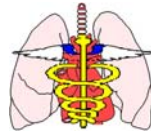


ΙΩΑΝΝΗΣ Χ. ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΣ

Αρχίατρος — Θωρακοχειρουργός

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



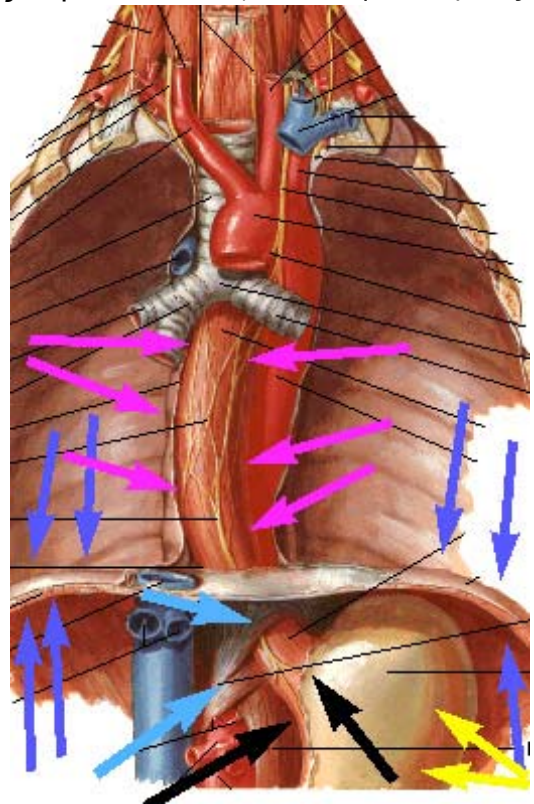
Ζαχ. Παπαντωνίου 12
551 34 ΚΑΛΑΜΑΡΙΑ
Τηλ./Fax: 2310 434622
Κινητό: 697 7233088

Οισοφαγίτιδα, Παλινδρόμηση & Διαφραγματοκήλη

(Πληροφορίες ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ, γραμμένες με απλά λόγια)

1. Εισαγωγή

Οισοφάγος είναι ο μυϊκός σωλήνας που ενεργητικά μεταφέρει τις τροφές από τον φάρυγγα προς το στομάχι. Αυτός έχει συνολικό μήκος περί τα **25 cm** (απόσταση του πέτατος του Οισοφάγου 39–40 cm περίπου από τους τομείς ή «κοπτήρες» οδόντες: κατά την διάρκεια ενδοσκόπησης). **ΜΩΒ** βέλη δείχνουν τον Οισοφάγο στο διπλανό σχήμα. Το μεγαλύτερο μέρος του Οισοφάγου (21 cm) βρίσκεται μέσα στον θώρακα (ενδοθωρακική μοίρα Οισοφάγου). Αυτός πορεύεται πίσω από την καρδιά και εμπρός από την σπονδυλική στήλη από πάνω προς τα κάτω (δηλαδή από το κεφάλι προς τα πόδια). Στο κατώτερο σημείο του ο Οισοφάγος συναντάει το διάφραγμα.



Το **διάφραγμα** είναι ένας πλατύς μυς, που **χωρίζει** τον **θώρακα** από την **κοιλιά** (“περιτοναϊκή κοιλότητα”). **ΜΠΛΕ** βέλη δείχνουν το διάφραγμα στο διπλανό σχήμα. Το διάφραγμα έχει μία **οπή** (το “οισοφαγικό τρήμα”). **ΓΑΛΑΖΙΑ** βέλη δείχνουν αυτήν την οπή του διαφράγματος στο διπλανό σχήμα. Μέσα από αυτήν την οπή περνάει ο Οισοφάγος (και μόνον αυτός) προς το εσωτερικό της κοιλιάς. Μέσα στην κοιλιά συνεχίζει ο Οισοφάγος με μια βραχύτατη πορεία (ενδοπεριτοναϊκή πορεία) περί τα 3 - 4 cm, που είναι πολύ σημαντική. Η **οπή** του διαφράγματος φυσιολογικά πρέπει είναι τόσο μικρή, στενή και σφιχτή, ώστε μόνον ο ίδιος ο Οισοφάγος ίσα – ίσα να χωράει να περάσει μέσα από αυτήν.

