

Πολυπαραγοντική προσέγγιση του διαβητικού ασθενούς: Νέα δεδομένα

Δρ. Ανδρέας Μελιδώνης

Συντονιστής - Διευθυντής,

Α΄ Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πολυπαραγοντική αντιμετώπιση του διαβητικού ασθενούς αποσκοπεί στην αποφυγή απόκτησης κακής γλυκαιμικής κληρονομιάς και συνθέτει παζλ στο οποίο εμπεριέχονται σαν ψηφίδες ο έλεγχος του σακχάρου, η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, της υπερλιπιδαιμίας και της αυξημένης ηηκτικότητας και η υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής. Η πολυπαραγοντική αντιμετώπιση μειώνει σε βάθος χρόνου έως και 50% τα θανατηφόρα και μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Πολυπαραγοντική αντιμετώπιση, καρδιαγγειακή νόσος, υπεργλυκαιμία, υπερλιπιδαιμία, υπέρταση



Παραπομπή

A. Μελιδώνης. Πολυπαραγοντική προσέγγιση του διαβητικού ασθενούς: Νέα δεδομένα
Επιστημονικά Χρονικά 2015; 20(3): 230 - 235

Η επιδίωξη περιορισμού των καρδιαγγειακών συμβαμάτων στους διαβητικούς, μέσω της πρώιμης διάγνωσης και εξατομικευμένης επιθετικής πολυπαραγοντικής προσέγγισής τους, αντικαθιστά τώρα την, από το 1924, σακχαροκεντρική θεώρηση της θεραπείας του διαβήτη.

Είναι πλέον γενικά παραδεκτό και ομολογημένο ότι ο σακχαρώδης διαβήτης εξελίσσεται σε παγκόσμια πανδημία με ταχύτατη εξάπλωση. Το ακόμη δε χειρότερο είναι ότι οι προοπτικές, δυστυχώς, προδιαγράφονται δυσμενείς: Οι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη, οι οποίοι υπολογίστηκαν το 2013 στα περίπου 382 εκατομμύρια παγκοσμίως, προβλέπεται ότι 20

περίπου χρόνια μετά, το 2035, θα ανέλθουν στα 592 εκατομμύρια, σημειώνοντας αύξηση 55%. [1] Αυτή η επιδημική αύξηση της συχνότητας του διαβήτη δημιουργεί απροσμέτρητες συνέπειες ιατρικές, κοινωνικές, οικονομικές λόγω των μακροχρόνιων επιπλοκών που συνοδεύουν την νόσο. Πρωταγωνιστική θέση στις επιπλοκές του διαβήτη κατέχουν οι καρδιαγγειακές επιπλοκές.

Η πολυπαραγοντική παρέμβαση για την πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου

Τόσο στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (μελέτη DCCT) [2] όσο

Συγγραφέας επικοινωνίας: Ανδρέας Μελιδώνης, E-mail: melidonisa@yahoo.com

και στον τύπου 2 (μελέτες UKPDS και Kumamoto) [3] η βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου μείωσε τόσο τον κίνδυνο αμφιβληστροειδοπάθειας, νεφροπάθειας και νευροπάθειας, όσο και τον ολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Ο καρδιαγγειακός κίνδυνος μειώθηκε βέβαια σημαντικά στη 10ετή συνέχεια των μελετών UKPDS [4] και DCCT [5] ως μελέτες παρατήρησης. Η μείωση του κινδύνου παρατηρήθηκε σε αυτούς που στην αρχική φάση των μελετών, στη φάση παρέμβασης, αντιμετωπίστηκαν εντατικά σε αντίθεση με τους υπόλοιπους που αντιμετωπίστηκαν συμβατικά και εγκατέστησαν «κακή μεταβολική μνήμη»

Το φαινόμενο της μεταβολικής μνήμης ή «κακής γλυκαιμικής κληρονομιάς», για το οποίο γίνονται πολλές συζητήσεις κατά τα τελευταία χρόνια, αφορά στην προδιάθεση που αναπτύσσεται για την ανάπτυξη των διαβητικών επιπλοκών, όταν υπάρχει κακός γλυκαιμικός έλεγχος, οποία διατηρείται ακόμη κι όταν αυτός διορθωθεί. [6]

Στην εγκατάσταση της μεταβολικής μνήμης συμβάλλουν η δραστηριοποίηση μοριακών μηχανισμών, που αφορούν τα AGEs, τους μεταγραφικούς παράγοντες (NFKB), την έκφραση παραγόντων της αναπνευστικής αλυσού που αυξάνουν το οξειδωτικό stress, μέσω επιδράσεων στο μιτοχονδριακό DNA. [7]

Η πολυπαραγοντική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη, που αποσκοπεί και στην αποφυγή απόκτησης κακής γλυκαιμικής κληρονομιάς, συνθέτει πάζλ, στο οποίο εμπεριέχονται σαν ψηφίδες ο έλεγχος της γλυκόζης αίματος, η ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης και της υπερλιπιδαιμίας, η διακοπή του καπνίσματος και η υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής μέσω της εκπαίδευσης των ασθενών και της ενημέρωσής τους για τους κινδύνους που διατρέχουν και τα οφέλη που μπορούν να αποκομίσουν από την έγκαιρη και αποτελεσματική παρέμβαση.

Αναφορικά με τους στόχους της γλυκαιμικής ρύθμισης έμφαση σήμερα δίνεται στην επίτευξη ευγλυκαιμίας και άριστης γλυκαιμικής ρύθμισης, όσο το δυνατόν πιο νωρίς στη διαδρομή του διαβήτη στον διαβητικό ασθενή, για την δημιουργία θετικής μεταβολικής μνήμης που οδηγεί στην αποτροπή των χρόνιων επιπλοκών.

Έτσι στους νέους διαβητικούς επιδιώκεται η άριστη κατά το δυνατόν ρύθμιση ($HbA1c < 6,5\%$), γενικώς δε $HbA1c < 7\%$. [8] Μόνο στις περιπτώσεις εγκατεστημένων επιπλοκών, μικρού προσδόκιμου επιβίωσης και ύπαρξης κινδύνου υπογλυκαιμιών είναι επαρκής γλυκαιμικός στόχος $HbA1c < 8\%$.

Για την αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας του διαβήτη έχουν πλέον στην εποχή μας διαμορφωθεί διάφορες «σχολές»: Για την ελληνική διαβητολογική εταιρεία (κατευθυντήριες οδηγίες 2013) [8] ο στόχος LDL παραμένει $LDL < 100 \text{ mg/dl}$ εκτός κι αν υπάρχει εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσος όπου τότε προτείνεται ο στόχος $LDL < 70 \text{ mg/dL}$. (βλ. **πίνακα 1**)

Η ελληνική εταιρεία αθηροσκλήρωσης (κατευθυντήριες οδηγίες 2014) [9] είναι πιο επιθετική στους στόχους της σε συμφωνία με τις από παλιότερα δημοσιευμένες οδηγίες της ευρωπαϊκής καρδιολογικής εταιρείας (ESC 2011). [10] Σύμφωνα με τις δύο αυτές εταιρείες όλοι οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και όλοι οι ασθενείς > 40 ετών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 θεωρούνται ασθενείς πολύ υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου και έχουν στόχο LDL - χοληστερόλης $< 70 \text{ mg/dL}$.

Στην αντίληψη θεώρησης των διαβητικών ασθενών ως πολύ υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου βρίσκονται και οι οδηγίες των ACC/AHA (2013) που τις υιοθέτησε πρόσφατα και η Αμερικάνικη Διαβητολογική Εταιρεία ADA (οδηγίες 2015) [11] (βλ. **πίνακα 2**). Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, εγκαταλείπεται η λογική της «επίτευξης στόχων» και προτείνεται η χορήγηση μέτριας ή υψηλής αποτελεσματικότητας στατίνης ανεξαρτήτως επιπέδων λιπιδίων προ θεραπείας σε όλες τις κατηγορίες διαβητικών ασθενών εκτός από αυτούς που είναι ηλικίας < 40 ετών χωρίς κανέναν παράγοντα κινδύνου.

Στη λογική «επίτευξη στόχων» βρίσκονται και οι πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες του Αμερικάνικου κολλεγίου Ενδοκρινολόγων (AACE) (2015). [12] Σύμφωνα με το AACE οι διαβητικοί ασθενείς ταξινομούνται σε μετρίου και υψηλού / πολύ υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου, οπότε προτείνεται αντίστοιχα στόχος LDL - χοληστερόλης $< 100 \text{ mg/dL}$ και $< 70 \text{ mg/dL}$.

Όσον αφορά στη συχνά συνυπάρχουσα υπέρταση, ο στόχος αρτηριακής πίεσης είναι $< 140/80 \text{ mmHg}$ σύμφωνα με τις οδηγίες της ΕΔΕ το 2013 έναντι του $< 140/90 \text{ mmHg}$ που είναι ο στόχος της ADA το 2015 [13] και του JNC - 8 και $140/85 \text{ mmHg}$ που είναι ο στόχος της ESC 2013. [14] Βέβαια η ADA διευκρινίζει ότι στόχος μπορεί να είναι $< 130 \text{ mmHg}$ για την συστολική και $< 80 \text{ mmHg}$ για την διαστολική σε νέα άτομα, σε άτομα με μακρό προσδοκώμενο χρόνο επιβίωσης ή σε άτομα που υπάρχει κίνδυνος για αγγειακό εγκεφαλικό, ιδιαίτερα αν οι στόχοι μπορούν να επιτευχθούν με λίγα φάρμακα χωρίς παρενέργειες.

Πίνακας 1. Κατευθυντήριες οδηγίες για την πρωτογενή πρόληψη στα άτομα με ΣΔ. ΕΔΕ 2013

Παράγοντες κινδύνου	Στόχοι αγωγής
Κάπνισμα	Διακοπή καπνίσματος
Αρτηριακή πίεση	<140/ 80 mmHg
LDL χοληστερόλη	Στόχος<100 mg/dl Λήψη υπολιπιδαιμικής αγωγής ανεξαρτητα επιπ. LDL εάν ηλικία> 40ετων + ένας τουλ. παρ. Κινδυνου(A) η Σε διαβητικούς χαμηλου κινδυνου χορηγηση στατινης εαν επιμεινει LDL>100 η επι παρουσιας πολλων παρ. Κινδυνου(E)
Τριγλυκερίδια	- <150 mg/dl
HDL	Αύξηση HDL>40 mg/dl (άνδρες) και >50 mg/dl (γυναίκες)
Προθρομβωτική κατάσταση	Μικρή δόση ασπιρίνης : 75 - 162 mg/ ημ. Σε άτομα με ΣΔ >50 ετών(ανδρες) ή>60 ετων(γυναικες) με 1 επιπλεον παράγοντα κινδύνου) (C)
Γλυκαιμική ρύθμιση	- Γενικά A1C <7% Εξατομικευμένος στόχος A1C εγγύτερα του φυσιολογικού (<6%)
Υπερβάλλον βάρος - Παχυσαρκία (BMI≥25)	Στόχος η απώλεια 5 - 7% του σωματικού βάρους
Έλλειψη σωματικής άσκησης	Αεροβική άσκηση μέτριας έντασης 150 min/ εβδ. ή Αεροβική άσκηση έντονη 90 min/ εβδ.

Για την υπερπηκτικότητα που συνοδεύει τον ΣΔ προτείνεται η χορήγηση ασπιρίνης σε άνδρες διαβητικούς άνω των 50 ετών και σε γυναίκες άνω των 60 ετών με ένα τουλάχιστον παράγοντα κινδύνου. Η κατευθυντήρια αυτή οδηγία για την αντιαιμοπεταλιακή αγωγή διαμορφώθηκε μετά τα δεδομένα της μεγαλύτερης σχετικής μετανάλυσης 9 προοπτικών τυχαιοποιημένων μελετών (RCTs) σύμφωνα με την οποία το όφελος από την χορήγηση αντιαιμοπεταλιακής αγωγής στην πρωτογενή πρόληψη υπολείπεται του κόστους των αιμορραγιών. Συγκεκριμένα ο αριθμός των ατόμων που χρειάζεται να θεραπευθούν για να αποτραπεί ένα καρδιαγγειακό επεισόδιο (NNT) ήταν 120 έναντι του αριθμού που θα λάβουν το φάρμακο και θα υποστούν βλάβη (NNH) που ήταν 73. [15]

Οι μελέτες τεκμηριώνουν την αξία της πολυπαραγοντικής παρέμβασης

Το όφελος της πολύπλευρης θεραπευτικής παρέμβασης, όπως αυτή εκφράζεται από το NNT (number needed to treat) σε διάφορες μεγάλες ελεγχόμενες μελέτες, ποικίλλει ευρέως από 75/έτος (δηλαδή ανά 75 άτομα που αντιμετωπίζονται με επιτυχία αναφορικά με τον στόχο της θεραπευτικής παρέμβασης, υπάρχει όφελος μείωσης ενός μείζονος

καρδιαγγειακού συμβάματος) στην HPS (μελέτη λιπιδαιμικού στόχου) [16] μέχρι και 331/έτος στην ADVANCE [17] (μελέτη γλυκαιμικού στόχου).

Τα χαμηλότερα NNT παρουσιάστηκαν στις μελέτες παρέμβασης με στόχο την μείωση του λιπιδαιμικού παράγοντα (LDL), γεγονός που τεκμηριώνει την αξία παρέμβασης για την μείωση της LDL στα πλαίσια της πολυπαραγοντικής ρύθμισης. [18]

Στη μελέτη STENO2 επικυρώθηκε με τον καλύτερο τρόπο η αξία της πολυπαραγοντικής παρέμβασης καθώς στην ομάδα που έγινε επιθετική αντιμετώπιση όλων των παραγόντων κινδύνου είχαμε μείωση κατά 50% των θανατηφόρων και μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων συγκριτικά με την ομάδα που έγινε συμβατική αντιμετώπιση (NNT= 5!).

Στην μελέτη SURE [19], εξάλλου, η πολυπαραγοντική παρέμβαση που στόχευε στη μείωση της αρτηριακής πίεσης με αΜΕΑ ή ΑΤΙΙ αποκλειστών και διαμόρφωση τιμών HbA1c<7%, LDL - χοληστερόλης<100mg% και τριγλυκεριδίων <150mg%, μείωσε σημαντικά, εκτός από τους θανάτους, και τον κίνδυνο ανάγκης για αιμοκάθαρση σε διαβητικούς με ήδη εγκατεστημένη ΧΝΑ.

Στη μελέτη ADVANCE [17]: η συνδυασμένη εντατική γλυ-

Πίνακας 2. Κατευθυντήριες οδηγίες για την πρωτογενή πρόληψη στα άτομα με ΣΔ. Statement ADA 2015

Παράγοντες κινδύνου	Στόχοι αγωγής
Κάπνισμα	Διακοπή καπνίσματος
Αρτηριακή πίεση	<140/ 90 mmHg
LDL χοληστερόλη	Λήψη υπολιπιδαιμικής αγωγής ανεξαρτήτως επιπ. LDL εάν ηλικία > 40 ετών (Α) ή στα πλαίσια 2γενούς πρόληψης (Α) Σε διαβητικούς χαμηλού κινδύνου (<40 ετών) χορήγηση στατινών επι παρουσίας παραγόντων Κινδύνου (C)
Προθρομβωτική κατάσταση	Μικρή δόση ασπιρίνης : 75 - 162 mg/ ημ. Σε άτομα με ΣΔ > 50 ετών (άνδρες) ή > 60 ετών (γυναίκες) με 1 επιπλέον παράγοντα κινδύνου (C)
Γλυκαιμική ρύθμιση	- Γενικά A1C < 7% Εξατομικευμένος στόχος A1C εγγύτερα του φυσιολογικού (< 6%)
Υπερβάλλον βάρος - Παχυσαρκία (BMI ≥ 25)	Στόχος η απώλεια 5 - 7% του σωματικού βάρους
Έλλειψη σωματικής άσκησης	Αερόβια άσκηση μέτριας έντασης 150 min/ εβδο. ή Αερόβια άσκηση έντονη 90 min/ εβδο.

καιμική και αντιυπερτασική ρύθμιση μείωσε σημαντικά κατά 18% τον κίνδυνο θανατηφόρων συμβαμάτων συγκριτικά με την συμβατική αγωγή. Δυστυχώς, ενώ στην πορεία των ετών φαίνεται πως όλο και περισσότεροι ασθενείς πετυχαίνουν κάθε στόχο ξεχωριστά, το ποσοστό εκείνων που επιτυγχάνουν πολλαπλούς στόχους ταυτόχρονα παραμένει πολύ χαμηλό. Στις NHANES μελέτες [20] (επιδημιολογικές μελέτες στις ΗΠΑ) το 2006 μόνο το 11% και το 2010 το 18% των διαβητικών είχαν επίτευξη και των τριών πολυπαραγοντικών στόχων.

Αυτό ισχύει και για τον ελληνικό πληθυσμό, τα δεδομένα για τον οποίο, μεταξύ 1998 και 2012, δείχνουν μεν σημαντική αύξηση των ασθενών που επιτυγχάνουν τους επιμέρους στόχους, όμως το ποσοστό αυτών με επίτευξη όλων των πέντε πολυπαραγοντικών στόχων (τρεις γνωστοί μεταβολικοί στόχοι + στόχος τριγλυκεριδίων + στόχος HDL), παραμένει ακόμη χαμηλό, φτάνοντας το 2012 μόλις στο 12,5%. [21]

Πέρα από τα φάρμακα - Η σημασία της σωματικής άσκησης και της διατροφής

Εκτός από τη φαρμακοθεραπεία όμως αξίζει να τονιστεί και η σημασία της σωματικής άσκησης και της διατροφής στα

πλαίσια της υιοθέτησης, υγιεινού τρόπου ζωής. Η λεγόμενη μεσογειακή διατροφή, είναι γνωστό ότι επηρεάζει σημαντικά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, μειώνοντας την επίπτωση των συμβαμάτων. (PREDIMED study: Μείωση 30% των καρδιαγγειακών συμβαμάτων μετά πενταετή εφαρμογή μεσογειακής διατροφής). [22]

Αντίστροφα, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας προσθέτει στον καρδιαγγειακό κίνδυνο ενώ η μέτρια και ιδίως η έντονη, λελογισμένη, άσκηση έχει ευνοϊκή επίδραση. Πρόσφατα δεδομένα από την μελέτη HUNT [23] δείχνουν ότι η αναλογία κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάματα στους διαβητικούς με αυξημένη σωματική δραστηριότητα ήταν ίδια με αυτήν των μη διαβητικών που δεν ασκούνται!

Συμπερασματικά: Η «σακχαροκεντρική» θεώρηση της αντιδιαβητικής θεραπείας που εισήχθη το 1924, και ίσχυε μέχρι πρόσφατα, αντικαθίσταται τώρα με την επιδίωξη περιορισμού της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας χρησιμοποιώντας ως «κλειδιά» την πρώιμη διάγνωση της πάθησης και την εξατομικευμένη επιθετική πολυπαραγοντική προσέγγιση, για την πρόληψη των συμβαμάτων. Οι εξελίξεις εκτρέφουν αισιόδοξες θεραπευτικές προοπτικές, παρ' ότι οι επιδημιολογικές προβλέψεις προβληματίζουν έντονα. ■

ABSTRACT

Multifactorial approach of the diabetic patient: update

Andreas Melidonis

Director of First Department of Internal Medicine and Diabetologic Center,
Tzaneio General Hospital, Piraeus, Greece

Multifactorial treatment of diabetes aims to avoid a bad glycemic legacy which comprises the concurrent control of blood glucose, blood pressure, hyperlipidemia and increased coagulation and also the adoption of a healthy lifestyle way of living. Multivariate treatment decreases over time up to 50% of fatal and major cardiovascular events.

KEYWORDS: Multifactorial intervention, cardiovascular disease, hyperglycemia, hyperlipidemia, hypertension



Citation

A. Melidonis. Multifactorial approach of the diabetic patient: update
Scientific Chronicles 2015; 20(3): 230 - 235

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. PZ Zimmet, DJ Magliano, WH Herman et al. Diabetes: a 21st century challenge Lancet Diabetes Endocrinol 2014; 2: 56 - 64
2. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long - Term Complications in Insulin - Dependent Diabetes Mellitus N Engl J Med 1993; 329: 977 - 986.
3. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood - glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). The Lancet 1998; 352 9131: 837 - 853
4. RR Holman, SK Paul, M Bethel et al. 10 - Year Follow - up of Intensive Glucose Control in Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2008; 359: 1577 - 1589
5. The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study Research Group. Intensive Diabetes Treatment and Cardiovascular Disease in Patients with Type 1 Diabetes N Engl J Med 2005; 353: 2643 - 2653
6. S Del Prato. Megatrials in type 2 diabetes. From excitement to frustration? Diabetologia 2009; 52: 1219 - 1226
7. A Ceriello, M. Ihnat and J. Thorpe et al. The "Metabolic Memory": Is More Than Just Tight Glucose Control Necessary to Prevent Diabetic Complications? J Clin Endocrinol Metab. 2009; 94 (2): 410 - 415.
8. ΕΔΕ: Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του διαβητικού ασθενούς 2013: σελ. 65 - 69
9. Ελισάφ Μ, Πίτσας Χρ, Λυμπερόπουλος Ευ. et al. Αναθεωρημένες κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης για τη διάγνωση και αντιμετώπιση των δυσλιπιδαιμιών Ελληνική Εταιρεία Αθηρ/σης 2014, Hellenic Journal of Ather. 2014; 5: 151 - 163

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

10. Z Reiner, A Catapano, G De Backer et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS) Eur Heart J 2011; 32(14): 1769 - 1818
11. American Diabetes Association Cardiovascular Disease and Risk Management Diabetes Care 2015; 38 (Suppl. 1): S52 - S55
12. Y Handelsman, Z Bloomgarden, G Grunberger et al. American Association of clinical endocrinologists and american college of endocrinology - clinical practice guidelines for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan - 2015 endocrine practice 2015; 21(Suppl 1): 1
13. American Diabetes Association Cardiovascular Disease and Risk Management Diabetes Care 2015; 38 (Suppl. 1): S45 - S52
14. G Mancia, R Fagard, K Narkiewicz et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension ESH/ESC Guidelines European Heart J 2013
15. SR Seshasai, S Wijesuriya, R Sivakumaran et al. Effect of aspirin on vascular and nonvascular outcomes: meta - analysis of randomized controlled trials. Arch Intern Med 2012; 172: 209 - 216
16. Heart Protection Study Collaborative Group MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol - lowering with simvastatin in 5963 people with diabetes: a randomised placebo - controlled trial The Lancet 2003; 361: 2005 - 2016
17. The ADVANCE Collaborative Group Intensive Blood Glucose Control and Vascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes NEJM 2008; 358: 2560 - 72
18. P Gaede, P Vedel, N Larsen et al. Multifactorial Intervention and Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes NEJM 2003; 348: 383 - 393
19. J Chan, M So, C Yeung et al. Effects of Structured Versus Usual Care on Renal Endpoint in Type 2 Diabetes: The SURE Study Diabetes Care 2009; 32: 977 - 982
20. S Stark, J Fradkin, S Saydah et al. The Prevalence of Meeting A1C, Blood Pressure, and LDL Goals Among People With Diabetes, 1988 - 2010 Diabetes Care 2013; 36: 2271 - 2279
21. S Liatis, S Papaoikonomou, A Melidonis et al. Management of type 2 diabetes and its prescription drug cost before and during the economic crisis in Greece: an observational study BMC Endocrine Disorders 2014; 14: 23
22. R. Estruch, E. Ros, J. Salas - Salvado et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet N Engl J Med 2013; 368: 1279 - 1290
23. B. Moe, L. Augestad, W. Flanders The adverse association of diabetes with risk of first acute myocardial infarction is modified by physical activity and body mass index: prospective data from the HUNT Study, Norway Diabetologia 2015; 1: 59 - 66

Πράσινες θεραπείες για την χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα

Κωνσταντίνος Σταματίου

Επιμελητής Α'

Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα φυτοθεραπευτικά χρησιμοποιούνται εδώ και πολλά χρόνια ως επικουρική θεραπεία στην καλοήγη υπερτροφία του προστάτη. Η ομοιότητα των συμπτωμάτων του κατώτερου ουροποιητικού που συνδέονται με την χρόνια προστατίτιδα με εκείνα που προκαλεί η ΚΥΠ και η σχετική αποτελεσματικότητα των φυτοθεραπευτικών στην βελτίωση του πυελικού άλγους δικαιολογεί την τη χρήση τους στην χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα. Αν και αρκετοί κλινικοί και ερευνητές έχουν διερευνήσει την θέση των φυτοθεραπευτικών στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του κατώτερου ουροποιητικού σπανίζουν οι εξειδικευμένες μελέτες για τη μη βακτηριακή προστατίτιδα. Καίτοι η δράση τους διακρίνεται σε αντιφλεγμονώδη και ορμονική, στην πραγματικότητα φαίνεται πως εξασκούν μάλλον αντιφλεγμονώδη δραστηριότητα της οποίας δεν είναι επακριβώς γνωστός ο ακριβής μηχανισμός.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Φυτοθεραπευτικά, καλοήγη υπερτροφία του προστάτη, χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα.



Παραπομπή

Κ. Σταματίου. Πράσινες θεραπείες για την χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα. Επιστημονικά Χρονικά 2015; 20(3): 236 - 246

Εισαγωγή

Το σύνδρομο χρόνιου πυελικού άλγους - μη βακτηριακή προστατίτιδα θεωρείται η πιο κοινή μορφή προστατίτιδας (τα καταγεγραμμένα περιστατικά είναι περίπου 8 φορές περισσότερα από εκείνα της βακτηριακής προστατίτιδας) και εκδηλώνεται ως ένας συνδυασμός ήπιου προστατισμού (ερεθιστική ή αποφρακτική συμπτωματολογία) και άλγους στην περιοχή του προστάτη αλλά και σε διάφορες άλλες θέσεις όπως στο περίνεο, στο όσχεο στους όρχεις, στο πέος ή στην ουροδόχο κύστη. Η ένταση των ενοχλημάτων μπορεί

να είναι αρχικά ήπια και να επιταθεί σταδιακά σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών. Σε ποσοστό μέχρι και 50% συνυπάρχει σεξουαλική δυσλειτουργία ενώ σε ποσοστό λίγο μεγαλύτερο του 50% συνυπάρχουν κάποια ενοχλήματα ούρησης. Τα συμπτώματα άλλοτε επιμένουν και άλλοτε εξαφανίζονται. Σε κανένα επεισόδιο δεν ανευρίσκεται θετική καλλιέργεια. [1]

Στην πραγματικότητα κανένας αιτιολογικός παράγοντας δεν έχει με βεβαιότητα ενοχοποιηθεί με αποτέλεσμα οι ακολουθούμενες θεραπείες να είναι κατά βάση συμπτω-

Συγγραφέας επικοινωνίας: Κωνσταντίνος Σταματίου, E - mail: stamatiouk@gmail.com

ματικές. Η φαρμακοθεραπεία της χρόνιας μη βακτηριακής προστατίτιδας είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει τους α - αδρενεργικούς αναστολείς, τα μυοχαλαρωτικά, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, τα ορμονοθεραπευτικά, τα αντιβιοτικά και τα φυτοθεραπευτικά. Η χρήση των τριών τελευταίων δεν είναι απόλυτα αιτιολογημένη και τεκμηριωμένη. [2] Ειδικότερα για τα φυτοθεραπευτικά, ορισμένα έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στην βελτίωση ορισμένων συμπτωμάτων του κατώτερου ουροποιητικού που συνδέονται με την καλοήγη υπερτροφία του προστάτη. Καθότι ορισμένα συμπτώματα είναι κοινά στη χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα και την υπερτροφία του προστάτη και με δεδομένο ότι οι παθήσεις αυτές αλληλοκαλύπτονται ως προς το παθολογικό υπόστρωμα, αρκετοί κλινικοί και ερευνητές διερευνήσαν την θέση των φυτοθεραπευτικών στη θεραπεία της χρόνιας μη βακτηριακής προστατίτιδας. [3] Στο άρθρο αυτό παρουσιάζεται η δημοσιευμένη αποτελεσματικότητα των πιο γνωστών φυτοθεραπευτικών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των παθήσεων του προστάτη και συζητείται η παθοφυσιολογική βάση της χορήγησής τους.

Υλικό και μέθοδος

Αναζητήθηκαν άρθρα, περιλήψεις, ανακοινώσεις από τις βάσεις δεδομένων MEDLINE, Εθνική Βιβλιοθήκη της Ιατρικής, Pubmed, Cochrane Library και άλλες βιβλιοθήκες χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά «προστάτης», «προστατίτιδα», «χρόνια προστατίτιδα», «μη βακτηριακή προστατίτιδα» «φυτοθεραπευτικά» σε διάφορους συνδυασμούς με τις ονομασίες «Saw palmetto», «Pygeum Africanum», «Equisetum arvense», «Chimaphila umbellata», «Populus tremula» «Pulsatilla pratensis», «Quercetin», «Cernilton». Επιπλέον, ελέγχθηκαν βιβλιογραφικές πληροφορίες από επιλεγμένες εκδόσεις για σχετικές δημοσιεύσεις που δεν περιλαμβάνονται στην αρχική έρευνα.

Αποτελέσματα

Αρκετοί κλινικοί και ερευνητές έχουν διερευνήσει την αποτελεσματικότητα των φυτοθεραπευτικών στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του κατώτερου ουροποιητικού στο πλαίσιο της καλοήγου υπερτροφίας του προστάτη όμως σπανίζουν οι σχετικές εξειδικευμένες μελέτες για τη μη βακτηριακή προστατίτιδα. Καθότι ορισμένα συμπτώματα είναι κοινά στη χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα και την υπερτροφία του προστάτη και με δεδομένη την στενή σχέση των δυο παθήσεων, τα αποτελέσματα μελετών που

εξετάζουν τη θέση των φυτοθεραπευτικών στη θεραπεία της καλοήγου υπερτροφίας και που εστιάζουν στα κοινά συμπτώματα αξιολογήθηκαν μαζί με αυτά που σαφώς εστιάζουν στη μη βακτηριακή προστατίτιδα. Από τα φυτοθεραπευτικά που έχουν χρησιμοποιηθεί στην θεραπεία των συμπτωμάτων του κατώτερου ουροποιητικού και συνδέονται με την χρόνια προστατίτιδα, τα πιο γνωστά είναι τα Saw palmetto, Pygeum Africanum, Equisetum arvense, Quercetin και Cernilton.

