος 69 των ενδοσκοπήσεων είναι ο ιδανικός μάρτυρας της αδαμάντινης ποιότητας που κατέχει διαχρονικά η ελληνική γαστρεντερολογική κοινότητα. Στο κλινικό θέμα ανασκοπείται λεπτομερώς και με κλινικά χρήσιμη σκοπιά η τρέχουσα θέση για την ανθεκτική κοιλιοκάκη. Το οικολογικό αποτύπωμα που οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη τους τα μέλη των ενδοσκοπικών τμημάτων ικνηλατείται γλαφυρά στο ενδοσκοπικό άρθρο, το οποίο ξεδιπλώνει τον σπουδαιότατο ρόλο που διαδραματίζει η πράσινη



Άρθρο Σύνταξης

ενδοσκόπηση. Η σημαντικότερη θέση του βισμούθιου στα σύγχρονα σχήματα εκρίζωσης του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού, ιδίως σε περιοχές αυξημένης αντίστασης στα αντιβιοτικά, όπως είναι η χώρα μας, περιγράφεται ιδανικά στην οικεία μελέτη. Η κλινική οντότητα της ηωσινοφιλικής εντερίτιδας παρουσιάζεται ευσύνοπτα και διδακτικά στη στήλη TIPS & TRICKS, διευρύνοντας τη διαφορογνωστική σκέψη των γαστρεντερολόγων και δίνοντας τροφή για βαθύτερη μελέτη σε όποιον έχει ειδικό ενδιαφέρον. Ο ρόλος της τεχνητής νοσημοσύνης ως αρωγού για τη διάγνωση οισοφαγικών κισμών διανοίγει νέες ατραπούς για τη μη παρεμβατική προσπέλαση των ασθενών με πυλαία υπέρταση. Η ολοκληρωμένη παρουσίαση για τον προληπτικό έλεγχο πριν την έναρξη ανοσοκατασταλτικής αγωγής και για την πρόληψη των ευκαιριακών λοιμώξεων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ αποδεικνύει το υψηλότερο επίπεδο των νέων γαστρεντερολόγων. Η ανασκόπηση της φιλοξενούμενης ειδικότητας επαναφέρει στη συλλογιστική μας διαβούλευση ζητήματα που πολλάκις αποτελούν αφορμή αντιπαράθεσης μεταξύ χειρουργών και γαστρεντερολόγων και ξεδιαλύνει με πρακτικό τρόπο τις ενδείξεις και τον ρόλο της χειρουργικής θεραπείας των καλοήθων παθήσεων των χοληφόρων. Τέλος, οι δύο αμιγώς ενδοσκοπικές στήλες του παρόντος τεύχους, αυτή που περιγράφει την ανατομία των ενδοσκοπιών και εκείνη που συγκρίνει την εκτομή μεγάλων πολυπόδων με ψυχρό ή με θερμό βρόχο, καταδεικνύουν την αναγκαιότητα της συνάρθρωσης της κλασικής με την εκκολλημένη γνώση καθώς και την προσήλωση που οφείλει να επιδεικνύει ο γαστρεντερολόγος σε αμφότερες.

Το ανά χείρας τεύχος έχει ως προμετωπίδα τα Χριστούγεννα. Ο εορτασμός της γέννησης του Θεανθρώπου συμβολίζει τη δυνατότητα ανα-γέννησης του κάθε ανθρώπου, σε πείσμα του ρευστού τοπίου που μας περιβάλλει και παρά τις εκάστοτε προσωπικές δυσχέρειες. Συμβολίζει επίσης τη δυνατότητα της εκ βάθρων ανα-διάπλασης του σύγχρονου κόσμου. Αλλά και τις θαυμαστές δυνατότητες της ιατρικής να ξεπεράσει τον εαυτό της, να καταργήσει τις όποιες αδυναμίες της, να ξαναγεννηθεί στη συνείδηση των πολλών. Από τη θέση αυτή θέλω να ευχαριστήσω όλους τους συγγραφείς για τα υψηλής εμπρίθειας άρθρα τους, τα οποία με ζήλο και υψηλό αίσθημα ευθύνης προσφέρουν στους συναδέλφους τους. Θέλω ακόμα και ευχαριστήσω για τις παρεμβάσεις τους, την Πρόεδρο της ΕΓΕ (αναφορικά με το πρόγραμμα ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ), τον Πρόεδρο της απόλυτα επιτυχημένης 21^{ης} Πανελληνίας Επιστημονικής Εκδήλωσης της ΕΠΕΓΕ, τον υπεύθυνο διοργάνωσης (υπό την αιγίδα της ΕΓΕ και της ΕΠΕΓΕ) των υψηλότερου κύρους σεμιναρίων ILS, καθώς και τους ομιλητές για το θέμα της αστικής ευθύνης κατά το πρόσφατο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας· όλες συμβάλλουν καίρια στην ενημέρωση και τον προβληματισμό των γαστρεντερολόγων σε επίκαιρα και ζέοντα θέματα της ειδικότητάς μας. Τέλος, με αφορμή την έλευση του νέου έτους, θέλω να ευχηθώ σε όλες και σε όλους να έχετε υγεία, να προοδεύσετε επιστημονικά και να αξιοποιήσετε τον χρόνο σας με τον βέλτιστο και επωφελέστερο τρόπο, για εσάς, τις οικογένειές σας και τους ασθενείς σας.

Ευλογημένη και δημιουργική χρονιά !
Χαρούμενο και ειρηνικό το 2025 !.

Ειδικό Άρθρο



ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΠΕ «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ»

Κωνσταντίνα Παρασκευά, Γαστρεντερολόγος, MD, PhD, FEBGH
Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνη Γαστρεντερολογικού Τμήματος & Μονάδας Ενδοσκοπήσεων, ΓΝ Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο- Πατησίων», Ν. Ιωνία, Αθήνα,
Πρόεδρος Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος του πληθυσμού για καρκίνο παχέος εντέρου και ορθού (ΚΠΕ) επιτρέπει την διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο και μειώνει τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα από τον ΚΠΕ. Η έγκαιρη διάγνωση σημαίνει συχνά λιγότερο επεμβατικές θεραπείες και μικρότερο κόστος θεραπείας, καθώς και μεγαλύτερη πιθανότητα για πλήρη ανάρρωση.

Τα οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου έχουν πλεονεκτήματα, όπως πρόσβαση στην πρόληψη και στην ενημέρωση σε όλες τις κοινωνικο-οικονομικές ομάδες και σε όλη την επικράτεια, υπενθυμίσεις για συμμετοχή στο πρόγραμμα και αύξηση της συμμόρφωσης στον προληπτικό έλεγχο.

Από την άλλη μεριά, οι προκλήσεις στην εφαρμογή ενός οργανωμένου προγράμματος προληπτικού ελέγχου περιλαμβάνουν τη διασφάλιση της ποιότητας, την ύπαρξη ποικίλλων

διαθέσιμων εξετάσεων, το κόστος εφαρμογής, την μικρότερη του αναμενόμενου συμμετοχή και την έλλειψη κατάλληλης πληροφόρησης για τα πλεονεκτήματα του προληπτικού ελέγχου των επιλεγμένων ομάδων στόχου.

Η Ε.Γ.Ε. έχει δημοσιεύσει τις θέσεις της σε σχετικές κατευθυντήριες οδηγίες (Φεβρουάριος 2013, ιστότοπος Ε.Γ.Ε.), στις οποίες παρουσιάζονται όλα τα τεκμηριωμένα δεδομένα (οι βασικές κατευθύνσεις δεν έχουν αλλάξει μέχρι σήμερα) και αναλύονται τα πλεονεκτήματα και οι περιορισμοί των ποικίλλων μεθόδων. Επίκειται η δημοσίευση των αναθεωρημένων οδηγιών στους επομένους μήνες.

Οι οδηγίες αναφέρονται αναλυτικά στην εκτίμηση του εξατομικευμένου κινδύνου· ξεχωρίζουν αυτούς με αυξημένο κίνδυνο από αυτούς με μέσο κίνδυνο και διαχωρίζουν αυτούς που θα πρέπει να υποβληθούν σε κολοноσκόπηση εξ αρχής από αυτούς που δύνανται να ελεγχθούν με τη χρήση εξετάσεων με μικρότερη δια-

γνωστική ακρίβεια, όπως είναι οι εξετάσεις ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα.

Τα προγράμματα επιτήρησης του πληθυσμού εναρμονίζονται με τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες που επικρατούν σε κάθε χώρα. Το πρόγραμμα «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ» χρησιμοποιεί ως μέθοδο ελέγχου για την Ελλάδα τη μέθοδο ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα.

Σχετικά με τις εξετάσεις ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα η Ε.Γ.Ε. έχει τοποθετηθεί ως εξής: Η παρουσία αίματος στα κόπρανα δεν αποτελεί ειδικό εύρημα, συχνά όμως οφείλεται σε ΚΠΕ ή μεγάλους πολύποδες (>1 εκ). Η ανοσοϊστοχημική μέθοδος ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα (FIT) αποτελεί την ενδεικνυόμενη μέθοδο.

Οι δοκιμασίες FIT, αν και λιγότερο ευαίσθητες από την κολοноσκόπηση, αποτελούν αδρό δείκτη επιλογής των ασθενών προς κολοноσκόπηση και το cut-off που επιλέγει κάθε χώρα είναι συνάρτηση των οικονομοτεχνικών χαρακτηριστικών του προγράμματος, δύναται δε να τροποποιείται αναλόγως κατά τη διάρκεια του προγράμματος. Ο προτεινόμενος τύπος είναι FIT ποσοτικός έλεγχος της αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα (quantitative FIT) με όρια τα 20 -50 µg/g (cut-off value που προσδιορίζεται από κάθε χώρα).

Με την ετήσια επανάληψη της εξέτασης φαίνεται να ανευρίσκεται η πλειοψηφία των περιπτώσεων ΚΠΕ, ενώ η ευκαιριακή χρήση της έχει χαμηλή ευαισθησία. Η συλλογή των δειγμάτων πρέπει να γίνεται αυστηρά σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή. Αν η δοκιμασία αποβεί θετική, πρέπει να εκτελεστεί κολοноσκόπηση.

Η διαδικασία του προσυμπτωματικού ελέγχου έχει επίσης εγγενείς περιορισμούς, οι οποίοι μπορούν να έχουν αρνητικές συνέπειες για τον πληθυσμό που υποβάλλεται στον έλεγχο. Αυτοί περιλαμβάνουν τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα, τα οποία μπορούν να προκαλέσουν άγχος και μπορεί να απαιτήσουν πρόσθετες εξετάσεις,



Ειδικό Άρθρο

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ
ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΠΕ «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ»

που ενδέχεται να ενέχουν πιθανούς κινδύνους και τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα, τα οποία παρέχουν λανθασμένη αίσθηση ασφάλειας και οδηγούν σε καθυστερήσεις στην έγκαιρη διάγνωση.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν όλα τα πιθανά οφέλη και τους κινδύνους του προσυμπτωματικού ελέγχου για έναν συγκεκριμένο τύπο καρκίνου πριν ξεκινήσουν νέα οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο. Επιπλέον, αυτά τα οφέλη και οι κίνδυνοι πρέπει να παρουσιάζονται με

τρόπο κατανοητό, ώστε να επιτρέπουν στους πολίτες να δίνουν τη συγκατάθεσή τους, έχοντας πλήρη ενημέρωση, για τη συμμετοχή τους στα προγράμματα ελέγχου.

Τέλος, είναι σημαντική η προσπάθεια και η διαρκής βελτίωση της εφαρμογής του προγράμματος. Ο ποιοτικός προσυμπτωματικός έλεγχος περιλαμβάνει την ανάλυση της διαδικασίας και των αποτελεσμάτων του ελέγχου, καθώς και την άμεση αναφορά αυτών των αποτελεσμάτων στον πληθυσμό και στους παρόχους του ελέγχου.

Νέα & Επίκαιρα

ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΔΣ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

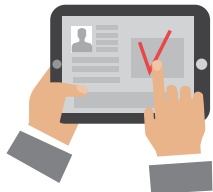
Ηλίας Γρίβας, Γαστρεντερολόγος, Μαρούσι



Στις 30/11/2024 στο περιθώριο του 44^{ου} Πανελληνίου Γαστρεντερολογικού συνεδρίου πραγματοποιήθηκε συνάντηση της ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Συζητήθηκε το θέμα της αστικής ευθύνης και το πρόβλημα που δημιουργήθηκε μετά την αποχώρηση και τη μη κάλυψη κάποιων ασφαλιστικών εταιρειών. Παρουσιάστηκε από την κα Πολίτη η τελική συμφωνία με ασφαλιστική εταιρεία, η οποία αναλαμβάνει τα συμβόλαια αστικής ευθύνης των ασφαλιστικών εταιρειών που αποχώρησαν. Η συμφωνία αφορά κυρίως σε σχέση με τους όρους καταστολής και με την αναδρομικότητα κάλυψης της αστικής ευθύνης. Συμφωνήθηκε αναδρομική κάλυψη τριών ετών. Στους δε όρους για την καταστολή θα ισχύει ό,τι περιγράφεται στο νόμο περί χορήγησης καταστολής από γαστρεντερολόγους, το οποίο ψηφίστηκε από την Βουλή.

Τέλος, έγινε συζήτηση της Υπουργικής απόφασης για το Πρόγραμμα Πρόληψης του Κ.Π.Ε. (καρκίνου παχέος εντέρου) που εκδόθηκε πρόσφατα (ΦΕΚ 2024, τεύχος Β', αριθμός φύλλου 3173, 4/6/2024, σελίδες 32969-32976). Η πρότασή μας για οικονομική αναβάθμιση των γαστρεντερολογικών αμοιβών υιοθετήθηκε από το υπουργείο υγείας (140 ευρώ αμοιβή κολοноσκόπησης και 50 ευρώ αμοιβή πολυποδεκτομής). Στην ιστοσελίδα *colon.gov.gr* έχουν αναρτηθεί οι πληροφορίες για το εθνικό πρόγραμμα «Προλαμβάνω τον καρκίνο του παχέος εντέρου» καθώς και τα αντίστοιχα δικαιολογητικά για όσους συναδέλφους ενδιαφέρονται να συμβληθούν με αυτό.



Νέα & Επίκαιρα

ΤΟ ΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

ΤΗΣ 21^{ΗΣ} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΕΓΕ

Αγαπητοί συνάδερφοι και φίλοι,

Πριν από ένα χρόνο περίπου το Δ.Σ. της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος μου έκανε τη τιμή και μου ανέθεσε τη διοργάνωση της 21ης Ετήσιας Επιστημονικής Εκδήλωσης με θέμα «ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΚΑΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ». Η εκδήλωση πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα στο ξενοδοχείο Divani Caravel από τις 4 έως τις 6 Οκτωβρίου 2024 και κατέγραψε μεγάλη επιτυχία, σύμφωνα με την άποψη πολλών εκ των συμμετεχόντων. Με μεγάλη χαρά ήλθε τώρα η ώρα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη και τις θερμές ευχαριστίες μου σε όλους τους συντελεστές για τη σημαντική συμβολή τους στην επιτυχία αυτή.

Η θεματολογία της εκδήλωσης συμπεριελάμβανε πρωτότυπες, καινοτόμες και επίκαιρες εξελίξεις, όσον αφορά στα νοσήματα οισοφάγου και στομάχου. Παρουσιάστηκαν τα νεώτερα δεδομένα για την παθογένεια των νοσημάτων και οι πρόοδοι στις διαγνωστικές τεχνικές και οι εξελίξεις στη φαρμακευτική και ενδοσκοπική αντιμετώπισή τους. Η εξαιρετική ποιότητα των διαλέξεων, που πραγματοποιήθηκαν από καταξιωμένους στην Ελλάδα και το εξωτερικό Έλληνες συναδέλφους, φάνηκε και από τον αυξημένο αριθμό των συμμετεχόντων που τις παρακολούθησαν με ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Οι ιδέες, οι γνώσεις, ο επαγγελματισμός και η επιστημοσύνη των ομιλητών και των προέδρων συνέβαλαν καθοριστικά στην ποιότητα της εκδήλωσης και στον εμπλουτισμό των συζητήσεων που αναπτύχθηκαν.

Ανασκοπώντας το πρόγραμμα της εκδήλωσης, δεν θα πρέπει να μείνουν ασχολίαστες οι παρουσιάσεις που ανέπτυξαν εμφαντικά τις νέες θεραπείες και τις σύγχρονες εφαρμογές της τεχνολογίας για την καλύτερη προσέγγιση και αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που αφορούν στο ανώτερο πεπτικό σύστημα και που τελικό σκοπό έχουν τη βελτίωση του οφέλους των ασθενών.

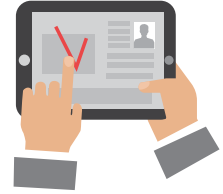
Παρουσιάστηκαν οι τελευταίες εξελίξεις όσον αφορά στη διάγνωση και τους τρόπους βελτίωσης της ποιότητας της γαστροσκόπησης και για το ρόλο του γαστρεντερολόγου στη διάγνωση των κακοθειών του οισοφάγου και του στομάχου. Ιδιαίτερη μνεία έγινε στις νεότερες εξελίξεις στη διάγνωση και θεραπεία του οισοφάγου Barrett, τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο γαστρεντερολόγος μετά από βαριατρικό χειρουργείο και τους σύγχρονους προβληματισμούς που αφορούν τη δυσανεξία στη γλουτένη και την κοιλιοκάκη.

Εξαιρετικές ομιλίες πραγματοποιήθηκαν σχετικά με τη συμβολή της σύγχρονης τεχνολογίας στη διάγνωση και στη θεραπεία των νοσημάτων του οισοφάγου και του στομάχου, όπως ο ρόλος της τεχνητής νοημοσύνης, οι νεότερες ενδοσκοπικές τεχνικές στην αντιμετώπιση της αχαλασίας οισοφάγου και οι καινοτομίες στη διαγνωστική και θεραπευτική ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού.

Στη συνάντηση αναλύθηκαν οι σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές στη αντιμετώπιση του συνόλου σχεδόν των νοσημάτων του οισοφάγου και του στομάχου και συγκεκριμένα η ενδοσκοπική και χειρουργική θεραπεία της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, οι ενδείξεις και οι κίνδυνοι από τη χρόνια λήψη των PPIs, η σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση της πωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας και της λειτουργικής δυσπεψίας και η ιδιαίτερη αντιμετώπιση της νόσου Crohn ανώτερου πεπτικού. Επίσης θα πρέπει να αναφέρω τις εξαιρετικές ομιλίες που αφορούσαν τα νεότερα δεδομένα στη θεραπεία εκρίζωσης του Ελικοβακτηριδίου του πυλωρού.

Εκτός από τις ευχαριστίες μου προς τους ομιλητές που με ιδιαίτερη επιστημονική προσέγγιση ανέπτυξαν τα θέματα, θα ήταν παράλειψή μου να μην ευχαριστήσω τον Καθηγητή κύριο Ανδρέα Λάζαρη που με φιλοσοφική

Νέα & Επίκαιρα



διάθεση μας προέτρεψε να μπει πνεύμα στη σύγχρονη άσκηση της ιατρικής κατά την εξαιρετη διάλεξή του στην τελετή έναρξης. Ευχαριστώ ιδιαίτερα την κυρία Χρυσάνθη Βαρθαλίτη και τις συνεργάτιδές της για την άψογη προετοιμασία και γραμματειακή υποστήριξη της εκδήλωσης, καθώς και τις εταιρίες χορηγούς που υποστήριξαν την εκδήλωση μας· χωρίς τη βοήθειά τους δεν θα είχαμε την επιτυχία που γνωρίσαμε. Ένα μεγάλο ευχαριστώ τέλος σε όλα τα μέλη του Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. για την εμπιστοσύνη που μου επέδειξαν και την τιμή να μου αναθέσουν τη προεδρία της εκδήλωσης και εύχομαι στο μέλλον πάντα επιτυχημένες επιστημονικές εκδηλώσεις.

Με εκτίμηση

Ανδρέας Ν. Καψωριτάκης

Καθηγητής Παθολογίας – Γαστρεντερολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας



Νέα & Επίκαιρα

ΤΟ ΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΣΕΜΙΝΑΡΙΩΝ ILS

Την Κυριακή 20 Οκτωβρίου και το Σαββατοκύριακο 2 και 3 Νοεμβρίου πραγματοποιήθηκαν στα γραφεία της ΕΓΕ στη Θεσσαλονίκη και την Αθήνα αντίστοιχα **σεμινάρια εξειδικευμένης υποστήριξης ζωής (ILS) υπό την αιγίδα του ERC (European Resuscitation Council) και τη συνεργασία του Ε.Σ.ΕΚ.Υ.Ζ (Ελληνικό Συμβούλιο Εκπαίδευσης στην Υποστήριξη της Ζωής) με την επιτυχημένη συμμετοχή πολλών ειδικών γαστρεντερολόγων, ειδικευόμενων ιατρών και νοσηλευτών ενδοσκοπικών μονάδων από όλη τη χώρα**. Τα σεμινάρια αυτά αποτελούν ένα βασικό εργαλείο γνώσης που καθίσταται απαραίτητο για ιατρούς πολλών ειδικοτήτων που πραγματοποιούν ιατρικές πράξεις σε ασθενείς και αποτελούν το βασικό πυλώνα εκπαίδευσης στην αντιμετώπιση συμβάντων κατά τη διάρκεια των ενδοσκοπικών πράξεων της ειδικότητάς μας.

Τα τελευταία χρόνια γίνεται μια συντονισμένη προσπάθεια από την ΕΓΕ, την ΕΠΕΓΕ και μια ομάδα συναδέλφων/εκπαιδευτών με αποτέλεσμα να έχουν εκπαιδευτεί μέχρι σήμερα περισσότεροι από 220 συνάδελφοι συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μας κατά τη διάρκεια των ενδοσκοπήσεων. Η προσπάθεια αυτή ενισχύεται από τη φετινή χρονιά ακόμα περισσότερο με τη δημιουργία ειδικής ομάδας εργασίας της ΕΓΕ, η οποία έχει ως στόχο το συντονισμό και την υλοποίηση των επερχόμενων δράσεων αλλά και με την ανεξαρτητοποίηση των σεμιναρίων ILS που μέχρι πέρυσι πραγματοποιούνταν κατά τη διάρκεια των πανελλήνιων επιστημονικών εκδηλώσεών μας. Αξίζει να σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο μέρος του κόστους συμμετοχής των εκπαιδευόμενων χρηματοδοτήθηκε από την ΕΓΕ, αποδεικνύοντας τη σημαντικότητα των σεμιναρίων αυτών αλλά και θέτοντας τα θεμέλια για την περαιτέρω εξέλιξη τους.

Κατά τη διάρκεια των σεμιναρίων οι πιστοποιημένοι εκπαιδευτές του ERC Τσιώνης Θεόδωρος, Τσιώνης Γεώργιος, Τζίκος Γεώργιος, Καραούλη Κωνσταντίνα, Λεπτοκαρίδου Ειρήνη και Μητράκου Ιωάννα εκπαίδευσαν τους συμμετέχοντες μέσα από workshops, σταθμούς δεξιοτήτων, διαλέξεις και προσομοιώσεις σε προπλάσματα, στη διαχείριση ενός βαρέως πάσχοντος ασθενούς, στη διαχείριση του αεραγωγού, στην αναγνώριση του ΗΚΓ, καθώς και στην αντιμετώπιση ασθενούς σε καρδιακή ανακοπή με την ταχεία και ασφαλή χορήγηση απινίδωσης σύμφωνα με τα πρωτόκολλα του ERC.

Επόμενος στόχος της ομάδας εργασίας της ΕΓΕ με υπεύθυνους τον κ. Τσιώνη Θεόδωρο εκ μέρους των εκπαιδευτών και την κ. Μπομπότση Νάγια εκ μέρους του ΔΣ της ΕΓΕ είναι η διοργάνωση των σεμιναρίων σε τακτική βάση και η καθιέρωση τους ως μια βασική εκπαίδευση για όλους τους γαστρεντερολόγους και νοσηλευτές που συμμετέχουν στη διενέργεια ενδοσκοπικών πράξεων. Η χορήγηση καταστολής στην ενδοσκόπηση αποτελεί μία από τις σημαντικότερες βελτιώσεις στην άσκηση της γαστρεντερολογίας και όπως σε όλες τις ιατρικές πράξεις έχουμε ευθύνη και υποχρέωση να την εκτελούμε μετά από κατάλληλη και συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

Με εκτίμηση

Θεόδωρος Τσιώνης

Ειδικός Γαστρεντερολόγος, Εξειδίκευση στην Επείγουσα Ιατρική (Notarzt, DE),
Εκπαιδευτής / Διευθυντής σεμιναρίων ERC, Γαστρεντερολογική Διάγνωση Σεργών

Ενδοσκοπικό θέμα



ΠΡΑΣΙΝΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Αναστασία Τσαλούκα, Νοσηλεύτρια TE, RN, MSc, Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, ΠΓΝΑ «Αττικών», Αθήνα, Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου ESGENA (European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates)

Κωνσταντίνα Παρασκευά, Γαστρεντερολόγος, MD, PhD, FEBGH, Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνη Γαστρεντερολογικού Τμήματος & Μονάδας Ενδοσκοπήσεων, ΓΝ Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων», Ν. Ιωνία, Αθήνα, Πρόεδρος Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας

Η κλιματική αλλαγή και τα δυσμενή αποτελέσματά της, αποτελούν μία αδιαμφισβήτητη πραγματικότητα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), συνιστούν τη σημαντικότερη απειλή της ανθρώπινης υγείας, διακυβεύοντας τη βιωσιμότητα του οικοσυστήματος του πλανήτη ακόμη και την ίδια την επιβίωση της ανθρωπότητας (σχήμα 1).

Σε παγκόσμια κλίμακα το σύστημα υγείας με τις δραστηριότητες του ευθύνεται για το 4,4% των συνολικών εκπομπών αερίων του θερμοκηπίου και αν αποτελούσε χώρα, θα κατατασσόταν 5^η, μεταξύ των μεγαλύτερων ρυπαντών.

Η Ενδοσκόπηση συμβάλλει άμεσα και έμμεσα με το περιβαλλοντικό της αποτύπωμα, λαμβάνοντας την 3^η θέση στην παραγωγή ιατρικών αποβλήτων (3,09Kg/ ημέρα ανά ενδοσκοπική κλίνη), με εκπομπές CO₂ που μπορούν, σύμφωνα με νεότερες μελέτες, να φτάσουν τα 28,4kg ισοδύναμων CO₂ (CO₂ Eq).

Η επιτακτικότητα της λήψης μέτρων για την υιοθέτηση προγραμμάτων και στρατηγικών βιωσιμότητας, ώθησε πολλές επιστημονικές εταιρείες Γαστρεντερολογίας και Ενδοσκόπησης να αναλάβουν δράση σε εθνικό, πανευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο. Η δημοσίευση θέσεων, προτάσεων και συστάσεων για την εφαρμογή τακτικών,



Σχήμα 1. Οι επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής στην υγεία και στα κοινωνικά φαινόμενα (WHO https://cdn.who.int/media/docs/default-source/climate-change/fast-facts-on-climate-and-health.pdf?sfvrsn=157ecd81_5&download=true).



Ενδοσκοπικό θέμα

ΠΡΑΣΙΝΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:

ΑΠΟΦΕΙΣ ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

που στόχο έχουν να μειώσουν την περιβαλλοντική επίπτωση της Ενδοσκόπησης, ήταν το πρώτο βήμα για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας ώστε να αναλάβουν δράση.

Στην πράξη, ωστόσο, η εφαρμογή και προσήλωση ακόμη και στα πιο απλά μέτρα, όπως η ανακύκλωση και ο διαχωρισμός των ιατρικών αποβλήτων, αποδεικνύονται γεμάτα προκλήσεις. Σε αυτό συμβάλλει η έλλειψη γνώσης των επαγγελματιών υγείας, καθώς και η ύπαρξη πολυάριθμων θεσμικών εμποδίων που παρεμποδίζουν την υιοθέτηση πρακτικών βιωσιμότητας. Η έλλειψη κατανόησης του μεγέθους του προβλήματος, επικαλυπτόμενη από τον καθημερινό φόρτο εργασίας δρουν επιπλέον ως τροχοπέδη, στην αποδοχή και εφαρμογή «πράσινων» τακτικών, στο χώρο της Ενδοσκοπικής Γαστρεντερολογίας.

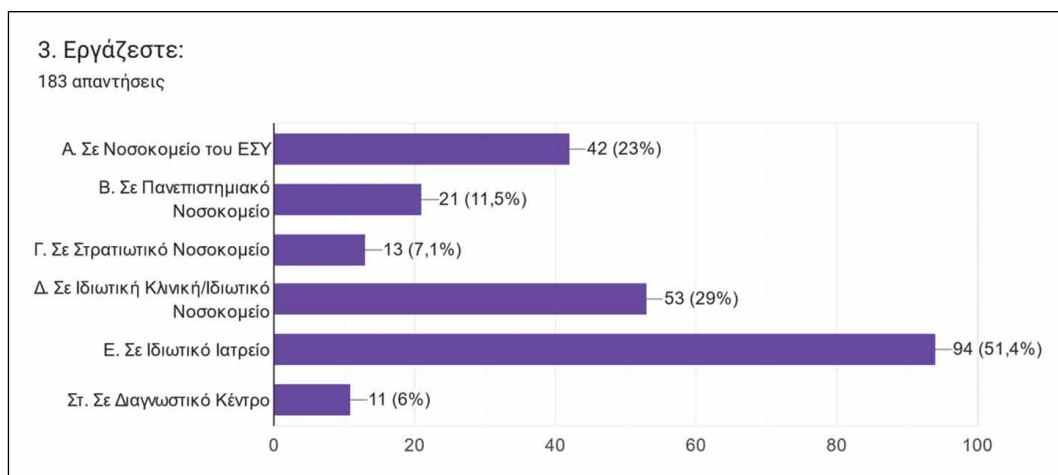
Για να καταστεί εφικτή η οργάνωση στρατηγικών σχεδίων βιωσιμότητας και ακολούθως η υλοποίηση τους στους χώρους της κλινικής πράξης, είναι απαραίτητη η καταγραφή και κατανόηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το εν λόγω θέμα.

Υπό αυτό το πρίσμα, η Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία (ΕΓΕ), διεξήγαγε την ακόλουθη έρευνα, ώστε να καταγράψει τις θέσεις και απόψεις των μελών της σχετικά με την «Πράσινη Ενδοσκόπηση». Πρόκειται για

διαδικτυακή έρευνα, η οποία διεξήχθη τον Δεκέμβριο του 2023, αποτελούμενη από 19 ερωτήσεις, οργανωμένες σε 3 ενότητες. Από τους 183 Γαστρεντερολόγους που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, 51,4% εργάζονται σε ιδιωτικό ιατρείο, 29% σε ιδιωτική κλινική/νοσοκομείο, 23% σε Νοσοκομείο του ΕΣΥ, 11,5% σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, 7,1% σε Στρατιωτικό Νοσοκομείο και 6% σε Διαγνωστικό Κέντρο, όπως αποτυπώνει το κάτωθι διάγραμμα. (Q 1-3)

Η πλειονότητα των ερωτηθέντων αναγνωρίζει ότι η κλιματική κρίση είναι υπαρκτή και οφείλεται στην ανθρώπινη δραστηριότητα, σημαντικό μέρος της οποίας αποτελεί και το σύστημα υγείας. (Q 2-1,2)

Σε ότι αφορά τη συσχέτιση της Ενδοσκόπησης με την κλιματική αλλαγή, ποσοστό 38,8% εξακολουθεί να μην γνωρίζει ή να μην πιστεύει ότι η Ενδοσκόπηση συμβάλλει σε αυτή (Q2-3). Το δεδομένο αυτό, μας καταδεικνύει την ανάγκη να ενισχύσουμε τα προγράμματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης, ώστε να αποκαλυφθεί ο πραγματικός αντίκτυπος στους επαγγελματίες υγείας. Η ενθάρρυνση προς την «πράσινη ενδοσκόπηση» θα μπορούσε να εμπνευστεί από το έργο και τις βασικές αρχές του Green Endoscopy Working Group της ESGE και ESGENA, αναφορικά με τα 5R: Reduce, Reuse, Recycle, Research and Rethink (σχήμα 2).



Διάγραμμα

Ενδοσκοπικό θέμα



ΠΡΑΣΙΝΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΠΟΦΕΙΣ ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι πολύ σημαντικό, όταν προσβλέπουμε στην εφαρμογή αλλαγών, να ξεκινάμε με μικρά βήματα, πριν περάσουμε στα πιο σύνθετα. Η ψηφιοποίηση των αρχείων είναι ο ιδανικός τρόπος για την μείωση χαρτιού. Η άυλη συνταγογράφηση και η τηλεϊατρική, ελαχιστοποιούν το περιβαλλοντικό αποτύπωμα από τις μετακινήσεις των ασθενών, οι οποίες μαζί με τις μετακινήσεις των επαγγελματιών υγείας, αποδεικνύονται από τους κυριότερους παράγοντες εκπομπών CO₂.

Η αντικατάσταση των υπάρχοντων λαμπτήρων με ενεργειακούς, η απλούστατη απενεργοποίηση των ηλεκτρικών συσκευών όταν δεν τις χρησιμοποιούμε (ιατρικά μηχανήματα, ηλεκτρονικές συσκευές, υπολογιστές), ο τρόπος που κλιματίζουμε τις Μονάδες και τα Ιατρεία, βοηθούν στην εξοικονόμηση ενέργειας. Ο

εξορθολογισμός της συχνότητας που χρησιμοποιούμε υλικά μίας χρήσης είναι άλλος ένας βασικός παράγοντας που πρέπει να συνηγορηθεί.

Ακόμη και στο πεδίο της επιμόρφωσης μπορούμε να αναλάβουμε δράση: η διεξαγωγή συνεδρίων, ημερίδων και συναφών εκδηλώσεων δύνανται πλέον να διεξάγονται υβριδικά, συνδυάζοντας τη δυνατότητα συμμετοχής είτε με διαδικτυακή, είτε με φυσική παρουσία. Οι υβριδικές εκδηλώσεις αποδεικνύονται μια μάλλον φιλική προς το περιβάλλον επιλογή, καθώς επιτρέπουν τη μείωση έως και 82% του αποτυπώματος άνθρακα των συνεδρίων, επομένως αποτελούν πιθανές στρατηγικές αντιστάθμισης άνθρακα.

Ιδανικά η «πράσινη ενδοσκόπηση» και η «πράσινη υγεία» θα μπορούσαν να ενταχθούν στα προγράμματα

ESGE & ESGENA's Top Tips for Green Endoscopy

Practice the "5 Rs" to be more environmentally friendly:

- REDUCE**
 - unnecessary endoscopic procedures - only when indicated (~28 kg CO₂e per procedure).
 - unnecessary biopsies - only when indicated (300 g CO₂e per biopsy jar).
 - overall waste production and misclassification. Training endoscopy staff on waste management may reduce the carbon footprint caused by waste by up to 32%.
- REUSE**
 - endoscopic accessories within procedures (e.g., one polypectomy snare for all small polyps).
 - endoscopic accessories between procedures, when combining upper GI endoscopy followed by colonoscopy within the same patient (e.g., biopsy forceps or polypectomy snares).
 - gowns (66% reduction of CO₂e compared to single-use gowns) and other PPE elements such as scrubs and hats.
 - drinking cups and water bottles to avoid excessive plastic waste.
- RECYCLE**
 - by ensuring there are recycling bins in your endoscopy unit. Segregate individual recyclable components (plastic, paper, cardboard, glass, and metals).
- RETHINK**
 - your team's environmental impact by educating and raising awareness. Going to work on foot or using public transportation can reduce your professional carbon footprint by up to 45%.
- RESEARCH**
 - and collaboration are urgently needed - become an "eco-endoscopist"!

European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) | European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates (ESGENA)

www.esge.com | Green Endoscopy Position Statement

Σχήμα 2. Τα 5R (ESGE Site).

(<https://www.esge.com/api/live/resources/pages/199/729e1326-6d03-c989-34a2-57d07172f87a.pdf>).



Ενδοσκοπικό θέμα

**ΠΡΑΣΙΝΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:
ΑΠΟΦΕΙΣ ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

προπτυχιακής εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας. Με τον τρόπο αυτό, θα μπορούσε να καλλιεργηθεί μία κουλτούρα οικολογικής συνείδησης που θα ξεπερνά την επαγγελματική δραστηριότητα. Οι άνθρωποι που έχουν την τάση να ακολουθούν πράσινες πρακτικές στην προσωπική τους ζωή, είναι ευκολότερο να τις ενσωματώσουν και στην επαγγελματική τους ζωή και αντιστρόφως.

Βάση μελετών, η μείωση των περιττών ενδοσκοπικών πράξεων φαίνεται πιθανότατα το πιο αποτελεσματικό μέτρο για τη μείωση των περιβαλλοντικών επιπτώσεων της ενδοσκόπησης. Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζεται και από τις πεποιθήσεις των ερωτηθέντων, καθώς τα 2/3 εξ αυτών, συμφωνούν με τα ερευνητικά δεδομένα που υπολογίζουν το ποσοστό των μη ενδεδειγμένων ενδοσκοπήσεων σε ποσοστό 20-30%. (Q2-4)

Επομένως είναι σημαντικό να τονιστεί η σημασία προσήλωσης στις κατευθυντήριες οδηγίες, που καθοδηγούν τους Γαστρεντερολόγους για τις ενδείξεις τέλεσης ενδοσκοπήσεων και ιστοληψίας, καθώς και για τα ενδεδειγμένα μεσοδιαστήματα επανελέγχων.

