

ΙΩΑΝΝΗΣ Χ. ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΣ

Αρχίατρος — Θωρακοχειρουργός

Εμπρόσωπος (Regent) στην Ελλάδα της ESTS, Δ/ντής Θωρακοχ/κού Τμήμ. του 424 ΓΣΝΕ



Ζαχ. Παπαντωνίου 12
55134 ΚΑΛΑΜΑΡΙΑ
Τηλ./Fax: 2310 434622
Κινητό: 697 7233088

ΘΕΡΑΠΕΙΑ Γ.-Ο. Παλινδρόμησης - Διαφραγματοκήλης

(Πληροφορίες ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ, γραμμένες με Απλά λόγια)

1. Γενικότητες

Πολλοί άνθρωποι (ένας στους 10 περίπου) πάσχουν από «Γαστρο-Οισοφαγική **Παλινδρόμηση**» (ή απλούστερα «Παλινδρόμηση»), οφειλόμενη σε **ολισθαίνουσα διαφραγματοκήλη** (ή απλούστερα «διαφραγματοκήλη»). Δηλαδή πρόκειται για παθολογική κατάσταση που συναντάται **συχνά** σε ανθρώπους.

Κάποιοι αγνοούν παντελώς την ύπαρξή της, επειδή δεν έχει τεθεί ακόμη η διάγνωση, οπότε αποδίδουν τα ενοχλήματα – συμπτώματά τους σε «δυσπεψία» γενικά.

Κάποιοι έχουν πάρει την απόφαση (συνήθως σιωπηρά) ότι θα ζήσουν ολόκληρη την ζωή τους με το πρόβλημα υγείας αυτό, αποδεχόμενοι την εναλλαγή υφέσεων και εξάρσεων των ενοχλημάτων, ακολουθώντας κάποια συντηρητική αγωγή **ισόβια**, αλλά ενδεχομένως με «διαλείμματα».

Κάποιοι άλλοι ασθενείς (συνήθως πιο νέοι, εύρωστοι και με εντόνως ενεργητικό στυλ ζωής κοινωνικής / επαγγελματικής) αρνούνται να δεχτούν να ζήσουν ολόκληρη την ζωή τους με μια διαρκώς παρούσα παθολογική κατάσταση και υποβαλλόμενοι ισοβίως σε συντηρητικά θεραπευτικά μέτρα, ενδεχομένως δυσάρεστα για αρκετούς. Έτσι κάποιοι ασθενείς επιλέγουν οι ίδιοι να υποβληθούν σε οριστική χειρουργική θεραπεία. Μετά από επιτυχή έκβαση αυτής είναι απαλλαγμένοι ενοχλημάτων χωρίς κανένα περιοριστικό μέτρο συντηρητικής θεραπείας και χωρίς χορήγηση φαρμάκων.

Με άλλα λόγια υπάρχουν **ΔΥΟ μέθοδοι** θεραπευτικής αντιμετώπισης της Γ.-Ο. Παλινδρόμησης: η συντηρητική και η χειρουργική μέθοδος. Καμία από τις 2 μεθόδους δεν είναι τέλεια, διότι καθεμία από αυτές έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Χρειάζεται σε κάθε διαφορετική περίπτωση ασθενούς να λάβει ο ίδιος την απόφαση για το ποια μέθοδος θεραπείας ταιριάζει καλύτερα στο προφίλ της ζωής του, μετά από αναλυτική και ειλικρινή ενημέρωση για ενδείξεις, ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ οφέλη, πιθανότητες επιτυχίας και αποτυχίας και κινδύνους της κάθε μίας από τις 2 μεθόδους.

2. Συντηρητική θεραπευτική Αντιμετώπιση

A. Εισαγωγή:

Καταρχήν δεν πρόκειται για αληθινή «Θεραπεία», αφού δεν «θεραπεύει» το πρόβλημα. Πρόκειται για «θεραπευτική **Αντιμετώπιση**», αφού απλά «αντιμετωπίζει» το παραμένον ισοβίως πρόβλημα: την συνεχιζόμενη Γ.-Ο. **Παλινδρόμηση**. Δηλαδή με την συντηρητική μέθοδο παραμένει ισόβια κάποιου βαθμού παλινδρόμηση γαστρικού περιεχομένου στον Οισοφάγο και επιχειρείται μείωση των ενοχλημάτων και των συνεπειών αυτής.