Το Saw palmetto είναι το περισσότερο γνωστό φυτοθεραπευτικό. Ο φλοιός τα φύλλα και οι καρποί του είναι ιδιαίτερα εμπλουτισμένοι με λιπαρά οξέα και φυτοστερόλες και το εκχύλισμα του γνωστό και ως serenoa repens έχει αποτελέσει το αντικείμενο εντατικής έρευνας για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της καλοήγου υπερτροφίας του προστάτη και προσφάτως της προστατίτιδας. Έχει χρησιμοποιηθεί άλλοτε μόνο και άλλοτε σε συνδυασμό ή σε αντιπαραβολή με άλλα φυτοθεραπευτικά, αντιβιοτικά, α - blockers, αντιφλεγμονώδη αλλά και αναστολείς της 5 - αρεδουκτάσης. Από τις μελέτες με ενδιαφέρον για τη χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα, οι Lopotkin και συν., σε ασθενείς με διαγνωσμένη νόσο, διαπίστωσαν σημαντική βελτίωση στα συμπτώματα σε βάθος χρόνου 6 μηνών ενώ οι Magri και συν., διαπίστωσαν σημαντική βελτίωση στη ροή των ούρων (Qmax), στη βελτίωση των συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής (ερωτηματολόγια NIH - CPSI, QoL) και στην εξάλειψη του πόνου σε βάθος χρόνου 18 μηνών.[4,5] Σε ασθενείς με συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού οι Pavone και συν., διαπίστωσαν μια αξιοσημείωτη μείωση των ενοχλημάτων στο 85% των αξιολογήσιμων περιπτώσεων, ειδικά σε σχέση με τον πόνο και τα ερεθιστικά συμπτώματα, [6] ενώ οι Sinescu και συνεργάτες διαπίστωσαν βελτίωση της αποφρακτικής ούρησης και της σεξουαλικής λειτουργίας με μακροχρόνια θεραπεία και υψηλότερες δόσεις serenoa repens. [7,8] Δυο παράλληλες συγκριτικές μελέτες θεραπείας συμπτωμάτων του κατώτερου ουροποιητικού με ψευδοφάρμακο δεν βρήκαν διαφορά στην αποτελεσματικότητα του serenoa repens έναντι του ψευδοφαρμάκου. [9,10] Αντίστοιχα σε μία μεγάλη πολυκεντρική μελέτη από τους Barry και συνεργάτες, η αύξηση της δόσης του εκχυλίσματος του saw palmetto δεν φάνηκε να επηρεάζει τα συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού και τη ποιότητα της σεξουαλικής λειτουργίας περισσότερο από το ψευδοφάρμακο. [11] Οι Kaplan και συνεργάτες συνέκριναν τα αποτελέσματα της θεραπείας με φιναστερίδη

(NIH/CPSI, AUA Symptom Score, QoL και MPS) με εκείνα της θεραπείας με saw palmetto για 1 έτος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με το saw palmetto δεν εμφάνισαν αξιόλογη μακροπρόθεσμη βελτίωση ενώ εκείνοι που αντιμετωπίστηκαν με finasteride είχαν σημαντική και μακροπρόθεσμη βελτίωση σε όλες τις παραμέτρους εκτός από τη ροή των ούρων. [12] Πράγματι, οι μετα - αναλύσεις βρήκαν την αποτελεσματικότητα του saw palmetto υποδεέστερη από της φιναστερίδης και ταμσουλοσίνης αλλά σαφώς υψηλότερη από του ψευδοφάρμακου στην αντιμετώπιση των ήπιων και μέτριου βαθμού ενοχλημάτων ούρησης [13,14] αλλά και της νυκτουρίας [15] ενώ δεν υπάρχει συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα για το άλγος. Μια προοπτική πολυκεντρική διπλή τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη συνέκρινε την tamsulosin (0.4mg/24h) με το Serenoa repens (320mg/24h) σε ικανό αριθμό ασθενών [542] με συμπτωματική υπερτροφία του προστάτη (IPSS≥10). Μετά από 12 μήνες παρακολούθησης δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στο IPSS (μέση μείωση κατά 4.4 σε κάθε ομάδα, με αντίστοιχη βελτίωση τόσο των ερεθιστικών όσο και των αποφρακτικών ενοχλημάτων), η βελτίωση στο Qmax (1.8 ml/s Serenoa repens vs 1.9 ml/s tamsulosin) και οι διακυμάνσεις του PSA ήταν παρόμοιες και στις δυο ομάδες. Αντίθετα, παρατηρήθηκε (υπερηχογραφικά) ελαφρά μείωση του μεγέθους του προστάτη στην ομάδα του Serenoa repens. Και οι δυο θεραπείες ήταν καλώς ανεκτές. [16] Μια πολυκεντρική μελέτη από την Italian Society of Oncological Urology μελέτησε την αποτελεσματικότητα του serenoa repens σε ασθενείς με χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα συγκρίνοντας το με τον συνδυασμό serenoa repens και alpha - blocker. Μετά από όμηνο follow - up βρέθηκαν παρόμοιες αλλαγές στις ουροροομετρικές παραμέτρους και των δυο ομάδων. Υπήρχε μια σημαντική μείωση στον αριθμό των ασθενών που παρουσιάζουν σοβαρά συμπτώματα ενώ δεν διαπιστώθηκαν αλλαγές στο ερωτηματολόγιο σεξουαλικής λειτουργίας IIEF - 5. [17] Αξιοσημείωτα, η πρόσληψη του serenoa repens είχε ως αποτέλεσμα τη βελτίωση των φλεγμονωδών ευρημάτων στις εξετάσεις υπερήχων, στην κλινική εξέταση και στο υλικό βιοψίας. Η αποτελεσματικότητα του serenoa repens φαίνεται πως ενισχύεται με την προσθήκη σελήνιου και λυκοπενίου. [18] Οι Morgia και συνεργάτες αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα του συνδυασμού αυτού έναντι του serenoa repens μόνου για 8 εβδομάδες και διαπίστωσαν ότι η συνδυαστική θεραπεία συνοδεύτηκε από στατιστικά σημαντική μείωση

του PSA και των λευκοκυττάρων και μείωση μεγαλύτερη του 50% στη βαθμολογία ενοχλημάτων NIH - CPSI έναντι μόλις 26% στην ομάδα ασθενών που έλαβαν serenoa repens μόνο. [19] Σε καμία από τις μελέτες που αναφέρθηκαν παραπάνω δεν παρατηρήθηκαν αξιολογες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Ο φλοιός του φυτού *Pygeum Africanum* περιέχει επίσης λιπαρά οξέα και φυτοστερόλες. Αν και είναι από παλαιά γνωστή η δράση του στο ουροποιητικό δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών μελετών. Ορισμένες, επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα του εκχυλίσματος *Pygeum Africanum* στην βελτίωση των συμπτωμάτων (βαθμολογία συμπτωμάτων ούρησης - IPSS) και των παραμέτρων της ούρησης (μέγιστη ροή ούρων και όγκος ούρησης) [20,21] η οποία μάλιστα φαίνεται ότι παραμένει στη μακροχρόνια χορήγηση. [22,23] Επιπλέον διαπιστώθηκε βελτίωση στη συχνότητα της νυκτουρίας και στην ποιότητα ζωής. Το υπόλειμμα των ούρων, το μέγεθος του προστάτη και η ποιότητα της σεξουαλικής λειτουργίας δεν βελτιώθηκαν με την αγωγή. [24] Σε ασθενείς με διαγνωσμένη χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα το *Pygeum* - μόνο ή σε συνδυασμό με αντιβιοτικό - βελτίωσε επιπλέον και την σεξουαλική λειτουργία. [24] Σε καμία από τις παραπάνω μελέτες δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες.

Το quercetin (κουερσετίνη) είναι ένα φυσικό βιοφλαβονοειδές που βρίσκεται σε πολλά φρούτα, λαχανικά, δημητριακά και φύλλα. Ως επεξεργασμένο προϊόν χρησιμοποιείται στη θεραπεία της προστατίτιδας από ετών. [25] Οι Shoskes και συνεργάτες χορήγησαν φαινοτυπική θεραπεία (UPOINT) σε ασθενείς με χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα και διαπίστωσαν μεγαλύτερη βελτίωση στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου NIH - CPS με το quercetin σε σχέση με τις άλλες θεραπείες μετά από τουλάχιστον 6 μήνες αγωγής. [26] Σε μια μικρότερη μελέτη του ίδιου κέντρου η θεραπεία με quercetin μόνη πέτυχε - τουλάχιστον 25% - βελτίωση στο 67% των ασθενών ενώ σε συνδυασμό με rapain (που ενισχύει την απορρόφηση των βιοφλαβονοειδών) στο 82% των ασθενών. Η ομάδα ελέγχου με ψευδοφάρμακο εμφάνισε βελτίωση έως 25% μόλις στο 20% των ασθενών. [27].

Το cernilton (εκχύλισμα γύρης σίκαλης) περιέχει υδατάνθρακες, φυτικά λίπη, αμινοξέα, βιταμίνες και μεταλλικά στοιχεία και έχει χρησιμοποιηθεί ήδη από τη δεκαετία του 90 στη θεραπεία της προστατίτιδας και των σχετιζόμενων με την υπερτροφία του προστάτη ενοχλημάτων ούρησης. [28,29,30] Σε μία πολυκεντρική, προοπτική, τυχαιοποιημέ-

νη, διπλή - τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη φάσης 3, το εκχύλισμα γύρης (*Cernilton*) συγκρινόμενο με εικονικό φάρμακο σε άνδρες με διαγνωσμένη χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα παρείχε σαφές θεραπευτικό πλεονέκτημα έναντι του ψευδοφαρμάκου. [31] Ωστόσο, σε μία ενδιαφέρουσα μελέτη ασθενών με υπερτροφία προστάτη που χειρουργήθηκαν και βρέθηκαν με χρόνια μη ειδική προστατίτιδα στο χειρουργικό παρασκεύασμα του προστάτη, η χορήγηση *Cernilton* έδειξε ότι μπορεί να βελτιώσει τα εμμένοντα συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα και τη σεξουαλική δυσλειτουργία, ανάλογα με το βαθμό της προστατίτιδας. [32] Έτσι, ενώ σε ένα ποσοστό 76 - 78% υπάρχει βελτίωση μετά από όμηνη θεραπεία, [33,34] πλήρης ίαση αναφέρεται μόνο για το 36%. [35] Σε παρουσία επιβαρυντικών παραγόντων η ανταπόκριση είναι πρακτικά μηδαμινή. [35] Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι η δράση του μπορεί να είναι χρόνο και δόσο εξαρτώμενη: Η μακροχρόνια χορήγηση *Cernilton* (μέση διάρκεια 12.6 εβδομάδες) συνδέεται με βελτίωση των υποκειμενικών συμπτωμάτων κατά 74.2% και των αντικειμενικών ευρημάτων κατά 65.6%. [35] Αντίστοιχα η ημερήσια δόση των 750 mg φάνηκε ότι μπορεί να επιτύχει ταχύτερη και πιο εμφανή βελτίωση σε υποκειμενικά (NIH - CPSI, Sex - 4, IPSS, QoL) και αντικειμενικά κριτήρια (μέτρηση λευκοκυττάρων στο προστατικό έκκριμα) από ότι η δόση των 375 mg χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες. [36,37] Επιπλέον διαθέσιμα στοιχεία πάντως δείχνουν ότι *Cernilton* είναι καλά ανεκτό και βελτιώνει τα μέτριας βαρύτητας συμπτώματα. [38]

Το *Equisetum arvense* (πολυκόμμι) περιέχει μεγάλες ποσότητες πυριτικού οξέος και αλάτων, φλαβονοειδή, φαινολικά οξέα, αλκαλοειδή, σαπωνίνες, στερόλες, τανίνη, μαγγάνιο, μαγνήσιο, κάλιο, θείο. Χρησιμοποιείται στην θεραπεία πολλών παθήσεων. Στις λίγες αναφορές που υπάρχουν για τα ενοχλήματα ούρησης και τη χρόνια προστατίτιδα έχει χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με άλλα συστατικά φυτοθεραπευτικά (*Chimaphila umbellata*, *Populus tremula*, *Pulsatilla pratensis*) και έλαιο φύτρου σιταριού. Οι Tamaki και συν., σε ασθενείς με προστατισμό και δυσουρία επιβεβαίωσαν σταδιακή βελτίωση στη βαθμολογία της συμπτωματολογίας (IPSS) και της ποιότητας ζωής (QoL) καθώς και μείωση της νυκτουρίας κατά τη διάρκεια της θεραπείας η οποία ήταν καλώς ανεκτή. [39] Συγκριτικά με το εκχύλισμα γύρης σίκαλης, οι Iwamura και συν., δεν διαπίστωσαν σημαντικές διαφορές στην αποτελεσματικότητα. [40]

Το εκχύλισμα της ρίζας της αφρικανικής πατάτας

(*Hypoxis hemerocallidea*) χρησιμοποιείται από αιώνες στην Αφρική για την ανακούφιση των ενοχλημάτων του ουροποιητικού συστήματος. Το *Epilobium parviflorum* είναι ένα ποώδες πολυετές φυτό που ανήκει στην οικογένεια *Onagraceae*. Το εκχύλισμα των πετάλων του άνθους του χρησιμοποιείται παραδοσιακά στην Κεντρική Ευρώπη για τη θεραπεία διαταραχών του προστάτη. Παρά τη δημοτικότητά τους δεν υπάρχουν κλινικές μελέτες που αποδεικνύουν ωφέλεια στη θεραπεία της χρόνιας μη βακτηριακής προστατίτιδας. [41,42]

Το *Paeoniflorin* (παιωνιφλορίνη) είναι ένα από τα κύρια συστατικά της ρίζας του φυλλώδους φυτού *Paeonia lactiflora* (Παιωνία) που έχει χρησιμοποιηθεί συχνά από την παραδοσιακή Ιατρική της Κορέας, της Κίνας και της Ιαπωνίας για τις καταπραϊντικές του ιδιότητες ενώ έχει χορηγηθεί και στη θεραπεία ενοχλημάτων του προστάτη. Σε μια κλινική μελέτη αξιολογήθηκε σε ασθενείς με χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα με βάση τη βελτίωση στη βαθμολογία NIH - CPSI και τον αριθμό σωματιδίων λεκιθίνης (SPL) στο προστατικό υγρό το θεραπευτικό αποτέλεσμα του (*Qianlieping Capsule*). Διαπιστώθηκε ότι η αγωγή με μόνο *Qianlieping Capsule* αύξησε τον αριθμό σωματιδίων λεκιθίνης κατά 46.9% και μείωσε τη βαθμολογία NIH - CPSI κατά 24.4%. Ο συνδυασμός *paeoniflorin* και *tamsulosin* αύξησε τον αριθμό σωματιδίων λεκιθίνης κατά 61.4% και μείωσε τη βαθμολογία NIH - CPSI κατά 42.3%, ποσοστά υψηλότερα από εκείνα της θεραπείας με *tamsulosin* μόνο (33.7% και 28.6% αντίστοιχα). [43]

Η παραδοσιακή κινέζικη ιατρική χρησιμοποιεί μίγματα εκχυλισμάτων προϊόντων βοτάνων και φυτών της άπω ανατολής για την ανακούφιση των ενοχλημάτων του ουροποιητικού συστήματος. Μια εστιασμένη μελέτη αξιολόγησε το θεραπευτικό αποτέλεσμα του μείγματος *Longjintonglin* (*Genciana*, *Bambù*, *Poria cocos*, *astràgalo*, *Salvia purpurea*, *Gardenia*, *Houttuynia* κ.α.) σε ασθενείς με χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα με βάση τη βελτίωση στα βαθμολογία NIH - CPSI και TCMSC (Traditional Chinese Medicine Syndrome Score) και τον αριθμό των λευκοκυττάρων στο προστατικό έκκριμα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά της παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση σε όλες τις παραπάνω παραμέτρους. [44]

Συζήτηση

Για τα περισσότερα φυτοθεραπευτικά είτε δεν υπάρχουν καθόλου συγκριτικές ή ελεγχόμενες με ψευδοφάρμακο

μελέτες για την περαιτέρω αξιολόγησή τους είτε οι ελάχιστες κλινικές δοκιμές που υπάρχουν εμφανίζουν μεθοδολογικά προβλήματα και παραλείψεις στα αναφερόμενα αποτελέσματα. Σε ότι αφορά τα πιο γνωστά τόσο το *Saw palmetto* όσο και το *Cernilton* δεν μελετήθηκαν με βάση το ίδιο το σκεύασμα ενώ για το *Cernilton* οι κλινικές δοκιμές του περιορίζονται από τη σύντομη διάρκειά τους, τον περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων και την άγνωστη ποιότητα των παρασκευασμάτων που χρησιμοποιούνται. Το κυριότερο όμως ζήτημα είναι ότι δεν έχει αποσαφηνισθεί για κανένα ο μηχανισμός δράσης. Γενικά πιστεύεται ότι έχουν αντιανδρογονικές και αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες. Καίτοι οι δεύτερες εξηγούν την ύφεση του άλγους παραμένει άγνωστος ο μηχανισμός βελτίωσης των ενοχλημάτων ούρησης και της σεξουαλικής λειτουργίας.

Έχουν προταθεί τρεις διαφορετικοί μηχανισμοί δράσης για το *Saw palmetto*: η αναστολή των ανδρογονικών υποδοχέων (αντιανδρογονικός), η αναστολή ή παρεμπόδιση της δράσης των παραγόντων αύξησης (αντιπολλαπλασιαστική), η μείωση της παραγωγής των μεταβολιτών της 5 - λιποξυγενάσης (αντιφλεγμονώδης) [45]. Η τελευταία έχει αποδειχθεί κλινικά και παθολογοανατομικά: το ποσοστό του φλεγμονώδους προτύπου στην ιστολογική εξέταση δειγμάτων προστατεκτομής αδένων ασθενών που ελάμβαναν *serenoa repens* (σε συνδυασμό με *quercetin*) βρέθηκε σαφώς μικρότερο ήταν σαφώς μικρότερο σε σχέση με των ασθενών της ομάδας ελέγχου. [20] Αντίθετα, οι υπάρχουσες ενδείξεις σχετικά με την αντιανδρογονική δράση μέσω της αναστολής της 5 α reductase είναι μάλλον αντικρουόμενες. [46,47] Προς επίρρωση του παραπάνω, μια σχετικά νέα μελέτη στα ανδρογόνο - ανεξάρτητα επιθηλιακά προστατικά κύτταρα PC - 3, απέδειξε ότι τόσο η αντιπολλαπλασιαστική όσο και η αντιφλεγμονώδης δράση του *serenoa repens* μπορούν να πραγματοποιηθούν και με ανδρογόνο - ανεξάρτητο μηχανισμό. [48] Πράγματι, το *serenoa repens* εμποδίζει την φλεγμονώδη δραστηριότητα στα ανθρώπινα επιθηλιακά κύτταρα του προστάτη με την καταστολή της σηματοδότησης παραγόντων αύξησης όπως ο IGF - I (Insulin - Like Growth Factor). [49] Επιπλέον, ασκεί ανασταλτική δράση στην έκφραση των παραγόντων της φλεγμονής COX - 2, 5 - LOX, iNOS, στην συνδυαστική δραστηριότητα του NF - κ B και την αντιγραφή του TNF - α . Αξιοσημείωτα, ο συνδυασμός του *serenoa repens*, με σελήνιο και λυκοπένιο εμφανίζει μεγαλύτερη ανασταλτική δράση από ότι το *serenoa repens* μόνο. [50] Επίσης ο συνδυασμός *serenoa repens*,

σεληνίου και λυκοπενίου επαυξάνει τα προ - αποπτωτικά μόρια Bax και caspase - 9, μπλοκάρει το mRNA του αντι αποπτωτικού Bcl - 2 και περιορίζει την έκφραση του επιδερμικού και του αγγειακού - ενδοθηλιακού παράγοντα αύξησης. [51] Καθώς οι παραπάνω αντιφλεγμονώδεις δράσεις αφορούν πιθανόν και το μυϊκό στρώμα η συνεπακόλουθη σημαντική μείωση της συγκέντρωσης μαστοκυττάρων, η πτώση των επιπέδων ισταμίνης και ο περιορισμός του οιδήματος της φλεγμονής έχει ως αποτέλεσμα την χαλάρωση του μυϊκού στρώματος και τελικά την ανακούφιση των συμπτωμάτων της χρόνιας προστατίτιδας. Έχει δειχθεί ότι η πολύμηνη χορήγηση του *serenoa repens* προκαλεί ατροφία του επιθηλίου εντός της κεντρικής περιοχής του προστάτη (γεγονός που μπορεί να σχετίζεται τόσο παρουσία κάποιας αντιανδρογονικής δράσης όσο και με μειωμένη αποτελεσματικότητα στη στυτική δυσλειτουργία). [52]

Η κουερσετίνη θεωρείται φυσικό αντιφλεγμονώδες που αναστέλλει τη δημιουργία μωλώπων και οιδημάτων. [25] Έχουν διαπιστωθεί ιστολογικά οι αντιφλεγμονώδεις ιδιότητές της στον προστάτη αδένων. [53] Δεν υπάρχουν ικανές εργαστηριακές μελέτες που να ικνηλατούν τη δράση της ωστόσο φαίνεται πως έχει αντιοξειδωτική δράση. Θεωρείται μη ειδικός αναστολέας της πρωτεϊνικής κινάσης και παρεμποδίζει την δραστηριοποίηση των μεσολαβητών της φλεγμονής και ενζύμων όπως η λιποξυγενάση. [54,55,56] Επιπλέον εμποδίζει επίσης την απελευθέρωση της ισταμίνης, που προκαλεί συγκέντρωση βασεόφιλων και μαστοκυττάρων. Πιθανώς η δράση της προκαλεί περιορισμό του οιδήματος της φλεγμονής και χαλάρωση του μυϊκού στρώματος. [54] Δεν μπορεί να αποκλειστεί κάποιου βαθμού ορμονική δράση δεδομένου ότι η κουερσετίνη ενεργοποιεί τους άλφα και βήτα υποδοχείς οιστρογόνου (EP α και ER α) και δρα ως αγωνιστής του συζευγμένου με G πρωτεΐνη υποδοχέα οιστρογόνου (GPER). Ωστόσο είναι περίπου δύο έως τρεις φορές λιγότερο ισχυρή από την ενδογενή 17 β - οιστραδιόλη. [57]

Οι Chen και συνεργάτες μελέτησαν τα επίπεδα ελεύθερων ριζών οξυγόνου και την εμφάνιση, ανάπτυξη, και αποδρομή της προστατίτιδας σε βιολογικό υλικό ασθενών με διαγνωσμένη χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα. Στους ασθενείς που έλαβαν εκχύλισμα γύρης (EA - 10, P5) διαπιστώθηκαν αλλαγές στα επίπεδα αυτά κατά την αποδρομή της πάθησης ενώ δεν διαπιστώθηκαν αλλαγές στην ομάδα ελέγχου. Το παραπάνω αποτελεί κατά τους ερευνητές δείγμα ότι οι αλλαγές αυτές εμπλέκονται στον μηχανισμό

δράσης του φυτοθεραπευτικού. [58] Σε μια πειραματική επιβεβαίωση της αντιφλεγμονώδους δράσης του cernilton σε ποντίκια οι Kamijo και συνεργάτες διαπίστωσαν ότι το εκχύλισμα γύρης (CN - 009) αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό των στρωματικών κυττάρων και σε συνδυασμό με αυξημένη απόπτωση προστατεύει τα επιθηλιακά κύτταρα από τη φλεγμονή. [59] Αντίστοιχα σε μια άλλη πειραματική μελέτη της ορμονικώς προκαλούμενης χρόνιας μη βακτηριακής προστατίτιδας σε αρουραίους οι Asakawa και συνεργάτες ανακάλυψαν ότι το εκχύλισμα γύρης (Cernilton) μείωσε τα αυξημένα επίπεδα των κυτοκινών με έναν δοσο-εξαρτώμενο τρόπο ενώ οι ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις που σχετίζονταν με τη φλεγμονή αποκαταστάθηκαν με την αγωγή. [60] Τα παραπάνω συνιστούν κατά τους ερευνητές ενδείξεις μιας ορμονικά διαμεσολαβούμενης αντιφλεγμονώδους δράσης. Κατά τρόπο ενδιαφέροντα, οι ασθενείς με χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα στους οποίους αποτυγχάνει η θεραπεία φέρουν γονότυπο που προδιαθέτει στην παραγωγή χαμηλών επιπέδων ιντερλευκίνης 10 γεγονός που υποδεικνύει την αυτοανοσία ως πιθανότερη αιτιολογία της πάθησής τους και παρέχουν ενδείξεις ότι το εκχύλισμα γύρης έχει μια μάλλον αντι-φλεγμονώδη δράση οφειλόμενη στην ανασταλτική επίδραση επί των κυτοκινών του φλεγμαίνοντος προστατικού ιστού. [61]

Το *Equisetum arvense* (πολυκόμμι) περιέχει μεγάλες ποσότητες πυριτικού οξέος και αλάτων, φλαβονοειδή, φαινολικά οξέα, αλκαλοειδή, σαπωνίνες, στερόλες, τανίνη, μαγγάνιο, μαγνήσιο, κάλιο, θείο. Η *Populus tremula* (λεύκα) περιέχει ποπουλίνη, σαλικίνη και γαλλικό οξύ. Η *Chimaphila umbellata* περιέχει ποσότητες ερικολίνης, χειμαφύλλινης, αρβουτίνης και μεθυλο-αρβουτίνης, τανίνης και γαλλικού οξέως. Η αντιφλεγμονώδης δράση του πυριτικού οξέος οφείλεται στην τοξικότητα που επιδεικνύει απέναντι στα μακροφάγα. Η σαλικίνη, πρόδρομη ουσία της ασπιρίνης θεωρείται υπεύθυνη για την μείωση του πόνου και για τις αντιφλεγμονώδεις ιδιότητές του φυτού. Ο εστέρας της επιγαλλοκατεχίνης και του γαλλικού οξέος (γαλλική επιγαλλοκατεχίνη - 3) είναι μια πολυφαινόλη με ισχυρή αντιοξειδωτική δράση που μπορεί να εξουδετερώσει τις ελεύθερες ρίζες και να περιορίσει την κυτταρική φθορά. Επιπλέον έχει ανοσοδιεγερτικές ιδιότητες. [62] Η αρβουτίνη και μεθυλο-αρβουτίνη μετασχηματίζονται σε υδροκινόνη στο έντερο. Αυτή, αναστέλλει την τυροσινάση βοηθώντας έτσι να μειωθεί η ποσότητα των ελεύθερων ριζών. Επιπλέον, η αρβουτίνη ασκεί μια αντισηπτική επίδραση στην

βλεννογόνο μεμβράνη του ουροποιητικού. [63] Η Τανίνη είναι μία φαινόλη με στυπτικές κι αντισηπτικές ιδιότητες. Πιστεύεται ότι σχηματίζει προστατευτικό στρώμα γύρω από τα κύτταρα κι έτσι μειώνεται η έκκριση των αδένων. [60] Το εκχύλισμα του άνθους του *Pulsatilla pratensis* (είδος ανεμώνης) έχει αντιφλεγμονώδεις και αντineυραλγικές ιδιότητες. Μια πειραματική μελέτη σε επίμυες με προκλητή μη βακτηριακή προστατίτιδα απέδειξε ότι ο συνδυασμός αυτός (Envirostat) περιορίσε σημαντικά τα επίπεδα των κυτοκινών και της μαλονδυαλδεύδης (δείκτης οξειδωτικού stress). [64]

Αν και η χρήση του pygeum έχει σχετιστεί με μείωση των επιπέδων της προλακτίνης (η οποία αυξάνει τη πρόσληψη της τεστοστερόνης από τον προστάτη) και της χοληστερόλης (που αυξάνει τις περιοχές συνδέσεων για την διυδροτεστοστερόνη), δεν εκδηλώνει ορμονικές δράσεις όπως να μειώνει το μέγεθος του προστάτη αδένος, και να αντιστρέφει την εξέλιξη της καλοήθους υπερτροφίας. [65, 66] Έτσι, οι αντιφλεγμονώδεις ιδιότητές του οφείλονται στις δράσεις ορισμένων από τα ενεργά συστατικά του: η β-σιτοστερόλη παρεμποδίζει την παραγωγή των προσταγλανδινών της φλεγμονής, ενώ, το ολεανικό οξύ έχει αντιοιδηματική δραστηριότητα. Πειραματικά έχει αποδειχθεί ότι μειώνει την παραγωγή των μεταβολιτών της 5-λιποξυγενάσης (κυρίως των λευκοτριενίων) και παρεμποδίζει την παραγωγή ινοβλαστών (μέσω της καταστολής του bFGF - βασικού παράγοντα αύξησης των ινοβλαστών). [67] Ωστόσο είναι πιθανό η αντιφλεγμονώδης αυτή δράση να επαυξάνεται λόγω της διέγερσης της επινεφριδιακής έκκρισης ανδρογόνων που επιπλέον συμβάλλει στην αποκατάσταση της εκκριτικής δραστηριότητας του προστατικού επιθηλίου. [68, 69] Σε πειραματικά ζωικά μοντέλα έχει αποδειχθεί η θεραπευτική δράση των συστατικών του Pygeum στην απόφραξη του κατώτερου ουροποιητικού, καθώς και ότι τροποποιεί την συστατικότητα της ουροδόχου κύστης μειώνοντας την ευαισθησία της στα ηλεκτρικά ερεθίσματα, στην φαινυλνεφρίνη, την τριφωσφορική αδενοσύννη και την καρμπαχόλη. [70, 71].

Τα περισσότερα από τα συστατικά του Paeoniflorin είναι μονοτερπενικές γλυκοσίδες. Απ' αυτά, η παιωνιφλορίνη είναι το κυριότερο (>90%) συστατικό και ευθύνεται για τις φαρμακολογικές δράσεις τόσο in vitro, όσο και in vivo. Έχει αντιφλεγμονώδεις δράσεις που συνίστανται στην αναστολή της οξείας και υποξείας φλεγμονής μέσω της καταστολής της αύξησης των συγκεντρώσεων των ενδοκυττάρων ιόντων ασβεστίου και αναστολής της παραγωγής των μεσολαβητών

της φλεγμονής PGE2, LTB4 και NO. Επιπλέον δρά στον πολλαπλασιασμό των λεμφοκυττάρων, την διαφοροποίηση των Th/Ts λεμφοκυττάρων και την παραγωγή των προφλεγμονωδών κυτταροκινών και των IgM αντισωμάτων. [72]

Το αιθανολικό εκχύλισμα των αποξηραμένων καρπών της Gardenia (Γαρδένια ιασμινειδής) περιέχει σε αρκετή ποσότητα γενιπίνη η οποία διαθέτει αντιφλεγμονώδη δράση της οποίας ο μηχανισμός δεν είναι αποσαφηνισμένος. Η δράση αυτή βρέθηκε να είναι ανάλογη της συγκέντρωσής της. [73] Τα φύλλα της Salvia (φασκόμηλο) περιέχουν σαπωνίνες, θουγιόνη, ρητίνες, τερπένια, ταννίνες και φλαβονοειδή. Τα τελευταία έχουν αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες. Τα φύλλα μπαμπού έχουν αντιοξειδωτικές και αντιφλεγμονώδεις που οφείλονται πιθανώς στην δράση του πυριτικού οξέος. Το υπόφυλλο Houltuynia έχει αντιβακτηριακές ιδιότητες και ο μύκητας Poria Cocos (Fu ling) έχει διουρητική δράση και ο ρόλος τους είναι πιθανώς επικουρικός.

Συμπεράσματα

Σε γενικές γραμμές εξ αιτίας της ετερογένειας των προ-

ϊόντων της κατηγορίας αυτής και των μεθοδολογικών προβλημάτων που συνδέονται με τις μελέτες δεν είναι εύκολο να εξαχθούν οριστικά συμπεράσματα σχετικά με το ρόλο των φυτοθεραπευτικών στη χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα μολονότι οι περισσότερες από τις δημοσιευμένες μελέτες καταδεικνύουν μια σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων που συνδυάζεται με ικανοποιητικό προφίλ ασφάλειας.

Επιπλέον, ο καταμερισμός των παραπάνω μελετών σε σχέση με τα υπο μελέτη φυτοθεραπευτικά είναι ανισομερής με πλειάδα μελετών για το Saw palmetto και λίγες έως ελάχιστες για τα υπόλοιπα. Ακόμα στις μελέτες αυτές ο στόχος αλλά και το υλικό και η μέθοδος διαφοροποιούνται ενώ και η αποτελεσματικότητα υπολογίζεται σε μια ποικιλία κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων. Μολαταυτα, το θεωρητικό υπόβαθρο που δικαιολογεί τη χρήση τους στην πάθηση αυτή είναι η αντιφλεγμονώδης και ορμονική δράση που τους έχει αποδοθεί και οι οποίες έχουν μερικώς ή πλήρως επιβεβαιωθεί για ορισμένα από αυτά. ■

ABSTRACT

Green therapies for chronic nonbacterial prostatitis

Konstantinos Stamatou

Department of Urology, Tzaneio General Hospital, Piraeus, Greece.

