

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

ενότητα Γ

χρόνια σοβαρή ή επιπλεγμένη ΓΟΠΝ

εισηγητές

συντονιστής

Σ. Μανωλακόπουλος

Α. Καλαμπάκας

Θ. Ροκκάς

Π. Κασαπίδης

Γ. Πεχλιβανίδης

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



ενότητα Γ

χρόνια σοβαρή ή επιπλεγμένη ΓΟΠΝ

περίπτωση 21η

άνδρας 37 ετών με τυπική συμπτωματική παλινδρομική νόσο από εξαιτίας προσήλθε για αρχική ενδοσκόπηση

στην εξέταση βρέθηκαν:

- **οισοφαγίτιδα βαθμού B** και
- **ενδοσκοπική εικόνα βραχέος Barrett C1M3** με την ταξινόμηση της Πράγας (ενδοσκοπική εικόνα και ιστολογική επιβεβαίωση χωρίς δυσπλασία)

ποιος ο καταλληλότερος αρχικός χειρισμός;

Σ. Μανωλακόπουλος

ΓΟΠ και Barrett χωρίς δυσπλασία

- ο ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπισθεί ως περίπτωση ΓΟΠΝ χωρίς να χρειάζεται άλλη ειδική εξέταση
- αγωγή με ΑΑΠ μακροχρόνια, με στόχο ο ασθενής να είναι ασυμπτωματικός και χωρίς οισοφαγίτιδα
- ενδοσκοπική επιτήρηση ανά 3-5 έτη

Technical review on the management of Barrett's esophagus, Gastroenterology 2011

**υπάρχει ένδειξη εκρίζωσης του
Barrett με τη μέθοδο Halo;**

οισοφάγος Barrett χωρίς δυσπλασία - προβληματισμοί

❖ ΑΑΠ εξαλείφουν τα συμπτώματα της ΓΟΠ, όμως:

1. η έκθεση του οισοφάγου στο οξύ μειώνεται αλλά δεν εξαλείφεται
2. η έκθεση στα μη όξινα υγρά παραμένει

❖ Ωστόσο, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για να στηριχθεί η υπεροχή της αντιπαλινδρομικής επέμβασης έναντι της φαρμακευτικής θεραπείας

Chang et al. 2007, Ye W et al, 200, Tran T et al 2005, Li YM et al 2008

οισοφάγος Barrett χωρίς δυσπλασία η θέση της ενδοσκοπικής αντιμετώπισης (HALO)

➤ μελέτη 70 ατόμων με οισοφάγο Barrett χωρίς δυσπλασία που εφαρμόστηκε RFA έδειξε πλήρη εξάλειψη του επιθηλίου του Barrett στο 97% των ασθενών.

Fleischer et al. Gastrointest Endosc 2008;68: 867-876

- λείπουν δεδομένα μακροχρόνιας παρακολούθησης
- ίσως εξαλείψει την ανάγκη για ενδοσκοπική επιτήρηση
- με τα σημερινά δεδομένα **δεν συνιστάται RFA σε οισοφάγο Barrett χωρίς δυσπλασία**

- δύο χρόνια αργότερα ο ασθενής αποφάσισε να χειρουργηθεί μετά τον κατάλληλο έλεγχο
- επί διατία μετεγχειρητικά ήταν ασυμπτωματικός
- προοδευτικά εμφανίσθηκαν πολύ σπάνια επεισόδια ήπιου καύσου (1/2 εβδομάδες)
- στην ενδοσκόπηση επιτήρησης δεν βρέθηκε οισοφαγίτιδα ενώ η θολοπλαστική ήταν ενδοσκοπικά επαρκής
- στις τυχαίες βιοψίες από το επιθήλιο Barrett βρέθηκε χαμηλόβαθμη και εστιακά υψηλόβαθμη δυσπλασία

**ποιος ο καταλληλότερος
αρχικός χειρισμός;**

συχνότητα Barrett – δυσπλασία μετά από χειρουργείο

- η εξέλιξη του οισοφάγου Barrett σε δυσπλασία ή καρκίνο μετά από αντιπαλινδρομική επέμβαση ανέρχεται στο 2% των περιπτώσεων
- η επίπτωση αδено-Ca σε ασθενείς με υψηλόβαθμη δυσπλασία ανέρχεται σε 5.6% / έτος (55.7 για 1000 έτη-ασθενούς)

Rastogi et al. Gastrointest Endosc 2008

οισοφάγος Barrett με εστιακά υψηλόβαθμη δυσπλασία

- επιβεβαίωση της διάγνωσης και από δεύτερο εξειδικευμένο παθολογοανατόμο
- επανάληψη της ενδοσκόπησης και λήψης βιοψιών με βάση το πρωτόκολλο για υψηλόβαθμη δυσπλασία μετά από εντατικοποιημένο σχήμα καταστολής της γαστρικής οξύτητας με ΑΑΠ
- ενδοσκοπική θεραπεία είτε με RFA είτε με PDT(φωτοδυναμική) θεραπεία, είτε με EMR (ενδοσκοπική βλεννογονεκτομή) (strong recommendation-moderate quality of evidence)
- Οισοφαγεκτομή

EMR και υψηλόβαθμη δυσπλασία

• EMR	279
• εκτομές	734
• σοβαρές επιπλοκές	2(0.6%)
• πλήρης εκτομή	96.6%
• παρακολούθηση (μέση/μην)	63.6
• μετάχρονες βλάβες	21.5%

ΚΑΝΕΝΑΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΔΕΝΟ-Ca

Pech et al. Gut 2008

υπάρχει ένδειξη προεγχειρητικής
εκρίζωσης του Barrett με τη
μέθοδο Halo;

μέθοδος HALO και αντιπαλινδρομικές επεμβάσεις

περιορισμένα βιβλιογραφικά δεδομένα, με βραχύ χρόνο παρακολούθησης και μικρό αριθμό ασθενών, χωρίς ειδική σχεδίαση

- Effects of Nissen fundoplication on endoscopic endoluminal radiofrequency ablation of Barrett's esophagus.

O' Conell and Velanovich. Surgical Endoscopy, 2009

- Radiofrequency ablation for Barrett's esophagus and low-grade dysplasia in combination with an antireflux procedure: A new paradigm.

Ricardo S dos Santos et al. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery. 2010

- ο ασθενής τέθηκε σε θεραπεία με διπλή δόση PPI
- ενδοσκοπήθηκε μετά δίμηνο και στην ιστολογική εξέταση περιγράφεται **εστιακή χαμηλόβαθμη δυσπλασία**

ποιος ο καταλληλότερος αρχικός χειρισμός;

ο ασθενής μετά ένα χρόνο επιτήρησης υπό
θεραπεία με διπλή δόση δεν είχε ιστολογικά
δυσπλασία

η δόση του PPI μειώθηκε στη συνήθη

περίπτωση 21η

συζήτηση κλινικών σεναρίων με σοβαρή ή επιπλεγμένη ΓΟΠΝ

χρειάζεται άλλη εξέταση;

- Η 24ωρη πεχαμετρία έδειξε σχεδόν μηδενική όξινη ΓΟΠ
- στις ενδοσκοπήσεις επιτήρησης η έκταση του Barrett μειώθηκε σημαντικά χωρίς δυσπλασία

- υπάρχει ένδειξη για εκρίζωση με Halo στη φάση αυτή;
- ποια η μελλοντική προοπτική του ασθενή

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



ενότητα Γ

χρόνια σοβαρή ή επιπλεγμένη ΓΟΠΝ

περίπτωση 22η

άνδρας 55 ετών προσήλθε για ενδοσκόπηση λόγω σπάνιων περιοδικών όξινων αναγωγών χωρίς επεισόδια οπισθοστερνικού καύσου

στην ενδοσκόπηση **βρέθηκε επιμήκης Barrett C20M18 και διαφραγματοκήλη 3cm**

οι τυχαίες βιοψίες ανά τεταρτημόριο ανά 2cm δεν έδειξαν δυσπλασία

**χρειάζεται μακροχρόνια θεραπεία
με PPI και σε ποια δοσολογία;**

επιμήκης οισοφάγος Barrett

- Ο κίνδυνος ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος στον οισοφάγο Barrett εξαρτάται από την έκταση του μεταπλαστικού επιθηλίου.

Thomas et al. Aliment Pharmacol Ther 2007

Acid Exposure Activates the Mitogen-Activated Protein Kinase (MAPK) Pathways in Barrett's Esophagus *

Προοπτικές κλινικές μελέτες απαιτούνται για να τεκμηριώσουν την δράση των ΑΑΠ στην πρόληψη της ανάπτυξης δυσπλασίας

- ο ασθενής θέλησε να πάρει θεραπεία με PPI
- βρίσκεται σε θεραπεία με συνήθη δόση PPI επί 18ετία και υποβάλλεται σε χρωμοενδοσκόπηση επιτήρησης ανά 1,5 χρόνο
- ποτέ δεν έχει βρεθεί δυσπλασία στις τυχαίες βιοψίες γιατί δεν υπήρξαν ποτέ εστιακές ενδοσκοπικές βλάβες
- στο ιστορικό προστέθηκαν τοποθέτηση βηματοδότη προτριετίας, στεφανιαία νόσος ενός αγγείου και στένωση των καρωτίδων από διετία. Στα φάρμακα προστέθηκαν αντιυπερτασικό, ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη

η χρήση ενδοσκοπίων υψηλής ανάλυσης ή τουλάχιστον η χρωμοενδοσκόπηση πρέπει να είναι ρουτίνα στην επιτήρηση του Barrett για να λαμβάνονται στοχευμένες βιοψίες;

ο ρόλος της χρωμοενδοσκόπησης

- αντικρουόμενα δεδομένα
- μετανάλυση 9 μελετών που περιέλαβε 450 ασθενείς κατέληξε σε μη στατιστική διαφορά στην ανίχνευση εντερικής μεταπλασίας ή δυσπλασίας μεταξύ χρωμοενδοσκόπησης με μπλε του μεθυλενίου και με την εφαρμογή τυχαίων βιοψιών ανά τεταρτημόριο

