

Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΑ ΜΙΧΑΛΟΥΛΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ:
ΜΕΛΕΤΛΙΔΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ
ΜΑΝΙΑΚΑ ΜΕΡΣΙΝΗ

Θεσσαλονίκη 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΕΝΟΤΗΤΑ 1

- 1.1: Ανατομία και φυσιολογία πεπτικού συστήματος
- 1.2: Ανατομία και ιστολογία στομάχου και δωδεκαδακτύλου
- 1.3: Φυσιολογία στομάχου και δωδεκαδακτύλου
- 1.4: Παθολογία στομάχου και δωδεκαδακτύλου

ΕΝΟΤΗΤΑ 2

- 2.1: Τι είναι το έλκος και πως διακρίνεται
- 2.2: Παθογένεση γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους
- 2.3: Συχνότητα εμφάνισης γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους
- 2.4: Κλινικώς σημαντικές διαταραχές τις γαστρικής κινητικότητας στο γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος

ΕΝΟΤΗΤΑ 3

- 3.1: Αιτίες που δημιουργούν το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος
- 3.2: Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και γαστρίνη και πως ευθύνεται για το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος
- 3.3: Διάγνωση και διαφορική διάγνωση
- 3.4: Διαγνωστικές εξετάσεις για τη διάγνωση του πεπτικού έλκους
- 3.5: Μηχανισμός και κλινική σημασία των γαστρικών συμπτωμάτων
- 3.6: Συμπτώματα και κλινικές εκδηλώσεις γαστρικού έλκους

ΕΝΟΤΗΤΑ 4

- 4.1: Πρόγνωση γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους
- 4.2: Προφύλαξη και πρόληψη γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους
- 4.3: Ο ρόλος της διατροφής στο έλκος

ΕΝΟΤΗΤΑ 5

- 5.1: Στόχοι θεραπείας –θεραπεία και παρέμβαση
- 5.2: Φαρμακευτική αντιμετώπιση στο γαστρικό έλκος
- 5.3: Κριτήριο επιλογής φαρμακευτικής θεραπείας
- 5.4: Μέτρα πρόληψη υποτροπών έλκους
- 5.5: Κριτήριο επιλογής ατόμων για θεραπεία συντηρήσεως
- 5.6: Προοπτικές βελτίωσης θεραπευτικών παρεμβάσεων

ΕΝΟΤΗΤΑ 6

- 6.1: Γαστρικό έλκος από ΜΣΑΦ
- 6.2: Παράγοντες κινδύνου για πεπτικό έλκος από ΜΣΑΦ
- 6.3: Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και ΜΣΑΦ
- 6.4: Επιπλοκές θεραπείας από ΜΣΑΦ

ΕΝΟΤΗΤΑ 7

- 7.1: Επιπλοκές γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους
- 7.2: Οξεία αιμορραγία
- 7.3: Διάτρηση
- 7.4: Πυλωρική στένωση
- 7.5: Μέτρα για τη διατήρηση επουλωμένου έλκους

ΕΝΟΤΗΤΑ 8

- 8.1: Κριτήρια επιλογής χειρουργικής θεραπείας
- 8.2: Ενδείξεις χειρουργικής επέμβασης και εγχειρήσεις που πραγματοποιούνται στο έλκος του στομάχου
- 8.3: Ενδείξεις χειρουργικής επέμβασης και εγχειρήσεις που πραγματοποιούνται στο έλκος δωδεκαδακτύλου
- 8.4: Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς
- 8.5: Χειρουργική θεραπεία
- 8.6: Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα
- 8.7: Μετεγχειρητικές επιπλοκές και αντιμετώπιση τους
- 8.8: Αξιολόγηση αποτελεσμάτων χειρουργικής θεραπείας έλκους

ΕΝΟΤΗΤΑ 9

- 9.1: Πεπτικό έλκος σε παιδιά
- 9.2: Προβλήματα ασθενούς από πεπτικό έλκος
- 9.3: Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας στο πεπτικό έλκος
- 9.4: Νοσηλευτικά προβλήματα και νοσηλευτική αντιμετώπιση στο πεπτικό έλκος
- 9.5: Κριτήρια εξόδου από το νοσοκομείο και διδασκαλία αρρώστου

ΕΝΟΤΗΤΑ 10

- 10.1: Ελκοπάθεια συστηματικών νόσων
- 10.2: Συγγενείς με το έλκος παθήσεις και η θεραπεία τους

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο επαναπροσδιορισμός των βασικών εννοιών της υγείας και της αρρώστιας και ο αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας υπήρξαν οι δυο βασικοί άξονες γύρω από τους οποίους δρομολογήθηκαν οι νέες εξελίξεις στην υγεία. Η υγεία έπαψε να θεωρείται η απουσία της αρρώστιας και της δόθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ) ένα ευρύτερο περιεχόμενο που περιλαμβάνει τις βασικές συνιστώσες της ανθρώπινης ύπαρξης.

Υγεία και νόσος. Υγεία λοιπόν καλείται η πλήρως σωματική, οργανική, διανοητική, ηθική και κοινωνική ισορροπία του ανθρώπου. Νόσος καλείται κάθε μακροχρονική ή μικροχρονική και ποιοτική διαταραχή της υγείας, που οφείλεται σε διάφορα αίτια και μπορεί να προκαλέσει και τον θάνατο.

Η υγεία απ' όλους μας θεωρείται πολύτιμο αγαθό της ζωής μας θείο δώρο και η απώλεια της, η μεγαλύτερη συμφορά. Ύστερα από τον επαναπροσδιορισμό της υγείας από την Π.Ο.Υ. το ενδιαφέρον μετακινήθηκε στην πρόληψη, την προαγωγή και την αποκατάσταση. Η άγνοια βασικών αρχών υγιεινής που προφυλάσσουν και διατηρούν την ψυχοσωματική υγεία ή η παραμέληση τους, η άτακτη ζωή και άλλοι παράγοντες συχνά οδηγούν στην αυτοκαταστροφή.

Ενώ όλοι μας επιθυμούν την υγεία, λίγοι έχουν συνειδητοποιήσει ότι η πραγμάτωση του πόθου αυτού σχετίζεται απόλυτα με την ορθή βιοτροπία, δηλαδή με τον σωστό τρόπο ζωής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το έλκος στο στομάχι ή στο δωδεκαδάκτυλο είναι στην ουσία μια πληγή στην εσωτερική επιφάνεια του πεπτικού έλκους συστήματος. Ο βλεννογόνος του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου διαβρώνεται σε βάθος που μπορεί να φθάνει μέχρι τη μυϊκή στιβάδα του βλεννογόνου. Είναι αρκετά συχνή πάθηση και υπολογίζεται ότι περίπου 10% του πληθυσμού μπορεί να αναπτύξει μια τέτοια ασθένεια. Το έλκος είναι συχνότερο στους άνδρες παρά στις γυναίκες και ειδικά το έλκος δωδεκαδακτύλου είναι 5 φορές πιο συχνό απ' ό τι αυτό του στομάχου.

Η συχνότερη αιτία που προκαλεί το έλκος είναι η μόλυνση από ένα βακτηρίδιο το οποίο ονομάζεται ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (*Helicobacter Pylori*). Ορισμένα φαγητά και το stress δεν προκαλούν από μόνα τους έλκος αλλά επιδεινώνουν ένα έλκος που ήδη υπάρχει. Ασθενείς που παίρνουν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα μπορούν να παρουσιάσουν έλκος διότι τα φάρμακα αυτά είναι μια από τις αιτίες που προκαλούν βλάβες στο βλεννογόνο του πεπτικού συστήματος και έλκος. Επίσης η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα είναι σημαντικές αιτίες πρόκλησης έλκους.

Τα κυριότερα σημεία και συμπτώματα είναι ο πόνος ή το αίσθημα καύσου στο επιγάστριο. Ο πόνος χειροτερεύει με το γεύμα ή 2-3 ώρες μετά το γεύμα. Αργότερα μπορεί να βελτιώνεται αλλά συνήθως επανέρχεται μετά από μερικές ώρες ή κατά τη διάρκεια της νύχτας. Εμφανίζονται αλλαγές στην όρεξη με απώλεια ή με αύξηση αερίων στον πεπτικό σωλήνα και μετεωρισμό.

Η διάγνωση του έλκους βασίζεται στο ιστορικό και στην κλινική εξέταση του ασθενούς. Δίνουν πολύτιμες πληροφορίες για την κατάσταση του ασθενούς και μπορούν να προσανατολίσουν προς την ύπαρξη έλκους. Συμπληρωματικές εξετάσεις που βοηθούν είναι ακτινογραφία, γαστροσκόπηση, βιοψία και τεστ εκπνοής.

Η αντιμετώπιση και θεραπεία του έλκους βασίζεται κυρίως σε φάρμακα: αντιβιοτικά, φάρμακα που μειώνουν ή καταστέλλουν την έκκριση οξέων απ' το στομάχι, φάρμακα που καλύπτουν και προστατεύουν το βλεννογόνο. Για την αντιμετώπιση του έλκους χρησιμοποιείται τριπλή θεραπεία για 2 εβδομάδες. Χρησιμοποιούνται 2 αντιβιοτικά και ένα φάρμακο που μειώνει τη στομαχική οξύτητα. Η χειρουργική αντιμετώπιση του έλκους έχει περιορισμένες ενδείξεις σήμερα μετά την πρόοδο που έχει επιτευχθεί στην κατανόηση της παθογένειας της νόσου και στα φάρμακα που την θεραπεύουν. Η χειρουργική επέμβαση ενδείκνυται σε περιπτώσεις που υποτροπιάζουν και δεν ανταποκρίνονται στις θεραπείες ή στις περιπτώσεις επιπλοκών δηλαδή αιμορραγίας, πυλωρική στένωση ή διάτρησης εντέρου.

ΕΝΟΤΗΤΑ 1

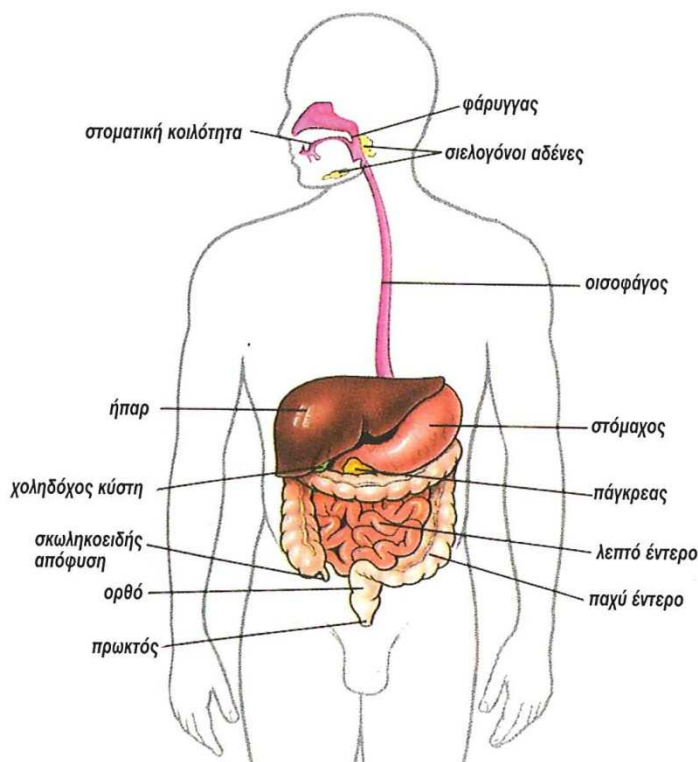
1.1: Ανατομία και Φυσιολογία Πεπτικού Συστήματος

Το πεπτικό σύστημα είναι υπεύθυνο για την επεξεργασία της προσλαμβανόμενης τροφής και την μετατροπή της σε μορφή τέτοια που να μπορεί να απορροφηθεί από το γαστρεντερικό σωλήνα και να χρησιμοποιηθεί από τα δισεκατομμύρια κύτταρα του οργανισμού μας για τις δομικές και λειτουργικές τους ανάγκες.⁽¹⁾

Οι περισσότερες τροφές, με τη μορφή με την οποία προσλαμβάνεται είναι αδύνατον να φθάσουν στα κύτταρα διότι δεν μπορούν να περάσουν από το έντερο στην κυκλοφορία ούτε μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τα κύτταρα του οργανισμού μας έστω και αν μπορούσαν να φθάσουν σε αυτά. Πρέπει κατά συνέπεια η τροφή να υποστεί χημικές και φυσικές μεταβολές ώστε να καταστεί δυνατή η απορρόφηση και η χρησιμοποίησή της.⁽²⁾ Η όλη αυτή διαδικασία των φυσικών και των χημικών μεταβολών με τις οποίες τα λίπη, οι υδατάνθρακες και οι πρωτεΐνες των τροφών μετατρέπονται σε απλούς χημικούς δομικούς λίθους κατάλληλους να απορροφηθούν και να χρησιμοποιηθούν, λέγεται πέψη.⁽¹⁻²⁾

Το πεπτικό σύστημα, για να πραγματοποιήσει την μηχανική και χημική πέψη χρησιμοποιεί κύρια όργανα και βοηθητικά. Το πεπτικό σύστημα αποτ-ελείται από ένα σωλήνα ο οποίος λέγεται γαστρ-εντερικός σωλή-νας και από τους πεπτικούς αδ-ένες. Ο γαστρ-εντερικός σωλή-νας είναι ένας ελικοειδής σω-ληνοειδής διά-δρομος ο οποίος άρχεται από τη στοματική κοι-λότητα και κα-ταλήγει στον πρωκτό και συγκεκριμένα στον

μυϊκό σφιγκτήρα, που λέγεται δακτύλιος. Στην διάρκεια της πορείας του εμφανίζει τα ακόλουθα μέρη:
α) την κοιλότητα του στόματος, με τα δόντια και την γλώσσα
β) τον φάρυγγα
γ) τον οισοφάγο
δ) τον στομάχο
ε) το λεπτό έντερο
στ) το παχύ έντερο⁽²⁾



Οι πεπτικοί αδένες οι οποίοι αποτελούν τα βοηθητικά όργανα του πεπτικού συστήματος είναι:

- α) οι σιελογόνοι αδένες, που παράγουν το σάλιο
- β) το ήπαρ με τη χοληδόχο κύστη, που παράγουν τη χολή
- γ) το πάγκρεας, που παράγει το παγκρεατικό υγρό⁽³⁾

Και τα τρία αυτά όργανα είναι αδένες, οι οποίοι παράγουν έκκριμα και με έναν πόρο εκβάλλουν το έκκριμα αυτό έξω από τον αδένα μέσα σε κοιλότητα. Για να επιτελέσει τις λειτουργίες του το πεπτικό σύστημα περιέχει λείο μυϊκό ιστό, αδενικό ιστό, εραιοτικό ιστό και νευρικό ιστό. Τη μηχανική πέψη την επιτελεί με τον μυϊκό και τον εραιοτικό ιστό, ενώ την χημική πέψη την επιτελεί με τον αδενικό ιστό, ο οποίος σχηματίζει το έσω στρώμα του σωλήνα, το βλεννογόνο και τους βοηθητικούς εξωκρινείς αδένες.⁽³⁾ Η μηχανική πέψη γίνεται με τις κινήσεις του πεπτικού σωλήνα, ενώ η χημική γίνεται με την χημική επίδραση των ενζύμων που παράγουν οι διάφοροι αδένες πάνω στις τροφές. Το πεπτικό σύστημα επηρεάζεται σημαντικά από συγκινησιακές καταστάσεις. Συναισθήματα, όπως ψυχικές καταπονήσεις, φόβος, αγωνία, άγχος έχουν δυσμενή επίδραση στην πέψη. Αντίθετα η ηρεμία, το ευχάριστο περιβάλλον αυξάνουν την όρεξη και διευκολύνουν την πέψη.⁽⁴⁾

Το τοίχωμα του οισοφάγου, του στομάχου και του εντέρου αποτελείται από τρεις στοιβάδες ιστών, οι οποίες είναι:

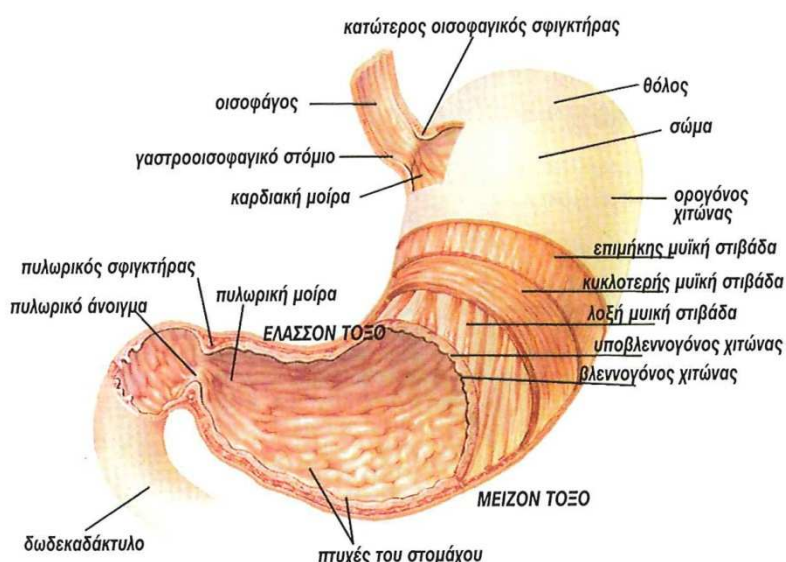
- α) ο ορογόνος χιτώνας
- β) η μυϊκή στοιβάδα, η οποία αναδύει και παράλληλα προωθεί την τροφή
- γ) ο βλεννογόνος που εκκρίνει υγρά που είναι απαραίτητα για την πέψη της τροφής.⁽³⁾

Ειδικά στο στομάχι ο βλεννογόνος εκτός από τα πεπτικά ένζυμα παράγει και εκκρίνει υδροχλωρικό οξύ (HCl) που ως γνωστών είναι ένα από τα πιο ισχυρά οξέα που μέχρι σήμερα γνωρίζουμε. Παράλληλα στο στομάχι και στο έντερο παράγεται και η βλέννη η οποία είναι ένα παχύρευστο έκκριμα που αποτελείται από νερό, ηλεκτρολύτες και από ένα μίγμα διάφορων γλυκοπρωτεϊνών. Η βλέννη επαλείφει των εσωτερικό αυλό των οργάνων, έχει την ικανότητα να επιτρέπει την εύκολη ολίσθηση της τροφής κατά μήκος του γαστρεντερικού σωλήνα και εμποδίζει την αποφολοδοτική βλάβη του επιθηλίου από την διαβρωτική δράση του υδροχλωρικού οξέος.⁽⁴⁾

1.2: Ανατομία και Ιστολογία Στομάχου και Δωδεκαδακτύλου

Ο στομάχος αποτελεί την πιο ανευρυσμένη μοίρα της πεπτικής οδού. Επικοινωνεί προς τα άνω με τον οισοφάγο δια μέσου της καρδιακής μοίρας ή καρδιάς και προς τα κάτω, με το λεπτό έντερο δια μέσω του πυλωρού. Αποτελεί διατατό σάκο που χρησιμεύει στην αποθήκευση της τροφής και την μετατροπή της σε ημίρρευστη μορφή με την επίδραση εκκριντικών παραγόντων. Βρίσκεται στο κυρίως επιγάστριο και έχει σχήμα αγκίστρου J. Υπό φυσιολογικές συνθήκες, ο στομάχος έχει χωρητικότητα 0,5 έως 2 λίτρα, ενώ η κατά επιφάνεια διαστάσεις του είναι 850cm² στους άνδρες και 750cm² στις γυναίκες.⁽⁵⁾

Μορφολογικά, εμφανίζει πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια, δύο χείλη το ελάσσων και το μείζων τόξο και δυο στόμια το καρδιακό και το πυλωρικό στόμιο. Το καρδιακό στόμιο αφορίζεται εσωτερικά από μια κυκλική ανώμαλη οδοντωτή γραμμή, η οποία απέχει από τους τομείς οδόντες περίπου 40cm.⁽⁶⁾ Το πυλωρικό στόμιο, εσωτερικά σχηματίζεται από ένα έπαρμα που δημιουργείται από την τοπική πάχυνση της μυϊκής στοιβάδας και αφορίζεται από την πυλωρική βαλβίδα η οποία εμποδίζει την παλινδρόμηση του περιεχομένου του εντέρου στο στομάχο. Το δεξιό χείλος του στομάχου είναι συνέχεια του αντίστοιχου οισοφαγικού και λόγω της τοξοειδούς πορείας του, ονομάζεται ελάσσων τόξο. Κατά μήκος αυτού του τόξου, προσφύεται το ελάσσων επίπλυν (πτυχή του περιτόναιου). Λίγο πριν το τέλος του, το ελάσσων τόξο, σχηματίζει μια εντομή που ονομάζεται γωνιαία εντομή.⁽²⁾



Το αριστερό χείλος, που είναι τριπλάσιο του δεξιού, ονομάζεται μείζων τόξο και κατά μήκος του, προσφύεται αφενός το μείζων επίπλυν (δεξιά μοίρα) και αφετέρου ο γαστροσπληνικός σύνδεσμος (αριστερή μοίρα). Με την γωνιαία εντομή, ο στομάχος χωρίζεται σε δυο μέρη: α) **τον ιδίως στομάχο** και β) **τον πυλωρικό στομάχο**. Ο ιδίως στομάχος,

υποδιαιρείται στον πυθμένα ή θόλο στο σώμα του στομάχου. Ο πυλωρικός στόμαχος, υποδιαιρείται στο πυλωρικό άνδρο και στον πυλωρικό σωλήνα. Ο στόμαχος στηρίζεται στον οισοφάγο, στο δωδεκαδάκτυλο, στο ελάσσων και στο μείζων επίπλουν, στο γαστροσπληνικό και στο γαστροφρενικό σύνδεσμο.⁽³⁾

Το μείζων επίπλουν, είναι μία πτυχή του περιτοναίου, που ξεκινά από το μείζων τόξο του στομάχου και κρεμάμενο, καλύπτει τα έντερα. Είναι λεπτό, θυριδωτό και εύκολα μετακινούμενο και χρησιμεύει για την παρεμπόδιση επέκτασης κοιλιακών φλεγμονών. **Το ελάσσων επίπλουν** εκτείνεται από το ελάσσων τόξο του στομάχου και την πρώτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου, μέχρι τις πύλες του ήπατος. Το τμήμα, που εκφύεται από το ελάσσων τόξο ονομάζεται ηπατογαστρικός σύνδεσμος, ενώ το υπόλοιπο που εκφύεται από το δωδεκαδάκτυλο, ονομάζεται ηποτοδωδεκαδακτυλικός σύνδεσμος. Μεταξύ των δύο πετάλων του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου βρίσκονται ο χοληδόχος πόρος, η ηπατική αρτηρία, η πυλαία φλέβα, λεμφαγγεία και νεύρα. Το εσωτερικό του στομάχου, εμφανίζει πτυχές και βοθρία. Από τις πτυχές άλλες είναι προσωρινές και άλλες μόνιμες. Τα γαστρικά βοθρία είναι τα σημεία, όπου εκβάλλουν οι πόροι των γαστρικών αδένων.⁽⁶⁾

Ο στόμαχος χωρίζεται σε τέσσερις μοίρες: α) την καρδιακή μοίρα η οποία αποτελεί τμήμα του σώματος, είναι μικρή, μακροσκοπικός αδιάκριτη, ζώνη που επεκτείνεται 1 με 4cm ως κυκλική ζώνη και αντιστοιχεί στην μετάπτωση του οισοφάγου στο στόμαχο. Το κατώτερο όριο προς το θόλο του στομάχου γίνεται ευδιάκριτο μόνο ιστολογικός με την παρουσία των καρδιακών αδένων. β) Ο θόλος αποτελεί το τμήμα του στομάχου που είναι πάνω από το επίπεδο του καρδιακού στομίου. γ) Το σώμα αποτελεί περίπου τα 2/3 του στομάχου. Οι βλεννογόνοι του θόλου και του σώματος έχουν την ίδια ιστολογική υφή. δ) Το πυλωρικό άνδρο αποτελεί το κατώτερο τρίτο του στομάχου και καταλήγει στον πυλωρικό σφιγκτήρα.⁽⁷⁾

Καρδιακή μοίρα. Η καρδιακή μοίρα του στομάχου βρίσκεται μεταξύ του οισοφάγου και του σώματος και επεκτείνεται συνήθως 5-30mm από την καρδιοοισοφαγική συμβολή. Τα αδένια της μοίρας αυτής είναι σύνθετα ή σωληνώδη, διακλαδίζονται και αθροίζονται σε λοβία, τα οποία διαχωρίζονται από άφθονο χόριο. Τα αδένια αυτά παράγουν δυο τύπους βλέννας, οι οποίοι διακρίνονται με ανοσοϊστοχημικές τεχνικές με τη χρήση λεκτικών, χωρίς όμως η διάκριση αυτή να έχει διαγνωστική σημασία. Τα τοιχωματικά και ενδοκρινικά κύτταρα παρατηρούνται σε μικρή αναλογία, ενώ τα θεμέλια κύτταρα, που παράγουν πεψινογόνο, είναι σπάνια. Λίγες κυστικές διατάσεις που επενδύονται από αποπλατυσμένο επιθήλιο είναι φυσιολογικό εύρημα και χαρακτηριστική εικόνα των καρδιακών αδένων.⁽⁶⁾

Σώμα και θόλος. Ο γαστρικός βλεννογόμος στο θόλο και στο σώμα παρουσιάζει παρόμοια μορφολογία και συχνά τα δύο αυτά τμήματα δεν διαχωρίζονται. Το πάχος του βλεννογόνου κυμαίνεται από 400 έως 1500μm. Τα γαστρικά βοθρία (κρύπτες) επενδύονται από επιφανειακό γαστρικό επιθήλιο χωρίς εξειδικευμένα κύτταρα και αποτελούν την επιφανειακή μοίρα (25% του ολικού πάχους). Η εν τω βάθει μοίρα (75% του ολικού πάχους) αποτελείται από ευθέα σωληνάκια που διατάσσονται κάθετα προς την επιφάνεια. Τα αδένια επεκτείνονται από τη βάση των κρυπτών έως τη βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα. Διακλαδίζονται εστιακά και παρουσιάζουν κυψελιδωτή διαμόρφωση σε εγκάρσια διατομή. Περιέχουν εξειδικευμένα κύτταρα, τα οποία είναι τα εξής: βλεννοεκκριτικά, τοιχωματικά, θεμέλια και ενδοκρινικά.