Phytotherapeutic agents are used for many years as an adjunctive therapy of benign prostatic hypertrophy. The similarity of the symptoms of the lower urinary tract associated with chronic prostatitis with those caused by benign prostatic hypertrophy and the relative efficacy of the phytotherapeutic agents in the improvement of pelvic pain justifies their use in the treatment of chronic nonbacterial prostatitis. Although many clinicians and researchers have investigated the role of herbal medicinal products against the symptoms of the lower urinary tract, there are scarce specialized studies for nonbacterial prostatitis. Despite the general belief that phytotherapeutic agents' display both hormonal and anti-inflammatory properties, the last seem to be the most possible. Still, the exact mechanism of anti-inflammatory action is not known for most of the commonly used Phytotherapeutic agents

KEYWORDS: Phytotherapeutic agents, benign prostatic hypertrophy, chronic nonbacterial prostatitis



Citation

K. Stamatou. Green therapies for chronic nonbacterial prostatitis. Scientific Chronicles 2015; 20(3): 236 - 246

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rees J, Abrahams M, Doble A, Cooper A. Prostatitis Expert Reference Group (PERG). Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline. *BJU Int.* 2015; 116(4): 509 - 25.
2. Delavierre D, Rigaud J, Sibert L, Labat JJ. Specific treatments for chronic bacterial prostatitis and chronic pelvic pain syndrome *Prog Urol.* 2010; 20(12): 1066 - 71.
3. Snow DC, Shoskes DA. Pharmacotherapy of prostatitis. *Expert Opin Pharmacother.* 2010; 11(14): 2319 - 30.
4. Lopatkin NA, Apolikhin OI, Sivkov AV, et al. Results of a multicenter trial of serenoa repens extract in patients with chronic abacterial prostatitis *Urologiia.* 2007; (5): 3 - 7.
5. Magri V, Marras E, Restelli A, et al. Multimodal therapy for category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in UPOINTS phenotyped patients. *Exp Ther Med.* 2015; 9(3): 658 - 666.
6. Pavone C, Abbadessa D, Tarantino ML, et al. Associating Serenoa repens, Urtica dioica and Pinus pinaster. Safety and efficacy in the treatment of lower urinary tract symptoms. Prospective study on 320 patients. *Urologia.* 2010; 77(1): 43 - 51.
7. Reissigl A, Djavan B, Pointner J. Prospective placebo - controlled multicenter trial on safety and efficacy of phytotherapy in the treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Program and abstracts of the American Urological Association 2004 Annual Meeting; May 8 - 13, 2004; San Francisco, CA. Abstract 233.
8. Sinescu I, Geavlete P, Multescu R, et al. Long - term efficacy of Serenoa repens treatment in patients with mild and moderate symptomatic benign prostatic hyperplasia. *Urol Int.* 2011; 86(3): 284 - 9.
9. Dedhia RC, McVary KT. Phytotherapy for lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia. *J. Urol.* 2008; 179(6): 2119 - 2125.
10. Bent S, Kane C, Shinohara K, et al. Saw palmetto for benign prostatic hyperplasia. *N. Engl J Med.* 2006; 354(6): 557 - 566.
11. Barry MJ, Meleth S, Lee JY, Kreder KJ, et al. Effect of increasing doses of saw palmetto extract on lower urinary tract symptoms: a randomized trial. *JAMA.* 2011; 306(12): 1344 - 51.
12. Kaplan SA, Volpe MA, Te AE. A prospective, 1 - year trial using saw palmetto versus finasteride in the treatment of category III prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol.* 2004; 171(1): 284 - 8
13. Boyle P, Robertson C, Lowe F, Roehrborn C. Updated meta - analysis of clinical trials of Serenoa repens extract in the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia. *BJU Int.* 2004; 93(6): 751 - 756.
14. Wilt T, Ishani A, Mac Donald R. Serenoa repens for benign prostatic hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 3: CD001423.
15. Tacklind J, MacDonald R, Rutks I, Wilt TJ. Serenoa repens for benign prostatic hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 2: CD001423.
16. Debruyne F, Koch G, Boyle P. et al. (Groupe d'étude PERMAL). Comparison of a phytotherapeutic agent (Permixon) with an alpha - blocker (Tamsulosin) in the treatment of benign prostatic hyperplasia: a 1 - year randomized international study. *Prog Urol.* 2002; 12(3): 384 - 92.
17. Bertaccini A, Giampaoli M, Cividini R. et al. Observational database serenoa repens (DOSSER): overview, analysis and results. A multicentric SIUrO (Italian Society of Oncological Urology) project. *Arch Ital Urol Androl.* 2012; 84(3): 117 - 22.
18. Squadrito F, Morgia G. The association of Serenoa repens, Lycopene and Selenium is superior to Serenoa repens alone in reducing benign prostatic hyperplasia. *Urologia* 2011; 78(4): 297 - 9.
19. Morgia G, Mucciardi G, Gali A. et al. Treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome category IIIA with Serenoa repens plus selenium and lycopene (Profluss) versus S. repens alone: an Italian randomized multicenter - controlled study. *Urol Int.* 2010; 84(4): 400 - 6.

20. Barlet A, Albrecht J, Aubert A, et al. Efficacy of Pygeum africanum extract in the medical therapy of urination disorders due to benign prostatic hyperplasia: evaluation of objective and subjective parameters. A placebo controlled double - blind multicenter study. *Wien Klin Wochenschr* 1990; 102: 667 - 673.
21. Chatelain C, Autet W, Brackman F. Comparison of once and twice daily dosage forms of Pygeum africanum extract in patients with benign prostatic hyperplasia: a randomized, double - blind study, with long - term open label extension. *Urology* 1999; 54: 473 - 478.
22. Ishani A, MacDonald R, Nelson D, et al. Pygeum africanum for the treatment of patients with benign prostatic hyperplasia: a systematic review and quantitative meta - analysis. *Am J Med* 2000; 109: 654 - 664.
23. Breza J, Dzurny O, Borowka A, Hanus T, et al. Efficacy and acceptability of tadenan (Pygeum africanum extract) in the treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH): a multicentre trial in central Europe. *Curr Med Res Opin.* 1998; 14(3): 127 - 39.
24. Carani C, Salvioli V, Scuteri A, et al. Urological and sexual evaluation of treatment of benign prostatic disease using Pygeum africanum at high doses. *Arch Ital Urol Nefrol Androl* 1991; 63: 341 - 345.
25. Evans DT, Jaleel H, Keefe A. Retrospective review of clinical practice in chronic pelvic pain syndrome i.e. category III chronic prostatitis at two hospital sites over five years 2000 - 2005 (an audit). *Int J STD AIDS.* 2007; 18(4): 276 - 80.
26. Shoskes DA, Nickel JC, Kattan MW. Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome: a prospective study using UPOINT. *Urology.* 2010; 75(6): 1249 - 53.
27. Shoskes DA, Zeitlin SI, Shahed A, Rajfer J. Quercetin in men with category III chronic prostatitis: a preliminary prospective, double - blind, placebo - controlled trial. *Urology* 1999; 54: 960 - 963.
28. Buck AC, Cox R, Rees RW, et al. Treatment of outflow tract obstruction due to benign prostatic hyperplasia with the pollen extract, cernilton. A double - blind, placebo - controlled study. *Br J Urol.* 1990; 66: 398 - 404.
29. Rugendorff EW, Weidner W, Ebeling L, Buck AC. Results of treatment with pollen extract (Cernilton N) in chronic prostatitis and prostatodynia. *Br J Urol.* 1993; 71: 433 - 438.
30. Buck AC, Rees RW, Ebeling L. Treatment of chronic prostatitis and prostatodynia with pollen extract. *Br J Urol.* 1989; 64: 496 - 499.
31. Wagenlehner F, Schneider H, Ludwig M, et al. A Pollen Extract (Cernilton) in Patients with Inflammatory Chronic Prostatitis - Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Multicentre, Randomised, Prospective, Double - Blind, Placebo - Controlled Phase 3 Study. *Eur Urol.* 2009; 56(3): 544.
32. Qian X, Kong X, Qian Y, et al. Therapeutic efficacy of Cernilton in benign prostatic hyperplasia patients with histological prostatitis after transurethral resection of the prostate. *Int J Clin Exp Med.* 2015; 8(7): 11268 - 75.
33. Suzuki T, Kurokawa K, Mashimo T, et al. Clinical effect of Cernilton in chronic prostatitis *Hinyokika Kiyo* 1992; 38(4): 489 - 94.
34. Rugendorff EW, Weidner W, Ebeling L, Buck AC. Results of treatment with pollen extract (Cernilton N) in chronic prostatitis and prostatodynia. *Br J Urol.* 1993; 71(4): 433 - 8.
35. Jodai A, Maruta N, Shimomae E, et al. A long - term therapeutic experience with Cernilton in chronic prostatitis. *Hinyokika Kiyo* 1988; 34(3): 561 - 8.
36. Xu J, Qian WQ, Song JD. A comparative study on different doses of cernilton for preventing the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *Zhonghua Nan Ke Xue.* 2008; 14(6): 533 - 7.
37. Apolikhin OI, Aliaev luG, Sivkov AV, et al. A comparative clinical randomized trial of cernilton efficacy and safety in patients with chronic abacterial prostatitis. *Urologiia.* 2010; (1): 29 - 34.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

38. MacDonald R, Ishani A, Rutks I, Wilt TJ. A systematic review of Cernilton for the treatment of benign prostatic hyperplasia. *BJU Int.* 2000; 85(7): 836 - 41.
39. Tamaki M, Nakashima M, Nishiyama R, et al. Assessment of clinical usefulness of Eviprostat for benign prostatic hyperplasia - comparison of Eviprostat tablet with a formulation containing two - times more active ingredients. *Hinyokika Kyo* 2008; 54(6): 435 - 45.
40. Iwamura H, Koie T, Soma O, et al. Eviprostat has an identical effect compared to pollen extract (Cernilton) in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, prospective study. *BMC Urol.* 2015; 15(1): 120.
41. Vogl S, Picker P, Mihaly - Bison J, et al. Ethnopharmacological in vitro studies on Austria's folk medicine - An unexplored lore in vitro anti - inflammatory activities of 71 Austrian traditional herbal drugs. *J Ethnopharmacol.* 2013; 149(3): 750 - 71.
42. Steenkamp V, Gouws MC, Gulumian M, et al. Studies on antibacterial, anti - inflammatory and antioxidant activity of herbal remedies used in the treatment of benign prostatic hyperplasia and prostatitis. *J Ethnopharmacol.* 2006; 103(1): 71 - 5.
43. Li JP, Chong T, Chen HW, et al. Qianlieping capsule plus alpha - blocker for chronic non - bacterial prostatitis: analysis of 220 cases. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2012; 18(9): 856 - 8.
44. Shang XJ, Geng Q, Duan JM et al. Efficacy and safety of Longjintonglin Capsule for the treatment of type III prostatitis. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2014; 20(12): 1109 - 12.
45. Yang J, Te AE. Saw palmetto and finasteride in the treatment of category - III prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome. *Curr Urol Rep.* 2005; 6(4): 290 - 5.
46. Hill B, Kyprianou N. Effect of permixon on human prostate cell growth: lack of apoptotic action. *Prostate* 2004; 61(1): 73 - 80.
47. Marks LS, Hess DL, Dorey FJ, et al. Tissue effects of saw palmetto and finasteride: use of biopsy cores for in situ quantification of prostatic androgens. *Urology* 2001; 57(5): 999 - 1005.
48. Iglesias - Gato D, Carsten T, Vesterlund M, et al. Androgen - independent Effects of Serenoa repens Extract (Prostasan®) on Prostatic Epithelial Cell Proliferation and Inflammation. *Phytother Res.* 2012; 26(2): 259 - 64.
49. Wadsworth T, Carroll J, Mallinson R. et al. Saw Palmetto extract suppresses Insulin - Like Growth Factor - I signaling and induces stress - activated protein kinase/c - Jun N - terminal kinase phosphorylation in human prostate epithelial cells. *Endocrinology* 2004; 145(7): 3205 - 3214
50. Bonvissuto G, Minutoli L, Morgia G, et al. Effect of Serenoa repens, lycopene, and selenium on proinflammatory phenotype activation: an in vitro and in vivo comparison study. *Urology* 2011; 77(1): 248.e9 - 16.
51. Altavilla D, Bitto A, Polito F, et al. The combination of Serenoa repens, selenium and lycopene is more effective than serenoa repens alone to prevent hormone dependent prostatic growth. *J Urol.* 2011; 186(4): 1524 - 9
52. Mitropoulos D, Kyrroudi A, Zervas A, et al. In vivo effect of the lipido - sterolic extract of Serenoa repens (Permixon) on mast cell accumulation and glandular epithelium trophism in the rat prostate. *World J Urol.* 2002; 19(6): 457 - 61.
53. Suardi N, Gandaglia G, Nini A, et al. Effects of Difaprost® on voiding dysfunction, histology and inflammation markers in patients with benign prostatic hyperplasia who are candidates for surgical treatment. *Minerva Urol Nefrol.* 2014; 66(2): 119 - 25.
54. Shoskes DA, Nickel JC. Quercetin for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urol Clin North Am.* 2011; 38(3): 279 - 84.

55. Williams RJ, Spencer JP, Rice - Evans C. Flavonoids: antioxidants or signalling molecules? *Free Radical Biology & Medicine* 2004; 36(7): 838 - 49.
56. Barnes S, Prasain J, D'Alessandro T, et al. The metabolism and analysis of isoflavones and other dietary polyphenols in foods and biological systems. *Food & Function* 2011; 2(5): 235 - 44.
57. Prossnitz ER, Barton M. Estrogen biology: new insights into GPER function and clinical opportunities. *Molecular and Cellular Endocrinology* 2014; 389(1 - 2): 71 - 83.
58. Chen HJ, Wang ZP, Chen YR, et al. Effects of pollen extract EA - 10, P5 on chronic prostatitis or infertility with chronic prostatitis. *Acta Pharmacol Sin.* 2002; 23(11): 1035 - 9.
59. Kamijo T, Sato S, Kitamura T. Effect of cernitin pollen - extract on experimental nonbacterial prostatitis in rats. *Prostate*. 2001; 49(2): 122 - 31.
60. Asakawa K, Nandachi N, Satoh S, et al. Effects of cernitin pollen - extract (Cernilton) on inflammatory cytokines in sex - hormone - induced nonbacterial prostatitis rats. *Hinyokika Kiyo*. 2001; 47(7): 459 - 65.
61. Shoskes DA1, Albakri Q, Thomas K, Cook D. Cytokine polymorphisms in men with chronic prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome: association with diagnosis and treatment response. *J Urol*. 2002; 168(1): 331 - 5.
62. Steinmann J, Buer J, Pietschmann T, Steinmann E. Anti - infective properties of epigallocatechin - 3 - gallate (EGCG), a component of green tea. *Br J Pharmacol*. 2013; 168(5): 1059 - 1073.
63. Vaughan, John Griffith; Patricia Ann Judd; David Bellamy (2003). *The Oxford Book of Health Foods*. Oxford University Press. p. 127.
64. Oka M, Ueda M, Oyama T, et al. Effect of the phytotherapeutic agent Eviprostat on 17 beta - estradiol - induced nonbacterial inflammation in the rat prostate. *Prostate* 2009; 69(13): 1404 - 10.
65. Breza J, Dzurny O, Borowka A, et al. Efficacy and acceptability of Tadenan (Pygeum africanum extract) in the treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH): a multicentre trial in central Europe. *Curr Med Res Opin*. 1998; 14: 127 - 139.
66. Andro MC, Riffaud JP. Pygeum africanum extract for the treatment of patients with benign prostatic hyperplasia: a review of 25 years of published experience. *Curr Ther Res* 1995; 56: 796 - 817.
67. Paubert - Braquet M, Cave A, Hocquemiller R, et al. Effect of Pygeum africanum extract on A23187 - stimulated production of lipoxigenase metabolites from human polymorphonuclear cells. *J Lipid Mediat Cell Signal*. 1994; 9: 285 - 290.
68. Robinette CL. Sex - hormone induced inflammation and fibromuscular proliferation in the rat lateral prostate. *Prostate* 1988; 12: 271 - 286.
69. Luchetta G, Weill A, Becker N, et al. Reactivation of the secretion from the prostatic gland in cases of reduced fertility. Biological study of the seminal fluid modifications. *Urol Int* 1984; 39: 222 - 224.
70. Gomes CM, Disanto ME, Horan P, et al. Improved contractility of obstructed bladders after Tadenan treatment is associated with reversal of altered myosin isoform expression. *J Urol* 2000; 163: 2008 - 2013.
71. Levin RM, Das AK, Haugaard N, et al. Beneficial effects of Tadenan therapy after two weeks of partial obstruction in the rabbit. *Neurourol Urodyn* 1997; 16: 583 - 599.
72. Wang QT, Zhang LL, Wu HX, Wei W. The expression change of β - arrestins in fibroblast - like synoviocytes from rats with collagen - induced arthritis and the effect of total glucosides of paeony. *J Ethnopharmacol*. 2011; 133(2): 511 - 6.
73. Koo HJ, Lim KH, Jung HJ, Park EH. Anti - inflammatory evaluation of gardenia extract, geniposide and genipin. *J Ethnopharmacol*. 2006; 103(3): 496 - 500.

Το φαινόμενο της κακοποίησης και παραμέλησης των ηλικιωμένων

Όλγα Βελέντζα

Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρική Νοσηλευτική Ειδικότητα,
MSc Περιβάλλον και Υγεία, Ψυχιατρικό τμήμα, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ. Τα τελευταία χρόνια το φαινόμενο της κακοποίησης και αμέλειας κατά της ευάλωτης ομάδας των ηλικιωμένων αποτελεί μείζον κοινωνικό πρόβλημα, τόσο σε Ευρωπαϊκό αλλά και σε εθνικό επίπεδο. Το μέγεθος και η φύση του προβλήματος παραμένουν άγνωστα ενώ η ταχεία γήρανση του πληθυσμού οδηγεί σε όξυνση του φαινομένου.

ΣΚΟΠΟΣ. Να καταγραφούν το μέγεθος και οι μορφές κακοποίησης των ηλικιωμένων και να διερευνηθούν οι παράγοντες που οδηγούν στην κακοποίηση και οι επιπτώσεις που επιφέρουν στην υγεία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ. Έγινε ανασκόπηση σχετικής Ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Google Scholar, Scopus, Cochrane Library και Medline για τη χρονική περίοδο 1998 - 2013.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. Η συχνότητα της εμφάνισης κακοποίησης των ηλικιωμένων κυμαίνεται μεταξύ 2,6% έως 18,4%, ενώ σύμφωνα με προβλέψεις των Ηνωμένων Εθνών το ποσοστό αυτό θα αυξηθεί σε 21,4% έως το 2050. Η επίπτωση του φαινομένου έχει μελετηθεί σε λίγες χώρες και έχει υψηλή θνητότητα. Αναφορικά με την Ελλάδα, τα στοιχεία είναι ελλιπή και η κοινωνική πολιτική ανεπαρκής. Δεν υπάρχει μεταξύ των χωρών ένας ενιαίος ορισμός, ενώ τα θύματα συχνά δεν μαρτυρούν ή δεν είναι σε θέση να δώσουν πληροφορίες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ. Απαιτείται λεπτομερής καταγραφή, ένας ενιαίος και σαφής ορισμός μεταξύ των κρατών ώστε να οργανωθούν παρεμβάσεις αξιολόγησης και ελέγχου των ιδρυμάτων, υποστήριξη και ενίσχυση των δεξιοτήτων των φροντιστών, όπως και προγράμματα συμβουλευτικής σε επίπεδο οικογένειας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Κακοποίηση ηλικιωμένων, παραμέληση, μορφές κακοποίησης ηλικιωμένων, ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων



Παραπομπή

Ο. Βελέντζα. Το φαινόμενο της κακοποίησης και παραμέλησης των ηλικιωμένων. Επιστημονικά Χρονικά 2015; 20(3): 247 - 255

Εισαγωγή

Η κακοποίηση είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό θέμα και συνάμα ιδιαίτερα δύσκολο στην προσέγγισή του.

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων εμφανίστηκε σαν ζήτημα τα τελευταία χρόνια του 20ου αιώνα, που παρέμενε κρυφό από την κοινή γνώμη, αλλά αναφερόταν σε βιβλιογραφίες, όπως η παιδική και η γυναικεία κακοποίηση, οι οποίες ήταν οι πρώτες που εμφανιστήκαν. Και οι δύο τύποι κακοποίησης ήταν ζητήματα ενδοοικογενειακής βίας.

Η κακομεταχείριση των ηλικιωμένων αποδόθηκε ως «κακοποίηση των ηλικιωμένων» και πρωτοεμφανίστηκε σε Βρετανικά επιστημονικά περιοδικά το 1975 με τον όρο «πολιορκία της γαριάς». Οι συγκεκριμένες αναφορές προβλήθηκαν αμέσως ως κοινωνικοπολιτική υπόθεση και απευθείας οδηγήθηκε σε νομοθετική ρύθμιση. [1]

Το Αμερικάνικο Κογκρέσο πρώτα αντιλήφθηκε πλήρως το πρόβλημα της κακοποίησης των ηλικιωμένων και έπειτα ακολούθησαν ερευνητές και θεραπευτές. Στα τέλη του 20ου αιώνα, επιστημονικές έρευνες και κυβερνητικές δράσεις, είχαν αναφορές για το ζήτημα της κακοποίησης των ηλικιωμένων, το οποίο εντοπίστηκε σε ανεπτυγμένες κυρίως χώρες. [2]

Οι ορισμοί που έχουν προταθεί για τη κακοποίηση των ηλικιωμένων διαφέρουν μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, των διαφορετικών πολιτισμών και των επιστημονικών κλάδων. Ο πιο πλήρης ορισμός που αναφέρεται από τους ειδικούς, ήταν ο ορισμός που αναπτύχθηκε από τη Δράση για την Κακοποίηση των Ηλικιωμένων το 1995 και που εγκρίθηκε στη συνέχεια, από τον Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) και την Ι.Ν.Ρ.Ε.Α. (International Network for the Prevention of Elder Abuse) το 2002. [3, 31]

Ως κακοποίηση ορίζεται, μια μεμονωμένη ή επαναλαμβανόμενη δράση η οποία προκύπτει σε οποιαδήποτε σχέση στην οποία υπάρχει μια σχέση εμπιστοσύνης και η οποία δράση προξενεί βλάβη ή ενόχληση σε ένα ηλικιωμένο άτομο. Για περισσότερες από δυο δεκαετίες, το ζήτημα της κακοποίησης των ηλικιωμένων από μόνον λαμβάνει διαρκώς μεγαλύτερη προσοχή στα πλαίσια της έρευνας, της πολιτικής και των πρακτικών.

Ωστόσο, υπογραμμίστηκε το γεγονός ότι ο ορισμός δεν είναι ολοκληρωμένος, δεδομένου ότι συνεπάγεται την προσδοκία εμπιστοσύνης ή την ύπαρξη σχέσης μεταξύ του θύματος και του θύτη. Κατά συνέπεια, αποκλείονται οι μορφές κακοποίησης όπου οι δύο αυτοί δείκτες δεν υπάρχουν, όπως είναι η οικονομική και η υλική κακοποίηση από

ένα ξένο ή μια εταιρεία (για παράδειγμα, η εξαπάτηση ενός ηλικιωμένου ατόμου ώστε να εγγραφεί σε κάποιο είδος υπηρεσίας, η οποία όμως, δεν έχει καμία χρησιμότητα για εκείνον).

Επίσης, οι λέξεις «κακοποίηση ηλικιωμένων» ίσως είναι πολύ σκληρές για να οδηγήσουν σε μια ευρεία αποδοχή, και τα θύματα, οι δράστες και οι μάρτυρες μπορεί να μην αναγνωρίσουν ή αποδεχτούν τον όρο, κυρίως όταν η κακοποίηση είναι ακούσια. (Action on Elder Abuse, 1995).

Οι ηλικιωμένοι μπορεί να κακοποιηθούν στο σπίτι, από μέλη της οικογένειας, από τους συζύγους τους, από φίλους, από τους φροντιστές τους ή από το οικιακό προσωπικό ή από το επαγγελματικό προσωπικό ή από επισκέπτες, οι οποίοι μπορεί να διαπράξουν κακοποίηση σε ιδρυματικό περιβάλλον όπως π.χ. σε γηροκομεία ή οίκους ευγηρίας είτε σε νοσοκομεία. [4]

Μορφές κακοποίησης ηλικιωμένων ατόμων

Η κακοποίηση, κακομεταχείριση ή εκμετάλλευση ηλικιωμένου περιλαμβάνει, οποιαδήποτε ενσυνείδητη, σκόπιμη ή αμελή ενέργεια που προκαλεί βλάβη ή σοβαρό κίνδυνο πρόκλησης βλάβης σε ένα ηλικιωμένο άτομο στον σωματικό, ψυχικό, συναισθηματικό ή οικονομικό τομέα. [5]

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση του φαινομένου της κακοποίησης των ηλικιωμένων είναι:

- Η διανοητική τους ικανότητα.
- Η σωματική τους υγεία.
- Η συναισθηματική κατάσταση του φροντιστή τους η οποία μπορεί να έχει μεγάλο αντίκτυπο στην ποιότητα της φροντίδας που είναι σε θέση να παρέχει.
- Η έλλειψη γνώσεων όσον αφορά την κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη ή η άγνοια μπορεί επίσης να προκαλέσει πηγή παραμέλησης ή εγκατάλειψης και κατά συνέπεια παράγοντα ο οποίος συντελεί στην κακοποίηση των ηλικιωμένων. [8]

Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για κακοποίηση ηλικιωμένων

Οι περισσότερες εργασίες πάνω στο θέμα της κακοποίησης των ηλικιωμένων είχαν περιορισμένα στοιχεία. Ψάχνοντας εξηγήσεις για την κακοποίηση των ηλικιωμένων, οι ερευνητές μελέτησαν βιβλιογραφίες των πεδίων της ψυχολογίας, της κοινωνιολογίας, της γεροντολογίας, αλλά και μελέτες ενδοοικογενειακής βίας.

Για την διευκόλυνση της πολυπλοκότητας της κακοποίη-

Πίνακας 1. Μορφές κακοποίησης των ηλικιωμένων [6,7]

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων περιλαμβάνει ευρύ φάσμα κακόβουλων ενεργειών όπως:	
Σωματική κακοποίηση:	Χρήση βίας για σκοπούς απειλής ή πρόκλησης πόνου, τραύματος ενός ευάλωτου ηλικιωμένου ατόμου.
Συναισθηματική βία:	Λεκτικές επιθέσεις, απειλές, απόρριψη, απομόνωση ή υποτιμητική συμπεριφορά που προκαλούν ή θα μπορούσαν να προκαλέσουν ψυχικό πόνο, αγωνία ή καταπόνηση σε έναν ηλικιωμένο.
Σεξουαλική κακοποίηση:	Σεξουαλική επαφή που επιβάλλεται με βία, παραπλανητικά, κατόπιν απειλής ή με διαφορετικό τρόπο εξαναγκασμού σε άλλο άτομο περιλαμβανομένου και οποιουδήποτε ατόμου που δεν είναι σε θέση να δώσει την συγκατάθεσή του.
Εκμετάλλευση:	Κλοπή, απάτη, κατάχρηση ή αμέλεια από υπεύθυνο άτομο και ανάρμοστη χρήση επιρροής για επίτευξη ελέγχου επί των χρημάτων ή της περιουσίας του ηλικιωμένου.
Αμέλεια:	Η αποτυχία ή η άρνηση ατόμου που έχει την ευθύνη της φροντίδας ευάλωτου ηλικιωμένου για να του παρέχει ασφάλεια και εκπλήρωση των σωματικών και αισθηματικών του αναγκών.
Εγκατάλειψη:	Η εγκατάλειψη ευπαθούς, αδύναμου και ευάλωτου ηλικιωμένου από οποιονδήποτε έχει το καθήκον της φροντίδας του.
Ανεπάρκεια κατανόησης:	Η αδυναμία αντίληψης από κάποιον που φροντίζει ένα ηλικιωμένο άτομο, ότι οι συνέπειες των δικών του ενεργειών ή της απραξίας του, οδηγούν ή είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε βλάβες ή σε διακινδύνευσή του.
Παραμέληση:	Η άρνηση ή η παράλειψη για εκπλήρωση των καθηκόντων των φροντιστών. Ενδέχεται όμως αυτή η πράξη να μην είναι σκόπιμη ή αισθητή για την επιβολή σωματικής ή ψυχολογικής καταπόνησης του ηλικιωμένου.

σης των ηλικιωμένων και τους παράγοντες που συνδέονται με αυτή, οι ερευνητές στράφηκαν στην οικολογική θεωρία, η οποία πρώτη απευθύνθηκε στην μελέτη της παιδικής κακοποίησης και στην παραμέληση και αργότερα απευθύνθηκε στην κακοποίηση των ηλικιωμένων. [9]

Το οικολογικό μοντέλο συμφωνεί με μια ενσωματωμένη ιεραρχία των τεσσάρων επιπέδων του περιβάλλοντος:

- Το προσωπικό.
- Των σχέσεων/ αλληλεπιδράσεων.
- Της κοινότητας και
- Της κοινωνίας.

Α). Προσωπικοί παράγοντες

Πρόσφατες έρευνες για την ενδοοικογενειακή βία έδειξαν ότι οι θύτες, οι οποίοι είναι φυσικά επιθετικοί είναι πιο πιθανό να πάσχουν από διαταραχή προσωπικότητας και να συνδέονται με προβλήματα αλκοολισμού, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Παρεμφερείς έρευνες περιορίστηκαν

στην βία κατά των ηλικιωμένων και τα στοιχεία έδειξαν ότι οι επιτιθέμενοι είναι πιθανό να έχουν διαταραγμένη διανοητική υγεία και ουσιαστικά προβλήματα κακομεταχείρισης σε σχέση με τα οικογενειακά μέλη ή τους φροντιστές, οι οποίοι δεν είναι επιθετικοί ή αλλιώς διαταραγμένοι.

Γνωστικές και σωματικές βλάβες των κακοποιημένων ηλικιωμένων αναγνωρίστηκαν σε μελέτες που αφορούσαν τους παράγοντες κινδύνου για την κακοποίηση των ηλικιωμένων. Ωστόσο, νεότερη έρευνα βασισμένη σε ποικιλία περιπτώσεων από αρχεία κοινωνικής υπηρεσίας, αποκάλυψε ότι οι ηλικιωμένοι που είχαν υποστεί κακομεταχείριση, δεν ήταν περισσότερο καταβεβλημένοι από αυτούς που δεν είχαν υποστεί κακομεταχείριση, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις λεκτικής και σωματικής κακοποίησης.

Το φύλο προτάθηκε από κάποιους ως καθοριστικός παράγοντας για την κακοποίηση των ηλικιωμένων, πιστεύοντας πως οι ηλικιωμένες γυναίκες αντιμετώπιζαν κατάθλιψη και οικονομικά προβλήματα σε όλη την διάρκεια της ζωής τους.

Εντούτοις, σε μελέτες βασισμένες στην κοινότητα, εμφανίζεται ότι οι ηλικιωμένοι είναι σε κίνδυνο για κακομεταχείριση από τις ίδιες τις συζύγους τους, τα ενήλικα παιδιά και άλλους συγγενείς σε ίδιες αναλογίες με τις γυναίκες ηλικιωμένες.

