

INFO

GastroEnterology & Hepatology

ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΝΤΥΠΟΥ 015226 ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ

ISSN 2241-9853

Το INFO GASTROENTEROLOGY & HEPATOLOGY στο διαδίκτυο: www.infogastroenterologyandhepatology.gr



Ηπατιδοιμνητικός ιός και ήπαρ

Σελ. 4



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

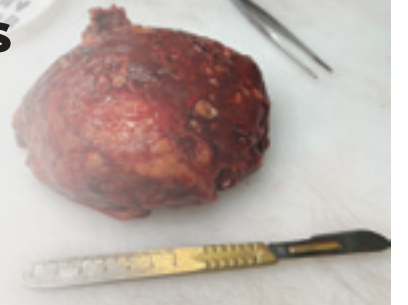
Antibiotic use as a risk factor for inflammatory bowel disease across the ages: a population-based cohort study

Post COVID - 19 irritable bowel syndrome

Σελ. 20

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Μια ασθενής με ιδιαίτερα ηπατικά αποστήματα



Σελ. 10



Πολυποδεκτομή με ψυχρό βρόχο (COLD SNARE POLYPECTOMY)

Σελ. 14

Γαστρεντερολογικό Quiz



Σελ. 28

Προσεχή Συνέδρια

Σελ. 38



ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος Συντακτικής Επιτροπής

ΣΠΗΛΙΟΣ ΜΑΝΩΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ: Γαστρεντερολόγος-Ηπατολόγος, Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Μέλη

ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ: Παθολόγος-Ηπατολόγος, Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

ΙΩΑΝΝΗΣ ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΑΚΟΣ: Γαστρεντερολόγος, Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γαστρεντερολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΡΜΑΝΙΔΗΣ: Γαστρεντερολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Α.Π.Θ., Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

ΙΩΑΝΝΗΣ ΓΟΥΛΗΣ: Γαστρεντερολόγος, Καθηγητής Α.Π.Θ., Δ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΚΑΡΑΠΑΝΗΣ: Παθολόγος-Ηπατολόγος, Διευθυντής, Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου

ΜΑΡΙΑ ΜΕΛΑ: Γαστρεντερολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός-Πολυκλινική» - Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική

ΜΕΛΑΝΙ ΤΣΟΪΤΣ: Παθολόγος-Ηπατολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΣΓΟΥΡΟΣ: Γαστρεντερολόγος, Επιμελητής, Γαστρεντερολογική Κλινική Ν.Ν.Α.

ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ: Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής, Γαστρεντερολογική Κλινική Ν.Ν.Α.

ΧΡΗΣΤΟΣ ΤΡΙΑΝΤΟΣ: Γαστρεντερολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου Πατρών

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΧΟΛΟΓΚΙΤΑΣ: Παθολόγος-Ηπατολόγος, Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ: Γαστρεντερολόγος, Καθηγητής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ιωαννίνων

Συντονιστής ύλης

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΟΝΤΟΣ: Ειδικός Παθολόγος, Επιμελητής Β' Ε.Σ.Υ., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

ΕΚΔΟΤΗΣ: Γεώργιος Η. Καυκάς

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ: Δρ. Ηλίας Καυκάς, Δερματολόγος MSc

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ & ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: Έλενα Λαγανά

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ MARKETING ΚΑΙ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ: Νατάσα Παπαθανασίου
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ: Ένια Ζεντέλη



ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 330, 153 41 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
Τηλ.: 210-6538508
e-mail: info@doctorsmedia.gr
www.doctorsmedia.gr

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΤΟΥ INFO GASTROENTEROLOGY

Το INFO GASTROENTEROLOGY δέχεται για δημοσίευση:

- Ανασκοπήσεις γαστρεντερολογικών ή ιατρικών θεμάτων, στις οποίες τονίζονται ιδιαίτερα οι σύγχρονες απόψεις.
- Επείκαιρα γαστρεντερολογικά θέματα ή θέματα σχετιζόμενα με την ειδικότητα της Γαστρεντερολογίας.
- Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις με πρακτικό ενδιαφέρον.
- Αναφορά σε συνέδρια, επιστημονικές εκδηλώσεις που έγιναν, με παρουσίαση των αποτελεσμάτων των εργασιών τους και με ιδιαίτερη έμφαση στις σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις.
- Κλινικοεργαστηριακά ή επιδημιολογικά θέματα.
- Θέματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στη Γαστρεντερολογία.
- Σημαντικές ειδήσεις από τη δραστηριότητα επιστημονικών ιατρικών εταιρειών.
- Ειδικά άρθρα.
- Παρουσίαση σύγχρονων τεχνολογιών στη γαστρεντερολογία.
- Ενημέρωση για τεχνικά θέματα που αφορούν τον τεχνικό εξοπλισμό του γαστρεντερολογικού ιατρείου ή των ενδοσκοπικών μονάδων.
- Πρακτικές κατευθύνσεις σε δύσκολα γαστρεντερολογικά θέματα.
- Επιστολές προς τη Σύναξη.
- Ανασκόπηση του διεθνούς Ιατρικού Τύπου.
- Γαστρεντερολογικές ή ιατρικές εκδηλώσεις και δραστηριότητες.
- Γαστρεντερολογία και Πληροφορική.
- Γαστρεντερολογία και Ιστορία.
- Βιβλιοπαρουσιάσεις, βιβλιοκρισίες.
- Ερωτήσεις αυτοελέγχου γαστρεντερολογικών γνώσεων.
- Αφιέρωματα σε συναδέλφους που απεβίωσαν.
- Νέα ιατροφαρμακευτικά προϊόντα.
- Αγγελίες με ιατρικό περιεχόμενο.
- Προαναγγελίες επιστημονικών εκδηλώσεων.
- Επίσης, το INFO GASTROENTEROLOGY δέχεται για δημοσίευση χειρόγραφα που είναι σύντομες μεταφράσεις στα ελληνικά εργασιών που έχουν δημοσιευτεί σε ξενόγλωσσα περιοδικά.

Οδηγίες για τη σύνταξη εργασιών στο INFO GASTROENTEROLOGY:

Οι εργασίες που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να αποστέλλονται σε ηλεκτρονική μορφή: α) είτε σε CD με το κείμενο σε αρχείο Word και τις φωτογραφίες σε μορφή jpg σε υψηλή ανάλυση (300 dpi) ή τυπωμένες σε φωτογραφικό χαρτί (glossy), β) είτε στην ηλεκτρονική διεύθυνση info@doctorsmedia.gr με την ένδειξη «Για την εφημερίδα INFO GASTROENTEROLOGY».

Το κείμενο που αποστέλλεται πρέπει να αποτελείται από τα εξής στοιχεία: α) Σελίδα τίτλου (περιλαμβάνει τον τίτλο και στοιχεία των συγγραφέων: ονοματεπώνυμο, ιδιότητα, διεύθυνση, τηλέφωνο, fax, e-mail), β) Κείμενο, γ) Βιβλιογραφία, δ) Πίνακες - Σχέδια (σε ξεχωριστό φύλλο το καθένα), ε) Υπότιτλοι των εικόνων.

Ο συγγραφέας είναι υπεύθυνος για το περιεχόμενο της εργασίας του, καθώς και για την εγκυρότητα και τα δικαιώματα των χρησιμοποιούμενων πηγών. Η Συντακτική Επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα να επιφέρει κάθε αλλαγή που κρίνει αναγκαία για την καλύτερη παρουσίαση της ύλης, χωρίς να αλλοιώνεται η έννοια του κειμένου.

Σημείωση: Κείμενα δημοσιευμένα ή μη, καθώς και σχήματα, φωτογραφίες, διαγράμματα και CD που υποβάλλονται προς δημοσίευση, δεν επιστρέφονται.

Παρακαλώ αποστείλετέ το υλικό προς δημοσίευση στην παρακάτω διεύθυνση:

ΠΡΟΣ: INFO GASTROENTEROLOGY, Υπόψη Γραμματείας
DOCTORSmedia, ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 330, 153 41 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
Τηλ.: 210-6538508, e-mail: info@doctorsmedia.gr
www.doctorsmedia.gr

EDITORIAL

Αγαπητοί αναγνώστες,

το πρώτο τεύχος του περιοδικού μας για το 2023 είναι εδώ με πλούσιο και επικαιροποιημένο περιεχόμενο κι ευελπιστούμε ν' αποτελέσει και φέτος στα χέρια σας ένα χρήσιμο εργαλείο στο κυνήγι των γνώσεων που αφορούν το γνωστικό αντικείμενο της Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας.

Είναι γνωστό ότι το ήπαρ είναι ένα όργανο που γίνεται στόχος διαφόρων ιών, πέρα από τους κλασικούς ηπατοτρόπους, στο πλαίσιο της συστηματικής προσβολής που αυτοί προκαλούν. Η κλινικοεργαστηριακή εικόνα της ηπατικής προσβολής ποικίλλει και κυμαίνεται από ήπια, ασυμπτωματική τρανσαμινασαιμία έως κλασική οξεία ηπατίτιδα και σπανιότερα ηπατική ανεπάρκεια. Οι κκ. Καλοπήτας και Γερμανίδης μας παρουσιάζουν τους κυριότερους από αυτούς τους ιούς, από την επιδημιολογία ως την πρόγνωση και τη θεραπεία, σ' ένα εκτενές και περιεκτικό άρθρο.

Ένα ιδιαίτερα σπάνιο και απαιτητικό στη διαχείριση κλινικό περιστατικό αφορά το δεύτερο άρθρο του παρόντος τεύχους, το οποίο υπογράφουν η κ. Κοβλακίδη και οι συνεργάτες της από τη Β' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ. Πρόκειται για μια ασθενή με πολλαπλά ευμεγέθη ηπατικά αποστήματα, των οποίων η διάγνωση και οριστική αντιμετώπιση παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον.

Από το χώρο της επεμβατικής ενδοσκόπησης έρχεται το τελευταίο άρθρο μας, που αφορά την πολυπεκτομή με ψυχρό βρόχο.

Ο κ. Παπαστεργίου αναλύει διεξοδικά την τεχνική, συγκρίνοντας με άλλες μεθόδους πολυπεκτομής και παρουσιάζοντας πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, ώστε κάθε ενδοσκόπος να έχει μια ξεκάθαρη εικόνα της μεθόδου.

Στη συνέχεια του τεύχους παρουσιάζουμε δύο άρθρα από την πρόσφατη βιβλιογραφία, που αφορούν στη χρήση αντιβιοτικών ως παράγοντα κινδύνου για ΙΦΝΕ και στο post-COVID σχετιζόμενο σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, που πιστεύουμε ότι θα συνεισφέρουν στην ενημέρωσή σας.

Το τεύχος κλείνει όπως πάντα ένα ενδοσκοπικό κουίζ που επιμελείται ο κ. Κρανιδιώτης και οι συνεργάτες του από τη Γαστρεντερολογική Κλινική του Ν.Ν.Α. και αφορά στη διαχείριση ασθενούς με σιδηροπενική αναιμία. Σας προσκαλούμε να δοκιμάσετε τις γνώσεις σας.

Με την ευχή τη χρονιά που διανύουμε ν' αφήσουμε πίσω μας τα εμπόδια που έφερε η πανδημία και ν' αφοσιωθούμε ανεμπόδιστα στη φροντίδα των ασθενών και στην επιστημονική πρόοδο στην ειδικότητά μας, σας ευχόμαστε καλή ανάγνωση!

Για τη Συντακτική Επιτροπή
Γεώργιος Κόντος



ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ: **CABOMETYX**

Ηπατιδομιμητικοί ιοί και ήπαρ

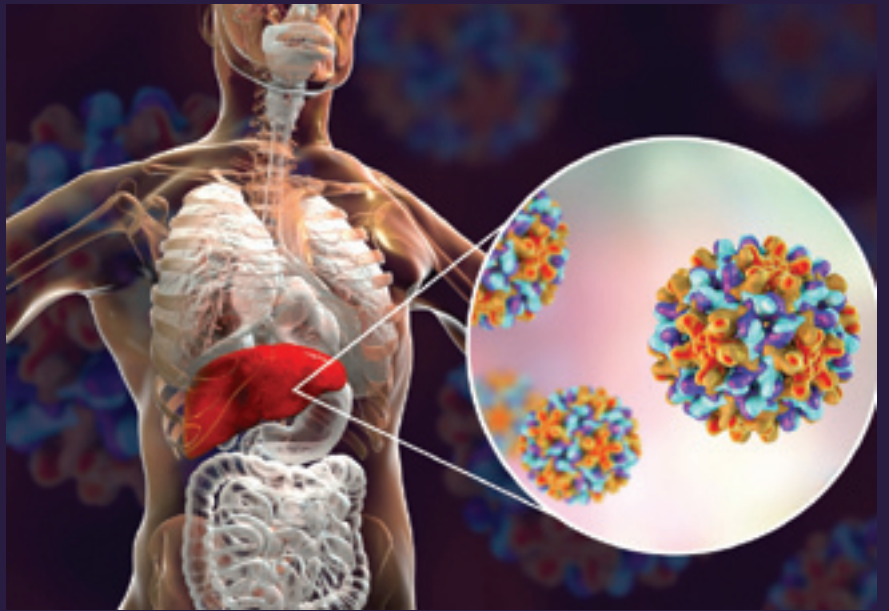
Γ.ΚΑΛΟΠΗΤΑΣ¹, Γ.ΓΕΡΜΑΝΙΔΗΣ²

¹Ειδικός Γαστρεντερολόγος, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

²Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Βασικά σημεία

- Η ήπια αύξηση των τιμών της ηπατικής βιοχημείας είναι ένα συχνό χαρακτηριστικό πολλών συστηματικών ιογενών λοιμώξεων.
- Ιογενείς λοιμώξεις μπορούν στα πλαίσια συστηματικής λοίμωξης να προκαλέσουν ηπατική βλάβη, η οποία ποικίλλει από ήπια ασυμπτωματική άνοδο στα επίπεδα των τρανσαμινασών έως και την οξεία ικτερική ηπατίτιδα ή και σπανιότατα την οξεία ηπατική ανεπάρκεια.
- Η κλινικοεργαστηριακή τους εικόνα μπορεί να μη διαφέρει από αυτή των κύριων ηπατοτρόπων ιών.
- Η ύφεση της συστηματικής λοίμωξης έχει συνήθως ως αποτέλεσμα την αποκατάσταση των τιμών της ηπατικής βιοχημείας.
- Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί ειδική αντιϊκή θεραπεία ή ακόμη και μεταμόσχευση ήπατος.



ΟΡΙΣΜΟΣ

Με τον όρο ηπατιδομιμητικοί ορίζονται οι ιοί που δεν ανήκουν στους κλασικούς ηπατοτρόπους ιούς και μπορεί να προκαλέσουν ηπατοκυτταρική βλάβη στα πλαίσια συστημα-

τικής λοίμωξης ή προσβολής άλλου πρωταρχικού οργάνου.

Η ηπατική βλάβη που προκαλείται είναι κατά κανόνα ήπια και διαγιγνώσκεται στα πλαίσια εργαστηριακού ελέγχου που διενεργείται λόγω της συστηματικής ιογενούς λοίμωξης ή προσβολής άλλου κύριου οργάνου στόχου.

Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις συνήθως σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς μπορεί να εμφανιστεί οξεία ικτερική ηπατίτιδα ή και κεραινοβόλος ηπατική ανεπάρκεια.

στο Δυτικό κόσμο. Τα επιμέρους βασικά χαρακτηριστικά τους συνοψίζονται στον Πίνακα 2.

CMV

Η οροθετικότητα του CMV στο γενικό πληθυσμό αυξάνει με την ηλικία και στους ενήλικες το 30-70% έχει προηγηθείσα λοίμωξη με CMV. Η πρωτοπαθής λοίμωξη είναι συχνότερη κατά την εφηβεία. Συγγενής λοίμωξη με CMV εμφανίζεται συχνότερα σε νεογνά νεαρών μητέρων.

Η πρωτοπαθής λοίμωξη από CMV σε ανοσοεπαρκή άτομα, συνήθως είναι ασυμπτωματική. Κλινικά μπορεί να εμφανιστεί με σύνδρομο λοιμώδους μονοπυρήνωσης παρόμοιο με αυτό της λοίμωξης από τον EBV. Τα συνήθη συμπτώματα του συνδρόμου είναι πυρετός, μυαλγίες, αυχενική λεμφαδενοπάθεια και στα 3/4 των περιπτώσεων παρατηρούνται ήπιες αυξήσεις στις τιμές των ηπατικών ενζύμων.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι πιο συχνοί ηπατιδομιμητικοί ιοί είναι οι ερπητοϊοί CMV (ή ανθρωπίνος ερπητοϊός τύπου 5), EBV (ή ανθρωπίνος ερπητοϊός τύπου 4), HSV (τύπου 1+2), προσφάτως ο SARS-CoV-2 καθώς και άλλοι πιο σπάνιοι ιοί στο δυτικό κόσμο (Πίνακας 1).

Στα παρακάτω εδάφια θα γίνει αναφορά στους πιο συχνούς ηπατιδομιμητικούς ιούς

Πίνακας 1. Ηπατιδομιμητικοί ιοί

Ιοί που συχνά προκαλούν ηπατική βλάβη

- CMV
- EBV

Ιοί που λιγότερο συχνά προκαλούν ηπατική βλάβη

- HSV
- VZV
- Αδενοϊός
- Ιός της γρίπης (Influenza)
- SARS-CoV-2
- HIV
- HHV-6

Ιοί σπάνιοι στο δυτικό κόσμο που συχνά προκαλούν ηπατική βλάβη

- Ebola
- Δόγκειος ιός
- Chikungunya



BIANEE **A.E.**
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ: **LAPRAZOL**



Πίνακας 1. Βασικά χαρακτηριστικά των πιο συχνών ηπατιδοιμμικτικών ιών στο Δυτικό κόσμο

Ιός	Ιστολογική εικόνα ήπατος	Βαρύτητα Ηπατικής Βλάβης	Θεραπεία
CMV	Λοβιδιακά αποστημάτια, πυρηνικά/κυτταροπλασματικά έγκλειστα που προσομοιάζουν με «μάτι κουκουβάγιας»	Συνήθως ήπια, σπανίως σοβαρή	Γκανσικλοβίρη
EBV	Διάχυτη λεμφοκυτταρική διήθηση ηπατοκυττάρων, κολποειδών και πυλαίων διαστημάτων, EBER θετική χρώση	Συνήθως ήπια, σπανίως σοβαρή	-
HSV	Ηπατοκυτταρική νέκρωση, HSV-DNA θετικά ηπατοκύτταρα, σωματίδια Cowdry τύπου Α	Συχνά σοβαρή	Ασικλοβίρη
SARS-CoV-2	Στεάτωση μετρίου βαθμού, ήπια λοβιδιακή και περιπυλαία φλεγμονή	Ήπια	Υποστηρικτική θεραπεία

Με τον όρο CMV ηπατίτιδα εννοούμε την ανεύρεση αυξημένων τιμών τρανσαμινασών ή ακόμη και χολερυθρίνης, με την ταυτόχρονη απομόνωση του CMV στο υλικό της βιοψίας ήπατος, ενώ παράλληλα έχουν αποκλειστεί άλλα αίτια ηπατίτιδας. Κλινικά σημεία και συμπτώματα περιλαμβάνουν την ευαισθησία στο δεξί υποχόνδριο και τον ίκτερο.

Η λοίμωξη από CMV σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα μπορεί να είναι αποτέλεσμα είτε πρωτοπαθούς λοίμωξης, είτε αναζωπύρωσης του ιού. Η ηπατική βλάβη από CMV συνήθως είναι πιο σοβαρή σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα. Στους ασθενείς αυτούς συχνά συνυπάρχει ταυτόχρονη προσβολή του γαστρεντερικού συστήματος από τον CMV με συμπτώματα όπως ναυτία, έμετοι και διαρροϊκές/αιμορραγικές κενώσεις. Η λοίμωξη από τον CMV δεν είναι σπάνια σε άτομα που πάσχουν από το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS) και έχει συσχετισθεί με στενώσεις του χοληφόρου δέντρου (AIDS χολαγγειοπάθεια).

Η διάγνωση της CMV λοίμωξης διενεργείται είτε άμεσα με τη χρήση της PCR ή και με καλλιέργεια και απομόνωση του ιού από βιολογικά υλικά είτε έμμεσα με ιστολογικές ενδείξεις της λοίμωξης, όπως τα χαρακτηριστικά έγκλειστα, σε περιπτώσεις όπου υπάρχει συμβατή κλινικοεργαστηριακή εικόνα.

Όσον αφορά στον ανοσολογικό έλεγχο, αυτός είναι χρήσιμος για τον καθορισμό της ορολογικής εικόνας του ασθενούς είτε προμεταμοσχευτικά είτε σε περιπτώσεις ανοσοκαταστολής και όχι για τη διάγνωση οξείας πρωτοπαθούς λοίμωξης. Εξάιρεση αποτελούν ανοσοεπαρκείς ασθενείς στους οποίους ανευρίσκονται θετικά IgM αντισώματα. Η λοίμωξη συνήθως ορίζεται ως οξεία πρωτοπαθής, αν ο ασθενής δεν έχει ενδείξεις προηγούμενης λοίμωξης σε προηγούμενο έλεγχο δηλαδή αρνητικά IgG αντι-CMV και αυτά θετικοποιηθούν ή αν παρατηρηθεί 4πλάσια αύξηση του τίτλου των IgG αντι-CMV σε χρονικό διάστημα 2-4 εβδομάδων.

