

Θεραπεία Παλινδρόμησης – Διαφραγματοκήλης

Πληροφορίες Για Ασθενείς, γραμμένες με Απλά λόγια

1. Γενικότητες

Πολλοί άνθρωποι πάσχουν (ένας στους 10 περίπου) από “Γαστρο-Οισοφαγική Παλινδρόμηση” (ή “Γ.Ο.Π.” ή απλά “Παλινδρόμηση”, **G.O.R.D. – Gastro – Oesophageal Reflux Disease** ή **G.E.R.D.** ή απλά **Reflux**), οφειλόμενη συνήθως σε “ολισθαίνουσα διαφραγματοκήλη” (την συνηθέστερη μορφή “Διαφραγματοκήλης”, **sliding hiatal hernia**). Η παθολογική κατάσταση αυτή συναντάται συχνά. Σχετικά με την Παλινδρόμηση, την Διαφραγματοκήλη και την “Οισοφαγίτιδα” (**Oesophagitis** ή **Esophagitis**: τι είναι, αιτίες, συμπτώματα, πώς τίθεται η διάγνωση τους κ.τ.ό.) υπάρχει πλήρες ενημερωτικό άρθρο στον σύνδεσμο/Link:

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



Καλό θα ήταν Πρώτα να έχει διαβάσει κανείς το πιο πάνω άρθρο, ώστε να έχει κατανοήσει βασικές έννοιες (ανατομικές και παθοφυσιολογικές), και Μετά να προσπαθήσει να κατανοήσει τους τρόπους Θεραπείας, οι οποίοι αναλύονται στο παρόν άρθρο.

Κάποιοι ασθενείς αγνοούν παντελώς την ύπαρξη της Παλινδρόμησης ως Νόσου, από την οποία οι ίδιοι πάσχουν, επειδή απλά δεν έχει τεθεί ακόμη σε αυτούς διάγνωση, οπότε αποδίδουν τα ενοχλήματά – 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 κάποια ‘διαλείμματα’.

Άλλοι ασθενείς (συνήθως πιο νέοι, εύρωστοι, με έντονα 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 ενδεχομένως επιτυχή έκβαση αυτής είναι απαλλαγμένοι ενοχλημάτων χωρίς κανένα περιοριστικό μέτρο συντηρητικής θεραπείας και χωρίς χορήγηση φαρμάκων.

Με άλλα λόγια υπάρχουν δύο μέθοδοι “θεραπευτικής Αντιμετώπισης” της Γ.-Ο. Παλινδρόμησης: η **Συντηρητική** και η **Χειρουργική**. 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, **Αναμενόμενα Οφέλη**, **Πιθανότητες** επιτυχίας και αποτυχίας και κινδύνους έκαστης μεθόδου.

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

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

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



2. Συντηρητική Θεραπευτική Αντιμετώπιση

2.α. Εισαγωγή:

Καταρχήν δεν πρόκειται για αληθή "Θεραπεία", αφού δεν αποκαθιστά οριστικά το πρόβλημα. Πρόκειται για "θεραπευτική **Αντιμετώπιση**", αφού απλά "αντιμετωπίζει" το ισοβίως παραμένον πρόβλημα: την *συνεχιζόμενη Γ.-Ο. Παλινδρόμηση*. Δηλαδή με την συντηρητική μέθοδο παραμένει ισόβια παλινδρόμηση γαστρικού περιεχομένου προς τον Οισοφάγο· επιχειρείται έλεγχος ή μείωση των συνεπειών και των ενοχλημάτων αυτής καθώς και της οξύτητας (pH) του παλινδρομούντος γαστρικού υγρού.

Το γαστρικό περιεχόμενο, που παλινδρομεί, περιέχει Δύο (2) βλαπικούς παράγοντες· όχι έναν (1) παράγοντα (όπως συνήθως εικάζεται):

1. Υδροχλωρικό οξύ (HCl), που:

- προκαλεί Άμεσα οξύτατο Πόνο και 'ερεθισμό' - φλεγμονή ή "Οισοφαγίτιδα" λόγω χημικού εγκαύματος
- η έκκρισή του μπορεί να ανασταλεί ή να μειωθεί με φάρμακα (π.χ. "P.P.I.'s" – αναστολείς αντλίας πρωτονίων & αποκλειστές H₂-υποδοχέων)
- μπορεί πρόσκαιρα να εξουδετερωθεί χημικά με αντιόξινα, μέχρις ότου εκκριθεί ξανά από τον οργανισμό νέα ποσότητα οξέος

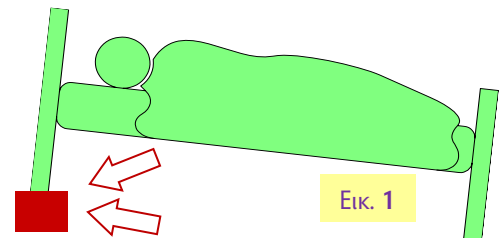
2. Πεπτικά ένζυμα, που:

- προκαλούν ηπιότερο ερεθισμό (όχι οξύ ούτε άμεσο)
- συνήθως δεν προκαλούν πόνο
- ωστόσο η επίδρασή τους είναι τελικά σημαντική, αφού παλινδρομούν μακροχρόνια: Ισόβια
- δεν υπάρχει φάρμακο, που να αναστέλλει παντελώς την έκκρισή τους, αφού έτσι θα αποκλειόταν η η διαδικασία της Πέψευς ('χώνεψης').