Πυλωρική μοίρα. Στον πυλωρό υπάρχουν βαθιά γαστρικά βοθρία, στα οποία εκβάλλουν διακλαδισμένοι σωληνοειδείς αδένες, οι πυλωρικοί, οι οποίοι είναι όμοιοι με τους αδένες της καρδιακής περιοχής. Στην πυλωρική περιοχή βρίσκονται επιμήκη βοθρία και βραχείς ελικοειδείς αδένες, ενώ το αντίθετο παρατηρείται στην καρδιακή μοίρα. Οι αδένες αυτοί εκκρίνουν βλέννα και αρκετή ποσότητα λυσοζύμης.⁽⁶⁻⁷⁾

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από τέσσερις χιτώνες εκ των έσω προς τα έξω είναι: α) βλεννογόνο χιτώνα, β) υποβλεννογόνο χιτώνα, γ) μυϊκό χιτώνα και δ) ορογόνο. Ο στόμαχος έχει πλούσια αιμάτωση που προέρχεται από κλάδους της κοιλιακής, ηπατικής και σπληνικής αρτηρίας με πολλές αναστομώσεις και με απουσία τελικών αρτηριών. Μερικοί συγγραφείς περιγράφουν αρτηριοφλεβικές αναστομώσεις στον υποβλεννογόνο και μυϊκό χιτώνα, οι οποίες μπορεί να είναι ευθείες συνδέσεις ή διακλαδιζόμενες. Αυτές μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία του γαστρικού έλκους, αλλά δεν φαίνεται να υπάρχουν στο βλεννογόνο.⁽⁵⁾

Στο φυσιολογικό στόμαχο, υπάρχει ένα προέχον πλέγμα λεμφαγγείων γύρω από τη βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα, η οποία φθάνει στο κάτω τριτημόριο του βλεννογόνου στο χαλαρό υπόστρωμα αυτού. Λεμφικά αγγεία διατιτραίνουν τη βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα και επικοινωνούν με μεγάλα λεμφικά αγγεία του υποβλεννογόνου χιτώνα. Αυτή η κατανομή των λεμφαγγείων (στο βλεννογόνο) εξηγεί την ανεύρεση λεμφαδενικών μεταστάσεων σε αρχόμενα καρκινώματα που δεν έχουν διασπάσει τη βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα. Τα λεμφαγγειακά στελέχη του στομάχου ακολουθούν τις κύριες αρτηρίες και φλέβες.⁽⁶⁾

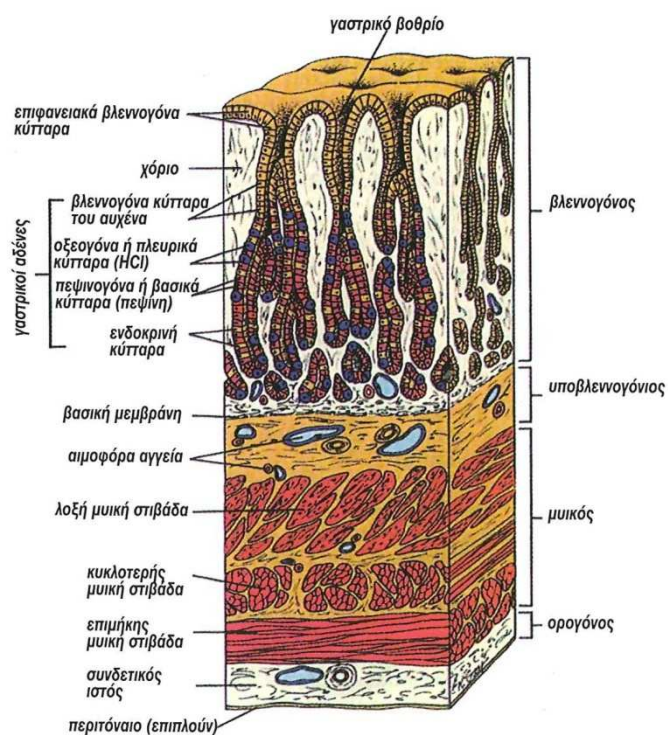
Η νεύρωση του γαστρεντερικού σωλήνα ακολουθεί καθορισμένο πρότυπο. Στο στόμαχο, η παρασυμπαθητική χολινεργική νεύρωση προέρχεται από τους τελικούς κλάδους των δύο πνευμονογαστρικών νεύρων: το δεξιό πνευμονογαστρικό διαιρείται στον ηπατικό και τον πρόσθιο γαστρικό κλάδο και τον οπίσθιο στον κοιλιακό και τον οπίσθιο γαστρικό κλάδο. Η γνώση της νεύρωσης στο στόμαχο έχει ιδιαίτερη

σημασία στην χειρουργική, επειδή κατά την εκλεκτική βαγοτομή διασώζονται ο ηπατικός και κοιλιακός κλάδος, ώστε να περιορίζεται η συχνότητα της διάρροιας μετά από βαγοτομή. Η συμπαθητική νεύρωση του στομάχου προέρχεται από τα πλάγια κέρατα των τμημάτων D6-D10 και μέσω του σπλαχνικού νεύρου καταλήγει στο κοιλιακό γάγγλιο, από όπου διακλαδίζεται προς τα πλέγματα του στομάχου. Στο γαστρικό τοίχωμα παρατηρούνται δύο νευρικά πλέγματα, το υποβλεννογόνιο και το μυντερικό. Το μυντερικό πλέγμα αποτελείται από διάσπαρτα γάγγλια και δίκτυο νευραξόνων, οι οποίοι συχνά σχηματίζουν δεσμίδες. Οι νευράξονες και τα γαγγλιακά κύτταρα περιέχουν ακετυλοχολινεστεράση. Στον υποβλεννογόνιο χιτώνα, οι θετικοί για ακετυλοχολινεστεράση νευράξονες του υποβλεννογόνιου πλέγματος σχηματίζουν περιαγγειακά νευρικά πλέγματα, ενώ παρόμοια νευρικά πλέγματα έρχονται σε επαφή με τα γαστρικά αδένια του βλεννογόνου. Οι αδρενεργικοί νευρικοί κλάδοι είναι σπανιότεροι και καταλήγουν πλησίον ενδοκρινικών κυττάρων. Σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, τα νεύρα που περιέχουν το αγγειοδραστικό εντερικό πολυπεπτίδιο παίζουν το ρόλο διάμεσων νευρικών κλάδων, μεταξύ ακετυλενεργικών και αδρενεργικών. Οι νευρώνες που περιέχουν ουσία P έχουν αισθητική λειτουργία. Στους νευρώνες που βρίσκονται στο τοίχωμα έχουν προσδιορισθεί και άλλες ορμόνες, εκτός από το VIP, όπως βομβεσίνη, η σωματοστατίνη, η γαστρίνη.⁽⁷⁾

Η γαστρική ενδοσκοπική βιοψία έχει μεγάλη σημασία στη διεύρυνση γαστρικών νόσων, ιδίως σε παιδιά και υπερήλικες. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ο παθολογοανατόμος να μην διαμορφώνει συγκεκριμένη γνώμη, όταν το υλικό είναι ανεπαρκές, και να μην παρασύρεται (α) από την ενδοσκοπική εικόνα, την οποία όμως πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη του, και (β) από σφάλματα λόγω λήψης.⁽⁷⁾

ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΣ.

Μικροσκοπικώς, ο βλεννογόνος διαιρείται σε ζώνες που αδρά αντιστοιχούν στις μακροσκοπικές ανατομικές περιοχές. Οι πτυχές του βλεννογόνου, που διατρέχουν επιμήκως το γαστρικό σωλήνα,



σχηματίζουν στο έλασσον τόξο την καλούμενη γαστρική οδό. Το ύψος και το πλάτος τους εξαρτώνται κυρίως από τη λειτουργική φάση του στομάχου. Οι πτυχές χωρίζονται μεταξύ τους από αύλακες ή σχισμές, οι οποίες σχηματίζουν τις γαστρικές ζώνες, που σκοπό έχουν την ανάπτυξη μεγαλύτερης επιφάνειας. Το πάχος του βλεννογόνου κυμαίνεται μεταξύ 0,5 και 1,2mm.

Οι μεταβατικές ζώνες μεταξύ των διαφόρων περιοχών μεταπίπτουν σταδιακά, έχουν πλάτος περίπου 1cm και εμφανίζουν μικτές ιστολογικές εικόνες.⁽⁶⁻⁷⁾

Με το σαρωτικό μικροσκόπιο, ο γαστρικός βλεννογόνος του σώματος παρουσιάζει πυκνά διαταγμένες ομοιόμορφες θηλές, στην κορυφή των οποίων εκβάλλει ένας κυκλοτερής γαστρικός αδένας. Ο βλεννογόνος του σώματος έχει μορφή πλακοστρώτου, με εμφανή γαστρικά βοθρία. Ο βλεννογόνος του άντρου εμφανίζει αδρότερη φυλλοειδή μορφολογία, η οποία σχηματίζεται από τη συσσώρευση πολλών θηλών.⁽⁵⁾

Το πάχος του φυσιολογικού βλεννογόνου ποικίλει και εξαρτάται από το βαθμό διάτασης του στομάχου. Ο βλεννογόνος και ο υποβλεννογόσιος χιτώνας του μη διατεταμένου στομάχου προβάλλουν προς τα μέσα με επιμήκεις αναδιπλώσεις, γνωστές ως πτυχές. Οι πτυχές σε μερικά άτομα είναι πολύ παχυσμένες, ώστε να παρατηρείται εικόνα <<πλακοστρώτου>>. Η μακροσκοπική αυτή εικόνα είναι γνωστή ως λοφώδης ή θηλοειδής διαμόρφωση, αποτελεί φυσιολογική παραλλαγή και δεν πρέπει να συγχέεται με την αντίστοιχη εικόνα στη νόσο του Menetrie. Όταν ο στόμαχος είναι γεμάτος με τροφή, οι πτυχές ισοπεδώνονται.⁽²⁻³⁾

Ο βλεννογόνος του στομάχου λειτουργικώς διαιρείται σε περιοχές με αδένες τύπου σώματος (οξυντικούς) και σε περιοχές με αδένες πυλωρικού τύπου. Οι οξυντικές περιοχές εκκρίνουν οξύ, καλύπτουν περίπου το 80% του στομάχου και περιλαμβάνουν το σώμα και το θόλο. Ο βλεννογόνος με του πυλωρικούς αδένες καταλαμβάνει το υπόλοιπο 20% του στομάχου, τον πυλωρό, και παράγει γαστρίνη.⁽⁶⁾

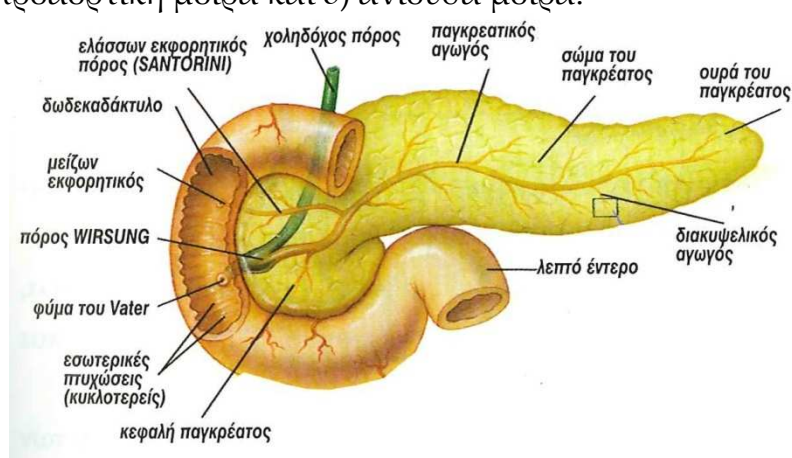
ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΟΣ ΧΙΤΩΝΑΣ. Αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό, στον οποίο περιέχονται άφθονες ελαστικές ίνες, λιπώδη κύτταρα, αγγεία και νεύρα.

ΜΥΪΚΟΣ ΧΙΤΩΝΑΣ. Ο μυϊκός χιτώνας του στομάχου απαρτίζεται από τρεις στιβάδες: την εσωτερική που αποτελείται από λοξές ίνες, τη μέση από κυκλικές ίνες και την εξωτερική από επιμήκεις λείες μυϊκές ίνες. Η μέση στιβάδα, η οποία μαζί με την εξωτερική αποτελεί συνέχεια της εσωτερικής και εξωτερικής στιβάδας του μυϊκού χιτώνα του οισοφάγου, παχύνεται στο ύψος του πυλωρικού στομίου και σχηματίζει το σφιγκτήρα του πυλωρού.

ΟΡΟΓΟΝΟΣ ΧΙΤΩΝΑΣ. Ο ορογόνος χιτώνας προέρχεται από το περισπλάγχνιο πέταλο του περιτόναιου και περιβάλλει εξ ολοκλήρου το

στόμαχο, με εξαίρεση τα χείλη του. Αποτελείται από μια στιβάδα χαλαρού συνδετικού ιστού, η οποία καλύπτεται από μεσοθήλιο.⁽²⁾

Ο δωδεκαδάκτυλος αποτελεί τη πρώτη μοίρα του λεπτού εντέρου. Ονομάστηκε έτσι από τον Έλληνα ανατόμο Ηρόφιλο εξαιτίας του μήκους του, που είναι όσο περίπου το μήκος δώδεκα δακτύλων (σε πάχος). Αρχίζει από το τέλος του πυλωρικού σωλήνα και τελειώνει στην νηστιδώδεκαδακτυλική πτυχή, όπου και μεταπίπτει στην νήστιδα. Κατά την διάρκεια της πορείας του σχηματίζει αγκύλη, που περιβάλλει την κεφαλή του παγκρέατος, δέχεται τους εκφορητικούς πόρους του παγκρέατος και του ήπατος και παρουσιάζει, περιγραφικά, τις ακόλουθες τέσσερις μοίρες: α) άνω ή ηπατική μοίρα, β) κάτω η νεφρική μοίρα, γ) οριζόντια ή προαορτική μοίρα και δ) ανιούσα μοίρα.⁽⁶⁾



Η πρώτη μοίρα είναι περισσότερο ανευρυσμένη από τις άλλες, υποδέχεται τους όξινους χυμούς του στομάχου και ονομάζεται βολβός. Στην δεύτερη μοίρα συναντάμε ένα έπαρμα στο βλεννογόνο, που ονομάζεται **φύμα του VATER**, στην κορυφή του οποίου εκβάλλουν ο χοληδόχος και ο παγκρεατικός πόρος, ενώ λίγο πιο πάνω από αυτό, υπάρχει ένα δεύτερο έπαρμα, το **φύμα του SANTORINI**, όπου εκβάλλει ο επικουρικός πόρος του παγκρέατος.

Το δωδεκαδάκτυλο, στηρίζεται στο περιτόναιο και στον κρεμαστήρα μυ του δωδεκαδακτύλου. Το περιτόναιο καλύπτει το δωδεκαδάκτυλο μόνο από μπροστά και πλάγια ενώ η πίσω επιφάνεια του έρχεται σε επαφή με το πίσω κοιλιακό τοίχωμα και γι' αυτό είναι ακίνητο όργανο σε σχέση με άλλα σπλάχνα, που καλύπτονται εξολοκλήρου από το περιτόναιο. Οι αρτηρίες, που δίνουν αίμα στο δωδεκαδάκτυλο, είναι η άνω και κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική αρτηρία. Οι φλέβες του εκβάλλουν στο σύστημα τις πυλαίας φλέβας ενώ τα νεύρα του προέρχονται από το κοιλιακό πλέγμα.⁽⁷⁾

1.3: Φυσιολογία Στομάχου και Δωδεκαδάκτυλου

Ο στόμαχος είναι το ευρύτερο τμήμα του πεπτικού σωλήνα εκεί όπου η τροφή παραμένει για αρκετό χρόνο και δέχεται την επίδραση του γαστρικού υγρού, με το οποίο αναμιγνύεται και σχηματίζει το γαστρικό χυμό, πριν προωθηθεί περαιτέρω στο δωδεκαδάκτυλο και το υπόλοιπο λεπτό έντερο. Μετά την είσοδο της τροφής στο στόμαχο το τοίχωμα του οργάνου αυτού χαλαρώνει έτσι ώστε να αυξηθεί η χωρητικότητα του (φαινόμενο πλαστικότητας).⁽⁸⁾ Στην συνέχεια χάρη σε περισταλτικές κινήσεις του τοιχώματος, ο ρυθμός των οποίων καθορίζεται από ένα τοπικό βηματοδότη, επιτυγχάνεται η ανάμιξη της τροφής. Αυτή παραμένει στον στόμαχο για ποικίλο χρονικό διάστημα ανάλογα με την φύση της (ταχεία προώθηση υγρών και βραδύτερη στερεών ουσιών) ιδιαίτερα αργά η εκκένωση του στομάχου από τυχόν εμπειριεχόμενα λιπαρά συστατικά. Έτσι τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες εγκαταλείπουν τον στόμαχο σε λίγες ώρες ενώ οι πρωτεϊνικές και ιδιαίτερα οι λιπαρές αργούν περισσότερο. Η κένωση του στομάχου δια μέσω του πυλωρού προς το δωδεκαδάκτυλο ρυθμίζεται με νευρικούς και ορμονικούς μηχανισμούς στους οποίους συμμετέχουν τα πνευμονογαστρικά νεύρα, τα τοπικά νευρικά πλέγματα, καθώς και η δράση της γαστρεντερικής ορμόνης **γαστρίνης**. Αυτή παράγεται κυρίως από ειδικά κύτταρα του βλεννογόνου του στομάχου και του δωδεκαδάκτυλου και δραστηριοποιεί την καλούμενη πυλωρική αντλία (έντονος περισταλτισμός του γαστρικού άνδρου και περιοδική χάλαση του πυλωρικού σωλήνα).⁽⁹⁾

Το γαστρικό υγρό παράγεται κυρίως από τους ιδίως γαστρικούς αδένες οι οποίοι εκτός από τα βλεννοεκκριτικά κύτταρα περιέχουν τα **καλυπτήρια** (οξυντικά) κύτταρα, που εκκρίνουν υδροχλωρικό οξύ (HCL) και τον ενδογενή παράγοντα, και τα **θεμέλια** κύτταρα που εκκρίνουν πεψιγόνα. Υπάρχουν επίσης και οι καρδιακοί και οι πυλωρικοί αδένες οι οποίοι έχουν κυρίως βλεννοεκκριτική δράση. Η πυκνότητα των ιόντων H^+ στο γαστρικό υγρό (PH=1) μπορεί να είναι μέχρι 10^6 φορές μεγαλύτερη από ότι στο πλάσμα. Το υδροχλωρικό οξύ αυτό του στομάχου έχει σαφή μικροβιοκτόνο δράση, η πιο σημαντική του δράση είναι όμως η αρχική ενεργοποίηση των ανενεργών πεψινογόνων, που εκκρίνονται παράλληλα με αυτό σε ενεργό **πεψίνη**. Αυτή ενεργοποιεί πλέον το υπόλοιπο πεψινογόνο ενώ η κύρια δράση της είναι η διάσπαση των πρωτεϊνών της τροφής σε πολυπεπτίδια και εν μέρει σε αμινοξέα. Το υδροχλωρικό οξύ συμβάλλει και στην διεργασία αυτή διότι παρέχει το βέλτιστο PH για τη δράση της πεψίνης παράλληλα βοηθάει στην απορρόφηση του ασβεστίου και του σιδήρου. Η λιπάση και η αμυλάση του γαστρικού υγρού είναι ελάχιστες και δεν παίζουν αξιόλογο ρόλο. Έτσι τελικά στον στόμαχο γίνεται κυρίως πέψη των πρωτεϊνών, συνεχίζεται όμως εν μέρει η πέψη

των υδατανθράκων χάρη στην παρατεινόμενη δράση της σιελικής αμυλάσης μέχρις ότου αυτή εξουδετερωθεί από το χαμηλό ΡΗ του στομάχου. Η βλέννα η οποία εκκρίνεται από τα επιφανειακά κύτταρα του γαστρικού βλεννογόνου, αποτελείται από γλυκοπρωτεΐνες και συμβάλλει στην γενική προάσπιση του βλεννογόνου του στομάχου από την δράση του υδροχλωρικού οξέος.⁽⁸⁻⁹⁾

Το γαστρικό υγρό εκκρίνεται σε τρεις φάσεις με ένα μέγιστο έκκρισης περίπου 90 λεπτών μετά από το γεύμα. Η πρώτη φάση, η **κεφαλική** αρχίζει πριν έλθει η τροφή στο στόμαχο και ξεκινάει από ερεθίσματα οσφρητικά, οπτικά και γευστικά ή ακόμη και μόνο με την σκέψη νόστιμης τροφής βασίζεται σε νευρική, αντανακλαστική δράση δια μέσω την πνευμονογαστρικών νεύρων. Η **γαστρική** φάση αρχίζει με την είσοδο της τροφής στον στόμαχο και διαρκεί 3 με 4 ώρες. Η φάση αυτή εκλύεται από την διάταση των τοιχωμάτων του στομάχου (νευρικός μηχανισμός) και από την διέγερση της έκκρισης της γαστρίνης στον γαστρικό βλεννογόνο από συστατικά της τροφής. Η ουσία αυτή δρώντας ορμονικά αυξάνει την έκκριση του γαστρικού υγρού. Η τρίτη ή **εντερική** φάση προκαλείται από την παρουσία τροφής στην αρχή του λεπτού εντέρου (δωδεκαδάκτυλο) και οφείλεται σε μικτούς νευρικούς και ενδοκρινικούς μηχανισμούς. Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι στο στόμαχο η απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών περιορίζεται σε ουσίες με μεγάλη λιποδιαλυτότητα πχ το οινόπνευμα, και σε ορισμένες μόνο υδατοδιαλυτές ουσίες όπως νάτριο, κάλιο, γλυκόζη κ.α.⁽⁹⁾

Ο βλεννογόνος του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου βρίσκεται διαρκώς εκτεθειμένος στην επίδραση παραγόντων του γαστρικού υγρού με δυνητικός τοξικές ιδιότητες. Ενδογενείς βλαπτικοί παράγοντες του γαστρικού υγρού είναι το υδροχλωρικό οξύ, η πεψίνη και τα χολικά άλατα της χολής, που συχνά παλινδρομεί από την δεύτερη μοίρα του δωδεκαδακτύλου. Όλοι οι δυνητικός βλαπτικοί για τον βλεννογόνο παράγοντες αντιμετωπίζονται, τις περισσότερες φορές επιτυχώς, από μηχανισμούς άμυνας και επανόρθωσης. Η διατήρηση της ακεραιότητας του βλεννογόνου εξαρτάται από την ισορροπία μεταξύ «επιθετικών» και «αμυντικών» παραγόντων. Είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον ότι η ενίσχυση των επιθετικών παραγόντων διαπιστώνεται μόνο στο 1/3 των ασθενών με πεπτικό έλκος. Επιπλέον η διαταραχή αυτή δεν αίρεται κατά τη φάση επούλωσης του έλκους που επιτυγχάνεται με φάρμακα ή αυτομάτως. Ωστόσο, σχεδόν όλες οι μορφές θεραπείας του πεπτικού έλκους που έχουν εφαρμοστεί μέχρι τώρα στρέφονται κατά των επιθετικών παραγόντων της ισορροπίας, με στόχο είτε την ελάττωση της παραγωγής υδροχλωρικού οξέος είτε την εξουδετέρωση του είδη παραχθέντος οξέος είτε τέλος, την παρεμπόδιση της δράσης του οξέος επί του κρατήρος του έλκους. Η ενίσχυση της άμυνας του γαστροδωδεκαδακτυλικού βλεννογόνου επιτυγχάνεται: α) με φυσικούς, χυμικούς και νευρογενείς

μηχανισμούς προστασίας του βλεννογόνου από βλαπτικούς παράγοντες του αυλού, β) με μηχανισμούς ειδικής προστασίας των κυττάρων του βλεννογόνου, και γ) με αύξηση της παραγωγής κυττάρων του βλεννογόνου υπό την επίδραση τροφικών παραγόντων.⁽⁴⁾

Ο σημαντικότερος επιθετικός παράγοντας είναι το υδροχλωρικό οξύ. Είναι συνεπώς προφανές ότι η σπουδαιότερη συνιστώσα της άμυνας του γαστροδωδεκαδακτυλικού βλεννογόνου αφορά την παρεμπόδιση της βλαπτικής δράσης του υδροχλωρικού οξέος στα ανατομικά στοιχεία του βλεννογόνου. Προστασία έναντι της παλινδρόμησης ιόντων υδρογόνου προς βαθύτερες στιβάδες του βλεννογόνου παρέχουν: α) ο «φραγμός» βλέννας διττανθρακικών, β) η ιδιαίτερη ανθεκτική στιβάδα των επιφανειακών επιθηλιακών κυττάρων, και γ) ο αποτελεσματικός μηχανισμός επανόρθωσης επιφανειακών βλαβών του βλεννογόνου. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια συλλέγονται δεδομένα που αναδεικνύουν ως σημαντικό μηχανισμό προστασίας την επαρκή αιματική ροή, τόσο προς τις επιφανειακές στιβάδες του βλεννογόνου όσο και στα βαθύτερα στρώματα του τοιχώματος του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου.⁽⁵⁾

ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ. Ο έλεγχος της γαστρικής έκκρισης μπορεί να εφαρμοστεί:

- 1) με την αξιολόγηση δράσης διαφόρων φαρμάκων
- 2) με τον έλεγχο ύπαρξης γαστρικής στάσης και τη μέτρηση του ρυθμού κένωσης του στομάχου και
- 3) η ποιοτική ανάλυση της γαστρικής έκκρισης μπορεί να παράσχει:
 - α) σημεία συμβατά με διάθεση για γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος,
 - β) ενδείξεις της υπάρχουσας μάζας των καλυπτήριων κυττάρων,
 - γ) την ΒΑΟ (βασική γαστρική έκκριση), ΜΑΟ και ΡΑΟ (μέγιστο εκκριτικό αποτέλεσμα) του στομάχου,
 - δ) πρόγνωση των μελλοντικών επερχομένων επιπλοκών της νόσου του έλκους,
 - ε) αξιολόγηση της πληρότητας της βαγοτομής,
 - στ) υποψία ύπαρξης συνδρόμου Zollinger Ellison,
 - ζ) ένδειξη αχλωρυδρίας.