Η διάγνωση της CMV ηπατίτιδας προϋποθέτει το συνδυασμό της συμβατής κλινικοεργαστηριακής εικόνας με την ταυτόχρονη απομόνωση του ιού στο υλικό της βιοψίας ήπατος ή/και της χαρακτηριστικής ιστολογικής εικόνας με πυρηνικά/κυτταροπλασματικά έγκλειστα, που προσομοιάζουν με «μάτι κουκουβάγιας».

Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί με το σάλιο, τα ούρα και τα υγρά του γεννητικού συστήματος. Ο ιός μετά την πρωτοπαθή λοίμωξη παραμένει σε λανθάνουσα κατάσταση στα λευκά αιμοσφαίρια και στα επιθηλιακά κύτταρα. Για την εκδήλωση λοίμωξης, πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς, πρέπει ο ιός να βρει τις κατάλληλες συνθήκες για να πολλαπλασιαστεί στα κύτταρα, μια κατάσταση άμεσα σχετιζόμενη με την επάρκεια του αμυντικού συστήματος του ασθενούς. Ασθενείς που βρίσκονται υπό ανοσοκατασταλτική αγωγή ή που πάσχουν από HIV είναι πιο επιρρεπείς στην πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή λοίμωξη από CMV.

Η σοβαρή ηπατική βλάβη από τον CMV χαρακτηρίζεται ιστολογικά από μικροαποστημάτια στο ηπατικό παρέγχυμα, μικρές συναθροίσεις φλεγμονωδών κυττάρων (κυρίως ουδετερόφιλων) σε όλο το ηπατικό λόβιο, με πυρηνικά ή και κυτταροπλασματικά έγκλειστα, που προσομοιάζουν με «μάτι κουκουβάγιας».

Περισσότερο από το 70% των ενηλίκων στο γενικό πληθυσμό έχει οροθετικότητα για προηγούμενη λοίμωξη από τον EBV. Η πρωτοπαθής λοίμωξη από τον ιό έχει την τυπική κλινική εικόνα της λοίμωξης μονοκυρηνώσης με πυρετό, λεμφαδενοπάθεια, φαρυγγίτιδα, σπληνομεγαλία. Εργαστηριακά εμφανίζεται λευκοκυττάρωση και εμφάνιση άτυπων λεμφοκυττάρων στο περιφερικό αίμα.

EBV

Σε μεγάλο ποσοστό των ασθενών με EBV λοίμωξη μονοκυρηνώση (έως και 90%) εμφανίζονται ήπιες έως και σημαντικές αυξήσεις των επιπέδων των τρανσαμινασών, οι οποίες συνήθως υποχωρούν αυτόματα. Σε ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 40 ετών, η πρωτολοίμωξη από τον EBV μπορεί να εμφανιστεί με πυρετό, κοιλιακό άλγος και αυξημένες τιμές αλκαλικής φωσφατάσης και τραν-

σαμινασών. Σε ένα ποσοστό 5-10% εμφανίζεται χολοστατικός ίκτερος (σοβαρή ηπατίτιδα από τον EBV) και η θνησιμότητα σε αυτές τις περιπτώσεις αγγίζει το 5% τόσο σε ανοσοεπαρκή όσο και σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα. Μια άλλη σπάνια κλινική οντότητα είναι η χρόνια EBV λοίμωξη, η οποία χαρακτηρίζεται από εμπύρετο, ηπατοσπληνομεγαλία, λεμφαδενοπάθεια, πανκυτταροπενία και ηπατίτιδα με αυξημένες τιμές των τρανσαμινασών. Ακόμη η EBV λοίμωξη είναι δυνατόν να πυροδοτήσει αυτοάνοση ηπατίτιδα με τη χαρακτηριστική ιστολογική εικόνα και θετικά αυτοαντισώματα.

Η διάγνωση της EBV λοίμωξης γίνεται με το συνδυασμό της κλινικής εικόνας, της χαρακτηριστικής εικόνας των άτυπων λεμφοκυττάρων στο περιφερικό αίμα και των ορολογικών τεστ. Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με οξεία λοίμωξη από τον EBV έχει θετικά IgM ετερόφιλα αντισώματα. Η ανεύρεση θετικών IgM anti-EBV-VCA είναι ενδεικτική οξείας ή πρόσφατης λοίμωξης με τον ιό. Η διάγνωση της ηπατίτιδας οφειλόμενη στον EBV γίνεται με το συνδυασμό κλινικής συμπτωματολογίας, παθολογικών τιμών ηπατικής βιοχημείας και ανοσολογικού ελέγχου (θετικά IgM anti-EBV-VCA). Η επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνεται με τις χαρακτηριστικές ιστολογικές βλάβες από τη βιοψία ήπατος. Η μετάδοση του ιού γίνεται με τις εκκρίσεις του ρινοφάρυγγα. Υπάρχουν ακόμη ενδείξεις μετάδοσης με τη σεξουαλική επαφή και με το θηλασμό από τις μητέρες στα νεογνά. Ο χρόνος επώασης υπολογίζεται σε 8-21 ημέρες. Ο ιός αρχικά πολλαπλασιάζεται στα επιθηλιακά κύτταρα του ρινοφάρυγγα, έπειτα εισέρχεται στη συστηματική κυκλοφορία όπου προσβάλλει τα B-λεμφοκύτταρα και συνεχίζει να πολλαπλασιάζεται με αποτέλεσμα την ενεργοποίηση της T-κυτταρικής ανοσίας. Ο EBV μπορεί να παραμείνει σε λανθάνουσα κατάσταση στα B-λεμφοκύτταρα και να οδηγήσει σε καρκινογένεση.

Η ιστολογική εικόνα του ήπατος στην EBV ηπατίτιδα περιλαμβάνει τη διάχυτη λεμφοκυτταρική διήθηση των ηπατοκυττάρων, των κολποειδών και των πυλαίων διαστημάτων, με συνοδό στεάτωση και ανεύρεση του ιού στο ηπατικό παρέγχυμα.

Η ιστολογική εικόνα του ήπατος στην EBV ηπατίτιδα περιλαμβάνει τη διάχυτη λεμφοκυτταρική διήθηση των ηπατοκυττάρων, των κολποειδών και των πυλαίων διαστημάτων, με συνοδό στεάτωση και ανεύρεση του ιού στο ηπατικό παρέγχυμα.

Η ιστολογική εικόνα του ήπατος στην EBV ηπατίτιδα περιλαμβάνει τη διάχυτη λεμφοκυτταρική διήθηση των ηπατοκυττάρων, των κολποειδών και των πυλαίων διαστημάτων, με συνοδό στεάτωση και ανεύρεση του ιού στο ηπατικό παρέγχυμα.

Η ιστολογική εικόνα του ήπατος στην EBV ηπατίτιδα περιλαμβάνει τη διάχυτη λεμφοκυτταρική διήθηση των ηπατοκυττάρων, των κολποειδών και των πυλαίων διαστημάτων, με συνοδό στεάτωση και ανεύρεση του ιού στο ηπατικό παρέγχυμα.

Η ιστολογική εικόνα του ήπατος στην EBV ηπατίτιδα περιλαμβάνει τη διάχυτη λεμφοκυτταρική διήθηση των ηπατοκυττάρων, των κολποειδών και των πυλαίων διαστημάτων, με συνοδό στεάτωση και ανεύρεση του ιού στο ηπατικό παρέγχυμα.

HSV

Ο επιπολασμός των δύο τύπων του ιού HSV (HSV-1 και HSV-2) στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου 20%-25%, ενώ ασθενείς με άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα εμφανίζουν πιο ψηλά ποσοστά επιπολασμού.

Η οξεία λοίμωξη από τον HSV μπορεί να διαδράμει υποκλινικά, τυπικά όμως εκδηλώνεται με στοματοφαρυγγικά έλκη ή έλκη των

γεννητικών περιοχών. Ακόμη μπορεί να εμφανιστεί με συστηματικά συμπτώματα όπως πυρετός, κεφαλαλγία, μυαλγίες, περιφερική λεμφαδενοπάθεια, σε συνδυασμό με τις τυπικές βλεννογονοδερματικές βλάβες. Ένα ποσοστό 14% των ασθενών με οξεία HSV γεννητική λοίμωξη μπορεί να εμφανίσουν ήπια υποκλινική αύξηση των τιμών των τρανσαμινασών. Σε σπάνιες περιπτώσεις αιμιάς μπορεί να εμφανιστεί προσβολή πολλαπλών οργάνων από τον ιό όπως οισοφαγίτιδα, πνευμονίτιδα και ηπατίτιδα, η οποία συνήθως συνοδεύεται από διάχυτη ενδαγγειακή πήξη.

Η ηπατίτιδα από τον HSV είναι αποτέλεσμα αιμιάς και συστηματικής λοίμωξης από τον ιό. Η HSV ηπατίτιδα συνήθως συμβαίνει σε νεογνά, έγκυες γυναίκες και ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Στα νεογνά εμφανίζεται στο ένα τέταρτο των νεογνών που μολύνονται από τον ιό και εκδηλώνεται ως πολυσυστηματική λοίμωξη με εκδηλώσεις από το αναπνευστικό, το δέρμα, τους βλεννογόνους, τα επινεφρίδια, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Σε υγιείς ενήλικες, η HSV ηπατίτιδα είναι εξαιρετικά σπάνια. Συμβαίνει συνήθως κατά την οξεία λοίμωξη με τον ιό. Οι ασθενείς

εμφανίζουν πυρετό, λευκοπενία, ευαισθησία στο δεξί υποχόνδριο, ίκτερο και αυξημένες τιμές τρανσαμινασών ορού. Χωρίς θεραπεία η νόσος εξελίσσεται σε οξεία ηπατική ανεπάρκεια σε σύντομο χρονικό διάστημα με συνοδό διάχυτη ενδαγγειακή πήξη.

Η διάγνωση της πρωτοπαθούς λοίμωξης γίνεται επί κλινικής υποψίας (παρουσία βλεννογονοδερματικών βλαβών) και επιβεβαιώνεται με βιοψία των βλαβών και ανάλυση τους με χρώση Gram ή Wright ή με απομόνωση του ιού στο υλικό βιοψίας. Τα αντισώματα έναντι του HSV δεν είναι παθογνωμονικά της πρωτολοίμωξης, αφού αυξημένη τιμή των IgM ή τετραπλασιασμός των IgG μπορεί να παρατηρηθούν και σε αναζωπύρωση του HSV.

Η διάγνωση της HSV λοίμωξης επιπλεγμένης με κεραυνοβόλο ηπατίτιδα γίνεται με το συνδυασμό της υψηλής κλινικής υποψίας (κλινικοεργαστηριακή εικόνα οξείας ηπατίτιδας και εξελισσόμενης ηπατικής ανεπάρκειας), της ανίχνευσης του DNA του ιού στο αίμα και της χαρακτηριστικής ιστολογικής εικόνας. Το γεγονός ότι οι τυπικές βλεννογονοδερματικές εκδηλώσεις εμφανίζονται σε ένα ποσοστό μικρότερο από το 50% των πε-

ριπτώσεων καθιστά τη διάγνωση πιο δύσκολη. Η διάγνωση της HSV ηπατίτιδας στα νεογνά χρειάζεται υψηλό δείκτη κλινικής υποψίας, καθώς η πλειοψηφία των μητέρων των νεογνών αυτών δεν αναφέρει προηγούμενη λοίμωξη από τον HSV και δεν έχει κλινικά ευρήματα από τα γεννητικά όργανα.

Ο ιός τυπικά μεταδίδεται μετά από στενή επαφή με βλεννογονικές ή δερματικές βλάβες, με τις γεννητικές και τις οροφαρυγγικές εκκρίσεις να αποτελούν τις κύριες πηγές μόλυνσης από τον ιό. Αφού ο ιός εισέλθει στον ξενιστή, αναπαράγεται στα επιθηλιακά κύτταρα του ξενιστή και προκαλεί οξεία λοίμωξη. Μετά την ύφεση της πρωτολοίμωξης μεταναστεύει μέσω των νευραξόνων στα αισθητικά νωτιαία και κρανιακά γάγγλια, όπου παραμένει σε κατάσταση λανθάνουσας λοίμωξης εφ' όρου ζωής. Σε καταστάσεις στρες και ανοσοκαταστολής ο ιός μπορεί να αναζωπυρωθεί μεταναστεύοντας αντίστροφα στις δερματικές και βλεννογονικές επιφάνειες.

Τα τυπικά ιστολογικά ευρήματα σε HSV ηπατίτιδα περιλαμβάνουν εκτεταμένη νέκρωση σε μεγάλες περιοχές του ηπατικού παρεγχύματος με συνοδό συμφόρηση και HSV-DNA θετικά ηπατοκύτταρα σε in-situ υβριδισμό. ⇨

STIPLEVO™

Συμπλήρωμα διατροφής με βάση την τεχνολογία S&R LAX™.

Ένα μοναδικό μείγμα φυτικών συστατικών και εκχυλισμάτων από: Σέννα (Senna), Φραγκούλα (Fragula), Κασκάρα (Cascara), Ραβέντι (Rhubarb), Φρουκτοολιγοσακχαρίτες (Flucto-Oligosaccharides-FOS), Μολόχα (Mallow), Μελισσόχορτο (Lemon balm), Βότανο Μπόλντο (Boldo), Μάραθος (Fennel), Κανέλα (Cinnamon) και Βερβένα (Vervain).



Αριθμ. Γνωστ. ΕΟΦ: 9619/01-02-2022. Το προϊόν δεν υπόκειται σε διαδικασία αδειοδότησης. Τα συμπληρώματα διατροφής δεν αποτελούν υποκατάστατα μιας ισορροπημένης και ποικίλης διαίτας και ενός υγιεινού τρόπου ζωής και δεν προορίζονται για την πρόληψη, αγωγή ή θεραπεία ανθρώπινης νόσου.

Μια φυσική απάντηση για την **ανακούφιση** και την **καλή λειτουργία του εντέρου**



FARMACEUTICI

Παράγεται και συσκευάζεται από:
S&R Farmaceutici S.p.A.
Via dei Pioppi, 2, 06083 Bastia Umbra, (Perugia) - Italia
www.srfarmaceutici.com



Διανομή και διάθεση στην Ελλάδα από την:
ADELCO - Βιομηχανία Φαρμάκων & Καλλυντικών Α.Ε.
Πειραιώς 37, 183 46 Μοσχάτο, Τηλ.: 210 4819311-13
e-mail: info@adelco.gr, www.adelco.gr



ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σε περιπτώσεις ηπατικής βλάβης από ηπατιτιδομιμητικούς ιούς, πρέπει πάντα να αποκλείεται η λοίμωξη/συλλοίμωξη από τους κλασικούς ιούς ηπατίτιδας (A,B,C,D,E). Ακόμη, άλλες αιτίες ηπατικής βλάβης θα πρέπει να αποκλειστούν, όπως φάρμακα, αλκοόλ, μεταβολικά νοσήματα του ήπατος, ισχαιμική ηπατίτιδα κ.α. Όσον αφορά στον EBV και τον CMV, θα πρέπει να αποκλειστούν άλλα σύνδρομα που προσομοιάζουν με σύνδρομο λοιμώδους μονοκυττάρωσης, όπως τοξοπλάσμωση, λεμφώματα, αιματολογικές κακοήθειες. Σε περίπτωση εκδήλωσης κοιλιακού άλγους με συνοδό ίκτερο θα πρέπει να αποκλείεται η ύπαρξη παθολογίας από τα χοληφόρα. Ο συνδυασμός εργαστηριακού/ορολογικού ελέγχου και υπερηχογραφήματος ήπατος είναι απαραίτητος για τη διαφορική διάγνωση.

Όσον αφορά στον SARS-CoV-2, επι ύπαρξης περαιτέρω ενδείξεων (άλγος δεξιού υποχονδρίου, υπερχολερυθριναιμία, μεγάλη αύξηση τιμών τρανσαμινασών και χολοστατικών ενζύμων, ηπατοσπληνομεγαλία) θα πρέπει να αναζητούνται άλλες αιτίες αύξησης των ηπατικών ενζύμων.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

CMV

Η CMV ηπατίτιδα σε ανοσοεπαρκή άτομα συνήθως υποχωρεί αυτομάτως. Έχουν αναφερθεί βιβλιογραφικά σπάνιες περιπτώσεις ηπατικής ανεπάρκειας από CMV ηπατίτιδα και σπάνιες περιπτώσεις θρόμβωσης της πυλαίας φλέβας. Ανοσοεπαρκή άτομα συνήθως δεν χρήζουν θεραπείας εκτός σπάνιων περιπτώσεων όπου εμφανίζεται σοβαρή ή απειλητική για τη ζωή λοίμωξη. Ανοσοκατεσταλμένα άτομα σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση αναζωπύρωσης του CMV συνήθως εξετάζονται με PCR προληπτικά ή θεραπεύονται προφυλακτικά με αντιϊκά φάρμακα.

Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν τη γκανσικλοβίρη, τη φוסκαρνέτη και τη σιδοφοβίρη. Η γκανσικλοβίρη χρησιμοποιείται συχνότερα καθώς είναι λιγότερο τοξική, ενώ η φוסκαρνέτη και η σιδοφοβίρη χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις ανθεκτικών στελεχών. Η θεραπεία διαρκεί συνήθως δύο έως τέσσερις εβδομάδες και εξαρτάται από τη βαρύτητα της νόσου και τη βαρύτητα της ανοσοκαταστολής. Η εμφάνιση CMV λοίμωξης μετά από μεταμόσχευση οργάνων μπορεί να προληφθεί με τη χρήση προφυλακτικής θεραπείας για 3-6 μήνες μετά τη μεταμόσχευση, συνεχή ή διαλείπουσα.

EBV

Παρότι οι θάνατοι από σύνδρομο λοιμώδους μονοκυττάρωσης είναι σπάνιοι, ένας

Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να ανευρεθούν τα σωματίδια Cowdry τύπου A (ηωσινοφιλικά ενδοκυτταρικά έγκλειστα). Έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία και σπάνιες περιπτώσεις χρόνιας HSV ηπατίτιδας με συνοδό σοβαρή ίνωση.

SARS-CoV-2

Στο τέλος του 2019 ο SARS-CoV-2, ένας νέος κορονοϊός, αναγνωρίστηκε ως αίτιο μεγάλης συρροής ιογενών πνευμονιών στην πόλη Wuhan της Κίνας. Ταχύτητα ο ιός αυτός εξαπλώθηκε σχεδόν σε όλα τα κράτη του κόσμου, μολύνοντας εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως, και έλαβε διαστάσεις πανδημίας. Το κλινικό φάσμα της λοίμωξης μπορεί να κυμαίνεται από ασυμπτωματική νόσο σε ένα ποσοστό έως 40%, ήπια λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού έως και σοβαρή πνευμονία με σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας. Ασθενείς με προχωρημένη ηλικία ή/και σοβαρές συννοσηρότητες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης σοβαρής νόσου.

Τα πιο συχνά εμφανιζόμενα συμπτώματα είναι βήχας, μυαλγίες, πυρετός, ανοσμία, αγευσία, κεφαλαλγία και συμπτώματα από το γαστρεντερικό όπως διάρροιας και έμετοι. Η τυπική κλινική εκδήλωση της σοβαρής νόσου είναι πυρετός, βήχας, δύσπνοια, υποξυγοναιμία η οποία χαρακτηρίζεται από διηθήσεις και χαρακτηριστική ακτινολογική εικόνα από την απεικόνιση θώρακος. Το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας που είναι η μείζονα επιπλοκή της νόσου μπορεί να εμφανιστεί σύντομα μετά την έναρξη της δύσπνοιας. Συγκεκριμένα εργαστηριακά ευρήματα όπως η λεμφοπενία, η αύξηση των D-Dimers και των δεικτών φλεγμονής έχουν συσχετισθεί με τη σοβαρή Covid-19 λοίμωξη.

Οι νοσηλεύόμενοι ασθενείς με COVID-19 λοίμωξη εμφανίζουν σε ένα ποσοστό 20-50% υποκλινική αύξηση των τιμών των τρανσαμι-

νασών. Η αύξηση στις τιμές των τρανσαμινασών είναι συνήθως ήπια (<5 φορές α.φ.τ.), παρόλ' αυτά σε μεμονωμένες περιπτώσεις έχουν αναφερθεί περιστατικά σοβαρής οξείας ηπατίτιδας.