2.β. Θεραπευτικά Μέτρα:

Η *συντηρητική* θεραπευτική αντιμετώπιση είναι 'Δέσμη' θεραπευτικών μετρων: 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 Εικ. 1) κάτω από τα πόδια του κρεβατιού στην μεριά του κεφαλιού. Ακόμη και σε ταξίδια, διακοπές κλπ. ο ασθενής παίρνει τους τάκους μαζί του, για να τους τοποθετήσει κάτω από το νέο του κρεβάτι του ξενοδοχείου κλπ.



Τυχόν μαξιλάρια δεν βοηθούν, διότι το ζητούμενο είναι να αποφεύγεται η οριζοντίωση του ίδιου του Οισοφάγου (του Θώρακα ή του κορμού Ολόκληρου). Με μαξιλάρια απλώς προστατεύεται ο φάρυγγας μόνον του ασθενούς, αλλά όχι ο Οισοφάγος του.

2. Αποφυγή Υπέρμετρης Αύξησης Ενδοκοιλιακής Πίεσεως. Για να μην αυξάνεται υπέρμετρα η Ενδοκοιλιακή πίεση, **απαγορεύονται** όλες οι ακόλουθες δραστηριότητες:

- να 'σφίγγεται' ο ασθενής υπέρμετρα ("δοκιμασία Valsalva"), λ.χ.:
 - ο κατά τις κενώσεις (την αφόδευση) με εντόνως Εργώδη προσπάθεια
 - ο κατά την σε Γυμναστήριο άθληση :
 - οι Με επιπρόσθετο υπερβολικό Βάρος ασκήσεις κοιλιακών μυών
 - η 'Με κράτημα αναπνοής' άρση βάρους εκσεσημασμένα Μεγάλου
- να φοράει σφιχτές ζώνες και ρούχα
- να σκύβει.

3. Απαγόρευση ή αποφυγή ή περιορισμός Τροφών ή Ουσιών, που :

- χαλαρώνουν τον λειτουργικό "κατώτερο οισοφαγικό σφιγκτήρα" (ΚΟΣ):
 - ο σοκολάτα,
 - ο κακάο κλπ
- επιδεινώνουν την Οξύτητα* του γαστρικού περιεχομένου ως Όξινα τα ίδια:
 - ο χυμός λεμονιού
 - ο χυμός πορτοκαλιού & λοιπών εσπεριδοειδών
- διεγείρουν την γαστρική έκκριση:
 - ο καφές, τσάϊ
 - ο αλκοόλ

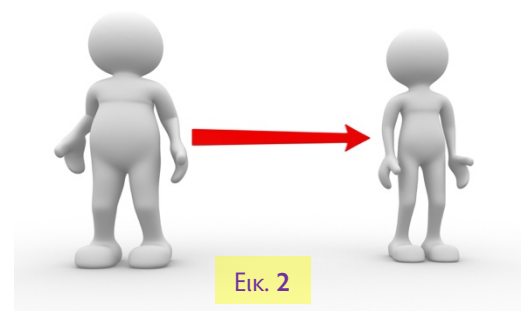
4. Απαγόρευση / Αποφυγή ή Περιορισμός 'υγρών Με ανθρακικό' ή 'αεριούχων' και αναψυκτικών και ποτών (λ.χ. μύρας, σαμπάνιας, Coca-cola, πορτοκαλάδας Με ανθρακικό, tonic, αναψυκτικού συσκευασμένου- έτοιμου-επονομαζόμενου 'Soda water' κ.τ.ό.)

5. Απαγόρευση γεύματος τις τελευταίες 3 ώρες Προ κατακλίσεως για ύπνο

6. Μείωση ποσότητας κάθε Ενός γεύματος με αύξηση αριθμού γευμάτων. Δηλαδή τρώτε μικρότερα και περισσότερα γεύματα (την ίδια συνολική ημερήσια ποσότητα τροφής, αλλά μοιρασμένη σε περισσότερα γεύματα με λιγότερη ποσότητα σε έκαστο αυτών).

7. Ελάττωση σωματ. βάρους – Αδυνατίσμα

8. Διακοπή Καπνίσματος



* Οξύτητα: το χημικώς Χαμηλό (Όξινο) pH, δηλ. το $pH < 7$. Η οξύτητα είναι τόσο πιο Έντονη, όσο χαμηλότερη είναι η τιμή του pH. Θεωρείται λ.χ ως 'Πολύ όξινο' κάθε $pH < 4$ (λογαριθμική κλίμακα συγκέντρωσης υδρογονοκατιόντων $[H^+]$).

9. Φάρμακα (*Ισόβια* συνήθως χορήγηση): Συστηματική χορήγηση ενός φαρμάκου ή συνδυασμού περισσότερων (ανάλογα με την σύσταση του θεράποντος ιατρού) των ακόλουθων κατηγοριών:

- συνήθως **αναστολείς αντλίας πρωτονίων** γνωστοί και ως **"P.P.I.'s"** (**proton-pump inhibitors**, όπως η *Ομεπραζόλη* [Losec®], η λανσοπραζόλη [Laprazol®], η παντοπραζόλη [Controloc®, Zurcazol®], η ραμπεπραζόλη [Pariet®] κ.τ.ό.)
- σπανιότερα **αποκλειστές H₂-υποδοχέων** (**H₂-blockers** όπως η σιμετιδίνη [Tagamet®], η *Ρανιτιδίνη* [Zantac®], η φαμοτιδίνη [Peptan®] κ.τ.ό.)
- Φάρμακα που *επαλείφουν εσωτερικά* το οισοφαγικό τοίχωμα, για να το προστατέψουν από ένζυμα, αλλά και από γαστρικά οξέα (η σουκραλφάτη [Peptonorm®])
- Φάρμακα που *υποτίθεται ότι προάγουν* τον γαστρο-οισοφαγικό *Περισταλτισμό* (όπως η *Cisapride* [Prepulsid®, δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα], η δομπεριδόνη [Cilroton®], η μετοκλοπραμίδη [Primperan®] κλπ). Ωστόσο *αμφισβητείται* βάσιμα η αποτελεσματικότητα της δράσης τους
- Περιστασιακά χορηγούνται **αντιόξινα** για *πρόσκαιρη*, αλλά *Ταχείας έναρξης* ανακούφιση από τα ενοχλήματα (χημική *Εξουδετέρωση* του υδροχλωρικού οξέος [HCl], μέχρις ότου εκκριθεί ξανά νέα ποσότητα: πρόσκαιρη ανακουφιστική δράση διάρκειας 5 – 30 mins μόνον). Όλα είναι χημικώς *βάσεις* (υδροξείδιο του αργιλίου, του μαγνησίου κ.τ.ό., διττανθρακικό Na ή *‘φαρμακευτική σόδα’* [NaHCO₃]).



