

συζήτηση κλινικών σεναρίων με σκοπό
τη διαγνωστική προσπέλαση και τον θεραπευτικό χειρισμό ασθενών με ΓΟΠΝ



ενότητα Α

οξεία και χρόνια ΓΟΠΝ

συντονιστής

εισηγητές

Β. Ντελής

Ε. Συμβουλάκης

Ε. Ακριβιάδης

Κ. Θωμόπουλος

Η. Τσιομπανίδης

συζήτηση κλινικών σεναρίων με σκοπό
τη διαγνωστική προσέλαση και τον θεραπευτικό χειρισμό ασθενών με ΓΟΠΝ



ενότητα Α

οξεία και χρόνια ΓΟΠΝ

περίπτωση 1η

περίπτωση 1η

άνδρας 38 ετών από διμήνου έχει επεισόδια μεταγευματικού οπισθοστερνικού καύσου και όξινων ερυγών-αναγωγών με συχνότητα 2-3/εβδομάδα που τα συσχετίζει με διαιτητικές παρεκτροπές

**που στηρίζεται ο διαχωρισμός
ασθενούς - μη ασθενούς;**

Η. Τσιομπανίδης

ΓΟΠΝ είναι εκείνη (η χρόνια;) κατάσταση κατά την οποία η παλινδρόμηση γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο, προκαλεί συμπτώματα που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς, με ή χωρίς βλεννογονικές βλάβες

Armstrong D et al, Can J Gastroenterol 2005 Jan;19(1):15-35

Kahrilas PJ et al Gastroenterology, 2008 Oct;135(4):1392-1413, 1413.e1-5. Epub 2008 Sep 16

προσοχή:

πρέπει να θυμόμαστε ότι:

- υπάρχει πτωχή συσχέτιση των συμπτωμάτων και των παλινδρομικών επεισοδίων
- η ευαισθησία (30-76%) και η ειδικότητα (62-96%) των παλινδρομικών συμπτωμάτων για την διάγνωση ενδοσκοπικά επιβεβαιωμένης οισοφαγίτιδας δεν είναι ικανοποιητικές
- χρονικό διάστημα και η συχνότητα που πρέπει κάποιος να έχει τα συμπτώματα;

εμπειρική θεραπεία ή ενδοσκοπηση εξ αρχής;

- σημείο αντιπαράθεσης
- εάν υπάρχουν σημεία συναγερμού
συμφωνούν όλοι: **ενδοσκοπήση εξ αρχής**

αντιπαράθεση-1

εάν **δεν** υπάρχουν σημεία συναγερμού ενδοσκόπηση εξ αρχής για να ελεγχθεί η ύπαρξη βλεννογονικών βλαβών γιατί:

- η παρουσία τους τεκμηριώνει την διάγνωση και σχετίζεται με την πρόγνωση
- η βαρύτητά τους μπορεί να επηρεάσει τον σχεδιασμό της θεραπείας
- αποκλείει την παρουσία οισοφάγου Barrett
- η αρχική εμπειρική χορήγηση PPI μειώνει την ευαισθησία της ενδοσκόπησης όταν αυτή ακολουθεί

αντιπαράθεση-2

εάν **δεν** υπάρχουν σημεία συναγερμού εμπειρική
θεραπεία εξ αρχής γιατί:

- η απουσία ενδοσκοπικών ευρημάτων δεν αποκλείει την ΓΟΠΝ
- η θεραπεία συνήθως καθορίζεται από την πορεία των συμπτωμάτων και όχι τόσο από την αρχική ενδοσκόπηση
- ο οισοφάγος Barrett ίσως έχει υπερεκτιμηθεί
- οικονομικότερη λύση;

μέση οδός

εάν δεν υπάρχουν σημεία συναγερμού ενδοσκόπηση εξ αρχής όταν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ύπαρξης βλεννογονικών βλαβών:

- μακροχρόνια συμπτωματολογία
- συχνά και μεγάλης έντασης επεισόδια ΓΟΠ
- μεγαλύτερη ηλικία
- υπέρβαροι ασθενείς

**ποιο το καταλληλότερο θεραπευτικό σχήμα
και ποια η διάρκεια θεραπείας;**

- **θεραπεία βήμα πάνω (step up)**, ίσως με τους λιγότερους θιασώτες
- **θεραπεία βήμα κάτω (step down)**, ίσως ακριβότερη αλλά αποτελεσματικότερη
- **κατ' επίκληση θεραπείας (on demand)**, ίσως οικονομικότερη αλλά σε μη διαβρωτική ΓΟΠ και σε ήπια οισοφαγίτιδα (στάδιο A, B κατά L.A.)
- **PPI για 4-8 εβδομάδες και επανεκτίμηση**, ίσως με τους περισσότερους θιασώτες

**ποιος ο καταλληλότερος τρόπος
παρακολούθησης;**

η παρακολούθηση στηρίζεται στη βελτίωση των συμπτωμάτων:

- σε ύφεση των συμπτωμάτων κανένας έλεγχος
- σε υποτροπή ή σε μη ανταπόκριση των συμπτωμάτων παραπέρα έλεγχος με ενδοσκόπηση

συζήτηση κλινικών σεναρίων με σκοπό
τη διαγνωστική προσπέλαση και τον θεραπευτικό χειρισμό ασθενών με ΓΟΠΝ



ενότητα Α

οξεία και χρόνια ΓΟΠΝ

περίπτωση 2η

άνδρας 58 ετών, υπέρβαρος, τον τελευταίο χρόνο είχε 3-4 επεισόδια αφύπνισης από όξινη αναγωγή και σπάνια επεισόδια καύσου (<1 μηνιαίως)

εμπειρική θεραπεία ή ενδοσκοπηση;

Η. Τσιομπανίδης

ασθενείς υψηλού κινδύνου (σημεία συναγερμού)