Όσον αφορά στην παθοφυσιολογία της ηπατικής βλάβης στην Covid-19 λοίμωξη, έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες χωρίς κάποια να έχει τεκμηριωθεί ακόμη. Αν και ο ιός εισέρχεται και πολλαπλασιάζεται μέσω των ACE-2 υποδοχέων οι οποίοι είναι άφθονοι στο χολαγγειοκύτταρο, η βλάβη που προκαλεί ο SARS-CoV-2 είναι κατά κανόνα ηπατοκυτταρική και όχι χολοστατική. Ακόμη, σ' ένα ποσοστό 50% των ασθενών, ο ιός απομονώθηκε στα κόπρανα, ενώ σε ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών ο ιός εκδηλώνεται με συμπτώματα από το γαστρεντερικό όπως κοιλιακό άλγος και διάρροια. Συνεπώς λόγω της αφθονίας του ιού στο λεπτό έντερο, είναι επόμενο να υπάρχει έκθεση των ηπατοκυττάρων στον ιό μέσω του πυλαίας κυκλοφορίας. Η φλεγμονή που παρατηρείται κατά την κυτταροκινική καταιγίδα όπως επίσης και μεταβολικές διαταραχές που προκαλούνται στα ηπατοκύτταρα σχετιζόμενες με την υποξία είναι άλλοι πιθανοί μηχανισμοί πρόκλησης ηπατικής βλάβης στην COVID-19 λοίμωξη. Επιπρόσθετα, η ηπατική βλάβη στην COVID-19 λοίμωξη είναι πιθανό να είναι αποτέλεσμα της χρήσης αντιβιοτικών, αντιϊκών και άλλων πειραματικών φαρμάκων (όπως για παράδειγμα remdesivir, lopinavir, tocilizumab κ.α.).

Η ιστολογική εικόνα του ήπατος στην COVID-19 λοίμωξη είναι μη ειδική και συνήθως περιλαμβάνει μικροφουσαλιδώδη στεάτωση μετρίου βαθμού με ήπια λοβιδιακή και περιπυλαία φλεγμονή και σε μερικές περιπτώσεις ηπατική συμφόρηση και εστιακή ηπατική νέκρωση, χωρίς όμως να έχει απομονωθεί ο ιός στο ηπατικό παρέγχυμα.

στους δύο θανάτους αποδίδονται σε οξεία ηπατική ανεπάρκεια. Παρόλ' αυτά λιγότερο από το 1% των περιπτώσεων οξείας ηπατικής ανεπάρκειας αποδίδονται στον EBV. Ακόμη, 3 στους 4 ασθενείς με οξεία ηπατική ανεπάρκεια από τον EBV με βάση βιβλιογραφικά δεδομένα θα χρειαστούν μεταμόσχευση ήπατος.

Δεν υπάρχουν μέχρι στιγμής αποτελεσματικές θεραπείες για την ηπατίτιδα από τον EBV. Η θεραπεία είναι κυρίως συμπτωματική. Η ασυκλοβίρη αναστέλλει τον EBV in vitro και δρα στο λυτικό κύκλο του ιού, με φτωχά αποτελέσματα στο ήπαρ. Σε περιπτώσεις εκδήλωσης μη αναστρέψιμης οξείας ηπατικής ανεπάρκειας από τον EBV, η μεταμόσχευση ήπατος αποτελεί συνήθως τη μόνη θεραπευτική επιλογή.

HSV

Σε περιπτώσεις έγκαιρης διάγνωσης της HSV ηπατίτιδας, τα ποσοστά θεραπείας είναι υψηλά με την κατάλληλη αντιϊκή θεραπεία. Σε αντίθετη περίπτωση εμφανίζεται θανατηφόρος ηπατική ανεπάρκεια με τα ποσοστά θνησιμότητας να φθάνουν έως και το 75% των περιπτώσεων.

Η έγκαιρη έναρξη θεραπείας με ασυκλοβίρη (σε δόση 10mg/kg σε 3 ημερήσιες χορηγήσεις) είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην οξεία HSV ηπατίτιδα. Απαιτείται στενή παρακολούθηση και ενυδάτωση του ασθενούς λόγω αυξημένης πιθανότητας εμφάνισης επιπλοκών από την αγωγή (νεφροτοξικότητα, ανειθύμητες ενέργειες από το Κ.Ν.Σ.). Σε περίπτωση εμφάνισης ανθεκτικότητας στην ασυκλοβίρη, η φοσκαρνέτη και η σιδοφοβίρη αποτελούν εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές. Σε περιπτώσεις μη ανταπόκρισης στη θεραπεία και εξέλιξης σε κεραυνοβόλο ηπατική ανεπάρκεια, η πιθανότητα της μεταμόσχευσης ήπατος πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν.

SARS-CoV-2

Η αύξηση των τιμών των τρανσαμινασών φαίνεται να σχετίζεται με τη βαρύτητα και τη δυσμενή έκβαση της νόσου. Πρόσφατα δεδομένα καθιστούν τη Μη Αλκοολική Λιπώδη Νόσο του Ήπατος ως ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για την εκδήλωση σοβαρής COVID-19 λοίμωξης. Ακόμη, η ύπαρξη προϋπάρχουσας χρόνιας ηπατικής νόσου καθιστά τους ασθενείς με COVID-19 επιρρεπείς σε μεγαλύτερο κίνδυνο σοβαρής ηπατι-

κής βλάβης και εκδήλωσης οξείας επί χρόνιας ηπατικής ανεπάρκειας. Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία για την ηπατική βλάβη από την COVID-19 λοίμωξη, η οποία κατά κανόνα είναι ήπια. Η θεραπεία είναι συμπτωματική και οι τιμές της ηπατικής βιοχημείας αποκαθίστανται με το πέρας της λοίμωξης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adams DH, Hubscher SG. Systemic viral infections and collateral damage in the liver. *Am J Pathol.* 2006; 168:1057-1059.
- Mellinger JL, Rossaro L, Naugler WE, et al. Epstein-Barr virus (EBV) related acute liver failure: a case series from the US Acute Liver Failure Study Group. *Dig Dis Sci.* 2014;59:1630-1637.
- Tapper EB, Curry MP. Hepatitis Caused by Other Viruses. *Handbook of Liver Disease.* 2018;78-83.
- Gupta A, Madhavan MV, Sehgal K, et al. Extrapulmonary manifestations of COVID-19. *Nat Med.* 2020 Jul;26(7):1017-1032
- Asselah T, Durantel D, Pasmant E, et al. COVID-19: Discovery, diagnostics and drug development. *J Hepatol.* 2021;74(1):168-184.

IG

Μια ασθενής με ιδιαίτερα ηπατικά αποστήματα

ΕΛΕΝΗ ΚΟΒΛΑΚΙΔΗ, ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ ΚΡΑΝΙΔΙΩΤΗ, ΜΑΡΙΑ ΠΗΡΟΥΝΑΚΗ, ΓΕΩΡΓΙΑ ΚΑΦΙΡΗ, ΜΕΛΑΝΙ ΝΤΟΪΤΣ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ

Β΄ Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Γυναίκα 46 ετών διακομίστηκε στο ΤΕΠ από επαρχιακό νοσοκομείο όπου νοσηλεύονταν λόγω πυρετού έως 39 °C με ρίγος από δεκαήμερου και συνοδού άλγους δεξιού υποχονδρίου. Πρόκειται για ασθενή με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, η οποία διέμενε σε επαρχιακή πόλη.

Κατά τη νοσηλεία της εκεί παρουσίαζε αυξημένους δείκτες φλεγμονής και ήπια διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας, ενώ στην CT και MRI άνω και κάτω κοιλίας είχαν αναδειχθεί ευμεγέθη ηπατικά αποστήματα. Λάμβανε ήδη εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή χωρίς να παρουσιάζει κλινική ή εργαστηριακή ανταπόκριση.

Κατά την άφιξή της ήταν αιμοδυναμικά σταθερή και παρουσίαζε πυρετό (38,5 °C), ενώ από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα στις βάσεις των πνευμόνων άμφω, ευαισθησία στην εντω βάθει ψηλάφηση του δεξιού υποχονδρίου χωρίς αναπηδώσα ευαισθησία, καθώς και ψηλαφητό, επώδυνο ήπαρ.

ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ:

WBC: 14.560/μL (Neut: 85%, Lymph: 9%),

Hb: 11 g/dl, Hct: 35%, MCV: 98 fL, PLTs: 417.000/μL, SGOT: 18 U/L, SGPT: 40 U/L, ALP: 185 U/L, γGT: 148 U/L, LDH: 341 U/L, CRP: 279 mg/dl

Στην ακτινογραφία θώρακος απεικονίστηκε μικρή πλευριτική συλλογή αριστερά, ενώ η ακτινογραφία κοιλίας δεν παρουσίαζε παθολογικά ευρήματα.

Η ασθενής εισήχθη στην παθολογική κλινική για περαιτέρω διερεύνηση και τέθηκε σε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με μεροπενέμη, βανκομυκίνη και μετρονιδαζόλη, αφού πρώτα ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος, από τις οποίες στην πορεία δεν απομονώθηκε παθογόνος μικροοργανισμός.

Πραγματοποιήθηκε νέα αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας, όπου ανεδείχθησαν ηπατικά αποστήματα αυξημένα σε αριθμό και διαστάσεις σε σύγκριση με τον προηγούμενο έλεγχο (ενδεικτική διάμετρος βλάβης στο τμήμα VI: 4,5 εκ), ενώ νέα ευρήματα αποτελούσαν διάσπαρτες υπόπυκνες εστίες σπληνός και επικουρικό σπληνίδιο έως 10 κιλ. Στην αξονική τομογραφία θώρακος απεικονίστηκαν μεγάλες υπεζωκοτικές συλλογές άμφω με πυκνοατελεκτασικά στοιχεία στα οπίσθια τμήματα.

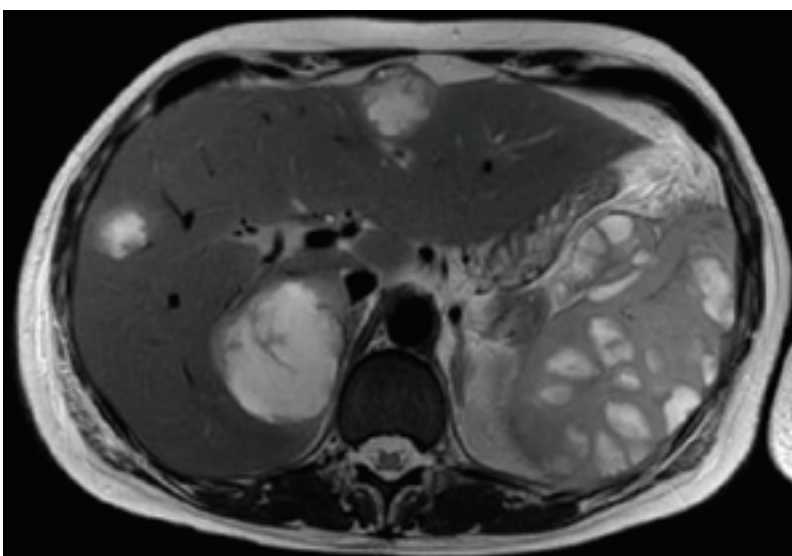
Στη συνέχεια διενεργήθηκε μαγνητική άνω και κάτω κοιλίας με ανάδειξη πολυάριθμων ηπατικών και σπληνικών αποστημάτων, και ειδικότερα αποστήματα ήπατος στον δεξι-

ό λοβό με διαστάσεις 6,3 εκ (VIII-VII), 5,9 εκ (VI), 4,8 εκ (VI), 4,6 εκ (VIII), 2,6 εκ (II) και αποστήματα σπληνός σε όλο το παρέγχυμα του οργάνου από μερικά χιλιοστά έως 2,5-3 εκ.

Στη διαφορική μας διάγνωση συμπεριλήφθηκαν πρωτίστως τα λοιμώδη αίτια (κοινά και άτυπα παθογόνα), η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα (σηπτικά έμβολα ήπατος και σπληνός), η σηπτική πυλαιοφλεβίτιδα σε έδαφος ενδοκοιλιακής λοίμωξης, οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου, καθώς και το ενδεχόμενο των κοκκιομάτων σε έδαφος σαρκοείδωσης, αγγειίτιδας ή αιματολογικής κακοήθειας (HL, NHL).

Προς αποκλεισμό των λοιμωδών αιτιών εστάλη πλήρης ορολογικός έλεγχος & PCR ορού για άτυπα παθογόνα (Mycobacteria, Brucella, Bartonella, Coxiella, Mycoplasma, Chlamydia, Echinococcus, Entamoeba), ιολογικός έλεγχος (HBsAg, anti-HBc IgM, anti-HAV, anti-HCV, anti-CMV, anti-EBV, anti-HSV, HIV 1,2), έλεγχος β-D-γλυκάνης ορού, Quantiferon και αντίδραση Wright. Όλος ο παραπάνω έλεγχος ήταν αρνητικός, ενώ από τις πολυάριθμες καλλιέργειες αίματος δεν απομονώθηκε παθογόνος μικροοργανισμός.

Στη συνέχεια αποφασίσαμε να παρακεντήσουμε δύο εκ των μεγαλύτερων ηπατικών αποστημάτων, ενώ τοποθετήθηκαν και παροχετεύσεις. Παρελήφθη πυώδες υλικό που εστάλη για Gram χρώση, καλλιέργειες για κοινά



Εικόνα 1: Αποστήματα ήπατος και σπληνός σε μαγνητική τομογραφία άνω κοιλίας



Εικόνα 2: Ο εξαιρεθείς σπλήνας της ασθενούς

μικρόβια, μύκητες και μυκοβακτηρίδια, χρώση Ziehl-Neelsen και broad range PCR, χωρίς ανεύρεση παθογόνου μικροοργανισμού. Επιπλέον, διενεργήθηκε CT υποβοηθούμενη παρακέντηση της πλευριτικής συλλογής και το πλευριτικό υγρό εστάλη για καλλιέργειες, Gram χρώση και χρώση Ziehl-Neelsen χωρίς να απομονώνεται παθογόνο.

Εστάλη επιπλέον πλήρης ανοσολογικός έλεγχος: ANA, p-ANCA, c-ANCA, anti-ds-DNA, AMA, ASMA, anti-L.K.M, anti-CCP αρνητικά, RF <10 IU/ml, C3: 95 mg/dl, C4: 21 mg/dl, IgG: 935 mg/dl, IgA: 543 mg/dl, IgM: 123 mg/dl, αποτελέσματα χωρίς παθολογικό εύρημα πέραν μιας ήπια αυξημένης IgA.

Η ανοσοκαθάρωση ανέδειξε διπλό μονοκλωνικό κλάσμα IgA-λ, εύρημα το οποίο δεν αξιολογήθηκε περαιτέρω.

Προς διερεύνηση πιθανής λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας διενεργήθηκε διαθωρακικό και διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς χωρίς συμβατά ευρήματα. Επιπλέον, ο ενδοσκοπικός έλεγχος πεπτικού απέκλεισε τα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ελήφθησαν τυφλά βιοψίες που ήταν αρνητικές).

Εν τω μεταξύ, η ασθενής εξακολουθούσε να παρουσιάζει καθημερινά πυρετικά κύματα έως 39°C με συνοδό κακουχία και αύξηση των δεικτών φλεγμονής, οπότε έγινε τροποποίηση της αντιμικροβιακής αγωγής σε μεροπενέμη, δαπτομυκίνη και μετρονιδαζόλη και προστέθηκε εμπειρικά μикаφουγκίνη. Παρά τη χορήγηση της τροποποιημένης αντιμικροβιακής αγωγής για δέκα ημέρες, η ασθενής συνέχισε να πυρέσσει καθημερινά έως 38,4 °C και να επιδεινώνεται κλινικά, ενώ σημειώθηκε αύξηση των δεικτών φλεγμονής.

Έτσι, κατόπιν διεπιστημονικού συμβουλίου αποφασίστηκε η διενέργεια σπληνεκτομής (ταυτόχρονα διενεργήθηκε χολοκυστεκτομή και λήψη βιοψίας ήπατος). Ο εξαιρεθείς σπλήνας εστάλη προς καλλιέργειες (αερόβια & αναερόβια), χρώση Ziehl-Neelsen, PCR για Brucella & PCR ιστών (Universal ITI), καθώς και για ιστολογική εξέταση και ανοσοϊστοχημεία. Επίσης, εστάλη πύον σπληνικού αποστήματος προς καλλιέργειες και χρώσεις, έλεγχος ο οποίος ήταν αρνητικός.

Από την ιστολογική εξέταση αναδείχθηκαν άφθονα αποστήματα σπληνός με συμμετοχή ουδετερόφιλων και ηωσινόφιλων πολυπύρηνων λευκοκυττάρων, με λεμφοκύτταρα, ιστοκύτταρα, κοκκιώματα και κεντρική νέκρωση χωρίς σχηματισμό κάψας, ενώ στο ήπαρ παρατηρήθηκε ήπια διάταση τριχοειδών, ήπια περιπυλαία φλεγμονή και μέτρια χρόνια υποκαψική φλεγμονή. Μέχρι την 8η μετεγχειρητική μέρα η ασθενής απυρέτησε και βελτιώθηκε κλινικά, ενώ παρατηρήθηκε πτώση των δεικτών φλεγμονής. Η επαναληπτική αξονική

τομογραφία κοιλίας μετά τη σπληνεκτομή ανέδειξε μείωση των διαστάσεων των αποστηματικών περιοχών του ήπατος.

Η ασθενής έλαβε εξιτήριο με οδηγίες για έναρξη αμοξικιλίνης κατ' οίκον και εμβολιασμό για πνευμονιόκοκκο, μηνιγγιτιδικόκοκκο και αιμόφιλο. Ωστόσο, είκοσι ημέρες αργότερα επανήλθε λόγω αναφερόμενης επιγαστραλγίας από 7ημέρου και ενός πυρετικού κύματος έως 38°C από ωρών. Κατά την κλινική εξέταση εισόδου ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, παρουσίαζε πυρετό και ευαισθησία κατά την εν τω βάθει ψηλάφηση του επιγαστρίου, ενώ είχε ξανά αυξημένους δείκτες φλεγμονής στον εργαστηριακό έλεγχο.

Η αξονική κοιλίας δεν ανέδειξε νέα ευρήματα και η ασθενής εισήχθη στην παθολογική κλινική και τέθηκε υπό εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με μεροπενέμη και δαπτομυκίνη.

Στη συνέχεια διενεργήθηκε γαστροσκόπηση που ανέδειξε εικόνα ατροφικής γαστρίτιδας και προς αποκλεισμό πιθανής ΙΦΝΕ έγινε μαγνητική εντερογραφία χωρίς αξιόλογα ευρήματα. Αποκλείοντας τα λοιμώδη αίτια μετά τον ενδελεχή έλεγχο και τη θεραπευτική αποτυχία των αντιβιοτικών, η διάγνωση του συνδρόμου των άσηπτων αποστημάτων (aseptic abscess syndrome, AAS) θεωρήθηκε πιθανή. Όλα τα αντιβιοτικά διακόπηκαν και τέθηκε σε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη (1 mg/kg), με αποτέλεσμα τη ραγδαία κλινική βελτίωση, με ύφεση των πυρετικών κυμάτων μέσα σε 24 ώρες.

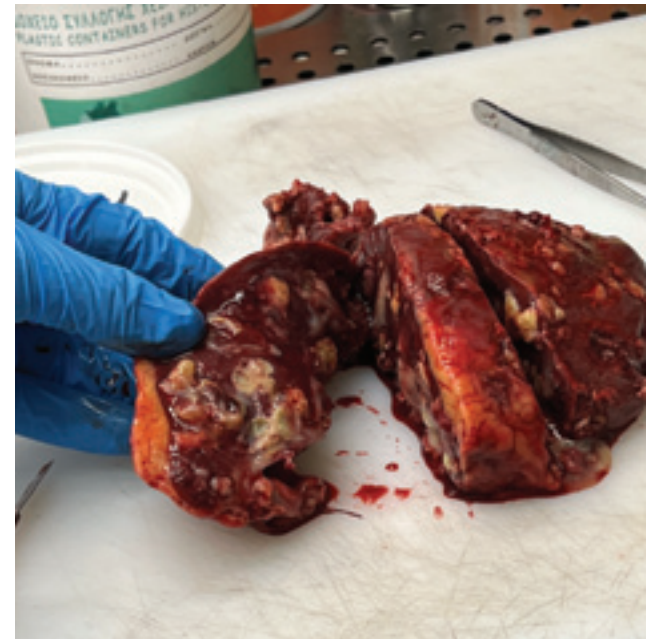
Η ασθενής έλαβε εξιτήριο με από του στόματος μεθυλπρεδνιζολόνη σε δόση 32 mg/ημέρα και οδηγίες για σταδιακή μείωση, ενώ επανεκτιμήθηκε στο παθολογικό ιατρείο ένα μήνα αργότερα, όπου ήταν σε άριστη κλινική κατάσταση και παρουσίαζε σχεδόν πλήρη υποχώρηση των ηπατικών αποστημάτων στον απεικονιστικό έλεγχο.

Ωστόσο, 6 μήνες αργότερα και ευρισκόμενη πλέον υπό χαμηλή δόση μεθυλπρεδνιζολόνης (1 mg μέρα παρά μέρα) προσήλθε ξανά με πυρετό, αυξημένους δείκτες φλεγμονής και παρουσία νέου ηπατικού αποστήματος στην αξονική κοιλίας διαμέτρου 2,5 εκ.

