

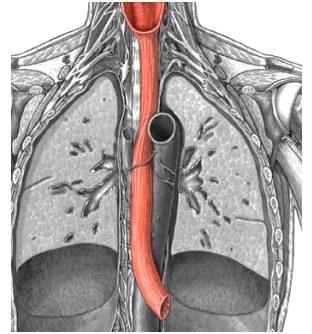
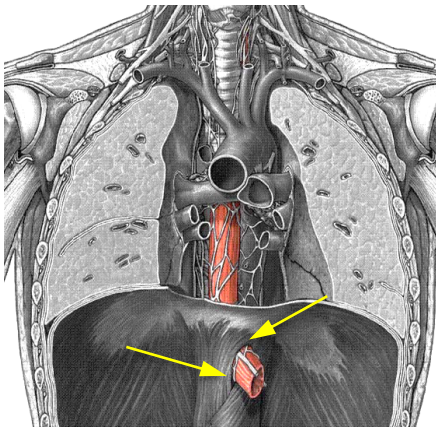


Οισοφαγίτιδα, Παλινδρόμηση, Διαφραγματοκήλη

Πληροφορίες Για Ασθενείς, γραμμένες με Απλά λόγια

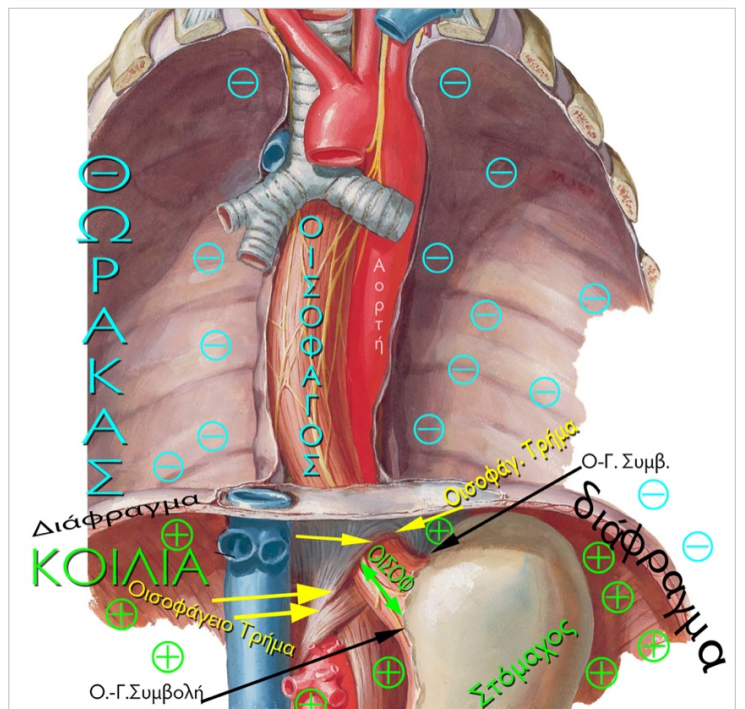
1. Ορισμοί – Έννοιες

Οισοφάγος [“(o)esophagus”, κοινώς ‘gullet’, έγχρωμος στα 2 γκριζόμαυρα σχήματα της 1^{ης} σελ.] είναι ο μυϊκός σωλήνας, που μεταφέρει ενεργητικά τροφές από τον φάρυγγα προς το στομάχι. Έχει συνολικό μήκος 25 cm (απόσταση πέρατος Οισοφάγου 39 - 40 cm από τους κοπήρες κατά την διάρκεια ενδοσκόπησης). Το μεγαλύτερο μέρος του (τα ²¹/₂₅ αυτού, η Ενδοθωρακική μοίρα Οισοφάγου: Γαλάζια γράμματα στο σχήμα κάτω) βρίσκεται βαθιά μέσα στον θώρακα (όπου επικρατούν Αρνητικές πιέσεις με σύμβολο: – ή ⊖). Ο Οισοφάγος πορεύεται πίσω από την καρδιά και εμπρός από την σπονδυλική στήλη. Στο κατώτερο σημείο του συναντάει το διάφραγμα.



Το **διάφραγμα** (diaphragm) είναι πλατύς μυς, που χωρίζει τον θώρακα από την ‘κοιλιά’ (“περιτοναϊκή κοιλότητα”). Το διάφραγμα έχει μία εξαιρετικά σημαντική **Οπή** [“Οισοφάγειο Τρήμα” διαφράγματος, “(o)esophageal hiatus”], η οποία σχηματίζεται από το “δεξιό σκέλος” αυτού (“right crus”). **Κίτρινα** βέλη δείχνουν αυτή την ‘Οπή’ στα σχήματα των σελ. 1–2. Μέσα από αυτή την οπή περνάει ο Οισοφάγος (και μόνον αυτός!) προς το εσωτερικό της κοιλιάς. Μέσα στην κοιλιά (όπου επικρατούν **Θετικές Πιέσεις**: σύμβ: + ή ⊕) συνεχίζει ο Οισοφάγος μία **βραχύτατη** πορεία (την “Ενδοπεριτοναϊκή” μοίρα, **Πράσινο** Διπλό βέλος στο σχήμα δεξιά) μήκους 3 - 4 cm, πολύ σημαντική. Η **Οπή** του διαφράγματος φυσιολογικά πρέπει είναι τόσο **μικρή, στενή και σφιχτή**, ώστε μέσα από αυτήν να χωράει να περάσει ίσα – ίσα **μόνον** ο Οισοφάγος ο ίδιος (αλλά κανένα από τα παρακείμενα σπλάγχνα)!