Επιπλέον μπορεί να συνεκτιμηθεί και η επιλογή εναλλακτικών τρόπων που διενεργούνται για τη διερεύνηση Γαστρεντερολογικών παθήσεων και συμβάλλουν λιγότερο στο περιβαλλοντικό αποτύπωμα, συγκριτικά με την ενδοσκόπηση. Ενθαρρυντική προς αυτή την κατεύθυνση είναι η απάντηση των ερωτηθέντων, των οποίων η συντριπτική πλειοψηφία δήλωσε ότι χρησιμοποιεί σε ποσοστό 94% εναλλακτικές, μη επεμβατικές μεθόδους (καλπροτεκτίνη κοπράνων, breath-test, FIT και ελαστογραφία ήπατος). (Q3-22,23)

Για να επιτύχουμε τη δημιουργία μιας βιώσιμης Ενδοσκοπικής μονάδας, πρέπει να προχωρήσουμε πέρα από κλινικές αποφάσεις. Είναι αναγκαίο να εφαρμόσουμε αλλαγές, όπως η ανακύκλωση των απορριμμάτων και η διασφάλιση του κατάλληλου διαχωρισμού και επεξεργασίας των ιατρικών αποβλήτων. Αυτό και μόνο, θα

μας επέτρεπε να εξοικονομήσουμε έως και 2700 τόνους πλαστικών απορριμμάτων παγκοσμίως.

Η διαχείριση αποβλήτων και πόρων θα μπορούσε να είναι ένα από τα ανησυχητικά αναδυόμενα χαρακτηριστικά της έρευνας. Εξακολουθούν να υπάρχουν υψηλά ποσοστά Ενδοσκοπικών Μονάδων και ιατρείων που εξακολουθούν να στερούνται διαδικασιών και εγκαταστάσεων ανακύκλωσης (36,6%) (Q3-14), ενώ μόνο ποσοστό 23% διαθέτει προσωπικό, το οποίο είναι εκπαιδευμένο και εξοικειωμένο με θέματα ανακύκλωσης, εξοικονόμησης ενέργειας και πράσινης ενδοσκόπησης (Q3-13).

Στην αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος θα μπορούσε να συνεισφέρει η δημιουργία μίας πράσινης ομάδας ή η ανάδειξη ενός Green Champion. Οι Green Champions είναι επαγγελματίες υγείας, συνήθως νοσηλεύτες, που έχουν εκπαιδευτεί σε θέματα πράσινης υγείας και ενδοσκόπησης, και είναι υπεύθυνοι για τη μεταλαμπάδευση των γνώσεων τους στην υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα καθώς και για την παρότρυνση και επίβλεψη της εφαρμογής πράσινων συμπεριφορών και επιλογών στα τμήματα τους, λειτουργώντας παράλληλα ως πρότυπα.

Ένα ακόμη θέμα που προκύπτει είναι ο καθοριστικός ρόλος που διαδραματίζει η βιομηχανία με τον τρόπο κατασκευής, συσκευασίας και διακίνησης των ενδοσκοπικών προϊόντων. Το γεγονός αυτό είναι αντιληπτό από την συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων, καθώς 92,3% θεωρεί ότι οι εταιρείες θα πρέπει να ενημερώνουν για τον αντίκτυπο των προϊόντων τους στο περιβάλλον (Q3-17), ενώ 96,2% πιστεύουν ότι οι εταιρείες θα πρέπει να στραφούν σε περισσότερο eco-friendly υλικά (Q3-18). Επί του παρόντος, αντιμετωπίζουμε την πραγματικότητα ότι οι εταιρείες δεν είναι υποχρεωμένες να αποκαλύπτουν δημόσια την αξιολόγηση του κύκλου ζωής των προϊόντων τους, ωστόσο γίνονται συντονισμένες προσπάθειες υπερκερασμού του προβλήματος, ώστε στο μέλλον οι Γαστρεντερολόγοι να έχουν τη δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης σε προτιμότερες στρατηγικές «πράσινων» αγορών.



Αναφορικά με την άποψη των ερωτηθέντων, αν θα μπορέσει να επιτευχθεί ο στόχος της Πράσινης ενδοσκόπησης για μηδενικές εκπομπές ρύπων μέχρι το 2050, το 48,6% εμφανίζεται απαισιόδοξο, με μόλις 12,6% να θεωρεί ότι υπάρχει δυνατότητα επιτυχίας.

Αδιαμφισβήτητα πρόκειται για μία εξαιρετικά μεγάλη και δύσκολη πρόκληση, ωστόσο η προσπάθεια προς αυτή τη κατεύθυνση κρίνεται επιτακτική καθώς οι πράξεις μας θα καθορίσουν τον κόσμο τον οποίο θα κληροδοτήσουμε στις μελλοντικές γενιές.

Προτεινομένη βιβλιογραφία

1. Rodriguez de Santiago, Reducing the environmental footprint of gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates (ESGENA) Position Statement DOI <https://doi.org/10.1055/a-1859-3726> | Endoscopy 2022; 54.
2. Lacroute J, MARCANTONI J, PETITOT S et al. The carbon footprint of ambulatory gastrointestinal endoscopy. Endoscopy 2023. doi: 10.1055/a-2088-4062.
3. Donnelly L. Green endoscopy: practical implementation Frontline Gastroenterology 2022;13: e7-e12.
4. Agrawal, Deepak MD, MPH; Shoup, Valerie MBA; Montgomery, Amy RN, CGRN; Wosik, Jedrek MD; Rockey, Don C. MD. Disposal of Endoscopic Accessories After Use: Do We Know and Do We Care? Gastroenterology Nursing 40(1): p 13-18, January/February 2017. | DOI: 10.1097/SGA.0000000000000280.
5. de Melo, S. W., Taylor, G. L., & Kao, J. Y. (2021). Packaging and Waste in the Endoscopy Suite. Techniques and Innovations in Gastrointestinal Endoscopy, 23(4), 371-375. <https://doi.org/10.1016/j.tige.2021.07.004>.
6. João A. Cunha Neves, Enrique Rodriguez de Santiago, Heiko Pohl et al. Perspectives and awareness of endoscopy healthcare professionals on sustainable practices in gastrointestinal endoscopy: results of the LEAFGREEN survey, Endoscopy 2024; 56(05): 355-363 DOI: 10.1055/a-2240-9414.
7. Jäckle S. Reducing the Carbon Footprint of Academic Conferences by Online Participation: The Case of the 2020 Virtual European Consortium for Political Research General Conference. PS: Political Science & Politics. 2021;54(3):456-461. doi:10.1017/S1049096521000020.
8. Pouw RE, Barret M, Biermann K, Bisschops R, Czakó L, Gecse KB, de Hertogh G, Hucl T, Iacucci M, Jansen M, Rutter M, Savarino E, Spaander MCW, Schmidt PT, Vieth M, Dinis-Ribeiro M, van Hooft JE. Endoscopic tissue sampling - Part 1: Upper gastrointestinal and hepatopancreatobiliary tracts. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2021 Nov;53(11):1174-1188. doi: 10.1055/a-1611-5091. Epub 2021 Sep 17. PMID: 34535035.
9. Pouw RE, Bisschops R, Gecse KB, de Hertogh G, Iacucci M, Rutter M, Barret M, Biermann K, Czakó L, Hucl T, Jansen M, Savarino E, Spaander MCW, Schmidt PT, Dinis-Ribeiro M, Vieth M, van Hooft JE. Endoscopic tissue sampling - Part 2: Lower gastrointestinal tract. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2021 Dec;53(12):1261-1273. doi: 10.1055/a-1671-6336. Epub 2021 Oct 29. PMID: 34715702.
10. Rodríguez-de-Santiago E, Frazzoni L, Fuccio L, van Hooft JE, Ponchon T, Hassan C, Dinis-Ribeiro M. Digestive findings that do not require endoscopic surveillance - Reducing the burden of care: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. Endoscopy. 2020 Jun;52(6):491-497. doi: 10.1055/a-1137-4721. Epub 2020 Apr 14. PMID: 32289855.
11. Packaging and Waste in the Endoscopy Suite. de Melo, Silvio W. et al. Techniques and Innovations in Gastrointestinal Endoscopy, Volume 23, Issue 4, 371 – 375.
12. Donnelly L. Green endoscopy: practical implementation. Frontline Gastroenterol. 2022 Jun 10;13(e1): e7-e12. doi: 10.1136/flgastro-2022-102116. PMID: 35812035; PMCID: PMC9234726.



Κλινικό θέμα

ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ

Γεώργιος Τσιώνης, Ειδικός Γαστρεντερολόγος – Ηπατολόγος Certified
Υπερηχογραφιστής πεπτικού συστήματος Level I (DEGUM, DE)
Γαστρεντερολογική Διάγνωση Σερρών

Εισαγωγή

Μια εφ' όλης της ύλης παρουσίαση της κοιλιοκάκης, ως κλινικής οντότητας, θα ήταν ενδεχομένως ανέφικτη στα πλαίσια ενός και μόνο επιστημονικού άρθρου. Παρ' όλα αυτά είναι σημαντικό, πριν αναφερθούμε σε μια σπάνια αλλά ταυτόχρονα πολύ σοβαρή, από κλινική άποψη, υποκατηγορία της, αυτή της ανθεκτικής κοιλιοκάκης, να θυμηθούμε κάποιες βασικές πληροφορίες για την εντεροπάθεια από γλουτένη, όπως ονομάζεται εναλλακτικά η κοιλιοκάκη.

Η κοιλιοκάκη είναι μια διόλου σπάνια, χρόνια, συστηματική, ανοσο-διαμεσολαβούμενη διαταραχή, που επάγεται από έκθεση στη γλιαδίνη και σε άλλες προλαμίνες, όπως η χορδενίνη, σικαλίνη κ.α., σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα (MHC II/ HLA-DQ2, HLA-DQ8). Χαρακτηρίζεται από ένα συνδυασμό αυξημένου τίτλου αντισωμάτων (έναντι ιστικής τρανσγλουταμίνης 2 και έναντι ενδομυϊού), εντεροπάθειας και ποικίλων εντερικών και εξωεντερικών εκδηλώσεων.¹ Δεν υπάρχει ενδεχομένως κάποιο σύμπτωμα του πεπτικού, που να μην μπορεί να εμφανιστεί στα πλαίσια της κοιλιοκάκης, γεγονός που της έχει προσδώσει τον χαρακτηρισμό «Χαμایلών της Γαστρεντερολογίας».

Έχουν γίνει κατά καιρούς αρκετές προσπάθειες τα-

ξινόμησης της κοιλιοκάκης κι έχουν δοθεί έως τώρα ορισμοί, που είναι αλληλεπικαλυπτόμενοι ή ακόμη και αντιφατικοί. Η ταξινόμηση που φαίνεται να χαίρει της μεγαλύτερης εκτίμησης είναι η «ταξινόμηση του Όσλο», που δημοσιεύθηκε το 2012 σε έγκριτο επιστημονικό περιοδικό του εξωτερικού, διακρίνοντας την σε κλασική, σε συμπτωματική, σε υποκλινική, σε πιθανή και σε ανθεκτική κοιλιοκάκη (Πίνακας 1).²

Η ανθεκτική κοιλιοκάκη (refractory celiac disease, RCD), η σοβαρότερη μορφή της κοιλιοκάκης, χαρακτηρίζεται από εμμένουσα (πρωτοπαθής) ή υποτροπιάζουσα (δευτεροπαθής) συμπτωματολογία, από σύνδρομο δυσαπορρόφησης και ατροφία των εντερικών λαχνών, παρά την αυστηρή τήρηση δίαιτας ελεύθερης γλουτένης (GFD) για τουλάχιστον 12 μήνες. Απαραίτητη προϋπόθεση για την διάγνωση είναι ο αποκλεισμός των λεγόμενων slow-responders και non-responders καθώς και ο αποκλεισμός άλλων αιτιών ατροφίας των εντερικών λαχνών και κακοήθειας.³

Με συχνότητα που κυμαίνεται στην πλειοψηφία των μελετών ανάμεσα σε 0,05% και 1,5% των ασθενών με κοιλιοκάκη, η ανθεκτική μορφή της νόσου είναι μια σπάνια οντότητα. Ανάγοντας τους αριθμούς αυτούς στο γενικό πληθυσμό, καταλήγει κανείς σε μια συχνότητα της τάξης του 0,002% στην κοινότητα. Αναλογικά με

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Ταξινόμηση του Όσλο για την κοιλιοκάκη.

A summary of the Oslo definitions for celiac disease (CD)				
Definition	Features	Serology (anti-TG2, anti-EMA)	HLA-	Pathology
Classical CD	Symptoms, signs and sequelae of malabsorption	Positiv	DQ2/DQ8	Marsh 2 or 3
Symptomatic CD	Unspecific gastrointestinal / extraintestinal symptoms	Positiv	DQ2/DQ8	Marsh 2 or 3
Subclinical CD	No overt symptoms or signs Eventually abnormal lab tests (eg. Ferritin,AST, ALT)	Positiv	DQ2/DQ8	Marsh 2 or 3
Potential CD	Usually without symptoms Rarely unspecific signs and symptoms	Positiv	DQ2/DQ8	Marsh 0 or 1
Refractory CD (Adults only)	Signs of malabsorption & villous atrophy, despite GFD for 12+ months	Initially positiv, over the course of the disease negativ (~90%)	DQ2/DQ8	Marsh 3



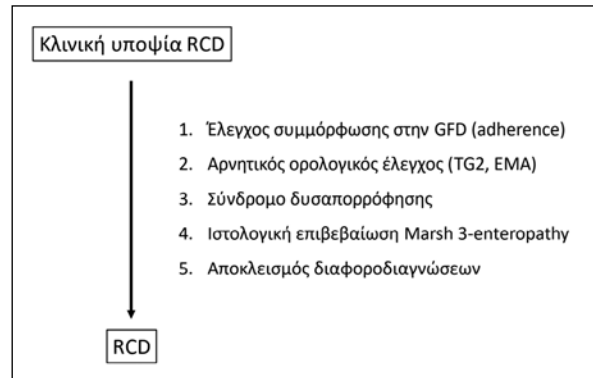
την ανεπίπλεκτη κοιλιοκάκη, έχουμε δύο έως τρεις φορές συχνότερη εμφάνιση στο γυναικείο φύλο, ενώ η συνηθέστερη ηλικία εμφάνισης είναι τα 50-60 έτη, με λιγότερες, εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις εμφάνισης σε νεαρότερες ηλικίες στη διεθνή βιβλιογραφία (Πίνακας 2).⁴

Τα κυριότερα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν την ανθεκτική κοιλιοκάκη είναι η απώλεια βάρους, η εμφάνιση ή υποτροπιάζουσα χρόνια διάρροια και η κοιλιαλγία, είτε αυτά επιμένουν παρά τις απαιτούμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις, είτε επανεμφανίζονται μετά από περίοδο κλινικής βελτίωσης. Άλλα συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με την RCD είναι ο πυρετός, οι νυκτερινές επιδρομές, η κόπωση ή γενικευμένη αδιαθεσία, η αναιμία, η έλλειψη σιδήρου, βιταμίνης B12, φυλλικού οξέος κ.α..⁵

Κι ενώ, βάσει των παραπάνω συμπτωμάτων, η κλινική υποψία για ανθεκτική κοιλιοκάκη μπορεί να τίθεται πολύ συχνά από τον κλινικό ιατρό, μόνο μια μικρή μειοψηφία ασθενών θα πάσχει επιβεβαιωμένα από την νόσο. Η διαγνωστική προσέγγιση του ασθενούς με υποψία για ανθεκτική κοιλιοκάκη απαιτεί, ως εκ τούτου, ιδιαίτερη προσοχή και μεθοδικότητα, προκειμένου να καταλήξει κανείς με ασφάλεια και ακρίβεια στη σωστή διάγνωση (εικόνα 1).

Διερεύνηση ασθενούς με υποψία ανθεκτικής κοιλιοκάκης

Το πρώτο και σημαντικότερο βήμα είναι ο έλεγχος της συμμόρφωσης του ασθενούς στη δίαιτα ελεύθε-



Εικόνα 1. Διαγνωστική προσέγγιση επί υποψίας ανθεκτικής κοιλιοκάκης.

ρη γλουτένης (GFD). Έρευνες δείχνουν ότι μόνο το 60% των ασθενών παραμένουν συνεπείς με την GFD, ενώ το 40% περίπου των ασθενών επανεισάγουν την γλουτένη στην πορεία είτε εκούσια, λόγω βελτίωσης των συμπτωμάτων τους, είτε ακούσια. Οι λόγοι για την κακή συμμόρφωση των ασθενών στην GFD είναι ποικίλοι και εκτείνονται από την πτωχή γευστικότητα των προϊόντων ελεύθερων γλουτένης ή το γεύμα εκτός σπιτιού έως την ανεπαρκή σήμανση τροφίμων και την ελλιπή ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την GFD (εικόνα 2, πίνακας 3).⁶

Το ελάχιστο απαιτούμενο χρονικό διάστημα τήρησης της GFD, σε έναν ασθενή με εμμένουσα συμπτωματολογία, πριν θέσουμε την υποψία για ανθεκτική κοιλιοκάκη είναι οι 12 μήνες. Όπως έδειξαν οι Murray et al. σε μια

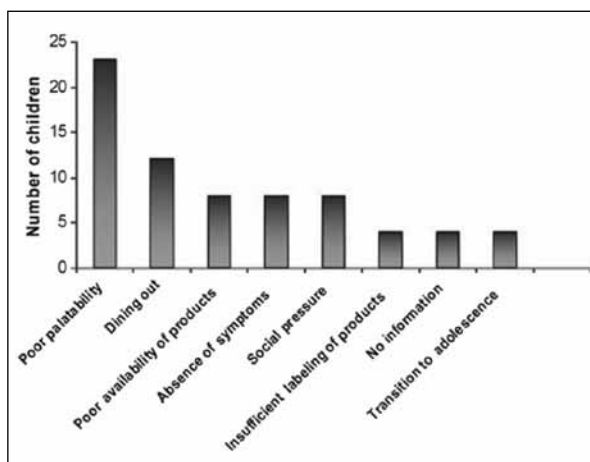
ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Επιπολασμός της RCD σε ασθενείς με κοιλιοκάκη.

Article	Country	Coeliac disease, n	RCD, n	Prevalence of RCD
O'Mahoney 1996 ¹⁸	UK	ND	ND	5%
Wahab 2002 ¹³	Netherlands	158	11	7%
Leffler 2007 ²	USA	603	10	1.7%
West 2009 ¹⁹	UK	713	ND	0.7% (RCD II)
Rubio-Tapia 2010 ⁴	USA	204	3	1.5%
Roshan 2011 ²⁰	USA	844	34	4%
Arguelles-Grande 2013 ²¹	USA	700	73	10%
Present study	Finland	12 240	38	0.3%



Κλινικό θέμα

ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ



Εικόνα 2. Αιτίες πτωχής συμμόρφωσης στην GFD.

κοόρτη 215 ατόμων με κοιλιοκάκη, το 95% των ασθενών πετυχαίνει την πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων τους σε διάστημα 6 μηνών από την έναρξη της GFD. Ένα επιπλέον 3% θα πετύχει εντός των επόμενων 6 μηνών κλινική ύφεση, καταλήγοντας λοιπόν περίπου σε ένα 2% ασθενών που θα έχουν εμμένοντα συμπτώματα συνδρόμου δυσαπορρόφησης παρά την παρέλευση 12 και πλέον μηνών αυστηρής δίαιτας ελεύθερης γλουτένης.⁷ Δεν θα πρέπει κανείς να ξεχνά σε αυτό το σημείο τους λεγόμενους *slow-responders*, οι οποίοι μπορεί να χρειάζονται κάποιες φορές έως και 24 μήνες GFD προκειμένου ν' απαντήσουν κλινικά. Η αιτία της καθυστερημένης κλινικής βελτίωσης φαίνεται να είναι και σε αυτή την περίπτωση η ακούσια κατανάλωση γλουτένης.

Η δεύτερη συνθήκη που απαιτείται, προκειμένου να τεθεί η υποψία για RCD είναι η αρνητικοποίηση υπό GFD των αρχικά υψηλών τίτλων των ειδικών για την κοιλιοκάκη αντισωμάτων (tTG-IgA ή/και EMA-IgA). Εμμένοντες υψηλοί τίτλοι αντισωμάτων συνηγορούν κατά κανόνα υπέρ έκθεσης στη γλουτένη και κατά της ύπαρξης ανθεκτικής κοιλιοκάκης. Ένα ακόμη τυπικό χαρακτηριστικό της ανθεκτικής κοιλιοκάκης είναι η ύπαρξη συνδρόμου δυσαπορρόφησης με απώλεια βάρους, σχεδόν ανεξαιρέτως, σε όλα τα περιστατικά με RCD, με διάρροια καθώς και παθολογικές εργαστηριακές εξετάσεις (όπως π.χ. αναιμία, έλλειψη βιταμινών κ.α.). Η διάγνωση της ανθεκτικής κοιλιοκάκης βασίζεται, πέραν του συνδρόμου δυσαπορρόφησης, και στην ύπαρξη ιστολογικών αλλοιώσεων εντεροπάθειας σταδίου III κατά Marsh. Η παρουσία Marsh I- ή Marsh II-εντεροπάθειας συνηγορεί συνήθως υπέρ άλλων αιτιών ή/και διαγνώσεων.⁵

Το τελευταίο και σημαντικότερο ίσως βήμα στο μονοπάτι διερεύνησης ασθενούς για ανθεκτική κοιλιοκάκη είναι η επιβεβαίωση της αρχικής διάγνωσης της κοιλιοκάκης και ο αποκλεισμός νοσημάτων με παρόμοια κλινική, ορολογική ή σε κάποιες περιπτώσεις ιστολογική εικόνα. Δεδομένα από κέντρο αναφοράς για RCD στη Β. Ευρώπη έδειξε ότι από τους ασθενείς που παραπέμφθηκαν για εξειδικευμένο εργαστηριακό έλεγχο των βιοψιών τους (από το δωδεκαδάκτυλο), μόνο το 62% είχε επιβεβαιωμένη κοιλιοκάκη. Έως και το 38% των ασθενών είχε είτε ακαθόριστη ή μη επιβεβαιωμένη νόσο.⁸ Ο πίνακας 4 περιλαμβάνει μια λίστα με νοσήματα, μερικά εκ των

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Παράγοντες σχετιζόμενοι με πτωχή συμμόρφωση στην GFD.

Factors	Total	No		P-value
		Compliance	compliance	
Dietitians	16 (23)	12 (75)	4 (25)	0.11 (NS)
Gastroenterologists	57 (77)	30 (52.6)	27 (47.4)	
Knowledge about CD				
Sufficient	31 (42.5)	25 (80.6)	6 (19.4)	<0.001
Insufficient	42 (57.5)	17 (40.5)	25 (59.5)	

Values are given as n (%).



ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Διαφοροδιάγνωση ανθεκτικής κοιλιοκάκης.

Νόσος Crohn	Λαμβλίαση
Μικροσκοπική κολίτιδα	Νόσος Whipple
Ηωσινοφιλική εντερίτιδα	Τροπικό sprue
Κολλαγονικό sprue	AIDS-Εντεροπάθεια
SIBO	Εντερική φυματίωση
Ανεπάρκεια εξωκρινούς μοίρας παγκρέατος	Αυτοάνοση εντεροπάθεια (AIE)
Ακτινική εντερίτιδα	CVID με εντεροπάθεια
Εντεροπάθεια σχετιζόμενη με ολμεσαρτάνη	Σύνδρομο Zollinger-Ellison

οποίων μπορούν να οδηγήσουν σε ατροφία των λαχνών του δωδεκαδακτύλου, αλλά και κάποιες παθήσεις που εμφανίζονται κατά κύριο λόγο με χρόνια διαρροϊκό σύνδρομο ή/και σύνδρομο δυσαπορρόφησης. Ο αποκλεισμός των νοσημάτων αυτών είναι επιβεβλημένος προκειμένου να καταλήξει κανείς με ασφάλεια στη σωστή διάγνωση ανθεκτικής κοιλιοκάκης.

Εφόσον πληρούνται τα προαναφερθέντα κριτήρια και κατόπιν αποκλεισμού εναλλακτικών διαγνώσεων τίθεται η διάγνωση της ανθεκτικής κοιλιοκάκης. Καίριας σημασίας στο σημείο αυτό θεωρείται η περαιτέρω ταξινόμηση της ανθεκτικής κοιλιοκάκης σε τύπου I και τύπου II, διότι πρόκειται για δύο διακριτές κλινικές οντότητες με σημαντικές διαφορές στην πρόγνωση και θεραπεία τους (πίνακας 5). Σε ό,τι αφορά την πρόγνωση, μια με-

γάλη γαλλική πολυκεντρική μελέτη ανέδειξε πενταετή ποσοστά επιβίωσης της τάξης του 93% για την RCD τύπου I έναντι 44% για την RCD τύπου II (εικόνα 3). Στην πλειοψηφία των ασθενών με RCD I που αποβιώνουν, ο θάνατος είναι συνήθως αποτέλεσμα επιπλοκών της καχεξίας και του υποσιτισμού, ενώ στην περίπτωση ασθενών με RCD II είναι στην πλειονότητα αποτέλεσμα του λεμφώματος εντεροπαθητικού τύπου, μιας συχνής και εξαιρετικά σοβαρής επιπλοκής της RCD II. Αυτά τα δεδομένα αναδεικνύουν την ανάγκη έγκαιρου και ακριβούς διαχωρισμού ανάμεσα σε ανθεκτική κοιλιοκάκη τύπου I και II.⁹

Ο διαχωρισμός βασίζεται στην αναγνώριση της λεγόμενης κλωνικής εξάπλωσης στον βλεννογόνο του δωδεκαδακτύλου ενός πληθυσμού ενδοεπιθηλιακών

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Διαχωρισμός μεταξύ RCD I και RCD II.

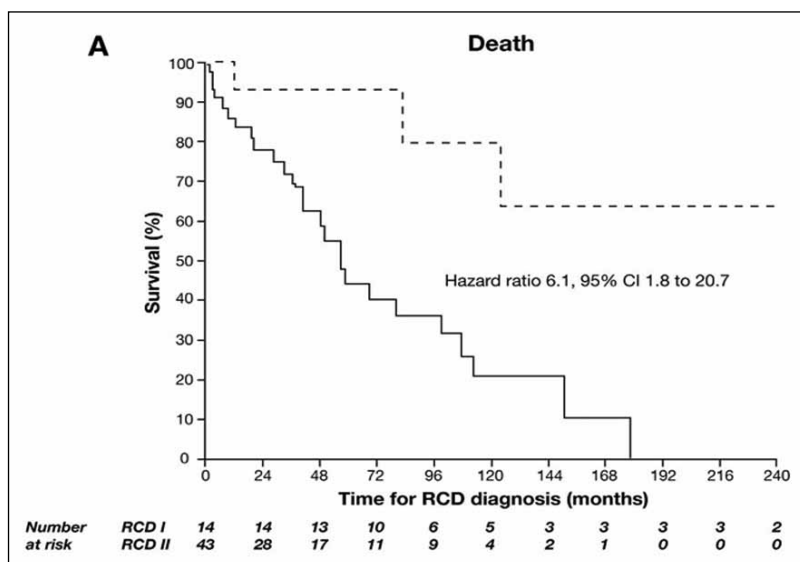
Clinical criteria	Disease category	
	RCD type 1	RCD type 2
Abnormal immunophenotype of IELs with loss of normal surface markers CD3, CD8, and T cell receptor: either >50% by immunohistochemistry or >20–25% by flow cytometry	No	Yes
T cell receptor chains (γ or δ) clonal rearrangement by molecular methods	No	Yes
Clinical or histological response to steroids or other immunosuppressive drugs or biologics	Yes	Variable
Lymphomagenesis potential (especially EATL development)	Rare	Frequent

EATL, enteropathy-associated T-cell lymphoma; GFD, gluten-free diet; IELs, intraepithelial lymphocytes; RCD, refractory coeliac disease.



Κλινικό θέμα

ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ



Εικόνα 3. Kaplan Meier καμπύλες για την επιβίωση σύμφωνα με τον τύπο της RCD. Η διακεκομμένη γραμμή αφορά την RCD I, ενώ η συμπαγής γραμμή την RCD II.

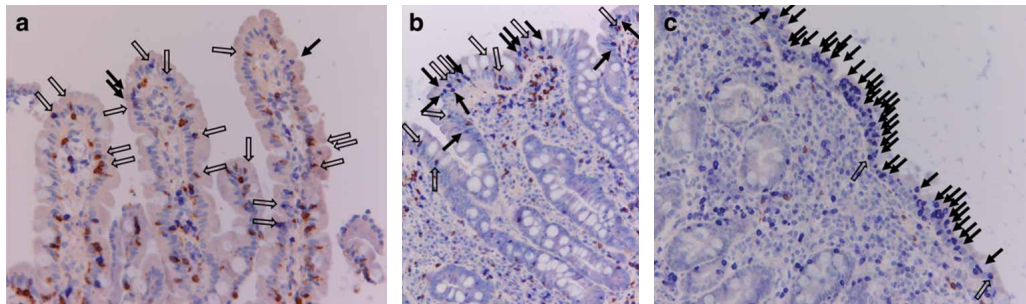
λεμφοκυττάρων (intra-epithelial lymphocytes, IEL), τα οποία παρουσιάζουν έναν παθολογικό, ή «άτυπο» -όπως συχνά αποκαλείται- φαινότυπο. Αυτά τα «άτυπα ενδοεπιθηλιακά λεμφοκύτταρα (aberrant IELs) στερούνται την τυπική επιφανειακή έκφραση των αντιγόνων CD3 και CD8, διατηρούν όμως την κυτταροπλασματική έκφραση του CD3 (cytCD3+ surfaceCD3-CD8- cells). Η παρουσία αυτών των κυττάρων σε μικρά ποσοστά χαρακτηρίζει τους ασθενείς με RCD I και δεν συνδέεται με κακή πρόγνωση. Η αύξηση τους όμως, πέραν ενός ορίου (cut-off), αντιπροσωπεύει την RCD II, σχετίζεται με χαμηλά ποσοστά 5ετούς επιβίωσης, της τάξης του 44-58% όπως προαναφέρθηκε, και με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης λεμφώματος εντεροπαθητικού τύπου από T κύτταρα (Enteropathy-Associated T-cell Lymphoma, EATL).¹⁰

Αυτή τη στιγμή είναι διαθέσιμες τρεις μέθοδοι για την αναγνώριση των άτυπων IELs: 1. Ανοσοφαινοτυπική ανάλυση μέσω ανοσοϊστοχημείας (IHC), 2. Ανοσοφαινοτυπική ανάλυση μέσω κυτταρομετρίας ροής και 3. Μελέτη αναδιάταξης γονιδίων του υποδοχέα των T λεμφοκυττάρων (TCR gene rearrangement analysis). Σε ό,τι αφορά την ανοσοϊστοχημεία, αυτή μπορεί να αναδείξει την έκφραση CD3 και CD8, χωρίς να είναι

δυνατή η διάκριση ανάμεσα σε κυτταροπλασματική ή επιφανειακή έκφραση, δηλαδή ανάμεσα στα άτυπα IELs (cytCD3+ surfaceCD3-CD8- cells) και στα surface CD3+ IELs, τα οποία μπορεί να μην εκφράζουν CD8 (CD8) και τα οποία μπορεί να αποτελούν έως και το 50% των IELs σε ασθενείς με ανεπίπλεκτα κοιλιοκάκη και RCD τύπου I. Έτσι, στην περίπτωση της ανοσοϊστοχημείας η διάγνωση της ανθεκτικής κοιλιοκάκης τύπου II τίθεται όταν το ποσοστό των άτυπων IELs ξεπερνά το 50% του ολικού αριθμού των IELs, ενώ στην κυτταρομετρία ροής, που παρέχει μεγαλύτερη διαγνωστική ακρίβεια, το cut-off είναι το 20% των IELs (εικόνα 4). Σε ό,τι αφορά την ανάλυση αναδιάταξης γονιδίων του TCR, τα διάφορα μοτίβα (clonal, polyclonal, prominent clonal peak) που αναδεικνύονται, πρέπει να συνεκτιμώνται κατά κανόνα μαζί με τα αποτελέσματα της κυτταρομετρίας ροής, προκειμένου να μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα ως προς τον τύπο της ανθεκτικής κοιλιοκάκης.¹⁰

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει μια καθιερωμένη, κοινά αποδεκτή θεραπεία, μιας και όσα δεδομένα υπάρχουν είναι λιγοστά και προέρχονται από μικρές αναδρομικές μελέτες, case reports και expert opinions. Συνεπώς,



Εικόνα 4. Ανοσοϊστοχημεία βιοψιών δωδεκαδακτύλου. Τα κενά βέλη δείχνουν IELs με φαινότυπο CD3+CD8+, ενώ τα μαύρα βέλη IELs με φαινότυπο CD3+CD8- : α) βιοψία δωδεκαδακτύλου από υγιή μάρτυρα (8% IELs με φαινότυπο CD3+CD8-), β) και γ) βιοψίες δωδεκαδακτύλου από ασθενείς με RCD II (50% και 90% αντίστοιχα IELs με φαινότυπο CD3+CD8-).

είναι περισσότερο από αναγκαία η παραπομπή αυτών των επιπλεγμένων περιστατικών σε κέντρα αναφοράς, όπου υπάρχει μεγαλύτερη εμπειρία, διεπιστημονικές ομάδες ειδικών ιατρών και η δυνατότητα συμμετοχής σε κλινικές έρευνες. Η θεραπεία που εφαρμόζεται προς το παρόν βασίζεται σε δύο πυλώνες.

Ο πρώτος πυλώνας αφορά στην βελτιστοποίηση της διαίτας ελεύθερης γλουτένης, την εφαρμογή στοιχειακών διαίτων, την διόρθωση ελλειμμάτων και της υπολευκωματαιναιμίας και την χορήγηση ολικής παρεντερικής διατροφής σε βαριές περιπτώσεις υποσιτισμού. Ο δεύτερος πυλώνας αφορά στην χορήγηση ανοσοκατασταλτικών, ανοσοτροποποιητικών έως και χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Πρώτης γραμμής θεραπεία τόσο στην περίπτωση της RCD I όσο και της RCD II είναι τα κορτικοστεροειδή. Η βουδεσονίδη έδειξε πολύ καλά αποτελέσματα σε δύο μικρές αναδρομικές μελέτες με κλινική βελτίωση έως και στο 90% των ασθενών, ενώ η πρεδνιζόνη αποτελεί καλή εναλλακτική με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα σε μικρές σειρές ασθενών, αλλά με ελαφρώς αυξημένο κίνδυνο συστηματικών ανεπιθύμητων ενεργειών.^{5,11} Πέρα από τα στεροειδή, μελέτη σε μικρό αριθμό ασθενών από την Ολλανδία έδειξε κλινική και ιστολογική βελτίωση έως και στο 61% των περιστατικών υπό θεραπεία με κυκλοσπορίνη. Σε ό,τι αφορά την RCD τύπου I, άλλες

επιλογές σε περίπτωση στεροειδο-ανθεκτικής ή στεροειδο-εξαρτώμενης πορείας αποτελούν η αζαθειοπρίνη, το infliximab ή το τακρόλιμους, σύμφωνα με μικρές σειρές ασθενών. Κι ενώ ασθενείς με RCD τύπου I φαίνεται να παρουσιάζουν όφελος υπό αζαθειοπρίνη, δεν ισχύει το ίδιο με τους ασθενείς με RCD τύπου II, όπου η χορήγηση αζαθειοπρίνης σε μονοθεραπεία ή συνδυαστική θεραπεία με πρεδνιζόνη συνδέθηκε σε ποσοστό ασθενών 62,5% έως και 87,5% με την ανάπτυξη λεμφώματος εντεροπαθητικού τύπου από T κύτταρα και με θάνατο.¹³ Σε ό,τι αφορά την RCD τύπου II, μικρή ανοικτή κλινική μελέτη έδειξε καλή αποτελεσματικότητα υπό κλαδριβίνη, ένα νουκλεοσιδικό ανάλογο της δεοξυαδενοσίνης, χωρίς σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Μεμονωμένα case reports έως και μικρές σειρές ασθενών υπάρχουν για το alemtuzumab (anti-CD52) και το Anti-IL-15 μονοκλωνικό αντίσωμα. Τέλος, υπάρχουν μεμονωμένες αναφορές για αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών, όσο και χημειοθεραπεία με το σχήμα CHOP, που εφαρμόστηκαν με σχετικό όφελος σε ασθενείς με, ανθεκτική στις άλλες θεραπείες, RCD τύπου II.⁵ Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να τονιστεί και πάλι η ανάγκη έγκαιρης παραπομπής των ασθενών με RCD I και ακόμη περισσότερο των ασθενών με RCD II σε έμπειρα κέντρα αναφοράς.