Υπενθυμίζεται ότι το γαστρικό περιεχόμενο, που παλινδρομεί, περιέχει **όχι έναν** βλαπτικό παράγοντα (όπως συνήθως εικάζεται), **αλλά Δύο βλαπτικούς παράγοντες:**

1.- υδροχλωρικό οξύ, που:

- ο προκαλεί άμεσα οξύτατο πόνο λόγω χημικού εγκαύματος και ερεθισμό-φλεγμονή ή «οισοφαγίτιδα»
- ο η έκκρισή του μπορεί να μειωθεί ή να ελεγχθεί με διάφορα φάρμακα (π.χ. “p.p.i.” – αναστολείς αντλίας πρωτονίων, αποκλειστές H₂-υποδοχέων)
- ο μπορεί πρόσκαιρα να εξουδετερωθεί χημικά με «αντιόξινα» φάρμακα μέχρις ότου εκκριθεί νέο

2- πεπτικά ένζυμα, που:

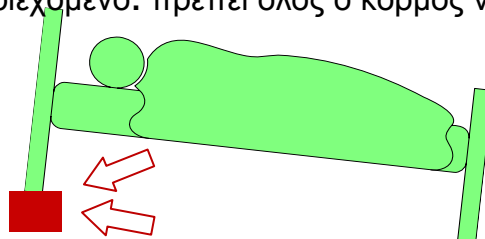
- ο προκαλούν ηπιότερο ερεθισμό, όχι οξύ και όχι άμεσο
- ο δεν προκαλούν συνήθως πόνο
- ο ωστόσο η επίδρασή τους είναι τελικά σημαντική, αφού παλινδρομούν μακροχρόνια: ισόβια
- ο δεν υπάρχει φάρμακο που να αναστέλλει την έκκρισή τους, αφού έτσι θα αποκλειόταν η Πέψη.

B. Θεραπευτικά Μέτρα:

Η συντηρητική θεραπευτική αντιμετώπιση είναι **«Δέσμη»** θεραπευτικών μέτρων ή «Πακέτο» θεραπευτικών μέτρων, που πρέπει οπωσδήποτε να εφαρμόζονται **Όλα Μαζί** και όχι μόνον μερικά από αυτά, για να έχει ελπίδες επιτυχίας η αντιμετώπιση αυτή. Κατά σειρά σημασίας, τα μέτρα αυτά ακολουθούν:

1. Απαγόρευση οριζοντίωσης του σώματος του ασθενούς.

Όποτε ο ασθενής ξαπλώνει (για ύπνο κλπ), το σώμα του **δεν** επιτρέπεται να οριζοντιώνεται πλήρως, για να μην παλινδρομήσει το γαστρικό περιεχόμενο: πρέπει όλος ο κορμός να είναι ανυψωμένος κατά 15° – 25°, όπως επιτυγχάνεται συνήθως με δύο «τάκους» (βλ. **κόκκινα** βέλη στην εικόνα δεξιά) κάτω από τα πόδια του κρεβατιού προς την μεριά του κεφαλιού. Σε ταξίδια, διακοπές κλπ ο ασθενής παίρνει τους τάκους μαζί του για να τους τοποθετήσει στο νέο του κρεβάτι στο ξενοδοχείο κλπ.



Τυχόν μαξιλάρια ΔΕΝ βοηθούν, διότι το ζητούμενο είναι να αποφεύγεται η οριζοντίωση του ίδιου του Οισοφάγου (του Θώρακα ολόκληρου ή του Κορμού ολόκληρου). Με μαξιλάρια απλώς προστατεύεται ο φάρυγγας του ασθενούς, αλλά όχι ο οισοφάγος του.



Επίσης απαγορεύεται να αυξάνει την ενδοκοιλιακή του πίεση με το να «σφίγγεται» υπέρμετρα (π.χ. εργώδης προσπάθεια κατά την κένωση, «δοκιμασία Valsalva», άρση βάρους, ιδιαίτερα μεγάλος αριθμός ασκήσεων κοιλιακών μυών, σφιχτές ζώνες κλπ) και απαγορεύεται να σκύβει.

2. Απαγόρευση ή αποφυγή ή περιορισμός τροφών ή ουσιών που χαλαρώνουν τον λειτουργικό «κατώτερο οισοφαγικό σφιγκτήρα» ή που, ως όξινα, αυξάνουν την οξύτητα του περιεχομένου του στομάχου ή που διεγείρουν την γαστρική έκκριση:

- **Σοκολάτα, κακάο** κλπ
- Χυμός λεμονιού, πορτοκαλιού κλπ εσπεριδοειδών
- Καφές, Τσάι, **αλκοόλ**

3. Απαγόρευση ή Αποφυγή ή Περιορισμός λήψης υγρών με ανθρακικό ή «αεριούχων»