2.γ. Προβλήματα / Μειονεκτήματα Συντηρητικής Αντιμετώπισης:

Το κύριο πρόβλημα είναι ότι αυτή μέθοδος αντιμετώπισης δεν "θεραπεύει" το αίτιο, την ύπαρξη Διαφραγματοκήλης ή Παλινδρόμησης, αλλά απλώς **"αντιμετωπίζει"** την *συνεχιζόμενη* παλινδρόμηση επιχειρώντας ελάττωση του βαθμού αυτής, ελάττωση της Οξύτητας του παλινδρομούντος γαστρικού περιεχομένου και απλή *"Υφέση"* των ενοχλημάτων.

Δηλαδή με την συντηρητική αντιμετώπιση **συνεχίζει** να παλινδρομεί στον Οισοφάγο γαστρικό υγρό, που δεν είναι μεν πλέον όξινο, ωστόσο συνεχίζει να περιέχει *πεπτικά Ένζυμα*. Επομένως συνεχίζει να προκαλεί *Μακροχρόνιο ερεθισμό*, άσχετα αν ο τελευταίος προκαλεί ηπιότερα 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 **διαρκώς** να συνεχίζεται, *Ισόβια*, με *Όλα τα Θεραπευτικά Μέτρα Μαζί*, που στο σύνολό τους θεωρούνται *Περιοριστικά* για τον τρόπο ζωής ('life style') πολλών νέων, κοινωνικά ενεργών ανθρώπων. Ακόμα και η ίδια η *μακροχρόνια / Ισόβια χορήγηση φαρμάκων* είναι πιθανό να έχει συνέπειες άγνωστες ακόμη από άποψη **ανεπιθυμητών ενεργειών**:

- Π.χ. τα φάρμακα που αποκλείουν τους H₂-υποδοχείς προκαλούν *Ορμονική Δυσλειτουργία* (αύξηση Προλακτίνης, δηλ. στους άρρενες: *Γυναικομαστία*, *στυτικές διαταραχές* κλπ.).

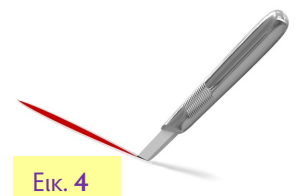
- Παραμένει άγνωστο το αν μελλοντικά ανακαλυφθούν νέες συνέπειες μακρόχρονης χορήγησης των P.P.I.'s. Αυτοί προκαλούν σημαντική Αύξηση των επιπέδων Πεντα-γαστρίνης στο αίμα. Η αύξηση αυτή θεωρείται ότι μπορεί να προκαλεί γαστρικούς πολύποδες, καρκινοειδή, αλλά και καρκινώματα —στομάχου όσο και παχέος εντέρου— ενώ η ισόβια υποχλωρυδρία (λόγω χορήγησης των P.P.I.'s) ενοχοποιείται με την σειρά της για αυξημένο βακτηριακό αποικισμό του πεπτικού συστήματος: ο μεγαλύτερος αριθμός βακτηρίων παράγει νιτροζαμίνες, καρκινογόνες ουσίες*.

Σε κάθε περίπτωση είναι σκληρό για έναν νέο π.χ. 28 ή 33 χρονών να ζει ολόκληρη την ζωή του με ανάγκη Καθημερινής λήψεως φαρμάκων (π.χ. Ομεπραζόλης κλπ.), να μην επιτρέπεται να οριζοντιώνεται ποτέ σε κρεβάτι χωρίς προηγούμενως να το ανυψώνει με τάκους σε κεκλιμένο επίπεδο κλπ.

3. Χειρουργική Θεραπεία

3.α. Γενικότητες

Πρόκειται για μέθοδο που **θεραπεύει** την ίδια την διαφραγματοκήλη αυτή καθαυτή με χειρουργικό τρόπο (βλ. Εικ. 4). Καταργεί άμεσα την Γαστρο — Οισοφαγική Παλινδρόμηση. Βέβαια υπάρχουν πολλές διαφορετικές 'Σχολές', τεχνικές και μέθοδοι δια μέσου ποικίλων διαφορετικών Προσπελάσεων, επειδή ουδεμία από αυτές δεν είναι Τόσο πολύ αποτελεσματική, που να μπορέσει *de facto* να καταργήσει τις άλλες χειρουργικές μεθόδους. Γενικά η Επιτυχία της χειρουργικής θεραπείας κυμαίνεται στο ποσοστό του 70 – 75% περίπου.