Ngamruengphong et al. Gastrointest Endosc 2009

περίπτωση 22η

οισοφάγος Barrett και ασπιρινη-ΜΣΑΦ

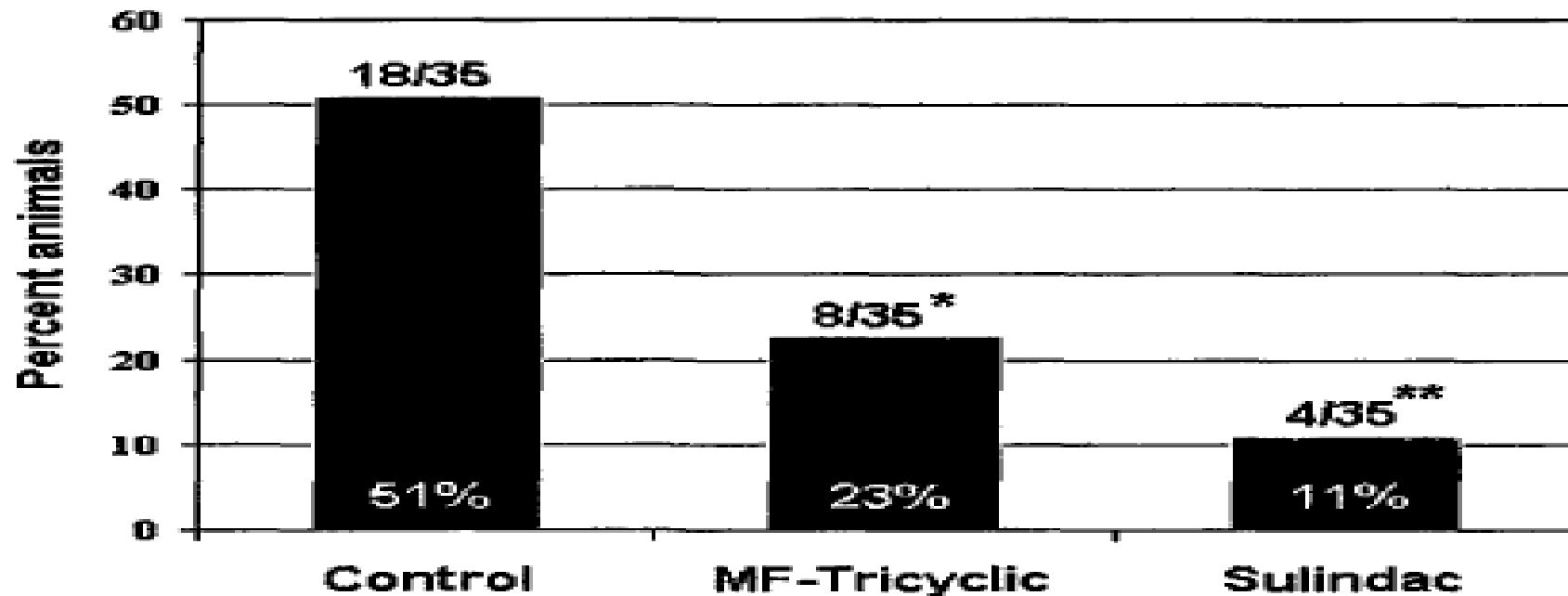


Figure 3. Incidence of esophageal adenocarcinoma. The rate of esophageal cancer (%) is represented by *solid bars*. The risk of esophageal cancer is significantly lower in the MF-tricyclic-treated group ($P = 0.013$) and the Sulindac-treated group ($P < 0.001$) than in the control group. There is no significant difference in the risk of esophageal cancer between the MF-tricyclic- and the Sulindac-treated groups ($P = 0.205$).

οισοφάγος Barrett και ασπιρίνη-ΜΣΑΦ(2)

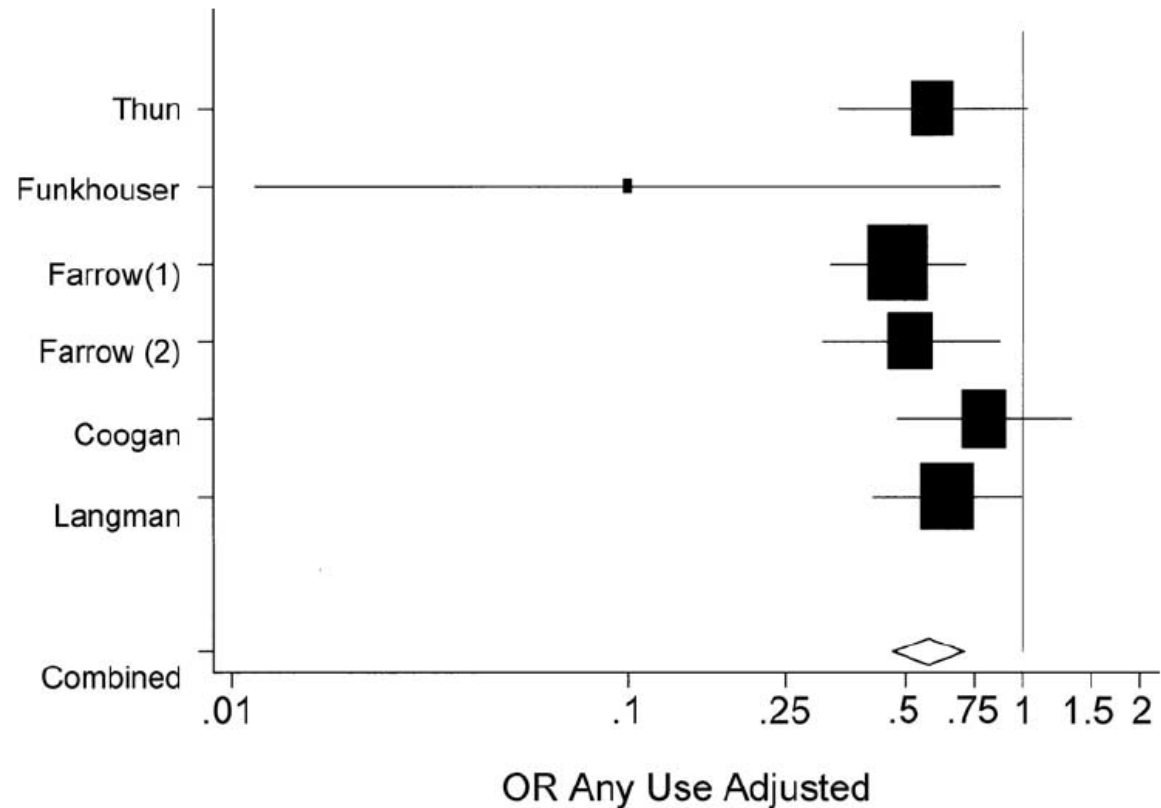


Figure 1. Any use of aspirin or NSAIDs adjusted for potential confounders, odds ratios, and 95% CIs. Adenocarcinoma (aspirin use only); squamous cell carcinoma (aspirin use only).

έχει ένδειξη η εκρίζωση με Halo ή με
φωτοδυναμική θεραπεία;

- στην τελευταία ενδοσκόπηση επιτήρησης βρέθηκε μια μικρή προέχουσα βλάβη στα 21cm, υπόσκληρης σύστασης διαμέτρου περί τα 10mm
- η ιστολογική εξέταση από τη βλάβη έδειξε **αδενο-Ca**, χωρίς δυσπλασία στις άλλες βιοψίες

ΠΟΙΟΣ Ο ΕΠΌΜΕΝΟΣ ΧΕΙΡΙΣΜΌΣ

**το EUS έδειξε διήθηση του υποβλεννογονίου
χιτώνα χωρίς παθολογικούς λεμφαδένες**

**το CT θώρακα και άνω κοιλίας ήταν
αρνητικό**

ποιο το επόμενο βήμα;

EMR vs EUS

High-Frequency Probe Ultrasonography Has Limited Accuracy for Detecting Invasive Adenocarcinoma in Patients with Barrett's Esophagus and High-Grade Dysplasia or Intramucosal Carcinoma: A Case Series

Table 1. Comparison of HFPUS and Surgical Pathology Results

Pts	BE Length (cm)	Histology	HFPUS	Surgical Pathology
1	16	HGD	No tumor seen	No tumor/multifocal HGD
2	10	HGD	No tumor seen	No tumor/foci of HGD
3	16	HGD	No tumor seen	T1b, N0
4	4	IMC	T1b lesion	T1b, N0
5	5	HGD	No tumor seen	No tumor/HGD
6	10	HGD	No tumor seen	T1a at 26 cms*
7	8	HGD	T2 lesion	T1a at ulcer and Cis at 25 cm
8	8	HGD	T1a at ulcer site	T1b at ulcer site
9	6	IMC	T1b lesion	No tumor/HGD

*Specimen obtained by endoscopic mucosal resection.

περίπτωση 22η

απόλυτη συμφωνία σταδιοποίησης EMR και οισοφαγεκτομής

Table 2. Surgical Tumor Stage Compared to Endoscopic Mucosal Resection Tumor Stage

EMR Pathology	EMR Margins	Surgical T Staging
Submucosal Ca (N = 16)	Positive (13)	T 0 = 5*
	• deep (+) / lateral (+) : 12	T 1b = 5
	• deep (-) / lateral (+) : 1	T 2 = 2
		T 3 = 1
Mucosal Carcinoma (N = 3)	Negative (3)	T 0 = 3
	Positive (1)	T 0 = 1
	Deep (+) / lateral (+) : 1	T 0 = 1
	Negative (2)	T 1 a = 1†
HGD (N = 4)	Positive (3)	T 0‡
	Negative (1)	T 0‡

*Two patients had synchronous intramucosal carcinomas at sites different from the EMR targeted lesion.

†One patient had synchronous intramucosal carcinoma at a site different from the EMR targeted lesion.

‡Residual HGD present in all patients.

