

9^η Εκπαιδευτική Δημερίδα ΕΠΕΓΕ
Αθήνα 24-25 Σεπτεμβρίου 2011

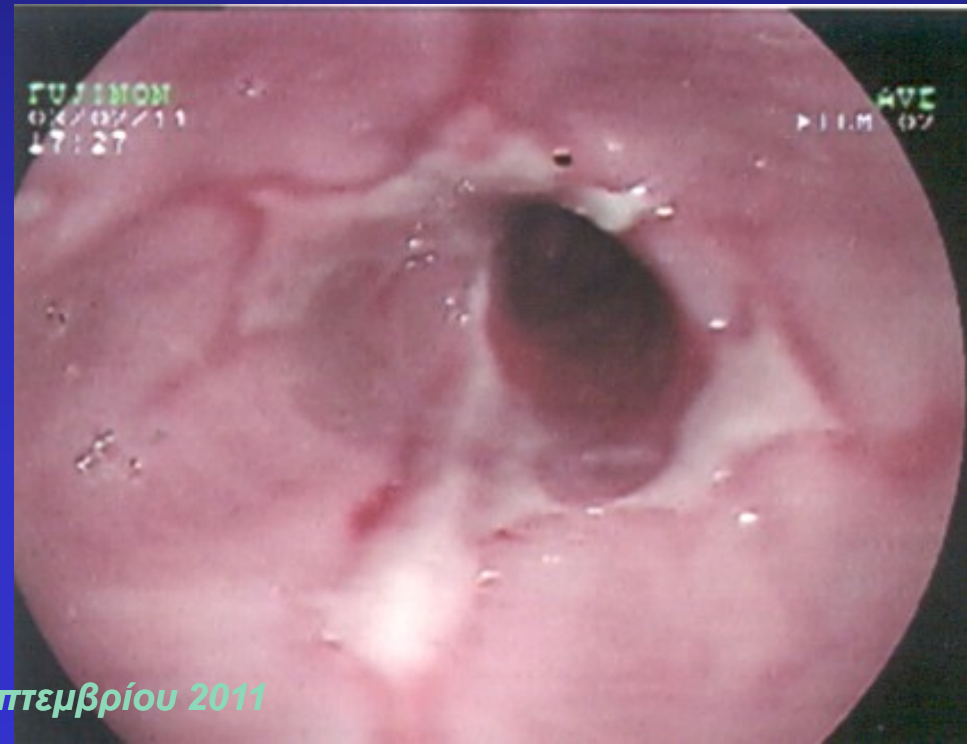


διαστολή οισοφαγικών στενώσεων σχετιζόμενων με ΓΟΠΝ

Απόστολος Μαντίδης
Υποναύαρχος (ΥΙ)
Γαστρεντερολόγος

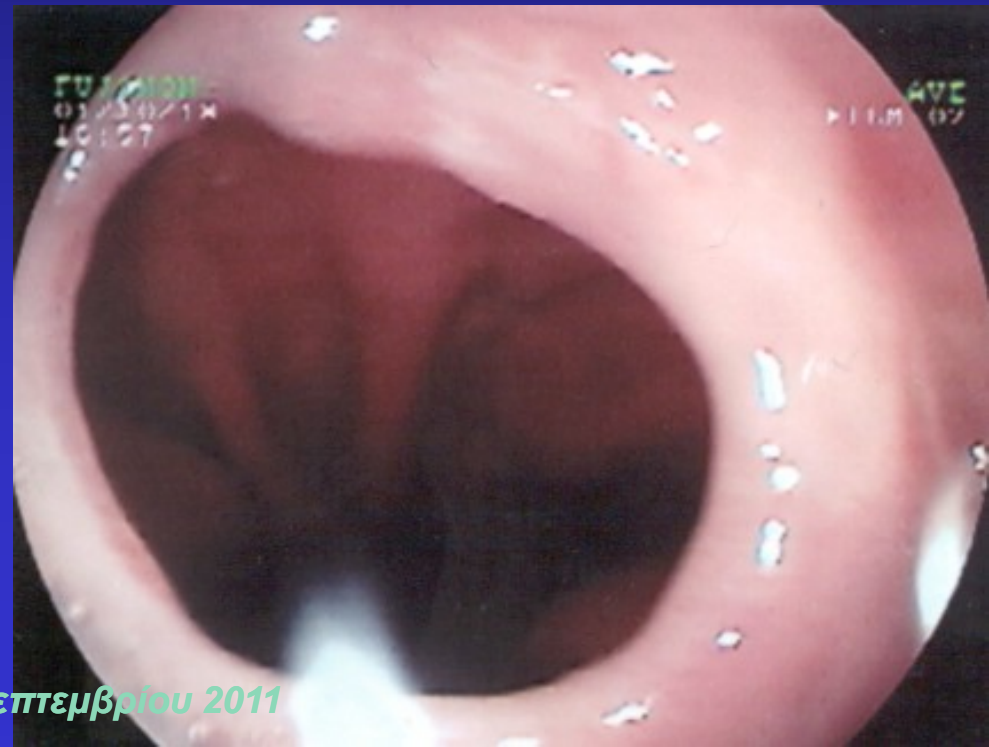
οισοφαγικές στενώσεις σχετιζόμενες με ΓΟΠΝ

- πεπτική στένωση



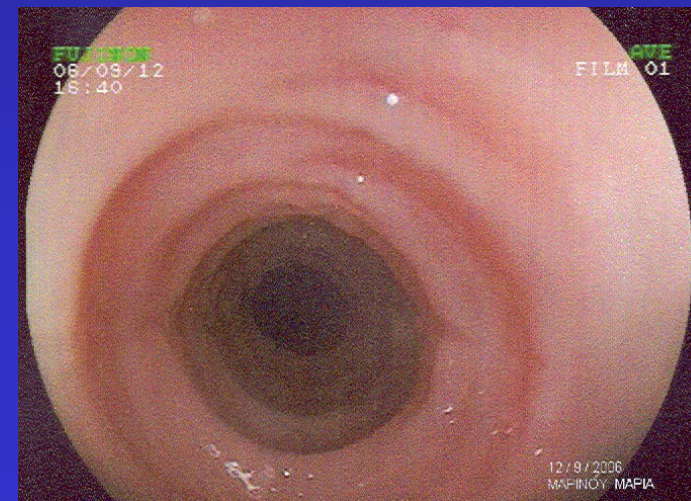
οισοφαγικές στενώσεις σχετιζόμενες με ΓΟΠΝ

- πεπτική στένωση
- κατώτερος οισοφαγικός δακτύλιος



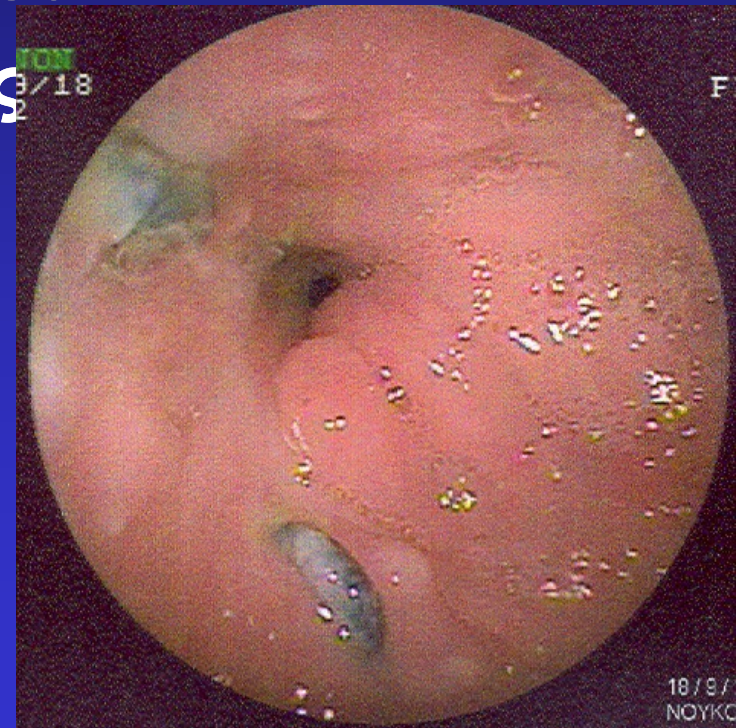
οισοφαγικές στενώσεις σχετιζόμενες με ΓΟΠΝ

- πεπτική στένωση
- κατώτερος οισοφαγικός δακτύλιος
- ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα



οισοφαγικές στενώσεις σχετιζόμενες με ΓΟΠΝ

- πεπτική στένωση
- κατώτερος οισοφαγικός δακτύλιος
- ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα
- αναστομωτικές στενώσεις



οισοφαγικές στενώσεις σχετιζόμενες με ΓΟΠΝ

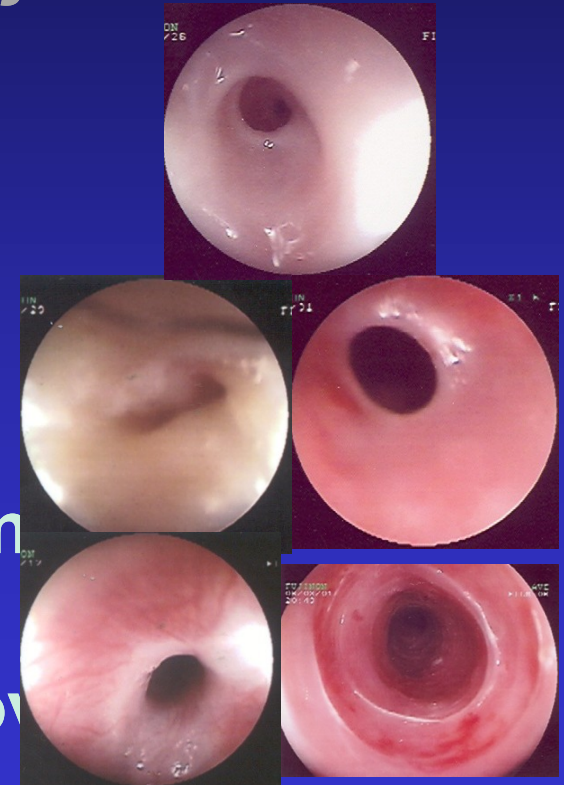
- πεπτική στένωση
- κατώτερος οισοφαγικός δακτύλιος
- ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα
- αναστομωτικές στενώσεις
- κακοήθης στένωση (σε Barrett)



άλλες οισοφαγικές στενώσεις

- πεπτική στένωση
- κατώτερος οισοφαγικός δακτύλιος
- ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα
- αναστομωτικές στενώσεις
- κακοήθης στένωση (σε Barrett)

- καυστική στένωση
- σύνδρομο Plummer – Vinson
- μετακτινική στένωση
- πεμφυγοειδές των βλεννογόνων
- σύνδρομο απόρριψης



θεραπεία καλοήθων οισοφαγικών στενώσεων

η διαστολή είναι
ο μόνος τρόπος θεραπείας

φαρμακευτική η χειρουργική θεραπεία έχουν
ως στόχο την πρόληψη υποτροπής

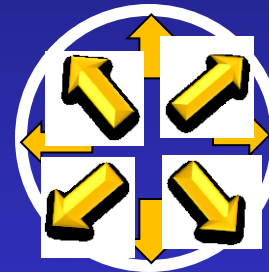
ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ;

βίαιη προοδευτική βλεννογονική ρήξη με άσκηση δύναμης



επιμήκη άξονα

ωθήσεως > μπαλόνια



εγκάρσιο άξονα

ωθήσεως < μπαλόνια

ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ

- επιλογή τεχνικής (διαστολείς ωθήσεως-TTS μπαλόνια)
- διαστολείς ανά συνεδρία
- αριθμός συνεδριών
- τελική διάμετρος διαστολής



ανάλογα με την αιτιολογία και τη φυσική ιστορία των διαφόρων στενώσεων

ΤΥΠΟΙ διαστολέων

διαστολείς ωθήσεως

- χωρίς οδηγό - κηρία υδραργύρου
- με οδηγό: - Eder-Puestow
 - Savary-Gilliard
 - American Endoscopy

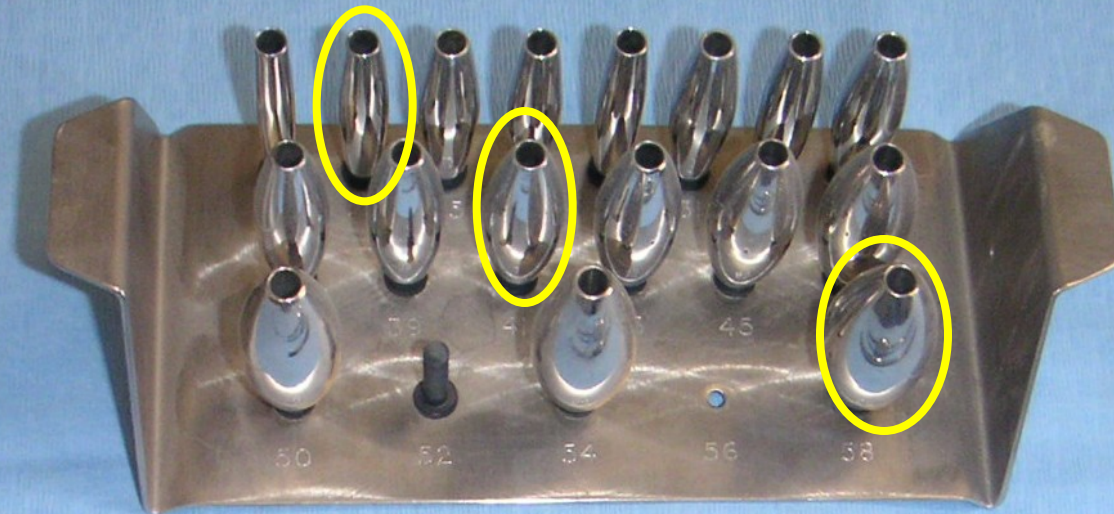
διαστολείς μπαλόνια

- TTS balloons
- υδροστατικοί διαστολείς
- αεροδιαστολείς Rigiflex
- αεροδιαστολείς Witzel

διαστολείς υδραργύρου

- εφαρμόζονται χωρίς οδηγό
- διαστέλλουν με το βάρος τους και λιγότερο με την άσκηση πίεσης
- ακατάλληλοι για ελικοειδή πορεία του αυλού
- κατάλληλοι για «αυτοδιαστολές»