Τέθηκε άμεσα σε αγωγή με αυξημένη δόση ενδοφλέβιας μεθυλπρεδνιζολόνης (40 mg/d) και παρουσίασε ύφεση της συμπτωματολογίας τις επόμενες ώρες. Την επομένη ημέρα εξήλθε με οδηγίες για συνέχιση της μεθυλπρεδνιζολόνης από το στόμα σε δόση 32 mg/d και έναρξη αζαθειοπρίνης σε αρχική δόση 50 mg/d με προοπτική σταδιακής αύξησης σε 150 mg/d (2 mg/kg).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το σύνδρομο των άσηπτων αποστημάτων (AAS) αντιπροσωπεύει μία σπάνια, μη λοιμώ-



Εικόνα 3: Διατομή του σπλήνα, όπου διακρίνονται τα πολλαπλά αποστήματα

δη φλεγμονώδη διαταραχή με άσηπτα αποστήματα πλούσια σε ουδετερόφιλα, που δεν ανταποκρίνονται στα αντιβιοτικά και παρουσιάζουν άμεση βελτίωση με τα κορτικοστεροειδή. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τα αποστήματα εντοπίζονται στο σπλήνα, ενώ συχνά συνυπάρχουν αποστήματα και σε άλλα όργανα όπως λεμφαδένες, δέρμα, ήπαρ και πνεύμονες.

Η κλινική εικόνα των ασθενών περιλαμβάνει πυρετό, κοιλιακό άλγος, απώλεια βάρους, δερματικές εκδηλώσεις όπως αποστήματα, αφρώδη έλκη στόματος, οζώδες ερύθημα, φλύκταινες και σύνδρομο Sweet, ενώ κατά την πορεία της νόσου έχουν περιγραφεί και άλλες άσηπτες εκδηλώσεις όπως άσηπτη μηνιγγίτιδα, πλευριτική συλλογή (ουδετεροφιλική), μυοκαρδίτιδα και ασκίτης.

Τα διαγνωστικά κριτήρια του συνδρόμου περιλαμβάνουν την παρουσία αποστήματος στον απεικονιστικό έλεγχο, ιστοπαθολογική εικόνα με ουδετεροφιλική διήθηση, αρνητικές καλλιέργειες και αρνητικό έλεγχο για λοιμώδη νοσήματα, μη ανταπόκριση σε αντιβιοτική θεραπεία καθώς και ανταπόκριση στη θεραπεία με κορτικοστεροειδή.

Οι ασθενείς οδηγούνται συχνά σε σπληνεκτομή με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται σύντομα υποτροπή.

Έχει περιγραφεί ισχυρή συσχέτιση του συνδρόμου κυρίως με τα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου και ιδιαίτερα τη νόσο Crohn, που μπορεί να συνυπάρχουν ή να παρουσιαστούν μεταγενέστερα.

Η διάρκεια της θεραπείας, η αναγκαιότητα συνδυαστικής ανοσοκατασταλτικής αγωγής και ο φόβος συνυπάρχουσας μη διαγνωσμένης νόσου αποτελούν σημαντικά ερωτήματα για τη διαχείριση του συνδρόμου.



Καινοτόμα προϊόντα διαχείρισης Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού. Άμεση και Έμμεση δοκιμασία ανίχνευσης

Pylori test®

Έμμεση δοκιμασία ανίχνευσης

- Έμμεση μη επεμβατική μέθοδος για τον προσδιορισμό του Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού σε δείγμα σιέλου **μέσω ανίχνευσης ουρέασης στο σάλιο**.
- 99% αξιοπιστία συγκριτικά με Τεστ Αναπνοής (UBT) μέσω προσδιορισμού ^{14}C .
- Μόνο 1 έως 2 ώρες προετοιμασία πριν την εφαρμογή της δοκιμασίας Pylori Test®.

Dyon HpsA®

Άμεση δοκιμασία ανίχνευσης

- ▶ Περισσότερο από μία δεκαετία αξιόπιστης εφαρμογής.
- ▶ Εφαρμογή σε χιλιάδες ασθενείς με άμεσα αξιόπιστα αποτελέσματα χωρίς δίαιτα, νηστεία, ειδική προετοιμασία, λήψη οξέων, χρονική καθυστέρηση μεταφοράς εφαρμογής & απαντήσεων!
- ▶ Δεν επηρεάζεται η διαδικασία ανίχνευσης από το pH και δεν είναι απαραίτητη η διακοπή αντιεκκριτικής αγωγής.
- ▶ Άμεσος προσδιορισμός του H Pylori, όχι της δράσης του H Pylori στη διάσπαση της ουρίας.
- ▶ Συγκριτική αξιοπιστία με ιστολογική βιοψία & καλλιέργεια.

Υψηλή αξιοπιστία, άμεση εφαρμογή, αυτονομία στη διάγνωση στο ιατρείο.

Απλή και άμεση εφαρμογή • Υψηλά ποσοστά αξιοπιστίας συγκρινόμενα με τις δοκιμασίες αναφοράς • Αυθεντικά προϊόντα **Point of Care®** Παράγονται στην Ε.Ε. και Η.Π.Α. για λογαριασμό της **DyonMed S.A.** • Η εφαρμογή όλων των προϊόντων μας είναι σε πλήρη εναρμόνιση με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για την διαχείριση των νοσημάτων στα οποία αναφέρονται.



DyonMed S.A.
Point of Care Solutions

Π Ρ Ο Λ Η Ψ Η | Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η | Α Ξ Ι Ο Λ Ο Γ Η Σ Η Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α Σ

Διοίκηση: Λ. Λαυρίου 204-206, Τ.Κ. 153 54, Γλυκά Νερά, Παιανία Αττικής
Παραγωγή & Παραγγελίες: Λ. Λαυρίου 182-184, Τ.Κ. 153 54, Γλυκά Νερά, Παιανία Αττικής

☎ 210 6655494-5
210 3511800

☎ 211 8008167

@ customerservice@dyonmedical.com

■ www.dyonmedical.com

Πολυποδεκτομή με ψυχρό βρόχο (COLD SNARE POLYPECTOMY)

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Κ. ΠΑΠΑΣΤΕΡΓΙΟΥ

Γαστρεντερολόγος-Επιμελητής Β' Ε.Σ.Υ., Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική Αθηνών»

Η ενδοσκοπική αφαίρεση των πολυπόδων αποτελεί θεμελιώδη πρακτική στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, διακόπτοντας την πρόοδο του αδενώματος προς το καρκίνωμα (adenoma-to-carcinoma sequence)^{1,2}. Συνολικά, πολύποδες απαντώνται σε >30-50% των προληπτικών κολonosκοπήσεων, εκ των οποίων η μεγάλη πλειονότητα (>70-90%) είναι μικροσκοπικοί (1-5 mm) ή μικροί (6-9 mm)^{3,4}. Δεδομένων των συνεχών βελτιώσεων στα οπτικά συστήματα των ενδοσκοπιών (ενδοσκόπηση υψηλής ανάλυσης, χρωμοενδοσκόπηση κλπ.), η ανίχνευση μικρών πολυπόδων, και συνεπώς η ανάγκη για αποτελεσματική και ασφαλή εκτομή τους, αυξάνεται συνεχώς.

Τα δεδομένα ωστόσο σε σχέση με την αποτελεσματικότητα της πολυποδεκτομής στην καθημερινή πράξη δεν είναι επαρκώς ικανοποιητικά. Σε προοπτική μελέτη από τις Ηνωμένες Πολιτείες (Complete Adenoma REsection, CARE study) φάνηκε πως 17,3% των νεοπλαστικών πολυπόδων 10-20 mm, και 6,8% των αντίστοιχων βλαβών 5-9 mm, αφαιρούνται ατελώς με χρήση συμβατικής (θερμής) πολυποδεκτομής⁵. Συνολικά, υπολογίζεται πως περίπου 30% των περιπτώσεων καρκίνου μεσοδιαστήματος σχετίζονται με πρότερη ατελή αφαίρεση πολυπόδων^{6,7}.

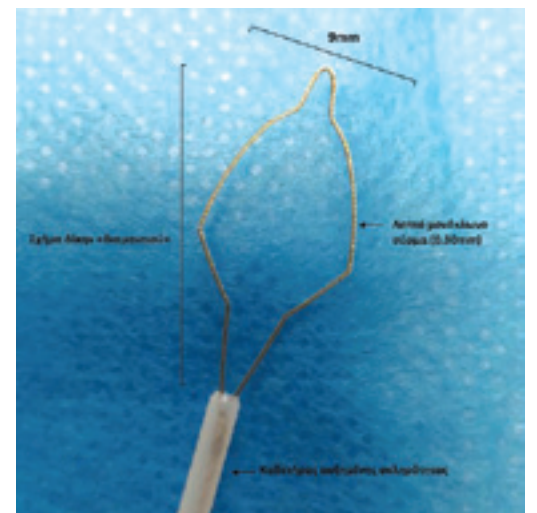
Σε πολύποδες <1 εκ, η πιθανότητα προχωρημένων ιστολογικών αλλοιώσεων είναι σχετικά χαμηλή: <5% εμπεριέχουν λαχνωτό στοιχείο και <15% υποκρύπτουν υψηλόβαθμη δυσπλασία, ενώ η πιθανότητα να αντιστοιχούν σε διηθητικό καρκίνο υπολογίζεται σε <0,1%^{8,9}. Αν και δεν γνωρίζουμε αρκετά για την φυσική ιστορία των πολυπόδων, φαίνεται πως το δυναμικό κακοήθους εξαλλαγής για βλάβες <1 εκ. είναι ιδιαίτερα χαμηλό. Συγκεκριμένα, σε συστηματική ανασκόπηση 9 προοπτικών μελετών (διάστημα παρακολούθησης 1,8-7,8 έτη), μόνον 33% των αδενωμάτων 1-9 mm αυξήθηκε σε μέγεθος, και μόνον 6% προόδευσε σε προχωρημένο αδένωμα, ενώ μόλις 1 από συνολικά 1034 βλάβες εξελίχθηκε τελικά σε καρκίνο¹⁰.

Η αύξηση των προληπτικών κολonosκοπήσεων μας φέρνει καθημερινά αντιμέτωπους με την ανάγκη για αφαίρεση ενός μεγάλου αριθμού πολυπόδων <1 εκ. Η βέλτιστη ενδοσκοπική τεχνική για την αφαίρεση τους πρό-

πει συνεπώς να είναι γρήγορη και αποτελεσματική, αλλά και ιδιαίτερα ασφαλής, αντισταθμίζοντας σε βάση ρίσκου-οφέλους το χαμηλό δυναμικό κακοήθειας αυτών των βλαβών. Η συμβατική «θερμή» πολυποδεκτομή είναι αναμφίβολα αποτελεσματική, ωστόσο συνοδεύεται από μικρό, πλην υπαρκτό, κίνδυνο επιπλοκών που σχετίζονται με τη διαθερμία: διάτρηση (0,02-0,1%), αιμορραγία (0,6-2%) και σύνδρομο μετά πολυποδεκτομή (0,03-1%)¹¹. Η πολυποδεκτομή με ψυχρό βρόχο (cold snare polypectomy, CSP) είναι εξίσου αποτελεσματική, ενώ πρακτικά εκμηδενίζει τον κίνδυνο τέτοιων επιπλοκών, αποτελώντας σήμερα τεχνική εκλογής για την αφαίρεση πολυπόδων <1 εκ¹².

ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Η τεχνική της CSP διαφέρει από εκείνη της συμβατικής «θερμής» πολυποδεκτομής. Οι βασικές τεχνικές διαφορές είναι οι εξής: α) περιβροχίζονται τουλάχιστον 1-2 mm υγιούς ιστού περίξ του πολύποδα ώστε να διασφαλιστεί το πλάγιο όριο εκτομής, και β) ο βρόχος δεν απομακρύνεται από το τοίχωμα του εντέρου κατά τη στιγμή της εκτομής (όπως συμβαίνει στη συμβατική πολυποδεκτομή, προκειμένου να αποφευχθεί το έγκλημα των υποκείμενων ιστών), αλλά παραμένει σε στενή επαφή με το τοίχωμα, και ασκείται κάθετη πίεση, ώστε να εξασφαλιστεί ικανό βάθος εκτομής¹³. Αν και η CSP μπορεί να γίνει και με συμβατικούς βρόχους, στο εμπόριο διατίθενται σήμερα εξειδικευμένοι βρόχοι ψυχρής εκτομής (dedicated cold snares) οι οποίοι υπόσχονται καλύτερα αποτελέσματα λό-



Εικόνα 1. Βρόχος ψυχρής εκτομής.

γω του ειδικού σχεδιασμού τους (Εικόνα 1). Σε κάποιες περιπτώσεις ο ψυχρός βρόχος αδυνατεί να κόψει μηχανικά τον περιβροχισμένο ιστό ("cutting failure"), φαινόμενο που συνήθως οφείλεται στην παγίδευση ικανής ποσότητας υποβλεννογονίου. Στις περιπτώσεις αυτές συστήνεται η επίμονη διατήρηση του βρόχου σε κλειστή θέση για 10 sec, καθώς μπορεί να συμβεί αργή εκτομή του ιστού (slow transection)¹³.

Αν ο χειρισμός αυτός αποτύχει συστήνεται να ανοίγεται μερικώς ο βρόχος, ώστε να απομακρυνθεί το πλεόνασμα υποβλεννογονίου. Σημειώνεται πως σε τουλάχιστον 10-20% των περιπτώσεων, στο κέντρο του βλεννογονικού ελλείματος της CSP συναντάται μια λευκή προεξοχή ιστού, που στην βιβλιογραφία περιγράφεται ως λευκή «θηλή» ή λευκή «χορδή». Η λευκή θηλή αντιστοιχεί συνθε-

Τί θέλετε να κάνουν όταν σας βλέπουν οι ασθενείς σας;



ZARBIS
Pharmaceutical Laboratories



Laxaney Prebio
Πρεβιοτικά ζελεδάκια
με 3gr φυτικών ινών
ινουλίνης ραδικιού,
για υγιές εντερικό
μικροβίωμα



**FLEX Enema
Phosphates**
Κλύσμα
φωσφορικών
αλάτων με
πρωτοποριακό
εύκαμπτο ρύγχος
με λίπανση, για
ανώδυνη χρήση



**Laxaney
Tabs**
Χάπια με σέννα,
αλόη και μάραθο
για τη ρύθμιση της
εντερικής
λειτουργίας χωρίς
πόνο



Diaraney
Κάψουλες
δισμεκίτη και
σιμεθικόνης με
διπλή δράση
κατά της
διάρροιας και του
φουσκώματος



**Υπόθετο και
μικρόκλυσμα**
γλυκερίνης για
δυσκοιλιότητα σε
ενήλικες, παιδιά και
βρέφη



**Laxaney Macro
Sachet**
Macrogl 4000 σε
φακελίσκους για
συστηματική χρήση και
προετοιμασία
κολοноσκόπησης



**Laxaney Macro
Liquid**
Macrogl 4000 σιρόπι με
γεύση ροδάκινο
Το πρώτο για βρέφη
από 6 μηνών

⇒ στερα σε υποβλεννογόνιο (94%) και βλεννογόνιο μυϊκό (80%) ιστό, δεν εμπεριέχει αγγεία, και δεν πρέπει να συγχέεται με υπολειμματικό πολύποδα¹⁴.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΠΟΛΥΠΟΔΩΝ <1 εκ.

Σε προοπτικές μελέτες σύγκρισης, η CSP φαίνεται να υπερτερεί έναντι της πολυποδεκτομής με ψυχρή λαβίδα (cold forceps polypectomy) για πολύποδες ≤ 5 mm¹⁵ και ≤ 7 mm¹⁶. Επίσης, η CSP φαίνεται να υπερτερεί της «θερμής» λαβίδας (hot forceps biopsy) για πολύποδες 3-5 mm¹⁷. Επίσης, η CSP είναι μη-κατώτερη της συμβατικής πολυποδεκτομής με βρόχο (hot snare polypectomy) για την αφαίρεση πολυπόδων 4-9 mm¹⁸. Τέλος, σε πολύ πρόσφατη μελέτη στην οποία συμπεριελήφθησαν 5909 έμμισχοι (Paris Ip) πολύποδες <1 εκ., η CSP συσχετίστηκε με σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά όψιμης αιμορραγίας έναντι της θερμής πολυποδεκτομής με βρόχο (0% vs 4,7%, $p < 0,001$)¹⁹.

ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ CSP

Τα συγκριτικά πλεονέκτημα της CSP έναντι της συμβατικής πολυποδεκτομής έγκεινται κυρίως στην ασφάλεια και την ταχύτητα. Σε συγκριτική μελέτη, ο διεπεμβατικός χρόνος ήταν σημαντικά βραχύτερος στον βραχίονα της CSP (23,3 vs 29,6 min, $p < 0,001$)²⁰, ενώ άλλη μελέτη βρήκε μειωμένη επίπτωση κοιλιακών συμπτωμάτων (πόνος, δυσφορία, δυσκοιλιότητα και διάρροια) εντός 2 εβδομάδων από την πολυποδεκτομή²¹.

Άλλο σημαντικό πλεονέκτημα της CSP φαίνεται να είναι η ασφάλεια της σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιθρομβωτικούς παράγοντες. Σε προοπτική μελέτη, 1015 πολύποδες <1 εκ. αφαιρέθηκαν με CSP σε 823 ασθενείς εκ των οποίων 11,5% ελάμβανε ασπιρίνη και 4% ελάμβανε τικλοπιδίνη²². Δεν παρατηρήθηκε καμία περίπτωση όψιμης αιμορραγίας, ωστόσο η χρήση αντιαιμοπεταλιακών συσχετίστηκε ανεξάρτητα με επεισόδια άμεσης ενδοεπεμβατικής αιμορραγίας [Odds Ratio (OR)=4, $p < 0,001$]. Τα επεισόδια αυτά ωστόσο είναι γενικά ήσσονος κλινικής σημασίας και κατά κανόνα αυτοπεριορίζονται ή αντιμετωπίζονται επιτυχώς ενδοσκοπικά²³. Σε τυχαίοποιημένη μελέτη (70 ασθενείς, 159 πολύποδες ≤ 1 εκ.), αξιολογήθηκε η ασφάλεια της CSP σε σύγκριση με την συμβατική πολυποδεκτομή σε ασθενείς που λαμβάνουν βαρφαρίνη²⁴. Τα ποσοστά τόσο άμεσης (5,7% vs 23%, $p = 0,04$) όσο και όψιμης αιμορραγίας (0% vs 14%, $p = 0,03$) ήταν σημαντικά μειωμένα στο βραχίονα της CSP. Η μειωμένη επίπτωση αιμορραγικών συμβάντων που συνοδεύει την CSP φαίνεται να ο-



Εικόνα 2. Τεχνική c-EMR: α) ανύψωση του πολύποδα με υποβλεννογόνια έγχυση, β) περιβρόχιση συμπεριλαμβανόντας 1-2 mm υγιούς ιστού περίξ της βλάβης, και γ) το βλεννογονικό έλλειμμα της c-EMR στο κέντρο του οποίου παρατηρείται «λευκή θηλή» (κόκκινο βέλος).

φείλεται εν πολλοίς σε μειωμένο τραυματισμό των υποβλεννογονίων αρτηριών, όπως και επιβεβαιώθηκε ιστολογικά στη συγκεκριμένη μελέτη. Τέλος, σε αναδρομική μελέτη, φάνηκε πως τα ποσοστά τραυματισμού των υποβλεννογονίων αρτηριών (4,1% vs 16%, $p = 0,009$) και η ανάγκη για εφαρμογή αιμοστατικών clip (18% vs 33%, $p = 0,04$) κατά την CSP είναι σημαντικά μειωμένα όταν χρησιμοποιούνται εξειδικευμένοι βρόχοι ψυχρής εκτομής έναντι των συμβατικών²⁵.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ CSP

Το βάθος εκτομής της CSP είναι μειωμένο σε σύγκριση με εκείνο της συμβατικής θερμής πολυποδεκτομής. Η CSP είναι άκρως αποτελεσματική στην πλήρη εκτομή του βλεννογόνου, όπως φαίνεται από το γεγονός ότι τα ιστοτεμάχια της CSP εμπεριέχουν βλεννογόνιο μυϊκό χιτώνα σε ποσοστό 91-92%, εφάμιλλο του αντίστοιχου ποσοστού (96-100%) με χρήση της διαθερμίας^{26, 27}. Αντίθετα, μόνον 9-24% των ιστοτεμαχίων της CSP εμπεριέχουν υποβλεννογόνιο, έναντι 81-92% των ιστοτεμαχίων θερμής πολυποδεκτομής. Συνεπώς, η CSP είναι αποτελεσματική για την αφαίρεση αμιγώς βλεννογονικών βλαβών, ενώ η χρήση της αντενδείκνυται για περιπτώσεις με ύποπτα μακροσκοπικά χαρακτηριστικά που παραπέμπουν σε αυξημένη πιθανότητα υποβλεννογονίου διήθησης [π.χ. Paris IIc, NICE 3 ή Kudo pit pattern V]²⁸. Αξίζει να σημειωθεί ωστόσο πως οι περιπτώσεις αυτές είναι εξαιρετικά σπάνιες σε πολύποδες <1 εκ.