Ως παράγοντας κινδύνου θεωρείται και η ηλικία, όπου όσο μεγαλώνει το άτομο τόσο αυξάνει ο κίνδυνος για κακοποίηση. Όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο πιο ευάλωτος και αδύναμος νοιώθει ο ηλικιωμένος, με αποτέλεσμα να γίνεται εύκολο θύμα κακοποίησης.

Σε έρευνα που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο, όσον αφορά στην ηλικία του θύτη, αναφέρεται ότι όσο νεότερη είναι η ηλικία τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος για οικονομική κυρίως κακοποίηση. [4,10]

Β). Παράγοντες σχέσεων/ αλληλεπιδράσεων

Στις πρώιμες θεωρητικές προσεγγίσεις τα επίπεδα της πίεσης των φροντιστών, φαινόταν ως παράγοντας κινδύνου, ο οποίος συνέδεε την κακομεταχείριση των ηλικιωμένων με την φροντίδα ενός ηλικιωμένου συγγενή.

Ενώ η κοινή λογική για την κακοποίηση περιγράφει ένα εξαρτημένο θύμα και έναν υπερφορτισμένο φροντιστή, υπάρχει μια βασική απόδειξη ότι κανένας από αυτούς τους παράγοντες δεν είναι κατάλληλοι να εξηγήσουν τις περιπτώσεις κακοποίησης.

Ωστόσο, οι ερευνητές δεν αρνούνται την συνιστώσα του άγχους και της πίεσης, και τείνουν τώρα να επαναπροσδιοριστούν σε ένα ευρύτερο φάσμα, στο οποίο η ποιότητα της συνολικής σχέσης / αλληλεπίδρασης είναι ένας αιτιολογικός παράγοντας.

Δουλεύοντας με ασθενείς με σχιζοφρένεια, έχει αναφερθεί ότι οι επιθετικές δράσεις που εκτελούνται από τον εξυπηρετούμενο, λειτουργούν ως «προκλήσεις έκρηξης» για αμοιβαία / ανταποδοτική χρήση βίας από τον φροντιστή.

Αυτό, μπορεί να προκύπτει από το γεγονός ότι η βία είναι αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεων, διαφόρων παραγόντων, περιλαμβάνουν άγχος, πίεση, την σχέση μεταξύ του φροντιστή και του εξυπηρετούμενου, την ύπαρξη διασπαστικής συμπεριφοράς και επιθετικότητας από τον εξυπηρετούμενο, ακόμα και την αποθάρρυνση του φροντιστή. [11, 23]

Σε πολλές περιπτώσεις, οι θύτες είναι οικονομικά εξαρτημένοι από το θύμα όσον αφορά την διαμονή τους, την συντήρησή τους, την μεταφορά και άλλες δαπάνες.

Σε άλλες περιπτώσεις οι θύτες είναι άμεσα εξαρτημένοι από τα θύματα τους, από συγγενική ή συναισθηματική ανοχή. Συμβαίνει ωστόσο να υπάρχει αμοιβαία εξάρτηση μετα-

ξύ του θύματος και του θύτη όπου είναι φανερό και οδηγεί στην αναγνώριση του συμπλέγματος της αλληλεξάρτησης μεταξύ των δυο μερών.

Σε μερικές οικογένειες, η βία είναι μια καθημερινότητα και γίνεται τρόπος συμπεριφοράς. Τα οικογενειακά μέλη μαθαίνουν να είναι βίαια είτε βιώνοντας την κακοποίηση είτε ως μάρτυρες. Τα άτομα που έχουν μάθει να δρουν επιθετικά είναι πιθανό να επαναλαμβάνουν αυτή την μορφή συμπεριφοράς στις δικές τους οικογένειες.

Αυτή η μορφή συμπεριφοράς είναι γνωστή ως ο κύκλος της βίας. [12]

Γ). Πολιτιστικοί και Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες

Η κοινωνική απομόνωση μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου, για ένα ηλικιωμένο άτομο που μπορεί να υποφέρει από κακομεταχείριση. Πολλοί ηλικιωμένοι είναι απομονωμένοι εξαιτίας σωματικών και ψυχικών δυσκολιών ή από απώλεια φίλων ή άλλων οικογενειακών μελών.

Οι πολιτιστικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες κινδύνου οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν την κακοποίηση των ηλικιωμένων συμπεριλαμβάνουν:

- Την απεικόνιση του ηλικιωμένου ως αδύναμο, ευπαθή και εξαρτημένο.
- Την διάβρωση των δεσμών μεταξύ των γενεών μιας οικογένειας.
- Την αλλαγή της δομής των βασικών δικτύων στήριξης για τους ηλικιωμένους.
- Την αλλαγή της κληρονομιάς και των δικαιωμάτων της γης επηρεάζοντας την διανομή της εξουσίας και των υλικών αγαθών μεταξύ των οικογενειών.

- Την μετανάστευση των νέων ζευγαριών σε άλλες περιοχές αφήνοντας τους ηλικιωμένους γονείς μόνους, σε κοινωνίες στις οποίες οι ηλικιωμένοι άνθρωποι ήταν παρδοσιακά στην φροντίδα των απογόνων τους.

Κατανοώντας ποιοι παράγοντες σχετίζονται με την κακοποίηση των ηλικιωμένων είναι ένα βασικό βήμα για την δημόσια υγεία, προσεγγίζοντας την πρόληψή της. Κανένας μεμονωμένος παράγοντας δεν μπορεί να εξηγήσει γιατί κάποιο άτομο συμπεριφέρεται βίαια προς τους άλλους ή γιατί η κακοποίηση των ηλικιωμένων είναι πιο διαδεδομένη σε μερικές κοινότητες από άλλες.

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων είναι αποτέλεσμα ενός συνόλου αλληλεπιδράσεων από ατομικούς, περιβαλλοντικούς και οικονομικούς παράγοντες.

Πίνακας 2. Θεωρητικές προσεγγίσεις για την κακοποίηση

Θεωρία της σχετικότητας: (situational theory)	Ισχυρίζεται ότι ένας εξαντλημένος και αγχωμένος φροντιστής ή οικογενειακός βοηθός, δημιουργεί συνθήκες για άσκηση κακοποίησης.
Θεωρία της σχετικότητας: (situational theory)	Απευθύνεται στην αμοιβαιότητα της εμπιστοσύνης μεταξύ του κακοποιημένου και του θύτη. Υποδηλώνει ότι η κακοποίηση συμβαίνει μέσα σε ένα πλαίσιο εργασίας τακτικών και αποκρίσεων στην οικογενειακή ζωή.
Φεμινιστική θεωρία: (feminist theory)	Είναι βασισμένη στις θεωρίες της ενδοοικογενειακής βίας, τονίζοντας την έλλειψη ισορροπίας της εξουσίας, μέσα στις σχέσεις και πως ο άντρας χρησιμοποιεί την βία ως μέσο επίδειξης της δύναμής του.
Πολιτικοοικονομικές θεωρίες: (political economic theories)	Κριτικάρουν την έμφαση στις προσωπικές θεωρίες, (individualistic theories), αξιωνώντας ότι οι δυναμικές διάρθρωσης της κοινωνίας και τα όρια μεταξύ του ηλικιωμένου και της κοινωνίας, έχουν δημιουργήσει συνθήκες που οδηγούν στην σύγκρουση και την βία.
Ενδοπροσωπική θεωρία: (intro - individual dynamics psychopathology)	Ισχυρίζεται ότι υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ μιας ψυχολογικής ή συναισθηματικής διαταραχής μεταξύ του θύτη και της κακοποίησης.
Μεταβίβαση μεταξύ γενεών ή θεωρία κοινωνικής μάθησης: (intergenerational transmission or social learning theory)	Εκφράζει ότι η συμπεριφορά ενός ενήλικα, έχει σχέση με την συμπεριφορά που είχε αποκτήσει μαθαίνοντας στην παιδική του ηλικία, για αυτό τον λόγο επανέρχεται με την ίδια μορφή και στην ενηλικιότητά του.

Οι ηλικιωμένοι με αδύνατο κοινωνικό δίκτυο είναι πιο πιθανό να αναφέρουν περιπτώσεις κακομεταχείρισης σε σύγκριση με άλλους που έχουν πιο δυνατό. [13,14]

Οι συνέπειες του φαινομένου

Μια σχέση κακοποίησης, οποιασδήποτε μορφής, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για μακροχρόνια ψυχολογικά προβλήματα.

Οι άμεσες σωματικές συνέπειες περιλαμβάνουν επιθετικούς τραυματισμούς, από μώλωπες ως σπασμένα οστά και εγκεφαλικές βλάβες, από ανεπαρκή διατροφή ως αφυδάτωση, από διαταραχές ύπνου ως ευπάθεια σε νέες ασθένειες, ακόμη και συνεχείς σωματικούς πόνους.

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων εμπλέκεται στην πρόωγη θνησιμότητα, η οποία μπορεί όχι μόνο να προκληθεί από ευπάθεια ή αδυναμία, αλλά και από άλλες συνθήκες οι οποίες μπορεί να είναι επιπλέον επιβαρυντικές για τον ηλικιωμένο. [15]

Οι ψυχολογικές συνέπειες μπορεί να προκύψουν σοβαρές, με αποτέλεσμα, βιώματα φόβου και θλίψης, θυμού και σύγχυσης αλλά και απομόνωσης του ηλικιωμένου από την οικογένειά και τους φίλους του.

Η έκταση αυτή των συνεπειών περιλαμβάνει και χειρο-

τέρευση της ποιότητας ζωής, δυστυχία και κατάθλιψη, αυξάνοντας τον κίνδυνο για την εκδήλωση φοβιών και ανήσυχων αντιδράσεων, ακόμη και ανικανότητα, διαταραχές ύπνου και μετατραυματικό άγχος.

Η μορφή που φαίνεται να έχει τις περισσότερες μακροχρόνιες αρνητικές συνέπειες στην υγεία του θύματος είναι η κατάχρηση της άσκησης δύναμης και ελέγχου.

Τα θύματα βίας πολύ συχνά έχουν εφιάλτες, διαταραχές ύπνου, υπνηλία σε περίεργες στιγμές, σωματικές διαταραχές, κρίσεις άγχους, χρόνιους πονοκεφάλους και κατάθλιψη. [16,17]

Φαινομενικά καμία μεμονωμένη θεωρία δεν μπορεί να εξηγήσει αυτό το πολύπλοκο θέμα της κακοποίησης των ηλικιωμένων όπως και καμία έρευνα δεν έχει ελέγξει την αξιοπιστία του.

Οι θεωρίες της κακοποίησης των ηλικιωμένων και οι μελέτες θα πρέπει να εστιάσουν στην προκατάληψη κατά των ηλικιωμένων, στις διακρίσεις μέσα στην κοινωνία και στην επιρροή που έχουν στο θέμα της κακοποίησης. [20, 21]

Αποτελέσματα

Το φαινόμενο της κακοποίησης ηλικιωμένων σε όλον τον κόσμο παίρνει μεγάλες διαστάσεις, καθώς εκατοντάδες χι-

λιάδες από αυτούς υφίστανται σωματική βία, απειλούνται, καθυβρίζονται, καταπιέζονται προκειμένου να αλλάξουν τις διαθήκες τους, υφαρπάζονται οι τραπεζικοί τους λογαριασμοί και βιάζονται. [22]

Σύμφωνα με έκθεση του Π.Ο.Υ., η οποία πραγματοποιήθηκε τον Ιούλιο του 2011, κάθε χρόνο σε ποσοστό

- 2,7% (4 εκατομμύρια) του συνόλου των ατόμων άνω των 60 ετών βιώνουν σωματική κακοποίηση.
- Το 19,4% (29 εκατομμύρια) βιώνουν ψυχολογική κακοποίηση.
- το 3,8% (6 εκατομμύρια) βιώνουν οικονομική εκμετάλλευση και τέλος
- το 0,7% (1 εκατομμύριο) βιώνουν σεξουαλική κακοποίηση.

Στην ειδική έκθεση του Ευρωβαρομέτρου (2009), αναφέρεται πως, το 47% των ευρωπαίων θεωρούν ότι η κακή περίθαλψη, η παραμέληση και η κακοποίηση των εξαρτημένων ηλικιωμένων, είναι αρκετά διαδεδομένες καταστάσεις στις χώρες τους.

Όσον αφορά την Ελλάδα υπάρχει μεγάλη έλλειψη δεδομένων για το μέγεθος του προβλήματος.

Έρευνα της ABUEL για την διετία 2008 - 2010 στην Ελλάδα, οι ηλικιωμένοι - θύματα κακοποίησης ήταν 126.111 άτομα. Τα περιστατικά αναλύονται ως εξής:

- 13.2% ψυχολογική κακοποίηση.
- 3.5% σωματική κακοποίηση (4.7% ηλικίας 80 - 84 ετών).
- 3.9% οικονομική εκμετάλλευση (7.9% ηλικίας 80 - 84 ετών).
- 1.5% σεξουαλική κακοποίηση (2.3% γυναίκες).
- 3.1% εγκατάλειψη (8.9% ηλικίας 80 - 84 ετών).
- 1.1% τραυματισμοί.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), αναφέρει ότι υπάρχουν 600 εκατ. άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών και ο αριθμός αυτός αναμένεται να διπλασιαστεί μέχρι το 2025 και να ξαναδιπλασιαστεί ως το 2050.

Εξάλλου, λόγω της δημογραφικής γήρανσης το ποσοστό των ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών στην Ευρώπη αναμένεται να φτάσει το 2050 στο 12%. Η γήρανση του πληθυσμού έχει ως συνέπεια όλο και περισσότεροι άνθρωποι να εξαρτώνται από την φροντίδα συγγενών ή εξειδικευμένου προσωπικού και να είναι ευάλωτοι σε φαινόμενα παραμέλησης ή κακοποίησης.

Σύμφωνα με έρευνα που παρουσίασε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2001), οι ηλικιωμένοι είναι θύματα μειωμένης φροντίδας, παραμέλησης και κακοποίησης, ενώ σχεδόν το

ήμισυ των πολιτών της Ε.Ε (47%), θεωρούν το φαινόμενο πολύ διαδεδομένο στη χώρα τους και η πρόκληση θα γίνει ακόμη μεγαλύτερη καθώς η δημογραφική γήρανση πλήττει ήδη την Ευρώπη.

Επίσης, όπως έδειξε πρόσφατα η ευρωπαϊκή έρευνα ABUEL (Abuse of Elderly in Europe, 2011), οι γυναίκες και τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (80 - 84 ετών), είναι οι κοινωνικές ομάδες που πλήττονται περισσότερο από όλες τις μορφές βίας ιδιαίτερα στις χώρες του νότου. Και η βία δεν είναι μόνο σωματική, αλλά διακρίνεται σε ψυχολογική, σωματική κακοποίηση, οικονομική εκμετάλλευση, σεξουαλική κακοποίηση, εγκατάλειψη και περιθωριοποίηση.

Συνέπειες της κακοποίησης/κακομεταχείρισης είναι η παρουσία υψηλών ποσοστών κατάθλιψης, άγχους και έντονης ψυχολογικής πίεσης στα ηλικιωμένα θύματα, οι διαταραχές ύπνου και η αυξημένη χρήση φαρμάκων ή και αλκοόλ και τέλος ο μικρότερος χρόνος ζωής συγκριτικά με τα άτομα που δεν κακοποιούνται.

Η αναγνώριση της κακοποίησης δεν είναι δύσκολη σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα, όταν έχει ασκηθεί σωματική βία, αλλά η κατάσταση περιπλέκεται όταν η κακοποίηση είναι αμυδρή ή όταν δεν έχει άμεση συνέπεια στη ζωή του θύματος. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η οικονομική εκμετάλλευση των ηλικιωμένων, πολύ συχνά χωρίς οι ίδιοι να έχουν γνώση.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) και το Διεθνές Δίκτυο για την πρόληψη της κακοποίησης των ηλικιωμένων (INPEA), έχουν αναγνωρίσει την κακοποίηση των ηλικιωμένων ως ένα σημαντικό παγκόσμιο πρόβλημα.

Σε διεθνές επίπεδο, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής, καθώς και οι εργαζόμενοι του τομέα έχουν εκφράσει τις ανησυχίες τους για το πρόβλημα και έχουν ενώσει τις δυνάμεις τους για να κατανοήσουν καλύτερα το φαινόμενο της κακοποίησης των ηλικιωμένων καθώς και των μεθόδων που απαιτούνται για την αντιμετώπιση της. [23, 24, 25]

Συζήτηση

Σκοπός αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν να συγκεντρωθούν πληροφορίες σχετικά με το μέγεθος, τα είδη και τις μορφές κακοποίησης των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Δυστυχώς αυτοί οι οποίοι κακοποιούνται, κακομεταχειρίζονται ή εκμεταλλεύονται ηλικιωμένους δεν είναι εύκολο να εντοπιστούν. Επιπρόσθετα τα θύματά τους μπορεί σωματικά ή πνευματικά να μην είναι ικανά ή να φοβούνται να αναφέρουν αυτά τα οποία υφίστανται.

Όσο απίστευτο και αν φαίνεται, σε πολλές περιπτώσεις αυτοί που κακοποιούν ηλικιωμένους είναι μέλη της οικογένειάς τους. Χρειάζεται εγρήγορση για την ανίχνευση της κακομεταχείρισης και της οποιασδήποτε μορφής βίας σε ηλικιωμένο.

Ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της κάθε περίπτωσης, η προσεκτική εξέταση και ανάλυση των γεγονότων μπορεί να οδηγήσει στην αναγνώριση του ατόμου ή των ατόμων που ευθύνονται για την όποια μορφή κακοποίησης. [10,19]

Κάθε χρόνο ο αριθμός των ατόμων τρίτης ηλικίας στην ΕΕ, τα οποία υφίστανται κάποια μορφή κακοποίησης ανέρχεται σε εκατοντάδες χιλιάδες ενώ σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το ποσοστό των ηλικιωμένων που κακοποιούνται κυμαίνεται μεταξύ 4 - 6% του πληθυσμού.

Στην Ελλάδα, παρόλο που το ποσοστό των ηλικιωμένων αγγίζει το 20% του γενικού πληθυσμού, δεν υπάρχουν δημοσιευμένες μελέτες που να εκτιμούν το μέγεθος του προβλήματος της κακοποίησης και εκμετάλλευσης των ηλικιωμένων.

Οι ηλικιωμένοι είναι ευπρόσβλητοι στην κακομεταχείριση στον χώρο τους ή σε άλλο περιβάλλον. Ιδιαίτερα πλησιάζοντας στο τέλος της ζωής τους, παρουσιάζουν αδυναμία και προβλήματα υγείας και αυτό τους καθιστά εύάλωτους καθώς επίσης τους μειώνει την ικανότητα να είναι λειτουργικοί στην καθημερινότητα τους, αυξάνοντας τον βαθμό εξάρτησής τους από άλλα άτομα.

Οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να εκτιμώνται σαν σεβαστά μέλη της κοινωνίας τα οποία είναι ικανά λόγω της εμπειρίας των χρόνων να συμβάλλουν θετικά στην κοινωνία.

Παρόλο που τα τελευταία 25 χρόνια το ενδιαφέρον των ακαδημαϊκών, των υπευθύνων χάραξης πολιτικής και των επαγγελματιών στο χώρο της φροντίδας και υποστήριξης ηλικιωμένων έχει αυξηθεί σημαντικά, απαιτείται ακόμα πολύ δουλειά προκειμένου στην πλήρη κατανόηση του φαινομένου και στην ανάπτυξη ενός εμπειριστατικού ορισμού για την κακοποίηση ηλικιωμένων. [26, 27]

Συμπεράσματα

Το πρόβλημα της κακοποίησης των ηλικιωμένων δεν έχει προσδιοριστεί κατάλληλα ακόμα, αλλά εκτιμάται ότι τουλάχιστον 4 εκατομμύρια ηλικιωμένοι έχουν υποστεί κάποιο είδος κακοποίησης μία φορά τον χρόνο, όπως προκύπτει από την έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Ευρώπη.

Με την γήρανση του πληθυσμού τα ποσοστά δείχνουν ότι η κακοποίηση των ηλικιωμένων αυξάνεται και χρειάζεται να παρθούν μέτρα για να σταματήσει αυτή η ανοδική αύξηση των περιστατικών. (WHO, European report on preventing elder maltreatment, 2011)

Επιπλέον, η πρόληψη της κακοποίησης αποτελεί ζήτημα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της κοινωνικής αλληλεγγύης. Η κοινωνία έχει καθήκον να προφυλάσσει τα δικαιώματα των ηλικιωμένων, τα οποία διαβρώνονται από την προκατάληψη κατά των ηλικιωμένων, οδηγώντας σε αρνητικές κοινωνικές συμπεριφορές και σε στερεότυπα. (European Union, 2009).

Το φαινόμενο αυτό επηρεάζει την υγεία των ηλικιωμένων και πνευματικά και σωματικά και αν δεν εντοπιστεί οδηγεί σε φτωχότερη ποιότητα ζωής και σε άρνηση επιβίωσης των ηλικιωμένων. Γι' αυτόν τον λόγο αποτελεί σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας. [13, 28]

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων αποτελεί παραβίαση του Άρθρου 25 της Ευρωπαϊκής Χάρτας των θεμελιωδών δικαιωμάτων, η οποία αναγνωρίζει και σέβεται τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ώστε να ζουν με αξιοπρέπεια και ανεξαρτησία και να συμμετέχουν στην κοινωνική και πολιτισμική ζωή. [29]

Προτάσεις

Ο καλύτερος τρόπος για την πρόληψη της «κακής περίθαλψης» και της κακοποίησης των ηλικιωμένων είναι η βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και η υποστήριξη των ατόμων που χρειάζονται φροντίδα και βοήθεια.

Το AGE είναι μια ομάδα εταιρών από 12 χώρες το οποίο αναπτύσσει ένα Ευρωπαϊκό πλαίσιο για την μακροχρόνια φροντίδα που περιλαμβάνει τις Αρχές της ποιότητας καθώς και συστάσεις για την εφαρμογή αυτών των Αρχών, οι οποίες βασίζονται στον Ευρωπαϊκό Χάρτη Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων των Ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας και βοήθειας.

Επίσης, προτείνει σε οργανώσεις της κοινωνίας πολιτών, να αναπτύσσουν ενημερωτικές εκστρατείες στα θέματα βίας και κακοποίησης των ηλικιωμένων.

Να δημιουργούν ειδικές υποστηρικτικές ομάδες, τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας και στέγες που θα προσφέρουν στους ηλικιωμένους νομική και πρακτική στήριξη.

Να παρέχουν πληροφόρηση στους εύάλωτους ηλικιωμένους για τις υπηρεσίες προστασίας και στήριξης που διατίθενται για αυτούς. [30,31] ■

ABSTRACT

The phenomenon of abuse and ill treatment of the elderly

Olga Velentza

RN, Psychiatric Nursing Specialty, Msc Environment And Health, Psychiatric Department, Eginition Hospital, Athens.

BACKGROUND. Over the last years abuse and ill - treatment of the elderly a vulnerable part of our society has become a major social issue both at national and European level. The extend and the nature of this problem remain unknown while the accelerated aging of the population drives this issue at peak.

AIM. To record the extend and the different forms of elderly abuse and to investigate the factors that lead to ill - treatment as well as the implications on the health and quality of life of the elderly.

METHODOLOGY. Review of relevant Greek and international publications in the electronic databases Google Scholar, Scopus, Cochrane Library and Medline for the time period 1998 - 2013.

RESULTS. The frequency of abuse in the elderly varies between 2,6% up to 18,4% and according to UN forecasting is expected to reach 21,4% by 2050. Studies on this issue has taken place in a small number of countries but alarmingly results in high mortality rate. With regard to Greece relevant data are incomplete and social policy inadequate. Moreover, a standard international definition does not exist and victims frequently are in no position to give adequate information.

CONCLUSIONS. A detailed recording as well as an international coherent definition is needed for evaluation and control of elderly houses to be put in place as well as skill enhancement for the care - takers and consulting programs for the families which take care of their elderly.

KEYWORDS: Elderly abuse, ill - treatment, quality of the life for the elderly.



Citation

O. Velentza. The phenomenon of abuse and ill treatment of the elderly. Scientific Chronicles 2015; 20(3): 247 - 255

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Baker A. A., (1975). Granny battering, Modern Geriatrics.8, 433 - 443
2. Burston G., (1997). Do your elderly patients live in fear of being battered? Modern Geriatrics. 37, 469 - 474
3. Lowenstein A., Eisikovits Z., Winterstein T., (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the first national prevalence survey in Israel, journal of Elder Abuse and Neglect
4. Action on Elder Abuse (AEA), (1995). Bulleting, Astral House, London.
5. Acierio R., Hernandez M. A., Amstrdter A.B., Resnick H. S., Steve K., Muzzy W., (2003) Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, neglectful and financial abuse in U.S. The national elder ministreatment study, American journal of Public Health
6. Acierio, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. American Journal of Public Health, 100, 292 - 297

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

7. Podnieks E., (2006). Social inclusion: an interplay of the determinants of healthy - new insights into elder abuse. *Journal of Gerontology and Social Work* 2006. *Journal of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*
8. Brogden, M., & Nijhar, P. (2000). *Crime, abuse and the elderly*. Cullompton, Willan Publishing. Cartwright, P. S., & Moore, R. (1989). The elderly victim of rape. *Southern Medical Journal*, 82, 988 - 98
9. Gorbien, M. J., & Eisenstein, A. R. (2005). Elder abuse and neglect: An overview. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21, 279 - 292
10. Pillemer K. A., Suitor J. J., (1998). Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers. *Journal of Gerontology*. 42, 56 - 60
11. Lachs, M. S., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L., & Horwitz, R. (1997) Risk factors for reported elder abuse and neglect: A nine - year observational cohort study. *The Gerontologist*, 37, 469 - 474
12. Lachs, M. S., Williams, C. S., O'Brien, S., Pillemer, K. A., & Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 280, 428 - 432. doi: 10.1001/jama.280.5.428
13. Carp R. M., (2000). *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*, Springer, New York
14. Naughton C., (2010). Abuse and neglect of older people in Ireland. Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect. National Centre for the Protection of Older People
15. A.M., Campbell Reay & K. D., Browne. Published online: 09 Jun 2010 *Aging & Mental Health* Publication details, including instructions for authors and subscription information: Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants.
16. Daly, J. M., & Jogerst, G. J. (2001). Statute definitions of elder abuse. *Journal of Abuse & Neglect*, 13(4), 39 - 57
17. Leedahl, S. N., & Ferraro, F. R. (2007). Why is elder abuse overlooked? Media and ageism. *Psychology and Education*, 44(1), 1 - 9
18. Iecovich, E., Lankri, M., & Drori, D. (2004). Elder abuse and neglect - A pilot incidence study in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 16, 45 - 63
19. Αβεντισιάν - Παγοροπούλου Α., (2000), «Η Ψυχολογία της Τρίτης ηλικίας» Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000
20. Krug E., (2002). *World report on Violence and Health*. Geneva, World Health Organization.
21. Baddeley, A. D., (1990). *Human Memory: Theory and Practice*. London 1990
22. Ευρωπαϊκό πλαίσιο αναφοράς για την πρόληψη της κακοποίησης και παραμέλησης των ηλικιωμένων - Ιστορικό, βέλτιστες πρακτικές και προτάσεις *European preventive elder abuse*. Eu.
23. Τριανταφύλλου Τ., Μεσθεναίου Ε., Προύσας Κ., Γκόλτσι Π., Κοντούκα Σ., Λουκίσης Α., (2006). Πανελλαδική Έρευνα: «Η Οικογένεια που Φροντίζει Εξαρτημένα Άτομα». Αθήνα 2006
24. Boldy, D., Horner, B., Crouchley, K., & Davey, M. (2005). Addressing elder abuse: Western Australian case study. *Australasian Journal on Ageing*, 24, 3 - 8
25. Etherington K., (2000). When the victim is male. Working with men who were sexually abused in childhood. In H. Kemshall & J. Pritchard (Eds). *Good practice in working with victims of violence*. London: Jessica Kingsley, pp. 20 - 38
26. Department of Health (2000). *No secrets: Guidance on developing and implementing multi - agency policies and procedures to protect vulnerable adults from abuse*. London: Author
27. Brownell, P., & Heiser, D. (2006). Psycho - educational support groups for older women victims of family mistreatment: A pilot study. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3/4), 145 - 160
28. O' Keffe, M., (2007). *The U.K. study of abuse and neglect of older people*. London, National Centre for Social Research. *Nursing Older People*, 19(8), 24 - 26
29. WHO, *European report on preventing elder maltreatment*, 2001
30. *Action on Elder Abuse*, 1995
31. I.N.P.E.A. (International Network for the Prevention of Elder Abuse) to 2002

Οι μεταρρυθμίσεις, υπό το πρίσμα της συμβολής τους στη μείωση των δαπανών υγείας

Ζωή Σαραντοπούλου

Οικονομολόγος, Υγειονομικός, τ. καθηγήτρια ΑΤΕΙ Ιονίων Νήσων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

«Για αποτυχία αλλά και κατάρρευση των διαρθρωτικών αλλαγών οι οποίες εφαρμόστηκαν ή/και επεβλήθησαν τα τελευταία χρόνια στο δημόσιο σύστημα Υγείας της χώρας μας ... κάνει λόγο στο protagon ο καθηγητής Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ Γιάννης Κυριόπουλος. » («Απέτυχαν οι αλλαγές στην υγεία», www.protagon.gr).

Στο άρθρο, επιχειρείται η αξιολόγηση του ισχυρισμού αυτού υπό το πρίσμα της εξοικονόμησης δαπανών υγείας παρουσιάζοντας τα θετικά και αρνητικά στοιχεία των κυβερνητικών παρεμβάσεων, μεταρρυθμίσεων και διαρθρωτικών αλλαγών. Για τον λόγο αυτό, ανασκοπήθηκε η ελληνική και διεθνής έντυπη και ηλεκτρονική βιβλιογραφία, έγινε αναδρομή στην αναπτυξιακή στρατηγική του Υπουργείου Υγείας και αναζητήθηκαν στοιχεία σε έγκυρες βάσεις δεδομένων, με την βοήθεια λέξεων κλειδιών.

Διαπιστώνεται ότι παρά τις αρχικές προβλέψεις, οι στρεβλώσεις και οι δυσλειτουργίες των περισσότερων μεταρρυθμίσεων που εφαρμόστηκαν κατά τα ξένα πρότυπα, λειτούργησαν τελικά αντίρροπα της μείωσης των συνολικών δαπανών υγείας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Οικονομική Κρίση, Δαπάνες, Μεταρρυθμίσεις, Ε.Ο.Π.Υ.Υ, Χρηματοδότηση, ΠΕΔΥ, ΚΕΝ, Φαρμακευτική πολιτική, Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση



Παραπομπή

Ζ. Σαραντοπούλου. Οι μεταρρυθμίσεις, υπό το πρίσμα της συμβολής τους στη μείωση των δαπανών υγείας. Επιστημονικά Χρονικά 2015; 20(3): 256 - 262

Εισαγωγή

Με τον ιδρυτικό Νόμο 1397/1983 θεσπίστηκε το Ελληνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) σαν ένα οργανωμένο Σύστημα Υγείας με απώτερο στόχο την εναρμονισμένη παροχή δωρεάν υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας για όλο τον πληθυσμό.