- απώλεια βάρους
- ανορεξία
- έμετοι
- αναιμία
- αιμορραγία πεπτικού
- οικογενειακό ιστορικό καρκίνου
- δυσφαγία και οδυνοφαγία
- ηλικία > 50 ετών

στο παράδειγμά μας ο ασθενής

- δεν έχει σημεία συναγερμού πλην της ηλικίας
- τα συμπτώματα είναι μάλλον σπάνια
- αλλά από έτους τουλάχιστον
- άρα έχει:
αυξημένο κίνδυνο βλεννογονικών βλαβών

η ενδοσκόπηση στον παραπάνω ασθενή έδειξε διαφραγματοκήλη 3cm χωρίς οισοφαγίτιδα και χωρίς άλλη βλεννογονική βλάβη στο ανώτερο πεπτικό

**ποια η καταλληλότερη θεραπευτική
αντιμετώπιση;**

η διαφραγματοκήλη δεν συνδέεται πάντα με ΓΟΠΝ αλλά όταν συνυπάρχουν, τότε οι βλεννογονικές βλάβες είναι στατιστικά συχνότερες και βαρύτερες. Ο ασθενής μας δεν έχει βλεννογονικές βλάβες και τα επεισόδια είναι σπάνια με σημαντικότερο ίσως την νυκτερινή αναγωγή

- **οδηγίες αλλαγής τρόπου ζωής** (ανύψωση κεφαλής κλίνης, αποφυγή κατάκλισης για 2-3 ώρες μετά το φαγητό, διακοπή καπνίσματος;)
- **αλλαγή τρόπου διατροφής** (απώλεια βάρους, μικρά γεύματα, αποφυγή λιπαρών τροφών, σοκολάτας, μέντας και αλκοολούχων ποτών)
- **αποφυγή φαρμάκων** που επιδρούν στον ΚΟΣ (προγεστερόνη, θεοφυλλίνη, νιτρώδη, αναστολείς διαύλων ασβεστίου κλπ)

χρειάζεται θεραπεία με PPI;

απάντηση 1

ο ασθενής μας δεν πληροί τα τυπικά κριτήρια των ασθενών που κατατάσσονται στις μελέτες ως ασθενείς με μη διαβρωτική ΓΟΠ (τουλάχιστον ένα επεισόδιο ΓΟΠ την εβδομάδα)

Modlin IM et al, Digestion, 2009;80(2):74-88. Epub 2009 Jun 17

απάντηση 2

εάν όμως επηρεάζεται η ποιότητα ζωής του τότε μπορούμε να τον εντάξουμε στην κατηγορία των ασθενών με ΓΟΠΝ και προφανώς η κατ' επίκληση θεραπεία με PPI (και αν τα επεισόδια είναι μικρής διάρκειας ίσως και με αντιόξινα) είναι η οικονομικότερη λύση και φαίνεται να σχετίζεται με καλύτερη συμμόρφωση και καλύτερη ποιότητα ζωής

ποιος ο τρόπος παρακολούθησης;

- εάν ο ασθενής είναι ικανοποιημένος με την θεραπεία, συνεχίζει ως έχει
- εάν επιδεινωθούν τα συμπτώματα:
 - PPI για 8-12 εβδομάδες
 - παραπέρα έλεγχος;

συζήτηση κλινικών σεναρίων με σκοπό
τη διαγνωστική προσέλαση και τον θεραπευτικό χειρισμό ασθενών με ΓΟΠΝ



ενότητα Α

οξεία και χρόνια ΓΟΠΝ

περίπτωση 3η

άνδρας 38 ετών έχει διαλείποντα συχνά (>3/εβδ) τυπικά παλινδρομικά συμπτώματα (καύσος, όξινες ερυγές-αναγωγές) από την εφηβική ηλικία.

στην αρχική ενδοσκόπηση είχε βρεθεί διαφραγματοκήλη 3-4cm και οισοφαγίτιδα βαθμού B

- συμπτωματική ύφεση υπό PPIx1
- έκτοτε έχει κάνει πολλές ενδοσκοπήσεις. Σε άλλες βρέθηκε οισοφαγίτιδα A-B και σε άλλες όχι
- έχει πάρει διάφορα θεραπευτικά σχήματα με όλους τους PPI
- ο ασθενής είναι απογοητευμένος γιατί δεν γίνεται καλά

ποια είναι η κλινική διάγνωση;

χρόνια ΓΟΠΝ

- η νόσος που απαιτεί σχεδόν συνεχή θεραπεία με PPI προκειμένου να μην υπάρχουν συμπτώματα και η οισοφαγίτιδα να είναι σε επούλωση

- ποια λάθη στον χειρισμό αναγνωρίζετε;**
- ποιος ο καταλληλότερος χειρισμός;**

πλήρης ενημέρωση του ασθενούς

- για την φύση της νόσου την φυσική της ιστορία (υποτροπές – επιπλοκές)
- ανάγκη μακρόχρονης μάλλον συνεχούς θεραπείας (step down ;)
- θεραπευτικές επιλογές
 - » μακροχρόνια PPI vs αντιπαλινδρομική εγχείρηση
 - » (δυνατότητες, αποτελεσματικότητα, ασφάλεια)

- αιτιολογία αλλαγής PPI σε άλλον ;;;
- ένδειξη επανειλημμένων ενδοσκοπήσεων ;;;
ενδοσκόπηση υπό συνήθη δόση PPI για να
εκτιμηθεί η επάρκεια της στην επούλωση
οισοφαγίτιδας

- ποια είναι η κλινική διάγνωση;
- ποια λάθη στον χειρισμό αναγνωρίζετε;
- ποιος ο καταλληλότερος χειρισμός;