Prasad et al. Am J Gastroenterol 2007

**έγινε προσπάθεια βλεννογονεκτομής, αλλά
δεν ολοκληρώθηκε γιατί ήταν αδύνατη η
υπέγερση της βλάβης για ασφαλή
επέμβαση**

ποιο το επόμενο βήμα;

περίπτωση 22η

θνητότητα οισοφαγεκτομής

Table 4. Mortality Rates for Esophagectomy in Studies Comprising Primarily Patients With High-Grade Dysplasia or Early Cancer in Barrett's Esophagus

First author	Year of publication	No. of patients	Operative mortality, no. (% total)
Pera ³⁰⁰	1992	18	0
Rice ²⁹⁹	1993	16	0
Lerut ²⁹⁸	1994	66	0
Rusch ²⁹⁷	1994	26	0
Edwards ²⁹⁶	1996	11	0
Heitmiller ²⁹⁵	1996	30	1 (3.3%)
Holscher ²⁹⁴	1997	41	1 (2.4%)
Luketich ²⁹³	1998	8	0
Patti ²⁹²	1999	11	0
Catrambone ²⁹¹	1999	12	0
Nguyen ²⁹⁰	2000	12	0
Zaninotto ²⁸⁹	2000	15	0
Scott Bolton ²⁸⁷	2001	32	0
Headrick ²⁸⁸	2002	54	1 (1.8%)
Perry ²⁸⁶	2002	41	0
Tseng ²⁸⁵	2003	60	1 (1.7%)
Thomson ²⁸⁴	2003	18	0
Pacifico ²⁸²	2003	64	1 (1.5%)
Reed ²⁸¹	2005	49	1 (2.0%)
Sujendran ²⁸⁰	2005	17	0
Chang ²⁷⁹	2006	34	0
Moraca ²⁷⁸	2006	36	0
Peyre ²⁷⁷	2007	109	3 (2.8%)
Williams ²⁷⁶	2007	35	0
Munitiz ²⁷⁵	2007	13	0
Schembre ²⁷⁴	2008	32	0
Altorki ²⁷³	2008	75	2 (2.6%)
Wang ²⁷²	2009	60	0
Prasad ²⁷¹	2009	46	1 (2.2%)

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



ενότητα Γ

χρόνια σοβαρή ή επιπλεγμένη ΓΟΠΝ

περίπτωση 23η

άνδρας 37 ετών με χρόνια σοβαρή παλινδρομική νόσο χαρακτηριζόμενη από διαφραγματοκήλη 3cm και υποτροπιάζουσα οισοφαγίτιδα βαθμού Β ή C μετά κάθε διακοπή μακροχρόνιας θεραπείας με PPI, υποβλήθηκε σε **λαπαροσκοπική θολοπλαστική Nissen**

• έξη μήνες αργότερα υποτροπίασε ο οπισθοστερνικός καύσος και ο χαμηλός οπισθοστερνικός πόνος χωρίς αναγωγές

**ΠΟΙΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΙΑΣ ΤΩΝ
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ;**

Π. Κασαπίδης

1. βαριούχο γεύμα (οισοφαγογράφημα)

(μορφολογία οισοφάγου, κινητικότητα οισοφάγου, παρουσία διαφραγματοκήλης, βράχυνση οισοφάγου, καθυστερημένη γαστρική κένωση)

2. ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού

(έλεγχος μορφολογίας οισοφάγου και στομάχου (βλεννογονικές αλλοιώσεις, διαφραγματοκήλη, μήκος οισοφάγου)

Surg Endosc 1998;12:186

Gastroenterol Clin North Am 1999;28:987

- στην ενδοσκόπηση βρέθηκε **οισοφαγίτιδα βαθμού Α, εικόνα διαφραγματοκήλης και άτυπη εικόνα θολοπλαστικής**
- στην ακτινολογική μελέτη υπάρχει **ευρεία γαστροοισοφαγική συμβολή κατά τη δίοδο του βαρίου και εικόνα μικρής διαφραγματοκήλης**

**ποια είναι η πιθανότερη αιτία
της υποτροπής της ΓΟΠ;**

υποτροπή, στην όψιμη (> 3 μην.) μετεγχειρητική περίοδο

- ανεπαρκής αντιπαλινδρομική εγχείρηση
(κακή τεχνική;)
- καθυστερημένη οισοφαγική κένωση ;

J Am Coll Surg 2007;205:570

απαιτείται 24ωρη πεχαμετρία;

- **όχι στον συγκεκριμένο ασθενή, με οισοφαγίτιδα Α βαθμού**
- **έλεγχος με εμπέδηση-pH ;**

ενδείξεις πεχαμετρίας

- αρνητική ενδοσκόπηση, χωρίς ανταπόκριση σε PPI
- άτυπα συμπτώματα, χωρίς ανταπόκριση σε PPI
- αποτυχία φαρμακευτικής αγωγής
- τεκμηρίωση παθολογικής ΓΟΠ και συσχέτισης συμπτωμάτων-παλινδρόμησης πριν αντιπαλινδρομική εγχείρηση

Gastroenterology 1996;110:1982

**ποια η μέση συχνότητα υποτροπής της ΓΟΠΝ
μετά αντιπαλινδρομική εγχείρηση από έμπειρο
χειρουργό;**

- 20 έτη μετά θολοπλαστική Nissen: >70% χωρίς συμπτώματα ή οισοφαγίτιδα
Gut 1993;34:1015
- 10 έτη μετά Nissen: 84% χωρίς οπισθοστερνικό καύσο
J Am Coll Surg 2007;205:570
- 5 έτη μετεγχειρητικά: παλινδρομικά συμπτώματα 15%
παθολογική πεχαμετρία 4%
J Am Coll Surg 2004;198:863

**ποια η εναλλακτική λύση στην μακροχρόνια
θεραπεία με PPI με την οποία ο ασθενής είναι
ασυμπτωματικός;**

εναλλακτική λύση, η επανεπέμβαση

(αποτυχία φαρμακευτικής αγωγής, ένδειξη επανεπέμβασης)

Br J Surg 2007;94:198

**ποια η αποτελεσματικότητα της
επανεγχείρησης για υποτροπή της
παθολογικής ΓΟΠ;**

επιτυχία 1ης επανεπέμβασης 75 – 80%

επιτυχία 2ης επανεπέμβασης 65%

επιτυχία 3ης επανεπέμβασης < 50%

(έκπτωση οισοφαγικής κινητικότητας)

Arch Surg 2005;140:946

περίπτωση 23η

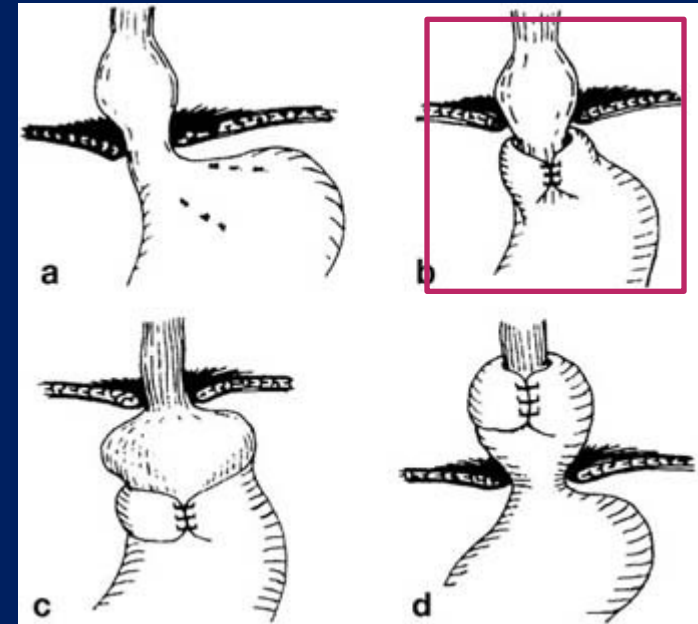


η γνώμη του χειρουργού

χαλαρή Nissen και διολίσθηση δια της θολοπλαστικής

Η παραμονή ή η επανεμφάνιση παλινδρομικών ενοχλημάτων

- ανεπαρκή αντιπαλινδρομική εγχείρηση
- λανθασμένη τεχνική
- ρήξη θολοπλαστικής
- μετατόπιση θολοπλαστικής σε θώρακα
- ρήξη συμπλησίας σκελών
- καθυστερημένη οισοφαγική κένωση
- λανθασμένη διάγνωση (αχαλασία)
- στάση περιεχομένου