Από τότε μέχρι σήμερα όμως παρά τις προσπάθειες που κατεβλήθησαν, δεν επετεύχθη ποτέ η επάρκεια και η ικανοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών που προσφέρθηκαν ενώ οι διαρκώς αυξανόμενες δαπάνες, η μεγάλη σπατάλη και η αλόγιστη χρήση των πόρων, ακόμη

Συγγραφέας επικοινωνίας: Ζωή Σαραντοπούλου, E - mail: trustnoone@hotmail.gr

και για υπηρεσίες με μηδενική αποτελεσματικότητα χαρακτηρίζουν το ελληνικό σύστημα υγείας πολλές δεκαετίες τώρα.

Υπό την πίεση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης και του Μνημονίου η κρατική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας μειωνόταν διαχρονικά οπότε κρίθηκαν αναγκαίες κάποιες μεταρρυθμίσεις με σκοπό την συγκράτηση του υγειονομικού κόστους και την εξεύρεση των αναγκαίων πόρων.

Οι προσπάθειες αυτές αν και αποφασίστηκαν από την Τρόικα (Δ.Ν.Τ, Ε.Ε & Ε.Κ.Τ), ήταν παρόλα αυτά επιβεβλημένες σαν απόπειρες για τη θεραπεία μιας χρόνιας παθολογίας του ελληνικού συστήματος υγείας, όπου η ανομοιογένεια και η δυσαναλογία των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η πληθώρα των νομοθετικών παρεμβάσεων στο σύστημα υγείας της χώρας (Ν. 2071/1992, Ν. 2194/ 1994, Ν.2519/ 1997, Ν. 2889/2001, Ν. 3235/ 2004, Ν.3329/2005, Ν.3370/2005, Ν. 3918/2 - 3 - 2011 κ.α) καθώς και οι παγιωμένες μέθοδοι χρηματοδότησης του ΕΣΥ (υπόδειγμα Bismarck αρχικά που εξελίχθηκε σε υπόδειγμα Beveridge), οδήγησαν στην διαμόρφωση ενός συστήματος υγείας - κράμα δημόσιου και ιδιωτικού χαρακτήρα, [2] χωρίς οριοθετημένα πλαίσια και με την ταυτόχρονη απουσία στρατηγικού, αναπτυξιακού σχεδιασμού και στοχοθεσίας σε εθνικό επίπεδο. Όλα τα παραπάνω συνετέλεσαν στην διαμόρφωση μιας μακράς σειράς ελλειμματικών κρατικών προϋπολογισμών υγειονομικών δαπανών, στην απουσία κριτηρίων χρηματοδότησης, την ανορθολογική κατανομή των πόρων και του ανθρώπινου δυναμικού, την ανυπαρξία ηλεκτρονικών πληροφοριακών συστημάτων, την εμφάνιση μαύρων αγορών και παραοικονομίας (out - of - pocket πληρωμές), τη δημιουργία συνθηκών αυξημένης πραγματικής ή προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, σε υψηλά μεγέθη ιδιωτικών δαπανών και στην ανάδειξη του ιδιωτικού τομέα σε κυρίαρχο, ενός συστήματος που στηρίχθηκε αρχικά στην ανάγκη για δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες. [1,2,3,4,5]

Οι συνολικές δαπάνες υγείας μειώθηκαν στην πλειοψηφία των χωρών του ΟΟΣΑ μεταξύ 2009 και 2011. Όσο μεγαλύτερος ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης, τόσο μεγαλύτερη ήταν και η μείωση. Η Ελλάδα και η Ιρλανδία είχαν την μεγαλύτερη μείωση στο σύνολο της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας μεταξύ 2009 και 2011 (11.1% και 6.6% αντίστοιχα). [6,7]

Όλα τα Κράτη - Μέλη, σε μια προσπάθεια να καλύψουν τις βασικότερες οικονομικές, κοινωνικές και υγειονομικές ανάγκες, εισήγαγαν μεταρρυθμίσεις και πολιτικά μέτρα εστιάζοντας σε τρεις τομείς πολιτικής: α) την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, β) το βαθμό, τον τύπο και το εύρος της υγειονομικής κάλυψης και γ) τον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας, την αγορά και προσφορά. [7] Ειδικά μέτρα περιελάμβαναν την ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την αναδιάρθρωση του νοσοκομειακού δικτύου, τη βελτίωση του οικονομικού μάντζιμεντ (διοίκησης), και καλύτερη παρακολούθηση των δαπανών, τη βελτίωση του συστήματος τιμολόγησης και αποζημίωσης, τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και την προαγωγή ορθότερης χρήσης των φαρμάκων και των πρακτικών προμήθειας τους, τον οξορθολογισμό του συστήματος συνταγογράφησης και διάθεσης, περιλαμβάνοντας τη συνταγογράφηση γενοσήμων φαρμάκων και μη εμπορικής ονομασίας διεθνών φαρμακευτικών ουσιών, την εφαρμογή διαλειτουργικών λύσεων και υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας (eHealth), συμπεριλαμβανομένης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ePrescription) και την προαγωγή της καινοτομίας. [7]

Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, η οικονομική κρίση ενέργησε ως καταλύτης για μια γρηγορότερη εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας. Αυτές περιελάμβαναν τη συνένωση των τμημάτων υγείας των ασφαλιστικών Ταμείων σε έναν ενιαίο οργανισμό (ΕΟΠΥΥ), την εισαγωγή ενός νέου συστήματος αποζημιώσεων νοσοκομείων βασισμένου στις ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες (DRGs), την τιμολόγηση και αποζημίωση των φαρμακευτικών ειδών, την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και την αύξηση στη χρήση γενοσήμων, το μάντζιμεντ νοσοκομείων, την καλύτερη κατανομή των επαγγελματιών υγείας και την καλύτερη κατανομή κλινών και κλινικών. [7]

Στις ενόπτες που ακολουθούν γίνεται μια προσπάθεια παρουσίασης και κριτικής αποτίμησης των θετικών ή/και αρνητικών στοιχείων των μεταρρυθμίσεων στον υγειονομικό τομέα, υπό το πρίσμα της συμβολής τους στη μείωση των δαπανών υγείας από την αρχή της κρίσης έως σήμερα.

Κατόπιν εξετάζονται τα αποτελέσματα των πολιτικών υγείας με βάση τα μέχρι σήμερα στοιχεία της διεθνούς βιβλιογραφίας και καταλήγοντας προτείνονται περαιτέρω παρεμβάσεις και βελτιωτικές δράσεις για την απαραίτητη συγκράτηση των δαπανών υγείας και την αποδοτικότερη λειτουργία του ΕΣΥ.

Παρουσίαση & κριτική αποτίμηση των πλεονεκτημάτων και των ανεπαρκειών των μεταρρυθμίσεων

Για να επιτευχθεί ο στόχος της περιστολής των δαπανών υγείας, λήφθηκαν εκ μέρους των κυβερνήσεων μέτρα λιτότητας που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν οριζόντια. Η μείωση των αποδοχών όλων των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα και φυσικά στις υπηρεσίες υγείας σε δυο δόσεις, ήταν το κυριότερο. Ακολούθησαν οι περικοπές στους προϋπολογισμούς όλων των δημόσιων υγειονομικών δομών και η αναστολή κάθε είδους προσλήψεων ακόμη και η μη αντικατάσταση των αποχωρούντων ώστε να μειωθεί το εργασιακό κόστος [9] και η συλλογή στοιχείων ηλεκτρονικά για την δραστηριότητα και τις δαπάνες των νοσοκομείων σε μηνιαία βάση (esy - net).

Η ψήφιση του πολυνομοσχεδίου του Υ.Υ. & ΚΑ: Διαθρωπτικές αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις, ολοκληρώθηκε από το Ελληνικό Κοινοβούλιο στις 15 Φεβρουαρίου εν τω μέσω έντονων αντιπαραθέσεων, αντιδράσεων και απεργιακών κινητοποιήσεων και πήρε την μορφή Νόμου στις 2 - 3 - 2011. Ο Ν. 3918/2 - 3 - 2011, καινοτομούσε στον χώρο της υγείας συστήνοντας τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ) με στόχο αυτός να εξελιχθεί σε ηγετικό πάροχο υπηρεσιών υγείας.

Ενώ όμως ο στόχος δημιουργίας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ ήταν να μειώσει το βάρος του κρατικού προϋπολογισμού για επιχορήγηση των μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων: ΙΚΑ, ΟΓΑ και ΟΕΕΕ μεταφέροντας τα κεφάλαιά τους στον νέο οργανισμό, και θεωρητικά θα έπρεπε να μειωθεί το διοικητικό κόστος και να βελτιωθεί η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, μια σειρά άμεσων μέτρων που επιβλήθηκαν αφήνουν την υπόνοια ότι η μεταρρύθμιση αυτή είχε ως πραγματικό στόχο να μεταφέρει μια μερίδα δαπανών υγείας στους ασφαλισμένους (πχ: γυαλιά μυωπίας, οδοντιατρικές δαπάνες, φυσιοθεραπείες) [2,9] και να μεταβάλλει απλά την σύνθεση των δαπανών από δημόσιες σε ιδιωτικές. [9]

Ταυτόχρονα, επιβάλλεται η συμμετοχή ενός ευρώ του ασφαλισμένου για κάθε συνταγή φαρμάκων, 10% - 25% συμμετοχή για ασθενείς χρόνιων νοσημάτων, 25 ευρώ δαπάνη για εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο [2] και 5 ευρώ δαπάνη για επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο δημοσίου νοσοκομείου, επιβαρύνσεις που όμως που δεν είχαν σημαντικά αποτελέσματα στο επίπεδο της μείωσης των δαπανών ή της βελτίωσης των εσόδων. [9]

Επιπλέον, οι πόροι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, που ενώ θα έπρεπε

να είναι αναλογικοί με την ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού, εστιάζονται στις διαθέσιμες πηγές χρηματοδότησης (επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό σε ποσοστό 0,7% του ΑΕΠ, εισφορές συνταξιούχων, κ.λ.π) έχουν σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία ελλειμμάτων λόγω έλλειψης των αναγκαίων εσόδων αφού πολλά από τα ασφαλιστικά ταμεία δεν καταβάλλουν τις εισφορές τους λόγω οικονομικής αδυναμίας κυρίως στον τομέα των συντάξεων. [9]

Μία ακόμα μεταρρύθμιση που αφορά την μέθοδο αποζημίωσης με βάση τις διαγνωστικές κατηγορίες των ασθενών, καθιερώθηκε με το ΦΕΚ 2150/τ.Β'/27 - 9 - 2011, με το οποίο ορίζονται επιπλέον χρεώσεις σε νοσήλια, φάρμακα και υλικά, όταν ο χρόνος νοσηλείας του ασφαλισμένου ξεπερνά τις μέρες νοσηλείας των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ). Σκοπός των ΚΕΝ (διεθνώς: DRGs) είναι η συγκράτηση και η μείωση της χρηματοδότησης των νοσοκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Και ενώ πλεονέκτημα του συστήματος αυτού, αποτελεί ότι η χρέωση του κόστους νοσηλείας αντιστοιχεί στο πραγματικό κόστος νοσηλείας, αφού τα ταμεία πληρώνουν όχι με βάση τη ιατρική πράξη αλλά με βάση τις ημέρες νοσηλείας η υλοποίηση των ΚΕΝ προκαλεί τελικά αύξηση των δαπανών της νοσοκομειακής περίθαλψης εξαιτίας της έλλειψης βασικών προϋποθέσεων όπως: η προσαρμογή τους στο ελληνικό περιβάλλον και στον ελληνικό τρόπο παροχής υπηρεσιών και η ορθολογική αποτίμηση του κόστους. [9,10]

Καινοτομία αποτέλεσε και η δημιουργία της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ) και της διαδικτυακής εφαρμογής του Παρατηρητηρίου Τιμών όπου τα νοσοκομεία της Ελλάδας ήταν συνδεδεμένα με την ΕΠΥ και παρείχαν πληροφορίες για τιμές, ποσότητες και αποθέματα προϊόντων και φαρμάκων. Η μεταρρύθμιση αυτή στον τρόπο προμήθειας των υγειονομικών μονάδων εκπλήρωσε το σκοπό της μείωσης των δαπανών για φάρμακα και υλικά σε ποσοστό 80% κατά το πρώτο έτος εφαρμογής της και κατά 53% κατά μ.ο για τα υπόλοιπα έτη. [11]

Προκειμένου να υλοποιηθεί η αναδόμηση του νοσοκομειακού δικτύου δημιουργήθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) στο οποίο υπάγονται όλες οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (πολυιατρεία, εργαστήρια και Κέντρα Υγείας), δράση η οποία είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας αφού οι δομές του ΠΕΔΥ υπολειμματούν λόγω μείωσης

του προσωπικού (άρνηση των μισών γιατρών των δομών του ΙΚΑ να ενταχθούν στο ΠΕΔΥ) οπότε οι ασφαλισμένοι αναγκάστηκαν να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα και των συμβεβλημένων γιατρών του ΕΟΠΥΥ [9,13] ο οποίος εξελίχθηκε ως ο σημαντικότερος αγοραστής υπηρεσιών υγείας.

Τόσο η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση όσο και η συνταγογράφηση γενοσήμων συνέβαλλαν στην μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης των νοσοκομείων. [11] Η συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης αποτέλεσε τον βασικό στόχο των διορθωτικών μέτρων που εφαρμόστηκαν μετά την σύνταξη του Μνημονίου Συνεννόησης τον Μάιο του 2010, λόγω της υπερκατανάλωσης φαρμάκων, τόσο σε ποσότητες αλλά και σε πρωτότυπα προϊόντα (brand names) που παρατηρήθηκε την περίοδο 2000 - 2010, αλλά και της σπάταλης που οδήγησε σε εικονική ζήτηση. [12]

Προτάσεις αναδιάρθρωσης των παρεμβάσεων μείωσης των δαπανών υγείας

Διαπιστώνοντας ότι πολλές από τις παραπάνω ρυθμιστικές παρεμβάσεις δεν αποδείχτηκαν αποτελεσματικές ως προς το στόχο που είχαν σχεδιαστεί να εκπληρώσουν, είναι επιβεβλημένες κάποιες διορθωτικές κινήσεις στους άξονες της αντιστοίχισης της δημόσιας χρηματοδότησης για παροχή υπηρεσιών αναλογικά με το υγειονομικό αποτέλεσμα και το προκύπτον δημόσιο η/και ιδιωτικό όφελος, του έλεγχου της προσφοράς στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για τον περιορισμό της υπερβάλλουσας ζήτησης που προκαλείται στοχευμένα με την δημιουργία μονοπωλιακών ιατρικών παροχών ή ιδιωτικών καρτελ και της ανάπτυξης επαρκούς δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με συγκεκριμένη και σαφώς καθορισμένη δέσμη των παροχών που θα προσφέρει, ώστε να αποσυμφορηθούν οι νοσοκομειακές δομές από μεγάλο όγκο χρηστών υγείας που θα μπορούν να εξυπηρετηθούν πλέον σε αυτές. « Οι μονάδες ΠΦΥ βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στο χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, κατέχουν στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της θέσης τους αποτελούν κομβικό σημείο για τη διάρθρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, το οποίο για την αποτελεσματική λειτουργία του απαιτεί εκτός από την καλή οργάνωση, την καλή συνεργασία και την αμφίδρομη σχέση - επικοινωνία με τη νοσοκομειακή φροντί-

δα υγείας (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια). Ο ρόλος τους είναι να αποτελούν ένα είδος φίλτρου (gatekeeper) των περιπτώσεων που προσέρχονται πριν αυτές προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, με στόχο τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών εξειδικευμένων υπηρεσιών και κατ' επέκταση τον περιορισμό των δαπανών.» (Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου Α., 2009).

Παράλληλα, θα πρέπει να ενισχυθεί ο τομέας της Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας ανά νομό, με επάρκεια προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών ευρέος φάσματος, υποδομών και ανεπτυγμένης εργαστηριακής υποστήριξης, και να αναπτυχθούν τα Τριτοβάθμια Νοσοκομεία ως κέντρα αναφοράς συνθετότερης φροντίδας υγείας και αντιμετώπισης περιστατικών αυξημένης σημαντικότητας.

Πρακτικά, θα μπορούσαν να θεσπιστούν ομογενείς κανόνες παροχής υπηρεσιών υγείας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, ιδιαιτέρως ως προς την κοστολόγηση διαγνωστικών πράξεων και υπηρεσιών και θα έπρεπε ίσως να εξεταστεί το ενδεχόμενο να μεταφερθεί η κρατική επιχορήγηση των δημόσιων νοσοκομείων προς τον ΕΟΠΥΥ ο οποίος θα αποζημιώνει τα δημόσια Νοσοκομεία με πραγματικές τιμές ιατρικών πράξεων ανά περιστατικό κατά το πρότυπο των DRGs. Αυτό θα είχε σαν αποτέλεσμα τον ελεγχόμενο ανταγωνισμό μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, την αποσυμφόρηση των κρατικών δομών, την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (αφού τα Νοσοκομεία θα αποζημιώνονται με βάση τον αριθμό και την βαρύτητα των DRGs) και την ορθολογική κατανομή των πόρων μέσα από την δυνατότητα επιλογής των χρηστών. Η μεταφορά ιδιωτικών πληρωμών από τον ιδιωτικό τομέα στον δημόσιο θα μπορούσε να επιτευχθεί και με τη σύναψη συμβάσεων των δημόσιων νοσοκομείων με την ιδιωτική ασφάλιση ενώ παράλληλα η ενίσχυση της διαπραγματευτικής ικανότητας του ΕΟΠΥΥ ως βασικού φορέα κοινωνικής ασφάλισης και δημοσίου ελέγχου, σχετικά με τις τιμές υλικών και φαρμάκων θα είχε διπλό αποτέλεσμα: i) του ελέγχου της δαπάνης και της συγκράτησης του κόστους, που θα προήρχετο από την μείωση των τιμών των υλικών και ii) την αύξηση της αποδοτικότητας της ασφαλιστικής διάθεσης αφού η αποζημίωση των προμηθευτών θα ήταν ανάλογη με το παραγόμενο έργο και τις προτιμήσεις των καταναλωτών.

Επιπροσθέτως, το μέτρο της οριζόντιας μείωσης του μισθολογικού κόστους των υγειονομικών υπαλλήλων

του δημοσίου τομέα και η αδυναμία νέων προσλήψεων λόγω των δημοσιονομικών περιορισμών της τρέχουσας συγκυρίας, θα μπορούσε να αντισταθμιστεί με την εφαρμογή ενός πλαισίου κίνητρων ή αντικινήτρων ως βέλτιστη πρακτική προκειμένου να επιτευχθεί οριζόντια και κάθετη κινητικότητα για την αποτελεσματικότερη διαχείριση του ανθρώπινου κεφαλαίου σε όλες τις υγειονομικές μονάδες.

Τελειώνοντας, η εισαγωγή ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων διαχείρισης στα δημόσια Νοσοκομεία και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, απεδείχθησαν παρεμβάσεις καθοριστικής σημασίας για την περιστολή του υγειονομικού κόστους, την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών και τη μεγιστοποίηση της αποδοτικότητάς τους. Θα μπορούσαν όμως αυτές να συνδυαστούν με ηλεκτρονικό σύστημα παραπομπών για νοσοκομειακή περίθαλψη, για εξετάσεις και για πρόσβαση σε εξειδικευμένους γιατρούς και με την εφαρμογή ηλεκτρονικού φακέλου υγείας η οποία μέχρι σήμερα δεν έχει υλοποιηθεί.

Συμπεράσματα

«Οι πολιτικές που υποδεικνύονται από παράγοντες της διεθνούς επιτήρησης (Τρόικα, Task Force) διακρίνονται

από φορμαλισμό, έλλειψη τεκμηρίωσης και μηχανιστική μεταφορά τεχνικών (από χώρες με άλλη «τεχνολογία παραγωγής» υγειονομικών υπηρεσιών), αλλά προσθέτως και από στοιχεία πολιτικής ακαμψίας και ιδεολογικού δογματισμού. Εξαιτίας αυτής της «στάσης» οι προτεινόμενες διαρθρωτικές αλλαγές αποτυγχάνουν και καταρρέουν. Γιάννης Κυριόπουλος.» («Απέτυχαν οι αλλαγές στην υγεία», www.protagon.gr)

Πράγματι, διαπιστώνεται ότι οι περισσότερες από τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας όχι μόνο δεν συντέλεσαν στην μείωση των συνολικών δαπανών υγείας αλλά και έβλαψαν τελικά τη δημόσια υγειονομική περίθαλψη.

Παρόλα αυτά είναι εφικτές κάποιες αναμορφωτικές παρεμβάσεις προκειμένου να επιτευχθεί η περιστολή της υγειονομικής δαπάνης. Είναι προφανές ότι η αναζήτηση τέτοιων πρακτικών πρέπει να γίνεται με γνώμονα τον εντοπισμό της ισορροπίας μεταξύ της αποδοτικότητας των πόρων με το βέλτιστο υγειονομικό αποτέλεσμα και με μοναδικό στόχο την παροχή πιο αποτελεσματικών και λιγότερο δαπανηρών υπηρεσιών υγείας και όχι την υποτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών ώστε αυτές να μπορούν να περιλαμβάνονται σε περιορισμένους λογιστικούς προϋπολογισμούς. ■

ABSTRACT

The current reforms in the light of their contribution to the reduction of health costs

Zoë Sarantopoulou

Economist, Sanitary, former Professor at the Technological Institution of Ionian Islands

“ But failure and collapse of structural changes that were applied or/and imposed in recent years in the Public Health system of our country . talks on protagon, ESDY’s Health Finance Professor, John Kyriopoulos. “ (« Changes in health failed », www.protagon.gr).

In this article, trying to evaluate this claim in the light of saving health costs in presenting positive and negative data of governmental interventions, reforms and structural changes. For this reason, with the revision of Greek and International both print and electronic bibliography became a flashback in the development strategy of the Ministry of Health via valid data and databases, with the help of keywords. It became clear that despite initial predictions, distortions and inefficiencies of most reforms implemented by foreign standards, eventually counterbalance the reduction of total health costs.

KEYWORDS: Financial Crisis, Expenditure, Reforms, E.O.P.Y.Y, Financing, KEN, Pharmaceutical policy, Electronic Prescribing



Citation

Z. Sarantopoulou. The current reforms in the light of their contribution to the reduction of health costs. Scientific Chronicles 2015; 20(3): 256 - 262

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Souliotis K, "The role of private sector in the Greek Health System", Papazisi, Athens, Greece, 2000
2. Niakas Dimitris, "Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription", International Journal of Health Services, Volume 43, Number 4.
3. Economou Ch., "Greece: Health system review, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies", Retrieved 22 - 10 - 2015 from: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf
4. Economou Ch., etc "Case Study: The impact of the financial crisis on health system and health in Greece", Retrieved 22 - 10 - 2015 from: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The_impact_of_the_financial_crisis_on_health_system_and_health_in_Greece.pdf
5. Αλέτρας Β, Μ. Ματσαγγάνης, Δ. Νιάκας, Οικονομική & Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Α', εκδόσεις Ε.Α.Π
6. OECD Health at a Glance 2013. Available at www.oecd.org/health/healthataglance
7. Άτυπο Συμβούλιο των Υπουργών Υγείας, 28 - 29 Απριλίου 2014, Αθήνα, Ελλάδα, Έγγραφο συζήτησης: «Οικονομική κρίση και υγειονομική περίθαλψη» Retrieved 20 - 10 - 2015 from: http://gr2014.eu/sites/default/files/Athens%20Informal%20Health%20Ministers_eHealth_28-4-2014_%CE%95%CE%BB%CE%BB-1.pdf
8. Αιτιολογική έκθεση: Διαρθρωτικές αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις, Retrieved 22 - 10 - 2015 from <http://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/2f026f42-950c-4efc-b950-340c4fb76a24/D-ALLESY-eis.pdf>
9. Νιάκας Δημήτρης, "Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας", Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας - Διατροφής 2014.
10. Polyzos N. etc, "Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system", Health Policy 109 (2013).
11. Kontodimopoulos N. etc, "The contribution of generic substitution to rationalizing pharmaceutical expenditure in Greek public hospitals under recent economic crisis", Journal of Pharmaceutical Health Services Research, 2013.
12. Καραγιάννη Ρ. "Η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2009 - 2012", Οικονομικές Εξελίξεις 2014.
13. Άρθρο: «Απέτυχαν οι αλλαγές στην υγεία», Γιάννης Κυριόπουλος, www.protagon.gr

ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΔΙΑΒΑΣΜΑ

- Gool, K. and M. Pearson (2014), «Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short - term Impact in OECD countries», OECD Health Working Papers, No. 76, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5jxx71lt1zg6-en>
- Eurostat(2014) <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>
- Kentikelenis A. etc, "Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy", www.thelancet.com
- Morgan, D. and R. Astolfi (2014), «Health Spending Continues to Stagnate in Many OECD Countries», OECD Health Working Papers, No. 68, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5qnrwf5-en>

- OECD Health Statistics 2015: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>
- WHO (2015), Economic crisis, health systems and health in Europe, country experience, observation studies no. 41, European Observatory on Health Systems and Policies, chapter 4 (the case of Greece). www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems
- Γεωργακόπουλος Γ, «Οικονομική κρίση και υγεία. Υπάρχουν λύσεις. Το παράδειγμα της πρωτοβάθμιας υγείας (ΠΦΥ)», Μεταρρύθμιση 18.9.2013
- Δαπάνες Υγείας το 2016, 14 - 10 - 2015 Κρατικός Προϋπολογισμός 2016, Retrieved 22 - 10 - 2015 from www.ygeianet.gr
- Έρευνα της ΕΣΔΥ: «Τραγική επιδείνωση της δημόσιας και ατομικής υγείας, ψυχικής υγείας, αυτοκτονιών, επιδημιών λόγω της κρίσης» Retrieved 20 - 10 - 2015 from: www.iatrikostypos.com
- Κυριόπουλος Γ: «Κρίση, μνημόνιο και εναλλακτική στρατηγική στην Υγεία», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Retrieved 20 - 10 - 2015 from: www.esdy.edu.gr/files/009.Ygeias/Φόρουμ_Μνημόνιο.pdf
- Κυριόπουλος Γ: «Πέραν του Μνημονίου: Ανασυγκρότηση ή collapsus στο Σύστημα υγείας» Retrieved 20 - 10 - 2015 from: http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%9ACE%B5%CE%AF%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF%20%CE%9ACE%B1%CE%B8%20%CE%9ACE%85%CE%81%CE%B9%CE%8C%CE%80%CE%BF%CE%85%CE%BB%CE%BF%CE%85.pdf
- Ν. 3918/2 - 3 - 2011 (ΦΕΚ 31Α): Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις. Retrieved 22 - 10 - 2015 from http://www.et.gr/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=104&lang=el
- Σύστημα Λογαριασμών Υγείας έτους 2013 & αναθεώρηση των στοιχείων ετών 2009 - 2012. Δελτίου τύπου 17/7/2015: http://air.euro2day.gr/cov/EL/ELSTAT_Health.pdf
- Τούντας Γιάννης, Ελευθεροτυπία, Retrieved 22 - 10 - 2015 from <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=227877>
- Υπουργείο Υγείας: «Πρόταση Υπουργείου Υγείας: Υγεία 2014 - 2020» Μάιος 2013, Retrieved 21 - 10 - 2015 from: <http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/announcements/2013/Anaptiksiaki-Stratigiki-2014.2020.pdf>

Μελέτη του μήκους και της συμμετρίας της 12ης πλευράς σε ελληνικό δείγμα ανδρών και γυναικών

Α. Φουντάς, Β. Κεχαγιάς, Θ. Β. Γρίβας

Τμήμα Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη του μήκους της 12ης πλευράς σε Ελληνικό δείγμα ανδρών και γυναικών και η μελέτη της συμμετρίας τους.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκε σε προσθιοπίσθιες ακτινογραφίες θώρακος και θωρακο - οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης το μήκος της δεξιάς και αριστερής 12ης πλευράς, φυσιολογικού πληθυσμού ανδρών και γυναικών. Το δείγμα αποτελούταν από 98 άνδρες και 87 γυναίκες. Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν με ειδικό πρόγραμμα του ακτινολογικού μηχανήματος επεξεργασίας και μέτρησης μήκους σε πραγματικές τιμές σε εκατοστά. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 22.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στους άνδρες ο μέσος όρος της δεξιάς 12ης πλευράς ήταν 12,84εκ. και αριστερής πλευράς 12,82 εκ. Το μέγιστο μήκος της 12ης δεξιάς πλευράς ήταν 17,07εκ. και αριστερής πλευράς 17,03 εκ., ενώ το ελάχιστο μήκος δεξιάς 12ης πλευράς ήταν 6,33 εκ. και αριστερής πλευράς 6,35 εκ. Στις γυναίκες ο μέσος όρος της δεξιάς 12ης πλευράς ήταν 11,62εκ. και αριστερής πλευράς 11,60 εκ. Το μέγιστο μήκος της δεξιάς 12ης πλευράς ήταν 17,61εκ. και της αριστερής 12ης πλευράς 17,61 εκ., ενώ το ελάχιστο μήκος της δεξιάς 12ης πλευράς ήταν 7,04 εκ. και αριστερής πλευράς 7,07 εκ. Η σύγκριση του απόλυτου μήκους της δεξιά και της αριστερής 12ης πλευράς μεταξύ των ανδρών και των γυναικών έδειξε ότι τόσο η δεξιά, ($p=0,001$), όσο και η αριστερή 12η πλευρά, ($p=0,001$), είναι στατιστικά σημαντικά μακρύτερη στους άνδρες. Η συσχέτιση του μήκους της δεξιάς/αριστεράς 12ης πλευράς τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες βρέθηκε στατιστικά σημαντικά συσχετιζόμενες, $p=0,000$. Η σύγκριση του μήκους της δεξιάς/αριστεράς 12ης πλευράς στους άνδρες έδειξε ότι η δεξιά 12η πλευρά είναι με σχετικά μικρό βαθμό σημαντικότητας στατιστικά σημαντικά μακρύτερη $p=0,05$, σε αντίθεση με τις γυναίκες στις οποίες βρέθηκε ότι σύγκριση του μήκους της δεξιάς/αριστεράς 12ης πλευράς δεν είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετική παρά το ότι πλησιάζει οριακά την στατιστική σημαντικότητα, $p=0,05$. Η σύγκριση του λόγου του μήκους της δεξιάς 12ης πλευράς δια της αριστερής στους άνδρες και τις γυναίκες έδειξε ότι η σχέση αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική $p=0,864$.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Οι μετρήσεις έδειξαν ότι στον ανδρικό πληθυσμό το μέσο μήκος 12ης πλευράς είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με την τιμή στον γυναικείο πληθυσμό. Στους άνδρες η δεξιά πλευρά είναι μακρύτερη, αυτό όμως δεν συμβαίνει στις γυναίκες στις οποίες το ζεύγος της 12ης πλευράς είναι συμμετρικό. Ο λόγος του μέσου μήκους της δεξιάς προς αριστερής 12ης πλευράς στους άνδρες είναι 1,00116 και στις γυναίκες είναι 1,00102 και η σύγκριση αυτών έδειξε ότι δεν είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικοί.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Δωδέκατη πλευρά, θωρακικός κλωβός, άνδρες, γυναίκες



Παραπομπή

Α. Φουντάς, Β. Κεχαγιάς, Θ. Β. Γρίβας. Μελέτη του μήκους και της συμμετρίας της 12ης πλευράς σε ελληνικό δείγμα ανδρών και γυναικών. Επιστημονικά Χρονικά 2015; 20(3): 263 - 271

Εισαγωγή

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η τεκμηρίωση του μήκους του 12ου ζεύγους πλευρών καθώς και ο λόγος τους, (μήκος δεξιάς διά της αριστεράς 12ης πλευράς). Κίνητρο για την πραγματοποίηση ήταν η διαπίστωση ότι στην ιδιοπαθή οσφυϊκή σκολίωση το αντίστοιχο 12ο ζεύγος πλευρών είναι ασύμμετρο με επιμνηστέρευτη την πλευρά στο κυρτό μέρος της καμπύλης. Σημειώνεται ότι πληροφορίες για αυτήν την ανθρωπομετρική παράμετρο δεν ανευρέθησαν στην ελληνική βιβλιογραφία, στην δυνάμενη να πραγματοποιηίσουμε δε αναζήτηση στην διεθνή διαπιστώθηκε η ύπαρξη μόνο μίας δημοσίευσης του 1944. [1]

Ο θωρακικός κλωβός αποτελείται από το στέρνο και τις 24 πλευρές. Το στερνόν είναι ένα πλατύ κι επίμηκες οστό και αποτελείται από τρία τμήματα. Το άνω τμήμα του καλείται λαβή (πρόσστερνο) και με αυτό αρθρώνονται οι κλείδες. Το επόμενο είναι το μεσοστέρνο στο οποίο αρθρώνονται οι πλευρές και καταλήγει σε μια απόφυση, το ξιφοειδές (μετάσστερνο). Οι πλευρές είναι οστά τοξοειδή, πλατιά και αποτελούν 12 ζεύγη. Όλα τα ζεύγη αρθρώνονται με ημιάρθρωση με τους θωρακικούς σπονδύλους. Από αυτά μόνο τα 7 ζεύγη ενώνονται με συγκέντρωση με το στέρνο (γνήσιες πλευρές), ενώ τα υπόλοιπα ζεύγη αποτελούνται από ψευδοπλευρές ή νόθες. Από τα πέντε ζεύγη των νόθων πλευρών τρία πρώτα ενώνονται με το στέρνο με πλευρικούς χόνδρους του 7ου ζεύγους κι όχι απ' ευθείας, ενώ τα άλλα δύο ζεύγη είναι εντελώς ασύνδετα και γι' αυτό οι πλευρές αυτές καλούνται ελεύθερες. Μοναδικός είναι και ο ρόλος στην αναπνοή λόγω της σύνδεσης των πλευρών με το στέρνο, **Εικόνα 1**.

