



ενδοσκοπήσεις

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο
ΚΕΜΠ Αθηνών
Αριθμός Άδειας
1



Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Απρίλιος - Μάιος - Ιούνιος 2023 | Τεύχος **64**
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535, Website: www.epege.gr, e-mail: info@epege.gr

Μια θάλασσα μικρή

PCAB's: Τέλος εποχής των PPI's ή όχι?

24ωρη πεχαμετρία - εμπέδηση οισοφάγου

Αιμορραγία κατωτέρου πεπτικού

Επιμήκης ενδοσκοπική γαστροπληστική για παχυσαρκία



Salofalk^{1g}

Mesalazine

Δισκία

Γαστροανθεκτικά



03.2022/SALOFALK TABS 1GR/ADV/01

• INFORMAL Adv.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον ΚΑΚ κατόπιν αιτήσεως

 **Galenica α.ε.**

Ελευθερίας 4, Κηφισιά 145 64 • **Επιστημονικό Τμήμα:** Τηλ.: 210 5281731
• **Τμήμα Φαρμακοεπαγρύπνησης:** Τηλ.: 210 5281805 • www.galenica.gr



Λ.Τ.: 80,35€

Περιεχόμενα



ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	2
ΘΥΛΑΚΕΣ ΝΟΗΣΙΑΡΧΙΑΣ	
ΝΕΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΑΙΡΑ	6
ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΔΣ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.	
20^η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.	7
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	12
ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ:	
ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	17
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΥΞΗΜΕΝΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΩΝ	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	26
Η ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ	
ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ	
HOW TO DO IT	27
ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ERCP	
ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	36
POTASSIUM COMPETITIVE ACID BLOCKER (PCAB'S).	
ΤΕΛΟΣ ΕΠΟΧΗΣ ΤΩΝ PPI'S Η ΟΧΙ ?	
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	41
24ΩΡΗ ΠΕΧΑΜΕΤΡΙΑ - ΕΜΠΕΔΩΣΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ:	
ΜΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΥΨΗΛΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ	
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	46
ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ	
ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	60
ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΖΩΓΡΑΦΙΔΗΣ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	65
Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ ΣΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΟΡΟΛΟΓΙΑ	
(ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΟΡΟΛΟΓΙΑ)	
ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ	68
ΕΠΙΜΗΚΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΓΑΣΤΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ	
ΓΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΛΑΣΗΣ 1 ΚΑΙ 2: ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	
ΤΗΣ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ MERIT	

Ιδιοκτήτης:

Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων
Ελλάδας (ΕΠ.Ε.Γ.Ε.)

Εκδότης & Υπεύθυνος

παρά τω νόμω:

Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: Σπυρίδων Γούλας

Έδρα:

Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα
Τηλ.: 210 6727531-3
Fax: 210 6727535
Website: www.epege.gr
e-mail: info@epege.gr

Διευθυντής Σύνταξης:

Νικόλαος Μαργέτης

Συντακτική Επιτροπή:

Σπυρίδων Γούλας
Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος
Γιώργος Τζιάτζιος
Παρασκευάς Γκολφάκης
Χάρης Τσιώνης
Σπύρος Βρακάς
Αθανάσιος Σιούλας

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

Πρόεδρος: Σπυρίδων Γούλας
Αντιπρόεδρος: Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος
Γεν. Γραμματέας: Ηλίας Γρίβας
Ειδ. Γραμματέας: Παρασκευή Πολύζου
Ταμίας: Γιώργος Τζιάτζιος
Μέλη: Δημήτριος Δανδάκης,
Νικόλαος Μαργέτης
Νομική Σύμβουλος: Άννα Τσίτουρα
Γραμματεία: Μαρία Γενναδοπούλου

Εικονογράφηση Εξωφύλλου:

Μίλτος Σκούρας

Δημιουργικό – Εκτύπωση:

ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑmed

Απαγορεύεται ρητά η αναδημοσίευση,
η αναπαραγωγή, η αντιγραφή
και γενικότερα η μετάδοση με οποιοδήποτε
τρόπο ή μέσο, μέρους ή ολόκληρης
της ύλης του περιοδικού, καθώς επίσης
και των κατηγοριοποιήσεων και των τίτλων
τους, χωρίς την έγγραφη άδεια
του εκδότη.

Το περιεχόμενο του κάθε άρθρου εκφράζει
την άποψη του συγγραφέα, η οποία δεν είναι
υποχρεωτικά αποδεκτή από τη συντακτική
επιτροπή.



Άρθρο Σύνταξης

Νικόλαος Γ. Μαργέτης, Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής Σύνταξης

Θύλακες Νοησιάρχιας

“...οί καιροὶ οὐ μενετοί...”

Θουκυδίδης (460-394 π.Χ.), Ιστοριών, Α, 142

Αξιότιμες κυρίες και αξιότιμοι κύριοι Συνάδελφοι,

Βιώνουμε την εποχή της τέταρτης βιομηχανικής επανάστασης. Η διασύνδεση των μηχανών, των αισθητήρων και των ανθρώπων έχει γιγαντωθεί και ωθεί τον γεωμετρικά συσσωρευόμενο όγκο δεδομένων σε απρόσκοπτη και τάχιστη διάδοση. Τα νευρωνικά κυκλώματα, διαπλεκόμενα αμείλικτα και δαιδαλωδώς, χειραγωγούν τους νευραλγικούς κόμβους του γαλαξία των γνώσεων. Μέσα στη σύγχρονη Βαβέλ, στην οποία οι μεθόριοι μεταξύ γνώσης, είδησης και πληροφορίας είναι δυσδιάκριτοι, οι νέες γνώσεις είναι αδύνατο να αφομοιωθούν ομαλά, να ενσωματωθούν διαδραστικά με τις προϋπάρχουσες, να εμπεδωθούν γόνιμα. Επιπλέον, η ψεύτικη είδηση είναι γεμάτη με ψιμύθια και υποδύεται προκλητικά την αληθινή, επιτείνοντας την σύγχυση και καθιστώντας το μεταίχμιο πραγματικότητας και μετα-πραγματικότητας νεφελώδες. Ειρωνικά, οι τεχνολογικές προόδους, οι οποίες υποτίθεται πως επινοήθηκαν για να υπηρετούν και να βελτιώνουν την ζωή όλων μας, κατέληξαν, σε αρκετές περιπτώσεις, να εξυπηρετούν συγκεκριμένα συμφέροντα.

Το ανακύπτον ζήτημα επιζητεί άμεσες λύσεις. Η τεχνητή νοημοσύνη (ΤΝ) επαγγέλλεται «παλάτια» άυλου πλούτου και υπόσχεται να μας λυτρώσει από την αμήχανη ανάβλυση αδιεξόδων. «Ισχυρίζεται» πως είναι η μήτρα μεγαλοφυών και δόκιμων λύσεων. Μήπως όμως τα επίχειρα της εκτόξευσης των τεχνολογικών εφαρμογών είναι δυσχερώς αντιμετωπίσιμα; Διαθέτουν οι «ευφυείς» εφαρμογές της άρτι διογκωθείσας ΤΝ τις απαντήσεις στα περίπλοκα ερωτήματα; Μήπως οι δυνατότητές της είναι υπερεκτιμημένες; Μήπως η ΤΝ θρέφει τις αυταπάτες μας με μανδύα λεονταρισμού; Μήπως καταργεί το αυτονόητο και απεμπολεί τον ελάχιστο κοινό παρονομαστή, δηλαδή τον πυρήνα της καθολικά αποδεκτής ηθικής στάσης; Πώς είναι δυνατόν μία νοερή δομή να είναι σοφή, με μοναδικό πρόσχημα την ιδιότητά της να «μαθαίνει», ενόσω δεν είναι νοήμων, αφού **δεν δύναται να κατανοήσει** ούτε το σημαινόμενο των λέξεων ούτε τα νοήματα; Πώς είναι δυνατόν να καταχωρήμεθα τις έννοιες της μόρφωσης και της σοφίας και να τις αποδίδουμε αβασάνιστα σε υποστάσεις που δεν χρησιμοποιούν νευροδιαβιβαστές; Πώς είναι δυνατόν να χαρίζουμε δόξα δανεική σε τεχνητά κτίσματα που «σφετερίζονται» την ανθρώπινη σοφία, «παρουσιάζοντάς» την ως δική τους εφεύρεση, ανακάλυψη ή επινόηση, ενώ κατ' ουσίαν την έχουν μηρυκάσει; Μήπως, πίσω από τις προσδοκίες νοησιάρχιας που μας ευαγγελίζεται η ΤΝ, αποκρύπτονται άψυχοι αλγόριθμοι-δυνάστες; Πώς θα δεχθεί η ηθική συνιστώσα της ανθρώπινης διάνοησης να παραχωρήσει τα ηνία του μέλλοντός της σε οικοδομήματα χωρίς κριτική σκέψη, χωρίς κίνητρα, χωρίς βούληση, χωρίς συνείδηση, χωρίς συναισθήματα, χωρίς ικανότητα συγκίνησης; Είναι θεμιτό να απεκδυθούμε εμείς οι ίδιοι την ευθύνη για τις δικές μας ζωές και να επιτρέψουμε σε αυτές να συρρικνωθούν ρυμουλκούμενες - μέσα από τους νόμους της τυχαιότητας που διέπουν τις άνευρες συνδέσεις των κυκλωμάτων της ΤΝ - σε ύδατα αχαρτογράφητα;

Στην διαφαινόμενη έλευση μιας ανομολόγητης περιδίνησης, οι ευκαιρίες δεν περιμένουν. Η ανάδυση των εστιών προόδου, που διαφοροποιούνται από το ευρύτερο σύνολο στο οποίο ανήκουν, είναι μία πιθανή διέξοδος διαφυγής από την κρίση. Στους θύλακες αυτούς αξίζει ο καθένας μας, κατά μόνας ή/και ομαδικά, να αναζητήσει το δίκαιο και το αυτονόητο (οφείλουμε να εκλαμβάνουμε το δίκαιο ως ορθολογικά αυτονόητο και το αυτονόητο ως δικαιωματικά δίκαιο). Αξίζει να θέσει τις γνωστικές του λειτουργίες σε αριστοτεχνική εφαρμογή. Αξίζει να

Άρθρο Σύνταξης



αγωνισθεί με μεράκι, τόλμη, πάθος και καλύβδινη θέληση. Να εμπνευσθεί από ένα κίνητρο : την μετάπλαση των οραμάτων του σε πραγματικότητα. Να εμπιστευθεί την διακυβέρνηση της ζωής του στη νόηση, στον ορθό λόγο. Να χειραφετηθεί από τις μηχανές και να προτάξει τη νομοταξία ως θεμελιώδη αξία και ως ύψιστη αρετή. Να εμπλουτίσει τον πολιτισμό και να φωτίσει την ηθική συνείδηση. Ο θύλακας νομοταξίας είναι αυτόφωτος, αυτόβουλος, αυτεξούσιος και αυτόνομος. Διαφυλάττει τα δικαιώματά μας και μας προστατεύει από απειλές και επίβουλους. Ενσαρκώνει το απείκασμα μιας λαμπρής, ποθητής, αλλιώτικης εποχής. Ο αληθινός θύλακας νομοταξίας είναι αυτός που στοχεύει στην δημιουργικότητα και την αριστεία και όχι εκείνος που γίνεται θύμα της εθελόδουλης ώσμωσης στο ταπεινωμένο χθες. Είναι ο δικός μας βατήρας για την υλοποίηση των μελλοντικών μας εγχειρημάτων. Αξίζει να αναβαπτισθεί σε θεσμό, ο οποίος, μέσα από τα όρια ισχύος του και τις αυτοκαθοριζόμενες συντεταγμένες του, θα θέσει φραγμούς και περιορισμούς στην παντοδυναμία της ΤΝ.

Στα καθ' ημάς, στην άσκηση της ιατρικής, η ΤΝ έχει προσφέρει σημαντική υποστήριξη στους κλινικούς και τους εργαστηριακούς Ιατρούς. Μας έχει βοηθήσει να ξεπεράσουμε το εγγενές πρόβλημα της χαοτικής ιατρικής γνώσης και να παρακάμψουμε (εν μέρει) την άβολη αλήθεια πως οι άνθρωποι είμαστε ατελή όντα. Μας απαντά σε δυσεπίλυτα ιατρικά προβλήματα/ερωτήματα, υπερνικώντας την στασιμότητα που προκύπτει από μία πλειάδα διλημάτων. Επαυξάνει τις δυνατότητες έγκαιρης διάγνωσης των κακοθειών, καθώς και των πρόδρομων του καρκίνου αλλοιώσεων, συντελώντας στην πρόληψη των κακοήθων νεοπλασμάτων. Έχει συμβάλλει στην διαδικασία λήψης ορθολογικών αποφάσεων από τους κλινικούς ιατρούς, με δεδομένο το περίπλοκο περιβάλλον εντός του οποίου καλούνται να ασκήσουν το υπεύθυνο έργο τους. Κατέχει πρωταγωνιστικό ρόλο στην υποστήριξη της ιατρικής ακριβείας (precision medicine) και στην πραγμάτωση της εξατομικευμένης ιατρικής (personalized medicine), λαμβάνοντας υπ' όψιν τις ιδιαιτερότητες και το εξατομικευμένο γενετικό προφίλ του κάθε ασθενούς χωριστά. Επιπλέον, συνδράμει στην εκτίμηση της πρόγνωσης πολλών παθήσεων. Τέλος, συμβάλλει στην σταθμισμένη χρήση των πεπερασμένων πόρων και στην καλύτερη οργάνωση των συστημάτων υγείας. Το περιοδικό μας επανειλημμένως έχει φιλοξενήσει άρθρα, που αφορούν στην αξιοποίηση της ΤΝ από την ειδικότητά μας (τα περισσότερα από τα κείμενα αυτά, όπως και αυτό του τρέχοντος τεύχους, που αφορά στην πρόγνωση των ασθενών με αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού, έχουν συνταχθεί με συνέπεια από τον γαστρεντερολόγο κ. Σιούλα), πρωτοπορώντας στην ανάδειξη των καινοτομιών, αναδεικνύοντας ταυτόχρονα την σπουδαιότητα της **συνετής χρήσης της ΤΝ** από τον εκάστοτε χρήστη.

Παρά ταύτα, επιβάλλεται να υπενθυμίσουμε μερικές ευνόητες αλήθειες. Η ΤΝ δεν είναι παρά ένας **αρωγός** στο έργο του Ιατρού. Δέχεται εντολές από τον άνθρωπο (Ιατρό), με απώτατο σκοπό να **υπηρετεί** τον άνθρωπο (ασθενή). Επ' ουδενί δεν αντικαθιστά ούτε υποκαθιστά την σκέψη, το έργο, τις δεξιότητες και το θυσιαστικό πνεύμα του Ιατρού. Ούτε η επικουρία στη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων ισοδυναμεί με δεσποτεία · ο Ιατρός δεν είναι σκλάβος των επιταγών των αλγορίθμων. Καμία «νομοσύνη» δεν δύναται να συνθλίψει την εκλεπτυσμένη, πολυεπίπεδη και σμιλευμένη ιατρική κρίση μέσα σε συμπληγάδες προκατασκευασμένων οδηγιών. Ούτε η ιατρική πρακτική είναι ψυχρή, αφυδατωμένη, απρόσωπη, νωχελική. Επιπλέον, η ΤΝ δεν δύναται να «συγγράψει» **αυθεντικά** ιατρικά κείμενα, άρθρα ή ο,τιδήποτε παράγεται στις νευρικές συνάψεις του ιατρικού μυαλού. Όσο και ελκυστική κι αν είναι η ΤΝ, όσο και εάν «εκπαιδεύεται» διά της συνεχούς/συχνής χρήσης της και του προγραμματισμού της, όσο και εάν τα τεχνητά δίκτυα νευρώνων (ΤΔΝ) «φιλοδοξούν» να μιμηθούν αδέξια τα λαβυρινθώδη νευρωνικά κυκλώματα του ανθρώπινου εγκεφάλου, η ΤΝ δεν θα είναι - εις το διηνεκές - τίποτε περισσότερο από ένα **εργαλείο** στην φάρετρα του Ιατρού ούτε από ένα **όπλο** που θα σχεδιάζεται, θα καθοδηγείται, θα χρησιμοποιείται κατά



Άρθρο Σύνταξης

το δοκούν από τον Ιατρό και θα αξιολογείται αυστηρά από την ιατρική κοινότητα. Οι ελπίδες που μας «χαρίζει» η TN - με την συνεισφορά της στην έρευνα, την διάγνωση, την πρόληψη και την θεραπεία, φαρμακευτική και επεμβατική - οφείλουν να ιεραρχούνται με γνώμονα την ιατρική ηθική και δεοντολογία και να διηθούνται διά του ηθμού της ανθρώπινης νοσηριάρχας · ειδάλλως, θα αποδειχθούν κίβδηλες. Είναι ευθύνη της ιατρικής κοινότητας να μην επιτρέψει να παραχωρηθούν στην TN εξουσίες που δεν της ανήκουν, διότι η τακτική αυτή θα αποδειχθεί επικίνδυνη και δυστοπική.

Στο τεύχος των ενδοσκοπήσεων που κρατάτε στα χέρια σας καταδεικνύεται τρανά η τεράστια αξία της νοσηριάρχας κατά την άσκηση της ειδικότητάς μας. Τόσο στα ενδοσκοπικά άρθρα (αρχές αντιμετώπισης αιμορραγίας κατωτέρου πεπτικού, βασικές αρχές της ERCP, η επιμήκης ενδοσκοπική γαστροπλαστική για την παχυσαρκία) όσο και στα κλινικά (διερεύνηση τρανσαμινασαιμίας, οξεία κοιλία) καθίσταται σαφές πως η τεχνολογία επικουρεί τις ανθρώπινες γνώσεις, χωρίς να τις υποσκελίζει. Στα άρθρα για τους συναγωνιστικούς ανταγωνιστές καλίου στην αναστολή της έκκρισης του οξέος και για την 24ωρη πεχαμετρία-εμπέδηση οισοφάγου είναι εμφανής η σημασία του πρίσματος ορθολογισμού, μέσα από το οποίο ο Ιατρός αξιολογεί την οποιαδήποτε αναδυόμενη διαγνωστική ή θεραπευτική εξέλιξη. Τέλος, στο άρθρο που αφορά στην ιατρική ονοματολογία, γίνεται σαφές ο αιτιώδης σύνδεσμος που (πρέπει να) έχει το σημαίνον με το σημαίνόμενο ενός ιατρικού όρου και πως η ολοκληρωμένη γνώση της ιατρικής περνά **και** μέσα από την κατανόηση της σημασίας της ιατρικής ορολογίας.

Το τεύχος 64 των «ενδοσκοπήσεων» είναι το πρώτο, μετά από αδιάλειπτη, σχεδόν 10ετή, παρουσία, το οποίο δεν υποδέχεται, ως τιμώμενο επισκέπτη, ένα εξέχον μέλος της ιατρικής κοινότητας με τη μορφή συνέντευξης. Η στήλη «πρόσωπο με πρόσωπο», την οποία οραματίσθηκε, ξεκίνησε, επιμελήθηκε με ζήλο και καθιέρωσε ο συνάδελφος και νυν Πρόεδρος της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. κ. Σπυρίδων Γούλας, εναγκαλίσθηκε από τους γαστρεντερολόγους · οι διάλογοι που διημείφθησαν ήταν διδακτικοί, άκρως ενδιαφέροντες και ρεαλιστικοί, κομίζοντας αισιοδοξία και ιατρική γνώση. Το Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. και εγώ προσωπικά θέλουμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον κ. Γούλα για την ανιδιοτελή προσφορά του στο περιοδικό, για την εύστοχη επιλογή των εκλεκτών συνομιλητών του καθώς και για την πνευματική παρακαταθήκη που μας καταλείπει.

Κλείνοντας την σημερινή μας συνάντηση, θέλω να ευχαριστήσω και να συγχαρώ από βάθους ψυχής τους συγγραφείς των άρθρων του τεύχους για τα χρηστικά και συγκροτημένα κείμενα που παραδίδουν στην γαστρεντερολογική κοινότητα. Η συμβολή τους στην κατάρτιση και την εκπαίδευση των γαστρεντερολόγων είναι αδιαμφισβήτητη. Τέλος, εξ αφορμής της θεματολογίας του εξωφύλλου του παρόντος τεύχους, θέλω να ευχηθώ σε όλους η θερινή περίοδος που ακολουθεί, να αποτελέσει ευκαιρία αναψυχής και αφορμή οικειότητας με την ανόθευτη φύση.

Καλό καλοκαίρι !!!

SEE THE FUTURE THROUGH EVERY ENDOSCOPE GENERATION



**Discover the next
generation of video
endoscopes: i20c**



Lightweight global connector, one-handed operation, sealed for easy reprocessing

Adjustable stiffness (colonoscopes only) adds to well proven TrueTorque™ and i-FLEX™ technology

Easier control during procedures due to new ergonomic control body, steering wheels and valves

Stunning clarity and visibility with highly detailed images

Outstanding maneuverability and accessibility due to 210° (up) tip angulation also in i20c colonoscopes

INSPIRA

PENTAX Medical INSPIRA™ Video Processor

The bridge for legacy endoscopes to next level image quality.

The gateway to tomorrow's cutting-edge technology in diagnosis and therapy.



Benefit from richly detailed imaging with resolutions up to **4K**

LED

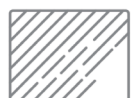
LED lightsource for improved examination results



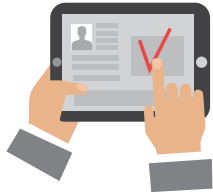
See true colours and high contrasts for better decisions with Auto HDR

RD

Red Density chromoendoscopy for UC patients



State-of-the-art digital enhancement with i-scan



Νέα & Επίκαιρα

ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΔΣ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Ηλίας Γρίβας, Γαστρεντερολόγος, Μαρούσι

Την Τετάρτη 31 Μαΐου 2023, στα γραφεία της ΕΓΕ, πραγματοποιήθηκε η προγραμματισμένη συνάντηση του ΔΣ της ΕΠΕΓΕ.

Παρευρέθησαν οι: Γούλας Σπύρος, Γρίβας Ηλίας, Μαργέτης Νικόλαος.

Δικτυακά μετείχαν οι: Δανδάκης Δημήτριος, Κωφοκώτσιος Αλέξανδρος, Πολύζου Παρασκευή και Τζιάτζιος Γεώργιος.

Επίσης, στη συνάντηση της ΕΠΕΓΕ έλαβαν μέρος και οι: Οικονόμου Μιχάλης και Ζαμπέλη Εύη.

Ως αντικείμενα συζήτησης τέθηκαν τα εξής:

1. Τελική μορφοποίηση του προγράμματος της επερχόμενης διημερίδας της ΕΠΕΓΕ.
2. Αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων όσον αφορά στον χώρο διεξαγωγής της διημερίδας (λόγω αυξημένου κόστους της αίθουσας στο Caravel).
3. Πιθανότητα ζωντανής μετάδοσης διάφορων περιστατικών από ενδοσκοπικές μονάδες κατά τη διάρκεια διεξαγωγής του συνεδρίου. Αναμένονται προσφορές.



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ
20^η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ

20 – 22 Οκτωβρίου 2023, Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani-Caravel

Οργάνωση - Γραμματεία:



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ (ΕΠ.Ε.Γ.Ε.)
Λ. Δημοκρατίας 67, 154 51 Αθήνα
Τηλ.: 210-6727531-3, Fax: 210-6727535
www.epege.gr, e-mail: secretariat@hsg.gr



ΚΕΡΜ Τουριστικές & Συνεδριακές Επιχειρήσεις Α.Ε.
Οργάνωση Συνεδρίων
Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: 210-72 100 52, 210-72 10 001
Web site: www.congressworld.gr, e-mail: cv@congressworld.gr

Θα χορηγηθούν
Μόρια
Συνεχιζόμενης
Ιατρικής Εκπαίδευσης
από τον Π.Ι.Σ.



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

20^η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ

20 - 22 Οκτωβρίου 2023

ΑΘΗΝΑ, Ξενοδοχείο Divani-Caravel

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής σας καλώ να συμμετάσχετε στην 20^η Πανελλήνια Επιστημονική Εκδήλωση της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδας ΕΠ.Ε.Γ.Ε. που θα πραγματοποιηθεί στις 20 - 22 Οκτωβρίου στην Αθήνα, στο ξενοδοχείο Divani Caravel.

Σκοπός της εκπαιδευτικής συνάντησης είναι η ενημέρωση για τα πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα, στην πρόληψη και θεραπεία των παθήσεων του πεπτικού, που συναντούμε στην καθημερινή πράξη.

Ακόμη θα ανταλλάξουμε απόψεις που θα μας βοηθήσουν στην καθημερινή εξάσκηση της ειδικότητάς μας.

Σας περιμένουμε όλους από κοντά.

Με ιδιαίτερη τιμή,
Μιχάλης Οικονόμου

Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής
20ης Επιστημονικής Εκδήλωσης ΕΠ.Ε.Γ.Ε. 2023

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Μ. Οικονόμου

Αντιπρόεδρος: Ε. Ζαμπέλη

Μέλη: Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ

Δ.Σ. ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Πρόεδρος: Σ. Γούλας

Αντιπρόεδρος: Α. Κωφοκώτσιος

Γεν. Γραμματέας: Η. Γρίβας

Ειδ. Γραμματέας: Π. Πολύζου

Ταμίας: Γ. Τζιάτζιος

Μέλη: Δ. Δανδάκης
Ν. Μαργέτης

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ

20 - 22 Οκτωβρίου 2023
ΑΘΗΝΑ, Ξενοδοχείο Divani-Caravel

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 20 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ

- Προϋποθέσεις οργάνωσης ενδοσκοπικής μονάδας (Στο νοσοκομείο και στο ιατρείο)
- Νέες τεχνολογίες στην ενδοσκόπηση (Ανάγκη ή πολυτέλεια;)
- Ποιότητα και ασφάλεια στο ενδοσκοπικό τμήμα το 2023

ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ (ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΑ)

- Εφαρμογές ηλεκτροχειρουργικής στη Γαστρεντερολογία
- Νεώτερα αναλώσιμα και εφαρμογές τους

ΑΠΟΛΥΜΑΝΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

- Τι πρέπει να γνωρίζουμε πριν την απολύμανση;
- Με τι κριτήρια επιλέγουμε τα υλικά καθαρισμού;
- Κόστος καθαρισμού - Απολύμανση στο Ιατρείο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ QUIZ

ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

- Γαστροσκόπηση στο Ιατρείο
- Κολονοσκόπηση στο Ιατρείο, η δύσκολη κολονοσκόπηση/ η πιο εύκολη προετοιμασία
- Αντιθρομβωτικά-ενδοσκόπηση με βιοψίες ή coldsnare
- Πότε δεν ενδοσκοπούμε στο Ιατρείο

ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΧΘΕΣ ΚΑΙ ΣΗΜΕΡΑ, ΤΙ ΑΛΛΑΞΕ ΜΕ ΤΟΝ ΝΟΜΟ 4715/2020 ΑΡΘΡΟ 131

- Καταστολή χθες και σήμερα, τι άλλαξε με τον Νόμο 4715/2020 άρθρο 131
- Καταστολή σε ποιόν ασθενή, πού και με ποιόν εξοπλισμό
- Το Curriculum εκπαίδευσης για την καταστολή στην ενδοσκόπηση

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

- Πότε θα αφαιρέσω πολύποδες στο ιατρείο, ποια τεχνική σε ποια περίπτωση
- Δύσκολοι πολύποδες ΠΕ: Πώς θα προλάβω επιπλοκές, πώς θα τις αντιμετωπίσω πρακτικά

ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ - ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ

ΑΦΗΓΗΜΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ, ΑΠΟΝΟΜΗ ΒΡΑΒΕΙΩΝ ΣΕ ΠΡΩΗΝ ΠΡΟΕΔΡΟΥΣ ΤΗΣ ΕΠΕΓΕ

ΔΕΞΙΩΣΗ



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ
20^η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ

20 - 22 Οκτωβρίου 2023

ΑΘΗΝΑ, Ξενοδοχείο Divani-Caravel

ΣΑΒΒΑΤΟ 21 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023

ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ

- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ βήχα, αρρυθμίας και άλλων άτυπων εκδηλώσεων και της ΓΟΠΝ;
- Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού.
Τι κάνω στην ανθεκτική λοίμωξη;
- Ατροφική Γαστρίτιδα (πώς γίνεται η διάγνωση; πώς γίνεται η επιτήρηση;)
- Οισοφάγος Barrett (πώς ταξινομείται; Τι κάνω αν δεν έχει δυσπλασία; Τι κάνω αν έχει ΧΜΔ; Τι κάνω αν έχει ΥΜΔ)

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ» LIVE ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

ΙΦΝΕ

- Εμβόλια και ΙΦΝΕ
- Βιοχημικοί και ανοσολογικοί δείκτες στη διάγνωση, παρακολούθηση και θεραπεία των ΙΦΝΕ
- Εντερικό υπερηχογράφημα και ΙΦΝΕ

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΙΣ ΙΦΝΕ

- Αντιμετώπιση ήπιας προς μέτριας ελκώδους κολίτιδας: Παρουσίαση περίπτωσης
- Αντιμετώπιση βαριάς ελκώδους κολίτιδας: Παρουσίαση περίπτωσης
- Αντιμετώπιση ήπιας προς μέτριας νόσος Crohn: Παρουσίαση περίπτωσης
- Αντιμετώπιση βαριάς νόσος Crohn: Παρουσίαση περίπτωσης
- Ο ρόλος του χειρουργού στην αντιμετώπιση των ΙΦΝΕ (ερωτήματα)
 - Βαρειά ελκώδης: Ποιο χειρουργείο;
 - Στένωσης ειλεοτυφλικής: Ποιο χειρουργείο;
 - Στενώσεις στο λεπτό: Ποιο χειρουργείο;
 - Crohn κολίτιδα: Ποιο χειρουργείο;



ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ

20 - 22 Οκτωβρίου 2023
ΑΘΗΝΑ, Ξενοδοχείο Divani-Caravel

ΚΥΡΙΑΚΗ 22 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023

ΗΠΑΡ

- Βρήκα στον ασθενή μου αντι-HCV θετικό. Τι κάνω το 2023;
- Ηπατίτιδα Β: Τι πρέπει να ξέρω το 2023;
- Μη αλκοολική λιπώδης Νόσος του ήπατος το 2023
- Υπερηχογραφικά ευρήματα, χολολιθίασης ή πολυπόδων στη χοληδόχο κύστη, κύστη ήπατος: Τι θα πω στον ασθενή του ΕΙ;

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΔΥΣΠΕΨΙΑ ΚΑΙ PPIs

- Λειτουργική δυσπεψία: Πώς τη θεραπεύω;
- PPIs: Μπορούν να χορηγούνται χρονίως;

ΣΥΧΝΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

- Σύνδρομο Ευερέθιστου έντερου: Πώς γίνεται η διάγνωση; Πώς θεραπεύεται; Ποια η θέση των προβιοτικών;

- Χρόνια δυσκοιλιότητα: Πώς θα την αντιμετωπίσω;
- Εκκολπώματωση-εκκολπωματίτιδα: Θεραπεία. Πότε θα πάμε στο χειρουργείο;

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

- Πριν και μετά την ενδοσκόπηση. Ένδειξη, έκθεση, απόδειξη. Τι γίνεται με την αστική ευθύνη
- Διάτρηση έντερου μετά από κολονοσκόπηση (συντηρητική ή χειρουργική αντιμετώπιση;)
- Συνέβη, πώς θα το αντιμετωπίσω;

QUIZ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΛΗΞΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗΣ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΧΡΟΝΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΕΠΕΓΕ
20-22 Οκτωβρίου 2023

ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΑΜΕΣΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ (ILS)
Παρασκευή 20 Οκτωβρίου 2023

Απαιτείται δήλωση προεγγραφής

ΤΟΠΟΣ

Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani Caravel

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Γαστρεντερολόγοι/Μέλη ΕΠΕΓΕ	40 € (ετήσια συνδρομή)
Μη Γαστρεντερολόγοι - Λοιποί Ειδικοί ΕΥ	50 €
Ειδικεύομενοι - Νοσηλεύτες - Φοιτητές	ΔΩΡΕΑΝ

ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟΣ ΓΝΩΣΕΩΝ QUIZ

ΒΑΣΙΚΗ ΘΕΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

- ΖΩΝΤΑΝΗ ΑΝΑΜΕΤΑΔΟΣΗ (LIVE) ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ
- ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΙΦΝΕ
- ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ
- ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ
- ΘΕΜΑΤΑ ΑΠΟΛΥΜΑΝΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΩΝ
- ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ
- ΣΥΧΝΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΣΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ
- ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΙΦΝΕ
- ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
- ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ



Ενδοσκοπικό θέμα

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ: ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Αριστοτέλης Μέλλος, Επικουρικός Γαστρεντερολόγος Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά

Εισαγωγή

Η αιμορραγία κατώτερου πεπτικού αποτελεί μια συνήθη κατάσταση, την οποία καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε στην καθημερινή κλινική πρακτική. Ως αιμορραγία κατώτερου πεπτικού ορίζουμε, σύμφωνα με τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες, την αιμορραγία που εντοπίζεται από την ελαιοφυλική βαλβίδα ως και τον πρωκτό. Αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας, με 33-87 περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού ανά έτος στο Ηνωμένο Βασίλειο και θνησιμότητα που υπολογίζεται από 3,4-20%. Αφορά κυρίως σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας με συννοσηρότητες και μεγάλες απαιτήσεις σε μετάγγιση αίματος. Κύρια κλινική εκδήλωση αποτελεί η αιματοχεσία

(βυσσινόχρες κενώσεις ή απώλεια ζωηρού ερυθρού αίματος από το ορθό). Ωστόσο υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της αιμορραγίας, όπως το σημείο, ο όγκος και ο ρυθμός αυτής. Υπάρχουν περιπτώσεις αιμορραγίας κατώτερου πεπτικού στις οποίες είναι πιθανό η εμφάνιση αιματοχεσίας να αφορά σε αθρόα αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό και η εμφάνιση μέλαινας σε αιμορραγία του εγγύς κατώτερου πεπτικού.

Αιτιολογία

Τα κυριότερα αίτια αιμορραγίας κατώτερου πεπτικού παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Τα συνθεότερα εξ αυτών είναι η εκκολπωμάτωση (>20%), η αιμορροϊδοπάθεια

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Αίτια αιμορραγίας κατώτερου πεπτικού.

Benign diseases	Diverticular disease	
	Anorectal conditions	Hemorrhoids
		Anal fissure
		Solitary rectal ulcer
		Rectal prolapse
		Radiation proctopathy
		Trauma
	Vascular lesions	Angioectasias
		Hereditary hemorrhagic telangiectasia
		Dieulafoy's lesion
		Colonic or rectal varices
	Colitis	Inflammatory bowel disease (ulcerative colitis, Crohn's disease)
		Ischemic colitis
		Infectious colitis
		Undetermined colitis
	Polyps	Adenomas, hamartomas
	Iatrogenic	Post-endoscopic intervention (polypectomy, EMR, ESD)
		Post-surgical
	Chronic anastomotic ulcer	
Malignant diseases	Colorectal cancer	
	Anal cancer	
	Metastatic/invasive lesions	

EMR, endoscopic mucosal resection; ESD, endoscopic submucosal dissection.



(12-21%), διάφοροι τύποι κολίτιδας (ΙΦΝΕ, ισχαιμική, μετακινική), η αιμορραγία μετά από πολυπεκτομή, οι αγγειεκτασίες και ο ορθοκολικός καρκίνος. Αυξημένα είναι τα ποσοστά αιμορραγίας σε ασθενείς που λαμβάνουν ΜΣΑΦ ή αντιπηκτικά-αντισταπηκτικά.

Αρχική εκτίμηση-αξιολόγηση του ασθενούς

Κατά την έλευση του ασθενή με οξεία αιμορραγία κατώτερου πεπτικού στο ΤΕΠ κρίνεται απαραίτητη η σωστή και ταχεία κλινική αξιολόγησή του και η αιμοδυναμική σταθεροποίηση αυτού εφόσον απαιτείται.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Oakland Score.

Variable	Score
Age, years	
▪ <40	0
▪ 40-69	1
▪ >70	2
Sex	
▪ Female	0
▪ Male	1
Previous LGIB admission	
▪ No	0
▪ Yes	1
Digital rectal examination findings	
▪ No blood	0
▪ Blood	1
Heart rate, bpm	
▪ <70	0
▪ 70-89	1
▪ 90-109	2
▪ >110	3
Systolic blood pressure, mmHg	
▪ 50-89	5
▪ 90-119	4
▪ 120-129	3
▪ 130-159	2
▪ >160	0
Hemoglobin, g/dL	
▪ 36-69	22
▪ 70-89	17
▪ 90-109	13
▪ 110-129	8
▪ 130-159	4
▪ >160	0

bmp, beats per minute.
Adapted from Oakland K et al. [24].

Πληροφορίες όπως το ατομικό ιστορικό του ασθενή, η λήψη φαρμάκων, ο χρόνος έναρξης της αιμορραγίας και η πρόσφατη ενδοσκόπηση είναι σημαντικές και μπορεί να κατευθύνουν σωστά τον κλινικό ιατρό προς την πιθανή αιτία της αιμορραγίας. Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει τη λήψη ζωτικών σημείων και οπωσδήποτε την δακτυλική εξέταση. Ακολουθεί ο εργαστηριακός έλεγχος με προσδιορισμό αιμοσφαιρίνης, αιματοκρίτη και λοιπών βιοχημικών παραμέτρων. Με την ολοκλήρωση του κλινικού-εργαστηριακού ελέγχου και της σταθεροποίησης του ασθενούς, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε κάποια από τα διαθέσιμα προγνωστικά σκορ, όπως το Oakland score (Πίνακας 2), ώστε να εκτιμήσουμε τους ασθενείς που θα χρειαστούν περαιτέρω νοσηλεία και παρακολούθηση ή αντιμετώπιση.