Η «ποιότητα» των ιστοτεμαχίων της CSP φαίνεται να αποτελεί πεδίο προβληματισμού αφού σε ποσοστό που στη βιβλιογραφία κυμαίνεται μεταξύ 19%-67% τα ιστοτεμάχια είναι ακατάλληλα για παθολογοανατομική ερμηνεία (Rx)^{29, 30}. Αυτό πιθανόν οφείλεται κατά κύριο λόγο σε θρυμματισμό και σε αλλοίωση των ιστοτεμαχίων κατά την ανάσυρση τους μέσω αναρρόφησης από το κανάλι του ενδοσκοπίου. Ιδιαίτερο πρόβλημα φαίνεται επίσης να αποτελεί η εκτομή των λεγόμενων οδοντωτών αδενωμάτων/πολυπόδων

(Sessile Serrated Adenomas/Polyps, SSA/Ps), με αρκετές σειρές να δείχνουν την οδοντωτή ιστολογία ως προβλεπτικό παράγοντα στελούς CSP^{26, 31}. Αυτό πιθανώς οφείλεται στην επίπεδη μορφολογία αυτών των βλαβών, στον καθ' υπερβολή εντοπισμό τους στο «πιο δύσκολο» δεξί κόλον, αλλά και στα δυσδιάκριτα τους όρια που συνολικά καθιστούν πιο δυσχερή και επισφαλή την εκτομή τους.

ΨΥΧΡΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΕΚΤΟΜΗ (COLD ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION)

Ο συνδυασμός υποβλεννογόνιας έγχυσης και εκτομής με ψυχρό βρόχο αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως ψυχρή ενδοσκοπική βλεννογονεκτομή (Cold Endoscopic Mucosal Resection, c-EMR)³². Η τεχνική της c-EMR συνοψίζεται στην Εικόνα 2. Συνηθέστερα στο διάλυμα της υποβλεννογόνιας έγχυσης χρησιμοποιείται φυσιολογικός ορός στον οποίο προστίθεται κάποια χρωστική ουσία (πχ methylene blue ή indigo carmine) με ή χωρίς την προσθήκη αδρεναλίνης. Τα θεωρητικά οφέλη συνοψίζονται ως εξής: 1) η έγχυση υποβλεννογόνιας διαλύματος εκπύσσει τον υποβλεννογόνο καθιστώντας ευκολότερη την διατομή του, 2) «ταμπονάρει» μηχανικά τα υποβλεννογόνια αγγεία, μειώνοντας την πιθανότητα άμεσης ενδοεπεμβατικής αιμορραγίας και συνεπώς στην διατήρηση ενός «καθαρού» ενδοσκοπικού πεδίου – σε αυτό ενδεχομένως συμβάλλει και η αγγειοσυσταλτική δράση από την προσθήκη αδρεναλίνης, και 3) η ανύψωση επίπεδων βλαβών διευκολύνει τη σύλληψη τους με το βρόχο, ενώ το χρωστικό μέσο τονίζει και καθιστά σαφή τα όρια της βλάβης επιτρέποντας με ακρίβεια την αφαίρεση τους (ενδεχομένως ιδιαίτερα σημαντικό στα επίπεδα και δυσδιάκριτα SSA/Ps).

Σε προοπτική τυχαίοποιημένη μελέτη, η c-EMR αποδείχθηκε να είναι μη-κατώτερη της συμβατικής EMR για πολύποδες 6-10 mm, με τα αντίστοιχα ποσοστά πλήρους ιστολογικής εκτομής να είναι 92,8% και 96,3% αντίστοιχα³². Σε προοπτική μελέτη στην οποία συμπεριελήφθησαν 40 SSA/Ps διαστάσε-

ων 9-20 mm (μέση διάμετρος 13,7 mm) η c-EMR ήταν >95% αποτελεσματική στην αφαίρεση αυτών των βλαβών, ενώ παρατηρήθηκε μόλις 1 (2,5%) περίπτωση εμφάνισης (>60 sec) ενδοεπεμβατικής αιμορραγίας, η οποία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με την τοποθέτηση αιμοστατικού clip³³.

ΨΥΧΡΗ ΕΚΤΟΜΗ ΠΟΛΥΠΟΔΩΝ >1 εκ.

Αυξανόμενα δεδομένα δείχνουν πως η τμηματική εκτομή πολυπόδων >1 εκ. είναι αποτελεσματική και ασφαλής με τη χρήση μεθόδων ψυχρής εκτομής (piece meal CSP ή piece meal c-EMR). Σε αναδρομική μελέτη 72 πολυπόδων (58 αδενώματα) >1 εκ, η τμηματική CSP αποδείχθηκε >90% αποτελεσματική χωρίς να παρατηρηθούν επιπλοκές. Ιδιαίτερα αποτελεσματική φαίνεται να είναι η c-EMR για την τμηματική εκτομή SSA/Ps διαστάσεων >1 εκ.³⁴. Σε προοπτική μελέτη στην οποία συμπεριελήφθησαν 163 SSA/Ps (μέση διάμετρος 17,5 mm), το ποσοστό υποτροπής έπειτα από ενδιάμεσο χρόνο παρακολούθησης 5 μηνών ήταν 1,2%, ενώ δεν παρατηρήθηκαν μείζονα ανεπιθύμητα συμβάντα³⁵.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι περισσότεροι πολύποδες που συναντάμε στην κολονοσκόπηση είναι διαστάσεων <1 εκ. Η πολυποδεκτομή με ψυχρό βρόχο φαίνεται να προσφέρει την βέλτιστη ισορροπία μεταξύ ασφάλειας και αποτελεσματικότητας για την αφαίρεση υπεκατοστιαίων πολυπόδων, ενώ αποτελεί αναδυόμενη τεχνική και για την αφαίρεση μεγαλύτερων βλαβών. Η διάδοση της μεθόδου στην ενδοσκοπική κοινότητα την καθιστά ήδη βασική τεχνική για την γρήγορη, ασφαλή και αποτελεσματική αφαίρεση της μεγάλης πλειονότητας των πολυπόδων στην καθημερινή κλινική πράξη.

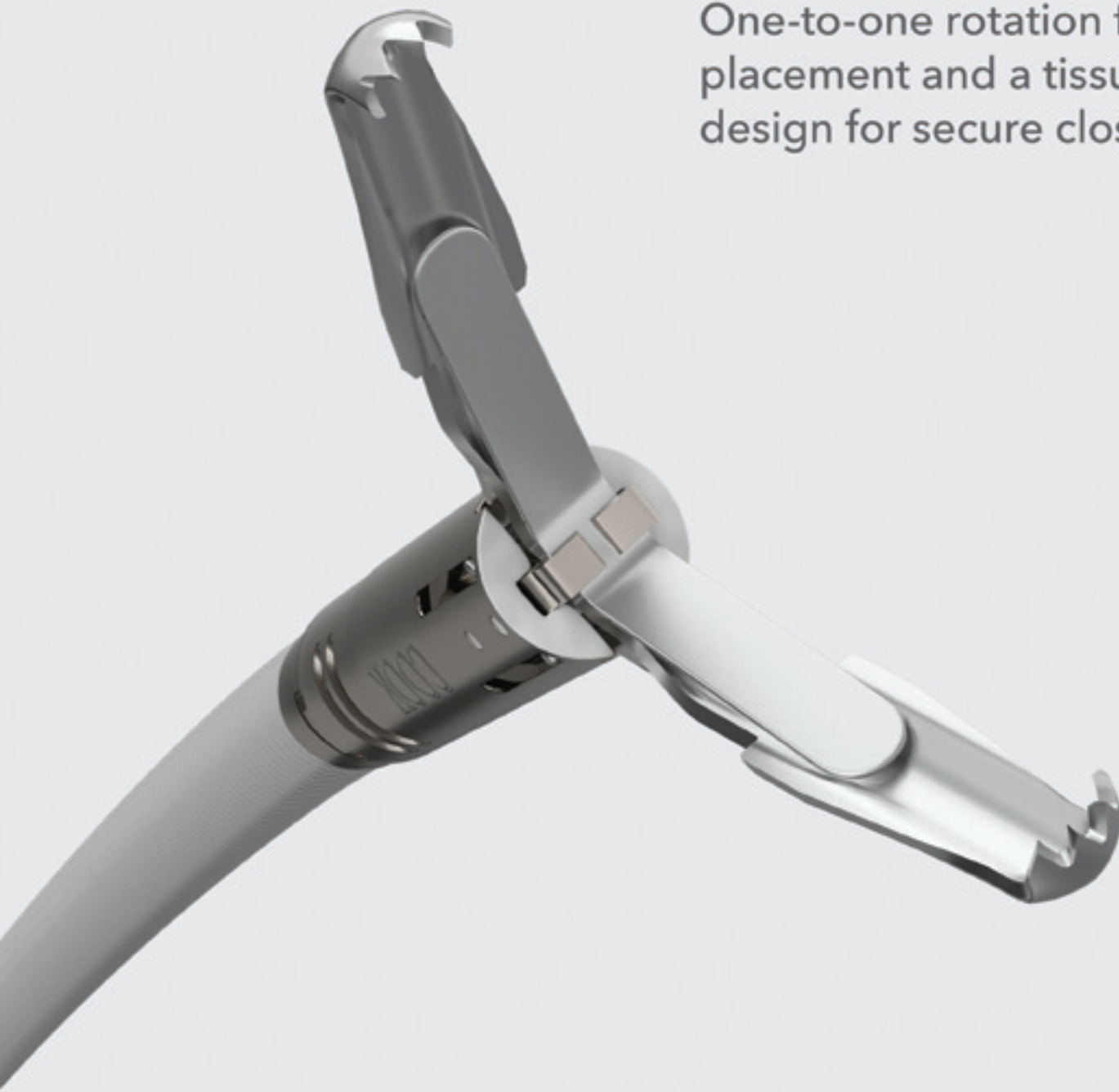
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS, et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. *The New England Journal of Medicine* 1993 Dec 30;329(27):1977-81.
2. Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, Lansdorp-Vogelaar I, van Ballegooyen M, Hankey BF, et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. *The New England Journal of Medicine* 2012 Feb 23;366(8):687-96.
3. Hassan C, Pickhardt PJ, Kim DH, Di Giulio E, Zullo A, Laghi A, et al. Systematic review: distribution of advanced neoplasia according to polyp size at screening colonoscopy. *Alimentary pharmacology & therapeutics* 2010 Jan 15;31(2):210-7.
4. Regula J, Rupinski M, Kraszewska E, Polkowski M, Pachlewski J, Orlowska J, et al. Colonoscopy in colorectal-cancer screening for detection of advanced neoplasia. *The New England Journal of Medicine* 2006 Nov 2;355(18):1863-72.
5. Pohl H, Srivastava A, Bensen SP, Anderson P, Rothstein RI, Gordon SR, et al. Incomplete polyp resection during colonoscopy—results of the complete adenoma resection (CARE) study.

- Gastroenterology 2013 Jan;144(1):74-80 e1.
6. Farrar WD, Sawhney MS, Nelson DB, Lederle FA, Bond JH. Colorectal cancers found after a complete colonoscopy. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association* 2006 Oct;4(10):1259-64.
7. Pabby A, Schoen RE, Weissfeld JL, Burt R, Kikendall JW, Lance P, et al. Analysis of colorectal cancer occurrence during surveillance colonoscopy in the dietary Polyp Prevention Trial. *Gastrointestinal endoscopy* 2005 Mar;61(3):385-91.
8. Gupta S, Balasubramanian BA, Fu T, Genta RM, Rockey DC, Lash R. Polyps with advanced neoplasia are smaller in the right than in the left colon: implications for colorectal cancer screening. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association* 2012 Dec;10(12):1395-401 e2.
9. Lieberman D, Moravec M, Holub J, Michaels L, Eisen G. Polyp size and advanced histology in patients undergoing colonoscopy screening: implications for CT colonography. *Gastroenterology* 2008 Oct;135(4):1100-5.
10. Vleugels JLA, Hazewinkel Y, Fockens P, Dekker E. Natural history of diminutive and small colorectal polyps: a systematic literature review. *Gastrointestinal endoscopy* 2017 Jun;85(6):1169-76 e1.
11. Kim SY, Kim HS, Park HJ. Adverse events related to colonoscopy: Global trends and future challenges. *World journal of gastroenterology* 2019 Jan 14;25(2):190-204.
12. Ferlitsch M, Moss A, Hassan C, Bhandari P, Dumonceau JM, Paspatis G, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy* 2017 Mar;49(3):270-97.
13. Hewett DG. Cold snare polypectomy: optimizing technique and technology (with videos). *Gastrointestinal endoscopy* 2015 Oct;82(4):693-6.
14. Tutticci N, Burgess NG, Pellise M, McLeod D, Bourke MJ. Characterization and significance of protrusions in the mucosal defect after cold snare polypectomy. *Gastrointestinal endoscopy* 2015 Sep;82(3):523-8.
15. Lee CK, Shim JJ, Jang JY. Cold snare polypectomy vs. Cold forceps polypectomy using double-biopsy technique for removal of diminutive colorectal polyps: a prospective randomized study. *The American journal of gastroenterology* 2013 Oct;108(10):1593-600.
16. Kim JS, Lee BI, Choi H, Jun SY, Park ES, Park JM, et al. Cold snare polypectomy versus cold forceps polypectomy for diminutive and small colorectal polyps: a randomized controlled trial. *Gastrointestinal endoscopy* 2015 Mar;81(3):741-7.
17. Komeda Y, Kashida H, Sakurai T, Tribonias G, Okamoto K, Kono M, et al. Removal of diminutive colorectal polyps: A prospective randomized clinical trial between cold snare polypectomy and hot forceps biopsy. *World journal of gastroenterology* 2017 Jan 14;23(2):328-35.
18. Kawamura T, Takeuchi Y, Asai S, Yokota I, Akamine E, Kato M, et al. A comparison of the resection rate for cold and hot snare polypectomy for 4-9 mm colorectal polyps: a multicentre randomised controlled trial (CRESCENT study). *Gut* 2018 Nov;67(11):1950-57.
19. Arimoto J, Chiba H, Ashikari K, Fukui R, Tachikawa J, Okada N, et al. Management of Less Than 10-mm-Sized Pedunculated (Ip) Polyps with Thin Stalk: Hot Snare Polypectomy Versus Cold Snare Polypectomy. *Digestive diseases and sciences* 2020 Jul 4.
20. Paspatis GA, Tribonias G, Konstantinidis K, Theodoropoulou A, Vardas E, Voudoukis E, et al. A prospective randomized comparison of cold vs hot snare polypectomy in the occurrence of postpolypectomy bleeding in small colonic polyps. *Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland* 2011 Oct;13(10):e345-8.
21. Ichise Y, Horiuchi A, Nakayama Y, Tanaka N. Prospective randomized comparison of cold snare polypectomy and conventional polypectomy for small colorectal polyps. *Digestion* 2011;84(1):78-81.
22. Repici A, Hassan C, Vitetta E, Ferrara E, Manes G, Gullotti G, et al. Safety of cold polypectomy for <10mm polyps at colonoscopy: a prospective multicenter study. *Endoscopy* 2012 Jan;44(1):27-31.
23. Papastergiou V, Paspatis GA, Paraskeva KD. Immediate intraprocedural bleeding: true 'complication' of cold snare polypectomy? *Endoscopy international open* 2019 Aug;7(8):E1031-E32.
24. Horiuchi A, Nakayama Y, Kajiyama M, Tanaka N, Sano K, Graham DY. Removal of small colorectal polyps in anticoagulated patients: a prospective randomized comparison of cold snare and conventional polypectomy. *Gastrointestinal endoscopy* 2014 Mar;79(3):417-23.
25. Makino T, Horiuchi A, Kajiyama M, Tanaka N, Sano K, Maetani I. Delayed Bleeding Following Cold Snare Polypectomy for Small Colorectal Polyps in Patients Taking Antithrombotic Agents. *Journal of clinical gastroenterology* 2018 Jul;52(6):502-07.
26. Ito A, Suga T, Ota H, Tateiwa N, Matsumoto A, Tanaka E. Resection depth and layer of cold snare polypectomy versus endoscopic mucosal resection. *Journal of gastroenterology* 2018 Nov;53(11):1171-78.
27. Suzuki S, Gotoda T, Kusano C, Ikehara H, Sugita A, Yamauchi M, et al. Width and depth of resection for small colorectal polyps: hot versus cold snare polypectomy. *Gastrointestinal endoscopy* 2018 Apr;87(4):1095-103.
28. Neilson LJ, Rutter MD, Saunders BP, Plumb A, Rees CJ. Assessment and management of the malignant colorectal polyp. *Frontline gastroenterology* 2015 Apr;6(2):117-26.
29. Din S, Ball AJ, Riley SA, Kitsanta P, Johal S. Cold snare polypectomy: does snare type influence outcomes? *Digestive endoscopy : official journal of the Japan Gastroenterological Endoscopy Society* 2015 Jul;27(5):603-8.
30. Matsuura N, Takeuchi Y, Yamashina T, Ito T, Aoi K, Nagai K, et al. Incomplete resection rate of cold snare polypectomy: a prospective single-arm observational study. *Endoscopy* 2017 Mar;49(3):251-57.
31. Hirose R, Yoshida N, Murakami T, Ogiso K, Inada Y, Dohi O, et al. Histopathological analysis of cold snare polypectomy and its indication for colorectal polyps 10-14 mm in diameter. *Digestive endoscopy : official journal of the Japan Gastroenterological Endoscopy Society* 2017 Jul;29(5):594-601.
32. Papastergiou V, Paraskeva KD, Fragaki M, Dimas I, Vardas E, Theodoropoulou A, et al. Cold versus hot endoscopic mucosal resection for nonpedunculated colorectal polyps sized 6-10 mm: a randomized trial. *Endoscopy* 2018 Apr;50(4):403-11.
33. Papastergiou V, Fragaki M, Velegraki M, Mpitouli A, Vardas E, Voudoukis E, et al. Cold endoscopic mucosal resection of 8-20mm sessile serrated polyps: a prospective trial. *Endoscopy* 2019;51(4):153.
34. Piraka C, Saeed A, Waljee AK, Pillai A, Stidham R, Elmunzer BJ. Cold snare polypectomy for non-pedunculated colon polyps greater than 1 cm. *Endoscopy international open* 2017 Mar;5(3):E184-E89.
35. Tutticci NJ, Hewett DG. Cold EMR of large sessile serrated polyps at colonoscopy (with video). *Gastrointestinal endoscopy* 2018 Mar;87(3):837-42.

Get closure.

One-to-one rotation for precise placement and a tissue-grasping design for secure closure.

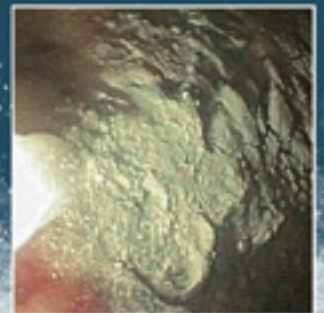
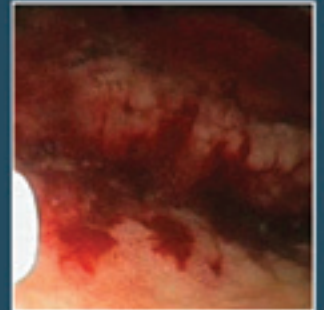


Instinct Plus™
ENDOSCOPIC CLIPPING DEVICE



A&L MEDICAL SUPPLIES S.A
Βριλησσού 23, 114 76 Αθήνα
Τηλ: +30 210 75 13 156, Fax: +30 210 70 15 727
email: info@a-lmedicalsupplies.com
www.a-lmedicalsupplies.com

A different approach to haemostasis.



Hemospray[®]
ENDOSCOPIC HEMOSTAT

FOR
NONVARICEAL
**UPPER &
LOWER**
GI BLEEDS

For more information on Hemospray, visit
hemospray.cookmedical.com.



Images courtesy of Dr John Morris,
Glasgow Royal Infirmary, Glasgow Scotland.



Τα παρακάτω άρθρα παρουσιάστηκαν στις Επιστημονικές Συναντήσεις της Ηπατογαστρεντερολογικής Μονάδας της Β΄ Παθολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ στα πλαίσια Βιβλιογραφικής Ενημέρωσης.

Στο παρόν τεύχος παρουσιάζουμε την ανασκόπηση δύο άρθρων από τη διεθνή βιβλιογραφία. Το πρώτο αναφέρεται στη συσχέτιση της λήψης αντιβιοτικών σχημάτων και του κινδύνου εμφάνισης ΙΦΝΕ στο διάστημα μετά τη χορήγηση αυτών. Πρόκειται για μια πληθυσμιακή μελέτη παρατήρησης από τη Δανία που βασίστηκε σε δεδομένα από τα τοπικά ιατρικά αρχεία. Το δεύτερο άρθρο αφορά στην εμφάνιση συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου μετά από νοσηλεία για λοίμωξη Covid-19. Η συγκεκριμένη μελέτη είναι προοπτική, πολυκεντρική και ελεγχόμενη και μελετά τα γαστρεντερικά συμπτώματα σε νοσηλευόμενους ασθενείς με λοίμωξη από τον ιό SARS-CoV-2 σε σχέση με ομάδα νοσηλευόμενων αρνητικών στον ιό, που παρακολουθήθηκαν για ένα χρόνο μετά την νοσηλεία.