Εκεί, που τελειώνει ο οισοφάγος την πορεία του στην κοιλιά, ο **ενιαίος πεπτικός σωλήνας** αλλάζει όνομα και μετατρέπεται πλέον σε “Στόμαχο”. Το σημείο, που ο Οισοφάγος γίνεται Στόμαχος, ή αλλιώς το σημείο συνάντησης Οισοφάγου – Στομάχου επακριβώς καθορισμένο, ονομάζεται **Οισοφαγο-Γαστρική Συμβολή** (“Ο. – Γ. Συμβολή”). Η συμβολή αυτή έχει **μεγάλη** σημασία. **Μαύρα**



Εκεί, που τελειώνει ο οισοφάγος την πορεία του στην κοιλιά, ο **ενιαίος πεπτικός σωλήνας** αλλάζει όνομα και μετατρέπεται πλέον σε “Στόμαχο”. Το σημείο, που ο Οισοφάγος γίνεται Στόμαχος, ή αλλιώς το σημείο συνάντησης Οισοφάγου – Στομάχου επακριβώς καθορισμένο, ονομάζεται **Οισοφαγο-Γαστρική Συμβολή** (“Ο. – Γ. Συμβολή”). Η συμβολή αυτή έχει **μεγάλη** σημασία. **Μαύρα**

Το παρόν ενημερωτικό άρθρο μπορεί να το κατεβάσει (download) κανείς εδώ:

www.icp-med.gr/resources/document/opgd.pdf

Περισσότερα ενημερωτικά άρθρα στον ίδιο ιστότοπο: www.icp-med.gr/plirofories



βέλη δείχνουν την Ο.- Γ. Συμβολή [OGJ ή EGJ $\Leftarrow$ (o)esophago – gastric junction] στα σχήματα των σελ. 1–2.

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

Ο μηχανισμός λειτουργεί *μόνον υπό την προϋπόθεση* να βρίσκονται Όλα τα ανωτέρω όργανα στην *Φυσιολογική τους Θέση*, όπως περιγράφηκε παραπάνω (πρέπει: 1.- ολόκληρο το στομάχι να είναι μέσα στην κοιλιά, 2.- να υπάρχει μέρος Οισοφάγου μέσα στην κοιλιά επίσης, έστω μικρό, μήκους 2 – 3 cm και 3.- η Οπή του διαφράγματος να είναι στενή, μικρή και 'σφιχτή').

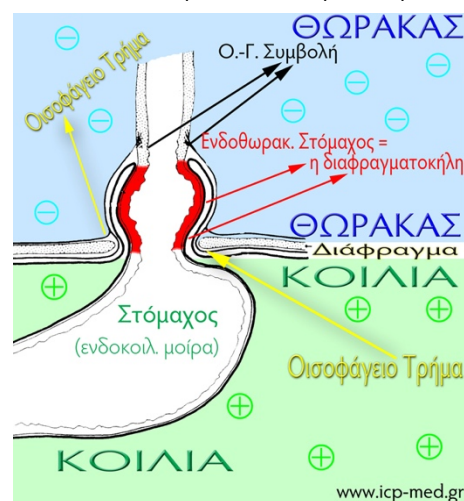
Όταν για οποιονδήποτε λόγο η οπή του διαφράγματος καταστεί περισσότερο 'ευρύχωρη' (π.χ. χαλάρωση, διεύρυνση, διαστολή της οπής κλπ.), τα όργανα της κοιλιάς ("σπλάγχνα") τείνουν να μπουκνούν στην οπή του διαφράγματος και, γλιστρώντας δι' αυτής, **μεταναστεύουν μέσα στον θώρακα**, επειδή πιέζονται από την *ισχυρά Θετική (+ ή ⊕) ενδοκοιλιακή πίεση*. Στον θώρακα 'εισροφούνται' εξαιτίας και της *Αρνητικής (- ή ⊖) πίεσεως*, που επικρατεί εκεί (χάρη στην 'υποπίεση' αυτή άλλωστε 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 συγκεκριμένα *το ανώτερο τμήμα του* ("θόλος" γαστρικός ή του στομάχου, "fundus"), 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* [when the fundus of the stomach herniates into the chest through the (o)esophageal hiatus], η κατάσταση αυτή ορίζεται ως "**Ολισθαίνουσα Διαφραγματοκήλη**" (ή "κατ' επολίσθηση Διαφραγματοκήλη", "sliding hiatal hernia" ή "hiatus hernia"), όπως στο άνω-δεξιό **σχήμα** (χρώμα βελών όπως Σχ. 1^{ης} σελ.: **Μαύρα**: η Ο.-Γ. Συμβολή, **Κίτρινα**: η 'Οπή' ή 'οισοφαγίο τρήμα' διαφράγματος, **Κόκκινα**: το Ενδοθωρακικό στομάχι, δηλ. η ίδια η διαφραγματοκήλη αυτή καθαυτή).

Υπενθυμίζεται ότι, σε φυσιολογική ανατομία, Ολόκληρο το στομάχι (άρα και ο "θόλος" του) βρίσκονται *μέσα στην κοιλιά, Όχι μέσα στον θώρακα*.

Μια άλλη κατάσταση, η "**παρα-οισοφαγική**" διαφραγματοκήλη [para(o)esophageal hernia] είναι σπανιότερη. Αυτή αποτελεί *απόλυτη ένδειξη χειρουργικής θεραπείας άμεσα* (άμα τη διαγνώσει) για αποφυγή **περισφίξεως**. Κατ' αυτήν εισχωρεί μέσα στον θώρακα άλλο τμήμα του στομάχου, εκτός από την Ο.- Γ. Συμβολή. Δεν θα ασχοληθούμε περαιτέρω με αυτήν στο παρόν άρθρο. Όπου στο παρόν αναφέρουμε "Διαφραγματοκήλη" από εδώ και στο εξής, θα εννοούμε την (συχνότερη) "**Ολισθαίνουσα**" διαφραγματοκήλη.