Μέθοδοι γαστρικής ανάλυσης είναι: 1) βασική γαστρική ανάλυση (ΒΑΟ), 2) κλασματική ανάλυση, 3) δοκιμασίες διέγερσης.⁽⁴⁻⁹⁾

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ. Η κινητική λειτουργία του στομάχου ελέγχεται από:

- 1) Το πνευμονογαστρικό νεύρο, η διέγερση του οποίου προκαλεί χάλαση του θόλου του στομάχου για την υποδοχή της τροφής και σύσπαση του άντρου για την προώθηση του περιεχομένου στο δωδεκαδάκτυλο. Αντίθετα, η βαγοτομή προκαλεί επιβράδυνση του ρυθμού κενώσεως του στομάχου.

2) Τη συσταλτική λειτουργία του άντρου, που λειτουργεί ως προωθητικό στοιχείο στην κένωση του περιεχομένου του στομάχου.

3) Τον πυλωρό, που αποτελείται από ένα μυϊκό δακτύλιο που η διάμετρος του κυμαίνεται και λειτουργεί ως πύλη ελέγχου της διόδου των υγρών και στερεών τροφών, ανάλογα με το μέγεθος των σωματιδίων.

4) Το δωδεκαδάκτυλο, που χαρακτηρίζεται από τρεις τύπους κινητικής δραστηριότητας: (α) προωθητικές συσπάσεις που συγχρονίζονται με τις περισταλτικές συσπάσεις του άντρου, (β) μεμονωμένες συσπάσεις σε οποιοδήποτε τμήμα του δωδεκαδακτύλου που συμβάλλουν στη μίξη του περιεχομένου του αυλού με την παγκρεατική έκκριση και τη χολή και (γ) παλινδρομικές συσπάσεις, που προωθούν το περιεχόμενο της νήστιδας και του δωδεκαδακτύλου στο στόμαχο.⁽⁹⁾

Σε φάση νηστείας, το άντρο, ο πυλωρός και το δωδεκαδάκτυλο παρουσιάζουν κυκλικές φάσεις κινητικής λειτουργίας. Οι συσπάσεις του άντρου προωθούν το περιεχόμενο του στομάχου στο δωδεκαδάκτυλο και καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό το ρυθμό κενώσεως του στομάχου. Ο ρυθμός γαστρικής κένωσης επηρεάζεται από τους εξής παράγοντες: (α) σύσπαση της τροφής (στερεά ή υγρά), (β) περιεκτικότητα σε λίπος, (γ) ενεργειακή πυκνότητα του γεύματος, (δ) ωσμωτική δράση των συστατικών της τροφής, (ε) χυμούποδοχείς του εντέρου, που επηρεάζονται από γαστρεντερικές ορμόνες, όπως η χολοκυστοκινίνη, (στ) πνευμονοαστρικό νεύρο και συμπαθητικό πλέγμα, (ζ) ρυθμιστικά πεπτίδια και (η) προσταγλανδίνες.⁽¹⁰⁾

1.4: Παθολογία Στομάχου και Δωδεκαδακτύλου

Η παθολογία μπορεί να αφορά τη διαταραχή της εκκριτικής λειτουργίας. Σε αυτή την περίπτωση διακρίνουμε δύο καταστάσεις:

1) Υπερέκκριση, οπότε έχουμε μεγάλη παραγωγή υδροχλωρικού οξέος και πεψίνης. Αυτή την κατάσταση την ονομάζουμε **υπερχλωρυδρία**.

2) Μπορεί να έχουμε όμως και το αντίθετο, δηλαδή μειωμένη έκκριση ή και καθόλου έκκριση υδροχλωρικού οξέος, τις οποίες καταστάσεις ονομάζουμε **υποχλωρυδρία και αχλωρυδρία**, αντίστοιχα.

Όταν η αχλωρυδρία συνοδεύεται και από τελεία έλλειψη έκκρισης και ενζύμων, τότε την ονομάζουμε **αχυλία**.

Η υπερχλωρυδρία μπορεί να είναι λειτουργική, μπορεί όμως να είναι και οργανική.

Στην πρώτη περίπτωση οφείλεται στην διέγερση του μηχανισμού υπερέκκρισης και κυρίως στη διέγερση του παρασυμπαθητικού. Η υπερχλωρυδρία αυτή συνοδεύεται και από σπαστικότητα του στομάχου και αποτελεί ξεχωριστή οντότητα, την οποία ονομάζουμε νεύρωση του στομάχου, ή γενικά νεύρωση του πεπτικού.

Συμπτώματα είναι οι ξινίλες στο στόμαχο και σπασμοί. Η οργανική υπερχλωρυδρία είναι ένα σύμπτωμα της πάθησης του βλεννογόνου, η οποία είναι συνήθως φλεγμονή από χημικούς ερεθισμούς, θερμικούς ή μικροβιακούς. Μπορεί επίσης να είναι διάβρωση του βλεννογόνου και των τοιχωμάτων του στομάχου. Οι καταστάσεις αυτές είναι η γαστρίτιδα ή γαστροδωδεκαδακτυλίτιδα και το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος.⁽¹¹⁾

ΕΝΟΤΗΤΑ 2

2.1: Τι είναι το έλκος και πως διακρίνεται

Το πεπτικό έλκος είναι μια περιγεγραμμένη διάβρωση του βλεννογόνου σε περιοχές που εκτίθενται στην επίδραση των όξινων εκκρίσεων. Η διάβρωση αυτή προοδευτικά προχωρεί και στους άλλους χιτώνες του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, δηλαδή στον υποβλεννογόνο και τον μυϊκό. Οι περιοχές στις οποίες αναπτύσσεται συνήθως είναι ο στόμαχος και το δωδεκαδάκτυλο. Μπορεί όμως να εμφανιστεί και σε οποιαδήποτε περιοχή εκτίθεται σε γαστρικό υγρό π.χ. οισοφάγο και νήστιδα.⁽¹²⁾

Το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος διακρίνεται σε χρόνιο και οξύ. Το **χρόνιο** έλκος του στομάχου εντοπίζεται στο ελάσσον τόξο σε ποσοστό 85%, 12% στο πυλωρικό άντρο και το υπόλοιπο 3% στην καρδιακή περιοχή και άλλα τοιχώματα. Αρχίζει σαν οξύ και καταλήγει σε χρόνιο. Σήμερα πιστεύεται ότι το έλκος στομάχου αποτελεί ξεχωριστή νοσολογική οντότητα και διαφέρει από το δωδεκαδακτυλικό έλκος, από άποψη αιτιολογίας, παθογένεσης αλλά και θεραπείας. Το δωδεκαδακτυλικό έλκος εμφανίζεται στην πρώτη μοίρα τη λεγόμενη και βολβό του δωδεκαδάκτυλου και σπανιότερα σε άλλες μοίρες. Πρόσφατα ανακαλύφθηκε ότι το έλκος του δωδεκαδακτύλου οφείλεται συνήθως σε ένα μικρόβιο που λέγεται ελικοβακτηρίδιο και είναι ευαίσθητο σε ειδικά αντιβιοτικά. Το stress μπορεί να αποτελεί παράγοντα που προκαλεί την ανάπτυξη του.⁽¹⁰⁾

Το έλκος στομάχου μπορεί να προέλθει από κατευθείαν βλάβη στο βλεννογονικό φραγμό από ερεθιστικούς παράγοντες όπως η υπέρμετρη έκκριση υδροχλωρικού οξέος, ή παλινδρόμηση χολής και παγκρεατικών εκκρίσεων, το αλκοόλ, ορισμένα μπαχαρικά, η καφεΐνη και μερικά φάρμακα όπως ασπιρίνη. Αναπτύσσεται όταν η πεπτική ικανότητα των γαστρικών εκκρίσεων αποδειχθεί πιο ισχυρή από τη βλεννογόνια άμυνα,



Έλκος του ελάσσονος τόξου του στομάχου.

όπως σε υπερχλωρδρία, ή όταν η αντίσταση του βλεννογόνου μειωθεί εξαιτίας κακής κυκλοφορίας, ανεπαρκούς ιστικής αναγέννησης ή ανεπαρκούς έκκρισης βλέννας, αύξηση διαβατότητας του βλεννογόνου και επιτρέπει την προς τα πίσω διάχυση ιόντων υδρογόνου. Συνοδεύεται από φυσιολογικά ή χαμηλά επίπεδα παραγωγής υδροχλωρικού οξέος. Οι υποτροπές και οι εξάρσεις είναι

χαρακτηριστικές στο έλκος στομάχου. Οι τιμές της βασικής γαστρικής έκκρισης (BAO) και το γαστρικό υγρό μετά την διέγερση (MAO) διαφέρουν στο γαστρικό έλκος ανάλογα με την εντόπιση του έλκους στο στόμαχο.⁽¹³⁾

Στο δωδεκαδακτυλικό έλκος πολλοί ερευνητές έχουν αποδείξει ότι: 1) οι περισσότεροι ασθενείς με δωδεκαδακτυλικό έλκος εκκρίνουν περισσότερο γαστρικό υγρό με μεγαλύτερη οξύτητα από τα φυσιολογικά άτομα, είτε υπό βασικές συνθήκες, είτε μετά τη χορήγηση διαφόρων διεγερτικών ουσιών και 2) η μέση τιμή της γαστρικής πεψίνης υπό βασικές συνθήκες είναι μεγαλύτερη σε ασθενείς με δωδεκαδακτυλικό έλκος, παρά σε φυσιολογικά άτομα. Οι τιμές όμως της πεψίνης είναι λιγότερο ενδεικτικές από της ΒΑΟ και ΜΑΟ. Έχει αποδειχθεί ότι το 72% των ασθενών με δωδεκαδακτυλικό έλκος έχουν μεγαλύτερη παραγωγή γαστρικού οξέος από την ανώτερη φυσιολογική τιμή. Η ΒΑΟ είναι ψηλότερη σε ασθενείς με κλινικώς ενεργό έλκος παρά κατά την διάρκεια την υφέσεως. Το 30%-50% των ασθενών με δωδεκαδακτυλικό έλκος εκκρίνουν 20mEq/h γαστρικό υγρό μετά τη διέγερση (ΜΑΟ). Ασθενείς με πάρα πολύ υψηλές τιμές ΒΑΟ και ΜΑΟ παρουσιάζουν συχνότερες υποτροπές της νόσου ή επιπλοκές. Έτσι η μέτρηση της γαστρικής εκκρίσεως με το test histamine μπορεί να βοηθήσει στην πρόγνωση της νόσου του έλκους και αν μάλιστα η ΜΑΟ>40mEq/h είναι ένδειξη υπάρχουσας ή επερχόμενης επιπλοκής.

Το πεπτικό έλκος συνήθως ταξινομείται ανάλογα με την εντόπιση του (γαστρικό – δωδεκαδακτυλικό), και την έκταση της διάβρωσης (οξέα, χρόνια). Οι αιτιολογικοί παράγοντες και η σχέση μεταξύ λήψης τροφής και πόνου ποικίλλουν ανάλογα με την εντόπιση του έλκους.

Το οξύ έλκος εμφανίζεται με οξέα φαινόμενα, έντονες δυσπεπτικές διαταραχές και έντονους επιγαστρικούς πόνους. Μπορεί να επιπλακεί από γαστρορραγία ή και διάτρηση. Εμφανίζεται συνήθως ύστερα από έκδηλη αιτία, είτε από κατάποση διαβρωτικής ουσίας, χρήση ελκογόνων φαρμάκων όπως ασπιρίνη, βουταζολιδίνη, κορτιζόνη, είτε και ύστερα από έντονο ψυχικό στρες. Τονίζεται ιδιαίτερα ότι το οξύ έλκος εμφανίζεται σε άτομα που υπέστησαν σοβαρά εγκαύματα. Άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες που προκαλούν ή συνδέονται με τα οξέα έλκη είναι: α) το shock, β) σηπτική κατάσταση και γ) όγκοι ή τραυματισμοί του κεντρικού νευρικού συστήματος. Γενικά τα οξέα έλκη είναι βλεννογονικές διαβρώσεις και έχουν τάση προς επούλωση, ενώ είναι αυτά που ανταποκρίνονται στη συντηρητική φαρμακοθεραπευτική αγωγή. Κάθε οξύ έλκος μεταπίπτει σε χρόνια έλκος όταν δεν επουλωθεί.⁽¹²⁾

2.2: Παθογένεση Γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους

Το πεπτικό έλκος θεωρείται ότι αντιπροσωπεύει κάποια διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ της έκκρισης υδροχλωρικού οξέος-πεψίνης και των αμυντικών μηχανισμών του βλεννογόνου. Στους μηχανισμούς πρόκλησης του έλκους μπορούν να συμμετέχουν πολλοί παράγοντες, τόσο στο ίδιο όσο και σε διαφορετικά άτομα. Οι ασθενείς με έλκος δωδεκαδακτύλου τείνουν, ως ομάδα, να παρουσιάζουν αύξηση της βασικής και της μέγιστης παραγωγής οξέος, η οποία όμως παρουσιάζει και σημαντική αλληλοεπικάλυψη με τις τιμές των υγιών μαρτύρων, ενώ στους ασθενείς με έλκος του στομάχου η έκκριση οξέος είναι φυσιολογική ή ακόμα και ελαττωμένη. Στο έλκος του δωδεκαδακτύλου η βασική συγκέντρωση γαστρίνης στον ορό είναι φυσιολογική, αλλά τείνει να αυξάνεται υπέρμετρα μετά από πρωτεϊνούχο γεύμα. Τάση αύξησης παρουσιάζει επίσης η παραγωγή οξέος μετά από χορήγηση κλιμακωτά αυξανόμενων δόσεων γαστρίνης ή πενταγαστρίνης, φαινόμενο που πιστεύεται ότι ίσως οφείλεται στην ύπαρξη μεγαλύτερων αριθμών καλυπτηρίων κυττάρων στο στόμαχο. Οι ενδείξεις, γενικά, στις οποίες μπορεί να στηριχθεί η αιτιολόγηση του έλκους με την υπεροξύτητα στην περίπτωση του έλκους του δωδεκαδακτύλου είναι οριακές και στην περίπτωση του έλκους του στομάχου ανύπαρκτες.

Σε μερικές περιπτώσεις πεπτικού έλκους φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο γενετικοί παράγοντες. Έτσι, παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα έλκους μεταξύ των πρώτου βαθμού συγγενών των ασθενών με έλκος του δωδεκαδακτύλου και θετική συσχέτιση της νόσου με μεγάλες συγκεντρώσεις πεψινογόνου I στον ορό, που φαίνεται ότι κληρονομούνται με επικρατητικό γονίδιο και ενδέχεται να αντανακλούν τη συνολική μάζα των θεμελίων κυττάρων. Συσχετίσεις, αλλά ασθενέστερες, παρατηρούνται επίσης μεταξύ έλκους και ομάδας αίματος O ή του αντιγόνου HLA-B5 (βλέπε παράρτημα σελ: 154). Τέλος αναφέρονται οικογενή γαστροινώματα, που συζητούνται αργότερα.

Ισχυρή συσχέτιση παρατηρείται επίσης μεταξύ πεπτικού έλκους και καπνίσματος, η οποία οφείλεται στο μὲν έλκος του δωδεκαδακτύλου σε ελάττωση της έκκρισης διττανθρακικών από το πάγκρεας, στο δε έλκος του στομάχου σε ελάττωση του τόνου του σφιγκτήρα του πυλωρού με παλινδρόμηση. Επιπλέον αύξηση της συχνότητας του πεπτικού έλκους αναφέρεται στην ουραιμία, στην χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, στην αλκοολική κίρρωση του ήπατος, στον υπερπαραθυρεοειδισμό (αποδίδεται στην υπερασβεστιαμία), στην μασροκυττάρωση (αποδίδεται στην ισταμίνη), στην κροταφική αρτηρίτιδα, και στην ιδιοπαθή πολυερυθραιμία. Η χρησιμοποίηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων είναι βέβαιο ότι αυξάνει την συχνότητα των επιπολής εξελκώσεων του βλεννογόνου του στομάχου, αλλά ο ρόλος των

φαρμάκων αυτών, και των γλυκοκορτικοειδών, στην παθογένεση του χρόνιου πεπτικού έλκους είναι περισσότερο αμφίβολος.

Επίσης, σε μερικές περιπτώσεις έλκους του στομάχου υποστηρίζεται ότι κάποιο ρόλο παίζει η παλινδρόμηση χολής και παγκρεατικού υγρού από το δωδεκαδάκτυλο εξαιτίας ανεπάρκειας του σφιγκτήρα του πυλωρού. τέλος, ο ενδεχόμενος ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων είναι ασαφής, αλλά είναι γνωστό ότι τα δυσάρεστα συναισθήματα μπορούν να αυξήσουν τη γαστρική έκκριση.⁽³⁻⁸⁾

2.3: Συχνότητα εμφάνισης γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους

Τα πεπτικά έλκη αποτελούν πολύ συχνά αιτία νοσηρότητας αλλά σπάνια αιτία θανάτου. Όπως φανερώνουν οι τυπικές ουλές που βρίσκονται κατά τις νεκροτομές, περίπου το 25% των ανδρών και το 15% των γυναικών αναπτύσσουν έλκος σε κάποια περίοδο της ζωής τους, αλλά πολύ λιγότερα άτομο (5-10%) παρουσιάζουν και τα συμπτώματα του έλκους. Στην Ελλάδα η συχνότητα του έλκους είναι μεγάλη. Περίπου το 10% των αντρών ηλικίας 45-55 ετών και το 6% στις γυναίκες της ίδιας ηλικίας, είναι συχνότερο στη μέση ηλικία. Στις γυναίκες κατά την αναπαραγωγική ηλικία είναι σπάνιο και μετά την εμμηνόπαυση φτάνει το 6%. Η πάθηση δεν θεωρείται κληρονομική, πιστεύεται όμως ότι μεταβιβάζεται κληρονομικά με προδιάθεση η οποία δεν φθάνει από μόνη της για να εκδηλωθεί η νόσος αλλά χρειάζονται να συνυπάρξουν και ορισμένοι άλλοι παράγοντες όπως το stress, το κάπνισμα, η λήψη φαρμάκων κ.α. Στα παιδιά, πιστεύεται ότι το έλκος σπάνια εμφανίζεται.⁽⁸⁾

Το έλκος στομάχου είναι συχνότερο στις χαμηλότερες κοινωνικά τάξεις, οφειλόμενο στην κακή διατροφή και στα χαμηλά οικονομικά εισοδήματα. Παρουσιάζεται με την ίδια σχεδόν συχνότητα και στα δύο φύλα. Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν μεταξύ 40-70 ετών.⁽¹⁾

Το δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι 2-3 φορές πιο συχνό από το έλκος του στομάχου και 2-3 φορές πιο συχνό στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες. Το έλκος του δωδεκαδακτύλου είναι το έλκος του σύγχρονου δυτικού κόσμου των υψηλών κοινωνικό-οικονομικών τάξεων και περισσότερο οφείλεται στο stress. Είναι αρκετά συχνότερο σε άτομα δραστήρια, αγχώδη με σοβαρές επαγγελματικές ευθύνες. Στο δωδεκαδακτυλικό έλκος τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν μεταξύ 20-40 ετών. Τα δωδεκαδακτυλικά έλκη δεν είναι σπάνια στα νεαρά άτομα.⁽³⁾

2.4: Κλινικώς σημαντικές διαταραχές της γαστρικής κινητικότητας στο γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος

Στο δωδεκαδακτυλικό έλκος έχουν διαπιστωθεί οι ακόλουθες κινητικές ανωμαλίες:

1) Παρά την επικρατούσα άποψη, ότι είναι ταχεία η γαστρική κένωση στη νόσο, αυτό δεν έχει επιβεβαιωθεί. Η κένωση των υγρών δεν είναι φυσιολογική, αν και έχει παρατηρηθεί επιτάχυνση της κένωσης στα πρώτα 10-20min από τη λήψη τους. Η κένωση των στερεών είναι φυσιολογική στο ενεργό έλκος και καθυστερημένη μετά την επούλωση, χωρίς αυτό να έχει επιβεβαιωθεί σε παλαιότερες μελέτες.

2) Η αναστολή της γαστρικής κένωσης μετά ερεθισμό των δωδεκαδακτυλικών υποδοχέων από είσοδο οξέος ή λίπους στο βολβό βρέθηκε διαταραγμένη στο δωδεκαδακτυλικό έλκος.

3) Σημαντικές διαταραχές της δωδεκαδακτυλικής κινητικότητας επιφέρουν καθυστέρηση στην απομάκρυνση του οξέος από το βολβό και μειωμένη εξουδετέρωση του από τις παγκρεατοχολικές εκκρίσεις. Οι ανωμαλίες αυτές περιλαμβάνουν: μείωση της συχνότητας των συσπάσεων, τόσο σε ενεργό όσο και σε επουλωμένο έλκος, μείωση ή αύξηση των αντιπαλινδρομικών συσπάσεων, αύξηση της διάρκειας του κύκλου του MMC και αύξηση του αντροδωδεκαδακτυλικού αποσυντονισμού, τόσο στην περίοδο νηστείας όσο και μετά το γεύμα.

Η γαστρική στάση θεωρείται σημαντικός παθογενετικός παράγων στο γαστρικό έλκος. Έχει παρατηρηθεί καθυστερημένη κένωση των υγρών (θερμιδικών και μη). Η κένωση των στερεών είναι καθυστερημένη ή φυσιολογική στα έλκη του ελάσσονος τόξο (τύπου I) και ταχεία στα προπυλωρικά (τύπου III).

Στο γαστρικό έλκος έχει επίσης βρεθεί αυξημένη δωδεκαδακτυλογαστρική παλινδρόμηση χολής, είτε λόγω μειωμένης κάθαρσης του άντρου στην περίοδο νηστείας (μείωση συσπάσεων στη φάση II) είτε λόγω αύξησης της αντιπαλινδρομικής δραστηριότητας του δωδεκαδακτύλου.

Ο ρόλος της διαταραγμένης κινητικότητας στο πεπτικό έλκος επιβεβαιώνεται έμμεσα από την ευεργετική δράση της σιζαπρίνης, τόσο στην επούλωση του γαστρικού έλκους (86% έναντι 89% της ρανιτιδίνης) όσο και στη μείωση του ποσοστού υποτροπής του δωδεκαδακτυλικού έλκους.

Στο σύνδρομο Zollinger-Ellison παρατηρείται ταχεία κένωση των μη θερμιδικών υγρών και, συνεπώς, του αυξημένου γαστρικού όγκου, ιδίως στο τέλος της μεταγευματικής περιόδου. Οι ασθενείς με σύνδρομο Zollinger-Ellison σπάνια μπορεί να έχουν συμπτώματα ταχείας γαστρικής κένωσης. Η διάρροια που μπορεί να υπάρχει στους ασθενείς αυτούς είναι αποτέλεσμα του συνδρόμου ταχείας γαστρικής κένωσης-μεγάλου όγκου

γαστρικής έκκρισης και διαταραχής της απορρόφησης του λίπους λόγω του ασθενούς pH στο δωδεκαδάκτυλο, που αδρανοποιεί την παγκρεατική λιπάση. Οι H₂-ανταγωνιστές δεν μειώνουν την ταχεία γαστρική κένωση, φαινόμενο που υποδηλώνει ότι παίζουν ρόλο άλλοι παράγοντες εκτός από τη γαστρική υπερέκκριση.

Τα ευρήματα της μελέτης της γαστρικής κένωσης στην αχλωρυδρία, την ατροφική γαστρίτιδα και την κακοήθη αναιμία είναι αντικρουόμενα, αν και τα περισσότερα δεδομένα έδειξαν καθυστερημένη κένωση των στερεών στις διαταραχές αυτές.⁽⁶⁾

ΕΝΟΤΗΤΑ 3

3.1: Αιτίες που δημιουργούν το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος

Παρά τις διαφορές και τα δύο έλκη οφείλονται στη διάβρωση του βλεννογόνου και του υπόλοιπου τοιχώματος του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου από το γαστρικό υγρό. Για να γίνει έλκος, ή πρέπει ο βλεννογόνος και το φράγμα της βλέννης που τον προστατεύει να καταστραφεί, ή να αδυνατίσει και με τη φυσιολογική έκκριση γαστρικού υγρού να υπερνικήσει η προστατευτική ικανότητα και να διαβρώνεται, ή η γαστρική έκκριση να είναι πολύ δυνατή με έντονη πυκνότητα σε υδροχλωρικό οξύ, ώστε να υπερνικήσει την προστατευτική δύναμη του βλεννογόνου και του φράγματος της βλέννης, παρά το ότι αυτά βρίσκονται σε φυσιολογική κατάσταση. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ακεραιότητα του βλεννογόνου και μειώνουν την προστατευτική δύναμη του φράγματος βλέννης (τοιχωματικοί παράγοντες) είναι:⁽¹⁴⁾

- Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να είναι **μηχανικοί** και μπορεί να προκαλέσουν τραυματισμούς του βλεννογόνου, οπότε αυτός μένει ακάλυπτος και γίνεται εύκολη λεία το γαστρικού υγρού.