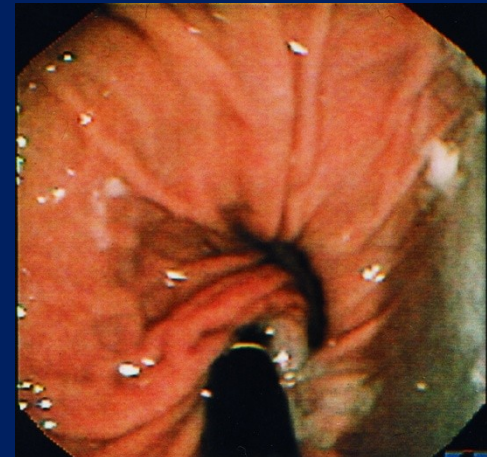
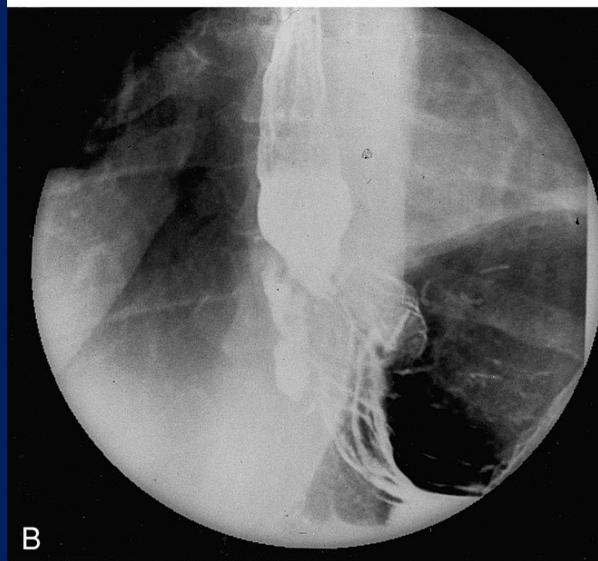
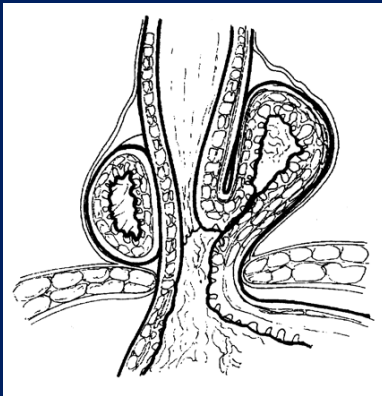
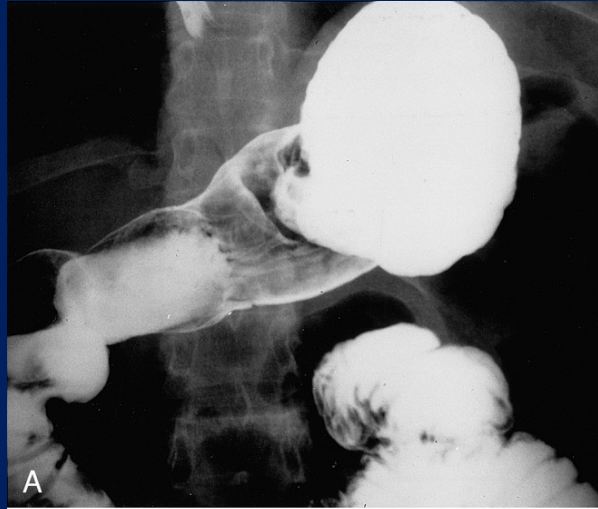
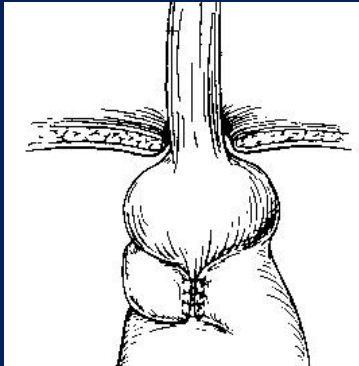
πιο συχνή σε συμπτωματικούς ασθενείς με

φυσιολογική pHμετρία προεγχειρητικά (Level of evidence: 2c)

Granderath 2008, Morgenthal 2007

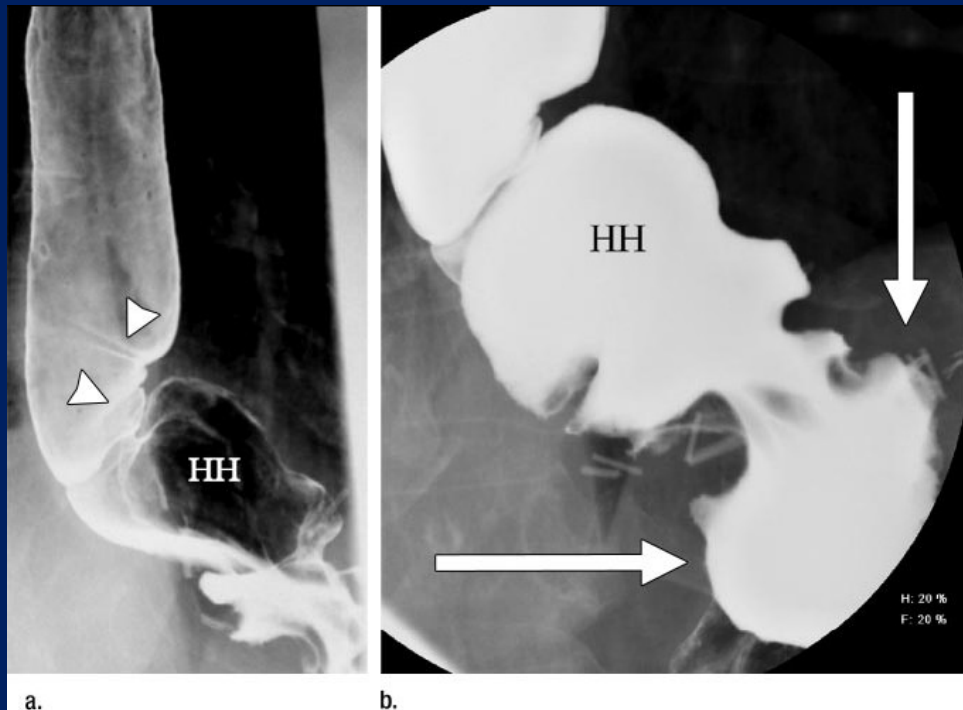
ο έλεγχος των ασθενών αυτών πρέπει να γίνεται με οισοφαγογράφημα

στόμαχος δύο διαμερισμάτων

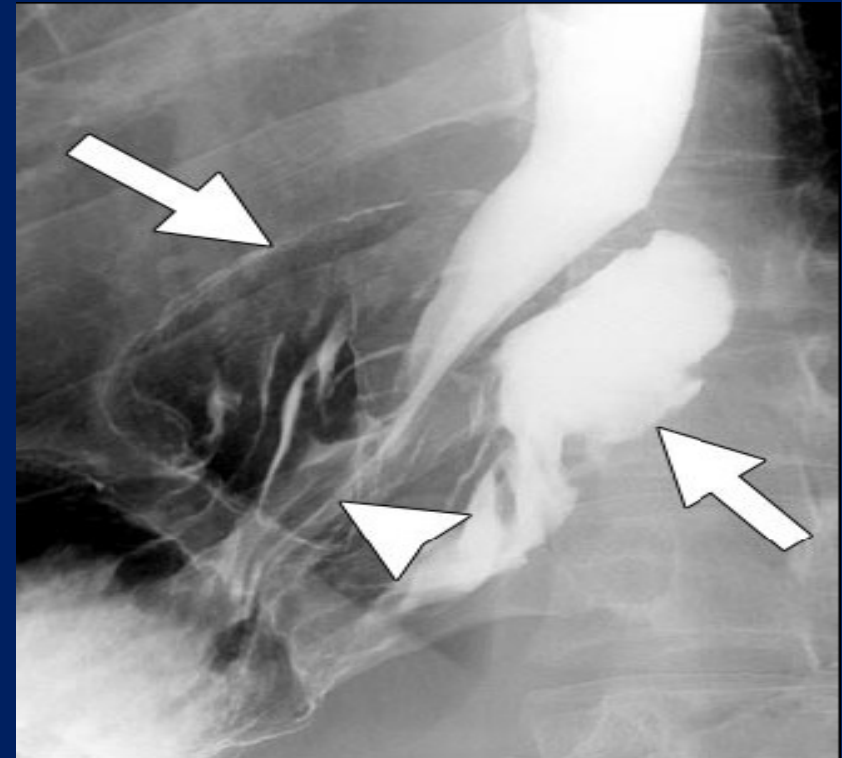


θολοπλαστική στο θώρακα

διάσπαση θολοπλαστικής
υποτροπή διαφραγματοκήλης
υποτροπή συμπτωμάτων
παλινδρόμησης



διάσπαση θολοπλαστικής
υπερδιαφραγματικά
υποτροπή συμπτωμάτων
παλινδρόμησης



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



ενότητα Γ

χρόνια σοβαρή ή επιπλεγμένη ΓΟΠΝ

περίπτωση 24η

άνδρας 49 ετών με συμπτωματική χρόνια ΓΟΠΝ

- οισοφαγίτιδα βαθμού A ή B
- διαφραγματοκήλη 3-4cm και
- οισοφάγο Barrett C2M3
- υποβλήθηκε προ έτους σε λαπαροσκοπική Nissen
- σχεδόν αμέσως μετεγχειρητικά ο οπισθοστερνικός καύσος υποτροπίασε με σπάνιες όξινες αναγωγές

ποια η πιθανότερη αιτία της υποτροπής

Π. Κασαπίδης

άμεση ανατομική αποτυχία της επέμβασης

- ρήξη ή μετατόπιση της θολοπλαστικής
- χαλαρότερη της αναγκαίας θολοπλαστική
- μη σύγκλειση σκελών διαφράγματος

Surg Endosc 1995;9:961

ποιος ο απαραίτητος έλεγχος;

1. βαριούχο γεύμα (οισοφαγογράφημα)

μορφολογία οισοφάγου, κινητικότητα οισοφάγου, παρουσία διαφραγματοκήλης, βράχυνση οισοφάγου, καθυστερημένη γαστρική κένωση

2. ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού

έλεγχος μορφολογίας οισοφάγου και στομάχου (βλεννογονικές αλλοιώσεις, διαφραγματο κήλη, μήκος οισοφάγου)

Gastroenterol Clin North Am 1999;28:987

**ακτινολογικά και ενδοσκοπικά υπάρχει εικόνα
οισοφαγίτιδας και διολίσθησης της θολοπλαστικής**

ΠΟΙΟΣ Ο ΕΠΌΜΕΝΟΣ ΧΕΙΡΙΣΜΌΣ;

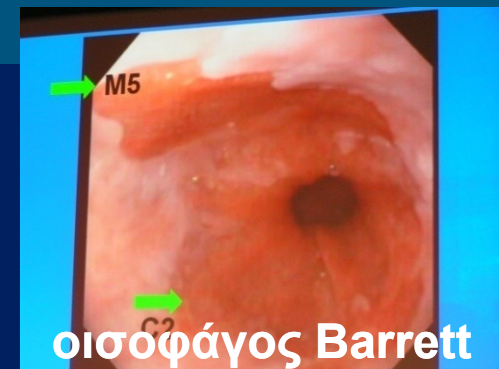
επανεπέμβαση, σε τριτοβάθμιο κέντρο
(λαπαροσκοπικά ή ανοικτά)

ενημέρωση ασθενή (αποτελεσματικότητα επανεπέμβασης
χαμηλότερη αρχικής)