Επιπλοκές της ανθεκτικής κοιλιόκακης

Η ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης της ανθεκτικής κοιλιόκακης και ειδικότερα της RCD τύπου II υπογραμμίζεται

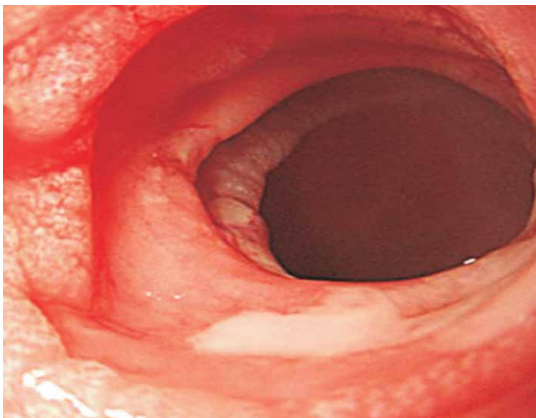


Κλινικό θέμα

ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ

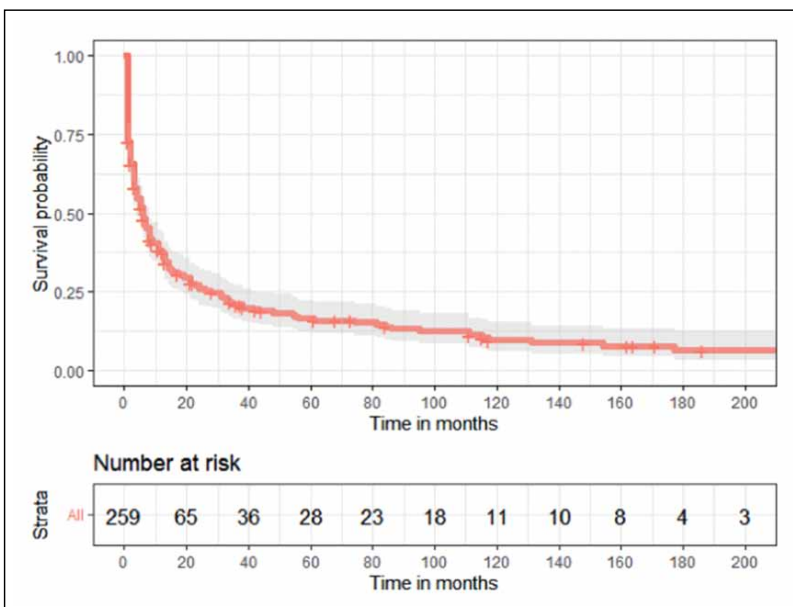
ακόμη περισσότερο εξαιτίας δύο σοβαρών επιπλοκών που μπορούν να εμφανιστούν σε ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών αυτών. Πρόκειται για την **ελκώδη νησιδίτιδα** (ulcerative jejunitis) και το **λέμφωμα εντεροπαθητικού τύπου από Τ κύτταρα** (Enteropathy-Associated T-cell Lymphoma, EATL). Τόσο η ελκώδης νησιδίτιδα όσο και το EATL αφορούν στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ασθενείς με RCD τύπου II και πολύ σπανιότερα ασθενείς

με RCD τύπου I (συνήθως με παραμελημένη νόσο). Η ελκώδης νησιδίτιδα χαρακτηρίζεται κατά κανόνα από μονήρεις, μικρές ή μεγαλύτερες, επιφανειακές ή βαθιές (>1εκ.) εξελκώσεις σε έδαφος ενός έντονα εύθρυπτου ατροφικού βλεννογόνου. Οζώδης διαμόρφωση του ελκωτικού βλεννογόνου, ενδοαυλική εξεργασία και η ύπαρξη στένωσης ή ακόμη και διάτρησης υποδηλώνουν την παρουσία EATL (εικόνα 5).³



Εικόνα 5. Ενδοσκοπικά ευρήματα από EATL νησιδίδα στα πλαίσια double-balloon εντεροσκόπησης (DBE): Αβαθείς εξελκώσεις, οζώδης διαμόρφωση και διάχυτα οιδηματώδης βλεννογόνος.¹⁵

Το λέμφωμα εντεροπαθητικού τύπου από Τ κύτταρα αποτελεί ένα ιδιαίτερα επιθετικό λέμφωμα. Αν και εξαιρετικά σπάνιο στον γενικό πληθυσμό (επίπτωση 0,5-1/1.000.000), εμφανίζεται πολύ συχνά σε ασθενείς με RCD II με επίπτωση που ξεπερνά έως και το 52%. Εμφανίζεται κυρίως στο λεπτό έντερο με συχνότερη εντόπιση την νησιίδα. Σχετικά με την θεραπεία, η μεγαλύτερη εμπειρία στην βιβλιογραφία προέρχεται από την εφαρμογή χημειοθεραπείας κατά το σχήμα CHOP ή CHOP-E, ενώ η χειρουργική παρέμβαση θα πρέπει να εφαρμόζεται μόνο για την αντιμετώπιση επιπλοκών του λεμφώματος ή για τη μείωση του καρκινικού φορτίου. Παρά τις προαναφερθείσες θεραπείες το EATL παρουσιάζει εξαιρετικά κακή πρόγνωση και 5ετή επιβίωση που κυμαίνεται από 8% έως και 15% (εικόνα 6). Υπάρχουν υποσχόμενα αποτελέσματα



Εικόνα 6. Στατιστική ανάλυση επιβίωσης 259 ατόμων με EATL σε βάθος 15ετίας.¹⁴



από κλινικές μελέτες που εξέτασαν την μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων ή τη χρήση ανοσοθεραπείας ή/και μονοκλωνικών αντισωμάτων, όμως απαιτούνται περισσότερα δεδομένα, κάτι που αναδεικνύει με emphaticό τρόπο την ανάγκη «στρατολόγησης» ασθενών για μελλοντικές κλινικές έρευνες.¹⁴

Βιβλιογραφία

1. Husby S., ESPGHAN Celiac Disease Guidelines, JPGN 2012.
2. Ludvigsson JF et al., The Oslo definitions for coeliac disease and related terms, Gut 2012.
3. Rubio-Tapia, A. et al. Classification and management of refractory coeliac disease. Gut 2001.
4. Ilus T et al. Refractory coeliac disease in a country with a high prevalence of clinically-diagnosed coeliac disease. Aliment Pharmacol Ther 2014.
5. Felber J et al. DGVS S2k-Guideline. Celiac disease. Z Gastroenterol 2022.
6. Roma E et al. Dietary compliance and life style of children with coeliac disease. J Hum Nutr Diet. 2010.
7. Murray JA et al. Effect of a gluten-free diet on gastrointestinal symptoms in celiac disease. Am J Clin Nutr 2004.
8. Mairesse A. UZ Leuven. Laboratoriumgeneeskunde. CAT. Laboratorium analyses op darmbiopten in kader van de diagnostiek voor "refractaire coeliakie type I of II", 2022.
9. Malamut G et al. Presentation and Long-Term Follow-up of RCD: Comparison of Type I With Type II. Gastro 2009.
10. R. L. J. van Wanrooij et al. Optimal Strategies to Identify Aberrant Intra-Epithelial Lymphocytes in Refractory Coeliac Disease. J Clin Immunol 2014.
11. Peter H. R. Green et al. AGA Clinical Practice Update on Management of Refractory Celiac Disease: Expert Review, Gastroenterology 2022.
12. Wahab PJ et al. Cyclosporin in the treatment of adults with refractory coeliac disease-an open pilot study. Aliment Pharmacol Ther. 2000.
13. van Gils et al. Mechanisms and management of refractory coeliac disease. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2015.
14. Awad et. al. Patients with enteropathy-associated T-cell lymphoma in the United States from 2000 to 2018: SEER data-base analysis. Cancer Treat Res Comm 2023.
15. Y Hong et al. Endoscopic Findings of Enteropathy-Associated T-Cell Lymphoma Type II: A Case Series. Gut and Liver 2016.



Η Γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

ΧΡΗΣΗ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΜΕΤΡΟΥ ΤΩΝ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΩΝ ΚΙΡΣΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΥΛΑΙΑ ΠΙΕΣΗ

Αθανάσιος Δ. Σιούλας, MD, PhD, FEBGH, Γαστρεντερολόγος, Δ.Θ.Κ.Α. ΥΓΕΙΑ

Η διάμετρος των οισοφαγικών κίρσων (ΔΟΚ) αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τον προσδιορισμό του κινδύνου κίρσοραγίας, ο οποίος συνδέεται με αυξημένη κλίση πίεσης στην πυλαία φλέβα (ΚΠΠΦ). Στην κλινική πράξη, η αξιολόγηση της ΔΟΚ γίνεται κατά τη διάρκεια της ενδοσκοπικής ανώτερου πεπτικού. Πρόσφατα, ερευνητές ανέπτυξαν μια μέθοδο τεχνητής νοημοσύνης με χρήση εικονικού χάρακα για τη μέτρηση της ΔΟΚ. Η εν λόγω μελέτη, διερεύνησε τη συσχέτιση μεταξύ ΔΟΚ και ΚΠΠΦ, με στόχο την αξιολόγηση του ΔΟΚ ως μη επεμβατικού δείκτη της ΚΠΠΦ.

Η μελέτη περιέλαβε τόσο αναδρομικά όσο και προοπτικά δεδομένα από συνολικά 128 ασθενείς με διάγνωση πυλαίας υπέρτασης και οισοφαγικών κίρσων, που συλλέχθηκαν από δύο Νοσοκομεία στην Κίνα.

Με βάση τα αποτελέσματα, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ ΚΠΠΦ και ΔΟΚ ($r = 0,521$, $P < 0.001$). Όταν οι ασθενείς ομαδοποιήθηκαν σε δύο ομάδες βάσει των επιπέδων ΚΠΠΦ (27 ασθενείς με $PPG < 20$ mmHg και 101 ασθενείς με $PPG \geq 20$ mmHg), παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στη ΔΟΚ μεταξύ των ομάδων (OR =

29.275, 95% CI 5.590–153.304, $P < 0.001$), με μεγαλύτερη ΔΟΚ στην ομάδα με υψηλότερη ΚΠΠΦ. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι η ΔΟΚ μπορεί να λειτουργήσει ως δείκτης για τα ανεπιθύμητα συμβάματα που σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα ΚΠΠΦ. Επιπλέον, η ανάλυση καμπύλης ROC έδειξε ότι η ΔΟΚ είχε ακρίβεια 0,814 στη διάγνωση της λειτουργίας της ΚΠΠΦ (τυπικό σφάλμα 0,048, 95% CI 0,720–0,908, $P < 0.001$), υποδεικνύοντας ότι τα επίπεδα ΚΠΠΦ πιθανώς υπερβαίνουν τα 20 mmHg όταν η ΔΟΚ υπερβαίνει τα 1,1 cm.

Συμπερασματικά, η ΔΟΚ παρουσίασε θετική συσχέτιση με την ΚΠΠΦ και θα μπορούσε ενδεχομένως να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικός δείκτης για την αξιολόγηση των επιπέδων της ΚΠΠΦ. Τα ευρήματα αυτά προσφέρουν νέες προοπτικές για τη μη επεμβατική αξιολόγηση της ΚΠΠΦ στην κλινική πράξη.

Βιβλιογραφία

1. Front Med 2024; 11:1443581.
2. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2023; 33:282–5.



Η Ηωσινοφιλική Εντερίτιδα (ΕΕ) είναι μια σπάνια γαστρεντερική διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από ηωσινοφιλική διήθηση του λεπτού εντέρου. Ανήκει στα ηωσινοφιλικά γαστρεντερικά νοσήματα και σχετίζεται κυρίως με ανοσολογικές αντιδράσεις, συχνά λόγω τροφικών ή περιβαλλοντικών αλλεργιογόνων. Μπορεί να επηρεάσει τον βλεννογόνο, τον μυϊκό ή τον ορογόνο χιτώνα, προκαλώντας ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις.

1. Αναγνώριση του κλινικού φάσματος

- **Υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας - ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις:** Τα συμπτώματα κυμαίνονται από ήπιο κοιλιακό άλγος και διάρροια έως σοβαρή απώλεια βάρους, αιμορραγία ή εντερική απόφραξη. Αποτελεί μέρος της διαφορικής διάγνωσης ασθενών με άτυπα γαστρεντερικά συμπτώματα.
- **Διαφορική διάγνωση από άλλες παθήσεις:** Τα κλινικά συμπτώματα της ΕΕ μπορεί να προσομοιάζουν με τη νόσο Crohn, τη δυσανεξία στη γλουτένη, το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου, τις παρασιτικές λοιμώξεις. Απαιτείται λεπτομερές ιστορικό, φυσική εξέταση και στοχευμένες διαγνωστικές εξετάσεις.

2. Προσέγγιση στη Διάγνωση

- **Αιματολογικές εξετάσεις:** Η περιφερική ηωσινοφιλία ή/και τα αυξημένα επίπεδα IgE αποτελούν σημαντικά εργαστηριακά ευρήματα, δεν αρκούν όμως για τη διάγνωση του νοσήματος.
- **Ενδοσκόπηση με βιοψίες:** Ιστολογική εξέταση λεπτού εντέρου για επιβεβαίωση διήθησης ηωσινοφίλων (>20 ηωσινόφιλα/HPF).
- **Αποκλεισμός άλλων αιτιών:** Παρασιτικές λοιμώξεις, αντιδράσεις σε φάρμακα, αυτοάνοσα νοσήματα, υπερηωσινοφιλικό σύνδρομο.

3. Διατροφικές Παρεμβάσεις

- **Δίαιτες αποκλεισμού:** Αποφυγή κοινών αλλεργιογόνων (π.χ. γαλακτοκομικά, σιτάρι, σόγια) σε

στενή συνεργασία με διαιτολόγο/διατροφολόγο, με σκοπό την σταδιακή επανένταξη τροφών και αναγνώριση αιτιών.

- **Στοιχειακές δίαιτες:** Σε ανθεκτικές ή σοβαρές περιπτώσεις, οι στοιχειακές φόρμουλες μπορούν να μειώσουν τη φλεγμονή αποτελεσματικά.

4. Φαρμακευτική Θεραπεία

- **Κορτικοστεροειδή:** Η πρεδνιζολόνη ή η βουδεσονίδη είναι 1ης γραμμής θεραπείες για την αναστολή της φλεγμονώδους αντίδρασης. Η βουδεσονίδη προτιμάται λόγω λιγότερων συστηματικών παρενεργειών.
- **Ανοσοκατασταλτικά:** Σε κορτικοεξαρτώμενους ή ανθεκτικές περιπτώσεις, συστήνεται η προσεκτική χορήγηση αζαθειοπρίνης ή μεθοτρεξάτης.
- **Βιολογικές θεραπείες:** Νέες θεραπείες, όπως οι αναστολείς IL-5 (π.χ. *meplizumab*), μπορεί να προσφέρουν στοχευμένες επιλογές για ανθεκτική ή υποτροπιάζουσα νόσο.

5. Παρακολούθηση και Αντιμετώπιση Επιπλοκών

- **Εγρήγορη για αναγνώριση/αντιμετώπιση δυνητικών επιπλοκών:** Ψευδοαπόφραξη, διάρρηξη ή αιμορραγία απαιτούν άμεση χειρουργική εκτίμηση ή/και αντιμετώπιση.
- **Διαταραχές απορρόφησης:** Ανεπάρκειες λόγω δυσαπορρόφησης απαιτούν την αντίστοιχη υποκατάσταση βασικών βιταμινών, μετάλλων και μακροθρεπτικών συστατικών.

6. Μακροχρόνια Φροντίδα

- **Μακροχρόνια παρακολούθηση:** Τακτικός έλεγχος για πιθανή υποτροπή συμπτωμάτων, αξιολόγηση της συμμόρφωσης στη δίαιτα και δυνητική προσαρμογή στη θεραπεία.
- **Εκπαίδευση των ασθενών:** Η κατανόηση της χρόνιας φύσης του νοσήματος και η σημασία της συνέπειας σε δίαιτα και φαρμακευτική αγωγή.



Tips & Tricks

ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ENTERITΙΔΑ (EOSINOPHILIC ENTERITIS - EE)

7. Μείνετε Ενημερωμένοι

- **Νέες θεραπείες:** Νεότερες θεραπείες, ιδιαίτερα οι βιολογικές, αναδεικνύονται ως πολλά υποσχόμενες επιλογές για ασθενείς με σοβαρή ή ανθεκτική νόσο π.χ. IL-5 Inhibitors (*mepolizumab, reslizumab*), IL-4/IL-13 Blockade (*Dupilumab*), Anti-Siglec-8 Therapy (*lirentelimab*).
- **Διεπιστημονική συνεργασία:** Ολοκληρωμέ-

νη φροντίδα προσαρμοσμένη στις ανάγκες κάθε ασθενούς σε συνεργασία με αλλεργιολόγους, δειματολόγους και χειρουργούς.

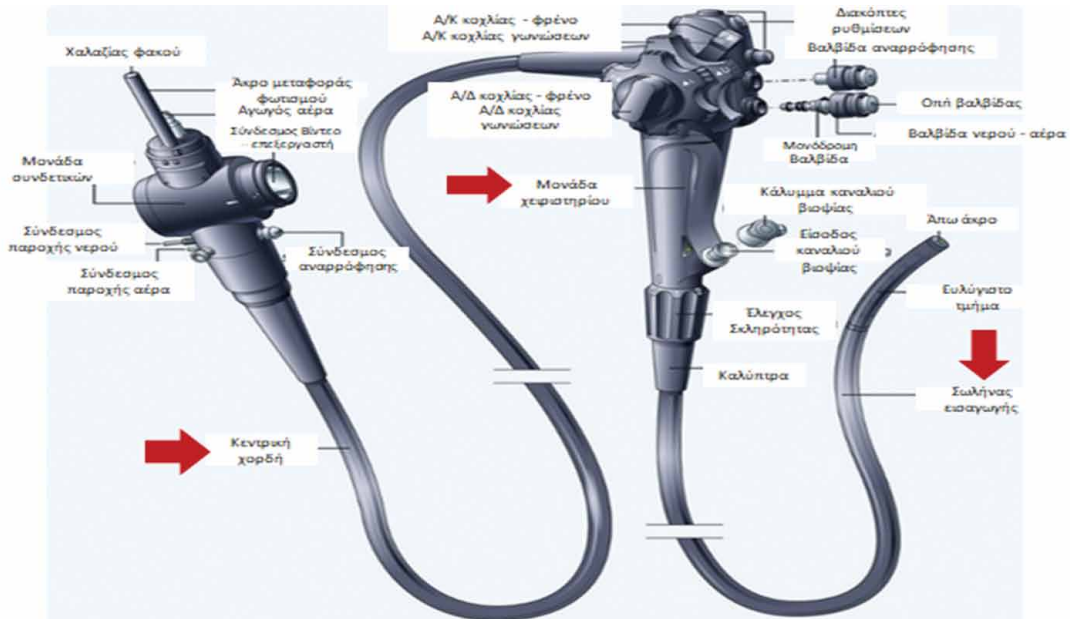
Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Dellon E.S. et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2022 Feb 16;20(11):2474–2484.e3.

How to do it

ΑΝΑΤΟΜΙΑ -ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΩΝ

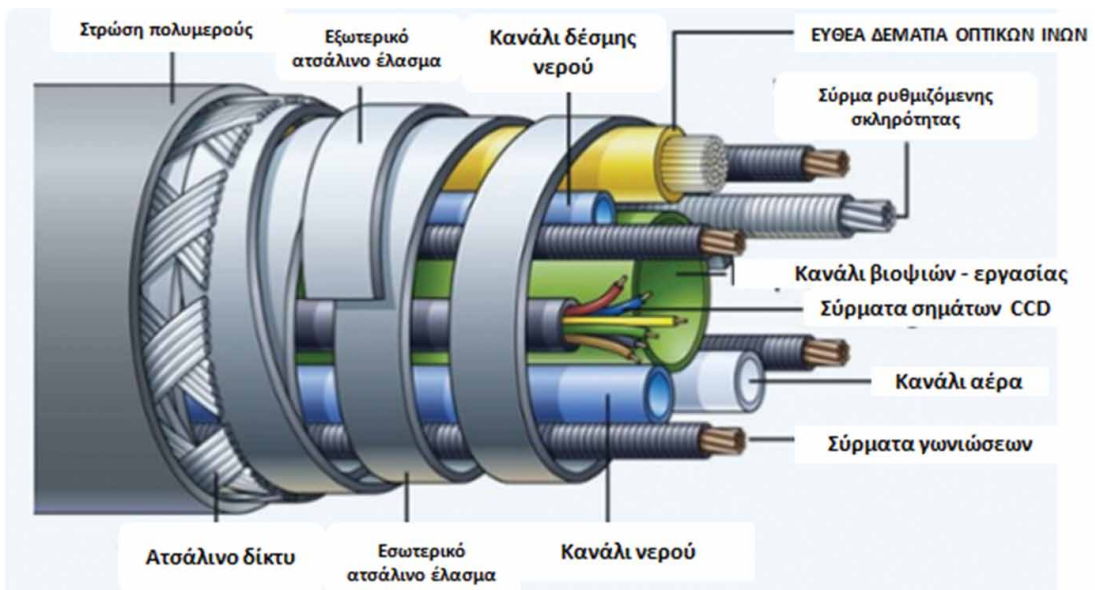
Αθανάσιος Γιαννακόπουλος, Γαστρεντερολόγος



Εξωτερικά τμήματα ενδοσκοπίου

Τα ενδοσκόπια είναι ευαίσθητα, ευπαθή και ακριβιά μηχανήματα. Έχουν πολύπλοκη κατασκευή και διαθέτουν προηγμένη τεχνολογία που παρουσιάζει συνεχή εξέλιξη. Απαιτείται λοιπόν ορθή χρήση και

σωστός καθαρισμός για την προστασία τους. Βασικές γνώσεις, που αφορούν την κατασκευή τους, βοηθούν ιδιαίτερα. Στην παρούσα ενότητα κατεβλήθη προσπάθεια να περιγραφούν με εικόνες τα ανατομι-

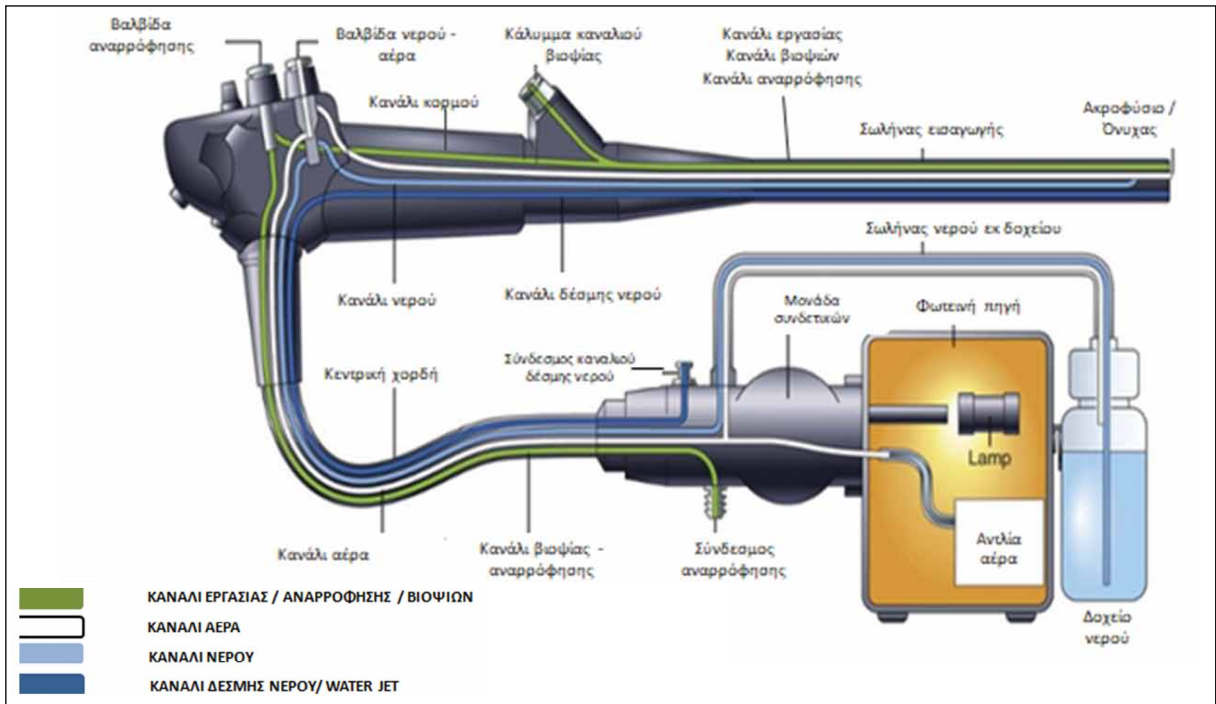


Εσωτερικά τμήματα σωλήνα εισαγωγής ενδοσκοπίου



How to do it

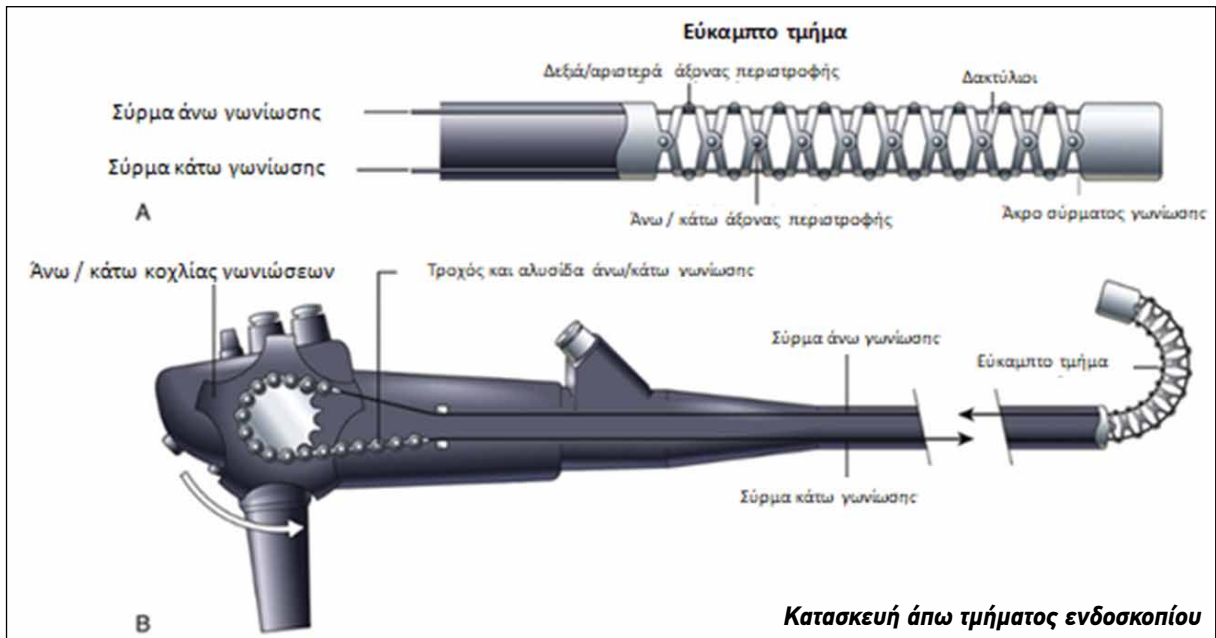
ΑΝΑΤΟΜΙΑ -ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΩΝ



Σχηματική απεικόνιση συστημάτων αέρα, νερού και αναρρόφησης

κά στοιχεία του ενδοσκοπίου, ενώ δόθηκε έμφαση στην ελληνική ορολογία, ώστε να υπάρχει κοινή περιγραφική γλώσσα.

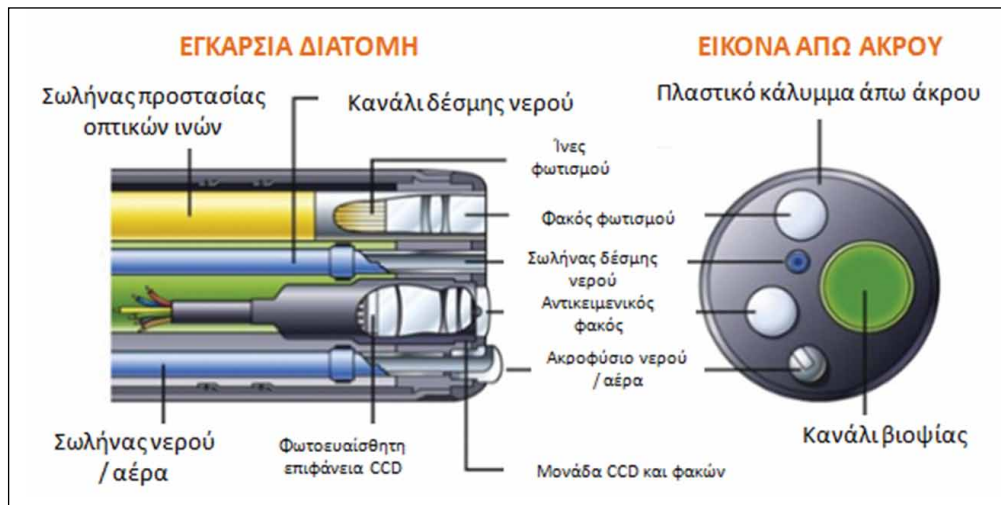
Τα ιδιαίτερα μηχανικά χαρακτηριστικά του σωλήνα εισαγωγής συνήθως οδηγούν στην επιλογή του ενδοσκοπίου. Η ευκολία και η ταχύτητα διεύθυνσης του



Κατασκευή άνω τμήματος ενδοσκοπίου

How to do it

ΑΝΑΤΟΜΙΑ -ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΩΝ



Περιγραφική ανατομική άπω τμήματος ενδοσκοπίου

οργάνου είναι οι παράμετροι που λαμβάνονται ιδιαίτερα υπόψιν. Είναι το αποτέλεσμα του ιδανικού συνδυασμού ευλιγισίας, ελαστικότητας, σκληρότητας και στροφικής ικανότητας, στοιχεία στα οποία οι κατασκευαστικές εταιρείες έχουν δώσει μεγάλη βαρύτητα και τα οποία τελικά τις κάνουν να διαφέρουν.

Το κυρίως τμήμα του σωλήνα εισαγωγής κατασκευάζεται από ασάλινα ελάσματα, τα οποία περιβάλλει ασάλινο δίκτυο, ώστε να αποφεύγεται η μεγάλη κάμψη ή έκταση του. Εξωτερικά καλύπτεται από ειδικό πολυμερές (πλαστικό) προστατευτικό περίβλημα, εσωτερικά δε διατρέχεται από τις ευαίσθητες οπτικές ίνες, όπως και τα κανάλια του αέρα, νερού και εργασιών / βιοψίας.

Λόγω της πολυπλοκότητας κατασκευής τους, υπάρχει δυσκολία στον καθαρισμό και απολύμανση των ενδοσκοπίων, που καθιστά ανέφικτο το μηχανικό μέρος (brushing) σε κάθε κανάλι. Μακριά και στενά κανάλια, τυφλά άκρα καναλιών, οξείες γωνίες, κανάλια εμφύσησης αέρα, βαλβίδες και συνεχής χρήση ευνοούν τον αποικισμό των διαφόρων οδών με λοιμογόνους παράγοντες και το σχηματισμό βιομεμβράνης.

Το άπω άκρο του ενδοσκοπίου είναι ευκίνητο και

ο έλεγχος της κίνησης γίνεται από το χειριστήριο στο εγγύς άκρο του, μέσω συστήματος ειδικών συρμάτων που διατρέχουν το σωλήνα εισαγωγής, προσδίδοντας του ιδανικά μία κίνηση 360 μοιρών.

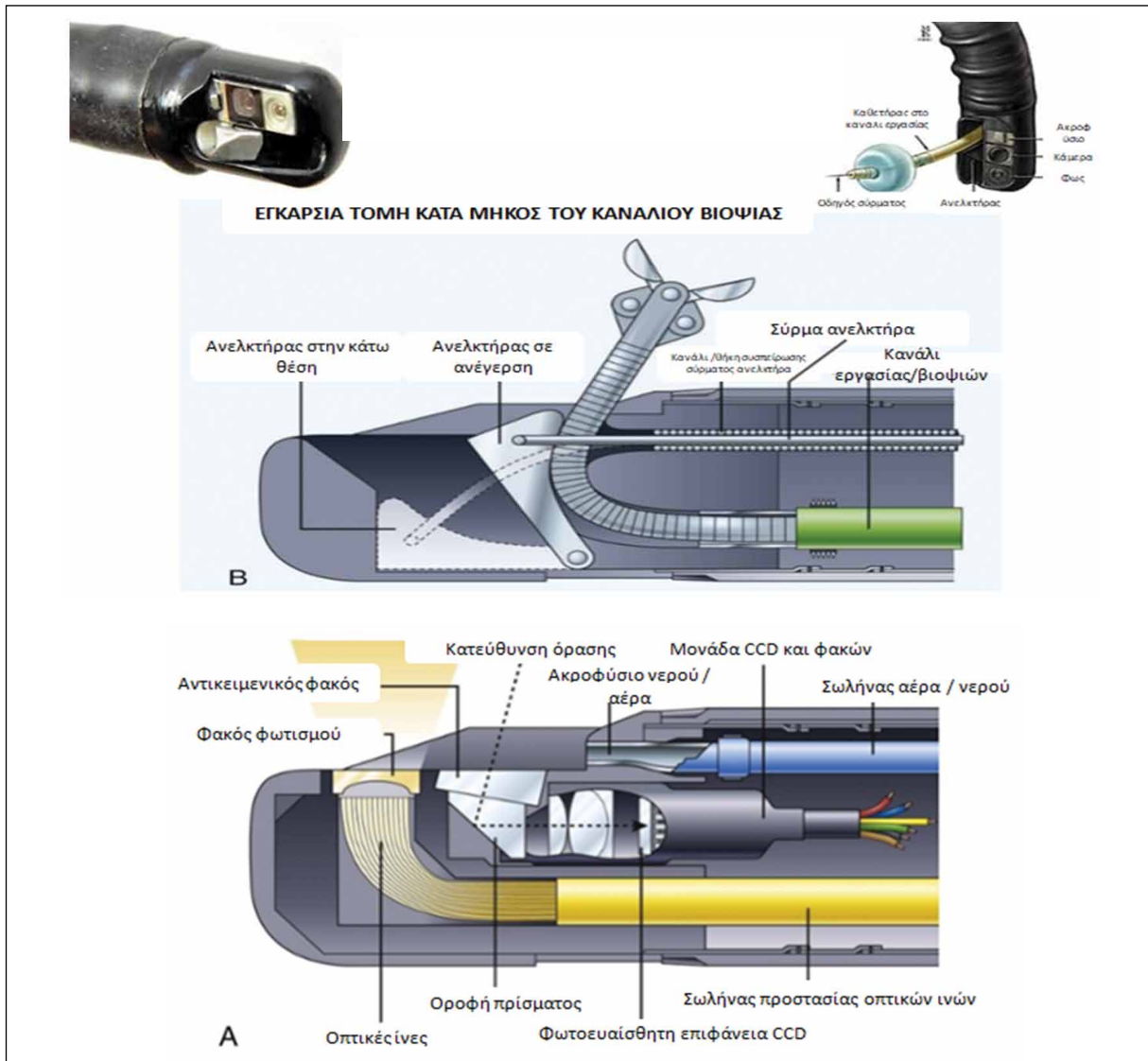
Στο άπω άκρο του ενδοσκοπίου ευρίσκεται ο αντικειμενικός φακός, που αντιστοιχεί στο μεγαλύτερο στρόγγυλο γυάλινο φακό, ακριβώς δε πίσω του εδράζεται ο ευαίσθητος αισθητήρας CCD, όπου αποτυπώνεται η μικροσκοπική εικόνα του βλενογόνου. Αυτή στη συνέχεια στέλνεται ως ένα συνεχές ρεύμα εικόνων στον βιντεοεπεξεργαστή, μέσω δέσμης ευαίσθητων ηλεκτρικών ινών, που διατρέχουν τον σωλήνα εισαγωγής. Άλλα στοιχεία που συναντώνται είναι ο μικρότερος σε μέγεθος φακός φωτισμού με τις ίνες φωτισμού, το ακροφύσιο νερού - αέρα όπου καταλήγουν τα κανάλια νερού και αέρα, ο σωλήνας δέσμης νερού και το μεγαλύτερο στόμιο του καναλιού εργασιών / βιοψίας.

Στο δωδεκαδακτυλοσκόπιο ο αντικειμενικός φακός εδράζεται στη πλαινή θέση του απώτερου άκρου. Με τη χρησιμοποίηση πρίσματος η γωνία όρασης εκτρέπεται 90 με 105 μοίρες, επιτυγχάνοντας την ενδοσκόπηση με πλάγια όραση. Συγχρόνως η ύπαρξη ανεκκλήρα στο απώτερο άκρο, επιτρέπει την εκτροπή οποιουδήποτε καθετήρα προωθείται κατά μήκος του καναλιού εργασίας.



How to do it

ΑΝΑΤΟΜΙΑ -ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΩΝ



Δωδεκαδακτυλοσκόπιο άπω τμήμα

Κατά τα λοιπά ο σωλήνας εισαγωγής διατρέχεται με τα ίδια τεχνικά στοιχεία, όπως και στα κοινά ενδοσκόπια. Τέλος αναφέρεται, ότι λόγω της ιδιαίτερης κατασκευής του μηχανισμού ανεκκτήρα, ο κίνδυνος αποικισμού με λοιμογόνους παράγοντες είναι αυξημένος. Αποσπώμενο άπω άκρο, σφραγισμένο κανάλι ανεκκτήρα και σχολαστικός καθαρισμός ελαττώνουν την πιθανότητα λοιμώξεων.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Clinical Gastrointestinal Endoscopy. ELSEVIER /SAUNDERS.
2. Ενδοσκοπήσεις Πεπτικού Συστήματος. Χρήστος Μαυρογιάννης.
3. ERCP. Baron, Kozarek, Carr-Locke. ELSEVIER / SAUNDERS.

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΒΙΣΜΟΥΘΙΟΥ ΣΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ



Σωτήριος Δ. Γεωργόπουλος, MD, FEBGH, AGAF

Δ/ντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής, Ιατρικό Κέντρο Π. Φαλήρου τ. Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης Ελικοβακτηριδίου του πυλωρού και Ανθρώπινου μικροβιώματος (ΕΜΕΛΑΜ)

Εισαγωγή

Η συνεχώς και παγκοσμίως αυξανόμενη αντοχή του Ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (*H. pylori*) στα βασικά αντιβιοτικά που χρησιμοποιούνται για την εκρίζωσή του, σε συνδυασμό με την έλλειψη νέων αποτελεσματικών φαρμάκων, έχουν οδηγήσει, τα τελευταία χρόνια, στην αναζήτηση νέων θεραπευτικών σχημάτων, που αποτελούν διαφορετικούς συνδυασμούς των ήδη χρησιμοποιούμενων αντιβιοτικών¹⁻³.