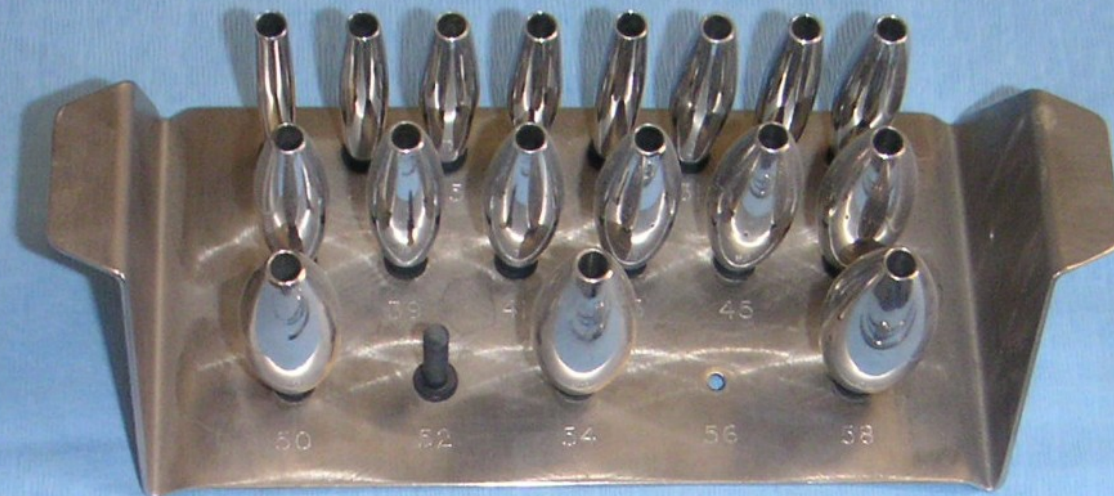
διαστολή οισοφαγικών στενώσεων σχετιζόμενων με ΓΟΠΝ
διαστολείς Eder-Puestow



- μεταλλικές ελαίες προοδευτικά αυξανόμενου μεγέθους



διαστολή οισοφαγικών στενώσεων σχετιζόμενων με ΓΟΠΝ
διαστολείς Eder-Puestow



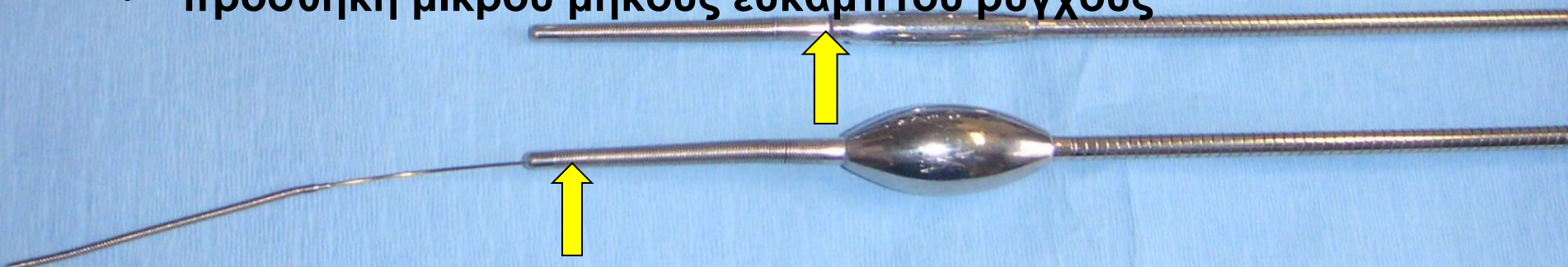
- μεταλλικές ελαίες προοδευτικά αυξανόμενου μεγέθους
- τοποθετούνται επί ημιεύκαμπτου εισαγωγέα



διαστολή οισοφαγικών στενώσεων σχετιζόμενων με ΓΟΠΝ
διαστολείς Eder-Puestow



- μεταλλικές ελαίες προοδευτικά αυξανόμενου μεγέθους
- τοποθετούνται επί ημιεύκαμπτου εισαγωγέα
- προσθήκη μικρού μήκους εύκαμπτου ρύγχους



διαστολή οισοφαγικών στενώσεων σχετιζόμενων με ΓΟΠΝ

διαστολείς Eder-Puestow

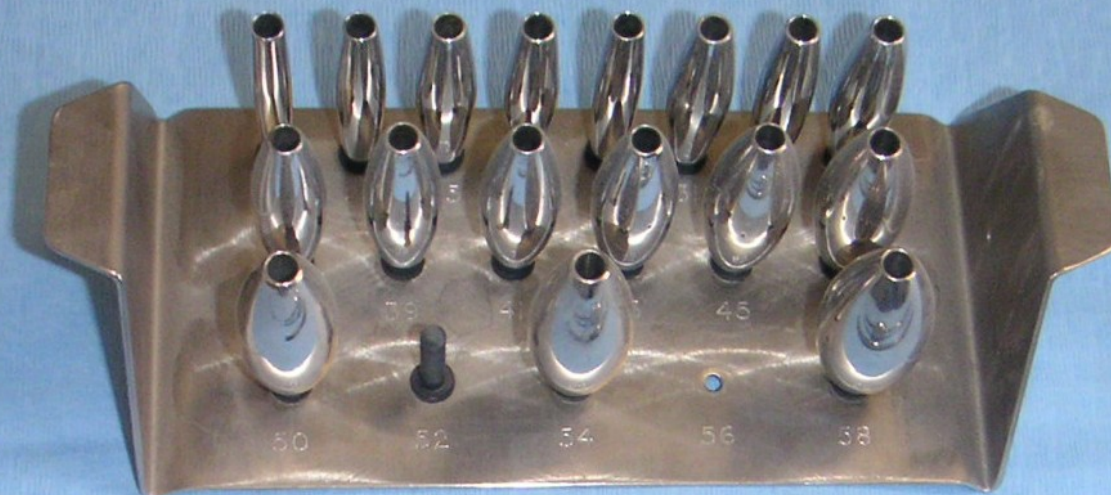


- μεταλλικές ελαίες προοδευτικά αυξανόμενου μεγέθους
- τοποθετούνται επί ημιεύκαμπτου εισαγωγέα
- προσθήκη μικρού μήκους εύκαμπτου ρύγχους
- εφαρμόζονται με οδηγό

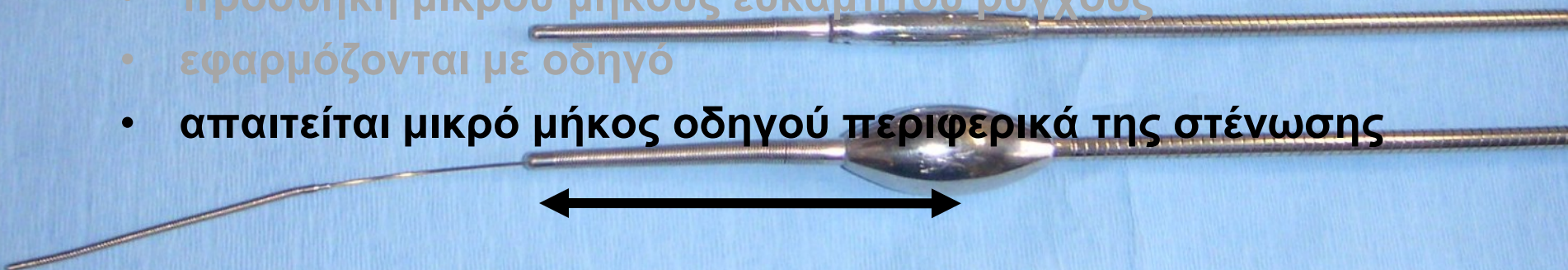


διαστολή οισοφαγικών στενώσεων σχετιζόμενων με ΓΟΠΝ

διαστολείς Eder-Puestow

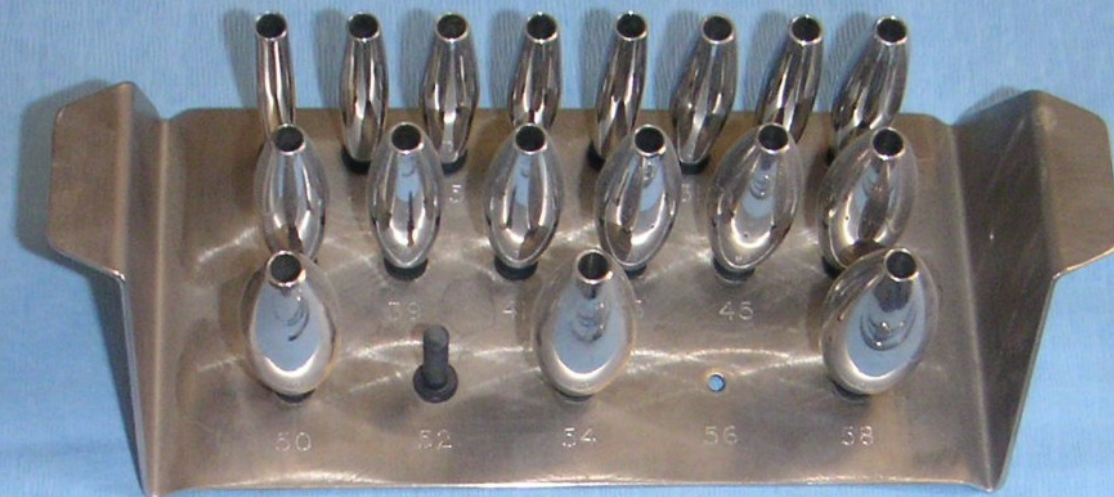


- μεταλλικές ελαίες προοδευτικά αυξανόμενου μεγέθους
- τοποθετούνται επί ημιεύκαμπτου εισαγωγέα
- προσθήκη μικρού μήκους εύκαμπτου ρύγχους
- εφαρμόζονται με οδηγό
- απαιτείται μικρό μήκος οδηγού περιφερικά της στένωσης



διαστολή οισοφαγικών στενώσεων σχετιζόμενων με ΓΟΠΝ

διαστολείς Eder-Puestow



- μεταλλικές ελαίες προοδευτικά αυξανόμενου μεγέθους
- τοποθετούνται επί ημιεύκαμπτου εισαγωγέα
- προσθήκη μικρού μήκους εύκαμπτου ρύγχους
- εφαρμόζονται με οδηγό
- απαιτείται μικρό μήκος οδηγού περιφερικά της στένωσης
- έντονο αίσθημα διόδου από τη στένωση

διαστολείς Savary-Gilliard

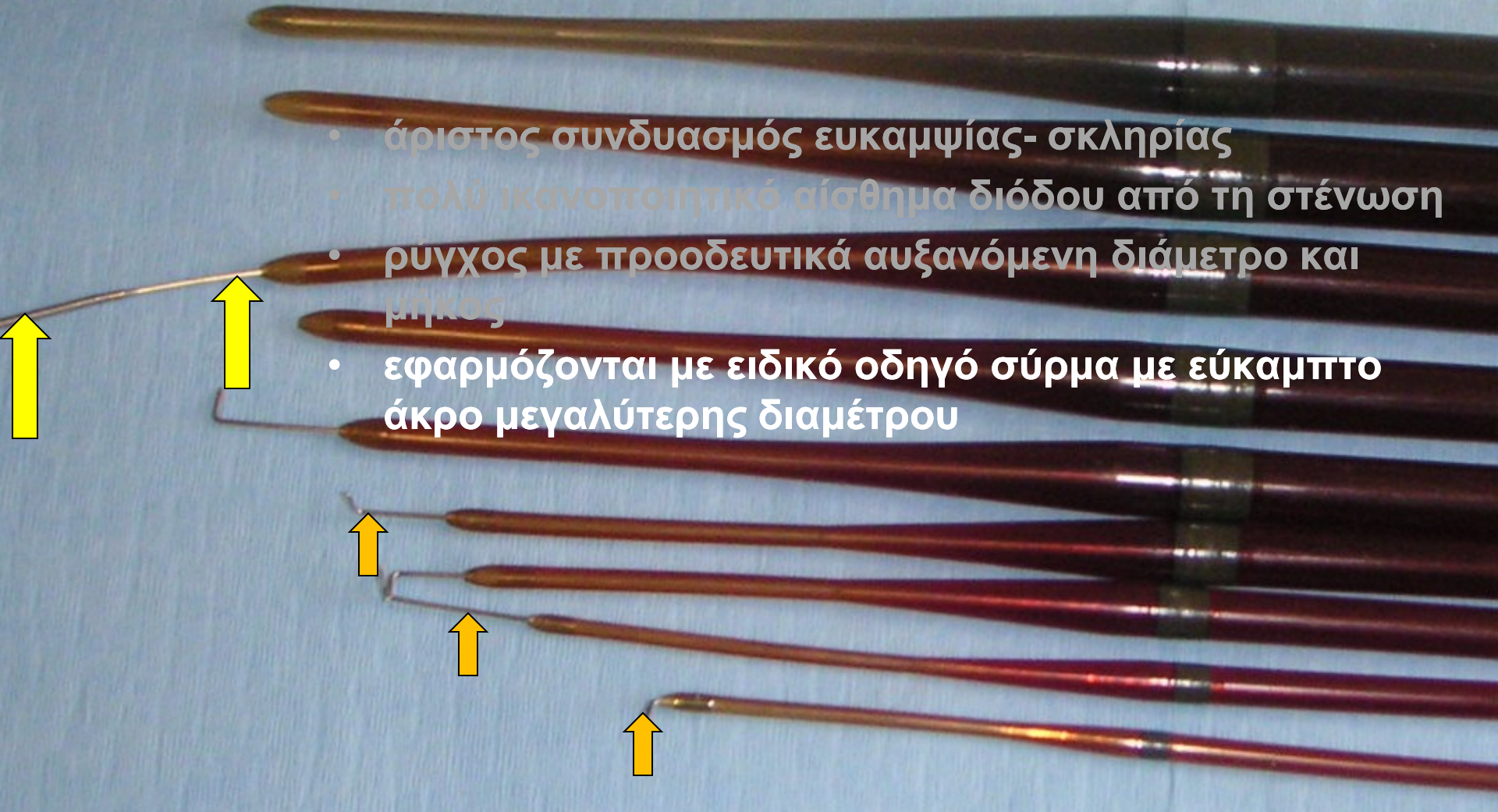
- άριστος συνδυασμός ευκαμψίας- σκληρίας
- πολύ ικανοποιητικό αίσθημα διόδου από τη στένωση