εναλλακτική λύση: χρόνια χορήγηση PPI,
ενδοσκοπική επιτήρηση (πιθανού) Barrett

Arch Surg 2005;140:946

Br J Surg 2007;94:19

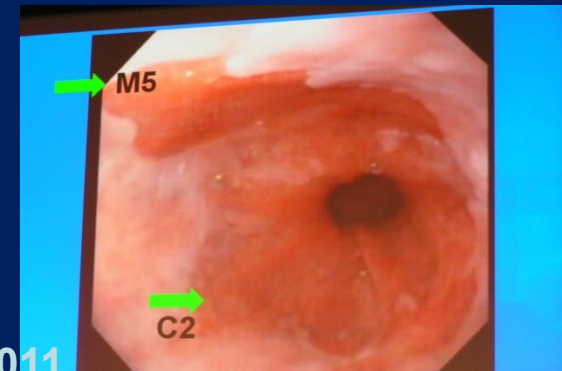


**ο ασθενής επαναχειρουργήθηκε ανοικτά,
αλλά το κλινικό και απεικονιστικό
αποτέλεσμα δεν ήταν καλό**

**ποια η περαιτέρω θεραπευτική
στρατηγική;**

αποτυχία και της 1ης επανεπέμβασης

- χρόνια χορήγηση PPI (αρχικά διπλή δόση PPI)
- ενδοσκοπική επιτήρηση (πιθανού) οισοφάγου Barrett



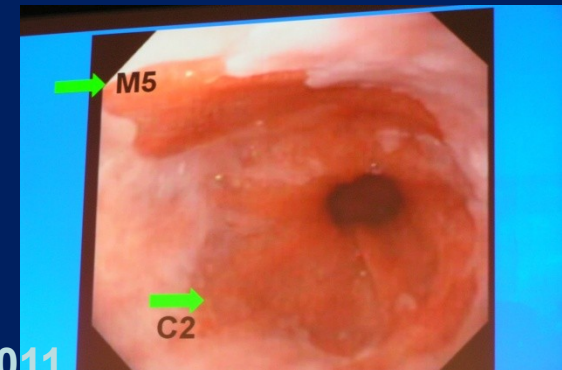
πως θα καθορίσετε την επαρκή δόση PPI;

πεχαμετρία, υπό φαρμακευτική αγωγή (PPI)
τροποποίηση (αύξηση) δόσης, αναλόγως αποτελέσματος

- έλεγχος με εμπέδηση-pH ;

Gastroenterology 1996;110:1982

Dig Dis Sci 2005;50:1916



περίπτωση 24η

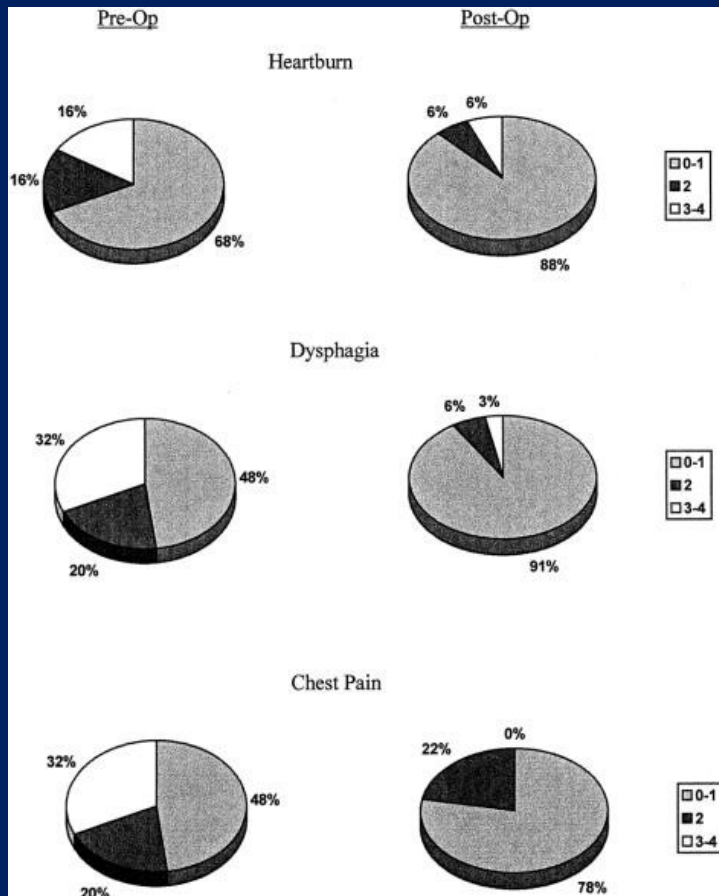


η γνώμη του χειρουργού

επανεπέμβαση είναι η μόνη εναλλακτική λύση

- καλά αποτελέσματα αν βρεθεί ανατομική αλλοίωση που προκαλεί δυσφαγία
- βελτίωση συμπτωμάτων 70-90% , διατήρηση αποτελέσματος μακροπρόθεσμα
- μεγαλύτερη πιθανότητα αποτυχίας σε επανεπέμβαση για δυσφαγία ή όταν απαιτείται επιμήκυνση του οισοφάγου

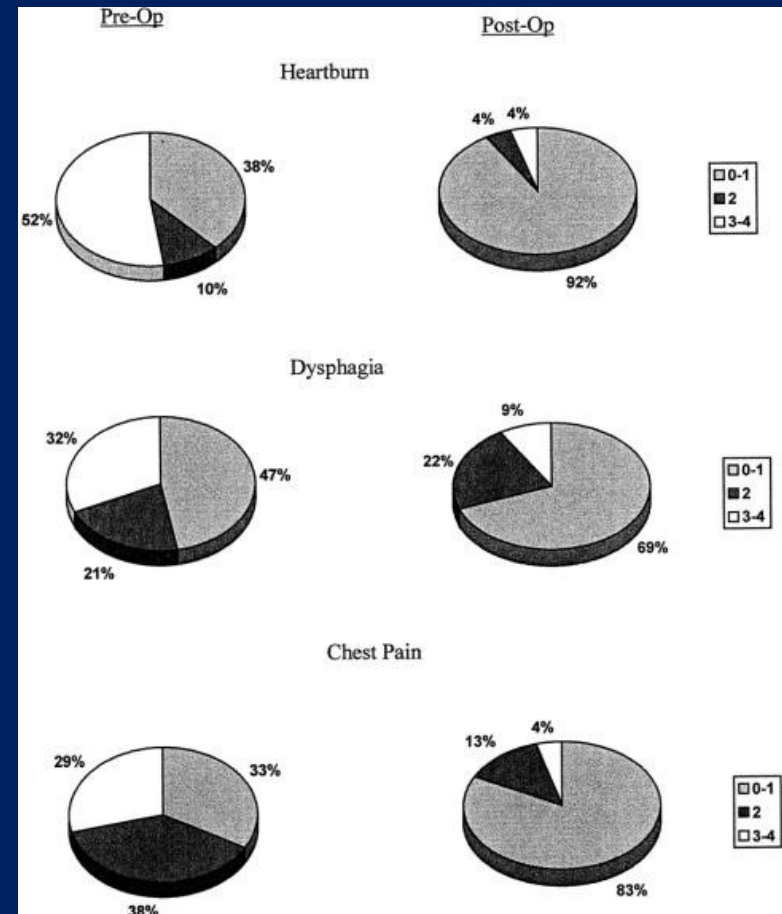
λαπαροσκοπική επανεπέμβαση



87% καλός ή εξαιρετικά καλός έλεγχος καύσου και αναγωγών
91% όχι δυσφαγία

Hunter 1999

ανοικτή επανεπέμβαση



91% καλός ή εξαιρετικά καλός έλεγχος καύσου και αναγωγών
70% όχι δυσφαγία, 22% μέτρια

REVIEW ARTICLE

Surgical Reintervention After Failed Antireflux Surgery: A Systematic Review of the Literature

Edgar J. B. Furnée • Werner A. Draaisma •
Ivo A. M. J. Broeders • Hein G. Gooszen

	Primary procedures (n=4,750)	Reoperations (n=4,584)
Indication of operations		
Recurrent reflux	–	1,912 (41.7%)
Dysphagia	–	760 (16.6%)
Recurrent reflux and dysphagia	–	184 (4.0%)
Anatomical abnormality	–	114 (2.5%)
Gasbloat syndrome	–	31 (0.7%)
Miscellaneous	–	148 (3.2%)
Not reported	–	1,435 (31.3%)
Type of operations		
Total fundoplication	2,162 (45.5%)	2,397 (52.3%)
Partial fundoplication	471 (9.9%)	999 (21.8%)
Resection surgery	–	327 (7.1%)
Miscellaneous procedures	657 (13.8%)	737 (16.1%)
Not reported	1,460 (30.7%)	124 (2.7%)

Table 4 Causes of Failure of Previous Antireflux Procedure

	n=3,175
Anatomical abnormalities	
Intrathoracic wrap migration	885 (27.9%)
Wrap disruption	722 (22.7%)
Telescoping	448 (14.1%)
Para-esophageal hiatal herniation	195 (6.1%)
Hiatal disruption	167 (5.3%)
Tight wrap	168 (5.3%)
Stricture	60 (1.9%)
Wrong primary diagnosis	
Achalasia	37 (1.2%)
Esophageal spasms	7 (0.2%)
Scleroderma	4 (0.1%)
Esophageal carcinoma	1 (0.03%)
Disturbed esophageal motility	13 (0.4%)
No cause for failure identified	194 (6.1%)
Miscellaneous	347 (10.9%)
Not reported	120 (3.8%)

Surgical Reintervention After Failed Antireflux Surgery: A Systematic Review of the Literature

Edgar J. B. Furnée · Werner A. Draaisma ·
Ivo A. M. J. Broeders · Hein G. Gooszen

Table 6 Intra- and Postoperative Results of Reoperations

Intraoperative complications	N=2,123^a
Injury of esophagus and stomach	278 (13.1%)
Pneumothorax	73 (3.4%)
Hemorrhage	41 (1.9%)
Splenectomy	7 (0.3%)
Other	49 (2.3%)
Not reported	6 (0.3%)
Postoperative complications	N=3491^a
Pulmonary complication	125 (3.6%)
Wound infection	64 (1.8%)
Leakage from alimentary tract	52 (1.5%)
Urinary tract infection	12 (0.3%)
Other infectious complications	48 (1.4%)
Cardiac complications	31 (0.9%)
Hemorrhage	22 (0.6%)
Other	136 (3.9%)
Not reported	56 (1.6%)
Causes of mortality	N=4,329^a
Infectious	11 (0.3%)
Pulmonary	7 (0.2%)
Cardiac	4 (0.1%)
Miscellaneous	10 (0.2%)
Not reported	5 (0.1%)