Η τριπλή θεραπεία (PPI, κλαριθρομυκίνη και αμοξικιλίνη ή μετρονιδαζόλη / PPI-CLA-AMO ή MET) επηρεάζεται σημαντικά από τα επίπεδα αντοχής στην κλαριθρομυκίνη με αποτελεσματικότητα στα ανθεκτικά στελέχη του *H. pylori* 18-40%^{4,5} ενώ στη χώρα μας ο συνδυασμός PPI – CLA – AMO επιτυγχάνει ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά εκρίζωσης της τάξης του 70-74%^{6,7}. Αυτός είναι και ο λόγος που στις Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες πλέον συνιστώνται ως πρώτη γραμμή τα τετραπλά σχήματα εκρίζωσης με ή χωρίς Βισμούθιο (BIS) που επιτυγχάνουν ποσοστό εκρίζωσης >90%⁸. Στη χώρα μας από τα τετραπλά σχήματα χωρίς Βισμούθιο μόνο το συνεχές (concomitant) επιτυγχάνει ποσοστά εκρίζωσης >90%⁹⁻¹¹. Όμως, η αύξηση της διπλής αντοχής σε CLA και MET που παρατηρείται εσχάτως σε χώρες της νότιας Ευρώπης και στη χώρα μας καθιστά το σχήμα αυτό επισφαλές για τα επόμενα έτη^{1,10}. Επιπλέον, τα σχήματα αυτά έχουν επικριθεί από την άποψη της ορθής επιστασίας αντιβιοτικών (antimicrobial stewardship) λόγω της χορήγησης ενός τουλάχιστον επιπλέον αντιβιοτικού από το απαραίτητα για την εκρίζωση των στελεχών *H. pylori*^{12,13}. Αντίθετα τα προτεινόμενα τετραπλά σχήματα Βισμούθιου δεν εμπίπτουν σ' αυτήν την κατηγορία αφού φαίνεται ότι υπερβαίνουν σε μεγάλο βαθμό την αντιμικροβιακή αντοχή¹⁴.

Μηχανισμοί δράσης του βισμούθιου στον στόμαχο

Άλατα Βισμούθιου χρησιμοποιούνται από μακρόν για την θεραπεία διαφόρων γαστρεντερικών παθήσεων αλλά

και στα πρώτα σχήματα εκρίζωσης μετά την ανακάλυψη του *H. pylori*^{15,16}. Για την εκρίζωση του *H. pylori* έχουν χρησιμοποιηθεί τρία άλατα Βισμούθιου (υπονιτρικό, υποσαλικυλικό και κολλοειδές υποκιτρικό Βισμούθιο) με παρόμοια αποτελέσματα παρά την διαφορετική τους διαλυτότητα και κρυσταλλική δομή^{17,18}. Συχνότερα χρησιμοποιείται στα σχήματα εκρίζωσης το κολλοειδές υποκιτρικό Βισμούθιο (CBS, γνωστό και ως τρικαλιούχο δικιτρικό Βισμούθιο ή οξείδιο του Βισμούθιου), που είναι και το μόνο υδατοδιαλυτό σκεύασμα Βισμούθιου. Εντός του στομάχου τα άλατα Βισμούθιου αλληλεπιδρούν με το γαστρικό οξύ και σχηματίζουν άμορφο αδιάλυτο ίζημα αποτελούμενο κυρίως από οξυκλωρίδιο του Βισμούθιου¹⁹. Η αντιμικροβιακή δράση του Βισμούθιου είναι ταχεία στο όξινο περιβάλλον του στομάχου. Εντός 30' κλάσματα Βισμούθιου διαπιστώνονται εντός ή στην επιφάνεια του μικροβίου καθώς επίσης και στο διάστημα μεταξύ κυτταρικού τοιχώματος και κυτταροπλασματικής μεμβράνης²⁰. Σε λιγότερο από μία ώρα η πλειονότητα των *H. pylori* έχει αποδομηθεί και σε ένα 24ωρο μόνο υποκυττάρια μικρόβια παραμένουν ορατά. Η αποδόμηση του *H. pylori* συμβαίνει κυρίως στην επιφάνεια του επιθηλίου και λιγότερο στα γαστρικά βοθρία απ' όπου το *H. pylori* μπορεί να αποικίσει εκ νέου τον γαστρικό βλεννογόνο²¹. Οι αρχικές, πάντως, μελέτες του Βισμούθιου ως μονοθεραπείας του *H. pylori* αναφέρουν ποσοστά εκρίζωσης που κυμαίνονται από 10-30%²². Ο μηχανισμός που ευθύνεται για την ταχεία αποδόμηση του μικροβίου από το Βισμούθιο παραμένει ασαφής γεγονός το οποίο οφείλεται στην φτωχή συμφωνία των δεδομένων μεταξύ in-vitro και in-vivo μελετών²³. Έχει υποτεθεί ότι περιορίζει την είσοδο πρωτονίων στο κυτταρόπλασμα του μικροβίου αυξάνοντας το pH και κατά συνέπεια την ευαισθησία του στα αντιβιοτικά που σχετίζονται με τον μικροβιακό πολλαπλασιασμό (growth-dependent antibiotics), όπως για παράδειγμα στην αμοξικιλίνη^{24,25}. Το *H. pylori* δεν εμφανίζει αντοχή in-vitro στα άλατα Βισμούθιου²⁶. Από τα πιο πρόσφατα



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΒΙΣΜΟΥΘΙΟΥ ΣΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ

δεδομένα φαίνεται ότι η προσθήκη του Βισμούθιου στα τριπλά σχήματα αναστολέων της αντλίας πρωτονίων (PPIs) και αντιβιοτικών έχει αθροιστική επίδραση στα ποσοστά εκρίζωσης του *H. pylori*, ιδιαίτερα των ανθεκτικών του στελεχών, αυξάνοντας κατά 30-40% τα ποσοστά εκρίζωσης των στελεχών αυτών²⁷. Αυτό όμως φαίνεται να επιτυγχάνεται όχι μέσω άμεσης συνέργειας με τα αντιβιοτικά και μείωσης της MIC₉₀ του μικροβίου, αλλά επειδή καθιστά το μικρόβιο πιο ευάλωτο στην αντιμικροβιακή τους δράση^{27,28}.

Η θέση του βισμούθιου στις κατευθυντήριες οδηγίες

Σύμφωνα με τις τελευταίες Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες η κλασική 14ήμερη τετραπλή θεραπεία με Βισμούθιο συστήνεται ως πρώτη γραμμής θεραπεία, ανεξάρτητα από τα επίπεδα αντοχής στην κλαριθρομυκίνη (Σχήματα 1 και 2) σε συνδυασμό με υψηλή δόση PPI, τετρακυκλίνη (TET) και μετρονιδαζόλη. Ιδιαίτερα σε περιοχές με υψηλή αντοχή στην κλαριθρομυκίνη το τετραπλό σχήμα με Βισμούθιο συστήνεται ως πρώτη επιλογή θεραπείας 1^{ης} γραμμής⁸. Όταν το σχήμα αυτό χορηγείται ως θεραπεία 1^{ης} γραμμής φαίνεται ότι η 10ήμερη θεραπεία και η σταθερή δόση PPI είναι επαρκείς συνθήκες για αποτελεσματικότητα του σχήματος >90%²⁹⁻³¹. Αντίθετα 14ήμερη χορήγηση και υψηλή δόση PPI (optimization) απαιτείται σε 2^{ης} ή 3^{ης} γραμμής θεραπεία^{32,33}. Σήμερα η θεραπεία αυτή κυκλοφορεί στο εμπόριο σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες με τη μορφή τριπλής μονοκάψουλας “Pylera” (BIS+MET+TET σε μία κάψουλα)³⁴. Χορηγούνται 3 κάψουλες “Pylera” ανά 6ωρο σε συνδυασμό με PPI δις ημερησίως, για 10 ημέρες. Το σχήμα αυτό είναι εξαιρετικά αποτελεσματικό (>90%) σε όλες τις γραμμές θεραπείας του *H. pylori* ακόμα και με σταθερή δόση PPI και δεν επηρεάζεται από την αντοχή σε CLA, MET και διπλή αντοχή³¹⁻³⁷. Πρόσφατη Ισπανική μελέτη δείχνει καλύτερα αποτελέσματα με την χορήγηση 4 caps “Pylera” ανά 8ωρο έναντι 3 caps “Pylera” ανά 6ωρο σε συνδυασμό με PPI δις ημερησίως³⁸.

Το Βισμούθιο είναι πλέον εμπορικά διαθέσιμο και

στην χώρα μας και θα μπορούσε να αποτελέσει μία θεραπευτική επιλογή ιδιαίτερα σε περιοχές με υψηλά επίπεδα αντοχής στην κλαριθρομυκίνη. Αντίθετα, τόσο η υδροχλωρική τετρακυκλίνη όσο και η μονοκάψουλα “Pylera” δεν είναι διαθέσιμα στην χώρα μας¹¹ οπότε είναι σημαντικό να δούμε τα δεδομένα που υπάρχουν για χρήση τετραπλού σχήματος Βισμούθιου χωρίς τετρακυκλίνη και επίτευξη εκρίζωσης άνω του 90%.

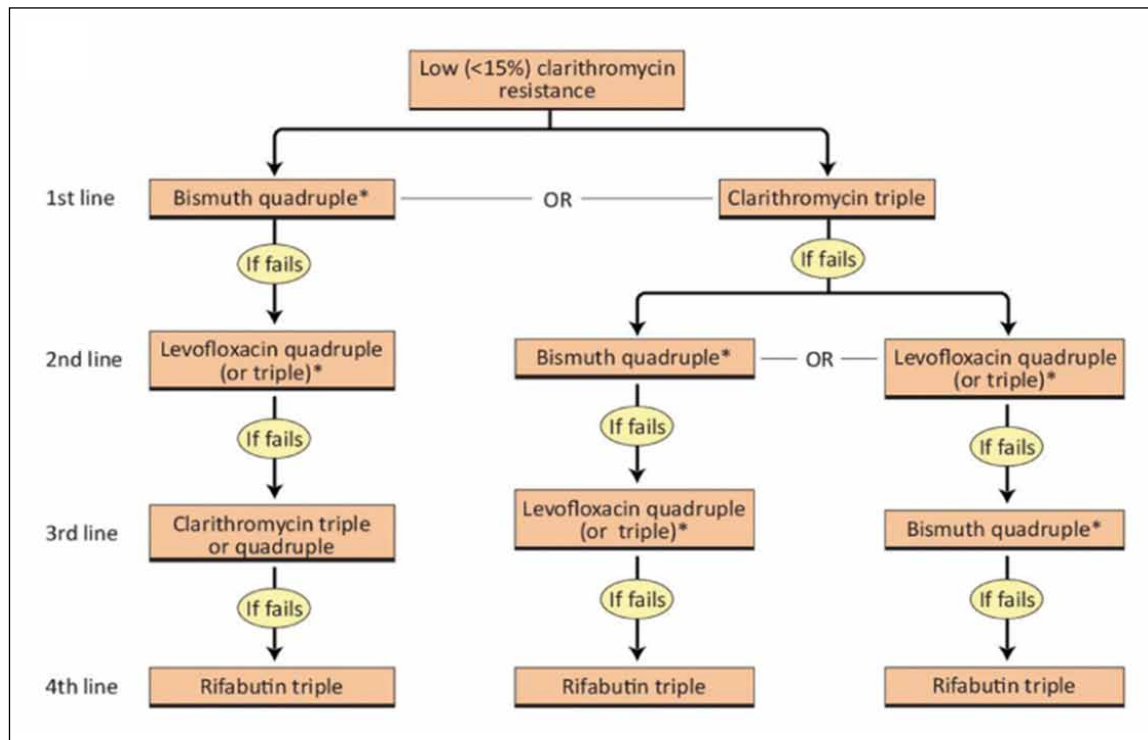
Μελέτες της αποτελεσματικότητας της προσθήκης του βισμούθιου στα σχήματα εκρίζωσης του *H. pylori* -Τροποποιημένα τετραπλά σχήματα Βισμούθιου

Τετραπλό σχήμα με Αμοξυκιλλίνη και Μετρονιδαζόλη

Σε μελέτη 215 ασθενών με στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και ανοχής της θεραπείας σε αντικατάσταση της τετρακυκλίνης με αμοξυκιλλίνη στην τετραπλή θεραπεία 14 ημερών με Βισμούθιο (BIS) και MET ή CLA φάνηκε πως η χρήση τετραπλού σχήματος: PPI-BIS-AMO-MET (400mg X 4) επιτυγχάνει ποσοστά εκρίζωσης 96,9% PP και 88,9% ITT, ενώ η χρήση τετραπλού σχήματος με PPI-BIS-AMO-CLA επιτυγχάνει ποσοστά εκρίζωσης 94,9% PP και 88,8% ITT³⁹. Όμως, πρέπει να σημειωθεί ότι η πρώτη θεραπεία είχε συγκρίσιμα και υψηλά ποσοστά εκρίζωσης του *H. pylori* τόσο στα ευαίσθητα όσο και στα ανθεκτικά στη MET στελέχη του μικροβίου (96,4% vs. 93,3%), ενώ η δεύτερη επετύγχανε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά εκρίζωσης στα ευαίσθητα έναντι των ανθεκτικών στην CLA στελεχών του *H. pylori* (98,6% vs. 76,9%, p<0.05). Φαίνεται λοιπόν ότι το add-on τετραπλό σχήμα Βισμούθιου με PPI-AMO-MET (>1500mg/ημέρα) υπερβαίνει την αντοχή του μικροβίου στην MET αντίθετα με την προσθήκη Βισμούθιου στο τριπλό PPI-AMO-CLA που επηρεάζεται από την αντοχή του μικροβίου στην CLA. Αν και το σχήμα PPI-BIS-AMO-CLA δείχνει ικανοποιητικά αποτελέσματα (90%) και σε Ευρωπαϊκούς πληθυσμούς⁴⁰ η συνολική αποτελεσματικότητά του φαίνεται ότι δεν ξεπερνά το 90% σε περιοχές με αντοχή στην CLA άνω του 15%, όπως η χώρα μας^{11,27}.

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΒΙΣΜΟΥΘΙΟΥ ΣΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ



Σχήμα 1. Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για την εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού σε περιοχές με χαμηλή αντοχή στην κλαριθρομυκίνη.

Η τροποποιημένη όμως 14ήμερη τετραπλή θεραπεία με Βισμούθιο και αμοξυκιλλίνη αντί υδροχλωρικής τετρακυκλίνης (PPI-BIS-AMO-MET) σε μια τυχαίοποιημένη Κορεατική μελέτη μη-κατωτερότητας (non-inferiority trial) με 233 ασθενείς, συνοδεύτηκε από υψηλά και συγκρίσιμα ποσοστά εκρίζωσης του *H. pylori* με το κλασικό τετραπλό σχήμα (PPI-BIS-MET-TET) (87,2% vs. 82,8%, $P=0.37$, στην ITT 96,2% vs. 96%, $P > 0,99$, στην MITT και 96,2% vs. 96,9%, $P > 0,99$, στην PP ανάλυση)⁴¹. Μάλιστα, η μελέτη αυτή διεξήχθη σε πληθυσμό με υψηλή αντοχή σε MET (40%) και CLA (23,5%)⁴¹. Η συμμόρφωση στην θεραπεία (98%) και οι ανεπιθύμητες ενέργειες δεν διέφεραν μεταξύ των δύο σχημάτων⁴¹.

Μια άλλη Κινεζική τυχαίοποιημένη μελέτη (3:1) με 382 ασθενείς έδειξε ότι το τροποποιημένο τετραπλό σχήμα με Βισμούθιο και υψηλότερη δόση αμοξυκιλλίνης (1gr X 3) επιτυγχάνει υψηλά και ισοδύναμα ποσοστά εκρίζωσης του *H. pylori* έναντι της κατευθυνόμενης

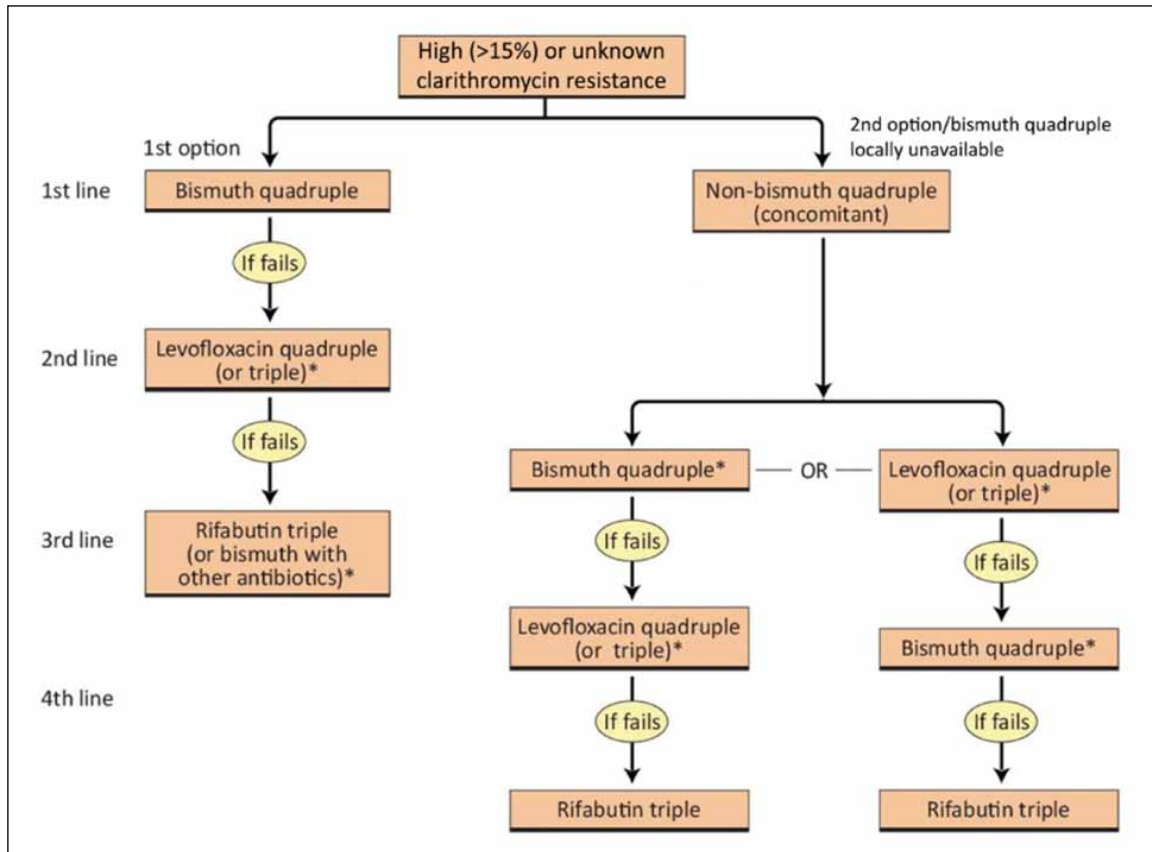
(μετά από καλλιέργεια και δοκιμασία ευαισθησίας στα αντιβιοτικά) θεραπεία 1^{ης} γραμμής (susceptibility-guided treatment) (97,7% vs. 97,6%, $p=1.00$, PP και 91,6% vs. 85,4%, $p=0.12$, ITT, αντίστοιχα), με πολύ καλή συμμόρφωση των ασθενών και χαμηλά ποσοστά ανεπιθύμητων ενεργειών μεταξύ των σχημάτων⁴².

Η ίδια ερευνητική ομάδα χορήγησε το ίδιο θεραπευτικό σχήμα (14ήμερο) με υψηλή δόση αμοξυκιλλίνης (1gr X 3) και μετρονιδαζόλης (400mg X 4) ως θεραπεία διάσωσης (3^{ης} και πλέον γραμμής) έναντι της 14ήμερης κλασικής τετραπλής θεραπείας με PPI-BIS-MET-TET σε μια τυχαίοποιημένη μελέτη μη-κατωτερότητας, με 312 ασθενείς. Τα δύο σχήματα σημείωσαν υψηλά και συγκρίσιμα ποσοστά εκρίζωσης του *H. Pylori* στην ITT, PP και MITT ανάλυση, αντίστοιχα (**88,5%**, 95% CI 83,4–93,5%, **93,7%**, 95% CI 89,7–97,7%, **92,6%**, 95% CI 88,4–96,8%, το σχήμα με αμοξυκιλλίνη έναντι **87,2%**, 95% CI 81,9–92,4%, **95,3%**, 95% CI 91,7–99,0%, και



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΒΙΣΜΟΥΘΙΟΥ ΣΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΕΚΚΡΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ



Σχήμα 2. Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για την εκκρίωση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού σε περιοχές με υψηλή ή άγνωστη αντοχή στην κλαριθρομυκίνη.

90,7%, 95% CI 86,0–95,3%, του σχήματος με τετρακυκλίνη⁴³. Η μη-κατωτερότητα του πρώτου σχήματος επιβεβαιώθηκε ($p < 0,025$), η αντοχή στην μετρονιδαζόλη (87,8%) δεν επηρέασε την αποτελεσματικότητα των δύο σχημάτων, ενώ η συμμόρφωση ήταν καλύτερη (95,5 vs. 85,9%, $p = 0,003$) και οι μέτριες-σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες λιγότερες (23 vs. 42%, $p = 0,008$) με το σχήμα της αμοξικιλίνης⁴³. Σε μία άλλη τυχαίοποιημένη Ιρανική μελέτη το τροποποιημένο τετραπλό σχήμα με Βισμούθιο και αμοξικιλίνη έδειξε υπεροχή έναντι αυτού με τετρακυκλίνη (95,5% vs. 83,8% PP, $p = 0,005$ και 92,9% vs. 76,5% ITT, $p = 0,001$) και με χαμηλότερα ποσοστά ανεπιθύμητων ενεργειών (65,2% vs. 43,4%; $p = 0,001$)⁴⁴. Βέβαια, πρέπει να σημειωθούν τα υψηλά ποσοστά αντοχής σε MET και TET που παρατηρούνται στο Ιράν. Από τις μελέτες αυτές φαίνεται επίσης ότι η

αντοχή στην μετρονιδαζόλη υπερβαίνεται κυρίως από την αυξημένη ημερήσια δόση (1500mg) του αντιβιοτικού στα τετραπλά σχήματα με Βισμούθιο ενώ το τελευταίο δρα αθροιστικά καταστέλλοντας το μικρόβιο⁴⁵.

Συνεπώς το τροποποιημένο 14ήμερο τετραπλό σχήμα με υψηλή ή σταθερή δόση PPI X 2, Βισμούθιο (240mg X 2) και υψηλές δόσεις αμοξικιλίνης (1gr X 3) και μετρονιδαζόλης (500mg X 3) είναι ένα σχήμα που υπερβαίνει την αντοχή στην μετρονιδαζόλη και επιτυγχάνει σταθερά ποσοστά εκκρίωσης του *H. pylori* >90% στην PP και MITT ανάλυση τόσο σαν θεραπεία 1^{ης} γραμμής όσο και σαν θεραπεία διάσωσης (rescue therapy) τουλάχιστον σε Ασιατικούς πληθυσμούς στις μελέτες που προαναφέρθηκαν⁴²⁻⁴⁵.

Πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη, στα πλαίσια του Eu-

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΒΙΣΜΟΥΘΙΟΥ ΣΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ



ρωπαϊκού Μητρώου Ασθενών με *H. pylori* (Hp-EuReg) που αναφέρεται γενικότερα στην αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των τετραπλών σχημάτων Βισμούθιου στους Ευρωπαϊκούς πληθυσμούς, περιλαμβάνει 299 ασθενείς που έλαβαν τετραπλό σχήμα PPI-BIS-AMO-MET σαν σχήμα 1^{ης} (245 ασθ.), 2^{ης} (34 ασθ.) ή 3^{ης} (20 ασθ.) γραμμής. Τα ποσοστά εκρίζωσης του *H. pylori* σε αυτούς τους ασθενείς, στην MITT ανάλυση, ήταν: 90,2%, 79,4% και 85%, αντίστοιχα⁴⁶. Από την επιμέρους ανάλυση προέκυψε ότι το σχήμα αυτό επιτυγχάνει μέσα ποσοστά εκρίζωσης >90% όταν χορηγείται σε παύει ασθενείς (90,2%), ως 14ήμερο σχήμα (90,7%) και με σταθερή (92,6%) ή υψηλή δόση PPI (91,2%), δις ημερησίως⁴⁶.

Επιπρόσθετα, σε μία πρόδρομη ανοικτή μελέτη μας (open label study) χορηγήσαμε αυτό το σχήμα με υψηλή δόση αμοξικιλίνης (1gr X 3) και μετρονιδαζόλης (500mg X 3) ως εμπειρική θεραπεία 1^{ης} και 3^{ης} γραμμής, για πρώτη φορά σε Ελληνικό πληθυσμό (50 ασθενείς), με ποσοστά εκρίζωσης 100% και 85%, αντίστοιχα στην PP ανάλυση⁴⁷.

Τετραπλό σχήμα με Μινοκυκλίνη και Μετρονιδαζόλη

Ένα άλλο τετραπλό σχήμα με Βισμούθιο που προτείνεται σε δύο καλά σχεδιασμένες Ασιατικές μελέτες είναι αυτό που προκύπτει από αντικατάσταση της υδροχλωρικής τετρακυκλίνης με μινοκυκλίνη (MIN). Σε μία τυχαίοποιημένη Κινεζική μελέτη, μη κατωτερότητας, 434 παύει ασθενών συγκρίθηκε το 14ήμερο τετραπλό σχήμα με μινοκυκλίνη (100mg X 2) έναντι του κλασικού με υδροχλωρική τετρακυκλίνη (500mg X 4). Τα ποσοστά εκρίζωσης ήταν υψηλά και συγκρίσιμα με τα δύο αυτά σχήματα (83,4% vs. 82,9%, στην ITT και 91,7% vs. 92,1% στην PP ανάλυση)⁴⁸. Η συμμόρφωση των ασθενών ήταν πολύ καλή (90,7% vs. 89,7%) και τα ποσοστά των ανεπιθύμητων ενεργειών παρόμοια (34.9% vs. 41.1%), εκτός του ιλίγγου που ήταν συχνότερος στην ομάδα της μινοκυκλίνης (16.3% vs. 6.1%, p=0.001)⁴⁸.

Μία άλλη πρόσφατη μελέτη, μη-κατωτερότητας, 368 ασθενών με στόχο να συγκριθεί η αποτελεσματικότητα και η ανοχή της μινοκυκλίνης έναντι της τετρακυκλίνης σε τετραπλή θεραπεία 14 ημερών που περιέχει βισμούθιο, ως θεραπεία διάσωσης, έδειξε πως και τα δύο σχήματα επιτυγχάνουν συγκρίσιμα υψηλά ποσοστά εκρίζωσης. Συγκεκριμένα τα ποσοστά εκρίζωσης για την ομάδα ασθενών που λάμβανε μινοκυκλίνη ήταν 98% PP, 93.1% MITT, 88% ITT και για την ομάδα ασθενών που λάμβανε τετρακυκλίνη ήταν 97,4% PP, 93,1% MITT και 88,6% ITT⁴⁹. Η μη-κατωτερότητα του σχήματος μινοκυκλίνης επιβεβαιώθηκε (p<0.025). Τα ποσοστά ανοχής στη MIN, TET και MET ήταν αντίστοιχα 0,7%, 1,4% and 89,6%. Η ανοχή στην MET δεν επηρέαζε την αποτελεσματικότητα των δύο σχημάτων. Τα ποσοστά ανεπιθύμητων ενεργειών ήταν συγκρίσιμα μεταξύ των σχημάτων (55,4% vs. 53,3%), ήπιες σχεδόν οι μισές από αυτές και με ικανοποιητική συμμόρφωση των ασθενών. Όμως, ο ίλιγγος ήταν πάλι πιο συχνός στο σχήμα της μινοκυκλίνης (81/184 ασθενείς, 44%) και συνιστά λόγο για τον οποίο το σχήμα έχει επικριθεί⁵⁰.

Τετραπλό σχήμα με Λεβοφλοξασίνη και Αμοξικιλίνη

Τέλος, η προσθήκη αλάτων Βισμούθιου φαίνεται ότι αυξάνει αριθμητικά τα ποσοστά εκρίζωσης του τριπλού συνδυασμού PPI, αμοξισιλίνης και λεβοφλοξασίνης (500mg X 1), ως θεραπεία 1^{ης} γραμμής (94,6% vs. 85,9% PP, p=0,07) κυρίως λόγω των υψηλότερων ποσοστών εκρίζωσης που επιτυγχάνει έναντι των ανθεκτικών στη λεβοφλοξασίνη (LEV) στελεχών του *H. pylori* (70,6% vs. 37,5%, p=0,047). Έτσι, σε ένα Κινεζικό πληθυσμό με ανοχή στην LEV 30.3% η προσθήκη υποκιτρικού Βισμούθιου κατέστησε την τριπλή θεραπεία 1^{ης} γραμμής με LEV αποτελεσματική (ποσοστό εκρίζωσης >90%)⁵¹. Με βάση τα δεδομένα αυτής της μελέτης υπολογίζεται ότι η 14ήμερη τριπλή θεραπεία με LEV χάνει την αποτελεσματικότητά της (<90%) όταν η ανοχή του μικροβίου στο αντιβιοτικό αυτό ξεπεράσει το 12%, ενώ η προσθήκη Βισμούθιου στο σχήμα διατηρεί την αποτελεσματικότητά



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΒΙΣΜΟΥΘΙΟΥ ΣΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ

του (>90%) και σε επίπεδα αντοχής στη LEV περίπου 26%⁵¹. Είναι χαρακτηριστικό ότι η πρωτοπαθής αντοχή του *H. pylori* στη LEV στη χώρα μας κυμαίνεται στο 8,3% με αυξητική τάση και η δευτεροπαθής στο 15,6%, με βάση τα πιο πρόσφατα δεδομένα από το Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur⁵². Συνεπώς, η προσθήκη υποκιτρικού Βισμούθιου στο τριπλό σχήμα με LEV που στη χώρα μας χορηγείται ως θεραπεία 2^{ης} γραμμής¹¹ μπορεί να διασφαλίσει και την μελλοντική αποτελεσματικότητά του. Αυτό επιβεβαιώνεται από μία Ισπανική μελέτη όπου η τετραπλή θεραπεία 2^{ης} γραμμής με LEV και BIS, μετά αποτυχία κλασικού τριπλού ή τετραπλού σχήματος χωρικής Βισμούθιου (sequential ή concomitant) επιτυγχάνει ποσοστά εκρίζωσης 91,1% PP και 90% ITT, σε πληθυσμό με αντοχή στη LEV περί το 13%⁵³. Σε άλλη τυχαίοποιημένη μελέτη από την Κίνα, σε πληθυσμό με υψηλότερα ποσοστά αντοχής στην LEV (40%), το 14ήμερο τετραπλό σχήμα με LEV και BIS συνοδεύτηκε από χαμηλότερα ποσοστά εκρίζωσης του *H. pylori* (<90%), αλλά στατιστικά συγκρίσιμα με αυτά του 14ήμερου κλασικού τετραπλού σχήματος Βισμούθιου (83% vs. 88,1% ITT, p=0,22 και 85,4% vs. 90,6% PP, p=0,18)⁵⁴. Επιπλέον, τα ποσοστά μέτριων και σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών ήταν σημαντικά υψηλότερα με την κλασική τετραπλή θεραπεία με Βισμούθιου έναντι του τετραπλού σχήματος με LEV και BIS (22,4% vs. 5%, p<0,001)⁵⁴.

Τα συμπεράσματα από τις μελέτες αυτές είναι ότι η ενίσχυση του τριπλού σχήματος (PPI-LEV-AMO) με κολλοειδές υποκιτρικό Βισμούθιου καθιστά το σχήμα αυτό αποτελεσματική θεραπεία 2^{ης} γραμμής του *H. pylori*, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς με αντοχή στην LEV >10% αλλά <30%, προφανώς λόγω της ευεργετικής δράσης του BIS στα ανθεκτικά κυρίως στελέχη του μικροβίου. Γι' αυτό και το σχήμα αυτό προτείνεται ως θεραπεία 2^{ης} γραμμής του *H. pylori* μαζί με το βελτιστοποιημένο 14ήμερο τριπλό σχήμα λεβοφλοξασίνης (με υψηλή δόση PPI) εναλλακτικά στο 14ήμερο κλασικό τετραπλό σχήμα με BIS από το πρόσφατο Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Ομοφωνίας (Maastricht VI)⁸. Σε αυτό φαίνεται να συμφωνούν και τα

δεδομένα από το Ευρωπαϊκό Μητρώο ασθενών με *H. pylori* (Hp-EuReg) για τις θεραπείες 2^{ης} γραμμής, όπου το βελτιστοποιημένο τετραπλό σχήμα με LEV και BIS (14ήμερη θεραπεία, με υψηλή δόση PPI) συγκεντρώνει μέσα ποσοστά εκρίζωσης 92% στην PP και 91.5% στην MITT ανάλυση⁵⁵. Αντίθετα, δεν είναι αποτελεσματική θεραπεία 3^{ης} και πλέον γραμμής προφανώς λόγω προηγούμενης χορήγησης σχημάτων λεβοφλοξασίνης και υψηλών ποσοστών δευτεροπαθούς αντοχής του μικροβίου στο φάρμακο⁵⁶.

Συμπεράσματα

Τα τετραπλά λοιπόν σχήματα με Βισμούθιου (κλασικό και τροποποιημένα) που αναφέρθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση μπορεί να αποτελέσουν αξιόπιστη λύση ως θεραπείες εκρίζωσης του *H. pylori* τόσο σε παύει ασθενείς όσο και σε ασθενείς με ανθεκτική λοίμωξη, επιτυγχάνοντας ποσοστά εκρίζωσης του μικροβίου >90%, με αποδεκτά ποσοστά ανεπιθύμητων ενεργειών της τάξεως του 40% (<6,5% σοβαρών) και με καλή συμμόρφωση των ασθενών (>97%)^{46,57,58}. Οι βελτιστοποιημένες θεραπείες (14ήμερα σχήματα, υψηλή δόση αμοξικιλίνης, μετρονιδαζόλης και υψηλή δόση PPI δις ημερησίως) διασφαλίζουν υψηλά ποσοστά εκρίζωσης του μικροβίου ανεξάρτητα από τον γονότυπο CYP2C19 που καθορίζει τον ρυθμό ηπατικού μεταβολισμού των PPIs^{59,60} και υπερβαίνουν την αντοχή του *H. Pylori* κυρίως στην μετρονιδαζόλη^{27,43,45,49}.

Προτάσεις

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα σημαντικά δεδομένα πρόσφατων μελετών και την μη-διαθεσιμότητα υδροχλωρικής τετρακυκλίνης στην χώρα μας, το 14ήμερο τετραπλό σχήμα PPI-BIS-AMO 1gr X 3-MET 500mg X 3 μπορεί να αποτελέσει μία θεραπευτική επιλογή πρώτης γραμμής με υψηλό ποσοστό εκρίζωσης >90% και παράλληλο όφελος τη μείωση της χρήσης αντιβιοτικών. Ένας ρεαλιστικός και αποτελεσματικός αλγόριθμος θεραπείας του *H. pylori* με χρήση βισμούθιου για τα Ελληνικά δεδομένα απεικονίζεται στο Σχήμα 3.

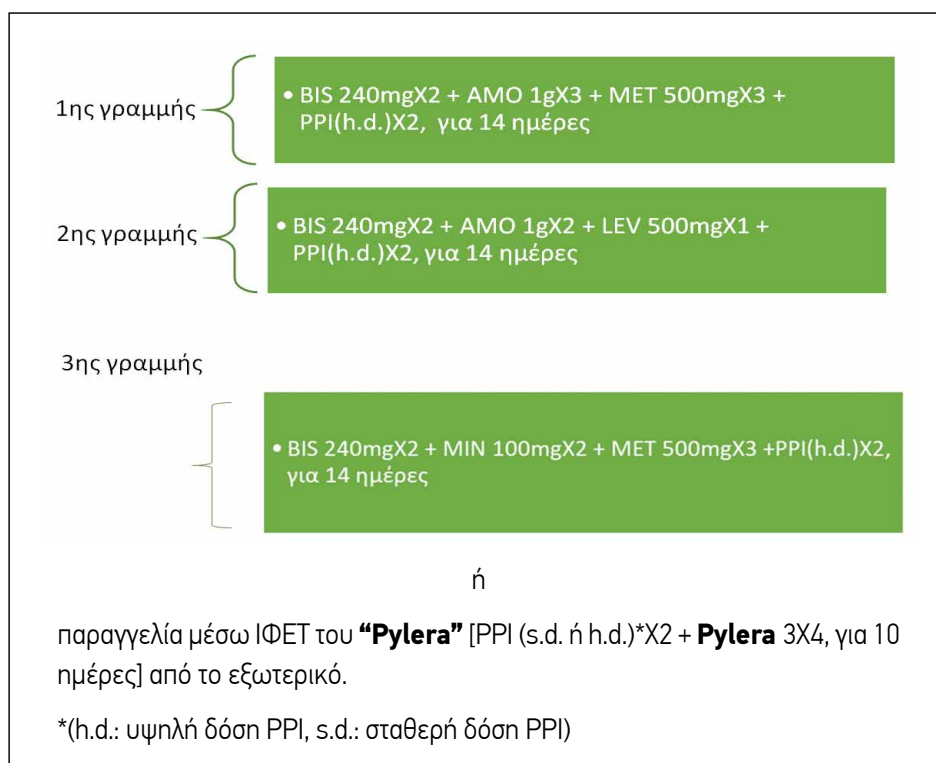
Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΒΙΣΜΟΥΘΙΟΥ ΣΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ



Στα επόμενα χρόνια, καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε κρίσιμα ζητήματα με πρώτο την πρόληψη γαστρικού καρκίνου, παρέχοντας ένα υγιές στομάχι για όλους, χωρίς *H. pylori*. Παράλληλα είναι σημαντική η υιοθέτηση θεραπειών με βάση τον επιπολασμό της

αντοχής του μικροβίου στον τοπικό πληθυσμό^{11,52} και την διαθεσιμότητα των φαρμάκων, ενώ είναι εξίσου σημαντικό να κατανοήσουμε και να ελέγξουμε την αντοχή στα αντιβιοτικά, η οποία συνεχίζει να αυξάνεται δραματικά¹.



Σχήμα 3. Αλγόριθμος θεραπείας *H. pylori* με τη χρήση σχημάτων Βισμούθιου στη χώρα μας.