Οι λειτουργίες των πλευρών είναι ποικίλες σχετίζονται με την προστασία οργάνων και αποτελούν σημεία προσφύσεων για σκελετικούς και αναπνευστικούς μυς.

Κινούνται περιστροφικά περί ενός άξονα διερχόμενου από το κέντρο των. Η ανάπτυξη των πλευρών στον άνθρωπο είναι σημαντική για τη σωστή ανάπτυξη και τη



Εικόνα 1: Ο θωρακικός κλωβός και ακτινογραφία θώρακος

λειτουργία πολλών από τις κρίσιμες εσωτερικές δομές, συμπεριλαμβανομένης της καρδιάς, των πνευμόνων, και κοιλιακών οργάνων, καθώς και την παροχή σταθερών σημείων πρόσφυσης του διαφράγματος. Κατά τη διάρκεια ανάπτυξη του παιδιού, ο θωρακικός κλωβός

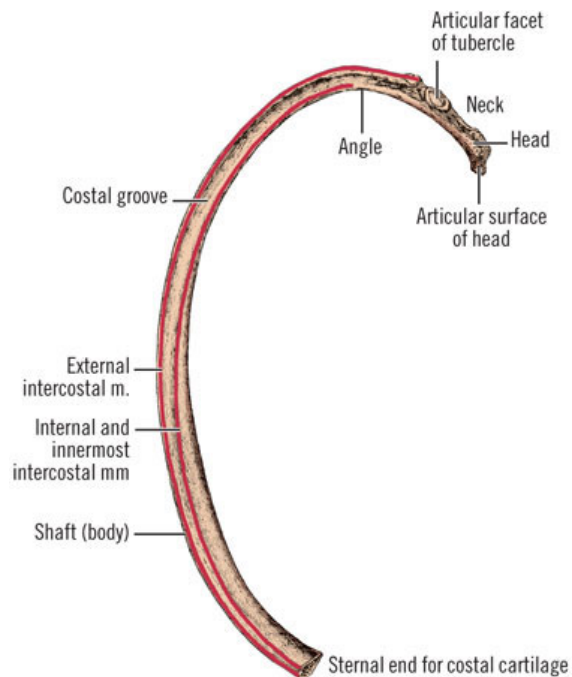
αρχικά εμφανίζει τριγωνικό σχήμα χοάνης προοδευτικά δε λαμβάνει σχήμα βαρελοειδές. [2,3]

Υπάρχουν λίγες δημοσιευμένες πληροφορίες για την φυσιολογική ανάπτυξη των πλευρών. Οι περισσότερες μελέτες έχουν περιγράψει τις ανωμαλίες της ανάπτυξη των πλευρών / θώρακος συνολικά και την ασυμμετρία των στα παιδιά πάσχοντα από σκολίωση.

Ιδιαίτερη σημασία φαίνεται ότι εμφανίζει η 12 πλευρά όπου προσφύονται αρκετά ανατομικά στοιχεία, ονοματικά: 1. ο τετράγωνος οσφυϊκός μυς - *quadratus lumborum*, 2. ο έξω τοξοειδής σύνδεσμος - *lateral arcuate ligament*, 3. οι μεσοπλεύριοι μύες - *intercostales externi interni*, 4. ο οπίσθιος και κάτω οδοντωτός μυς (*serratus posterior inferior - respiration*), 5. ο τελευταίος βραχύς ανελκτήρ των πλευρών - *levator costarum brevis*, 6. ο τελευταίος μακρός ανελκτήρ των πλευρών (*levator costarum longi*), 7. Το διάφραγμα - *diaphragm*, 8. Ο έξω λοξός κοιλιακός μυς (*obliquus externus abdominis*), 9. ο έσω λοξός κοιλιακός μυς (*Obliquus internus abdominis*), 10. ο ιερονωτιαίος (*sacrospinalis*), 11. ο λαγονοπλευρικός μυς - *iliocostalis*, 12. ο μήκιστος θωρακικός - *longissimus dorsi* 13. ο εγκάρσιος κοιλιακός - *transversus abdominis*, 14. Ο υπεζωκότας - *pleura*. Ο τετράγωνος οσφυϊκός μυς, είναι μυς που λειτουργώντας επιβουβεί την αναπνοή ακινητοποιώντας την 12η πλευρά όπου προσφύεται το διάφραγμα παρέχοντας έτσι σε αυτό πλεονέκτημα λειτουργίας, είναι λοιπόν αναπνευστικός και μυς κίνησης, **Εικόνα 2**.

Υλικό - Μέθοδος

Οι ακτινογραφίες. Από το αρχείο του ακτινολογικού τμήματος του νοσοκομείου ανασυρθηκαν και μελετήθηκαν οι οπισθο - πρόσθιες ακτινογραφίες θώρακος, ή θωρακο - οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης ή οσφυϊκής σπονδυλικής στήλης από 98 άνδρες και 87 γυναίκες που προσήλθαν για εξέταση στο Τμήμα επειγόντων περιστατικών του «Τζάνειου» Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά. Η επιλογή του είδους της ακτινογραφίας βασίζεται στην ευκρινή καταγραφή της 12ης πλευράς. Σε ορισμένες ακτινογραφίες θώρακος δεν είναι αυτή η καταγραφή ικανοποιητική για μέτρηση, βλέπε **εικόνα 1**. Η μέση ηλικία των εξετασμένων ήταν 65 έτη(εύρος 35 - 85). Αποκλείστηκαν οι λοξές ακτινογραφίες, οι παραμορφωμένοι θώρακες και τα κατάγματα θωρακικού κλωβού και οι ακτινογραφίες με πολύ βραχεία 12η πλευρά (μικρότερη από 5



Copyright ©2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
All rights reserved.

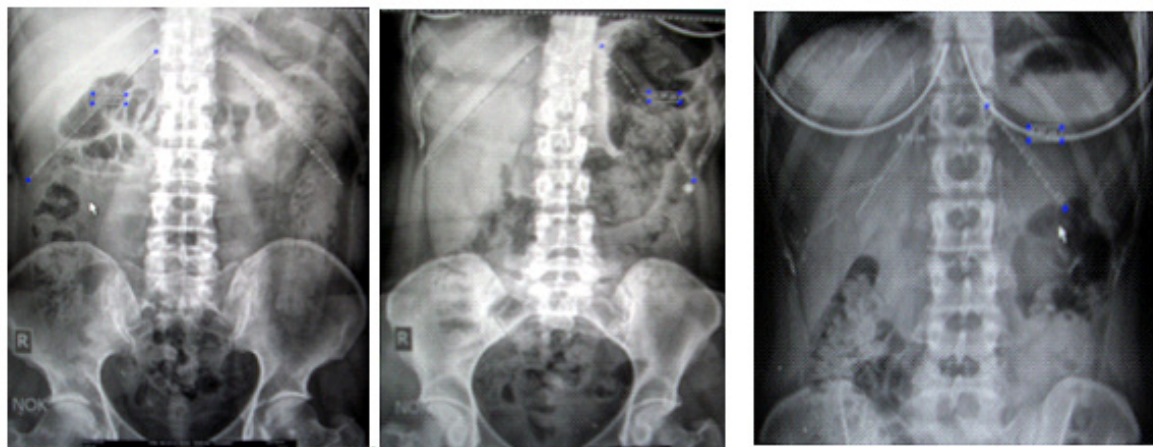
Εικόνα 2: Η 12η πλευρά

εκατοστά) που θεωρήθηκε δυσπλαστική. Αποκλείστηκαν επίσης ακτινογραφίες στις οποίες εμφανιζόταν διάφορες ανωμαλίες του 12 ζεύγους όπως πχ η έλλειψη της μιας 12ης πλευράς.

Οι μετρήσεις. Σημειώνονται δυο οδηγία σημεία. Το πρώτο εκεί που η πλευρά εφάπτεται με τον σπόνδυλο και το δεύτερο στο περιφερικό άκρο της 12ης πλευράς. Χαραρσσεται μια γραμμή που ενώνει τα δύο αυτά σημεία της 12ης πλευράς. Η διαδικασία αυτή ολοκληρώνεται με το λογισμικό του ακτινολογικού μηχανήματος επίσης η μέτρηση του μήκους της πλευράς γίνεται ηλεκτρονικά με την βοήθεια του λογισμικού του μηχανήματος, **Εικόνα 3 α,β,γ**.

Στο δείγμα του ανδρικού πληθυσμού τεκμηριώθηκαν τα εξής: ο μέσος όρος της δεξιάς 12ης πλευράς, της αριστεράς 12ης πλευράς, ομοίως στο δείγμα του γυναικείου πληθυσμού, υπολογίστηκε το ελάχιστο και το μέγιστο μήκος,

Η στατιστική ανάλυση, περιελάμβανε τις ακόλουθες δοκιμασίες: descriptive statistics, Paired Samples Statistics, Paired Samples Correlations, Paired Samples t - Test, Independent Samples Test, Skewness και kurtosis.



Εικόνα 3.α,β,γ: Προσθιοπίσθια ακτινογραφία οσφυϊκής ΣΣ με μέτρηση της 12ης πλευράς

Πίνακας 1. Descriptive Statistics

	Men right 12th rib	Men left 12th rib	Women right 12th rib	Women left 12th rib	Ratio rt/Lt rib in men	Ratio rt/Lt rib in women
N Statistic	98	98	87	87	98	87
Minimum in cm Statistic	6,33	6,35	7,04	7,07	0,99	0,99
Maximum in cm Statistic	17,07	17,03	17,59	17,61	1,04	1,02
Mean in cm Statistic	12,8401	12,8265	11,6205	11,6086	1,0012	1,0010
Std. Deviation Statistic	2,13056	2,13558	2,54144	2,53929	0,00599	0,00503
Skewness Statistic	- 0,539	- 0,530	0,208	0,214	3,921	2,495
Std. Error	0,244	0,244	0,258	0,258	0,244	0,258
Kurtosis Statistic	0,292	0,249	- 0,821	- 0,811	23,522	10,497
Std. Error	0,483	0,483	0,511	0,511	0,483	0,511

Αποτελέσματα

Οι μέσες τιμές μήκους σε εκατοστόμετρα το ελάχιστο (minimum) και το μέγιστο (maximum) μήκος και τυπική απόκλιση (Std. Deviation) για τους άνδρες και τις γυναίκες φαίνονται στον **Πίνακα 1**. Ομοίως ο λόγος της δεξιάς 12ης πλευράς δια της αριστεράς στους άνδρες και στις γυναίκες φαίνεται στον **Πίνακα 1**.

Οι παράμετροι Kurtosis και Kurtosis δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική απόκλιση, με συνέπεια οι διάφορες στατιστικές δοκιμασίες μπορούν να γίνουν παραμετρικά και όχι μη παραμετρικά.

Η συσχέτιση του μήκους της δεξιάς 12ης πλευράς με

αυτό της αριστεράς τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες είναι στατιστικά σημαντικά συσχετιζόμενο, sig. 0.000, γεγονός που σημαίνει ότι η ανάπτυξη της δεξιάς σχετίζεται με αυτήν της αριστεράς. 12ης πλευράς, **Πίνακας 2**.

Η σύγκριση της δεξιάς με την αριστερή 12η πλευρά στους άνδρες δείχνει ότι αυτές είναι στατιστικά σημαντικά ασύμμετρες αλλά με μικρή στατιστική σημαντική σχέση της τάξεως του sig. $p=0.05$. Σε αντίθεση η σύγκριση της δεξιάς με την αριστερή 12η πλευρά στις γυναίκες δείχνει ότι αυτές δεν είναι στατιστικά σημαντικά ασύμμετρες παρά το γεγονός ότι η σχέση αυτή πλησιάζει οριακά την στατιστική σημαντικότητα sig. $P=0.054$, **Πίνακας 3**.

Πίνακας 2. Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Men	Right 12th rib & left 12th rib	98	0,999	0,000
Women	Right 12th rib & left 12th rib	87	1,000	0,000

Πίνακας 3. Paired Samples Test

	Men	Women
	right 12th rib - left 12th rib	right 12th rib - left 12th rib
Paired Differences Mean	0,01357	0,01184
Std. Deviation	0,06778	0,05644
Std. Error Mean	0,00685	0,00605
95% Confidence Interval Lower of the Difference	- 0,00002	- 0,00019
Upper	0,02716	0,02387
T	1,982	1,957
Df	97	86
Sig. (2 - tailed)	0,050	0,054

Πίνακας 4. Group Statistics

sex	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Right men	98	12,8401	2,13056	0,21522
12th rib women	87	11,6205	2,54144	0,27247

Independent Samples Test

		Right 12th rib	
		Equal variances assumed	Equal variances not assumed
Levene's Test for Equality of F		5,252	
Variances Sig.		0,023	
t - test for Equality of Means t		3,549	3,513
df		183	168,601
Sig. (2 - tailed)		0,000	0,001
Mean Difference		1,21964	1,21964
Std. Error Difference		0,34361	0,34722
95% Confidence Interval of the Difference	Lower	0,54169	0,53419
	Upper	1,89759	1,90510

Πίνακας 5. Group Statistics

sex	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Left men	98	12,8265	2,13558	0,21573
12th rib women	87	11,6086	2,53929	0,27224
Independent Samples Test				
		Left 12th rib		
		Equal variances assumed	Equal variances not assumed	
Levene's Test for Equality of F		5,090		
Variances Sig.		0,025		
t - test for Equality of Means t		3,542	3,506	
df		183	168,876	
Sig. (2 - tailed)		0,001	0,001	
Mean Difference		1,21791	1,21791	
Std. Error Difference		0,34381	0,34735	
95% Confidence Interval of the Difference	Lower	0,53957	0,53220	
	Upper	1,89625	1,90362	

Πίνακας 6. Group Statistics

sex	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ratio men	98	1,0011613	0,00599282	0,00060537
women	87	1,0010224	0,00503025	0,00053930
Independent Samples Test				
		ratio		
		Equal variances assumed	Equal variances not assumed	
Levene's Test for Equality of F		0,001		
Variances Sig.		0,981		
t - test for Equality of Means t		0,170	0,171	
df		183	182,447	
Sig. (2 - tailed)		0,866	0,864	
Mean Difference		0,00013893	0,00013893	
Std. Error Difference		0,00081919	0,00081075	
95% Confidence Interval of the Difference	Lower	- 0,00147735	- 0,00146072	
	Upper	0,00175521	0,00173858	

Η σύγκριση του απόλυτου μήκους της δεξιά και της αριστερής 12ης πλευράς μεταξύ των ανδρών και των γυναικών έδειξε ότι τόσο η δεξιά, ($p=0,001$), όσο και η αριστερή 12η πλευρά, ($p=0,001$), είναι στατιστικά σημαντικά μακρύτερη στους άνδρες, **Πίνακας 4 και 5**.

Η σύγκριση του λόγου του μήκους της δεξιάς διά της αριστερής 12ης πλευράς μεταξύ των ανδρών και γυναικών έδειξε ότι η σχέση αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική $p=0,864$, **Πίνακας 6**.

Συμπεράσματα συζήτηση

Η αναφορά αυτή τεκμηριώνει μια ανθρωπομετρική παράμετρο δηλαδή το μήκος της 12ης δεξιάς και αριστερής πλευράς σε ελληνικό πληθυσμιακό δείγμα ενηλίκων ανδρών και γυναικών. Η διεθνής βιβλιογραφία είναι φτωχή στο θέμα αυτό με μία μόνο δημοσίευση του 1944. [1]

Διαπιστώνεται όπως άλλωστε αναμένετο ότι στους άνδρες το ζεύγος της 12ης πλευράς είναι μακρύτερο από τις γυναίκες. Αναφέρεται ότι η 12η πλευρά ποικίλει στο μέγεθος, μπορεί να είναι βραχεία, ή μακριά έως 14 cm. [4] Από τα ευρήματά μας διαπιστώνετε ότι το μέγιστο μήκος μπορεί να είναι ως και 17 cm περίπου ενώ το μικρότερο 6 - 7 εκατοστά. Η γνώση των διαφορών στο μήκος της 12ης πλευράς αποτελούν σημαντική πληροφορία στη χειρουργική προσπέλαση στον νεφρό. [4]

Ενδιαφέρον εύρημα είναι ότι η δεξιά 12η πλευρά είναι σχετικά μακρύτερη της αριστεράς στους άνδρες. Υποθέτουμε ότι γι' αυτό ίσως να ευθύνεται η επικρατούσα δεξιοχειρία αλλά ίσως επίσης και η βάδιση να παίζει κάποιο ρόλο. Θα ήταν πολύ ενδιαφέρουσα η τεκμηρίωση της αιτίας αυτού το ευρήματος. Το εύρημα αυτό όμως δεν διαπιστώνεται στις γυναίκες.

Ο τετράγωνος οσφυϊκός μυς προσφύεται στην πύελο, στην 12η πλευρά και στις εγκάρσιες αποφύσεις των οσφυϊκών σπονδύλων. Δεδομένου ότι στην 12η πλευρά προσφύεται ο τετράγωνος οσφυϊκός, μαζί βέβαια με αρκετά ακόμη ανατομικά στοιχεία, θα μπορούσε να υποθέσει κανείς ότι από την δεξιά πλευρά ο μυς αυτός ίσως να είναι ισχυρότερος και δρώντας επί της πλευράς να επηρεάζει την μεγαλύτερη ανάπτυξη της μέσω του φαινομένου της «μηχανοεπαγωγής» (mechanotransduction) [5] σύμφωνα με τον νόμο των Wolff και Pauwels.

Ο νόμος του Wolff είναι μία θεωρία που ανέπτυξε ο Γερμανός ανατόμος και χειρουργός Julius Wolff (1836 - 1902) τον 19ο αιώνα ο οποίος λέει ότι το οστό σε έναν

υγιή άνθρωπο ή ζώο θα προσαρμοστεί στα φορτία τα οποία του ασκούνται. Εάν η φόρτιση σε ένα συγκεκριμένο οστό αυξάνεται, το οστό θα επαναδιαμορφωθεί με τον χρόνο και θα γίνει ισχυρότερο ώστε να αντιστέκεται σε αυτό το είδος του φορτίου. [6,7] Ο νόμος του Pauwels ορίζει ότι διαλείπουσα πίεση εντός των φυσιολογικών ορίων τάσης και έντασης (stress and strain) διεγείρει τους συζευκτικούς χόνδρους των υγιών οστών. [8,9]

Η ισχυρή συσχέτιση του μήκους της δεξιάς/αριστεράς 12ης πλευράς τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες είναι φυσικό επακόλουθο της όσο το δυνατό συμμετρικής - μεταμερούς ανάπτυξης των κατά ζεύγη ανατομικών στοιχείων του ανθρωπίνου σώματος.

Η σύγκριση του λόγου του μήκους της δεξιάς 12ης πλευράς δια της αριστερής στους άνδρες και τις γυναίκες έδειξε ότι η σχέση αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική με άλλα λόγια η σχέση ανάπτυξης της δεξιάς προς την αριστερή πλευρά δεν διαφέρει στα δύο φύλα.

Όπως αναφέραμε στο τμήμα μέθοδος και υλικό αποκλείστηκαν οι ακτινογραφίες με συγγενείς ανωμαλίες ή δυσπλασίες του ζεύγους της 12ης πλευράς. Οι πολύ μικρές πλευρές είναι πιθανώς αποτέλεσμα συγγενούς δυσπλασίας. Μικρές πλευρές που δεν υπολογίστηκαν είχαν μήκος μικρότερο των 5 εκατοστών, μήκος συμβατό με το - 2SD που υπολογίστηκε.

Η βιβλιογραφία αναφέρει τα ακόλουθα σχετικά με τα ανωτέρω. Ο αριθμός των πλευρών μπορεί να αυξηθεί με την ύπαρξη ζεύγους είτε στην αυχενική ή οσφυϊκή μοίρα. Είναι εξαιρετικά σπάνιο να βρεθεί ένα επιπλέον ζεύγος πλευρών τόσο στις αυχενική και οσφυϊκή μοίρα ταυτόχρονα. [4] Εμφάνιση μυελομνιγγοκήλης έχει παρατηρηθεί σε ποσοστό 14 - 20% σε άτομα στα οποία υπάρχει απουσία του ζεύγους της 12ης πλευράς και/ή υποπλασία (13%) όπως αναφέρουν οι Wells et al. 1990. [10] Η 12η πλευρά μπορεί να είναι απύσα στην μία πλευρά και βρυχημένη στην άλλη πλευρά.

Η ασυμμετρία του ζεύγους της 12ης πλευράς έχει αναφερθεί ότι μπορεί να έχει αιτιολογική σχέση με την οσφυϊκή ιδιοπαθή σκολίωση. [11] Σημειώνεται ότι σε παιδιά με ιδιοπαθή οσφυϊκή σκολίωση η 12η πλευρά ήταν μακρύτερη στην πλευρά του κυρτού της καμπύλης. Το αυξημένο μήκος της 12ης πλευράς μπορεί να είναι αποτέλεσμα της αυξημένης λειτουργίας του τετράγωνου οσφυϊκού μυός, που προσφύεται σε αυτήν σύμφωνα με τον νόμο της μηχανοεπαγωγής των Wolff's και Pauwel's.

Έχουν προταθεί δύο υποθέσεις όσο αφορά την αυξημένη δράση του τετράγωνου σφυϊκού μυός στον παθογενετικό μηχανισμό της ιδιοπαθούς σφυϊκής σκολίωσης: 1) Η αυξημένη δράση αυτού προκαλεί το πλάγιο σφυϊκό κύρτωμα από την ίδια πλευρά, ή 2) Η αυξημένη δράση αυτού αντενεργεί την σφυϊκή καμπύλη ως μέρος της προσπάθειας του σώματος να την αντισταθμίσει. Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι η πληρέστερη μελέτη αυτού του φαινομένου απαιτεί την ευρύτερη μελέτη του ζεύγους

της 12ης πλευράς σε φυσιολογικά άτομα, σκοπό που εκπληρώνει η παρούσα μελέτη. [11]

Ηθικά θέματα

Η μελέτη αυτή εγκρίθηκε από το επιστημονικό συμβούλιο του «Τζάνειου» Νοσοκομείου.

Ευχαριστίες στην κα Δήμητρα Κολοβού, για την βοήθειά της ως προϊσταμένη τεχνολόγος του ακτινολογικού εργαστηρίου του «Τζάνειου» Νοσοκομείου. ■

ABSTRACT

Study of length and symmetry of the 12th pair of ribs in a Greek sample of men and women

A. Fountas, B. Kechagias, T.B. Grivas

Department of Orthopedics and Traumatology, Tzaneio General Hospital, Piraeus, Greece

AIM: The aim of this study is to assess the length and the symmetry of 12th pair of ribs in a sample of Greek men and women.

MATERIALS & METHOD: The length of right and left 12th rib were measured in the anteroposterior chest and thoraco - lumbar spine radiographs, in normal 98 men and 87 women. The actual length of the ribs was measured in centimeters using the software of the radiological apparatus. The statistical package SPSS 10 utilized for the statistical analysis.

RESULTS: In men the average length of right was 12,84 cm and of the left 12th rib 12.82 cm. The maximum length of 12th right rib was 17, 07cm and 12th left rib 17.03 cm, while the minimum length of the right 12th rib was 6.33 cm and the left rib 6.35 cm. In women the average length of the right 12th rib was 11.62cm and of the left 12th rib 11.60 cm. The maximum length of 12th right rib was 17. 61cm and of the left 12th rib 17.61 cm, while the minimum length of 12th right rib was 7.04 cm and of the left 7.07cm. The comparison of the numerical value of the length of right and left 12th rib among men and women showed that both the right ($p = 0.001$) and the left 12th rib is statistically significantly longer in men ($p = 0.001$). The correlation of the length of right and left 12th ribs in both males and females found statistically significantly correlated, $p = 0.000$. The length comparison of the right to left 12th rib in men showed that the right 12th rib is relatively statistically significant longer $p = 0.05$, unlike women in whom it was found that the length comparison of the right to the left 12th rib was not statistically significantly different, despite approaching borderline statistical significance, $p = 0.05$. The comparison of the ratio of the length of the right by left 12th rib in men and women showed that this relationship it not statistically significant $p = 0.864$.

CONCLUSIONS - DISCUSSION: The measurements showed that in the males the average length of the 12th rib is longer than this in the females. In males the right rib is longer, but this is not the case in women, in whom the 12th pair of ribs is symmetrical. The ratio of the average length of right by the left 12th rib in men and in the women was 1.00116 and 1.00102 respectively and the comparison of these two showed that there is not statistically significant difference.

KEYWORDS: Twelfth ribs, thoracic cage, men, women



Citation

A Fountas, B Kechagias, TB Grivas. Study of length and symmetry of the 12th pair of ribs in a Greek sample of men and women. Scientific Chronicles 2015; 20(3): 263 - 271

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lanier, R.R. Jr. Length of first, twelfth, and accessory ribs in American Whites and Negroes: Their relationship to certain vertebral variations. Am. J. Phys. Anthropol. N.S. 1944, 2:137 - 146.
2. Grivas TB, Burwell RG, Purdue M, Webb JK, Moulton A. A segmental analysis of thoracic shape in chest radiographs of children. Changes related to spinal level, age, sex, side and significance for lung growth and scoliosis. J Anat. 1991 Oct;178:21 - 38.
3. Grivas TB, Burwell RG, Purdue M, Webb JK, Moulton A: Segmental patterns of rib - vertebra angles in chest radiographs of children. Changes related to rib level, age, sex, side and significance for scoliosis. Clin Anat, 1992, 5(4): 272 - 288.
4. Bergman RA, Afifi AK, Miyauchi R. Ribs in Illustrated Encyclopedia of Human Anatomic Variation: Opus V: Skeletal Systems: Thorax. <http://www.anatomyatlases.org/AnatomicVariants/SkeletalSystem/Text/Ribs.shtml>
5. Stokes IA, Burwell RG, Dangerfield PH (2006): IBSE. Biomechanical spinal growth modulation and progressive adolescent scoliosis - a test of the 'vicious cycle' pathogenetic hypothesis: summary of an electronic focus group debate of the IBSE. Scoliosis. 2006 Oct 18;1:16.
6. Wolff J: The Law of Bone Remodelling Edited by: Maquet P, Furlong R. Berlin:Springer - Verlag; 1986.
7. Wolff J: The Classic. Concerning the interrelationship between form and function of the individual parts of the organism. Clin Orthop 1988, 228: 2 - 11. Golding JSR: The mechanical factors which influence bone growth. Eur J Clin Nutr 1994, 48(Suppl 1): S178 - S185.
8. Mau H: Spezifizierung der korrespondierenden Wachstums - Gesetze von Hueter - Volkmann und Pauwels (Wachstumde - formitäten) und ihre Beziehung zu den Belastungsde - förmitäten. Z Orthop 1984, 122: 293 - 298.
9. Ganey TM, Ogden JA: Development and maturation of the axial skeleton. In The pediatric spine: principles and practice. 2nd edition. Edited by: Weinstein SL. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001:3 - 54.
10. Wells TR, Jacobs RA, Senac MO, Landing BH. Incidence of short trachea in patients with myelomeningocele. Pediatric Neurol. 1990, 6(2): 109 - 111.
11. Grivas TB, Burwell RG., Kechagias V, Mazioti C, Fountas A, Kolovou D, Christodoulou E. Idiopathic and normal lateral lumbar curves: muscle effects interpreted by 12th rib length asymmetry with pathomechanic implications for lumbar idiopathic scoliosis. 12th International Conference on Conservative Management of Spinal Deformities, 10th SOSORT Annual Meeting, 7 - 9 May 2015, Katowice, Poland and 5th SOSORT Educational Courses, Katowice, Poland, 5 - 6 May 2015.

Μυοεπιθηλιακό καρκίνωμα μαστού: Μία σπάνια οντότητα

Α. Ζήζη - Σερμπετζόγλου¹, Α. Αποστολόπουλος², Δ. Μωωτέρη¹, Δ. Δελλαπόρτας³, Α. Μαρίνης²

¹Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

²Α Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

³Β' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Αθήνα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το μυοεπιθηλιακό καρκίνωμα του μαστού είναι ένα σπάνιο κακόηθες νεόπλασμα, το οποίο αποτελείται εξ'ολοκλήρου από μυοεπιθηλιακά κύτταρα με ατρακτόμορφη κυρίως εμφάνιση. Αντιπροσωπεύει το τελικό φάσμα της εξελικτικής πορείας των μυοεπιθηλιακών κυττάρων του μαστού και μπορεί να αναπτυχθεί de novo ή σε έδαφος προϋπάρχοντος καλόηθους αδеноμυοεπιθελιώματος. Παρατηρείται σε γυναίκες ηλικίας 45 - 86 ετών. Το μέγεθος του όγκου κυμαίνεται από 1 εκ. έως 4.8 εκ.