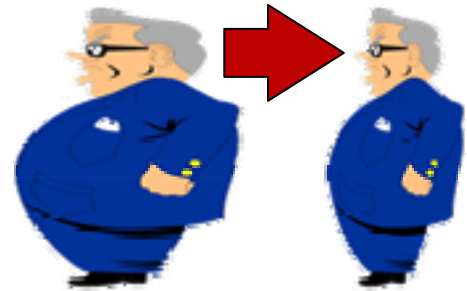
4. Απαγόρευση λήψεως γεύματος τις τελευταίες 3 ώρες προ κατακλίσεως για ύπνο

5. Μείωση ποσότητας κάθε ενός γεύματος και αύξηση αριθμού γευμάτων. Δηλαδή τρώτε μικρότερα και περισσότερα γεύματα (την ίδια συνολικά ημερήσια ποσότητα τροφής, αλλά μοιρασμένη σε περισσότερα γεύματα με λιγότερη ποσότητα τροφής στο κάθε ένα από αυτά)

6. Ελάττωση σωματικού βάρους - Αδυνάτισμα

7. Διακοπή Καπνίσματος

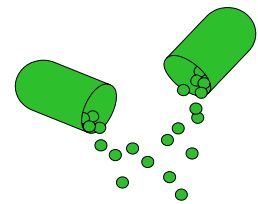
8. Χαλαρές ζώνες και ρούχα (όχι στενά-εφαρμοστά ρούχα ή ζώνες, που πιέζουν την κοιλιά και αυξάνουν υπέρμετρα την ενδοκοιλιακή πίεση).



9. Φάρμακα (χορήγηση συνήθως Ισόβια):

Συστηματική χορήγηση ενός φαρμάκου ή συνδυασμού περισσότερων φαρμάκων (ανάλογα με την σύσταση του θεράποντος ιατρού) των ακόλουθων κατηγοριών:

- συνήθως **αναστολείς αντλίας πρωτονίων** ή “**p.p.i.**” (proton-pump inhibitors, όπως η ομεπραζόλη, λανσοπραζόλη, παντοπραζόλη, ραμπεπραζόλη και τα όμοια)
- σπανιότερα **αποκλειστές H₂-υποδοχέων** (H₂-blockers όπως η σιμετιδίνη, ρανιτιδίνη, φαμοτιδίνη κ.τ.ό.)
- Φάρμακα που **επαλείφουν εσωτερικά** το οισοφαγικό τοίχωμα, για να το προστατέψουν από τα γαστρικά οξέα και ένζυμα (σουκραλφάτη)
- Φάρμακα που **υποτίθεται ότι προάγουν** την γαστρο-οισοφαγική **περίσταση** (όπως η cisapride, η δομπεριδόνη, μετοκλοπραμίδη κλπ). Ωστόσο **αμφισβητείται** βάσιμα η αποτελεσματικότητα της δράσης τους
- Περιστασιακά χορηγούνται **αντιόξινα** για **πρόσκαιρη** μόνο ανακούφιση από τα ενοχλήματα (**χημική εξουδετέρωση** του υδροχλωρικού οξέος μέχρις ότου εκκριθεί νέα ποσότητα: πρόσκαιρη ανακουφιστική δράση διάρκειας 5 – 30 λεπτών μόνον). Όλα τους είναι χημικώς **βάσεις** (υδροξείδιο του αργιλίου, του μαγνησίου κλπ.)



Γ. Προβλήματα / Μειονεκτήματα Συντηρητικής Αντιμετώπισης:

Το κύριο πρόβλημα είναι ότι αυτή μέθοδος αντιμετώπισης δεν «θεραπεύει» το αίτιο, την ύπαρξη διαφραγματοκήλης / παλινδρόμησης, αλλά απλώς «**αντιμετωπίζει**» την συνεχιζόμενη παλινδρόμηση επιχειρώντας ελάττωση του βαθμού αυτής και ελάττωση της οξύτητας του παλινδρομούντος γαστρικού περιεχομένου και ύφεση των ενοχλημάτων.

Δηλαδή με την συντηρητική αντιμετώπιση **συνεχίζει** να παλινδρομεί στον οισοφάγο γαστρικό υγρό, που δεν είναι πλέον όξινο, ωστόσο συνεχίζει να περιέχει **πεπτικά ένζυμα**. Επομένως συνεχίζει να προκαλεί **μακροχρόνιο ερεθισμό**, άσχετα αν ο τελευταίος προκαλεί ηπιότερα συμπτώματα ή καθόλου συμπτώματα λόγω έλλειψης οξέος. Κάθε μακροχρόνιος ή ισόβιος ερεθισμός είναι δυνητικά επικίνδυνος για πρόκληση κακοήθειας, τουλάχιστον θεωρητικά. Έτσι η μακροχρόνια ύπαρξη Γ.-Ο. Παλινδρόμησης, ειδικά αν δεν ελέγχεται ούτε καν με συντηρητική αντιμετώπιση, θεωρείται ως “**προκαρκινική κατάσταση**”, δηλαδή θεωρείται ότι μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνο Οισοφάγου.