Εικ. 4

3.β. Προσπελάσεις:

Όλες οι χειρουργικές μέθοδοι επιχειρούν να προσπελάσουν το 'πρόβλημα', δηλ. την διαφραγματοκήλη (κόκκινο χρώμα στο σχήμα, δεξιά) ή, ακριβέστερα, την δυσλειτουργούσα "**ΟΓΣ**" – Οισοφαγο - Γαστρική Συμβολή. Αυτή εξ ορισμού βρίσκεται Μέσα στον θώρακα, εφόσον διαγνώσθηκε "ολισθαίνουσα Διαφραγματοκήλη".

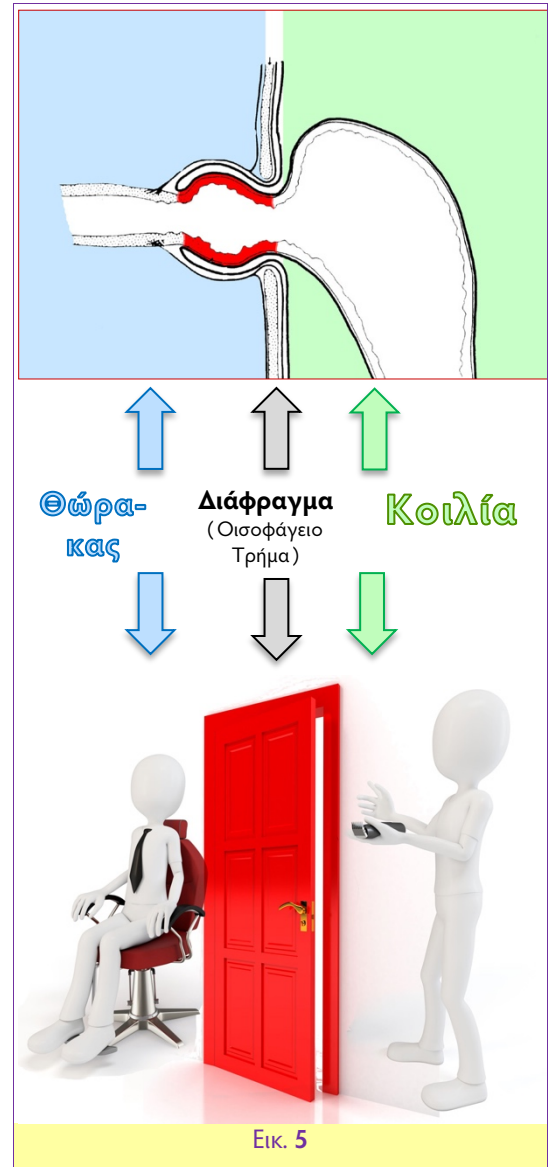
* Jeong Soo A, Chun-Sick E et al. Acid suppressive drugs and gastric cancer. A meta-analysis of observational studies. *World J Gastroenterol.* 2013 Apr 28; 19 (16): 2560-68 ; doi: 10.3748/wjg.v19.i16.2560

Την ΟΓΣ, που βρίσκεται **Μέσα στον Θώρακα** (γαλάζια περιοχή στο σχήμα της Εικ. 5), θα πρέπει να την προσπελάσει κανείς **δια-θωρακικά**, για να έχει τις βέλτιστες πιθανότητες να επιτύχει η εγχείρηση αποκατάστασης. Για να χειρουργήσει κανείς την ολισθαίνουσα διαφραγματοκήλη, πρέπει να την προσπελάσει **"διαθωρακικά"**, δια μέσου του θώρακα.

Αν κάποιος χειρουργός, όσο δεινός και αν είναι, επιχειρήσει να αποκαταστήσει οτιδήποτε με προσπέλαση δια μέσου Άλλου, Έτέρου ανατομικού διαμερίσματος του ανθρώπινου σώματος (π.χ. **διακοιλιακά**, δια της Κοιλίας* – πράσινο χρώμα), τότε θα έχει πρακτικές δυσχέρειες που θα αυξήσουν τις πιθανότητες Αποτυχίας.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ: φανταστείτε έναν **κουρέα** να κουρεύει πελάτη, που κάθεται σε Άλλο, Διαφορετικό Δωμάτιο. Φανταστείτε τον κουρέα (εικ. 5) να **έλκει** με δύναμη το κεφάλι του πελάτη προς την σχισμή της μισάνοιχτης πόρτας, δια μέσου της οποίας προσπαθεί να τον κουρέψει **έλκοντάς** τον και ψηλαφώντας τον, αλλά χωρίς να τον βλέπει άμεσα, αφού τους χωρίζει πόρτα/τοίχος. Και φανταστείτε πόσο 'ελεγχόμενες' είναι οι ψαλιδιές στα μαλλιά του τριχωτού της κεφαλής, το οποίο είναι **τεντωμένο, 'υπό τάση'**, λόγω του **Ελκυσμού** προς την σχισμή της μισάνοιχτης πόρτας...!

Κατ' αναλογίαν, φανταστείτε έναν Γενικό Χειρουργό που τέλεσε "λαπαροτομία" (τομή στην κοιλιά, προσπέλαση δια μέσου της κοιλιάς) ή λαπαροσκοπηση: **δεν έχει οπτικό έλεγχο** της ΟΓΣ και της διαφραγματοκήλης, αφού αυτές εντοπίζονται **έξω από την κοιλιά**. Βρίσκονται **Μέσα στον Θώρακα** (δηλ. σε ανατομικό **διαμέρισμα** εντελώς Άλλο, Διαφορετικό). Τότε ο χειρουργός αναγκάζεται να **έλκει**, να τραβάει με δύναμη (δια του "Οισοφαγείου Τρήματος" του διαφράγματος – βλ. **κόκκινη πόρτα** στο ως άνω σχεδιάγραμμα) **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", **fundoplication**), δηλ. δημιουργώντας, 'πλάθοντας' νέα λειτουργική 'βαλβίδα μίας κατεύθυνσης', συρράπτοντας **ιστούς τεντωμένους** και χωρίς άνετο οπτικό έλεγχο. Για τους ανωτέρω λόγους, δηλαδή **αιτιολογημένα**, πιστεύουμε ότι η βέλτιστη πιθανότητα Επιτυχίας επιχειρούμενης χειρουργικής θεραπείας είναι μέσω **δια-θωρακικής προσπέλασης**, όπως αριστερής χαμηλής "πλαγίας Θωρακοτομής".