διαστολείς Savary-Gilliard

- άριστος συνδυασμός ευκαμψίας- σκληρίας
- πολύ ικανοποιητικό αίσθημα διόδου από τη στένωση
- ρύγχος με προοδευτικά αυξανόμενη διάμετρο και μήκος

διαστολείς Savary-Gilliard

- άριστος συνδυασμός ευκαμψίας- σκληρίας
- πολύ ικανοποιητικό αίσθημα διόδου από τη στένωση
- ρυγχος με προοδευτικά αυξανόμενη διάμετρο και μήκος
- εφαρμόζονται με ειδικό οδηγό σύρμα με εύκαμπτο άκρο μεγαλύτερης διαμέτρου



διαστολείς Savary-Gilliard

- 
- άριστος συνδυασμός ευκαμψίας- σκληρίας
 - πολύ ικανοποιητικό αίσθημα διόδου από τη στένωση
 - ρυγχος με προοδευτικά αυξανόμενη διάμετρο και μήκος
 - εφαρμόζονται με ειδικό οδηγό σύρμα με εύκαμπτο άκρο μεγαλύτερης διαμέτρου
 - ανάγκη τοποθέτησης μεγάλου μήκους οδηγού σύρματος περιφερικά της στένωσης

διαστολή οισοφαγικών στενώσεων σχετιζόμενων με ΓΟΠΝ



διαστολείς Savary-Gilliard

- 
- άριστος συνδυασμός ευκαμψίας- σκληρίας
 - πολύ ικανοποιητικό αίσθημα διόδου από τη στένωση
 - ρυγχος με προοδευτικά αυξανόμενη διάμετρο και μήκος
 - εφαρμόζονται με ειδικό οδηγό σύρμα με εύκαμπτο άκρο μεγαλύτερης διαμέτρου
 - ανάγκη τοποθέτησης μεγάλου μήκους οδηγού σύρματος περιφερικά της στένωσης
 - διάμετρος 5-18 mm

διαστολείς Savary-Gilliard

- 
- άριστος συνδυασμός ευκαμψίας- σκληρίας
 - πολύ ικανοποιητικό αίσθημα διόδου από τη στένωση
 - ρυγχος με προοδευτικά αυξανόμενη διάμετρο και μήκος
 - εφαρμόζονται με ειδικό οδηγό σύρμα με εύκαμπτο άκρο μεγαλύτερης διαμέτρου
 - ανάγκη τοποθέτησης μεγάλου μήκους οδηγού σύρματος περιφερικά της στένωσης
 - διάμετρος 5-18 mm
 - πολύ μικρό κόστος διαστολής

TTS balloons

- εφαρμόζονται μέσω του καναλιού βιοψίας ενδοσκοπίου με ή χωρίς οδηγό



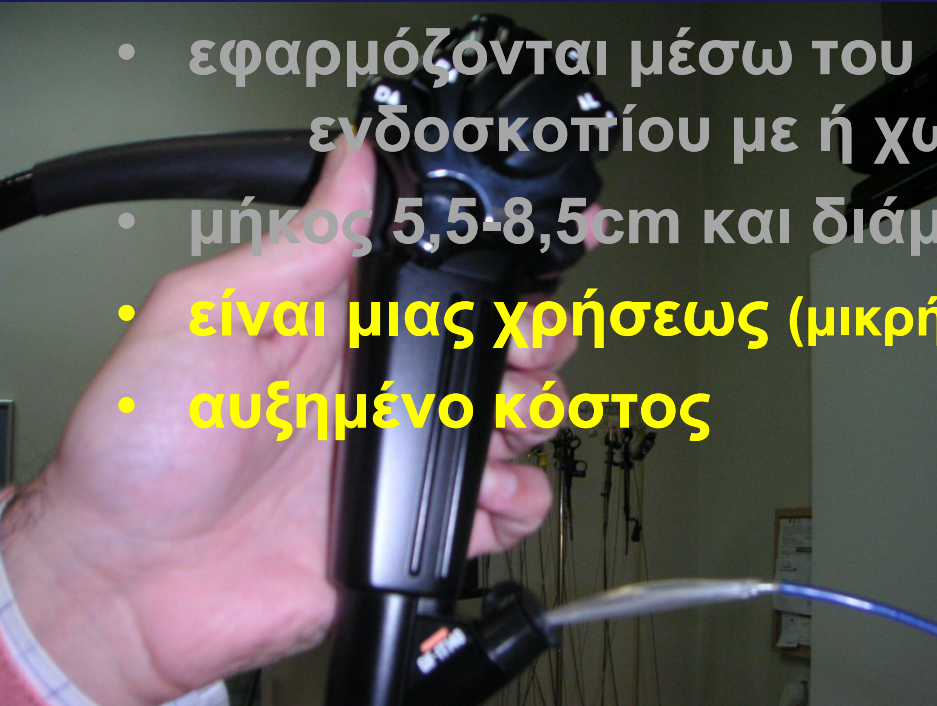
TTS balloons

- εφαρμόζονται μέσω του καναλιού βιοψίας ενδοσκοπίου με ή χωρίς οδηγό
- μήκος 5,5-8,5cm και διάμετρος 8-20 mm



TTS balloons

- εφαρμόζονται μέσω του καναλιού βιοψίας ενδοσκοπίου με ή χωρίς οδηγό
- μήκος 5,5-8,5cm και διάμετρος 8-20 mm
- είναι μιας χρήσεως (μικρή διάρκεια ζωής)
- αυξημένο κόστος



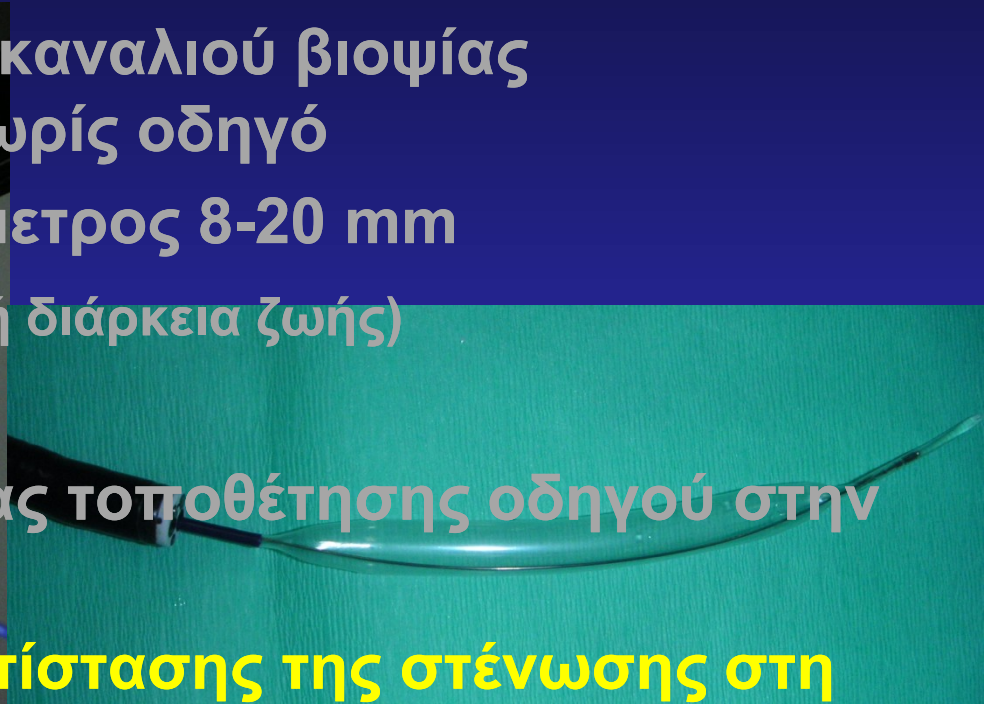
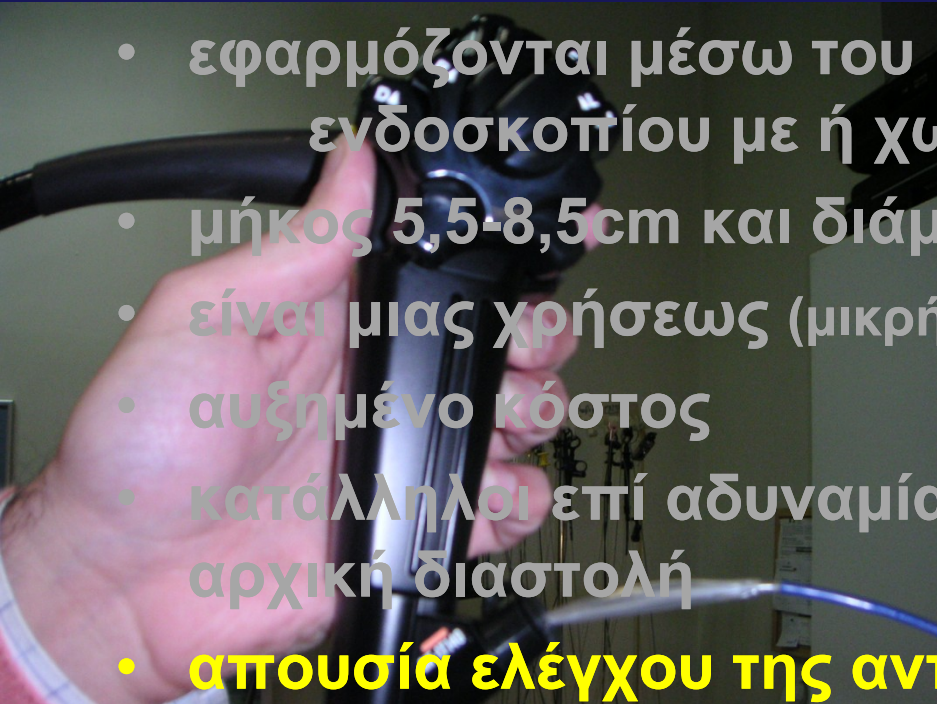
TTS balloons

- εφαρμόζονται μέσω του καναλιού βιοψίας ενδοσκοπίου με ή χωρίς οδηγό
- μήκος 5,5-8,5cm και διάμετρος 8-20 mm
- είναι μιας χρήσεως (μικρή διάρκεια ζωής)
- αυξημένο κόστος
- κατάλληλοι επί αδυναμίας τοποθέτησης οδηγού στην αρχική διαστολή



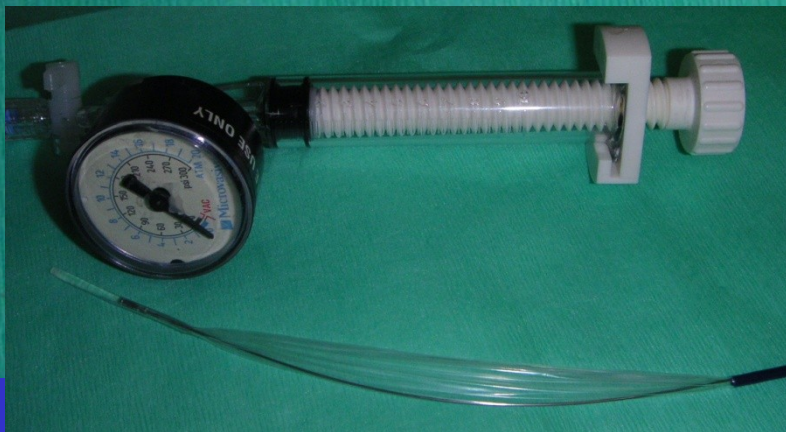
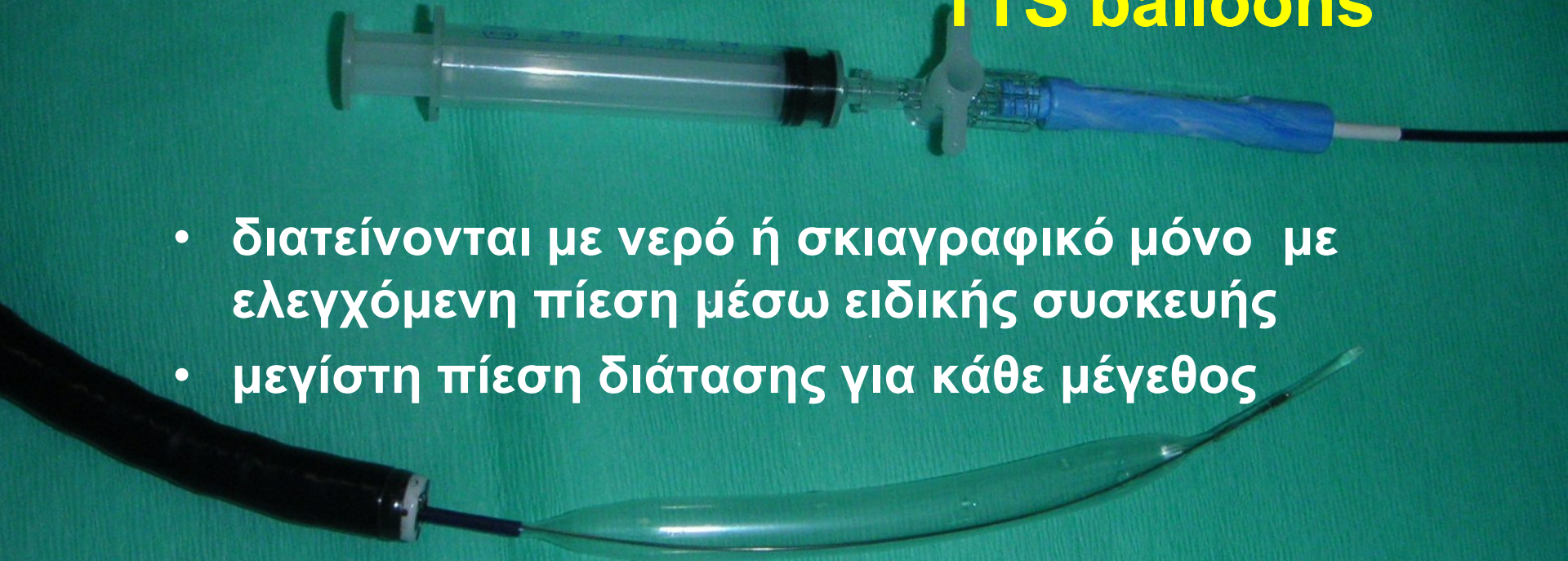
TTS balloons