ο ασθενής δεν θέλει επί του παρόντος να χειρουργηθεί

στην ενδοσκόπηση υπό συνήθη δόση PPI δεν υπήρχε
οισοφαγίτιδα ούτε άλλη βλεννογονική βλάβη στο ανώτερο
πεπτικό

ιστολογικά βρέθηκε ελικοβακτηρίδιο στο άντρο χωρίς
ατροφία ή εντερική μετάπλαση

θα εκριζώσετε το ελικοβακτηρίδιο;

- μη παθογενετική συσχέτιση *H pylori* – ΓΟΠΝ
- ΓΟΠΝ λιγότερο συχνή σε ασθενείς με ΗΡ πανγαστρίτιδα
Wu JC et al. Aliment Pharmacol Ther. 2000
Koike T et al. Gut. 2001
- ελτίωση της γαστρίτιδας > ▲ κίνδυνο ανάπτυξης ΓΟΠΝ
Hamada H et al. Aliment Pharmacol Ther. 2000
- εκρίζωση > ▲ εκκρίσης οξέος > πιο όξινη παλινδρόμηση ;;
Feldman M et al. Am J Physiol. 1999
- όχι επίδραση της εκρίζωσης στην βαρύτητα της ΓΟΠΝ
Tefera S et al. Aliment Pharmacol Ther 1999
Moayyedi P et al. Gastroenterology 2001

- καλύτερη ανταπόκριση στους PPIs ;
- λιγότερες υποτροπές στους H₂ + ;

Holtmann G et al. Gastroenterology. 1999

- δεν χρειάζεται μεγαλύτερη δόση στους H₂ αρνητικούς

Klinkenberg-Knol EC et al. Gastroenterology. 2000

Schenk BE et al. Am J Gastroenterol. 1999

- μακροχρόνια χρήση PPI >> επιδείνωση ατροφικής γαστρίτιδας ;;

Kuipers EJ et al. N Engl J Med. 1996

Yang HB et al. Am J Gastroenterol. 2009

χρειάζεστε άλλο έλεγχο;

- περιοδική ενδοσκοπική επιτήρηση χωρίς να είναι τυποποιημένη η συχνότητα
- 24ωρη κλασική πεχαμετρία για να τεκμηριωθεί ότι υπό συνήθη δόση PPI ελέγχεται πλήρως η όξινη ΓΟΠ ;
- πλήρης έλεγχος μόνο αν αποφασισθεί χειρουργική θεραπεία

συζήτηση κλινικών σεναρίων με σκοπό
τη διαγνωστική προσέλαση και τον θεραπευτικό χειρισμό ασθενών με ΓΟΠΝ



ενότητα Α

οξεία και χρόνια ΓΟΠΝ

περίπτωση 4η

Γυναίκα 64 ετών με τεκμηριωμένη χρόνια ΓΟΠΝ με διαφραγματοκήλη 3cm, υποβλήθηκε σε ενδοσκόπηση επιτήρησης υπό θεραπεία με συνήθη δόση PPI από τριετίας με την οποία είναι απόλυτα ασυμπτωματική.

στην ενδοσκόπηση δεν βρέθηκε οισοφαγίτιδα, αλλά βρέθηκαν **πολλαπλοί μικροί και μεγάλοι γαστρικοί κυστικοί πολύποδες τύπου θόλου**

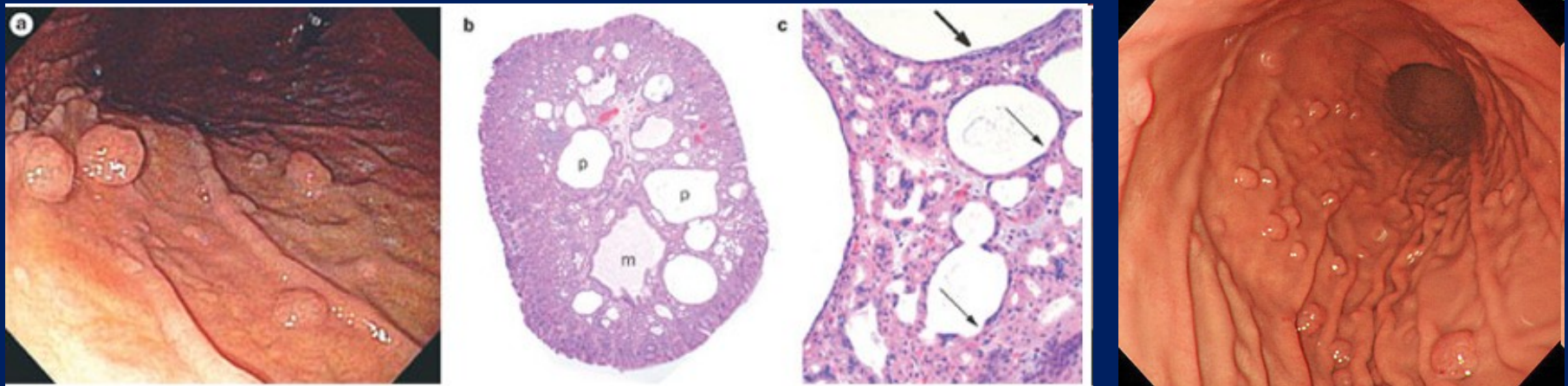
θα αλλάξει ο θεραπευτικός χειρισμός της ΓΟΠΝ;

Η. Τσιομπανίδης

Fundic gland polyps

- ασυμπτωματικοί - συνήθως πολλαπλοί
- συνήθως 0.1 – 0.8 εκ κυρίως στο σώμα/θόλο
- σπάνια με ατροφική γαστρίτιδα η *H. Pylori* (προστασία ;;;)
- μακροχρόνια αγωγή με πραζόλες (> 1 χρόνο)