Table 7 Symptomatic and Objective Outcome after Reoperation

Definition of successful symptomatic outcome in the individual studies	Symptomatic outcome <i>n</i> =79	Objective outcome
Degree of symptoms at follow-up	25 (31.6%)	—
Patient satisfaction	22 (27.8%)	—
Satisfaction defined	6 (27.3%)	—
Satisfaction not defined	16 (72.7%)	—
Visick grading system	7 (8.9%)	—
Visick grading system combined with patient satisfaction	1 (1.3%)	—
Scores calculated from specific quality of life questionnaires	5 (6.3%)	—
Miscellaneous	5 (6.3%)	—
Not reported	14 (17.7%)	—
Patients available at follow-up	3 338 (74.0%)	581 (12.9%)
Duration of follow-up (months)	34.2±2.7	21.8±4.7
Patients with successful outcome	2 706 (81.7%)	455 (78.3%)

1. διάσπαση της θολοπλαστικής ή διολίσθηση θολοπλαστικής
2. ακτινοσκόπηση
3. άμεση λαπαροσκοπική επανεπέμβαση γιατί η καθυστέρηση δυσκολεύει την προσπέλαση λόγω συμφύσεων

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



ενότητα Γ

χρόνια σοβαρή ή επιπλεγμένη ΓΟΠΝ

περίπτωση 25η

άνδρας 72 ετών με χρόνια τυπική συμπτωματική ΓΟΠΝ, ΧΑΠ και λήψη νιφεδιπίνης για στεφανιαία νόσο και υπέρταση προσήλθε για **βραδέως επιδεινούμενη συνεχή δυσφαγία στα στερεά από έτους**

τα τελευταία πέντε χρόνια δεν έπαιρνε συστηματικά τη θεραπεία με PPI που του είχε δοθεί

η δυσφαγία επέμενε παρά την τρίμηνη θεραπεία με διπλή δόση PPI

**ποια είναι η πιθανότερη κλινική διάγνωση
για την αιτία της δυσφαγίας;**

Α. Καλαμπάκας

ποια είναι η πιθανότερη κλινική διάγνωση για την αιτία της δυσφαγίας;

- πεπτική στένωση;
- κακοήθης στένωση;
- κατώτερος οισοφαγικός δακτύλιος;

- η βραδέως επιδεινούμενη δυσφαγία για μεγάλο διάστημα σε κάθε γεύμα υποδηλώνει πεπτική στένωση
- στην περίπτωση της κακοήθους στένωσης θα υπήρχε ταχέως επιδεινούμενη δυσφαγία σε λίγους μήνες
- η ύπαρξη κατώτερου οισοφαγικού δακτυλίου χαρακτηρίζεται από διαλείπουσα δυσφαγία σταθερής έντασης

ποια η εξέταση εκλογής;

ποια είναι η εξέταση εκλογής;

- Ακτινολογική;
- Ενδοσκοπική;

η πρώτη εξέταση εκλογής πρέπει να είναι η
ακτινολογική μελέτη με βάριο, ώστε να εκτιμηθεί η
πιθανολογούμενη στένωση από πλευράς
μορφολογίας, αιτιολογίας διαμέτρου αυλού και
υποκείμενης διαφραγματοκήλης

ώστε

στην ενδοσκόπηση που θα ακολουθήσει να γίνει
ταυτόχρονα και η πρώτη συνεδρία διαστολής

**ακτινολογικά διαπιστώθηκε η ύπαρξη
στένωσης μήκους 1,5cm με διάμετρο αυλού
6-7mm και διαφραγματοκήλη 4cm**

ΠΟΙΟΣ Ο ΕΠΌΜΕΝΟΣ ΧΕΙΡΙΣΜΌΣ;

η ενδοσκόπηση και η εκτέλεση πρώτης συνεδρίας διαστολής

στην ενδοσκόπηση με παιδιατρικό
ενδοσκόπιο διαπιστώθηκε **ομαλή στένωση**
με οισοφαγίτιδα βαθμού Α, που δεν
επιτρέπει τη δίοδο του ενδοσκοπίου

**ποια τεχνική διαστολής θα
χρησιμοποιήσετε;**

περίπτωση 25η

συζήτηση κλινικών σεναρίων με σοβαρή ή επιπλεγμένη ΓΟΠΝ

TTS balloon 8-10-12 mm



**πως θα μειωθεί ο κίνδυνος
υποτροπής της στένωσης;**

μετά τη διαστολή απαιτείται θεραπεία με διπλή δόση PPI επί 4-6 εβδομάδες για μεγάλη μείωση της όξινης ΓΟΠ και την πρόληψη δημιουργίας ουλής

κατά κανόνα απαιτείται δια βίου θεραπεία με κατάλληλη δόση PPI, ανάλογα με την σοβαρότητα της ΓΟΠ, με πολύ μικρά ποσοστά υποτροπής

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



ενότητα Γ

χρόνια σοβαρή ή επιπλεγμένη ΓΟΠΝ

περίπτωση 26η

άνδρας 49 ετών με διαγνωσμένη από πενταετίας διαφραγματοκήλη 3 cm και τυπικό οισοφάγο Barrett C2M3 είναι ασυμπτωματικός υπό θεραπεία με συνήθη δόση PPI

σε δύο διαδοχικές εντός τριμήνου ιστολογικές εξετάσεις τυχαίων βιοψιών χωρίς μακροσκοπική βλάβη σε ενδοσκοπήσεις επιτήρησης και παρά τον διπλασιασμό της δόση του PPI, περιγράφεται η ύπαρξη **χαμηλόβαθμης δυσπλασίας με δύο μικρές εστίες μέτριας δυσπλασίας**

**ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΥΤΗΣ;**

Α. Καλαμπάκας

οι επιλογές είναι:

- α. η συνέχιση της συχνής ενδοσκοπικής και ιστολογικής επιτήρησης υπό θεραπεία με διπλή δόση PPI
- β. η εκρίζωση του μεταπλαστικού επιθηλίου με Halo
- γ. η βλεννογονεκτομή
- δ. η οισοφαγεκτομή

**ποια η καταλληλότερη επιλογή για
τον συγκεκριμένο ασθενή και γιατί;**

- εκρίζωση με Halo διότι...
(βιβλιογραφική τεκμηρίωση)

**ΠΟΙΟΣ Ο ΕΠΌΜΕΝΟΣ ΧΕΙΡΙΣΜΌΣ
ΜΕΤΆ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΗΉ Ή ΜΗ ΕΚΚΡΙΨΩΣΗ;**

η συχνή ενδοσκοπική και ιστολογική
επιτήρηση υπό θεραπεία με διπλή δόση PPI
ή μετά αντιπαλινδρομική εγχείρηση

περίπτωση 26η



η γνώμη του χειρουργού

Minerva Chir. 2011 Feb;66(1):1-6.

Does antireflux surgery prevent progression of Barrett's esophagus?

Lord RV

Well-conducted prospective studies with postoperative pH studies suggest, however, that effective surgery may reduce the risk of Barrett's progression whereas ineffective surgery provides no benefit

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



ενότητα Γ

χρόνια σοβαρή ή επιπλεγμένη ΓΟΠΝ

περίπτωση 27η

άνδρας 76 ετών με υπέρταση και στεφανιαία νόσο υπό θεραπεία έχει γνωστή διαφραγματοκήλη και οισοφάγο Barrett C2M4

είναι ασυμπτωματικός υπό θεραπεία με συνήθη δόση PPI την οποία λαμβάνει κατ' επίκληση

στην ενδοσκόπηση επιτήρησης βρέθηκε μια ελαφρά προέχουσα περιοχή του βλεννογόνου με μικροθηλώδη εμφάνιση διαμέτρου 7-8 mm

η ιστολογική εξέταση από τη βλάβη έδειξε υψηλόβαθμη δυσπλασία, ενώ από άλλες τυχαίες θέσει χαμηλόβαθμη ή απουσία δυσπλασίας

ποια η καταλληλότερη στρατηγική αντιμετώπισης;

περίπτωση 27η

οι επιλογές είναι:

- α. **η οισοφαγεκτομή** γιατί είναι γνωστό ότι συχνά συνυπάρχουν και άλλες θέσεις με δυσπλασία ή και με in situ adeno-Ca. Να ληφθεί υπόψη η μεγάλη νοσηρότητα και θνητότητα της επέμβασης αυτής λόγω της ηλικίας και της υποκείμενης νοσηρότητας (ποσοστά;)
- β. **η ολική βλεννογονεκτομή του Barrett** με τα γνωστά ποσοστά επιπλοκών και ιδίως των στενώσεων
- γ. **η EMR** στην προέχουσα βλάβη και η εκρίζωση όλου του μεταπλαστικού επιθηλίου με Halo

- η λύση αυτή φαίνεται ως λογικότερη στον υπερήλικα ασθενή. Γιατί;
- σε μικρής ηλικίας ασθενή θα ήταν ασφαλέστερη λύση η οισοφαγεκτομή;

περίπτωση 27η



η γνώμη του χειρουργού

περίπτωση 27η

- η EMR στην προέχουσα βλάβη και η εκρίζωση όλου του μεταπλαστικού επιθηλίου με Halo.
- η λύση αυτή φαίνεται ως λογικότερη στον υπερήλικα ασθενή
- παρέχει ιστολογική επιβεβαίωση του Ca is
- μεγάλη νοσηρότητα και θνητότητα λόγω γενικής κατάστασης ασθενή