Τέλος, η συντηρητική αντιμετώπιση πρέπει να συνεχίζεται **διαρκώς, Ισόβια** με ΟΛΑ ΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΜΑΖΙ, που στο σύνολό τους θεωρούνται **περιοριστικά για το στυλ ζωής** (“life style”) πολλών νέων, κοινωνικά ενεργών ανθρώπων. Ακόμα και η ίδια η μακροχρόνια / **ισόβια χορήγηση φαρμάκων** είναι πιθανό να έχει συνέπειες άγνωστες ακόμη στην επιστήμη από άποψη **ανεπιθύμητων ενεργειών**:

- Π.χ. τα φάρμακα που αποκλείουν τους H₂-υποδοχείς προκαλούν **ορμονική δυσλειτουργία** (αύξηση **προλακτίνης**, γυναικομαστία, στυτικές διαταραχές κλπ.).
- Παραμένει άγνωστο αν στο μέλλον βρεθούν ενδεχομένως νέες συνέπειες μακρόχρονης χορήγησης άλλων, πιο σύγχρονων φαρμάκων: των **p.p.i.** Αυτά

προκαλούν σημαντική αύξηση των επιπέδων της ορμόνης «**πενταγαστρίνης**» στο αίμα. Οι συνέπειες αυτής δεν έχουν γίνει ακόμη πλήρως κατανοητές.

Σε κάθε περίπτωση είναι σκληρό για έναν νέο π.χ. 28 ή 33 χρονών να ζήσει όλη του την ζωή με ανάγκη καθημερινής λήψεως φαρμάκων ισόβια (π.χ. ομεπραζόλη και τα όμοια), να μην επιτρέπεται να οριζοντιωθεί σε κρεβάτι ποτέ χωρίς να το ανυψώνει με τάκους σε «κεκλιμένο επίπεδο» 15°-25° κλπ.

3. Χειρουργική Θεραπεία

α. Γενικότητες

Πρόκειται για μέθοδο που **θεραπεύει** την ίδια την διαφραγματοκήλη αυτή καθ' εαυτή με χειρουργικό τρόπο. Επομένως καταργεί άμεσα την γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση. Βέβαια υπάρχουν πολλές διαφορετικές τεχνικές και μέθοδοι δια μέσου ποικίλων διαφορετικών προσπελάσεων ακριβώς επειδή ουδεμία από αυτές δεν είναι τόσο πολύ αποτελεσματική, που να μπορέσει να καταργήσει de facto τις άλλες χειρουργικές μεθόδους. Γενικά η επιτυχία της χειρουργικής θεραπείας κυμαίνεται στο ποσοστό του 70 – 75%.

β. Προσπελάσεις:

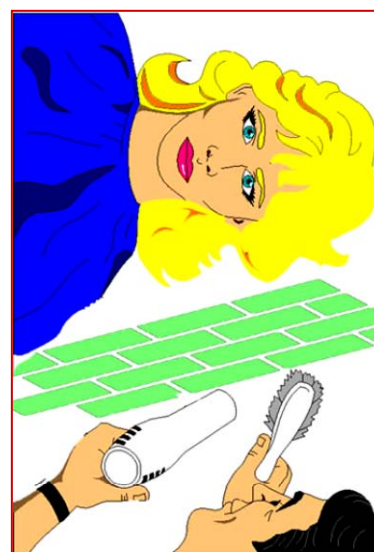
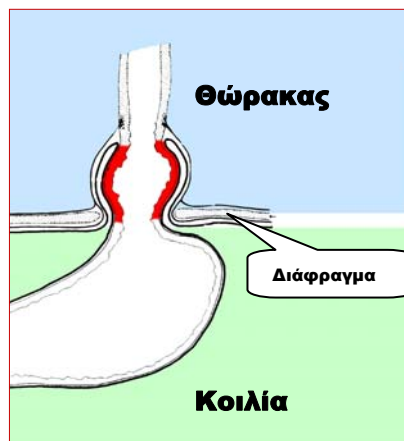
Όλες οι χειρουργικές μέθοδοι επιχειρούν να **προσπελάσουν το πρόβλημα**, δηλ. την ίδια την **διαφραγματοκήλη** (**κόκκινο** χρώμα στο σχήμα, κάτω-δεξιά) ή την **δυσλειτουργούσα Οισοφαγο-Γαστρική Συμβολή**. Αυτή **βρίσκεται εξ ορισμού μέσα στον θώρακα**, εφόσον τέθηκε Διάγνωση ολισθαίνουσας Διαφραγματοκήλης.