Βιβλιογραφία

1. Bujanda L, Nyssen OP, Vaira D, et al. Antibiotic resistance prevalence and trends in patients infected with *Helicobacter pylori* in the period 2013–2020: Results of the European Registry on *H. pylori* management (Hp-EuReg). *Antibiotics (Basel)* 2021;10(9):1058.
2. Savoldi A, Carrara E, Graham DY, Conti M, Tacconelli E. Prevalence of Antibiotic Resistance in *Helicobacter pylori*: A Systematic Review and Meta-analysis in World Health Organization Regions. *Gastroenterology* 2018; 155:1372–1382.
3. Georgopoulos S, Papastergiou V. An update on current and advancing pharmacotherapy options for the treatment of *H. pylori* infection. *Expert Opin Pharmacother* 2021; 22:729–741.
4. Megraud F. *Helicobacter pylori* and antibiotic resistance. *Gut* 2007; 56:1502.
5. Fischbach L, Evans EL. Meta-analysis: the effect of antibiotic resistance status on the efficacy of triple and quadruple first-line therapies for *Helicobacter pylori*. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 26:343–357.
6. Rokkas T, Sechopoulos P, Robotis I, et al. Cumulative H.



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΒΙΣΜΟΥΘΙΟΥ ΣΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ

- pylori eradication rates in clinical practice by adopting first and second-line regimens proposed by the Maastricht III consensus and a third-line empirical regimen. *Am J Gastroenterol* 2009; 104:21-25.
7. Georgopoulos S, Papastergiou V, Xirouchakis, E, et al. Non-bismuth quadruple “concomitant” therapy versus standard triple therapy, both of the duration of 10 days, for first-line *H. pylori* eradication. A randomized trial. *J Clin Gastroenterol* 2013;47(3):228-232.
 8. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut* 2022; 71:1724–1762.
 9. Georgopoulos SD, Xirouchakis E, Martinez-Gonzales B, et al. Randomized clinical trial comparing ten-day concomitant and sequential therapies for *Helicobacter pylori* eradication in a high clarithromycin resistance area. *Eur J Intern Med* 2016; 32:84–90.
 10. Georgopoulos SD, Xirouchakis E, Liatsos C, et al. Equivalence trial of the non-Bismuth 10-day concomitant and 14-day hybrid therapies for *Helicobacter pylori* eradication in high clarithromycin resistance areas. *Antibiotics* 2024; 13:280.
 11. Georgopoulos SD, Michopoulos S, Rokkas T, et al. Hellenic consensus on *Helicobacter pylori* infection. *Ann Gastroenterol* 2020; 33:105–124.
 12. Graham DY, Liou JM. Primer for development of guidelines for *Helicobacter pylori* therapy using antimicrobial stewardship. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2022;20(5):973-983.
 13. Graham DY, Moss SF. Antimicrobial susceptibility testing for *Helicobacter pylori* is now widely available: when, how, why. *Am J Gastroenterol* 2022; 117:524–528.
 14. Graham DY, Dore MP, Lu H. Understanding treatment guidelines with bismuth and non-bismuth quadruple *Helicobacter pylori* eradication therapies. *Exp Rev Anti Infect Ther* 2018;16(9):679-687.
 15. Gorbach SL. Bismuth therapy in gastrointestinal diseases. *Gastroenterology* 1990; 99:863–875.
 16. Borody TJ, Cole P, Noonan S, et al. Recurrence of duodenal ulcer and *Campylobacter pylori* infection after eradication. *Med J Aust* 1989; 151:431–435.
 17. Prewett EJ, Luk YW, Fraser AG, et al. Comparison of one-day oral dosing with three bismuth compounds for the suppression of *Helicobacter pylori* assessed by the ¹³C-urea breath test. *Aliment Pharmacol Ther* 1992; 6:97–102.
 18. Scarpignato C, Pelosini I. Bismuth compounds for eradication of *Helicobacter pylori*: pharmacology and safety. In: Scarpignato C, Bianchi Poro G, eds. *Clinical pharmacology and therapy of Helicobacter pylori infection*. Karger: Basel, 1999:87–127.
 19. Manhart MD. In vitro antimicrobial activity of bismuth subsalicylate and other bismuth salts. *Rev Infect Dis* 1990;12(Suppl 1):11–15.
 20. Marshall BJ, Armstrong JA, Francis GJ, et al. Antibacterial action of bismuth in relation to *Campylobacter pyloridis* colonization and gastritis. *Digestion* 1987;37 (Suppl 2):16–30.
 21. Rauws E, Tytgat GNJ. Therapeutic trials of eradication of *Campylobacter pylori*. *Campylobacter pylori*. Delft: Royal Gist-brocades NV, 1989:89–100.
 22. Graham DY, Lee SY. How to effectively use bismuth quadruple therapy: The good, the bad, and the ugly. *Gastroenterol Clin North Am.* 2015; 44: 537-563.
 23. Goodwin CS, Armstrong JA, Wilson DH. Differences between in vitro and in vivo sensitivity of *Campylobacter pylori* to antimicrobials. In: Menge H, Gregor M, Tytgat GNJ, et al, eds. *Campylobacter pylori*. Berlin: Springer-Verlag, 1989:29–36.
 24. Marcus EA, Sachs G, Scott DR. Colloidal bismuth subcitrate impedes proton entry into *Helicobacter pylori* and increases the efficacy of growth-dependent antibiotics. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 42:922–933.
 25. Marcus EA, Inatomi N, Nagami GT, Sachs G, Scott DR. The effects of varying acidity on *Helicobacter pylori*

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΒΙΣΜΟΥΘΙΟΥ ΣΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ
ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ



- growth and the bactericidal efficacy of ampicillin. *Aliment Pharmacol Ther* 2012;36(10):972-979.
- 26.** Lambert JR, Midolo P. The actions of bismuth in the treatment of *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther* 1997;11(Suppl. 1):27-33.
- 27.** Dore MP, Lu H, Graham DY. Role of bismuth in improving *Helicobacter pylori* eradication with triple therapy. *Gut* 2016; 65: 870-878.
- 28.** Woo J, Bang CS, Lee JJ, Ahn JY, Kim JM, Jung H-Y, Gong EJ. In Vitro Susceptibility and Synergistic Effect of Bismuth Against *Helicobacter pylori*. *Antibiotics* 2024; 13:1004.
- 29.** Ding YM, Li YY, Liu J, et al. The cure rate of 10-day bismuth containing quadruple therapy for *Helicobacter pylori* eradication is equivalent to 14-day: a systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Med.* 2023; 23:1033-1043.
- 30.** Yang E-H, Chen W-Y, Chiang H-C, et al. 10-Day versus 14-day bismuth quadruple therapy for first-line eradication of *Helicobacter pylori* infection: a randomized open-label, non-inferiority trial. *e Clinical Medicine* 2024; 70:102529.
- 31.** Pabón-Carrasco M, Keco-Huerga A, Castro-Fernández M, et al. Role of proton pump inhibitors dosage and duration in *Helicobacter pylori* eradication treatment: results from the European Registry on H. pylori management. *U Eur Gastroenterol J* 2024;12(1):122-138.
- 32.** Nyssen OP, Vaira D, Perez Aisa A, Rodrigo L, Castro-Fernandez M, Jonaitis L, et al. Empirical second-line therapy in 5000 patients of the European registry on *Helicobacter pylori* management (Hp-EuReg). *Clin Gastroenterol Hepatol* 2022; 20:2243-2257.
- 33.** Burgos-Santamaría D, Nyssen OP, Gasbarrini A, et al. Empirical rescue treatment of *Helicobacter pylori* infection in third and subsequent lines: 8-year experience in 2144 patients from the European Registry on H. pylori management (Hp-EuReg). *Gut* 2023; 72:1054-1072.
- 34.** Megraud F. The challenge of *Helicobacter pylori* resistance to antibiotics: the comeback of bismuth-based quadruple therapy. *Ther Adv Gastroenterol* 2012;5(2):103-109.
- 35.** Malfertheiner P, Bazzoli F, Delchier J-C, et al. *Helicobacter pylori* eradication with a capsule containing bismuth subcitrate potassium, metronidazole, and tetracycline given with omeprazole versus clarithromycin-based triple therapy: a randomised, open-label, non-inferiority, phase 3 trial. *The Lancet* 2011; 377:905-913.
- 36.** Nyssen OP, McNicholl AG, Gisbert JP. Meta-analysis of three-in-one single capsule bismuth-containing quadruple therapy for the eradication of *Helicobacter pylori*. *Helicobacter* 2019;24:e12570.
- 37.** Nyssen OP, Perez-Aisa A, Castro-Fernandez M, et al. European Registry on *Helicobacter pylori* management: Single-capsule bismuth quadruple therapy is effective in real-world clinical practice. *U Eur Gastroenterol J* 2021; 9:38-46.
- 38.** Pérez-Aisa A, Nyssen OP, Keco-Huerga A, et al. Bismuth quadruple three-in-one single capsule three times a day increases effectiveness compared with the usual four times a day schedule: results from the European Registry on *Helicobacter pylori* Management (Hp-EuReg). *Gut* 2023; 72:2031-2038.
- 39.** Zhang W, Chen Q, Liang X, et al. Bismuth, lansoprazole, amoxicillin and metronidazole or clarithromycin as first-line *Helicobacter pylori* therapy. *Gut* 2015; 64: 1715-1720.
- 40.** McNicholl AG, Bordin DS, Lucendo A, et al. Combination of Bismuth and standard triple therapy eradicates *Helicobacter pylori* infection in more than 90% of patients. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2020; 18:89-98.
- 41.** Bang CS, Lim H, Jeong HM, et al. Amoxicillin or tetracycline in bismuth-containing quadruple therapy as first-line treatment for *Helicobacter pylori* infection. *Gut Microbes* 2020;11(5):1314-1323.
- 42.** Chen Q, Long X, Ji Y, et al. Randomised controlled trial: susceptibility-guided therapy versus empiric bismuth



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΒΙΣΜΟΥΘΙΟΥ ΣΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ

- quadruple therapy for first-line *Helicobacter pylori* treatment. *Aliment Pharmacol Ther* 2019; 49:1385–1394.
- 43.** Chen Q, Zhang W, Fu Q, et al. Rescue therapy for *Helicobacter pylori* eradication: a randomized non-inferiority trial of amoxicillin or tetracycline in bismuth quadruple therapy. *Am J Gastroenterol* 2016; 111:1736–1742.
- 44.** Salmanroghani H, Mirvakili M, Baghbanian M, et al. Efficacy and tolerability of two quadruple regimens: Bismuth, Omeprazole, Metronidazole with Amoxicillin or Tetracycline as first-line treatment for eradication of *Helicobacter pylori* in patients with duodenal ulcer: A Randomized Clinical Trial. *PLoS One* 2018;13(6): e0197096.
- 45.** Luo L, Ji Y, Yu L, Huang Y, Liang X, Graham DY, Lu H. 14-day high-dose amoxicillin- and metronidazole-containing triple therapy with or without Bismuth as first-line *Helicobacter pylori* treatment. *Dig Dis Sci* 2020; 65:3639–3646.
- 46.** Olmedo L, Calvet X, Gené E, et al. Evolution of the use, effectiveness and safety of bismuth-containing quadruple therapy for *Helicobacter pylori* infection between 2013 and 2021: results from the European registry on *H. pylori* management (Hp-EuReg). *Gut* 2024; 0:1–11. doi:10.1136/gutjnl-2024-332804.
- 47.** Ξηρουχάκης Η, Λαούδη Φ, Ξηρουχάκης Σ, Σπηλιάδης Χ, Πελεκάνος Α, Γεωργόπουλος Σ. Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας τετραπλού δεκατετράημερου σχήματος με βισμούθιο, αμοξισιλίνη, μετρονιδαζόλη, για την εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού. *Ann Gastroenterol* 2024;37(Suppl):13(ΠΑ07).
- 48.** Suo B, Tian X, Zhang H, et al. Bismuth, esomeprazole, metronidazole, and minocycline or tetracycline as a first-line regimen for *Helicobacter pylori* eradication: A randomized controlled trial. *Chin Med J* 2023;136(8):933–940.
- 49.** Huang Y, Chen J, Ding Z, et al. Minocycline vs. tetracycline in bismuth-containing quadruple therapy for *Helicobacter pylori* rescue treatment: a multicentre, randomized controlled trial. *J Gastroenterol* 2023;58(7):633–641.
- 50.** Kurokawa T, Kurokawa T. Assessing the side effects and resistance in *H. pylori* treatment: a discussion on minocycline versus tetracycline therapy (letter). *J Gastroenterol*, <https://doi.org/10.1007/s00535-024-02084-0>.
- 51.** Liao J, Zheng Q, Liang X, et al. Effect of fluoroquinolone resistance on 14-day levofloxacin triple and triple plus bismuth quadruple therapy. *Helicobacter* 2013; 18:373–377.
- 52.** Martinez-Gonzalez B, Γεωργόπουλος Σ, Μιχόπουλος Σ, Καραγιάννης Γ, Λιάτσος Χ, Ξηρουχάκης Η, Μεντής Α, Σγούρας Δ. Πρωτοπαθής αντιμικροβιακή αντοχή σε στελέχη *Helicobacter pylori*: τρέχουσα κατάσταση στην Ελλάδα. *Ann Gastroenterol* 2024;37(Suppl):13(ΠΑ08).
- 53.** Gisbert JP, Romano M, Gravina AG, et al. *Helicobacter pylori* second-line rescue therapy with levofloxacin- and bismuth-containing quadruple therapy, after failure of standard triple or non-bismuth quadruple treatments. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 41:768–775.
- 54.** Cao Z, Chen Q, Zhang W, et al. Fourteen-day optimized levofloxacin-based therapy versus classical quadruple therapy for *Helicobacter pylori* treatment failures: a randomized clinical trial. *Scand J Gastroenterol* 2015; 50:1185–1190.
- 55.** Nyssen OP, Vaira D, Perez Aisa A, Rodrigo L, Castro-Fernandez M, Jonaitis L, et al. Empirical second-line therapy in 5000 patients of the European registry on *Helicobacter pylori* management (Hp-EuReg). *Clin Gastroenterol Hepatol* 2022; 20:2243–2257.
- 56.** Burgos-Santamaría D, Nyssen OP, Gasbarrini A, et al. Empirical rescue treatment of *Helicobacter pylori* infection in third and subsequent lines: 8-year experience in 2144 patients from the European Registry on *H. pylori* management (Hp-EuReg) *Gut* 2023;72:1054–1072.
- 57.** Nyssen OP, Perez-Aisa A, Tepes B, et al. Adverse event profile during the treatment of *Helicobacter pylori*: A real-world experience of 22,000 patients from the European Registry on *H. pylori* management (Hp-EuReg). *Am J Gastroenterol* 2021; 116:1220–1229.

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΒΙΣΜΟΥΘΙΟΥ ΣΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ
ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ



- 58.** Huguet JM, Ferrer-Barceló L, Suárez P, et al. Role of compliance in *Helicobacter pylori* eradication treatment: results of the European Registry on *H. pylori* management. *United European Gastroenterol J* 2024;12(6):691–704.
- 59.** Georgopoulos SD, Papastergiou V, Karatapanis S. Treatment of *Helicobacter pylori* infection: optimization strategies in a high resistance era. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 2015;16(15):2307–2317.
- 60.** Pabón-Carrasco M, Keco-Huerga A, Castro-Fernández M, et al. Role of proton pump inhibitors dosage and duration in *Helicobacter pylori* eradication treatment: results from the European Registry on *H. pylori* management. *United European Gastroenterol J* 2024;12(1):122–38.



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ
ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Νικολία Γεωργακοπούλου, Ειδικευόμενη Γαστρεντερολόγος
Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

Εισαγωγή

Πρόσφατα δεδομένα επισημαίνουν ότι οι ασθενείς με Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου (ΙΦΝΕ) δεν λαμβάνουν προληπτικές υπηρεσίες υγείας στον ίδιο βαθμό με τους γενικούς ασθενείς. Ζητήματα όπως η πρόληψη των ευκαιριακών λοιμώξεων και ο κατάλληλος χρόνος εμβολιασμού για τα διάφορα λοιμώδη νοσήματα, ο έλεγχος για οστεοπόρωση, και για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του δέρματος, συχνά υπόκεινται στην ευχέρεια του εκάστοτε γαστρεντερολόγου, τον οποίο οι ασθενείς με ΙΦΝΕ αναγνωρίζουν ως τον μοναδικό πάροχο φροντίδας υγείας. Κατά συνέπεια οφείλουμε να είμαστε ενημερωμένοι και να καθοδηγούμε σωστά τους ασθενείς μας. Για την μέγιστη επίτευξη αυτών των στόχων υγειονομικής φροντίδας, ωστόσο, επιβάλλεται η συνεργασία μεταξύ γαστρεντερολόγου και παρόχου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Πρόληψη ευκαιριακών λοιμώξεων και πλάνο ανοσοποίησης των ασθενών

Η εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων σε ασθενείς με Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου (ΙΦΝΕ) αποτελεί σημαντική ανησυχία για τον κλινικό γιατρό, ιδιαίτερα σε μια εποχή που η χρήση ανοσοκατασταλτικών θεραπειών είναι ιδιαίτερα ευρεία και νέες θεραπείες, όπως οι JAK αναστολές, είναι όλο και περισσότερο διαθέσιμες.

Συχνοί παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση ευκαιριακών λοιμώξεων είναι ο υποσιτισμός, η προχωρημένη ηλικία, η συγγενής ανοσοανεπάρκεια, η μόλυνση με τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), οι χρόνιες παθήσεις και ο σακχαρώδης διαβήτης. Σε ότι αφορά τους ασθενείς με ΙΦΝΕ, επιπλέον παράγοντες κινδύνου αποτελούν ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος, η ολική παρεντερική διατροφή, οι χειρουργικές επεμβάσεις εκτομής, η παρουσία συννοσηροτήτων, η ενεργότητα της νόσου και η χορήγηση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων.

Τα συστηματικά στεροειδή, οι θειοπουρίνες και οι anti-TNF σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ευκαιριακών

λοιμώξεων. Οι συνδυαστικές θεραπείες έχουν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο, με τον λόγο πιθανοτήτων (OR) να αυξάνεται από 2,9 (για ένα ανοσοκατασταλτικό φάρμακο) σε 14,5 (για δύο ή τρία). Οι συνδυασμοί θειοπουρίνης με στεροειδή ή θειοπουρίνης με στεροειδή και infliximab φαίνεται να παρουσιάζουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο. Στο παραπάνω λοιπόν πλαίσιο, ο κάθε ασθενής που νοσηλεύεται στην κλινική ή προσέρχεται στο εξωτερικό ιατρείο, θα πρέπει να αξιολογηθεί ως προς τον κίνδυνο εκδήλωσης κάποιας ευκαιριακής λοίμωξης και να καταγραφεί η έως τώρα ανοσοποίηση του έναντι λοιμωδών νοσημάτων.

Έλεγχος για ιογενείς ηπατίτιδες A, B, C

Πριν την έναρξη ανοσοκατασταλτικής αγωγής στους ασθενείς με ΙΦΝΕ ή ακόμα και στο αρχικό στάδιο της αξιολόγησης τους στο ιατρείο ή την κλινική είναι απαραίτητο να έχει πραγματοποιηθεί ορολογικός έλεγχος για τις ηπατίτιδες A, B και C.

Όσον αφορά την ηπατίτιδα A, ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν αντι-HAV αρνητικό, θα πρέπει να εμβολιαστούν με το διαθέσιμο εμβόλιο. Το εμβόλιο για την ηπατίτιδα A θα πρέπει να χορηγηθεί σε 2 δόσεις με μεσοδιάστημα 6-12 ή 18 μηνών · η προστασία που παρέχεται κυμαίνεται από 10 έως 20 έτη ή και περισσότερο, ενώ δεν έχει τεκμηριωθεί κατώτερος τίτλος αντισωμάτων που να έχει καθοριστεί ως προστατευτικός.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του ορολογικού ελέγχου για την ηπατίτιδα B που θα προσκομίσει ο ασθενής. Σε ασθενείς με αρνητικό anti-HBs, θα πρέπει να φροντίσουμε για την ανοσοποίηση τους και να χορηγήσουμε το απαραίτητο εμβόλιο, το οποίο συνήθως γίνεται σε τρεις δόσεις, στους μήνες 0, 1 και 6. Πιο ειδικά το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού, προτείνει οι ασθενείς με ανοσοκαταστολή να εμβολιάζονται με σκεύασμα αυξημένης δόσης αντιγόνου (40 μg) ανά δόση σε σχήμα τριών δόσεων (0, 1 και 6 μήνες) ή με σκεύασμα 20 μg ανά δόση σε

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ
ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ



σχήμα 4 δόσεων (0, 1, 2 και 6 μήνες). Έχει φανεί ότι ο ελάχιστος τίτλος αντισωμάτων αντι-HBs που θεωρείται προστατευτικός προσδιορίζεται στα 10 IU/L.

- Σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β [HBsAg(+), αντι-HBc(+)] θα πρέπει να φροντίσουμε για την χορήγηση της κατάλληλης αντιϊκής θεραπείας με νουκλεοσιδικά ανάλογα. Πιο συγκεκριμένα, συστήνεται η αγωγή με τενοφοβίρη ή εντεκαβίρη να ξεκινά δύο εβδομάδες πριν την έναρξη της ανοσοκατασταλτικής αγωγής, να συνεχίζεται τουλάχιστον για ένα χρόνο μετά την διακοπή αυτής και να διακόπτεται οριστικά μόνο όταν η υποκείμενη νόσος τεθεί σε ύφεση. Ο έλεγχος με HBV DNA δεν θα πρέπει να παραλείπεται και προτείνεται να γίνεται κάθε 3 με 6 μήνες κατά τη διάρκεια της προφυλακτικής χορήγησης της αντιϊκής αγωγής και για τουλάχιστον 12 μήνες μετά την διακοπή της.
- Σε ασθενείς με προηγούμενη έκθεση στον ιό της ηπατίτιδας Β (HBsAg-αρνητικούς, anti-HBc-θετικούς) με μέτριο [$<10\%$] ή χαμηλό [$<1\%$] κίνδυνο ενεργοποίησης της HBV λοίμωξης δεν συστήνεται η χορήγηση προφυλακτικής θεραπείας και καλούμαστε να υιοθετήσουμε μια πιο συντηρητική προσέγγιση η οποία μεταφράζεται σε παρακολούθηση του HBsAg ή του HBV DNA [ή και των δύο] κάθε 1–3 μήνες κατά τη διάρκεια της χορηγούμενης ανοσοκαταστολής και για τουλάχιστον 6 μήνες μετά τη διακοπή της.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς που θα λάβουν θεραπεία με anti-TNF χαρακτηρίζονται χαμηλού κινδύνου για αναζωπύρωση της HBV λοίμωξης, ενώ οι αναστολείς JAK κινασών θεωρούνται υψηλού κινδύνου για αναζωπύρωση και δεν θα πρέπει να παραλείπεται η χορήγηση της απαραίτητης χημειοπροφύλαξης.

Ασθενείς με ΙΦΝΕ και ηπατίτιδα C θα πρέπει να λάβουν θεραπεία σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες, θα πρέπει όμως να είναι σε στενή παρακολούθηση για πιθανή έξαρση της νόσου κατά τη διάρκεια της θεραπείας με DAAs.

Έλεγχος αντισωμάτων IgG έναντι EBV

Σε υποψήφιους για ανοσοκατασταλτική θεραπεία, ιδιαίτερα με θειοπουρίνες, θα πρέπει να πραγματοποιείται έλεγχος για προηγούμενη λοίμωξη από EBV. Ο ιός Epstein-Barr (EBV) έχει φανεί πως συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο λεμφώματος σε ασθενείς αρνητικούς για EBV που λαμβάνουν θειοπουρίνες. Μία σπάνια επιπλοκή της πρωτοπαθούς ιογενούς λοίμωξης με EBV σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς που παρουσιάζει αυξημένη θνητότητα είναι η αιμοφαγοκυτταρική λεμφοϊστιοκυττάρωση (HLH). Λόγω των παραπάνω, σε EBV-IgG αρνητικούς ασθενείς, θα πρέπει να εξετάζεται η αποφυγή της θεραπείας με θειοπουρίνες.

Έλεγχος αντισωμάτων έναντι CMV

Ο κίνδυνος επανενεργοποίησης του κυτταρομεγαλοϊού (CMV) είναι αυξημένος σε ασθενείς με ΙΦΝΕ που εκτίθενται σε κορτικοστεροειδή ή θειοπουρίνες, αλλά όχι με anti-TNF. Οι CMV-οροθετικοί ασθενείς που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτική θεραπεία διατρέχουν κίνδυνο επανενεργοποίησης στα τελικά όργανα, ενώ οι οροαρνητικοί ασθενείς σπάνια αποκτούν πρωτοπαθή λοίμωξη από CMV.

Έλεγχος για έκθεση σε HSV, VZV και ιό της ιλαράς

Πριν από την έναρξη ανοσοκατασταλτικής θεραπείας, οι ασθενείς θα πρέπει να ερωτώνται αν έχουν ιστορικό λοίμωξης από τον ιό του απλού έρπητα (HSV). Ο πρωτοπαθής ή υποτροπιάζων επιχείλιος έρπης ή έρπης των γεννητικών οργάνων μπορεί να είναι πιο συχνός, σοβαρός και εκτεταμένος σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Η χορήγηση προφυλακτικής θεραπείας για την καταστολή του πολλαπλασιασμού του ιού θα πρέπει να εξετάζεται σε ασθενείς με συχνές υποτροπές, που ήδη λαμβάνουν διαλείπουσα κατασταλτική αντιϊκή θεραπεία. Η επανενεργοποίηση μπορεί να προκαλέσει σοβαρές τοπικές ή συστηματικές λοιμώξεις με σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα, περιλαμβανομένων της εγκεφαλίτιδας, της μηνιγγίτιδας, της πνευμονίας, της οισοφαγίτιδας καθώς και της κολίτιδας. Συνιστώμενα



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

δοσολογικά προφυλακτικά σχήματα αποτελούν η ακυκλοβίρη 400mg δύο φορές την ημέρα, η βαλακυκλοβίρη 500 mg ημερησίως ή η φαμκυκλοβίρη 250 mg δύο φορές την ημέρα, που θα πρέπει να λαμβάνονται για όσο θα χορηγείται ανοσοκατασταλτική αγωγή.

Κατ' αντιστοιχία θα πρέπει να αναζητήσουμε ιστορικό έκθεσης των ασθενών στον ιό της ανεμευλογιάς. Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ που έχουν ιστορικό ανεμευλογιάς ή τεκμηριωμένο εμβολιασμό θα πρέπει να θεωρούνται προστατευμένοι. Υπάρχουν ωστόσο και ασθενείς που δεν έχουν εκτεθεί στον ιό. Αν ο ασθενής είναι νεαρής ηλικίας και δεν έχει ιστορικό έκθεσης στον VZV ή τεκμηριωμένο εμβολιασμό και σκεφτόμαστε την ανοσοποίηση του, ο εμβολιασμός (εμβόλιο VAR) κατά της ανεμευλογιάς περιλαμβάνει δύο δόσεις που χορηγούνται με διαφορά 4–8 εβδομάδων. Σημειώνεται ότι πρόκειται για ζωντανό εμβόλιο και για αυτό το λόγο αφενός αντενδείκνυται σε ασθενείς με μέτριο έως σοβαρό βαθμό ανοσοκαταστολής, αφετέρου θα πρέπει να ολοκληρώνεται 4 εβδομάδες πριν από την έναρξη της ανοσοκατασταλτικής θεραπείας.

Παράλληλα ενημερώνουμε τους ασθενείς με ΙΦΝΕ για τον κίνδυνο συμπτωματικής επανενεργοποίησης του ιού της ανεμευλογιάς (VZV), όπου η πιο συχνή εκδήλωση είναι η εμφάνιση έρπητα ζωστήρα. Υπάρχουν για τον σκοπό αυτό δύο διαθέσιμα εμβόλια: το ανασυνδυασμένο εμβόλιο για τον έρπητα ζωστήρα (RZV) και το εμβόλιο με ζώντα εξασθενημένο ιό (ZVL). Για την προφύλαξη των ασθενών με ΙΦΝΕ που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτική θεραπεία, προτείνεται η χορήγηση του RZV, λόγω της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειάς του. Άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω με ΙΦΝΕ και ανοσοκαταστολή θα πρέπει να εμβολιαστούν με το RZV και να λάβουν δύο δόσεις του εμβολίου με συνιστώμενο μεσοδιάστημα 1-2 μηνών. Το RZV, σε περίπτωση νόσησης από έρπητα ζωστήρα, είναι ασφαλές και αποτελεσματικό όταν χορηγείται ένα χρόνο μετά. Σε περίπτωση που το RZV δεν είναι διαθέσιμο, συνιστάται μία δόση με το ζωντανό εμβόλιο για τον έρπητα ζωστήρα (ZVL) σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς ηλικίας μεταξύ 60 και 75 ετών και σε άτομα

που πρόκειται να λάβουν ανοσοκατασταλτική θεραπεία τουλάχιστον ένα μήνα πριν την έναρξη της αγωγής.

Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ που δεν είναι ανοσοποιημένοι έναντι της ιλαράς, της παρωτίτιδας και της ερυθράς (MMR) θα πρέπει να λάβουν 2 δόσεις του εμβολίου, με διαφορά τουλάχιστον 4 εβδομάδων μεταξύ τους. Εάν η ανοσιακή κατάσταση είναι αβέβαιη, θα πρέπει να ελεγχθεί ο τίτλος αντισωμάτων IgG. Το εμβόλιο MMR δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς που βρίσκονται σε συστηματική ανοσοκατασταλτική θεραπεία.

Προφύλαξη έναντι της εποχικής γρίπης και του πνευμονιόκοκκου

Οι ασθενείς που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτική θεραπεία θεωρείται ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σοβαρής λοίμωξης από γρίπη, οπότε και συστήνεται ο ετήσιος αντιγριπικός εμβολιασμός, σύμφωνα με τις εθνικές κατευθυντήριες γραμμές, όπως φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα.

Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ έχουν αυξημένο κίνδυνο πνευμονιοκοκκικής λοίμωξης και δύο έως τρεις φορές υψηλότερο κίνδυνο διεισδυτικής πνευμονιοκοκκικής νόσου (μηνιγγίτιδα και βακτηριαιμία). Ο κίνδυνος αυτός υφίσταται ακόμα και πέντε χρόνια πριν τη διάγνωση της νόσου, όταν οι ασθενείς δεν λαμβάνουν θεραπεία, υποδεικνύοντας έτσι μια ευπάθεια που συνδέεται με την υποκείμενη νόσο. Μία από τις πιο συχνές λοιμώξεις σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι η βακτηριακή πνευμονία. Το ποσοστό θνησιμότητας εντός ενός έτους είναι χαμηλότερο στους ασθενείς που έχουν εμβολιαστεί κατά του πνευμονιόκοκκου (2,1%) σε σύγκριση με εκείνους που δεν έχουν εμβολιαστεί (4,5%).

Σε ότι αφορά τον εμβολιασμό για τον πνευμονιόκοκκο, διαφοροποιείται η έως τώρα γνωστή συνθήκη με τα εμβόλια PCV13 και PPSV23 καθώς πλέον είναι διαθέσιμο το συζευγμένο πνευμονιοκοκκικό εμβόλιο PCV20. Μετά τον εμβολιασμό με PCV20 δεν προβλέπεται η χορήγηση PPSV23, διότι θεωρείται ότι οι ασθενείς είναι πλήρως ανοσοποιημένοι. Σε ότι αφορά άτομα που έχουν ήδη

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ
ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ



ΠΙΝΑΚΑΣ. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ενηλίκων, ανά νόσο ή άλλη ένδειξη, 2024.

Εμβόλιο ▼	Κύηση ή λοχεία	Ανοσοκαταστολή (πλην HIV)	Λοίμωξη με HIV (CD4+ κύτταρα)		Ασπληνία, μόνιμη έλλειψη τελικών κλασμάτων συμπληρώματος	Νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου σε αιμοδιύλιση	Χρόνιες καρδιοπάθειες, πνευμονοπάθειες, βαρείς καπνιστές, χρόνιος αλκοολισμός	Χρόνιες παθήσεις του ήπατος	Σακχαρώδης διαβήτης	Υγειονομικό προσωπικό	MSM	
			<200	≥200								
³¹ Γρίπης												1 δόση ετησίως
³² Tdap ή Tdap-IPV ή Td	1 δόση Tdap σε κάθε κύηση											Μία δόση Tdap ή Tdap-IPV και στη συνέχεια αναμνηστική δόση Td ή Tdap κάθε 10 χρόνια
³³ MMR		Αντενδείκνυται										1-2 δόσεις <u>βλέπε σχόλιο</u>
³⁴ VAR		Αντενδείκνυται										2 δόσεις
³⁵ HZV (ZVL)		Αντενδείκνυται										1 δόση 60-75 ετών
HZV (RZV)		2 δόσεις ≥ 18 ετών			2 δόσεις ≥ 60 ετών	2 δόσεις ≥ 18 ετών						2 δόσεις ≥ 60 ετών
³⁶ HPV γυναίκες	<u>βλέπε σχόλιο</u>	3 δόσεις < 45 ετών										
³⁶ HPV άνδρες		3 δόσεις < 45 ετών										2 δόσεις < 45 ετών
³⁷ PCV20												1 δόση PCV20 ≥ 18 ετών 1 δόση PCV20 ≥ 65 ετών
³⁸ HepA		2 δόσεις	2 δόσεις		2 δόσεις		2 δόσεις	2 δόσεις				2 δόσεις
³⁹ HepB	3 δόσεις	3 ή 4 δόσεις	3 δόσεις	3 δόσεις	<u>βλέπε σχόλιο</u>	3 δόσεις						3 δόσεις
³¹⁰ MenACWY	<u>βλέπε σχόλιο</u>	1 ή			περισσότερες δόσεις ανάλογα με τις ενδείξεις							
³¹¹ MenB	<u>βλέπε σχόλιο</u>	2-3 δόσεις <u>βλέπε σχόλιο</u>			2-3 δόσεις <u>βλέπε σχόλιο</u>							
³¹² Hib		1 δόση ή 3 δόσεις σε HSCT <u>βλέπε σχόλιο</u>			1 δόση							

Συνιστάται για ενήλικες που πληρούν το ηλικιακό κριτήριο ή δεν έχουν αποδεικτικό προηγούμενου εμβολιασμού ή νόσωσης
 Συνιστάται για ενήλικες με πρόσθετους παράγοντες κινδύνου ή άλλες ενδείξεις
 Αντενδείκνυται

εμβολιαστεί με PCV13 και PPSV23, συνιστάται να ακολουθήσει μια δόση PCV20 τουλάχιστον 5 χρόνια μετά την τελευταία δόση αντι-πνευμονιοκοκκικού εμβολίου. Συγκριτικά, σε όσους έχουν λάβει μια δόση PCV13 ή PPSV23 θα πρέπει να ακολουθήσει μια δόση συζευγμένου πνευμονιοκοκκικού εμβολίου PCV20 ένα έτος αργότερα.

Εμβολιασμός κατά του μηνιγγιτιδόκοκκου

Ο εμβολιασμός κατά του μηνιγγιτιδόκοκκου δεν συνιστάται επί του παρόντος για ενήλικες με ΙΦΝΕ που βρίσκονται σε ανοσοκατασταλτική θεραπεία και δεν έχουν παράγοντες κινδύνου για μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο, καθώς δεν υπάρχουν δεδομένα που να υποστηρίζουν αυξημένο κίνδυνο σε αυτόν τον πληθυσμό. Ωστόσο, ο εμβολιασμός κατά του μηνιγγιτιδόκοκκου στην παιδική ηλικία συνιστάται στις περισσότερες χώρες, με δόσεις ενίσχυσης σε άτομα υψηλού κινδύνου.

Έλεγχος για λανθάνουσα φυματίωση

Ο κίνδυνος επανενεργοποίησης της λανθάνουσας φυματίωσης (LTBI) σε ασθενείς που λαμβάνουν βι-

ολογικούς παράγοντες ή αναστολείς JAK είναι αυξημένος, και η νόσος μπορεί να είναι πιο σοβαρή σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση για ρευματολογικές και μη ρευματολογικές νόσους, ο συνδυασμός παραγόντων anti-TNF με μεθοτρεξάτη ή αζαθειοπρίνη αυξάνει τον κίνδυνο επανενεργοποίησης της φυματίωσης κατά 13 φορές σε σύγκριση με τη μονοθεραπεία με anti-TNF. Συνιστάται επομένως, ο πρώιμος έλεγχος για LTBI κατά τη διάγνωση της ΙΦΝΕ. Ιδανικά ο έλεγχος πρέπει να γίνεται πριν από την έναρξη της ανοσοκατασταλτικής θεραπείας [ή έως και 2 εβδομάδες μετά την έναρξή της] ή, εάν αυτό δεν είναι δυνατόν, μετά τη θεραπεία της πρώτης έξαρσης [3 εβδομάδες μετά τη διακοπή των κορτικοστεροειδών], κατά προτίμηση με χαμηλό φλεγμονώδες φορτίο νόσου. Εναλλακτικά, ο πρώιμος έλεγχος μπορεί να πραγματοποιηθεί οποιαδήποτε στιγμή κατά την οποία ο ασθενής βρίσκεται σε ύφεση. Τα διαγνωστικά test που έχουμε στη διάθεση μας για την LTBI είναι η δερματική αντίδραση φυματίνης (TST) και



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ

**ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**

οι δοκιμασίες απελευθέρωσης ιντερφερόνης-γάμμα (IGRA), συνοδευόμενα τις περισσότερες φορές από μια ακτινογραφία θώρακος.