- Μπορεί να είναι **χημικοί ή μικροβιακοί ή τοξινικοί**. Οι παράγοντες αυτοί προκαλούν φλεγμονή του βλεννογόνου. Η φλεγμονή αυτή αδυνατίζει το βλεννογόνο και φυσικά το προστατευτικό φράγμα της βλέννης, οπότε τον κάνει ευάλωτο στη διαβρωτική και πεπτική επίδραση του γαστρικού υγρού.

- Μπορεί να είναι **τοπική ισχαιμία**, είτε λόγω τοπικού αγγειοσπασμού, είτε λόγω απόφραξης αγγείου από θρόμβο. Στην περιοχή της ισχαιμίας, ο βλεννογόνος αδυνατίζει και γίνεται ευάλωτος στο γαστρικό υγρό.

- Μπορεί να υπάρχει από **ατομική ιδιοσυστασία**, ή από **κληρονομική προδιάθεση** ελαττωμένη αντίσταση του βλεννογόνου. Επίσης ελαττωμένη αντίσταση μπορεί να προκύψει από κακή διατροφή, κυρίως από έλλειψη της βιταμίνης C.

- Στους χημικούς παράγοντες, που προκαλούν φλεγμονή και λόγω της φλεγμονής διάβρωση και έλκος, υπάγεται και η **παλινδρόμηση της χολής στο στόμαχο**.

- Επίσης η **χρήση διαφόρων διαβρωτικών φαρμάκων**, όπως η ασπιρίνη, η βουταζολιδίνη, η ιντομεθακίνη, η κορτιζόνη, αδυνατίζει το βλεννογόνο και προκαλεί έλκη.

- Στην κατηγορία αυτή υπάγεται και η **κατάχρηση καπνού και αλκοόλ**. Προκαλείται πρώτα η γαστρίτιδα του καπνιστή και μετά εξελίσσεται σε έλκος.⁽¹⁵⁾

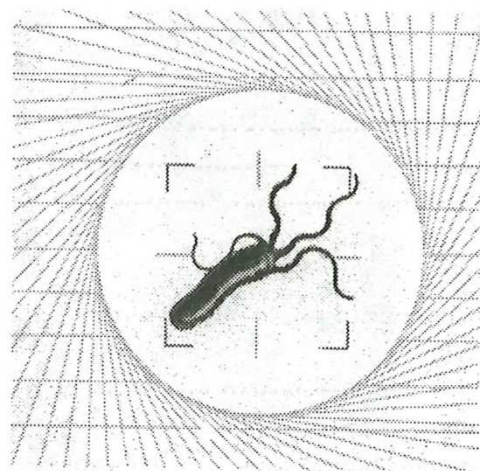
Σε όλες τις αιτίες του έλκους διαταράσσεται ο μηχανισμός άμυνας του βλεννογόνου του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου. Οι κυριότερες αιτίες που ενοχοποιούνται για το έλκος είναι:

1) Επιθετικοί (υδροχλωρικό οξύ και πεψίνη). Παράγονται από το βλεννογόνο του στομάχου. Το υδροχλωρικό οξύ είναι ένα από τα ισχυρότερα οξέα που υπάρχουν στην φύση. Η πεψίνη είναι ένα ένζυμο που διασπά τα λευκώματα της τροφής αλλά και των κυττάρων του βλεννογόνου, αν δεν προστατευθούν.

2) Αμυντικοί (βλέννη και προσταγλανδίνες). Η βλέννη, η οποία επαλείφοντας το εσωτερικό όλου του στομάχου, δημιουργεί μια προστατευτική ασπίδα έναντι του υδροχλωρικού οξέος και της πεψίνης. Στην ουσία πρόκειται για ένα παχύρευστο κολλώδες αλκαλικό στρώμα που προσκολλάται στα κύτταρα του βλεννογόνου και τα καθιστά άτρωτα από το υδροχλωρικό οξύ και άλλους βλαπτικούς παράγοντες. Οι προσταγλανδίνες και ιδιαίτερα η προσταγλανδίνη E, είναι μια ουσία που παράγεται σε μεγάλες ποσότητες από τον βλεννογόνο του στομάχου.

Οτιδήποτε αυξάνει τους επιθετικούς παράγοντες ή μειώνει τους αμυντικούς παράγοντες προδιαθέτει στην δημιουργία έλκους.

3) Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Είναι ένας βακτηριδιακός μικροοργανισμός με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που του επιτρέπουν να ζει στο ιδιαίτερα δύσκολο και όξινο περιβάλλον του στομάχου. Χάρη στις ιδιαίτερες βιοσυνθετικές ικανότητες του αποικίζει στο στομάχι κάτω από τις πτυχές του βλεννογόνου. Το ελικοβακτηρίδιο εκκρίνει ένζυμα τα οποία εξουδετερώνουν την οξύτητα του περιβάλλοντος του και έτσι μπορεί να επιβιώσει και να προσβάλλει το βλεννογόνο. Η μόλυνση με το βακτηρίδιο αδυνατίζει το βλεννογόνο με αποτέλεσμα να δημιουργείται έλκος. Συσχετίζεται κυρίως με το έλκος του δωδεκαδακτύλου, ανευρίσκεται στο 95% των ασθενών. Υπολογίζεται ότι το 20% των ατόμων κάτω των 40 ετών και το 50% των ατόμων άνω των 60 ετών έχουν μολυνθεί. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι το μικρόβιο μεταδίδεται δια μέσου του νερού, του φαγητού και του σάλιου. Είναι σημαντικό πάντοτε τα χέρια να πλένονται μετά από το αποχωρητήριο και πριν από το φαγητό.



Εικόνα ελικοβακτηριδίου του πυλωρού.

4) Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Τα φάρμακα αυτά μειώνουν τους αμυντικούς παράγοντες του στομάχου ελαττώνοντας την παραγωγή προσταγλανδινών και της βλέννης. Τα φάρμακα αυτά πρέπει

να λαμβάνονται με πολύ προσοχή, κατόπιν ιατρικής συνταγής και παρακολούθησης. Πρέπει να αποφεύγονται εάν υπάρχει ιστορικό έλκους στο στομάχι. Η ασπιρίνη είναι το πιο επικίνδυνο φάρμακο αυτής της κατηγορίας.

5) Stress. Συναισθήματα όπως επιθετικότητα, μνησικακία, ενοχή, αναποφασιστικότητα κ.α. αυξάνουν την έκκριση οξέος. Επίσης καταστάσεις όπως βαρείς τραυματισμοί ιδιαίτερα στο κεφάλι, βαριές εγχειρήσεις, εγκαύματα, εμπύρετα νοσήματα που προκαλούν έντονο σωματικό και ψυχικό stress μπορούν να οδηγήσουν στη δημιουργία ελκών που λέγονται έλκη από stress.

6) Αλκοόλ και καφεΐνη. Προκαλούν έλκος επειδή η κατανάλωση αλκοόλ και καφεΐνη αυξάνει την έκκριση γαστρικού οξέος και ενοχλούν το βλεννογόνο του στομάχου.

7) Κάπνισμα. Το κάπνισμα αυξάνει τον όγκο και τη συγκέντρωση οξέος που εκκρίνεται από το στομάχι. Το έλκος είναι πιο συχνό στους καπνιστές και η συχνότητα του αυξάνει ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει το άτομο. Επίσης η επούλωση των ελκών γίνεται πολύ πιο δύσκολα στα άτομα που καπνίζουν.⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

3.2: Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού και πως ευθύνονται για το Γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος

Το πεπτικό έλκος γίνεται γενικά αποδεκτό σήμερα ότι είναι το τελικό αποτέλεσμα της διαταραχής περισσότερων του ενός από τους παράγοντες που συμβάλλουν στη διατήρηση της γαστροδωδεκαδακτυλικής ομοιοστασίας. Η ομοιοστασία αυτή είναι γνωστό ότι επιτυγχάνεται με την ύπαρξη ισορροπίας μεταξύ ποικίλων παραγόντων που δρουν στη περιοχή του στομάχου και το δωδεκαδακτύλου και του συνηθίζεται να διακρίνονται σε «επιθετικούς» και «αμυντικούς». Η αύξηση της βασικής έκκρισης καθώς και της έκκρισης μετά τα γεύματα, της γαστρίνης και του υδροχλωρικού οξέος έχει αποδειχθεί ότι είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για τη δημιουργία πεπτικού έλκους. Η αύξηση της ευαισθησίας σε εκκριταγωγές ουσίες καθώς και της ταχύτητας κένωσης του στομάχου συμπεριλαμβάνονται επίσης σε αυτούς, ενώ ακόμη έχουν ενοχοποιηθεί γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Από τους τελευταίους αναφέρεται ενδεικτικά το κάπνισμα ενώ ολοένα και περισσότερος λόγος γίνεται τα τελευταία για το ρόλο του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού. Παρόλο που η παρουσία σπειροειδών μικροοργανισμών στο βλεννογόνο του στομάχου ήταν ήδη γνωστή από το τέλος του προηγούμενου αιώνα, η συσχέτιση τους με τη γαστροδωδεκαδακτυλική παθολογία άρχισε μόλις το 1983.

Η μόλυνση με το βακτηρίδιο αυτό γίνεται σήμερα γενικά αποδεκτό ότι αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία χρόνιας ενεργού γαστρίτιδας του άντρου και μία από τις συνηθέστερες χρόνιες λοιμώξεις στον άνθρωπο. Η λοίμωξη με το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού έχει βρεθεί ότι, εκτός από γαστρίτιδα, μπορεί να συνοδεύεται από έλκος του δωδεκαδακτύλου και του στομάχου, από δυσπεψία χωρίς έλκος, καθώς και από καρκίνο του στομάχου. Τα επιδημιολογικά στοιχεία που συνδέουν το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού με το δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι πολύ ισχυρά και συνοψίζονται παρακάτω: (α) Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού ανευρίσκεται σε πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών με έλκος του δωδεκαδακτύλου. (β) Η χρονική διάρκεια των υφέσεων του έλκους είναι μεγαλύτερη και η συχνότητα των υποτροπών του μικρότερη μετά από θεραπεία με φάρμακα που δρουν εναντίον του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού και το εξαφανίζουν από την περιοχή του στομάχου και (γ) Το έλκος υποτροπιάζει συχνότερα σε αυτούς που επαναποικίζονται με ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Ο τρόπος όμως, που ο μικροοργανισμός αυτός θα μπορούσε να προκαλεί την εξέλκωση στο δωδεκαδάκτυλο παραμένει άγνωστος και ο αριθμός των πιθανών παθογενετικών μηχανισμών που έχουν μελετηθεί είναι μεγάλος το ελικοειδές σχήμα του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού είχε θεωρηθεί ότι βοηθάει το βακτηρίδιο να διαπερνάει το παχύρρευστο προστατευτικό στρώμα βλέννης και στη

συνέχεια αποδείχτηκε ότι, πράγματι, με αποδόμηση γλυκοπρωτεϊνών της βλέννης, που προκαλεί το βακτηρίδιο, αλλοιώνεται η γλοιότητα του βλεννογονικού φραγμού και αυξάνει η διαπερατότητα προς τα επιθηλιακά κύτταρα. Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού έχει βρεθεί, ακόμη, ότι παράγει μια τοξίνη με κύρια ενδοκυτταρική δράση τη δημιουργία κενοδοπιών. Σε πολύ πρόσφατη μελέτη αναφέρεται ότι ο γαστρικός βλεννογόνος των ασθενών με έλκος, εμφανίζει μειωμένη υδροφοβία στα διάφορα στρώματα του, γεγονός που, σε συνδυασμό με τη μεγάλη υδροφιλία μη ειδικών δεσμευτικών θέσεων στην επιφάνεια του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού, φαίνεται να ευνοεί την κινητικότητα του βακτηριδίου και τον εποικισμό του άντρου από αυτό. Η ουρεάση επίσης, που παράγει του βακτηρίδιο και ταχεία υδρόλυση του ουρίας, που προκαλεί, οδηγούν σε αύξηση της παραγωγής αμμωνίας και αλκαλινοποίηση της περιοχής. Το αλκαλικό pH οδηγεί σε τοπική υπερχλωρδρία που μπορεί με τη σειρά της να οδηγήσει στην εξέγκωση του βλεννογόνου. Η σημασία της υπεργαστριναιμίας και της υπερέκκρισης υδροχλωρικού οξέος για τη δημιουργία πεπτικού έλκους έχουν αποδειχθεί σε παλαιότερες μελέτες. Οι μεταβολές της γαστρίνης και της έκκρισης υδροχλωρικού οξέος σε σχέση με το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και η σημασία τους για τη δημιουργία έλκους στο δωδεκαδάκτυλο εξετάζονται σε μελέτες που έγιναν μόλις τα δύο τελευταία χρόνια.

Οι συγκεντρώσεις της γαστρίνης στο αίμα και η έκκριση υδροχλωρικού οξέος εξετάστηκαν στην πρώτη από αυτές σε 36 άτομα με ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Τα 25 από αυτά βρέθηκαν με φυσιολογική έκκριση υδροχλωρικού οξέος και τα 11 με υποχλωρδρία. Από τα νορμοχλωρδρικά άτομα έλκος είχαν 19 (10 γαστρικό και 9 δωδεκαδακτυλικό) και αυξημένες τιμές γαστρίνης τα 6. Από τα άτομα με υποχλωρδρία, 2 είχαν γαστρικό έλκος και αυξημένη γαστρίνη τα 7. Οι συγγραφείς δεν μπόρεσαν να στοιχειοθετήσουν καμία σταθερή σχέση μεταξύ του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού, της έκκρισης οξέος και της γαστρίνης του ορού.

Στην πιο πρόσφατη μελέτη όμως, οι βασικές και οι μετά από γεύμα συγκεντρώσεις της γαστρίνης στο αίμα, καθώς και οι τιμές του γαστρικού οξέος, βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερες στους ασθενείς με έλκος ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού από ότι σε αυτούς που είχαν έλκος χωρίς ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Η βασική και η μέγιστη μετά διέγερση με πενταγαστρίνη έκκριση υδροχλωρικού οξέος ήταν υψηλότερη στους ασθενείς με ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού από ότι στους ασθενείς χωρίς το βακτηρίδιο. Επίσης, οι βασικές και μετά το γεύμα συγκεντρώσεις της γαστρίνης στο αίμα ήταν υψηλότερες στους ασθενείς με έλκος και ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Με βάση τα ευρήματα τους οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού αυξάνει την

απελευθέρωση γαστρίνης στο άντρο, που με τη σειρά της αυξάνει την έκκριση του υδροχλωρικού οξέος. Η διαταραχή στην έκκριση της γαστρίνης θεωρείται συνέπεια της αύξησης του pH από την αμμωνία που παράγουν το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού με το μηχανισμό που αναφέρθηκε. Η άνοδος του pH αίρει την ανασταλτική δράση που η ύπαρξη οξέος στο άντρο έχει για την απελευθέρωση της γαστρίνης. Η γαστρίνη είναι γνωστό ότι, έχει τροφική δράση στα καλυπτήρια κύτταρα του στομάχου, με συνέπεια να αυξάνει ακόμη περισσότερο η αποβολή υδροχλωρικού οξέος προς το δωδεκαδάκτυλο, όπου το pH γίνεται πολύ χαμηλό με αποτέλεσμα τη δημιουργία έλκους.

Η αντίστροφη ερμηνεία που θα μπορούσε να δοθεί με βάση τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, ότι δηλαδή το χαμηλό pH στ δωδεκαδάκτυλο ευνοεί τον εποικισμό του άντρου με ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, φαίνεται απίθανη αφού έχει βρεθεί ότι *in vitro* οι μικροοργανισμοί αυτοί αναπτύσσονται περισσότερο σε ουδέτερο pH. Επιπλέον το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού ανευρίσκεται πολύ σπάνια σε ασθενείς με σύνδρομο Zollinger-Ellison, γεγονός που σημαίνει ότι το όξινο περιβάλλον είναι εχθρικό για την για την ανάπτυξη των βακτηριδίων. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η ιατρογενής μόλυνση με ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού ασθενούς που έπασχε από το σύνδρομο Zollinger-Ellison είχε σαν αποτέλεσμα να θεραπευθούν τα έλκη του.

Ο Graham στη θαυμάσια ανασκόπηση του για το ελικοβακτηρίδιο το πυλωρού και το πεπτικό έλκος, υποστηρίζει ότι με μόνη εξαίρεση το παραπάνω σύνδρομο, στο παλαιό ρητό "όχι οξύ –όχι έλκος" θα μπορούσε να προστεθεί και το "όχι ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού-όχι έλκος". Τίποτα από αυτά δεν ισχύει όμως στις περιπτώσεις ασθενών με δωδεκαδακτυλικό έλκος χωρίς ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και με φυσιολογική γαστρική έκκριση. Στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να αναζητηθεί κάποιος άλλος από τους παράγοντες, που αναφέρθηκε στην αρχή, ότι συμβάλλουν στη διάσπαση της γαστροδωδεκαδακτυλικής ομοιοστασίας. Οι παράγοντες αυτοί θα πρέπει να ευθύνονται για τη δημιουργία έλκους τουλάχιστον στο 30% του συνόλου, αφού σε πρόσφατη μελέτη αναφέρεται ότι το ποσοστό των ασθενών με έλκος, όπου ανευρίσκεται το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού στο άντρο είναι περίπου 70% και όχι 100%,όπως ήταν γενικότερα αποδεκτό παλαιότερα.

Έτσι θα μπορούσε να λεχθεί ότι το τελευταίο χρόνο, εκτός από το όνομα του μικροοργανισμού αυτού και τις απόψεις για το ρόλο του στην απελευθέρωση της γαστρίνης, αναθεωρήθηκαν και τα ποσοστά της ανεύρεσης του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού σε ασθενείς με έλκος του δωδεκαδακτύλου.⁽¹⁶⁾

3.3: Διάγνωση και Διαφορική Διάγνωση

Στις περισσότερες περιπτώσεις όπου τα ενοχλήματα είναι τυπικά, η περιγραφή και μόνο των συμπτωμάτων αρκεί για να γίνει η διάγνωση του έλκους. Ανεξάρτητα από το πόσο εύκολα ή δύσκολα μπορεί να γίνει η διάγνωση του έλκους από το ιστορικό, κάθε ασθενής με συμπτωματολογία έλκους πρέπει να υποβάλλεται σε ορισμένες εξετάσεις για δύο λόγους: 1) Να επιβεβαιωθεί αυτό που από τη λήψη ιστορικού φαίνεται εμφανές και 2) Να αποκλειστούν και άλλα νοσήματα τα οποία μπορεί να εκδηλώνονται με συμπτωματολογία έλκους.⁽¹¹⁾

Για να εκτιμήσουμε την κατάσταση του αρρώστου εξετάζουμε το ιστορικό του, που θα μας βοηθήσει για τη διάγνωση. Γίνεται εξέταση ιατρικών φακέλων για προηγούμενο πεπτικό έλκος ή χρόνιας δυσπεψίας και για ομάδα αίματος. Το πεπτικό έλκος συμβαίνει συχνότερα σε άτομα της ομάδας O. Στο ιστορικό ενημερωνόμαστε για:

- Χρησιμοποίηση από τον άρρωστο, φαρμάκων που είναι γνωστό ότι προδιαθέτουν σε εμφάνιση πεπτικού έλκους με μείωση της αντίδρασης του βλεννογόνου. Τέτοια φάρμακα είναι: τα σαλικυλικά, η ρεζερπίνη, η ισταμίνη. Η χρήση αλκοόλ, καφέ και τσιγάρου έχουν σχέση με το πεπτικό έλκος.
- Οικογενειακό ιστορικό για διαπίστωση ύπαρξης μέλους της οικογένειας που πάσχει από το έλκος. Για την πρόκληση έλκους έχουν ενοχοποιηθεί και γενετικοί παράγοντες.
- Συζητώνται το επάγγελμα και η ρουτίνα εργασίας του αρρώστου. Τα άτομα που πάσχουν από έλκος δωδεκαδακτύλου είναι συχνά νευρικά, ανταγωνιστικά, αγχώδεις εργαζόμενοι για κατάληψη θέσης.
- Ερευνάται ο τρόπος ζωής του αρρώστου και οι μηχανισμοί διαπραγμάτευσής του μετά προβλήματα της ζωής. Γίνεται προσπάθεια προσπάθεια για διαπίστωση ύπαρξης καταστάσεων stress και της σχέσης του με την εκδήλωση του πόνου.⁽⁶⁾

Στην φυσική εκτίμηση του αρρώστου δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην εξέταση της κοιλιάς. Συχνά υπάρχει επιφανειακή ευαισθησία στο επιγάστριο. Μερικές φορές συνδυάζεται με δερματική υπερευαισθησία. Μπορεί να υπάρξει αξιοσημείωτη απώλεια βάρους.

Η διάγνωση του πεπτικού έλκους μπορεί να τεθεί με επιβεβαίωση της ύπαρξης του άμεσα με ενδοσκόπηση (την πιο ευαίσθητη και ειδική μέθοδο) ή έμμεσα με ακτινολογική έρευνα (σειρά ακτινογραφιών του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα). Η ακτινογραφική εξέταση αποτελεί την πρώτη αδρή διαγνωστική εξέταση, διότι είναι συνήθως λιγότερο δαπανηρή από την ενδοσκόπηση και λιγότερο δύσκολη για τον ασθενή. Αν η ακτινολογική έρευνα αποβεί αρνητική, αλλά οι υπόνοιες πεπτικού έλκους είναι ακόμα πολλές, ενδείκνυται η ενδοσκόπηση, διότι περίπου το

1/5 αυτών των ελκών είναι δυνατό να μη βρεθεί στις ακτινογραφίες του ανώτερου πεπτικού. Αν στην ακτινογραφία βρεθεί έλκος του στομάχου, πρέπει οπωσδήποτε να αποδειχθεί ότι είναι καλοήθες και όχι κακοήθες. Υπάρχουν, βέβαια, ορισμένα ακτινολογικά ευρήματα που κάνουν περισσότερο ή λιγότερο πιθανή την κακοήθεια ενός έλκους (η ηλικία του ασθενούς, η εντόπιση ή απουσία αχλωρυδρίας), αλλά η φύση του μπορεί να επιβεβαιωθεί με κλινικά αποδεκτά ακρίβεια μόνο μετά από ενδοσκοπική παρατήρηση και βιοψία. Μερικοί μάλιστα, συμπληρώνουν την έρευνα με κυτταρολογικές εξετάσεις. Αν οι βιοψίες είναι αρνητικές για κακοήθεια, χορηγούνται φάρμακα για επούλωση του έλκους επί 2 μήνες. Στη συνέχεια χρειάζεται επανάληψη της γαστροσκόπησης για να δούμε αν το έλκος επουλώθηκε. Το καλοήθες γαστρικό έλκος θα πρέπει να έχει επουλωθεί. Εννοείται πως αν οι βιοψίες δείξουν κακοήθεια τότε πρόκειται πλέον σίγουρα για καρκίνο στομάχου. Η μη επούλωση του γαστρικού έλκους παρά τη σωστή φαρμακευτικής αγωγή, ακόμα κι αν οι βιοψίες είναι αρνητικές για κακοήθεια, απαιτεί χειρουργική επέμβαση λόγω μεγάλης πιθανότητας να πρόκειται για ελκωτική μορφή καρκίνου στομάχου.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

Μετά από την ακτινολογική ή ενδοσκοπική επιβεβαίωση ύπαρξης πεπτικού έλκους σπάνια ενδείκνυται η εκτέλεση άλλων εξετάσεων, διότι στις περισσότερες περιπτώσεις η παθογένεση του έλκους εξακολουθεί να είναι σκοτεινή. Έτσι μόνο σε λίγες κλινικές καταστάσεις ενδείκνυται η μέτρηση της γαστρίνης του ορού ή της βασικής και της μέγιστης παραγωγής γαστρικού οξέος.

Άλλες ασθένειες που μιμούνται τα συμπτώματα του έλκους είναι συνήθως:

- 1) χολοκυστίτιδα
- 2) χολολιθίαση
- 3) παγκρεατίτιδα
- 4) οισοφαγίτιδα από παλινδρόμηση γαστρικών υγρών
- 5) καρκίνος στομάχου⁽¹⁷⁾

3.4: Εξετάσεις για τη διάγνωση του Πεπτικού έλκους

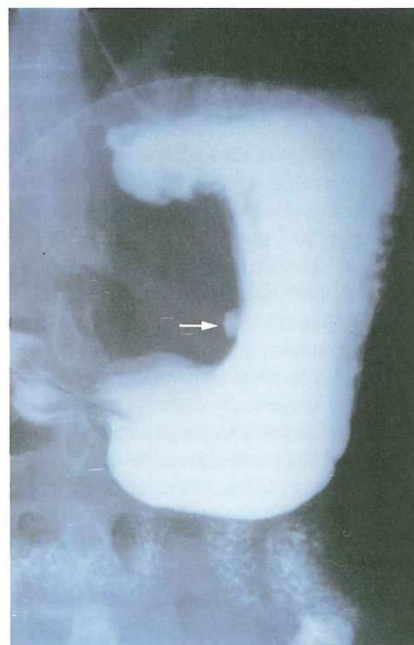
Οι εξετάσεις που μπορούν να βοηθήσουν στην τεκμηρίωση της ύπαρξης του έλκους του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου είναι:

(1) Αναζήτηση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού: είτε με βιοψία, είτε στο αίμα με αναζήτηση ύπαρξης ειδικών αντισωμάτων εναντίον του βακτηριδίου αυτού, είτε με το test εκπνοής.

(2) Ακτινογραφία στομάχου και δωδεκαδακτύλου: μετά από χορήγηση θειικού βαρίου από το στόμα ή μέσα από το ρινογαστρικό σωλήνα.

(3) Ανάλυση κοπράνων: τα οποία στο έλκος είναι χρώματος μαύρου ή αιμορραγικά τα οποία μυρίζουν πολύ άσχημα. Η εξέταση αυτή συνίσταται στη λήψη δείγματος κοπράνων και τη μεταφορά τους σε μέσα καλλιέργειας,.