Γενικά οι αυτοπεριοριζόμενες αιμορραγίες με Oakland score ≤ 8 θεωρούνται ελάχιστονος κινδύνου, ενώ σε score >8 απαιτείται νοσηλεία και περαιτέρω παρακολούθηση- αντιμετώπιση. Βέβαια κανένα σκορ δεν μπορεί να προβλέψει ακριβώς όλες τις πιθανές εκβάσεις, οπότε πρέπει να χρησιμοποιούνται πάντα σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα του ασθενούς ώστε να βοηθήσουν τον κλινικό ιατρό στη λήψη της σωστής θεραπευτικής απόφασης.

Σε αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς που θα χρειαστούν μετάγγιση αίματος, ακολουθείται πολιτική μεταγγίσεων ανάλογα με το ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, με στόχο αιμοσφαιρίνης 7-9 g/dL για ασθενείς χωρίς καρδιαγγειακό ιστορικό, και ≥ 10 g/dL για ασθενείς με καρδιαγγειακό ιστορικό.

Αντιμετώπιση του ασθενούς

Μετά την αρχική σταθεροποίηση και ανάνηψη του ασθενή ακολουθεί η διερεύνηση και αντιμετώπιση της αιτίας της αιμορραγίας. Ο αλγόριθμος αντιμετώπισης της αιμορραγίας διαχωρίζει τους ασθενείς σε αιμοδυναμικά σταθερούς και ασταθείς, όπως περιγράφεται και στον πίνακα 3.

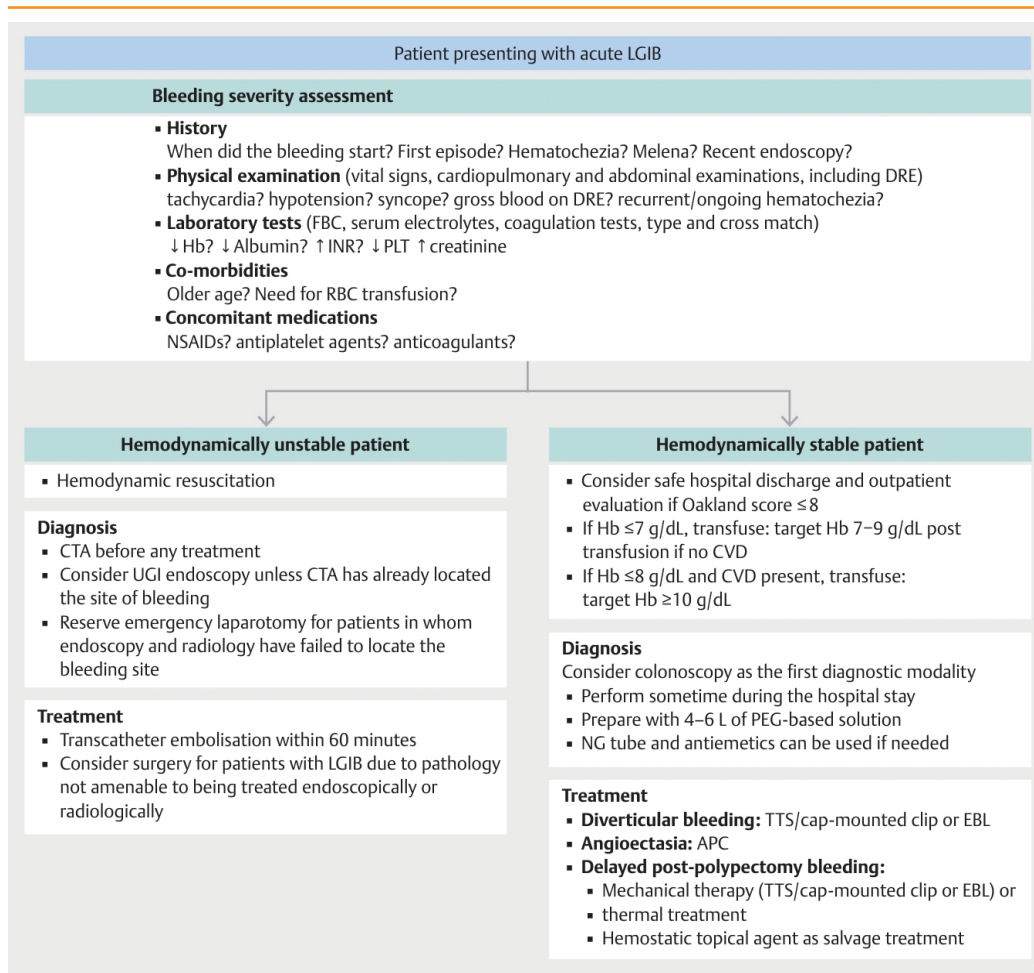
Στους αιμοδυναμικά ασταθείς ασθενείς αρχικά πραγ-



Ενδοσκοπικό θέμα

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ: ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Αλγόριθμος αντιμετώπισης ασθενή με αιμορραγία κατώτερου πεπτικού.



ματοποιούμε αξονική αγγειογραφία (CTA), η οποία θα μας αποκαλύψει την εστία αιμορραγίας με την εξαγωγή του σκιαγραφικού στον εντερικό αυλό, με την προϋπόθεση ότι ο ρυθμός αυτής είναι 0,5-1 mL/min. Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η πραγματοποίηση CTA, ή σε περίπτωση που αυτή δεν είναι διαγνωστική, πρέπει να σκεφτούμε και τη διενέργεια γαστροσκόπησης, ώστε να αποκλειστεί η περίπτωση αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό. Αν η αγγειογραφία αναδείξει εστία, πραγματοποιείται εμβολισμός των κατάλληλων αγγείων (όπου αυτό είναι δυνατό). Σε περίπτωση αδυναμίας εύρεσης εστίας ή αποτυχίας αιμόστασης με οποιαδήποτε

ποτε ενδοσκοπική ή ακτινοσκοπική μέθοδο, συνιστάται χειρουργική εκτίμηση και αντιμετώπιση.

Στους *αιμοδυναμικά σταθερούς* ασθενείς, και ανάλογα με την κλινική εικόνα και το Oakland score, είτε αποδεσμεύουμε τον ασθενή είτε εισάγεται για περαιτέρω αντιμετώπιση. Σε αυτούς τους ασθενείς η διαγνωστική προσέγγιση εκλογής είναι η κολονοσκόπηση. Ο ιδανικός χρόνος πραγματοποίησης της ενδοσκόπησης δεν έχει καθοριστεί ακριβώς, αλλά κρίνεται δόκιμο να γίνεται κατά τη νοσηλεία του ασθενή, κατόπιν εντερικής προετοιμασίας με διαλύματα PEG (4-6 L PEG per os είτε



μέσω ρινογαστρικού καθετήρα). Ενδοσκόπηση χωρίς εντερική προετοιμασία είναι καλό να αποφεύγεται, λόγω μειωμένης διαγνωστικής αξίας. Με την ανεύρεση του αιτίου, πραγματοποιείται και η κατάλληλη αιμοστατική μέθοδος. Παρακάτω θα αναλυθούν ενδεικτικά οι μέθοδοι αντιμετώπισης ορισμένων εκ των συνηθέστερων αιτιών, κυρίως αυτών που χρήζουν ενδοσκοπικής παρέμβασης.

Αιμορραγία από εκκολπώματα

Στις περιπτώσεις αιμορραγίας από εκκολπώματα, οι κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν την χρήση μηχανικών μεθόδων αιμόστασης. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν τη χρήση ενδοσκοπικών clip, είτε through-the-scope που είναι τα συνηθέστερα, είτε over-the-scope, ανάλογα με τη διαθεσιμότητα του κάθε κέντρου. Άλλες μέθοδοι περιλαμβάνουν την απολίνωση με ελαστικούς δακτυλίου (EBL) ή θερμικές μεθόδους (heater probe), οι οποίες όμως ενέχουν τον κίνδυνο διάτρησης. Η υποβλεννογόνια έγχυση διαλύματος αδρεναλίνης μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με τις προαναφερθείσες μεθόδους, αλλά όχι ως μονοθεραπεία. Σε μεμονωμένες περιπτώσεις έχουν δοκιμαστεί τοπικές αιμοστατικές μέθοδοι όπως το Hemospray, με πιθανώς ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

Αγγιεκτασίες

Η ενδεδειγμένη μέθοδος αντιμετώπισης των αιμορ-

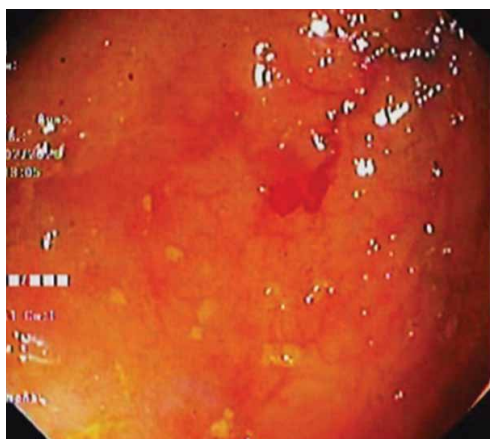
ραγούντων αγγειοδυσπλασιών (φώτο 1) είναι ο καυτηριασμός με argon plasma coagulation (APC) – φώτο 2. Σε αγγειοδυσπλασίες που εντοπίζονται στο δεξιό κόλον συνιστάται η υποβλεννογόνια έγχυση διαλύματος αδρεναλίνης, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος διάτρησης.

Αιμορραγία μετά από πολυπεκτομή

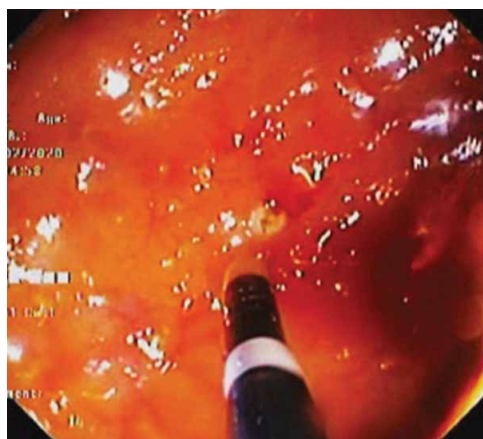
Σε αυτή την περίπτωση (φώτο 3), μέθοδος εκλογής είναι η μηχανική με clip (συνηθέστερα through-the-scope), η οποία επιτυγχάνει ικανοποιητικά ποσοστά αιμόστασης (φώτο 4). Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν θερμικές μέθοδοι (διπολική διαθερμία ή APC).

Αντιπηκτικά-αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα

Ιδιαίτερη αναφορά είναι σκόπιμο να γίνει στα διάφορα αντιπηκτικά και αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα, καθότι λαμβάνονται από μεγάλο ποσοστό των ασθενών με αιμορραγία κατώτερου πεπτικού. Σε γενικές γραμμές, οι οδηγίες συστήνουν τη μη διακοπή των αντιπηκτικών φαρμάκων (ανταγωνιστές βιταμίνης K και DOAC's) σε αυτοπεριοριζόμενες αιμορραγίες ελάσσονος κινδύνου (Oakland <8), ενώ σε αιμορραγίες μείζονος κινδύνου τα φάρμακα αυτά συστήνεται να διακόπτονται, με σταδιακή επανέναρξη από την 7η ημέρα. Όσον αφορά την ασπιρίνη, συστήνεται η διακοπή της όταν λαμβάνεται για πρωτογενή προφύλαξη και επανέναρξη αυτής μετά από επανεκτί-



Φώτο 1. Αιμορραγία από αγγιεκτασία παχέος εντέρου.



Φώτο 2. Ενδοσκοπική αιμόσταση αυτής με APC.

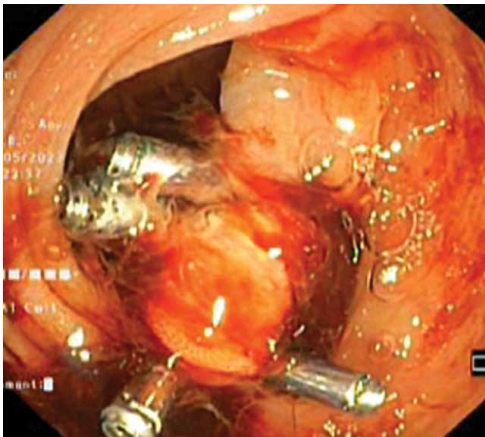


Ενδοσκοπικό θέμα

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ: ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ



Φώτο 3. Αιμορραγία μετά από πολυπεκτομή.



Φώτο 4. Ενδοσκοπική αιμόσταση με τοποθέτηση αιμοστατικών clip.

μηση της ένδειξης χορήγησής της. Σε όσους λαμβάνουν ασπιρίνη για δευτερογενή προφύλαξη, συστήνεται η συνέχιση λήψης αυτής ή η επανέναρξη λήψης αυτής εντός 5 ημερών, αν έχει ήδη διακοπεί. Στην περίπτωση λήψης διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής, διατηρούμε τη λήψη ασπιρίνης και πραγματοποιούμε επανέναρξη του P2Y12 ανταγωνιστή (π.χ. κλοπιδογρέλη) εντός 5 ημερών.

Συμπεράσματα

Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι να προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες για την αντιμετώπιση των αιμορραγιών του κατώτερου πεπτικού, όπως αυτές αποτυπώνονται στις τελευταίες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, πληροφορίες που θα βοηθήσουν τον κλινικό ιατρό στην καθημερινή κλινική πρακτική. Σημαντικό είναι να θυμόμαστε ότι πρωταρχικός στόχος είναι η σωστή αιμοδυναμική διαχείριση του ασθενή. Η ενδοσκόπηση συνιστάται να πραγματοποιείται κατόπιν ενδείξεων στον κατάλληλο χρόνο με τις κατάλληλες συνθήκες. Απαραίτητη κρίνεται η αгаστή συνεργασία με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων (παθολόγοι, ακτινολόγοι, χειρουργοί), καθώς και η συνεχής εκπαίδευση των γαστρεντερολόγων στις ενδοσκοπικές μεθόδους διάγνωσης και αντιμετώπισης των αιμορραγιών, με γνώμονα το συμφέρον των ασθενών μας.

Διευκρίνιση συγγραφέα: Οι φωτογραφίες προέρχονται από το αρχείο της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του Τζανείου Νοσοκομείου Πειραιά.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline.
2. ACG clinical guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26925883>.
3. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British society of gastroenterology <http://gut.bmj.com>
4. Acute Lower Gastrointestinal Bleeding, N Engl J Med 2017; 376:1054-1063. DOI: 10.1056/NEJMcp1603455.



Εισαγωγή

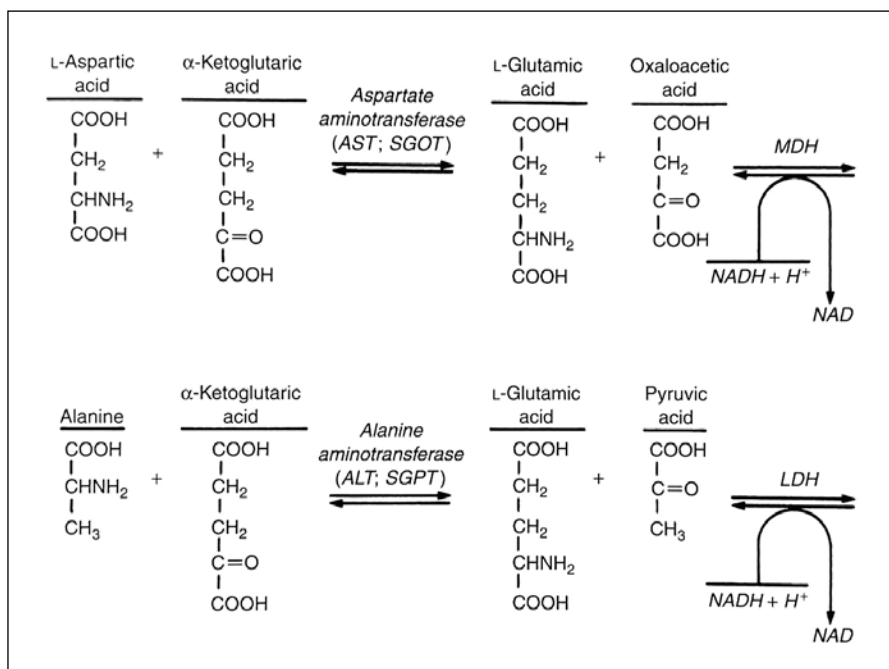
Οι αμινοτρανσφεράσες του ορού, γνωστές και ως τρανσαμινάσες, είναι ευαίσθητοι δείκτες ηπατοπάθειας και εξαιρετικά χρήσιμοι στη διάγνωση ηπατικών νόσων. Η ALT (SGPT) και η AST (SGOT) είναι οι πιο συχνά μετρήσιμοι δείκτες ηπατικής δυσλειτουργίας. Τα ένζυμα αυτά καταλύουν τη μεταφορά της α-αμινο-ομάδας της αλανίνης και του ασπαρτικού οξέος αντίστοιχα, στην α-κετο-ομάδα του κετογλουταρικού οξέος (Εικόνα 1).

Οι αμινοτρανσφεράσες είναι πολύ χρήσιμες στην αναγνώριση του τύπου της ηπατοπάθειας (ηπατοκυτταρικός - χολοστατικός - μικτός) που καλείται να διερευνήσει ο γαστρεντερολόγος. Επιτρέπουν την εκτίμηση της βαρύτητας της ηπατοπάθειας και συμβάλλουν καθοριστικά στην πρόβλεψη της εξέλιξης της νόσου νωρίς κατά την εμφάνιση της. Επίσης είναι σημαντικές στην παρακολούθηση της πορείας της νόσου, την ακριβή ανταπόκριση στη θεραπεία και την τροποποίηση της θεραπείας όπου απαιτείται.

Γενικά οι τιμές τους αυξάνονται στην πλειονότητα

των ηπατικών νόσων. Μπορεί να είναι φυσιολογικές σε σοβαρές παθήσεις, όπως σε κίρρωση ή σε ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, ενώ να παρατηρηθεί αύξηση σε μη ηπατικές καταστάσεις, όπως για παράδειγμα, λόγω μυϊκού τραύματος ή καρδιακής νόσου. Ενώ είναι εξαιρετικά χρήσιμες στην διαφορική διάγνωση μιας ηπατοπάθειας, σπάνια οδηγούν κατευθείαν σε σίγουρη διάγνωση, αλλά συνήθως κατευθύνουν προς μια γενική κατηγορία ηπατικής νόσου π.χ. διαφοροδιάγνωση ιογενούς από φαρμακευτική ηπατίτιδα. Επίσης, είναι χρήσιμο να γνωρίζει κανείς ότι επανάληψη εξέτασης στα φυσιολογικά επίπεδα δεν σημαίνει απαραίτητα ότι η αρχική τιμή ήταν λάθος, αλλά μπορεί να οφείλεται σε διακύμανση της τιμής.

Οι αμινοτρανσφεράσες είναι εκφραστές ηπατοκυτταρικής βλάβης. Στον πίνακα 1 αναφέρονται οι πιο συχνά ελεγχόμενες ηπατικές εξετάσεις και ο τύπος της ηπατικής προσβολής που αντιπροσωπεύει η αυξημένη τιμή τους. Έχει σημασία να γνωρίζουμε την προέλευση των τρανσαμινάσων, σε ποιους ιστούς μπορεί να βρίσκονται φυσιολογικά και με ποια όργανα συσχετίζεται



Εικόνα 1. Ενζυμικό μονοπάτι μέτρησης AST και ALT. Sciff's diseases of the liver, page 35.



Κλινικό θέμα

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΥΞΗΜΕΝΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗ
AST	Ηπατοκυτταρική βλάβη
ALT	Ηπατοκυτταρική βλάβη
Χολερυθρίνη	Χολόσταση, απόφραξη ή σύζευξη
Αλκαλική φωσφατάση	Χολόσταση, απόφραξη, διηθητική νόσος
Χρόνος προθρομβίνης	Συνθετική λειτουργία
Αλβουμίνη	Συνθετική λειτουργία
γ-GT	Χολόσταση, απόφραξη

μια πιθανή αύξηση της τιμής τους. Ενώ η ALT βρίσκεται σχεδόν αποκλειστικά στο ήπαρ, η AST είναι λιγότερο ειδική για ηπατοπάθεια και μπορεί να προέρχεται από πληθώρα άλλων ιστών, όπως φαίνεται στον πίνακα 2. Οι τρανσαμινάσες πιθανώς καταβολίζονται από κύτταρα του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος με τα κολποειδικά τριχοειδή του ήπατος να φαίνεται ότι είναι το κύριο σημείο κάθαρσης. Σχεδόν καθόλου τρανσαμινάσες δεν περνούν στα ούρα και πολύ μικρή ποσότητα μπορεί να βρεθεί στη χολή. Οι χρόνοι ημίσειας ζωής των ALT και

AST είναι 47 ± 10 ώρες και 17 ± 5 ώρες αντίστοιχα, η AST απομακρύνεται γρηγορότερα από την ALT και είναι ο λόγος που τα επίπεδα της AST μειώνονται γρηγορότερα από της ALT.

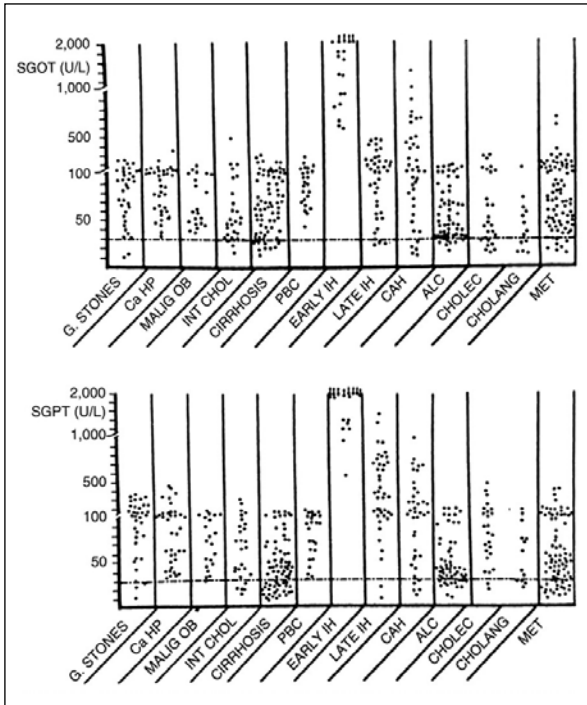
Η οριοθέτηση των φυσιολογικών τιμών της ALT και AST έχουν γίνει αντικείμενο εκτεταμένης συζήτησης και τα ανώτατα φυσιολογικά όριά τους έχουν μειωθεί. Σήμερα τα ανώτατα αποδεκτά επίπεδα για την ALT είναι 29-33 IU/L για τους άνδρες και 19-25 IU/L για τις γυναίκες και για την AST ποικίλουν σημαντικά ανάλογα με το εργαστήριο, αλλά βρίσκονται μεταξύ 8-40 IU/L. Επίπεδα χαμηλότερα του κατώτατου φυσιολογικού δεν μας απασχολούν συνήθως.

Επίπεδα αμινοτρανσφερασών και παθήσεις

Οι αμινοτρανσφεράσες αυξάνονται τυπικά σε όλες σχεδόν τις ηπατικές παθήσεις. Αυξήσεις μέχρι και 8 φορές είναι μη ειδικές και μπορεί να παρατηρηθούν σε παθήσεις όπως οξεία και χρόνια ηπατίτιδα, κίρρωση, οξεία και χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, αλκοολική ή κοκκιωματώδη ηπατοπάθεια, λοιμώδη μονο πυρήνωση και πολλές άλλες καταστάσεις. Οι μεγαλύτερες αυξήσεις τιμών παρατηρούνται σε φαρμακευτικού τύπου οξείες ηπατοπάθειες, οξείες ιογενείς ηπατίτιδες, οξεία καρδιακή ανεπάρκεια και έκθεση σε ηπατοτοξίνες, όπως μετά από βρώση δηλητηριωδών μανιταριών (phalloidin) ή έκθεση σε τετραχλωρικό άνθρακα. Σε τέτοιες καταστάσεις οι τιμές φτάνουν συνήθως περί τις 1000 με 2000 IU/L, αλλά ακόμα και τιμές που ξεπερνούν τις 10000 IU/L μπορεί να βρεθούν σε ασθενείς με οξεία ιογενή ηπατίτιδα. Σε περίπτωση αποφρακτικού ικτέρου επίπεδα άνω των 500 IU/L δεν είναι συχνά, αν και έχει παρατηρηθεί πολύ μεγαλύτερη αύξηση των τρανσαμινάσων σε κάποιες περιπτώσεις οξείας λιθιασικής απόφραξης του χοληδόχου πόρου τα πρώτα δύο εικοσιτετράωρα. Στην Εικόνα 2 αναφέρεται η δραστηριότητα των τρανσαμινάσων σε διάφορους συχνούς τύπους ηπατικής προσβολής και στον πίνακα 3 το εύρος τιμών τους ανάλογα με την υποκείμενη πάθηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.

AST	ALT
Κυτταρόπλασμα και μιτοχόνδρια	Κυτταρόπλασμα
Ήπαρ	Σχεδόν αποκλειστικά ήπαρ
Καρδιά	Νεφροί
Σκελετικοί μύες	Μύες
Νεφροί	
Εγκέφαλος	
Πάγκρεας	
Πνεύμονες	
Λευκοκύτταρα	
Ερυθροκύτταρα	



Εικόνα 2. *Sciff's diseases of the liver, page 37.*

Στις επόμενες παραγράφους γίνεται αναφορά στις πιο συχνές αιτίες αυξημένων τρανσαμινάσεων που συναντούμε στην καθημερινή κλινική πράξη.

Αύξηση τρανσαμινάσεων, μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (NAFLD) και καρδιοαγγειακά συμβλήματα

Η NAFLD είναι η πιο συχνή αιτία αυξημένων AST και ALT με εμφάνιση στο 25%-50% των ασθενών. Το 30% του πληθυσμού περίπου εμφανίζει NAFLD και η επίπτωση είναι άνω του 60% σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Η εξέλιξη της NAFLD, η μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα, χαρακτηρίζεται από διόγκωση των ηπατοκυττάρων, φλεγμονή και ηπατική ίνωση, αφορά το 3-5% του πληθυσμού και μπορεί να εξελιχθεί σε κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Εκτός και αν πραγματοποιηθούν ειδικά διαγνωστικά τεστ, η νόσος διαλάθει και αποτελεί παράγοντα κινδύνου για καρδιοαγγειακά συμβλήματα.

Μια συννησιμένη λανθασμένη προσέγγιση είναι ότι ασθενείς με φυσιολογικές τρανσαμινάσεις, ειδικότερα ALT, δεν εμφανίζουν ηπατικές μεταβολές λιπώδους διήθησης. Η πραγματικότητα είναι πως πολλοί εμφανίζουν τρανσαμινάσεις στις παρυφές, αλλά μέσα στα ανώτερα φυσιολογικά όρια και κάποιοι από αυτούς έχουν ήδη προχωρήσει σε NASH, κάτι ιδιαίτερα επικίνδυνο, αφού από σημαντικές μελέτες έχει φανεί ότι ασθενείς με λιπώδη νόσο του ήπατος και ασθενείς με αυξημένη

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Συνοπτική διαφορική διάγνωση τρανσαμινασαιμίας

Χρόνια ALT>AST <150 IU/L	Χρόνια AST>ALT <150 IU/L	Οξεία ALT>AST >1000 IU/L	Οξεία AST>ALT >1000 IU/L
Ανεπάρκεια α1-αντιθυψίνης	Αλκοόλ (<500IU/L) AST/ALT > 2/1	Οξεία απόφραξη χοληφόρων	Φάρμακα και τοξίνες
Αυτοάνοση ηπατίτιδα	Κίρρωση	Οξύ Budd-Chiari	Τοξικότητα από αλκοόλ
Χρόνια HBV, HCV, HDV	Μυοπάθεια	Οξεία HBV, HCV, HDV	Ραβδομυόλυση
Αιμοχρωμάτωση	Μακρο-AST	Αυτοάνοση ηπατίτιδα	
Φάρμακα και τοξίνες	Έντονη άσκηση	Απολίνωση ηπατικής αρτηρίας	
Λιπώδες ήπαρ	Υποθυρεοειδισμός	Ηπατική ισχαιμία	
Νόσος Wilson		Φάρμακα και τοξίνες	
Κοιλιοκάκη		Νόσος Wilson	
Υπερυθυρεοειδισμός			



Κλινικό θέμα

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΥΞΗΜΕΝΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΩΝ

ALT παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

Συγκεκριμένα, μια μελέτη από τη Mayo Clinic χρησιμοποίησε ανώτατα φυσιολογικά επίπεδα ALT 45 IU/L για τους άνδρες και 29 IU/L για τις γυναίκες και έδειξε ότι το standardized mortality ratio για ηπατικά και καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν 1,32 για εκείνους τους ασθενείς με ALT άνω των 1–2 φορές τα ανώτατα φυσιολογικά όρια (ULN) και 1,78 για άνω των 2 φορές ULN. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν για την AST.

Επίσης μια άλλη σημαντική μελέτη από το NHANES III έδειξε ότι οι άνδρες εμφάνισαν 1,3 φορές υψηλότερο δεκαετές κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου όταν η ALT ήταν άνω των 43 IU/L, ενώ οι γυναίκες είχαν πιο υψηλό ρίσκο (2,1 φορές) όταν η ALT ήταν άνω των 30 IU/L. Ο δεκαετής κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου για άνδρα 50 ετών ήταν 10,8% σε περίπτωση φυσιολογικής ALT και 13,6% με ALT αυξημένη άνωθεν του φυσιολογικού. Για γυναίκα 50 ετών ήταν αντίστοιχα 5,9% με ALT φυσιολογική και 12,1% με ALT αυξημένη. Σε περιπτώσεις επιπέδων ALT άνω των 100 IU/L ο κίνδυνος καρδιαγγειακής θνητότητας ήταν 3 φορές υψηλότερος παρά με ALT κάτω των 20 IU/L. Πάντως συνιστάται να μελετώνται τα αποτελέσματα αυτών, αλλά και ανάλογων υψηλού επιπέδου μελετών, με την επιφύλαξη ότι τα συμπεράσματα βασίζονται σε ανώτερες φυσιολογικές τιμές ALT υψηλότερες από τις ενδεικνυόμενες με σημερινά κριτήρια.

Κατανάλωση αλκοόλ και αυξημένες τρανσαμινάσες

Η παρουσία αλκοολικής ηπατικής νόσου είναι πιθανή σε ασθενείς που καταναλώνουν χρόνια μεγάλες ποσότητες αλκοόλ. Σε τέτοιες περιπτώσεις τα επίπεδα της ALT είναι συνήθως κάτω των 300 IU/L και της AST συνήθως κάτω των 500 IU/L, αλλά η αναλογία AST:ALT είναι περίπου 2:1 ή και μεγαλύτερη. Η δυσαναλογία αυτή οφείλεται σε ανεπάρκεια φωσφορικής πυριδοξάλης που προκαλείται από την κατανάλωση αλκοόλ, η οποία χρειάζεται για τη σύνθεση της ALT. Σε περιπτώσεις AST:ALT

άνω του 3:1 υπάρχει μεγάλη βεβαιότητα αλκοολικής ηπατοπάθειας. Σημειώνεται ότι η αναλογία 2:1 διατηρείται ακόμα και αν η κατανάλωση αλκοόλ συνδυάζεται με ηπατοτοξικότητα από λήψη παρακεταμόλης.

Φαρμακευτική ηπατοτοξικότητα

Η φαρμακευτική ηπατοτοξικότητα αποτελεί ένα σημαντικό αίτιο αύξησης των τρανσαμινασών και συχνά αποτελεί δύσκολο διαγνωστικό γρίφο για τον ιατρό. Διακρίνεται σε τρεις τύπους, ηπατοκυτταρικό, χολοστατικό και μικτό. Δεν υπάρχει συγκεκριμένο διαγνωστικό τεστ, ακόμα και η βιοψία ήπατος δεν οδηγεί πάντα σε σίγουρη διάγνωση. Από τα αναρίθμητα φάρμακα, βότανα και διαιτητικά συμπληρώματα που μπορεί να προκαλέσουν αύξηση των τρανσαμινασών παρατίθενται μερικά συχνά χορηγούμενα.

■ Παρακεταμόλη

Συνιστάται δοσολογία έως 4 g την ημέρα. Οι αμινοτρανσφεράσες μπορεί να αυξηθούν και πάνω από 1000 IU/L. Ναυτία και έμετος εμφανίζονται εντός 2–24 ωρών έως και 72 ώρες από τη λήψη. Η εκδήλωση ηπατική ανεπάρκειας με εγκεφαλοπάθεια οδηγεί σε θνητότητα ή μεταμόσχευση στο 1/3 των περιπτώσεων. Δόση 10–15 g είναι η συνήθης δόση σε περιπτώσεις απόπειρας αυτοκτονίας, ενώ γκριζα ζώνη υπάρχει σε δόσεις 3–10 g.

■ Στατίνες

Συνήθως παρατηρούνται τιμές τρανσαμινασών 1,5 με 3 φορές ULN. Η περίπτωση σοβαρής ηπατικής βλάβης είναι σπάνια, κάτω του 1%. Μπορεί να παρατηρηθεί μέτρια αύξηση σε διάστημα αρκετών εβδομάδων (10–20% ασθενών), ενώ μετά από διακοπή οι τρανσαμινάσες επανέρχονται σε φυσιολογικές τιμές σε 1–4 εβδομάδες. Τα περισσότερα περιστατικά που έχουν αναφερθεί αφορούν ατορβαστατίνη και σιμβαστατίνη.

■ Αμοξικιλίνη – Κλαβουλανικό

Κυρίως προκαλεί χολοστατική βλάβη αλλά και ηπατοκυτταρική, αρκετά συχνά μετά το τέλος της θεραπείας.



■ Φαινοτυϊνή

Ηπατοκυτταρική, μικτή ή χολοστατική βλάβη με πυρετό, εξάνθημα και ηωσινοφιλία.

■ Αμιοδαρόνη

Ηπατοκυτταρική, μικτή ή χολοστατική βλάβη.

■ Πράσινο τσάι

Ηπατοκυτταρική βλάβη.

■ Λισινοπρίλη

Μικρή αύξηση των τρανσαμινασών, 2-48 εβδομάδες από την έναρξη και συνήθως δεν χρειάζεται τροποποίηση της δόσης.

■ Λοσαρτάνη

Μικρή αύξηση των τρανσαμινασών, 1-8 εβδομάδες από την έναρξη, που μπορεί να μοιάζει με οξεία ηπατίτιδα

να ελέγξουμε HCV RNA, ενώ σε υποψία οξείας HBV να ελέγξουμε HBcAb IgM.

Κληρονομική αιμοχρωμάτωση - Ανεπάρκεια α1-αντιθρυψίνης - Νόσος Wilson

Αυξημένες τρανσαμινάσες παρατηρούνται και σε αυτοσωμικά υπολειπόμενες ηπατοπάθειες, όπως η κληρονομική αιμοχρωμάτωση, νόσος του Wilson και η ανεπάρκεια α1-αντιθρυψίνης.

Στην κληρονομική αιμοχρωμάτωση ο κορεσμός τρανσφερίνης βρίσκεται άνω του 45%. Σε περίπτωση κορεσμού τρανσφερίνης άνω του 60% στους άνδρες και άνω του 50% στις γυναίκες υπάρχει 95% πιθανότητα αιμοχρωμάτωσης. Σε συνδυασμό με επίπεδα φερριτίνης ορού άνω των 250-300 ng/mL στους άνδρες ή άνω των 200 ng/mL στις γυναίκες, συνιστάται έλεγχος του HFE γονιδίου.

Η ανεπάρκεια της α1-αντιθρυψίνης είναι μια σημαντική νόσος που διαφεύγει συχνά της διάγνωσης με μόνο το 10% των ασθενών να έχουν διαγνωσθεί. Προκαλεί ηπατική και πνευμονική νόσο. Υποψία εγείρεται σε ασθενείς με εμφύσημα σε νεαρή ηλικία, αύξηση τρανσαμινασών και κλινική εικόνα προχωρημένης ηπατικής νόσου αγνώστου αιτιολογίας. Η διάγνωση γίνεται με μέτρηση των επιπέδων της α1-αντιθρυψίνης στον ορό.

Η νόσος του Wilson προκαλείται από αναποτελεσματικό μεταβολισμό του χαλκού. Παρατηρείται συνήθως σε ανατολικοευρωπαίους κάτω των 35 ετών, αλλά εμφανίζεται και σε μεγαλύτερες ηλικίες. Σε κλασικές περιπτώσεις βρίσκουμε οφθαλμικό δακτύλιο Kayser-Fleischer ή νευροψυχιατρικές διαταραχές. Επίπεδα ALT άνω των 150 IU/L συνήθως υποδηλώνουν χρόνια ενεργό ηπατίτιδα. Η διάγνωση περιλαμβάνει χαμηλά επίπεδα σερουλοπλάσμινης ορού και μέτρηση επιπέδων χαλκού σε ούρα 24ωρου και σε δύσκολες περιπτώσεις, βιοψία ήπατος.

Αύξηση τρανσαμινασών και μυϊκή βλάβη

Ισοένζυμα ALT, AST, LDH και CK υπάρχουν στους σκελετικούς μύες. Η AST και κάποιες φορές η ALT μπορεί

Άλλες αιτίες

Covid-19

Η νόσος COVID-19 είναι γνωστό ότι προκαλεί συχνά αύξηση των αμινοτρανσφερασών. Μια πρόσφατη Ελληνική αναδρομική μελέτη 1046 ασθενών οι οποίοι νοσηλεύθηκαν εκτός εντατικής μονάδας με διαγνωσμένη COVID-19 έδειξε ότι κατά την εισαγωγή 363 (34,7%) και 269 (25,7%) ασθενείς είχαν αυξημένες τιμές AST και ALT (>40 IU/L), αντιστοίχως, ενώ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους 53 (5%) των εμφάνισαν AST άνω των 200 IU/L. Οι ασθενείς με αυξημένη AST κατά την εισαγωγή (>40 IU/L), είχαν χειρότερη έκβαση συγκριτικά με όσους είχαν φυσιολογικά επίπεδα AST.