Θετική TST ορίζεται όταν η διάμετρος της σκλήρυνσης είναι ≥ 5 mm. Η TST μπορεί να είναι αρνητική σε ασθενείς που λαμβάνουν κορτικοστεροειδή για ≥ 1 μήνα, θειοπουρίνες ή μεθοτρεξάτη για ≥ 3 μήνες, infliximab ή κατά τη διάρκεια ενεργού ΙΦΝΕ χωρίς σύγχρονη χορήγηση ανοσοκαταστολής. Κατά συνέπεια, επαναληπτική TST 1–2 εβδομάδες μετά την πρώτη δοκιμασία μπορεί να χρειαστεί σε ασθενείς που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικά, και είχαν αρνητική TST. Τα άτομα που έχουν εμβολιαστεί με Bacillus Calmette-Guérin (BCG) μπορεί να αντιδράσουν θετικά στην καθαρή πρωτεΐνη (purified protein derivative), οδηγώντας σε θετική TST. Σε περίπτωση που αποφασίζεται να εκτελεστούν αμφότερες οι δοκιμασίες, η μέτρηση IGRA θα πρέπει να προηγείται ή να γίνεται ταυτόχρονα με την TST, καθώς η TST μπορεί να αυξήσει την παραγωγή ιντερφερόνης-γ σε IGRA δοκιμασίες.

Η διάγνωση της LTBI στοιχειοθετείται όταν ισχύει ένα από τα κάτωθι κριτήρια: 1) απουσία κλινικής ή απεικονιστικής εικόνας και θετικό τεστ TST ή IGRA, 2) αρνητικό TST, IGRA ή και τα δύο, αλλά με ενδείξεις προηγούμενης φυματίωσης που δεν έχει αντιμετωπιστεί επαρκώς, 3) παθολογική ακτινογραφία θώρακος που υποδηλώνει παλαιά και μη θεραπευμένη φυματίωση [ασβεστοποιήσεις ≥ 5 mm, πύκνωση του υπεζωκότα ή γραμμικές αδιαφάνειες], ακόμη και αν λείπουν άλλα κριτήρια 4) ιστορικό στενής επαφής με ασθενή που φέρει βακτήρια φυματίωσης, χωρίς να έχει ακολουθήσει έλεγχο για φυματίωση ή, σε περίπτωση θετικού ελέγχου μετά την έκθεση, χωρίς να έχει λάβει θεραπεία.

Η χημειοπροφύλαξη για LTBI μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με το σχήμα. Το κλασικό σχήμα χημειοπροφύλαξης για φυματίωση βασίζεται στην ισονιαζίδη (INH) για 6–9 μήνες.

Επανελέγχος για LTBI θα πρέπει να γίνεται στους ασθενείς που έχουν ήδη λάβει αγωγή με βιολογικό παράγοντα

και αναστολείς JAK και πρόκειται να αλλάξουν θεραπεία. Ενώ κατά περίπτωση, χωρίς να υπάρχει σαφής οδηγία για το απαιτούμενο χρονικό διάστημα, δεν θα πρέπει να παραλείπεται ο επανέλεγχος κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας θεραπείας με anti-TNF και JAK αναστολείς.

Πρόληψη καρκίνου τραχήλου της μήτρας και προσβολής από HPV

Ασθενείς με ΙΦΝΕ που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτική αγωγή έχουν αυξημένο κίνδυνο υψηλόβαθμης δυσπλασίας ή καρκίνου του τραχήλου της μήτρας [OR: 1,34; 95% CI: 1,34– 1,46] σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, οπότε και υπάρχει αυστηρή σύσταση για έλεγχο με Pap-test σε όλες τις γυναίκες με ΙΦΝΕ κατά την διάγνωση της νόσου και επανάληψη αυτού κάθε έτος. Το Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού προτείνει τον εμβολιασμό για τον HPV (σε 3 δόσεις) σε όλους του ανθρώπους έως τα 45 έτη, ανεξαρτήτως φύλου. Μάλιστα, επειδή το εμβόλιο έναντι του HPV είναι αδρανοποιημένο, επεκτείνεται η σύσταση για εμβολιασμό και σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς.

Διαγνωστικός έλεγχος για οστεοπόρωση

Η παθογένεια της απώλειας οστικής μάζας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι πολύπλοκη και, πολυπαραγοντική. Γνωστοί παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν τη θεραπεία με κορτικοστεροειδή, τις συστηματικές επιδράσεις της χρόνιας φλεγμονής, τις ελλείψεις σε ασβέστιο και βιταμίνη D, καθώς και τον υποσιτισμό. Σύμφωνα με τις οδηγίες του American College of Gastroenterology, η μέτρηση της οστικής πυκνότητας (BMD) με DEXA συνηθίζεται σε όλους τους ασθενείς που ξεκινούν θεραπεία με από του στόματος κορτικοστεροειδή, ειδικότερα σε εκείνους που έχουν λάβει θεραπεία με από του στόματος κορτικοστεροειδή για περισσότερο από 3 συνεχόμενους μήνες σε δόση $\geq 7,5$ mg/ημέρα ισοδύναμου πρεδνιζόνης, ελλείψει αρχικής μέτρησης της BMD.

Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου

Όλοι οι ασθενείς με ΙΦΝΕ που έχουν εκτεταμένη κολίτιδα ($>1/3$ του παχέος εντέρου) για ≥ 8 χρόνια θα

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ
ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ



πρέπει να υποβάλλονται σε παρακολούθηση με κολοноσκόπηση κάθε 1–3 χρόνια, ανάλογα με τον κίνδυνο καρκίνου. Ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών αποτελούν οι ασθενείς που έχουν διαγνωστεί και με Πρωτοπαθή Σκληρυντική Χολαγγειίτιδα (PSC), οι οποίοι και θα πρέπει να υποβάλλονται σε κολοноσκόπηση, ξεκινώντας από τη στιγμή της διάγνωσης της PSC, και στη συνέχεια ανά έτος. Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ που έχουν χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου (π.χ. ιστορικό αδενωμάτων πολυπόδων, δυσπλασία, οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου και εκτεταμένη κολίτιδα), θα πρέπει να υποβάλλονται σε κολοноσκόπηση σε μεσοδιαστήματα μικρότερα της τριετίας.

Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του δέρματος

Τα ΙΦΝΕ έχει αποδειχθεί ότι σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο μη μελανωματικού καρκίνου του δέρματος (NMSC), ιδιαίτερα με τη χρήση ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων (αζαθειοπρίνη, 6-μερκαπτοπουρίνη) αλλά και των anti-TNF παραγόντων. Ωστόσο, έχουν αναφερθεί και περιπτώσεις κακοήθους μελανώματος μετά από θεραπεία με anti-TNF. Άλλοι δερματικοί όγκοι που έχουν συσχετιστεί κυρίως με τη θεραπεία anti-TNF, αν και εξαιρετικά σπάνιοι, είναι τα δερματικά λεμφώματα, που συνήθως εμφανίζονται ως γενικευμένες δερματικές βλάβες, ερυθρές πλάκες ή μπλε οζίδια. Μεταξύ των διαφόρων λεμφωμάτων, έχουν επίσης αναφερθεί περιπτώσεις μυκτοειδούς μυκτιάσης και συνδρόμου Sézary.

Συνιστάται όλοι οι ασθενείς με ΙΦΝΕ που ξεκινούν ανοσοκατασταλτική θεραπεία να χρησιμοποιούν αντηλιακό που παρέχει προστασία από την ακτινοβολία UVA και UVB, καθώς και αντηλιακά ρούχα. Επιπλέον, όλοι οι ασθενείς που ξεκινούν ή ήδη λαμβάνουν ανοσοκατασταλτική αγωγή θα ήταν σκόπιμο να αξιολογηθούν από δερματολόγο, ώστε να γίνει εκτίμηση κινδύνου σύμφωνα με τους ατομικούς παράγοντες κινδύνου και να οριστεί μια εξατομικευμένη στρατηγική παρακολούθησης, προσαρμοσμένη στην κάθε περίπτωση. Συνιστάται οι

ασθενείς που λαμβάνουν βιολογική θεραπεία να υποβάλλονται σε έλεγχο για νέες μελαγχρωματικές βλάβες ή αλλαγές σε προϋπάρχοντες σπύλους, για να διευκρινιστεί η αιτιολογία τους και, σε περίπτωση αμφιβολίας, να εξετάζεται η αφαίρεσή τους για ιστολογική εξέταση.

Διακοπή καπνίσματος

Για τη Νόσο του Crohn, υπάρχουν δεδομένα που υποδεικνύουν ότι το κάπνισμα σχετίζεται με την ανάπτυξη και την εξέλιξη της νόσου καθώς και με χειρότερα χειρουργικά αποτελέσματα. Υπάρχουν αρκετοί προτεινόμενοι βιολογικοί μηχανισμοί, ως πιθανές εξηγήσεις για αυτή τη συσχέτιση, που περιλαμβάνουν μεταβολές στους μηχανισμούς αυτοφαγίας και την επακόλουθη οξειδωτική βλάβη του επιθηλίου, την αλληλεπίδραση με τον υποδοχέα της ιντερλευκίνης 23, τη δυσλειτουργία των μονοκύτταρων κυττάρων και τις μεταβολές στην εντερική μικροβιακή χλωρίδα στους καπνιστές με Νόσο του Crohn. Είναι κρίσιμης σημασίας να αντιληφθούν οι ασθενείς τον κίνδυνο για την υγεία τους που επιφέρει η συνέχιση της καπνιστικής συνήθειας. Σε κάθε εκτίμηση του ασθενούς στο εξωτερικό ιατρείο, δεν θα πρέπει να παραλείπεται η σύσταση της διακοπής του καπνίσματος και να προταθεί ακόμα και η διασύνδεση με εξειδικευμένο ιατρείο διακοπής καπνίσματος.

Πρώιμη αναγνώριση αγχώδους ή/και καταθλιπτικής διαταραχής

Συχνά το ψυχολογικό στρες έχει αναφερθεί τόσο από τους φροντιστές όσο και από τους ασθενείς ότι επιδεινώνει τη νόσο, αλλά η διαθέσιμη βιβλιογραφία είναι αντιφατική, εν μέρει λόγω της δυσκολίας στη μέτρηση αυτού του τομέα και της ποικιλίας των εργαλείων που χρησιμοποιούνται. Νεότερες μελέτες και δεδομένα από μοντέλα ζώων υποδεικνύουν ότι η κατάθλιψη και το άγχος παίζουν ρόλο στην πορεία της νόσου. Η αντιμετώπιση ή τουλάχιστον η αναγνώριση αυτών των ζητημάτων στους ασθενείς μπορεί να είναι σημαντική για τη διαχείριση της νόσου και τη βελτιστοποίηση των πιθανοτήτων για καλά αποτελέσματα, οπότε αξίζει να αφιερώνουμε λίγα λεπτά παραπάνω στους ασθενείς μας



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

και να τους ρωτήσουμε για το πως αισθάνονται, αν είναι ευχαριστημένοι από την καθημερινότητα, αν βιώνουν άγχος ή δυσθυμία και να τους προτείνουμε διεξόδους.

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, για τον ασθενή με ΙΦΝΕ που αξιολογείται για πρώτη φορά στο εξωτερικό ιατρείο θα πρέπει οπωσδήποτε να δρομολογήσουμε τον αρχικό έλεγχο για αναζήτηση αντισωμάτων έναντι HAV, HBV, HCV, CMV και EBV. Πριν την χορήγηση βιολογικής θεραπείας, να ζητήσουμε μια ακτινογραφία θώρακος σε συνδυασμό με TST ή IGRA. Οφείλουμε να καταγράψουμε το σύνολο των εμβολιασμών που έχει πραγματοποιήσει ο ασθενής αλλά και την έκθεση του στην παιδική ηλικία σε ασθένειες, όπως η ιλαρά και η ανεμευλογιά και στη συνέχεια να συστήσουμε εμβόλια που έχουν παραληφθεί ή κρίνουμε ότι απαιτούνται για την επαρκή ανοσοποίηση του ασθενή μας. Σε γυναίκες με ΙΦΝΕ τονίζουμε την ανάγκη για ετήσιο έλεγχο με PAP-test. Τέλος, οφείλουμε να επενδύουμε χρόνο να εξηγήσουμε στον ασθενή μας την ανάγκη για πρόληψη και έγκαιρο έλεγχο των λοιμώξεων και τους κινδύνους που ελλοχεύουν για την υγεία του, να επιμένουμε στην ανάγκη διακοπής του καπνίσματος

στους ασθενείς με νόσο Crohn, να είμαστε σε θέση να αναγνωρίσουμε πρώιμα σημάδια κατάθλιψης και να παραπέμπουμε έγκαιρα τον ασθενή μας σε ειδικό ψυχικής υγείας.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. ECCO Guidelines on the Prevention, Diagnosis, and Management of Infections in Inflammatory Bowel Disease.
2. ACG Clinical Guideline: Preventive Care in Inflammatory Bowel Disease.
3. Hepatitis B virus reactivation associated with new classes of immunosuppressants and immunomodulators: A systematic review, meta-analysis, and expert opinion. G.V Papatheodoridis et al.
4. Skin Lesions and Treatment With Tumor Necrosis Factor Alpha Antagonists. Maria Victoria Hernández, Melina Meineri, Raimon Sanmartí.
5. Risks of Melanoma and Nonmelanoma Skin Cancers Pre- and Post-Inflammatory Bowel Disease Diagnosis Mariam Narous, MD, Zoann Nugent, PhD, Harminder Singh, MD, and Charles N. Bernstein, MD.

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ

Θεόδωρος Πιπέρος, Γενικός Χειρουργός, Επιστημονικός Υπεύθυνος Χειρουργικής Iasys Clinic, Μέλος Ομάδας Αντιμετώπισης Εκτάκτων περιστατικών Νοσοκομείου ΜΗΤΕΡΑ, Επιστημονικός Συνεργάτης Ευγενιδείου Θεραπευτηρίου



Το παρόν άρθρο πραγματεύεται πτυχές της χειρουργικής αντιμετώπισης των κάτωθι καλοήθων παθήσεων των χοληφόρων:

- Χολολιθίαση
- Πολύποδες χοληδόχου κύστης
- Χοληδοχολιθίαση

Χολολιθίαση

Η χολολιθίαση είναι η πιο συχνή καλοήθης πάθηση των χοληφόρων. Σύμφωνα με μελέτες στο 40% περίπου του πληθυσμού, αν εξεταστεί με υπερηχογράφημα άνω κοιλίας θα διαπιστωθεί ύπαρξη λίθων ή λάσπης ή πολυπόδων στη χοληδόχο κύστη.

Η χολολιθίαση μπορεί να είναι:

- Συμπτωματική
- Ασυμπτωματική

Τα κυριότερα συμπτώματα της χολολιθίασης αφορούν:

- Άλγος δεξιού υποχονδρίου
- Δυσπεπτικά ενοχλήματα
- Αίσθημα πληρότητας μετά λιπαρό γεύμα
- Πυρετός (σε περιπτώσεις χολοκυστίτιδας)
- Ναυτία
- Έμετος
- Μετεωρισμός κοιλίας

Οι ασθενείς συνήθως προσέρχονται προς εξέταση είτε μετά από συμπτώματα είτε μετά από ανεύρεση λίθων χοληδόχου κύστης σε τυχαίο έλεγχο.

Η αντιμετώπιση της χολολιθίασης είναι Χειρουργική και έγκειται σε Χολοκυστεκτομή. Χρειάζεται όμως να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση όλοι οι ασθενείς με χολολιθίαση;

Η απάντηση είναι ασφαλώς και όχι. Οι ενδείξεις χολοκυστεκτομής είναι:

- Συμπτωματική Χολολιθίαση
 - Στη συμπτωματική χολολιθίαση διακρίνουμε δυο μεγάλες κατηγορίες:

- Τους εξωνοσοκομειακούς ασθενείς
- Τους ασθενείς με χολοκυστίτιδα που εισάγονται στο Νοσοκομείο

Για τους εξωνοσοκομειακούς ασθενείς επιλέγεται η προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση (selective cholecystectomy).

Για τους νοσηλεύομενους αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς, συνιστάται άμεση χειρουργική επέμβαση σε 24-48 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Δεν ισχύει πλέον η παλιά θεωρία ότι οι ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα λαμβάνουν ενδοφλέβια αγωγή και υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση 1 μήνα μετά την οξεία φάση.

- Ασυμπτωματική Χολολιθίαση
 - Μεγάλοι Χολόλιθοι (>1-2εκ)
 - Πολύ μικροί χολόλιθοι (<0.8εκ)
 - Συνύπαρξη χολολίθων και πολυπόδων
 - Συνύπαρξη αιματολογικών παθήσεων π.χ Μεσογειακή Αναιμία
 - Συνύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη (σχετική ένδειξη)
 - Ως μέρος άλλης χειρουργικής επέμβασης (π.χ σε περιπτώσεις όπου θα διενεργηθεί κολεκτομή)
 - Προσδόκιμο επιβίωσης >40 έτη

Εξαίρεση στις περιπτώσεις συμπτωματικών ασθενών, αποτελούν οι βαρέως πάσχοντες όπου κρίνεται αδύνατη η χειρουργική επέμβαση και επιλέγεται διαδερμική παροχέτευση χοληφόρων.

Η επέμβαση εκλογής είναι η Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή. Γίνεται μέσω τεσσάρων μικρών οπών. Ο μέσος χρόνος χειρουργείου είναι 45' έως 1 ώρα, ενώ ο μέσος χρόνος νοσηλείας δεν ξεπερνά τις 24 ώρες. Γίνεται πάντοτε με γενική αναισθησία. Στην εικόνα 1 απεικονίζεται παρασκεύασμα χοληδόχου κύστης μετά λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.

Σε ορισμένες περιπτώσεις η Λαπαροσκοπική επέμβαση είναι αδύνατη ή και αντενδείκνυται οπότε διενεργείται



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ



Εικόνα 1. Παρασκευήσμα χοληδόχου κύστης μετά χολοκυστεκτομή.

- Μετεχειρτητικός ειλεός
- Άλγος μετά χολοκυστεκτομή

Οι κακώσεις των χοληφόρων κατηγοριοποιούνται σύμφωνα με την ταξινόμηση Strasberg (εικόνα 2).

Η καλύτερη αντιμετώπιση των κακώσεων είναι η αποφυγή τους. Διεχειρητικά πρέπει να γίνεται υψηλή απολίνωση του κυστικού πόρου σε απόσταση από το χοληδόχο πόρο με πλήρη αναγνώριση των ανατομικών στοιχείων του κυστικού πόρου και της κυστικής αρτηρίας. Είναι καίρια η αποφυγή χειρισμών κοντά στον χοληδόχο πόρο.

ανοικτή χολοκυστεκτομή. Οι ενδείξεις της ανοικτής χολοκυστεκτομής είναι οι ακόλουθες:

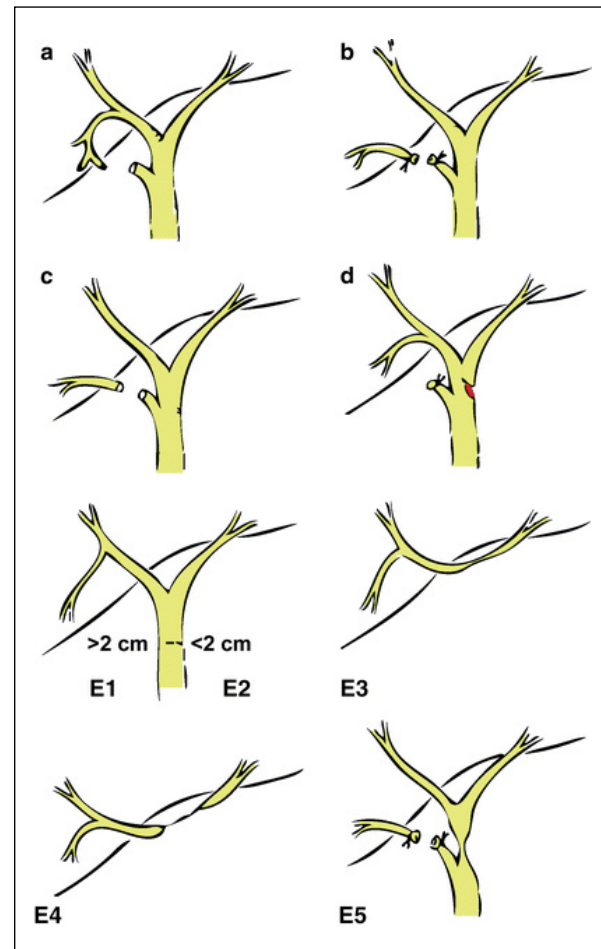
- Αδυναμία αναγνώρισης ανατομικών στοιχείων λαπαροσκοπικά
- Προηγηθείσα ανοικτή χειρουργική επέμβαση στην άνω κοιλία (σχετική)
- Αδυναμία χορήγησης γενικής αναισθησίας λόγω συννοσηρότητας

Η Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή πλέον αποτελεί μια ασφαλή Χειρουργική επέμβαση. Η εκπαίδευση των νέων χειρουργών σήμερα στην Ελλάδα μπορούμε να πούμε ότι ξεπερνά εύκολα την καμπύλη εκμάθησης στην Λαπαροσκοπική επέμβαση.

Όμως όπως κάθε επέμβαση, υπάρχουν επιπλοκές. Οι επιπλοκές των χολοκυστεκτομών μπορεί να είναι ελάσσονες ή μείζονες: οι τελευταίες μπορεί να επιφέρουν και αναπηρία στους ασθενείς.

Επιπλοκές Χολοκυστεκτομών:

- Διεχειρητική Αιμορραγία
- Κακώσεις Χοληφόρων
- Κάκωση δωδεκαδακτύλου
- Κάκωση ήπατος
- Κάκωση στομάχου



Εικόνα 2. Κατηγοριοποίηση Κακώσεων Χοληφόρων κατά Strasberg.

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ



Η αντιμετώπιση των κακώσεων χοληφόρων είναι πιο εύκολη αν αναγνωριστούν διεγχειρητικά. Μπορεί να γίνει λαπαροσκοπικά ή και με μετατροπή της επέμβασης σε ανοικτή. Η καθυστερημένη αναγνώριση των κακώσεων των χοληφόρων αυξάνει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα.

Η πιο συχνή κάκωση των χοληφόρων είναι η κάκωση τύπου I, όπου υπάρχει χολόρροια στο επίπεδο του κυστικού πόρου. Αν αναγνωριστεί διεγχειρητικά αντιμετωπίζεται εύκολα, ενώ αν διαπιστωθεί μετεγχειρητικά συνήθως αντιμετωπίζεται με ERCP.

Η διάγνωση των κακώσεων χοληφόρων μετά χολοκυστεκτομή απαιτεί έλεγχο με:

- Υπερηχογράφημα άνω κοιλίας
- Αξονική Τομογραφία Άνω Κοιλίας
- Μαγνητική Τομογραφία Άνω Κοιλίας-MRCP
- ERCP

Αν η κάκωση δεν αντιμετωπιστεί άμεσα χειρουργικά ή μέσω ERCP, πρέπει να σχεδιαστεί μια πολύπλοκη χειρουργική επέμβαση όπου συνήθως γίνεται χολοπεπτική αναστόμωση. Οι επεμβάσεις αυτές απαιτούν εξαιρετική εμπειρία στη χειρουργική των χοληφόρων, ενώ το ποσοστό επιπλοκών και μακροχρόνιας νοσηρότητας είναι αρκετά υψηλό.

Η χολοπεπτική αναστόμωση μπορεί να γίνει με αναστόμωση του χοληδόχου πόρου με το δωδεκαδάκτυλο ή με το λεπτό έντερο (Roux-en-Y). Απαιτείται πολύ προσεκτική παρασκευή του χοληδόχου πόρου έως το επίπεδο της πύλης του ήπατος και του δικασμού του δεξιού με τον αριστερό ηπατικό πόρο. Η αναστόμωση γίνεται σε 1 στρώμα ενώ πολλές φορές χρειάζεται τοποθέτηση ενδοαυλικού νάρθηκα (τύπου stent) προς αποφυγή στενώσεων.

Οι ασθενείς αυτοί βρίσκονται σε στενή μετεγχειρητική παρακολούθηση επί μακρόν.

Πολύποδες χοληδόχου κύστης

Οι πολύποδες της χοληδόχου κύστης αποτελούν

συχνή παθολογία. Είναι συνήθως υπερηχογραφικό εύρημα σε τυχαίο έλεγχο. Οι πολύποδες χοληδόχου κύστης μπορούν ορισμένες φορές να έχουν απεικονιστικά χαρακτηριστικά που μιμούνται ενσφηνωμένους μικρούς χολολίθους στο τοίχωμα της χοληδόχου κύστης. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η πιθανότητα κακοήθους εξαλλαγής ενός πολύποδα χοληδόχου κύστης είναι 0,7% και εξαρτάται από το μέγεθος του πολύποδα. Οι πολύποδες με μέγεθος <1εκ έχουν ελάχιστη πιθανότητα κακοήθους εξαλλαγής. Σε μικρούς πολύποδες συνιστάται παρακολούθηση με υπερηχογράφημα ανά έτος. Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η χολοκυστεκτομή σύμφωνα πάντα με καθορισμένες ενδείξεις.

Ενδείξεις Χολοκυστεκτομής για πολύποδες χοληδόχου κύστης:

- Μεγάλοι πολύποδες (>1εκ)
- Πολλαπλοί πολύποδες (3 ή περισσότεροι) ανεξαρτήτου μεγέθους
- Συνύπαρξη πολυπόδων και χολολιθίασης
- Ταχεία αύξηση του μεγέθους ενός πολύποδα σε 2 διαδοχικούς υπερηχογραφικούς ελέγχους

Χοληδοχολιθίαση

Η χοληδοχολιθίαση είναι η παρουσία λίθων στον χοληδόχο πόρο. Συνήθως είναι αποτέλεσμα παρουσίας μικρολιθίασης της χοληδόχου κύστης. Η χοληδοχολιθίαση ορισμένες φορές εμφανίζεται δίχως συνύπαρξη χολολιθίασης, αλλά αυτό είναι εξαιρετικά σπάνιο. Αρκετά συχνά παρουσιάζονται λίθοι στα χοληφόρα ακόμα και αρκετό χρονικό διάστημα μετά επέμβαση χολοκυστεκτομής. Αυτό εξηγείται είτε με την μετακίνηση λίθων κατά την χολοκυστεκτομή, είτε με ανάπτυξη νέων μικρών λίθων στα χοληφόρα.

Η διάγνωση της χοληδοχολιθίασης γίνεται με:

- Υπερηχογράφημα
- Μαγνητική Τομογραφία-MRCP
- ERCP



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ

Τα συμπτώματα που έχουν οι ασθενείς με χοληδοχολιθίαση είναι:

- Άλγος δεξιού υποχονδρίου
- Ίκτερος
- Παγκρεατίτιδα
- Κολικός χοληφόρων με παροδικά επεισόδια ικτέρου
- Έμετος
- Δυσπεπτικά ενοχλήματα

Αντιμετώπιση Χοληδοχολιθίασης:

- ERCP
- Λαπαροσκοπική διερεύνηση Χοληδόχου Πόρου
- Ανοικτή διερεύνηση χοληδόχου πόρου
- Χολοπεπτική Αναστόμωση

Στις περιπτώσεις όπου διαπιστώνεται χοληδοχολιθίαση επιλέγεται αρχικά η αντιμετώπιση μέσω ERCP. Η ERCP είναι τόσο διαγνωστική όσο και θεραπευτική, ενώ έχει τα πλεονεκτήματα της ευκολότερης διαδικασίας, της πολύ μικρής νοσηλείας και των ελάχιστων επιπλοκών.

Η χειρουργική θεραπεία της χοληδοχολιθίασης συνήθως επιλέγεται όταν αποτύχει η ERCP ή όταν αυτή δεν μπορεί να γίνει λόγω προηγηθείσας επέμβασης στην άνω κοιλία (π.χ γαστρεκτομή). Η **λαπαροσκοπική διερεύνηση** του χοληδόχου πόρου γίνεται στα χέρια έμπειρων λαπαροσκόπων και συνήθως επιχειρείται δια του κυστικού πόρου ή αν αυτό δεν είναι εφικτό με τομή στον χοληδόχο πόρο. Η **ανοικτή διερεύνηση** του χοληδόχου πόρου είναι η πιο κλασική χειρουργική διαδικασία και δίνει τη δυνατότητα καθαρισμού του χοληδόχου πόρου και σφιγκτηροτομής. Μετεγχειρητικά οι ασθενείς φέρουν καθετήρα Kehr στον χοληδόχο πόρο μέσω του οποίου γίνεται χολαγγειογραφία, ενώ ο σωλήνας αφαιρείται μετά από 4 εβδομάδες.

Η **χολοπεπτική αναστόμωση** είτε με το δωδεκαδάκτυλο είτε με το λεπτό έντερο αποτελεί ακραίο μέτρο στην αντιμετώπιση της χοληδοχολιθίασης και επιλέγεται όταν αποτύχουν όλα τα προηγούμενα. Οι επιπλοκές της

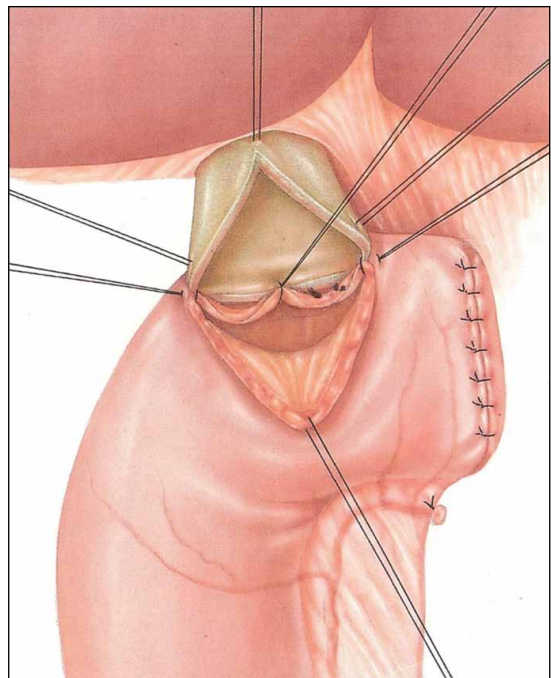
επέμβασης και η νοσηρότητα είναι υψηλές. Στην εικόνα 3 αναπαρίσταται σχηματικά κατασκευή χολοπεπτικής αναστόμωσης

Συμπεράσματα

Οι καλοήθεις παθήσεις των χοληφόρων αποτελούν πολύ συχνή κλινική παθολογία. Η σύγχρονη αντιμετώπιση είναι η λαπαροσκοπική επέμβαση, η οποία μειώνει τη νοσηλεία, το κόστος και τις μακροχρόνιες επιπλοκές. Η προσέγγιση αυτών των παθήσεων απαιτεί πολλές φορές συνεργασία Χειρουργών και Γαστρεντερολόγων τόσο για τη διάγνωση όσο και για την αντιμετώπιση των πρωτογενών καταστάσεων όσο και πιθανών επιπλοκών.

Η εξατομίκευση των ασθενών είναι δεδομένη, όμως οι κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν:

- Προγραμματισμένη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή σε συμπτωματική χολολιθίαση
- Άμεση λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή σε επεισόδια οξείας χολοκυστίτιδας



Εικόνα 3. Κατασκευή χολοπεπτικής αναστόμωσης.

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ



- ERCP πρώτα και στη συνέχεια χολοκυστεκτομή σε περιπτώσεις σύγχρονης χοληδοχολιθίασης
- Χολοκυστεκτομή σε πολύποδες χοληδόχου κύστης >1εκ.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. 2020 WSES guidelines for the detection and management of bile duct injury during cholecystectomy.
2. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis.
3. Eurasian Journal of Hepatogastroenterol: Diagnosis and Treatment of Gallbladder Polyps: Current Perspectives.
4. Lillemoe et al. Surg Clin North Am: Postoperative Bile Duct Injuries.



Ιστορία της Ιατρικής

ΞΕΝΟΦΩΝ ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ (1903-1941). ΕΠΕΣΕΝ ΥΠΕΡ ΠΑΤΡΙΔΟΣ!
Ο ΚΟΥΡΥΦΑΙΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΟΝ ΠΟΛΕΜΟ ΤΟΥ 1940

Αριστείδης Γ. Διαμαντής¹

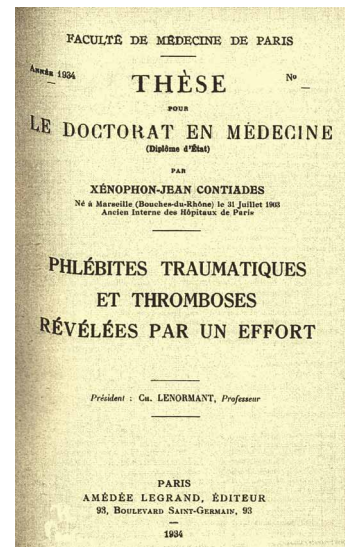
Όσα και να γραφούν για τον γιατρό Κοντιάδη θα είναι λίγα. Σε ένα περιορισμένης έκτασης κείμενο, όπως το άρθρο αυτό, όλα όσα θα διαβάσετε αποτελούν μια μικρή απόπειρα απόδοσης φόρου τιμής στο έργο και τη μνήμη του καθηγητή της Χειρουργικής Προπαιδευτικής και Χειρουργικής Παθολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Ξενοφώντα Κοντιάδη, που σκοτώθηκε στις πολεμικές επιχειρήσεις του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου κατά την εκτέλεση του επιστημονικού και πατριωτικού του καθήκοντος. Ο γιατρός Κοντιάδης υπήρξε εμβληματική μορφή της Χειρουργικής και δικαίως θεωρείται σήμερα η μεγαλύτερη ελληνική επιστημονική απώλεια του πολέμου 1940-1941.



Ξενοφών Κοντιάδης

Ο Ξενοφών Κοντιάδης γεννήθηκε στη Μασσαλία της Γαλλίας στις 31 Ιουλίου του 1903. Πατέρας του ήταν ο Ιωάννης Κοντιάδης, από γενιά Ελλήνων εμπόρων της διασποράς και μητέρα του η Ελένη Κραβαριώτη, με καταγωγή από την Πάτρα. Στη γενέτειρά του σπούδασε Ιατρική, ακολουθώντας μια σπουδαία ακαδημαϊκή σταδιοδρομία. Μέχρι τα τέλη του 1935, που ήρθε στην Ελλάδα, η δουλειά του είχε αναγνωριστεί θερμά από τον επιστημονικό κόσμο της Γαλλίας, καθώς του είχαν ήδη απονεμηθεί έξι από τις σπουδαιότερες επιστημονικές διακρίσεις της χώρας:

- α. της Ιατρικής Σχολής της Μασσαλίας το 1922,
- β. της Ιατρικής Ακαδημίας των Παρισίων (*Prix Laval*) το 1926,
- γ. του Γαλλικού Συνδέσμου Ουρολογίας (*Prix Etienne Taesch*) το 1932,
- δ. του Πανεπιστημίου των Παρισίων για τη διδακτορική του διατριβή (*Prix de Thèses-Médaille d'argent*) το 1934
- ε. της Χειρουργικής Ακαδημίας των Παρισίων (*Prix Aimé Guinard*) το 1935, και
- στ. του Πανεπιστημίου των Παρισίων (*Prix Chateauville*) το 1936.



Η διατριβή του Κοντιάδη

Το 1934, αναγορεύτηκε διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου των Παρισίων με θέμα τις τραυματικές φλεβίτιδες και θρομβώσεις (*Phlébites traumatiques et thromboses révélées par un effort*). Τον ίδιο χρόνο, μετά από διαγωνισμό, προσελήφθη ως Διευθυντής της Χειρουργικής Κλινικής (*Chef de Clinique Chirurgicale*) στην Πανεπιστημιακή Κλινική του καθηγητή Σαρλ Λενορμάν (Charles Lenormant, 1875-1948) στο νοσοκομείο Κοσέν (*Hôpital Cochin*) των Παρισίων, παραμένοντας σε αυτή τη θέση μέχρι τον Δεκέμβριο του 1935, διδάσκοντας στους φοιτητές της Ιατρικής το μάθημα της Χειρουργικής Παθολογίας.

¹ Αρχιπλοίαρχος (ΥΙ) ΠΝ ε.α., Ιατρός Κυτταρολόγος
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Ιστορικός της Ιατρικής

Ιστορία της Ιατρικής

ΞΕΝΟΦΩΝ ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ (1903-1941). ΕΠΕΣΕΝ ΥΠΕΡ ΠΑΤΡΙΔΟΣ!
Ο ΚΟΡΥΦΑΙΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΟΝ ΠΟΛΕΜΟ ΤΟΥ 1940



Μέχρι το 1936, είχε ανακοινώσει και δημοσιεύσει σε γαλλικά και ελληνικά περιοδικά 60 περίπου επιστημονικές εργασίες πάνω στη χειρουργική των οστών και των αρθρώσεων, στις παθήσεις των άκρων, στη χειρουργική του θώρακα και της κοιλίας, στη γυναικολογία, στην ουρολογία, στις παθήσεις των επινεφριδίων και του γεννητικού συστήματος του άρρενος, στη νευρολογία, σε παθήσεις των αγγείων καθώς και διάφορες άλλες πειραματικές μελέτες. Μέχρι τον θάνατό του ξεπέρασε τις 100 δημοσιεύσεις, τον αριθμό.

Υπήρξε Μέλος πολλών επιστημονικών εταιρειών και συλλόγων καθώς και Μέλος της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας των Παρισίων, της οποίας διετέλεσε αντιπρόεδρος το 1934 και πρόεδρός της το 1935. Υπήρξε, επίσης, Μέλος της Ιατρικής Εταιρείας και της Ιατροχειρουργικής Εταιρείας των Αθηνών.

Τον Δεκέμβριο του 1935 εγκαταστάθηκε στην Αθήνα, όπου γνώρισε και παντρεύτηκε στα μέσα του 1936 τη Μαρία-Αικατερίνη Λογοθετοπούλου (1914-1999), κόρη του καθηγητή της Α΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών Κωνσταντίνου Λογοθετόπουλου (1878-1961). Από το γάμο τους απέκτησαν δύο γιους.