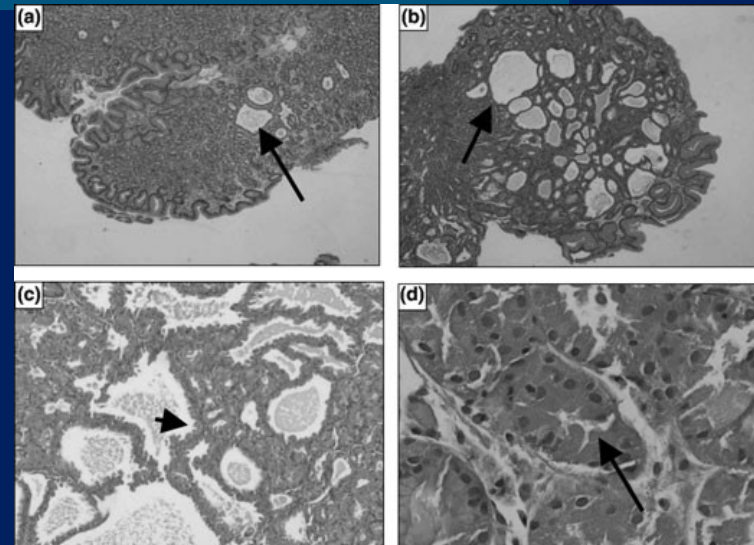
Alving M. et al. Aliment Pharmacol Ther 2006
El-Zimaity HMT. Et al. Am J Gastroenterol 1997
Choudhry U et al. Am J Clin Pathol 1998



απαιτείται ενδοσκοπική πολυποδεκτομή;

Fundic gland polyps - PPI

- υποστροφή με διακοπή PPI ;
- δυσπλασία ;;;; >> κίνδυνος κακοήθειας ;;;;;
- δεν υπάρχει ένδειξη διακοπής πραζολών
- ενδοσκοπική αφαίρεση των μεγάλων ;;;;



συζήτηση κλινικών σεναρίων με σκοπό
τη διαγνωστική προσπέλαση και τον θεραπευτικό χειρισμό ασθενών με ΓΟΠΝ



ενότητα Α

οξεία και χρόνια ΓΟΠΝ

περίπτωση 5η

άνδρας 42 ετών με χρόνια τυπικά παλινδρομικά συμπτώματα και ενδοσκοπικά με οισοφαγίτιδα βαθμού B χωρίς ενδοσκοπική εικόνα διαφραγματοκήλης βρίσκεται σε κλινική και ενδοσκοπική ύφεση υπό διπλή δόση PPI

μείωση της δοσολογίας σε συνήθη δόση συνοδεύεται από υποτροπή των συμπτωμάτων

ο ασθενής θεωρούσε ότι δεν έχει καλή ποιότητα ζωής με τα φάρμακα και τις αντιπαλινδρομικές οδηγίες και φοβήθηκε όταν άκουσε ότι η μακροχρόνια θεραπεία με PPI είναι επικίνδυνη

είναι επικίνδυνη η μακροχρόνια ή και η διαβίου λήψη PPI;

Safety of the long-term use of proton pump inhibitors

Alan BR Thomson, Michel D Sauve, Narmin Kassam, Holly Kamitakahara

- γαστρική ατροφία
- γαστρικά καρκινοειδή, γαστρικός καρκίνος
- κυστικοί πολύποδες θόλου
- βιοδιαθεσιμότητα και μεταβολισμός άλλων φαρμάκων
- απορρόφηση Fe, B₁₂
- οστικές βλάβες
- πνευμονία

γενικά είναι ασφαλής η μακροχρόνια χορήγηση PPI

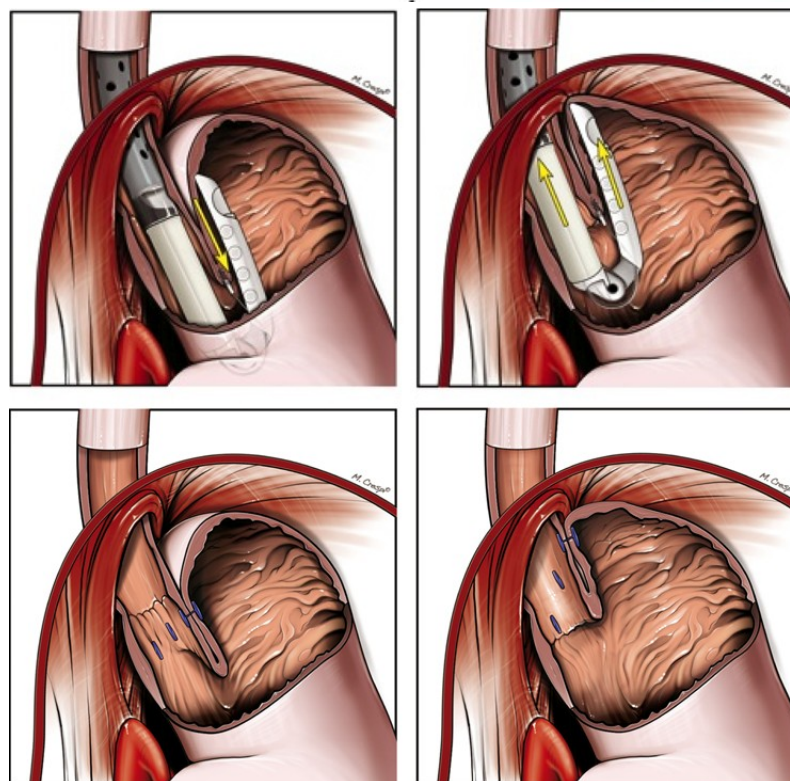
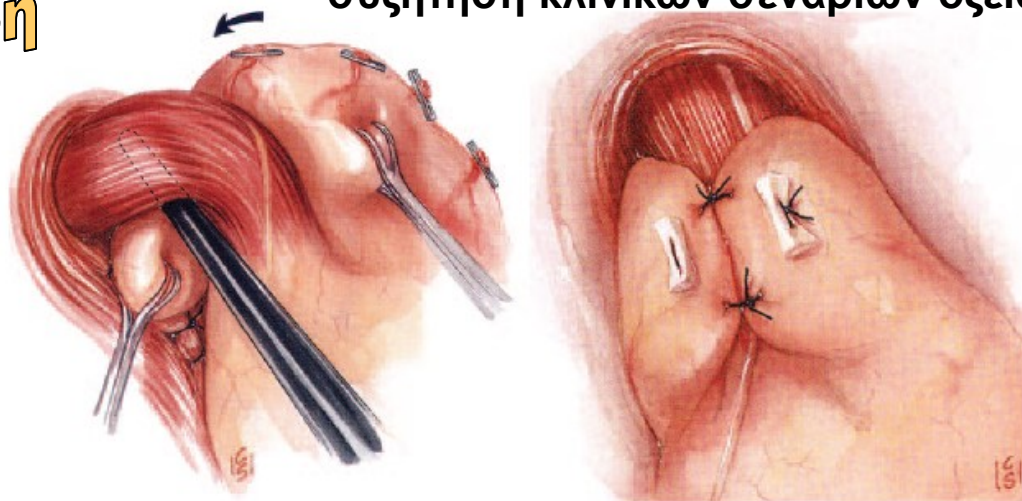