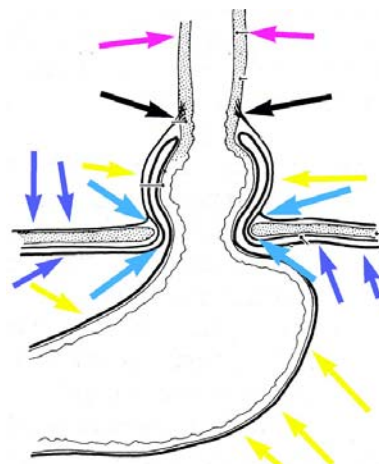
Μέσα στην κοιλιά πλέον ο Οισοφάγος τελειώνει την δική του πορεία. Εκεί που τελειώνει ο οισοφάγος, αλλάζει όνομα ο ενιαίος πεπτικός σωλήνας μας και μετατρέπεται πλέον σε «Στόμαχο». **ΚΙΤΡΙΝΑ** βέλη δείχνουν τον στόμαχο στο άνω-δεξιά σχήμα. Η περιοχή που ο Οισοφάγος γίνεται Στόμαχος, ή αλλιώς το σημείο συνάντησης Οισοφάγου και Στομάχου είναι επακριβώς καθορισμένο και ονομάζεται **Οισοφαγο-Γαστρική Συμβολή** (“**Ο. – Γ. Συμβολή**”). Το σημείο αυτό έχει **τεράστια σημασία** για την κατάποση και την πέψη. **ΜΑΥΡΑ** βέλη δείχνουν την Ο. – Γ. Συμβολή στο άνω-δεξιά σχήμα.

Η Ο-Γ συμβολή λειτουργεί σαν να ήταν βαλβίδα μιας κατεύθυνσης: **επιτρέπει** στις τροφές να μεταφερθούν με πορεία από τον οισοφάγο προς το στομάχι, όμως **απαγορεύει** στο περιεχόμενο του στομάχου να “παλινδρομήσει”. Δηλαδή η Ο-Γ Συμβολή απαγορεύει στο οξύ που βρίσκεται μέσα στο στομάχι μας να γυρίσει προς τα πίσω, προς τα πάνω, προς τον οισοφάγο.

Μέσα στην Ο.-Γ. Συμβολή **δεν** υπάρχει κάποια πραγματική ανατομική «βαλβίδα» (αντίθετα με τις “πραγματικές” βαλβίδες της καρδιάς), αλλά υπάρχει ένας θαυμαστός πολύπλοκος μηχανισμός, που λειτουργεί σαν να ήταν βαλβίδα μιας κατεύθυνσης.

Ο μηχανισμός αυτός λειτουργεί μόνον υπό την προϋπόθεση ότι βρίσκονται ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ ΟΡΓΑΝΑ στην ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΟΥΣ ΘΕΣΗ, όπως περιγράφηκε παραπάνω (πρέπει: 1.- όλο το στομάχι να είναι μέσα στην κοιλιά, 2.- να υπάρχει ένα μέρος Οισοφάγου μέσα στην κοιλιά επίσης, έστω μικρό, μήκους 2 – 3 cm και 3.- η οπή του διαφράγματος να είναι στενή, μικρή και «σφιχτή»).

Όταν για οποιονδήποτε λόγο η οπή του διαφράγματος καταστεί περισσότερο “ευρύχωρη” (π.χ. χαλάρωση, διεύρυνση, διαστολή της οπής κλπ), τότε τα όργανα της κοιλιάς (σπλάγχνα) τείνουν να μπουνέ μέσα στην οπή του διαφράγματος και, γλιστρώντας δι’ αυτής, μεταναστεύουν μέσα στον θώρακα, επειδή πιέζονται από την ισχυρή ενδοκοιλιακή πίεση. Στον θώρακα “εισροφούνται” εξαιτίας και της “υποπίεσεως” ή “κενού” ή “αρνητικής πίεσεως” που επικρατεί εκεί (χάρη στην υποπίεση άλλωστε αυτή εκπνύσσονται οι πνεύμονες, για να αναπνέουμε). Το ενδοκοιλιακό όργανο που συνήθως Πρώτο τείνει να μπει μέσα στον θώρακα (δια της οπής του διαφράγματος) είναι το ίδιο το στομάχι και μάλιστα το ανώτερο τμήμα του στομάχου («θόλος» στομάχου), επειδή απλούστατα είναι το πιο κοντινό όργανο προς την οπή αυτή.