Ξενοφών Κοντιάδης και Μαρία-Αικατερίνη Λογοθετοπούλου

Η σταδιοδρομία του στο Πανεπιστήμιο των Αθηνών ξεκίνησε τον Φεβρουάριο του 1936, όταν διορίστηκε από την Ιατρική Σχολή επιμελητής της Χειρουργικής

Προπαιδευτικής Κλινικής και Χειρουργικής Παθολογίας, μετά από πρόταση του καθηγητή της έδρας Εμμανουήλ Κοντολέοντα (1879-1940). Ένα χρόνο αργότερα, τον Φεβρουάριο του 1937, εξελέγη υφηγητής της Χειρουργικής με τη διατριβή «Κλινικαί ακτινολογικαί και πειραματικαί έρευναι επί των πνευμονεφριτίδων της κυήσεως», η οποία είχε στηριχθεί σε πειραματικές μελέτες, που είχε ξεκινήσει στο Παρίσι και ολοκλήρωσε στην Ελλάδα. Ως υφηγητής δίδαξε Χειρουργική στο Αρεταίειο Νοσοκομείο και την ίδια χρονιά ανέλαβε τη διεύθυνση της Α΄ Χειρουργικής Κλινικής του Τζάννειου Νοσοκομείου στον Πειραιά.

Στις αρχές Ιανουαρίου του 1940, μετά τον αιφνίδιο θάνατο του καθηγητή Κοντολέοντα, ο Κοντιάδης εξελέγη παμπηφεί από την Ιατρική Σχολή τακτικός καθηγητής μετά από προκήρυξη για την πλήρωση της έδρας, και τον Ιούνιο ανέλαβε τη διεύθυνση της Χειρουργικής Κλινικής του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου. Το διάστημα, κατά το οποίο άσκησε τα διδακτικά του καθήκοντα ως τακτικός καθηγητής υπήρξε σύντομο, εξαιτίας της κήρυξης του πολέμου και της διακοπής των μαθημάτων.

Τη Δευτέρα της 28ης Οκτωβρίου του 1940 ήταν προγραμματισμένο μάθημά του. Ο Κοντιάδης, σύμφωνα με αφηγήσεις τότε φοιτητών, μπήκε στο Αμφιθέατρο της Ιατρικής στο κεντρικό κτήριο του Πανεπιστημίου φανερά συγκινημένος και απευθυνόμενος προς το ακροατήριο είπε: «Κύριοι, γνωρίζετε τι συνέβη εις την Πατρίδα μας. Πιστεύω ότι ο καθείς θα πράξει το καθήκον του. Σας εύχομαι καλήν τύχην. Το μάθημα ετελείωσεν». Ο Κοντιάδης οραματιζόταν την ίδρυση Χειρουργικής Σχολής και την προαγωγή της επιστημονικής έρευνας και γνώσης στη χώρα μας. Στην εναρκτήρια ομιλία, που θα εκφωνούσε στα μέσα Νοεμβρίου του 1940 στην αίθουσα τελετών του Πανεπιστημίου, είχε σκοπό να παρουσιάσει τις προσωπικές του απόψεις και να ανακοινώσει τις νέες τάσεις της Χειρουργικής. Δυστυχώς το ξέσπασμα του πολέμου ανέκοψε τα όνειρα όχι μόνο του νεαρού καθηγητή, αλλά ενός ολόκληρου λαού. Ο τότε υφηγητής και μετέπειτα καθηγητής της Καρδιολογίας Γεώργιος Μιχαηλίδης (1906-1974), ο οποίος είχε ακούσει σε γενικές γραμμές



Ιστορία της Ιατρικής

**ΞΕΝΟΦΩΝ ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ (1903-1941). ΕΠΕΣΕΝ ΥΠΕΡ ΠΑΤΡΙΔΟΣ!
Ο ΚΟΥΡΥΦΑΙΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΟΝ ΠΟΛΕΜΟ ΤΟΥ 1940**

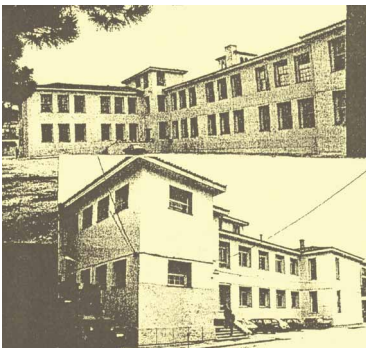
το εναρκτήριο μάθημα που θα έκανε ο Κοντιάδης, πεπεισμένος ότι θα ολοκλήρωνε με επιτυχία την αποστολή του για την οποία ήταν πλασμένος, σημείωσε τα εξής: «*ακούοντες το υπέροχον μάθημα –το κύκνειόν του άσμα– δεν ηδυνήθημεν να συγκρατήσωμεν τον θαυμασμόν μας διά την ευρύτητα του πνεύματος, την βαθείαν επιστημονικήν κρίσιν και την τερασίαν μόρφωσιν του νέου καθηγητού.*».

Ο Ξενοφών Κοντιάδης κατατάχθηκε αμέσως με τον βαθμό του πλωτάρχη στο πρόσκαιρο Ναυτικό Νοσοκομείο των Πατρών μέχρι τον Νοέμβριο και στη συνέχεια ανέλαβε καθήκοντα διευθυντή στο Ναυτικό Νοσοκομείο του Ναυστάθμου στη Σαλαμίνα και στη συνέχεια στο Ναυτικό Νοσοκομείο του Πειραιά.



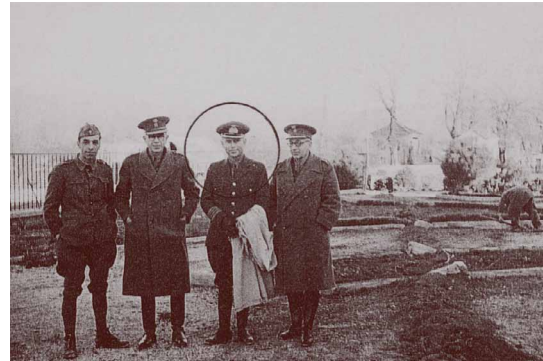
Ο Κοντιάδης με τη στολή του υγειονομικού αξιωματικού του Πολεμικού Ναυτικού

Στην επιμονή του να προσφέρει τις υπηρεσίες του στους τραυματίες του μετώπου και μετά από επανειλημμένες αναφορές του, την 1η Ιανουαρίου του 1941 τοποθετήθηκε με τον βαθμό του εφέδρου αντιπλοιάρχου στο 2ο Στρατιωτικό Νοσοκομείο των Ιωαννίνων, το οποίο είχε στεγαστεί στο κτήριο της Ζωσιμαίας Παιδαγωγικής Ακαδημίας.



Το 2ο Στρατιωτικό Νοσοκομείο, που στεγάστηκε στη Ζωσιμαία Παιδαγωγική Ακαδημία των Ιωαννίνων

Στα Ιωάννινα ο Κοντιάδης βρέθηκε μαζί και με άλλα μέλη της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, τους τότε επικουρικούς καθηγητές της Χειρουργικής Κωνσταντίνο Αλιβιζάτο (1905-1997) και της Παθολογίας Αρκάθαγο Γούτα (1895-1982), τον υπηγητή της Νευρολογίας και Ψυχιατρικής Γεώργιο Βλαβιανό (1904-;) και τον διακεκριμένο χειρουργό καθηγητή Πέτρο Κόκκαλη (1896-1962), ο οποίος στον Ελληνοϊταλικό πόλεμο του Σαράντα υπηρέτησε ως αρχίατρος στη Στρατιά της Ηπείρου.



Ο Ξενοφών Κοντιάδης μαζί με τους Πέτρο Κόκκαλη (αριστερά) και Κωνσταντίνο Ν. Αλιβιζάτο (δεξιά)

Στη νέα του θέση, ο Κοντιάδης οργάνωσε υποδειγματικό τμήμα για τους στρατιώτες με κρουσπαγήματα, που συνεχώς κατέφθαναν από το πολεμικό μέτωπο. Πρέπει να επισημανθεί ότι οι συνθήκες κοντά στις επιχειρήσεις του μετώπου ήταν πολύ σκληρές και η παροχή βοήθειας στους τραυματίες και τους παγόπληκτους ήταν υπερβολικά δυσχερές. Τα κρουσπαγήματα –διαχρονικό πρόβλημα στρατιωτικής ιατρικής– υπήρξε η νέα μεγάλη πρόκληση, που κλήθηκε να αντιμετωπίσει το Υγειονομικό του Ελληνικού Στρατού. Σύμφωνα με μαρτυρίες κατοίκων της περιοχής ο χειμώνας του 1940-1941 υπήρξε ο βαρύτερος των τελευταίων 25 ετών. Οι στρατιώτες από τις αρχές Δεκεμβρίου και μετά πολέμησαν σε θερμοκρασίες πολλών βαθμών υπό το μηδέν με αποτέλεσμα σταδιακά οι παγόπληκτοι μαχητές να ξεπεράσουν τον αριθμό των τραυματιών σε ημερήσια βάση. Ο Κοντιάδης, όπως και οι υπόλοιποι χειρουργοί, εργαζόταν ώρες ατέλειωτες στο χειρουργείο χωρίς ωράριο. Τον Φεβρουάριο του 1941,

Ιστορία της Ιατρικής

**ΞΕΝΟΦΩΝ ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ (1903-1941). ΕΠΕΣΕΝ ΥΠΕΡ ΠΑΤΡΙΔΟΣ!
Ο ΚΟΡΥΦΑΙΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΟΝ ΠΟΛΕΜΟ ΤΟΥ 1940**



ο Κοντιάδης εξαιτίας κάποιου τραυματισμού του, που εξελίχθηκε σε σοβαρή λοίμωξη, επέστρεψε με αναρρωτική άδεια λίγων ημερών στην Αθήνα, όπου πρόλαβε να δει τη γέννηση του δεύτερου γιου του.

Το υγειονομικό προσωπικό στον πόλεμο του 1940-1941 έπρεπε, εκτός των άλλων, να αντιμετωπίσει και τις αεροπορικές επιδρομές του εχθρού. Περιφρονώντας τις διεθνείς συνθήκες, η ιταλική πολεμική αεροπορία βομβάρδιζε συστηματικά όλους τους νοσοκομειακούς σχηματισμούς, τις διακομιδές των τραυματιών, τα κινητά χειρουργεία, τα πλωτά νοσοκομεία, τους νοσοκομειακούς συρμούς και τα νοσοκομειακά κτήρια των μετόπισθεν. Το 2ο Στρατιωτικό Νοσοκομείο, στο οποίο υπηρετούσε ο Κοντιάδης, δεχόταν καθημερινά βομβαρδισμούς, παρά το γεγονός ότι έφερε ζωηρόχρωμα εμφανή τα σήματα του Ερυθρού Σταυρού. Αυτός ήταν και ο λόγος, που το χειρουργείο είχε μεταφερθεί για περισσότερη ασφάλεια στο υπόγειο, το οποίο επειδή ήταν καλυμμένο με τρεις επιστρώσεις μπετόν αρμέ και σάκους άμμου θεωρούταν το ασφαλέστερο σημείο του κτηρίου. Έτσι, οι προθάλαμοι των χειρουργείων χρησίμευαν ως καταφύγια όπου συγκεντρώνονταν, ιδίως τις νύχτες και όταν σήμαινε συναγερμός, εκτός από το προσωπικό του χειρουργείου, τραυματίες, νοσοκόμοι, αδελφές νοσοκόμες και γιατροί, προκειμένου να προφυλαχθούν από πιθανό βομβαρδισμό. Κατά τη μεγάλη ιταλική επίθεση τον Μάρτιο του 1941, οι τραυματίες υπερδιπλασιάστηκαν. Καθημερινά, μέρα και νύχτα, λειτουργούσαν τρία χειρουργεία. Σε ένα από αυτά χειρουργούσε και ο καθηγητής Κοντιάδης.

Τις παραμονές του Πάσχα του 1941, οι χιτλερικές δυνάμεις, έχοντας ήδη καταλάβει τη Θεσσαλονίκη, εισβάλλοντας από το μέτωπο της Βουλγαρίας και της Γιουγκοσλαβίας, είχαν περικυκλώσει μεγάλο τμήμα του ελληνικού στρατού, που βρισκόταν ανάμεσα σε αυτές και τις ιταλικές. Προχωρώντας στην Ήπειρο τα γερμανικά στρατεύματα από το στενό του Μετσόβου, βρίσκονταν έξω από την πόλη των Ιωαννίνων, από όπου με επείγουσες διαδικασίες εκκενώνονταν τα νοσοκομεία και μεταφέρονταν οι τραυματίες. Ωστόσο, οι

περισσότεροι από το υγειονομικό προσωπικό του 2ου Στρατιωτικού Νοσοκομείου των Ιωαννίνων, όπου ανήκε και ο Κοντιάδης, μαζί και οι νοσοκόμες του Ερυθρού Σταυρού επέλεξαν να παραμείνουν στη θέση τους. Τα χειρουργεία λειτουργούσαν αδιάκοπα. Σύμφωνα με αφηγήσεις μαρτύρων, παρά τη συνεχή εργασία κατά τη διάρκεια της ημέρας του Μεγάλου Σάββατου, είχαν παραμείνει περίπου ακόμη 20 τραυματίες, για να αντιμετωπιστούν χειρουργικά. Εκτός από αυτούς, στα χειρουργεία και στον προθάλαμο βρίσκονταν και άλλα περίπου 60 άτομα. Μέσα στο χειρουργείο λειτουργούσαν και οι τρεις χειρουργικές τράπεζες.

Ήταν περίπου ξημερώματα της 20ής Απριλίου του 1941, ημέρα του Πάσχα, όταν οι προελαύνοντες Γερμανοί βομβάρδιζαν ανελέητα τα Ιωάννινα, ακολουθώντας την ίδια τακτική των Ιταλών, μη σεβόμενοι τα σήματα του Ερυθρού Σταυρού. Το 2ο Στρατιωτικό Νοσοκομείο έγινε στόχος της χιτλερικής θηριωδίας, καθώς ρίχτηκαν πέντε βόμβες. Στους ορόφους προξένησαν σχετικά μικρές ζημιές, οι τρεις όμως από αυτές εξερράγησαν στο υπόγειο του κτηρίου δίπλα στο χειρουργείο, όπου είχε συγκεντρωθεί το προσωπικό για ασφάλεια. Σύμφωνα με τον γενικό αρχίατρο Γεώργιο Δόνο, ο οποίος υπήρξε αυτόπτης μάρτυς του γεγονότος, από τα εξήντα (60) περίπου άτομα σκοτώθηκαν τα πενήντα (50). Ανάμεσα στα θύματα ήταν ο ίδιος ο διευθυντής του Νοσοκομείου γενικός αρχίατρος Γεώργιος Μαρκάκης (1890-1941),



Με τον διευθυντή του 2ου Στρατιωτικού Νοσοκομείου γενικό αρχίατρο Γεώργιο Μαρκάκη



Ιστορία της Ιατρικής

**ΞΕΝΟΦΩΝ ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ (1903-1941). ΕΠΕΣΕΝ ΥΠΕΡ ΠΑΤΡΙΔΟΣ!
Ο ΚΟΥΡΥΦΑΙΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΟΝ ΠΟΛΕΜΟ ΤΟΥ 1940**

Ο καθηγητής Κοντιάδης και έξι (6) νοσοκόμες του Ερυθρού Σταυρού: η Διευθύνουσα αδελφή Ελένη Θεοτόκη-Παρασκευοπούλου (1883-1941), οι διπλωματούχες αδελφές Ελένη Γιολούντα (1911-1941) και Ελένη Καλογερίδου (1921-1941), οι εθελόντριες αδελφές νοσοκόμες Λουκία Κυριακού (1906-1941) και Ελένη Μητροπούλου (1911-1941), η εθελόντρια οικονόμος Ελένη Τσάλη (1881-1941) καθώς και μια νεαρή Γιαννιώτισσα εθελόντρια, η οποία δεν αναγνωρίστηκε.



Από το χειρουργείο του Κοντιάδη σώθηκε μόνον ο τραυματίας που χειρουργούσε εκείνη την ώρα, που βρέθηκε σκεπασμένος –όταν ζύπνησε από τη νάρκωση– από το νεκρό σώμα του Κοντιάδη. Σύμφωνα με γραπτή μαρτυρία του Πέτρου Αποστολίδη (1896-1988) στο βιβλίο του «Όσα θυμάμαι», ο οποίος υπηρετούσε στον πόλεμο ως έφεδρος ανθυπίατρος στο 1ο στρατιωτικό νοσοκομείο στο Φρούριο, στο Κάστρο των Ιωαννίνων: «Η βόμβα είχε σκάσει ακριβώς στο κατώφλι της πόρτας του ενός από τα δύο χειρουργεία, αφού τρύπησε στέγη, ταβάνια και πατώματα τσιμεντένια. Είχαν εγχείρηση εκείνη τη στιγμή, σκοτώθηκαν γιατροί, νοσοκόμοι και όσοι βρίσκονταν στο χειρουργικό θάλαμο, εκτός από τον εγχειριζόμενο. Αναποδογύρισε το χειρουργικό κρεβάτι –δεν είχε ακόμη αρχίσει η εγχείρηση– κι αυτός βρέθηκε λιπόθυμος ύστερα

ανάμεσα σε νεκρούς, χωρίς γρατσουνιά. Το μεγάλο χολ ανάμεσα στα δύο χειρουργεία ήταν γεμάτο νοσοκόμους και αρρώστους, όλες οι αδελφές του Νοσοκομείου τακτοποιούσαν γάζες και επιδέσμους για τους κλιβάνους των χειρουργείων. Η βόμβα τις κομμάτισε...».

Η ειρωνεία της τύχης είναι ότι το ίδιο βράδυ της 20ής Απριλίου έγινε η συνθηκολόγηση με τα γερμανικά στρατεύματα. Ο βομβαρδισμός ενός νοσοκομείου αποτελεί μελανό σημείο για ένα στρατό. Όταν μάλιστα αυτός γίνεται σε κτήριο με εμφανές το σήμα του Ερυθρού Σταυρού λίγες ώρες πριν τη συνθηκολόγηση, ενώ αυτή αναμενόταν και μάλιστα ανήμερα του Πάσχα, καταδεικνύει σύμπλεγμα κατωτερότητας των εκτελεστών και της ηγεσίας τους. Τα θύματα εκείνου του βομβαρδισμού κηδεύτηκαν την επομένη στο νεκροταφείο του Αγίου Νικολάου των Κοπώνων. Ο τάφος του Κοντιάδη, ο οποίος σκοτώθηκε από το ωστικό κύμα της βόμβας, βρίσκεται επίσης εκεί. Αργότερα ο Ερυθρός Σταυρός ανέγειρε μνημείο στον τάφο των μελών του και στη σημερινή Ζωσιμαία Ακαδημία, όπου βρισκόταν το βομβαρδισμένο Νοσοκομείο, για να θυμίζει τη βαρβαρότητα και τη θυσία

Μόλις η τραγωδία έγινε γνωστή στην Αθήνα προξένησε μεγάλη συγκίνηση και λόγω του αριθμού των θυμάτων και επειδή ανάμεσα στις νοσοκόμες του Ε.Ε.Σ. υπήρξαν γνωστά μέλη της αθηναϊκής κοινωνίας. Η Σύγκλητος του Πανεπιστημίου συνήλθε για αυτό το λόγο εκτάκτως στις 22 Απριλίου. Ο τότε πρύτανης και μέλος της Ακαδημίας Αθηνών, καθηγητής των Αφροδισίων και Δερματικών Παθήσεων Γεώργιος Φωτεινός (1878-1958), ανακοίνωσε τον θάνατο του καθηγητή Κοντιάδη με τα εξής λόγια: «Το Πανεπιστήμιον, το οποίον τόσας παρέσχεν υπηρεσίας εις άλλους τομείς της εθνικής προσπάθειας εις το αγωνιζόμενον έθνος, επλήρωσεν εν τω προσώπω του αειμνήστου συναδέλφου και τον φόρον αίματος εις τον υπέρ της ελευθερίας αγώνα. [...] διότι ούτος διά του θανάτου του κατέλιπεν λαμπρόν παράδειγμα αφοσιώσεως εις το καθήκον και αυτοθυσίας, όπερ θα εμπνέη και θα φρονηματίζη τας μελλούσας Πανεπιστημιακάς γενεάς».

Ιστορία της Ιατρικής

**ΞΕΝΟΦΩΝ ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ (1903-1941). ΕΠΕΣΕΝ ΥΠΕΡ ΠΑΤΡΙΔΟΣ!
Ο ΚΟΡΥΦΑΙΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΟΝ ΠΟΛΕΜΟ ΤΟΥ 1940**



Λίγο αργότερα η Σύγκλητος ανέθεσε στον ζωγράφο Αντώνιο Πολυκανδριώτη (1904-1990) να φιλοτεχνήσει το πορτρέτο του Κοντιάδη, όπως συνηθιζόταν για τους εκλιπόντες καθηγητές, το οποίο σήμερα εκτίθεται στο κτήριο του Πανεπιστημίου Αθηνών «Κωστή Παλαμά», στην οδό Ακαδημίας.



Ξενοφών Κοντιάδης (1903-1941)

Λίγα χρόνια μετά την Απελευθέρωση, οι Ένοπλες Δυνάμεις της χώρας μας απέδωσαν τις δέουσες τιμές στον Κοντιάδη. Έλαβε μετά θάνατον τον βαθμό του εφέδρου Αντιπλοίαρχου εξ εφέδρων Υγειονομικού και τα παράσημα: του Ταξίαρχου του Τάγματος του Φοίνικος μετά ξιφών και του Ταξίαρχου του Τάγματος του Γεωργίου Α΄ μετά ξιφών.

Στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών υπάρχει πτέρυγα νοσηλείας, που φέρει το όνομά του. Στο 401 Στρατιωτικό Νοσοκομείο και στον προαύλιο χώρο της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου των Αθηνών το όνομά του συμπεριλαμβάνεται στο ηρώο των πεσόντων υγειονομικών. Στο Μουσείο Ιστορίας της Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων υπάρχει αίθουσα αφιερωμένη σε αυτόν. Τον Φεβρουάριο του 2020, στο πλαίσιο του εορτασμού των 107 χρόνων από την απελευθέρωση της πόλης των Ιωαννίνων από τους Τούρκους, στον χώρο του Μουσείου πραγματοποιήθηκε τελετή αποκαλυπτηρίων της προτομής του Κοντιάδη από τον τότε Πρόεδρο της Δημοκρατίας Προκόπη Παυλόπουλο. Στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, όπου ο Κοντιάδης είχε αναλάβει τη διεύ-

θυνση της Χειρουργικής του Κλινικής κατά το διάστημα της σύντομης καθηγεσίας του, έχει τοποθετηθεί ορειχάλκινη προτομή του, φιλοτεχνημένη από τον γλύπτη Αθανάσιο Απάρτη (1899-1972), σε κεντρικό σημείο στο ισόγειο του νοσοκομείου, αφιερωμένη στη μνήμη του από υγειονομικούς αξιωματικούς του Πολεμικού Ναυτικού της περιόδου 1940-1945. Με από απόφαση, επίσης, του Διοικητικού Συμβουλίου, τα κεντρικά χειρουργεία του νοσοκομείου ονομάστηκαν «Χειρουργεία Ξενοφών Κοντιάδης».



Η προτομή του Κοντιάδη τοποθετημένη σε κεντρικό σημείο στο ισόγειο του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Αθηνών

Βιβλιογραφικές πηγές

1. Αποστολίδης Π., Όσα θυμάμαι (1900-1969), τόμος Β΄, εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα 1983.
2. Διαμαντής Α., Οι Υγειονομικοί στην Εποποιία του Σαραντά. Οι αφανείς ήρωες του πολέμου, Ενδοσκοπήσεις, 2023, 66: 48-60.
3. Καραμασούνας Ν., Τσιπολίτης Π., Ιστορία 406 Γενικού Στρατιωτικού Νοσοκομείου (1914-1998), Ιωάννινα 1998.
4. Κοντιάδης Ξ.Ι., Τίτλοι και έργα, Τυπογραφείον Κωνσταντινίδη-Τσιγαρίδη, Αθήνα, 1936.
5. Λούρος Ν.Κ., Αλιβιζάτος Κ.Ν., Δύο γιατροί θυμούνται, εκδόσεις Φιλιππότη, Αθήνα 1984.
6. Μαγιάτης Σ.Ι., Ξενοφών Κοντιάδης, Επιστημονικά Χρονικά Γενικού Νοσοκομείου «Τζάνειο», 2009, 14(1): 47.
7. Μπαλή Χ., Το Πανεπιστήμιο Αθηνών και ο πόλεμος



Ιστορία της Ιατρικής

ΞΕΝΟΦΩΝ ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ (1903-1941). ΕΠΕΣΕΝ ΥΠΕΡ ΠΑΤΡΙΔΟΣ!
Ο ΚΟΥΡΥΦΑΙΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΟΝ ΠΟΛΕΜΟ ΤΟΥ 1940

του 1940-1941: Η ζωή και ο θάνατος του καθηγητή Ξενοφώντος Κοντιάδη (Μασσαλία 1903-Ιωάννινα 1941), Παρουσία, περίοδος Β΄, τόμος Α΄, σελ. 305-322, εκδόσεις Ηρόδοτος, Αθήνα 2017-2018.

- 8.** Πανέτσος Γ., Η ιστορία της έδρας της Α΄ Χειρουργικής Προπαιδευτικής Κλινικής και Χειρουργικής Παθολογίας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Η συμβολή αυτής εις την εξέλιξιν της Ελληνικής Χειρουργικής), διδακτορική διατριβή, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα 1981.
- 9.** Πανσελινά Γ.Μ., Γράμματα πολέμου 15 Νοεμβρίου 1940-12 Απριλίου 1941, εκδόσεις Κέρκυρα Α.Ε.- economia PUBLISHING, Αθήνα 2021.
- 10.** Πανταζίδης Ξ., Η ιστορία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, τόμος Α΄, Αθήνα 1987.
- 11.** Σκιαδάς Ε.Γ., Ξενοφών Κ. Κοντιάδης: Ήρωας Καθηγητής Ιατρικής, Τα Αθηναϊκά, 24/02/2020.
- 12.** Σκουζές Δ.Γ., Η Αθήνα που έφυγε, Βιβλίον Τρίτον, Γραφικαί Τέχναι Ι. Μακρής, Αθήνα 1964.



Ελεύθερο Θέμα

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

Δημήτρης Δανδάκης, Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής Α΄ Γαστρεντερολογικής Κλινικής
Επεμβατικής Ενδοσκοπικής, ΙΑΣΩ ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Βίλλυ Πολίτη, Ασφαλιστικός Πράκτορας "ViTrust"

Στα πλαίσια του 44^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Γαστρεντερολογίας έλαβε χώρα η στρογγυλή τράπεζα της ΕΠΕΓΕ, ως είθισται. Συνειδητή και ομόθυμη επιλογή των μελών των ΔΣ της ΕΓΕ και της ΕΠΕΓΕ ήταν η θεματολογία της συγκεκριμένης τράπεζας να αφορά στο ιδιαίτερα επίκαιρο και φλέγον θέμα της ασφάλειας αστικής ευθύνης κατά την άσκηση της Γαστρεντερολογίας. Την στρογγυλή τράπεζα προήδρευσαν δύο μέλη του ΔΣ της ΕΠΕΓΕ: ο αντιπρόεδρος του Δ.Σ. κ. Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος και ο διευθυντής σύνταξης των «ενδοσκοπήσεων» κ. Νικόλαος Μαργέτης. Η Νομική σύμβουλος της ΕΓΕ και της ΕΠΕΓΕ κ. Άννα Τσίτουρα, με τις εύστοχες παρεμβάσεις της, συνέβαλε στη διευκρίνιση των κείμενων νομικών διατάξεων και εμπλούτισε τον διάλογο με τους συνέδρους. Η συμμετοχή ήταν αθρόα, το ενδιαφέρον των συναδέλφων ζωηρό και οι ερωτήσεις που τέθηκαν απέδειξαν ότι το θέμα της ασφάλειας αστικής ευθύνης είναι σοβαρό, αφορά όλους τους γαστρεντερολόγους και ότι τα στοιχεία που το συναποτελούν βρίσκονται υπό διαμόρφωση. Κεντρικοί ομιλητές ήταν ο Γαστρεντερολόγος κ. Δημήτρης Δανδάκης και η ασφαλιστική σύμβουλος κ. Βίλλυ Πολίτη. Τα κείμενα που ακολουθούν αποτελούν προσαρμογή των ομιλιών αυτών στο ύφος των άρθρων του περιοδικού. Ο διευθυντής σύνταξης και η συντακτική επιτροπή των «ενδοσκοπήσεων» ευχαριστούν θερμά τους ομιλητές για την άμεση ανταπόκρισή τους στην πρόσκληση να δημοσιεύσουν τις ομιλίες τους στις «ενδοσκοπήσεις».

Ι. Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Δημήτρης Δανδάκης

Στις μέρες μας ακούμε συνέχεια για υποθέσεις για ιατρικά λάθη. Πέρα από τις περιπτώσεις όπου υπάρχει πράγματι ιατρική αμέλεια, έχει αναπτυχθεί μια ολόκληρη νομική βιομηχανία που καλεί όλους όσους είχαν κάποια επιπλοκή από ιατρική παρέμβαση, να κινηθούν νομικά, συνθήτως χωρίς αμοιβή αλλά με ποσοστά επί του ποσού που θα εκδικάσει το δικαστήριο. Κανείς βέβαια δεν εξηγεί σε αυτούς τους ανθρώπους που θα κινηθούν νομικά και χάσουν την υπόθεση, ότι θα πρέπει να πληρώσουν τα έξοδα και βέβαια μπορεί να έχουν να αντιμετωπίσουν και τη μήνυση ή αγωγή για συκοφαντική δυσφήμιση.

Τι είναι η αστική ευθύνη;

Σύμφωνα με το ελληνικό δίκαιο αστική ευθύνη είναι η νομική ευθύνη για πράξεις ή παραλείψεις κάποιου που έχουν ως αποτέλεσμα ζημία ή τραυματισμό άλλου προσώπου.

Σύμφωνα με τον Αστικό Κώδικα, άρθρο 914 «όποιος προκαλεί ζημία σε άλλον από υπαιτιότητα ή αμέλειά του, υποχρεούται να τον αποζημιώσει».

Ο ιατρός δεν φέρει ευθύνη εάν ενήργησε κατά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης (lege artis) και ειδικότερα όπως θα ενεργούσε κάτω από τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις και με τα στη διάθεσή του μέσα συνετός και επιμελής ιατρός.

Σε πολλές χώρες προβλέπεται μόνο αστική και όχι ποινική ευθύνη κατά την άσκηση της ιατρικής. Στη χώρα μας, όπως και αλλού, υπάρχει και ποινική ευθύνη. Στο ποινικό δικαστήριο ισχύει το τεκμήριο της αθωότητας του κατηγορουμένου. Στο αστικό, όμως, το βάρος απόδειξης, φέρει ο ιατρός. Ο ασθενής δεν γνωρίζει τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης και δεν γνωρίζει τι έγινε στο χειρουργείο ή κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής παρέμβασης.

Πολλές αγωγές αναφέρουν πολλαπλά «σενάρια» του τι μπορεί να έχει συμβεί. Αν αυτό φαίνεται περιέργο ή μη αξιόπιστο, δεν είναι. Ο ιατρός πρέπει να απαντήσει σε κάθε σενάριο.

Οι δικαστές δεν είναι γιατροί και πολλές φορές δεν μπορούν να διακρίνουν τις διαφορές μεταξύ επιπλοκής



Ελεύθερο Θέμα

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

και ιατρικού λάθους. Εκεί έρχονται οι μάρτυρες και οι πραγματογνώμονες για να «διαφωτίσουν» το δικαστήριο.

Η ασφάλεια αστικής ευθύνης έρχεται να διασφαλίσει (ή έτσι θα έπρεπε) την κάλυψη ενός γιατρού που μπορεί στην καριέρα του να έκανε ένα σοβαρό ιατρικό λάθος ή να έπεσε θύμα δικαστικής πλάνης.

Βασικός παράγοντας για την καταδίκη είναι η έλλειψη ενημέρωσης και συγκατάθεσης. Η ενημέρωση είναι καλύτερο να γίνεται παρουσία μάρτυρα (άλλου γιατρού, νοσηλεύτη ή γραμματέα). Ξέρουμε βέβαια καλά ότι με τους ρυθμούς που δουλεύουμε, αυτό δεν είναι πάντα εφικτό. Η ύπαρξη συγκατάθεσης, μπορεί να μην είναι κάτι σημαντικό υπέρ του γιατρού, η απουσία της όμως είναι. Σοβαρά επίσης σημεία είναι η όχι τόσο στέρεα ένδειξη για τη διενέργεια μιας επεμβατικής πράξης και η κακή επικοινωνία μετά την επιπλοκή.

Στο παρελθόν η ΕΓΕ και η ΕΠΕΓΕ είχαν ετοιμάσει έντυπα που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως έντυπα ενημέρωσης και συγκατάθεσης. Η ΕΓΕ επικαιροποίησε τα έντυπα αυτά και θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν από κάθε συνάδελφο.

Ποιος αφορά η ασφάλεια αστικής ευθύνης;

Μέχρι το 2018 η αστική ευθύνη αφορούσε μόνο τους γιατρούς του ιδιωτικού τομέα. Στο δημόσιο τομέα, το νοσοκομείο κάλυπτε οικονομικά τυχόν καταδίκη. Αντίθετα, όποιος γιατρός του ιδιωτικού τομέα θέλει να συνεργαστεί με κλινική ή διαγνωστικό κέντρο είναι προαπαιτούμενη η ασφάλεια αστικής ευθύνης. Τα ποσά που απαιτούνται για την κάλυψη είναι αντίστοιχα με αυτά των Αναισθησιολόγων, την Χειρουργών και των Γυναικολόγων και σε πολλές περιπτώσεις, είναι μέχρι και 1.000.000 ευρώ ανά έτος.

Στην εγκύκλιο του 2018 του πρώην αναπληρωτή υπουργού Οικονομικών Γιώργου Χουλιαράκη 18/1/18 (ΑΔΑ: ΩΟΑ1Η-Τ29), αναφέρεται ότι εφόσον η επιδικασμένη αγωγή αποζημίωσης, αφορά «βαρεία αμέλεια», θα γίνεται ο καταλογισμός της από το Ελεγκτικό Συνέ-

δριο στον/στην γιατρό. Αυτό αποτελούσε μνημονιακή υποχρέωση, ή τουλάχιστον έτσι παρουσιάστηκε τότε. Μέσα από τη δημοσιογραφία της εποχής βρήκαμε μια περίπτωση, το 2019, που το Ελεγκτικό Συνέδριο καταλόγισε το ποσό των 850.000 ευρώ (!) σε γιατρό του νοσοκομείου Λάρισας, ως αποζημίωση για ιατρική επιπλοκή σε χειρουργείο ασθενή μετά από 17 χρόνια.

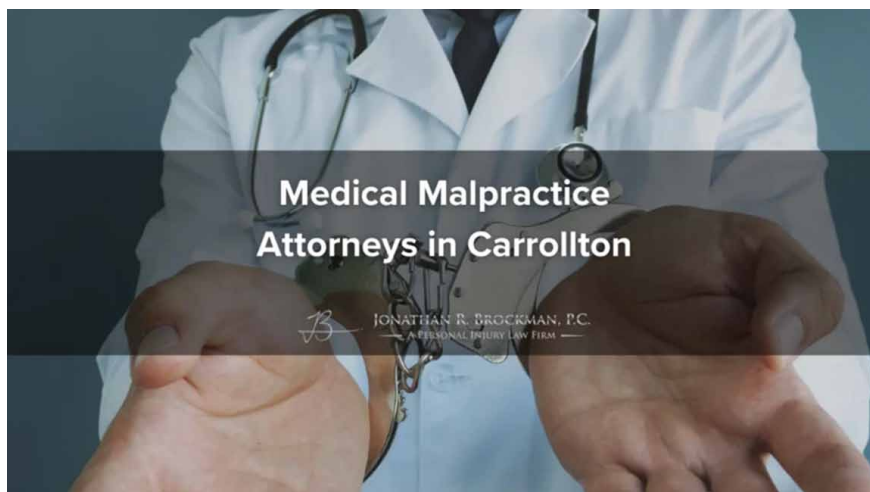
Οι αντιδράσεις από την ΟΕΝΓΕ και από το σύνολο των γιατρών του ΕΣΥ, οδήγησε σε «πάγωμα» της εφαρμογής του μέτρου. Ο τότε υπουργός υγείας κ. Ξανθός και υφυπουργός κ. Πολάκης δεσμεύτηκαν για τη μη εφαρμογή του μέτρου. Ούτε όμως η τότε ούτε η επόμενη κυβέρνηση, η οποία επίσης δεσμεύτηκε για τη μη εφαρμογή του μέτρου, απέσυραν την υπουργική απόφαση.

Σε κάθε περίπτωση, η δυνατότητα εργασίας και στον ιδιωτικό τομέα, δημιουργεί νέα δεδομένα, μια που εκεί, όπως είπαμε είναι προαπαιτούμενο. Όσοι γιατροί του ΕΣΥ αρχίσουν ιδιωτική δραστηριότητα θα πρέπει άμεσα να κινηθούν σε αυτή την κατεύθυνση. Ερώτημα αποτελεί τι γίνεται με τα απογευματινά χειρουργεία και ποιος καλύπτει εκεί.

Ποιες δυνατότητες υπάρχουν για ένα συμβόλαιο αστικής ευθύνης

Ένας γιατρός που αναζητεί ένα νέο συμβόλαιο αστικής ευθύνης μπορεί να έρθει σε επαφή με τις ασφαλιστικές ή με κάποιον ασφαλιστικό πράκτορα, οι οποίοι θα του δώσουν ένα έτοιμο συμβόλαιο, το οποίο δεν μπορεί να διαπραγματευτεί. Η λογική είναι του «take it or leave it». Όταν ξεκινήσουμε μια ασφάλεια, στη συνέχεια την «παντρευόμαστε», μια που οποιαδήποτε αλλαγή μπορεί να φέρει προβλήματα στην κάλυψη, για διάστημα που εμείς πληρώνουμε κανονικά τα ασφάλιστρα.