“Do a double-blind test. Give the new drug to rich patients and a placebo to the poor. No sense getting their hopes up. They couldn't afford it even if it works.”

**χρειάζεται άλλος έλεγχος πριν
αποφασίσετε τι θα προτείνετε;**

περίπτωση 5η

συζήτηση κλινικών σεναρίων οξείας και χρόνιας ΓΟΠΝ



περίπτωση 5η

συζήτηση κλινικών σεναρίων οξείας και χρόνιας ΓΟΠΝ

διαφραγματοκήλη > 2εκ. ή όχι ;



τι θα του προτείνετε;

Nissen ή Esophyx

- αποτελεσματικότητα
- ασφάλεια
- διαθεσιμότητα
- κόστος
- απόφαση από κοινού

περίπτωση 5η

συζήτηση κλινικών σεναρίων οξείας και χρόνιας ΓΟΠΝ

- δυσφαγία
- επιγαστρικός φόρτος, αίσθημα πρόωρου κορεσμού
- σύνδρομο γαστρικής διάτασης
- θωρακικό άλγος
- διάρροια

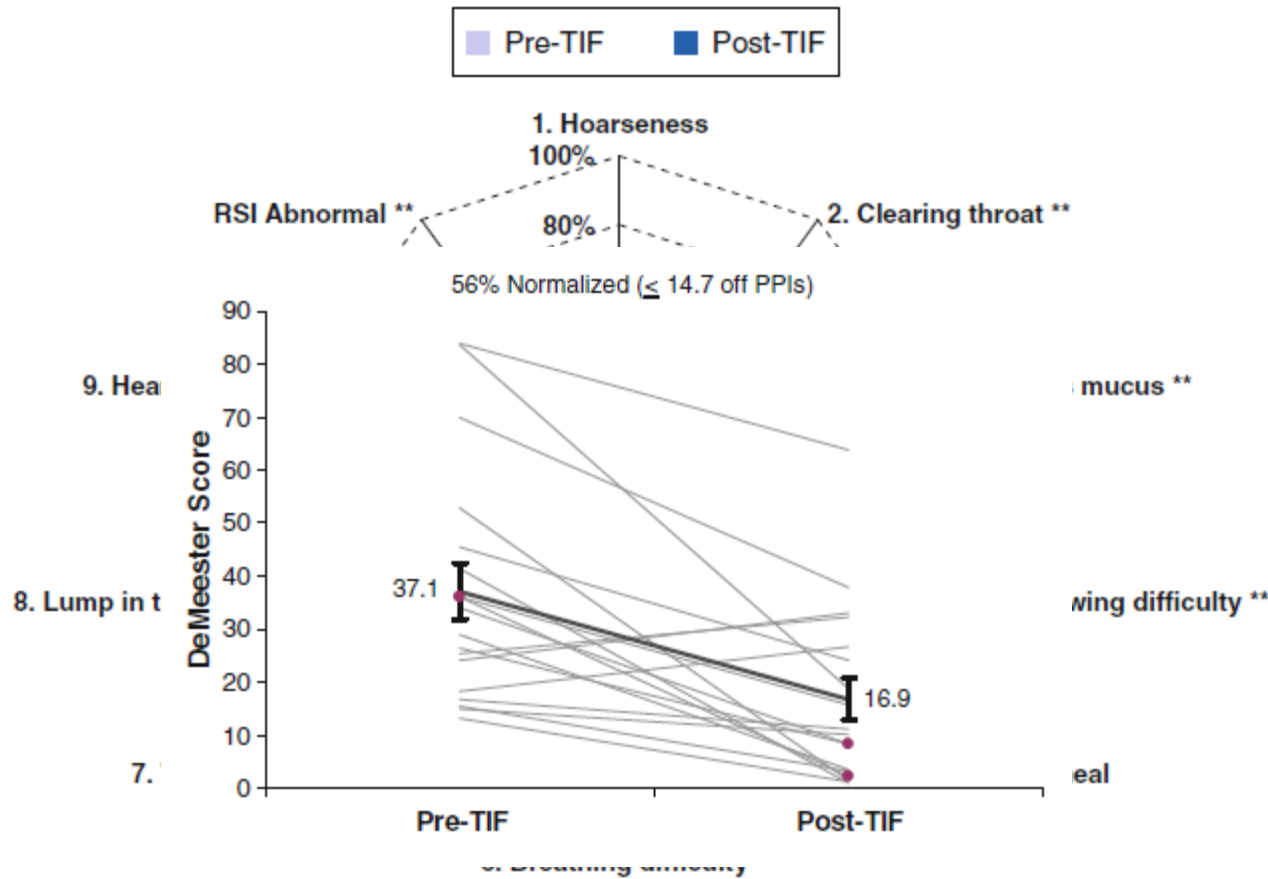
Table 1.