Original research

Inflammatory bowel disease

Antibiotic use as a risk factor for inflammatory bowel disease across the ages: a population-based cohort study

Adam S Faye¹, Kristine Højgaard Allin^{2,3}, Aske T Iversen², Manasi Agrawal^{2,4}, Jeremiah Faith⁵, Jean-Frederic Colombel⁴, Tine Jess^{2,3}

Faye AS, et al. *Gut* 2023;0:1–8. doi:10.1136/gutjnl-2022-327845

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- Έκθεση σε αντιβιοτικά -> συσχέτιση με ΙΦΝΕ σε νέους.
 - Μελέτη 2011¹ (Δανία): χρήση αντιβιοτικών σε νεαρή ηλικία -> σχεδόν 2πλάσιος κίνδυνος εμφάνισης ΙΦΝΕ στα παιδιά/πιο συχνή η ν. Crohn/εμφάνιση τους πρώτους μήνες μετά τη χρήση των αντιβιοτικών.
 - Μελέτη 2020² (Σουηδία): παρόμοια αποτελέσματα στον πληθυσμό, με σχεδόν 2πλάσια συχνότητα ΙΦΝΕ μετά την χρήση αντιβιοτικών, ακόμα και σε μεγαλύτερες ηλικίες (μετά από χρήση πολλαπλών αντιβιοτικών).
1. Hviid A, Svanström H, Frisch M. Antibiotic use and inflammatory bowel diseases in childhood. *Gut* 2011;60:49–54.
 2. Nguyen LH, Örtqvist AK, Cao Y, et al. Antibiotic use and the development of inflammatory bowel disease: a national case-control study in Sweden. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2020;5:986–95.

- Τουλάχιστον 5 έτη κατοικίας στην Δανία (ούτως ώστε να αξιολογηθεί η έκθεση στα αντιβιοτικά).

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Κίνδυνος εμφάνισης ΙΦΝΕ στον πληθυσμό ηλικίας ≥ 10 ετών μετά χρήση αντιβιοτικών, αξιολογώντας ταυτόχρονα και:

- 1 την ύπαρξη δοσοεξαρτώμενης συσχέτισης ανάμεσα στην έκθεση σε αντιβιοτικά και την εμφάνιση ΙΦΝΕ
- 2 Ξεχωριστά τον κίνδυνο εμφάνισης Ν. Crohn και Ε.Κ.
- 3 Τον χρόνο από την λήψη αντιβιοτικών μέχρι την εμφάνιση ΙΦΝΕ και
- 4 Τον ρόλο διαφορετικών κατηγοριών αντιβιοτικών στην εμφάνιση ΙΦΝΕ.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Χρησιμοποιήθηκε το Civil Registration System (CRS) της Δανίας και αναγνωρίστηκε κοόρτη ατόμων ≥ 10 ετών μεταξύ 1ης Ιανουαρίου 2000 και 31ης Δεκεμβρίου 2018, τα οποία δεν είχαν προηγουμένως διαγνωσθεί με ΙΦΝΕ. Παρακολούθηση του ιστορικού αυτών των ατόμων από την συντομότερη ημερομηνία κατά την οποία πληρούνται τα εξής κριτήρια:

- Ηλικία ≥ 10 ετών και

ΑΣΘΕΝΕΙΣ

- Συνολικά 6.104.245 άτομα ≥ 10 ετών συμπεριλήφθηκαν στην κοόρτη/τα άτομα αυτά μπορούσαν να συμμετέχουν σε > 1 γκρουπ δεδομένης της προόδου της ηλικίας και του περάσματος του χρόνου.
- Παρακολούθηση για 87.112.328 person-years
- Γυναίκες 50.4%.
- Συνολικά, 5.551.441 άτομα (90.9%) έλαβαν τουλάχιστον ένα course αντιβιοτικών
- Κατά το follow-up καταγράφηκαν 36.017 νέοι ασθενείς με Ε.Κ και 16.881 με ν.Crohn.

	All (n=6 104 245)		Antibiotic users (n=5 551 441)	
	N	Person-years of follow-up	N	Person-years of follow-up
Calendar period				
2000–2005	4542 386	23 447 131	3 019 106	13 903 035
2005–2010	4 420 179	22 962 085	3 162 215	16 807 674
2010–2015	4 475 949	23 107 879	3 268 373	16 800 199
2015–2018	4 755 219	18 207 873	3 212 230	11 388 168
Age group				
10–15	1 913 716	6 180 509	845 405	3 164 936
15–20	1 362 683	5 929 437	655 425	3 075 273
20–25	1 222 516	5 636 419	625 885	3 411 601
25–30	1 129 536	5 527 308	627 879	3 367 245
30–35	1 218 340	5 943 089	652 960	3 193 336
35–40	1 358 968	6 429 433	692 429	4 496 634
40–45	1 488 758	7 054 175	1 051 188	4 545 935
45–50	1 488 028	7 401 418	1 017 905	4 340 157
50–55	1 483 364	6 954 378	925 940	4 232 632
55–60	1 485 235	6 228 295	875 758	4 188 637
60–65	1 350 375	6 121 038	1 052 054	3 982 902
65–70	1 288 027	5 371 376	842 710	3 464 737
70–75	1 021 315	4 117 341	712 510	2 821 067
75–80	739 215	3 274 668	558 487	2 146 405
80–85	576 107	2 201 638	427 250	1 594 431
85–90	312 572	1 103 983	287 263	945 145
≥90	189 284	728 199		

	All (n=6 104 245)		Antibiotic users (n=5 551 441)	
	N	Person-years of follow-up	N	Person-years of follow-up
Sex				
Female	3 079 011	41 179 719	2 848 145	30 654 248
Male	3 025 234	46 102 510	2 703 296	29 912 613
Area socioeconomic index				
Low	2 123 438	29 344 343	1 863 818	14 540 193
Mid-low	2 100 000	29 488 703	1 852 488	13 374 862

Site type	2010-2014	2015-2019	2020-2024	2025-2029
High	2854080	21790802	1794685	10601941

Degree of urbanisation	<50 people/km ²	50-349 people/km ²	350-2000 people/km ²	>2000 people/km ²
<50 people/km ²	552934	508146	405136	359604
50-349 people/km ²	3385987	48747361	3438824	38287483
350-2000 people/km ²	1431048	16282927	1408148	18282140
1000-1900 people/km ²	363905	3988487	294011	2001361
>2000 people/km ²	1371512	13381222	1181265	9483264

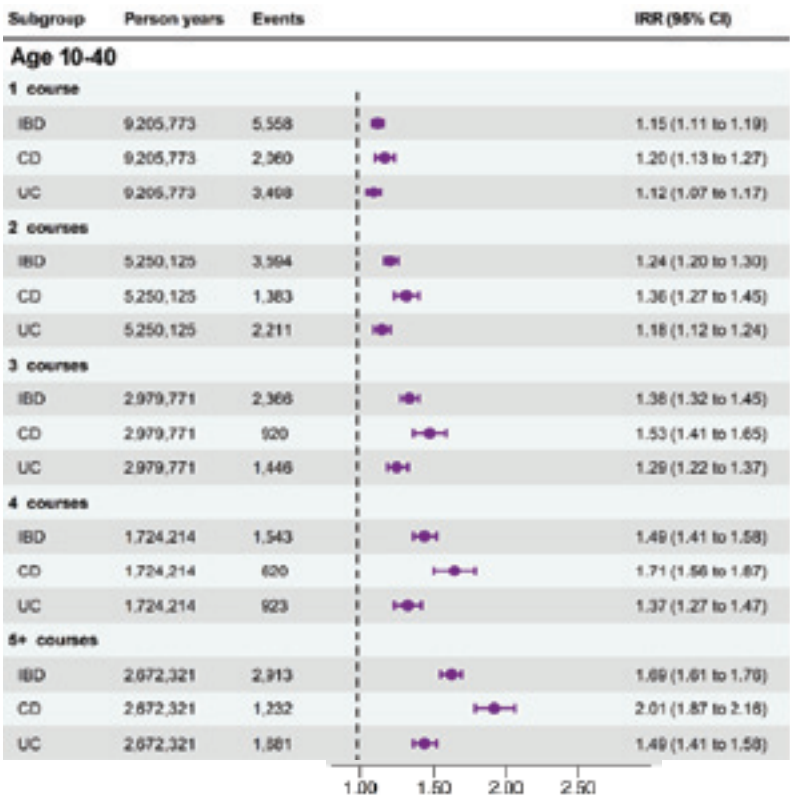
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Table 2 Incidence rate ratio for antibiotic exposure

Age group	Antibiotic exposure	Person-years	Number of IBD cases	IRR*, IBD	IRR lower bound, IBD	IRR upper bound, IBD	IRR*, CD	IRR lower bound, CD	IRR upper bound, CD	IRR*, UC	IRR lower bound, UC	IRR upper bound, UC
10-40 years	No	1895774	709	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
10-40 years	Yes	2182285	1949	1.28	1.25	1.32	1.49	1.33	1.47	1.21	1.17	1.26
40-60 years	No	1937875	4523	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
40-60 years	Yes	17182431	10886	1.48	1.43	1.54	1.62	1.51	1.74	1.48	1.38	1.60
>60 years	No	788489	2372	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
>60 years	Yes	1548045	11307	1.47	1.42	1.53	1.51	1.48	1.63	1.47	1.42	1.53

*Adjusted for sex, calendar time, antibiotic and antifungal exposure, protein pump inhibitor exposure, socioeconomic index and population density. CD, Crohn's disease; IBD, inflammatory bowel disease; IRR, incidence rate ratio; UC, ulcerative colitis.

- Συνολικά η έκθεση στα αντιβιοτικά συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο ΙΦΝΕ σε όλα τα ηλικιακά γκρουπ, σε σύγκριση με τον πληθυσμό που δεν είχε έκθεση στα αντιβιοτικά.
- Αυτό ισχύει τόσο για την Ε.Κ όσο και για τη ν. Crohn, με ελαφρώς υψηλότερο κίνδυνο για τη ν. Crohn.



- Κάθε επιπρόσθετο course αντιβιοτικών συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο (δοσοεξαρτώμενη σχέση).
- Η νιτροφουραντοϊνη είναι το μοναδικό αντιβιοτικό που δεν συσχετίστηκε με την εμφάνιση ΙΦΝΕ.
- Τα αντιβιοτικά με τον μεγαλύτερο κίνδυνο ήταν οι νιτροϊμιδαζόλες και οι φθοριοκινολόνες, τα οποία χρησιμοποιούνται κοινώς για παθογόνα του ΓΕΣ.
- Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια για την Ε.Κ. Και την ν. Crohn.

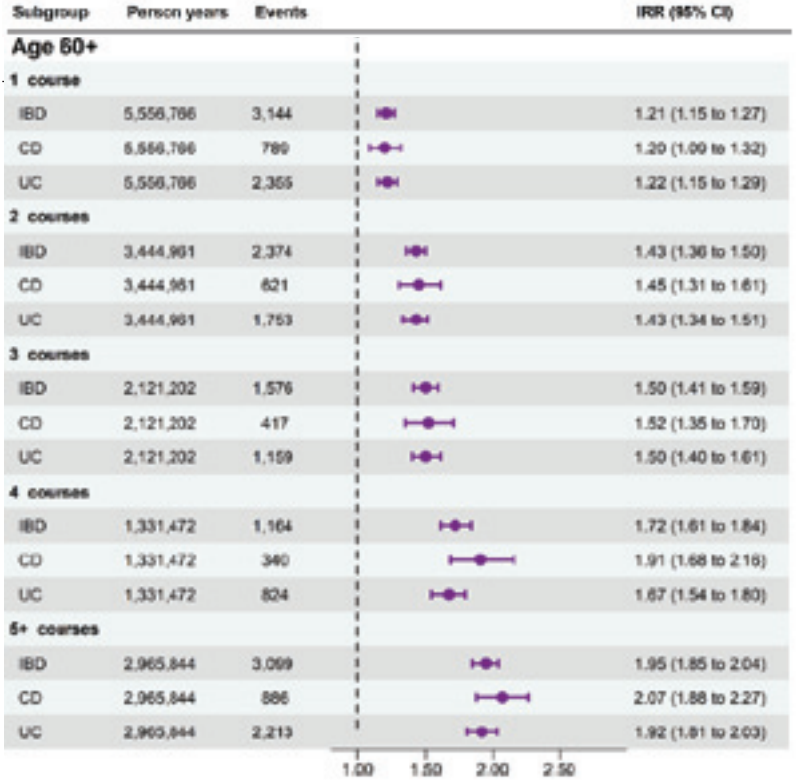
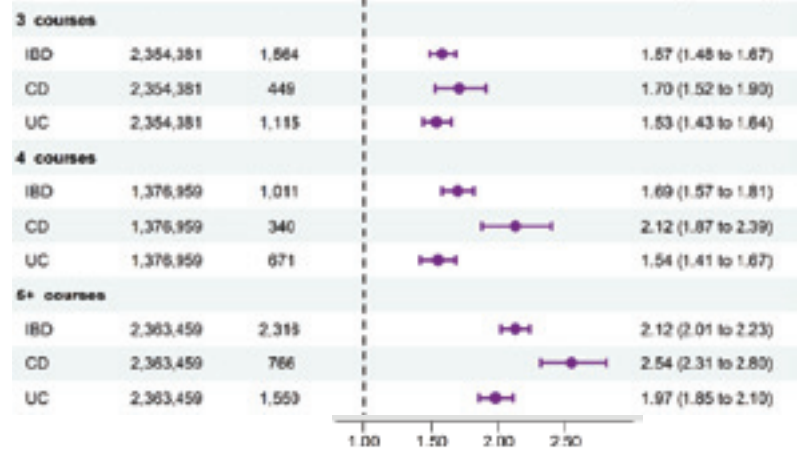
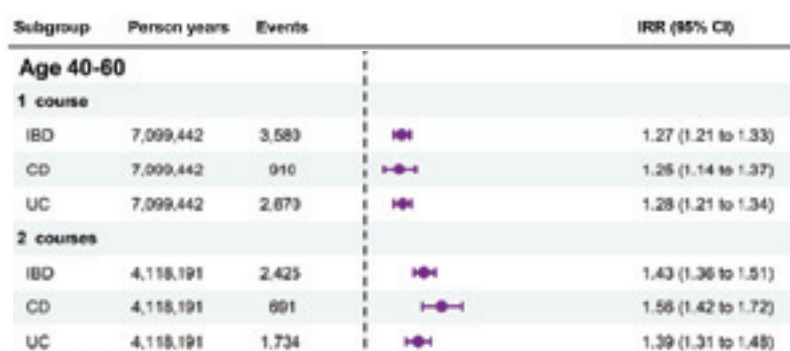


Table 3 Incidence rate ratio by timing of antibiotic course

Age group	Most recent antibiotic use	IRR*, IBD	IRR lower bound, IBD	IRR upper bound, IBD	IRR*, CD	IRR lower bound, CD	IRR upper bound, CD	IRR*, UC	IRR lower bound, UC	IRR upper bound, UC
10-40 years	No use in the last 5 years	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
10-40 years	4 to 5 years	0.73	0.68	0.80	0.72	0.67	0.80	0.74	0.68	0.81
10-40 years	3 to 4 years	0.78	0.73	0.84	0.79	0.74	0.85	0.75	0.69	0.82
10-40 years	2 to 3 years	0.74	0.69	0.79	0.74	0.69	0.81	0.76	0.70	0.83
10-40 years	1 to 2 years	0.47	0.35	0.64	0.59	0.51	0.68	0.28	0.23	0.34
40-60 years	No use in the last 5 years	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
40-60 years	4 to 5 years	0.71	0.67	0.76	0.72	0.67	0.79	0.71	0.66	0.78
40-60 years	3 to 4 years	0.76	0.71	0.84	0.76	0.71	0.87	0.77	0.72	0.86
40-60 years	2 to 3 years	0.61	0.58	0.68	0.59	0.56	0.68	0.57	0.53	0.65
40-60 years	1 to 2 years	0.46	0.35	0.73	0.39	0.26	0.58	0.38	0.31	0.48
60+ years	No use in the last 5 years	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
60+ years	4 to 5 years	0.73	0.68	0.81	0.72	0.67	0.85	0.74	0.69	0.82
60+ years	3 to 4 years	0.76	0.71	0.83	0.76	0.71	0.86	0.77	0.72	0.84
60+ years	2 to 3 years	0.74	0.69	0.84	0.74	0.69	0.87	0.75	0.70	0.83
60+ years	1 to 2 years	0.63	0.57	0.70	0.62	0.58	0.76	0.62	0.56	0.70

*Adjusted for sex, calendar time, antibiotic and antifungal exposure, protein pump inhibitor exposure, socioeconomic index and population density. CD, Crohn's disease; IBD, inflammatory bowel disease; IRR, incidence rate ratio; UC, ulcerative colitis.

- Ο μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης ΙΦΝΕ ήταν 1 - 2 έτη μετά την έκθεση στα αντιβιοτικά
- Κάθε έτος που περνούσε σήμαινε χαμηλότερο κίνδυνο για κάθε ηλικιακό γκρουπ
- Αυτό ισχύει τόσο για την Ε.Κ. όσο και για την ν. Crohn

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

- Η χρήση αντιβιοτικών συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο ΙΦΝΕ, και παρατηρήθηκε τόσο για την Ε.Κ. όσο και για την ν. Crohn.
- Ο κίνδυνος ήταν μεγαλύτερος σε ηλικίες ≥ 40 ετών, αυξανόταν με κάθε επιπρόσθετο course αντιβιοτικών και ήταν υψηλότερος μετά

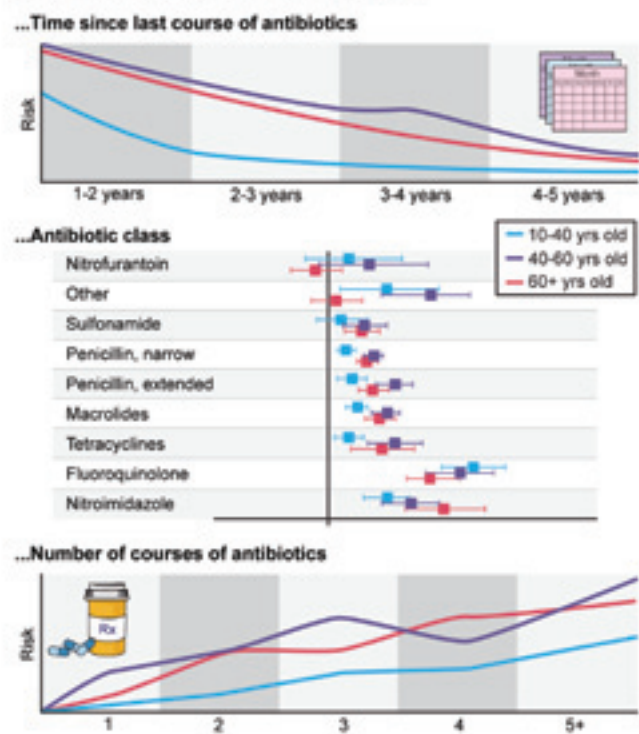
την έκθεση σε αντιβιοτικά που στοχεύουν σε παθογόνα του ΓΕΣ.

- Η επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων στην αλλαγή του μικροβιώματος μπορεί να έχει ρόλο στην εμφάνιση Ε.Κ. και ν. Crohn σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας.
- Παρατηρήθηκε ότι τα αντιβιοτικά που επηρεάζουν το εντερικό μικροβίωμα συσχετίστηκαν με την εμφάνιση ΙΦΝΕ – η νιτροφουραντοΐνη (μικρή επίδραση στο ΓΕΣ) δεν συσχετίστηκε με ΙΦΝΕ σε όλα τα ηλικιακά γκρουπ.

Μήνυμα για το σπίτι

- Η χορήγηση αντιβιοτικών μπορεί να προδιαθέσει σε εμφάνιση ΙΦΝΕ, κυρίως στο άμεσο διάστημα μετά τη χορήγηση τους. Η συσχέτιση αφορά ΕΚ και νόσο Crohn. Ο κίνδυνος μειώνεται με την πάροδο του χρόνου από την τελευταία χορήγηση αντιβιοτικού σχήματος.
- Ο κίνδυνος αυξάνει με την ηλικία και φαίνεται να συσχετίζεται με τον αριθμό των δόσεων αντιβιοτικών ανά σχήμα, τον αριθμό των χορηγηθέντων σχημάτων και το είδος των αντιβιοτικών.
- Τα αντιβιοτικά που επηρεάζουν παθογόνα του ΓΕΣ (φθοριοκινολόνες και νιτροϊμιδαζόλες) φαίνεται να έχουν την ισχυρότερη συσχέτιση, ενδεχομένως μέσω τροποποίησης του εντερικού μικροβιώματος, ενώ η νιτροφουραντοΐνη είναι το μοναδικό αντιβιοτικό για το οποίο δεν επιβεβαιώθηκε συσχέτιση με ΙΦΝΕ.