Η διαφραγματοκήλη, δηλ. ο θόλος του στομάχου, που μετανάστευσε στον θώρακα δια μέσου της 'Οπής' του διαφράγματος ("οισοφαγίο τρήματος" αυτού), *διαστέλλει* περαιτέρω την 'Οπή' αυτή και —με την συνεχιζόμενη εκεί παρουσία του— την *διατηρεί διαρκώς διεσταλμένη*, άρα δεν επιτρέπει στις μυϊκές ίνες του διαφράγματος να την συγκλείσουν, ώστε να καταστεί εκ νέου στενή (όπως φυσιολογικά θα έπρεπε να είναι).



Για επιπρόσθετους λόγους, περίπλοκους, που υπερβαίνουν τα όρια απλότητας του παρόντος επεξηγηματικού 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** (ρέει προς τα πίσω, παλίνδρομα) 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 κλπ.). Αυτό το χημικό έγκαυμα *επαναλαμβάνεται* για χρόνια κάθε νύχτα, κάθε φορά που οριζοντιώνεται, οπότε και παλινδρομούν ξανά και ξανά προς τον οισοφάγο τα οξέα και τα ένζυμα του στομάχου. Όσο πιο μακροχρόνια έχει υποστεί επανειλημμένα χημικά εγκαύματα ο Οισοφάγος και όσο πιο εκτεταμένη είναι η βαρύτητά τους, τόσο περισσότερο επιδεινώνεται η **Οισοφαγίτιδα** από 1^{ου} βαθμού (ήπια φλεγμονή), σε 2^{ου} βαθμού (εντονότερη φλεγμονή), 3^{ου} βαθμού ("**έλκη**" Οισοφάγου, δηλ. 'πληγές') και 4^{ου} βαθμού (**στένωση**, του Οισοφάγου, δηλαδή *μόνιμη* πλέον ανατομική βλάβη).

2. Επιπλοκές

Συνέπειες Χρονίας παραμελημένης διαφραγματοκήλης είναι:

- **Ενοχλήματα** επίμονα, υποτροπιάζοντα, που επηρεάζουν δυσμενώς την *ποιότητα ζωής*
- Χρονία Οισοφαγίτιδα (φλεγμονή του Οισοφάγου)
- Έλκη στον Οισοφάγο
- **Περίσφιγξη** του θόλου του στομάχου, που διέρχεται δια της 'Οπής' του διαφράγματος (διακοπή της αιμάτωσης του θόλου και **Νέκρωση** αυτού, που απαιτεί σωστική της Ζωής / Επείγουσα ακρωτηριαστική χειρ/κή επέμβαση). Βλ. **διεγχειρητικές φωτογραφίες** από κλινική περίπτωση, που χειρουργήθηκε από τον συγγραφέα του παρόντος άρθρου, στην οποία ανευρέθηκε **Νέκρωση** της ενδοθωρακικής περιεσφιγμένης μοίρας στομάχου:

www.icp-med.gr/fotografies/nekrosisstomaxou

- **Στένωση** του οισοφάγου από *υπέρμετρη* προσπάθεια *επούλωσης* εκ μέρους του οργανισμού με επακόλουθη **δυσκολία κατάποσης** (*dysphagia*, οι μπουκιές των τροφών δυσκολεύονται να περάσουν μέσα από τον στενωμένο Οισοφάγο).
- "Οισοφάγος του **Barrett**" (προφέρεται «Μπάρετ»), δηλαδή η παθολογική κατάσταση που:
 - ο Αλλοιώνονται 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 'φόδρας' ή 'ταπετσαρίας' που *καλύπτει* εσωτερικά ρούχο ή δωμάτιο αντιστοίχως). Στον οισοφάγο του Barrett το φυσιολογικό "πλακώδες" οισοφαγικό επιθήλιο (*squamous epithelium*) αντικαθίσταται από "**κυλινδρικό**" (*columnar epithelium*) και μάλιστα με χαρακτηρισ "ειδικής εντερικής μεταπλασίας" (*specialized intestinal metaplasia*) και με βλεννοπαραγωγά κύτταρα (*goblet cells*).
 - ο Η 'αλλαγή' αυτή του επιθηλίου (από πλακώδες σε κυλινδρικό μεταπλαστικό) έχει ενοχοποιηθεί επίσημα ως "**προκαρκινική κατάσταση**". Δηλ. ο οισοφάγος του Barrett μπορεί να αυξήσει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης Καρκίνου του Οισοφάγου (αδενοκαρκινώματος).
- Κάποιος κίνδυνος ανάπτυξης **Καρκίνου του Οισοφάγου** προκαλείται ακόμη και από την *Απλή παλινδρόμηση οξέων* μέσα σε αυτόν, αν αυτή επαναλαμβάνεται *μακροχρόνια* (έστω 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
- **Παχύσαρκους** ή υπέρβαρους (θετική ενδοκοιλιακή πίεση εκσεσημασμένα Αυξημένη)
- **Εγκύους** (θετική ενδοκοιλιακή πίεση εκσεσημασμένα Αυξημένη)



Θεωρείται ότι:

- υπέρμετρα Εργώδης φυσική προσπάθεια μπορεί να προκαλέσει **‘Εκρηκτική’** ή εκσεσημασμένη περαιτέρω **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 μπορεί να είναι:
 - ο έντονος βήχας
 - έμετοι
 - η **‘με κράτημα της αναπνοής’ υπερβολική φόρτιση** βάρους κατά τις αθλητικές προπονήσεις, επαναλαμβανόμενα.
- Άνθρωποι ηλικίας άνω των 50 χρονών καθώς και παχύσαρκοι μπορεί να έχουν **χαλάρωση** των κοιλιακών τοιχωμάτων τους γενικότερα, άρα και του διαφράγματος. Έτσι μπορεί να χαλαρώσει και η διαφραγματική **Οπή** (οισοφάγειο τρήμα διαφράγματος) δια της οποίας να **‘γλιστρήσει’** ο θόλος του στομάχου προς τον θώρακα.