- εφαρμόζονται μέσω του καναλιού βιοψίας ενδοσκοπίου με ή χωρίς οδηγό
- μήκος 5,5-8,5cm και διάμετρος 8-20 mm
- είναι μιας χρήσεως (μικρή διάρκεια ζωής)
- αυξημένο κόστος
- κατάλληλοι επί αδυναμίας τοποθέτησης οδηγού στην αρχική διαστολή
- **απουσία ελέγχου της αντίστασης της στένωσης στη διαστολή**



TTS balloons

- διατείνονται με νερό ή σκιαγραφικό μόνο με ελεγχόμενη πίεση μέσω ειδικής συσκευής
- μεγίστη πίεση διάτασης για κάθε μέγεθος



τοποθέτηση οδηγού σύρματος

ενδοσκοπική τοποθέτηση σε επαρκές μήκος

- ο ασφαλέστερος τρόπος
- πολύ χρήσιμη η χρήση παιδιατρικού ενδοσκοπίου

τοποθέτηση οδηγού σύρματος

- ενδοσκοπική τοποθέτηση σε επαρκές μήκος
- εισαγωγή «τυφλά» από του στόματος
- προώθηση «τυφλά» μέσω του ενδοσκοπίου

- απαιτείται εμπειρία
- βασίζεται στην:
 - αίσθηση αντίστασης στην προώθηση
 - προσεκτική μέτρηση του μήκους προώθησης

τοποθέτηση οδηγού σύρματος

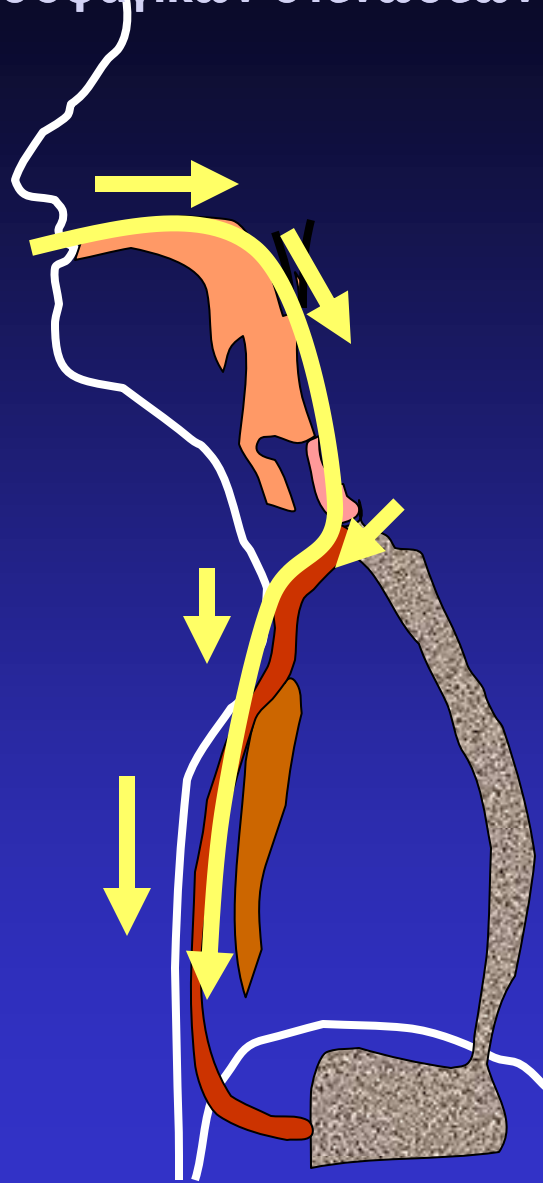
- ενδοσκοπική τοποθέτηση σε επαρκές μήκος
- εισαγωγή «τυφλά» από του στόματος
- προώθηση «τυφλά» μέσω του ενδοσκοπίου
- **ΥΠΟ ΑΚΤΙΝΟΣΚΟΠΙΚΟ ΈΛΕΓΧΟ**

- **απαιτείται εμπειρία**

- **επιβάλλεται σε:**

- αδυναμία άλλου τρόπου ασφαλούς τοποθέτησης
- ελικοειδή πορεία του αυλού
- υποκείμενες γαστρικές επεμβάσεις και
αντικατάσταση οισοφάγου
- πολύ υψηλόσωμα άτομα

διαστολή οισοφαγικών στενώσεων σχετιζόμενων με ΓΟΠΝ

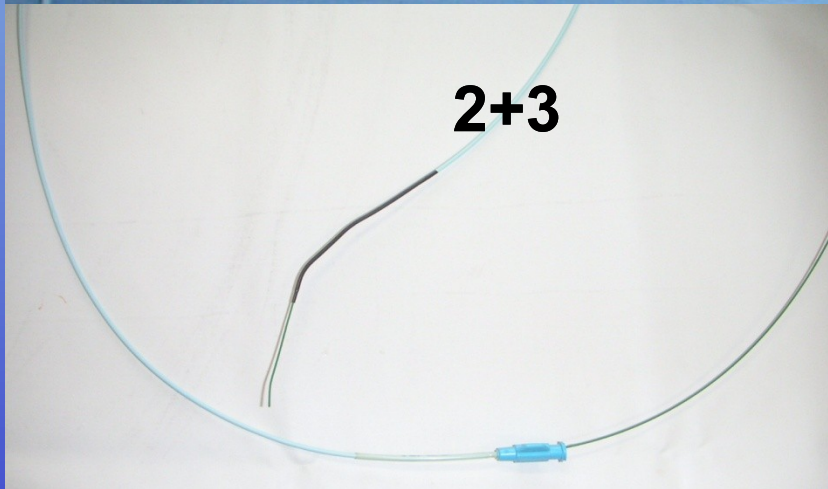


διαστολή οισοφαγικών στενώσεων σχετιζόμενων με ΓΟΠΝ

υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο τοποθέτηση οδηγού σύρματος σε
ελικοειδή αυλό περιφερικά της στένωσης



οδηγό σύρμα Savary, Eder-Puestow



2+3

σκληρό οδηγό σύρμα
(Amplatz Super Stiff)

θηκάρι

2

υδρόφιλο
σύρμα

3

1

2*

θηκάρι

μήκος τοποθέτησης οδηγού σύρματος

- επαρκές ανάλογα με το μήκος του ρύγχους του διαστολέα και τη θέση της στένωσης
- έλεγχος θέσης αν υπάρχει αντίσταση στην προώθηση
- συνεχής διατήρηση του μήκους εισαγωγής κατά τη διαστολή (εμπειρία βοηθού νοσηλεύτη)
- συγκράτηση του σύρματος κατά την απόσυρση του διαστολέα (εμπειρία βοηθού νοσηλεύτη)

διαστολείς ανά συνεδρία διαστολής

- μέχρι το διαστολέα που θα υπάρξει μεγάλη αντίσταση προώθησης
- στην επόμενη συνεδρία έναρξη από τον προτελευταίο διαστολέα της προηγούμενης συνεδρίας

ποιοι οι απαραίτητοι χειρισμοί πριν και μετά διαστολή;

πριν τη διαστολή

- πλήρης διερεύνηση της αιτιολογίας και των παραμέτρων της στένωσης (χρονιότητα, διάμετρος, μήκος,)
- καθορισμός της στρατηγικής διαστολής (αριθμός συνεδριών)
- έναρξη θεραπείας με διπλή δόση PPI
- έλεγχος της καλής κατάστασης του συστήματος διαστολέων
- ενημέρωση του ασθενούς
- κενός οισοφάγος

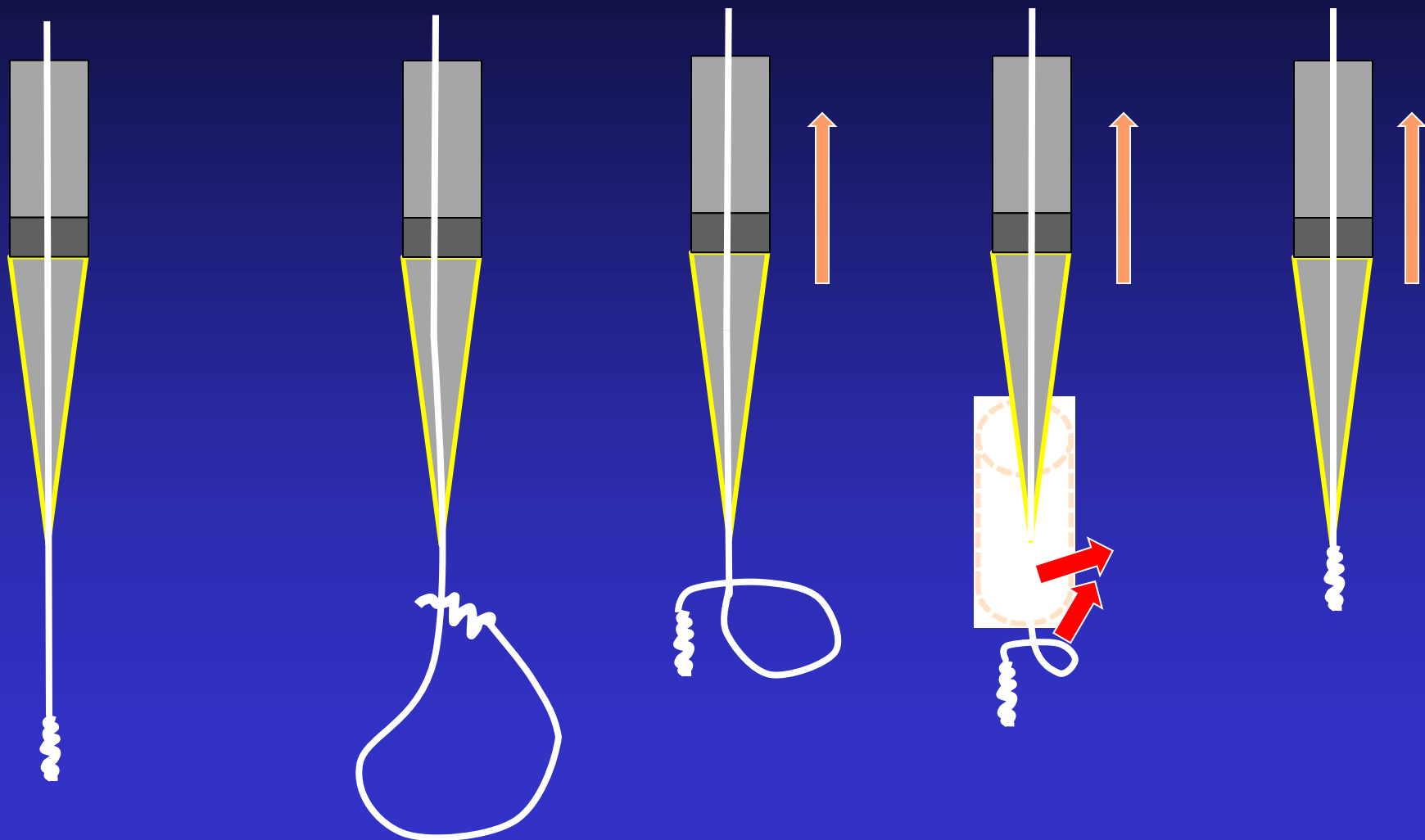
ενέργειες μετά τη διαστολή

- άμεσος ενδοσκοπικός έλεγχος του αποτελέσματος επί της στένωσης και στη θέση τοποθέτησης του οδηγού σύρματος
- κλινική παρακολούθηση για ενδείξεις επιπλοκής
- ακτινολογικός έλεγχος με υδατοδιαλυτό σκιαγραφικό (σε υποψία ή επιβεβαίωση απουσίας ρήξης)
- οδηγίες για σταδιακή επανασίτιση
- φαρμακευτική αγωγή αρχικά με διπλή δόση PPI και περαιτέρω λήψη ανά περίπτωση

ρόλος του νοσηλευτή

- έλεγχος καλής κατάστασης διαστολέων και οδηγού σύρματος
- αποστείρωση των υλικών- παραγγελία νέων
- διάθεση ειδικών υλικών (σύρμα, μεζούρα, λαβίδα)
- συγκράτηση του σύρματος σε σταθερή θέση κατά τη διάρκεια της διαστολής
- απόσυρση του σύρματος πριν την απόσυρση του τελευταίου διαστολέα

ρόλος του νοσηλευτή



ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ;

ΟΙ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΣΧΕΤΙΚΕΣ

- σοβαρή οισοφαγίτιδα
- αιμορραγική διάθεση, αντιπηκτική αγωγή

ΟΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΙΝΑΙ ΣΠΑΝΙΕΣ ΜΕ ΣΩΣΤΗ ΤΕΧΝΙΚΗ

- διάτρηση (πλήρης - ατελής)
- υποβλεννογόνιο αιμάτωμα
- αιμορραγία
- μικροβιαιμία
- οδυνοφαγία και σπανιότερα πόνος

Ronald J, et al. J Clin Gastroenterol 2002;35:117-126

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΔΙΑΣΤΟΛΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΩΝ ΣΤΕΝΩΣΕΩΝ

διάτρηση-ρήξη

0,1 - 0,4%

ο κίνδυνος εξαρτάται από:

ΚΑΥΣΤΙΚΕΣ ΣΤΕΝΩΣΕΙΣ
διάτρηση 17,4%
69,4% στις 3 πρώτες
συνεδρίες
J Cardiovasc Surg 1998

- **ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΙΣΤΗ**
- **ΤΗ ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ**
- **ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΔΙΑΣΤΟΛΕΑ**
- **ΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΔΙΑΜΕΤΡΟΣ ΔΙΑΣΤΟΛΕΑ**

- **χωρίς οδηγό**
- **μπαλόνι=κηρία**
(Scolapio Js et al. Gastrointest
Endosc 1999)

- **κακοήθειες**
- **καυστικές**
- **μετακτινικές, PDT**
- **φλεγμονώδεις**
- **διατοιχωματικές**
- **ελικοειδείς**
- **μακρές**