Ιογενείς ηπατίτιδες

Σε περίπτωση αυξημένων τρανσαμινασών συνιστάται έλεγχος για ιογενείς ηπατίτιδες, ιδιαίτερα για A, B και C και σε κάποιες περιπτώσεις για E, ιδιαίτερα σε ασθενείς που ζουν ή έχουν ταξιδέψει σε ενδημικές περιοχές ή σε εγκύους. Σε περίπτωση υποψίας οξείας HCV, η θετικοποίηση του αντισώματος συμβαίνει σε 6-8 εβδομάδες και σε τέτοια περίπτωση θα χρειαστεί



Κλινικό θέμα

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΥΞΗΜΕΝΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΩΝ

να αυξηθούν μετά από έντονη άσκηση, αλλά σπάνια η AST φτάνει άνωθεν των 1000 IU/L. Αρχικά είναι πιθανό να παρατηρήσουμε αναλογία AST:ALT περίπου 4:1, αλλά έως την τέταρτη μέρα συνήθως τα επίπεδα των δύο ενζύμων εξισώνονται. Τα επίπεδα των LDH και CK μειώνονται πιο γρήγορα από την ALT. Σε περιπτώσεις αύξησης των τρανσαμινασών από έμφραγμα, η AST είναι υψηλότερη από την ALT. Η αύξηση της τελευταίας είναι συνήθως ηπατικής αιτιολογίας, λόγω κυκλοφορικής καταπληξίας, ηπατικής ισχαιμίας και κεντρικής ηπατοκυτταρικής νέκρωσης.

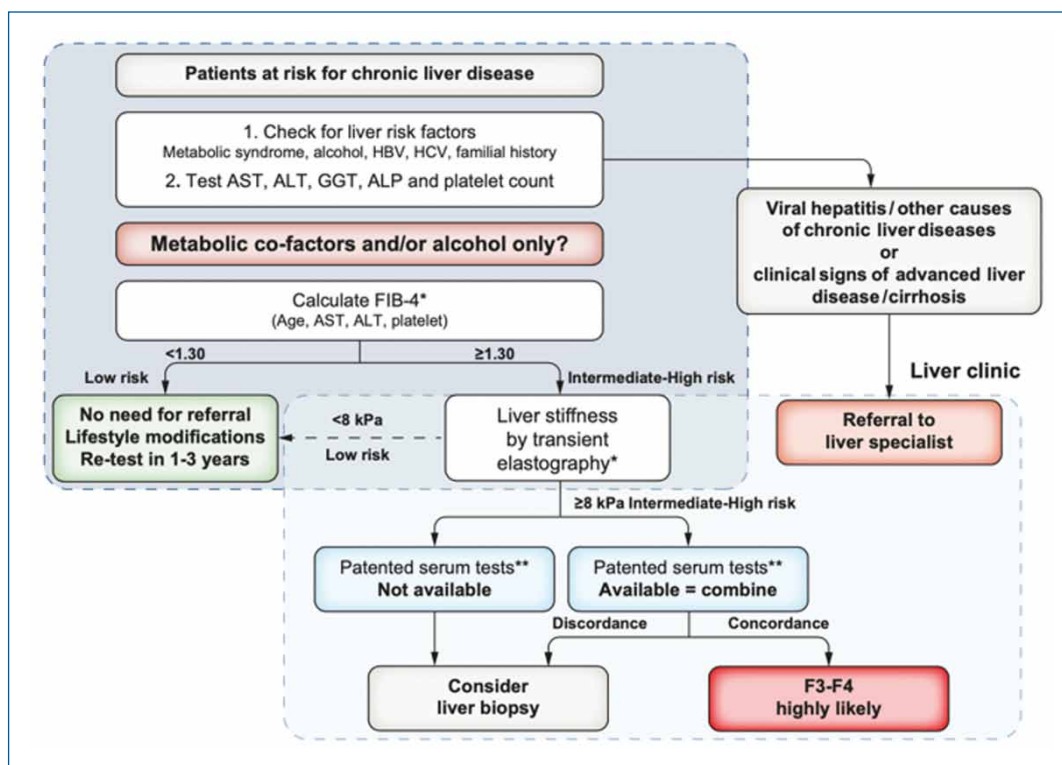
Διερεύνηση αυξημένων επιπέδων αμινοτρανσφερασών

Ιατρικό ιστορικό και κλινική εξέταση

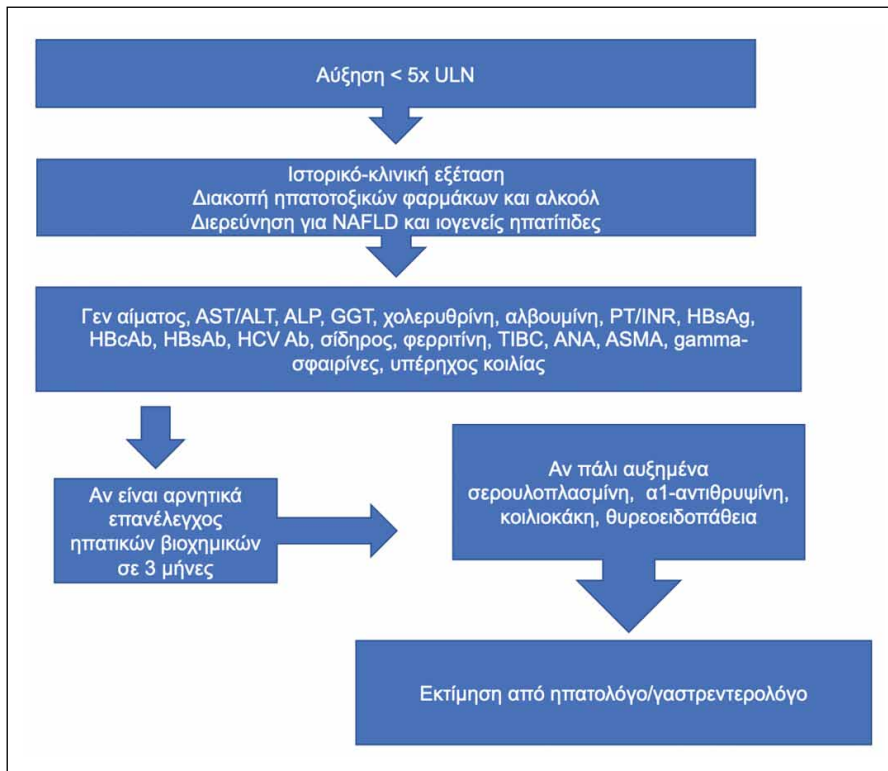
Η ενδεδειγμένη πορεία διερεύνησης αυξημένης επιπέδων αμινοτρανσφερασών ξεκινάει από τη ενδελεχή

και εμπεριστατωμένη **λήψη ιατρικού ιστορικού**. Οι πληροφορίες που θα αντληθούν θα συνεισφέρουν στη διαφορική διάγνωση και πρέπει να περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

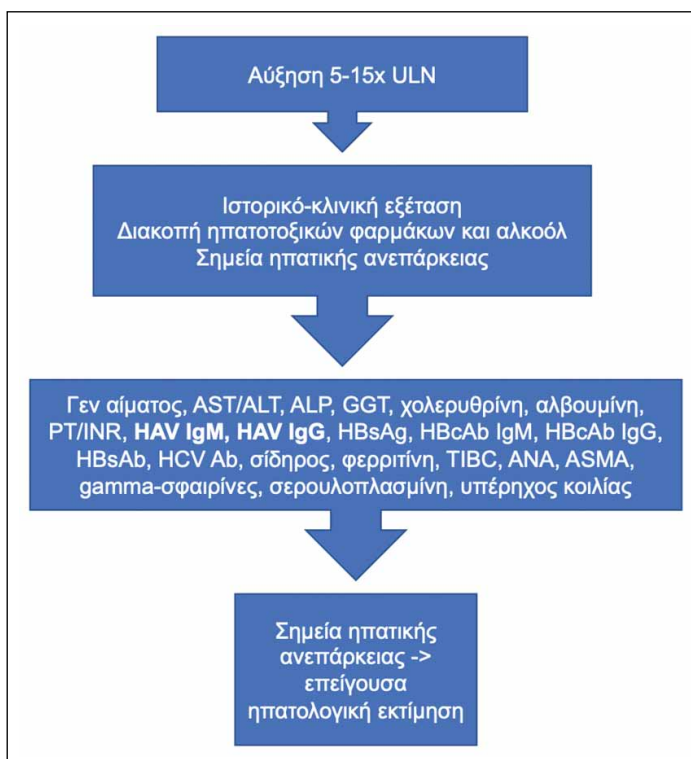
- Νοσήματα, όπως ηπατίτιδες, HIV, αυτοάνοσες παθήσεις, θυρεοειδοπάθεια, καρδιολογικές παθήσεις, σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία και άλλα
- Παρουσία νεοεμφανιζόμενου ικτέρου, ανοιχτόχρωμων κοπράνων ή σκουρόχρωμων (εν είδη τσαγιού) ούρων
- Κατανάλωση αλκοόλ, καθώς η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ έχει συσχετισθεί με ηπατοπάθεια, και ειδικότερα κατανάλωση άνω των 14 στάνταρ ποτών ανά εβδομάδα στις γυναίκες και 21 ποτών στους άνδρες
- Λήψη φαρμάκων, βοτάνων και συμπληρωμάτων



Εικόνα 3. EASL Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis – 2021 update. J Hepatology 2021;75:659–689.



Εικόνα 4. Τροποποιημένη από PY Kwo, SM Cohen, JK Lim. ACG Clinical Guideline: Evaluation of Abnormal Liver Chemistries. Am J Gastro 2017;112(1):18-35.

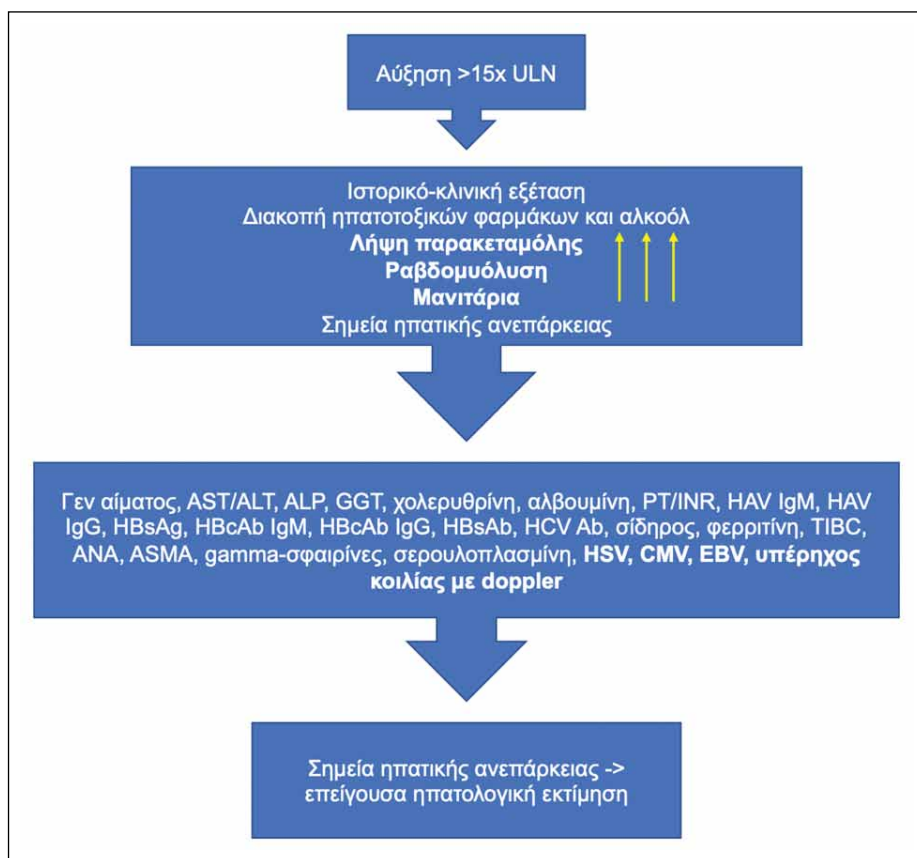


Εικόνα 5. Τροποποιημένη από PY Kwo, SM Cohen, JK Lim. ACG Clinical Guideline: Evaluation of Abnormal Liver Chemistries. Am J Gastro 2017;112(1):18-35.



Κλινικό θέμα

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΥΞΗΜΕΝΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΩΝ



Εικόνα 6. Τροποποιημένη από PY Kwo, SM Cohen, JK Lim. ACG Clinical Guideline: Evaluation of Abnormal Liver Chemistries. Am J Gastro 2017;112(1):18-35.

διατροφής, τα οποία συχνά δεν αναφέρονται, καθώς δεν θεωρούνται ως φάρμακα για πολλούς ασθενείς

- Ενδοφλέβια ή ρινική χρήση ναρκωτικών, μεταγγίσεις πριν το 1992, επαγγελματική έκθεση σε κίνδυνο μετάδοσης ηπατίτιδας ή άλλων μεταδιδόμενων νοσημάτων, τατουάζ ή σκουλαρίκια στο σώμα, σεξουαλικές επαφές υψηλού ρίσκου
- Χώρα προέλευσης, ταξίδια σε περιοχές ενδημικές για ηπατίτιδα
- Οικογενειακό ιστορικό
- Απώλεια βάρους
- Εγκυμοσύνη, στην οποία η αύξηση των τρανσαμινασών είναι ασυνήθης και μπορεί να είναι παροδική και μικρής κλινικής σημασίας, όπως έχει παρατηρηθεί από διάφορες μελέτες κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, αλλά μπορεί να αποτελεί έκφραση

πολύ σοβαρής ηπατοπάθειας, όπως για παράδειγμα συνδρόμου HEELP, οξεία ιογενούς ηπατίτιδας Ε ή ερπητικής ηπατίτιδας.

- Τραυματισμοί
- Έντονη σωματική άσκηση

Τη λήψη καλού ιστορικού συμπληρώνει μια **λεπτομερής κλινική εξέταση**, η οποία ξεκινάει από τη λήψη των ζωτικών σημείων και του BMI του/της ασθενούς. Η εξέταση θα δώσει πληροφορίες σχετικά με τα παρακάτω:

- Παρουσία ικτέρου, σημεία στο δέρμα ενδεικτικά κνησμού
- Οξύ άλγος δεξιού υποχονδρίου με ή χωρίς σημείο Murphy
- Ασκίτης
- Ψηλαφητό ήπαρ
- Χαλκόχρωμο δέρμα



- Παλαμικό ερύθημα, spider nevi, ηπατική εγκεφαλοπάθεια, γυναιοκομαστία, caput medusae
- Ψηλαφητός σπλήνας
- Συσπάσεις Dupuytren με διόγκωση παρωτίδων και ατροφία όρχεων
- Σημαντικά μειωμένοι αναπνευστικοί ήχοι

Διαγνωστικοί αλγόριθμοι

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί μεγάλη σημασία στην έγκαιρη διάγνωση ασθενών που βρίσκονται σε κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιας ηπατικής νόσου. Οι τρανσαμινάσες αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της διαγνωστικής προσέγγισης, η οποία έχει συμπεριλάβει και μη επεμβατικά διαγνωστικά τεστ, όπως η ελαστογραφία ήπατος και το FIB-4 score, μεταξύ άλλων. Στην εικόνα 3 παρουσιάζεται ο διαγνωστικός αλγόριθμος που προτείνεται από τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες της ESGE για τη διερεύνηση ασθενών σε υψηλό κίνδυνο για χρόνια ηπατική νόσο. Στις εικόνες 4,5 και 6 παρατίθενται τροποποιημένοι αλγόριθμοι διερεύνησης αυξημένων τρανσαμινάσων ανάλογα με το βαθμό της αύξησης (κάτω των 5, 5-15 και άνω των 15 φορές πάνω από τα φυσιολογικά όρια), σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ACG.

Προτεινόμενη Βιβλιογραφία

1. Schiff's Diseases of the Liver. Volume one, 10th edition.
2. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 9th edition.
3. Kwo PY, Cohen SM, Lim. JK ACG Clinical Guideline: evaluation of abnormal liver chemistries. Am J Gastro 2017;112(1):18-35.
4. EASL Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis – 2021 update. J Hepatology 2021; 75:659–89.
5. Lee TH et al. Serum aminotransferase activity and mortality risk in a United States community. Hepatology 2008 Mar;47(3):880-7.
6. Ioannou GN et al. Elevated serum alanine aminotransferase activity and calculated risk of coronary heart disease in the United States. Hepatology 2006;43(5):1145-51.
7. Maddrey WC. Drug-induced hepatotoxicity. J Clin Gastroenterol 2005 Apr;39(4 Suppl 2): S83-9.
8. Cholongitas E. et al. Prevalence of abnormal liver biochemistry and its impact on COVID-19 patients' outcomes: a single-center Greek study. Ann Gastroenterol (2022) 35, 1-7.



Η Γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

Η ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ
ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Αθανάσιος Δ. Σιούλας MD, PhD, FEBGH, Γαστρεντερολόγος, Δ.Θ.Κ.Α. ΥΓΕΙΑ

Η οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού (ΟΑΑΠ) αποτελεί συχνή κατάσταση στην καθημερινή νοσοκομειακή πράξη. Η σωστή αρχική αξιολόγηση κάθε περιστατικού αποτελεί τη βάση για τον καθορισμό της πρόγνωσης και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του. Για το σκοπό αυτό έχουν αναπτυχθεί και χρησιμοποιούνται διάφορα scores που, αξιοποιώντας κλινικά, εργαστηριακά και δεδομένα του ιστορικού, μπορούν με αξιοπιστία να καθοδηγήσουν τον θεράποντα ιατρό στο να επιλέξει αν ο ασθενής χρειάζεται νοσηλεία ή μπορεί να αντιμετωπιστεί ως εξωτερικός. Τα scores αυτά υπολογίζουν τον κίνδυνο για διάφορα καταληκτικά σημεία (θνητότητα, επαναιμορραγία, ανάγκη χειρουργικής επέμβασης, μεταγγίσης κλπ.) διακρίνονται σε αυτά προ της ενδοσκόπησης (π.χ. Rockall, Glasgow Blatchford, AIMS-65, ABC, MAP κ.ά.) και σε εκείνα που χρησιμοποιούνται μετά την ενδοσκόπηση (πλήρες Rockall, PNED, CSMCPI κ.ά.). Επιπρόσθετα, η πολύ γνωστή στους γαστρεντερολόγους ταξινόμηση Forrest δίνει πληροφορίες για τον κίνδυνο επαναιμορραγίας βάσει της μορφολογίας του έλκους.

Ένα μειονέκτημα των διαφόρων scores που αναφέρθηκαν είναι πως δεν έχουν δυναμικά χαρακτηριστικά και βασίζονται σε δεδομένα της αρχικής εκτίμησης κατά την προσέλευση του ασθενούς. Με τον τρόπο αυτό, δεν είναι σε θέση να τροποποιούν την πρόβλεψή τους όταν προκύπτουν νέα δεδομένα κατά την πορεία της νόσου. Προκειμένου να ξεπεραστεί αυτός ο περιορισμός έχουν αναπτυχθεί και μελετηθεί συστήματα τεχνητής νοημοσύνης (TN) που είναι σε θέση να πραγματοποιούν με δυναμικό τρόπο επανεκτιμήσεις που ενίοτε τροποποιούν την αρχική πρόγνωση.

Πρόσφατα ερευνητές από τις Η.Π.Α ανέπτυξαν και

μελέτησαν την επίδοση ενός συστήματος TN που είναι σε θέση, μετά από κατάλληλη εκπαίδευση, να προβλέψει ποιοι από τους νοσηλευόμενους εκτός Μονάδων Εντατικής Θεραπείας πρόκειται να επιδεινωθούν κλινικά, ώστε να παραπεμφθούν σε αντίστοιχες ομάδες επείγουσας αντιμετώπισης. Η διαχείριση ασθενών με την χρήση του εν λόγω συστήματος οδήγησε σε μείωση της θνητότητας. Κατά αντίστοιχο τρόπο σε ασθενείς με μη κίρρωση ΟΑΑΠ, το σύστημα TN υπερέιχε του Rockall score (RS) στην ικανότητα πρόγνωσης της θνητότητας εντός 30 ημερών. Τέλος, σε πολυκεντρική μελέτη σε 399 ασθενείς με ΟΑΑΠ που δημοσιεύθηκε το 2020, ένα εκπαιδευμένο σύστημα TN αποδείχθηκε ανώτερο διαφόρων ευρέως χρησιμοποιούμενων scores (GBS, RS, AIMS-65) στην πρόγνωση της ανάγκης θεραπευτικών παρεμβάσεων (μεταγγίσεις, αιμόσταση) και της θνητότητας εντός 30 ημερών. Επιπρόσθετα, ήταν ανώτερο στη διάκριση ασθενών χαμηλού ρίσκου που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν εξωνοσοκομειακά, μειώνοντας και τα σχετικά αχρείαστα κόστη.

Από τα παραπάνω φαίνεται πως οι εφαρμογές TN, παρ' ότι ακόμα σε ερευνητικό επίπεδο, υπόσχονται να συμβάλουν στη σωστή διαχείριση ασθενών με ΟΑΑΠ, ξεπερνώντας και κάποιους από τους περιορισμούς των συμβατικών προγνωστικών συστημάτων.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. J Clin Med. 2023; 12: 3678-92.
2. Gastroenterology 2020; 158:160-7.
3. N Engl J Med 2020; 383:1951-60
4. Gastrointest Endosc. 2011;73:218-26.

How to do it

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ERCP

Χρήστος Πόντας, Γαστρεντερολόγος MD, MSc, PhDc
Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΜΗΤΕΡΑ



Εισαγωγή

Η Ενδοσκοπική Παλίνδρομη Χολάγγειο-Παγκρεατογραφία (ERCP – Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography), είναι η εξέταση που χρησιμοποιείται για την διάγνωση αλλά κυρίως πλέον για την αντιμετώπιση παθήσεων των χοληφόρων, του ήπατος και του παγκρέατος.

Αρχικά, όταν ξεκίνησε περίπου πριν από 50 χρόνια, επρόκειτο για μια μόνο διαγνωστική διαδικασία με σκοπό την διάγνωση παθήσεων στο χολαγγείο-παγκρεατικό σύστημα. Με το πέρασμα του χρόνου και τις εξελίξεις στον σχεδιασμό του ενδοσκοπίου, στην τεχνολογία απεικόνισης αλλά και την εξέλιξη του καθετήρα και των υλικών που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης, η ERCP είναι σήμερα πρωτίστως ένα πολύ χρήσιμο θεραπευτικό εργαλείο και έχει πλέον αντικαταστήσει σε αρκετές περιπτώσεις τη χειρουργική επέμβαση.

Η ERCP γίνεται με την βοήθεια ενδοσκοπίου πλάγιας όρασης και ακτινοσκόπησης. Η διαφορά του ενδοσκοπίου της ERCP με αυτό της γαστροσκόπησης είναι ότι το πρώτο φέρει την κάμερα στο πρόσθιο πλάγιο τμήμα του και για αυτό τον λόγο λέγεται και ενδοσκόπιο πλάγιας όρασης. Φέρει και αυτό μια φωτεινή πηγή από την οποία εκπέμπεται φως και η εικόνα μεταφέρεται σε ειδική οθόνη υψηλής ανάλυσης και ευκρίνειας στην οποία ο γαστρεντερολόγος σε πραγματικό χρόνο βλέπει το εσωτερικό των εξεταζόμενων οργάνων. Πρόκειται για μια συνδυαστικά ενδοσκοπική και ακτινοσκοπική εξέταση κατά την οποία το ενδοσκόπιο προωθείται στην δεύτερη μοίρα του δωδεκαδακτύλου καθιστώντας δυνατούς τους χειρισμούς για τον καθετηριασμό του φύματος του Vater. Με αυτόν τον τρόπο είναι δυνατή η εισαγωγή και άλλων εξαρτημάτων εντός του χοληδόχου ή και παγκρεατικού πόρου καθώς επίσης να υπάρξει και ακτινοσκοπική απεικόνιση και θεραπευτικές παρεμβάσεις όπου χρειάζεται. Άμεση απεικόνιση των πόρων προσφέρεται μέσω της χολάγγειο-παγκρεατογραφίας με την βοήθεια σκιαγραφικού υγρού.

Η διαδικασία της ERCP διενεργείται σε ειδικό χώρο,

εργονομικά σχεδιασμένο και τηρώντας τα απαραίτητα μέτρα για ακτινολογική προστασία, τόσο του ασθενούς όσο και του ιατρικού προσωπικού μέσα στην αίθουσα.

Μια σύντομη ιστορία

Η ERCP αναπτύχθηκε το 1968 ως διαγνωστικό εργαλείο. Στους ασθενείς χορηγούνταν ενδοφλεβίως σκιαγραφική ουσία και έπειτα τους παρέπεμπαν σε χειρουργούς ή επεμβατικούς ακτινολόγους για περαιτέρω θεραπεία. Ο Dr William S. McCune, μαιευτήρας, έκανε την πρώτη επιτυχημένη ERCP χρησιμοποιώντας ένα εύκαμπτο ενδοσκόπιο με εξωτερικό κανάλι εργασίας κολλημένο με ταινία στο στέλεχος του ενδοσκοπίου καθώς και χρήση μπαλονιού για την επίτευξη καθετηριασμού. Το 1972, ο Dr Peter Cotton πραγματοποίησε καθετηριασμό σε 60 ασθενείς. Την επόμενη χρονιά ο Dr Meinhard Classen στη Γερμανία και ο Dr Keiichi Kawai στην Ιαπωνία διενήργησαν τις πρώτες σφιγκτηροτομές του φύματος.

Από τότε και μέσα σε σχεδόν 50 χρόνια, η ERCP εξελίχτηκε από διαγνωστικό εργαλείο σε θεραπευτική παρέμβαση. Στην Ελλάδα η πρώτη ERCP έγινε το 1979.

Ανατομία

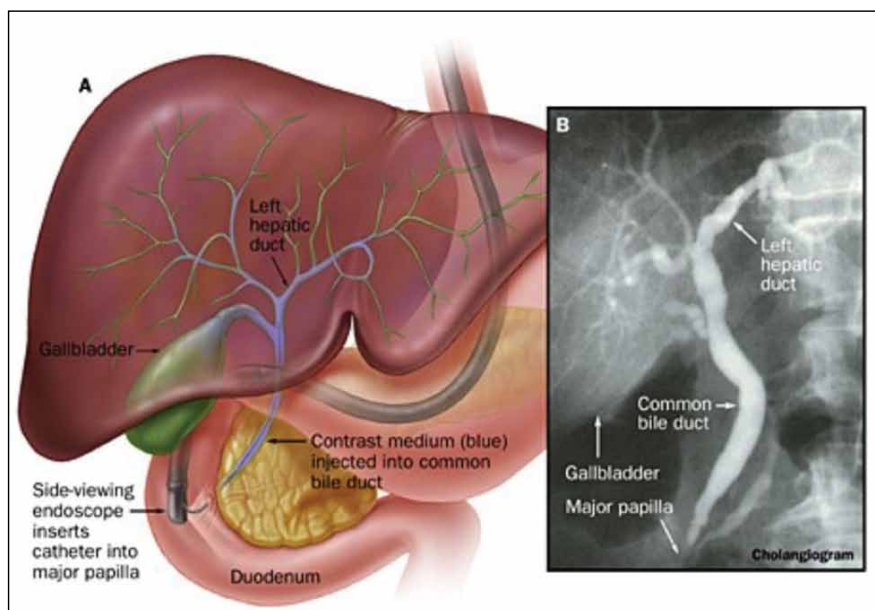
Τα χοληφόρα αποτελούν το αποχετευτικό σύστημα του ήπατος, μέσω του οποίου απεκκρίνεται η χολή στο δωδεκαδάκτυλο, στην περιοχή που ονομάζεται φύμα του Vater, το οποίο είναι το ανατομικό σημείο που σχηματίζεται στην δεύτερη μοίρα του δωδεκαδακτύλου, από την κοινή εκβολή του χοληδόχου και του παγκρεατικού πόρου.

Ο χοληδόχος πόρος αποτελεί την ανατομική δομή μέσω της οποίας η χολή που παράγεται στο ήπαρ αποχετεύεται στο λεπτό έντερο, ενώ μέσω του παγκρεατικού πόρου τα παγκρεατικά ένζυμα παροχετεύονται με την σειρά τους και αυτά στο έντερο. Οι δύο αυτοί ανατομικοί σχηματισμοί λίγο πριν την εκβολή τους στο δωδεκαδάκτυλο συνενώνονται σχηματίζοντας την λήκυθο ή αλλιώς φύμα του Vater (Εικόνα 1).



How to do it

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ERCP



Εικόνα 1. Ανατομία χοληφόρου δέντρου και ακτινοσκοπική του απεικόνιση.

Ενδείξεις ERCP

Οι κύριες ενδείξεις για την ERCP είναι:

1. Αποφρακτικός ίκτερος (ο ασθενής εμφανίζει κίτρινη χροιά δέρματος, υπέρχρωση ούρων και αποχρωματισμό κοπράνων).
2. Λιθίαση του χοληδόχου πόρου (χοληδοχολιθίαση). Παρουσία λίθου εντός του χοληδόχου πόρου που μπορεί να οφείλεται σε σχηματισμό του μέσα στον πόρο ή σε περίπτωση μετακίνησής του από την χοληδόχο κύστη είτε αυτόματα είτε μετά από χολοκυστεκτομή.
3. Χολαγγειίτιδα.
4. Νεοπλάσματα του χοληδόχου πόρου.
5. Σκληρυντική χολαγγειίτιδα.
6. Καλοήθης στενώσεις του χοληδόχου πόρου.
7. Όγκοι του φύματος Vater.
8. Ιατρογενείς χειρουργικές κακώσεις χοληφόρων (χοληφόρα συρίγγια-bile leaks) σε χειρουργικές επεμβάσεις των χοληφόρων, όπως για παράδειγμα μετά από χολοκυστεκτομή.
9. Όγκοι παγκρέατος, κυρίως των νεοπλασμάτων της

κεφαλής, όπου σε ανεγχείρητες περιπτώσεις είναι δυνατή η αντιμετώπιση του αποφρακτικού ίκτερου με την τοποθέτηση πλαστικής ή μεταλλικής ενδοπροθέσης-stent.

10. Οξεία λιθιασική παγκρεατίτιδα.

11. Χρόνια παγκρεατίτιδα.

Σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε σε 40.000 ERCP και δημοσιεύτηκε στο **Gastrointestinal Endoscopy**, **οι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε ERCP αναφέρονται ως εξής**

- 57,3 % των ERCP αντιμετώπιζαν προβλήματα σχετικά με χοληδοχολιθίαση
- 12,6 % αντιμετώπιζαν επιπλοκές σχετικές με καρκίνους
- 2 % των ασθενών είχαν επιπλοκές σχετικές με λίθους και καρκίνο
- 28,1 % δηλαδή το υπόλοιπο ποσοστό σχετιζόταν με άλλες αιτίες

Μεθοδολογία & Τεχνικές ERCP

Στην επιλογή και χρήση τεχνικής παίζουν πολύ μεγάλο ρόλο η εμπειρία του επεμβατικού ενδοσκοπού, το μέγεθος



και είδος των λίθων, το μέγεθος της τελικής μοίρας του χοληδόχου και η δυνατότητα επιτυχούς σφιγκτηροτομής.

Ενδοσκοπική Σφιγκτηροτομή είναι η διατομή του σχηματισμού του σφικτήρα του Oddi με κατεύθυνση από την εκβολή του φύματος Vater στο δωδεκαδάκτυλο προς την ενδοπαγκρεατική μοίρα του χοληδόχου πόρου (με κατεύθυνση την ενδέκατη ώρα) (Εικόνες 2 και 3).

Σφιγκτηροτομή Precut

Η σφιγκτηροτομή precut είναι μια ενδοσκοπική τεχνική που χρησιμοποιείται για καθετηριασμό και πρόσβαση στον χοληδόχο πόρο. Γίνεται με την διατομή του φύμα-

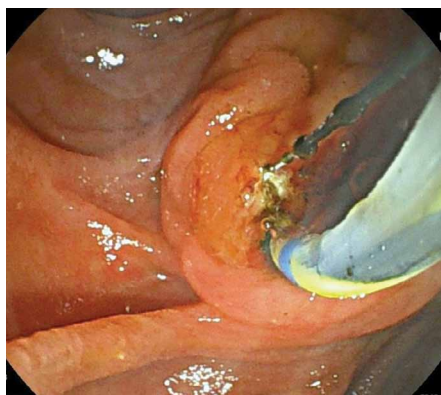
τος στις περιπτώσεις μη επιτυχούς καθετηριασμού με σφιγκτηροτόμο και οδηγό - σύρμα. Η διατομή γίνεται με ένα ειδικού τύπου σφιγκτηροτόμο needle-knife και η κατεύθυνση μπορεί να ακολουθεί την πορεία της κλασσικής σφιγκτηροτομής ή αντίθετα, από τη βάση του φύματος προς τον σφικτήρα του Oddi (εικόνα 4). Η τεχνική αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με διαταραχή της φυσιολογικής ανατομίας της δεύτερης μοίρας του δωδεκαδακτύλου, όπως πχ εκκολπώματα, διήθηση της δεύτερης μοίρας του δωδεκαδακτύλου από κακοήθειες παγκρέατος ή χοληφόρων, ανατομικές παραλλαγές του φύματος κ.λ.π.

Σφιγκτηροπλαστική

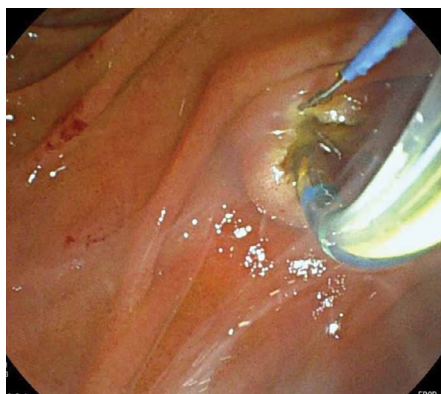
Η ενδοσκοπική διαστολή του φύματος με μπαλόνι - Endoscopic papillary balloon dilation (EPBD) - είναι μια εναλλακτική μέθοδος σφιγκτηροτομής για την αφαίρεση λίθων του χοληδόχου πόρου (εικόνα 5). Συστήνεται σε ασθενείς με λίθο < 8mm χωρίς ανατομικές ή κλινικές αντενδείξεις (πχ οξεία παγκρεατίτιδα, οξεία χολαγγειίτιδα, ή σφιγκτηροτομή precut) και κυρίως σε αυτούς με διαταραχές ηηκτικότητας του αίματος ή διαφοροποιημένης ανατομίας όπως π.χ. μετά από χειρουργεία.

Η σφιγκτηροπλαστική ενδείκνυται ιδίως στην χοληδοχολιθίαση και υπερτερεί της σφιγκτηροτομής όταν:

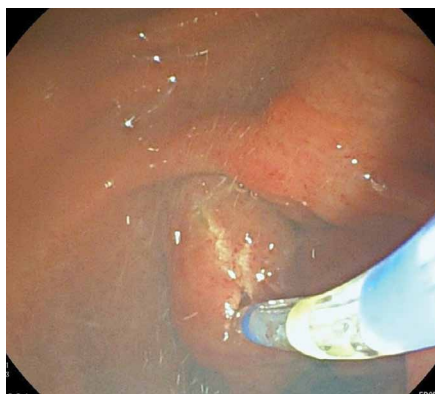
- διατηρεί έστω και μερικώς τη λειτουργία του σφι-



Εικόνα 2. Σφιγκτηροτομή σε φύμα πλησίον εκκολπώματος.



Εικόνα 3. Κλασική σφιγκτηροτομή.



Εικόνα 4. Needle knife σε ασθενή με Ca Παγκρέατος και διήθηση της 2ης μοίρας του δωδεκαδακτύλου.



How to do it

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ERCP



Εικόνα 5. Σφιγκτηροπλαστική σε ασθενή με χοληδοχολιθίαση και χαμηλά αιμοπετάλια.

γκτήρα του Oddi και επομένως εμποδίζει την παλινδρόμηση του περιεχομένου του δωδεκαδακτύλου και τον βακτηριακό αποικισμό του χοληδόχου πόρου που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ανιούσα χολαγγειίτιδα.

- μειώνει την πιθανότητα αιμορραγίας σε σχέση με τη σφιγκτηροτομή σε ασθενείς με διαταραχές πήκτικότητας
- διευκολύνει τον καθετηριασμό σε ασθενείς με διαφοροποιημένη ανατομία της περιοχής.

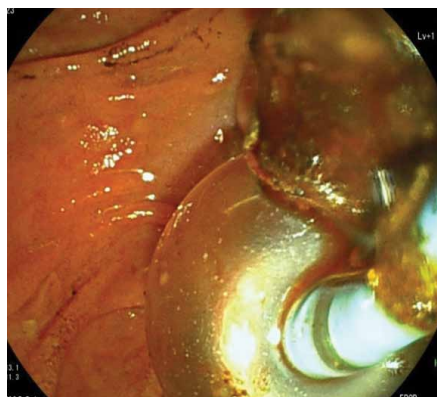
Αφαίρεση Λίθων

Οι λίθοι του χοληδόχου πόρου διακρίνονται σε δευτεροπαθείς, οι οποίοι σχηματίζονται στην χοληδόχο

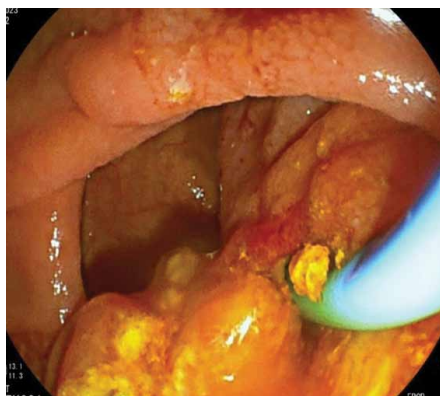
κύστη και μέσω του κυστικού πόρου μετακινούνται στον χοληδόχο πόρο, είτε αυτόματα είτε μετά από χολοκυστεκτομή, και σε πρωτοπαθείς, οι οποίοι σχηματίζονται εξαρχής εντός του χοληδόχου πόρου. Η παρουσία λίθων εντός του χοληδόχου πόρου είναι μια από τις κυριότερες ενδείξεις για ERCP.