Ακόμη και επί "**Ενδοσκοπικής**" προσπέλασης ('**key-hole surgery**') και πάλι η "**θωρακοσκοπική**" προσπέλαση (**VATS: Video-Assisted Thoracoscopic Surgery**, δηλ. σε τελική ανάλυση μία **δια-θωρακική** ενδοσκόπηση) έχει περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας από την "λαπαροσκοπική" (ή την **δια-κοιλιακή** ενδοσκόπηση). Ωστόσο ο συγγραφέας του παρόντος άρθρου έχει την άποψη ότι **Όλες οι Ενδοσκοπικές** προσπελάσεις έχουν **Κατώτερη πιθανότητα επιτυχίας** συγκριτικά με την **Ανοικτή δια-θωρακική** προσπέλαση μέσω "Πλαγίας θωρακοτομής" (αριστερής, χαμηλής). Οι αιτίες για την άποψη αυτή μπορούν συνοπτικά να

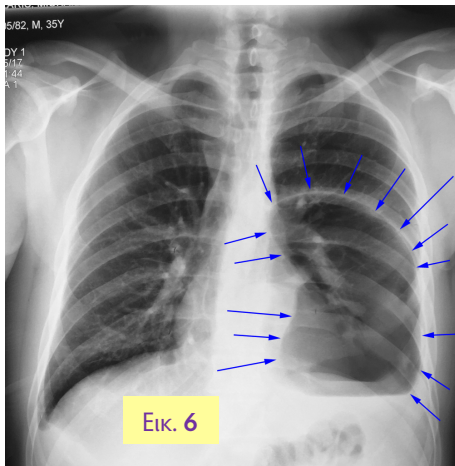
* είτε με λαπαροτομία είτε με λαπαροσκοπηση

αναφερθούν ως γενικότερα περιορισμένη 'άνεση' επίτευξης των 3 εγχειρητικών στόχων μιας "αντι-παλινδρομικής" χειρουργικής επέμβασης (βλ. επόμενη § '3.γ'). Περισσότερο λεπτομερής αιτιολόγηση για την άποψη υπέρ της Ανοικτής προσπέλασης μπορεί να βρει κάθε ενδιαφερόμενος στις σελ. 7 – 12 του ενημερωτικού άρθρου 'Τομές – Προσπελάσεις', διαθέσιμου για κατέβασμα (download) στον σύνδεσμο (Link):

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



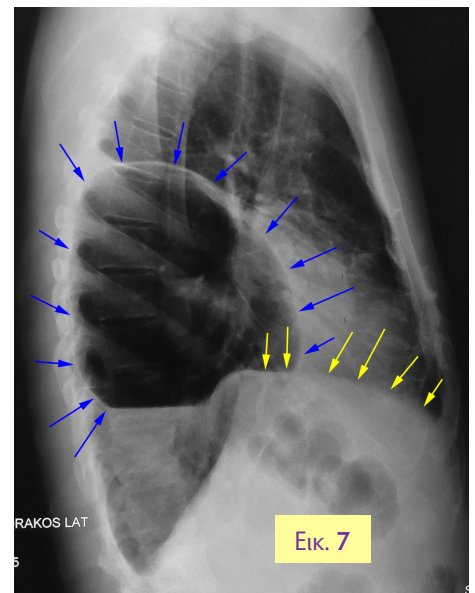
Περίπτωση παταγώδους Αποτυχίας μιας λαπαροσκοπικά επιχειρηθείσας αποκατάστασης διαφραγματοκήλης με την μέθοδο *Nissen* (μιας "λαπαροσκοπικής θολοπλαστικής κατά Nissen") προκάλεσε



Εικ. 6

μετεγχειρητικά την μαζική είσοδο Ολοκλήρου του στομάχου μέσα στον θώρακα σε 35-χρονο άνδρα ασθενή. Στις μετεγχειρητικές ακτινογραφίες (Εικ. 6 & 7) εκπλήττεται κανείς από θεαματικά παθολογικά ευρήματα: ο ενδοθωρακικός στόμαχος σημαίνεται με Κυανά (μπλε) βέλη και το αριστερό ημιδιάφραγμα με κίτρινα βέλη. Η αρχική, αποτυχημένη λαπαροσκοπική επέμβαση είχε τελεσθεί αλλαχού από συναδέλφους γενικούς χειρουργούς. Δυστυχώς, απαιτήθηκε επαν-εγχείρηση στον ατυχή ασθενή, αλλά και συνολικά μακρότατη διάρκεια νοσηλείας (αρκετών εβδομάδων), μέχρι να

τεθούν υπό έλεγχο περισσότερες επιπλοκές (λ.χ. ενδοθωρακική συλλογή πλευριτικού υγρού με πολλαπλές εγκυστώσεις), τις οποίες προκάλεσε η Αποτυχία της αρχικής λαπαροσκοπικής επέμβασης !