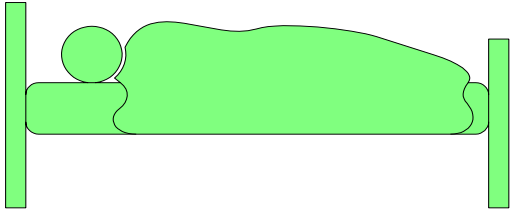


Υπάρχει ένα **σπάνιο** είδος Διαφραγματοκηλών, που εμφανίζονται **σε νεογνά ή βρέφη** λόγω της ατελούς ανάπτυξης του διαφράγματος αυτών: οι **συγγενείς** διαφραγματοκήλες με συχνότερη την πρόσθια ή **“Διαφραγματοκήλη του Morgagni”** ή **“του Larrey”**.

4. Συμπτώματα

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

Παρά τα ποικίλα συμπτώματα (ενοχλήματα) διαφραγματοκήλης οι ασθενείς έχουν όλοι ένα Κοινό χαρακτηριστικό: τα όποια συμπτώματά τους **επιδεινώνονται 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.



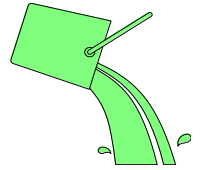
Σπανιότατα συμβαίνει να διαγνωσθεί διαφραγματοκήλη ως "*Τυχαίο εργαστηριακό εύρημα*" σε ασθενή "*Ασυμπτωματικό*", ο οποίος δηλαδή δεν παραπονείται καθόλου για συμπτώματα. Πιθανώς αυτός να νιώθει '*ενοχλήσεις*', τις οποίες τις έχει '*συνηθίσει*' και τις θεωρεί πλέον αναπόσπαστο μέρος της ζωής του, έχοντας *εξοικειωθεί* με αυτές.

Τα Συμπτώματα, που οφείλονται (λόγω παλινδρόμησης γαστρικού περιεχομένου) στην Οισοφαγίτιδα (δηλ. στην φλεγμονή του Οισοφάγου ή 'χημικό έγκαυμα' αυτού), ονομάζονταν παλαιότερα "*Σύνδρομο Γ.Ο.Π.*", δηλ. "*Γαστρο-Οισοφαγικής Παλινδρόμησης*". Ωστόσο στη σύγχρονη εποχή το "*σύνδρομο*" έχει πλέον επίσημα αναγνωρισθεί ως "*Νόσος*": "*ΓΟΠΝ*" [*GORD* ή *GERD*: *Gastro – (o)esophageal Reflux disease*] ή απλούστερα "*Παλινδρόμηση*" (*Reflux*). Συμπτώματα της ΓΟΠΝ:

- **Πόνος** οπισθοστερνικός:
 - ο Αυτός μπορεί να είναι *Τόσο Έντονος και Οξύς*, που να υποδέεται *Έμφραγμα* του Μυοκαρδίου ή γενικότερα *Στεφανιαία Νόσο*
 - ο Μπορεί να είναι *Έντονος*, ώστε να προκαλεί *αϋπνία* ή άλλες διαταραχές ύπνου
 - ο Μπορεί να είναι *τόσο Ήπιος*, που ο ίδιος ο ασθενής να τον χαρακτηρίζει ως Απλή '*δυσφορία*' ή '*ενόχληση*'
 - ο Μπορεί να έχει χαρακτήρα "*καύσου*", δηλαδή να είναι '*καυστικός*' ("*heartburn*")
 - ο Ως προς την **Αιτία** του πόνου:
 - Ο οισοφάγος είναι από την φύση φτιαγμένος, για να προωθεί "*βλωμούς*" ('μπουκιές τροφών με σάλιο'), αλλά *Όχι* για να έρχεται σε επαφή με *Οξέα* και *Ένζυμα* (πεπτικά, πρωτεολυτικά).
 - Για επαφή με τα οξέα και ένζυμα ο Οισοφάγος δεν διαθέτει προστασία.
 - Όταν λοιπόν παλινδρομεί μέσα στον οισοφάγο γαστρικό περιεχόμενο (*HCl* – υδροχλωρικό Οξύ και ισχυρά Ένζυμα), τότε ο οισοφάγος παθαίνει '*χημικό έγκαυμα*'. Αυτό το '*έγκαυμα*' εκδηλώνεται με πόνο.
 - Η παλινδρόμηση *επαναλαμβάνεται με κάθε νέα Οριζοντίωση* του σώματος του ασθενούς (λ.χ. κατά τον ύπνο). Τότε το *Οξύ* χύνεται στον οισοφάγο χωρίς να το

συγκρατεί στο στομάχι κανένας βαλβιδικός μηχανισμός, **σαν** να χυνόταν το περιεχόμενο ενός κουβά που ανατράπηκε.

- Το ήδη προκληθέν έγκαυμα στον οισοφάγο δεν προλαβαίνει να επουλωθεί, διότι καθημερινά επαναλαμβάνεται πρόκληση νέου 'εγκαύματος'.
- Έτσι προκύπτει η έντονη φλεγμονή του Οισοφάγου, την οποία ονομάζουμε Οισοφαγίτιδα. Αυτή μπορεί να είναι τόσο βαριά, που να προκληθούν "έλκη" ('πληγές', "ulcers") ή στενώσεις σε περιπτώσεις ασθενών παραμελημένες για χρόνια.