(4) Ανάλυση γαστρικού υγρού: από την εξέταση του γαστρικού υγρού μπορεί να εκτιμηθεί: 1) η εκκριτική δραστηριότητα του βλεννογόνου του στομάχου, 2) η παρουσία και ο βαθμός κατακράτησης γαστρικού περιεχομένου, 3) η περιεκτικότητα του σε υδροχλωρικό οξύ και 4) παρουσία καρκινικών κυττάρων. Ο ασθενής παραμένει νηστικός 10-14 ώρες πριν από τον έλεγχο του γαστρικού υγρού.



έλκος γαστρικό και δωδεκαδακτυλικό. Η ακτινογραφία αυτή (διάβαση στομάχου-δωδεκαδακτύλου) δείχνει έλκος, που απεικονίζεται σαν «επιπρόσθετη εικόνα» (όπου δείχνει το βέλος) γεμάτο βάριο.

Ακριβής προσδιορισμός προϋποθέτει την απουσία τροφής στο στομάχο. Τα φάρμακα που επηρεάζουν την γαστρική κένωση διακόπτονται 24-48 ώρες πριν τον έλεγχο(χολινεργικά, αντιχολινεργικά). Κατά την εξέταση ο ασθενής καλύτερα να βρίσκεται σε θέση κατακεκλιμένη προς την αριστερή πλευρά με ελαφρώς υπερυψωμένα τα κάτω άκρα. Τοποθετείται ρινογαστρικός σωλήνας μαλακός και ακτινοσκοπικός. Συνιστάται να ελέγχεται η θέση του σωλήνα στο στομάχο, διότι είναι απαραίτητο η κορυφή του σωλήνα να βρίσκεται στο μέσω του άντρου. Στη συνέχεια αναρροφάται το γαστρικό υγρό με σύριγγα 30-50ml, είτε με αντλία συνεχούς αναρρόφησης και αρνητικής πίεσης 50mmHg. Όταν χρησιμοποιούμε αναρροφητική αντλία πρέπει κάθε 3-5 λεπτά να γίνεται έλεγχος της βατότητας του σωλήνα. Στη συνέχεια αφαιρούμε το ρινογαστρικό σωλήνα και μετράμε την ποσότητα του υγρού των δειγμάτων, σημειώνουμε τα χαρακτηριστικά και τα αναγράφουμε. Αν το υγρό περιέχει παθολογικά στοιχεία, ενημερώνουμε το γιατρό.

(5) Γενική αίματος

(6) Γαστροσκόπηση (ενδοσκόπηση του στομάχου): η γαστροσκόπηση επιβάλλεται και πάντα πρέπει να λαμβάνεται ειδική εξέταση που ανιχνεύει το ελικοβακτηρίδιο που λέγεται CLO test. Η γαστροσκόπηση πραγματοποιείται από εξειδικευμένους γιατρούς (γαστρεντερολόγους) και θεωρείται ότι μπορεί να πλησιάσει με μεγαλύτερη ακρίβεια την διάγνωση. Για τη γαστροσκόπηση χρησιμοποιούμε ένα ειδικό όργανο, το γαστροσκόπιο με το οποίο μπορούμε όχι μόνο να βλέπουμε το εσωτερικό του στομάχου αλλά και να παίρνουμε μικρά τεμάχια ιστού για εξέταση. Είναι αλήθεια ότι η γαστροσκόπηση άλλαξε ριζικά τις διαγνωστικές και θεραπευτικές μας δυνατότητες και αποτέλεσε μια από τις σημαντικότερες εξελίξεις της ιατρικής της τελευταίες δεκαετίες.⁽⁵⁻¹¹⁾

Η γαστροσκόπηση επιτρέπει την απευθείας παρατήρηση της εσωτερικής κοιλότητας του στομάχου. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται συσκευή από εύκαμπτες συνήθως οπτικές ίνες. Πρόκειται για εύκαμπτο σωλήνα, εφοδιασμένο με οπτικό σύστημα από ίνες γυαλιού και φωτεινή πηγή. Μέσω του γαστροσκοπίου ο γιατρός μπορεί να εισάγει διάφορα εργαλεία και όργανα, με τα οποία μπορεί να κάνει πλύση, να κάνει βιοψίες, καθώς και να προβαίνει σε θεραπευτικές ενέργειες π.χ. να σταματάει αιμορραγίες. Η γαστροσκόπηση είναι σχετικά απλή ιατρική μέθοδος που σε γενικές γραμμές γίνεται καλά ανεκτή. Μερικές φορές χρειάζεται ιδιαίτερη προετοιμασία (π.χ. κένωση του στομάχου). Τις περισσότερες φορές χρειάζεται να προηγηθεί κάποιο φάρμακο τοπικό αναισθητικό, αναλγητικό φάρμακο, ηρεμιστικό ή και μια ελαφριά νάρκωση. Η τεχνική αυτή λόγω τις διαγνωστικής αξίας της αλλά και λόγω τον θεραπευτικών μεθόδων με τις οποίες συνδυάζεται, έχει γίνει σήμερα εξέταση ρουτίνας και τη χρησιμοποιούν πολλοί γαστρεντερολόγοι.⁽¹⁴⁾

Συχνά τις εξετάσεις αυτές εκτός από διαγνωστικούς λόγους τις χρησιμοποιούμε για να παρακολουθούμε τα αποτελέσματα της θεραπείας. Οι εξετάσεις είναι εύκολες και ακίνδυνες.⁽¹²⁾

3.5: Μηχανισμός και κλινική σημασία των γαστρικών συμπτωμάτων

Υπάρχει τέτοια ποικιλομορφία στις κλινικές εκδηλώσεις των παθήσεων του στομάχου, που πραγματικά δεν είναι εύκολο να απαριθμηθούν τα συμπτώματα του χωρίς κίνδυνο και σοβαρών ακόμη παραλείψεων.

Η μεγαλύτερη όμως δυσκολία που θα πρέπει βασικά να μας απασχολήσει, γιατί έχει τεράστια κλινική σημασία, βρίσκεται αλλού: Υπάρχουν καθ' αυτό «γαστρικά» συμπτώματα, δηλαδή συμπτώματα που θα προκαλούνται αποκλειστικά και μόνον από παθήσεις του στομάχου; Στην αντίθετη περίπτωση,, που μάλλον είναι η πραγματικότητα, πως θα μπορούμε κάθε φορά να τα ξεχωρίσουμε, να πούμε π.χ. ότι ο έμετος σε συγκεκριμένο ασθενή οφείλεται σε πάθηση του στομάχου και όχι σε πάθηση άλλου οργάνου. ⁽⁶⁾

Τα παραπάνω κάνουν φανερό πως η ανάπτυξη του θέματος «μηχανισμός και κλινική σημασία των γαστρικών συμπτωμάτων» έχει πολλές δυσκολίες και παγίδες που κάνουν έτσι δύσκολο να βρεθεί με βεβαιότητα το τέλος του καταλόγου.

Οι ερυγές, ο οπισθοστερνικός καύσος, το μη σαφώς καθορισμένο «βάρος» ή «δυσφορία» ή άλγος στο επιγάστριο, η ανορεξία, ο μετεωρισμός, οι αναγωγές, η ναυτία κ.α. είναι πράγματι συμπτώματα που χωρίς αμφιβολία μπορεί να οφείλονται σε παθήσεις του στομάχου, είναι δηλαδή «γαστρικά» συμπτώματα. Από την άλλη μεριά, όμως, τουλάχιστον ορισμένα από τα συμπτώματα αυτά, όπως π.χ. οπισθοστερνικός καύσος, είναι χαρακτηριστικά παθήσεων άλλων οργάνων, κάτι που κάνει φανερές τις δυσκολίες στον καταρτισμό του καταλόγου των γαστρικών συμπτωμάτων.⁽¹⁰⁾

Αναπόφευκτα, θα περιορισθούμε στην περιγραφή και στην ανάπτυξη ορισμένων μόνον από τα «γαστρικά» συμπτώματα. Αναγκαστικά, θα περιορισθούμε στα πιο σημαντικά, τουλάχιστον κατά την άποψη των περισσότερων κυρίως, θα αναφερθούμε στον πόνο και τον έμετο, που κατά τη γνώμη και την εμπειρία μας πολύ συχνά δημιουργούν προβλήματα στην καθημερινή ιατρική πράξη. Είναι φανερό πως δεν θα ασχοληθούμε καθόλου με τις αιμορραγίες (γαστρορραγία) και τη διάτρηση του στομάχου – δωδεκαδακτύλου, που ασφαλώς είναι συμπτώματα «γαστρικά», η σπουδαιότητα τους όμως απαιτεί χωριστή περιγραφή στα πλαίσια των αιμορραγικών του ανώτερου πεπτικού και της οξείας χειρουργικής κοιλίας, αντίστοιχα.

Πριν προχωρήσουμε στην περιγραφή των συμπτωμάτων, θα σημειώσουμε ακόμα κάτι, που το θεωρούμε ιδιαίτερα σημαντικό: Τη μεγάλη σημασία της λεπτομερούς, έστω και λίγο σχολαστικής, λήψης του ιστορικού των ασθενών και της επίμονης αναζήτησης των ιδιαίτερων,

κάθε φορά, χαρακτηριστικών κάθε γαστρικού συμπτώματος. Στην περίπτωση του θέματος μας, ας μην ξεχνούμε πως, εκτός από το ερώτημα στο οποίο αναφερθήκαμε παραπάνω, αν π.χ. ο έμετος οφείλεται ή όχι σε πάθηση του στομάχου, υπάρχει και ένα άλλο, επίσης σημαντικότερο, ερώτημα, το οποίο καλούμεθα καθημερινώς να απαντήσουμε: Τα συμπτώματα οφείλονται σε οργανικό νόσημα του στομάχου ή σε αθώα λειτουργική διαταραχή. Τα διλήμματα αυτά δεν είναι μόνον καθημερινά, αλλά και ιδιαίτερος σοβαρά. Η ικανότητα του γιατρού στη σωστή διάγνωση είναι ευθέως ανάλογη με τη γνώση και το βαθμό κατανόησης των μηχανισμών και της παθοφυσιολογίας των διαφόρων συμπτωμάτων, καθώς και με την «τέχνη» του στη λήψη και αξιολόγηση των δεδομένων του ιστορικού. Και αυτό ισχύει ιδιαίτερα στη γαστρεντερολογία, με το γνωστό, μεγάλο, ποσοστό λειτουργικών διαταραχών και τη συχνή έλλειψη ευρημάτων κατά την κλινική εξέταση του ασθενούς, ακόμη και σε περιπτώσεις σοβαρών οργανικών νοσημάτων.⁽⁶⁻¹⁰⁾

3.6: Συμπτώματα και κλινικές εκδηλώσεις Γαστρικού έλκους

Οι κλινικές εκδηλώσεις είναι σχεδόν ίδιες στο έλκος του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου. Το κυριότερο σύμπτωμα είναι ο πόνος. Εντοπίζεται στο επιγάστριο με αντανάκλαση συχνά στο αριστερό υποχόνδριο, ράχη, δεξιό ώμο και αναφέρεται από τους ασθενείς είτε σαν οξύς είτε σαν βύθιος, άλλοτε, σαν απλό επιγαστρικό αίσθημα δυσφορίας. Είναι καυστικός και σφυκτικός. Ο πόνος ανάλογα με την εντόπιση και όσο πιο μακριά από το καρδιακό στόμιο βρίσκεται το έλκος, τόσο πιο αργά εμφανίζεται μετά το φαγητό.⁽¹⁻³⁾

Όταν το έλκος εντοπίζεται στο δωδεκαδάκτυλο ο πόνος εμφανίζεται στα διαστήματα μεταξύ της τροφής, 3-4 ώρες μετά τη τροφή και υποχωρεί με τη λήψη τροφής. Χαρακτηριστικό είναι ότι κατά τη νύχτα, επειδή ο χρόνος μεταξύ νυχτερινού και πρωινού γεύματος είναι μεγάλος, ο πόνος ξυπνάει τον ασθενή τις πρώτες πρωινές ώρες που το στομάχι, στο διάστημα αυτό είναι άδειο. Συχνά ο πόνος εμφανίζεται περιοδικά, με περιόδους επώδυνων κρίσεων συχνά την άνοιξη και το φθινόπωρο, ενώ οι περίοδοι ηρεμίας είναι το καλοκαίρι και ο χειμώνας. Η περιοδικότητα είναι τυπική στο έλκος δωδεκαδακτύλου όταν δεν εμφανίζεται περιοδικότητα αλλά υπάρχουν συνεχείς κρίσεις, σημαίνει ότι υπάρχει κάποια επιπλοκή.⁽¹¹⁾

Ο πόνος στο έλκος του στομάχου δεν υποχωρεί με τη λήψη τροφής αλλά με αυτόματο ή προκλητό έμετο. Ο πόνος είναι ακανόνιστος και εμφανίζεται 1-3 ώρες μετά το φαγητό, χαρακτηρίζεται από χρονικότητα και περιοδικότητα. Οι ασθενείς, συνήθως αναφέρουν ότι πάσχουν από γαστρικές κρίσεις και 10-20 χρόνια. Η περιοδικότητα στο έλκος στομάχου δεν είναι τυπική.

Εκτός από τον πόνο μπορεί να υπάρχουν και άλλα συμπτώματα όπως καούρες που είναι ένα αίσθημα καψίματος που εντοπίζεται στο επιγάστριο ή πίσω από το στέρνο. Ξινίλες, που οφείλονται σε ξινά ρεψίματα ή σε αναγωγή μικρής ποσότητας όξινου περιεχομένου του στομάχου. Αρκετοί ασθενείς αναφέρουν δυσπεψία και με τον ορό αυτό εννοούν ένα σύνολο συμπτωμάτων όπως αίσθημα δυσφορίας μετά το φαγητό, φούσκωμα ή διάταση της κοιλίας, ξινίλες, ρεψίματα, εμετούς που μπορεί να συνοδεύονται ή όχι από πόνο.

Παρά το ότι τα δυσπεπτικά ενοχλήματα συνοδεύουν συχνά ελκοπάθεια εν τούτοις υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων που παραπονιέται για τα ίδια συμπτώματα χωρίς να έχουν έλκος. Για τα άτομα αυτά λέμε ότι πάσχουν από «δυσπεψία χωρίς έλκος». ⁽⁸⁻¹⁰⁾

Πόνος: ο «γαστρικός» πόνος, ο πόνος που οφείλεται σε παθήσεις του στομάχου, είναι πολλές φορές χαρακτηριστικός, τόσο από άποψη εντοπίσεως όσο και από άποψη ιδιαίτερων χαρακτήρων, και πολλές

φορές, με βάση αυτά τα στοιχεία, ο γιατρός μπορεί να σκεφθεί με αρκετή πιθανότητα επιτυχίας ακόμη και τη συγκεκριμένη πάθηση που τον προκαλεί.

Ο «γαστρικός» πόνος έχει όλα τα χαρακτηριστικά του σπλαγχνικού πόνου. Είναι πόνος βύθιος, δεν συνοδεύεται από μυϊκή αντίσταση ή σύσπαση, εντοπίζεται βασικά στο επιγάστριο, στη μέση γραμμή, και δεν είναι σαφώς περιγεγραμμένος. Μπορεί να είναι «νυγμώδης» ή «καυστικός» ή να έχει τη μορφή «επώδυνης δυσφορίας» και μπορεί να επεκτείνεται ή να αντανακλά στη ράχη. Οι χαρακτήρες του γενικά εξαρτώνται από την ένταση του ερεθίσματος και τον ουδό του πόνου στο συγκεκριμένο ασθενή, καθώς και από άλλους όχι σαφώς καθορισμένους παράγοντες που βασικά επηρεάζουν τον ουδό του πόνου, όπως η φλεγμονή, η ισχαιμία κ.α. Όπως συμβαίνει γενικά στην ιατρική με το σύμπτωμα «πόνος», ο «γαστρικός» πόνος αποτελεί τις περισσότερες φορές το κεντρικό και κύριο πρόβλημα των παθήσεων του στομάχου. Αισθητικές απολήξεις, όπως γενικά στα κοίλα σπλάγχνα, υπάρχουν στο μυϊκό χιτώνα του στομάχου και το σύνθητες οικείο ερέθισμα είναι η τάση ή η μυϊκή σύσπαση του τοιχώματος. Τα επώδυνα ερεθίσματα φέρονται με προσαγωγές νευρικές ίνες από το τοίχωμα του στομάχου στο νωτιαίο μυελό με την 7^η, 8^η και 9^η νωτιαίες ρίζες.⁽¹⁴⁾

Ο «γαστρικός» πόνος εντοπίζεται βασικά στο επιγάστριο. Σε παθήσεις της καρδιακής περιοχής εντοπίζεται συνήθως ψηλά, στην περιοχή της ξιφοειδούς αποφύσεως, ενώ σε παθήσεις του πυλωρικού τμήματος εντοπίζεται χαμηλότερα. Σε παθήσεις του θόλου, συχνά εντοπίζεται λίγο αριστερά της μέσης γραμμής, ενώ σε παθήσεις του βολβού του δωδεκαδακτύλου στο κέντρο του επιγαστρίου. Το βασικό όμως πρόβλημα της «μαχόμενης» ιατρικής δεν είναι να καθοριστεί με ακρίβεια, παρότι και αυτό έχει πολλές φορές σημασία, η πάσχουσα περιοχή του στομάχου, αλλά η πάθηση που προκαλεί τον πόνο. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό και δεν πρέπει ποτέ να το ξεχνούμε, ότι στο επιγάστριο εντοπίζεται πολλές φορές και το άλγος που προκαλείται από παθήσεις άλλων οργάνων, όπως της σκωληκοειδούς αποφύσεως (οξεία σκωληκοειδίτιδα στα αρχικά στάδια), της χοληδόχου κύστεως (οξεία χολοκυστίτιδα στα αρχικά στάδια), των χοληφόρων γενικά, του ήπατος, του παγκρέατος ακόμη και οργάνων εκτός του κύτους της κοιλίας, όπως του οισοφάγου και της καρδιάς. Μεγάλη σημασία έχουν το ιστορικό και η αναζήτηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του πόνου για την ορθή διάγνωση. Ιδιαίτερη π.χ. σημασία, προκειμένου για επιγαστρικό και γενικότερα για κοιλιακό πόνο, έχει ο καθορισμός των σχέσεων του με το είδος και το χρόνο λήψεως τροφής καθώς και με άλλες σωματικές λειτουργίες.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾

Στο δωδεκαδακτυλικό έλκος σπλαγχνικού τύπου, ο πόνος είναι το συχνότερο σύμπτωμα της νόσου και απαντά σε 85-90% των περιπτώσεων

χωρίς επιπλοκές. Συνήθως, εντοπίζεται στο επιγάστριο, στη μέση γραμμή (61-86%), και κατά κανόνα είναι πόνος βύθιος, καυστικός, νυγμώδης ή συσφιγκτικός, που μπορεί να συνοδεύεται από γενική αδιαθεσία του ασθενούς. Συχνά, οι ασθενείς δείχνουν την εστία του πόνου με το δείκτη του χεριού τους. Στην τυπική του μορφή, όπως περιγράφεται στα κλασικά βιβλία, ο πόνος εξ' έλκους της πυλωροδωδεκαδακτυλικής περιοχής συνήθως υφίεται μετά τη λήψη τροφής και αντιοξίνων και εισβάλλει 1-4 ώρες μετά το φαγητό. Σε ποσοστό 50-88% αφυπνίζει τον ασθενή τις πρώτες ώρες μετά τα μεσάνυχτα και βασικά χαρακτηρίζεται από «περιοδικότητα στο 24ωρο και στο χρόνο». Πρέπει να τονισθεί πως αυτό που συνηθίζουμε να λέμε «περιοδικότητα στο χρόνο» δεν είναι τις περισσότερες φορές φαινόμενο πραγματικά περιοδικό, φαινόμενο δηλαδή που εμφανίζεται κατά σταθερά και προβλέψιμα χρονικά διαστήματα. Είναι υποτροπιάζοντα «επώδυνα επεισόδια», συνήθως με τα ίδια χαρακτηριστικά σε κάθε ασθενή, εφόσον δεν έχουν δημιουργηθεί επιπλοκές, αλλά η εμφάνιση τους τις περισσότερες φορές δεν γίνεται σε σταθερά χρονικά διαστήματα. Όσο για την περιοδικότητα στο 24ωρο, το χαρακτηριστικό για το δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι η ρυθμικότητα της τριάδας «πόνος – λήψη τροφής – ανακούφιση». Σε ποσοστό περίπου 35% ο πόνος δεν σχετίζεται με τη λήψη τροφής ή με άλλους παράγοντες και σε ποσοστό 20-31% ο πόνος αντανακλά στην πλάτη. Επίσης, σε μικρό ποσοστό ο πόνος μπορεί να παρουσιασθεί στο αριστερό ή το δεξιό υποχόνδριο.⁽¹⁵⁾

Δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι τα παραπάνω δεν είναι παθογνωμονικά του δωδεκαδακτυλικού έλκους. Αν υπάρχουν θέτουν πολύ έντονη την κλινική υποψία της νόσου, που η ύπαρξη της πρέπει να επιβεβαιωθεί ή να απορριφθεί με τις σύγχρονες διαγνωστικές μεθόδους, αποκλείοντας άλλες παθήσεις που προκαλούν ενοχλήματα στο επιγάστριο. Αν λείπουν και στη θέση τους υπάρχουν «άτυπες» επιγαστρικές ενοχλήσεις, η ύπαρξη της νόσου μόνο μετά από λεπτομερή έλεγχο μπορεί να αποκλεισθεί.

Δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι υπάρχουν και ασυμπτωματικές περιπτώσεις, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα, στα οποία η ύπαρξη της νόσου διαπιστώνεται μετά από επιπλοκή, όπως αιμορραγία ή διάτρηση.⁽¹³⁻¹⁴⁾

Στο γαστρικό έλκος, την άλλη κύρια μορφή του πεπτικού έλκους, στη συνήθη του μορφή, ο πόνος έχει σχεδόν τους ίδιους χαρακτήρες. Είναι βύθιος και εντοπίζεται στη μέση γραμμή, όμως σε λίγες περιπτώσεις εμφανίζεται από δεξιό ή αριστερό υποχόνδριο και συγκριτικά με τον πυλωροδωδεκαδακτυλικό πόνο αντανακλά συχνότερα (34%) στην ωμοπλάτη. Ο ασθενής συνήθως ανακουφίζεται μετά τη λήψη τροφής ή αντιοξίνων ουσιών, σε ποσοστό όμως 20% περίπου ο πόνος επιδεινώνεται και μάλιστα μισή ώρα μετά τη λήψη τροφής ή νωρίτερα, εφόσον το έλκος βρίσκεται στην καρδιακή περιοχή του στομάχου.

Σε ποσοστό περίπου 32-43% ο πόνος αφυπνίζει τον ασθενή, ενώ σε ποσοστό περίπου 30% ο πόνος είναι συνεχής και ίδιος, τόσο κατά τη διάρκεια της ημέρας όσο και κατά τη διάρκεια της νύχτας. Στους περισσότερους ασθενείς που παρουσιάζουν πόνο αποκαλύπτεται ακτινολογικός ή ενδοσκοπικός πεπτικό έλκος, ενώ υπάρχουν και ασυμπτωματικοί ασθενείς με έλκος, ιδιαίτερα ηλικιωμένοι.

Ποσοστό ασθενών 2-8% παρουσιάζει πολλαπλά έλκη του στομάχου, με κλινική εικόνα που δεν διαφέρει από αυτή των ασθενών από μονήρες έλκος και σε ποσοστό 7-64% συνυπάρχει έλκος πυλωρο-δωδεκαδακτυλικό με έλκος στομάχου.

Είναι γενικά παραδεκτό πως δεν είναι δυνατόν στηριζόμενοι στους χαρακτήρες του πόνου να διαφοροδιαγνώσουμε το γαστρικό από δωδεκαδακτυλικό έλκος. Όμως, στην καθημερινή ιατρική πράξη, ο πόνος του γαστρικού έλκους θέτει πολύ συχνά πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης από τον πόνο της, έστω άτυπης, στεφανιαίας νόσου.⁽¹¹⁾

Πολύ σπανιότερα, μπορεί ο πόνος να εντοπίζεται και σε άλλες θέσεις και αξίζει να αναφερθεί περίπτωση ασθενούς που είχε επισκεφθεί πολλούς γυναικολόγους, αφού είχε υποβληθεί σε σκωληκοειδεκτομή, για πόνο του δεξιού λαγονίου βόθρου. Η λεπτομερής λήψη του ιστορικού έδειξε ότι ο πόνος είχε τη χαρακτηριστική, όπως περιγράφηκε, «περιοδικότητα στο 24ωρο και στο χρόνο» και η γαστροσκόπηση έδειξε τεράστιο έλκος του βολβού του δωδεκαδακτύλου. Στη βιβλιογραφία, αναφέρονται ακόμα πιο άτυπες θέσεις εντοπίσεως του πόνου του πεπτικού έλκους, όπως η θηλή του αριστερού μαστού και ο δεξιός ώμος.

Ο μηχανισμός προκλήσεως του πόνου του πεπτικού έλκους δεν είναι με ακρίβεια γνωστός. Οι κυρίαρχουσες απόψεις είναι βασικά δύο. Η πρώτη θεωρεί ως κύριο αίτιο του πόνου τον μυϊκό σπασμό της πυλωροδωδεκαδακτυλικής περιοχής και η δεύτερη την έκθεση του «κρατήρα» του έλκους σε όξινο pH. Αναμφισβήτητα, καθεμία συγκεντρώνει αρκετά υπέρ αυτής επιχειρήματα, αλλά το πιο πιθανό είναι ότι συμμετέχουν και οι δύο μηχανισμοί.⁽¹³⁻¹⁵⁾

ΕΝΟΤΗΤΑ 4

4.1: Πρόγνωση Γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους

Το έλκος γενικά θεωρείται καλοήθης πάθηση με ευνοϊκή εξέλιξη στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Η θνησιμότητα από έλκος είναι πολύ μικρή και οφείλεται κυρίως στις επιπλοκές του οι οποίες είναι σοβαρές. Η σοβαρότητα όμως της ελκοπάθειας δεν εκτιμάται μόνο από την θνησιμότητα αλλά και από την νοσηρότητα δηλαδή, από την αναπηρία που προκαλεί η νόσος. Πράγματι, μέχρι πρότινος, τα φτωχά θεραπευτικά μέσα που είχαμε στη διάθεση μας ανάγκαζαν τον ελκοπαθή, κατά την διάρκεια των κρίσεων του, να περιορίζεται τόσο τις επαγγελματικές όσο και τις οικογενειακές και κοινωνικές του δραστηριότητες. Παράλληλα οι αυστηρές δίαιτες στις οποίες υποβάλλαμε τον ασθενή υποβάθμιζαν σημαντικά τον τρόπο ζωής ιδιαίτερα των ατόμων που έπασχαν από συχνές υποτροπές της νόσου.