Η περίπτωση μας αφορά γυναίκα 82 ετών η οποία υπεβλήθη σε ογκεκτομή με σύστοιχο λεμφαδενικό καθαρισμό. Το τμήμα του μαστού είχε διαστάσεις 12.5x9x6 εκ. καλυπτόμενο εν μέρει από ατρακτοειδές τμήμα δέρματος επί έκτασης 9x2.8 εκ. Κατά τις διατομές παρατηρήθηκε λευκόφαιος, υπόσκληρης σύστασης εστιακά κυστικά εκφυλισμένος όγκος διαστάσεις 3.6x3.4x2 εκ. Στο μασχαλιαίο λίπος ανευρέθηκαν 12 λεμφαδένες μ.δ. 0.2 - 2.5 εκ. Μικροσκοπικά αναγνωρίστηκε νεόπλασμα αποτελούμενο από ποικίλου μεγέθους αθροίσεις άτυπων κυττάρων με ευμεγέθεις και ανώμαλους πυρήνες και υψηλό μιτωτικό δείκτη. Ο ανοσοφαινότυπος αυτού του νεοπλασματος είναι P63(+), CK903(+), CK5/6(+), CD10(+), [ER (-), PR (-), cerb2 (-)] τριπλά αρνητικός EGFR(+). Η διάγνωση που ετέθη ήταν μυοεπιθηλιακό καρκίνωμα μαστού. Το κακόηθες μυοεπιθηλιακό καρκίνωμα (ΚΜΚ) φαίνεται να έχει επιθετική συμπεριφορά με συχνές απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η διάγνωση του ΚΜΚ είναι πολύ δύσκολη λόγω του ότι μπορεί να μιμηθεί διάφορα καλοήθη και κακοήθη νεοπλάσματα.

Παρόλο που οι πληροφορίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διαφορετικών επιλογών θεραπείας είναι λιγοστές, θεραπεία εκλογής είναι η ευρεία τοπική εκτομή με βιοψία του λεμφαδένα φρουρού.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Μυοεπιθηλιακό καρκίνωμα, μαστός, μεταπλαστικό καρκίνωμα ανοσοϊστοχημεία

Παραπομπή

Α. Ζήζη - Σερμπετζόγλου, Α. Αποστολόπουλος, Δ. Μωωτέρη, Δ. Δελλαπόρτας, Α. Μαρίνης
Μυοεπιθηλιακό καρκίνωμα μαστού: Μία σπάνια οντότητα. Επιστημονικά Χρονικά 2015; 20(3):
272 - 276

Εισαγωγή

Τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα αναγνωρίζονται στο μαστό σε όλη την έκταση των εκφορητικών πόρων και αδenoκυψελών, σαν ασυνεχής στοιβάδα αστεροειδών κυττάρων που βρίσκεται μεταξύ της συνεχούς στοιβάδας των αυλικών επιθηλιακών κυττάρων και της βασικής μεμβράνης. [1] Οι περισσότεροι όγκοι που περιλαμβάνουν μυοεπιθηλιακά στοιχεία έχουν διπλό κυτταρικό πληθυσμό, επιθηλιακό και μυοεπιθηλιακό, που δηλώνει την ύπαρξη ενός εφεδρικού αρχέγονου κυττάρου, ικανό να διαφοροποιείται προς ποικίλες κατευθύνσεις. [2] Το μυοεπιθηλιακό καρκίνωμα (ΚΜΚ) φαίνεται να αντιπροσωπεύει το τελικό φάσμα της εξελικτικής πορείας των μυοεπιθηλιακών κυττάρων και έχει επιθετική συμπεριφορά. [3]

Παρουσίαση περιστατικού

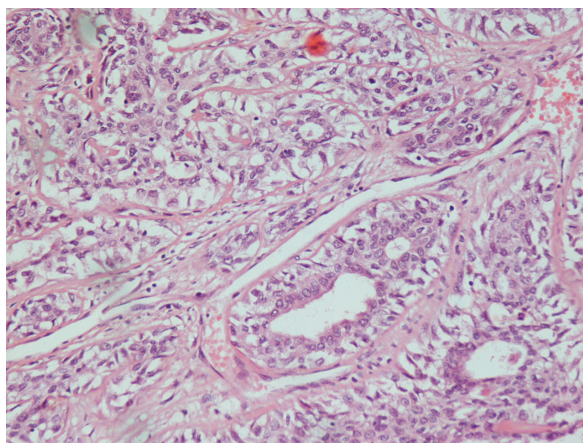
Η περίπτωση μας αφορά γυναίκα 82 ετών η οποία εμφάνισε ψηλαφητή ανώδυνη μάζα αριστερού μαστού. Το οικογενειακό της ιστορικό ήταν ελεύθερο για νεοπλασматы. Ο μαστογραφικός έλεγχος έδειξε περιγραφική μάζα με κυστική εκφύλιση. Η αξονική τομογραφία θώρακος και άνω κάτω κοιλίας ήταν αρνητικές για δευτεροπαθείς εντοπίσεις. Ακολούθησε βιοψία διαλεπτής βελόνης (FNA) η οποία ήταν μη διαγνωστική.

Η ασθενής υπεβλήθηκε σε ογκεκτομή με σύστοιχο λεμφαδενικό καθαρισμό του αριστερού μαστού. Στο Παθολογοανατομικό Εργαστήριο παρελήφθη παρακεύασμα που περιλάμβανε τμήμα μαστού διαστάσεων 12,5x9x6 εκ. καλυπτόμενο από ατρακτοειδές τμήμα δέρματος επί έκτασης 9x2.8 εκ. Κατά της διατομής παρατηρήθηκε λευκόφαιος υπόσκληρης σύστασης εστιακά κυστικά εκφυλισμένος όγκος διαστάσεων 3.6x3.4x4.2 εκ. Στο μασχαλαίο λίπος ανευρέθηκαν 12 λεμφαδένες μδ 0.2 - 2.5 εκ. Μικροσκοπικά αναγνωρίστηκε νεόπλασμα αποτελούμενο από ποικίλου μεγέθους αθροίσεις άτυπων κυττάρων με ευμεγέθεις ανώμαλους πυρήνες και υψηλό μιτωτικό δείκτη. Στον ανοσοϊστοχημικό έλεγχο τα νεοπλασματικά κύτταρα ήταν θετικά στις χρώσεις για P63, CK903, CK5/6, CD10. Αρνητικές ήταν οι χρώσεις για ορμονοϋποδοχείς και cerb2 [ER -, PR -, cerb2: τριπλά αρνητικός]. Η χρώση για EGFR ήταν θετική.

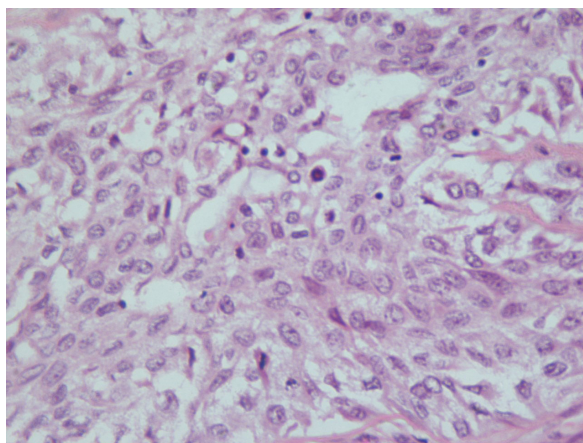
Η τελική διάγνωση που τέθηκε ήταν μυοεπιθηλιακό καρκίνωμα μαστού.

Σχόλιο

Τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα (ΜΕΚς) είναι φυσιολογικά συστατικά του μαζικού παρεγχύματος. Τα καλά διαφοροποιημένα μυοεπιθηλιακά κύτταρα έχουν συστατικές ιδιότητες βοη-



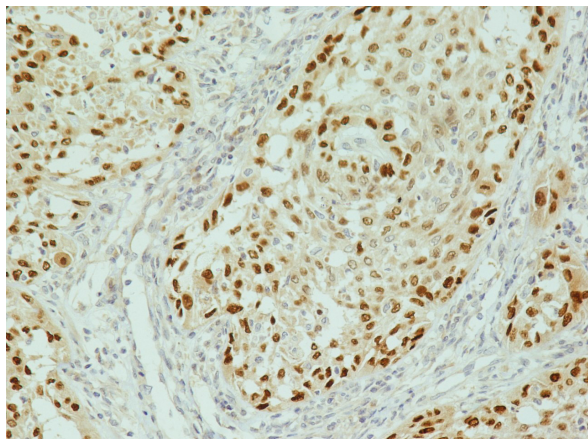
Εικόνα 1: Ιστολογική τομή του όγκου στην οποία φαίνεται η υπερανάπτυξη του μυοεπιθηλιακού στοιχείου (H - E x 200)



Εικόνα 2: Επιθηλιοειδή έως ατρακτόμορφα μυοεπιθηλιακά κύτταρα με πλειόμορφους φυσαλιδώδεις πυρήνες και εμφανές πυρήνιο. Με βέλος υποδεικνύεται μια μίτωση (H - E x 400)

θώντας στην εκροή του γάλακτος από την θηλή την περίοδο της γαλουχίας αλλά και σπληνικές παρέχοντας στήριξη στα λόβια. Έχουν σχήμα αστεροειδές και ανάλογα με την φάση του κύκλου εμφανίζουν ηωσινόφιλο, βασεόφιλο ή διαυγές κυτταρόπλασμα. Η διάταξή τους είναι συνεχής, ασυνεχής ή σχεδόν ασυνεχής. Διακρίνονται με την χρώση ηωσίνης/αιματοξυλίνης αλλά δεν είναι εύκολο να ταυτοποιηθούν καθώς η μορφολογία τους ποικίλει ανάλογα με την φυσιολογική ή παθολογική κατάσταση. [4]

Πρώτος ο Hamperl το 1970 αναφέρθηκε στις αλλοιώσεις από μυοεπιθηλιακά κύτταρα. [5] Το 1991 η F. Tavassoli πρότεινε ένα σύστημα ταξινόμησης αυτών των νεοπλασμάτων, η κακόηθης ποικιλία των οποίων διακρίνεται σε κακόηθες αδenoμυοεπιθλιώμα και κακόηθες μυοεπιθλιώμα. [6] Αρ-



Εικόνα 3: Θετική πυρηνική χρώση των νεοπλασματικών κυττάρων με P63 (P63 x 200)

γότερα η ίδια ερευνήτρια ανασκοπώντας 31 μυοεπιθηλιακές αλλοιώσεις, ταξινόμησε αυτές σε τρεις κύριες κατηγορίες οι οποίες διακρίνονται σε μυοεπιθηλίωση, αδеноμυοεπιθηλίωμα και το κακόηθες μυοεπιθηλίωμα. Η ταξινόμηση αυτή το 2003 υιοθετήθηκε και από την ομάδα εργασίας μαστού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.). [7]

Η μυοεπιθηλίωση χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολυεστιάκων μικροσκοπικών αλλοιώσεων που εντοπίζονται στο περιφερικό σύστημα πόρων. [7] Το αδеноμυοεπιθηλίωμα ανάλογα με το πρότυπο ανάπτυξης του ή το κυτταρικό τύπο διακρίνεται σε ατρακτοκυτταρικό, σωληνώδες και λοβιώδες. [8,9]

Το μυοεπιθηλιακό καρκίνωμα είναι σπάνιο κακόηθες νεόπλασμα το οποίο αποτελείται αμιγώς από μυοεπιθηλιακά κύτταρα. Αναπτύσσεται de novo ή σε έδαφος προϋπάρχοντος καλοήθους αδеноμυοεπιθηλιώματος. [3,9] Πρόκειται για ψηλαφητό όγκο, παρατηρείται σε γυναίκες ηλικίας 45 - 81 ετών (μέση ηλικία 69.5 έτη). Το μέγεθός του κυμαίνεται από 1 - 4.8 εκ., είναι καλά περιγεγραμμένος με σύσταση σκληρή και χροιά λευκόφαιη.

Ιστολογικά, το ΚΜΚ στερείται επιθηλιακού στοιχείου, αποτελείται από άτυπα ατρακτόμορφα μυοεπιθηλιακά κύτταρα που αναπτύσσονται διηθητικά στους γύρω ιστούς. Τα νεοπλασματικά κύτταρα εμφανίζουν ήπια έως μέτρια πυρηνική ατυπία. Ο αριθμός των μιτώσεων είναι <10/10 ΜΟΠ. Νεκρώσεις και αιμορραγίες είναι ασυνήθεις ενώ εστίες πλακώδους διαφοροποίησης/μετάπλασης σπάνιες. [10]

Ο ανοσοφαινότυπος του ΚΜΚ είναι όμοιος των μυοεπιθηλιακών κυττάρων, δηλαδή εκφράζουν τις βασικού τύπου κερατίνες (CK5, CK14, CK17), την πρωτεΐνη S100, CD10, πρωτεΐνες

ειδικών των λείων μυϊκών κυττάρων, όπως η ακτίνη (SMA), η βαριά αλυσίδα της μυοσίνης των λείων μυϊκών ινών (SMM - HC), καλπονίνη και η βαριά καλδεσμόνη. [11] Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα εκφράζουν την πυρηνική πρωτεΐνη p63. [12]

Η διάγνωση το ΚΜΚ είναι πολύ δύσκολη γιατί μπορεί να μπηθεί διάφορες καλοήθεις και κακοήθεις οντότητες. Λόγω της έντονης στρωματικής μυο/ινοβλαστικής αντίδρασης και της ατρακτόμορφης μορφολογίας των νεοπλασματικών κυττάρων, το νεόπλασμα μπορεί να μπηθεί αντιδραστική ίνωση, ακτινωτή ουλή, ινωμάτωση ή μυοινοβλαστικές αλλοιώσεις όπως φλεγμονώδη μυοϊνοβλαστικό όγκο και μυοϊνομυοβλάστωμα. [3] Στις περιπτώσεις αυτές ο ρόλος της ανοσοϊστοχημείας είναι σημαντικός όπως π.χ. στην ινωμάτωση τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι αρνητικά στις βασικού τύπου κερατίνες και στους μυοεπιθηλιακούς δείκτες σε αντίθεση με το ΚΜΚ όπου αυτά είναι θετικά.

Στη διαφορική διάγνωση συμπεριλαμβάνονται διάφορα σαρκώματα όπως λειομυοσάρκωμα, αγγειοσάρκωμα καθώς και ορισμένες ποικιλίες του μεταπλαστικού καρκινώματος του μαστού. Όσο αφορά την τελευταία οντότητα αρκετές μελέτες έδειξαν αυξημένο ποσοστό θετικότητας στους μυοεπιθηλιακούς δείκτες (p63, maspin p - cadherin) υποστηρίζοντας έτσι την άποψη της Tavassoli ότι τα μυοεπιθηλιακά και μεταπλαστικά καρκινώματα έχουν μυοεπιθηλιακή ιστογένεση και διαφοροποίηση ή ότι προέρχονται από ένα αρχέγονο κοινό κύτταρο. [13] Επιπλέον κύριο γνώρισμα και των δύο είναι η απουσία έκφρασης των ορμονικών υποδοχέων (ER,PR) και του υποδοχέα Her - 2, ο λεγόμενος «τριπλά αρνητικός» φαινότυπος [3] σε συνδυασμό με την έκφραση των κυτοκερατινών υψηλού μοριακού βάρους (όπως CK5, CK14, CK17), και του EGFR, χαρακτηριστικά του βασικού - τύπου καρκινώματος του μαστού. [14] Αυτή η παρατήρηση υποδηλώνει ότι οι ασθενείς μπορεί να επωφεληθούν από την στοχευμένη θεραπεία έναντι του υποδοχέα EGFR είτε με μονοκλωνικά αντισώματα (cetuximab) είτε με αναστολείς τυροσινικών κινασών (gefitinib). [15]

Η πρόγνωση του μυοεπιθηλιακού καρκινώματος εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου, την σοβαρή ατυπία και τον υψηλό μιτωτικό δείκτη. Είναι δυνατόν να δώσουν λεμφαδενικές αλλά και αιματογενείς (πνευμονικές, οστικές, εγκεφαλικές) μεταστάσεις. [3,16] Παρόλο που οι πληροφορίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διαφορετικών επιλογών θεραπείας είναι λιγοστές λόγω της σπανιότητας του νεοπλασματος η θεραπεία εκλογής είναι η τοπική ευρεία εκτομή με βιοψία του λεμφαδένα φρουρού. ■

ABSTRACT

Myoepithelial breast carcinoma: A rare clinical entityA. Zizi-Sermpetzoglou¹, A. Apostolopoulos², D. Myoteri¹, D. Dellaportas³, A. Marinis²¹ Department of Pathology, Tzaneio General Hospital, Piraeus, Greece² 1st Department of Surgery, Tzaneio General Hospital, Piraeus, Greece³ 2nd Department of Surgery, Aretaieion University Hospital, Athens, Greece

Myoepithelial carcinoma of the breast is a rare neoplasm. These tumors fully consist of myoepithelial cells usually having a spindle shape. Myoepithelial carcinoma arises from myoepithelial cells and can develop de novo or from benign adenoepithelioma. Women aged 45 - 86 are affected and the average size is 1 - 4.8cm. We present a case of an 82 year old woman who underwent wide local excision of a breast tumor with concomitant axillary lymph nodal dissection. The specimen consisted of 12.5x9x6 cm of breast tissue covered by an elliptical part of skin 9x2.8 cm. Sections of the breast specimen showed a 3.6x3.4x2 cm grey mass of hard texture with cystic degeneration. Twelve lymph nodes were found in the axillary fat, the largest one having a maximum diameter of 2.5 cm. Microscopically, groups of atypical cells of various sizes were identified having large, irregular nuclei with a high mitotic index. The immunological phenotype was P63(+), CK903(+), CK5/6(+), CD10(+), [ER(-), PR(-), cerb2(-), triple negative EGFR(+)]. The final diagnosis was myoepithelial carcinoma of the breast.

Malignant myoepithelioma of the breast is a very aggressive disease which is usually associated with metastatic disease at the time of diagnosis. Little is found in the current literature about this clinical entity and histopathological diagnosis is difficult due to its rarity. Myoepithelial carcinoma mimics various benign and malignant masses of the breast. Information about therapeutic options is limited but wide local excision with sentinel lymph node biopsy seems to be the current treatment of choice.

KEYWORDS: Myoepithelial carcinoma, breast cancer, immunohistochemistry



Citation

A. Zizi-Sermpetzoglou, A. Apostolopoulos, D. Myoteri, D. Dellaportas, A. Marinis. Myoepithelial breast carcinoma: A rare clinical entity. *Scientific Chronicles* 2015; 20(3): 272 - 276

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lakhani SR, O'Hare MJ. The mammary myoepithelial cell - Cinderella or ugly sister? *Breast Cancer Res.* 2001; 3(1): 1 - 4
2. Pia - Foschini M, Reis - Filho JS, Eusebi V, Lakhani SR. Salivary gland - like tumours of the breast: surgical and molecular pathology. *J Clin Pathol.* 2003 Jul; 56(7): 497 - 506.
3. Buza N, Zekry N, Charpin C, Tavassoli FA. Myoepithelial carcinoma of the breast: a clinicopathological and immunohistochemical study of 15 diagnostically challenging cases. *Virchows Arch.* 2010 Sep; 457(3): 337 - 45.
4. Deugnier MA, Teulière J, Faraldo MM, Thiery JP, Glukhova MA. The importance of being a myoepithelial cell. *Breast Cancer Res.* 2002; 4(6): 224 - 30.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

5. Hamperl H. The myoethelia (myoepithelial cells). Normal state; regressive changes; hyperplasia; tumors. Curr Top Pathol. 1970; 53: 161 - 220.
6. Tavassoli FA. Myoepithelial lesions of the breast. Myoepitheliosis, adenomyoepithelioma, and myoepithelial carcinoma. Am J Surg Pathol. 1991 Jun; 15(6): 554 - 687.
7. Böcker W. [WHO classification of breast tumors and tumors of the female genital organs: pathology and genetics]. Verh Dtsch Ges Pathol. 2002; 86: 116 - 9. German.
8. Pauwels C, De Potter C. Adenomyoepithelioma of the breast with features of malignancy. Histopathology. 1994 Jan; 24(1): 94 - 6.
9. Hayes MM. Adenomyoepithelioma of the breast: a review stressing its propensity for malignant transformation. J Clin Pathol. 2011 Jun; 64(6): 477 - 84.
10. Liao KC, Lee WY, Chen MJ. Myoepithelial Carcinoma: A Rare Neoplasm of the Breast. Breast Care (Basel). 2010 Aug; 5(4): 246 - 249.
11. Gusterson BA, Ross DT, Heath VJ, Stein T. Basal cytokeratins and their relationship to the cellular origin and functional classification of breast cancer. Breast Cancer Res. 2005; 7(4): 143 - 8.
12. Barbareschi M, Pecciarini L, Cangi MG, Macri E, Rizzo A, Viale G, Doglioni C. p63, a p53 homologue, is a selective nuclear marker of myoepithelial cells of the human breast. Am J Surg Pathol. 2001 Aug; 25(8): 1054 - 60.
13. Leibl S, Gogg - Kammerer M, Sommersacher A et al. Metaplastic breast carcinomas : Are they of myoepithelial differentiation? Immunohistochemical profile of the sarcomatoid subtype using novel myoepithelial markers. Am J Surg Pathol 2005 ;29: 347 - 353.
14. Weigelt B, Kreike B, Reis - Filho JS. Metaplastic breast carcinomas are basal - like breast cancers a genomic profiling analysis. Breast Cancer Res Treat 2009; 117: 273 - 280.
15. Leibl S, Moinfar F. Metaplastic breast carcinomas are negative for Her - 2 but frequently express EGFR (Her - 1): potential relevance to adjuvant treatment with EGFR tyrosine kinase inhibitors? J Clin Pathol. 2005; 58: 700 - 704.
16. Behrawala KA, Nasiri N, Ahern R, Gui GP. Clinical presentation and long - term outcome of pure myoepithelial carcinoma of the breast Eur J Surg Oncol 2004 30: 357 - 361.

Αυτόματη ρήξη της νεφρικής πυέλου ως αποτέλεσμα απόφραξης του ουρητήρα από λίθους

Σ. Τζαμαρίας¹, Ι. Κορνέζος², Α. Παπαδοπούλου², Ε. Γερόπαπας¹, Ε. Ζυγογιάννης¹, Μ. Γιόμελος², Α. Μαρίνης³, Κ. Σταματίου¹

¹Ουρολογική κλινική, ²Ακτινολογικό εργαστήριο και ³Α' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

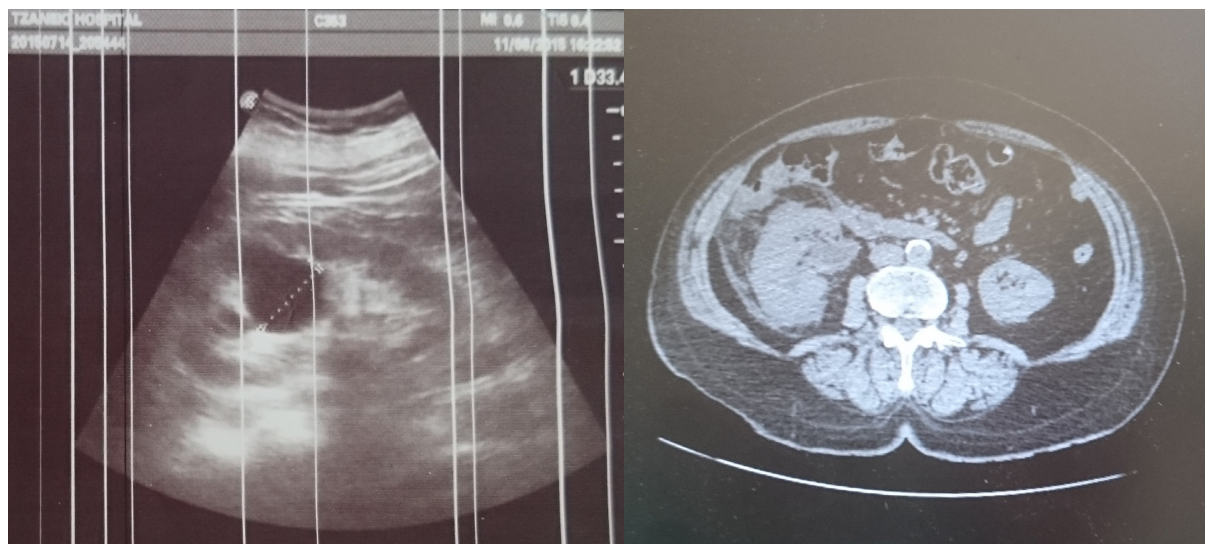
Η αυτόματη ρήξη της νεφρικής πυέλου με σχυνεπακόλουθη διαφυγή ούρων είναι μια σχετικά σπάνια οντότητα. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι αποτέλεσμα αυξημένης ενδοπυελικής πίεσης λόγω απόφραξης του ουρητήρα από λίθο. Απαντάται ιδίως σε ηλικιωμένα άτομα με ιστορικό επεμβατικής θεραπείας (π.χ. εξωσωματική λιθοθρυψία, διαδερμική νεφρολιθοτριψία ή ουρητηρολιθοτριψία) για λίθο στον νεφρό ή τον ουρητήρα. Εκδηλώνεται με αιφνίδιο και οξύ άλγος στη νεφρική χώρα που εμφανίζει χαρακτηριστική αυτόματη ύφεση. Η οντότητα αυτή παρουσιάζει κλινικό ενδιαφέρον καθώς συχνά συγχέεται με τον τυπικό κωλικό του ουρητήρα και δεν τυγχάνει έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης. Σκοπός του άρθρου είναι να παρουσιάσει δυο περιστατικά αυτόματη ρήξη της νεφρικής πυέλου με εξαγγείωση ουρων ως αποτέλεσμα απόφραξης του ουρητήρα από λίθο. Οι ασθενείς παρουσιάστηκαν με ξαφνική εμφάνιση κωλικού του ουρητήρα χωρίς να αναφέρουν τραυματισμό του νεφρού. Σε καμία από τις δυο περιπτώσεις δεν υπήρχε απεικόνιση του λίθου στην απλή Χ - ray. Στο υπερηχογράφημα, οι πάσχοντες νεφροί εμφάνιζαν διεσταλμένες τις πυέλους και έφεραν στοιχεία εξαγγείωσης. Η τελευταία αυτή επιβεβαιώθηκε σε σπειροειδή αξονική τομογραφία η οποία έδειξε επίσης εξαγγείωση του σκιαγραφικού υλικού στον περινεφρικό χώρο. Και στις δυο περιπτώσεις ο καθετηριασμός του ουρητήρα με stent διπλού J επέφερε έλεγχο των συμπτωμάτων και εξάλειψη της εξαγγείωσης.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Νεφρό, αυτόματη ρήξη του ουρητήρα, ουρίνωμα



Παραπομπή

Σ. Τζαμαρίας, Ι. Κορνέζος, Α. Παπαδοπούλου, Ε. Γερόπαπας, Ε. Ζυγογιάννης, Μ. Γιόμελος, Α. Μαρίνης, Κ. Σταματίου. Αυτόματη ρήξη της νεφρικής πυέλου ως αποτέλεσμα απόφραξης του ουρητήρα από λίθους. Επιστημονικά Χρονικά 2015; 20(3): 277 - 280



Εικόνες 1α και β. Υπέρηχος ΝΟΚ: Ο δεξιός νεφρός ελέγχεται με διάταση του ΠΚΣ. Εικόνα περινεφρικής συλλογής που καταλαμβάνει τον κάτω πόλο και επεκτείνεται μέχρι την μεσότητα του οργάνου κ μέγιστο πάχος περί τα 5 χιλιοστά. Αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλιάς: Ο δεξιός νεφρός απεικονίζεται με παρουσία συλλογής στον περινεφρικό και παρανεφρικό χώρο, που ασαφοποιεί το λίπος του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου. Συνυπάρχουν πρώτου βαθμού διάταση του ΠΚΣ και ολιγάριθμοι λίθοι στην πυελοουρητηρική συμβολή και περιφερικά στον ουρητήρα και στην κυστεοουρητηρική συμβολή

Εισαγωγή

Η αυτόματη ρήξη της νεφρικής πυέλου ως αποτέλεσμα απόφραξης του ουρητήρα από λίθο είναι μια σχετικά σπάνια οντότητα. Απαντάται ιδίως σε ηλικιωμένα άτομα. Εκδηλώνεται με αιφνίδιο και οξύ άλγος στη νεφρική χώρα που εμφανίζει χαρακτηριστική αυτόματη ύφεση. Η οντότητα αυτή παρουσιάζει κλινικό ενδιαφέρον καθώς συχνά συγχέεται με τον τυπικό κωλικό του ουρητήρα και δεν τυγχάνει έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης. Σκοπός του άρθρου είναι να παρουσιάσει δυο περιστατικά αυτόματη ρήξη της νεφρικής πυέλου ως αποτέλεσμα απόφραξης του ουρητήρα από λίθο και να αναλύσει τα διαφοροδιαγνωστικά σημεία που συμβάλουν στην έγκαιρη διάγνωση.

Παρουσίαση περιστατικών

Περιστατικό 1. Γυναίκα 80 ετών παρουσιάστηκε στο τμήμα επείγοντων με αναφερόμενο αιφνίδιο άλγος δεξιάς νεφρικής χώρας από 12ωρου και εμετό, χωρίς πυρετό μέχρι εκείνη την στιγμή. Κατά την προσέλευση ο πόνος είχε υποχωρήσει ενώ επήλθαν πολλαπλά επεισόδια εμετών υψηλός πυρετός και ρίγος. Στο ιστορικό της περιλαμβάνονταν πολλαπλές συνεδρίες εξωσωματικής λιθοθρυψίας και δι-αδερμική νεφρολιθοτριψία. Ο εργαστηριακός έλεγχος του

αίματος και του ορού ανέδειξε λεμφοκυττάρωση και ήπια επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας (Ουρία: 56, Κρεατινίνη: 1,4 Κάλιο: 4,8, Νάτριο: 139, Σάκχαρο: 105, WBC: 19.220, Neut: 93,5, HCT: 34,0 PLT: 284) ενώ η γενική εξέταση των ούρων ήταν συμβατή με εικόνα ουρολοιμώξεως (ειδικό βάρος: 1028, αιμοσφαιρίνη 2(+), πρωτεΐνη 2(+), νιτρώδη: αρνητικά, πυοσφαίρια >100 κοπ., ερυθρά αιμοσφαίρια: 40 - 50 κοπ.). Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε στοιχεία απόφραξης του αποχετευτικού συστήματος με παρουσία περινεφρικής συλλογής. **(Εικόνες 1α και β).**

Περιστατικό 2. Γυναίκα ηλικίας 67 ετών παρουσιάστηκε στο τμήμα επείγοντων με αιφνίδιο άλγος αριστερής νεφρικής χώρας, ρίγος και υποθερμία. Κατά την παραμονή της στο ΤΕΠ εμφάνισε πυρετό. Παρά την αρχική υποχώρηση του άλγους κατά την διάρκεια της παραμονής της στη βραχεία νοσηλεία εμφάνισε υψηλό πυρετό με ρίγος και αργότερα διάχυτο κοιλιακό άλγος. Ο εργαστηριακός έλεγχος του αίματος και του ορού ήταν φυσιολογικός (Ουρία: 34, Κρεατινίνη=0,7, Κ=4,8, ΝΑ=139, Σακχαρο=105, WBC=7.140, Neut=74,8, HCT=33,7, PLT=150), ενώ η γενική εξέταση των ούρων ανέδειξε αιματοουρία (ειδικό βάρος: 1009 αιμοσφαιρίνη: 2(+), πρωτεΐνη: 2(+), νιτρώδη: αρνητικό, πυοσφαίρια: 2 - 4 κοπ., ερυθρά >200 κοπ.). Ο απεικο-

νιστικός έλεγχος ανέδειξε στοιχεία απόφραξης του αποχετευτικού συστήματος (**Εικόνα 2**). Και στις δυο περιπτώσεις η παροχέτευση του πάσχοντος νεφρού διευκολύνθηκε με την τοποθέτηση νεφροστομίας και ουρητηρικού καθετήρα αντίστοιχα και χορηγήθηκε συμπτωματική αγωγή. Και οι δυο ασθενείς σταθεροποιήθηκαν και εξήλθαν μετα απο σύντομη νοσηλεία.