περίπτωση 27η

- **μείζονες επιπλοκές: 29-54% θνητότητα 0- 5% σε κέντρο με περισσότερες από 20 οισοφαγεκτομές ανά έτος** *Luketich 2004, Maish 2004*
- **τεχνικές καταστροφής: 50% ελάτπωση κινδύνου καρκίνο** *Overholt 2005*
- **17% αδενοκαρκίνωμα σε εκτομή μετά βιοψία με HGD** *Tseng 2003*
- **4% κίνδυνος μεταστατικού καρκίνου σε ενδοβλεννογόνιο καρκίνωμα 3/78 ειδικά χωρίς βλεννογονική βλάβη** *Oh 2006*
- **φωτοδυναμική + ενδοσκοπική βλεννογονεκτομή έναντι χειρουργικής θνητότητα 9% vs 8.5% 60 μήνες κανένας θάνατος από καρκίνο** *Prasad 2007, Zehetner 2011*

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



ενότητα Γ

χρόνια σοβαρή ή επιπλεγμένη ΓΟΠΝ

περίπτωση 28η

περίπτωση 28η

άνδρας 38 ετών προ διετίας είχε υποβληθεί σε υφολική γαστρεκτομή Billroth II για λέμφωμα στομάχου

μετεγχειριστικά υπήρχαν έντονα τυπικά παλινδρομικά συμπτώματα, χολώδεις έμετοι και **σοβαρή οισοφαγίτιδα με οισοφάγο Barrett C6M7,5**

στην ιστολογική εξέταση τυχαίων βιοψιών που ελήφθησαν μετά δίμηνη αγωγή με διπλή δόση PPI με την οποία υπήρξε πολύ μεγάλη συμπτωματική βελτίωση, **βρέθηκε υψηλόβαθμη δυσπλασία επιβεβαιωμένη από δύο παθολογανατόμους**

ποια η καταλληλότερη στρατηγική αντιμετώπισης;

Π. Κασαπίδης

περίπτωση 28η

α) ολική EMR – PPI (διπλή δόση) – διορθωτική επέμβαση

-ενδείξεις EMR οισοφάγου: $\Delta < 30\text{mm}$ - Διήθηση $< 200\mu\text{m}$

Gastroenterol 2011;141:460



β) Halo - PPI (διπλή δόση) - διορθωτική επέμβαση

Halo Εκρίζωση HGD (USA) $> 85\%$

N. Engl J Med 2009;360:2277 – Endoscopy 2010;42:272 - Gastroenterol 2011;141:460

γ) Οισοφαγεκτομή (Νοσηρότητα 25 – 45% , Θνητότητα 3 – 12 %)

N. Engl J Med 2002;346:1128

δ) PPI (διπλή δόση), ενδοσκοπική επιτήρηση

- ο ασθενής υποβλήθηκε σε ολική EMR
- υπήρξε η ανάπτυξη δύο στενώσεων

ποια η αντιμετώπιση;

περίπτωση 28η

συζήτηση κλινικών σεναρίων με σοβαρή ή επιπλεγμένη ΓΟΠΝ

προοδευτική διαστολή οισοφάγου

μετά δύο συνεδρίες διαστολής ο ασθενής δεν είχε δπλέον δυσφαγία και υποβλήθηκε σε διορθωτική επέμβαση με Roux-en-Y

επί 18 μήνες είναι ασυμπτωματικός και σε ενδοσκοπική και ιστολογική ύφεση

περίπτωση 28η

η γνώμη του χειρουργού



περίπτωση 28η

η οισοφαγεκτομή και ιδιαίτερα η περιορισμένη στην περιοχή του ΒΕ– συμπλήρωση γαστρεκτομής μετάθεση νήστιδος Roux-en-Y στην προκειμένη περίπτωση

- έχει λιγότερες επιπλοκές από την ολική οισοφαγεκτομή με αντικατάσταση με ΠΕ
- διασφαλίζει από τον κίνδυνο έκθεσης σε καρκίνο της περιοχής σε σχέση με την απλή καταστροφή
- χωρίς βέβαια να εξαλείφει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου σε άλλο σημείο του οισοφάγου

περίπτωση 28η

η βλεννογονεκτομή

- δίνει εξίσου καλά αποτελέσματα και
- διασφαλίζει ολοκληρωμένη βιοψία ώστε να διαπιστωθεί η ογκολογική επάρκεια της
- αλλά απαιτεί και συμπλήρωση με πλήρη γαστρεκτομή και Roux-en-Y για εξάλειψη της παλινδρόμησης

περίπτωση 28η

- δια των σκελών οισοφαγεκτομή με μετατόπιση στομάχου ή λεπτού εντέρου
- λαπαροσκοπική κινητοποίηση μεσοθωρακίου
- με διατήρηση πνευμονογαστρικών οισοφαγεκτομή με κολοπλαστική
- περιορισμένη στον παθολογικό κατώτερο οισοφάγο εκτομή και μετατόπιση ΛΕ

Nguyen 2000, Nigro 1999, Peyre 2007, Stein 2000

περίπτωση 28η

παράγοντες κινδύνου κακής έκβασης της EMR για HGD

τεχνική αδυναμία πλήρους σε ένα κομμάτι βλεννογονεκτομής

- μεγάλο μήκος BE
- πολυεστιακότητα
- κυκλοτερής BE (στένωση)
- μεγάλη βλάβη > 2 cm

η κατάτμηση του παρασκευάσματος κάνει δύσκολο τον έλεγχο των ορίων

πρόβλεψη αδυναμίας ασθενούς να ακολουθήσει το πρόγραμμα μακροχρόνιας παρακολούθησης

Bozio 2011

Table 1. Esophagectomy for High-Grade Dysplasia

Study	No. of Patients	Complications/morbidity (%)	Mortality (%)	Occult Cancer
Williams and colleagues (75)	38	37	0	29
Fernando and colleagues (76)	28	54	4	39
Tseng and colleagues (64)	60	29	1.7	30
Sujendran and colleagues (77)	17	29	0	65
Reed and colleagues (61)	49	n/a	2	37
Rice (62)	111	n/a	0	45
	303		1	39.3*

* Weighted average.

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



ενότητα Γ

χρόνια σοβαρή ή επιπλεγμένη ΓΟΠΝ

περίπτωση 29η

γυναίκα 16 ετών είχε ιστορικό ατρησίας κάτω τριτημορίου του οισοφάγου για την οποία χειρουργήθηκε τις πρώτες ημέρες της ζωής

μετεγχειρητικά υπήρξε **επιπλοκή με αναστομωτική στένωση** που αντιμετωπίστηκε με διαστολές

η ασθενής βρίσκεται σε θεραπεία με συνήθη δόση PPI, αλλά εξακολουθεί να έχει δυσφαγία

ενδοσκοπικά υπάρχει **αναστομωτική στένωση και οισοφαγίτιδα βαθμού A**

ποια η αιτία της σοβαρής ΓΟΠΝ;

Π. Κασαπίδης

απερίσταλη και σημαντική μείωση οισοφαγικής κάθαρσης

**ποια είναι η στρατηγική διαχείρισης
της περίπτωσης;**

περίπτωση 29η

συζήτηση κλινικών σεναρίων με σοβαρή ή επιπλεγμένη ΓΟΠΝ

ενδοσκοπική διαστολή

PPI (διπλή δόση)

ενδοσκοπική επιτήρηση

η ασθενής μετά διαστολή και διπλή δόση PPI επί τρίμηνο είναι ασυμπτωματική χωρίς οισοφαγίτιδα και χωρίς υποτροπή της στένωσης

η 24ωρη πεχαμετρία υπό θεραπεία έδειξε σχεδόν πλήρη έλεγχο της όξινης ΓΟΠ

**ποια θα είναι μελλοντική αντιμετώπιση της
ασθενούς;**

μακροχρόνια χορήγηση PPI

υπέρ και κατά

τύπος επανεπέμβασης

(χαλαρή Nissen ή οπίσθια (270°), Toupet ή

Surg Endosc 1998;12:186

γατροπλαστική Collis σε βραχυοισοφάγο ;

**ποια η πολιτική ενημέρωσης της
ασθενούς και των γονιών της;**

- **αντικειμενικότατη ενημέρωσή τους (χειρουργός + γαστρεντερολόγος)**
- **συμμετοχή τους στη λήψη των περαιτέρω αποφάσεων**

**μπορεί να υποβληθεί σε ενδοσκοπική
θεραπεία ή σε αντιπαλινδρομική εγχείρηση;**

περίπτωση 29η

η γνώμη του χειρουργού



περίπτωση 29η

- μάλλον η μακροχρόνια θεραπεία με ΑΑΠ κερδίζει διότι η επανεπέμβαση είναι ιδιαίτερα δύσκολη και με επικίνδυνες επιπλοκές
- και η ενδοσκοπική θολοπλαστική νομίζω δεν έχει θέση διότι για να επιτύχει θέλει να υπάρχει πλήρης κινητικότητα της καρδίας

περίπτωση 29η

- η αντιπαλινδρομική επιτυχία μιας εγχείρησης θολοπλαστικής είναι ανάλογη της πληρότητας της με **καλύτερη την πλήρη θολοπλαστική** και χειρότερη την πρόσθια ημιθολοπλαστική που είναι και η πιο συχνά εφαρμοζόμενη σε αχαλασία
- αντίστροφα ανάλογη είναι η πιθανότητα δυσφαγίας στις περιπτώσεις απερίσταλσης με δεδομένα από την αχαλασία
- Nissen δεν προσθέτει δυσφαγία και προφυλάσσει τελείως από ΓΟΠ
Frantzides 2004, Rossetti 2005
- δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ Dor και Toupet

Raftopoulos 2004, Schulz 2004, Fernandez 2003, Perrone 2004, Arain 2004

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



ενότητα Γ

χρόνια σοβαρή ή επιπλεγμένη ΓΟΠΝ

περίπτωση 30η

άνδρας 28 ετών είχε από εξαετίας συχνά ημερήσια και νυκτερινά επεισόδια οπισθοστερνικού καύσου, υψηλού επιγαστρικού πόνου