Long-term Outcome of Laparoscopic Antireflux Surgery for Gastroesophageal Reflux Disease Based on Randomized Control Trials

Study Author (Year)	N	Follow-up (months)	Procedure Type	Major Morbidity	Re-operation	Dysphagia to Solids	Dysphagia to Liquids	Heartburn	Gas Bloat	Post-op pH Studies	Post-op H2-Blockers or Proton Pump Inhibitors	Satisfaction (Percent or Score)
Baigrie, 2005 ²⁷	163	24	Nissen	—	4	0.6 ^{a,b}	0.1 ^b	0.2 ^c	NS	—	—	9.6
			Anterior		6	0.1 ^{a,b}	0.0 ^b	0.2 ^c				9.7
Ludemann, 2005 ²⁸	107	60	Nissen	—	3	2.6 ^{a,b}	1.0 ^b	1.8 ^c	NS	—	12%	8.0
Cai, 2008 ³²			Anterior		3	1.5 ^{a,b}	0.6 ^b	1.9 ^c			4%	8.7
	107	120	Nissen	—	5	2.4 ^b	1.4 ^b	1.7 ^c	NS	—	19%	8.2
			Anterior		5	1.7 ^b	1.0 ^b	2.3 ^c			27%	8.3
Spence, 2006 ²⁹	100	12	Nissen-Rossetti	7	3	49% ^a	3	12%	NS	0% ^a	—	NS
			Anterior	2	2	13% ^a	0	16%		0.7% ^a		
Laws, 1997 ³³	39	27	Nissen	0	—	NS ^e	—	—	—	—	4%	91%
		(Mean)	Toupet	2	—						0%	100%
Guérin, 2007 ³⁴	140	36	Nissen	0	—	2	0	4	NS	—	—	91%
			Toupet	3	—	0	0	3				89%
Booth, 2008 ³⁰	127	12	Nissen	0	2% ^d	27% ^{a,e}	—	24%	NS	0.1% ^a	—	—
			Toupet	1	—	9% ^{a,e}	—	24%		0.4% ^a		
Strate, 2008 ³¹	200	24	Nissen	3% ^d	15 ^a	19 ^{a,e}	—	—	25%	20 ^g	—	85%
			Toupet	—	4 ^a	8 ^{a,e}	—	—	13%	15 ^g	—	85%
Mickevicius, 2008 ³⁵	153	12	Nissen	2	3% ^d	NS ^e	—	—	—	—	7% ^g	—
			Toupet	5	—						9% ^g	
Shaw, 2009 ³⁶	100	55–60	Nissen	—	4	NS ^e	—	NS	NS	—	2	NS
		(Mean)	Toupet	—	3						1	
Hagedorn, 2003 ²⁵	95	12	Toupet	—	—	NS ^e	—	Favors Toupet ^a	—	—	—	—
Engström, 2007 ²⁶			Anterior					24% ^a				
	95	60	Toupet	—	1	NS ^e	—	60% ^a	—	—	7% ^a	93% ^a
			Anterior		5						23% ^a	59% ^a
Chrysos, 2001 ³⁷	78	12	Nissen	2	—	17%	0%	4%	38%	—	—	NS
			Nissen-Rossetti	1	—	16%	0%	0%	19%			

Clinical and pH-metric outcomes of transoral esophagogastric fundoplication for the treatment of gastroesophageal reflux disease

Reginald C. W. Bell • Katherine D. Freeman



συζήτηση κλινικών σεναρίων με σκοπό
τη διαγνωστική προσέλαση και τον θεραπευτικό χειρισμό ασθενών με ΓΟΠΝ



ενότητα Α

οξεία και χρόνια ΓΟΠΝ

περίπτωση 6η

άνδρας 57 με τυπική εικόνα χρόνιας παλινδρομικής νόσου με σοβαρή οισοφαγίτιδα και διαφραγματοκήλη 4-5cm στην αρχική ενδοσκόπηση, είναι ασυμπτωματικός υπό θεραπεία με συνήθη δόση PPI επί διαιτία

κάθε προσπάθεια μείωσης της δοσολογίας ή διακοπή της θεραπείας **συνοδεύεται από σύντομη συμπτωματική υποτροπή**

σε ενδοσκόπηση επιτήρησης υπό θεραπεία η οισοφαγίτιδα ήταν σε επούλωση, ενώ **σε ενδοσκόπηση μετά δίμηνη διακοπή της θεραπείας υπήρχε οισοφαγίτιδα βαθμού B**

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΛΥΣΕΙΣ;

λαπαροσκοπική αντιπαλινδρομική επέμβαση

- ποσοστά επιτυχίας (ασυμπτωματικός χωρίς φάρμακα)
- ποσοστά εμφάνισης λειτουργικών συμπτωμάτων
- συσχέτιση επέμβασης με εμπειρία του χειρουργού

χειρουργείο vs PPI, 12 έτη follow-up

- 155 PPI 144 χειρουργείο
- 71/53 7γ. follow-up
- 40% vs 53% ύφεση ($p=0,002$)
- παλινδρόμηση/λειτουργικά συμπτώματα

Lundell L. Clin Gastroenterol Hepatol 2009 Dec;7(12):1292

ο ασθενής είναι αποφασισμένος να χειρουργηθεί

ποιος ο απαιτούμενος προεγχειρητικός έλεγχος ;

χρήσιμες προεγχειρητικές πληροφορίες

- αντικειμενική διάγνωση ΓΟΠΝ
- έλεγχο βαρύτητας παλινδρομήσεως
- αναγνώριση πιθανών λειτουργικών διαταραχών που συμβάλλουν στην παθογένεια της ΓΟΠΝ
- ακριβή καθορισμό ανατομίας της ΓΟΣ
- αναγνώριση επιπλοκών
- αναγνώριση άλλων βλαβών οισοφάγου/στομάχου

εργαλεία για Γ.Ο.Π.