Όταν λοιπόν ο θόλος του στομάχου «γλιστρήσει» δια της οπής του διαφράγματος και μεταναστεύσει μέσα στον θώρακα, τότε η κατάσταση αυτή ορίζεται ως «Ολισθαίνουσα Διαφραγματοκήλη» ή «κατ’επολίτωση Διαφραγματοκήλη», όπως στο άνω-δεξιά σχήμα (ΜΩΒ βέλη: Οισοφάγος, ΜΑΥΡΑ: η Ο.-Γ. Συμβολή, ΜΠΛΕ: διάφραγμα, ΓΑΛΑΖΙΑ: “οπή” διαφράγματος, ΚΙΤΡΙΝΑ: στομάχι). Υπενθυμίζεται ότι σε φυσιολογική ανατομία, ολόκληρο το στομάχι (άρα και ο «θόλος» αυτού) βρίσκονται μέσα στην κοιλιά, Όχι μέσα στον θώρακα.

Μια άλλη κατάσταση, η «παρα-οισοφαγική» Διαφραγματοκήλη είναι σπανιότερη. Αυτή αποτελεί απόλυτη ένδειξη χειρουργικής θεραπείας άμεσα για αποφυγή περισφίξεως. Σε αυτήν εισχωρεί μέσα στον θώρακα οποιοδήποτε άλλο τμήμα του στομάχου, εκτός από τον «θόλο» (θόλος: το ανώτερο τμήμα του στομάχου). Δεν θα ασχοληθούμε περαιτέρω με αυτήν στο παρόν ενημερωτικό δελτίο. Όπου αναφέρουμε «Διαφραγματοκήλη» από εδώ και στο εξής, θα εννοούμε μόνον την (συχνότερη) «Ολισθαίνουσα» Διαφραγματοκήλη.

Η διαφραγματοκήλη λοιπόν, δηλαδή ο θόλος του στομάχου που περνάει δια μέσου της οπής του διαφράγματος, δεν επιτρέπει στις μυϊκές ίνες του διαφράγματος να συγκλείσουν τον κατώτερο οισοφάγο. Για επιπρόσθετους λόγους, περίπλοκους, που υπερβαίνουν τα όρια του παρόντος κειμένου, το αποτέλεσμα της ύπαρξης διαφραγματοκήλης είναι ότι:

Παύει να λειτουργεί ο βαλβιδικός μηχανισμός στην Ο-Γ Συμβολή, δηλ. στην ένωση οισοφάγου – στομάχου: έτσι το ερεθιστικό περιεχόμενο του στομάχου (υδροχλωρικό **οξύ** & πεπτικά **ένζυμα**) **παλινδρομεί** προς τον οισοφάγο, όπου προκαλεί ισχυρό ερεθισμό ή φλεγμονή («**Οισοφαγίτιδα**») λόγω “χημικού εγκαύματος” κάθε φορά που το σώμα του ασθενούς γίνεται οριζόντιο, π.χ. **όποτε ξαπλώνει για ύπνο**. Αυτό το χημικό έγκαυμα επαναλαμβάνεται για χρόνια κάθε νύχτα, κάθε φορά που οριζοντιώνεται, οπότε



και **παλινδρομούν** προς τον Οισοφάγο τα οξέα και ένζυμα του στομάχου. Όσο πιο μακροχρόνια έχει υποστεί επαναλαμβανόμενα χημικά εγκαύματα ο Οισοφάγος και όσο πιο εκτεταμένη είναι η βαρύτητά τους, τόσο περισσότερο επιδεινώνεται η **Οισοφαγίτιδα** από **1^ο βαθμού** (ήπια φλεγμονή), σε **2^ο βαθμού** (βαρύτερη φλεγμονή), **3^ο βαθμού** (έλκη στον Οισοφάγο, δηλ. ανοικτές πληγές) και **4^ο βαθμού** (**στένωση**, του Οισοφάγου, δηλαδή οριστική πλέον βλάβη).

2. Επιπλοκές

Συνήθεις Συνέπειες χρόνιας, παραμελημένης διαφραγματοκήλης είναι:

- **Συμπτώματα ενοχλητικά**, βασανιστικά, μακροχρόνια, που μειώνουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς
- Χρονία Οισοφαγίτιδα (φλεγμονή του Οισοφάγου)
- Έλκη στον Οισοφάγο
- **Περίσφιγξη** του θόλου του στομάχου που διέρχεται δια της οπής του διαφράγματος (διακοπή της τροφοδοσίας του θόλου με αίμα και νέκρωση αυτού, που απαιτεί Επείγουσα χειρουργική επέμβαση, ακρωτηριαστική, σωστική της ζωής)
- **Στένωση** του οισοφάγου από υπέρμετρη προσπάθεια επούλωσης εκ μέρους του οργανισμού με επακόλουθη **δυσκολία κατάποσης** (οι μπουκιές των τροφών δυσκολεύονται να περάσουν μέσα από τον στενωμένο Οισοφάγο).
- «Οισοφάγος του **Barrett**» (προφέρεται «Μπάρετ»), δηλαδή η παθολογική κατάσταση που:
 - Αλλάζουν εντελώς τα **κύτταρα** που επαλείφουν εσωτερικά τον κατώτερο οισοφάγο, δηλ. τα κύτταρα του «**επιθηλίου**» του Οισοφάγου (το Επιθήλιο είναι σύνολο κυττάρων. Μπορεί να παρομοιασθεί σαν ένα είδος ζωντανής «εσωτερικής φόδρας ρούχου» ή «ταπετσαρίας που καλύπτει εσωτερικά ένα δωμάτιο»)
 - Η αλλαγή αυτή των επιθηλιακών κυττάρων από πλακώδη σε κυλινδρικά έχει ενοχοποιηθεί επίσημα ως «**προκαρκινική κατάσταση**». Δηλ. ο οισοφάγος του Barrett μπορεί να αυξήσει **σημαντικά** τον κίνδυνο εμφάνισης Καρκίνου του Οισοφάγου.
- Κάποιος κίνδυνος ανάπτυξης **Καρκίνου του Οισοφάγου** προκαλείται και από την απλή **παλινδρόμηση** οξέων μέσα σε αυτόν, αν διαρκεί μακροχρόνια (ακόμα και αν απουσιάζει «οισοφάγος του Barrett»).

3. Αιτίες

Δεν υπάρχει βεβαιότητα για την γενεσιουργό **Αιτία** Διαφραγματοκήλης. Ξέρουμε όμως ότι εμφανίζεται συχνότερα σε:

- Ηλικίες άνω των **50** χρονών
- **Καπνιστές** τσιγάρων κλπ
- **Παχύσαρκους** ή υπέρβαρους
- **εγκύους**

Θεωρείται ότι:

- ίσως **υπέρμετρα** **εργώδης φυσική προσπάθεια** μπορεί να προκαλέσει “εκρηκτική” ή “εξαιρετικά μεγάλη” αύξηση της



θετικής ενδοκοιλιακής πίεσης και έτσι να “εξωθήσει” τον θόλο του στομάχου προς τον θώρακα (ανατομικό διαμέρισμα με «υποπίεση») προκαλώντας διαφραγματοκήλη. Τέτοιες υπέρμετρα εργώδεις φυσικές προσπάθειες είναι ο υπερβολικός βήχας, έμετοι, υπερβολική ή αιφνίδια / εκρηκτική φυσική καταπόνηση.

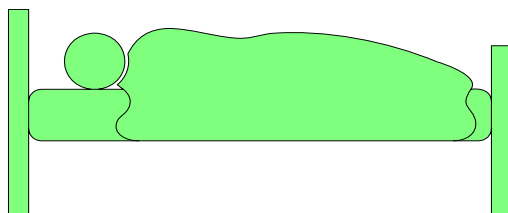
- Άνθρωποι ηλικίας άνω των 50 χρονών μπορεί να έχουν **χαλάρωση** των κοιλιακών τοιχωμάτων τους γενικότερα, άρα και του διαφράγματος. Έτσι μπορεί να χαλαρώσει και η διαφραγματική **οπή** δια της οποίας να “γλυστρήσει” ο θόλος του στομάχου προς τον θώρακα.

Υπάρχει ένα σπάνιο είδος Διαφραγματοκηλών, που εμφανίζονται **σε νεογνά ή βρέφη** λόγω της ατελούς ανάπτυξης του διαφράγματος αυτών: οι **συγγενείς** διαφραγματοκήλες με συχνότερη την πρόσθια ή «Διαφραγματοκήλη του **Morgagni**» ή «του **Larrey**» (βλ. αριστερή στήλη «Φωτογραφίες» στην Ιστοσελίδα).

4. Συμπτώματα

Τα συμπτώματα της διαφραγματοκήλης μπορεί να εκδηλώνονται με διαφορετική ένταση ή με **διαφορετικό τρόπο** σε κάθε μεμονωμένο ασθενή. Δεν παραπονούνται ποτέ όλοι για τα ίδια ακριβώς συμπτώματα, αλλά για μια **ποικιλία συμπτωμάτων**.