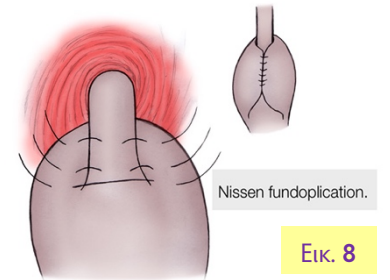


Εικ. 7

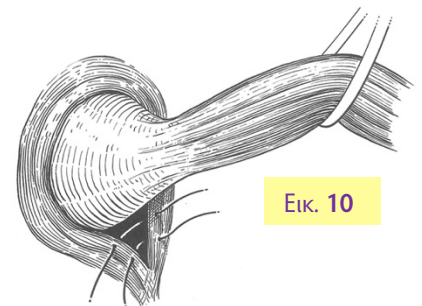
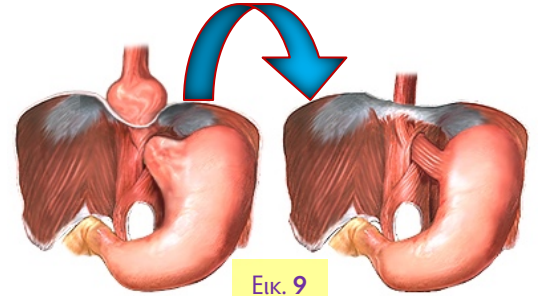
3.γ. Εγχειρητικοί Στόχοι - Μέθοδοι

Τελείται "Θολοπλαστική" ("fundoplication"): επέμβαση κατά την οποία με χειρουργικές ραφές στον Θόλο * 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 αποκατάστασης επιχειρεί να επιτύχει **και τους 3** ακόλουθους Στόχους:

- i. να απαγορεύει την γαστρο-οισοφαγική Παλινδρόμηση (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, βλ. σχεδιάγραμμα Εικ. 8, με 'περιτύλιγμα' ή **wrap** κατά την μέθοδο Nissen)
- ii. να διασφαλίζει ότι η ΟΓΣ (Ο.-Γ. Συμβολή) "ανατάσσεται" Μέσα στην φυσιολογική της ανατομική θέση, δηλ. **μέσα στην Κοιλιά**, με υποχρεωτική συνύπαρξη μιας "ενδο-κοιλιακής μοίρας Οισοφάγου" (στο τοίχωμα του οποίου να ασκείται η πάντοτε η **Θετική ενδοκοιλιακή** πίεση, που κρατάει τον αυλό κλειστό, προλαμβάνοντας την παλινδρόμηση, βλ. Εικ. 9)
- iii. να στενεύει το 'Οισοφάγειο Τρήμα' του διαφράγματος, δηλ. την οπή δια της οποίας διέρχεται ο οισοφάγος από τον θώρακα προς την κοιλία (βλ. Εικ. 10: το τρήμα στενεύεται με χειρουργικά ράμματα Τόσο, που να **μην** υπάρχει ευρυχωρία, ώστε να ανέρχεται δι' αυτού προς το θώρακα ο θόλος ή οποιοδήποτε άλλο όργανο, αλλά και να **μην** δυσχεραίνεται η προώθηση τροφών προς το στομάχι).



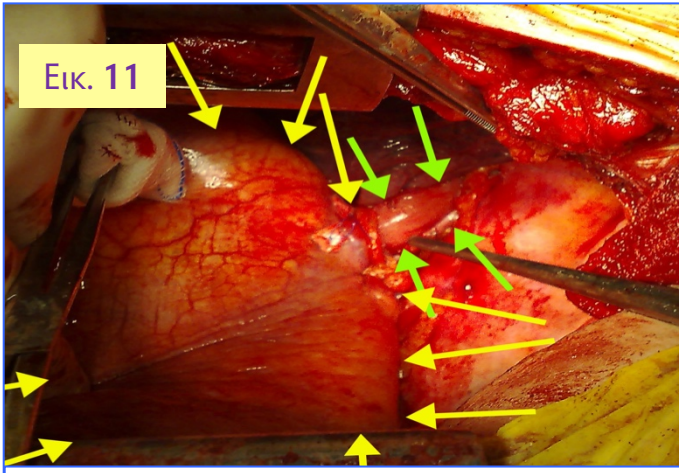
Sutures approximate anterior fundus, esophagus and posterior fundus



Και οι **3** ως άνω εγχειρητικοί Στόχοι **πρέπει** οπωσδήποτε να επιτυγχάνονται με **κάθε** επέμβαση θολοπλαστικής. Ως πιο επιτυχή θεωρούμε την "Θολοπλαστική κατά Belsey Mark IV" (προφ.: «μπέλσεϋ μαρκ φορ», βλ. Εικ. 11). Κατ' αυτήν ο θόλος περιτυλίγεται γύρω από τον οισοφάγο εν μέρει, δηλ. **κατά 270°** μόνον (αντί των 360° της "Θολοπλαστικής κατά Nissen"), ώστε ο ασθενής να απολαμβάνει και μετεγχειρητικά τα ακόλουθα Πλεονεκτήματα:

* **Θόλος** (ή γαστρικός θόλος, fundus): το ανώτερο τμήμα του **Στομάχου** (από τα συνολικά 3 τμήματα αυτού: θόλος, σώμα στομάχου & πυλωρικό άντρο)

Μετά από θολοπλαστική κατά Belsey Mark IV ο ασθενής διατηρεί:



Εικ. 11

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

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

Δεν υπάρχει πλέον ενδο-θωρακικό τμήμα στομάχου, επειδή αυτός έχει αναταχθεί στην φυσιολογική του ενδο-κοιλιακή θέση, όπου καθλώθηκε με ράμματα κατά **Belsey Mark IV** (αντιπαράβα-λε διεγχειρ. φωτογρ. Προ Αποκατάστασης: στο ενημερ. άρθρο "Οισοφα-γίτιδα-Παλινδρόμηση-Διαφραγματοκήλη")

- την ικανότητα αποβολής αερίων με "ερυγές" ('ρεψίματα') και
- την ικανότητα να μπορεί να κάνει εμετό (Χωρίς κίνδυνο οισοφαγικής ρήξεως – "συνδρόμου Børhaave").