Η αφαίρεση τους γίνεται με τις εξής τεχνικές:

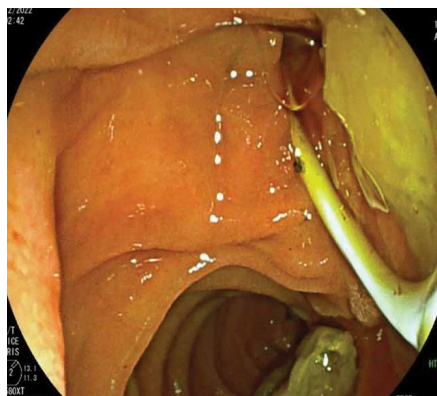
Α) με μπαλόνι: Όταν οι λίθοι είναι μικρού ή μεσαίου μεγέθους, χρησιμοποιείται καθετήρας με μπαλόνι. Ο καθετήρας τοποθετείται πάνω από το λίθο, διατείνεται το μπαλόνι και ακολουθεί η απόσυρσή του προς το φύμα με αποτέλεσμα την έξοδο των λίθων στο δωδεκαδάκτυλο (εικόνες 6,7,8).



Εικόνα 6. Αφαίρεση λίθων χοληδόχου πόρου με μπαλόνι.



Εικόνα 7. Αφαίρεση λιθιασικών συγκριμάτων με μπαλόνι.



Εικόνα 8. Αφαίρεση μεγάλων λίθων με μπαλόνι.



Β) με basket: σε μεγάλης διαμέτρου λίθους χρησιμοποιείται το μεταλλικό καλάθι τύπου Dormia, κατασκευασμένο από συρματίστους βραχίονες το οποίο διατίθεται σε διάφορα μεγέθη. Ο καθετήρας Dormia παγιδεύει ολόκληρο τον λίθο και τον έλκει προς το δωδεκαδάκτυλο (Εικόνες 9 και 10).

Γ) Μηχανική λιθοτριψία: σε ευμεγέθεις λίθους του χοληδόχου πόρου εφαρμόζεται η τεχνική της μηχανικής λιθοτριψίας για τον κατακερματισμό αυτών και την απομάκρυνσή τους σε μικρότερα τμήματα (Εικόνα 11).

Δ) Λιθοτριψία με χρήση laser: Σε δυσκολότερες περιπτώσεις ευμεγέθων λίθων, οι οποίοι δεν είναι δυνατόν να συνθλιβούν μηχανικά, αυτό επιτυγχάνεται μέσω χολαγγειοσκόπησης και τη χρήση ίνας laser (Εικόνα 12).

Παγκρεατικοί λίθοι

Οι παγκρεατικοί λίθοι σχηματίζονται εντός του μείζονος παγκρεατικού πόρου (πόρος του Wirsung) συνήθως σε ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα και αποτελούνται από κρυστάλλους ανθρακικού ασβεστίου και για αυτό έχουν αυτό το λευκό χαρακτηριστικό χρώμα. Οι τεχνικές εξαγωγής τους είναι οι ίδιες με αυτές του χοληδόχου πόρου, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω (Εικόνα 13).

Στενώσεις χοληφόρων

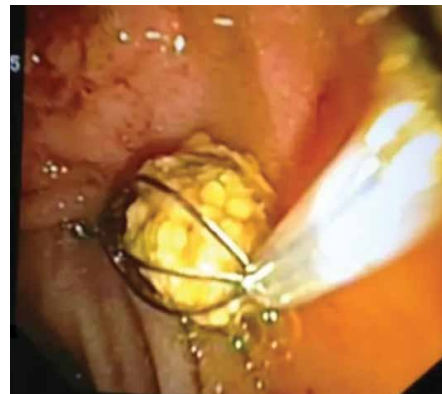
Οι στενώσεις του χοληδόχου πόρου μπορεί να είναι

καλοήθεις όπως π.χ. μετά από χειρουργική επέμβαση ή κακοήθεις π.χ. χολαγγειοκαρκίνωμα ή καρκίνος κεφαλής παγκρέατος. Η αντιμετώπισή τους συνήθως γίνεται με την τοποθέτηση ενδοπροθέσεων εντός του χοληδόχου πόρου είτε πλαστικών είτε μεταλλικών (Εικόνα 14).

Ενδοπροθέσεις (stents)

Είναι μικροί εύκαμπτοι σωλήνες, πλαστικοί ή μεταλλικοί, που εισάγονται στον χοληδόχο ή και στον παγκρεατικό πόρο και επιτρέπουν τη παροχέτευση της χολής στο δωδεκαδάκτυλο σε περίπτωση απόφραξης.

Υπάρχουν διαφορετικά είδη stents που χρησιμοποιούνται, αλλά η τελική επιλογή του κατάλληλου,



Εικόνα 9. Τεχνική αφαίρεσης λίθων με καλάθι- Dormia.



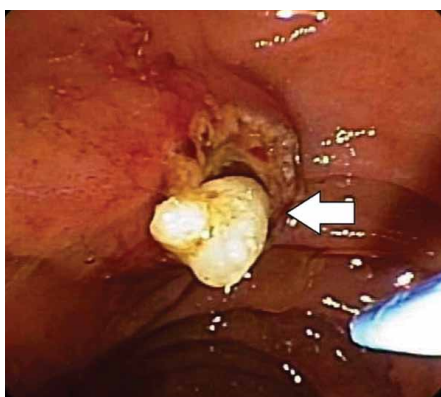
Εικόνα 10. Χολόλιθος που αφαιρέθηκε με καθετήρα Dormia.



Εικόνα 11. Μηχανική λιθοτριψία λίθου χοληδόχου πόρου.



Εικόνα 12. Λιθοτριψία με laser.



Εικόνα 13. Αφαίρεση παγκρεατικού λίθου.



Εικόνα 14. Διπλό pigtail σε ασθενή με καλοήγη στένωση χοληδόχου πόρου.

εξαρτάται από τη φύση και το σημείο της απόφραξης, καθώς και από την κλινική κατάσταση του ασθενούς. Τα 2 κύρια είδη των stents είναι τα μεταλλικά και τα

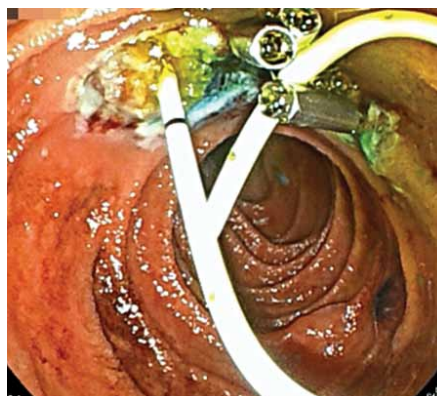
πλαστικά, με συγκεκριμένες ενδείξεις και χρήσεις το καθένα.

Τα πλαστικά stent είναι τα πιο συχνά λόγω της αποτελεσματικότητάς τους, της ευκολίας τοποθέτησης & αφαίρεσης και του χαμηλού τους κόστους (Εικόνες 15 και 16). Συνήθως αφαιρούνται μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Συχνότερες ενδείξεις για τη χρήση τους είναι οι στενώσεις του χοληδόχου ή παγκρεατικού πόρου, η διαφυγή χολής και τραυματισμός του χοληδόχου πόρου μετά από χολοκυστεκτομή, περιπτώσεις πολλαπλών ευμεγέθων λίθων χοληδόχου πόρου όπου δεν είναι δυνατόν να γίνει η αφαίρεσή τους σε μια συνεδρία κ.λ.π.

Το κύριο μειονέκτημά τους είναι η αυξημένη πιθανότητα για απόφραξη λόγω της ανάπτυξης βακτηριακού



Εικόνα 15. Τοποθέτηση πλαστικής ενδοπρόθεσης.



Εικόνα 16. Παγκρεατικό stent pigtail 5Fr σε ασθενή μετά από φυματεκτομή.



biofilm μετά την παραμονή τους στον χοληδόχο πόρο για πάνω από 2 μήνες, έχοντας ως αποτέλεσμα τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια ίκτερου και κνησμού.

Τα μεταλλικά stent έχουν μεγαλύτερη διάμετρο από τα πλαστικά, με σκοπό να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια και μικρότερο κίνδυνο απόφραξης. Τα μεταλλικά τους άκρα επιτρέπουν μεγαλύτερη δυνατότητα έκπτυξης εντός του χοληδόχου πόρου χωρίς να περιορίζουν την ελαστικότητα τους (Εικόνες 17 και 18). Έχουν υψηλότερο κόστος από τα πλαστικά, αλλά χαμηλότερο κίνδυνο για επαναλαμβανόμενα επεισόδια απόφραξης χοληδόχου πόρου.

Χωρίζονται σε πλήρως επικαλυμμένα (Fully covered self-expandable metal stents (FCSEMS), τα οποία τοποθετούνται για ορισμένο χρονικό διάστημα και έχουν την δυνατότητα αφαίρεσης και τα ακάλυπτα μεταλλικά stent (Uncovered self-expandable metal stents (USEMS), τα οποία τοποθετούνται κυρίως ως ανακουφιστική θεραπεία σε ασθενείς με μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης, όπως λόγου χάρη σε ασθενείς με ανεγχείρητο καρκίνο παγκρέατος ή χολαγγειοκαρκίνωμα.

Στον πίνακα 1 αναγράφονται τα συγκριτικά χαρακτηριστικά των πλαστικών και των μεταλλικών stent.

Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί

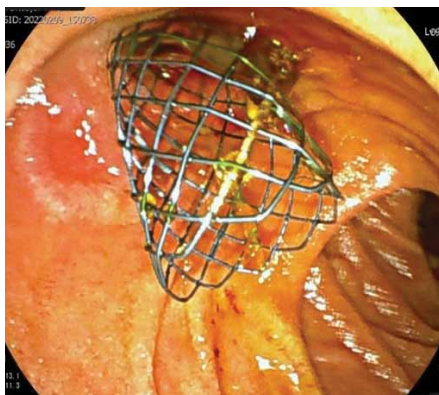
βιοδιασπώμενα stent τα οποία τοποθετούνται κατά την αρχική ERCP ενώ δεν χρειάζεται επανάληψη της εξέτασης για την αφαίρεσή τους.

Επιπλοκές

Έρευνες έχουν δείξει ότι γύρω στο 2-3% ασθενών που υποβλήθηκαν σε ERCP παρουσιάζουν κάποια επιπλοκή. Η πιο κοινή επιπλοκή είναι η **παγκρεατίτιδα**. Σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών που παρουσιάζονται στα ESGE Clinical Guidelines η συχνότητα της PEP (Post ERCP Pancreatitis) κυμαίνεται από 3,5-5,7%, στην πλειοψηφία των ασθενών είναι ήπια και μόνο 0,1-0,7% ασθενών που υπεβλήθησαν σε ERCP μπορεί να καταλήξουν από PEP. Αυτοί οι αριθμοί βέβαια εξαρτώνται και από παράγοντες κινδύνου σχετικούς με τον ασθενή, τη διαδικασία και την εμπειρία του ενδοσκόπου.

Λοιμώξεις όπως χολοκυστίτιδα και χολαγγειίτιδα σημειώθηκαν σε 1,4% των ασθενών που υπεβλήθησαν σε ERCP στις παραπάνω έρευνες, ενώ 20% αυτών ήταν σοβαρές περιπτώσεις με 0,11% θνησιμότητα.

Αιμορραγία μπορεί να παρουσιαστεί μέσα σε μερικές ώρες ή σε 7-10 μέρες μετά την ERCP. Το ποσοστό εμφάνισης στις έρευνες ήταν 1,3% με 71% χαρακτηριζόμενες περιπτώσεις έως μέσης βαρύτητας και 29% σοβαρές.



Εικόνα 17. Τοποθέτηση μεταλλικής ενδοπρόθεσης σε ασθενή με χολαγγειοκαρκίνωμα.



Εικόνα 18. Τοποθέτηση πλαστικής ενδοπρόθεσης εντός μεταλλικής (τεχνική stent in stent) σε ασθενή με προχωρημένο Ca παγκρέατος.



How to do it

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ERCP

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Σύγκριση πλαστικών και μεταλλικών stents.

	Strengths	Disadvantages
Plastic stents	Easy placement, removal, and exchange; Cost-effective for use < 4 mo; Variety of shapes and sizes	Tendency for stent occlusion after several months
Uncovered self-expandable metal stents (USEMS)	Long stent patency due to large luminal diameter; Stent malposition is rare	Cost-effective for use > 4 mo; High risk for tissue ingrowth or tumor overgrowth; Risk for duodenal wall erosion; Biliary leakage possible; Difficult to reposition or remove
Partially covered self-expandable metal stents (PCSEMS)	Long stent patency due to large luminal diameter; Biliary leakage is rare	Cost-effective for use > 4 mo; Intermediate risk for tissue ingrowth or tumor overgrowth; Risk for duodenal wall erosion; Difficult to reposition or remove; Side branch obstruction possible
Fully covered self-expandable metal stents (FCSEMS)	Long stent patency due to large luminal diameter; covering inhibits tissue/tumor in-growth through mesh; No biliary leakage	Cost-effective for use > 4 mo; Risk for duodenal wall erosion; Difficult to reposition or remove; High risk of stent migration; Side branch obstruction possible

Πηγή: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8517778>

Διάτρηση μπορεί να συμβεί έπειτα από σφιγκτηροτομή, χειρισμούς του οδηγού σύρματος καθώς και από την κορυφή του ενδοσκοπίου. Σημειώθηκαν στο 0,6% των ERCP ενώ τις περισσότερες φορές δεν γίνονται αντιληπτές.

Επανεμφάνιση λίθων στον χοληδόχο πόρο μετά την ενδοσκοπική τους αφαίρεση είναι συχνή. Σημειώθηκε σε 11,4% σε μια σχετική έρευνα στην Κορέα, με δεύτερη και τρίτη επανεμφάνιση να είναι ακόμη πιο συχνή.

Η European Society of Gastrointestinal Endoscopy ESGE στις **κατευθυντήριες οδηγίες της για την ERCP** δίνει κάποιες συστάσεις και οδηγίες για την μείωση των επιπλοκών κατά τη διάρκεια όσο και μετά την ERCP.

1. Χορήγηση στο ορθό 100mg diclofenac ή indomethacin αμέσως πριν ή μετά την ERCP σε όλους τους ασθενείς

χωρίς αντενδείξεις στην λήψη ΜΣΑΦ. Επίσης σε περίπτωση υψηλού κινδύνου για PEP, συστήνεται η τοποθέτηση ενός 5-Fr παγκρεατικού stent για προφύλαξη.

2. Η ESGE συστήνει τον όσο το δυνατό χαμηλότερο αριθμό προσπαθειών καθετηριασμού του φύματος.

3. Η ESGE συστήνει τον περιορισμό της χρήσης οδηγού σύρματος σαν δευτερεύουσα τεχνική καθετηριασμού του χοληδόχου πόρου σε περιπτώσεις ακούσιας εισόδου του σύρματος στον παγκρεατικό πόρο. Εάν επιλεγεί αυτή η μέθοδος, ο καθετηριασμός του χοληδόχου πόρου πρέπει να γίνεται με τη χρήση οδηγού σύρματος και όχι με τη χρήση έγχυσης σκιαγραφικού και θα πρέπει να τοποθετηθεί παγκρεατικό stent ως προφύλαξη.



4. Η ESGE συστήνει ότι η διάνοιξη του φύματος με needle-knife (fistulotomy) θα έπρεπε να είναι η τεχνική precut επιλογής σε ασθενείς με διατεταμένο χοληδόχο πόρο έως το φύμα. Η κανονική precut και η σφιγκτηροτομή του παγκρεατικού πόρου παρουσιάζουν παρόμοια ποσοστά επιτυχίας και επιπλοκών. Εάν ακολουθηθεί η συμβατική precut τεχνική και επιτευχθεί εύκολος καθετηριασμός του παγκρεατικού πόρου, η ESGE προτείνει την τοποθέτηση ενός μικρής διαμέτρου παγκρεατικού stent (3-Fr ή 5-Fr) ως οδηγό σημείο της σφιγκτηροτομής και την παραμονή του για 12-24 ώρες μετά την εξέταση.
5. Η ESGE δεν συστήνει την ενδοσκοπική διαστολή του φύματος με μπαλόνι διαστολής ως εναλλακτική στην κλασική σφιγκτηροτομή, αλλά αυτή η τεχνική επιλέγεται σε συγκεκριμένα γκρουπ ασθενών, όπως προαναφέρθηκε, και η διάρκεια της διαστολής να είναι μικρότερη από 1 λεπτό.

Συμπεράσματα

Η ERCP με το πέρασμα των ετών έχει μετεξελιχθεί από μια διαγνωστική εξέταση σε μια σχεδόν αποκλειστικά επεμβατική εξέταση. Η πρόοδος της τεχνολογίας έχει συμβάλει τα μέγιστα στην τεχνική βελτίωση της εξέτασης με τη χρήση προηγμένων εργαλείων και υλικών και απεικονιστικών μεθόδων. Η επικινδυνότητά της τόσο για τον ασθενή αλλά και για το ιατρικό προσωπικό λόγω της χρήσης ακτινοβολίας έχει μειωθεί και η εκτεταμένη έρευνα και εμπειρία μας έχει συμβάλει στην αποφυγή και πρόληψη των επιπλοκών.

Διευκρίνιση συγγραφέα: Οι εικόνες προέρχονται από το προσωπικό αρχείο του συγγραφέα.

Προτεινόμενη Βιβλιογραφία

1. <https://ercpmlpractice.com/ercp-risk-factors/ercp-statistics/>
2. [https://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(11\)01936-5/pdf](https://www.giejournal.org/article/S0016-5107(11)01936-5/pdf)
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5718180/>
4. Ahmed M, Kanotra R, Savanna GT, et al. Utilization trends in inpatient endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP): a cross-sectional US experience. *Endosc Int Open*. 2017;5(4):E261–E271. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
5. Buxbaum J, Sahakian A, Ko C, et al. Randomized trial of cholangioscopy-guided laser lithotripsy versus conventional therapy for large bile duct stones (with videos) *Gastrointest Endosc*. published online August 30, 2017. doi: 10.1016/j.gie.2017.08.021. [PubMed]
6. Kozarek RA. The future of ERCP. *Endosc Int Open*. 2017;5(4):E272–E274. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
7. Schutz SM. Grading the degree of difficulty of ERCP procedures. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2011;7(10):674–676. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
8. Yachimski PS, Ross A. The future of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Gastroenterology*. 2017;153(2):338–344. [PubMed] [Google Scholar]
9. <https://abdominalkey.com/four-decades-the-history-of-ercp/>
10. <https://www.esge.com/prophylaxis-of-post-ercp-pancreatitis/>
11. https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2019_a_1075_4080.pdf
12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3542748/>
13. <https://www.sages.org/image-library/common-bile-duct-stone-removed-with-a-dormia-basket/>
14. <https://www.cureus.com/articles/20445-acute-pancreatitis-in-pancreas-divisum-secondary-to-an-impacted-stone-in-the-minor-papilla#!/>
15. https://www.researchgate.net/publication/235368485_Endoscopic_management_of_difficult_common_bile_duct_stones/figures?lo=1
16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8517778/> (Lam R, Muniraj T. Fully covered metal biliary stents: A review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2021 Oct 14;27(38):6357–6373. doi: 10.3748/wjg.v27.i38.6357. PMID: 34720527; PMCID: PMC8517778.)
17. <https://www.esge.com/papillary-cannulation-and-sphincterotomy-techniques-at-ercp/>



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

POTASSIUM COMPETITIVE ACID BLOCKER (PCAB'S).

ΤΕΛΟΣ ΕΠΟΧΗΣ ΤΩΝ PPI'S Η ΟΧΙ?

Αθανάσιος Καββαδίας, Γαστρεντερολόγος, Επιμελητής Β', Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας
Χρίστος Παυλίδης, Γαστρεντερολόγος, Υπεύθυνος Ηπατο-Γαστρεντερολογικού Τμήματος,
Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

Εισαγωγή

Τα νοσήματα που σχετίζονται με την έκκριση γαστρικού οξέος, όπως τα πεπτικά έλκη και η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση αποτελούν ένα ζήτημα δημόσιας υγείας με υψηλή νοσηρότητα. Η θεραπεία αυτών των διαταραχών βασίζεται στην καταστολή της έκκρισης του γαστρικού οξέος. Μέχρι σήμερα, για το σκοπό αυτό έχουν χρησιμοποιηθεί τα αντιόξινα, οι ανταγωνιστές της ισταμίνης H₂, οι μουσκαρινικοί ανταγωνιστές και φυσικά οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (PPI's).¹⁻³ Η ομεπραζόλη αποτέλεσε τον πρώτο, κατά σειρά ανακάλυψης, αναστολέα αντλίας πρωτονίων και κατασκευάστηκε για πρώτη φορά το 1979 από την σουηδική AB Hässle.⁴

Παρόλα αυτά, σήμερα πλέον γνωρίζουμε για τα PPI's ότι:

- έχουν σχετικά αργή έναρξη δράσης, πρέπει να χορηγηθούν 3 με 5 δόσεις έως ότου αποδώσουν το μέγιστο της αποτελεσματικότητας τους,⁵
- σε αρκετές περιπτώσεις αδυνατούν να καταστείλουν πλήρως την νυχτερινή έκκριση του γαστρικού οξέος με αποτέλεσμα, περίπου το ένα τρίτο των ασθενών με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση να εξακολουθούν να χρειάζονται συμπληρωματική αντιόξινη θεραπεία για την ανακούφιση των συμπτωμάτων,⁶
- σύμφωνα με πρόσφατες κλινικές μελέτες, η θεραπεία με PPI's, πιθανώς σε κάποιους ασθενείς, να μην επαρκεί για τον πληρέστερο έλεγχο του pH που απαιτείται για την βλεννογονική επούλωση μετά από ESD (Endoscopic Submucosal Dissection).⁷
- επιπλέον, πρέπει να έχουμε υπ όψιν μας ότι η φαρμακοκινητική τους εξαρτάται από την επίδραση κάποιων γενετικών πολυμορφισμών του κυτοχρώματος P450, (CYP2C19).⁸

Έτσι, τα τελευταία έτη έχει γίνει προσπάθεια να αναπτυχθούν και νέες κατηγορίες φαρμάκων, όπως είναι οι συναγωνιστικοί ανταγωνιστές K στην αναστολή της έκκρισης του οξέος (P-CAB).

Μηχανισμός δράσης PCAB

Ο μηχανισμός δράσης τους βασίζεται στην αρχή μεταφοράς των πρωτονίων με τη βοήθεια ενός ενζύμου, της H⁺,K⁺-αδενόσινο τριφωσφατάσης, (ATPάση), από το κυτταρόπλασμα στον αυλό του σωληνίσκου και κατά μήκος της μεμβράνης του τοιχωματικού κυττάρου. Παράλληλα, ίση ποσότητα ιόντων K⁺ μεταφέρονται αντίθετα στο κυτταρόπλασμα των κυττάρων, έτσι ώστε η συνολική διαδικασία να είναι ηλεκτρικά ισορροπημένη.⁹ Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, η δραστηριότητα της H⁺,K⁺-ATPάσης στα τοιχωματικά κύτταρα να ρυθμίζεται από τη διαθεσιμότητα του εξωκυττάρου K⁺. Τα P-CAB's ενεργούν διακόπτοντας τη διαθεσιμότητα του K⁺ για την H⁺,K⁺-ATPάση, δρώντας στο τελευταίο καθοριστικό βήμα για την έκκριση του γαστρικού οξέος, με αναστρέψιμο τρόπο, αντίθετα με τα PPI's. Επίσης, η δράση τους δεν απαιτεί την ενεργοποίηση του οξέος εντός του εκκριτικού καναλιού των τοιχωματικών κυττάρων, κάτι που καθιστά ανεξάρτητη τη λήψη τους σε σχέση με τη τροφή. Τα συγκεκριμένα φάρμακα μεταβολίζονται κυρίως στο ήπαρ μέσω του κυτοχρώματος P45031, CYP3A4.¹⁰

PCAB's

Αυτή η κατηγορία φαρμάκων φαίνεται να αποτελεί μια εναλλακτική λύση έναντι των κλασικών αναστολέων της αντλίας πρωτονίων (PPI's), πετυχαίνοντας όχι μόνο ισχυρότερη καταστολή της γαστρικής H⁺ K⁺ ATPάσης αλλά και ταχύτερη έναρξη δράσης, σύμφωνα με μελέτες.^{12,13,15}

Το πρώτο φάρμακο που κατηγοριοποιήθηκε ως P-CAB, μόριο SCH 28080, αναπτύχθηκε πριν από 30 περίπου χρόνια ωστόσο, η ανάπτυξη του διακόπηκε λόγω προβλημάτων ηπατοτοξικότητας που παρουσίασε. Στη συνέχεια, μελετήθηκε το μόριο AZD0865 (linaprazan), ένας ισχυρός, αναστρέψιμος, αναστολέας της H⁺, K⁺-ATPάσης, με ταχεία έναρξη δράσης.¹⁰ Σε δοκιμές φάσης II και III παρουσίασε παρόμοια αποτελεσματικότητα με αυτή της εσομεπραζόλης, στη δοσολογία των 40 mg, τόσο στην επούλωση της οισοφαγίτιδας όσο και στον

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

POTASSIUM COMPETITIVE ACID BLOCKER (PCAB'S).
ΤΕΛΟΣ ΕΠΟΧΗΣ ΤΩΝ PPI'S Η ΟΧΙ?



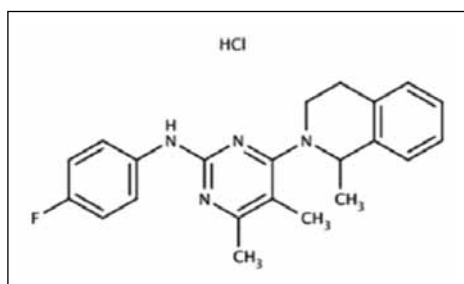
έλεγχο των συμπτωμάτων της μη διαβρωτικής παλινδρομησης (NERD),¹¹⁻¹² αλλά επίσης και ηπατοτοξικότητα, με αποτέλεσμα την διακοπή της περαιτέρω ανάπτυξής του.¹³ Το πρώτο φάρμακο της κατηγορίας που χρησιμοποιήθηκε στην κλινική πράξη ήταν η ρεβαπραζάνη (YH1885, **Revanex**®, Εικόνα 1), με πρώτη κυκλοφορία στη Νότια Κορέα.¹⁴⁻¹⁵ Ωστόσο, η καταστολή του γαστρικού οξέος με το YH1885 φάνηκε να μην είναι ανώτερη από τα συμβατικά PPI's (ραμπεπραζόλη).¹⁶

Το δεύτερο P-CAB που εισήχθη στην κλινική χρήση είναι η φουμαρική βονοπραζάνη (TAK-438, Εικόνα 2) που αναπτύχθηκε από την Takeda Pharmaceutical Company Ltd και κυκλοφόρησε στην Ιαπωνία στις αρχές του 2015. Η βονοπραζάνη σύμφωνα με μελέτες φάνηκε να έχει ισχυρότερη δράση στην αναστολή της H⁺K⁺-ATPάσης από το πρωτότυπο μόριο P-CAB, SCH28080 καθώς και από τα PPI's (λανσοπραζόλη).¹⁷⁻¹⁹

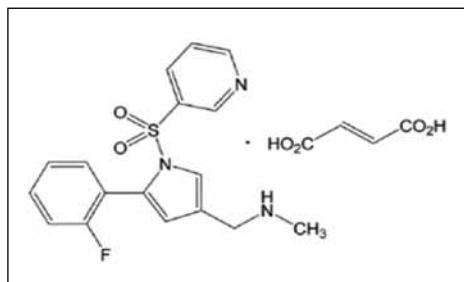
Η βονοπραζάνη παρουσιάζει ισχυρή, μακράς διάρκειας καταστολή του γαστρικού οξέος ξεκινώντας από

την πρώτη ημέρα χορήγησης. Στα 40 mg ημερήσιας δόσης πέτυχε σχεδόν συνολική αχλωρυδρία ταχύτερα, τόσο σε Ιάπωνες ασθενείς όσο και σε ασθενείς σε μελέτη από το Η.Β. (Εικόνα 3).²⁰ Επίσης, στις ίδιες μελέτες φάνηκε ότι έχει μεγαλύτερη διάρκεια δράσης σε σχέση με τους συμβατικούς PPI's. Σε άλλη πρόσφατη μελέτη, η βονοπραζάνη έδειξε ανωτερότητα σε σχέση με την εσομεπραζόλη στην δοσολογία των 20 mg αλλά και την ραμπεπραζόλη σε δοσολογία 10 mg, όσον αφορά τη διατήρηση του pH 24 ώρου > 4.²¹

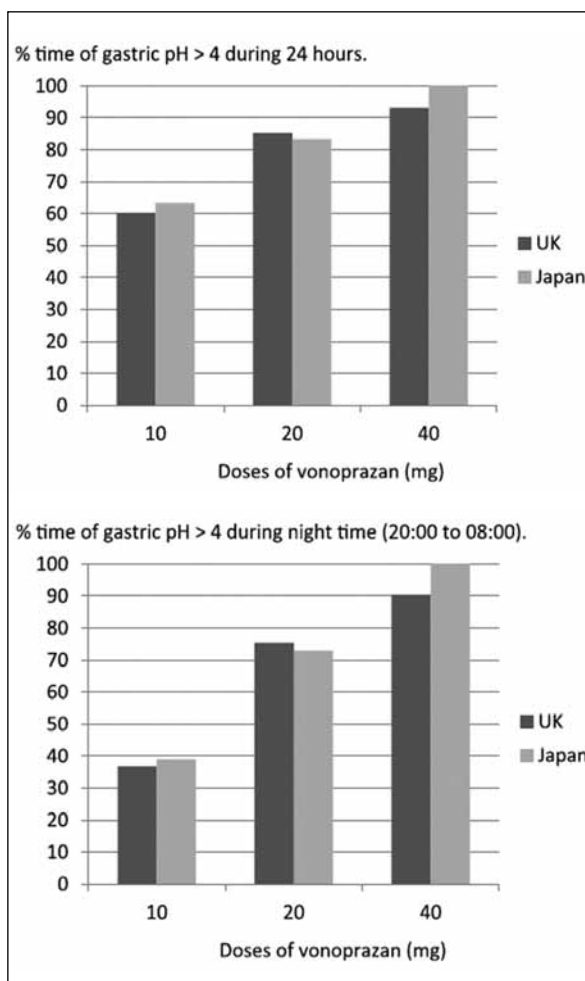
Περαιτέρω έρευνες έδειξαν ότι η καταστολή του γαστρικού οξέος με βονοπραζάνη 20 mg ήταν ανώτερη από την



Εικόνα 1. Χημική δομή της ρεβαπραζάνης.



Εικόνα 2. Χημική δομή της φουμαρικής βονοπραζάνης.



Εικόνα 3. Ανταπόκριση για χρόνο διατήρησης του pH > 4 σε διάφορες δόσεις βονοπραζάνης.



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

POTASSIUM COMPETITIVE ACID BLOCKER (PCAB'S).
ΤΕΛΟΣ ΕΠΟΧΗΣ ΤΩΝ PPI'S Η ΟΧΙ?

εσομεπραζόλη 20 mg, ανεξάρτητα από πολυμορφισμούς του CYP2C19, μιας και η βονοπραζάνη μεταβολίζεται κυρίως στο ήπαρ μέσω του κυτοχρώματος P45031, CYP3A4.²²

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά συμβάλουν στην αποτελεσματικότητα της βονοπραζάνης 20 mg στην επούλωση της διαβρωτικής οισοφαγίτιδας. Έρευνες στην Ιαπωνία απέδειξαν ότι το συνολικό ποσοστό επούλωσης σε ασθενείς με οισοφαγίτιδα, (C και D κατά την ταξινόμηση του Λος Άντζελες), με 20 mg βονοπραζάνης μία φορά την ημέρα δεν ήταν κατώτερο από το αντίστοιχο των ασθενών που έλαβαν λανσोπραζόλη 30 mg επίσης μία φορά την ημέρα, (Εικόνα 4).²³

Όλες οι μελέτες σύγκρισης της βονοπραζάνης με τα PPI's που χορηγήθηκαν σε θεραπευτικά σχήματα πρώτης γραμμής για την εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού, έδειξαν ότι τα σχήματα με βονοπραζάνη ήταν εξαιρετικά αποτελεσματικά. Τα ίδια αποτελέσματα αναφέρονται και στα σχήματα εκρίζωσης δεύτερης γραμμής με βάση τα PCAB's, κυρίως στην Ιαπωνία, με επιτυχία εκρίζωσης 98% ακόμη και μετά από αποτυχία εκρίζωσης με σχήματα πρώτης γραμμής στα οποία χορηγήθηκαν PPI's.²⁴

Η επιτυχία που δείχνουν τα PCAB στην εκρίζωση του H.P μπορεί να εξηγηθεί μέσω της ικανότητας τους για ισχυρότερη καταστολή του οξέος συγκριτικά με τα PPI's, καθώς μεγάλο ρόλο στην εκρίζωση του ελικοβα-

κτηριδίου του πυλωρού παίζει η διάρκεια καταστολής του γαστρικού οξέος σε τιμές pH >4,0.²⁵

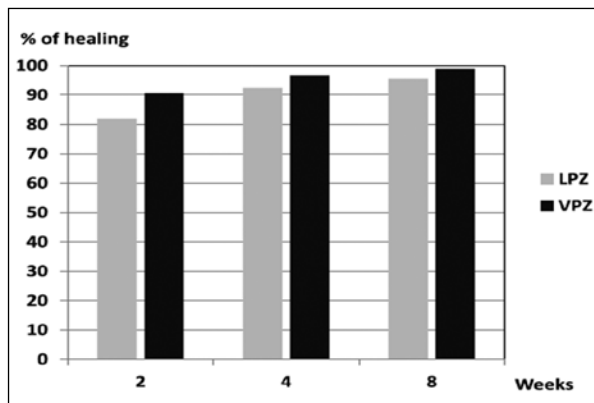
Στα νεότερα δεδομένα για τα PCAB's βρίσκουμε και μια μελέτη από την Ν. Κορέα, (NCT04231136), που συγκρίνει την νεότερη ουσία τεγκοπραζάνη στη δοσολογία των 50 mg με τη βονοπραζάνη των 20 mg και την εσομεπραζόλη των 40 mg, μετά από του στόματος χορήγηση πριν την νυχτερινή κατάκλιση.²⁶ Έγιναν μετρήσεις του ενδογαστρικού pH. όπου φάνηκε ότι η τεγκοπραζάνη είχε πιο γρήγορη, ισχυρότερη αλλά και μεγαλύτερης διάρκειας καταστολή του οξέος τη νύχτα σε σύγκριση με τη βονοπραζάνη ή την εσομεπραζόλη. Επιπλέον, η τεγκοπραζάνη, όπως και η βονοπραζάνη, δεν εμφανίζει εξάρτηση από τον φαινότυπο του CYP2C19 στην καταστολή του οξέος.²⁶

Ασφάλεια

Η βονοπραζάνη φαίνεται να είναι γενικά καλά ανεκτή. Ανάμεσα σε 2271 ασθενείς που έλαβαν 10 ή 20 mg του φαρμάκου για την θεραπεία διαταραχών που σχετίζονται με την οξύτητα του στομάχου, παρατηρήθηκαν 186 (8,2 %) ανεπιθύμητες ενέργειες, συμπεριλαμβανομένων ασυμπτωματικών ανωμαλιών σε αιματολογικό εργαστηριακό έλεγχο. Μεταξύ των αναφερόμενων παρενεργειών τα 3 συχνότερα αφορούσαν, συμπτώματα δυσκοιλιότητας (3,3 %), διάρροιας (0,7 %) και μετεωρισμού (0,4 %).²⁷

Αναστρέψιμη αύξηση των τρανσαμινασών σε τιμές <200 IU/L, παρατηρήθηκαν κατά τις κλινικές μελέτες προέγκρισης στο 0,2 % των ασθενών που έλαβαν βονοπραζάνη.²⁸

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα ασφάλειας της βονοπραζάνης είναι η παρατεταμένη υπεργαστριναιμία που προκαλείται από την υποχλωρυδρία, η οποία μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη κακοηθειών του γαστρεντερικού, όπως παρατηρήθηκε σε προκλινικές τοξικολογικές μελέτες. Η χορήγηση βονοπραζάνης από το στόμα σε αρσενικά και θηλυκά ποντίκια για 2 χρόνια συσχετίστηκε με την ανάπτυξη υπερπλασίας των νευροενδοκρινικών κυττάρων καθώς και με εμφάνιση κακοήθων καρκινο-



Εικόνα 4. Αποτελεσματικότητα της βονοπραζάνης 20 mg στην επούλωση της διαβρωτικής οισοφαγίτιδας.

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

POTASSIUM COMPETITIVE ACID BLOCKER (PCAB'S).

ΤΕΛΟΣ ΕΠΟΧΗΣ ΤΩΝ PPI'S Η ΟΧΙ?



ειδών όγκων στην δοσολογία των 6 mg/kg/ημέρα.²⁹ Παρόλα αυτά είναι αβέβαιο εάν η συσχέτιση της ογκογένεσης λόγω υπεργαστριναιμίας που παρατηρείται σε τρωκτικά μπορεί να επεκταθεί και στους ανθρώπους.