Οι ασθενείς όμως με ποικίλα συμπτώματα (ενοχλήματα) διαφραγματοκήλης έχουν όλοι **Ένα κοινό χαρακτηριστικό**: τα όποια συμπτώματά τους **επιδεινώνονται κυρίως κατά την “οριζοντίωση” του σώματος** (π.χ. κατά την κατάκλιση, το ξάπλωμα για ύπνο κλπ) ή επιτείνονται **αμέσως μετά** από αυτήν. Επίσης τα συμπτώματα είναι πιο έντονα ή βασανιστικά όποτε τυχαίνει ο ασθενής να ξαπλώσει / οριζοντιωθεί **πολύ σύντομα μετά από λήψη τροφής** ή αλκοολούχου ποτού. Αντίθετα τα συμπτώματα είναι ηπιότερα αν ο ασθενής ξαπλώσει χωρίς να έχει φάει τις τελευταίες 2 – 3 ώρες. Αν συμβαίνει η παραπάνω **χρονική συσχέτιση** όποιων διαφορετικών συμπτωμάτων με κατάκλιση / οριζοντίωση μετά από λήψη τροφής, τότε αυτό είναι αρκετό για να εγείρει **κλινική υπόνοια** ύπαρξης Διαφραγματοκήλης.

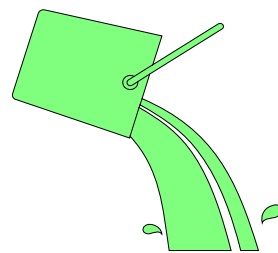


Σπανιότατα συμβαίνει να διαγνωσθεί διαφραγματοκήλη ως **τυχαίο εργαστηριακό εύρημα** σε ασθενή “**ασυμπτωματικό**”, ο οποίος δηλαδή **δεν** παραπονείται καθόλου για συμπτώματα. Πιθανώς όμως αυτός ο άνθρωπος να νιώθει «ενοχλήσεις» τις οποίες τις έχει «συνηθίσει» και τις θεωρεί πλέον αναπόσπαστο μέρος της ζωής του, έχοντας εξοικειωθεί με αυτές.

Η ποικιλία των Συμπτωμάτων, τα οποία οφείλονται στην **Οισοφαγίτιδα** (δηλ. στην φλεγμονή του Οισοφάγου ή αλλιώς στο «χημικό έγκαυμα» αυτού), ονομάζονται «Σύνδρομο Γαστρο-Οισοφαγικής **Παλινδρόμησης**» ή απλούστερα «**Παλινδρόμηση**». Συνήθως, περιλαμβάνουν:

- **οπισθοστερνικό Πόνο** (συνήθως Σημαντικό) :
 - Αυτός μπορεί να είναι **τόσο έντονος και Οξύς** που να υποδέεται **Έμφραγμα** του Μυοκαρδίου ή γενικότερα Στεφανιαία Νόσο
 - Αυτός μπορεί να είναι τόσο έντονος, που να προκαλεί διαταραχές του **ύπνου** ή αϋπνία.
 - Αυτός μπορεί να είναι **τόσο ήπιος**, που ο ίδιος ο ασθενής να τον χαρακτηρίζει ως απλή «**δυσφορία**» ή «**ενόχληση**» **οπισθοστερνικά**

- Μπορεί να έχει χαρακτήρα «καύσους», δηλαδή μπορεί να είναι «καυστικός πόνος» (αγγλιστί “heartburn”)
- Η **αιτία του πόνου** είναι ότι ο Οισοφάγος είναι φτιαγμένος για να προωθεί μπουκιές τροφών μαζί με σάλιο (βλωμούς) και όχι για να έρχεται σε επαφή με **οξέα & ένζυμα** (πεπτικά, πρωτεολυτικά). Για επαφή με τα οξέα και ένζυμα ο Οισοφάγος δεν διαθέτει καμία προστασία. Όταν λοιπόν **παλινδρομεί** μέσα στον οισοφάγο **γαστρικό περιεχόμενο** (δηλ. υδροχλωρικό **οξύ** και ισχυρά **ένζυμα**), τότε ο οισοφάγος παθαίνει “**χημικό έγκαυμα**”. Αυτό εκδηλώνεται με πόνο. Η παλινδρόμηση επαναλαμβάνεται με κάθε νέα οριζόντιωση του σώματος του ασθενούς (π.χ. κατά τον ύπνο). Τότε το **οξύ χύνεται μέσα στον οισοφάγο** χωρίς να το συγκρατεί στο στομάχι, κανένας βαλβιδικός μηχανισμός, *σαν να χυνόταν το περιεχόμενο ενός κουβά που «ξάπλωσε»*. Το ήδη προκληθέν έγκαυμα στον οισοφάγο δεν προλαβαίνει να επουλωθεί και ξανα-προκαλείται νέο “έγκαυμα” καθημερινά. Έτσι προκύπτει μια έντονη φλεγμονή του Οισοφάγου, που την ονομάζουμε **Οισοφαγίτιδα**. Αυτή μπορεί να είναι τόσο πολύ βαριά, που να προκληθούν **έλκη** ή **στενώσεις** σε περιπτώσεις ασθενών παραμελημένες για πολλά χρόνια.