- **Όξινες ερυγές** ('ρέψιμο' - **belching** με γεύση/οσμή Όξινη)
- **Ανάρροια ή αναγωγή (regurgitation):**
 - ο επιστροφή γαστρικού περιεχομένου στο στόμα 'με Ελάχιστη προσπάθεια' ή 'Χωρίς προσπάθεια'. Συμβαίνει πολύ 'εύκολα', 'χωρίς κόπο' εκ μέρους του ασθενούς.
 - ο 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 όχι.
- **Δυσκαταποσία** ή δυσκολία κατάποσης (**dysphagia**):
 - ο Σε χρόνια παραμελημένη Οισοφαγίτιδα, λαμβάνει χώρα τόσο Υπέρμετρη προσπάθεια του οργανισμού να επουλώσει με Ίνωση την διαρκή φλεγμονή, που τελικά αυτή η ίδια η εκσεσημασμένη ίνωση προκαλεί μόνιμη ανατομική "**Στένωση**" του Οισοφάγου. Μέσα από την στένωση δυσχεραίνεται η διέλευση τροφών. Επέρχεται σε προχωρημένα στάδια παραμελημένης Χρονίας Νόσου.
- Συμπτώματα "**Ασθματος**":
 - ο από εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου μέσα στους αεραγωγούς (βρόγχους) και τελικά και στους πνεύμονες. Αυτό παλινδρομεί προς τον Οισοφάγο και, από εκεί, προς τον φάρυγγα – τραχεία και βρόγχους κατά την Οριζοντίωση (λ.χ. ύπνο).

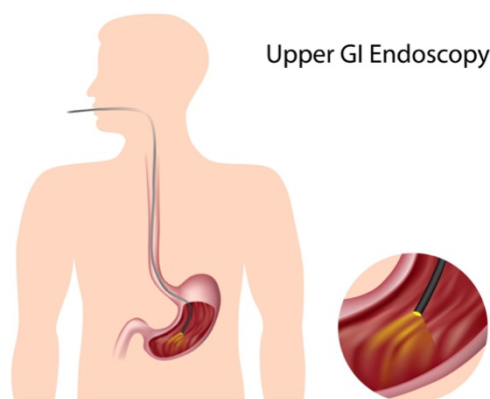
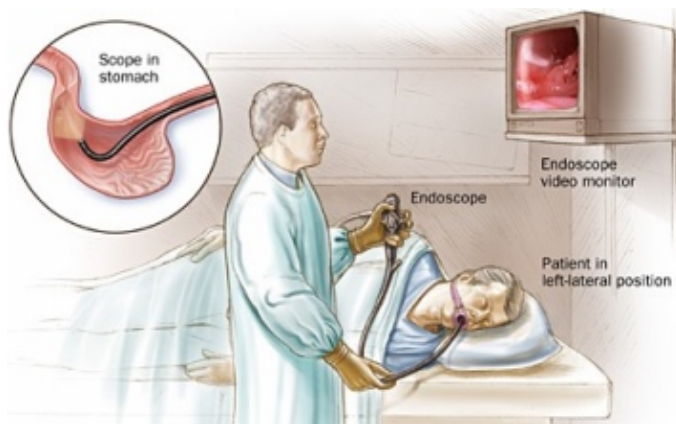
5. Διάγνωση

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

5.α. Ενδοσκόπηση

Ονομάζεται "Οισοφαγο(-)γαστρο(-)σκόπηση" [(ο)esophago(-)gastro(-duodeno-)scopy], αλλά μπορεί κανείς στην κλινική πράξη να την ακούσει και αλλιώς: ως 'γαστροσκόπηση' ή "ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού" ή και "οισοφαγογαστρο(-)δωδεκαδακτυλο(-)σκόπηση". Αυτή:

- Είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη εξέταση
- Τελείται με:
 - ο κατάποση μαλακού/εύκαμπτου ινοπτικού (fiberoptic) εργαλείου, με το οποίο ο ενδοσκόπος 'βλέπει' μέσα στον πεπτικό σωλήνα με Εμφύσηση αέρα σε αυτόν
 - ο τοπική αναισθησία και, συνήθως, επιπρόσθετη ενδοφλέβια "καταστολή", δηλαδή χορήγηση φαρμάκου που προκαλεί ηρεμία και ήπια 'μέθη'
- Έχει τα εξής Πλεονεκτήματα:
 - ο Είναι μοντέρνα, σύγχρονη μέθοδος, που μπορεί να αναδείξει ακόμα και μικρού μεγέθους διαφραγματοκήλες, αν τελείται από έμπειρο.
 - ο Προσφέρει την δυνατότητα λήψεως ιστοτεμαχίων κατά την διάρκειά της (αντίθετα από την ακτινολογική μέθοδο) είτε για βιοψία είτε για άλλη εξέταση ανίχνευσης λοίμωξης από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού ("CLO test" για *Helicobacter pylori*).
- Έχει τα εξής Μειονεκτήματα:
 - ο Είναι κάπως δυσάρεστη Εμπειρία για τον εξεταζόμενο (όμως Όχι επώδυνη).
 - ο 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 λήψεως 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).
 - ο Η εμφύσηση αέρα υπό πίεση (αναγκαία για την δυνατότητα περιμετρικής επισκόπησης κατά 360° του συνόλου του οισοφαγικού αυλού, ο οποίος είναι πτυχωμένος φυσιολογικά, όταν είναι κενός) μπορεί να είναι απολύτως Ανεπιθύμητη σε κάποιες κλινικές περιπτώσεις (λ.χ. άμεσα μετεγχειρητικά ή σε υποψία "ρήξεως" ή "συριγγίου" οισοφάγου, για να μην επιδεινωθεί / διασταλεί περαιτέρω η όποια ήδη υπάρχουσα 'οπή' ή 'σχισμή' ρήξεως από δίοδο δι' αυτής αέρος υπό πίεση).