Για να αντιληφθεί κανείς το μέγεθος των προβλημάτων που δημιουργεί το έλκος αρκεί να αναφερθεί ότι στην Αγγλία π.χ. αναφέρονται κάθε χρόνο 250.000 νέες περιπτώσεις ελκοπάθειας οι οποίες προκαλούν την απώλεια 5 εκατομμυρίων εργάσιμων ημερών ετησίως. Ευτυχώς τα τελευταία χρόνια η ανακάλυψη ισχυρών αντιελκωτικών φαρμάκων άλλαξε ριζικά και την θεραπευτική της νόσου αλλά και τον τρόπο ζωής των ασθενών.⁽¹⁾

4.2: Πρόληψη και Προφύλαξη για το Γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος

Για την πρόληψη του πεπτικού και του δωδεκαδακτυλικού έλκους πρέπει να αποφεύγονται οι αιτίες που ενοχοποιούνται για την πρόκληση της νόσου. Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού θεωρείται υπεύθυνο για την πρόκληση των περισσότερων περιστατικών του έλκους. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι το μικρόβιο μεταδίδεται δια μέσου του νερού, του φαγητού και του σάλιου. Είναι σημαντικό πάντοτε τα χέρια να πλένονται μετά από το αποχωρητήριο και πριν το φαγητό.⁽¹⁾

Επίσης πρέπει να αποφεύγονται κάποια φάρμακα όπως η ασπιρίνη. Τα φάρμακα αυτά πρέπει να λαμβάνονται με πολύ προσοχή, κατόπιν ιατρικής συνταγής και παρακολούθησης. Πρέπει να αποφεύγονται εντελώς όταν ήδη υπάρχει ιστορικό έλκους στο στομάχι. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να ενοχλεί τον βλεννογόνο του στομάχου και να αυξάνει την έκκριση οξέος στο στομάχι γι' αυτό πρέπει να αποφεύγεται επειδή αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης έλκους.⁽¹³⁾

Τα άτομα που πάσχουν από έλκος πρέπει σίγουρα να σταματούν το κάπνισμα γιατί αυξάνει τον όγκο και τη συγκέντρωση οξέος που εκκρίνεται στο στομάχι. Τέλος πρέπει να αποφεύγεται το stress που δημιουργεί ανισορροπία μεταξύ των παραγόντων που προστατεύουν την ακεραιότητα του βλεννογόνου και αυτών που το δημιουργούν. Να μη γίνεται κατάχρηση ερεθιστικών τροφών, να κόβονται τα απρογραμμάτιστα γεύματα και γενικά να υπάρχει μια ισορροπημένη διατροφή.⁽¹⁷⁾

4.3: Ο ρόλος της διατροφής στο έλκος

Οι γεωγραφικές διαφορές που παρατηρούνται στις διάφορες περιοχές του πλανήτη, σχετικά με τη συχνότητα των παθήσεων του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, αποτελούν ισχυρή ένδειξη ότι περιβαλλοντικοί παράγοντες υπεισέρχονται στην αιτιολογία των παθήσεων αυτών, μεταξύ αυτών των παραγόντων, σημαντική θέση κατέχουν οι διαιτητικοί. Ανασκοπούνται οι σύγχρονες απόψεις για το ρόλο της διατροφής στις παθήσεις στομάχου-δωδεκαδακτύλου, ιδιαίτερα στο πεπτικό έλκος και τον καρκίνο του στομάχου.⁽³⁾

Από παλαιά, έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι διαιτητικοί παράγοντες επηρεάζουν τη συχνότητα πεπτικού έλκους και επίσης ότι είναι δυνατόν να επηρεάσουν το ρυθμό επουλώσεως και τις υποτροπές του. Υπέρ της πρώτης παρατηρήσεως συνηγορεί το φαινόμενο ότι παρατηρείται αυξημένη συχνότητα δωδεκαδακτυλικού έλκους στη Νότιο Ινδία, σε σχέση με τη Βόρειο, δύο περιοχές, με διαφορετικές διαιτητικές συνήθειες καθώς και σε ορισμένες περιοχές της Αφρικής (Νότιος Νιγηρία σε σχέση με τη Βόρειο), όπου επίσης παρατηρούνται διαφορές στις διαιτητικές συνήθειες. Σχετικά με την επίδραση της τροφής στην επούλωση και υποτροπή του έλκους, υπάρχει αρκετή σύγχυση σχετικά με τη διαιτητική αγωγή που πρέπει να ακολουθείται από τον ελκοπαθή. Σήμερα, ιδιαίτερα μετά την εισαγωγή δραστικών φαρμακευτικών ουσιών στη θεραπευτική του έλκους, οι περισσότεροι γαστρεντερολόγοι συμφωνούν ότι η διαίτα παίζει μικρό ρόλο και ότι απλώς ο ασθενής πρέπει να αποφεύγει τις ουσίες που βρίσκει ερεθιστικές, ιδιαίτερα σε περιόδους παροξυσμού. Ωστόσο, η αναφορά στην επίδραση διαφόρων τροφών στο πεπτικό έλκος, υπό το πρίσμα των σύγχρονων, απόψεων, κρίνεται αναγκαία.

Γάλα. Από την πλειονότητα των θεραπόντων γιατρών, σε παγκόσμιο επίπεδο, συνίσταται διαίτα πλούσια σε γάλα. Από μεγάλη έρευνα, που περιέλαβε πολλά νοσοκομεία των ΗΠΑ, προέκυψε ότι στην πλειονότητα των νοσοκομείων οι διαιτητικές συστάσεις που εδίδοντο στους ελκοπαθείς αφορούσαν το γάλα και τα παράγωγα του. σε αντίστοιχη ελληνική μελέτη που αφορούσε τη διαιτητική κατάσταση στα ελληνικά νοσοκομεία, το γάλα συνίσταται ως κύρια τροφή για τους ελκοπαθείς, παράλληλα με μικρά συχνά γεύματα. Η σύσταση για τη χρήση του γάλακτος στο καθημερινό διαιτολόγιο στηρίζεται στην άποψη ότι το γάλα έχει ικανότητες εξουδετερώσεως του υδροχλωρικού οξέος. Εν τούτοις, αρκετά κλινικοεργαστηριακά δεδομένα δεν στηρίζουν την καθιέρωση του γάλακτος ως κύριας διατροφής για τους ελκοπαθείς. (α) Δίαιτα πλούσια σε γάλα προκαλεί σημαντικότερη αύξηση της εκκρίσεως οξέος σε σχέση με το συνηθισμένο γεύμα. (β) Το γάλα, ανεξάρτητα από την περιεκτικότητά του σε λιπαρά, προκαλεί σημαντική αύξηση εκκρίσεως οξέος (τόσο σε φυσιολογικά άτομα όσο και σε ελκοπαθείς) που μπορεί να

ανέλθει στο 25-35% της μέγιστης εκκρίσεως υδροχλωρικού οξέος μετά έγχυση πενταγαστρίνης. (γ) Σε ελκοπαθείς που έπαιρναν γάλα ανά ώρα το pH του στομάχου διατηρείτο σε χαμηλότερα επίπεδα, σε σχέση με ασθενείς που έπαιρναν τρία συνηθισμένα γεύματα την ημέρα. (δ) Δίαιτα συνισταμένη αποκλειστικά από γάλα σε συνδυασμό με θεραπευτικές δόσεις σιμετιδίνης είχε ως αποτέλεσμα σημαντικά μειωμένο ποσοστό επουλώσεως του έλκους (53%), σε σχέση με κανονική δίαιτα και σιμετιδίνη (78%).⁽⁶⁾

Ο ακριβής μηχανισμός, με τον οποίο το γάλα επιβραδύνει την επούλωση του πεπτικού έλκους, δεν είναι γνωστός, αλλά πιθανολογείται δράση του ασβεστίου και των πρωτεϊνών του γάλακτος. Το ασβέστιο προκαλεί αύξηση της εκκρίσεως οξέος μέσω αυξήσεως της εκκρίσεως της γαστρίνης, ενώ ασθενείς με δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι πιο ευαίσθητοι σε αυτό, σε σχέση με τα φυσιολογικά άτομα. Αυτός όμως δεν είναι ο μοναδικός μηχανισμός δράσεως, γιατί αύξηση της εκκρίσεως έχει παρατηρηθεί και έχει αποδειχθεί ότι αμινοξέα προερχόμενα από την υδρόλυση πρωτεϊνών γάλακτος προκαλούν αύξηση της εκκρίσεως υδροχλωρικού οξέος. Ακόμη, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα επιδημιολογικά δεδομένα που συνδέουν την αυξημένη πρόσληψη γάλακτος με αυξημένη θνητότητα από αθηροσκληρυντική νόσο, καθώς και το σύνδρομο γάλακτος-αλκαλικών, ιδίως σε ασθενείς που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες γάλακτος σε συνδυασμό με αντιόξινα που απορροφώνται. Επίσης, πρέπει να μην ξεχνούμε και την υπολακτασία, από την οποία υποφέρουν αρκετά άτομα. Η υπερκατανάλωση γάλακτος έχει αρνητικές επιπτώσεις στην κατηγορία των ασθενών αυτών.

Εν τούτοις, υπάρχει ένα ποσοστό ασθενών που υποστηρίζει ότι ανακουφίζεται σημαντικά από τη λήψη γάλακτος. Εκτός αυτού, πρόσφατα δεδομένα υποστηρίζουν την άποψη ότι στο γάλα περιέχονται ορισμένα φωσφολιποειδή που στα πειραματόζωα προφυλάσσουν από την εμφάνιση γαστρικών βλαβών, που προκαλούνται από την έγχυση οξέος. Επίσης, από το γάλα απομονώθηκαν αυξητικοί παράγοντες σε πειραματόζωα, οι παράγοντες αυτοί προστατεύουν από την εμφάνιση έλκους που προκαλείται πειραματικά από τη λήψη ελκογόνων ουσιών.

Υπάρχουν αρκετοί υποστηρικτές της απόψεως ότι το γάλα δεν πρέπει να αποκλείεται από την δίαιτα ασθενών, αν αυτοί θεωρούν ότι τους βοηθάει συμπτωματικά, παρά την έλλειψη επαρκών επιστημονικών δεδομένων που να αποδεικνύουν ότι το γάλα ασκεί ανθελκωτική δράση. Θα πρέπει πάντως να τονίζεται στους ασθενείς ότι το γάλα δεν είναι αντιόξινο και ότι δεν αποτελεί ειδική θεραπεία για το έλκος.⁽¹⁴⁾

Καφές. Ο καφές είναι δυνατόν να προκαλέσει δυσπεπτικά ενοχλήματα σε πολλά άτομα σε έρευνα στις ΗΠΑ μόνο 5% των γαστρεντερολόγων επέτρεπαν την κατανάλωση καφέ στους ασθενείς τους. Η καφεΐνη

προάγει την έκκριση οξέος στο στόμαχο και, επίσης, μειώνει την πίεση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΚΟΣ) μέσω αυξήσεως AMP ή αναστολής της φωσφοδιεστεράσης. Εν τούτοις, υπάρχει και το αντίθετο πειραματικό δεδομένο που υποστηρίζει την άποψη ότι η καφεΐνη αυξάνει την πίεση του ΚΟΣ, αλλά μόνο σε άτομα που δεν εμφανίζουν συμπτώματα μετά λήψη καφέ.

Στα φυσιολογικά άτομα, τόσο ο κανονικός όσο και ο καφές χωρίς καφεΐνη είναι πιο ισχυροί διεγέρτες της γαστρικής εκκρίσεως από ότι η καφεΐνη. Επίσης, άλλα ποτά που περιέχουν καφεΐνη, όπως η Coca Cola, που συνήθως αποκλείεται από τη δίαιτα των ελκοπαθών, αποτελούν ισχυρά ερεθιστικά της γαστρικής εκκρίσεως με αποτέλεσμα παρόμοια εκείνων του κανονικού ή του χωρίς καφεΐνη καφέ. Τα δεδομένα αυτά οδήγησαν στην άποψη ότι ο καφές πρέπει, αδιακρίτως, να αποκλεισθεί από το διαιτολόγιο όλων των ελκοπαθών ή των ατόμων που παρουσιάζουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Οι ενδείξεις που υποστηρίζουν ότι ο καφές αποτελεί παράγοντα για την πρόκληση πεπτικού έλκους είναι ελάχιστες. Σε επιδημιολογική μελέτη, παρατηρήθηκε ότι η κατανάλωση καφέ στη διάρκεια της κολεγιακής ζωής αποτελούσε παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση πεπτικού έλκους στην ενήλικη ζωή, όμως η κατανάλωση καφέ από τα άτομα με ενεργό έλκος δεν αποτελούσε προδιαθεσικό παράγοντα.

Ο καφές είναι πολύπλοκο χημικό αφέψημα που περιέχει πολλές ουσίες, όπως τανίνη, οξεικό οξύ, νικοτινικό οξύ, κιτρικό οξύ κ.α., οι οποίες μπορεί να συμμετέχουν στις κλινικές εκδηλώσεις που συνεπάγεται η κατανάλωση του. Η σύσταση προς τον ελκοπαθή θα πρέπει να είναι η αποφυγή καταναλώσεως μεγάλων ποσοτήτων καφέ, ιδιαίτερα στα άτομα που ενοχλούνται από την κατανάλωση του, όχι όμως η αυστηρή αποχή του.

Μπαχαρικά. Τα μπαχαρικά έχουν από μακρού συσχετισθεί με βλάβη του γαστρικού βλεννογόνου. Έχει αποδειχθεί ότι η καψασίνη, που αποτελεί συστατικό της κόκκινης πιπεριάς και του κόκκινου πιπεριού, επιφέρει αύξηση της εκκρίσεως του γαστρικού οξέος και ερεθισμό του γαστρικού βλεννογόνου. Παρόμοια αποτελέσματα έχει και το μαύρο πιπέρι, αλλά το δραστικό συστατικό του παραμένει άγνωστο. Οι ερευνητές Tovey et al έδειξαν ότι το πιπέρι, ανεξαρτήτως είδους, προκαλεί μεγάλη αύξηση της γαστρικής εκκρίσεως, ιδιαίτερα σε ασθενείς με δωδεκαδακτυλικό έλκος, και ότι η ενέργεια αυτή συνδυαζόταν με γαστρίτιδα και αυξημένη παραγωγή DNA. Αντίθετα, οι ερευνητές Vandembroucke et al μελέτησαν την επίδραση του πιπεριού στο ρυθμό επουλώσεως του έλκους και βρήκαν ότι δεν επηρεάζει το ρυθμό επουλώσεως.

Μέχρις ότου έχουμε περισσότερα επιστημονικά δεδομένα για τον ακριβή ρόλο των μπαχαρικών στο πεπτικό έλκος, σωστό είναι να

συμβουλεύουμε τους ασθενείς να αποφεύγουν τα μπαχαρικά που τους ενοχλούν, ιδιαίτερα σε περιόδους παροξυσμού του έλκους.

Φυτικό υπόλειμμα. Υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι το φυτικό υπόλειμμα επηρεάζει τη συχνότητα εμφάνισης και το ρυθμό υποτροπών του πεπτικού έλκους. Η μεγάλη συχνότητα εμφάνισης του δωδεκαδακτυλικού έλκους στη Νότια Ινδία και το Μπαγκλαντές έχει συσχετισθεί με τη μεγάλη κατανάλωση ρυζιού στις περιοχές αυτές, που δεν απαιτεί παρά ελάχιστη μάσηση. Αντίθετα, στη Βόρεια Ινδία, το δωδεκαδακτυλικό έλκος σπανίζει και αυτό έχει συσχετισθεί με το φαινόμενο ότι η διατροφή στην περιοχή αυτή βασίζεται κυρίως στα σιτηρά που απαιτούν καλή μάσηση. Ενώ δεν έχει αποδειχθεί ότι το (μεγάλο ή μικρό) φυτικό υπόλειμμα επηρεάζει το ρυθμό επουλώσεως του έλκους, φαίνεται ότι επηρεάζει το βαθμό υποτροπών. Σε μια καλά σχεδιασμένη νορβηγική μελέτη, ερευνήθηκε η επίδραση του φυτικού υπολείμματος στις υποτροπές του έλκους. Συγκρίθηκαν δύο ομάδες ελκοπαθών, δηλαδή η ομάδα με κατανάλωση μικρών και η ομάδα με κατανάλωση κανονικών ή μεγάλων ποσοτήτων τροφών με φυτικό υπόλειμμα. Μετά από εξάμηνη περίοδο παρακολουθήσεως, μετά την επούλωση και αφού ελήφθησαν υπόψη οι γνωστοί παράγοντες που προδιαθέτουν στην υποτροπή (κάπνισμα), αποδείχθηκε ότι η ομάδα μικρού φυτικού υπολείμματος παρουσίασε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό υποτροπών, σε σύγκριση με την άλλη ομάδα. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής υποστηρίζονται από μία άλλη κλινική μελέτη, στην οποία ασθενείς με έλκος που προέρχονταν από περιοχές με μεγάλη κατανάλωση ρυζιού χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες. Η μία συνέχισε την παραδοσιακή διαίτα, με πολύ ρύζι, ενώ η άλλη τέθηκε σε διαίτα με μεγάλες ποσότητες μη επεξεργασμένου σιταριού. Σε πενταετές διάστημα προοπτικής παρακολουθήσεως, δείχθηκε ότι το ποσοστό υποτροπής στην ομάδα του ρυζιού ήταν στατιστικώς κατά πολύ μεγαλύτερο (81%), σε σχέση με την άλλη ομάδα (14%).

Παρά όλα αυτά, είναι άγνωστο κατά πόσον η συχνότητα και οι υποτροπές του έλκους σχετίζονται με το είδος της τροφής αυτής καθ' αυτής ή με το ποσό σιέλου που εκκρίνεται κατά τη μάσηση της τροφής. Το είδος της τροφής, ρύζι ή σιτάρι, δεν φαίνεται να επηρεάζει την έκκριση υδροχλωρικού οξέος στο στόμαχο. Το πιθανότερο είναι ότι οι τροφές μεγάλου φυτικού υπολείμματος απαιτούν καλή μάσηση, κατά την διάρκεια της οποίας εκκρίνονται μεγάλες ποσότητες σιέλου, που με τον επιδερμικό αυξητικό παράγοντα που περιέχει ενισχύει την κυτταροπροστασία.⁽⁶⁾

Οινόπνευμα. Στις ΗΠΑ, μικρό ποσοστό (5%) ομάδες ερωτηθέντων γαστρεντερολόγων επέτρεπε την κατανάλωση αλκοόλης από τους ελκοπαθείς, ενώ η πλειονότητα συνιστούσε αποφυγή. Η σύσταση αυτή υποστηρίζεται από αρκετά πειραματικά δεδομένα και γνώσεις, όπως: (α)

Η αιθυλική αλκοόλη σε μεγάλες πυκνότητες (>40%) προκαλεί οξείες βλάβες στο γαστρικό βλεννογόνο και αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό λόγω καταστροφής του βλεννογόνιου φραγμού που επιτρέπει τη διάχυση ιόντων υδρογόνου. Αυτό βεβαίως δεν σημαίνει ότι η αλκοόλη υπεισέρχεται στην αιτιολογία του έλκους, καθώς επιδημιολογικές έρευνες δεν έδειξαν θετική συσχέτιση μεταξύ προσλήψεως αιθυλικής αλκοόλης και πεπτικού έλκους. (β) Υπάρχουν αρκετά δεδομένα, τόσο στον άνθρωπο όσο και σε πειραματόζωα, ότι η ενδογαστρική έγχυση αλκοόλης σε πυκνότητες 5%, 10% και 20% προκαλεί σημαντική αύξηση της εκκρίσεως του υδροχλωρικού οξέος. Εν τούτοις, υπάρχουν και δεδομένα που υποστηρίζουν ότι η λήψη μέτριας ποσότητας αλκοόλης (30-60 ml/ημέρα) μπορεί να δράσει προστατευτικά στη βλάβη από μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ) μέσω διεγέρσεως της παραγωγής προσταγλανδινών. Επομένως, η σύσταση προς τους ελκοπαθείς για αυστηρή αποφυγή λήψεως παντός οινοπνευματώδους δεν έχει ισχυρή επιστημονική τεκμηρίωση.

Βρέθηκε ότι η μπίρα είναι ισοδύναμη, από πλευράς διεγέρσεως της εκκρίσεως υδροχλωρικού οξέος, προς το γάλα και συνήθως αποκλείεται από τη δίαιτα των ελκοπαθών. Αυτό δεν θα πρέπει να αποδοθεί αποκλειστικά στο περιεχόμενο ποσό αλκοόλης, επειδή η μπίρα περιέχει και άλλες ουσίες, όπως διάφορα πεπτίδια, που επίσης διεγείρουν την έκκριση υδροχλωρικού οξέος.

Το άσπρο κρασί προκαλεί αύξηση της εκκρίσεως οξέος. Βρέθηκε ότι η πόση 240ml κρασιού (περιεκτικότητας 12%) είναι ισοδύναμη με την ενδογαστρική έγχυση 50 γραμμαρίων πρωτεΐνης. Επίσης, βρέθηκε ότι, ενώ η έγχυση διαλυμάτων απόλυτης αλκοόλης διεγείρει την έκκριση οξέος με μηχανισμό ανεξάρτητο από αυτόν της εκκρίσεως γαστρίνης, στην περίπτωση του άσπρου κρασιού συμμετέχει και ο μηχανισμός αυτός. Ωστόσο, το συστατικό του κρασιού που ευθύνεται για την αύξηση της γαστρίνης παραμένει απροσδιόριστο.

Η οδηγία προς τους ελκοπαθείς πρέπει να είναι η αποφυγή οινοπνευματωδών με μεγάλη συγκέντρωση αλκοόλης ή μεγάλων ποσοτήτων αραιότερων οινοπνευματωδών ποτών, ιδιαίτερα σε περιόδους παροξυσμού του έλκους.⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

Αλάτι. Η σημασία της καταναλώσεως αλατιού στο γαστρικό έλκος αποτελεί αντικείμενο της επιδημιολογικής μελέτης από αρκετά χρόνια. Η συχνότητα του γαστρικού έλκους στην Ιαπωνία είναι μεγάλη και είναι επίσης γνωστή η μεγάλη περιεκτικότητα της παραδοσιακής ιαπωνικής διαίτας σε αλάτι. Έχει βρεθεί ότι το αλάτι προκαλεί γαστρίτιδα σε πειραματόζωα και πολλές επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν τη βλαπτική επίδραση της υπερκαταναλώσεως άλατος στο γαστρικό βλεννογόνο. Οι ερευνητές Stemmermann et al ασχολήθηκαν με τον κίνδυνο αναπτύξεως γαστρικού έλκους μεταξύ των Γιαπωνέζων της

Χαβάης. Στη μελέτη τους έκανα σύγκριση των διαιτητικών συνηθειών μεταξύ 133 ασθενών με γαστρικό έλκος και 244 μαρτύρων, ανάλογης ηλικίας και φύλου, και βρήκαν ισχυρή συσχέτιση της ποσότητας καταναλισκόμενου άλατος με εντερική μεταπλασία και γαστρικό έλκος. Σε επιβεβαίωση της παρατηρήσεως αυτής, έρχεται η σημαντική γραμμική συσχέτιση που παρατηρήθηκε μεταξύ καταναλώσεως άλατος και αριθμού θανάτων από γαστρικό έλκος σε διάφορες χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Στη μελέτη αυτή βρέθηκε επίσης παραλληλισμός θανάτων από γαστρικό έλκος, αλλά και από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια από υπέρταση (που επίσης σχετίζεται με την κατανάλωση άλατος). Η συχνότητα των θανάτων από τις δύο αυτές αιτίες βρίσκεται σε πτωτική πορεία τα τελευταία 50 χρόνια και η πτώση αυτή αποδίδεται στο γεγονός ότι το αλάτι αντικαταστάθηκε, ως μέθοδος συντηρήσεως τροφών, από άλλους τρόπους, όπως ψύξη. Η αλλαγή στα επαγγέλματα που έγινε κατά την περίοδο αυτή αποτελεί έναν άλλο παράγοντα που συντέλεσε στην ελάττωση της καταναλώσεως άλατος. Κατά τις περασμένες δεκαετίες, τα επαγγέλματα ήταν κατ' εξοχήν χειρωνακτικά, με αποτέλεσμα τη μεγάλη θερμική κατανάλωση και εφίδρωση. Αυτό είχε ως συνέπεια την απώλεια χλωριούχου νατρίου (NaCl) με τον ιδρώτα και την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής και άλατος προς αναπλήρωση των απωλεσθεισών.

Όλες οι παραπάνω παρατηρήσεις, που έγιναν για το γαστρικό έλκος, δεν έγινε δυνατόν να επιβεβαιωθούν για το δωδεκαδακτυλικό έλκος.