Αντίθετα, μετά από **Θολοπλαστική κατά Nissen** (βλ. Εικ. 8, σελ. 8) οι ασθενείς συχνά υποφέρουν από Μετεωρισμό (λόγω αδυναμίας αποβολής αερίων με ερυγές) και αναγκάζονται να καταφεύγουν σε ρινο-γαστρικό καθετηριασμό, έχοντας χάσει την ικανότητά του να μπορούν με ασφάλεια να κάνουν Εμετό (βλ. Εικ. 12).

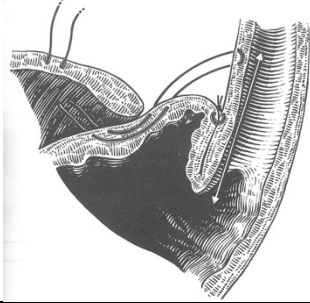
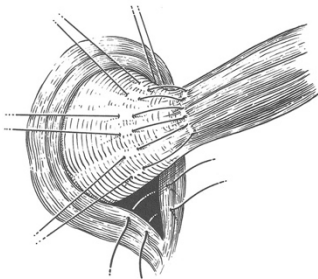
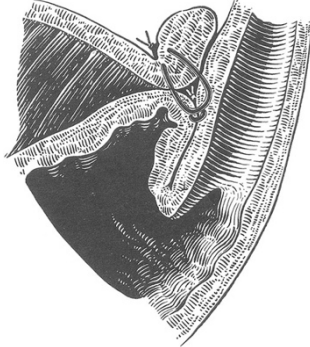
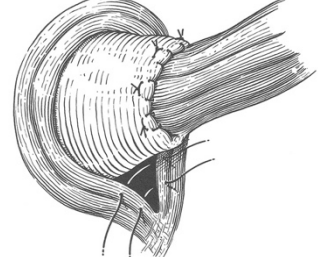
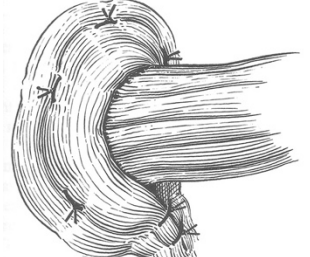
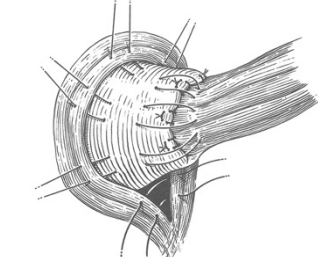
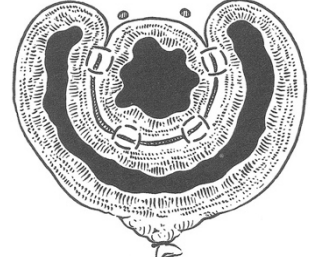
Από την άλλη μεριά, η θολοπλαστική κατά Nissen θεωρείται ότι μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματική στη θεραπεία της παλινδρόμησης.



Εικ. 12

3.δ. Βήμα-βήμα η Θολοπλαστική Belsey Mark IV

Παρατίθενται πιο κάτω σχηματικά μεν, αλλά κατά το δυνατόν λεπτομερή, **διαγράμματα** με τους "εγχειρητικούς χρόνους" (δηλ. με τα τεχνικά βήματα ένα προς ένα της εγχειρήσεως) της Θολοπλαστικής κατά Belsey Mark IV :

α/α	Σχεδιάγραμμα	Επεξήγηση	α/α	Σχεδιάγραμμα	Επεξήγηση
1.	Βλ. Εικ. 10 (της σελ. 8 παρόντος άρθρου)	Σμίκρυνση εύρους Οισοφαγείου Τρήμα- τος διαφράγματος	5.		Όψη από τα πλάγια της 2 ^{ης} σειράς των 4 ραμμάτων (βήματος 4), Πριν αυτά δεθούν
2.		1 ^η σειρά 4 ραμμάτων μεταξύ: Οισοφάγου – Στομά- χου Για: δημιουργία 'περιτυ- λίγματος' κατά 270°	6.		Δεμένη η 2 ^η σειρά των 4 ραμμάτων (βήμα- τος 4)
3.		Δεμένη η 1 ^η σειρά ραμμάτων (βήματος 2)	7.		Όψη από τον θώρακα (ίδια με Εικ. 11 της σελ. 9)
4.		2 ^η σειρά 4 ραμμάτων Οισοφ. – Στομά- χου – Διαφράγματος Για : • Ενίσχυση 'περιτυ- λίγματος' • υποδιαφραγματ. "Γαστροπηξία" (στερέωση στομά- χου Υπό το διά- φραγμα')	8.		Κάτοψη: 'περιτύλιγμα' στομά- χου γύρω από οισο- φάγο κατά 270° μό- νον: μτχ/κά παραμένει τό- ξο 90° οισοφαγικού τοιχώματος ελεύθερο ραφών

3.ε. Πιθανότητες Επιτυχίας & Κίνδυνοι Χειρουργικής Θεραπείας

Η πιθανότητα Επιτυχίας χειρουργικής θεραπείας, που τελείται για 1^η φορά στην ζωή ασθενούς, κυμαίνεται περί το **70-75%**. Το ποσοστό επιτυχίας είναι σαφώς **ελαττωμένο** (χειρότερο) σε περίπτωση **Επαν-εγχείρησης**, δηλ. μετά από αποτυχία προγενέστερα επιχειρηθείσας χειρουργικής θεραπείας, ανεξαρτήτως προσπελάσεως.