Συζήτηση

Η αυτόματη ρήξη της αποχετευτικής οδού ως αποτέλεσμα απόφραξης του ουρητήρα από λίθο οφείλεται σε αύξηση της πίεσης στο αποχετευτικό σύστημα και κυρίως του τοιχώματος της νεφρικής πυέλου και των καλύκων αλλά μπορεί να παρατηρηθεί περιστασιακά και σε φλεγμονή του νεφρού. [1, 2] Μπορεί να υπάρχει κάποιο παθολογικό υπόβαθρο που αφορά κυρίως στον νεφρό όπως πχ. ανωμαλίες της πυελοουρητηρικής συμβολής, εκκολπώματα των καλύκων, κακοήθειες, αλλά και παθήσεις του οπισθοπεριτοναίου (οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση) ή της κύστης (νευρογενής κύστη). [3] Στο ένα από τα δύο περιστατικά που παρουσιάζουμε υπήρχε ιστορικό ιατρικής παρέμβασης (εξωσωματική και διαδερμική νεφρολιθοτριψία) για λίθο στον νεφρό και τον ουρητήρα που ενδέχεται να συνέβαλε στη ρήξη της αποχετευτικής οδού. Αντίθετα, στο δεύτερο δεν υπήρχε κανένα στοιχείο. Σε κάθε περίπτωση, η εξαγωγή των ούρων συνήθως οδηγεί σε δημιουργία άλλοτε άλλης έκτασης ουρινώματος οι επιπλοκές του οποίου μπορεί να είναι σοβαρές για τον νεφρό και καταστροφικές για τον άρρωστο. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι τα αρχικά συμπτώματα είναι παρόμοια με εκείνα του κωλικού του ουρητήρα: Το πιο συχνό σύμπτωμα είναι ο νεφρο ουρητηρικός πόνος ή/και ο κωλικός πόνος αλλά και πόνος στα πλευρά, στην πλάγια κοιλιακή χώρα, ναυτία και έμετος. Για το λόγο αυτό, μπορεί να διαλαθεί της προσοχής και να διαγνωσθεί με μεγάλη καθυστέρηση. Το ίδιο μπορεί να συμβεί όταν προεξάρχουν τα συμπτώματα από το γαστρεντερικό. Πράγματι, καθώς στην φυσική εξέταση διαπιστώνεται κυρίως οσφυϊκό ή/και κοιλιακό άλγος η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει για την μεν ρήξη στη δεξιά πλευρά χολοκυστίτιδα, σκωληκοειδίτιδα, πυελονεφρίτιδα και λιθίαση του ουροποιητικού, για τη δε ρήξη στην αριστερή πλευρά, εκκολπωματίτιδα και και λιθίαση του ουροποιητικού. [4] Σε περίπτωση που το ουρίνωμα έχει ήδη εγκατασταθεί τα συμπτώματα είναι θορυβώδη και η διάγνωση επιταχύνεται από τον υποχρεωτικό απεικονιστικό έλεγχο. [5] Αντί-



Εικόνα 2. Υπέρηχος ΝΟΚ: Ο δεξιός νεφρός ελεγχεται με διάταση του ΠΚΣ Αξονική τομογραφία ανω και κάτω κοιλίας: Λίθος 5xλστ στο άνω τριτημόριο με διάταση υπερκείμενου αποχετευτικού συστήματος. Συλλογή υγρού πέριξ του ανώτερου τριτημορίου του δεξιού ουρητήρα, στον σύστοιχο περινεφρικό, πρόσθιο παρανεφρικό και μικρότερο στον οπίσθιο παρανεφρικό

θετα, καθώς δεν υποχρεωτικός ο απεικονιστικός έλεγχος στον λιθιασικό πόνο, η υπόνοια ρήξης απαιτεί διερεύνηση. Και στις δυο περιπτώσεις που αναφέρουμε η διάγνωση τέθηκε με το υπερηχογράφημα. Η επιβεβαίωση της διάγνωσης ωστόσο γίνεται με την ανάδειξη της εξαγγείωσης και μπορεί να γίνει με ενδοφλέβια πυελογραφία ή αξονική τομογραφία. [6] Για τεχνικούς κυρίως λόγους, η ενδοφλέβια πυελογραφία μπορεί να είναι ανεπαρκής για τη σωστή διάγνωση. Σε ορισμένες περιπτώσεις ωστόσο - όπως στο 1ο περιστατικό - δεν αναδεικνύεται καθαρά η εξαγγείωση καθώς απαιτούνται καθυστερημένες λήψεις. Η θεραπεία πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε περίπτωση. Ορισμένες μελέτες - κυρίως των περασμένων δεκαετιών - προκρίνουν την ανοιχτή χειρουργική ωστόσο σήμερα αυτή περιορίζεται στην αντιμετώπιση εκτεταμένης ρήξης της πυέλου. [7] Οι περισσότερες ωστόσο μελέτες αναδεικνύουν σημαντικά οφέλη από τις ελάχιστα επεμβατικές θεραπείες όπως η τοποθέτηση ουρητηρικού stent διπλού J ή νεφροστομίας.

Συμπεράσματα

Η αυτόματη ρήξη της αποχετευτικής οδού (νεφρικής πυέλου ή ουρητήρα) στο πλαίσιο λιθίασης ή/και φλεγμονής του ουρητήρα είναι μια σπάνια επιπλοκή με ελάχιστες χαρακτηριστικές κλινικές ενδείξεις. Θα πρέπει να διαφοροποιείται από άλλες αιτίες του κοιλιακού πόνου ώστε να αντιμετωπίζεται εγκαίρως πριν την εγκατάσταση σοβαρής βλάβης και όσο οι ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές μπορεί να είναι αποτελεσματικές. ■

ABSTRACT

Spontaneous rupture of the renal pelvis as a result of ureteral occlusion from stones

S. Tzamarias¹, I. Kornezos², A. Papadopoulou², E. Geropapas¹, E. Zigogiannis¹, M. Giomelos², A. Marinis³, K. Stamatiou¹

¹ Department of Urology, ² Department of Radiology and ³ First Department of Surgery, Tzaneio General Hospital, Piraeus, Greece

Spontaneous rupture of the renal fornix and urinary extravasation are rarely encountered in urological practice. In the present paper, we present a case of spontaneous rupture of the fornix and urinary extravasation due to obstructive ureteral stone. Both patients presented with a sudden onset of renal colic pain without any trauma. Their complete blood count and kidney function tests were within the normal limits. Microscopic hematuria was detected on complete urinalysis. There was no urinary opacity on plain X - ray. On urinary ultrasonography, the affected renal pelvis and ureter were dilated and signs of extravasation were noted. The last was confirmed on spiral computed tomography which also showed extravasation of contrast material in the pararenal area. A double J stent catheterization was performed in order to control symptoms and eliminate extravasation.

KEYWORDS: Kidney, spontaneous rupture, urinoma



Citation

S. Tzamarias, I. Kornezos, A. Papadopoulou, E. Geropapas, E. Zigogiannis, M. Giomelos, A. Marinis, K. Stamatiou. Spontaneous rupture of the renal pelvis as a result of ureteral occlusion from stones. *Scientific Chronicles* 2015; 20(3): 277 - 280

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ferri E, Casoni GL, Morabito G, D'Alonzo L, Magrini L, Di Somma S, Capotondi C. Rupture of the renal pelvis complicating a renal colic: report of a case. *Am J Emerg Med* 2006; 24: 383 - 5.
2. Kettlewell M, Walker M, Dudley N, De Souza B. Spontaneous ex-travasation of urine secondary to ureteric obstruction. *Br J Urol* 1973; 45 (1): 8 - 14.
3. Paajanen H, Kettunen J, Tainio H, Jauhiainen K. Spontaneous peripelvic extravasation of urine as a cause of acute abdomen. *Scand J Urol Nephrol* 1993; 27 (3): 333 - 6.
4. Diaz ES, Buenrostro FG. Renal pelvis spontaneous rupture secondary to ureteral lithiasis. Case report and bibliographic review. *Arch Esp Urol*. 2011; 66 (7): 640 - 642
5. Huri E, Ayyildiz A, Nuhoglu B, Germiyanoglu C. Spontaneous rupture and repairment of the renal pelvis. *Int Urol Nephrol* 2007; 39: 413 - 5.
6. Ashebu SD, Elshebiny YH, Dahniya MH. Spontaneous rupture of the renal pelvis. *Australas Radiol* 2000; 44: 125 - 7.
7. Bogdanovic J, Djovic J, Idjusi S, Popov M, Sekulic V, Stojkov J. Succesful surgical reconstruction of ruptured renal pelvis following blunt abdominal trauma. *Urol. Internat.* 2002 (68) 302 - 304.

Ενδομητρίωση στην ουλή περινεοτομίας. Περιγραφή περίπτωσης

Ιωάννης Κ. Θανασάς, Μαρία Μπουρσιάνη

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσίαση του περιστατικού αφορά στην εμφάνιση ενδομητρίωσης στο περίνεο μετά από φυσιολογικό τοκετό και επούλωση του τραύματος της περινεοτομίας κατά δεύτερο σκοπό λόγω μερικής διάσπασης. Η ασθενής μας έξι μήνες μετά από τον φυσιολογικό τοκετό του δεύτερου παιδιού της προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας αιτιώμενη πόνο, δυσπαρεύνεια, αίσθημα καύσου στην περιοχή του περινέου, καθώς και την παρουσία ενός επώδυνου οζιδίου στο σημείο της ουλής της περινεοτομίας. Μετά τη χειρουργική εξαίρεση της βλάβης η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος ανέδειξε σημεία ενδεικτικά ενδομητρίωσης. Μετεγχειρητικά η ασθενής ανέφερε απαλλαγή από τα συμπτώματα. Δεν συστήθηκε περαιτέρω θεραπευτική παρέμβαση, καθόσον θεωρήθηκε ότι έγινε πλήρης εκτομή της ενδομητρωσικής εστίας από το περίνεο. Στην παρούσα εργασία γίνεται παρουσίαση του περιστατικού και με βάση τα σύγχρονα βιβλιογραφικά δεδομένα επιχειρείται η ανασκόπηση της σπάνιας αυτής εξωπυελικής εντόπισης της νόσου, αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Ενδομητρίωση, ουλή περινεοτομίας, αιτιοπαθογένεια, διάγνωση, αντιμετώπιση

Παραπομπή

Ι. Κ. Θανασάς, Μ. Μπουρσιάνη. Ενδομητρίωση στην ουλή περινεοτομίας. Περιγραφή περίπτωσης. Επιστημονικά Χρονικά 2015; 20(3): 281 - 285

Εισαγωγή

Η ενδομητρίωση είναι μια διηθητική μη νεοπλασματική πάθηση της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία και ανάπτυξη λειτουργικού ιστού παρόμοιου με το ενδομήτριο εκτός της φυσιολογικής κοιλότητας της μήτρας. Η συχνότητα

εμφάνισης της νόσου δεν είναι εύκολο να προσδιορισθεί με ακρίβεια, λόγω της ανομοιογένειας των διαφόρων στατιστικών που οφείλεται κυρίως στις διαφορές των υπό εξέταση πληθυσμών. Γενικά, υπολογίζεται ότι αφορά περίπου στο 2% - 6% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας, σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 60% των γυναικών

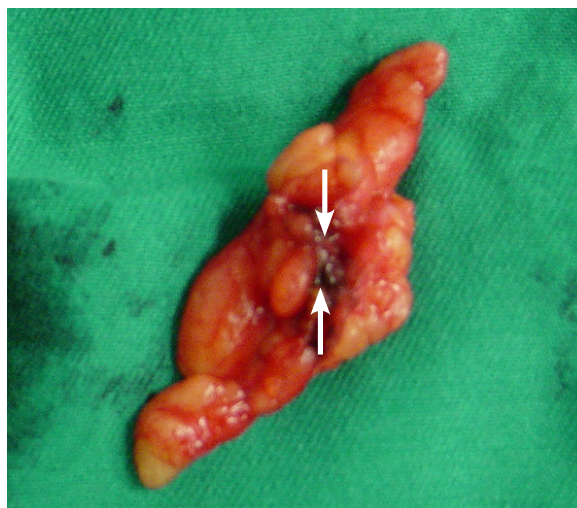
Συγγραφέας επικοινωνίας: Ιωάννης Κ. Θανασάς, E - Mail: thanasasg@hotmail.com

με δυσμηνόρροια και στο 30% και πλέον των υπογόνιμων γυναικών. [1]

Για την αιτιοπαθογένεση της ενδομητρίωσης από το 1919 μέχρι σήμερα έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες, χωρίς όμως καμία να μπορεί να ερμηνεύσει πλήρως και ικανοποιητικά τους μηχανισμούς εκδήλωσης της νόσου. Οι παλαιότερες και οι πιο επικρατέστερες κλασικές αιτιοπαθογενετικές θεωρίες, όπως της μεταπλασίας του ορογόνου πετάλου του περιτοναίου, της διασποράς και εμφύτευσης ενδομητρίωσιου ιστού στην περιτοναϊκή κοιλότητα και της επαγωγής, αν και εξηγούν πολλές μορφές ενδομητρίωσης δεν μπορούν ωστόσο να διαφωτίσουν πλήρως την αιτιοπαθογένεια της νόσου. [2] Η ενδομητρίωση συνήθως εντοπίζεται στα σπλάχνα της πυέλου και το περιτόναιο. Σπανιότερα, είναι δυνατό να βρεθούν και εξωπυελικές εντοπίσεις σε κάθε ιστό και όργανο του γυναικείου οργανισμού, συμπεριλαμβανομένων την ουλή περινεοτομίας, την ουλή λαπαροτομίας, το αιδοίο, το ουροποιητικό σύστημα κ.ά. [3] Η ενδομητρίωση του περινέου θεωρείται μία από τις σπανιότερες εξωπυελικές εντοπίσεις της νόσου και υπολογίζεται ότι αφορά στο 0.3% του συνολικού αριθμού των περιπτώσεων ενδομητρίωσης. [4]

Περιγραφή περίπτωσης

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε ασθενή αναπαραγωγικής ηλικίας 29 ετών η οποία προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας αιτιώμενη πόνο, δυσπαρέυνεια και αίσθημα καύσου στην ουρογεννητική περιοχή. Τα συμπτώματα χρονολογήθηκαν από πέντε μήνες περίπου, ένα μήνα μετά από τη γέννηση του δεύτερου παιδιού της με φυσιολογικό τοκετό. Με την πάροδο του χρόνου ανέφερε προοδευτική επιδείνωση της κατάστασής της, χωρίς να περιγράφει κνησμό ή κολπική υπερέκκριση. Οι πληροφορίες που ελήφθησαν από το ιστορικό πιστοποίησαν την εκτέλεση φυσιολογικού τοκετού προ εξαμήνου με αριστερή μεσοπλάγια περινεοτομία και τη μερική διάσπαση του τραύματος τέσσερις ημέρες αργότερα, για την οποία αποφασίσθηκε η επούλωση κατά δεύτερο σκοπό υπό αντιβιοτική κάλυψη. Κατά την κλινική εξέταση του γεννητικού συστήματος το μόνο παθολογικό εύρημα ήταν ένα μικρό οζίδιο μεγίστης διαμέτρου μικρότερης του μισού εκατοστού στα όρια του προδρόμου του κόλπου και του περινέου, χρώματος ερυθρού, σκληρής σύστασης και επώδυνο κατά την ψηλάφηση. Η εξέταση του κολπικού εκκρίματος ήταν αρνητική για παθολόγους μικροοργανισμούς. Η βλάβη αρχικά αποδόθηκε



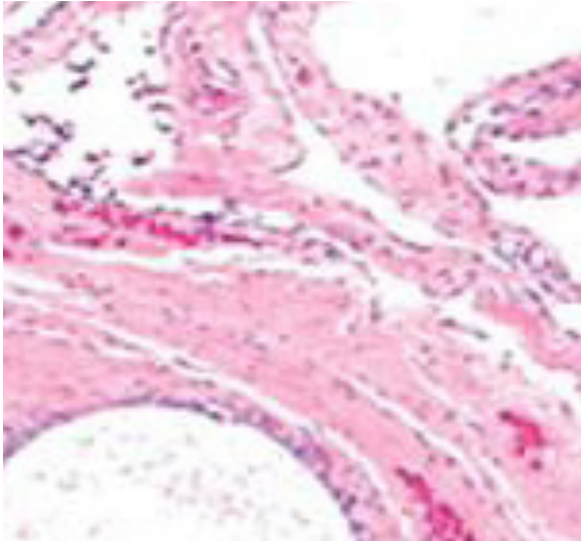
Εικόνα 1. Μακροσκοπική όψη έκτοπου ενδομητρίωσιου ιστού (άσπρα βέλη) στην ουλή περινεοτομίας μετά από κολπικό τοκετό (δικό μας περιστατικό)

στην ανάπτυξη κοκκιωματώδους ιστού, λόγω του ιστορικού της επούλωσης του τραύματος και δόθηκε τοπική αντιβιοτική θεραπεία, σύσταση για τη χορήγηση ήπιας αναλγητικής αγωγής, αποφυγή σεξουαλικών επαφών και οδηγία για επανεξέταση σε μία εβδομάδα. Δέκα ημέρες αργότερα η μη βελτίωση της κατάστασης της ασθενούς οδήγησε στην απόφαση για την χειρουργική εξαίρεση της βλάβης (**εικόνα 1**). Η ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος ανέδειξε την παρουσία κοκκιωματώδους ιστού με στοιχεία ενδεικτικά ενδομητρίωσης (**εικόνα 2**).

Μετεγχειρητικά η ασθενής ανέφερε απαλλαγή των συμπτωμάτων της. Η επούλωση του τραύματος της περινεοτομίας ήταν άριστη. Τα επίπεδα του καρκινικού αντιγόνου 125 στον ορό του αίματος ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος της πυέλου δεν ανέδειξε σημεία συνυπάρχουσας πυελικής νόσου. Δεν συστάθηκε περαιτέρω θεραπευτική παρέμβαση, καθώς θεωρήθηκε ότι έγινε πλήρης εκτομή της ενδομητρίωσικής εστίας από το περίνεο.

Συζήτηση

Η ενδομητρίωση του περινέου αποτελεί μία από τις σπανιότερες εξωπυελικές εντοπίσεις της νόσου και σχεδόν πάντα σχετίζεται με προηγούμενη περινεοτομία. Εκτός από μια περίπτωση αυτόματης εκδήλωσης περινεϊκής ενδομητρίωσης που περιγράφηκε στην διεθνή βιβλιογραφία, σε όλες τις άλλες περιπτώσεις η ενδομητρίωση στο περίνεο φαίνε-



Εικόνα 2. Μικροσκοπική εικόνα έκτοπου ενδομητριοειδούς ιστού στην ουλή περινεοτομίας (δικό μας περιστατικό).

ται να είναι ιατρογενούς προέλευσης, καθώς εντοπίζεται στην ουλή της περινεοτομίας μετά από φυσιολογικό τοκετό. [5] Ο Zhu και οι συνεργάτες του στη μελέτη τους που περιελάμβανε το σύνολο των γεννήσεων για μια περίοδο 18 ετών (1983 - 2000) διαπίστωσαν ότι μετά από περινεοτομία για την αποπεράτωση του τοκετού η περινεϊκή ενδομητρίωση αφορά στο 0.0087% των περιπτώσεων και στο 0.37% του συνολικού αριθμού των περιπτώσεων ενδομητρίωσης. [6] Η διάσπαση του τραύματος της περινεοτομίας (όπως και στη δική μας περίπτωση) και η συνεχής έκθεση του ανοικτού τραύματος με τα λόγια είναι δυνατόν να εξηγήσουν την ανάπτυξη ενδομητρίωσης στο περίνεο με τη θεωρία της διασποράς και εμφύτευσης των κυττάρων του ενδομητρίου που βρίσκονται στα λόγια. Επιπλέον, θεραπευτικοί χειρουργικοί χειρισμοί που είναι δυνατό να συνοδεύουν τον κολπικό τοκετό με επισιοτομία, όπως είναι η μαιευτική απόξεση και η δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα φαίνεται να προδιαθέτουν στην εμφάνιση της νόσου. Σε παλαιότερη μελέτη ο Paull και οι συνεργάτες του σε μια σειρά 2028 φυσιολογικών τοκετών ανέφεραν 15 περιπτώσεις περινεϊκής ενδομητρίωσης σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε περινεοτομία και μαιευτική απόξεση. Η αυξημένη επίπτωση της νόσου μετά από μαιευτική απόξεση πιθανότατα ερμηνεύεται από το γεγονός ότι περισσότερα βιώσιμα κύτταρα από τη βασική ζώνη του ενδομητρίου εμφυτεύονται στο σημείο της ανοικτής περινεοτομίας. [7]

Η διάγνωση δεν είναι εύκολη και πολλές φορές τίθεται καθυστερημένα. Τα συμπτώματα στην ενδομητρίωση του περινέου δεν είναι ειδικά και συχνά εμφανίζονται μετά από μήνες (δική μας περίπτωση) ή και χρόνια από τον τοκετό. Τα κυρίαρχα συμπτώματα είναι ο πόνος στο περίνεο και η δυσπαρέυνεια, η ένταση και η διάρκεια των οποίων ποικίλει σημαντικά από περίπτωση σε περίπτωση. Ο πόνος μπορεί να είναι περιοδικός και σπανιότερα συνοδεύεται από κνησμό στην περιοχή του περινέου. Η αιμορραγία από το σημείο της βλάβης ή η αιμορραγία από το ορθό σε περίπτωση συμμετοχής του σφιγκτήρα του πρωκτού αποτελούν σπανιότερες εκδηλώσεις της νόσου. [8,9] Η βλάβη αναπτύσσεται αργά με τη μορφή ψηλαφητής επώδυνης μάζας, ερυθρού χρώματος στο σημείο της ουλής της περινεοτομίας, το μέγεθος της οποίας κυμαίνεται από λίγα χιλιοστά μέχρι 2 - 3 εκατοστά. Σε σπάνιες περιπτώσεις η νόσος είναι δυνατόν να εκδηλωθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. [10]

Παρόλο που η διάγνωση της περινεϊκής ενδομητρίωσης προεγχειρητικά βασίζεται αυστηρά στο γυναικολογικό/μαιευτικό ιστορικό και την κλινική εξέταση [11] δεν αμφισβητείται η χρησιμότητα των απεικονιστικών διαγνωστικών μεθόδων. Το διορθικό υπερηχογράφημα κυρίως, και ο διακολπικός/διακοιλιακός υπερηχογραφικός έλεγχος της πυέλου συμπληρωματικά, αλλά και η αξονική τομογραφία και η μαγνητική τομογραφία αποτελούν χρήσιμα εργαλεία στη διαγνωστική διερεύνηση της νόσου. [12] Με το διορθικό υπερηχογράφημα είναι δυνατόν να διαπιστωθεί η παρουσία μάζας μικτής ηχογένειας που αντιστοιχεί στον σχηματισμό ενδομητρίωματος, όταν η νόσος αφορά στην περιπτωκτική περιοχή μετά από τη ρήξη του σφιγκτηριακού μηχανισμού κατά τον τοκετό. [13] Παρά το γεγονός ότι ο υπερηχογραφικός έλεγχος δεν μπορεί να ανιχνεύσει τις περιτοναϊκές ενδομητριοειδείς εμφυτεύσεις, η χρήση της διακολπικής υπερηχογραφίας σήμερα είναι χρήσιμη στην διερεύνηση των δομών της πυέλου για τη διαπίστωση της συνύπαρξης πυελικής νόσου. [14] Επιπλέον, τα υπερηχογραφικά ευρήματα ενδομητρίωσης μη συχνής εντόπισης, όπως είναι του κοιλιακού τοιχώματος, της σκωληκοειδούς απόφυσης, του περινέου και της ουροδόχου κύστης μπορούν να βοηθήσουν στη δύσκολη διαγνωστική προσέγγιση της νόσου και στον σχεδιασμό της καταλληλότερης θεραπευτικής αντιμετώπισης. [15]

Η ευρεία χειρουργική εκτομή της ενδομητριοειδούς εστίας του περινέου στην πλειονότητα των περιπτώσεων είναι αποτελεσματική και αποτελεί τη θεραπεία εκλογής. Επιπλέον

ον, εξασφαλίζει την επιβεβαίωση της διάγνωσης (δική μας περίπτωση) και αποκλείει τον κίνδυνο κακοήθους εξαλλαγής της βλάβης. [16, 17] Τα αποτελέσματα από τη θεραπεία με ορμονικά σκευάσματα (νταναζόλη) που κατά καιρούς έχουν χρησιμοποιηθεί δεν είναι ενθαρρυντικά. Η συντηρητική θεραπεία φαίνεται να προσφέρει μόνο προσωρινή ανακούφιση από τα συμπτώματα της νόσου. [18] Σε περίπτωση εκτεταμένης βλάβης με επέκταση στο ορθό και τον σφιγκτηριακό μηχανισμό η ανατομική αποκατάσταση του σφιγκτήρα μετά την εξαίρεση του ενδομητρίωματος από ειδική χειρουργική ομάδα κρίνεται απαραίτητη και φαίνεται να έχει πολύ καλά λειτουργικά αποτελέσματα. [19, 20] Ο προσδιορισμός των επιπέδων του καρκινικού αντιγόνου 125 (Ca_{125}) δεν φαίνεται να βοηθάει στη διάγνωση ή την μετεγχειρητική παρακολούθηση της νόσου. Πρόσφατα, ο

Wang και οι συνεργάτες του στη μελέτη τους που περιελάμβανε 30 ασθενείς με περινεϊκή ενδομητρίωση για μια περίοδο 25 ετών (1983 - 2006) δεν διαπίστωσαν σε καμία περίπτωση αύξηση των επιπέδων του Ca_{125} προ ή μετά της θεραπείας. [4] Παρόλα αυτά όμως, τα αυξημένα επίπεδα του Ca_{125} πρέπει να αποτελούν δείκτη κακοήθειας της νόσου που χρήζει άμεσης διερεύνησης, καθώς έχουν αναφερθεί στην βιβλιογραφία περιπτώσεις κακοήθους εξαλλαγής εκτοπικών ενδομητρίων ιστών στο περίνεο. [21, 22]

Τέλος, νέες θεραπευτικές τεχνικές που σκοπεύουν στη μείωση της αγγείωσης του έκτοπου ενδομητρικού ιστού έχουν προταθεί και αναμένεται μελλοντικά να διευρύνουν τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές ως προς την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της ενδομητρίωσης, και ειδικότερα της πυελικής μορφής της νόσου. [23] ■

ABSTRACT

Perineal endometriosis at the site of episiotomy scar. Case report

Ioannis K. Thanasas, Maria Boursiani

Department of Obstetrics & Gynecology of General Hospital in Trikala

This is a case report of an incident perineal endometriosis after normal vaginal delivery and episiotomy scarring secondary to partial scar tissue disruption. Our patient presented to the outpatient department of our clinic 6 months after the normal delivery of her second child, complaining of pain, dyspareunia, a burning sensation in the perineal area and with a painful nodule over the episiotomy scar. Following the surgical excision of the lesion the histological examination of the surgical specimen provided evidence of endometriosis. The patient reported relief of symptoms after surgery. No additional therapeutic intervention was performed as the excision of the focal endometriosis was considered complete. The present study demonstrates this case report and a review of this unusual non - pelvic localization of the disease regarding the causes, pathogenesis, diagnosis and management, on the basis of the current literature evidence.

KEY WORDS: Endometriosis, episiotomy scar, etiopathogeny, diagnosis, management.



Citation

IK. Thanasas, M. Boursiani. Perineal endometriosis at the site of episiotomy scar. Case report. *Scientific Chronicles* 2015; 20(3): 281 - 285

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ferrero S, Remorgida V, Venturini PL, Bizzarri N. Endometriosis: the effects of dienogest. *BMJ Clin Evid*. 2015 Jun 9; 2015. pii: 0802.
2. Witz CA. Current concepts in the pathogenesis of endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1999; 42: 566 - 585.
3. Machairiotis N, Stylianaki A, Dryllis G, et al. Extrapelvic endometriosis: a rare entity or an under diagnosed condition? *Diagn Pathol*. 2013; 8: 194.
4. Wang HB, Zhu L, Lang JH, et al. Clinical analysis of 30 patients with perineal endometriosis. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2007; 87: 1181 - 1183.
5. Pollack R, Gordon PH, Ferenczy A, Tulandi T. Perineal endometriosis. A case report. *J Reprod Med* 1990; 35: 109 - 112.
6. Zhu L, Lang J, Xin F, et al. Clinical analysis of 11 cases with perineal endometriosis. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2002; 37: 80 - 81.
7. Paull T, Tedeschi LG. Perineal endometriosis at the site of episiotomy scar. *Obstet Gynecol* 1972; 40: 28 - 34.
8. Nasu K, Okamoto M, Nishida M, Narahara H. Endometriosis of the perineum. *J Obstet Gynaecol Res*. 2013; 39: 1095 - 1097.
9. González - Longoria G, Mejia - Ovalle RR, Salinas - Aragon E, et al. Perineal endometriosis with anal external sphincter involvement: a case - report]. *Rev Gastroenterol Mex*. 2011; 76: 173 - 177.
10. McCarthy - Keith DM, Coggins A. Perineal endometrioma occurring during pregnancy: a case report. *J Reprod Med* 2008; 53: 57 - 58.
11. Nisolle M, Alvarez ML, Colombo M, Foidart JM. Endometriosis: from research to clinical practice. *Bull Mem Acad R Med Belg* 2007; 162: 263 - 272.
12. Odobasic A, Pasic A, Iljazovic - Latifagic E, et al. Perineal endometriosis: a case report and review of the literature. *Tech Coloproctol*. 2010; Suppl 1: S25 - 27.
13. McCormick JT, Read TE, Akbari KP, et al. Occult perineal endometrioma diagnosed by endoanal ultrasound and treated by excision: a report of 3 cases. *J Reprod Med* 2007; 52: 733 - 736.
14. Brosens J, Timmerman D, Starzinski - Powitz A, Brosens I. Noninvasive diagnosis of endometriosis: the role of imaging and markers. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2003; 30: 95 - 114.
15. Sung Bin Park, Jeong Kon Kim, Kyoung - Sik Cho. Sonography of endometriosis in infrequent sites. *Inc J Clin Ultrasound* 2008; 36: 91 - 97.
16. Li J, Shi Y, Zhou C, Lin J. Diagnosis and treatment of perineal endometriosis: review of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet*. 2015 (in press).
17. Cai SQ, Zheng M, Man XY. Perineal endometriosis: a case report. *Int J Clin Exp Med*. 2014; 7: 2939 - 2940.
18. Nirula R, Greaney GC. Incisional endometriosis: an under appreciated diagnosis in general surgery. *J Am Coll Surg* 2000; 190: 404 - 407.
19. Barisic GI, Krivokapic ZV, Jovanovic DR. Perineal endometriosis in episiotomy scar with anal sphincter involvement: report of two cases and review of the literature. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17: 646 - 649.
20. Chen N, Zhu L, Lang J, et al. The clinical features and management of perineal endometriosis with anal sphincter involvement: a clinical analysis of 31 cases. *Hum Reprod*. 2012; 27: 1624 - 1627.
21. Kwon YS, Nam JH, Choi G. Clear cell adenocarcinoma arising in endometriosis of a previous episiotomy site. *Obstet Gynecol* 2008; 112: 475 - 477.
22. Chene G, Darcha C, Dechelotte P, et al. Malignant degeneration of perineal endometriosis in episiotomy scar, case report and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer* 2007; 17: 709 - 714.
23. Nisolle M, Alvarez ML, Clombo M, Foidart JM. Pathogenesis of endometriosis. *Gynecol Obstet Fertil* 2007; 35: 898 - 903.