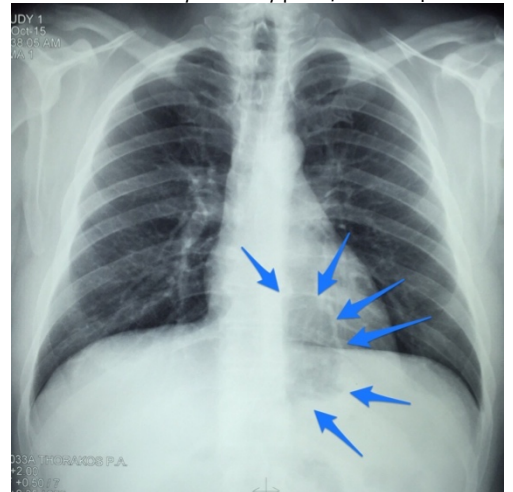


5.β. Ακτινολογική μέθοδος

Αυτή βασίζεται σε απεικονιστικές ακτινολογικές τεχνικές απλές, που θεωρητικά μπορούν να τελούνται στα Ακτινολογικά Εργαστήρια, που συνήθως υπάρχουν ακόμη και σε απόμακρα μέρη με μικρά Κέντρα Υγείας ή Πολυϊατρεία· εκεί ενδεχομένως να μην υπάρχει πρακτική δυνατότητα οισοφαγογαστροσκόπησης (μη-διαθέσιμος δαπανηρός εξοπλισμός ινοπτικού γαστροσκοπίου ή μη-διαθέσιμος ειδικός γαστρεντερολόγος με δεξιότητες ενδοσκόπου κ.τ.ό.). Η ακτ/γική μέθοδος:



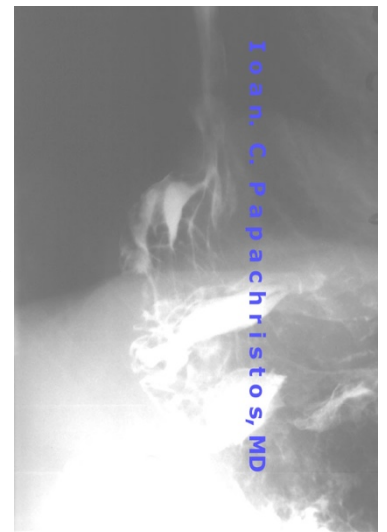
- Σπανιότερα μπορεί να απεικονίσει (να 'χαρτογραφήσει') *Χωρίς καν κατάποση σκιαγραφικού μέσου σε Απλή ακτινογραφία* θώρακα την "γαστρική φυσαλίδα" μέσα στον θώρακα (συνήθως 'Κρυμμένη' πίσω από την καρδιακή σιλουέτα, οπότε απαιτείται προσοχή κατά την ερμηνεία / διάγνωση, για να μην διαλάθει το εύρημα και απωλεσθεί η διάγνωση, όπως παρ' ολίγον να είχε συμβεί σε κλινική περίπτωση του συγγραφέα του παρόντος άρθρου: βλ. [κυανά](#) βέλη, που δείχνουν την Ενδοθωρακική γαστρική φυσαλίδα, στη συνημμένη φωτογραφία δεξιά). Βλ. επίσης, κατ' αντιπαράβολη, τις χωρίς σκιαγραφικό, αλλά εντυπωσιακές ακτινογραφίες ενδοθωρακικής εισόδου (ενδοθωρακικής μετανάστευσης) Ολοκλήρου του στομάχου μετά από μία αποτυχημένη λαπαροσκοπική επέμβαση κατά Nissen στην σελ. 7 (Εικ. 6 & 7) του ενημερωτικού άρθρου "Θεραπεία Παλινδρόμησης – Διαφραγματοκήλης" (www.icp-med.gr/resources/document/thgopd.pdf).



- Συχνότερα απαιτεί την κατάποση σκιαγραφικού: συνήθως λευκού γαλακτώματος (εναιωρήματος), που περιέχει κοκκία θειικού βαρίου (BaSO_4) ή, σπανιότερα, άλλης ουσίας (γαστρογραφίνης κλπ.). Ονομάζεται "**Οισοφαγογραφία με βάριο**". Την ώρα που ο εξεταζόμενος καταπίνει το βάριο, απεικονίζεται ('χαρτογραφείται') ακτινολογικά ο πεπτικός σωλήνας. Μπορεί να καταγραφεί σε μορφή *video* (κινούμενες εικόνες, δυναμικές πληροφορίες, λ.χ. σε DVD-video ή ως ψηφιακό αρχείο .mp4 κ.τ.ό.), αλλά και σε ακτ/γικά *films* (βλ. φωτογραφία κάτω-δεξιά, Ακίνητες, στατικές εικόνες σε σειρά / "en série").