Η μακροχρόνια χορήγηση των PPI's που συνοδεύονται από υπεργαστριναιμία δεν έχει αποδειχτεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκινοειδών όγκων και αυτό πιθανά οφείλεται στις διαφορές των διαφόρων ειδών και του ανθρώπου στην φυσιολογία του στομάχου και των EC κυττάρων.³⁰

Συμπεράσματα

Οι αναστολείς αντλίας πρωτονίων (PPI's), είναι σαφώς τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα αντιεκκριτικά φάρμακα στη διαχείριση της παλινδρομικής νόσου και σχεδόν εξαλείφουν πλέον την ανάγκη χειρουργικής επέμβασης για το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος. Ωστόσο, εξακολουθούν να αφήνουν ανεκπλήρωτες ορισμένες θεραπευτικές απαιτήσεις σε σχέση με τη ΓΟΠΝ. Ποσοστό 40%-55% των ασθενών που λαμβάνουν PPI's συνεχίζουν να έχουν χρόνια συμπτώματα, λόγω μη ικανοποιητικής ανταπόκρισης. Οι συναγωνιστικοί ανταγωνιστές καλίου στην αναστολή της έκκρισης του οξέος (P-CABs) υπερβαίνουν πολλά από τα προβλήματα των PPI's, παρέχοντας γρήγορη, ισχυρή και εκτεταμένη καταστολή του οξέος.

Γενικά, φαίνεται να είναι ασφαλή φάρμακα αλλά βρισκόμαστε σε αναμονή αρκετών νέων δεδομένων από κλινικές δοκιμές που βρίσκονται σε εξέλιξη τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες όσο και στην Ευρώπη, ώστε να μπορούσαμε να καταλήξουμε σε πιο σαφή συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα και κυρίως για την ασφάλεια της συγκεκριμένης κατηγορίας.

Βιβλιογραφία

1. Kusano M, Kuribayashi S, Kawamura O et al. A review of the management of gastric acid-related diseases: focus on rabeprazole. Clin Med Gastroenterol. 2011;4: CGast.S5133.
2. Peura DA, Gudmundson J, Siepmann N, Pilmer BL, Freston J. Proton pump inhibitors: effective first-line treatment for management of dyspepsia. Dig. Dis. Sci. 2007;52:983-7.
3. Salas M, Ward A, Caro J. Are proton pump inhibitors the first choice for acute treatment of gastric ulcers? A meta-analysis of randomized clinical trials. BMC Gastroenterol. 2002;2:17.
4. Fellenius, Erik; Berglindh, Thomas; Sachs, George; Olbe, Lars; Elander, Berit; Sjöstrand, Sven-Erik; Wallmark, Björn (1981). «Substituted benzimidazoles inhibit gastric acid secretion by blocking (H⁺ + K⁺) ATPase». Nature 290 (5802): 159-61
5. Fock KM, Ang TL, Bee LC, Lee EJD. Proton pump inhibitors. Clin Pharmacokinet. 2008; 47:1-6
6. Shaw MJ, Crawley JA. Improving health-related quality of life in gastro-oesophageal reflux disease. Drugs. 2003; 63:2307-16.
7. Cheng HC, Sheu BS. Intravenous proton pump inhibitors in the management for peptic ulcer bleeding: clinical benefits and limits. World J Gastrointest Endosc. 2011; 3:49-56
8. Furuta T, Sugimoto M, Shirai N. Individualized therapy for gastroesophageal reflux disease: potential impact of pharmacogenetic testing based on CYP2C19. Mol Diagn Ther. 2012; 16:223-34
9. Parsons ME, Keeling DJ. Novel approaches to the pharmacological blockade of gastric acid secretion. Expert Opin Investig Drugs. 2005; 14:411-21.
10. Gedda K, Briving C, Svensson K, et al. Mechanism of action of AZD0865, a K⁺ competitive inhibitor of H⁺, K⁺-ATPase. Biochem Pharmacol 2007; 73: 198-205.
11. Kahrilas PJ, Dent J, Lauristen K, et al. A randomized, comparative study of three doses of AZD0865 and esomeprazole for healing of reflux esophagitis. Clin Gastroenterol Hepatol 2007; 5: 1385-1391
12. Dent J, Kahrilas P, Hatlebakk J, et al. A randomized, comparative trial of a potassium competitive acid blocker (AZD0865) and esomeprazole for the treatment of pa-



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

POTASSIUM COMPETITIVE ACID BLOCKER (PCAB'S).

ΤΕΛΟΣ ΕΠΟΧΗΣ ΤΩΝ PPI'S Η ΟΧΙ?

- tients with nonerosive reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 20–26.
- 13.** Fock KM, Talley N, Goh KL, et al. Asia-Pacific consensus on the management of gastroesophageal reflux disease: an update focusing on refractory reflux disease and Barrett's oesophagitis. *Gut* 2016; 65: 1402–1415.
- 14.** Yu KS, Bae KS, Shon JH, et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamics evaluation of a novel proton pump inhibitor, YH1885, in healthy volunteers. *J Clin Pharmacol* 2004; 44: 73–82.
- 15.** Kim HK, Park SH, Cheung DY, et al. Clinical trial: inhibitory effect of revaprazan on gastric acid secretion in healthy male subjects. *J Gastroenterol Hepatol* 2010; 25: 1618–1625.
- 16.** Kim YG, Jang BI and Kim TN. A matched case control study of a novel acid-pump antagonist and proton-pump inhibitor for the treatment of iatrogenic ulcers caused by endoscopic submucosal resection. *Gut Liver* 2010; 4: 25–30.
- 17.** Drug approval review for vonoprazan fumarate (in Japanese), the Pharmaceuticals and Medical Devices Agency of Japan. 2014. Accessed 28 May 2015.
- 18.** The interview form for vonoprazan fumarate (Takecab_ tablets 10 mg and 20 mg) ver. 3, (in Japanese). Takeda Pharmaceutical Company Limited. 2015. Accessed 28 May 2015.
- 19.** Prescribing information of Takecab_ tablets 10 mg and 20 mg ver. 2 (in Japanese). 2015. Accessed 28 May 2015.
- 20.** Yang E, Kim S, Kim B, Kim B, Kim Y, Park SS, Song GS, Yu KS, Jang IJ, Lee S. *Br J Clin Pharmacol*. 2022 Jul;88(7):3288–3296
- 21.** Sakurai Y, Mori Y, Okamoto H, et al. Acid inhibitory effects of vonoprazan 20mg compared with esomeprazole 20mg or rabeprazole 10mg in healthy adult male subjects—a randomised open label cross-over study. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 42: 719–730
- 22.** Kagami T, Sahara S, Ichikawa H, et al. Potent acid inhibition by vonoprazan in comparison with esomeprazole with reference to CYP2C19. *Aliment Pharmacol Ther* 2016; 43: 1048–59.
- 23.** Ashida K, Sakurai Y, Hori T, et al. Randomised clinical trial: vonoprazan, a novel potassium competitive acid blocker, vs. lansoprazole for the healing of erosive oesophagitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2016;43: 240–51.
- 24.** Murakami K, Sakurai Y, Shiino M, Funao N, Nishimura A, Asaka M. Vonoprazan, a novel potassium competitive acid blocker, as a component of first-line and second-line triple therapy for *Helicobacter pylori* eradication: a phase III, randomised, double-blind study. *Gut*. 2016 Sep; 65(9):1439–46.
- 25.** Sugimoto M, Furuta T, Shirai N, Kodaira C, Nishino M, Ikuma M, et al. Evidence that the degree and duration of acid suppression are related to *Helicobacter pylori* eradication by triple therapy. *Helicobacter*. 2007 Aug; 12(4):317–23.
- 26.** Jenkins H, Sakurai Y, Nishimura A, et al. Randomised clinical trial: safety, tolerability, pharmacokinetics and pharmacodynamics of repeated doses of TAK-438 (vonoprazan), a novel potassium-competitive acid blocker, in healthy subjects. *Aliment Pharmacol Ther* 2015;41:636–48.
- 27.** Parsons ME, Keeling DJ. Novel approaches to the pharmacological blockade of gastric acid secretion. *Expert Opin Investig Drugs*. 2005;14:411–21.
- 28.** Drug approval review for vonoprazan fumarate (in Japanese), the Pharmaceuticals and Medical Devices Agency of Japan. 2014. <https://www.pmda.go.jp/>. Accessed 28 May 2015.
- 29.** The interview form for vonoprazan fumarate (Takecab_ tablets 10 mg and 20 mg) ver. 3, (in Japanese). Takeda Pharmaceutical Company Limited. 2015. <http://www.takeda.co.jp/>. Accessed 28 May 2015.
- 30.** Klinkenberg-Knol EC, et al. Long-term omeprazole treatment in resistant gastroesophageal reflux disease: efficacy, safety, and influence on gastric mucosa. *Gastroenterology*. 2000;118:661–9.

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

24ΩΡΗ ΠΕΧΑΜΕΤΡΙΑ-ΕΜΠΕΔΗΣΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ:
ΜΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΥΨΗΛΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ



Σοφία Κατσιλά, Ειδικευόμενη Γαστρεντερολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Ιπποκράτειο

Εισαγωγή

Η γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος (ΓΟΠΝ) έχει παγκόσμια επίπτωση 8-33%, εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες και με την ίδια συχνότητα στα δύο φύλα. Εμφανίζει χαρακτηριστική συμπτωματολογία, όπως τον οπισθοστερνικό καύσο, τις αναγωγές, τη θωρακαλγία και τα εξωοισοφαγικά συμπτώματα (βήχας, λαρυγγίτιδα, άσθμα, οδοντικές διαβρώσεις). Η συμπτωματολογία της μπορεί να είναι αρκετή για τη διάγνωση της. Η ενδοσκόπηση μπορεί να αποκαλύψει διαβρωτική γαστρίτιδα, οισοφάγο Barrett ή δακτύλιο Schatzki. Παρόλα αυτά το 50% των ασθενών δεν θα εμφανίσουν εικόνα διαβρωτικής οισοφαγίτιδας κατά την ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού. Για το λόγο αυτό η πεχαμετρία-εμπέδηση του οισοφάγου θεωρείται εξέταση εκλογής για τη διάγνωση της παλινδρομικής νόσου.

Η πεχαμετρία-εμπέδηση είναι μία εξέταση με ευαισθησία >85% και ειδικότητα >90% για τη διάγνωση της ΓΟΠΝ. Επιπλέον, είναι η μόνη εξέταση που μπορεί να συσχετίσει τα παλινδρομικά επεισόδια με τη συμπτωματολογία.

Η πεχαμετρία ουσιαστικά μετράει το pH του παλινδρομούντος γαστρικού χυμού στον οισοφάγο. Η εμπέδηση (αντιστασιομετρία), βασίζεται στη διαφορά της ηλεκτρικής αντίστασης μεταξύ σταθερά τοποθετημένων ηλεκτροδίων κατά τη διέλευση περιεχομένου στον οισοφάγο. Μετρείται σε Ohm. Βοηθά στην καταγραφή μη όξινων παλινδρομικών επεισοδίων, με μεγαλύτερη ευαισθη-

σία από την απλή πεχαμετρία και έχει τη δυνατότητα να χαρακτηρίσει την ποιότητα του περιεχομένου της παλινδρόμησης (υγρό, αέρας, μεικτό), την έκταση της και τον βαθμό κάθαρσης από τον οισοφάγο.

Πιο συγκεκριμένα, καθώς ο αέρας έχει χαμηλή αγωγιμότητα, στις ερυγές αυξάνεται η αντίσταση στον οισοφάγο οπότε αυξάνεται και η εμπέδηση. Το αντίθετο συμβαίνει με το υγρό που έχει υψηλή αγωγιμότητα. Αντιθέτως, σε φάση ηρεμίας υπάρχει σταθερή εμπέδηση που αντικατοπτρίζει την αντίσταση μεταξύ δύο ηλεκτροδίων στο τοίχωμα του οισοφάγου. Με τον τρόπο αυτό και καταγράφοντας διαρκώς τις αλλαγές της εμπέδησης, υπάρχει η δυνατότητα αναγνώρισης κάθε αλλαγής της και ο χαρακτηρισμός μίας κίνησης είτε ως καταποτικής είτε ως παλινδρομικής, αναλόγως του προσανατολισμού της.

Η πεχαμετρία-εμπέδηση έχει διάφορες εφαρμογές με κυριότερη τη διάγνωση της ΓΟΠΝ. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν και άλλες καταστάσεις, στην αναγνώριση των οποίων συμβάλλουν. Έτσι, οι ενδείξεις της κατηγοριοποιούνται σε 2 μεγάλες ομάδες ασθενών, αυτών που δεν λαμβάνουν αντιεκκριτική αγωγή (PPIs) και σε αυτών που την λαμβάνουν (Πίνακας 1).

Διεξαγωγή της εξέτασης

Προετοιμασία: Για την επιβεβαίωση της ΓΟΠΝ ο ασθενής θα πρέπει να έχει διακόψει την αντιεκκριτική αγωγή (PPIs) τουλάχιστον 10-14 ημέρες, τους Η2-αναστολείς 3 ημέρες, να μην έχει λάβει αντιόξινα την

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Ενδείξεις πεχαμετρίας-εμπέδησης οισοφάγου

Άνευ PPIs	Υπό PPIs
Ασθενείς με τυπικά ή άτυπα συμπτώματα παλινδρόμησης, με αρνητική ενδοσκόπηση και χωρίς ανταπόκριση στους PPIs	Εκτίμηση της επάρκειας καταστολής του οξέος σε ασθενείς με επιπλεγμένη ΓΟΠΝ (πεπτική στένωση, σοβαρή οισοφαγίτιδα ή οισοφάγος Barrett)
Εκτίμηση πριν από αντιπαλινδρομική επέμβαση σε ασθενείς με αρνητική ενδοσκοπικά ΓΟΠΝ	Ρόλος της μη όξινης παλινδρόμησης σε ασθενείς με επιβεβαιωμένη διάγνωση ΓΟΠΝ και μη ανταπόκριση στην αγωγή με PPIs
Μετεγχειρητικά συμπτώματα ΓΟΠΝ	



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

24ΩΡΗ ΠΕΧΑΜΕΤΡΙΑ-ΕΜΠΕΔΗΣΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: ΜΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΥΨΗΛΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ

ημέρα της εξέτασης ή προκινητικά φάρμακα 3 ημέρες πριν την εξέταση. Να είναι νηστικός τουλάχιστον 6 ώρες πριν την εξέταση. Όσον αφορά την αντιαμοπεταλιακή/αντιπηκτική αγωγή, δεν υπάρχει συγκεκριμένη οδηγία.

Τοποθέτηση: Εισέρχεται διαρρινικά ένας καθετήρας με 6 σημεία εμπέδησης και 2 σημεία καταγραφής pH και το άνω άκρο του τοποθετείται 5εκ άνωθεν του άνω πέρατος του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα. Ο καθετήρας συνδέεται με έναν φορητό καταγραφέα για 24ώρες (Εικόνα 1). Ο ασθενής καλείται να σημειώνει, με το πάτημα κουμπιών, πάνω στη συσκευή καταγραφής, την διάρκεια του γεύματος (αρχή και τέλος), τη στιγμή λήψης χαπιών, τη διάρκεια κατάκλισης και τη στιγμή που ένιωσε κάποιο σύμπτωμα.

Αξιολόγηση αποτελεσμάτων

Με το πέρας της 24ωρης καταγραφής έχουμε τη δυνατότητα να συλλέξουμε τα εξής δεδομένα:

■ **AET=acid exposure time: ο χρόνος έκθεσης του οισοφάγου στο οξύ.**

AET >6% θεωρείται παθολογικό και θέτει τη διάγνωση της ΓΟΠΝ.

AET <4% είναι φυσιολογικός.

AET 4-6%: γκρίζα ζώνη

■ **N=Αριθμός των παλινδρομικών επεισοδίων (All reflux)** που γίνεται με τη βοήθεια της εμπέδησης

N >80/24ωρο θεωρείται παθολογικός αριθμός

N <40 φυσιολογικός

Ενδιάμεσες τιμές: γκρίζα ζώνη

■ **DeMeester score:** αλγόριθμος που περιέχει 6 παραμέτρους και υπολογίζει την έκθεση στο οξύ κατά την 24ωρη καταγραφή. Υπολογίζεται αυτόματα από το μηχάνημα της πεχαμετρίας. Τιμές >15 θεωρούνται ενδεικτικές ΓΟΠΝ.

■ **SI (=symptom index):** “μέγεθος του γεγονότος”. Εκφράζει την ειδικότητα της σχέσης συμπτωμάτων και παλινδρομικών επεισοδίων. Ορίζεται ως το ποσοστό των συμπτωμάτων που συνέπεσαν με παλινδρομικά επεισόδια συγκριτικά με το σύνολο των συμπτωματικών επεισοδίων. Είναι θετικό (ενδεικτικό ΓΟΠΝ) εάν SI > 50%.

■ **SAP (=symptom association probability):** “πιθανότητα του γεγονότος”. Δείκτης ευαισθησίας των συμπτωμάτων. Εκφράζει την ευαισθησία της σχέσης συμπτωμάτων και παλινδρομικών επεισοδίων. Ορίζεται ως το ποσοστό των παλινδρομικών επεισοδίων που συνέπεσαν με συμπτώματα. Είναι θετικό αν SAP > 95%. Ο υπολογισμός του SAP απαιτεί τον αλγόριθμο που είναι ήδη εγκατεστημένος στο λογισμικό.

■ **MNBI = mean nocturnal baseline impedance.** Ο δείκτης αυτός μελετάται τα τελευταία χρόνια και θεωρείται ότι είναι χαμηλότερος: σε επίμονη



Εικόνα 1. Συσκευή καταγραφής (αριστερά) και καθετήρας (δεξιά).

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

24ΩΡΗ ΠΕΧΑΜΕΤΡΙΑ-ΕΜΠΕΔΗΣΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: ΜΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΥΨΗΛΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ



διαβρωτική οισοφαγίτιδα σε σύγκριση με τη θεραπευθείσα με PPIs, στην ανταποκρινόμενη με αγωγή μη διαβρωτική οισοφαγίτιδα και στο χρόνιο βήχα σε σύγκριση με την ανθεκτική, και στη διαβρωτική οισοφαγίτιδα, μη διαβρωτική και υπερευαίσθητο οισοφάγο σε σύγκριση με τη λειτουργική δυσπεψία και τον υγιή πληθυσμό.

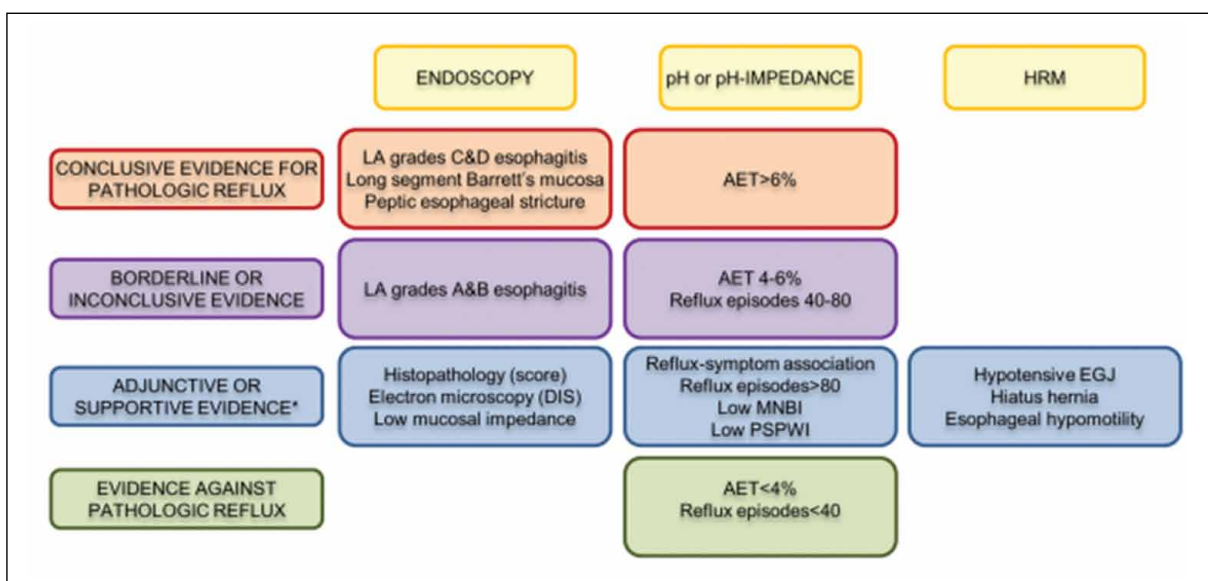
Χαμηλή MNBI (<2292 ohms) προβλέπει ανταπόκριση στους αναστολείς αντλίας πρωτονίων, συνδέει την ανταπόκριση στη θεραπεία της ΓΟΠΝ που εκδηλώνεται με θωρακαλγία καλύτερα από το ΑΕΤ και βελτιώνεται με τη θεραπευμένη οισοφαγίτιδα.

Όλοι οι ανωτέρω δείκτες είναι απαραίτητοι για τη διάγνωση ή τον αποκλεισμό της ΓΟΠΝ που γίνεται με βάση το Lyon Consensus (Εικόνα 2). Συγκεκριμένα, σε ασθενείς που δεν λαμβάνουν αγωγή με PPIs, αδιαμφισβήτητη διάγνωση ΓΟΠΝ έχουμε όταν στην ενδοσκόπηση ανακαλυφθεί οισοφαγίτιδα 3^{ου} ή 4^{ου} βαθμού, οισοφάγος Barrett, πεπτική στένωση και όταν στην πεχαμετρία-εμπέδηση ο ΑΕΤ >6%. Η οισοφαγίτιδα 1^{ου} και 2^{ου} βαθμού, ο ΑΕΤ=4-6% και ο αριθμός των παλινδρομικών επεισοδίων 40-80 συνηγορούν (δεν την θέτουν αδιαμφισβήτητα)

στη διάγνωση της παλινδρόμησης. Ενώ ευρήματα που την υποστηρίζουν είναι οι θετικοί συμπτωματικοί δείκτες (SI,SAP), ο αριθμός των συνολικών παλινδρομικών επεισοδίων >80 και η χαμηλή MNBI.

Ακόμη, αξίζει να γίνει αναφορά στις περιπτώσεις όπου τόσο ο ΑΕΤ <4% όσο και ο N<40, οπότε αποκλείεται η διάγνωση της ΓΟΠΝ. Αν οι συμπτωματικοί δείκτες (SI,SAP) είναι θετικοί τότε μπορεί να τεθεί η διάγνωση του υπερευαίσθητου οισοφάγου. Ενώ αν οι δείκτες είναι αρνητικοί πρέπει να σκεφτούμε άλλη διάγνωση που μιμείται συμπτωματολογία γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης όπως ο λειτουργικός καύσος, ο μηρυκασμός, η ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα και οι υπεργαστρικές ερυγές.

Τέλος, η διενέργεια πεχαμετρίας-εμπέδησης υπό αγωγή με PPIs μπορεί να αποκαλύψει φτωχή απάντηση στην αγωγή ή επίμονη ΓΟΠΝ παρά τη λήψη αγωγής, εφόσον κατά την ανάλυση της καταγραφής της αναδειχθούν υψηλές τιμές των παραμέτρων της (ΑΕΤ>6%, N>80, θετικοί συμπτωματικοί δείκτες). Αν οι τιμές των παραμέτρων είναι φυσιολογικές αλλά οι συμπτωματικοί δείκτες θετικοί τότε σκεφτόμαστε ΓΟΠΝ με υπερευαίσθητο οισοφάγο (overlap), ενώ αν είναι αρνητικοί ίσως



Εικόνα 2. Lyon Consensus (από αναφορά 1).



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

24ΩΡΗ ΠΕΧΑΜΕΤΡΙΑ-ΕΜΠΕΔΗΣΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: ΜΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΥΨΗΛΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ

πρόκειται για ΓΟΠΝ με λειτουργικό καύσο ή για ΓΟΠΝ με σύνδρομο μηρυκασμού, ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα ή υπεργαστρικές ερυνγές.

Κλινικά παραδείγματα

Ακολουθούν τρεις κλινικές περιπτώσεις, που δείχνουν την αξία της 24ωρης πεχαμετρίας-εμπέδησης οισοφάγου στην διαγνωστική προσέγγιση ασθενών με συμπτωματολογία ΓΟΠΝ.

[pH]Acid Exposure Summary	Total	Normal	Upright	Normal	Supine	Normal
Ch 1 Prox.						
Acid exposure time (%)	4,0		7,6		0,2	
Longest reflux (min)	2,0		2,0		0,7	
Ch 2 Dist.						
Acid exposure time (%)	15,3	<4,2	27,1	<6,3	2,8	<1,2
Longest reflux (min)	5,3	<9,2	5,3		5,1	
DeMeester Score	55,3	<14,7				

Παράδειγμα 1. Στον πίνακα αυτό φαίνεται ότι ο AET συνολικά είναι 15,3%, σε όρθια θέση 27,1% και σε ύπτια 2,8%. Η μεγαλύτερα διάρκεια παλινδρομικού επεισοδίου ήταν 5,3min. Το DeMeester score 55,3. Η εξέταση είναι θετική για ΓΟΠΝ.

[Z]Normalized Reflux Episode Activity*	Total	Normal**
Acid reflux	217	<40,0
Weakly acidic reflux	51	<21,0
Non-acid reflux	0	<0,0
All reflux	269	<53,0

Παράδειγμα 2: Από την μελέτη της εμπέδησης προκύπτει παθολογικός συνολικός αριθμός παλινδρομικών επεισοδίων (N=269) εκ των οποίων τα 217 είναι όξινα και τα 51 ηπίως όξινα. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ΓΟΠΝ.

[Z]Symptom Association Summary	Symptom
Number of occurrences	3
Acid reflux	1
Weakly acidic reflux	0
Non-acid reflux	0
All reflux	1
Symptom Index (SI)	33,3
Symptom Association Probability (SAP)	61,3

Παράδειγμα 3: Στη συγκεκριμένη μελέτη καταγράφηκαν μόλις 3 συμπτώματα εκ των οποίων μόνο το 1 συσχετίστηκε με όξινη παλινδρόμηση (SI=33%)

και SAP=61,3%. Άρα οι συμπτωματικοί δείκτες θεωρούνται αρνητικοί και δεν επιβεβαιώνεται η σχέση παλινδρομικού επεισοδίου-συμπτωματολογίας.

Συμπεράσματα

Η 24ωρη πεχαμετρία-εμπέδηση οισοφάγου είναι ένα χρήσιμο εργαλείο στη διάγνωση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης σε ασθενείς όπου η ενδοσκόπηση δεν ανέδειξε σαφή ευρήματα (Οισοφαγίτιδα 3^{ου}/4^{ου} βαθμού, οισοφάγο Barrett, δακτύλιο Schatzki) αλλά και σε εκείνους με φτωχή απάντηση στην αγωγή με αναστολείς αντλίας πρωτονίων ή σε εκείνους που θα υποβληθούν σε αντιπαλινδρομική επέμβαση. Η εισαγωγή της εμπέδησης στην κλινική πρακτική μας δίνει τη δυνατότητα διαχωρισμού των παλινδρομούμενων υγρών από τις καταπόσεις ή τον αέρα, καθώς και τη δυνατότητα να εκτιμήσουμε τον ρυθμό κάθαρσής τους από τον οισοφάγο, την έκταση των παλινδρομικών επεισοδίων, όπως επίσης και την συσχέτιση παλινδρομικών επεισοδίων και συμπτωματολογίας.

Συμπερασματικά, είναι μία εύκολη και καλά ανεκτή εξέταση που γίνεται ολόένα και περισσότερο αποδεκτή. Μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε άνευ είτε υπό αγωγή με αναστολείς αντλίας πρωτονίων, παρέχοντας σημαντικές πληροφορίες. Τέλος, αξιολογούμετο είναι ότι μπορεί να ξεχωρίσει τους ασθενείς με ΓΟΠΝ από αυτούς με άλλα νοσήματα που τη μιμούνται (υπερευαίσθητος οισοφάγος, λειτουργικό καύσος κ.ά.) αποτρέποντας έτσι την άσκοπη χρήση φαρμάκων και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Gyawali CP, Kahrilas PJ, Savarino E, et al Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus Gut 2018;67:1351-62.
2. Kushnir VM, Sayuk GS, Gyawali CP. Abnormal GERD parameters on ambulatory pH monitoring predict therapeutic success in noncardiac chest pain. Am J Gastroenterol 2010; 105:1032-8.doi:10.1038/ajg.2009.646

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

24ΩΡΗ ΠΕΧΑΜΕΤΡΙΑ-ΕΜΠΕΔΗΣΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ:
ΜΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΥΨΗΛΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ



3. Esophageal pH-impedance monitoring in patients with therapy-resistant reflux symptoms: 'on' or 'off' proton pump inhibitor? Am J Gastroenterol 2008; 103:2446–53. doi:10.1111/j.1572-0241.2008.02033.x
4. Yamasaki T, O'Neil J, Fass R. Update on Functional Heartburn. Gastroenterol Hepatol (N Y). 2017 Dec;13(12):725-734. PMID: 29339948; PMCID: PMC5763558.
5. Frazzoni L, Frazzoni M, de Bortoli N, Tolone S, Martinucci I, Fuccio L, Savarino V, Savarino E. Critical appraisal of Rome IV criteria: hypersensitive esophagus does belong to gastroesophageal reflux disease spectrum. Ann Gastroenterol. 2018 Jan-Feb;31(1):1-7. doi: 10.20524/aog.2017.0199. Epub 2017 Oct 10. PMID: 29333061; PMCID: PMC5759602.



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ

Ηλίας Λυμπερόπουλος, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

Εισαγωγή

Ο όρος οξεία κοιλία περιγράφει συμπτώματα και σημεία ενός ενδοκοιλιακού νοσήματος που συνήθως αντιμετωπίζεται καλύτερα με χειρουργική επέμβαση. Πολλά νοσήματα, από τα οποία μερικά δεν χρήζουν χειρουργικής αντιμετώπισης, προκαλούν κοιλιακό άλγος, οπότε, η εκτίμηση των ασθενών με κοιλιακό άλγος θα πρέπει να είναι μεθοδική και προσεκτική. Η σωστή αντιμετώπιση των ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος απαιτεί την έγκαιρη απόφαση για την αναγκαιότητα μιας χειρουργικής επέμβασης. Αυτή η απόφαση απαιτεί εκτίμηση του ιστορικού και των ευρημάτων από την κλινική εξέταση του ασθενούς, των εργαστηριακών δεδομένων και του απεικονιστικού ελέγχου. Το σύνδρομο του οξέος κοιλιακού άλγους προκαλεί ένα μεγάλο αριθμό επισκέψεων σε νοσοκομεία και μπορεί να εμφανισθεί από τους πολύ νέους ως τους πολύ ηλικιωμένους ασθενείς και των δύο φύλων και όλων των κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Όλοι οι ασθενείς με κοιλιακό άλγος πρέπει να τύχουν εκτίμησης που να θέτει διάγνωση, ώστε η έγκαιρη αντιμετώπιση να μπορέσει να ελαχιστοποιήσει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα.

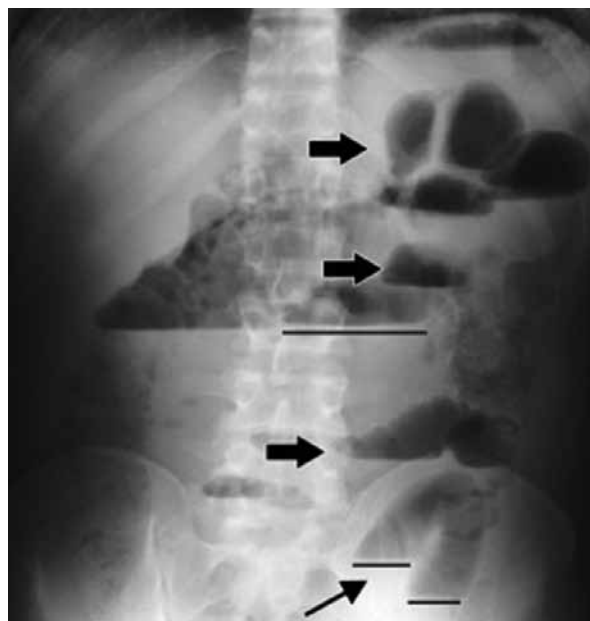
ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ιστορικό και Παρούσα Νόσος

Το άλγος είναι το ζητούμενο πάνω στο οποίο θα πρέπει να εστιαστεί η εκτίμηση του ασθενούς, για τον οποίο υποψιαζόμαστε ότι έχει οξεία κοιλία. Για αυτόν το λόγο, το ιστορικό θα πρέπει να χαρακτηρίζει και να καταγράφει το άλγος όσο το δυνατόν ακριβέστερα. Η διάρκεια του άλγους είναι σημαντική, αλλά η εντόπιση, ο τρόπος έναρξης και ο χαρακτήρας του άλγους βοηθούν να τεθεί η διάγνωση. Κοιλιακό άλγος που επιμένει για 6 ώρες ή και περισσότερο, με μεγάλη ένταση, αυξάνει την πιθανότητα ανάγκης χειρουργικής επέμβασης. Αν το άλγος εξασθενίσει μετά από λίγες ώρες, η πιθανότητα χειρουργικού νοσήματος ελαττώνεται, αλλά δεν μηδενίζεται. Το σπλαχνικό άλγος που προκαλείται από διάταση, φλεγμονή ή ισχαιμία, συνήθως γίνεται αισθητό ως αμβλύ και ασαφώς εντοπιζόμενο στο μεσογάστρο.

Ανάλογα με το πάσχον όργανο, το άλγος μπορεί να γίνει αισθητό στο επιγάστριο, στην περιομφαλική χώρα ή στο υπογάστριο (Εικόνα 1). Νοσήματα των νεφρών ή των ουρητήρων προκαλούν άλγος στις λαγόνιες χώρες. Ωστόσο, το τοιχωματικό άλγος είναι οξύτερο και καλύτερα εντοπιζόμενο. Η εντοπισμένη τοιχωματική περιτονίτιδα μπορεί να προκαλέσει άλγος το οποίο περιορίζεται στο ένα από τα τέσσερα τεταρτημόρια της κοιλίας.

Κατά την εκτίμηση της εντόπισης του άλγους, γίνεται σημαντική η έννοια του αντανακλώμενου άλγους. Υποδιαφραγματικές συλλογές μπορούν να προκαλέσουν άλγος που αντανακλά στον ώμο. Αίμα ή πύο κάτω από το αριστερό ημιδιάφραγμα μπορεί να προκαλέσει άλγος του αριστερού ώμου. Νόσημα των χοληφόρων μπορεί να προκαλέσει άλγος που αντανακλά στον αριστερό ώμο ή στη ράχη. Νοσήματα άνωθεν του διαφράγματος όπως η πνευμονία των βάσεων, μπορούν να προκαλέσουν άλγος που αντανακλά στον τράχηλο ή στον ώμο, κατά την κατανομή του Ο4. Άλγος του επιγαστρίου υποδηλώνει πεπτικό έλκος, οξεία χολοκυστίτιδα, ή παγκρεατίτιδα. Αντίθετα, οι κύστεις ωοθηκών, η εκκολπωματίτιδα και



Εικόνα 1. Υδραερικά επίπεδα λεπτού εντέρου.



η ρήξη ωοθηκικών αποστημάτων προς τις σάλπιγγες προκαλούν άλγος στο υπογάστριο. Η απόφραξη του λεπτού εντέρου συνήθως προκαλεί άλγος του μεσογαστρίου που αντανακλά στη ράχη.

Το μεταναστευτικό άλγος που μετακινείται από το ένα σημείο στο άλλο μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση. Για παράδειγμα, άλγος που μετατοπίζεται από το επιγάστριο στην περιομφαλική χώρα και από εκεί στον δεξιό λαγόνιο βόθρο υποδηλώνει οξεία σκωληκοειδίτιδα. Διάταση και φλεγμονή της σκωληκοειδούς αποφύσεως προκαλεί σπλαχνικό άλγος που γίνεται αντιληπτό στην περιομφαλική χώρα. Όταν η φλεγμονή εξαπλώνεται και προκαλεί τοιχωματική περιτονίτιδα, το άλγος εντοπίζεται στον δεξιό λαγόνιο βόθρο. Ένα άλλο παράδειγμα μετακινούμενου ή μεταναστευτικού άλγους είναι στην περίπτωση του διατρηθέντος πεπτικού έλκους. Η διαφυγή δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου από ένα διατρηθέν έλκος προκαλεί έντονο και εντοπισμένο επιγαστρικό άλγος. Εντούτοις, σε περίπτωση που το δωδεκαδακτυλικό περιεχόμενο που διαφεύγει, κατέλθει λόγω βαρύτητας μέσω της δεξιάς παρακολικής αύλακας εντός του δεξιού λαγόνιου βόθρου, ο ασθενής μπορεί επίσης να αισθάνεται άλγος του δεξιού λαγόνιου βόθρου. Αν και η εντόπιση του κοιλιακού άλγους μπορεί να είναι χρήσιμη, ιδιαιτέρως κατά τα πρώιμα στάδια της πορείας της νόσου, μπορεί να μην είναι τυπική σε όλους τους ασθενείς. Σε πολλές περιπτώσεις καθυστερημένα, το άλγος μπορεί να γίνει γενικευμένο λόγω της διάχυτης περιτονίτιδας.¹

Οι αρχικές εκδηλώσεις της οξείας κοιλίας και η εξέλιξη του επώδυνου συνδρόμου μπορούν να οδηγήσουν προς το αίτιο του άλγους. Το άλγος μπορεί να αρχίσει αιφνίδια ή αυτόματα χωρίς προηγμένα συμπτώματα. Η αιφνίδια ή εκρηκτική έναρξη πολύ έντονου κοιλιακού άλγους υποδηλώνει ελεύθερη διάτρηση ενός σπλάχνου όπως το δωδεκαδάκτυλο ή οξεία εντερική ισχαιμία από την εμβολή σπλαχνικής αρτηρίας. Αυτό το είδος έναρξης του άλγους μπορεί να αφυπνίσει ασθενείς ενώ αυτοί κοιμούνται ή να τους καταστήσει ανίκανους να συνεχίσουν τη δουλειά ή την διασκέδαση τους. Το

αιφνίδιο, γενικευμένο, βασανιστικό άλγος υποδηλώνει ενδοκοιλιακή βλάβη κατάσταση που μπορεί να προκαλέσει shock, η οποία να χρήζει αναζωογόνησης και κατάλληλης επέμβασης. Υπό άλλες συνθήκες, το άλγος εμφανίζεται με προοδευτικά αυξανόμενη ένταση μέσα σε 1 με 2 ώρες. Αυτό το προοδευτικό άλγος αντιπροσωπεύει τη συνήθη εκδήλωση των νοσημάτων που συνήθως προκαλούν οξεία κοιλία, όπως η οξεία χολοκυστίτιδα, οξεία παγκρεατίτιδα και η απόφραξη του εγγύς λεπτού εντέρου. Κάποια νοσήματα ξεκινούν με αίσθημα βάρους και γενική κοιλιακή δυσφορία που εξελίσσεται σε κοιλιακό άλγος μέσα σε λίγες ώρες. Το άλγος γίνεται εντονότερο και στην συνέχεια περισσότερο εντοπισμένο. Αυτή η ομάδα νοσημάτων γενικά περιλαμβάνει την οξεία σκωληκοειδίτιδα, την περισφιγμένη κήλη, την απόφραξη του τελικού λεπτού εντέρου, την απόφραξη του παχέος εντέρου, την εκκολπωματίτιδα και την περιορισμένη ή περιχαρακωμένη διάτρηση κοίλου σπλάχνου (Πίνακας 1).