Το ποσοστό επιτυχίας μειώνεται και όποτε υπάρχουν παράγοντες, που δυσχεραίνουν την 'άνετη' τέλεση της εγχείρησης· ως τέτοιος μπορεί να θεωρηθεί η "Ενδοσκοπική προσπέλαση" (λαπαροσκοπική ή VATS). Οποιαδήποτε μέθοδος χειρ/γικής θεραπείας διαφραγματοκήλης μπορεί να έχει πλήρη ή μερική Επιτυχία ή Αποτυχία:

- **Πλήρης επιτυχία:** ο ασθενής μετεγχειρητικά παραμένει χωρίς ενοχλήματα και χωρίς ανάγκη φαρμακευτικής θεραπείας ή συντηρητικών μέτρων. Ακτινολογική μελέτη με βάριο ή οισοφαγοσκόπηση μετεγχειρητικά επιβεβαιώνουν την Απουσία παλινδρόμησης / διαφραγματοκήλης.
- **Μερική Επιτυχία:** ο ασθενής μετεγχειρητικά έχει "Λιγότερα ενοχλήματα" ή έχει "λιγότερο συχνά" τα ίδια ενοχλήματα παλινδρόμησης" που είχε προεγχειρητικά, ώστε χρειάζεται πλέον ή Μικρότερες δόσεις φαρμάκων ή φάρμακα Περιστασιακά (λιγότερο συχνά). Ακτινολογική απεικόνιση ή οισοφαγοσκόπηση τεκμηριώνουν διαφραγματοκήλη ή παλινδρόμηση *Μικρότερου* βαθμού από ό,τι προεγχειρητικά.
- **Αποτυχία:** χωρίς μετεγχειρητικά οφέλη ως προς την ύπαρξη ενοχλημάτων. Παραμένει ανάγκη συνεχιζόμενης συντηρητικής Αντιμετώπισης. Ακτ/γική απεικόνιση ή οισοφαγοσκόπηση τεκμηριώνουν Παρουσία διαφραγματοκήλης βαθμού συγκρίσιμου με τον προεγχειρητικό.

Η χειρουργική θεραπεία φυσικά ενέχει μικρού βαθμού **κινδύνους** Επιπλοκών, όπως άλλωστε και Κάθε άλλη χειρ/κή επέμβαση. Οι γνωστοί αυτοί κίνδυνοι είναι *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 λ.χ. στον "Οισοφάγο του Barrett"). Στοιχεία δείχνουν ότι ο κίνδυνος **Θνητότητας** από θωρακοχειρουργική θεραπεία διαφραγματοκήλης είναι μόλις **0,26% = 1/382 ***.

3.στ. 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 συντηρητικών μέτρων). Μόνον έτσι, δηλ. "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 συν-υπάρχουσα νόσος, ακόμη αδιάγνωστη...).

Άλλη ένδειξη για χειρουργική θεραπεία της παλινδρόμησης ή της διαφραγματοκήλης είναι η ύπαρξη **Οισοφάγου του Barrett**. Αυτή είναι επίσημα αναγνωρισμένη ως "Προκαρκινική κατάσταση" (δηλ. μπορεί να οδηγήσει σε **Καρκίνο Οισοφάγου**) και η παρουσία της συνήθως είναι απόδειξη Μακροχρόνιας ύπαρξης παλινδρόμησης και μακροχρονίως επαναλαμβανόμενης Οισοφαγίτιδας.

* σύμφωνα με τα Thoracic Surgical Registers του Ηνωμένου Βασιλείου (UK) για τα έτη 1998-99 & 1999-2000: 1 μόλις θάνατος επί συνολικά 382 (= 198 + 184) θωρακοχειρουργικών Επεμβάσεων κατά Παλινδρόμησης & Αποκατάστασης διαφραγματοκήλης, παράγραφος V1.1.

Δεν ενδείκνυται χειρουργική θεραπεία σε περιπτώσεις ασθενών, των οποίων τα ενοχλήματα εμμένουν παρά την πλήρη συμμόρφωσή τους με την συντηρητική αντιμετώπιση, διότι σε αυτούς τους ασθενείς de facto αποδεικνύεται ότι η (πρόσκαιρα επιτυγχανόμενη) άρση ή μείωση της παλινδρόμησης δεν επιφέρει ύφεση ενοχλημάτων. Το γεγονός αυτό **αμφισβητεί** την διαφραγματοκήλη ή την παλινδρόμηση *ως την Αιτία* των ενοχλημάτων (*ως την* αποκλειστική ή κύρια αιτία αυτών): μπορεί απλώς να **συν-υπάρχει** η διαγνωσθείσα παλινδρόμηση (ενδεχομένως Μικρού ή αμελητέου βαθμού) μαζί με **άλλη** νοσολογική *Οντότητα*, η οποία ακόμη παραμένει αδιάγνωστη (λ.χ. Νόσο παγκρέατος ή Χοληφόρων ή Κατάθλιψη ή "Υποχονδριακή διαταραχή" ή άλλη).—

Σημείωση:

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

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

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

- Διεγχειρ/κές Φωτογραφίες θολοπλαστικής κατά Belsey Mark IV στην :

www.icp-med.gr/fotografies/belsey/



- Διαβάζοντας το βιβλίο μου " Δικαίωμα στην Αλήθεια " :

www.papachristos.eu/dsa



- Διαβάζοντας άλλα βιβλία μου (στον συγγραφικό μου ιστότοπο) :

www.papachristos.eu/vivlia.php