**πρωτόκολλο
προοδευτικής
διαστολής**

Ronald J, et al. J Clin Gastroenterol 2002;35:117-126

επιπλοκές διαστολής οισοφαγικών στενώσεων

διάτρηση-ρήξη

ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΞΑΡΤΩΝΤΑΙ ΑΠΟ:

πλήρης
μέγεθος

ενδοθωρακική

- τη θέση της διάτρησης
- το είδος της διάτρησης
- το οισοφαγικό περιεχόμενο
- την έγκαιρη διάγνωση
- την άμεση θ

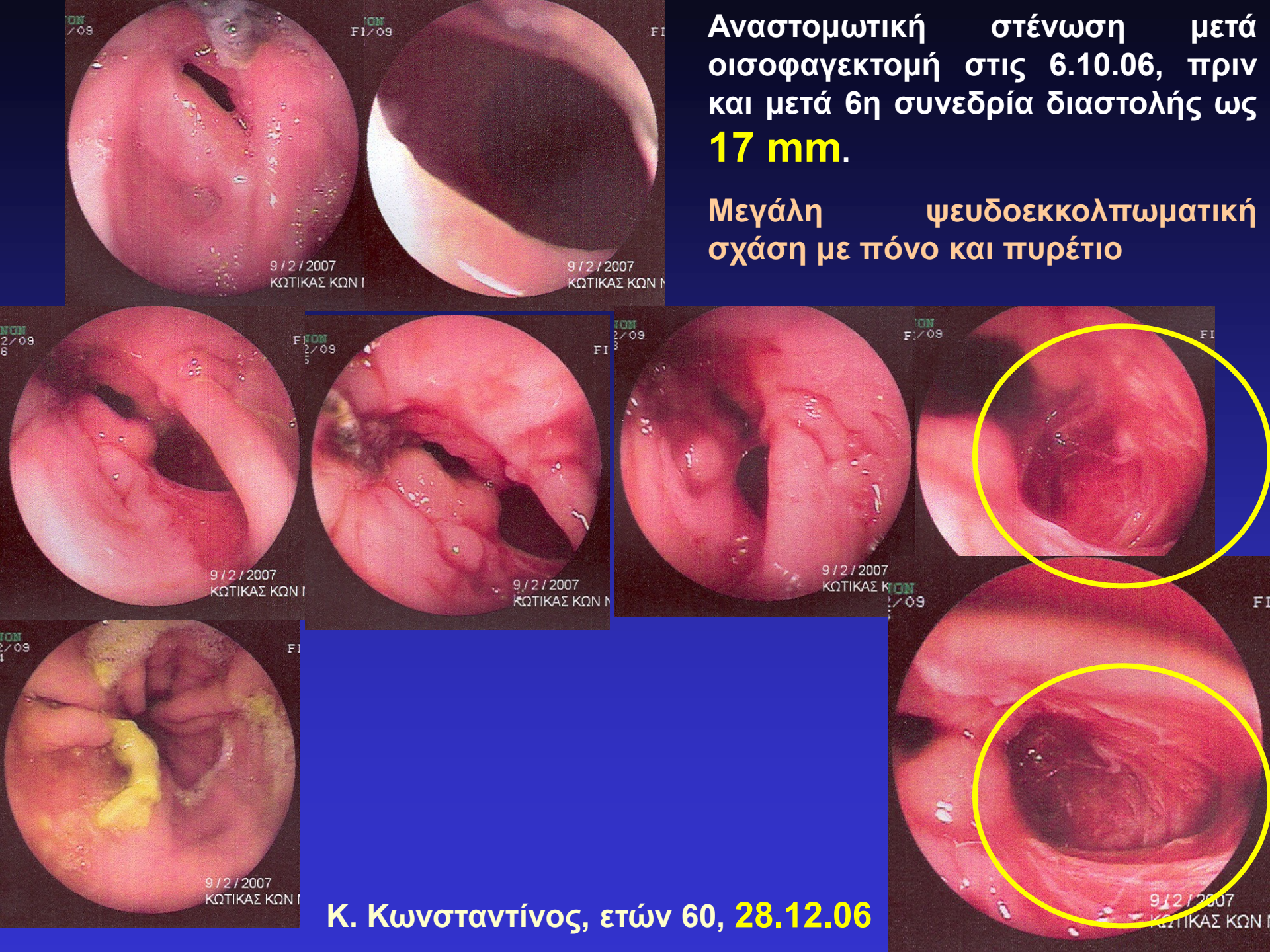
θνητότητα
μεσοθωρακίτιδας
>70%

- άμεσος ενδοσκοπικός έλεγχος του αποτελέσματος
- ακτινοσκοπικός έλεγχος με υδατοδιαλυτό σκιαγραφικό σε υποψία διάτρησης
- παρακολούθηση των ζωτικών σημείων τις επόμενες ώρες
- πολύ αργή σταδιακή επανασίτιση

Ronald J, et al. J Clin Gastroenterol 2002;35:117-126

Αναστομωτική στένωση μετά
οισοφαγεκτομή στις 6.10.06, πριν
και μετά 6η συνεδρία διαστολής ως
17 mm.

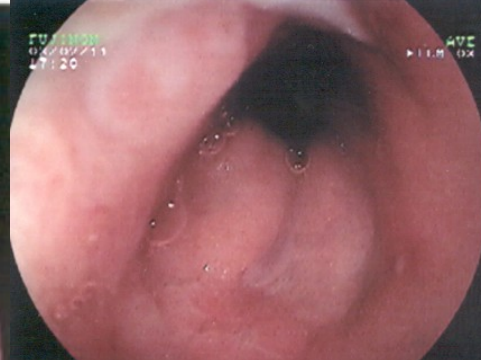
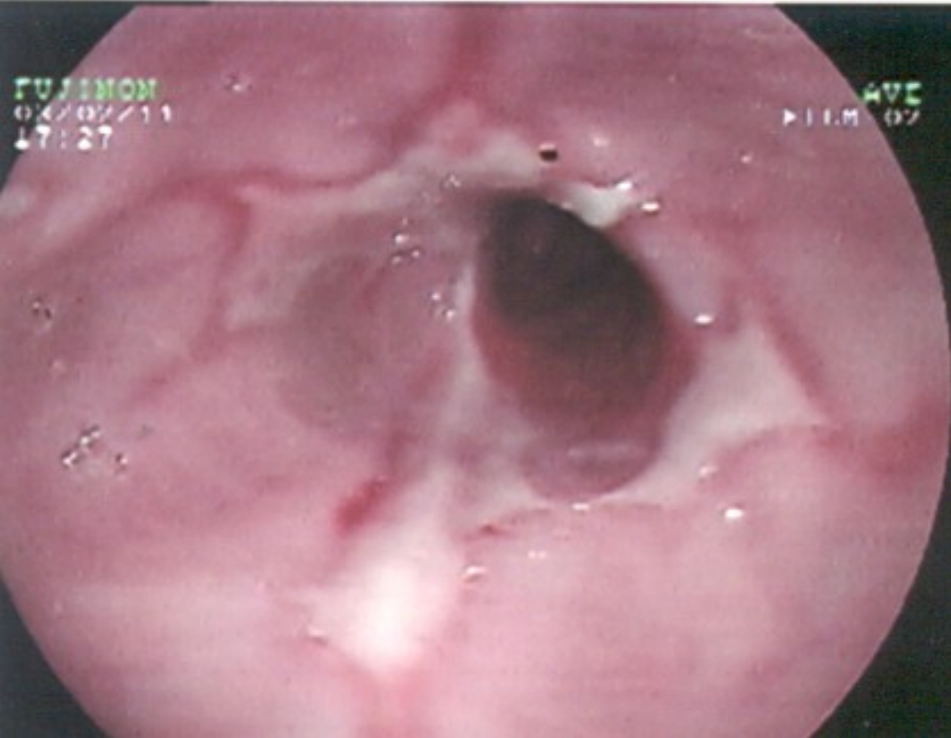
Μεγάλη ψευδοεκκολπωματική
σχάση με πόνο και πυρέτιο



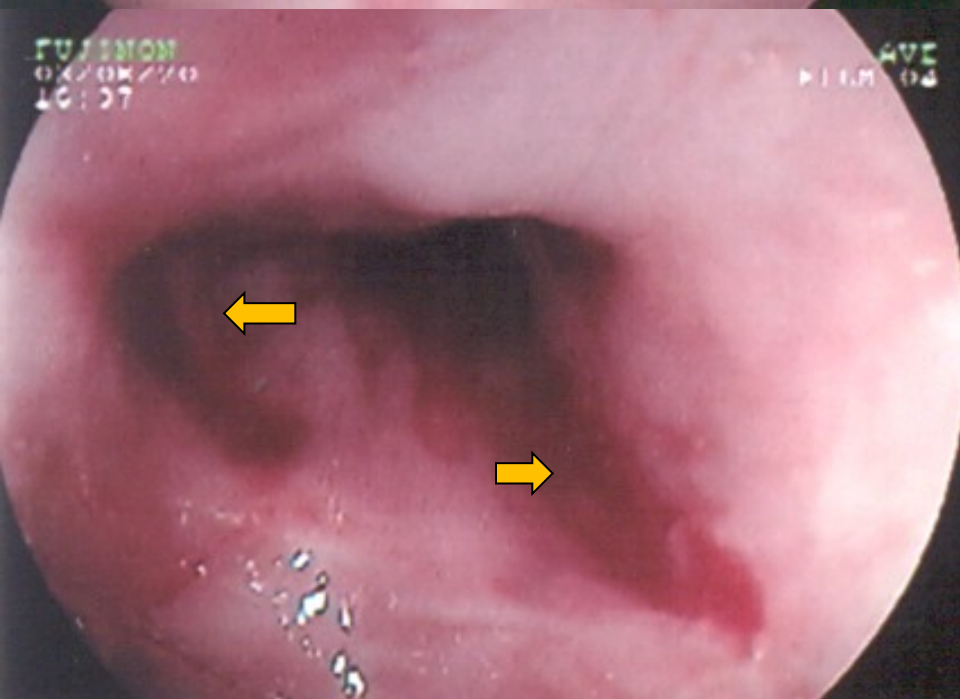
Κ. Κωνσταντίνος, ετών 60, **28.12.06**

ποια η αποτελεσματικότητα της διαστολής;

σχεδόν απόλυτη αποτελεσματικότητα σε βαθμό που η δυσφαγία να μην επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών

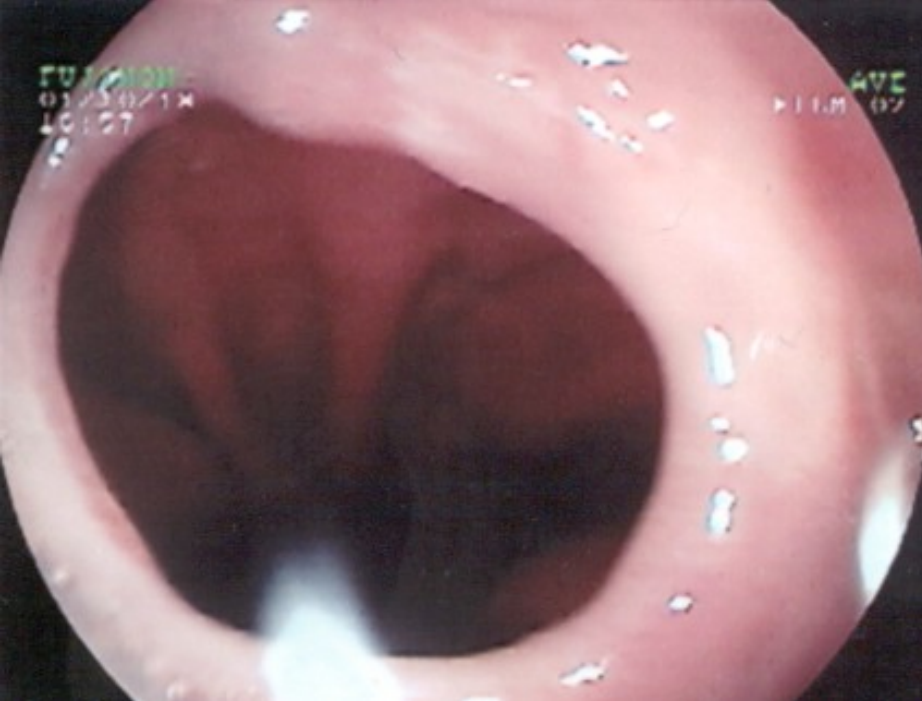


προ διαστολής

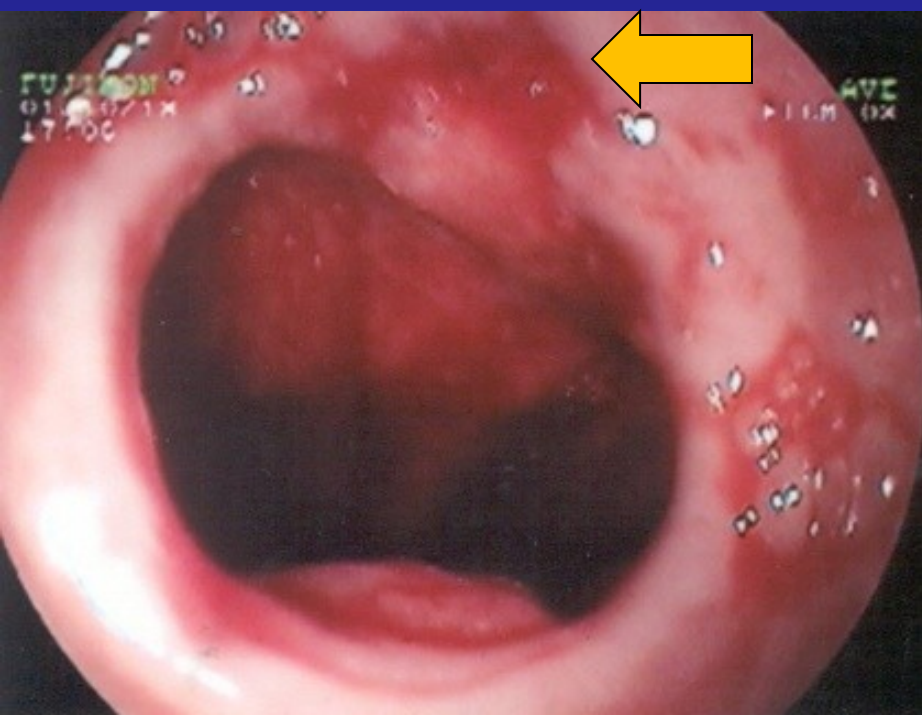


μετά διαστολή

Τσ. Διονύσιος, 64 ετών,
11.2.03

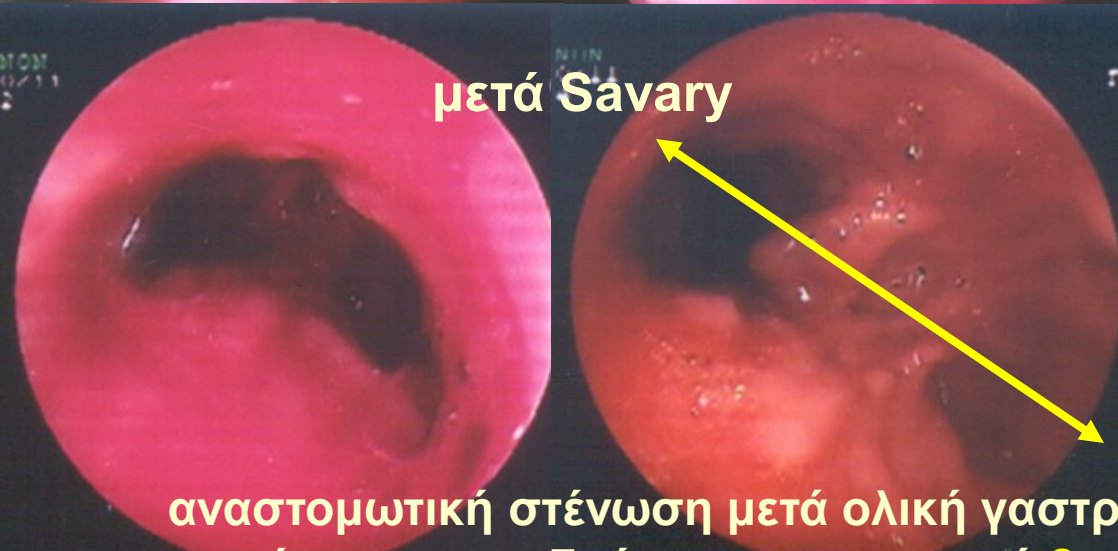
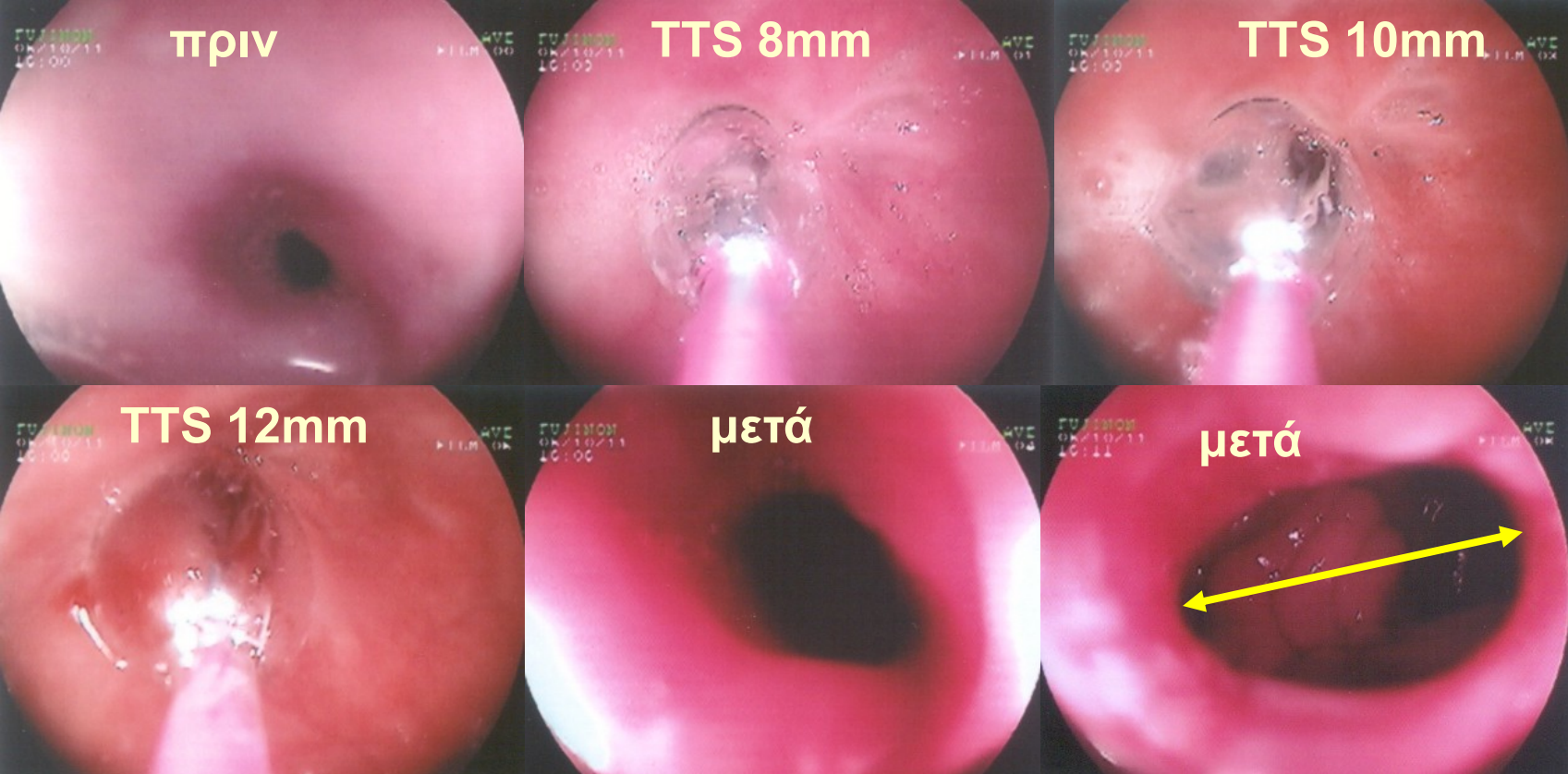


πριν διαστολή



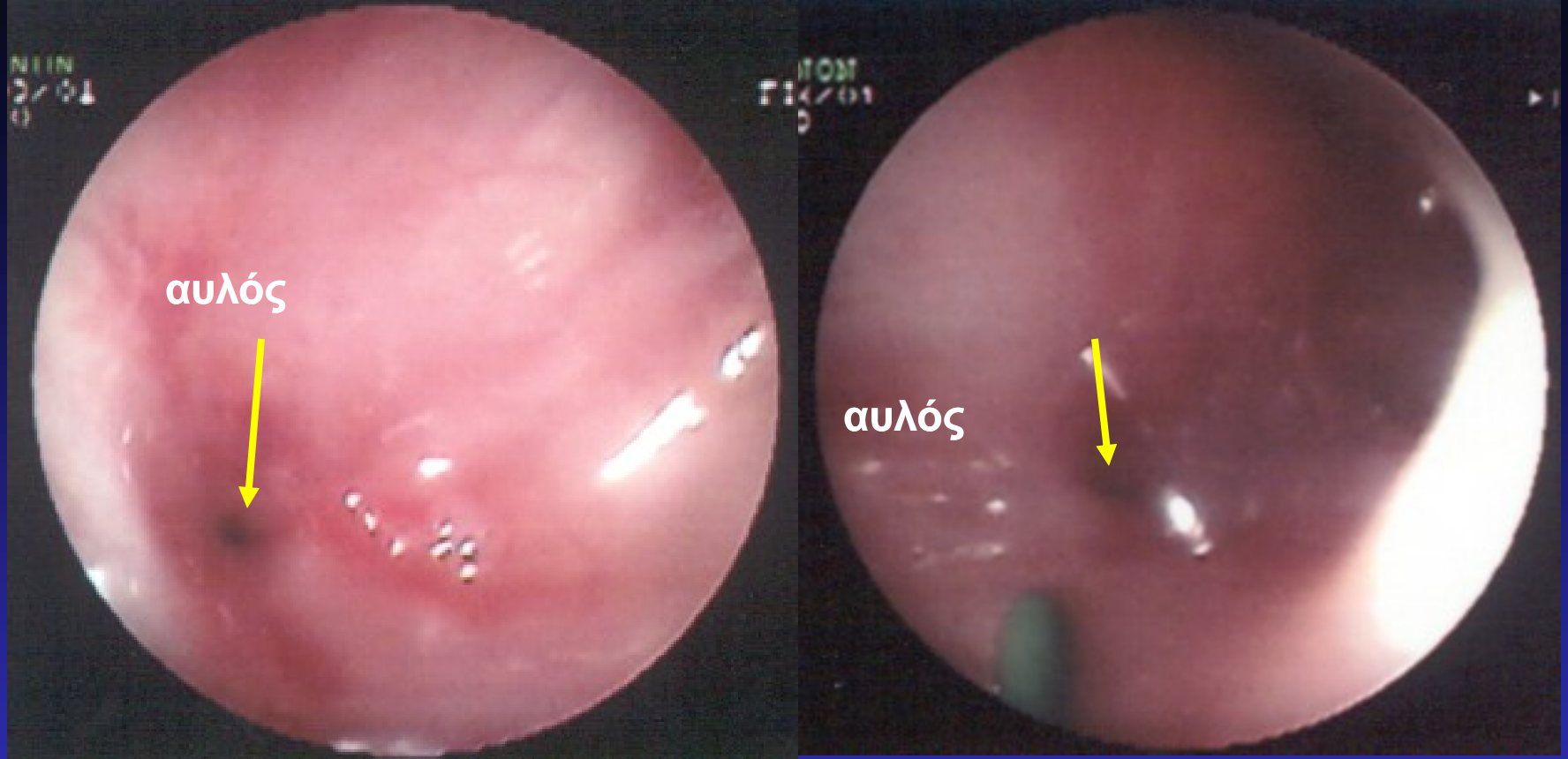
μετά διαστολή

άνδρας 42 ετών



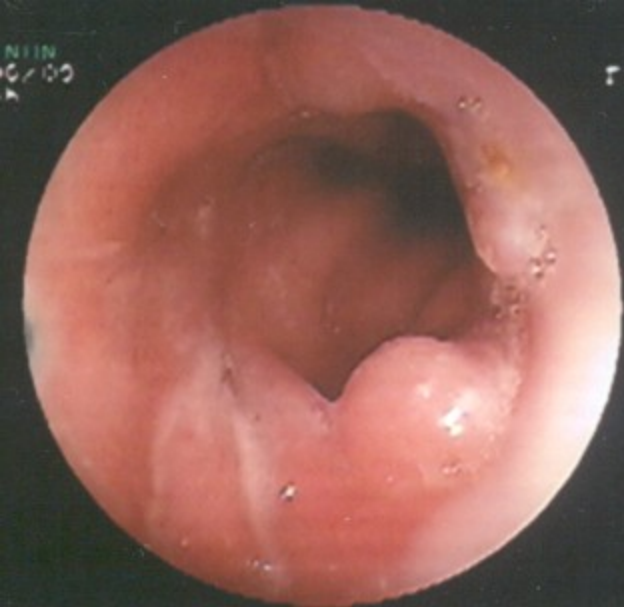
Γ. Φώτιος,
ετών 68,
4.10.05

αναστομωτική στένωση μετά ολική γαστρεκτομή και οισοφαγονηστιδική
αναστόμωση προ 7μήνου πριν και μετά 2η συνεδρία διαστολής ως 12,8mm.



αναστομωτική στένωση και οισοφαγεκτομή για
καυστική βλάβη με **συνύπαρξη τραχειοοισοφαγικού και
οισοφαγοδερματικού συριγγίου**, πριν διαστολή

Τ. Αναστάσιος, ετών 41, **1.3.04**



υποτροπή αναστομωτικής στένωσης και
οισοφαγεκτομή για καυστική βλάβη, έξη
μήνες μετά 8 συνεδρίες διαστολής ως **17 mm**



Τ. Αναστάσιος, ετών 42, **9.6.05**

ποιος ο τρόπος μείωσης του κινδύνου υποτροπής;

σε σπάνιες περιπτώσεις ανάγκη διαστολών συντηρήσεως
λόγω υποτροπής (συνήθης σε καυστικές ή μετακτινικές στενώσεις)

δραματική μείωση της πιθανότητας
υποτροπής υπό μακροχρόνια
θεραπεία με PPI

Long-Term Acid Suppressive Therapy May Prevent the Relapse of Lower Esophageal (Schatzki's) Rings: A Prospective, Randomized, Placebo-Controlled Study.

S. N. Sgouros, A. Mantides, et al. **Am J Gastroenterol 2005;100:1–6**

Actuarial probability of remaining free from relapse of a Schatzki's ring following successful endoscopic treatment, in terms of prophylactic antisecretory therapy *versus placebo*. ***The difference between the two groups was significant (log-rank: 7.07, $p = 0.008$).***

ποιες οι σημαντικές παράμετροι για την μείωση του κινδύνου επιπλοκών;

- σωστή τοποθέτηση πριν, κατά τη διάρκεια της διαστολής και κατά απόσυρση οδηγού σύρματος πριν το τέλος της
- προοδευτική διαστολή σε:
 - πεπτικές στενώσεις αν υπάρχει αντίσταση στην προώθηση κηρίων
 - περιπτώσεις ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας
 - αναστομωτικές στενώσεις
- θεραπεία με διπλή δόση PPI πριν τη διαστολή

συνεδρίες διαστολής

- πεπτικές - αναστομωτικές στενώσεις:
προοδευτική διαστολή μέχρι ικανοποιητική τελική διάμετρο
- κατώτεροι δακτύλιοι:
μία συνεδρία
- ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα και χρόνιες διατοιχωματικές στενώσεις:
αργή προοδευτική διαστολή σε πολλές συνεδρίες
- υποτροπιάζουσες στενώσεις υπό διπλή δόση PPI:
διαστολές συντηρήσεως μέχρι την μέγιστη διάμετρο ή/και αντιπαλινδρομική επέμβαση

Single-session, graded esophageal dilation without fluoroscopy in outpatients with lower esophageal (Schatzki's) rings: A prospective, long-term follow-up study

S.Sgouros, A. Mantides, et al. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* (2006)

single-session, graded esophageal dilation with Savary dilators without fluoroscopic guidance **can be safely used for symptomatic relief in patients with lower esophageal (Schatzki's) rings**. The optimal end-point of the procedure has to be the passage of a large (17 mm) caliber dilator.

ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα

διαστολή σε 64 ασθενείς από 11 μελέτες

- άμεση αποτελεσματικότητα: **83%**
- υποτροπή σε 3-8 μήνες: **12/64**
- επιπλοκές: **διάτρηση 1,5%**
θωρακικός πόνος 9,3%

διαστολή στην ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα

υπάρχουν στενώσεις που δεν αναγνωρίζονται ενδοσκοπικά
ή και ακτινολογικά



συνήθης η δημιουργία πολλαπλών βαθέων μεγάλου μήκους
σχάσεων του βλεννογόνου σε πολλαπλές θέσεις
(αυξημένος κίνδυνος διάτρησης)



αργή προοδευτική διαστολή σε πολλές συνεδρίες

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ (ΗΟ)

Α. Μαντίδης, Σ. Σγούρος, Δ. Μπάκος, Χ. Καρακοΐδας, Μ. Ροδιάς, Γ. Στεφανίδης

περίοδος: 1.1.2002 - 1.6.2006

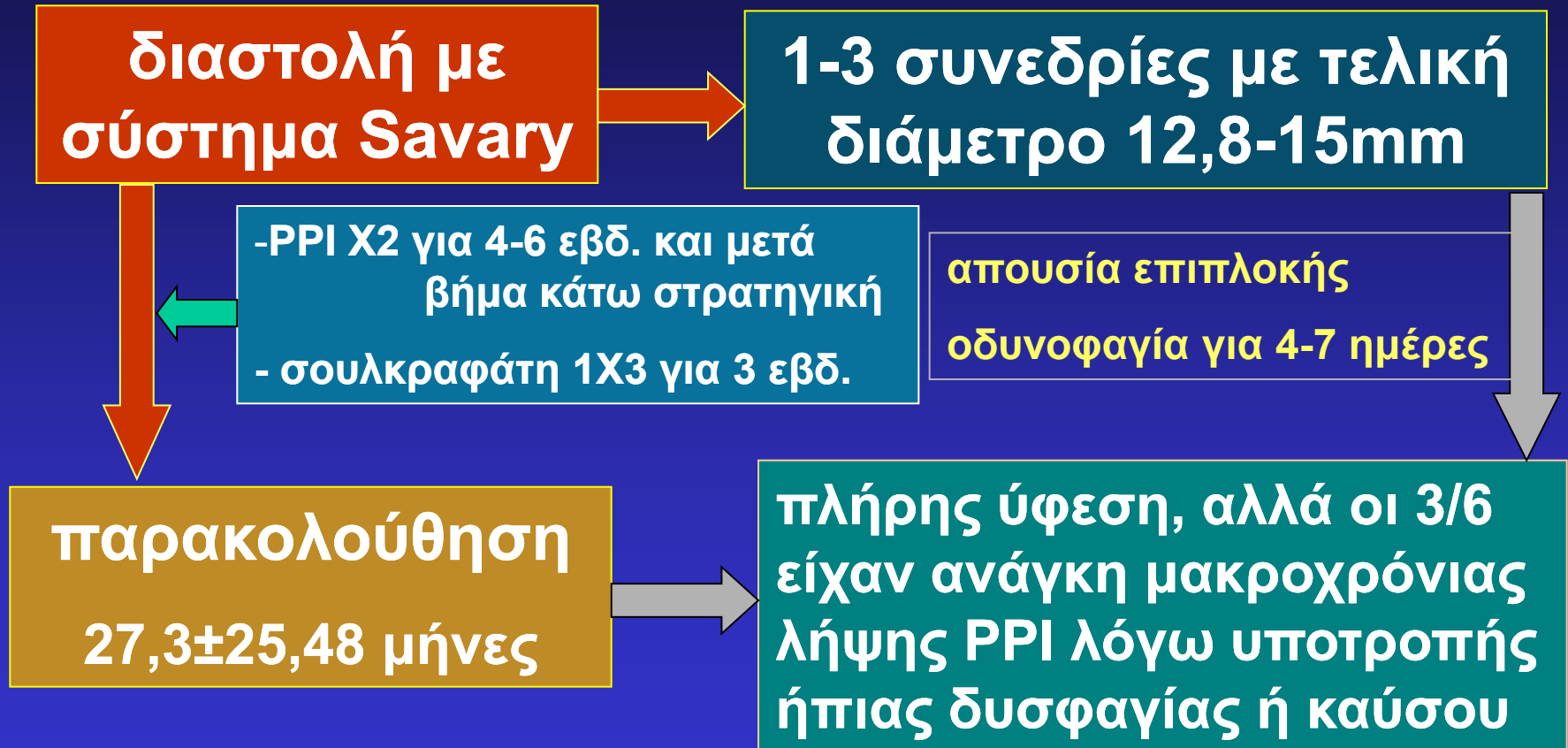
ασθενείς: 8 άνδρες

μέση ηλικία 27,6±8,35 έτη (17-42)

- διαλείπουσα ή συνεχή **δυσφαγία στα στερεά 8/8**
- περιοδικά επεισόδια **ενσφήνωσης βλωμών 6/8**
- ενδοσκοπική αφαίρεση ενσφηνωθέντος βλωμού 1-12 φορές: **5/8**

ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα

6 ασθενείς



ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα

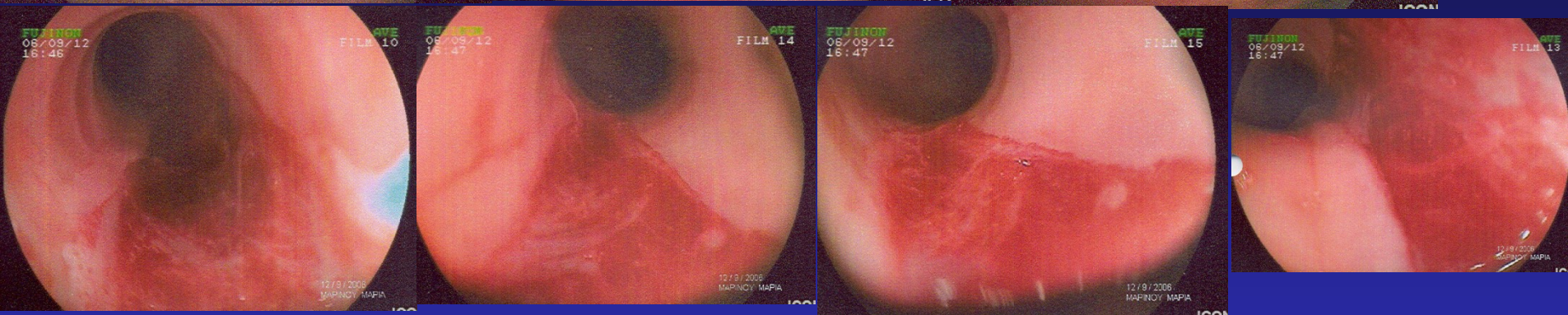
διαστολή οισοφαγικών στενώσεων σχετιζόμενων με ΓΟΠΝ
εμπειρία του ΗΝΑ

και στους 6 ασθενείς μετά τη διαστολή διαπιστώθηκαν

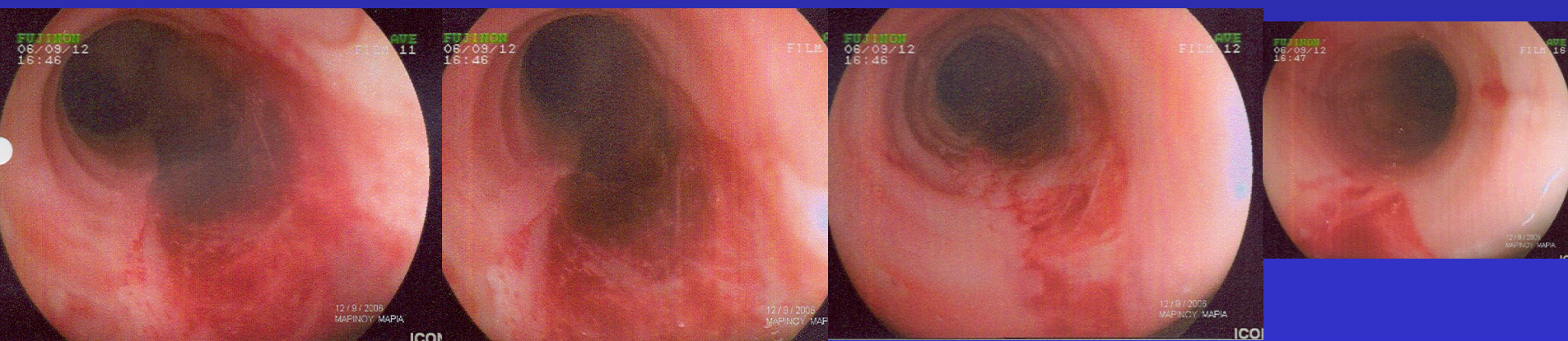
2-5 μεγάλες βλεννογονικές σχάσεις χωρίς να έχει διαπιστωθεί προηγουμένως στις θέσεις αυτές ενδοσκοπικά ή ακτινολογικά στένωση διαμέτρου $<12\text{mm}$



εισαγωγή του ενδοσκοπίου, χωρίς ειδική βλάβη

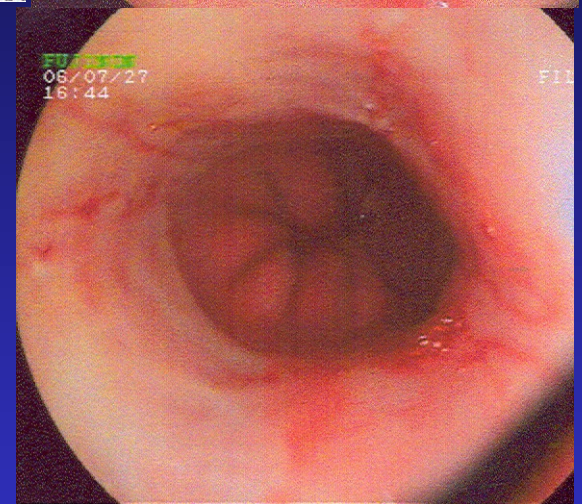
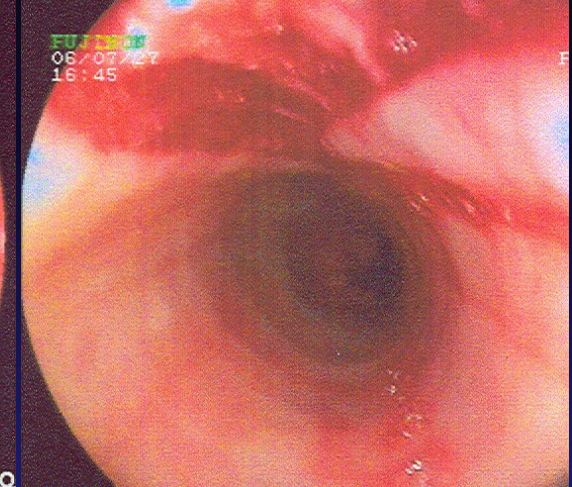
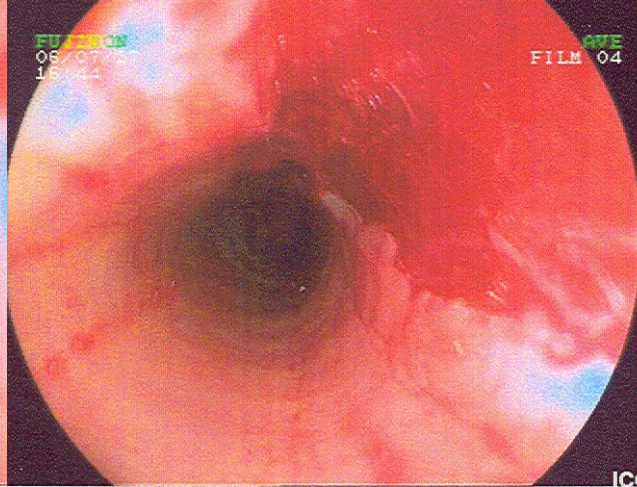
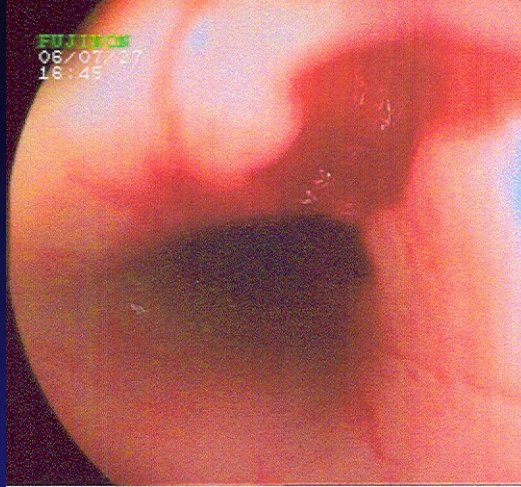


μεγάλες σχάσεις του οισοφαγικού βλεννογόνου που έγιναν αντιληπτές με την ενδοσκόπηση μετά τη διαστολή