Risk of developing IBD according to...



Original research

Neurogastroenterology

Post COVID-19 irritable bowel syndrome

Giovanni Marasco,^{1,2} Cesare Cremon,^{1,2} Maria Raffaella Barbaro,¹ Giulia Cacciari,^{1,2} Francesca Falangone,³ Anna Kagramanava,⁴ Dmitry Bordin,^{4,5,6} Vasile Drug,⁷ Egidia Miftode,⁸ Pietro Fusaroli,⁹ Salem Youssef Mohamed,¹⁰ Chiara Ricci,¹¹ Massimo Bellini,¹² Mohammed Masudur Rahman,¹³ Luigi Melcarne,¹⁴ Javier Santos,¹⁵ Beatriz Lobo,¹⁵ Serhat Bor,¹⁵ Suna Yapali,¹⁷ Deniz Akyol,¹⁸ Ferdane Pirincci Sarpmaz,¹⁹ Yonca Yilmaz Urun,²⁰ Tugce Eskazan,²¹ Altay Celebi,²²

Marasco G, et al. *Gut* 2022;**0**:1–9. doi:10.1136/gutjnl-2022-328483

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- The long-term consequences of COVID-19 infection on the gastrointestinal tract remain unclear.
- Long-term & postacute digestive symptoms -> abdominal pain, anorexia, diarrhoea and vomiting.
- Recent study -> compared with non-infected controls, SARS-CoV-2 infection was associated with diarrhoea, nausea and other gastrointestinal symptoms.
- If SARS-CoV-2 may be a risk factor for disorders of gut-brain interaction (DGBI) is unknown.
- The hypothetical mechanisms:
 - cellular damage
 - inflammation
 - gut dysbiosis
 - enteric nervous system dysfunction
 - prothrombotic state induced by the virus.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

- Hospitalised patients with or without COVID-19 were prospectively and consecutively enrolled on hospital admission, and followed up with symptom reassessment at 1, 6 and 12 months.
- 18 – 85 years old, with or without a diagnosis of COVID-19, with symptoms severe enough to warrant hospital admission, May – October 2020.
- Control group -> patients hospitalised for reasons other than COVID-19 (including disease/disorders of gastroenterological, traumatic, and surgical pertinence)
- The Gastrointestinal Symptoms Rating Scale (GSRS) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) questionnaires were used. At the 6 and 12 months assessments, DGBI were diagnosed according to the Rome IV Diagnostic Questionnaire for Functional Gastrointestinal Disorders in Adults.
- GSRS -> self-administered questionnaire, assessment of G.I. symptoms in IBS and peptic ulcer disease/comprises of 15 items including common upper and lower G.I. symptoms, graded on a 7-point scale.
- Admission -> patients were assessed for the presence of COVID-19 related symptoms and current or previous gastrointestinal symptoms, using the GSRS.
- GSRS was also used to assess the presence of G.I. symptom onset at least 6 months before hospitalisation – symptomatic ↔

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

A prospective, global, multicentre, controlled study assessing the prevalence of post infection (PI) gastrointestinal symptoms in patients who were hospitalised with COVID-19 compared with a non-COVID hospitalised control group, who were followed-up for 12 months after hospitalisation.

⇒ patients were excluded.

- All patients were contacted by telephone and interviewed at 1 month to reassess GSRS and hospitalisation outcomes, and at 6 and 12 months to reassess GSRS and to complete the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

- HADS -> self-assessment scale for detecting states of depression and anxiety
- At the 6 and 12 months assessments, DGBI were diagnosed according to the Rome IV Diagnostic Questionnaire for Functional Gastrointestinal Disorders in Adults.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ

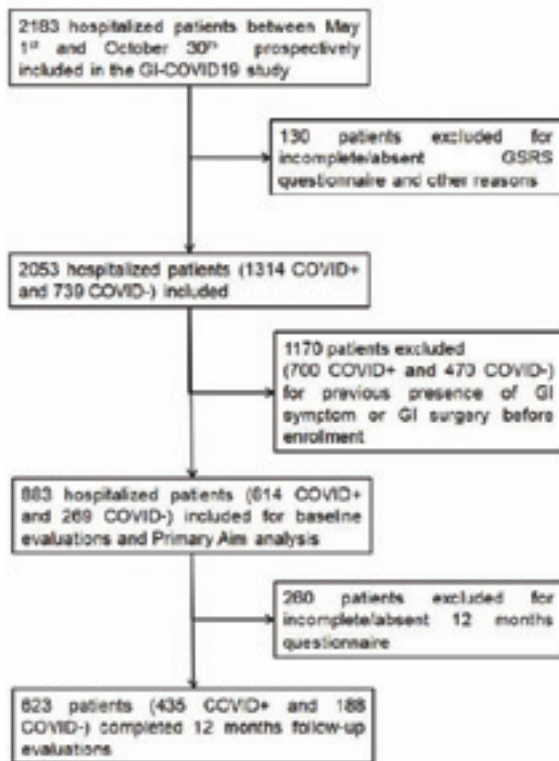


Figure 1 Flow chart of the selection of patients enrolled in the study. GI, gastrointestinal; GSRS, Gastrointestinal Symptoms Rating Scale.

Table 1 Demographics and anamnestic characteristics of patients selected for primary aim analysis in the GI-COVID-19 study

	Controls, n (%) or Mean(SD) n=289	COVID-19, n (%) or Mean(SD) n=634	P value
Age	51.9(18.1)	49.9(18.1)	0.471
Sex, male	164 (56.7)	364 (57.4)	0.532
BMI	26.8(5.5)	27.7(5.3)	0.023
Smoker			<0.001
No	125 (43.3)	435 (68.8)	
Current	70 (24.2)	96 (15.1)	
Former	94 (32.5)	111 (17.5)	
Alcohol consumption	58 (20.1)	95 (15.0)	0.058
Physical activity (at least 30 min 3 times/week)	79 (27.3)	171 (26.9)	0.834
Comorbidities			<0.001
Neurological	21 (7.3)	16 (2.5)	
Cardiovascular	105 (36.7)	175 (27.6)	
Respiratory	31 (10.7)	40 (6.3)	
Liver	16 (5.5)	19 (3.0)	
Kidney	20 (7.0)	28 (4.4)	
Diabetes	60 (20.8)	89 (14.0)	
Metabolic other than diabetes	52 (18.0)	58 (9.1)	
Musculoskeletal	8 (2.8)	16 (2.5)	
Psychiatric	9 (3.1)	4 (0.6)	
Cytostatics	3 (1.0)	1 (0.2)	
Urologic	20 (7.0)	21 (3.3)	
Rheumatological	7 (2.4)	14 (2.2)	
Allergies	13 (4.5)	16 (2.5)	
Autoimmune	11 (3.8)	17 (2.7)	
Neurotic	11 (3.8)	13 (2.1)	
Psychological	11 (3.8)	8 (1.3)	
Haematological	10 (3.5)	7 (1.1)	

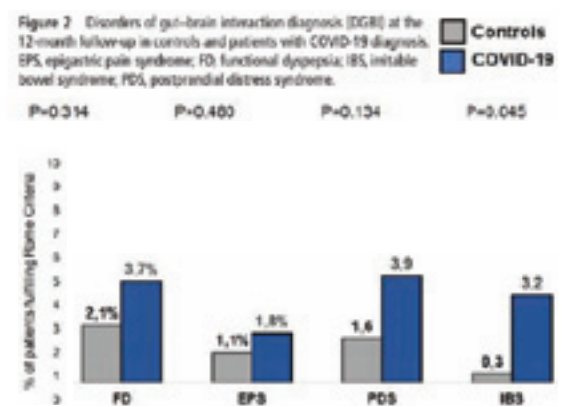
Table 1 Demographics and anamnestic characteristics of patients selected for primary aim analysis in the GI-COVID-19 study

	Controls, n (%) or Mean(SD) n=289	COVID-19, n (%) or Mean(SD) n=634	P value
Chronic medication intake with GI effect			<0.001
Proton-pump inhibitors	48 (16.6)	74 (11.7)	
Non-steroidal anti-inflammatory drugs	33 (11.4)	33 (5.2)	
Statins	13 (4.5)	7 (1.1)	
Metformin	16 (5.5)	31 (4.9)	
Serotonin selective reuptake inhibitors	5 (1.7)	11 (1.7)	
Anticoagulants	4 (1.4)	3 (0.5)	
Iron	5 (1.7)	5 (0.8)	
Fibrates	1 (0.3)	7 (1.1)	
ACE I	32 (11.1)	94 (14.8)	
Beta-blockers	45 (15.6)	76 (11.9)	
Angiotensin 2 antagonist	20 (7.0)	94 (14.8)	
Lithium	0	0	
Carbamazepine	3 (1.0)	1 (0.2)	
Furosemide	25 (8.7)	10 (1.6)	
S-ASA	3 (1.0)	5 (0.8)	
Rifampin	3 (1.0)	0	
Opioids	4 (1.4)	2 (0.3)	
Anticholinergics	1 (0.3)	1 (0.2)	
Vinorelbine	3 (1.0)	3 (0.5)	
Lamotrigine	11 (3.8)	19 (3.0)	
Chlorzoxazone	1 (0.3)	0	
Neuroleptics	1 (0.3)	0	
Dipive	0	1 (0.2)	
Dopaminergic agents	1 (0.3)	2 (0.3)	
HD blockers	3 (1.0)	1 (0.2)	
Bronchodilators	13 (4.5)	11 (1.7)	
Bicyclic antidepressant	3 (1.0)	2 (0.3)	
Antibiotics in the last 3 months	91 (31.5)	132 (20.8)	
Probiotics in the last 3 months	28 (9.7)	66 (10.4)	

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Table 2 DGBI and anxiety and depression occurrence at the 6-month and 12-month follow-ups in patients selected for primary aim analysis of the GI-COVID-19 study

	6-month follow-up			12-month follow-up		
	Controls, n (%) n=224	COVID-19, n (%) n=548	P value	Controls, n (%) n=188	COVID-19, n (%) n=425	P value
DGBI						
Epigastric pain syndrome	8	3 (0.5)	0.267	2 (1.1)	8 (1.9)	0.480
Postprandial distress syndrome	3 (0.3)	9 (0.4)	0.767	3 (1.6)	17 (4.0)	0.134
Functional dyspepsia	3 (0.3)	11 (2)	0.528	4 (2.1)	16 (3.8)	0.314
Chronic nausea and vomiting syndrome	3 (0.3)	0 (0.0)	0.774	3 (1.6)	2 (0.5)	0.146
Cyclic vomiting syndrome	1 (0.5)	0	0.118	-	-	-
Functional diarrhea	8	1 (0.2)	0.520	0	1 (0.2)	0.511
Intestinal bowel syndrome	2 (0.9)	3 (0.4)	0.587	1 (0.5)	14 (3.3)	0.045
HADS						
Depression			0.814			0.1
Normal	209 (93.3)	471 (86)		176 (93.1)	384 (90.2)	
Borderline abnormal	9 (4)	54 (9.9)		7 (3.7)	36 (8.5)	
Abnormal	6 (2.7)	23 (4.1)		5 (2.7)	15 (3.6)	
Anxiety			0.814			0.088
Normal	196 (87.5)	445 (81.2)		174 (92.0)	395 (92.7)	
Borderline abnormal	12 (5.4)	31 (5.7)		12 (6.4)	25 (6.0)	
Abnormal	8 (3.6)	20 (3.7)		2 (1.1)	20 (4.8)	



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

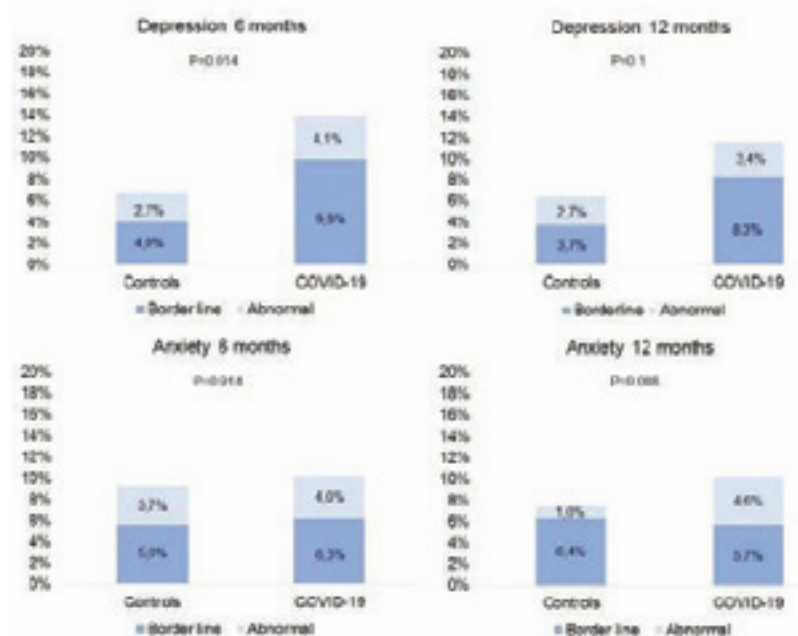


Figure 3 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) at 6 and 12 months among controls and patients with COVID-19 diagnosis.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

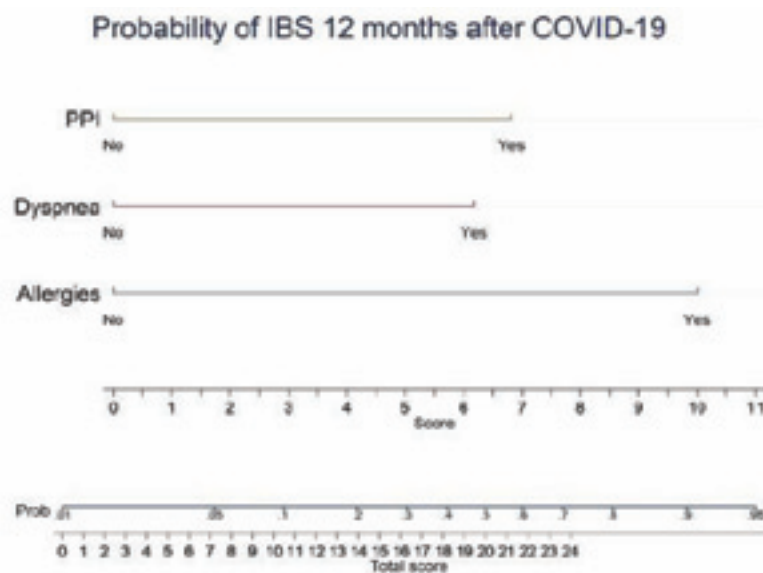


Figure 4 Nomogram reporting a probability score for irritable bowel syndrome (IBS) development at 12 months after COVID-19 infection. Each predictor is assigned a score on each axis; the sum of all points for all predictors is computed and denoted as the total score up to 24, associated with a probability of about 75% for developing IBS. PPI, proton pump inhibitors.

Table 3 Univariate and multivariate logistic regression for identifying factors associated with irritable bowel syndrome occurrence at 12 months follow-up in patients with COVID-19 of the study group selected for primary aim analysis

	Univariate		Multivariate	
	OR (95% CI)	P value	OR (95% CI)	P value
Comorbidities				
Liver diseases	4.845 (0.989 to 23.734)	0.052		
Allergies	6.212 (1.239 to 31.149)	0.026	10.024 (1.766 to 56.891)	0.009
Chronic medication intake				
Proton pump inhibitors	4.030 (1.300 to 12.499)	0.016	4.816 (1.447 to 16.025)	0.010
Antibiotic intake in the previous 3 months	3.158 (1.081 to 9.220)	0.035		
Clinical course				
Cough	4.935 (1.091 to 22.321)	0.038		
Dyspnoea	4.167 (1.369 to 12.680)	0.012	4.157 (1.336 to 12.934)	0.014
In-hospital antibiotic administration	3.945 (0.871 to 17.851)	0.075		
Anxiety according to HADS at 6 months	2.081 (0.996 to 4.347)	0.051		

CI, Confidence Interval; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; OR, Odd Ratio; p, p value.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

- Long-term follow-up of the GI-COVID study provides evidence that most gastrointestinal symptoms declined after hospitalisation for SARS-CoV-2 infection.
- In fact, compared with controls, patients with COVID-19 showed a lower prevalence of constipation and hard stools at the 12-month follow-up.

- Additionally, at the 12-month follow-up, patients with COVID-19 showed a significantly higher prevalence of IBS compared with control patients.
- IBS risk was increased among patients with history of allergies, chronic intake of PPI and dyspnoea at hospitalisation.
- Patients with COVID-19 also showed higher levels of depression and anxiety at 6 and 12 months after hospitalisation.

Μήνυμα για το σπίτι

- Τα γαστρεντερικά συμπτώματα που εμφανίζονται στο πλαίσιο της COVID-19 λοίμωξης φαίνεται ότι υποχωρούν μετά την αποδρομή της. Μάλιστα, η πλειοψηφία των ασθενών που πέρασαν COVID-19 περιγράφει συμπαγείς κενώσεις ή δυσκοιλιότητα.
- Οι ασθενείς με παρελθούσα λοίμωξη COVID-19 έχουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ευερέθιστου εντέρου, κυρίως όσοι έχουν ιστορικό αλλεργιών, μακροχρόνιας έκθεσης σε PPI και δύσπνοιας κατά τη νοσηλεία τους. Ενδεχομένως το εύρημα συνδυάζεται με την μεγαλύτερη συχνότητα άγχους και κατάθλιψης που επίσης κατέγραψε η μελέτη στον πληθυσμό των ασθενών με COVID-19.

Κλινική μελέτη από Έλληνες γιατρούς για την ελάχιστα επεμβατική θεραπεία της κύστης κόκκυγος

Μια πρωτοποριακή μελέτη που δημοσιεύτηκε στο εξειδικευμένο επιστημονικό περιοδικό *Colorectal Disease* δείχνει να αλληλάζει οριστικά όχι μόνο τον τρόπο, αλλά και την ποιότητα θεραπείας των ασθενών με κύστη κόκκυγος. Πρόκειται για την ενδοσκοπική θεραπεία με laser που πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά τον Αύγουστο του 2012 στην Ελλάδα από τον Χειρουργό και ειδικό πρωκτολόγο Dr. Αθκ. Παππά.



Στη μελέτη καταγράφεται μια νέα χειρουργική προσέγγιση για την ασφαλή, λιγότερο τραυματική θεραπεία της κύστης κόκκυγος, ο τρόπος πραγματοποίησής της και τα εξαιρετικά κλινικά αποτελέσματα όπως προέκυψαν από την μετεγχειρητική παρακολούθηση των πρώτων 237 ασθενών με κύστη κόκκυγα που αντιμετωπίστηκαν από το 2012 -2015 με την εν λόγω μέθοδο.

Το πρόβλημα και η τραυματική αντιμετώπιση της κύστης κόκκυγα

Η κύστη κόκκυγος ή τριχοφωλεακό συρίγγιο είναι μία χρόνια φλεγμονή στην περιοχή πάνω από τον κόκκυγα και δύναται να είναι μονήρης ή με πολλαπλές διακλαδώσεις. Οι λόγοι δημιουργίας της δεν είναι ξεκάθαροι, όμως οι περισσότεροι ερευνητές την αποδίδουν κατά κύριο λόγο στη λανθασμένη κατεύθυνση ανάπτυξης των τριχών (προς το εσωτερικό του δέρματος) ή ακόμη και σε κύστη που σχηματίστηκε κατά την εμβρυϊκή ζωή του πάσχοντα.

Παραδοσιακά, η θεραπεία της πραγματοποιούνταν με τη χειρουργική αφαίρεση (εκτομή) της κύστης με laser, R-F, νυστέρι ή διαθερμία, με το τραύμα ανοικτό (ανοικτή μέθοδος), μερικώς κλειστό (ημικλειστή μέθοδος) ή με πλήρη συρραφή του τραύματος (κλειστή μέθοδος). Η χειρουργική αφαίρεση της κύστεως, ανεξάρτητα από το μέσο εκτομής, συνεπάγεται χειρουργικό τραύμα, εκτεταμένη περίοδο (από 1-3 μήνες) αποθεραπείας, διαρκείς αλλαγές στην περιοχή του τραύματος και υπαρκτούς κινδύνους επιμόλυνσης και υποτροπών.

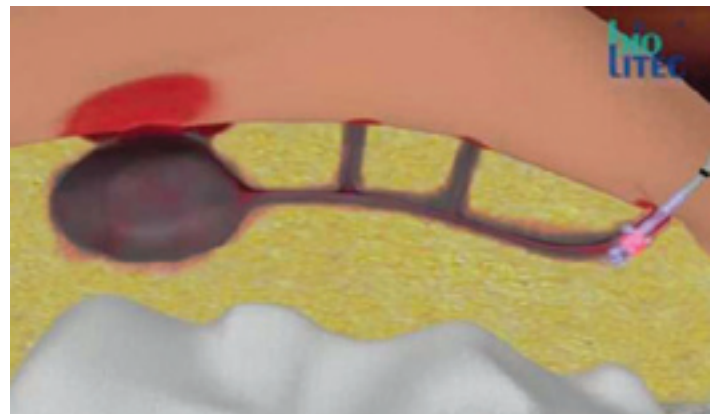
Όπως αναφέρει ο **Dr. Αθκ. Παππάς**, «οι χειρουργικές τομές, το τραύμα, ο έντονος μετεγχειρητικός πόνος με πολύ επίπονες αλλαγές του τραύματος, οι ουλές και η μακρά περίοδος αποθεραπείας για την πλήρη δραστηριοποίηση του ασθενούς ήταν σημαντικά προβλήματα που έκαναν επιτακτική την ανάγκη για μια

νέα, σύγχρονη, λιγότερο τραυματική και αναίμακτη θεραπεία, για ένα συχνό πρόβλημα».