- **Όξινες ερυγές** («ρέψιμο» με γεύση / οσμή όξινη)
- **Ανάρροια ή αναγωγή:**
 - επιστροφή γαστρικού περιεχομένου στο στόμα, αλλά με ελάχιστη “προσπάθεια” ή χωρίς καθόλου “προσπάθεια”. Συμβαίνει πολύ «εύκολα», χωρίς κόπο εκ μέρους του ασθενούς και συχνά χωρίς καμιά κατανοητή αιτία.
 - διαφέρει από τον εμετό: στον τελευταίο ο ασθενής καταβάλλει προσπάθεια, παρόλο που αυτή είναι ακούσια, κάθε εμετός είναι λιγότερο ή περισσότερο «εργώδης» ενώ οι ανάρροιες και οι αναγωγές όχι.
- Δυσκολία κατάποσης ή **δυσκαταποσία:**
 - Μετά από χρονία και παραμελημένη Οισοφαγίτιδα, επέρχεται τόσο υπέρμετρη προσπάθεια του οργανισμού να «επουλώσει» την διαρκή φλεγμονή, που τελικά η ίδια η υπέρμετρη επούλωση προκαλεί μόνιμη και ανατομική οριστική “στένωση” του Οισοφάγου. Μέσα από την στένωση δυσκολεύονται να περάσουν ακόμα και οι μπουκιές των τροφών. Πρόκειται για προχωρημένη παραμελημένη χρονία Νόσο.
- Συμπτώματα **“Ασθματος”:**
 - από εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου μέσα στους αεραγωγούς (βρόγχους) και τελικά και μέσα στους πνεύμονες. Αυτό παλινδρομεί προς τον Οισοφάγο και προς τον φάρυγγα – τραχεία κατά την νυκτερινή οριζόντιωση (ύπνο).

5. Διάγνωση

Υπάρχουν δύο κυρίως τρόποι για να διαγνωσθεί με βεβαιότητα, δηλαδή για να τεκμηριωθεί, η διάγνωση Διαφραγματοκήλης:

- **Ενδοσκόπηση** ή αλλιώς **Οισοφαγο-γαστρο-(δωδεκαδακτυλο-) σκόπηση**. Αυτή:
 - Είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη εξέταση από όλες
 - Προβλέπει την κατάποση ενός μαλακού, εύκαμπτου οπτικού εργαλείου με το οποίο ο ενδοσκόπος “βλέπει” μέσα στον πεπτικό σωλήνα
 - Τελείται με τοπική αναισθησία και, συνήθως, με επιπρόσθετη ενδοφλέβια καταστολή, δηλαδή χορήγηση φαρμάκου που προκαλεί ηρεμία και ήπια “μέθη”