Λιπαρά οξέα τροφής. Φαίνεται ότι το είδος των λιπαρών οξέων της τροφής ασκεί κάποια επίδραση στην εμφάνιση του πεπτικού έλκους και υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν την άποψη αυτή. Οι ερευνητές Hollander και Tarnowski σε μελέτες τους τόνισαν τη σημασία των απαραίτητων λιπαρών οξέων (λινολεϊκού) για την ακεραιότητα του γαστρικού βλεννογόνου και υποστήριξαν ότι, κατά τις πρόσφατες δεκαετίες, η αύξηση της περιεκτικότητας των τροφών στα οξέα αυτά είχε ως αποτέλεσμα την ελάττωση της συχνότητας του έλκους. Το λινολεϊκό οξύ αποτελεί τη σημαντικότερη τροφική πρόδρομη ουσία στη βιοσύνθεση των προσταγλανδινών. Σύμφωνα με τη θεωρία των ερευνητών Hollander και Tarnowski, είναι πιθανόν η διαίτα των ασθενών με πεπτικό έλκος να είναι πτωχή σε λινολεϊκό οξύ, με αποτέλεσμα ελαττωμένη σύνθεση προσταγλανδινών, που κάνει τον παράγοντα «κυτταροπροστασία» μειονεκτικό, ευνοώντας με τον τρόπο αυτόν την εμφάνιση του έλκους. Συνηγορητική της υποθέσεως αυτής είναι και πρόσφατη μελέτη, στην οποία αναλύθηκε η σύσταση του υποδόριου λίπους σε ομάδα ασθενών με έλκος βολβού δωδεκαδακτύλου και σε ομάδα συγκρίσιμων μαρτύρων βρέθηκε ότι οι ελκοπαθείς είχαν σημαντικά μικρότερα ποσά λινολεϊκού οξέος στο υποδόριο λίπος, σε σχέση με τους μάρτυρες.

Η αναλογία των συστατικών του υποδόριου λίπους αντανακλά την αναλογία των συστατικών της προσλαμβανόμενης τροφής. Επίσης, υποστηρικτικό της θεωρίας είναι το γεγονός ότι σε μερικές χώρες τις Ανατολικής Ευρώπης είναι διαδεδομένη, ως σταθερό φάρμακο κατά του έλκους, μια ουσία που κυκλοφορεί με την ονομασία «βιταμίνη U» και παράγεται από το λάχανο και άλλα πράσινα λαχανικά, που είναι πλούσια σε λιπαρά οξέα. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα της ουσίας αυτής στηρίζεται σε εμπειρικές παρατηρήσεις και μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ελεγχόμενη μελέτη που να τεκμηριώνει επιστημονικά τη δραστικότητα της.⁽⁶⁾

ΕΝΟΤΗΤΑ 5

5.1: Στόχοι Θεραπείας-Θεραπεία και παρέμβαση

Όπως ήδη ελέγχει, το έλκος είναι μια χρόνια πάθηση που δίνει συμπτώματα και γίνεται αντιληπτό, μόνο στην φάση των παροξύνσεων. Η στρατηγική αντιμετώπιση του έλκους συνίσταται στην επίτευξη ορισμένων στόχων, που προκύπτουν από τα σύγχρονα δεδομένα της παθοφυσιολογίας της νόσου:

- 1) Η ανακούφιση από τα συμπτώματα
- 2) Η επούλωση του έλκους
- 3) Η πρόληψη των επιπλοκών
- 4) Μείωση της παραγωγής οξέος
- 5) Βελτίωση των αμυντικών ικανοτήτων του βλεννογόνου του στομάχου
- 6) Εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού, το οποίο, ανεξαρτήτως της ευθύνης του ή μη για τη δημιουργία του έλκους, πιθανότητα ευθύνεται για τις υποτροπές του έλκους
- 7) Μείωση ή εξάλειψη των υποτροπών του έλκους ⁽³⁾

Η θεραπεία διακρίνεται σε συμπτωματική (ανακούφιση από τα συμπτώματα) και σε ιαματική. Αποβλέπει στην τέλεια θεραπεία του έλκους και όχι μόνο των συμπτωμάτων. Η δεύτερη αυτή θεραπεία μπορεί να είναι χειρουργική, προσπαθεί κατά κανόνα με χειρουργική επέμβαση να άρει τις αιτίες που προκαλούν το έλκος. Μπορεί η θεραπεία να είναι ακόμα φαρμακευτική, επουλωτική. Δηλαδή χρησιμοποιεί φάρμακα, που έχουν την ιδιότητα με διάφορους μηχανισμούς, να προάγουν την επούλωση του έλκους.

Η συμπτωματική θεραπεία του αρρώστου με ελκώδη νόσο γίνεται από το γιατρό και πρέπει να είναι πάντοτε συνδυασμένη, περιλαμβάνοντας ειδική διαίτα, τήρηση του προγράμματος εργασίας και ανάπαυσης, λήψη φαρμάκων, τα οποία, ενεργώντας κατά διαφόρους τρόπους και στα διάφορα στάδια του μηχανισμού της ελκωγένεσης, ανακουφίζουν τα συμπτώματα των γαστροδωδεκαδακτυλοπαθών. Παρότι τα μέσα αυτά στοχεύουν στην συμπτωματική ανακούφιση του έλκους, υπάρχουν περιπτώσεις που έλκη επουλώθηκαν και θεραπεύτηκαν.⁽⁶⁻⁷⁾

Το έλκος, όπως είπαμε, στο αρχικό στάδιο, στο οξύ, έχει τάση αυτόματης επούλωσης. Το ποσοστό αυτής της αυτόματης επούλωσης – ίασης του έλκους, η βρετανική ιατρική εφημερίδα το ανεβάσει σε 25-30%. Στα έλκη αυτά που έχουν τάση για αυτόματη ίαση, η βοήθεια που προσφέρεται από τα μέσα (φαρμακευτικά-διαιτητικά-ανάπαυση) της συμπτωματικής θεραπείας, ενισχύει την επουλωτική αυτή τάση και τελικά επιτυγχάνεται η θεραπεία του έλκους. Από την άποψη αυτή, μπορούμε και αυτά να τα κατατάξουμε στα επουλωτικά μέσα θεραπείας.

Αυτό άλλωστε προβάλλουν οι διάφορες φαρμακευτικές εταιρίες και παρουσιάζουν η καθεμία το δικό της φάρμακο σαν επουλωτικό του έλκους.

Όσο αφορά την ανάπαυση, στην οξεία φάση ή στον παροξυσμό, ο άρρωστος επιβάλλεται να αναπαύεται και να απέχει από τη δουλειά του, εάν τούτο είναι δυνατό, τουλάχιστον για 2 εβδομάδες. Και αν μάλιστα το σπίτι του, δεν του προσφέρει την ψυχική και σωματική ανάπαυση, ο γιατρός κατά την περίοδο αυτή μπορεί να αποφασίσει την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο. Τις περιόδους ηρεμίας (όταν δεν υπάρχει όξυνση) το πρόγραμμα ζωής του αρρώστου πρέπει να είναι τέτοιο που να παίρνει υπόψη του την αναγκαιότητα της σίτισης κάθε 3-4 ώρες, τις ορθολογικής εναλλαγής εργασίας και ανάπαυσης, του επαρκούς ύπνου, διάρκειας τουλάχιστον 7-8 ωρών. Ο άρρωστος και οι γύρω του δεν πρέπει να ξεχνούν την ιδιαίτερη σημασία της κατάστασης του νευρικού συστήματος στο έλκος και γι' αυτό θα πρέπει να αποφεύγονται οι καυγάδες στο σπίτι και οι νευροψυχικές κοπώσεις.⁽¹⁴⁾

Αν ο άρρωστος είναι υποχρεωμένος να εργάζεται πρέπει να προσπαθεί να βρίσκει ώρες για ανάπαυση και για αρκετό ύπνο. Εάν έχει εθιστεί στα οινόπνευματώδη, πρέπει να ξεχάσει αυτή τη συνήθεια. Επίσης πρέπει να κόψει το τσιγάρο αν είναι καπνιστής. Πολλές φορές κόβοντας το οινόπνευμα και το τσιγάρο βλέπει θεαματική βελτίωση στην πάθηση του.

Η διαίτα του αρρώστου καθορίζεται από το γιατρό. Βασική αρχή της είναι η προστασία του βλεννογόνου του στομάχου από τις μηχανικές και τις χημικές επιδράσεις έχουν καθοριστεί πολυάριθμες δίαιτες για τη θεραπεία του έλκους. Για το θέμα της διαίτας και την αξία της στην θεραπεία, έχουν εκφραστεί πολλές αντιρρήσεις. Είναι βέβαια δύσκολο να απορρίψουμε τελείως την αξία της διαίτας, αλλά για το κάθε στομάχι υπάρχει η εκλεκτική διαίτα. Δίαιτα που ανέχεται ένα στομάχι και οδηγεί σε βελτίωση των ενοχλημάτων ένα άλλο στομάχι δεν την ανέχεται. Γι' αυτό σήμερα αφήνουμε τον άρρωστο να καθορίσει μόνος του ότι από τις τροφές τον πειράζει και ότι δεν τον πειράζει. Το σωστό είναι να αποφεύγονται οι ακρότητες. Ούτε πολλοί περιορισμοί ούτε πολλές ελευθερίες.

- 1) Η διαίτα πρέπει να είναι θρεπτική, να παρέχει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά και τις απαραίτητες βιταμίνες.
- 2) Τα γεύματα ένα είναι συχνά και μικρά και λαμβάνονται σε κανονικά χρονικά διαστήματα.
- 3) Να γίνεται περιορισμός των τροφών που ερεθίσουν τον γαστρικό βλεννογόνο, ειδικά του καφέ, του τσαγιού, τις κόκα-κόλα και των οινόπνευματωδών.

4) Φαγητά τα οποία η πείρα έδειξε ότι πειράζουν το συγκεκριμένο άρρωστο, πρέπει να α αποφεύγει. Στην οξεία φάση των συμπτωμάτων καλό είναι να λαμβάνει τακτικά κάθε ώρα υγρή τροφή.⁽³⁻⁶⁾

Από την διαίτα του ασθενή αποκλείονται τα τρόφιμα που ερεθίζουν τον βλεννογόνο του στομάχου, που περιέχουν αδρή φυτική κυτταρίνη: μαύρο ψωμί, σκληρό κρέας, αγγούρια, ραπανάκια, κρεμμύδια, φασόλια, μανιτάρια, μπαχαρικά, τουρσιά, παστά, τηγανιτά, καπνιστά. Το φαγητό πρέπει να είναι ζεστό. Ανάμεσα στα γεύματα πρέπει να μεσολαβούν διαλείμματα 3 έως 4 ωρών. Αν ο ασθενής υποφέρει τις νύχτες από πόνο, όταν είναι άδειο το στομάχι, συνίσταται να πίνει πριν πλαγιάσει ένα ποτήρι ζεστό γάλα ή ένα γιαούρτι, τα οποία δεσμεύουν αποτελεσματικά τα γαστρικά υγρά. Το έλκος είναι ασθένεια που διαρκεί χρόνια, γι' αυτό πρέπει το φαγητό να είναι όσο το δυνατό πιο αβλαβές και ταυτόχρονα πλήρες από την άποψη τις περιεκτικότητας πρωτεϊνών, λιπών, υδατανθράκων και βιταμινών.

Την περίοδο της όξυνσης η διαίτα πρέπει να είναι πιο αυστηρή. στην διαίτα του 24ωρου πρέπει να υπάρχουν γάλα, αυγά μελάτα, ανάλατη μυζήθρα, νερούλος λαπάς από ρύζι και γάλα. Τα χρονικά διαστήματα ανάμεσα στα γεύματα δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερα από 3 ώρες. Όσο περνάει η περίοδος της όξυνσης, η διαίτα πρέπει να πλουτίζεται βαθμιαία με υπόδειξη του γιατρού. Στη συνέχεια για μερικούς μήνες συνίσταται η συνέχιση της διαίτας, περιλαμβάνει με τριμμένα λαχανικά, βραστό ψάρι, πουρέ από διάφορα λαχανικά και κομπόστες.

Για την αντιμετώπιση του έλκους εκτός από την διαίτα και την ανάπαυση ο άρρωστος μπαίνει σε μια φαρμακευτική αγωγή την οποία καθορίζει ο γιατρός.

Σήμερα και μετά από έρευνα πολλών ετών έχουμε στη διάθεση μας πολύ αποτελεσματικά φάρμακα τα οποία έχουν αλλάξει ριζικά την αντιμετώπιση του έλκους. Η φαρμακευτική θεραπεία του έλκους κατά και μετά την όξυνση γίνεται μόνο με οδηγίες και κάτω από τον έλεγχο του γιατρού. Χρησιμοποιούνται φάρμακα που μειώνουν τις στομαχικές εκκρίσεις και ουδετεροποιούν το γαστρικό υγρό, σταματούν τους σπασμούς των μυών του στομάχου και των εντέρων, καταπραΰνουν το βλεννογόνο και το νευρικό σύστημα, βοηθούν τις διαδικασίες της επούλωσης.⁽¹⁴⁾

Ουσιώδη ρόλο στη θεραπεία παίζουν οι φυσικοθεραπευτικές μέθοδοι, που η εκλογή τους εξαρτάται από το στάδιο της ασθένειας, από την ύπαρξη ή όχι επιπλοκών. Στις περιόδους που δεν παρουσιάζει όξυνση το έλκος, για να σταθεροποιηθούν τα αποτελέσματα της νοσοκομειακής θεραπείας, συνίσταται σε μερικές περιπτώσεις η θεραπεία σε λουτροπόλεις ειδικές για τις παθήσεις του πεπτικού συστήματος, τις οποίες τις καθορίζει ο γιατρός.

Τα φάρμακα εκείνα που πραγματικά αποτελούν σταθμό στη θεραπεία του έλκους είναι οι ανταγωνιστές (H₂) ισταμίνης, προκαλούν περιορισμό της γαστρικής έκκρισης. Βασικός στόχος είναι η απομάκρυνση επιβαρυντικών παραγόντων (κάπνισμα, αλκοόλ, φάρμακα, τροφές). Οι ανταγωνιστές (H₂) ισταμίνης, προκαλούν περιορισμό της γαστρικής έκκρισης. Ένα μεγάλο ποσοστό ελκών επουλώνεται σε 4 εβδομάδες. Δυστυχώς πολλά έλκη υποτροπιάζουν. Πέντε H₂ ανταγωνιστές είναι διαθέσιμοι: Σιμετιδίνη, Ρανιτιδίνη, Νιζατιτιδίνη, Φαμοτιδίνη. Υπάρχουν διάφορα σχήματα θεραπείας εφόδου και συντηρήσεως. Οι παρενέργειες μερικών εξ αυτών συχνά περιορίζουν τις ενδείξεις τους. Τα αντιόξινα παραμένουν και σήμερα εν χρήσει. Νεώτερα αντιχολινεργικά (εκλεκτικά μουσκαρινικά αντιχολινεργικά) και παράγοντες προστασίας του βλεννογόνου, όπως σκευάσματα βισμούθιου και η σουλκραράτη, προτείνονται ως συμπληρωματικές θεραπείες.

Φάρμακα «αναστολείς αντλίας πρωτονίων», προσφέρουν ριζικότερο περιορισμό της γαστρικής εκκρίσεως, επιτυγχάνοντας ακόμη καλύτερα αποτελέσματα υφέσεως των συμπτωμάτων και επουλώσεως του έλκους. Στην κλινική πράξη εμφανίσθηκαν σειρά τέτοιων παραγόντων.

Η εξάλειψη του καμπυλοβακτηριδίου με χρήση αντιβιοτικών σε συνδυασμό προς H₂ αναστολείς ή φάρμακα αναστολής αντλίας πρωτονίων, μετά ή άνευ υπονιτρικού βισμούθιου, προτείνεται ως η πλέον λυσιτελής θεραπεία του έλκους, με τις λιγότερες πιθανότητες μελλοντικής υποτροπής. Οι προσταγλανδίνες δοκιμάσθηκαν χωρίς να μπορέσουν να δικαιώσουν τις υποσχέσεις τους.

Σε όλα τα σχήματα το αντιεκκριτικό φάρμακο συνεχίζεται συνήθως για 30 ημέρες. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι η συνολική θεραπεία 7 ή 10 ημερών είναι ικανή να επιτύχει εκρίζωση του βακτηριδίου.

Με τα σύγχρονα αντιελκωτικά φάρμακα δεν υπάρχει ανάγκη τηρήσεως καμίας ιδιαίτερης δίαιτας ούτε διακοπής των καθημερινών δραστηριοτήτων του ατόμου, ενώ παράλληλα οι ανάγκες για χειρουργικές επεμβάσεις έχουν σχεδόν μηδενιστεί. Μετά από την εφαρμογή της κατάλληλης φαρμακευτικής και διαιτητικής θεραπείας οι άρρωστοι συχνά απαλλάσσονται από τα συμπτώματα μέσα σε μια εβδομάδα. Η θεραπεία όμως διαρκεί 6 εβδομάδες, μέχρι να επουλωθεί το έλκος. Όταν ο άρρωστος απαλλαγεί από τα κλινικά συμπτώματα, γίνεται επανάληψη του ακτινολογικού ελέγχου για την διαπίστωση της επούλωσης. Στο γαστρικό έλκος, η αποτυχία κλινικής βελτίωσης και ακτινολογικής υποχώρησης του κρατήρα του έλκους μέσα σε 3-4 εβδομάδες με προσεκτικό θεραπευτικό σχήμα, υποδηλώνει γαστρική κακοήθεια.⁽⁷⁻¹⁴⁾

5.2: Φαρμακευτική Θεραπεία στο Γαστρικό έλκος

Για την καλύτερη κατανόηση της θεραπευτικής στρατηγικής του έλκους, πρέπει να επιχειρηθεί μια ταξινόμηση των ήδη υπάρχοντων φαρμάκων (βλέπε πίνακα 2, παράρτημα σελ: 156).

A) Εξουδετερωτικά του υδροχλωρικού οξέος. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα αντιόξινα φάρμακα είναι λίαν αποτελεσματικά. Διπλή τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη, που έγινε σχετικά πρόσφατα, έδειξε ότι η χορήγηση αντιόξινων σε σχετικά μικρή δόση (1 δισκίο μετά τα τρία κύρια γεύματα και 1 δισκίο προ της κατάκλιση) προκάλεσε επούλωση του 74% των δωδεκαδακτυλικών ελκών σε μόνο 4 εβδομάδες, έναντι 29% της ομάδας που ελάμβανε placebo. Σημαντική διαφορά υπήρχε επίσης μεταξύ των ομάδων στις ημέρες και νύχτες διάρκειας του άλγους. Πλεονεκτήματα τους εξακολουθεί να παραμένει η μικρή τιμή τους. Μειονέκτημα τους η ανάγκη συχνής ημερήσιας χορήγησης, με συνακόλουθο να μη συμμορφώνονται οι ασθενείς. Αναπάντητο παραμένει το ερώτημα, αν είναι προτιμητέα η χορήγηση δισκίων ή υγρού, με μοναδική αποδεδειγμένη ιδιότητα ότι in vivo η διάρκεια δράσης του δισκίου είναι μακρότερη.

Αντιόξινα απορροφήσιμα, αυτά που έχουν βάση το διττανθρακικό νάτριο, πρέπει να αποφεύγονται γιατί κάνουν γενική αλκάλωση. Επίσης στο στόμαχο ανεβάζουν πολύ την οξύτητα, δημιουργούν αλκάλωση και μετά από αντίδραση, οι γαστρικοί αδένες υπερεκκρίνουν υδροχλωρικό οξύ και δημιουργείται έντονη υπερχλωρυδρία.

Αντιόξινα μη απορροφήσιμα, αυτά περιορίζουν την εξουδετερωτική δράση του υδροχλωρικού οξέος στο στόμαχο και γι' αυτό δεν δημιουργούν αλκάλωση. Τα σκευάσματα αυτά έχουν βάση το υδροξείδιο του αργιλίου (Aluminium hydroxide). Εξουδετερώνουν πιο ήπια την οξύτητα και δεν προκαλούν υπερέκκριση από αντίδραση. Είναι γενικά πιο ασφαλή και γι' αυτό έχουν ευρεία χρήση. Η μακρόχρονη όμως χρήση μπορεί να γίνει αιτία απώλειας φωσφόρου, λόγω του ότι δεσμεύεται στο στόμαχο από το αργίλιο. Γι' αυτό αφ' ενός παρουσιάζεται αίσθημα αδυναμίας, κακοδιαθεσίας, και ανορεξία, αφ' ετέρου επειδή αφαιρείται συνεχώς φώσφορος από τα οστά για να μην μειωθεί επικίνδυνα στο αίμα, γίνεται απομετάλλωση των οστών και οστεοπόρωση.⁽¹⁻³⁻⁶⁾

B) Αναστολείς H₂ υποδοχέων. Δρουν μπλοκάροντας τους υποδοχείς της ισταμίνης αναστέλλοντας τη γαστρική έκκριση. Χορηγούνται με πολύ καλά αποτελέσματα για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα. Τέτοια φάρμακα είναι:

Σιμετιδίνη: Σε διπλή τυφλή μελέτη, αποδείχθηκε ότι η χορήγηση 400mg επί 2 έχει το ίδιο θεραπευτικό αποτέλεσμα με τη χορήγηση 800mg εφάπαξ προ του ύπνου, τόσο στις 4 όσο και στις 8 εβδομάδες. Όμως, η ύφεση των συμπτωμάτων είναι ταχύτερη με την εφάπαξ χορήγηση.

Ρανιτιδίνη: Τουλάχιστον δύο μελέτες έχουν δείξει ότι τα σχήματα 150mg επί 2 και 300mg προ του ύπνου συνοδεύονται από το ίδιο ποσοστό επουλώσεως και την ίδια ταχύτητα ανακουφίσεως των συμπτωμάτων, τόσο για το γαστρικό όσο και για το δωδεκαδακτυλικό έλκος. Άλλη μελέτη έδειξε ότι τα ποσοστά επουλώσεως των ελκών στις 4 εβδομάδες κυμαίνονται αναλόγως της εντοπίσεως του έλκους: 91%για το δωδεκαδακτυλικό, 81% για το γαστρικό και μόνο 68% για τα παραπυλωικά έλκη. Στις 8 εβδομάδες, τα ποσοστά εξισούνται ανεξαρτήτως εντοπίσεως.

Φαμοτιδίνη: Στις 8 εβδομάδες, τα ποσοστά επουλώσεως των δωδεκαδακτυλικών και γαστρικών ελκών κυμαίνονται από 92-97% με δόση 40mg εφάπαξ και είναι απολύτως συγκρίσιμα με εκείνα της ρανιτιδίνης σε δόση 150mg επί 2. Εν συμπεράσματι, ανεξαρτήτως φαρμάκου και δοσολογικού σχήματος, η επιτυχία των φαρμάκων αυτών είναι εξαιρετικά μεγάλη.

Η ασφάλεια των φαρμάκων αυτών είναι επίσης θεμελιώδη. Μεμονωμένα περιστατικά δυσκοιλιότητας ή διάρροιας, μείωσης του αριθμού των λευκών και αιμολυτικής αναιμίας, που έχουν αναφερθεί, δεν είναι δυνατόν να άρουν το χαρακτηριστικό ασφαλέστερα, αν σκεφθεί κανείς τα εκατομμύρια ασθενών που έχουν μέχρι σήμερα θεραπευτεί με αυτά.

Το μοναδικό πρόβλημα που αξίζει ιδιαίτερας μνείας είναι η επίδραση τους στο μεταβολισμό του οιοπνεύματος. Η σιμετιδίνη, η ρανιτιδίνη και η νιζατιδίνη, αλλά πιθανόν όχι η φαμοτιδίνη, φαίνεται ότι προκαλούν μείωση της αλκοολικής δεϋδρογενάσης του στομάχου, που με τη σειρά της επηρεάζει τα επίπεδα αιθανόλης στο αίμα, επί ταυτόχρονου λήψεως Η₂ αναστολέων και οιοπνεύματος, σε σημαντικότατο ποσοστό. Αυτό μπορεί να προκαλέσει νομικά προβλήματα στους οδηγούς, οι οποίοι καταναλίσκουν ακόμη και μικρό ποσό οιοπνεύματος.⁽⁶⁻¹⁵⁾

Γ) Προστατευτικά του βλεννογόνου – βελτιωτικά των αμυντικών μηχανισμών. Τα φάρμακα αυτά προστατεύουν τον βλεννογόνο με τη δημιουργία επιστρώματος, το οποίο σκεπάζει το βλεννογόνο και δεν αφήνει του υδροχλωρικό οξύ και την πεψίνη να δράσει. Αυτά είναι τα διάφορα φάρμακα που έχουν βάση το βισμούθιο. Ειδικά φημίζεται ένα άλας βισμούθιου το κιτρικό κάλιο-βισμούθιο, με το εμπορικό όνομα Demol. Άλλο φάρμακο αυτής της κατηγορίας είναι η σουλφακράτη και μια συνθετική προσταγλαδίνη, η μισοπροστόλη. Δεν είναι άμοιρα παρενεργειών και αντενδεικνύεται η χορήγηση σε βαριά νεφρική ανεπάρκεια και στη διάρκεια της κύησης.

Βισμούθιο: Η πρώτη χρήση για μη ελκωτική δυσπεψία αναφέρεται ήδη από του 1864. Στη δεκαετία του 1960 και παλαιότερα, κυκλοφορούσε σκεύασμα βισμούθιου στην Ελλάδα με το όνομα Roter, το οποίο ήταν λίαν αποτελεσματικό στη θεραπεία των ελκών. Περιέπεσε σε δυσμένεια λόγω

της αναφερθείσης τοξικότητας εκ του απορροφωμένου βισμούθιου, το οποίο προκαλούσε εγκεφαλοπάθεια. Το σημερινό σκεύασμα του υποκιτρικού βισμούθιου, δυνητικώς, μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλοπάθεια μόνο με κατανάλωση υπερβολικών δόσεων (4-20g βισμούθιου ημερησίως), που προκαλούν συγκεντρώσεις στο αίμα της τάξεως των 150-4000μg/L. Στις συνήθεις θεραπευτικές δόσεις (4 δισκία ημερησίως), μετά από 8 εβδομάδες θεραπείας, οι συγκεντρώσεις σπανίως υπερβαίνουν τα 35μg/L, πολύ κατώτερες δηλαδή των επικίνδυνων για τοξικότητα (50μg/L και άνω).