Μια νέα θεραπευτική προσέγγιση: τι αλληλάζει;

Τα τελευταία χρόνια, η εξέλιξη της τεχνολογίας των χειρουργικών laser όχι μόνο επέτρεψε την αναίμακτη χειρουργική θεραπεία άλλων παθήσεων στην περιοχή του πρωκτού (αιμορροΐδες, περιεδρικά συρίγγια, κ.α.), αλλά προσέφερε και μια νέα, εντελώς ανώδυνη και αναίμακτη θεραπευτική προσέγγιση θεραπείας και για την κύστη κόκκυγα, απαλλάσσοντας τους ασθενείς από μια πολύ επώδυνη χειρουργική αφαίρεση της κύστης.

Η νέα μέθοδος θεραπείας πραγματοποιείται με τη χρήση ειδικού χειρουργικού laser (Leonardo Dual) που μέσω ενός λεπτού καθετήρα οπτικής ίνας, εξαχνώνει την εσωτερική κάψα της κύστης και αποστειρώνει την περιοχή, ενώ η θεραπευτική του δράση προάγει την κοκκίωση, τον σχηματισμό νέου ιστού και την ταχεία επούλωση του συριγγίου της κύστεως.



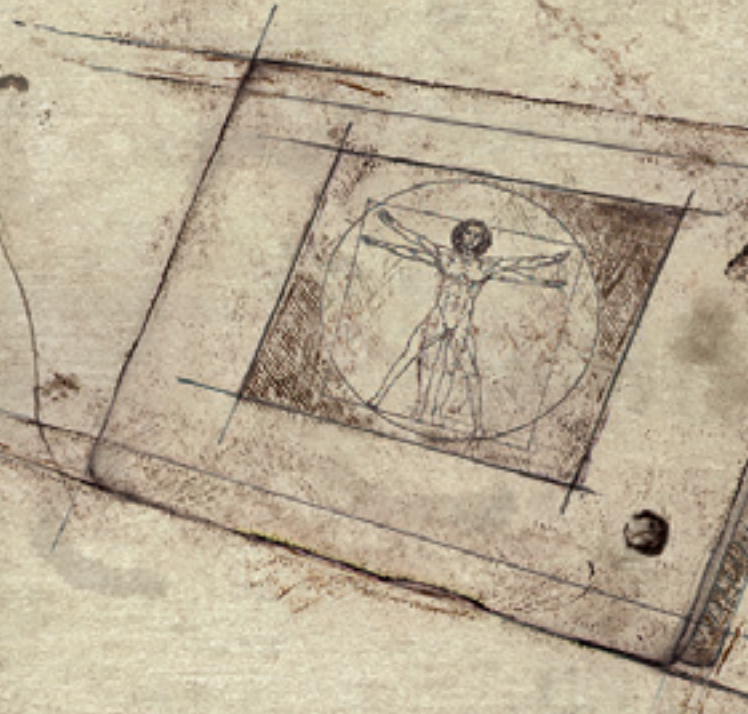
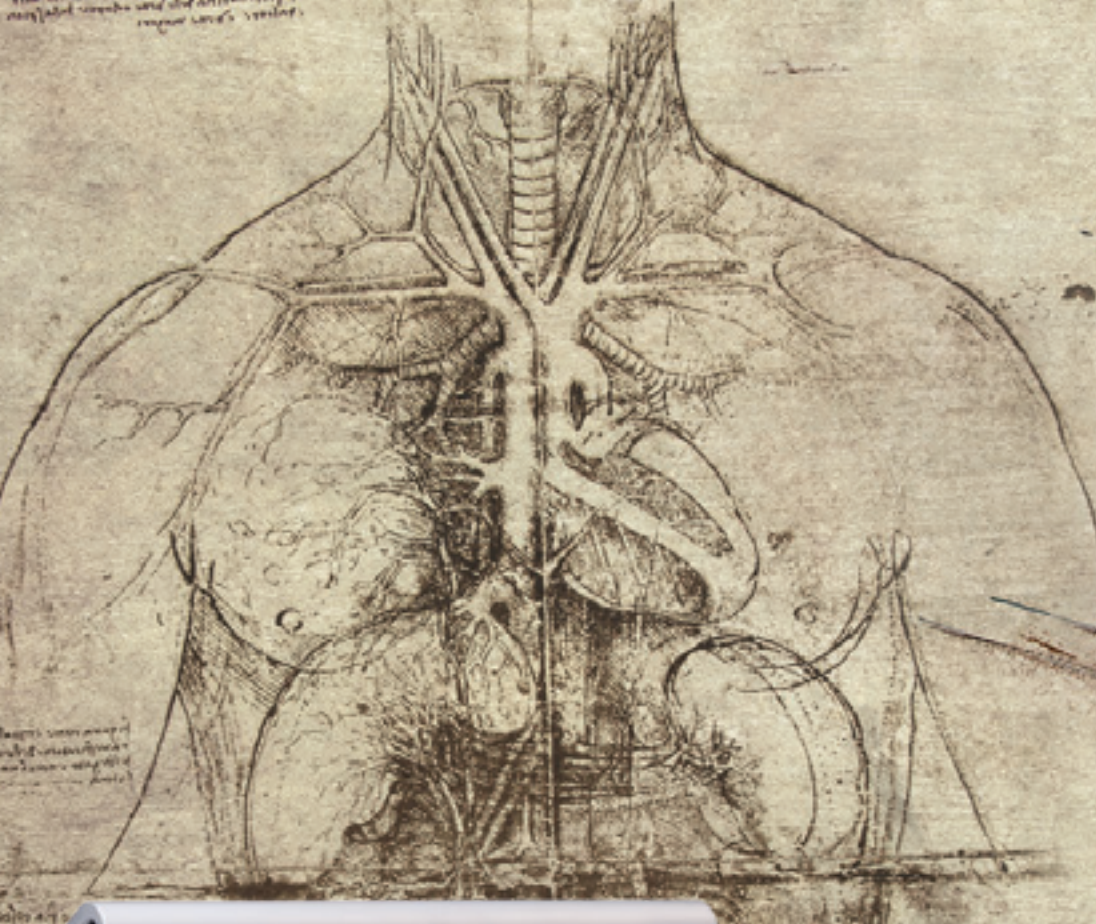
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης που πραγματοποιήθηκε από τους Έλληνες γιατρούς κ.κ. Αθκ. Παππά και Δ. Κ. Χριστοδούλου, από τους 237 ασθενείς που έλαβαν τη θεραπεία το ποσοστό επούλωσης με την πρώτη συνεδρία ήταν 90,3%, με έναν μέσο χρόνο επούλωσης τις 47 μέρες (30-70 μέρες). Μετά από μια δεύτερη συνεδρία το ποσοστό επιτυχούς θεραπείας ξεπέρασε το 97%!

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η θεραπεία της κύστης κόκκυγος με laser είναι μια πολύ σύντομη, ασφαλή και αποτελεσματική διαδικασία. Τα κλινικά αποτελέσματα έδειξαν χαμηλή νοσηρότητα και πολύ χαμηλά ποσοστά υποτροπής (3%) συγκριτικά με άλλες σύγχρονες τεχνικές, βάσει της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας. Όλα τα παραπάνω σε συνδυασμό με την γρήγορη ανάρρωση και το χαμηλό κόστος της θεραπείας, την καθιστούν την ιδανική επιλογή θεραπείας της κύστης κόκκυγος.

Ελάχιστη επεμβατικότητα
για απλά ή περισσότερα
σύνθετα προβλήματα

Handwritten text from a manuscript, likely describing anatomical observations.

Handwritten text from a manuscript, likely describing anatomical observations.



LEONARDO[®]
Universal and ingenious

Κλινικά αποδεδειγμένες θεραπευτικές επιλογές

- ⊙ **HELP[®]**: Απολίνωση αιμορροΐδων
- ⊙ **LHP[®]**: Αιμορροΐδοπλαστική
- ⊙ **FiLaC[®]**: Σύγκλιση περιεδρικών συριγγίων
- ⊙ **SiLaC[®]**: Θεραπεία κύστης κόκκυγος

 **endotech**
ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ

Γαστρεντερολογικό Quiz

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΡΑΝΙΔΙΩΤΗΣ, ΑΡΤΕΜΙΣ ΤΡΙΚΟΛΑ, ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΑΠΠΑΣ, ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ
Γαστρεντερολογική Κλινική Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών

Ασθενής, γυναίκα, 74 ετών, νοσηλεύεται σε Παθολογική Κλινική λόγω σιδηροπενικής αναιμίας που διαπιστώθηκε σε εργαστηριακό έλεγχο για διερεύνηση συμπτωματολογίας κόπωσης και αδυναμίας.

Από τον εν λόγω έλεγχο διαπιστώθηκαν τα εξής: Hct: 32%, Hgb: 10,4 g/dl, Fe²⁺: 50 mg/dl, Φερριτίνη: 10 ng/ml, B12: 100 pg/ml, φυλλικό οξύ: 3 ng/ml.

Από το ατομικό αναμνηστικό της, αναφέρονται υπέρταση και υποθυρεοειδισμός, για τα οποία λαμβάνει tb. Exforge 160/5 mg & tb. T4 62 μg αντίστοιχα.

Προς διερεύνηση της σιδηροπενικής αναιμίας, διενεργήθηκε ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού, που ανέδειξε ελκωτική βλάβη έκτασης 4-5 cm στα όρια σώματος και άντρου στομάχου στο οπίσθιο τοίχωμα και από την οποία ελήφθη βιοψία.

Η ιστολογική έκθεση από τη βλάβη αναφέρει αλλοιώσεις αντιδραστικής γαστρίτιδας, ήπια και κατά θέσεις μέτρια χρόνια φλεγμονή, οίδημα και υπεραϊμία του χορίου με αναγεννητικές επιθηλιακές αλλοιώσεις και 2 εστίες με χαμηλόβαθμη δυσπλασία κατηγορίας 3 και 3.1 κατά Vienna και Radona, με έκφραση του δείκτη Ki-67 στις ανώτερες μοίρες των κρυπτών και στην επιφάνεια. Επίσης τα ιστοτεμαχίδια από το υπόλοιπο σώμα του στομάχου είναι συμβατά με πρώιμου τύπου αυτοάνοση γαστρίτιδα (early AMAG).

Πραγματοποιήθηκε επίσης απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλιάς, η οποία δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα, και κολonosκόπηση η οποία ήταν αρνητική.

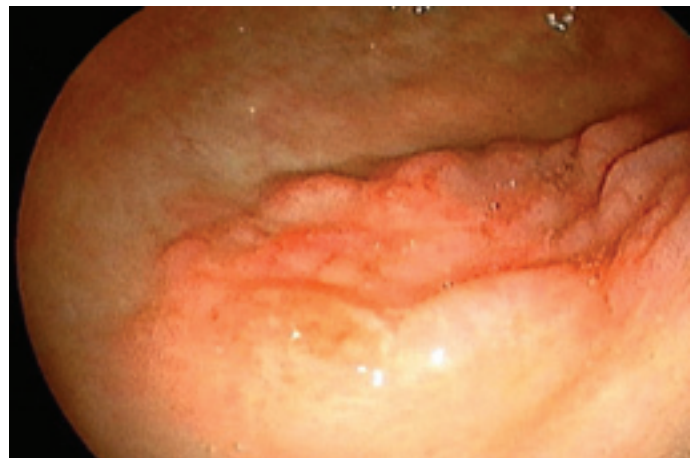
Με βάση τα ιστολογικά ευρήματα της γαστροσκόπησης και την ισχυρή ενδοσκοπική υπόνοια κακοήθειας, συστήθηκε η επανάληψη της γαστροσκόπησης με νέα λήψη βιοψιών σε δεύτερο χρόνο και μετά από χορήγηση αγωγής με PPIs.

Μετά από 1,5 μήνα διενεργήθηκε επαναληπτική γαστροσκόπηση, στην οποία επανελέγχθηκε η βλάβη, χωρίς αλλαγές συγκριτικά με την πρώτη ενδοσκόπηση.

Ποιά η ιστολογική διάγνωση της βλάβης αυτή τη φορά;



Εικόνα 1ης ενδοσκόπησης



Εικόνα 2ης ενδοσκόπησης

Απάντηση

Τα ιστοτεμαχίδια από τη βλάβη αντιστοιχούν σε γαστρικό βλεννογόνο πυλωρικού τύπου, όπου παρατηρήθηκε ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος καλής προς μέσης διαφοροποίησης σωληνώδους τύπου, κατά WHO 2019, με αρχομένη διάθηση του επιπολής χορίου, παθολογοανατομικού σταδίου pT1a στο αποσταλέν υλικό.

Στα υπόλοιπα ιστοτεμαχίδια εκτός βλάβης, ο γαστρικός βλεννογόνος εμφανίζει εστίες εντερικής μετάπλασης ατελούς τύπου και σε μεγάλη έκταση διαβαθμιζόμενη επιθηλιακή δυσπλασία από χαμηλόβαθμη έως υψηλόβαθμη.



UP-7000
Monitor ζωτικών λειτουργιών



**Surtron 120W
flash LED** Διαθερμία



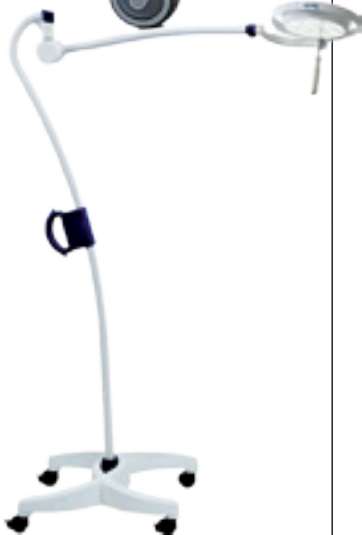
Contec CMS70A
Επιτραπέζιο Παλμικό οξύμετρο



D-38 Τραπεζίδιο τροχήλατο νοσηλείας



**ENDO
001**
Ενδοσκοπικό κρεβάτι



Dr.Mach LED120
Φωτισμός Μικροεπεμβάσεων



**Vena Back
HZ-6038S**
Σκαμπώ Τροχήλατο με πλάτη



Steranios 2%
Ψυχρή αποστείρωση



AirSep VisionAire5
Συμπυκνωτής Οξυγόνου

Dr. Mach

CONTEC

HARTMANN

BODE

AA
MEDICAL

optilube
Lubricating life



12.000 ΠΡΟΪΟΝΤΑ

Αθήνα:
Λ. Κηφισίας 354,
Χαλάνδρι Αττικής
Τηλ: 210 6825000, 210
6826000

Θεσσαλονίκη- Κεντρικά:
Τέρμα Καραολή Δημητρίου
& Ειρήνης γωνία,
Φράγμα Θέρμης
Τηλ: 2310 272462,
2310 270425,
2310 221174

Κατάστημα
Θεσσαλονίκη
Κέντρο:
Τοιμισκή 137
Περιοχή ΧΑΝΟ
Τηλ: 2310 225 005
2310 225 025



E-SHOP_www.digas.gr



ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ: **GLUCOPLUS**

mastiha var. Chia

Pistacia lentiscus L., resin
350 mg/cap

caps

Αναδεικνύοντας την Αυθεντικότητα



EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

EMA/HMPC/46758/2015
Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC)
Φάρμακο Φυτικής Προέλευσης



IASIS PHARMACEUTICALS HELLAS ABEE

ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΚΑΛΥΝΤΙΚΩΝ | PHARMACEUTICAL & COSMETICS INDUSTRY

Έδρα – Εργοστάσιο 1: Λεωφ. Φυλής 137, 134 51 Καματερό Αττικής

Εργοστάσιο 2: Αρχιμήδους 8-10, 194 41 Κορωπί Αττικής



Γραφ. Επιστημ. Ενημ.: Λ. Καματερού 2-4, 134 51 Καματερό Αττικής

Τηλ.: 210 23 11 031, Fax: 210 23 15 889, e-mail: iasis@iasispharma.gr, www.iasispharma.gr

Προειδοποιήσεις: Να μη γίνεται υπέρβαση της συνιστώμενης ημερήσιας δόσης. Τα συμπληρώματα διατροφής δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατο μίας ισορροπημένης διαίτης. Το προϊόν αυτό δεν προορίζεται για την πρόληψη, αγωγή ή θεραπεία ανθρώπινου νόσου. Συμβουλευτείτε τον γιατρό σας αν είστε έγκυος, θηλάζετε, βρίσκεστε υπό φαρμακευτική αγωγή ή αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας. Να φυλάσσεται μακριά από τα μικρά παιδιά. Αρ. Γνωστ. Ε00: 74136 / 16-7-20.

Fleet ready to use Enema

Enema

Phosphates Botania



Enema
Phosphates Botania
Kids

2-11
χρονών

Έτοιμος προς
χρήση υποκλυσμός

Συνιστάται
από τον παιδίατρο

Αποτελεσματικότητα
μέσα σε λίγα λεπτά

80ml

Botania



Enema
Phosphates Botania

Έτοιμος προς
χρήση υποκλυσμός

Αποτελεσματικότητα
μέσα σε λίγα λεπτά

130ml

Botania



Enema
Phosphates Botania
extra

Extra
καθαρισμός

Extra
ανακούφιση

Έτοιμος προς
χρήση υποκλυσμός

Αποτελεσματικότητα
μέσα σε λίγα λεπτά

250ml

Botania

Για τον καθαρισμό του εντέρου
& την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας

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

Botania ΠΑΡΑΓΩΓΗ & ΕΜΠΟΡΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Πηγάσου 18, 151 25 Παράδεισος Αμαρουσίου, Τηλ.: 210 6822257, Fax: 210 6822348, email: botania@otenet.gr

Προσεχή Συνέδρια



DIGESTIVE DISEASE WEEK (DDW) 2023
6 - 9 Μαΐου 2023
Chicago, Illinois, ΗΠΑ
<https://ddw.org/>

21ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
17-20 Μαΐου 2023
Ξενοδοχείο Du Lac, Ιωάννινα
www.eemh2023.gr

21ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΙΔΙΟΠΑΘΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ
25 - 28 Μαΐου 2023
Βόλος, www.ifne2023.gr

ΗΜΕΡΙΔΑ ΣΥΝΟΨΗ DIGESTIVE DISEASE WEEK & ESGE DAYS 2023
Σάββατο 17 Ιουνίου 2023
Αμφιθέατρο Φ. Φέσσας
Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
<https://ddw-esgedays2023.fohevents.gr/>

EASL CONGRESS
21 - 24 June 2023
Vienna, Austria
www.easlcongress.eu/

15ο ΗΠΑΤΟΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ
22-24 Σεπτεμβρίου 2023

Ξενοδοχείο Du Lac, Ιωάννινα
<https://inepig-ioannina.conferre.gr/>

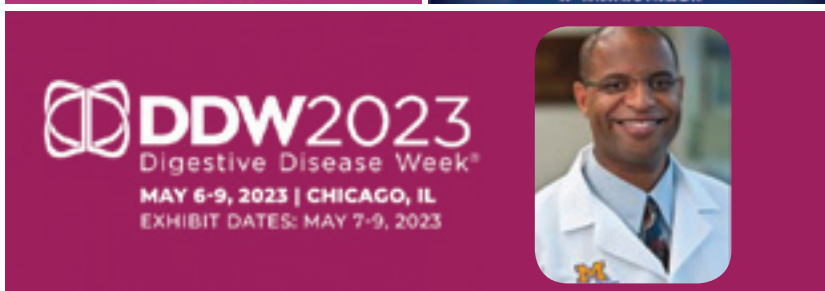
10η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ, ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ - ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ
6-7 Οκτωβρίου 2023
Ξενοδοχείο Grecotel Filoxenia Καλαμάτα
www.hsg.gr/event/10n-ημεριδα-συγχρονη-γαστρεντερολογία/

20η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΠΕΓΕ
20 - 22 Οκτωβρίου 2023
Divani Caravel Hotel, Βασιλέως Αλεξάνδρου 2, Αθήνα, www.epege.gr

gr/event/20-epistimoniki-ekdilosi-epege/

WORLD CONGRESS OF GASTROENTEROLOGY 2023
Seoul, South Korea,
15-19 November 2023
www.worldgastroenterology.org/meetings/world-congress-of-gastroenterology

43ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ
23-26 Νοεμβρίου 2023
Ξενοδοχείο Makedonia Palace Θεσσαλονίκη.
<https://hsgcongress2023.gr/>





BIANEE **A.E.**
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ: **INTESTA**



Menarini Hellas

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ: **DORALIN**