- ενδοσκόπηση
- οισοφαγογράφημα
- ΡΗ μετρία
- μανομετρία
- Bilitec
- μελέτη γαστρικής κένωσης

Comparison of Various Preoperative Evaluation Studies

Study	Strengths	Weaknesses	Cost	Invasiveness
Endoscopy	Most definitive test for diagnosis of esophagitis and Barrett esophagus, provides histologic information with biopsy	Provides limited anatomic information (including diagnosis of stricture), provides no functional information, does not help quantify refluxate	High	Invasive
Manometry	Ideal for evaluation of peristalsis; requirements for surgery: 70% waves propagated, minimum pressure = 40 mm Hg	May show normal lower esophageal sphincter and intermittent gastroesophageal reflux, provides no anatomic or histologic information, not well tolerated	Low	Invasive
24-hour pH testing	Most accurate test for gastroesophageal reflux (abnormal if pH <4 for more than 5% of the test time)	Helps detect presence but not volume of acid, provides no anatomic information	Low	Invasive
Gastric scintigraphy	Accurately helps detect and quantify refluxate	Not routinely used at most institutions	Low	Noninvasive
Barium swallow examination	May help diagnose gastroesophageal reflux, helps diagnose GERD, is the most sensitive test for diagnosing stricture (with use of a 12.5-mm barium tablet), delineates anatomy, helps identify motility disorders	May not help detect gastroesophageal reflux or subtle esophagitis, water-siphon test is oversensitive	Low	Noninvasive

περίπτωση 6η

συζήτηση κλινικών σεναρίων οξείας και χρόνιας ΓΟΠΝ



στένωση



βραχυοισοφάγος

η θέση της μανομετρίας

- η ανάδειξη σοβαρού βαθμού κινητικής διαταραχής του σώματος του οισοφάγου (χαμηλές $<30\text{mmHg}$ και $>40\%$ ταυτόχρονες συσπάσεις) αποτελεί ένδειξη για διενέργεια μερικής αντί για ολική θολοπλαστική για να μειωθεί η πιθανότητα μετεγχειρητικής δυσφαγίας (tailored approach).

Kauer WK J Thorac Cardiovasc Surg 1995;10(1):141

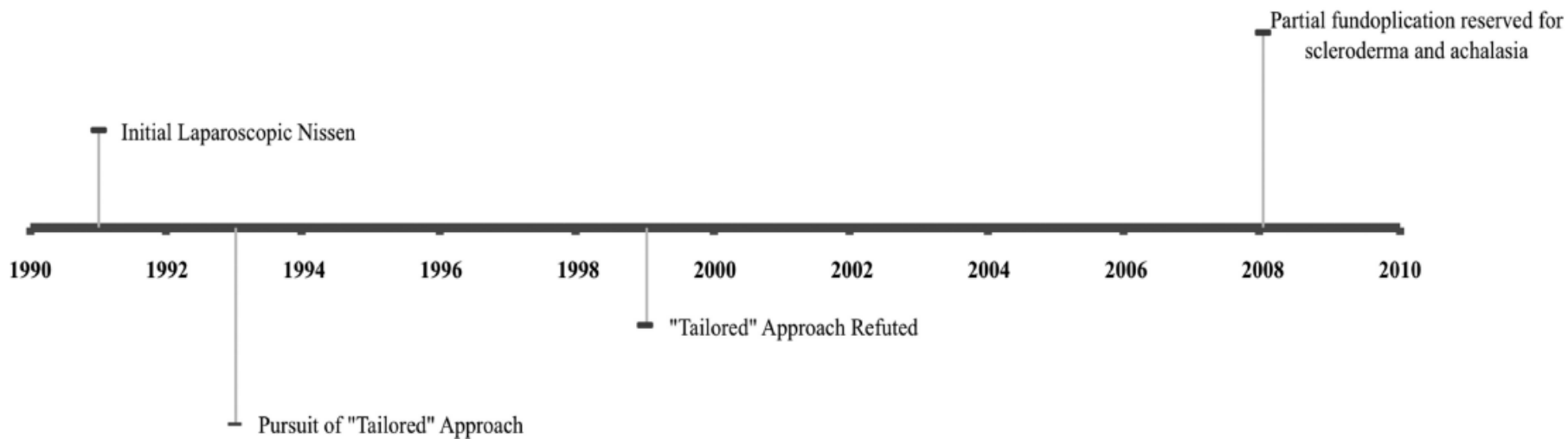
κατάρριψη του μύθου...

- μετά από μερική θολοπλαστική **ως 46% υποτροπή παλινδρόμησης**

Horvath KD J Gastrointest Surg 1999;3(6):583

Fibbe C Gastroenterology 2001;121(1):5

Patti MJ Am Coll Surg 2004;198(6):863



© Original Artist

Reproduction rights obtainable from

www.CartoonStock.com



search ID: cwin82

"You know you're getting older when the old
'fire in your belly' is actually acid reflux..