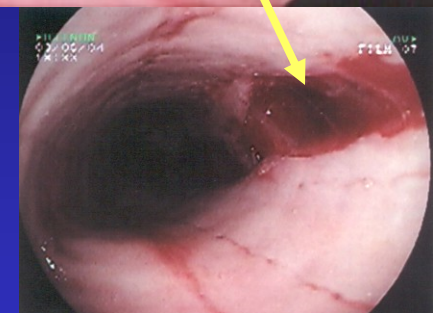
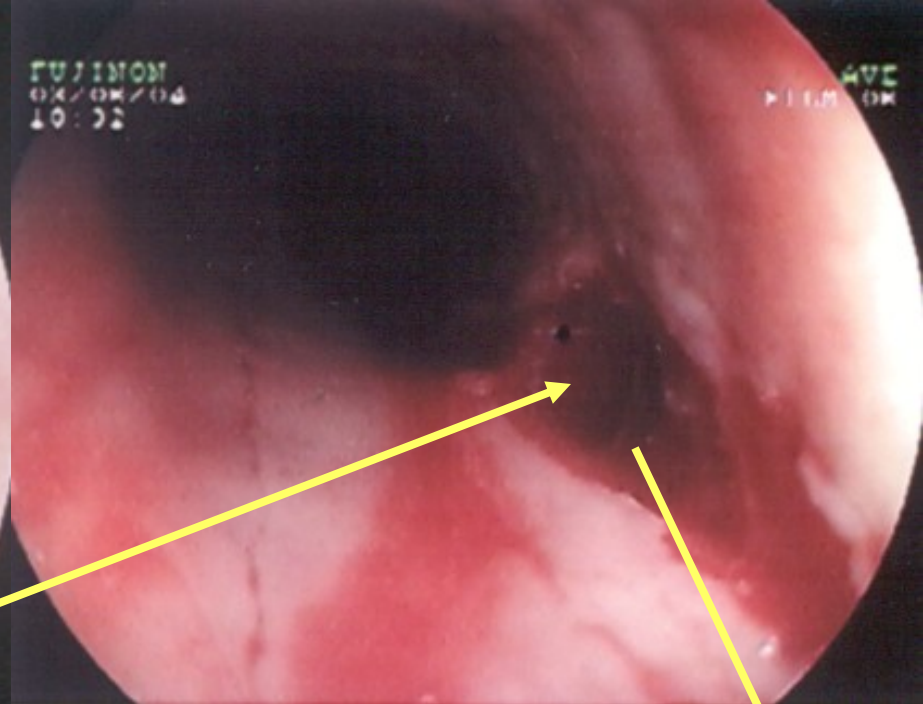
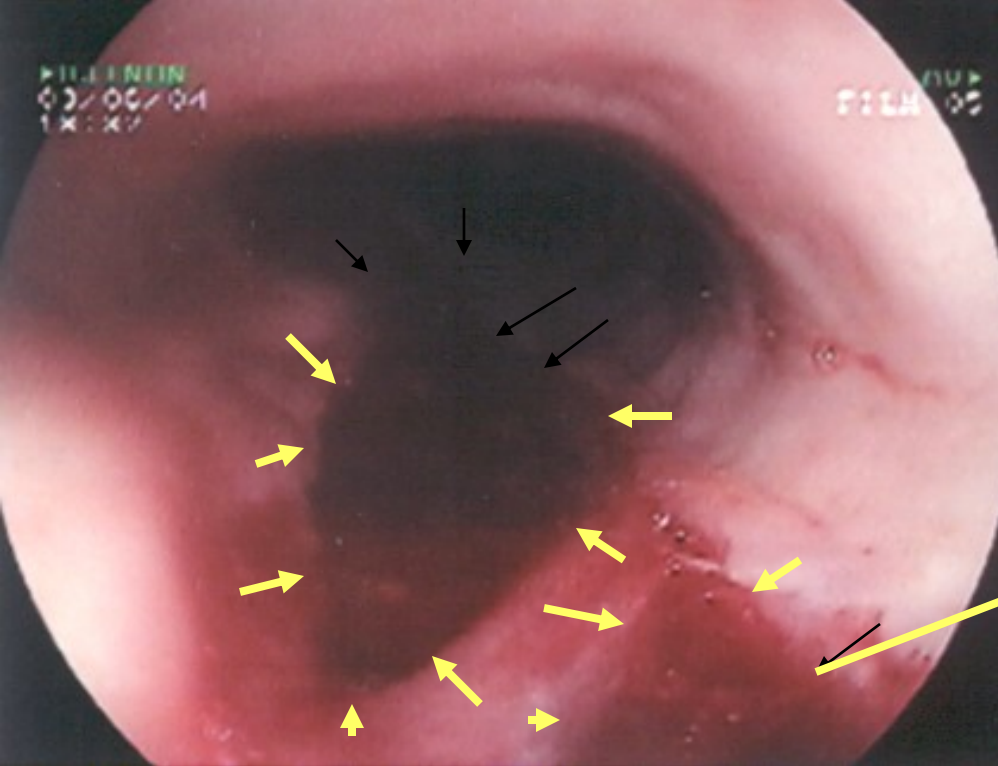
ασθενής με χρόνια δυσφαγία στα στερεά

Μ. Μ., ετών 39



ασθενής με περιοδικά επεισόδια προσωρινής ενσφήνωσης βλωμών και προ ημερών με επεισόδιο που χρειάστηκε ενδοσκοπική αφαίρεση. Απουσία ενδοσκοπικής και ακτινολογικής στένωσης < 12mm. Παρουσία μικρής διαφραγματοκήλης. Μετά διαστολή μέχρι 15mm μακρά σχάση του βλεννογόνου στο τμήμα 29-37cm.

Γ. Κ., ετών 25



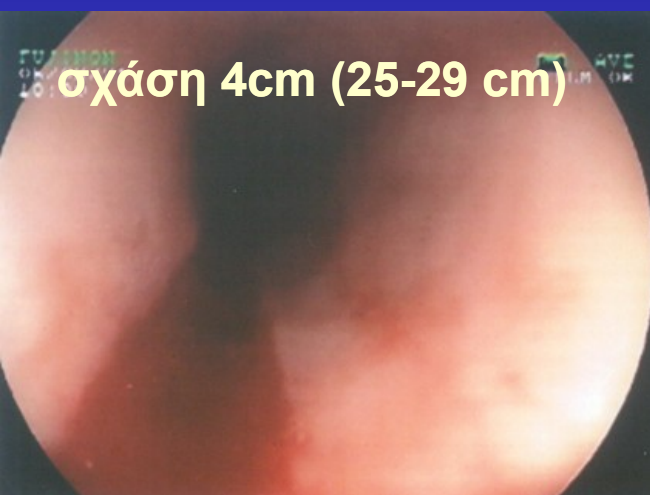
σχάσεις του οισοφαγικού βλεννογόνου στη μεσότητα του οισοφάγου (30-31 cm) σε ασθενή με δυσφαγία από 15ετίας που διέφυγε στην ακτινολογική μελέτη και στην ενδοσκόπηση σε ασθενή με τυπικό κατώτερο δακτύλιο διαμέτρου >12 mm

Κ. Λ., ετών 23

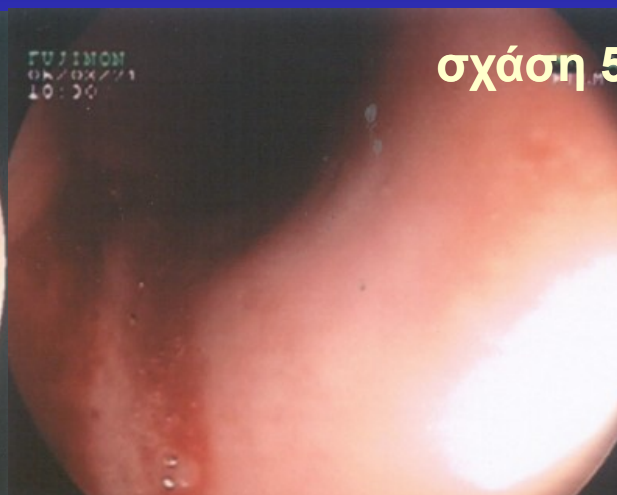


ασθενής με δυσφαγία από 10ετίας, χωρίς παλινδρομικά συμπτώματα μετά ενσφήνωση βλωμού: επιμήκη παράλληλα έλκη μεσότητας με ακτινολογική εικόνα κατώτερου δακτυλίου

σχάσεις του βλεννογόνου στη ΓΟΣ σε θέσεις που διέφυγαν στην ακτινολογική και ενδοσκοπική μελέτη

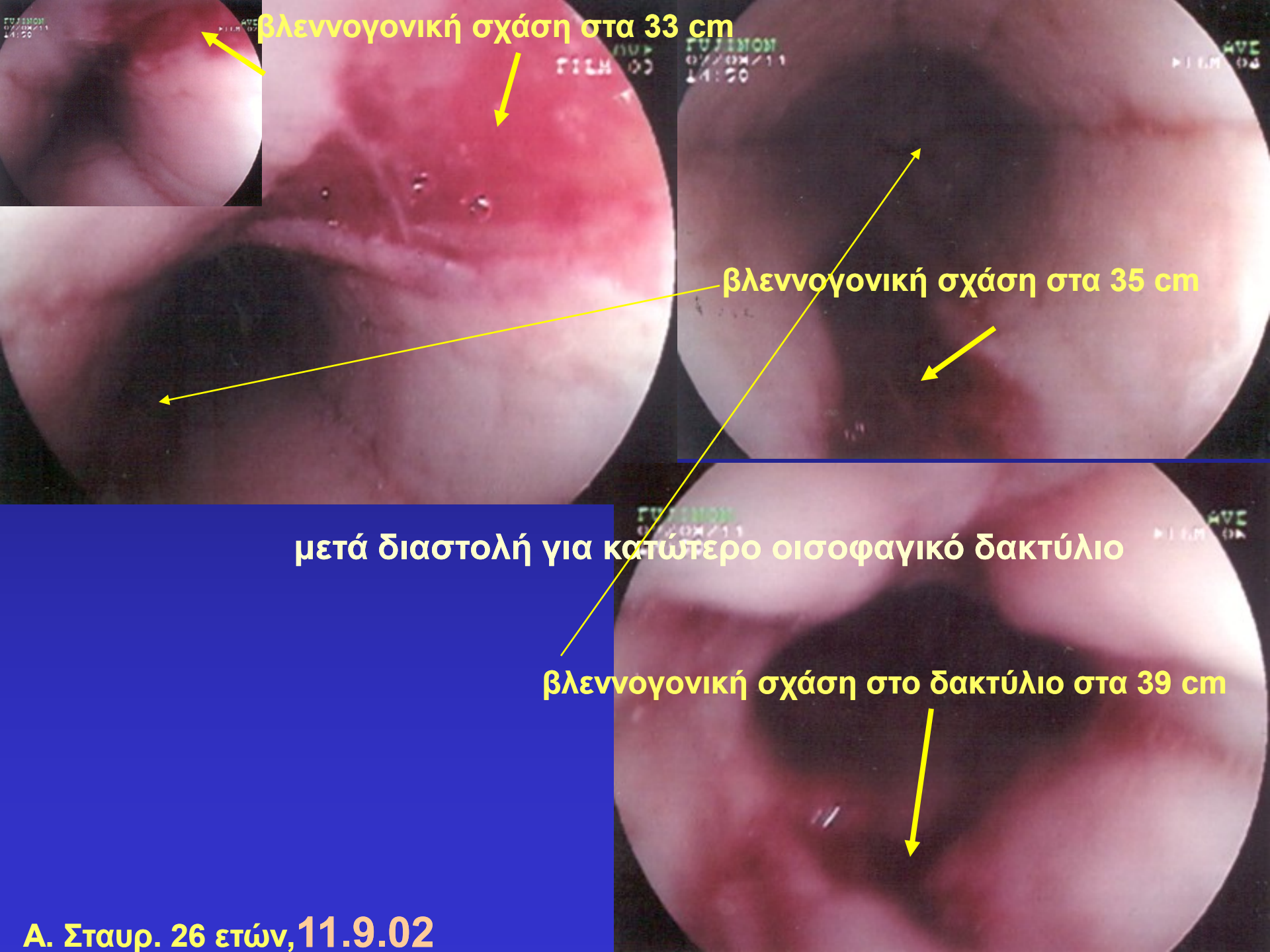


σχάση 4cm (25-29 cm)



σχάση 5cm (30-35 cm)





βλεννογονική σχάση στα 33 cm

βλεννογονική σχάση στα 35 cm

μετά διαστολή για κατώτερο οισοφαγικό δακτύλιο

βλεννογονική σχάση στο δακτύλιο στα 39 cm

Α. Σταυρ. 26 ετών, 11.9.02

τι πρέπει να κρατήσω

- η διαστολή είναι η μόνη θεραπεία σχεδόν απόλυτης αποτελεσματικότητας

τι πρέπει να κρατήσω

- η διαστολή είναι η μόνη θεραπεία σχεδόν απόλυτης αποτελεσματικότητας
- ο φαρμακευτικός ή χειρουργικός έλεγχος της ΓΟΠ σχεδόν εξαφανίζουν την πιθανότητα υποτροπής

τι πρέπει να κρατήσω

- η διαστολή είναι η μόνη θεραπεία σχεδόν απόλυτης αποτελεσματικότητας
- ο φαρμακευτικός ή χειρουργικός έλεγχος της ΓΟΠ σχεδόν εξαφανίζουν την πιθανότητα υποτροπής
- **οι διαστολές ωθήσεως είναι πρακτικά αποτελεσματικότεροι και πολύ χαμηλού κόστους**

τι πρέπει να κρατήσω

- η διαστολή είναι η μόνη θεραπεία σχεδόν απόλυτης αποτελεσματικότητας
- ο φαρμακευτικός ή χειρουργικός έλεγχος της ΓΟΠ σχεδόν εξαφανίζουν την πιθανότητα υποτροπής
- οι διαστολές ωθήσεως είναι πρακτικά αποτελεσματικότεροι και πολύ χαμηλού κόστους
- η ασφαλής τοποθέτηση οδηγού σύρματος σε επαρκές μήκος είναι βασική παράμετρος μείωσης του κινδύνου διάτρησης

τι πρέπει να κρατήσω

- η διαστολή είναι η μόνη θεραπεία σχεδόν απόλυτης αποτελεσματικότητας
- ο φαρμακευτικός ή χειρουργικός έλεγχος της ΓΟΠ σχεδόν εξαφανίζουν την πιθανότητα υποτροπής
- οι διαστολείς ωθήσεως είναι πρακτικά αποτελεσματικότεροι και πολύ χαμηλού κόστους
- η ασφαλής τοποθέτηση οδηγού σύρματος σε επαρκές μήκος είναι βασική παράμετρος μείωσης του κινδύνου διάτρησης
- η προοδευτική διαστολή σε διαδοχικές συνεδρίες είναι υποχρεωτική για ορισμένες στενώσεις όπως η ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα και οι αναστομωτικές στενώσεις