Η ποιότητα, η ένταση και η περιοδικότητα του άλγους μπορεί να δώσουν στοιχεία για τη διάγνωση. Σταθερό, οξύ άλγος συνοδεύει το διατρηθέν δωδεκαδακτυλικό

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Κοιλιακό άλγος οφειλόμενο σε φλεγμονώδεις διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος.

Στόμαχος

Γαστρικό έλκος

Δωδεκαδακτυλικό έλκος

Χοληφόρα

Οξεία χολοκυστίτιδα με ή χωρίς χοληδοχολιθίαση

Πάγκρεας

Οξεία, υποτροπιάζουσα ή χρόνια παγκρεατίτιδα

Λεπτά έντερο

Νόσος Crohn

Μεκτέλειος απόφυση

Παχύ έντερο

Σκωληκοειδίτιδα

Εκκολπωματίτιδα



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ

έλκος ή τη ρήξη της σκωληκοειδούς απόφυσης. Το αρχικό άλγος της απόφραξης του λεπτού εντέρου είναι εν τω βάθει αίσθημα βάρους. Αυτό το άλγος, αποκτά τότε ένα χαρακτήρα αυξομειούμενης έντασης που περιγράφεται ως κωλικός. Ωστόσο, αν η απόφραξη προκαλεί στραγγαλισμό του εντέρου, τότε το άλγος γίνεται αμβλύ και συνεχές. Το άλγος της απόφραξης των ουρητήρων είναι εξαιρετικά ισχυρό και έντονο. Οι ασθενείς με νεφρολιθίαση εμφανίζονται ανήσυχοι, ταραγμένοι ή υπερκινητικοί και τείνουν να κινούνται συνεχώς, σε αντίθεση με τους ασθενείς με περιτοναϊκή φλεγμονή, οι οποίοι προτιμούν να μένουν κατακεκλιμένοι ήσυχα και να μην παρενοχλούνται. Το αιφνίδιο, βασανιστικό άλγος του επιγαστρίου, του κατώτερου θώρακα ή της μεσοπλάτιας χώρας υποδηλώνει ρήξη αορτικού ανευρύσματος.

Η ακτινοβολία ή αντανάκλαση του άλγους μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση. Ακτινοβολία του άλγους γύρω από το δεξιό υποχόνδριο στον δεξιό ώμο και ωμοπλάτη, υποδηλώνει οξεία χολοκυστίτιδα. Η παγκρεατίτιδα συνήθως προκαλεί επιγαστρικό άλγος που μπορεί να ακτινοβολεί κατά μήκος των υποχονδρίων προς την πλάτη, ή απευθείας στην πλάτη. Οι λίθοι των νεφρών προκαλούν άλγος που αντανάκλα στις λαγόνιες ή στην περινεϊκή χώρα.

Εμετός μπορεί να προκληθεί σε έντονο άλγος είτε λόγω νόσου της γαστρεντερικής οδού. Γενικά, οι ασθενείς με κοιλιακό άλγος που χρήζουν χειρουργικής αντιμετώπισης αισθάνονται το άλγος πριν την εμφάνιση του εμετού. Ο εμετός συχνά προηγείται του άλγους σε ασθενείς με παθολογικές καταστάσεις. Οι ασθενείς με σκωληκοειδίτιδα συνήθως έχουν άλγος για λίγο πριν τον εμετό και οι ασθενείς με γαστρεντερίτιδα έχουν εμετούς πριν εκδηλωθεί το κοιλιακό άλγος. Εμετός παρατηρείται συχνά σε ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα, οξεία γαστρίτιδα, οξεία παγκρεατίτιδα και εντερική απόφραξη. Η απόφραξη του εγγύς λεπτού εντέρου προκαλεί περισσότερους εμετούς από ότι εκείνη του τελικού λεπτού εντέρου. Εμετοί δεν εμφανίζονται συχνά σε ασθενείς με απόφραξη του παχέος εντέρου. Η

παρατεταμένη απόφραξη του λεπτού εντέρου μπορεί να προκαλέσει κοπρανώδεις εμετούς. Απόφραξη πέραν του φύματος του Vater προκαλεί χολοβαφείς εμετούς, ενώ απόφραξη πριν από το φύμα προκαλεί καθαρούς εμετούς. Οι περισσότεροι ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος δεν έχουν όρεξη να τρουν. Η ανορεξία μπορεί να προηγείται του άλγους της οξείας σκωληκοειδίτιδας.

Η εντερική λειτουργία, όταν περιλαμβάνει ιστορικό δυσκοιλιότητας, διάρροιας, ή μιας πρόσφατης αλλαγής στις συνήθειες του εντέρου, μπορεί να είναι σημαντική. Η υδαρής κένωση που σχετίζεται με κοιλιακό άλγος υποδεικνύει γαστρεντερίτιδα. Ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς μπορεί να νοσήσουν από λοίμωξη από μεγαλοκυπαρόϊο, σαλμονέλωση ή κρυπτοσποριδίωση, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν διάρροια. Ένα ατομικό αναμνηστικό διαρροιών θέτει την υποψία φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, νόσου του Crohn ή ελκώδους κολίτιδας. Επίσχεση αερίων ή εντερικές κινήσεις υποδεικνύουν μηχανική εντερική απόφραξη. Ένα ατομικό αναμνηστικό ίκτερου, αιματέμεσης, αιματοχεσίας ή αιματοουρίας, είναι σημαντικό για την εκτίμηση του οξέος κοιλιακού άλγους.

Ένα προσεκτικό ιστορικό της εμμήνου ρύσεως είναι σημαντικό στις γυναίκες με κοιλιακό άλγος. Η ωορρηξία μπορεί να προκαλέσει σημαντικό κοιλιακό άλγος. Επιπλέον, το κοιλιακό άλγος σε μια γυναίκα με καθυστέρηση της εμμήνου ρύσεως ή με ακανόνιστους εμμηνορρυσιακούς κύκλους, μπορεί να σχετίζεται με τις επιπλοκές μιας αδιάγνωστης εγκυμοσύνης ή μιας έκτοπης κύησης.

Το ιστορικό λήψης φαρμάκων είναι σημαντικό για την αντιμετώπιση ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος. Τα κορτικοστεροειδή καταστέλλουν ανοσολογικούς τους ασθενείς και αποκρύπτουν τις εκδηλώσεις του οξέος ενδοκοιλιακού νοσήματος. Επιπλέον, οι ασθενείς που λαμβάνουν επί μακρόν στεροειδή, χρήζουν χορήγησης στεροειδών περίξ της επέμβασης. Οι ασθενείς που λαμβάνουν διουρητικά χρήζουν εκτίμησης του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών. Τα αντιαμπεταλικά μπορεί



να προκαλέσουν ενδοκοιλιακή, εντερική και μεσεντέρια αιμορραγία. Οι επιδράσεις των αντιαμοπεταλιακών θα πρέπει να αναστρέφονται προεγχειρητικά. Η κοκαΐνη μπορεί να προκαλέσει κοιλιακό άλγος. Φυσικά, πολλοί ασθενείς που αναπτύσσουν οξύ κοιλιακό άλγος παίρνουν φάρμακα του καρδιαγγειακού, ορμόνες, ηρεμιστικά, διουρητικά και πολυάριθμες άλλες κατηγορίες φαρμάκων, που πρέπει να τύχουν κατάλληλης ρύθμισης κατά την περιεγχειρητική περίοδο.

Το ατομικό αναμνηστικό είναι σημαντικό, ιδιαίτε-
τως μάλιστα, όταν αφορά προηγούμενες χειρουργι-
κές επεμβάσεις. Για παράδειγμα, αν ένας ασθενής έχει υποβληθεί σε σκωληκοειδεκτομή, χολοκυστεκτομή, κλπ., το ιστορικό αυτό έχει ιδιόζουσα βαρύτητα για την διαφορική διάγνωση του οξέος κοιλιακού άλγους. Το ατομικό αναμνηστικό μπορεί επίσης να δώσει ενδείξεις για τη διάγνωση της παρούσας νόσου. Επιπλέον, το αναμνηστικό μπορεί να αποκαλύψει σημαντικά συνοδά νοσήματα που χρήζουν προσεκτικής αντιμετώπισης κατά την περιεγχειρητική περίοδο. Τα συστηματικά νοσήματα και το καρδιακό ή πνευμονικό νόσημα, θα πρέπει να αποκλείονται ως πιθανά αίτια του συνδρόμου του κοιλιακού άλγους.

Κλινική Εξέταση

Η κλινική εξέταση συνήθως παρέχει σημαντικές πληροφορίες που βοηθούν στη διάγνωση και την αντιμετώπιση των ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος. Σε κάθε ασθενή με οξύ κοιλιακό άλγος η αντικειμενική εξέταση πρέπει να περιλάβει την μέτρηση της αρτηριακής πίεσε-
ως, τον αριθμό σφύξεων ανά λεπτό και την θερμοκρασία του σώματος.

Θα πρέπει να επισημαίνονται η συνολική εικόνα του ασθενούς, η ικανότητα του να επικοινωνεί, η στάση του σώματος του και τα σημεία του άλγους. Ο ασθενής είναι ξαπλωμένος και ήρεμος ή αλλάζει θέσεις συνέχεια; Ο ασθενής ξαπλώνει στο ένα πλευρό με τα γόνατα και τους μηρούς σε κάμψη; Εμφανίζεται ο ασθενής αφυδατωμένος, με ξηρότητα των βλεννογόνων; Ένας ανήσυχος ασθενής

που ξαπλώνει σιωπηλός, αποφεύγει τις κινήσεις του και παραπονείται για κοιλιακό άλγος, πιθανώς έχει σοβαρό ενδοκοιλιακό νόσημα. Η κλινική εξέταση συνεχίζεται με την εκτίμηση των ζωτικών σημείων. Μικρή πυρετική κίνηση συνοδεύει την εκκολπωματίτιδα, την σκωληκοειδίτιδα και την οξεία χολοκυστίτιδα. Υψηλός πυρετός εμφανίζεται συχνότερα στην πνευμονία, στη λοίμωξη της ουροποιητικής οδού, στη σηπτική χολαγγειίτιδα και στη γυναικολογική λοίμωξη. Ταχυσφυγμία και υπόταση μπορεί να σημαίνουν προχωρημένη νόσο επιπεπλεγμένη με περιτονίτιδα. Η περιτονίτιδα προκαλεί υποσγκαιμία, καθώς εξέρχεται πλάσμα από τον ενδαγγειακό χώρο. Η γενική εμφάνιση του ασθενούς και τα ζωτικά σημεία καθορίζουν το επείγον της διαγνωστικής διερεύνησης και της έναρξης θεραπείας. Η εξέταση της κοιλίας ξεκινά πάντα με την επισκόπηση, με ιδιαίτερη προσοχή σε ουλές, κήλες, μάζες ή ελλείμματα του κοιλιακού τοιχώματος. Περισφιγμένες βουβωνοκήλες, ομφαλοκήλες ή τομές είναι δύσκολο να εντοπισθούν σε παχύσαρκους ασθενείς. Ο εξεταστής θα πρέπει να παρατηρήσει αν η κυρτότητα της κοιλιάς είναι σκαφοειδής, επίπεδη ή προέχουσα. Η διάταση της κοιλιάς μπορεί να υποδηλώνει εντερική απόφραξη, ειλεό ή ύπαρξη υγρού όπως ο ασκίτης, το αίμα ή η χολή.

Η ψηλάφηση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην εκτίμηση του ασθενούς με οξύ κοιλιακό άλγος. Γι' αυτή την εξέταση θα πρέπει ο ασθενής και ο εξεταστής να έχουν λάβει άνετες θέσεις, ώστε να διεξαχθεί μια προσεκτική ψηλάφηση. Ο εξεταστής πρέπει να εκτιμά την έκφραση του προσώπου του ασθενούς, αναζητώντας σημεία άλγους ή δυσφορίας κατά την εξέταση. Η προσεκτική ψηλάφηση για ύπαρξη ευαισθησίας είναι σημαντική. Αυτό πρέπει να γίνει με ήπιους χειρισμούς, ώστε να αποφευχθεί βλάβη του ασθενούς και πρέπει να ξεκινήσει από μια περιοχή όσο το δυνατόν πιο μακριά από το σημείο εντόπισης του άλγους. Η ανεύρεση και η περιγραφή της ευαισθησίας είναι τα σημαντικότερα βήματα στην ψηλάφηση της κοιλιάς του ασθενούς με οξύ κοιλιακό άλγος. Η εντοπισμένη ευαισθησία στο σημείο Mc Burney υποδηλώνει σκωληκοειδίτιδα. Η ευαισθησία στο δεξιό



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ

υποχόνδριο υποδηλώνει φλεγμαίνουσα χοληδόχο κύστη. Η εκκολπωματίτιδα προκαλεί ευαισθησία στον αριστερό λαγόνιο βόθρο. Η ευαισθησία σε όλη την έκταση της κοιλίας μπορεί να αντανakλά διάχυτη περιτονίτιδα.

Η ανεύρεση αυξημένου μυϊκού τόνου στην κοιλία κατά τη διάρκεια της ψηλάφησης ονομάζεται σύσπαση. Η σύσπαση μπορεί να είναι εκούσια, ακούσια, εντοπισμένη ή γενικευμένη. Για να ανιχνεύσει τυχόν σύσπαση ο εξεταστής πρέπει να πιέσει μαλακά αλλά αργά και σταθερά στην κοιλία του ασθενούς. Αυτό γίνεται καλύτερα χρησιμοποιώντας και τα δύο χέρια. Η ανίχνευση μυϊκού σπασμού υποδηλώνει σύσπαση. Αν, αφού ζητηθεί από τον ασθενή να χαλαρώσει και να πάρει βαθιές αναπνοές, οι μύες του χαλαρώνουν, πρόκειται για εκούσια σύσπαση. Αν οι μύες παραμένουν σκληροί ή τεταμένοι, πρόκειται για ακούσια σύσπαση, που σημαίνει υποκείμενη περιτονίτιδα. Η σύσπαση μπορεί να είναι εντοπισμένη ή γενικευμένη. Γενικευμένη έντονη σύσπαση προκαλεί τη σανιδοειδή κοιλία, χαρακτηριστική του διατρηθέντος δωδεκαδακτυλικού έλκους.

Η αναπηδώσα ευαισθησία αποτελεί επίσης σημείο περιτονίτιδας. Για να ανιχνεύσει μία αναπηδώσα ευαισθησία, ο εξεταστής πιέζει βαθιά την κοιλία του ασθενούς με τα δάκτυλα επιπεδωμένα. Η αιφνίδια απόσυρση του χεριού του εξεταστή μπορεί να προκαλέσει αύξηση του κοιλιακού άλγους, οπότε αυτό το σύμπτωμα υποδεικνύει περιτονίτιδα. Η αναπηδώσα ευαισθησία μπορεί να αναπαραχθεί απευθείας στο σημείο που εντοπίζεται το κοιλιακό άλγος. Πίεση και ακόλουθη απόσυρση από την κοιλία, μακριά από το σημείο του άλγους μπορεί να επιδεινώσει το άλγος στο αρχικό σημείο. Προσεκτική εν τω βάθει ψηλάφηση μπορεί να ανιχνεύσει κοιλιακές μάζες. Η οξεία χολοκυστίτιδα, οξεία παγκρεατίτιδα, το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και η εκκολπωματίτιδα μπορεί να προκαλέσουν κοιλιακές μάζες. Η έντονη σύσπαση παρεμποδίζει την ανίχνευση κοιλιακών μαζών με ψηλάφηση. Κατά την οξεία χολοκυστίτιδα, η ψηλάφηση του δεξιού υποχονδρίου κατά τη βαθιά εισπνοή του ασθενούς μπορεί να προκαλέσει άλγος. Αυτό το εύρημα

ονομάζεται θετικό σημείο Murphy. Αυτό το σημείο μπορεί να αναζητηθεί είτε με τον ασθενή καθιστό είτε σε ύπτια θέση. Με αυτόν τον χειρισμό μπορεί να ψηλαφηθεί η χοληδόχος κύστη.

Η ακρόαση της κοιλίας που πρέπει να προηγείται της ψηλάφησης και της επίκρουσης για να μη παραποιούνται τα αποτελέσματα της, μπορεί να δώσει πληροφορίες για την παρουσία ή απουσία εντερικών ήχων και κοιλιακών αγγειακών φυσημάτων. Σιγή στην κοιλία υποδηλώνει ειλεό. Αυξημένοι εντερικοί ήχοι ανευρίσκονται στη γαστρεντερίτιδα. Περίοδοι σιωπής που διακόπτονται από την εμφάνιση υψίσυχνων αυξημένων εντερικών ήχων, χαρακτηρίζουν τις περισταλτικές ωθήσεις της μηχανικής απόφραξης του λεπτού εντέρου. Η εκτίμηση των εντερικών ήχων απαιτεί προσεκτική ακρόαση για αρκετά λεπτά. Κατά τη διάρκεια της ακρόασης της κοιλίας, ο εξεταστής μπορεί να εκτιμήσει αποτελεσματικά την ευαισθησία και την αντίσταση, ψηλαφώντας με ήπιες κινήσεις με το σθηθοσκόπιο. Ο εξεταστής πρέπει επίσης να σημειώσει την παρουσία ή απουσία φυσημάτων στην κοιλία.

Η επίκρουση αποτελεί σημαντικό μέρος της εξέτασης της κοιλίας. Όταν η επίκρουση δείχνει ευαισθησία, υποδηλώνει φλεγμονή και έχει την ίδια σημασία με την αναπηδώσα ευαισθησία. Υπερβολική αντήχηση ή τυμπανικότητα κατά την επίκρουση σημαίνει διάταση λόγω αέρα του εντέρου ή του στομάχου. Αντήχηση κατά την επίκρουση πάνω από το ήπαρ υποδεικνύει ελεύθερο ενδοκοιλιακό αέρα.

Άλλες εξετάσεις ή χειρισμοί μπορούν να βοηθήσουν στη διερεύνηση ασθενών με κοιλιακό άλγος. Μια φλεγμαίνουσα οπισθοκυφλική σκληροκοειδής ή ένα απόστημα του ψοίτη μπορεί να προκαλέσει άλγος ή ευαισθησία με την κίνηση του ψοίτη. Αν η παθητική έκταση του μηρού ή η ενεργητική κάμψη αυτού υπό αντίσταση προκαλούν άλγος, αυτό ονομάζεται θετικό σημείο λαγονοψοίτη. Αν η έσω ή έξω στροφή του μηρού σε κάμψη προκαλεί άλγος, αναφέρεται ως θετικό σημείο θυρεοειδούς. Κατά τη διάρκεια της αμφίχειρης εξέτασης της πυέλου



ο γιατρός πρέπει να αναζητήσει ενδείξεις για μάζες ή ευαισθησία στη μήτρα ή στα εξαρτήματα. Η οξεία σαλπινγίτιδα, τα αποστήματα σαλπίνγων ή ωοθηκών, ή η ρήξη μιας κύστης ωοθήκης μπορούν να προκαλέσουν οξύ κοιλιακό άλγος. Η εξέταση με τον διαστολέα επιτρέπει την επισκόπηση του τραχήλου για τυχόν εκκρίσεις. Η εξέταση από το ορθό θα πρέπει να περιλαμβάνει ανίχνευση απώλειας αίματος και ο εξεταστής θα πρέπει να σημειώσει την τυχόν παρουσία ψηλαφητών μαζών ή ευαισθησίας. Μια φλεγμώδης πυελική σκωληκοειδής απόφυση ή ένα πυελικό απόστημα, μπορούν να προκαλέσουν ευαισθησία που ανιχνεύεται με εξέταση από το ορθό.

Εργαστηριακός Έλεγχος

Ανάλογα με τα νοσήματα που περιλαμβάνονται στην διαφορική διάγνωση, αμέσως μετά την λήψη του ιστορικού και την αντικειμενική εξέταση μπορούν να πραγματοποιηθούν μερικές επείγουσες, παρακλινικές εξετάσεις. Αυτές περιλαμβάνουν την Γενική αίματος, Γενική ούρων, ΗΚΓ, βιοχημικό έλεγχο και U/S άνω-κάτω κοιλίας. Η ενδοκοιλιακή φλεγμονή προκαλεί άνοδο των λευκών αιμοσφαιρίων, αν και αυτό δεν ισχύει πάντα. Η γενική ούρων μπορεί να ανιχνεύσει ενδείξεις λοίμωξης της ουροποιητικής οδού, αιματουρία, πρωτεϊνουρία ή αιμοστυμύκνωση.

Αν οι ασθενείς έχουν εμφανή αφυδάτωση, ιστορικό εμετών ή διαρροϊκών κενώσεων ή αν ελάμβαναν φάρμακα όπως τα διουρητικά, που μπορούν να επηρεάσουν τις τιμές των ηλεκτρολυτών του ορού, ο ιατρός θα πρέπει να μετρήσει τις συγκεντρώσεις του νατρίου, του καλίου, της ουρίας, της κρεατινίνης, της γλυκόζης, του χλωρίου και του διοξειδίου του άνθρακα στον ορό. Επιπλέον, αυτές οι εξετάσεις καθιστούν δυνατή την ανίχνευση διαβήτη, νεφρικής ανεπάρκειας ή άλλων συστηματικών παθήσεων. Οι μετρήσεις της αμυλάσης και της λιπάσης του ορού μπορούν να βοηθήσουν στην εκτίμηση του επιγαστρικού άλγους, υποδεικνύοντας παγκρεατίτιδα. Αν και τα αυξημένα επίπεδα αμυλάσης ορού συνοδεύουν την παγκρεατίτιδα, άλλα νοσήματα,

όπως η διάτρηση του δωδεκαδακτυλικού έλκους και η απόφραξη του λεπτού εντέρου, μπορούν επίσης να προκαλέσουν αυξημένες συγκεντρώσεις αμυλάσης ορού. Σε ασθενείς με άλγος του δεξιού υποχονδρίου απαιτείται μέτρηση της χολερυθρίνης ορού, της αλκαλικής φωσφατάσης και των τρανσαμινασών του ορού, λόγω της πιθανότητας του αποφρακτικού ίκτερου ή της οξείας ηπατίτιδας. Σε γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας που έχουν οξύ κοιλιακό άλγος ή υπόταση πρέπει να γίνει μέτρηση της συγκέντρωσης της β-χοριακής γοναδοτροπίνης του ορού.

Ακόμη η ορθοσκόπηση είναι απλή εξέταση που μπορεί να γίνει εύκολα και χωρίς προετοιμασία του ασθενούς. Σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος και αιμορραγία από το πεπτικό σύστημα που εκδηλώνεται με μέλαινες κενώσεις, η επείγουσα ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού συστήματος αποτελεί την εξέταση εκλογής για την διάγνωση του αιτίου. Αντιθέτως η υποψία διάτρησης κοίλου σπλάχνου αποτελεί αντένδειξη για ενδοσκόπηση του πεπτικού συστήματος, ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις μια απλή ακτινογραφία επιβεβαιώνει την κλινική διάγνωση. Είναι αξιοσημείωτο ότι η πλειοψηφία των εξετάσεων αυτών, χάρη στην σύγχρονη τεχνολογία μπορούν να πραγματοποιηθούν στο σπίτι ή στο τμήμα επείγοντων περιστατικών (Τ.Ε.Π.) με χαμηλό κόστος και μέγιστη ωφέλεια. Ήδη πολλά οργανωμένα συστήματα υγείας διαθέτουν το απαραίτητο εξοπλισμό με προφανή αποτελέσματα στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, καθώς και στην αποσυμφόρηση συνολικά του συστήματος υγείας.

Απεικονιστικός Έλεγχος

Το ιστορικό και η κλινική εξέταση είναι τα σημαντικότερα και χρησιμότερα βήματα για την εκτίμηση των ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος. Παρόλα αυτά, οι εξελίξεις των απεικονιστικών εξετάσεων της κοιλίας έχουν βελτιώσει τη διαγνωστική ακρίβεια και τη συνολική αντιμετώπιση των ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος. Πριν καταστούν ευρέως διαθέσιμα το υπερηχογράφημα και η αξονική τομογραφία, οι χειρουργοί ελάμβαναν ένα



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ

προσεκτικό ιστορικό, διενεργούσαν μια προσεκτική κλινική εξέταση, ζητούσαν εργαστηριακές εξετάσεις και παρατηρούσαν απλές ακτινογραφίες κοιλίας και θώρακα. Με αυτές τις πληροφορίες, η απόφαση για χειρουργική επέμβαση ή όχι, λαμβανόταν συνήθως βάσει του σκεπτικού ότι ο ασθενής πιθανότατα έχει κάποιο νόσημα που αντιμετωπίζεται καλύτερα χειρουργικά. Η λαπαροτομία θεωρούνταν διαγνωστική και θεραπευτική. Πριν τις σύγχρονες απεικονιστικές εξετάσεις, μέχρι και το 20% των ασθενών που χειρουργούνταν για οξεία σκωληκοειδίτιδα, δεν έπασχαν από αυτήν.

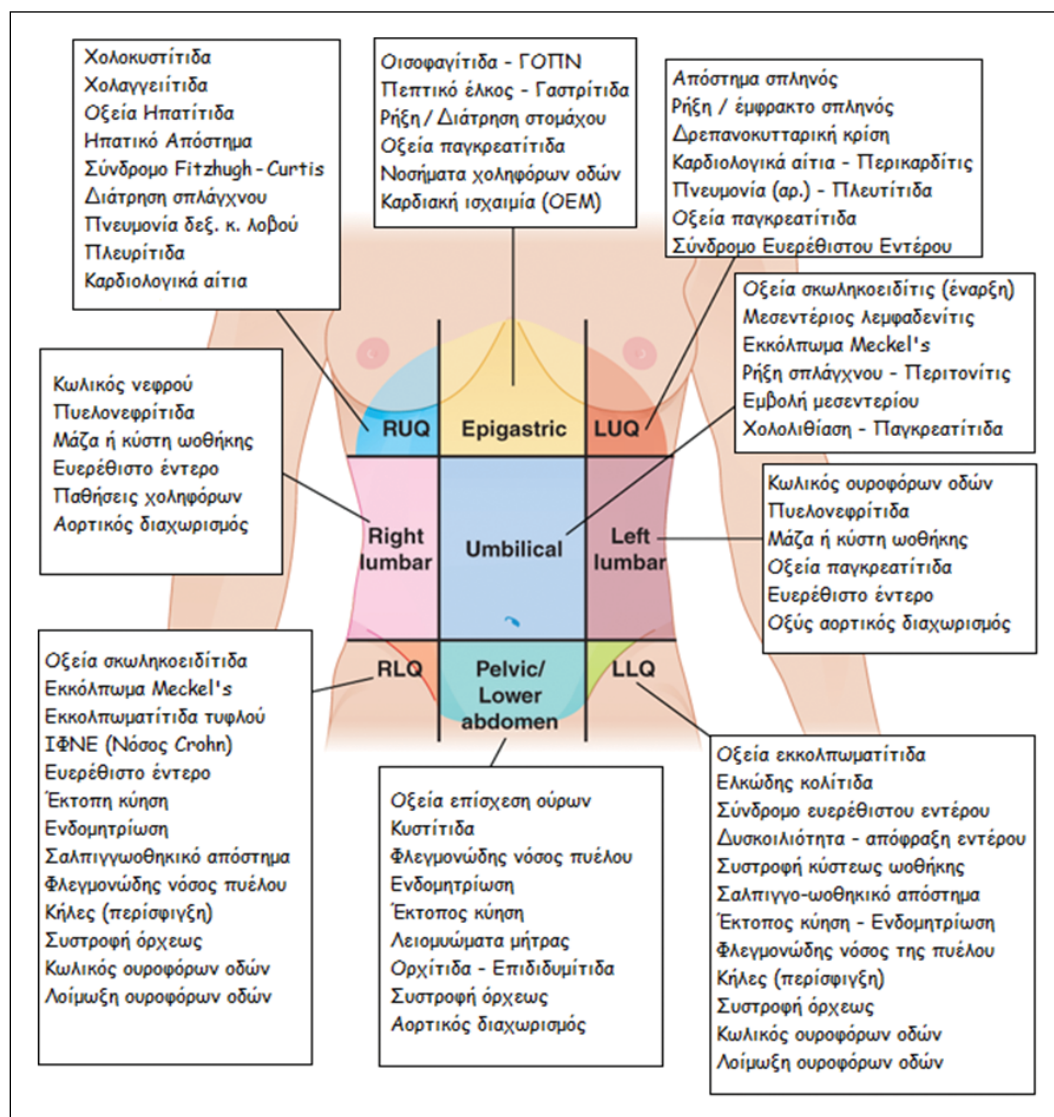
Οι απλές ακτινογραφίες έχουν ακόμα κάποια χρησιμότητα σε αρκετές καταστάσεις. Μια ακτινογραφία που επικεντρώνεται στο διάφραγμα ανιχνεύει το πνευμοπεριτόναιο καλύτερα από άλλες ακτινολογικές τεχνικές. Μια ακτινογραφία θώρακος σε όρθια θέση μπορεί να ανιχνεύσει κάτω από το διάφραγμα την παρουσία τουλάχιστον 1 ml αέρα που έχει εισέλθει στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Στην περίπτωση του ασθενούς που δεν μπορεί να σταθεί όρθιος, η πλάγια ακτινογραφία της κοιλίας σε ύπτια θέση μπορεί επίσης να ανιχνεύσει αποτελεσματικά ένα πνευμοπεριτόναιο. Μια πλάγια ακτινογραφία του ασθενούς επί κλίνης και σε αριστερή πλάγια θέση μπορεί να ανιχνεύσει 5 έως 10 ml αέρα κάτω από το πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα. Ελεύθερος αέρας στην περιτοναϊκή κοιλότητα υποδηλώνει διάτρηση της γαστρεντερικής οδού. Τα διατρηθέντα δωδεκαδακτυλικά έλκη συνήθως αφήνουν να διαφύγουν μικρές ποσότητες αέρα εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας. Περίπου 75% των ασθενών με διατρηθέντα δωδεκαδακτυλικά έλκη έχουν ακτινολογικά ανιχνεύσιμο πνευμοπεριτόναιο. Οι διατρήσεις του στομάχου και του παχέος εντέρου μπορούν να προκαλέσουν εκτεταμένο πνευμοπεριτόναιο. Η ποσότητα του πνευμοπεριτοναίου μπορεί επίσης να εξαρτάται από τη διάρκεια της διαρροής από τη διάτρηση. Οι απλές ακτινογραφίες της κοιλίας μπορεί να απεικονίσουν εκτεταμένο πνευμοπεριτόναιο. Αν η ακτινογραφία διαγράφει τόσο τα τοιχώματα του ορογόνου όσο και του βλεννογόνου του εντέρου, σημαίνει ότι ο ελεύθερος αέρας βρίσκεται στην επιφάνεια του ορογόνου. Επιπλέον, ο ελεύθερος

αέρας μπορεί να αφορίζει τον δρεπανοειδή σύνδεσμο κατά την απλή ακτινογραφία της κοιλίας. Ένα εκτεταμένο υδροπνευμοπεριτόναιο εμφανίζεται στην ακτινογραφία σε όρθια θέση ως ένα πολύ ευρύ υδραερικό επίπεδο. Μια ακτινογραφία σε ύπτια θέση μπορεί να δείξει μια μεγάλη συλλογή αέρα ανάμεσα στα κοιλιακά τοιχώματα, που δεν λαμβάνει το σχήμα καμιάς εντερικής έλικας.

Οι απλές ακτινογραφίες εμφανίζουν μη φυσιολογικές αποτιτανώσεις. Περίπου 10% των χολόλιθων και το 90% των νεφρικών λίθων περιέχουν αρκετό ασβέστιο ώστε να γίνουν ακτινοσκιεροί. Οι λίθοι της σκωληκοειδούς μπορούν να αποτιτανωθούν. Οι παγκρεατικές αποτιτανώσεις, που είναι χαρακτηριστικές της χρόνιας παγκρεατίτιδας, εμφανίζονται στις απλές ακτινογραφίες και οι αγγειακές αποτιτανώσεις μπορούν να βοηθήσουν στην εκτίμηση των ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής, των ανευρυσμάτων των σπλαχνικών αρτηριών και της αθηροσκλήρωσης σπλαχνικών αγγείων.

Οι απλές ακτινογραφίες κοιλίας σε όρθια και ύπτια θέση δείχνουν την πιθανή απόφραξη του πυλωρικού στομίου του στομάχου, του αρχικού, του μέσου και του τελικού λεπτού εντέρου και του παχέος εντέρου. Τα χαρακτηριστικά της απόφραξης του λεπτού εντέρου είναι τα πολλαπλά υδραερικά επίπεδα σε διατεταμένες έλικες του εντέρου με κεντρική εντόπιση, με ορατές κυκλοτερείς πτυχές και απουσία ή ένδεια αέρα στο παχύ έντερο (Εικόνα 2). Το αποφραγμένο παχύ έντερο συνήθως εμφανίζεται σαν περιφερικά εντοπιζόμενο, διατεταμένο έντερο με εκκολπώματα. Αν ανεπαρκεί η ειλεοσυφλική βαλβίδα, η απόφραξη του παχέος θα προκαλέσει διάταση του τελικού λεπτού εντέρου.

Ο παραλυτικός ειλεός μπορεί να προκαλέσει διάταση εντέρου με πολλαπλά υδραερικά επίπεδα. Οι απλές ακτινογραφίες δείχνουν παραλυτικό ειλεό που προκύπτει από ενδοκοιλιακή ή οπισθοπεριτοναϊκή φλεγμονή. Τα ακτινολογικά ευρήματα του παραλυτικού ειλεού είναι ή υπερβολική διάταση και η παρουσία υγρού με αέρα, κατανεμημένα από το στομάχο ως το ορθό.



Εικόνα 2. Κλινική εντόπιση παθήσεων Οξείας Κοιλίας.

Οι απλές ακτινογραφίες της κοιλίας μπορούν επίσης να ανιχνεύσουν αέρα στο σύστημα της πυλαίας και της μεσεντερίου φλέβας, ενδοτοιχωματικό αέρα στην γαστρεντερική οδό, αέρα στα χοληφόρα ή στη χοληδόχο κύστη και αέρα στην ουροποιητική οδό ή στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. Όταν οι απλές ακτινογραφίες εμφανίζουν αέρα στην πυλαία ή στη μεσεντέρια φλέβα, συνήθως υποδηλώνουν προχωρημένη και σοβαρή νόσο. Η αξονική τομογραφία μπορεί να καταδείξει μικρές πο-

σότητες αέρα στις φλέβες και να περιγράψει το αίτιο της ανωμαλίας. Αν το ιστορικό του ασθενούς υποδηλώνει κολικό των νεφρών, μια ενδοφλέβια πυελογραφία μπορεί να επιβεβαιώσει τη διάγνωση μιας νεφρολιθίας.

Ο έλεγχος με αξονική τομογραφία συμβάλλει σημαντικά στη διαγνωστική ακρίβεια κατά την εκτίμηση ασθενών με κοιλιακό άλγος και επίσης αποκαλύπτει ανατομικές και παθολογικές λεπτομέρειες που δε θα ήταν δυνατόν να απεικονισθούν με απλές ακτινογραφίες.



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ

Γι' αυτό, η αξονική τομογραφία και το υπερηχογράφημα κατέχουν σήμερα σημαντικό ρόλο στον απεικονιστικό έλεγχο αυτών των ασθενών. Αν και το ιστορικό και η κλινική εξέταση παρέχουν ουσιαστικές πληροφορίες για την αξιολόγηση ασθενών με οξεία κοιλία, οι σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι, συμπεριλαμβανομένων του υπερηχογραφήματος και της CT, μπορούν να οδηγήσουν σε μια ανατομική διάγνωση στην πλειονότητα των περιπτώσεων.