Επομένως μια προβληματική περιοχή που **βρίσκεται μέσα στον θώρακα** (Γαλάζια περιοχή, στο σχήμα, δεξιά) θα πρέπει να την προσπελάσουμε **δια-θωρακικά**, για να έχουμε τις βέλτιστες πιθανότητες να επιτύχει το εγχείρημά μας. Για να χειρουργήσουμε την ολισθαίνουσα διαφραγματοκήλη πρέπει να την προσπελάσουμε **δια μέσου του θώρακα**.

Αν κάποιος χειρουργός, όσο δεινός και αν είναι, επιχειρήσει να αποκαταστήσει μια δυσλειτουργική περιοχή δια μέσου προσπελάσεως δια μέσου άλλου ανατομικού διαμερίσματος του ανθρώπινου σώματος (π.χ. **δια-κοιλιακά**, δια μέσου της Κοιλίας είτε με λαπαροτομία είτε με λαπαροσκόπηση, **ΠΡΑΣΙΝΟ** χρώμα), τότε θα έχει πρακτικές δυσχέρειες που θα αυξήσουν τις πιθανότητες αποτυχίας του εγχειρήματος.

Παράδειγμα: φανταστείτε έναν **κουρέα ή κομμωτή** που προσπαθεί να κουρέψει έναν πελάτη που κάθεται **σε άλλο, σε διαφορετικό δωμάτιο**. Φανταστείτε τον κουρέα να **έλκει**, να τραβάει με δύναμη το κεφάλι του ταλαίπωρου πελάτη του προς την σχισμή της μισάνοιχτης πόρτας, δια μέσου της οποίας προσπαθεί να τον κουρέψει «στα τυφλά» ψηλαφώντας τον αλλά χωρίς να τον βλέπει καν άμεσα, αφού τους χωρίζει ένας **τοίχος**. Και φανταστείτε τις ψαλιδιές στα μαλλιά του τριχωτού της κεφαλής, το οποίο είναι **τεντωμένο, «υπό τάση»** λόγω της υφιστάμενης μέγιστης έλξης προς την σχισμή της μισάνοιχτης πόρτας του κουρέα...!!

Κατ' αναλογία φανταστείτε έναν χειρουργό που έχει τελέ-



σει «λαπαροτομία» (τομή στην κοιλιά, προσπέλαση δια μέσου της κοιλίας), επομένως **δεν** έχει οπτικό έλεγχο της διαφραγματοκλήλης, επειδή η τελευταία βρίσκεται έξω από την κοιλιά: βρίσκεται μέσα στον θώρακα. Τότε ο χειρουργός αναγκάζεται να έλκει, να τραβάει με δύναμη όλο το στομάχι προς τα κάτω, προς την κοιλιά, ώστε τελικά να εμφανισθεί οριακά μέσα στο οπτικό πεδίο του η Ο.-Γ. συμβολή τεντωμένη ή **«υπό τάση»**. Αυτήν πρέπει να την χειρουργήσει τελώντας «πλαστική» (θολοπλαστική), **δηλ.** δημιουργώντας, «πλάθοντας» νέα λειτουργική “βαλβίδα μιας κατεύθυνσης” βάζοντας ράμματα σε τεντωμένους ιστούς και χωρίς άνετο οπτικό έλεγχο.

Για τους ανωτέρω λόγους, δηλαδή αιτιολογημένα, πιστεύουμε ότι η μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχίας επιχειρούμενης χειρουργικής θεραπείας είναι μέσω **δια-θωρακικής προσπέλασης**, όπως αριστερής πλαγίας χαμηλής θωρακοτομής.

Ακόμη και επί **«ενδοσκοπικής»** προσπέλασης (“key-hole surgery”) και πάλι η **θωρακοσκοπική** προσπέλαση (**VATS: Video-Assisted Thoracoscopic Surgery, δια-θωρακική ενδοσκόπηση**) έχει περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας από την λαπαροσκοπική (δια-κοιλιακή ενδοσκόπηση). Ωστόσο ο συγγραφέας του παρόντος άρθρου έχει την άποψη ότι **όλες οι ενδοσκοπικές προσπελάσεις έχουν κατώτερη πιθανότητα επιτυχίας από την ανοικτή δια-θωρακική** προσπέλαση μέσω πλαγίας χαμηλής θωρακοτομής (αριστερής) λόγω γενικότερα περιορισμένης «άνεσης» επίτευξης των 3 εγχειρητικών στόχων (βλ. επόμενη παράγραφο).