- Έχει τα εξής **Πλεονεκτήματα**:

- ο Η κατάποση του γαλακτώματος βαρίου (με δυσάρεστη μεταλλική γεύση) είναι συνήθως *Ευκολότερα ανεκτή* από τον εξεταζόμενο συγκριτικά με την περισσότερο δυσάρεστη ενδοσκόπηση.
- ο Αφήνει μετά από την ολοκλήρωσή της *αναλλοίωτα_αποδεικτικά Τεκμήρια* (εικόνες ή video). Πάνω στα τελευταία μπορεί ανεξάρτητα οποιοσδήποτε μελλοντικός γιατρός να στηριχτεί, για να θέσει διάγνωση ή να την αμφισβητήσει ή να την επιβεβαιώσει. Άρα είναι *Αντικειμενική* μέθοδος, σε αντίθεση με την —περισσότερο Υποκειμενική— Ενδοσκόπηση.
- ο Μπορεί να εφαρμοσθεί ακόμα και στην *Πρώιμη μετεγχειρητική* περίοδο για εκτίμηση του αποτελέσματος επιχειρηθείσας χειρουργικής αποκατάστασης (τυχόν επιτυχίας αυτής ή μη) σε αντίθεση με την οισοφαγογαστροσκόπηση· η τελευταία καλό είναι να αποφεύγεται τους πρώτους μετεγχειρητικούς μήνες (κίνδυνοι από την *Εμφύσηση* αέρα υπό πίεση μέσα στο πεπτικό σύστημα, τους πρώτους 3 μήνες μετά από θολοπλαστική). Παρομοίως, μπορεί, συνήθως, να εφαρμοσθεί η ακτ/γική μέθοδος και σε άλλες



περιπτώσεις, στις οποίες είναι *ανεπιθύμητη ή επικίνδυνη* η Εμφύσηση αέρος στο πεπτικό σύστημα.

- Έχει τα εξής *Μειονεκτήματα*:
 - ο Θεωρείται *συμβατική* μέθοδος, παλαιότερη της ενδοσκόπησης. Ορισμένοι την θεωρούν, *αδίκως, Παρωχημένη*. Έχει *σαφώς*, όμως, *ακόμη* θέση στην Διαγνωστική.
 - ο Δεν μπορεί να απεικονίσει μια *μικρού μεγέθους* διαφραγματοκήλη (αν η ποσότητα βαρίου, που παλινδρομεί στον Οισοφάγο, είναι ελάχιστη, αυτή ενδεχομένως να μην ανιχνευθεί)
 - ο προσφέρει *μόνον Εικόνες* (ακίνητες ή κινούμενες), αλλά Όχι ιστοτεμάχια προς βιοψία.

5.γ. Διαγνώσεως παράμετροι

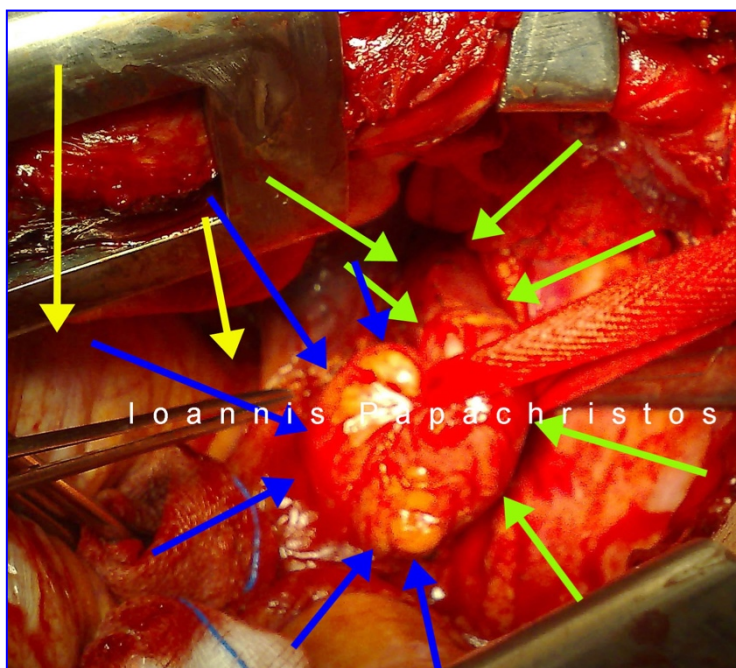
Είναι ευθύνη του θεράποντος γιατρού η επιλογή της καταλληλότερης διαγνωστικής μεθόδου για συγκεκριμένο ασθενή. Η *αποδεικτική αξία* έκαστης από αυτές θεωρείται *βεβαία* στην κλινική πρακτική επί τυχόν "θετικού" ευρήματος, δηλ. επί παρουσίας παθολογικού ευρήματος.

Χρειάζεται όμως *προσοχή* σε περίπτωση "αρνητικού" αποτελέσματος (δηλ. σε απουσία παθολογικών ευρημάτων), διότι μπορεί αυτό να είναι "*Ψευδώς αρνητικό*": 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 η *Οισοφαγομανομετρία*, η *24-ωρη καταγραφή οισοφαγικής Οξύτητας* (pH) κλπ. Τα αποτελέσματα πάντοτε *συν-εκτιμώνται* όλα *μαζί* στο σύνολό τους από τον κλινικό γιατρό, προκειμένου να τεθεί η ορθή διάγνωση διαφραγματοκήλης ή άλλης νόσου.