- Έχει τα εξής Πλεονεκτήματα:
 - Είναι μοντέρνα, σύγχρονη μέθοδος που μπορεί να αναδείξει ακόμα και μικρού μεγέθους διαφραγματοκήλες, όταν τελείται από πεπειραμένο Ενδοσκόπο.
 - προσφέρει τη δυνατότητα λήψεως ιστοτεμαχίων κατά την διάρκειά της (αντίθετα από την ακτινολογική μέθοδο) είτε για **βιοψία** είτε για εξέταση ανίχνευσης λοίμωξης από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (“CLO” test για Helicobacter pylori).
- Έχει τα εξής Μειονεκτήματα:
 - Είναι ελαφρώς δυσάρεστη Εμπειρία για τον εξεταζόμενο, όμως όχι επώδυνη.
 - Είναι **Υποκειμενική** μέθοδος. Δηλ. εξαρτάται απόλυτα από την Ικανότητα του ενδοσκόπου. Το μόνο που απομένει μετά από την ολοκλήρωσή της είναι το **Πόρισμα** αυτής, που το συντάσσει ο ενδοσκόπος που την τέλεσε. Δηλαδή δεν απομένουν ισχυρά αποδεικτικά τεκμήρια προς μελλοντική εκτίμηση ή σύγκριση. Αυτό δεν αίρεται από την συνήθη πρακτική λήψης φωτογραφιών κατά την διάρκειά της (πιθανώς να υπήρχαν ανωμαλίες που διέλαθαν = ξέφυγαν της προσοχής του ενδοσκόπου, οι οποίες ούτε καν ανιχνεύθηκαν και, επομένως, δεν φωτογραφήθηκαν κιόλας).
- **Ακτινολογική** μέθοδος. Αυτή:
 - Σπανιότατα τυχαίνει να απεικονίσει (να “χαρτογραφήσει”) χωρίς κατάποση «σκιαστικού» μέσου σε **απλή ακτινογραφία θώρακα** την «γαστρική φυσαλλίδα» του θόλου μέσα στον θώρακα (συνήθως κρυμμένη πίσω από την καρδιακή σιλουέτα).
 - Συχνότερα τελείται με κατάποση ενός λευκού γαλακτώματος (εναιωρήματος), που περιέχει κοκκία αδιάλυτου θειικού βαρίου. Ονομάζεται **«Οισοφαγογραφία με βάριο»** και **«Βαριούχο Γεύμα»**. Την ώρα που ο εξεταζόμενος καταπίνει το βάριο, απεικονίζεται (“χαρτογραφείται”) ακτινολογικά ο πεπτικός σωλήνας. Μπορεί να καταγραφεί σε films (ακίνητες, στατικές εικόνες) και / ή σε video (κινούμενες εικόνες, δυναμικές πληροφορίες).
 - Έχει τα εξής Πλεονεκτήματα:
 - Η κατάποση του γαλακτώματος βαρίου είναι συνήθως ευκολότερα ανεκτή από τον εξεταζόμενο συγκριτικά με την περισσότερο δυσάρεστη ενδοσκόπηση.
 - Αφήνει μετά από την ολοκλήρωσή της αναλλοίωτα Αποδεικτικά Τεκμήρια (εικόνες ή video). Πάνω στα τελευταία μπορεί οποιοσδήποτε άλλος μελλοντικός γιατρός από μόνος του και ανεξάρτητα να στηριχτεί για να θέσει διάγνωση ή να την αμφισβητήσει ή να την επιβεβαιώσει. Μπορεί ακόμα να την χρησιμοποιήσει για να εκτιμήσει εξέλιξη της Διαφραγματοκήλης κλπ. Άρα είναι **Αντικειμενική** μέθοδος, σε αντίθεση με την Υποκειμενική Ενδοσκόπηση
 - Έχει τα εξής Μειονεκτήματα:
 - Θεωρείται συμβατική μέθοδος, κατά πολύ παλαιότερη της ενδοσκόπησης. Ορισμένοι την θεωρούν αδίκως παρωχημένη. Έχει όμως ακόμη την θέση της στην Διαγνωστική.
 - Δεν μπορεί να απεικονίσει μια μικρού μεγέθους διαφραγματοκήλη (αν η ποσότητα βαρίου που παλινδρομεί στον Οισοφάγο είναι ελάχιστη, τότε αυτή ενδεχομένως να μην ανιχνευθεί καν)
 - προσφέρει μόνον εικόνες (ακίνητες ή κινούμενες = video), αλλά όχι ιστοτεμάχια προς βιοψίες.



Είναι ευθύνη του θεράποντος γιατρού η επιλογή της καταλληλότερης διαγνωστικής μεθόδου για συγκεκριμένο ασθενή. Η αποδεικτική αξία καθεμίας από αυτές θεωρείται στην κλινική πρακτική βεβαία επί τυχόν «θετικού» ευρήματος, δηλ. επί παρουσίας παθολογικού ευρήματος. Χρειάζεται όμως προσοχή σε περίπτωση «αρνητικού» αποτελέσματος, δηλ. σε απουσία παθολογικών ευρημάτων, διότι μπορεί να είναι «ψευδώς αρνητικά»: μπορεί δηλαδή να υπάρχει πράγματι διαφραγματοκήλη την οποία απέτυχε να ανιχνεύσει οποιαδήποτε από τις 2 εξεταστικές μεθόδους (συνήθως μικρού μεγέθους διαφραγματοκήλη είναι δύσκολο να ανιχνευθεί).

Υπάρχουν επιπρόσθετες εξετάσεις της λειτουργικότητας του ανώτερου πεπτικού, όπως Οισοφαγομανομετρία, 24-ωρη παρακολούθηση της οισοφαγικής οξύτητας ("pH") κλπ. Αυτών τα αποτελέσματα πάντοτε συν-εκτιμώνται όλα μαζί από τον κλινικό γιατρό, προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της Διαφραγματοκήλης.