γ. Εγχειρητικοί Στόχοι - Μέθοδοι

Τελείται **«θολοπλαστική»** (“fundoplication”): επέμβαση κατά την οποία με χειρουργικές ραφές στον θόλο του στομάχου (στο ανώτερο τμήμα του στομάχου) επιχειρείται να «πλαστεί» ή να δημιουργηθεί νέα λειτουργική “βαλβίδα μιας κατεύθυνσης”. Αυτό γίνεται με πτύχωση και περιτύλιγμα (wrap) του θόλου του στομάχου γύρω από τον οισοφάγο. Η επέμβαση αυτή επιχειρεί να επιτύχει **και τους 3** ακόλουθους Στόχους:

- να απαγορεύει την γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση (ο θόλος του στομάχου ραμμένος σαν περιτύλιγμα γύρω από τον οισοφάγο, πιέζει το τοίχωμα αυτού και κρατάει τον αυλό του κλειστό με αποτέλεσμα την πρόληψη παλινδρόμησης)
- να διασφαλίζει ότι η ο.-γ. συμβολή ανατάσσεται μέσα στην ορθή ανατομική θέση της, δηλ. μέσα την κοιλιά, με αναγκαστική συνύπαρξη μιας ενδο-κοιλιακής μοίρας Οισοφάγου (στο τοίχωμα του οποίου ασκείται η πάντοτε θετική ενδοκοιλιακή πίεση, που κρατάει τον αυλό κλειστό, προλαμβάνοντας την παλινδρόμηση)
- να στενεύει το «οισοφάγειο τρήμα» του διαφράγματος, δηλ. την οπή δια της οποίας διέρχεται ο οισοφάγος από τον θώρακα προς την κοιλιά (το τρήμα στενεύεται με χειρουργικά ράμματα Τόσο, που να μην υπάρχει ευρυχωρία να ανέρχεται προς τον θώρακα δι’ αυτού ο θόλος ή οποιοδήποτε άλλο όργανο, αλλά να μην δυσχεραίνεται η προώθηση τροφών προς το στομάχι).

Οι παραπάνω 3 εγχειρητικοί στόχοι ΠΡΕΠΕΙ οπωσδήποτε να επιτυγχάνονται από κάθε επέμβαση θολοπλαστικής. Η πιο επιτυχής θεωρούμε ότι είναι η επέμβαση **θολοπλαστικής κατά Belsey Mark IV** (προφέρεται «μπέλσεϋ μαρκ φορ»). Κατ’ αυτήν ο θόλος (του στομάχου) περιτυλίγεται γύρω από τον οισοφάγο εν μέρει, δηλ. μόνον κατά **270°** (αντί των **360°** της θολοπλαστικής κατά **Nissen**), ώστε ο ασθενής να απολαμβάνει και μετεγχειρητικά το ακόλουθο πλεονέκτημα: Μετά από θολοπλαστική κατά Belsey Mark IV ο ασθενής διατηρεί την ικανότητα αποβολής αερίων με ερυγές (ρεψίματα) και την ικανότητα να κάνει εμετό.

Αντίθετα οι ασθενείς **μετά από** θολοπλαστική κατά **Nissen** συχνά υποφέρουν από **μετεωρισμό** λόγω αδυναμίας αποβολής αερίων με ερυγές και αναγκάζονται να καταφεύγουν σε ρινο-γαστρικό καθετηριασμό, έχοντας **χάσει** την ικανότητα του εμετού. Από την άλλη μεριά, η θολοπλαστική κατά Nissen θεωρείται ότι μπορεί να είναι λίγο περισσότερο αποτελεσματική στην θεραπεία της παλινδρόμησης.

δ. Πιθανότητες Επιτυχίας & Κίνδυνοι Χειρουργικής Θεραπείας

Η πιθανότητα **Επιτυχίας** της χειρουργικής θεραπείας που τελείται για πρώτη φορά στην ζωή ενός ασθενούς κυμαίνεται περί το **70-75%**. Το ποσοστό επιτυχίας είναι σαφώς **ελαττωμένο** σε περίπτωση **επαν-εγχείρησης** μετά από αποτυχία προγενέστερης χειρουργικής θεραπείας, ανεξαρτήτως προσπελάσεως.