σε ενδοσκόπηση προ οκταμήνου περιγράφεται η ύπαρξη διαφραγματοκήλης και οισοφαγίτιδας και λοίμωξη με ελικοβακτηρίδιο για την οποία πήρε θεραπεία εκρίζωσης. Ο ασθενής ήταν ασυμπτωματικός υπό θεραπεία με συνήθη δόση PPI

στην ενδοσκοπική επανεξέταση του ασθενή, λόγω επιμονής των αναγωγών, βρέθηκε διαφραγματοκήλη 4cm, οισοφαγίτιδα Α και πολυποειδής σχηματισμός διαμέτρου 6-7mm, η βιοψία από την οποία έδειξε σοβαρή δυσπλασία και αδено-Ca in situ, η οποία επιβεβαιώθηκε σε δεύτερη βιοψία

περίπτωση 30η

συζήτηση κλινικών σεναρίων με σοβαρή ή επιπλεγμένη ΓΟΠΝ

ποιος ο καταλληλότερος χειρισμός;

Π. Κασαπίδης

σταδιοποίηση με EUS- FNA (βάθος διήθησης), και CT
(λεμφαδένες, μεταστάσεις)

- **ενδείξεις EMR οισοφάγου:** $\Delta < 30\text{mm}$ - Διήθηση $< 200\mu\text{m}$

ασθενής: Αδενο-Ca Οισοφάγου, TNM ταξινόμηση = Στάδιο 0 (Tis-No-Mo)

στάδιο 0, 10ετής επιβίωση = 80%

- **οισοφαγεκτομή, έως σταδίου IIA (T2-No-Mo) ή IIIA (T4a-No-Mo)**

Gastrointest Endosc 2006;63:570 Ann Surg Oncol 2010;17;1721

καταλληλότερος χειρισμός: ΟΙΣΟΦΑΓΕΚΤΟΜΗ

περίπτωση 30η

συζήτηση κλινικών σεναρίων με σοβαρή ή επιπλεγμένη ΓΟΠΝ

ποιος ο απαιτούμενος έλεγχος;

1. βαριούχο γεύμα
2. ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού

ο ασθενής υποβλήθηκε σε Roux-en-Y οισοφαγονηστιδική αναστόμωση

έντεκα χρόνια αργότερα έχει ακόμη σοβαρά προβλήματα που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής του αφού δεν μπορεί να εργασθεί πλέον

συγκεκριμένα έχει δυσφαγία στα στερεά και υγρά, ενεργητικές αναγωγές, επιγαστρικό πόνο, διάρροιες και νυκτερινούς ιδρώτες

ενδοσκοπικά δεν υπάρχει στένωση, οισοφαγίτιδα ή άλλη βλεννογονική βλάβη. Εντύπωση προκάλεσε η **μακρά τυφλή έλικα Roux**.

ακτινολογικά ο οισοφαγικός περισταλτισμός ήταν φυσιολογικός χωρίς αναστομωτική στένωση και προσωρινή διάταση και στάση του βαρίου στην αρχική νήστιδα και διάταση της τυφλής έλικας

**ποια η πιθανότερη αιτία των συμπτωμάτων
και πως μπορεί να αντιμετωπισθεί;**

- σύνδρομο τυφλής έλικας
- μικροβιακή υπερανάπτυξη, διάρροιες.
χορήγηση ριφαξιμίνης, 800mg/24h
Am J Med Sci 2007;333:266
- χορήγηση αντικαταθλιπτικού
- χορήγηση γαστροκινητικού;

σε MH ανταπόκριση, μετά 3 – 4 μήνες: σχεδιασμένη επανεπέμβαση

περίπτωση 30η

η γνώμη του χειρουργού



περίπτωση 30η

Ερώτηση 1

Η απάντηση έχει δοθεί στη περίπτωση 29

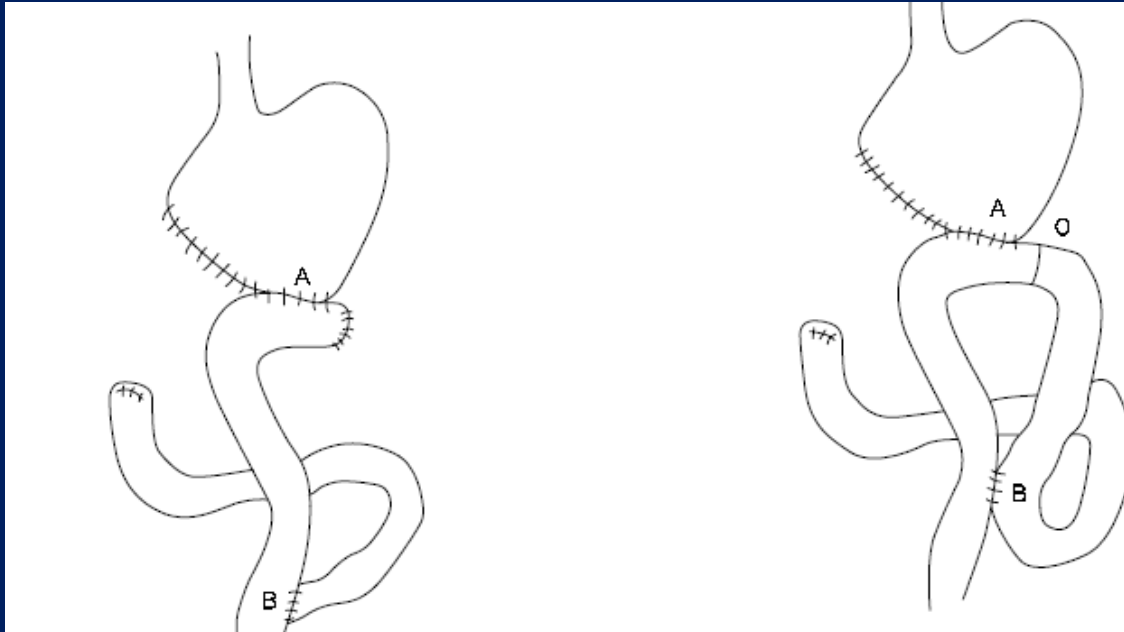
Ερώτηση 2

Αρχικά η ενδοσκόπηση και ακολούθως η ακτινοσκόπηση με βάριο. Η δοκιμασία Dumping δεν είναι απαραίτητη διότι δεν θα άλλαζε την αντιμετώπιση χειρουργικά

Ερώτηση 3

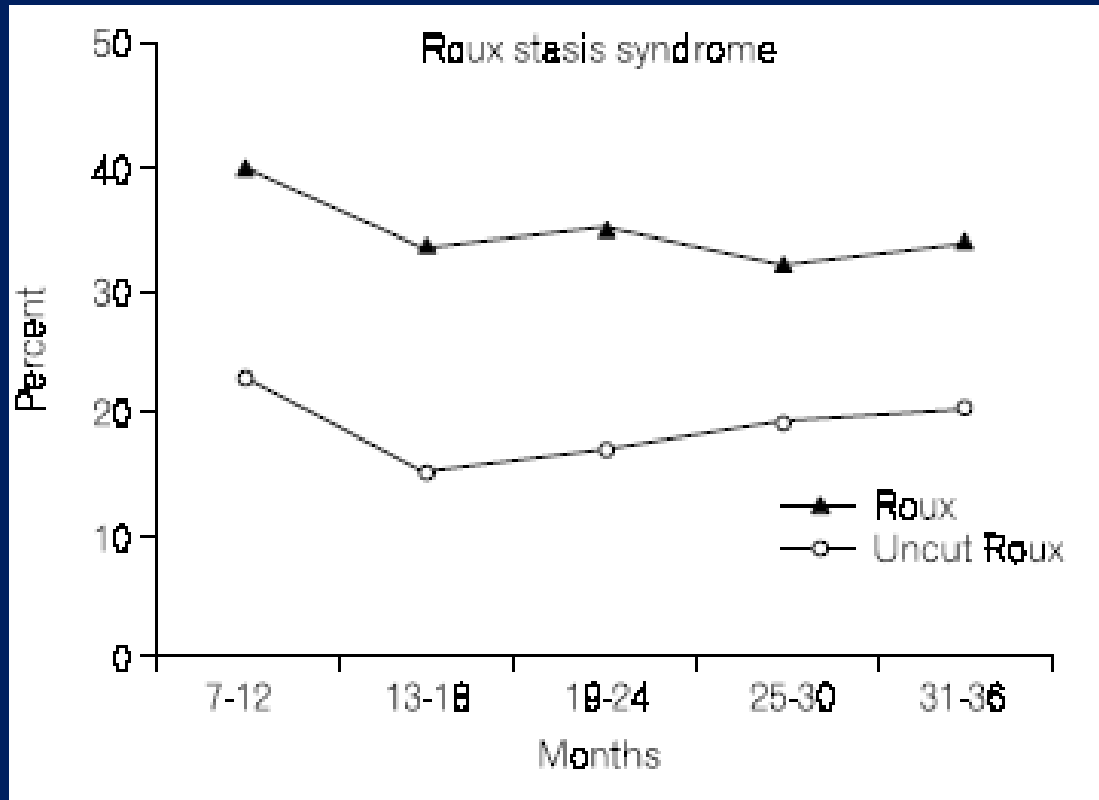
Η πιο πιθανή αιτία με βάση τα ακτινοσκοπικά δεδομένα για τα μετεγχειρητικά συμπτώματα είναι το σύνδρομο στάσης της απιούσας έλικας ή σύνδρομο Roux. Η μακριά τυφλή έλικα βοηθά σε υπερανάπτυξη μικροβίων. Η χειρουργική αποκατάσταση φαντάζει σαν η τωρινή επιλογή διότι στα 11 έτη που έχουν μεσολαβήσει θα έχει δοκιμασθεί κάθε συντηρητική αγωγή

σύνδρομο Roux



- διατήρηση πλέγματος κυττάρων Cajal και άρα του MMC *Kiciak 2007*
- βηματοδότηση ή “Uncut Roux” *Brent 1992*

περίπτωση 30η



Seung-Moo Noh 2001

επέκταση γαστρεκτομής (90-95%) και επαναδημιουργία της Roux-en-Y
ή
βράχυνση απιούσας έλικας από 50-60cm σε 35cm περίπου