Τονίζουμε με έμφαση ότι είναι **επιτακτική ανάγκη** η διάγνωση Διαφραγματοκήλης

**να τίθεται αδιαμφισβήτη-
τα και τεκμηριωμένα** σε

κάθε περίπτωση ασθενούς. Ο λόγος είναι ότι η διάγνωση αυτή επιφέρει θεραπευ-
τικές μεθόδους ιδιαίτερα

«περίπλοκες» και, σε μερικές περιπτώσεις, Ισόβιας ή
μακροχρόνιας διάρκειας.

Δεν νοείται στον 21^ο αιώνα να θέτουμε οποιονδήποτε ασθενή σε τόσο επίπονες μακροχρονίες θεραπευτικές

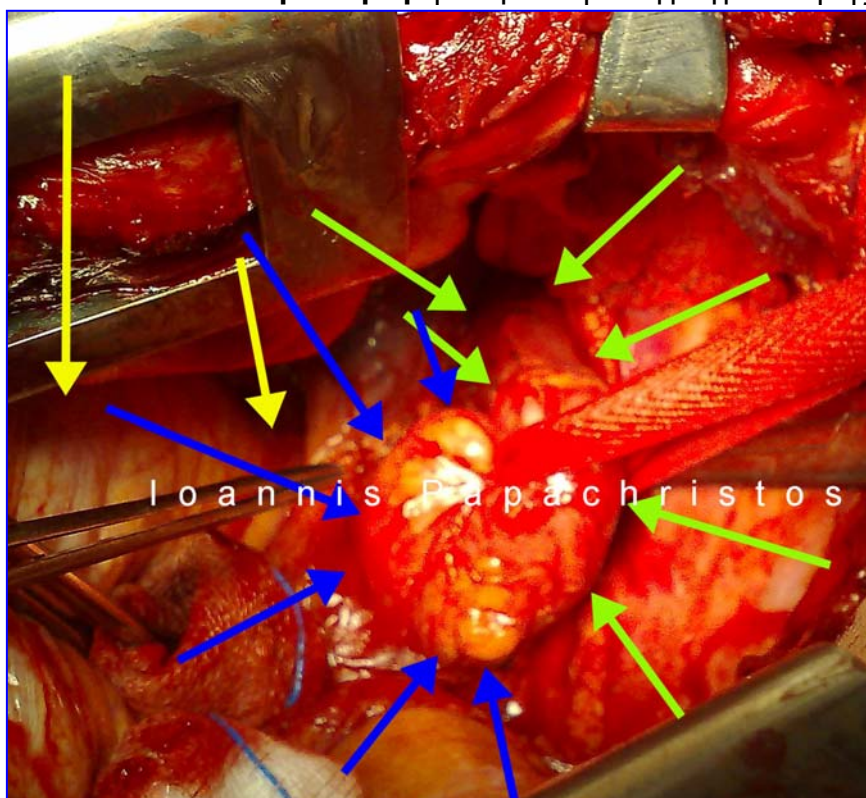
αγωγές («συντηρητική» αγωγή της Διαφραγματοκήλης) μόνο και μόνο για απλή

«κλινική Υπόνοια» διαφραγματοκήλης. Από την άλλη μεριά, αν κάποιος ασθενής έχει πράγματι Διαφραγματοκήλη και αν αυτή παρα-

μείνει αδιάγνωστη, τότε τα συμπτώματά της θα απόδοθούν σε «δυσπεψία» με επακόλουθο να μην αντιμετωπισθεί θεραπευτικά η υποκειμένη Νόσος (η Διαφραγματοκήλη).

Αν όμως η Διαφραγματοκήλη παραμείνει μακροχρόνια αδιάγνωστη και αθεράπευτη, δηλ. κατάσσει «παραμελημένη», τότε μπορεί να οδηγήσει στις ανωτέρω επιπλοκές, που συμπεριλαμβάνουν ακόμα και **Καρκίνο Οισοφάγου**.

Η **«Θεραπευτική Αντιμετώπιση Διαφραγματοκήλης»** αποτελεί μοναδικό θέμα άλλου Ενημερωτικού Φυλλαδίου.



ΜΠΛΕ βέλη δείχνουν την **διαφραγματοκήλη**, δηλ. τμήμα **στομάχου** που εισήλθε μέσα στον θώρακα δια του οισοφαγείου τρήματος.

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

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