Επίσης το ποσοστό επιτυχίας μειώνεται και όποτε υπάρχουν παράγοντες που «δυσχεραίνουν» την άνετη τέλεση της χειρουργικής θεραπείας και ένας από αυτούς μπορεί να θεωρηθεί και η «ενδοσκοπική» προσπέλαση (λαπαροσκοπική ή θωρακοσκοπική ή VATS). Σε κάθε περίπτωση ασθενούς οποιαδήποτε μέθοδος χειρουργικής θεραπείας διαφραγματοκήλης μπορεί να έχει πλήρη ή μερική επιτυχία ή αποτυχία:

- **Πλήρης επιτυχία:** ο ασθενής μετεγχειρητικά παραμένει χωρίς ενοχλήματα χωρίς ανάγκη φαρμακευτικής θεραπείας ή συντηρητικών μέτρων. Ακτινολογική μελέτη με βάριο ή οισοφαγοσκόπηση μετεγχειρητικά επιβεβαιώνουν την απουσία παλινδρόμησης / διαφραγματοκήλης.
- **Μερική επιτυχία:** ο ασθενής μετεγχειρητικά ή έχει “λιγότερα ενοχλήματα” ή έχει “λιγότερο συχνά τα ίδια ενοχλήματα παλινδρόμησης” που είχε προεγχειρητικά, ώστε χρειάζεται πλέον ή μικρότερες δόσεις φαρμάκων ή χρειάζεται φάρμακα περιστασιακά (λιγότερο συχνά). Ακτινολογική απεικόνιση ή οισοφαγοσκόπηση τεκμηριώνουν διαφραγματοκήλη ή παλινδρόμηση ΜΙΚΡΟΤΕΡΟΥ βαθμού από ό,τι προεγχειρητικά.
- **Αποτυχία:** χωρίς μετεγχειρητικά οφέλη ως προς την ύπαρξη ενοχλημάτων. Ανάγκη συνεχιζόμενης συντηρητικής Αντιμετώπισης. Ακτινολογική απεικόνιση ή οισοφαγοσκόπηση τεκμηριώνουν παρουσία διαφραγματοκήλης βαθμού συγκρίσιμου με τον προεγχειρητικό.

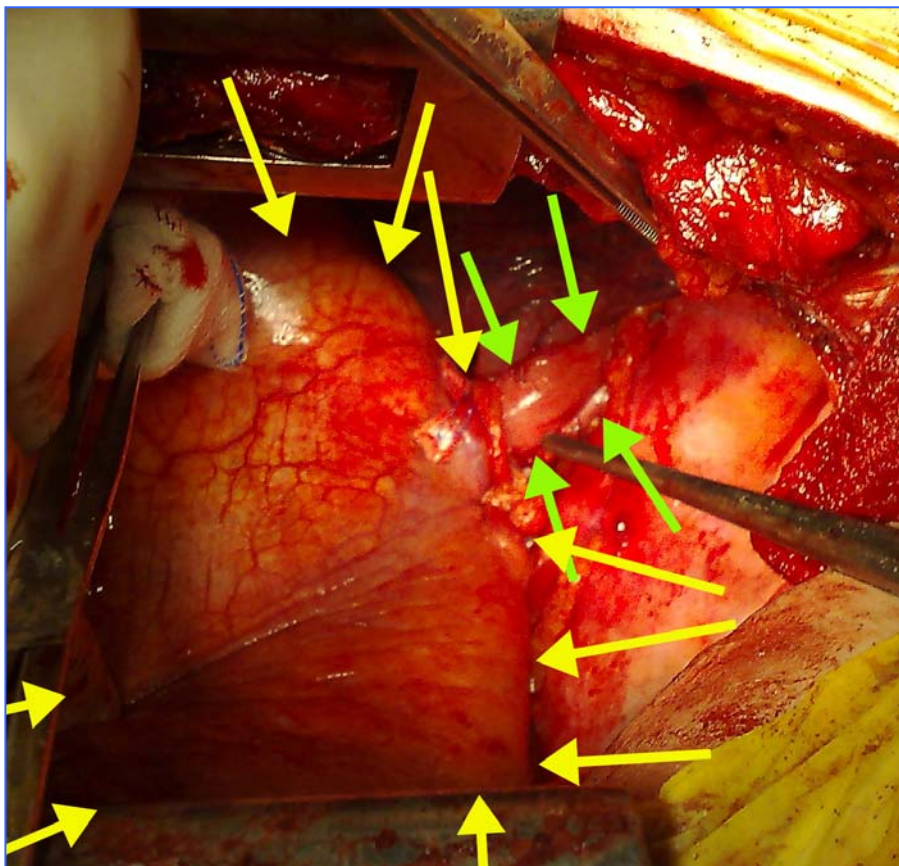
Η χειρουργική θεραπεία φυσικά και ενέχει μικρού βαθμού **κινδύνους** επιπλοκών, όπως άλλωστε ΚΑΘΕ χειρουργική επέμβαση. Οι κίνδυνοι αυτοί είναι γνωστοί και υπολογίζονται ως **κατώτεροι** του κινδύνου καρκινογένεσης εξαιτίας της μακροχρόνιας παλινδρόμησης, που αναγνωρίζεται επίσημα ως προ-καρκινική κατάσταση, ιδίως αν ήδη έχουν αλλοιωθεί οι κυτταρικοί πληθυσμοί του επιθηλίου του Οισοφάγου (όπως στην νοσολογική Οντότητα «**Οισοφάγος του Barrett**»). Στοιχεία δείχνουν ότι ο κίνδυνος, η **θνητότητα** από θωρακοχειρουργική θεραπεία διαφραγματοκήλης είναι μόλις **0,26%** = $\frac{1}{382}$ (σύμφωνα με τα UK Thoracic Surgical Registers 1998-99 & 1999-2000, 1 μόλις θάνατος επί συνολικά 382 = 198+184 θωρακοχειρουργικών Επεμβάσεων κατά παλινδρόμησης & αποκατάστασης διαφραγματοκήλης, παράγραφοι V1.1).