Μπορεί κανείς να δει προεγχειρητικές απεικονιστικές εξετάσεις, αλλά και διεγχειρητικές φωτογραφίες, κλινικών περιπτώσεων Ολισθαίνουσας Διαφραγματοκήλης, που χειρουργήθηκαν από τον συγγραφέα του παρόντος άρθρου επιλέγοντας με 'κλικ' ανάμεσα στις πολλές διαθέσιμες εικόνες της ακόλουθης υπο-σελίδας του ιστοχώρου (Website):

www.icp-med.gr/fotografies/olisthainousa



- **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** (AP θωρακοτομή)

5.δ. Διαφορική διάγνωση

Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να υπάρξει *δυσκολία* “διαφορικής διάγνωσης” (*differential diagnosis*) μεταξύ *αφ’ ενός* μὲν της Οισοφαγίτιδας από Παλινδρόμηση και *αφ’ ἑτέρου* της **Ηωσινοφιλικής Οισοφαγίτιδας** [*eosinophilic (o)esophagitis*]. Η τελευταία αναγνωρίστηκε ως κλινική οντότητα μόλις το 2007. Χαρακτηρίζεται από συμπτώματα οισοφαγικής δυσλειτουργίας με παρουσία στοιχείων φλεγμονής με *πολυάριθμα ηωσινόφιλα* (κύτταρα) σε βιοψίες οισοφάγου. Θεωρείται νόσος φλεγμονής “*ατοπικής*” (αλλεργικού τύπου) σε κάποιον αντιγονικό παράγοντα, η οποία *μπορεί να προκαλεί ίνωση*, άρα και *στένωση*, του οισοφάγου μετά από κάποιο χρονικό διάστημα.

Κατά την συγγραφή του παρόντος άρθρου η θεραπευτική αντιμετώπιση της Ηωσινοφιλικής Οισοφαγίτιδας *επιχειρείται* συνήθως με αποκλεισμό τροφικών αντιγόνων και/ή κορτικοστεροειδή φάρμακα, τοπικώς εφαρμολζόμενα.

6. Συμπερασματική Ετυμηγορία

Τονίζουμε με έμφαση ότι είναι επιτακτική ανάγκη η διάγνωση διαφραγματοκήλης *να τίθεται* με τρόπο **αδιαμφισβήτητο και τεκμηριωμένο** σε κάθε περίπτωση ασθενούς. Ο λόγος είναι ότι η διάγνωση αυτή συνεπάγεται εφαρμογή θεραπευτικών μεθόδων είτε **α.- Χειρουργικών** (εγγενώς συνυφασμένων με κάποιους Κινδύνους, έστω και μικρούς) είτε **β.-** χρονικής διάρκειας *Μακροχρόνιας* έως και *Ισόβιας* (συντηρητικές μέθοδοι αντιμετώπισης). Δεν νοείται στον 21^ο αιώνα να θέτουμε οποιονδήποτε ασθενή σε μακρόχρονιες θεραπευτικές αγωγές (“συντηρητική” αγωγή της διαφραγματοκήλης) μόνο και μόνο *για Απλή Υπόνοια* διαφραγματοκήλης.

Από την άλλη μεριά, αν κάποιος ασθενής έχει πράγματι Διαφραγματοκήλη και αυτή παραμένει *αδιάγνωστη*, τότε τα συμπτώματά της θα αποδοθούν σε ‘*δυσπεψία*’ με επακόλουθο να *μην* αντιμετωπισθεί θεραπευτικά η υποκειμένη Νόσος (η Διαφραγματοκήλη). Αν όμως η Διαφραγματοκήλη παραμένει μακροχρόνια αδιάγνωστη, άρα και αθεράπευτη, δηλ. αν καταστεί “*παραμελημένη*”, τότε μπορεί να οδηγήσει στις ως άνω επιπλοκές, που συμπεριλαμβάνουν ακόμα και **Καρκίνο Οισοφάγου**.

Η **Θεραπευτική Αντιμετώπιση διαφραγματοκήλης** αποτελεί από μόνη της το μοναδικό θέμα *άλλου ενημερωτικού άρθρου*, που μπορεί να διαβάσει κάθε ενδιαφερόμενος στον ακόλουθο σύνδεσμο / Link:

www.icp-med.gr/resources/document/thgopd.pdf



Σημείωση:

Μέσα στο παραπάνω κείμενο χρησιμοποιούνται **Διπλά εισαγωγικά** (" ") σε όρους ιατρικούς, επίσημους ή δόκιμους ή ορθούς (λ.χ. “περιτοναϊκή κοιλότητα”).

Αντίθετα, χρησιμοποιούνται **Απλά** (Μονά) **εισαγωγικά** (' ') σε λέξεις απλές, επεξηγηματικές (λ.χ. ‘κοιλιά’).

Αγγλικοί όροι παρέχονται με **Πράσινο** χρώμα (π.χ. *reflux*), για διευκόλυνση ασθενών σε ενδεχόμενη επικοινωνία τους με νοσηλευτικά ιδρύματα εξωτερικού (όπου ενδεχομένως έτυχε να υποβληθούν σε χειρ/κές πράξεις) και για διευκόλυνση ασθενών αλλοδαπών, που μπορεί να μιλούν ελληνικά όχι άπταιστα. Λέξεις ή φράσεις με **Μπλε** χρώμα, αποτελούν (υπερ-) σύνδεσμο (π.χ. *Link*) προς ιστοσελίδες και Websites με περισσότερες πληροφορίες πάνω σε κάποιο θέμα.

Περισσότερες πληροφορίες μπορούν να ανευρεθούν:

- Γενικές Πληροφορίες για ασθενείς στην ιστοσελίδα:
www.icp-med.gr/plirofories/
- Φωτογραφίες (προ-εγχειρ/κές & δι-εγχειρ/κές) Ολισθαίνουσας Διαφραγματοκήλης στην:
www.icp-med.gr/fotografies/olisthainousa/
- Στον *ιατρικό* μου ιστότοπο (Website):
www.icp-med.gr
- βλέποντας άλλες, περισσότερες δι-εγχειρητικές Φωτογραφίες & Video :
www.icp-med.gr/fotografies
- Διαβάζοντας το *βιβλίο* μου " Δικαίωμα στην Αλήθεια " :
www.papachristos.eu/dsa



Διαβάζοντας άλλα βιβλία μου (στον συγγραφικό μου ιστότοπο) :

www.papachristos.eu/vivlia.php