Το υπερηχογράφημα είναι χρήσιμο σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος, διότι παρέχει ταχεία, ασφαλή και χαμηλού κόστους εκτίμηση του ήπατος, της χοληδόχου κύστης, των χοληφόρων, του σπλήνα, του παγκρέατος, της σκωληκοειδούς, των νεφρών, των ωοθηκών, των εξαρτημάτων και της μήτρας. Το υπερηχογράφημα επίσης ανιχνεύει και χαρακτηρίζει την κατανομή ενδοκοιλιακού υγρού. Το έγχρωμο Doppler υπερηχογράφημα επιτρέπει την εκτίμηση των ενδοκοιλιακών και των οπισθοπεριτοναϊκών αγγείων. Τα ανευρύσματα της αορτής και των σπλαχνικών αρτηριών, η φλεβική θρόμβωση, οι αρτηριο-φλεβικές επικοινωνίες και οι αγγειακές ανωμαλίες μπορούν να εκτιμηθούν υπερηχογραφικά. Δυστυχώς, οι ασθενείς με οξεία κοιλιακή νόσο έχουν συχνά μεγάλες ποσότητες ενδοκοιλιακού αέρα που παρεμβάλλεται στην προσεκτική και λεπτομερή υπερηχογραφική εκτίμηση των ενδοκοιλιακών οργάνων, ενώ ο υπερκείμενος αέρας, οσά και λίπος δεν εμποδίζουν την απεικόνιση με CT. Για αυτόν τον λόγο, η CT έχει γίνει αρκετά σημαντική για την εκτίμηση των αιτιών της οξείας κοιλίας.

Σε ασθενείς με μη επιπλεγμένη σκωληκοειδίτιδα, το υπερηχογράφημα μπορεί να ανιχνεύσει κοπρόλιθους της σκωληκοειδούς, να απεικονίσει μια διατεταμένη ή παχυσμένη σκωληκοειδή απόφυση, ή να ανιχνεύσει περισκωληκοειδικές και περιτυφλικές φλεγμονώδεις αλλαγές. Αντίστροφα, η CT ανιχνεύει την οξεία σκωληκοειδίτιδα και καθορίζει τις αλλαγές της επιλεγμένης σκωληκοειδίτιδας. Η CT μπορεί να καταστήσει τον εξεταστή ικανό να διαφοροδιαγνώσει τη διάχυτη περισκωληκοειδική φλεγμονή από ένα απόστημα. Επιπλέον, η CT ανιχνεύει

πολλά από τα νοσήματα που συμπεριλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας.

Η CT ανιχνεύει αίμα και άλλα υγρά στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η ενδοτοιχωματική αιμορραγία στο έντερο ανιχνεύεται άμεσα με CT. Η CT αποκαλύπτει με ακρίβεια τη θρόμβωση της μεσεντερίου. Η CT μπορεί να περιγράψει την εκκολπωματίτιδα και τις επιπλοκές της, όπως το απόστημα, ακόμα και την πυελοφλεβίτιδα. Επίσης είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την εκτίμηση της παγκρεατίτιδας αποκαλύπτοντας μικρό ή και εκτεταμένο οίδημα, συλλογή υγρού, αιμορραγία και νέκρωση. Επιπλέον, εκτιμά αποτελεσματικά τις επιπλοκές της παγκρεατίτιδας όπως το απόστημα ή την ψευδοκύστη. Αν και το ιστορικό και η κλινική εξέταση παρέχουν ουσιαστικές πληροφορίες για την εκτίμηση των ασθενών με οξεία κοιλία, οι σύγχρονες απεικονιστικές τεχνικές, συμπεριλαμβανομένου του υπερηχογραφήματος και της CT, μπορούν να οδηγήσουν στην πλειονότητα των περιπτώσεων σε μια ανατομική διάγνωση.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Διαφορική Διάγνωση

Οι πληροφορίες από το ιστορικό του ασθενούς, τη φυσική εξέταση, τον εργαστηριακό και τον απεικονιστικό έλεγχο, συνήθως επιτρέπουν μια διάγνωση, αλλά μπορεί ακόμα να παραμείνει μια αβεβαιότητα. Επειδή η σκωληκοειδίτιδα είναι ένα σύνθετο νόσημα, θα πρέπει πάντα να παραμένει στη διαφορική διάγνωση του ασθενούς με συνεχές οξύ κοιλιακό άλγος, ιδιαίτερα σε περίπτωση άλγους του δεξιού λαγόνιου βόθρου. Η διάγνωση της σκωληκοειδίτιδας είναι εύκολο να διαφύγει και η διάτρηση της αυξάνει σημαντικά τη νοσηρότητα και θνησιμότητα από τη νόσο. Η καθυστέρηση στη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε επιβάρυνση και περιπλοκή της σκωληκοειδίτιδας. Η σκωληκοειδίτιδα είναι το συνηθέστερο αίτιο του οξέος κοιλιακού άλγους κατά την παιδική ηλικία. Ωστόσο, σε μεγαλύτερους ασθενείς, σημαντικές νόσοι, μαζί με την σκωληκοειδίτιδα, είναι η οξεία χολοκυστίτιδα, η εντερική απόφραξη, ο καρκίνος και οι οξείες



αγγειακές παθήσεις. Η διαφορική διάγνωση σε νέες γυναίκες είναι δύσκολη, διότι περιλαμβάνει τη σαλπινγίτιδα, τη δυσμηνόρροια, τις αλλοιώσεις των ωοθηκών και τις ουρολοιμώξεις, καθώς επίσης και επιπλοκές της εγκυμοσύνης, οι οποίες προκαλούν σύγχυση κατά την εκτίμηση του κοιλιακού άλγους. Φυσικά, τα παθολογικά αίτια του κοιλιακού άλγους πρέπει να εκτιμώνται, αλλά οι ασθενείς με παθολογικό νόσημα συνήθως δεν έχουν ειδικά εντοπισμένη ευαισθησία και αντίσταση. Ένα άλλο πρόβλημα είναι ότι, περίπου στο ένα τρίτο των ασθενών που παρουσιάζουν οξύ κοιλιακό άλγος, αυτό είναι μη ειδικού τύπου και δεν μπορεί να τεθεί εύκολα διάγνωση.

Απόφαση για χειρουργείο

Με αυτές τις δυσκολίες απέναντι του, ο χειρουργός πρέπει να λάβει μια απόφαση αν θα χειρουργήσει ή όχι. Υπάρχουν συγκεκριμένες ενδείξεις για χειρουργική θεραπεία. Για παράδειγμα, τα οριστικά σημεία της περιτονίτιδας, όπως η ευαισθησία, η σύσπαση και η αναπηδώσα ευαισθησία στηρίζουν την απόφαση για χειρουργείο. Ομοίως, σοβαρή και αυξημένη κοιλιακή ευαισθησία θα πρέπει να οδηγήσει στο χειρουργείο. Οι ασθενείς με κοιλιακό άλγος και σημεία σήψεως που δεν μπορούν να εξηγηθούν από κανένα άλλο εύρημα, θα πρέπει να οδηγηθούν στο χειρουργείο. Οι ασθενείς με υποψία οξείας ισχαιμίας του εντέρου θα πρέπει να χειρουργηθούν αμέσως μετά την πλήρη εκτίμηση. Συγκεκριμένα ακτινολογικά ευρήματα προβλέπουν με βεβαιότητα την ανάγκη για χειρουργείο. Αυτά τα ευρήματα περιλαμβάνουν το πνευμοπεριτόναιο και την ακτινολογική ένδειξη διάτρησης του γαστρεντερικού. Οι απεικονιστικές εξετάσεις μπορούν να αποκαλύψουν σημεία αγγειακής απόφραξης, τα οποία απαιτούν χειρουργική επέμβαση.

Μετά την προσεκτική εξέταση και εκτίμηση μπορεί να παραμείνει μία διαγνωστική αβεβαιότητα. Κάποιοι ασθενείς μπορεί να έχουν διφορούμενα φυσικά ευρήματα. Όταν συμβαίνει αυτό, η διάγνωση είναι ασαφής και η κατάσταση του ασθενούς δεν είναι ξεκάθαρη, θα ήταν προτιμότερο να αναβληθεί η εγχείρηση και να επανεξετασθεί ο ασθενής προσεκτικότερα μετά από κάποιες

ώρες. Αυτό επιτυγχάνεται καλύτερα σε μονάδα βραχείας νοσηλείας, σε ειδική μονάδα στο τμήμα επειγόντων ή, αν είναι απαραίτητο, με κανονική εισαγωγή στο νοσοκομείο. Μετά την πάροδο κάποιων ωρών, το διάχυτο άλγος με ελάχιστα φυσικά ευρήματα μπορεί να εξελιχθεί σε σαφώς εντοπισμένο άλγος με ευαισθησία, αντίσταση και αναπηδώσα ευαισθησία. Αν αυτό συμβεί, απαιτείται εγχείρηση. Επίσης, μετά από κάποιες ώρες, μπορεί να υποχωρήσουν τα συμπτώματα και τα σημεία του ασθενούς. Αν συμβεί αυτό, ο ασθενής μπορεί να φύγει από το νοσοκομείο, αν και θα πρέπει να προγραμματιστεί για επανεξέταση εντός της ημέρας, ώστε να αποκλεισθεί με βεβαιότητα η απώλεια μιας σημαντικής διάγνωσης. Κάποιοι ασθενείς είναι δύσκολο να εκτιμηθούν λόγω ειδικών χαρακτηριστικών. Για παράδειγμα οι ασθενείς με εγκατεστημένη νευρολογική βλάβη, σαν αποτέλεσμα ενός ΑΕΕ ή τραυματισμού του νωτιαίου μυελού είναι δύσκολο να εκτιμηθούν. Οι ασθενείς που βρίσκονται υπό την επήρεια ναρκωτικών ή αλκοόλ μπορεί να χρειάζονται επανεξέταση. Οι ασθενείς που λαμβάνουν στεροειδή ή βρίσκονται σε κατάσταση ανοσοκαταστολής χρήζουν ειδικής αναφοράς, διότι τα στεροειδή και η ανοσοκαταστολή καλύπτουν την ένταση του κοιλιακού άλγους και τα κλινικά ευρήματα ενός σοβαρού και απειλητικού για τη ζωή ενδοκοιλιακού νοσήματος. Οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας, οι οποίοι εμφανίζουν διαρκές διφορούμενο κοιλιακό άλγος, ακόμα και με ελάχιστα σημεία, πρέπει να διερευνώνται χειρουργικά.

Κάποιοι ασθενείς με σαφή ευρήματα οξείας κοιλίας μπορούν να αντιμετωπισθούν χωρίς χειρουργική επέμβαση. Για παράδειγμα, ασθενείς με διάτρηση δωδεκαδακτυλικού έλκους που αναζητούν βοήθεια αργά κατά την πορεία της νόσου τους, αφού έχουν νοσήσει για αρκετές ημέρες, μπορούν να αντιμετωπισθούν καλύτερα με προσεκτική υποστηρικτική φροντίδα, δηλαδή ρινονησιδική αναρρόφηση, ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και αναλγητική αγωγή. Κάποιοι ασθενείς με εμπύημα της χοληδόχου κύστης, ειδικά εκείνοι που παρουσιάζουν και άλλα σοβαρά συνοδό νοσήματα, είναι προτιμότερο να αντιμετωπισθούν με διαδερμική



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ

παροχέτευση της χοληδόχου κύστης και προσεκτική υποστηρικτική αγωγή, παρά με χολοκυστεκτομή. Κάποιοι ασθενείς που έχουν οξεία σκωληκοειδίτιδα μπορεί να μην καταφύγουν στον ιατρό για αρκετές ημέρες κατά την διάρκεια της πορείας της νόσου τους, οπότε και έχουν περιχαράκώσει τη διατροφή και μπορεί να εμφανίζουν ένα σκωληκοειδικό απόστημα. Αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν άλγος του δεξιού λαγόνιου βόθρου, ευαισθησία και πιθανώς σύσπαση. Αν έχουν σκωληκοειδικό απόστημα, αυτό αντιμετωπίζεται καλύτερα με διαδερμική παροχέτευση του αποστήματος και αποφυγή της σκωληκοειδεκτομής σε εκείνο το σημείο. Η οξεία εκκολπωματίτιδα συνήθως αντιμετωπίζεται καλύτερα συντηρητικά. Αν ένας ασθενής με εκκολπώματα εμφανίσει ένα εκκολπωματικό απόστημα, η διαδερμική παροχέτευση και η υποστηρικτική φροντίδα μπορεί να αρκέσουν και η εκκολπωματική νόσος να αντιμετωπιστεί προγραμματισμένα αργότερα. Οι περισσότεροι ασθενείς με οξεία παγκρεατίτιδα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται συντηρητικά, εκτός και αν έχουν συγκεκριμένη ένδειξη για χειρουργική επέμβαση. Οι ενδείξεις για χειρουργείο περιλαμβάνουν τη δημιουργία αποστήματος.

Χειρουργική αντιμετώπιση

Αφού αποφασιστεί ότι ένας ασθενής με κοιλιακό άλγος χρήζει χειρουργικής επέμβασης, ο χειρουργός θα πρέπει να σχεδιάσει τη χειρουργική προσέγγιση. Στις περισσότερες περιπτώσεις πρέπει να χρησιμοποιείται εισπνεόμενη γενική αναισθησία που χορηγείται μέσω ενός ενδοτραχειακού σωλήνα. Σε αυτή την φάση, ο χειρουργός θα πρέπει να επιλέξει αν θα χρησιμοποιήσει λαπαροτομία ή λαπαροσκόπηση. Αυτή η επιλογή εξαρτάται από την εμπειρία του χειρουργού και την πιθανή διάγνωση. Κάποιοι παράγοντες, όπως ιστορικό προηγούμενων πολλαπλών χειρουργικών επεμβάσεων, αιμοδυναμική αστάθεια ή προχωρημένη διάταση κοιλίας αποκλείουν τη λαπαροσκόπηση. Στην περίπτωση της επιλογής της ανοικτής επέμβασης, ο χειρουργός θα πρέπει να επιλέξει μια τομή. Στις περιπτώσεις πιθανής σκωληκοειδίτιδας, η τομή διάνοιξης των μυών του

κάτω δεξιού τεταρτημορίου είναι ικανοποιητική. Αν είναι σχεδόν βέβαιη η οξεία χολοκυστίτιδα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια τομή στο δεξιό υποχόνδριο. Όταν η διάγνωση είναι αβέβαιη, ενδείκνυται η μέση τομή.

Οι διαγνωστικές και θεραπευτικές λαπαροσκοπικές τεχνικές κατέχουν σημαντική θέση στην αντιμετώπιση ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος. Η διαγνωστική ακρίβεια γλιτώνει πολλούς ασθενείς από μια άσκοπη λαπαροτομία και επίσης επιτρέπει την οριστική λαπαροσκοπική θεραπεία, η οποία αποτρέπει επιπλέον ασθενείς να υποβληθούν σε μη απαραίτητη λαπαροτομία. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η διαγνωστική λαπαροσκόπηση μειώνει το κόστος της αντιμετώπισης ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος. Το αν η διαγνωστική και η θεραπευτική λαπαροσκόπηση μειώνουν το κόστος παραμένει ασαφές. Οι περισσότεροι ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος, αποτελούν μάλλον υποψήφιους για λαπαροσκόπηση. Η λαπαροσκόπηση πρέπει να αποφεύγεται σε αιμοδυναμικά ασταθείς ασθενείς και σε ασθενείς με εκτεταμένη διάταση της κοιλίας λόγω αέρα. Το ερώτημα αν οι έγκυες γυναίκες με οξεία κοιλία πρέπει να υποβάλλονται σε λαπαροσκόπηση, πρακτικά αποτελεί ακόμα ερώτημα..

ΟΞΕΙΑ ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ

Αν και οι ασθενείς που έχουν οξεία σπλαχνική ισχαιμία αποτελούν μικρό μόνο ποσοστό του πληθυσμού, που χρήζει άμεσης ιατρικής αντιμετώπισης για οξύ κοιλιακό άλγος, αυτό το θέμα αξίζει ειδικής προσοχής λόγω των ιδιαίτερων δυσκολιών για σωστή και έγκαιρη διάγνωση και διότι η κατάσταση αυτή παρουσιάζει υψηλό ποσοστό θνησιμότητας. Η οξεία αρτηριακή νόσος μπορεί να είναι είτε αποφρακτική, είτε μη αποφρακτική, ενώ αυτό το σύνδρομο μπορεί επίσης να προκληθεί από φλεβική νόσο. Η αρτηριακή απόφραξη μπορεί να είναι είτε εμβολική είτε θρομβωτική. Γενικά, η οξεία εμβολή της άνω μεσεντερικής αρτηρίας προκαλεί την ξαφνική εμφάνιση ενός βαρύτατου κοιλιακού άλγους. Αυτό το ισχαιμικό άλγος επιμένει επί μακρόν πριν την ανάπτυξη εντερικής νέκρωσης. Λόγω του ότι αυτό το άλγος προκαλείται από την ισχαιμία και όχι από την περιτονίτιδα, αυτοί οι ασθενείς



νείς δεν παρουσιάζουν καθόλου ευαισθησία, αντίσταση ή αναπηδώσα ευαισθησία. Γι' αυτό, το κοιλιακό άλγος που είναι δυσανάλογο με τα κοιλιακά φυσικά ευρήματα θα πρέπει να θέτει το ερώτημα αυτής της διάγνωσης. Επειδή η ισχαιμία προκαλεί αναστολή της κινητικότητας του εντέρου, στην ακρόαση της κοιλίας ανευρίσκεται σιγή, ανάλογη με την έκταση του ισχαιμικού εντέρου. Η καρδιά είναι η πιθανότερη πηγή εμβόλων της άνω μεσεντερίου αρτηρίας, γι' αυτό, σε κάθε ασθενή με καρδιακή αρρυθμία και ιδιαίτερα με κολπική μαρμαρυγή, μια γνωστή τοιχωματική θρόμβωση ή ένα πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου που αναπτύσσει ένα οξύ κοιλιακό άλγος, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται κυρίως στην διαφορική του διάγνωση η εμβολή της άνω μεσεντερίου αρτηρίας. Οι ασθενείς με αθηρωμάτωση μπορούν να αναπτύξουν θρόμβωση σε κάποια στένωση της άνω μεσεντερίου αρτηρίας. Οι ασθενείς με οξεία σπλαχνική ισχαιμία συνήθως έχουν εκσεσημασμένη λευκοκυττάρωση και οξέωση. Επειδή η καρδιακή νόσος είναι σημαντική για την ανάπτυξη της οξείας σπλαχνικής ισχαιμίας οι περισσότεροι ασθενείς με αυτήν τη νόσο είναι μεσήλικες ή και μεγαλύτερης ηλικίας.

Αντίστροφα, η φλεβική θρόμβωση μπορεί να προκαλέσει σπλαχνική ισχαιμία και αυτοί οι ασθενείς να είναι νεότεροι. Τα αντισυλληπτικά χάπια έχουν ενοχοποιηθεί για επιπλοκές φλεβικής θρόμβωσης σε νέες γυναίκες. Οι ασθενείς στους οποίους τίθεται η υποψία ότι έχουν οξεία σπλαχνική ισχαιμία, πρέπει να υποβληθούν σε αρτηριογραφία. Αν και ο έλεγχος με doppler μπορεί να παράσχει πληροφορίες για τη σπλαχνική κυκλοφορία, η αρτηριογραφία παρέχει καλύτερη απεικόνιση για το σχεδιασμό της αρτηριακής ανακατασκευής ή της εκτομής του εμβόλου. Εντούτοις, η αρτηριογραφία μπορεί να μην είναι χρήσιμη στην περίπτωση φλεβικής νόσου. Η CT ή η MRI μπορεί να αποκαλύψουν και να περιγράψουν θρόμβους στις σπλαχνικές φλέβες. Οι περισσότεροι ασθενείς με σπλαχνική ισχαιμία θα χρειαστεί να υποβληθούν σε λαπαροτομία. Κάποιοι ασθενείς παρουσιάζουν σπλαχνική ισχαιμία λόγω κακής αιμάτωσης, ως αποτέλεσμα ελαττωμένης καρδιακής

παροχής. Οι ασθενείς αυτοί συνήθως αναπτύσσουν μη αποφρακτική σπλαχνική ισχαιμία, ενώ βρίσκονται στο νοσοκομείο, ιδιαίτερα σε μια μονάδα εντατικής φροντίδας. Η βελτίωση της καρδιακής παροχής, ώστε να αποκατασταθεί η αιμάτωση του εντέρου, αποτελεί σημαντικό βήμα για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος. Η αρτηριογραφία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πλήρη εκτίμηση αυτών των ασθενών και επιτρέπει την άμεση χορήγηση αγγειοδιασταλτικών για θεραπεία.

ΤΟ ΟΞΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η ανάπτυξη οξέος κοιλιακού άλγους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελεί διαγνωστική πρόκληση, λόγω της διευρυμένης μήτρας και της δυσκολίας στην εκτίμηση της κοιλίας. Οξεία σκωληκοειδίτιδα αναπτύσσεται σε 1/1500 εγκυμοσύνες, με ίση κατανομή συχνότητας στα τρία τρίμηνα. Η διάγνωση μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη, διότι η έγκυος μήτρα μπορεί να απωθήσει το τυφλό και τη σκωληκοειδή απόφυση στο άνω υποχόνδριο. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί επίσης να εμφανιστεί και χολοκυστίτιδα. Χολοκυστεκτομή παρατηρήθηκε στο 3-8% σε 10.000 εγκυμοσύνες. Άλλες καταστάσεις, όπως η οξεία παγκρεατίτιδα και η διάρρηξη έλκους, εμφανίζονται λιγότερο συχνά. Οι ασθενείς με προεκλαμψία μπορεί να υποστούν αυτόματα ρήξη του ήπατος. Αυτή είναι μια σοβαρή και δύσκολη στην αντιμετώπιση επιπλοκή. Άλλα αίτια κοιλιακού άλγους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η ρήξη του πλακούντα, η ρήξη της μήτρας, η ρήξη των ωοθηκών, η ουρολοίμωξη και η πνευμονική εμβολή.

Η έγκυος ασθενής με άλγος δεξιάς κοιλίας, ευαισθησία και αντίσταση παρουσιάζει σοβαρές υπόνοιες για την περίπτωση σκωληκοειδίτιδας. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος μπορεί να βοηθήσει στη διερεύνηση πιθανής σκωληκοειδίτιδας. Σε αυτή την ομάδα, οι ασθενείς πρέπει να διερευνώνται πιθανώς λαπαροσκοπικά. Η ασθενής και το κύημα είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν μεγαλύτερο κίνδυνο από μία ρήξη της σκωληκοειδούς, παρά από την ίδια την επέμβαση. Αν είναι δυνατόν, η χειρουργική



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ

αντιμετώπιση της συμπτωματικής χολολιθίαςας πρέπει να αποφεύγεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι ασθενείς με μη συχνά, ήπια, αυτοπεριοριζόμενα επεισόδια άλγους δεξιού υποχονδρίου θα πρέπει να καθυστερήσουν την επέμβαση μέχρι μετά τον τοκετό. Αν ο κωλικός χοληφόρων καταστεί αφόρητος, αλλά όχι επείγον περιστατικό, η επέμβαση πρέπει να αναβάλλεται και να διενεργείται στο δεύτερο τρίμηνο. Οι επεμβάσεις είναι ασφαλέστερες κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου της εγκυμοσύνης. Οι επεμβάσεις κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου θέτουν σε κίνδυνο το κύημα, ενώ οι επεμβάσεις στο τρίτο τρίμηνο φέρουν τον κίνδυνο του πρόωρου τοκετού. Αν μια έγκυος ασθενής με χολολιθίαση αναπτύξει άλγος δεξιού υποχονδρίου, ευαισθησία, αντίσταση και πυρετό, θα πρέπει να υποβληθεί σε επέμβαση, το πιθανότερο λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Πρέπει να χρησιμοποιείται αιμοδυναμική παρακολούθηση, ίσως και με την συμμετοχή μίας αρτηριακής γραμμής. Κατά τη λαπαροσκόπηση, ενδοκοιλιακή πίεση μέχρι 15 mm Hg θεωρείται ασφαλής. Οι τιμές του διοξειδίου του άνθρακα θα πρέπει να παρακολουθούνται. Οι καρδιακοί ήχοι του κυήματος θα πρέπει να παρακολουθούνται και κάθε σημείο εμβρυϊκής δυσφορίας πρέπει να ακολουθείται από αφαίρεση του ενδοκοιλιακού αέρα.²

ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ ΟΞΕΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

Πολλά νοσήματα προκαλούν οξύ κοιλιακό άλγος και μπορούν να αντιμετωπισθούν με συντηρητικά μέσα. Συγκεκριμένες παθολογικές καταστάσεις μπορεί να προκαλέσουν οξύ κοιλιακό άλγος, όπως η αυτόματη μικροβιακή περιτονίτιδα, όπως αναφέρθηκε νωρίτερα (Πίνακας 2). Η δρεπανοκυτταρική αναιμία μπορεί να προκαλέσει μια κρίση οξέος κοιλιακού άλγους που αναφέρεται ως δρεπανοκυτταρική κρίση και αυτή η κατάσταση μπορεί να προκληθεί από ένα σπληνικό έμφρακτο. Αυτοί οι ασθενείς μπορεί επίσης να παρουσιάζουν κρίσεις οστικού άλγους και αρθραλγίες. Η γαστρεντερίτιδα μπορεί να προκαλέσει έντονο κοιλιακό άλγος. Οι ασθενείς που αναπτύσσουν κοιλιακό άλγος

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Μη χειρουργικά αίτια κοιλιακού άλγους.

1. Καρδία

Έμφραγμα μυοκαρδίου
Οξεία περικαρδίτιδα

2. Πνεύμονες

Πνευμονία
Πνευμονική εμβολή

3. Γαστρεντερικό

Οξεία παγκρεατίτιδα
Γαστρεντερίτιδα
Οξεία ηπατίτιδα

4. Ενδοκρινικό

Διαβητική κετοξέωση
Οξεία επινεφριδιακή ανεπάρκεια

5. Μεταβολικά αίτια

Υπερλιπιδαιμία

6. Μυοσκελετικό

Αιμάτωμα του ορθού κοιλιακού

7. Κεντρικό και Περιφερικό Νευρικό Σύστημα

Νωτιαία φθίση
Συμπίεση νευρικών ριζών

8. Ουρογεννητικό

Πυελονεφρίτιδα
Οξεία σαλπινγίτιδα

9. Αιματολογικά αίτια

Δρεπανοκυτταρική κρίση
Οξεία αιμορραγική πορφύρα
Οικογενής Μεσογειακός πυρετός

και έχουν πρόσφατα υποβληθεί σε αντιβιοτική θεραπεία, μπορεί να παρουσιάζουν κολίτιδα από *Clostridium difficile* ή ψευδομεμβρανώδη κολίτιδα, η οποία μπορεί να μιμηθεί την οξεία κοιλία. Αυτή η διάγνωση μπορεί εύκολα να τεθεί με τη λήψη προσεκτικού ιστορικού, ενώ η σιγμοειδοσκόπηση αποκαλύπτει τις ψευδομεμβράνες, οι οποίες είναι παθογνωμονικές για αυτήν την κατάσταση. Άλλα νοσήματα όπως η δηλητηρίαση



από μόλυβδο, η οξεία αιμορραγική πορφύρα και ο οικογενής Μεσογειακός πυρετός μπορούν επίσης να προκαλέσουν κοιλιακό άλγος. Η πνευμονία μπορεί να προκαλέσει κοιλιακό άλγος και φυσικά το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να προκαλέσει επιγαστρικό άλγος, το οποίο μιμείται την οξεία παγκρεατίτιδα ή τη διάτρηση έλκους. Η ηπατίτιδα μπορεί να προκαλέσει κοιλιακό άλγος. Η οξεία επινεφριδιακή ανεπάρκεια μπορεί να προκαλέσει κοιλιακό άλγος και οι ασθενείς με υπερλιπιδαιμία μπορεί να έχουν οξύ κοιλιακό άλγος με ή χωρίς οξεία παγκρεατίτιδα.

Συμπέρασμα

Η αντιμετώπιση του οξέος κοιλιακού άλγους και ειδικά η διαφοροδιάγνωση της οξείας χειρουργικής κοιλίας από το οξύ άλγος, που δεν απαιτεί χειρουργική αντιμετώπιση,

αποτελεί πάντα μια πρόκληση για τον κλινικό ιατρό. Η προσεκτική λήψη του ιστορικού, η αντικειμενική εξέταση, ο παρακλινικός έλεγχος, όταν απαιτείται, και πάνω από όλα η παρακολούθηση του αρρώστου (follow up) διασφαλίζουν την έγκαιρη και πληρέστερη διάγνωση της πάθησης, την αποφυγή ταλαιπωρίας του ασθενούς και της οικογενείας του και την άμεση θεραπευτική αγωγή.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Penner R, Fishman M, Majumdar S. Causes of abdominal pain in adults - UpToDate. UpToDate. 2019;
2. Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. Vol. 77, American Family Physician. 2008.



Ιστορία της Ιατρικής

ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΖΩΓΡΑΦΙΔΗΣ*

Αριστείδης Γ. Διαμαντής¹, Λάζαρος Ε. Βλαδίμηρος²

Ο γιατρός Στέφανος Ζωγραφίδης γεννήθηκε το έτος 1878 στη Μιτζέλα του Βόλου, τη σημερινή Αμαλιάπολη του Δήμου Αλμυρού του νομού Μαγνησίας. Υπήρξε γιος του διακεκριμένου ιατροφιλόσοφου από την Κωνσταντινούπολη Ιωάννη Ζωγραφίδη (1832-1894), στον οποίο οφείλεται η θαυμάσια μετάφραση της φιλοσοφικής μελέτης «Υγιεινή της Ψυχής» (*Zur Diätetik der Seele*) του Βιεννέζου γιατρού, φιλόσοφου και ποιητή βαρόνου Ernst von Feuchtersleben (1806-1849).

Ο Ζωγραφίδης σπούδασε στην ονομαστή Σχολή της Χάλκης και συνέχισε τις σπουδές του στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου των Αθηνών, από όπου πήρε το δίπλωμά του και ανακηρύχθηκε αριστούχος διδάκτωρ το 1899, σε ηλικία 22 ετών. Η τοπική εφημερίδα της γενέτειράς του *Φωνή του Λαού*, στην οποία ο ίδιος αρθρογραφούσε από τα φοιτητικά του χρόνια, σε συγχαρητήριο δημοσίευσμά της- εκτός των άλλων- έγραφε και τα εξής: «...Εν τω προσώπῳ του κ. Ζωγραφίδη η επιστήμη του Ασκληπιοῦ, αποκτά μύστην τέλειον πολλά υπέρ ταύτης υποσχόμενον. Η Φωνή του Λαού σφίγγουσα την χείραν του νεαροῦ διδάκτορος και πολυτίμου φίλου της, συγχαίρει ἀπὸ καρδίας διὰ τὴν ἐπιτυχίαν του ταύτην...».

Στη σύντομη ζωή του, ο Ζωγραφίδης κατόρθωσε με το πολυσχιδές του έργο να αναδειχτεί σε μια από τις εξέχουσες προσωπικότητες της ιατρικής επιστήμης και των γραμμάτων του καιρού του.



Λίγες μέρες μετά τον θάνατό του, στις 8 Σεπτεμβρίου, ο επιφανής Βολιώτης γιατρός Δημήτρης Σαράτσος (1871-1951), γνωστός από τη μετέπειτα κοινωνική και πολιτική του δράση, δημοσίευσε στην εφημερίδα *Θεσσαλία* νεκρολογία για τον Ζωγραφίδη, στην οποία ο σύγχρονος αναγνώστης της μπορεί να αντιληφθεί την τραγική απώλεια του νεαρού γιατρού από τα επιστημονικά δρώμενα της χώρας μας, εκείνη την

εποχή: «Κύριε διευθυντά, Εἰς ὅσα περὶ τοῦ Ζωγραφίδου ἐδημοσιεύσατε θελήσατε, παρακαλῶ νὰ προσθέσῃτε καὶ τὰ ἐξῆς: Πλην τῆς δημοσιογραφικῆς τοῦ δράσεως, κατὰ τὴν ὁποίαν ἐπέδειξε πρωτοτυπίαν ὕψους ἀσυνήθη, εἶχε καταλάβει ὁ μακαρίτης λίαν τιμητικὴν θέσιν εἰς τὴν ἤδη ἀναγεγνωσμένην ἐν Ἑλλάδι *Ιατρικὴν*. Ἐδημοσίευσεν τὸ πρῶτον τὴν *‘Υγιεινὴν τῶν νεύρων’*, βιβλίον γραμμένον με πολλὴν εὐσυνειδησίαν καὶ γνώσιν τοῦ θέματος, ἔπειτα τὴν *‘Φυσιογνωμικὴν’* μετὰ τῆς αὐτῆς ἐμβριθείας καὶ δεξιότητος. Κατόπιν μετέφρασε τὰ θαυμάσια *‘Ἀπομνημονεύματα ἱατροῦ’* τοῦ Βερεσάγιεφ καὶ ἄλλα τινὰ ἔργα, ἐν οἷς τὸ περὶ *‘Ὁρροθεραπείας’*, εἰς τὰ ὁποῖα διακρίνεται ἡ ἐπιμέλεια περὶ τὴν ἀπόδοσιν τῶν ιδεῶν τοῦ πρωτοτύπου. Τελευταίον μετὰ τὴν εἰς τὸ *Ναυτικόν* κατὰταξιν τοῦ ἔγραψεν ἄρθρα ἀναφερόμενα εἰς τὴν *Ναυτικὴν υγιεινὴν*, ἐδημοσίευσεν δε δις ἢ τρις εἰς τὰ παρ’ ἡμῖν *ιατρικὰ* περιοδικὰ ἐκτενεῖς μελέτας περὶ τοῦ *Μελιταίου πυρετοῦ*, ὁ ὁποῖος καὶ ἐν Ἑλλάδι ἤρchiσε νὰ ἐμφανίζεται *προ τινός*. Τὰς μελέτας τούτας ἐστήριξεν ἐπὶ παρατηρήσεων, γενομένων εἰς τὰ νοσοκομεία τῆς Μάλτας κατὰ τινὰ τῶν εκπαιδευτικῶν πλοίων τοῦ πλοίου, εἰς τὸ ὁποῖον ὑπηρετεῖ. Ἀν μάλιστα εἶναι ἀληθές, ὅπως γράφει ἡ *‘Ἀκρόπολις’*, ὅτι ἀπέθανεν ἐκ *Μελιταίου πυρετοῦ*, ἔπεται, ὅτι κατέστη θῦμα τῶν ἐπιστημονικῶν ἐρευνῶν τοῦ καὶ δι’ αὐτὸ γίνεται ἐτι μᾶλλον ἀξίος τοῦ θαυμασμοῦ μας. Ἦτο οὐχὺς τὸν νοῦν καὶ ἐργατικώτατος, κατηρτισμένος δε ἐγκυκλοπαιδικῶς καὶ γλωσσομαθής ἀπετέλει *φυσιογνωμίαν* πρωτότυπον καὶ πολῦτιμον διὰ

*Το κείμενο αποτελεί βραχεία περίληψη της υπό δημοσίευση μονογραφίας των ιδίων συγγραφέων για τη ζωή και το έργο του γιατρού Στέφανου Ζωγραφίδη (1878-1907).

¹Ιατρός-Κυτταρολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Ιστορικός της Ιατρικής, Αρχιπλοίαρχος (ΥΙ) ΠΝ ε.α.

²Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Ιστορικός της Ιατρικής.



τους γνωρίσαντας αυτόν και τα έργα του. Διά της άκρας αυτού παρατηρητικότητας παρήγαγεν αρκετάς εργασίας επιμελείς, ανήκων ούτω εις την χορείαν των νέων ιατρών, οι οποίοι αγωνίζονται να καταστήσουν ευπρόσωπον και την Ελληνικήν επιστήμην. Εκ του μέχρι τούδε βραχέως επιστημονικού του βίου δύναται τις να συμπεράνη, ότι τω επεφυλάσσετο μέγα μέλλον, το οποίον θα εδόξαζε και αυτόν και την Πατρίδα. Δ.Ι.Σ.».

Ο Στέφανος Ζωγραφίδης μετέφρασε και εκσυγχρόνισε με δικές του προσθήκες σπουδαία ξένα επιστημονικά συγγράμματα, αρθρογράφησε ως δημοσιογράφος, έγραψε αισθητικά δοκίμια και χρονογραφήματα και συνέταξε σπουδαίες επιστημονικές μελέτες βασισμένες, κυρίως, πάνω σε δικές του παρατηρήσεις. Υπήρξε λάτρης των εικαστικών και της αισθητικής και οπαδός της φιλοσοφίας και της ψυχολογίας, και δημοσίευσε εξόχως ενδιαφέρουσες μελέτες στα πιο δημοφιλή περιοδικά εκείνης της εποχής, στα οποία αρθρογραφούσαν λόγιοι, επιστήμονες, καλλιτέχνες και λογοτέχνες.

Ο Ζωγραφίδης, σε ηλικία μόλις είκοσι ετών, μετέφρασε και σχολίασε με εύστοχες υποσημειώσεις το βιβλίο του διάσημου Γαλλοεβραίου γιατρού, κοινωνιολόγου και συγγραφέα Max Simon Nordau (1849-1923), «*Τα κατά συνθήκην ψεύδη του καθ' ημάς πολιτισμού*», το οποίο γνώρισε τεράστια επιτυχία και έκανε αλλεπάλληλες εκδόσεις ακόμη και μετά τον θάνατό του. Ο Ζωγραφίδης, όπως εξάλλου και οι περισσότεροι σύγχρονοι γιατροί της εποχής του, θα έρθει σε επαφή με τις νέες τάσεις της επιστήμης. Οι συνεχώς εξελισσόμενοι κλάδοι της Ψυχιατρικής και της Ψυχολογίας δεν θα αφήσουν ανεπηρέαστο τον νεαρό γιατρό. Η Ψυχιατρική ως ιδιαίτερος κλάδος της Ιατρικής είναι χρονολογικά ο νεότερος από τους βασικούς κλάδους της· αναπτύχθηκε κατά το δεύτερο ήμισυ του 19ου και ολοκληρώθηκε στις αρχές του 20ού αιώνα, την εποχή που οι αποκλειστικά ασχολούμενοι με τη Νευρολογία και Ψυχιατρική Έλληνες γιατροί ήταν ελάχιστοι. Επόμενο ήταν λοιπόν, οι επιστημονικές αναζητήσεις του Ζωγραφίδη να μην περιοριστούν μόνο στην κοινωνιολογική,

φιλοσοφική και πρακτική άσκηση της ιατρικής, αλλά να εξαπλωθούν στην ψυχολογία, στη νευρολογία και στην ψυχιατρική, όπως εύκολα μπορεί κανείς να διαπιστώσει όχι μόνον από τις δημοσιεύσεις του αλλά και από τις υποσημειώσεις του ως μεταφραστή στο περισπούδαστο έργο του Νορντάου.