**τα συμπτώματα επιμένουν αν και ηπιότερα με διπλή
δόση PPI επί τρίμηνο**

τι θα συστήσετε;

συζήτηση κλινικών σεναρίων με σκοπό
τη διαγνωστική προσέλαση και τον θεραπευτικό χειρισμό ασθενών με ΓΟΠΝ



ενότητα Α

οξεία και χρόνια ΓΟΠΝ

περίπτωση 7η

γυναίκα 63 ετών με χρόνια τυπικά παλινδρομικά συμπτώματα και ενδοσκοπικά με οισοφαγίτιδα βαθμού Β και διαφραγματοκήλη 4cm δεν έχει καύσο ή οισοφαγίτιδα υπό συνήθη δόση PPI, **αλλά επιμένουν οι αναγωγές κυρίως στην κατάκλιση και ένας ανεξήγητος βήχας**

ποιος είναι ο καταλληλότερος χειρισμός;

**τα συμπτώματα επιμένουν αν και ηπιότερα με
διπλή δόση PPI επί τρίμηνο**

τι θα συστήσετε;

συζήτηση κλινικών σεναρίων με σκοπό
τη διαγνωστική προσέλαση και τον θεραπευτικό χειρισμό ασθενών με ΓΟΠΝ



ενότητα Α

οξεία και χρόνια ΓΟΠΝ

περίπτωση 8η

άνδρας 48 ετών έχει από 18μήνου 3-4/εβδομάδα επεισόδια όξινων αναγωγών, οπισθοστερνικού καύσου, οπισθοστερνικού πόνου και διαλείπουσας συχνής σταθερής έντασης δυσφαγίας στα στερεά χωρίς επεισόδια ενσφήνωσης βλωμού

**ποια τα αίτια δυσφαγίας σε ασθενή με
τυπικά παλινδρομικά συμπτώματα;**

ποια η πρώτη εξέταση εκλογής;

στην ενδοσκόπηση που ακολούθησε βρέθηκε
οισοφαγίτιδα βαθμού B/C και διαφραγματοκήλη
2cm χωρίς εμφανή στένωση

ποιος ο περαιτέρω χειρισμός;

συζήτηση κλινικών σεναρίων με σκοπό
τη διαγνωστική προσπέλαση και τον θεραπευτικό χειρισμό ασθενών με ΓΟΠΝ



ενότητα Α

οξεία και χρόνια ΓΟΠΝ

περίπτωση 9η

άνδρας 23 ετών έχει από δεκαετίας **περιοδικά δυσφαγία** στα στερεά και **περιοδικά σπάνια επεισόδια** οπισθοστερνικού καύσου και **όξινων αναγωγών**

στα χρόνια αυτά είχε **πέντε επεισόδια ενσφήνωσης βλωμού στην μεσότητα του οισοφάγου**

στα δύο τελευταία επεισόδια εντός 6 εβδομάδων χρειάστηκε ενδοσκοπική αφαίρεση του βλωμού από το άνω και κάτω τριτημόριο του οισοφάγου

στην ενδοσκόπηση περιγράφεται οισοφαγικός υπεραιμία, οίδημα και διαβρώσεις κατά μήκος του οισοφάγου

- ποια η πιθανότερη υποκείμενη παθολογία;
- ποιος ο επόμενος χειρισμός;

ακτινολογικά αναδείχθηκε κατώτερος οισοφαγικός δακτύλιος διαμέτρου $>12\text{mm}$ με φυσιολογικό χρόνο διάβασης υγρών και στερεών

**τα ευρήματα αποκλείουν την διάγνωση
της ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας;**

ποιος είναι ο επόμενος χειρισμός;

ενδοσκοπικά χωρίς θεραπεία με PPI βρέθηκε εικόνα
συμβατή με ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα εικόνα **ατελούς**
κατώτερου οισοφαγικού δακτυλίου χωρίς παλινδρομική
οισοφαγίτιδα

ποιος είναι ο επόμενος χειρισμός;

ο ασθενής μετά δίμηνη θεραπεία με διπλή και επί τρίμηνο με συνήθη δόση PPI είναι ασυμπτωματικός

ενδοσκοπικά είναι σε ύφεση και ιστολογικά υπήρχαν 4-6 ηωσινόφιλα/μοτ

ποιος είναι ο επόμενος χειρισμός;

συζήτηση κλινικών σεναρίων με σκοπό
τη διαγνωστική προσπέλαση και τον θεραπευτικό χειρισμό ασθενών με ΓΟΠΝ



ενότητα Α

οξεία και χρόνια ΓΟΠΝ

περίπτωση 10η

άνδρας 24 ετών με τεκμηριωμένη διάγνωση ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας χωρίς δακτυλίους που να μειώνουν σημαντικά τη διάμετρο του αυλού εξακολουθεί να έχει δυσφαγία και υπό διπλή δόση PPI επί δίμηνο

ποιος είναι ο επόμενος χειρισμός;

- Θεραπεία με τοπικά δρώντα κορτικοειδή από του στόματος σε μορφή εισπνεόμενου ή και με δισκία

- Fluticazone - Budesonide

- » *Remedios M, Campbell C, Jones DM, Kerlin P. Eosinophilic esophagitis in adults: clinical, endoscopic, histologic findings, and response to treatment with fluticasone propionate. Gastrointest Endosc 2006; 63:3.*
- » *Straumann A, Conus S, Degen L, et al. Budesonide is effective in adolescent and adult patients with active eosinophilic esophagitis. Gastroenterology 2010*

**όταν η δυσφαγία δεν βελτιώνεται
ποιος είναι ο επόμενος χειρισμός;**

- η επιμονή της δυσφαγίας μετά επαρκή φαρμακευτική θεραπεία απαιτεί εκτέλεση πολύ προσεκτικής σταδιακής διαστολής
 - <3χιλ κάθε φορά > ▲ κίνδυνος ρήξης ;;;

- ✓ [*Schoepfer AM et al. Esophageal dilation in eosinophilic esophagitis: effectiveness, safety, and impact on the underlying inflammation. Am J Gastroenterol 2010; 105:1062.*](#)
- ✓ [*Jacobs JW Jr, Spechler SJ. A systematic review of the risk of perforation during esophageal dilation for patients with eosinophilic esophagitis. Dig Dis Sci 2010; 55:1512.*](#)