Όπως και σε όλα τα συμβόλαια των ασφαλιστικών εταιρειών, τα μικρά γράμματα, που δεν διαβάζουμε ή δεν μπορούμε να καταλάβουμε, προβλέπουν τη μη αποζημίωση εφόσον δεν υπάρχει αναγγελία μέσα σε 2 χρόνια. Ξέρουμε όμως πολύ καλά ότι μπορεί να εμπλακούμε σε υπόθεση που δεν περιμένουμε. Ξέρουμε επίσης ότι



Εικόνα 1. Τυπική διαφήμιση δικηγορικού γραφείου στις ΗΠΑ.

πολλές φορές οι αγωγές γίνονται την τελευταία ημέρα της 5ετίας που δίνει ο νόμος για την αξίωση απαιτήσεων. Είναι τουλάχιστον απαράδεκτο κάποιος που είναι συνεπής στις υποχρεώσεις του, να μένει τελικά ακάλυπτος. Οι ασφαλιστικές εταιρείες θυμίζουν μερικές φορές κάποιον που σου δίνει μια ομπρέλα όταν έχει ήλιο, αλλά προσπαθεί να στην πάρει πίσω όταν βρέχει.

Δράσεις της ΕΠΕΓΕ στο παρελθόν και τώρα

Αρκετά χρόνια πριν το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ είδε το πρόβλημα των συμβολαίων αστικής ευθύνης. Ανέθεσε στον ασφαλιστικό της σύμβουλο, τον αείμνηστο Ιωάννη Πολίτη, να διερευνήσει την αγορά για συμβόλαιο που θα κάλυπτε έναν ικανό αριθμό Γαστρεντερολόγων. Βασικό στοιχείο ήταν η ύπαρξη ξεκάθαρου όρου, που θα κάλυπτε τυχόν επιπλοκές από τη χρήση καταστολής, ανεξάρτητα από το νομικό πλαίσιο, νομικό πλαίσιο το οποίο δεν υπήρχε μέχρι πρόσφατα.

Αρχικά είχαμε συμβόλαιο με την INTERNATIONAL LIFE και συμπληρωματικά με την ΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ. Όταν όμως μάθαμε την επισφαλή θέση της INTERNATIONAL LIFE στην αγορά, περάσαμε στην ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ.

Η INTERNATIONAL LIFE τελικά έκλεισε, αφήνοντας «ξεκρέμαστους» τους συναδέλφους που τυχόν είχαν

νομικές εμπλοκές εκείνη την περίοδο. Παρότι στα όποια ασφάλιστρα πληρώνουμε, προβλέπεται ένα πρόσθετο ποσό για το Εγγυητικό κεφάλαιο, παρατηρούνται πάντα μεγάλες καθυστερήσεις στις αποζημιώσεις, μετά το κλείσιμο μιας εταιρείας. Αποζημιώνονται πρώτα οι υποθέσεις με ασφάλειες ζωής. Για να καταλάβουμε για τι καθυστερήσεις μιλάμε, οι δικαιούχοι της ΑΣΠΙΣ που έκλεισε το 2009, ακόμα αποζημιώνονται, στο 70%.

Με την ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ για πολλά χρόνια δεν αντιμετωπίσαμε προβλήματα. Το τελευταίο διάστημα 114 συνάδελφοι, είχαμε το συγκεκριμένο συμβόλαιο αστικής ευθύνης. Η εξαγορά της όμως από την ALLIANZ, δημιούργησε νέα δεδομένα. Παρότι η εταιρεία δεν είχε αξιόλογες ζημιές από την συγκεκριμένη ομάδα, διέρρευσε ότι δεν επιθυμεί άλλο τη συνέχιση συμβολαίων αστικής ευθύνης, ειδικά επεμβατικών ειδικοτήτων. Παράλληλα έκανε μεγάλες αυξήσεις στα ασφάλιστρα.

Από την πρώτη στιγμή αναθέσαμε στην ασφαλιστική μας σύμβουλο, κα Πολίτη τη διερεύνηση της αγοράς και την μετάβασή μας σε κάποια άλλη εταιρεία που θα εξασφάλιζε τους ίδιους όρους.

Με την επίσημη ανακοίνωση της ALLIANZ ότι δεν θα ανανεώσει τελικά τα συμβόλαια, τον Σεπτέμβριο του 2024, της αποστείλαμε επιστολή όπου αναφέραμε ότι



Ελεύθερο Θέμα

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

θα βρει απέναντί της το σύνολο των γαστρεντερολόγων και την ΕΠΕΓΕ, σε περίπτωση μη κάλυψης κάποιου συναδέλφου, στηριζόμενη σε νομικίστικα τερτίπια.

Συγκρίναμε τα συμβόλαια από διαφορετικές εταιρείες. Καμιά δεν δέχεται τον παλιό όρο περί καταστολής. Μόνο η INTERAMERICAN και με επιφύλαξη η Ατλαντική Ένωση συμφώνησαν για την κάλυψη υπό την προϋπόθεση ότι «τηρείται η ισχύουσα σχετική περί καταστολής νομοθεσία». Καμιά εταιρεία δεν δέχτηκε τη συμπλήρωση «με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες». Αυτή η άρνηση σίγουρα δεν είναι θετικό στοιχείο. Με βάση όμως τη συνολική σύγκριση αποφασίσαμε να προχωρήσουμε με την INTERAMERICAN.

Τα θετικά στοιχεία του νέου συμβολαίου

Στο συμβόλαιο υπάρχουν κάποια θετικά, τα οποία αξίζει να δούμε:

1. Η κάλυψη αφορά «τις σωματικές βλάβες / απώλεια ζωής ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της χρηματικής ικανοποίησης για ηθική βλάβη ή ψυχική οδύνη».
2. Το συνολικό όριο για όλη την ασφαλιστική περίοδο αφορά περισσότερα από ένα ατυχήματα.
3. Καλύπτονται «λάθη ή παραλείψεις κατά την εκτέλεση οδηγιών που δόθηκαν στους βοηθούς του ασφαλιζομένου από τον ίδιο τον ασφαλιζόμενο».
4. Καλύπτεται «ιατρική βοήθεια που παρείχε σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης, πέραν της ειδικότητας του Ασφαλιζομένου». Αυτό είναι σημαντικό, μια που κυρίως στο εξωτερικό, υπάρχουν αγωγές ενάντια σε γιατρούς που σταμάτησαν να βοηθήσουν σε κάποιο ατύχημα.
5. Καλύπτονται επίσης «ατυχήματα (σωματικές βλάβες ή (και υλικές ζημιές) που τυχόν προκληθούν από αμέλεια ή παράλειψη αυτού ή των προσώπων που έχει στην υπηρεσία του και σχετίζονται άμεσα και αποκλειστικά με την λειτουργία των χώρων του ιατρείου του». Για να το πούμε απλά καλύπτεται η περίπτωση που κάποιος γλιστρήσει στο ιατρείο, ή του πέσει κάτι στο κεφάλι.

6. Δίνεται το δικαίωμα της αναδρομικότητας, για όσους το επιθυμούν. Την κάλυψη δηλαδή για υποθέσεις των τελευταίων 2 ετών, πριν την έναρξη της ασφάλισης στην INTERAMERICAN. Αυτό είναι κάτι που γενικά δεν υπάρχει στα συμβόλαια, αλλά παραχωρήθηκε λόγω του αριθμού των συμβολαίων.

Λίγα λόγια για το θέμα της καταστολής

Ο νόμος για την καταστολή ήταν μια νίκη, ειδικά αν θυμηθούμε τι προηγήθηκε. Υπήρξε ο κίνδυνος πλήρους απαγόρευσης της χορήγησης καταστολής. Καλύτερα βέβαια θα τον αποκαλούσαμε «έντιμο συμβιβασμό». Δε λύνει όλα τα προβλήματα (ποιος νόμος το κάνει άλλωστε;). Αφήνει πολλά θέματα για ερμηνεία από το δικαστή. Και σίγουρα κανείς μας δε θα ήθελε να εμπλακεί σε κάποια υπόθεση, με τον κίνδυνο να μην καλυφθεί από την ασφαλιστική του εταιρεία.

Θεωρώ περίεργη την άρνηση των περισσότερων ασφαλιστικών εταιρειών να αναφέρουν ότι καλύπτουν έστω «με βάση το νόμο», αλλά περίεργη είναι και η άρνηση των υπολοίπων να προστεθεί και «με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες».

Συμπερασματικά

Η ασφάλεια αστικής ευθύνης είναι αναγκαία για όλους τους γιατρούς, δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η αντιμετώπιση των γαστρεντερολόγων με τα ίδια μέτρα που αντιμετωπίζονται οι χειρουργικές ειδικότητες, όσον αφορά το ύψος των ασφαλίσεων, είναι τουλάχιστον απαράδεκτη.

Δεν υπάρχει ιδανικό συμβόλαιο αστικής ευθύνης. Οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι εδώ για να βγάλουν κέρδη και όχι να καλύψουν τις δικές μας ανάγκες.

Η προσπάθεια για να διασφαλίσουμε καλύτερους όρους και να αντιμετωπίσουμε τις αδικίες που προκύπτουν είναι πιο αποτελεσματική μέσα από τη συλλογική κίνηση. Μπορεί να μην έχουμε κερδίσει μέχρι τώρα αυτά που θα θέλαμε, αλλά σίγουρα περισσότερα από αυτά που θα μπορούσε ο καθένας μόνος του.



II. Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ: ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΙΔΑΝΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ; ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΙΝΗΘΕΙ Ο ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ ΚΑΙ ΠΩΣ;

Βίλλυ Πολίτη

Στη σύγχρονη ιατρική πράξη, η ασφάλιση επαγγελματικής ευθύνης δεν αποτελεί πολυτέλεια αλλά απαραίτητο εργαλείο για κάθε γιατρό. Στόχος του άρθρου είναι να αναδείξει την αξία του σωστά διαμορφωμένου ασφαλιστηρίου συμβολαίου και να εξετάσουμε τα κρίσιμα σημεία που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη σύναψή του.

Ξεκινώ σκεπτόμενη έναν οποιοδήποτε εξαιρετικό συνάδελφό σας, ικανό, έμπειρο, επιμελή, που μια μέρα όπως κάθε άλλη, ξεκινά να εκτελέσει μια πράξη αντίστοιχη με τις υπόλοιπες 10.000 που μπορεί να έχει κάνει στην καριέρα του. Και εκείνη την ημέρα, έρχεται αντιμέτωπος με μια εκτροπή, με μια κρίση, που και η ίδια η βιβλιογραφία την είχε προβλέψει.

Τι σημαίνει αυτό για τον γιατρό που συζητάμε;

Συνάδελφοί σας που βρέθηκαν σε αυτή την θέση και τελικά ήρθαν αντιμέτωποι με τους ασθενείς τους για λάθη τους ή παραλείψεις τους, ομολογούν ότι βίωσαν την εμπειρία αυτή ως και μια οδυνηρή κρίση στην καριέρα τους. Η κρίση, φυσικά επηρεάζει καταρχήν την φήμη τους και την τσέπη τους, αλλά τελικά, και την αίσθηση ασφάλειας και ελευθερίας στην άσκηση των καθηκόντων τους, στην λήψη αποφάσεων επί των προβλημάτων των ασθενών τους, από την πιθανή αντίδρασή τους ή των συγγενών τους. «Δεν μπορώ να φοβάμαι να ασκήσω ιατρική, όπως πρέπει και όπως οφείλω» μου εκμυστηρεύθηκε πρόσφατα συνάδελφός σας.

Τι σημαίνει για τον συνάδελφό σας αλλά τελικά για όλους εμάς ως κοινωνία και εν δυνάμει ασθενείς σας, το ότι οι γιατροί φοβούνται να κάνουν σωστά την δουλειά τους; Και μάλιστα σε ένα περιβάλλον που η αυθεντία του ιατρού, δυστυχώς, αμφισβητείται όλο και πιο συχνά. Για τις παλαιότερες γενιές η γνώμη του γιατρού δεν είχε αντίλογο. Στις μέρες μας, φεύγουμε από την λογική αυτή και περνάμε στο ότι ο γιατρός σφάλλει, ότι δεν είναι επιμελής, ότι κάποιος άλλος θα το έκανε καλύτερα.

Αυτό επιβεβαιώνεται από την αύξηση των απαιτήσεων των ασθενών μέσω δικηγορικών γραφείων. Ενδεικτικά, τα τελευταία πέντε χρόνια, οι απαιτήσεις ασθενών προς τους συναδέλφους σας που συνεργάζονται με το γραφείο μου για την επαγγελματική τους ευθύνη, ανήλθαν στις 300.000 ευρώ.

Ξέρω ότι περιγράφω μια δύσκολη κατάσταση. Το θετικό όμως είναι, ότι αν περιγράψουμε το ιατρικό λάθος ή την παράλειψη ως μια κρίση, είναι κατά 99% προβλέψιμη. Και γιατί είναι προβλέψιμη; Γιατί έχει συμβεί σε χιλιάδες άλλους εξαιρετικούς επιμελείς και με εμπειρία συναδέλφους σας. Άρα μπορούμε να κάνουμε κάτι και να είμαστε έτοιμοι για αυτό.

Αυτό είναι το ασφαλιστήριο συμβόλαιο. Είναι ένα pre-crisis μέτρο. Φτιάχνουμε ένα σχέδιο που θα προστατέψει καταρχήν την οικονομική σας έκθεση, την φήμη σας από περαιτέρω περιπέτειες – γιατί αλλιώς συμπεριφέρεται ένας ασθενής που έχει αποζημιωθεί και τρίτον τελικά ως κοινωνία, έχουμε γιατρούς που δεν φοβούνται να κάνουν την δουλειά τους σωστά, είτε στον δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα.

Πώς φτιάχνουμε λοιπόν «το σωστό ασφαλιστήριο;» (πριν μιλήσουμε για το ιδανικό...)

Στην κατασκευή του, το ασφαλιστήριο αστικής επαγγελματικής ευθύνης φέρει τέσσερα πράγματα:

- A. Χρονικό πλαίσιο κάλυψης
- B. Όριο κεφαλαίου κάλυψης
- Γ. Επιλογή ασφαλιστικής εταιρίας
- Δ. Ιδιαίτερες ανάγκες / κάλυψη πρακτικών της εκάστοτε ειδικότητας.

A. Χρονικό πλαίσιο κάλυψης

Τα ασφαλιστήρια επαγγελματικής ευθύνης, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στην πλειοψηφία ξένων χωρών,



Ελεύθερο Θέμα

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

ενεργοποιούνται επί της αρχής “claims made” (αντί του occurrence made, το οποίο θα εκτόξευε το κόστος της ασφάλισης επαγγελματικής ευθύνης).

Αυτό σημαίνει ότι είναι απαραίτητο, για να ενεργοποιηθεί η κάλυψη, η ημερομηνία τέλεσης του λάθους ή της παράλειψης και η ημερομηνία αναγγελίας της απαίτησης του ασθενούς στον ιατρό απαραίτητα συμβαίνουν μέσα σε ενεργό συμβόλαιο ή στις ανανεώσεις αυτού.

«Η εταιρία ευθύνεται για αποζημίωση ζημιών, οι οποίες οφείλονται σε συμβάντα που συνέβησαν από την ημερομηνία έναρξης της παρούσας ασφαλιστικής σύμβασης και εντεύθεν και κατά τη διάρκεια ισχύος αυτής και για τα οποία συμβάντα ηγέρθη απαίτηση αποζημίωσης από τον ασφαλισμένο προς την εταιρία, κατά τη διάρκεια ισχύος της παρούσας ασφαλιστικής σύμβασης ή / και κατά τη διάρκεια οιασδήποτε ανανέωσης αυτής.»

Εκτός από τον όρο αυτόν για την ενεργοποίηση του ασφαλιστηρίου, βλέπουμε παράλληλα το χρονικό πλαίσιο που δημιουργεί ο νόμος: Καθώς ο νόμος δίνει το δικαίωμα σε έναν ασθενή να απαιτήσει από έναν γιατρό αποζημίωση για πέντε έτη, αντενδείκνυται η αλλαγή ασφαλιστηρίων κατά την διάρκεια της καριέρας ενός γιατρού, και ειδικά όσο αυτή εξελίσσεται και τα περιστατικά που αφήνει πίσω του πληθαίνουν σε αριθμό και πολυπλοκότητα.

Όταν πλέον ο γιατρός φτάνει στην συνταξιοδότηση πρέπει να έχουμε προβλέψει ότι θα καλύπτεται για περιστατικά που συνέβησαν όσο είχε το συμβόλαιό του και αναγγέλθηκαν μετά την οριστική λήξη του.

Η παροχή αυτή, ΔΕΝ είναι δεδομένη, δεν υποχρεούται a priori η εταιρία να καλύπτει μετά την λήξη, σε άλλες εταιρίες υπάρχει μέσα στο ασφαλιστήριο που πληρώνετε και σε άλλες πρέπει να προστεθεί επιπλέον, και πρέπει να συζητείται εγκαίρως πριν την παύση της εργασίας.

Σημαντική επίσης ως προς τους χρόνους μέσα στο συμβόλαιο είναι η στιγμή που αναγγέλλεται το περιστα-

τικό: ΔΕΝ περιμένουμε να κινηθεί πρώτος ο ασθενής. Εάν κάτι απασχολήσει σημαντικά, ξεφεύγει από την πεπατημένη, μέσα σε οκτώ μέρες από το συμβάν είναι σημαντικό να ενημερώσετε την εταιρία με την οποία συνεργάζεστε. Αφορά την συνεργασία σας με την ασφαλιστική εταιρία.

Β. Όριο κεφαλαίου κάλυψης

Το όριο αυτό προσδιορίζει την μέγιστη αποζημίωση, κοστίζει χιλιοστά επί του κεφαλαίου που θα καταβληθεί ανά ασθενή και ανά έτος, για τις συνολικές απαιτήσεις που θα υπάρξουν. Θα πληρώσει τις απαιτήσεις που θα εκδικαστούν σε αστικό δικαστήριο (ΠΟΤΕ σε ποινικό: οι ποινές δεν ασφαρίζονται γενικά) ή σε εξωδικαστική συμφωνία, για την οποία η ασφαλιστική εταιρία είναι ενήμερη και μετέχει σε αυτήν. Συμβαίνει, σε ορισμένα συμβόλαια να καλύπτονται ως μέρος αυτού του ορίου, μετά τον υπολογισμό της αποζημίωσης του ασθενούς και τα νομικά έξοδα του ιατρού για την υπεράσπισή του.

Το όριο κάλυψης είναι σημαντικό να αυξάνεται μέσα στα χρόνια, ώστε να ακολουθεί το πλήθος και την σοβαρότητα των περιστατικών που αναλαμβάνει ένας γιατρός. Στην ελληνική ασφαλιστική αγορά τα όρια κάλυψης ποικίλουν από 50.000 ευρώ έως και 1.500.000 ευρώ (για την ειδικότητά σας).

Γ. Επιλογή ασφαλιστικής εταιρίας

Η ελληνική ασφαλιστική αγορά έχει θωρακιστεί με αυστηρά πλαίσια λειτουργίας, κεφαλαιακή επάρκεια και τεχνογνωσία. Οι εταιρίες, οι οποίες παρέχουν αυτή την στιγμή λύσεις στην επαγγελματική ευθύνη ιατρών, είναι συναγωνιστές σε αξιοπιστία και φερεγγυότητα, διατηρούν διαφορές ως προς την περίοδο κάλυψης μετά την λήξη του συμβολαίου και ως προς την ρητή αναφορά της κάλυψης περιστατικών καταστολής. (καλύπτουν μόνο στην Ελλάδα)

Δ. Ιδιαίτερες ανάγκες / κάλυψη πρακτικών ειδικότητας

Μέχρι πριν λίγα χρόνια, η ανάγκη χορήγησης κατα-



στολής για την βελτίωση της ποιότητας της εξέτασης που υποβάλλονται οι ασθενείς σας, δεν αναγνωρίζονται από τον νόμο ως πρακτική που ανήκε στην ειδικότητά σας.

Σήμερα, υπάρχουν οι γνωστές θετικές νομικές εξελίξεις οι οποίες αναγνωρίζουν την χορήγηση καταστολής από την ειδικότητά σας τηρουμένων κανόνων εκπαίδευσης και προφίλ ασθενούς. Καθιστά λοιπόν αυτό το πλαίσιο την ρητή αναφορά στον όρο επουσιώδη;

Θα έλεγα ότι όχι. Είναι ακόμα πρόσφατο το νομικό πλαίσιο για να έχουμε ικανά δείγματα από τον τρόπο διαχείρισης τέτοιων περιστατικών από τις ασφαλιστικές εταιρίες χωρίς την παρουσία της διευκρίνησης του όρου. Συνεπώς, έστω και διευκρινιστικά, για να μην αναζητούμε το νόημα των ειδικών και γενικών όρων του συμβολαίου την κρίσιμη στιγμή, είναι σημαντικό, ένα ασφαλιστήριο συμβόλαιο που κάνει ειδική μνεία στους όρους του σε αυτή την πρακτική και δεν περιορίζεται στην γενική αναφορά. Δεν προσθέτει κόστος στο συμβόλαιο.

Ανακεφαλαιώνοντας λοιπόν, ποιο είναι το σωστό συμβόλαιο;

Ένα συμβόλαιο με δυναμικό κεφάλαιο το οποίο ακολουθεί την εξέλιξη της καριέρας σας, προβλέπει ότι για πέντε χρόνια μετά την παύση του θα σας προστατεύει από αναγγελίες (το βέλτιστο: 5 έτη περίοδος καθυστέρημένης αναγγελίας) και ρητή διευκρίνηση στην κάλυψη περιστατικών από χορήγηση καταστολής.

Ποιο είναι λοιπόν το ιδανικό ασφαλιστήριο;

Σκέφτομαι ότι αυτή η λέξη παραπέμπει στην εμπειρία που είχαμε φέτος τόσο οι ασφαλιστικοί σύμβουλοι όσο και συνάδελφοί σας σαν ασφαλισμένοι, μια εταιρία να παύει τα ασφαλιστήριά τους και εκφράζει τον προβληματισμό «Πώς δεν θα αντιμετωπίσω ποτέ ξανά κάτι τέτοιο;»

Το ιδανικό λοιπόν δεν υφίσταται

Και δεν μπορεί να υφίσταται για δύο λόγους: ο πρώτος αφορά τον τύπο της σύμβασής σας με την εταιρία και ο δεύτερος τον ρόλο της ασφαλιστικής εταιρίας ως διαχειριστή χρημάτων.

Όπως τα συμβόλαια των περισσότερων ασφαλιστικών κλάδων (υπό όρους του κλάδου υγείας και ζωής) έτσι και τα ασφαλιστήρια επαγγελματικής ευθύνης αποτελούν ετησίως ανανεωμένες συμβάσεις, από τις οποίες ελεύθερα αποχωρούν και ο ασφαλισμένος αλλά και η ασφαλιστική εταιρία. Η αγορά ενός ασφαλιστηρίου από τον ασφαλισμένο στο υποπολλαπλάσιο κόστος του κεφαλαίου για το οποίο δεσμεύεται μια εταιρία να αναλάβει την κάλυψη περιστατικών ισχύει για ένα έτος. Η ανανέωση της συμφωνίας αυτής γίνεται, μετά από εκτίμηση, στην ανανέωση του συμβολαίου. Αντίστοιχα και ο ασφαλισμένος μπορεί να αποχωρήσει χωρίς να δεσμεύεται από την πρόβλεψη που έκανε η εταιρία με την αναλογιστική μελέτη για να αναλάβει την ασφάλισή του.

Επιπλέον, η ασφαλιστική εταιρία είναι διαχειριστής των χρημάτων των ασφαλισμένων όλων όσων την εμπιστεύονται για τις πολλές και διαφορετικές ανάγκες τους στην κάλυψη των οικονομικών τους απωλειών από τυχαία γεγονότα που θα επηρεάσουν την ζωή και την περιουσία τους. Ως τέτοιος, οφείλει να τους προστατεύει από επικίνδυνα τεχνικά αποτελέσματα.

Οι δύο αυτές συνθήκες μαζί λοιπόν, δημιουργούν ακριβώς αυτό το ενδεχόμενο.

Επιστρέφω στην αρχική μας επισκόπηση του σωστού ασφαλιστηρίου για να δούμε πως τα χαρακτηριστικά του μπορούν να προστατεύουν τον ασφαλισμένο ακόμα και από μια τέτοια άβολη θέση.

Πολύ επιγραμματικά, η εταιρία την οποία σωστά είχαν επιλέξει γαστρεντερολόγοι για την ασφάλισή τους, λόγω της μοναδικότητάς της να αναγνωρίζει ρητά την κάλυψη περιστατικών από επιπλοκές στην καταστολή, ενώ ακόμα και ο νόμος και η υπόλοιπη ασφαλιστική αγορά απέκλειαν αυτό το πλαίσιο ενοποιήθηκε με μια άλλη.

Η νέα ενοποιημένη εταιρία, έκρινε ότι τα αποτελέσματα (η σχέση εισπραχθέντων ασφαλιστρών και πληρωθεισών / εκκρεμών απαιτήσεων) γενικά των επεμβατικών ιατρών αλλά και της ειδικότητάς των γαστρεντερολόγων



Ελεύθερο Θέμα

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

είχε ανησυχητικές προβλέψεις για την υγεία του κλάδου, γεγονός που οδήγησε στην απόφασή της να παύσει τα συμβόλαια επεμβατικών ιατρών.

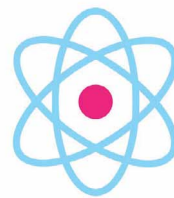
Το γραφείο μου κλήθηκε ως σύμβουλος των συναδέλφων σας που ήδη με εμπιστεύονται και των εκπροσώπων σας στην αντιμετώπιση αυτής της ειδικής κατάστασης και στην εξεύρεση λύσης εστιάζοντας σε τρία κρίσιμα σημεία. Το ένα ήταν η αντιμετώπιση αναγγελιών που θα έρθουν μετά την λήξη του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, το δεύτερο η κατοχύρωση για δεύτερη φορά της διευκρίνισης της κάλυψης της καταστολής, και το τρίτο η ασφάλιση συναδέλφων σας με βεβαρημένα περιστατικά στο ασφαλιστικό τους ιστορικό.

Η διαδικασία μελέτης, επικοινωνιών, επισκόπησης όλης της ασφαλιστικής αγοράς και των δυνατοτήτων που παρείχε και τελικά, η προσπάθεια για την κατοχύρωση του κοινού εδάφους μεταξύ δυνατοτήτων άλλης ασφαλιστικής εταιρίας και συμφερόντων ασφαλισμένων χρειάστηκε περί τους 10 μήνες για να ολοκληρωθεί και να καταλήξει σε αποτέλεσμα που ικανοποιούσε και τα τρία σημεία που κρίνονταν απαραίτητα για την λύση.

Καταφέραμε και δώσαμε απάντηση στο ερώτημα «πώς προχωράμε μετά;» για δύο λόγους. *Πρώτον*, είχαμε

συμβόλαια σωστά φτιαγμένα (με κεφάλαια μεσαίου ή αυξημένου επιπέδου και με επαυξημένη περίοδο προστασίας (καθυστερημένη αναγγελία περιστατικών) από την ημέρα της λήξης τους), και *δεύτερον* η ομάδα την οποία αφορούσε αυτή η αλλαγή δεν ήταν απλώς το σύνολο ατόμων με το ίδιο πρόβλημα, αλλά απαρτιζόταν από ενωμένους ιατρούς που αποτεινόταν μέσω του γραφείου μου και της επαγγελματικής τους ένωσης στην ασφαλιστική αγορά. Ο κοινός συντονισμός και η ομαδικότητα έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στο να πλαισιωθεί σωστά η επόμενη μέρα.

Κλείνοντας, το ασφαλιστήριο επαγγελματικής ευθύνης είναι απαραίτητο γιατί δεν απασχολεί το αν θα συμβεί κάτι, αλλά το πότε. Είναι ο μόνος τρόπος για να αντιμετωπίσετε τις απαιτήσεις που θα επηρεάσουν την φήμη σας, τον χρόνο σας, την ελευθερία σας να εργάζεστε και τα χρήματά σας. Η ιδιωτική ασφάλιση έχει προστατέψει μέχρι σήμερα δεκάδες χιλιάδες συναδέλφους σας, θα το κάνει ξανά και πιθανόν να το κάνει και για εσάς στο μέλλον. Σας καλώ λοιπόν, τόσο να δημιουργήσετε για τον εαυτό σας αυτή την λύση προστασίας όσο και να εμπιστευθείτε και να ενισχύσετε την δύναμη που αποφέρει η συλλογική δράση και η επαγγελματική αλληλεγγύη μέσω των ενώσεών σας.



Καινοτομίες στην Ενδοσκόπηση

ΕΚΤΟΜΗ ΜΕ «ΨΥΧΡΟ» VS. «ΘΕΡΜΟ» ΒΡΟΧΟ ΓΙΑ ΜΕΓΑΛΟΥΣ ($\geq 20\text{MM}$), ΑΜΙΣΧΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ - CHRONICLE TRIAL

Γεώργιος Τζιάτζιος, Επικουρικός Επιμελητής Β' Γαστρεντερολογίας
Παρασκευάς Γκολφάκης, Επιμελητής Β' Γαστρεντερολογίας,

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο Πατησίων», Αθήνα

Η ενδοσκοπική εκτομή του βλεννογόνου (Endoscopic Mucosal Resection - EMR) αποτελεί, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ενδοσκόπησης (European Society Gastrointestinal Endoscopy - ESGE), την καθιερωμένη θεραπεία για μεγάλους ($\geq 20\text{mm}$) άμισχους πολύποδες παχέος εντέρου [1]. Πρόσφατα δεδομένα υποστηρίζουν ότι η εκτομή χωρίς ρεύμα (ψυχρή εκτομή) μπορεί να είναι ανώτερη από την καθιερωμένη τεχνική που περιλαμβάνει την χρήση ρεύματος κοπής/πήξης (θερμή εκτομή) μειώνοντας τα ποσοστά ανεπιθύμητων ενεργειών (ΑΕ).

Σε αυτό το πλαίσιο, πρόσφατη προοπτική, πολυκεντρική τυχαίοποιημένη κλινική μελέτη συνέκρινε την ασφάλεια της ενδοσκοπικής πολυποδεκτομής με «ψυχρό» βρόχο με την εκτομή με «θερμό» βρόχο μετά από υποβλεννογόνια έγχυση για άμισχους πολύποδες παχέος εντέρου μεγέθους $\geq 20\text{mm}$ [2]. Πρωτογενές καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν το ποσοστό

ΑΕ (π.χ. διάτρηση ή αιμορραγία), ενώ η παρουσία υπολειμματικού νεοπλαστικού ιστού περιμετρικά και στην κοίτη της εκτομής αποτέλεσε το δευτερογενές. Συνολικά τυχαίοποιήθηκαν 393 ασθενείς με 396 πολύποδες παχέος εντέρου μεγέθους $\geq 20\text{mm}$ σε μια από τις προαναφερθείσες τεχνικές εκτομής. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η χρήση του «ψυχρού» βρόχο οδήγησε σε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα ποσοστών ΑΕ συγκριτικά με την εκτομή με χρήση ρεύματος (1% έναντι 7,9%, $p < 0,001$), με την διαφορά αυτή να παρατηρείται τόσο στα ποσοστά διάτρησης (0% έναντι 3,9%, $p = 0,007$) όσο και της μετεπεμβατικής αιμορραγίας (1% έναντι 4,4%, $p = 0,04$), αντίστοιχα (Εικόνα). Ωστόσο, υπολειμματικό αδένωμα διαπιστώθηκε συχνότερα μετά την ψυχρή εκτομή συγκριτικά με την εκτομή με την χρήση διαθερμίας (23,7% έναντι 13,8% ($p = 0,020$), ενώ στην πολυπαραγοντική ανάλυση η διάμετρος βλάβης $> 4\text{ cm}$ καθορίστηκε ως ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για κύριες ΑΕ, υπολειμματικό αδένωμα

Εκτομή με «ψυχρό» Vs. «θερμό» βρόχο με υποβλεννογόνια έγχυση για άμισχους πολύποδες παχέος εντέρου $\geq 20\text{mm}$ - CHRONICLE Trial



Η ενδοσκοπική εκτομή αδενωμάτων παχέος εντέρου με «ψυχρό» βρόχο είναι αποτελεσματική για πολύποδες 5mm



Ασθενείς με αδενωματώδεις πολύποδες παχέος εντέρου με μέγεθος $\geq 20\text{mm}$



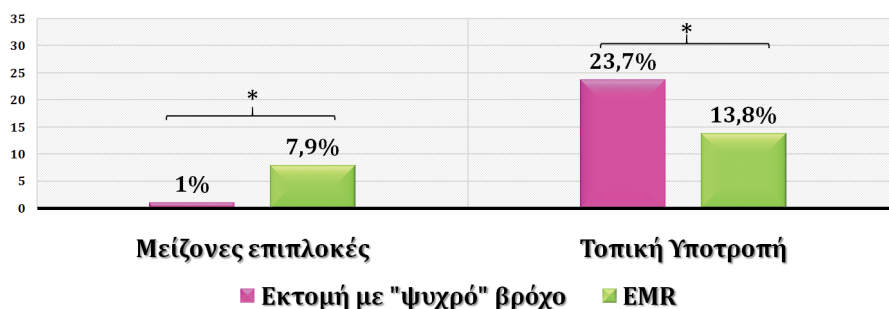
Ενδοσκοπική Βλεννογονική Εκτομή (EMR) Ενδοσκοπική Βλεννογονική Εκτομή με «ψυχρό βρόχο» (CEMR)

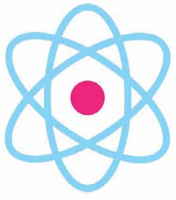


Σχεδιασμός

Προοπτική, τυχαίοποιημένη μελέτη σε 19 Γερμανικά κέντρα

Πρωτογενές καταληκτικό σημείο Ασφάλεια εκτομής





Καινοτομίες στην Ενδοσκόπηση

ΕΚΤΟΜΗ ΜΕ «ΨΥΧΡΟ» VS. «ΘΕΡΜΟ» ΒΡΟΧΟ ΓΙΑ ΜΕΓΑΛΟΥΣ ($\geq 20\text{MM}$), ΑΜΙΣΧΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ - CHRONICLE TRIAL

και παρουσία υψηλόβαθμης δυσπλασίας /καρκίνου σε υπολειμματικό αδένωμα

Συμπερασματικά, τα δεδομένα αυτά υποδεικνύουν ότι η αφαίρεση με «ψυχρό» βρόχο για μεγάλους άμισχους πολύποδες παχέος εντέρου είναι σημαντικά ασφαλέστερη από το εκτομή με τη χρήση ηλεκτρικής διαθερμίας, αλλά με κόστος το υψηλότερο ποσοστό υπολειμματικού αδενώματος.

Βιβλιογραφία

1. Ferlitsch M, Hassan C, Bisschops R, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2024. *Endoscopy*. 2024.
2. Steinbrück I, Ebigbo A, Kuellmer A et al. Cold Versus Hot Snare Endoscopic Resection of Large Nonpedunculated Colorectal Polyps: Randomized Controlled German CHRONICLE Trial. *Gastroenterology*. 2024.

Το εξώφυλλο από μέσα

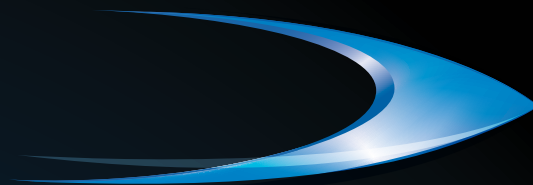


Χριστούγεννα

Είναι τόσο έντονη η μνήμη ενός νεαρού αγοριού κολλημένου στο τζάμι του πίσω καθίσματος του αυτοκινήτου, να ψάχνει να δει ανάμεσα από τις σταγόνες, δεν ξέρει κι αυτό τι - τα πάντα - ενώ το οικογενειακό αυτοκίνητο γυρίζει ή πάει (δεν έχει σημασία) κάποια μάλλον κυριακάτικη βόλτα και έξω να βρέχει.

Δεν μπορώ να πω ακριβώς γιατί, αλλά αυτό μου θυμίζει τα Χριστούγεννα.

Μίλτος Σκούρας
www.miltosskouras.com



Pariet[®]
rabeprazole



Μέγιστη αποτελεσματικότητα
μετά την 1^η δόση / 1^η ημέρα^{1,2}

Πριν τη συνταγογράφηση παρακαλούμε συμβουλευθείτε την Περιλήψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται στο εκθετήριο

Βιβλιογραφία: **1.** Pace F, Pallotta S, Casalini S, Porro GB. A review of rabeprazole in the treatment of acid-related diseases. Ther Clin Risk Manag. 2007 Jun;3(3):363-79. **2.** Norris V, Baisley K, Dunn K, Warrington S, Morocutti A. Combined analysis of three crossover clinical pharmacology studies of effects of rabeprazole and esomeprazole on 24-h intragastric pH in healthy volunteers. Aliment Pharmacol Ther. 2007 Feb 15;25(4):501-10.

Τρόπος Διάθεσης: Φαρμακευτικό Προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

PARIET[®] FC TAB 20MG/TAB BTX14 Λιανική τιμή: 4,96€
PARIET[®] FC TAB 20MG/TAB BTX28 Λιανική τιμή: 8,16€



Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας:
Janssen-Cilag Φαρμακευτική Μονοπρόσωπη Α.Ε.Β.Ε.
Λ. Ειρήνης 56
151 21 Πεύκη, Αθήνα
Αρ.Γ.Ε.ΜΗ 000314201000

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



Πρώτηση και Διανομή από τη:

BIANEX Α.Ε.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

BIANEX Α.Ε. - Έδρα : Οδός Βαρυμπόμπης 8, 14671 Ν. Ερυθραία, Κηφισιά,
Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία, Τηλ. : 210 8009111
Fax: 210 8071573 • E-mail: mailbox@vianex.gr • WEBSITE: www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113, 562 24 Εύσομος Θεσσαλονίκης,
Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000