ε. Ενδείξεις & Αντενδείξεις Χειρουργικής Θεραπείας

Βασική **ένδειξη** για τέλεση χειρουργικής θεραπείας είναι να υπάρχει θεαματική ή σημαντική **βελτίωση των ενοχλημάτων με συντηρητική αντιμετώπιση** (μετά από πιστή εφαρμογή για 1 - 2 μήνες όλων μαζί των μέτρων αυτής). Μόνον έτσι, δια των ωφελούντων και de facto, αποδεικνύεται ότι για τα όποια ενοχλήματα του συγκεκριμένου ασθενούς αποκλειστικώς υπαίτια είναι η διαφραγματοκήλη ή η παλινδρόμηση και όχι κάποια άλλη επιπρόσθετη αιτία, ίσως ακόμη αδιάγνωστη...

Δεν ενδείκνυται χειρουργική θεραπεία σε περιπτώσεις ασθενών που τα ενοχλήματά τους εμμένουν παρά την πλήρη συμμόρφωση με την συντηρητική αντιμετώπιση, διότι σε αυτούς τους ασθενείς de facto αποδείχεται ότι η (συντηρητικά επιτυγχανόμενη) άρση ή μείωση της παλινδρόμησης δεν επιφέρει ύφεση ενοχλημάτων. Το γεγονός αυτό **αμφισβητεί** την διαφραγματοκήλη ή την παλινδρόμηση ως την Αιτία των ενοχλημάτων: μπορεί να **συν-υπάρχει** η διαγνωσθείσα παλινδρόμηση (ενδεχομένως μικρού ή μετρίου βαθμού) μαζί με **άλλη νοσολογική Οντότητα** που ακόμη παραμένει αδιάγνωστη π.χ. Νόσο παγκρέατος ή νόσημα χοληφόρων ή άλλο.

Άλλη ένδειξη για χειρουργική θεραπεία της παλινδρόμησης ή της διαφραγματοκήλης είναι η ύπαρξη **Οισοφάγου του Barrett**. Αυτή είναι επίσημα αναγνωρισμένη ως “προκαρκινική κατάσταση” (μπορεί δηλαδή να οδηγήσει σε **καρκίνο Οισοφάγου**) και η παρουσία της συνήθως είναι απόδειξη μακροχρόνιας ύπαρξης παλινδρόμησης και μακροχρόνιας επαναλαμβανόμενης Οισοφαγίτιδας.



ΠΡΑΣΙΝΑ βέλη δείχνουν τον **Οισοφάγο**, (περιβρογχισμένο)

ΚΙΤΡΙΝΑ βέλη δείχνουν το αριστ. **ημιδιάφραγμα** (ΑΡ θωρακοτομή)

Δεν υπάρχει πλέον ενδοθωρακικά κανένα τμήμα στομάχου, επειδή αυτός έχει αναταχθεί στην φυσιολογική του ενδοκοιλιακή θέση, όπου καθλώθηκε με ράμματα κατά Belsey Mark IV

Περισσότερες πληροφορίες στον δικτυακό τόπο: www.icp-med.gr

— ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΑΡΘΡΟΥ: 22.11.2006 / ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ: 14 Μαρ 2008 —