Το 1901, μετά από εξετάσεις και επιτυχή δοκιμασία των ναυτικών του προσόντων, ο Ζωγραφίδης κατετάγη στο Πολεμικό Ναυτικό ως αξιωματικός ιατρός και με την ιδιότητα αυτή και μέχρι το θάνατό του, χωρίς να εγκαταλείψει τις φιλολογικές του αναζητήσεις, εστίασε τα επιστημονικά του ενδιαφέροντα πάνω στις παθήσεις των δυτών.

Πέθανε το 1907 από χρόνια βρουκέλλωση, σε ηλικία μόλις 29 ετών, θύμα των επιστημονικών του ερευνών πάνω στον μελιταίο πυρετό, που μελετούσε στο αγγλικό Ναυτικό Νοσοκομείο της Μάλτας. Ας σημειωθεί ότι η Μάλτα υπήρξε η σπουδαιότερη ναυτική βάση της Μεσογείου και το επίκεντρο του διαμετακομιστικού εμπορίου κατά τον 19ο και στις αρχές του 20ού αιώνα, εξαιτίας της γεωγραφικής θέσεως και της στρατηγικής της σημασίας για τις ευρωπαϊκές ναυτικές δυνάμεις. Στη Μάλτα, ο Ζωγραφίδης πήγε πρώτη φορά το 1903, προκειμένου να ενδιατρίψει στη μελέτη του μελιταίου πυρετού, πάθησης εξαιρετικά διαδεδομένης στην περιοχή της Μεσογείου, που μεταδίδεται στον άνθρωπο από τα ζώα, κυρίως τα αιγοπρόβατα και τα βοοειδή, μέσω της άμεσης επαφής με το αίμα ή την κατανάλωση μολυσμένων (ζωικών) προϊόντων.

Οι θαυμάσιες μελέτες του για τον μελιταίο πυρετό, που ανακοίνωσε στο Β' Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο στην Αθήνα το 1903, και δημοσιεύτηκαν στον *Τόμο Πρακτικών* του Συνεδρίου και στο έγκριτο ιατρικό περιοδικό *Ιατρική Πρόσδος* το 1903 («*Περί πυρετού της Μάλτας*») και το 1904 («*Αι νεώταται εργασίαι επί του μελιταίου πυρετού*»), καθώς και στο γαλλικό περιοδικό Στρατιωτικής Ιατρικής *Le Caducée* («*Fièvre Méditerranéenne; 75 cas*») ήταν γνωστές στους γιατρούς της εποχής του, όχι μόνο της ελληνικής ιατρικής κοινότητας αλλά και της ευρωπαϊκής. Σύμφωνα με τον Ζωγραφίδη: «...η ονομασία πυρετός της



Ιστορία της Ιατρικής

ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΖΩΓΡΑΦΙΔΗΣ

Μεσογείου (*Mediterranean Fever*), του Γιβλαρτάρ, της Μάλτας κλπ. δεν είχε ακριβή, διότι ούτος απαντά και εις την Β. Αφρικήν, την Κίνα, τας Ινδίας, την Β. Αμερικήν. Ούχ ήττον προτιμότερος φαίνεται ο όρος "Πυρετός της Μάλτας", διότι και συχνός είναι επί της νήσου ταύτης και επ' αυτής ο Άγγλος Bruce ανακάλυψε τον μικρόκοκκον (*coccus Melitensis*) όστις προκαλεί την νόσον».

Το 1900, ο Ζωγραφίδης δημοσίευσε μελέτη με τίτλο «Φυσιognωμία και Φυσιognωμική», την οποία ο γιατρός και εκδότης της *Ιατρικής Προόδου* Ιωάννης Φουστάνος (1856-1933) χαιρέτισε με τα εξής: «Μονογραφία αξιανόγνωστος, γεγραμμένη με ικανήν χαριτολογίαν όσον και επιστημονικόν πνεύμα, εν η ο συγγραφεύς πραγματεύεται περί της φυσιognωμίας, της εκφράσεως, του μηχανισμού και του κέντρου αυτής και περί των αιτίων διαπλάσεως τροποποιήσεων και παθολογίας της φυσιognωμίας μεθ' ό ο συγγραφεύς περιγράφει λεπτομερώς και επισταμένως την φυσιognωμίαν μιάς εκάστης των διαφόρων νόσων απάσης της παθολογίας, μέρος αξιανόγνωστον διά πάντα πρακτικόν ιατρόν. Περατούται δε η αξιόλογος αύτη μελέτη δια κεφαλαίου περί της φυσιognωμικής επιστήμης»

Το 1902, τη χρονιά που κυκλοφόρησε το βιβλίο του Ρώσου γιατρού Vikenty Smidovich (1867-1945) μεταφρασμένο στα ελληνικά από τον Ζωγραφίδη με τον εύστοχο τίτλο *Dr' Veressaif Ιατρού εξομολογήσεις. Λάθη και απροσεξία των ιατρών*, εξεδόθη και το νέο πόνημά του «Υγιεινή των Νεύρων και των Ψυχικών λειτουργιών», για το οποίο ο εκδότης και αρχισυντάκτης του *Ιατρικού Μηνύτορα* Σωτήριος Ρόκκος (1875-) σημείωσε τα παρακάτω: «Εν από τα ωραιότερα βιβλία της ιατρικής μας φιλολογίας. Επιθεώρησις όλων των νεωτάτων προόδων της Υγιεινής και της Ψυχολογίας. Μελέτη Ιατρική, κοινωνιολογική, ανθρωπολογική σαφής και περιεκτική, ενδιαφέρουσα για ιατρούς και πάσχοντας και τον υγιή κόσμον. Συγγραφεύς ο γνωστός συνεργάτης μας κ. Σ. Ζωγραφίδης. Οι θέλοντες- και πρέπει να ήναι όλοι οι Έλληνες ιατροί, δύνανται ν' απευθυνθώσιν εις τα γραφεία του 'Ιατρικού Μηνύτορος'. Είναι αληθώς απόκτημα διά την ιατρικήν φιλολογίαν μας».



Ο Ζωγραφίδης υπήρξε πρωτοπόρος της Καταδυτικής Ιατρικής στη χώρα μας. Το 1906, στο 5ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο ανακοίνωσε για τη νόσο των δυτών, που δημοσιεύτηκε στον *Τόμο Πρακτικών* του Συνεδρίου και στην *Ιατρική Πρόοδο* με τίτλο «Συμβολή εις το ζήτημα της λεγομένης νόσου των δυτών». Οι ανακοινώσεις και οι δημοσιεύσεις του για την «Αλιεία των σπόγγων εις τα βόρεια παράλια της Αφρικής» αφορούσαν σε προσωπικές παρατηρήσεις και εμπειρίες από τα καταδυτικά ατυχήματα, τα οποία συνέδραμε όχι μόνο κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας του ως γιατρός στο οπλιταγωγό «Κρήτη» αλλά και ως διευθυντής του πρόσκαιρου Ναυτικού Νοσοκομείου στην Τρίπολη της Αφρικής. Το γεγονός αυτό αποτελεί μια από τις πιο ενδιαφέρουσες πτυχές της κοινωνικής και επιστημονικής προσφοράς του Πολεμικού Ναυτικού, το οποίο επί σειρά ετών, στις αρχές του 20ού αιώνα, απέστελλε πολεμικό πλοίο για να συνοδεύει τα ελληνικά σπογγαλιευτικά σκάφη στα βόρεια παράλια της Αφρικής, έχοντας ως αποστολή όχι μόνο την προστασία των Ελλήνων σπογγαλιέων από τις επιθέσεις των πειρατικών πλοίων αλλά και την ιατρική τους κάλυψη από τα καταδυτικά ατυχήματα. Πράγματι, ιδιαίτερα προχωρημένη αντίληψη διοικητικής μέριμνας σε μια εποχή, που σχεδόν στο σύνολό του ο ελληνικός



σπογγαλιευτικός στόλος αποτελείτο από πλοία της Καλύμνου και της Σύμης, νήσων υπόδουλων στην Οθωμανική Αυτοκρατορία στις αρχές του προηγούμενου αιώνα!

Η συμβολή του Ζωγραφίδη στη μελέτη της νόσου των δυτών και οι επιστημονικές του υποδείξεις για την πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση των καταδυτικών ατυχημάτων δεν πέρασαν απαρατήρητες από τη διεθνή βιβλιογραφία της εποχής. Ο Άγγλος καθηγητής της Φυσιολογίας Sir Thomas Oliver (1853-1942), στο σύγγραμμά του «*Επαγγελματικές παθήσεις από νομικής, κοινωνικής και ιατρικής απόψεως*» (*Diseases of occupation from the legislative, social, and medical points of view*), αναφέρθηκε εκτενώς στις μελέτες του Ζωγραφίδη πάνω στη νόσο των δυτών. Από τον διακεκριμένο καθηγητή στον τομέα της επαγγελματικής ιατρικής και αυθεντία της βιομηχανικής υγιεινής του τέλους του 19ου και των αρχών του 20ού αιώνα πληροφορούμαστε, ότι ο ίδιος είχε την ευκαιρία να συνεργαστεί στενά με «τον γιατρό του Ελληνικού Βασιλικού Ναυτικού Στέφανο Ζωγραφίδη, υπεύθυνο του πρόσκαιρου νοσοκομείου για τη νοσηλεία των Ελλήνων σφουγγαράδων στην Τρίπολη της Αφρικής», εξετάζοντας μικροσκοπικά ιστολογικά παρασκευάσματα νωπιαίου μυελού νεκρών σπογγαλιέων, που του απέστειλλε για περαιτέρω έλεγχο και αξιολόγηση. Η μελέτη του Ζωγραφίδη «*Les lésions anatomo-pathologiques de la moelle épinière dans la maladie par décompression chez les plongeurs à scaphandre*», που δημοσιεύτηκε στο αξιόλογο γαλλικό περιοδικό *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière* αφορούσε στις παθολογοανατομικές αλλοιώσεις του νωπιαίου μυελού σφουγγαράδων με νόσο των δυτών. Στη δημοσίευση συμπεριελήφθησαν τρεις εικόνες ιστολογικών παρασκευασμάτων του νωπιαίου μυελού των άτυχων σπογγαλιέων, που ο ίδιος ο Ζωγραφίδης είχε εξετάσει στο Εργαστήριο του φημισμένου νοσοκομείου «*Salpêtrière*» στο Παρίσι.

Η μελέτη αυτή, που δημοσιεύτηκε και στο έγκριτο γαλλικό περιοδικό *Revue de Médecine* με τίτλο «*Contribution à l'étude des accidents de décompression chez les plongeurs à scaphandre*», δεν αποτέλεσε μόνον αναφορά

για τους συγχρόνους του, “*citation*” όπως θα λέγαμε σήμερα, αλλά εξακολουθεί μέχρι και σήμερα να μνημονεύεται από ειδικούς της νόσου των δυτών. Καταφέραμε, να εντοπίσουμε τέσσερες μελέτες στη σύγχρονη διεθνή βιβλιογραφία, δύο του καθηγητή Αναισθησιολογίας και επικεφαλής του Κέντρου Υπερβαρικής Ιατρικής και Περιβαλλοντικής Φυσιολογίας στο Πανεπιστήμιο Duke του Durham της Βόρειας Καρολίνας Richard E. Moon, μια από την ερευνητική ομάδα DAN (*Divers Alert Network*) των Richard D. Vann, Petar J. Denoble και David J. Doolette επίσης από το Κέντρο Υπερβαρικής Ιατρικής και Περιβαλλοντικής Φυσιολογίας του Πανεπιστημίου Duke στο Durham της Βόρειας Καρολίνας και τέλος του καθηγητή της Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας και διευθυντή του Κέντρου Υπερβαρικής και Καταδυτικής Ιατρικής στο San Diego Tom S. Neuman, ο οποίος σχολίασε με ιδιαίτερα εγκωμιαστικά λόγια την εργασία του Ζωγραφίδη (...*Some of the best clinical descriptions were published almost a century ago!*).

Στα πρώτα βήματα της καριέρας του στο Ναυτικό, ο «*ανθυπίατρος του Βασιλικού Ναυτικού*», όπως υπέγραφε ο Ζωγραφίδης, συνέταξε αξιολογότατο εγχειρίδιο «*Ναυτικής Υγιεινής και συναφών ζητημάτων*», την έκδοση του οποίου ανέλαβε το Υπουργείο των Ναυτικών. Για τη συγγραφή του στηρίχθηκε στο ομότιτλο πόνημα του Γάλλου ναυτικού αρχιάτρου και μέλους της Γαλλικής Ιατρικής Ακαδημίας Jules Rochard (1819-1896), το οποίο ο Ζωγραφίδης εκσυγχρόνισε με την προσθήκη νέων κεφαλαίων για τη νόσο των δυτών, την απολύμανση των πλοίων, τα μέτρα προστασίας έναντι των νόσων των θερμών χωρών κ.ά. Προσέθεσε επίσης σημειώσεις για τα πλωτά νοσοκομεία και τη λειτουργία της υγειονομικής υπηρεσίας σε περίοδο πολέμου και προχώρησε σε συγκριτική μελέτη της επικρατούσας υγιεινής των ελληνικών πλοίων με αυτή των βρετανικών και των άλλων ευρωπαϊκών κρατών. Βιβλιοκριτική της εποχής του αναφέρει ότι «...*Το έργον πληροί μέγα κενόν υφιστάμενον εν τη χώρα ημών και έσται πολύτιμον*



Ιστορία της Ιατρικής

ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΖΩΓΡΑΦΙΔΗΣ

είς τε το ημέτερον πολεμικόν ναυτικόν ως και εν γένει εις τους ναυτιλλομένους δι' όπερ πολλών επαίνων άξιος εστίν ο φιλοπονώτατος συγγραφεύς».

Ο Ζωγραφίδης υπήρξε αληθινά πολύπλευρη προσωπικότητα. Εκτός των άλλων ήταν ιδρυτικό μέλος και διετέλεσε ειδικός γραμματέας της *Εκτελεστικής Επιτροπής* του «*Συλλόγου Περιστολής Ελωδών Νόσων*», που ιδρύθηκε το 1905 στην Αθήνα από τον καθηγητή της Υγιεινής και Μικροβιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και πρώην στρατιωτικό γιατρό Κωνσταντίνο Σάββα (1861-1929) και τον πρωτεργάτη του Ανθελονοσιακού Αγώνα στη χώρα μας παιδίατρο και υφηγητή των Τροπικών Νοσημάτων Ιωάννη Καρδαμάτη (1857-1942). Στο πλαίσιο της ενημέρωσης του πληθυσμού, ο *Σύλλογος* τύπωσε σε 3.000 αντίτυπα και διένειμε σε επαρχιακούς γιατρούς, σε Δήμους και στην Εταιρεία Σιδηροδρόμων την πραγματεία του διάσημου για την ανακάλυψη του τρόπου μετάδοσης της ελονοσίας Σκωτσέζου νομπελίστα Sir Ronald Ross

(1857-1932), «*Προφύλαξις από των ελωδών πυρετών διά της καταστροφής των κωνώπων*», την οποία είχε μεταφράσει ο νεαρός αγωνιστής της επιστήμης και των γραμμάτων Στέφανος Ζωγραφίδης.

Η προσεκτική παρακολούθηση της επιστημονικής του πορείας οδηγεί στη διαπίστωση ότι ο Ζωγραφίδης για την εποχή του δεν υπήρξε απλά ο ιατροφιλόσοφος της γενιάς του ή ο νεαρός λόγιος γιατρός, που τα δημοσιεύματά του κάλυπταν ένα ευρύ φάσμα γνωστικών πεδίων και ενδιαφερόντων και οι μεταφράσεις μαζί με τα εύστοχα σχόλιά του αφορούσαν επιστημονικά συγγράμματα αλλοδαπών συναδέλφων διεθνούς κύρους, αλλά ο ενθουσιώδης γιατρός του Πολεμικού Ναυτικού που με τις μελέτες του πάνω στη νόσο των δυτών έβαζε τις πρώτες βάσεις για την ανάπτυξη της ειδικότητας της Υπερβαρικής και Καταδυτικής Ιατρικής στη χώρα μας και, που δυστυχώς ο αδόκητος θάνατός του στέρησε από το Ναυτικό και την επιστήμη έναν άξιο αξιωματικό και ένα πολλά υποσχόμενο Ασκληπιάδη.



Ελεύθερο Θέμα

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ ΣΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΟΡΟΛΟΓΙΑ (ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΟΡΟΛΟΓΙΑ)

Θεόδωρος Φιλιππίδης, Παθολογοανατόμος, Αθήνα

Η Ονοματολογία, το σημαίνον και το σημαινόμενο των λέξεων, απασχόλησαν τους επιστήμονες από τα πανάρχαια χρόνια και έχουμε αναλυτικές γραπτές αποδείξεις των επιτυχών προσπαθειών των Αρχαίων Ελλήνων που δημιούργησαν τους μηχανισμούς και την απαραίτητη για τις μελλοντικές γενιές θεμελιοδομή.

Σε ότι αφορά την Ονοματολογία στην Ιατρική και την συνεπακόλουθη Ιατρική Ορολογία, είναι πασιφανές και παγκόσμια αποδεκτή η συνεισφορά του Ιπποκράτη, του Γαληνού, του Ηρόφιλου, του Σωρανού και πολλών άλλων, που χρησιμοποιώντας τις απεριόριστες δυνατότητες της Ελληνικής γλώσσας, δημιούργησαν και καθιέρωσαν χιλιάδες Ονόματα και Όρους για τα όργανα του ανθρωπίνου σώματος, τις λειτουργίες, τα πάθη τους αλλά και την θεραπευτική αντιμετώπισή τους. Ειδικότερα η Ιατρική Ορολογία συνεχίζει και σήμερα να στηρίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό σ' αυτές τις δυνατότητες της Ελληνικής Γλώσσας, έτσι ώστε να υπολογίζεται ότι περίπου το 50-60% της Ορολογίας έχει αντληθεί από την Ελληνική γλωσσική δεξαμενή, ενώ ένα άλλο 40% περίπου προέρχεται από την μείξη Ελληνικής και Λατινικής Γλώσσας και αμιγώς από την Λατινική, ενώ μόνον το 5-10% προέρχεται από άλλες γλώσσες. Κάτι ανάλογο συμβαίνει και στην Γαστρεντερολογική Ορολογία.

Γενικά Εισαγωγικά

Σύμφωνα με τον Πλάτωνα (Κρατύλος), «τα προϊόντα του πολιτισμού ονομάζονται» και «θέτει τα ονόματα των πραγμάτων όποιος γνωρίζει τα πράγματα». Ο Αντισθένης διατύπωσε την άποψη «Αρχή παιδείσεως η των ονομάτων επίσκεψις» και ο Αριστοτέλης κατέγραψε «Αρχή σοφίας η των ονομάτων επίσκεψις».

Τα μυστικά της Ονοματολογίας αποκαλύπτονται με την «επίσκεψη» στη λέξη που αφορά το Όνομα ή τον Όρο και η επιστήμη που την πραγματοποιεί λέγεται Ετυμολογία (έτυμον=αληθινόν και Ετυμολογία=η αποκάλυψη της αληθινής σημασίας των λέξεων) και έχει σκοπό τη μελέτη της προέλευσης και του σημαινόμενου των λέξεων.

Οι σπουδαιότεροι πρωτοπόροι και θεμελιωτές της Ιατρικής Ονοματολογίας και Ετυμολογίας είναι:

Ο Αλκμαίων ο Κροτωνιάτης (5^{ος} π.Χ. αιών), ο Διοκλής ο Καρύστιος (375 π.Χ.-295 π.Χ.), ο Ηρόφιλος ο Χαλκηδόνιος (335 π.Χ.-280 π.Χ.), ο Σωρανός ο Εφέσιος (98 μ.Χ.-138 μ.Χ.) «Περί ετυμολογιών του ανθρωπίνου σώματος», ο **Ρούφος ο Εφέσιος** (περί το 100 μ.Χ.) «Περί ονομασίας των του ανθρώπου μορίων» και βέβαια οι γίγαντες της Ιατρικής Επιστήμης **Ιπποκράτης** και **Γαληνός**.

Μεθοδολογία κατανόησης Ιατρικών Ονομάτων και Όρων

Πολλοί ιατρικοί όροι είναι αυθύπαρκτοι, χωρίς άλλα συνθετικά, και όπως διατυπώθηκαν στην Ελληνική Γλώσσα, έτσι πέρασαν και στη διεθνή (λατινογενή κυρίως) Ιατρική Γλώσσα. Τα παραδείγματα είναι πολυάριθμα και ειδικότερα στην Γαστρεντερολογία είναι πολύ γνωστά και σε καθημερινή χρήση: στόμα (stoma), στρώμα (stroma), οισοφάγος (oesophagus), στομάχος (stomach), ειλεός (ileus/ileum), φάρυγξ (pharynx), κόλον (colon), πυλουργός (pylorus), πέψις (perpsis), εκχύμωσις (ecchymosis), καχεξία (cachexia), αδένωσις (adenosis), πολύπους (polyp), αδenoκαρκίνωμα (adenocarcinoma), ασκίτης (ascites), ατροφία (atrophy), διάρροια (diarrhoea), οίδημα (oedema/edema), εκτοπία (ectopia), αμάρτωμα (hamartoma), έμεσις/αιματέμεσις (emesis), μέλαινα (melena), νέκρωσις (necrosis), τοξίνη (toxin), πάρεσις (paresis), σκλήρυνσις (sclerosis), σήψις (sepsis), στεάτωσις (steatosis), στένωσις (stenosis), σφιγκτήρ (sphincter), σύμπτωμα (symptom) κλπ.

Η κυριαρχία της Ελληνικής αναδεικνύεται σαφέστερα στους Ιατρικούς Όρους που κατά κανόνα συνίστανται από σύνθετες λέξεις αποτελούμενες από το κύριο μέρος (main part), το πρόθεμα (prefix) και την κατάληξη (suffix) και μάλιστα συχνά και τα τρία μέρη έχουν Ελληνική προέλευση, π.χ. pericholecystitis (peri – cholecyst – itis), hyperthyroidism (hyper – thyroid – ism).



Ελεύθερο Θέμα

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ ΣΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΟΡΟΛΟΓΙΑ
(ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΟΡΟΛΟΓΙΑ)

Η **κατάληξη -ίτις**, που δηλώνει φλεγμονή, πέρασε αυτούσια στην παγκόσμια ορολογία και στους γαστρεντερολόγους είναι σε καθημερινή χρήση η στοματίτις (stomatitis), γλωσσίτις (glossitis), οισοφαγίτις (esophagitis), γαστρίτις (gastritis), εντερίτις (enteritis), κολίτις (colitis), πρωκτίτις (proctitis), ηπατίτις (hepatitis), παγκρεατίτις (pancreatitis), χολαγγειίτις (cholangitis) κλπ.

Τα κύρια μέρη των σύνθετων όρων αφορούν το πάσχον όργανο ή τη λειτουργία του (peri-osteitis, hyper-splenism), τα δεκάδες προθέματα καθορίζουν την έκταση, την τοποθεσία ή τον βαθμό του «πάθους» (endo-metritis, peri-carditis, meso-thelioma, epi-glottic, hypo-parathyroidism, hyper-glycemic), ενώ οι καταλήξεις σηματοδοτούν συχνά το είδος της νόσου ή της πάθησης. Π.χ. η συνήθης κατάληξη **-itis** σημαίνει όπως προαναφέρθηκε, πάντοτε φλεγμονή (gastritis, hepatitis, pancolitis), η κατάληξη **-oma** σημαίνει σχηματισμό όγκου (gastrinoma, leiomyoma, adenoma), η κατάληξη **-oid** σημαίνει σχηματισμό ή βλάβη που μοιάζει με κάτι άλλο (polypoid, onvoid, arachnoid), η κατάληξη **-penia** σημαίνει πενία, ένδεια ή ανεπάρκεια (pancytopenia) κλπ.

Ας δούμε εν συντομία κάποια από το πλήθος των Ελληνικής προέλευσης προθεμάτων: αντι- (antiseptic, antacid), από- (apophysis, apoptosis), δια- (diagnosis, diarrhea), εν- (endemic), υπερ- (hypertrophy), υπο- (hypoxia), παρα- (paraplegia), μετα- (metaplasia, metabolism, metastasis), περι- (πéριξ, τριγύρω) (Periosteum, Pericarditis peritoneum, peristalsis), προ- (prognosis), βιο- (biologic), γαστρο-, (gastrocolic, gastroenteric), κολον- (colonoscopy, colitis), πολυ- (polyp, polyarteriitis), μεσο- (mesocolon, mesentery), δυσ- (dysentery, dystrophy) κλπ.

Παρόμοιο πλήθος όρων έχουν Ελληνική κατάληξη, όπως ισμός- (hypersplenism), εκτομή- (gastrectomy), κήλη- (mucocoele), γραφία- (gastrography), θεραπεία- (hemotherapy), πάθος- (gastropathy) κλπ.

Αξιοσημείωτο φαινόμενο αποτελεί το εξής: ενώ π.χ. στην Αγγλική υπάρχει η λέξη Liver για το ήπαρ,

όταν θέλουν να ονοματίσουν παθολογία του χρησιμοποιούν την αρχέγονη Ελληνική λέξη Ήπαρ (hepatitis, hepatoblastoma, hepatoma κλπ). Παρεμπιπτόντως, το ήπαρ στην καθομιλουμένη Ελληνική αναφέρεται συχνά ως «συκώτι» και μάλιστα πρέπει να γράφεται με «υ», επειδή «συκωτόν ήπαρ» στην αρχαία Αθήνα ήταν το νοστιμότατο (ως μεζεδάκι) ήπαρ των χοίρων όταν αυτοί τρέφονταν (και) με σύκα! Όπως επίσης ενώ έχουν το Blood για το αίμα, δεν το χρησιμοποιούν στις λέξεις Hematology, anemia, hematemesis κλπ. Τέτοια παραδείγματα υπάρχουν δεκάδες και είναι εύκολο κάποιος να τα ανιχνεύσει.

Ετυμολογικές Προσεγγίσεις

Στόμα (stoma): σημαίνει άνοιγμα ή οπή στο σώμα ή σε όργανο, που επιτρέπει την επικοινωνία με το περιβάλλον ή με άλλο όργανο. Παρόμοιο το στόμιο. Γνωστά τα παράγωγά του στομίτις, αναστόμωσις, κολοστομία κλπ.

Φάρυγξ (pharynx): το φαράγγι, η χαράδρα. Όπως δηλαδή φαίνεται στο βάθος της στοματικής κοιλότητας.

Οισοφάγος (Oesophagus): Αυτός που θα φέρει το φαγητό. Οισο- από το οίσω (θα φέρω) που είναι ο μέλλων του ρήματος φέρω (φέρω, έφερον, οίσω, ήνεγκον, ενήνοχα). Γι' αυτό η σωστή του γραφή στα αγγλικά είναι Oesophagus και όχι Esophagus.

Στόμαχος (stomachos): αυτός που έχει στόμα ή στόμια, που επικοινωνεί με ανοίγματα με τα πριν και τα μετά όργανα.

Σφιγκτήρ (sphincter): ο σφιγκτήρας που λέμε και στην καθομιλουμένη.

Δωδεκαδάκτυλο: το τμήμα του εντέρου που έχει μήκος 12 δακτύλων.

Έντερον: το εντός ευρισκόμενο.

Γαστήρ, γαστέρα: η κοιλότητα της κοιλίας (εγγαστρίμυθος, ενγαστρωμένη, γκαστρωμένη=με περιεχόμενο φουσκωμένη κοιλιά).



Ελεύθερο Θέμα

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ ΣΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΟΡΟΛΟΓΙΑ
(ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΟΡΟΛΟΓΙΑ)

Νήσις: το τμήμα του εντέρου που είναι κενό. Στις πρώτες παρατηρήσεις φαινόταν πάντοτε κενό. Πολύ γνωστά τα παράγωγα της καθομιλουμένης νηστεία, νηστικός κλπ.

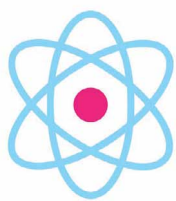
Ειλεός: το σπειροειδώς διατασσόμενο λεπτό έντερο. Από το ρήμα ειλέω, είλω και ίλλω, που σημαίνει τυλίγω σπειροειδώς, περιστρέφω, περιτυλίγω. Πιθανά παράγωγά του ο ίλιγγος, το έλυτρο, η έλικα, το άλευρο, ίσως η άλως.

Οι Έλληνες Ιατροί οφείλουμε να γνωρίζουμε το σημαίνον και το σημαινόμενο κάθε σχετικού Όρου της επιστήμης μας, να επεξηγούμε χωρίς έπαρση σε άλλόγλωσσους και να είμαστε υπερήφανοι για το «υπερόπλο» της Ελληνικής Γλώσσας που διαθέτουμε εκ δωρεάς.

Είναι πολύ σημαντικό και συνάμα ευχάριστο, να επεξηγούμε στους ξενόγλωσσους συναδέλφους ότι

π.χ. Γαστρεντερολογία (gastroenterology) είναι η ιατρική επιστήμη που λέγει/πραγματοεύεται τα θέματα της γαστέρας (κοιλιάς) και των εντέρων. Και ακόμη πιο σημαντικό είναι να μπορούμε να αναλύσουμε νέους όρους που δημιουργούν ξενόγλωσσοι και είναι δυσερμήνευτοι από τους περισσότερους συναδέλφους, εύκολα όμως αναλύονται και ερμηνεύονται από Έλληνες που γνωρίζουν καλά τη γλώσσα τους. Ως παραδείγματα αναφέρω τις λέξεις esophagogastroduodenoscopy (esophago-gastro-duodeno-scopy) και (!) Hepaticocholangiocholecystenterostomies (Hepatico-cholangio-cholecyst-entero-stomies).

Υ.Γ.: Σε επόμενη δημοσίευση θα προσεγγίσουμε την ετυμολόγηση των κυριότερων οργάνων του Γαστρεντερικού Συστήματος και των Όρων που αναφέρονται στη λειτουργία τους και στην Παθολογία τους.



Καινοτομίες στην Ενδοσκόπηση

ΕΠΙΜΗΚΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΓΑΣΤΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΛΑΣΗΣ 1 ΚΑΙ 2: ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ MERIT

Παρασκευάς Γκολφάκης, Επιμελητής Β' Γαστρεντερολογίας

Γεώργιος Τζιάτζιος, Επικουρικός Επιμελητής Β' Γαστρεντερολογίας

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο Πατησίων», Αθήνα

Η επιμήκης ενδοσκοπική γαστροπλαστική (endoscopic sleeve gastropasty – ESG) με τη χρήση του συστήματος Overstitch™ (Apollo Endosurgery), είναι ευρέως διαδεδομένη ιδιαίτερα στις Η.Π.Α. Η μελέτη MERIT¹, που δημοσιεύτηκε πρόσφατα στο περιοδικό Lancet, έρχεται για πρώτη φορά να αναδείξει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της τεχνικής αυτής για την αντιμετώπιση ασθενών με παχυσαρκία κλάσης 1 και 2. Σε αυτή την τυχαίοποιημένη μελέτη σε 9 κέντρα των Η.Π.Α. 209 συμμετέχοντες (παχυσαρκία κλάσης 1 και 2) τυχαίοποιήθηκαν να λάβουν είτε διαιτητικές συμβουλές και ESG (n=85) είτε μόνο διαιτητικές συμβουλές (n=124) και να παρακολουθηθούν για 52 εβδομάδες. Στο τέλος των 52 εβδομάδων οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου υπεβλήθησαν επίσης σε ESG. Όλοι οι συμμετέχοντες παρακολουθήθηκαν για 104 εβδομάδες. Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν το ποσοστό απώλειας του πλεονάζοντος σωματικού βάρους (excess weight loss – EWL) στο τέλος των 52 πρώτων εβδομάδων.

Όπως φαίνεται στην εικόνα η απώλεια τόσο του πλεονάζοντος σωματικού βάρους (EWL) όσο και του

συνολικού σωματικού βάρους (TBWL) ήταν στατιστικά σημαντικότερη ($p < 0,0001$) στην ομάδα των ασθενών που υπεβλήθη σε ESG. Αξίζει να σημειωθεί ότι 77% των ασθενών στην ομάδα της ESG πέτυχαν απώλεια πλεονάζοντος σωματικού βάρους $> 25\%$ στις 52 εβδομάδες σε σύγκριση με 12% στην ομάδα ελέγχου ($p < 0,0001$). Τέλος, από τους 131 ασθενείς που τελικά υπεβλήθησαν σε ESG 3 (2%) παρουσίασαν σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια χωρίς σχετιζόμενη θνητότητα ή ανάγκη νοσηλείας στη ΜΕΘ.

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη προσκομίζει για πρώτη φορά υψηλής ποιότητας δεδομένα αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της ενδοσκοπικής επιμήκους γαστροπλαστικής με τη συσκευή Overstitch™ (Apollo Endosurgery) σε σύγκριση με αποκλειστικά διαιτητικά μέτρα για ασθενείς με παχυσαρκία κλάσης 1 και 2.

Βιβλιογραφία

1. Abu Dayyeh BK, Bazerbachi F, Vargas EJ, et al. Endoscopic sleeve gastropasty for treatment of class 1 and 2 obesity (MERIT): a prospective, multicentre, randomised trial. Lancet. 2022;400(10350):441-51.

Ενδοσκοπική Επιμήκης Γαστροπλαστική (Endoscopic Sleeve Gastropasty) για την αντιμετώπιση ασθενών με παχυσαρκία



Η Ενδοσκοπική Επιμήκης Γαστροπλαστική (Overstitch™, Apollo Endosurgery) χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση παχύσαρκων ασθενών



Ασθενείς με παχυσαρκία κλάσης 1 και 2



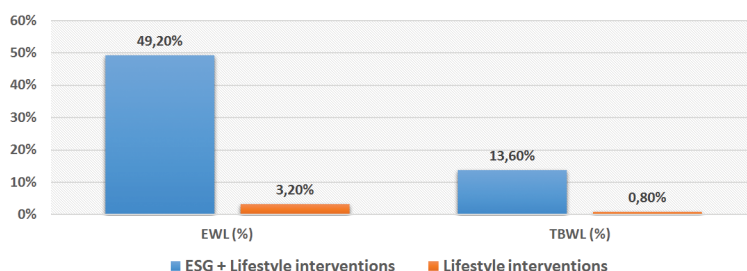
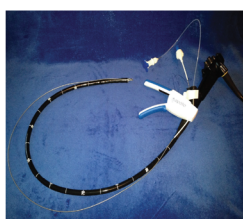
Ενδοσκοπική Επιμήκης Γαστροπλαστική και Διαιτητικές Συμβουλές vs. Διαιτητικές Συμβουλές Μόνο



Σχεδιασμός

Προοπτική, τυχαίοποιημένη μελέτη σε 9 Αμερικανικά κέντρα (n=209)

Πρωτογενές καταληκτικό σημείο
Ποσοστό απώλειας πλεονάζοντος σωματικού βάρους στις 52 εβδομάδες



Το εξώφυλλο από μέσα



Μια θάλασσα μικρή
είναι η κιβωτός των καλοκαιριών μας
είναι τα κομμάτια και αποσπάσματα της μνήμης μας
είναι τα τεκμήρια των συναισθημάτων μας
μια θάλασσα μικρή
είναι μάλλον όλη μας η ζωή.

Μίλτος Σκούρας

Εικόνα: λεπτομέρεια από πίνακα του Μ.Σ.
λάδι σε καμβά.



Pariet[®]
rabeprazole

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: PARIET 20 mg γαστροανθεκτικό δισκίο. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** 20 mg νατριούχου ραβεπραζόλης που αντιστοιχούν σε 18,85 mg ραβεπραζόλης. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Γαστροανθεκτικό δισκίο. Κίτρινο, επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο, αμφίκυρτο δισκίο, που έχει στη μία πλευρά εκτυπωμένη την ένδειξη «E243». **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Janssen-Cilag Φαρμακευτική ΑΕΒΕ, Λ. Ειρήνης 56, 151 21 Πεύκη, Αθήνα **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** 32473/08.04.2014 **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 28 Σεπτεμβρίου 2021 **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:** Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ

Περιεκτικότητα	Μέγεθος συσκευασίας	Λιανική Τιμή	Νοσοκομειακή Τιμή
20 mg / TAB	BT x 14	5,33 €	3,37 €
20 mg / TAB	BT x 28	8,36 €	5,28 €

Πριν τη συνταγογράφηση παρακαλούμε συμβουλευθείτε την Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος PARIET[®]



Τοπικός αντιπρόσωπος για την Ελλάδα
JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.
Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000
www.janssen.com.gr

Αρ. Γ.Ε.ΜΗ. 000314201000

Προώθηση και Διανομή από :



BIANEX A.E. - Έδρα : οδός Τατοίου, 18^ο χλμ. Ε.Ο. Αθηνών – Λαμίας 146 71
Ν. Ερυθραία Αττικής, Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία, Τηλ. : 210 8009111
• Fax: 210 8071573 • E-mail: mailbox@vianex.gr • WEBSITE: www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδήμου 113, 562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης, Τηλ.: 2310 861683
ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»