Το σήμερα χρησιμοποιούμενο άλας του βισμούθιου μετατρέπεται στο στόμαχο σε οξυχλωριούχο βισμούθιο (BiOCl), που σχηματίζει ένα σταθερό επίστρωμα συνδεδεμένο με το πρωτεϊνικό υλικό της βάσσεως του έλκους. Επιπρόσθετοι μηχανισμοί δράσεως θεωρούνται η αναστολή εισόδου ιόντων υδρογόνου εντός της γαστρικής βλέννας, η αύξηση της παραγωγής διττανθρακικών και η αύξηση της παραγωγής προσταγλανδινών που έχει παρατηρηθεί σε πειραματόζωα. Σημειωτέον, ότι άλλοι δεν αποδίδουν των ωφέλιμη δράση του βισμούθιου στην αύξηση των προσταγλανδινών, αλλά στη μείωση της παραγωγής λευκοτριένης C₄. Από πλευράς αποτελεσματικότητας, το βισμούθιο είναι το ίδιο καλό στην επούλωση των ελκών, όπως η σιμετιδίνη και η ρανιτιδίνη.

Σουκραλφάτη: Είναι δυσαπορρόφητο αργιλίουχο άλας ενός θειωμένου διασκαχαρίτη. Η χορήγηση της ανά εξάωρο είναι το ίδιο αποτελεσματική με τη χορήγηση διπλής δόσεως (2 δισκία) ανά 12ωρο, με ποσοστά επουλώσεως που υπερβαίνουν το 90% στις 8 εβδομάδες. Η επουλωτική ικανότητα της είναι απολύτως συγκρίσιμη με εκείνη της ρανιτιδίνης, τόσο στις 4 όσο και στις 8 εβδομάδες. Όμοια αποτελέσματα επιτυγχάνονται και κατά τη σύγκριση της με τη σιμετιδίνη.

Μισοπροστόλη: Είναι το ίδιο αποτελεσματική με τη σιμετιδίνη και τη ρανιτιδίνη. Όμως, στη συνιστώμενη δοσολογία (ανά εξάωρο), προκαλεί συχνότητα κωλικοειδή άλγη και διάρροια η χρήση της σήμερα περιορίζεται στα προβλήματα που προκαλούν τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη.

Δ) Μικτά φάρμακα. Εξουδετερώνουν την έκκριση του υδροχλωρικού οξέος, και ταυτόχρονα βελτιώνουν έναν ή περισσότερους από τους αμυντικούς μηχανισμούς. Εδώ ανήκει ένα από τα πλέον "αδικημένα" φάρμακα, η πιρενζεπίνη. Ίσως και τα παραδοσιακά αντιόξινα θα μπορούσαν να καταταγούν εδώ, δεδομένου ότι δεν φαίνεται πιθανόν ότι δρουν απλώς με τη μικρή εξουδετέρωση οξέος που προκαλούν.

Πιρενζεπίνη: Είναι τρικυκλική ένωση, που συνδέεται εκλεκτικά με τους μουσκαρινικούς υποδοχείς του στομάχου. Είναι το ίδιο αποτελεσματική με τη σιμετιδίνη και τη ρανιτιδίνη στη θεραπεία του πεπτικού έλκους. Εκτός της καταστολής της παραγωγής υδροχλωρικού οξέος, πιθανότατα βελτιώνει και τους αμυντικούς μηχανισμούς του στομάχου. ⁽¹⁻⁵⁻⁶⁾

Ε) Σπασμολυτικά. Όλα τα αντιχολινεργικά είναι και σπασμολυτικά. Λύνουν το σπασμό με την παράλυση της δράσης του παρασυμπαθητικού, γι' αυτό και λέγονται νευρότροπα και δρουν περιφερικά. Εξαιρέση αποτελεί η μετοκλοπραμίδη, η οποία δρα κεντρικά στο στέλεχος του εγκεφάλου και τροποποιεί την κινητικότητα του πεπτικού. Σπασμολυτικά είναι αυτά που δρουν κατευθείαν στη λεία μυϊκή ίνα και λέγονται μυότροπα.

ΣΤ) Αναστολείς αντλίας H⁺-K⁺. Τα φάρμακα αυτά αναστέλλουν την αντλία H⁺-K⁺ του τοιχώματος του κυττάρου και είναι μακρά διαρκείας αναστολείς της γαστρικής έκκρισης. Ένα από τα ισχυρότερα αντιεκκριτικά φάρμακα είναι η ομπεραζόλη.

Ομπεραζόλη: Το πλεονέκτημα του φαρμάκου έναντι των H₂-αναστολέων είναι η σχετικά ταχύτερη επούλωση των ελκών. Έτσι, σημαντικό ποσοστό ελκών επουλώνεται στις 2 ή 4 εβδομάδες. Σε επιβεβαιωθείσες εργασίες, δοσολογία 20mg ημερησίως προκαλεί επούλωση του 79% των ελκών στις 2 εβδομάδες και 96% στις 4 εβδομάδες ενώ τα ποσοστά επουλώσεως με 40mg ημερησίως ανέρχονται σε 32% σε μία εβδομάδα, 93% στις 2 εβδομάδες και 99% στις 4 εβδομάδες. Ακόμη και η μικρή δόση των 10mg ημερησίως επουλώνει το 50% των ελκών σε 2 εβδομάδες και το 85% σε 4 εβδομάδες. Όμως, όταν το διάστημα θεραπείας είναι 8 εβδομάδες δεν υπάρχει διαφορά επουλώσεως μεταξύ H₂-αναστολέων και ομπεραζόλης. Τα παραπάνω φαίνονται ισχύοντα για τα δωδεκαδακτυλικά έλκη. Στα γαστρικά έλκη, δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά ποσοστών επουλώσεως στις 2,4 ή 8 εβδομάδες, μεταξύ ομπεραζόλης και ρανιτιδίνης.

Εν σχέσει με την ασφάλεια της ομπεραζόλης, ιδίως για παρατεταμένη χορήγηση, διατυπώθηκαν αρκετές επιφυλάξεις. Η μόνη όμως σαφώς θεμελιωμένη είναι ένα περιστατικό αιμολυτικής αναιμίας από ομπεραζόλη. Σύνδρομο υπεραναπτύξεως βακτηριδίων στο λεπτό έντερο έχει επίσης θεμελιωθεί, αλλά δεν φαίνεται να παρουσιάζει έκδηλη κλινική σημασία. Σε ποντικούς, περιγράφηκαν υπερπλασία αργυρόφιλων κυττάρων, καθώς και δημιουργία καρκινοειδών. Όμως, οι χορηγηθείσες δόσεις ήσαν μεγάλες, το χρονικό διάστημα μακρό και στον άνθρωπο τέτοια ευρήματα δεν επιβεβαιώθηκαν. Φαίνεται ότι το πρόβλημα στα πειραματόζωα δεν προκαλείται από το ίδιο φάρμακο, αλλά από την υπεργαστραιμία που προκαλεί. Τέτοια όμως υπεργαστραιμία προκαλείται και μετά βαγοτομή και, τουλάχιστον επί 30 χρόνια που βρίσκεται εν χρήσει η χειρουργική βαγοτομή, δεν έχουν αναφερθεί περιστατικά καρκινοειδών.⁽¹⁸⁾

Ανησυχία εκφράσθηκε επίσης για επαγωγή του ενζυμικού συστήματος P450 στο ήπαρ από την ομπεραζόλη, φαινόμενο που θα μπορούσε να είναι δυνητικός καρκινογόνος παράγων ή να αυξάνει την τοξικότητα της ακεταμινοφαίνης. Όμως, αντίθετες απόψεις θεωρούν ως

αμελητέα την τοιαύτη επαγωγή και, οπωσδήποτε, όχι επικίνδυνη ως καρκινογόνο ή ως αυξητική της τοξικότητας της ακεταμινοφαίνης.

Το τελευταίο πρόβλημα της ομπεραζόλης παραμένει η ύπαρξη ή μη αντιδραστικής αυξήσεως της παραγωγής υδροχλωρικού οξέος μετά τη διακοπή της. Τέτοιο rebound φαινόμενο έχει περιγραφεί με τους Η₂-αναστολείς, αν και υπάρχουν δεδομένα που αμφισβητούν την ύπαρξη του προβλήματος. Πιστεύεται ότι δεν υπάρχει σοβαρό πρόβλημα με την ομπεραζόλη, η προσωπική γνώμη του γράφοντος είναι ότι ούτε με τους Η₂-αναστολείς το πρόβλημα είναι σοβαρό.⁽⁶⁻¹⁸⁾

Ζ) Παρασυμπαθητικολυτικά ή αντιχοληνεργικά. Εξουδετερώνουν τη γαστρική έκκριση με την καταστολή του παρασυμπαθητικού. Αυτά τα φάρμακα μπλοκάρουν την ενέργεια του παρασυμπαθητικού, το οποίο όπως ξέρουμε από τη φυσιολογία είναι υπεύθυνο για την εκκριτικότητα και για την κινητικότητα του πεπτικού συστήματος. Τα αντιχοληνεργικά αυτά φάρμακα είναι δραστικά μόνον όταν χορηγούνται σε μεγάλες δόσεις και φυσικά οι μεγάλες δόσεις εκδηλώνουν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ξηρότητα του στομάχου, θάμβος της όρασης, δυσκοιλιότητα, δυσχέρεια ούρησης, ιλλίγγους, ταχυσφυγμίες, ξηρότητα δέρματος, υπνηλίες και ναυτίες. Η χορήγηση τους αντενδείκνυται στο γλαύκωμα, στην υπερτροφία του προστάτη και σε στένωμα του γαστρεντερικού. Γενικώς, η χορήγηση τους σήμερα είναι περιορισμένη.

Η) Τροποποιητικά του φυτικού νευρικού συστήματος. Για την τροποποίηση και τη ρύθμιση της ισορροπίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος, χορηγούνται τα ηρεμιστικά και ρυθμιστικά του φυτικού εγκεφάλου ψυχοφάρμακα. Το κυριότερο είναι η σουλπιριδίη με το εμπορικό όνομα Dogmatil, Ezalon κτλ. Στην ίδια κατηγορία ανήκει και η τριμεβουτίνη με το εμπορικό όνομα Ibutin για το οποίο οι κατασκευαστές τονίζουν ότι δρα στα πλέγματα Meissner και Auerbach και μέσω αυτών ελέγχει την κινητικότητα και την εκκριτικότητα του πεπτικού. Γι' αυτό το φάρμακο αυτό το ονόμασαν πλεγμοτρόπο.

Θ) Αντιβιοτικά. Τα τελευταία χρόνια οπότε ανακαλύφθηκε η ύπαρξη του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού στο γαστρικό υγρό και η σημασία του στην εκδήλωση πεπτικού έλκους, η φαρμακευτική θεραπεία του έλκους περιλαμβάνει τη χορήγηση ενός αντιβιοτικού για ένα μήνα, για την εκρίζωση του βακτηριδίου σε συνδυασμό με ένα φάρμακο για την προστασία του βλεννογόνου ή με φάρμακο που τροποποιεί το φυτικό νευρικό σύστημα με πολύ καλά αποτελέσματα στην οριστική θεραπεία του έλκους.⁽⁶⁻¹⁴⁻¹⁸⁾

5.3: Κριτήρια επιλογής φαρμακευτικής θεραπείας

Αντιθέτως με παλαιότερες εποχές, σήμερα ο γαστρεντερολόγος διαθέτει πληθώρα αποτελεσματικών φαρμάκων για τη θεραπεία του έλκους. Όλα είναι ασφαλή, με όρια ασφαλείας που υπερβαίνουν κατά πολύ εκείνα άλλων ομάδων φαρμάκων. Επομένως, στην επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου πρέπει να προτανεύουν κριτήρια, που δεν έχουν άμεση σχέση με την αποτελεσματικότητα ή την ασφάλεια.

Αν ως κριτήριο ληφθεί η ταχεία ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο, σαφώς πλεονεκτούν οι Η₂-αναστολείς και η ομεπραζόλη. Εάν ως κριτήριο ληφθεί η μειωμένη ή βραδύνουσα εμφάνιση υποτροπών, πλεονεκτούν το βισμουθίο και, ενδεχομένως, η πιρενζεπίνη τέλος, το βισμουθίο προηγείται στις προτιμήσεις εκείνων που έχουν ως κύριο στόχο στην καταπολέμηση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού.⁽⁶⁾

Όμως και άλλοι παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο. Η προσωπική εμπειρία και προτίμηση είναι σημαντικές. Τέλος, η θεώρηση του κόστους πρέπει να αποτελεί ουσιαστικό κριτήριο επιλογής θεραπείας. Στον πίνακα 3 στο παράρτημα σελ: 157 αναφέρεται το κόστος των φαρμάκων για δίμηνη θεραπεία έλκους.

Για τη θεραπεία του πεπτικού έλκους, παρά την πληθώρα φαρμάκων, δεν έχει βρεθεί η οριστική της μορφή.

Έτσι, στη θεραπεία του πρωτοεμφανιζόμενου πεπτικού έλκους, η επιλογή θα γίνει μεταξύ τριών σχημάτων: ρανιτιδίνης 300mg/ημέρα επί 2 μήνες, ομεπραζόλης 20mg/ημέρα επί 2 μήνες ή ενός εκ των δύο επί μια εβδομάδα (ταχεία ανακούφιση ενοχλημάτων), με ταυτόχρονη χορήγηση βισμουθίου (2 δισκίων πρωί και 2 βράδυ, επί 2 μήνες) (μείωση υποτροπών).

Στην πρώτη υποτροπή, συνίσταται θεραπεία συντηρήσεως με ρανιτιδίνη επί ένα έτος. Στη δεύτερη υποτροπή, χορηγείται βισμουθίο (αν δεν είχε χορηγηθεί εξ αρχής) επί δύο μήνες (όχι μακροχρόνια συντήρηση). Στην τρίτη υποτροπή, εάν υπάρχει ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, γίνεται απόπειρα εκρίζωσης του με τριπλό σχήμα βισμουθίου και αντιβιοτικών. Στην τέταρτη υποτροπή, συνίσταται χειρουργική επέμβαση.⁽³⁻⁶⁾

Κρίσιμο ρόλο στην απόφαση για χειρουργική επέμβαση παίζει η βαρύτητα των υποτροπών και, κυρίως η συχνότητα εμφάνισέως τους. Ήπιες υποτροπές π.χ. ανά έτος, αντιμετωπίζονται συνεχώς συντηρητικά. Βαρείες υποτροπές ανά δίμηνο οδηγούν στο χειρουργείο.

Τέλος, τονίζεται ότι η πολιτική θεραπεία του γαστρικού έλκους (με εξαίρεση τα παραπυλωρικά, για τα οποία ισχύουν τα ανώτερω) παραμένει η ίδια, όπως και παλαιότερα. Ασθενείς με γαστρικό έλκος που δεν επουλώνεται μετά δύο μήνες σωστής αγωγής (ή για ένα ακόμη δίμηνο με αλλαγή του φαρμάκου, εάν οι βιοψίες είναι καθησυχαστικές) πρέπει να οδηγούνται στο χειρουργείο.⁽⁶⁾

5.4: Μέτρα πρόληψης υποτροπών έλκους

Όπως έχουν σήμερα τα πράγματα, πρακτικά δεν υφίστανται έλκος που να μην επουλωθεί με τον ένα ή άλλο τρόπο. Αν ένα έλκος αντιμετωπιστεί επιτυχώς και επουλωθεί και αφεθεί χωρίς θεραπεία συντηρήσεως τότε η πιθανότητα να υποτροπιάσει είναι πολύ μεγάλη. Έχει αποδειχθεί στατιστικά ότι αν δεν ληφθεί κάποιο πρόσθετο μέτρο, σχεδόν το 80% των ελκών θα υποτροπιάσει μέσα σε ένα χρόνο, ε 18 μήνες από τη διακοπή της θεραπείας. Αντίθετα αν μετά την επούλωση του έλκους δοθεί στο άτομο κάποια θεραπεία τότε οι πιθανότητες υποτροπής μειώνονται στο 20%.⁽¹⁾

Ο πλέον παραδοσιακός τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος είναι η μακροχρόνια θεραπεία συντήρησης, με μειωμένη δόση για τα περισσότερα φάρμακα. Όλα τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την επούλωση του έλκους δεν θεωρούνται κατάλληλα για την θεραπεία συντήρησης. Τα φάρμακα από τη στιγμή που επιλέγονται για θεραπεία συντήρησης χορηγούνται στο ήμισυ της δοσολογίας που χορηγήθηκαν από την αρχική επούλωση του έλκους. Η δόση αυτή κατά προτίμηση χορηγείται το βράδυ. και ενώ δεν αμφισβητείται η ικανότητα της θεραπείας συντηρήσεως να μειώνει τις υποτροπές, αμφισβητείται η ικανότητα της να προλαμβάνει τις αιμορραγίες. ⁽³⁾Όπως συμβαίνει συνήθως, οι πρόσφατες εργασίες δίστανται. Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η μακροχρόνια θεραπεία με H₂-αναστολείς μειώνει το ποσοστό αιμορραγιών, ενώ άλλοι ότι δεν προσφέρει προστασία. Ανεξαρτήτως των διαφωνιών αυτών, τα φάρμακα που χορηγούνται πιο συχνά για θεραπεία συντηρήσεως (6 μήνες ως 3 χρόνια) είναι οι H₂-αναστολείς, των οποίων η μακροχρόνια ασφάλεια είναι απολύτως επιβεβαιωμένη.

Αποτελεσματική είναι και η προφύλαξη με 10mg ομεπραζόλης ημερησίως ή 20mg τρεις εβδομαδιαίως. Όμως, κατά τη γνώμη μας, αν και οι πρώτες ενδείξεις υποδηλώνουν ότι και το φάρμακο αυτό είναι ασφαλές μακροχρονίως, πρέπει να αναμένονται περισσότερα εκτεταμένες μελέτες, πριν συστηθεί θεραπεία συντηρήσεως, με ομεπραζόλη. Ως προς τα άλλα δύο φάρμακα, τη σουκραλφάτη και το βισμούθιο, δεν υπάρχουν ασφαλείς ενδείξεις για μακροχρόνια θεραπεία και επί του παρόντος δεν συνιστώνται ως θεραπεία συντηρήσεως.⁽¹⁻¹⁴⁾

Ένα άλλο θέμα που συζητείται ευρέως είναι εάν η υποτροπή των ελκών είναι το ίδιο σύντομη και το ίδιο συχνή, ανεξαρτήτως αρχικώς χρησιμοποιηθέντος φαρμάκου για τη θεραπεία. Μεταξύ H₂-αναστολέων και ομεπραζόλης δεν υπάρχει διαφορά ως προς τη συχνότητα και το χρόνο των υποτροπών. Μεταξύ των H₂-αναστολέων, η χορήγηση ρανιτιδίνης συνοδεύεται από λιγότερες υποτροπές εν σχέσει με τη σιμετιδίνη, πράγμα που την καθιστά τον H₂-αναστολέα εκλογής

(ποσοστά υποτροπή μετά ένα έτος 16% με ρανιτιδίνη και 43% με σιμετιδίνη).

Όμως, μεταξύ όλων των ανθελκωτικών φαρμάκων, φαίνεται ότι οι λιγότερες υποτροπές παρατηρούνται μετά τη χορήγηση του βισμουθίου ως πρώτου φαρμάκου. Πρόσφατα, το αναμφισβήτητο αυτό πλεονέκτημα του βισμουθίου έχει συνδυασθεί και με την ικανότητα εκριζώσεως του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού. Έτσι, μετά από διακοπή του βισμουθίου, παρατηρείται υποτροπή ποσοστού 85% των ελκών σε ένα έτος, εάν δεν εκριζωθεί το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, ενώ η υποτροπή μειώνεται κάτω του 20% εάν επιτευχθεί εκρίζωση. Έτσι, η τάση των τελευταίων των είναι να επιτευχθεί η εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού, προκειμένου να προληφθούν οι υποτροπές τους.⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

5.5: Κριτήρια επιλογής ατόμων για θεραπεία συντήρησης

Αν ήθελε κανείς να ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα υποτροπής του έλκους του τότε θα έπρεπε να παίρνει συνεχώς προληπτική θεραπεία. Εν τούτοις επειδή αυτό θα αποτελούσε υπερβολή τουλάχιστον για τα άτομα που παρουσιάζουν αραιές παροξύνσεις της νόσου, γι' αυτό θεραπεία συντήρησης συνίσταται τουλάχιστον για τις κάτωθι περιπτώσεις ελκοπαθών ασθενών:

- 1) Άτομα άνω των 60 ετών
- 2) Ασθενείς με συχνές υποτροπές έλκους
- 3) Ασθενείς με ιστορικό γαστροορραγίας ή διάτρησης
- 4) Ασθενείς με σοβαρές άλλες παθήσεις (καρδιοπάθειες, πνευμονοπάθειες, ηπατοπάθειες, νεφροπάθειες)
- 5) Ασθενείς που λαμβάνουν τύπου ασπιρίνης αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη φάρμακα.

Το χρονικό διάστημα που πρέπει να παίρνει κανείς θεραπεία συντήρησης δεν έχει διευκρινιστεί. Γεγονός όμως είναι ότι το άτομο προφυλάσσεται μόνο όταν λαμβάνει τη θεραπεία συντήρησης. Από την στιγμή που θα σταματήσει την θεραπεία συντήρησης αυτόματα ο κίνδυνος υποτροπής γίνεται ίδιος με αυτόν των ατόμων που δεν πήραν θεραπεία συντήρησης. Πάντως σήμερα υπάρχουν άτομα που έχουν συμπληρώσει 8 και 10 έτη συνεχούς λήψης συντηρητικής αγωγής με φάρμακα, χωρίς να αναφέρουν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες.⁽¹⁾

5.6: Προοπτικές βελτίωσης θεραπευτικών παρεμβάσεων

Οι μελλοντικές εξελίξεις στη θεραπεία του πεπτικού έλκους δεν είναι εύκολο να προβλεφθούν, δεδομένου ότι η παθογένεση της νόσου παραμένει αδιευκρίνιστη. Οι χορηγούμενες από το στόμα προσταγλανδίνες ενισχύουν τους μηχανισμούς κυτταροπροστασίας και με τον τρόπο αυτόν προστατεύουν το γαστροδωδεκαδακτυλικό βλεννογόνο από οξείες βλάβες, που συνήθως προκαλεί η χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Στην επούλωση του πεπτικού έλκους, ωστόσο, οι γαστροπροστατευτικές ιδιότητες των προσταγλανδινών δεν φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο, δεδομένου ότι τα φάρμακα αυτά είναι αποτελεσματικά μόνον όταν χορηγούνται σε δόσεις που αναστέλλουν την έκκριση υδροχλωρικού οξέος. Αντίθετα, «γαστροπροστατευτικές» δόσεις δεν επιτυγχάνουν επούλωση του πεπτικού έλκους. Εξάλλου, η επουλωτική δράση φαρμάκων, όπως η σουκραλφάτη και το κολλοειδές βισμούθιο, οφείλεται τόσο στο σχηματισμό φυσικού φραγμού επί του κρατήρος του έλκους όσο και στην ικανότητα των φαρμάκων αυτών να συγκεντρώνουν στην περιοχή του έλκους μεγάλα ποσά ΕΑΠ, με σημαντική επιτάχυνση του ρυθμού επουλώσεως.⁽⁶⁾

Επί του παρόντος, η θεραπευτική αντιμετώπιση του πεπτικού έλκους συνίσταται, σχεδόν αποκλειστικά, στην ελάττωση των «επιθετικών» παραγόντων. Οι μηχανισμοί άμυνας του γαστροδωδεκαδακτυλικού βλεννογόνου μόλις τώρα αποκαλύπτονται. Μελλοντικές βελτιώσεις στον τρόπο αντιμετώπισης του έλκους είναι πολύ πιθανόν ότι θα προκύψουν από την πληρέστερη κατανόηση των μηχανισμών άμυνας.

Πιθανές εξελίξεις στη θεραπεία της νόσου του πεπτικού έλκους είναι πιθανόν να προέλθουν από:

1) Την ενίσχυση νευρογενών αντανακλαστικών του γαστρικού βλεννογόνου, που παίζουν ρόλο στην αντίδραση του βλεννογόνου σε επιφανειακές βλάβες.

2) Τη χρησιμοποίηση αγγειοδιασταλτικών ουσιών με εκλεκτική δράση στο γαστρικό βλεννογόνο.

3) Την τροποποίηση των μηχανισμών επουλώσεως του πεπτικού έλκους, με ανοσοτροποιοτική παρέμβαση στη φλεγμονώδη αντίδραση που συνοδεύει τη δημιουργία του έλκους.

4) Τη χρησιμοποίηση πεπτιδίων με αυξητικές ιδιότητες, που να επιταχύνουν το ρυθμό επουλώσεως του έλκους. Το πεπτίδιο που συγκεντρώνει τις περισσότερες πιθανότητες για θεραπευτική χρήση είναι ο επιδερμικός αυξητικός παράγων.⁽⁶⁻¹⁴⁾

ΕΝΟΤΗΤΑ 6

6.1: Γαστρικό έλκος από ΜΣΑΦ

Την τελευταία δεκαετία, έχει σημειωθεί θεαματική αύξηση στη συνταγογράφηση των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την θεαματική αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών των σκευασμάτων αυτών, που αφορούν κυρίως βλάβη του γαστρικού κι δωδεκαδακτυλικού βλεννογόνου. Έχει υπολογιστεί ότι 22-68% των ασθενών που λαμβάνουν σε χρόνια βάση ΜΣΑΦ θα παρουσιάσουν κάποια στιγμή βλεννογονικές διαβρώσεις και πεπτικό έλκος.⁽¹⁾

Το πεπτικό έλκος από ΜΣΑΦ αναφέρεται σε διάφορες μορφές βλαβών του γαστροδωδεκαδακτυλικού βλεννογόνου, που οφείλονται σε λήψη αυτών των φαρμάκων. Οι βλάβες αυτές αναπτύσσονται είτε οξέως (π.χ. από ασπιρίνη) είτε μετά από χρόνια λήψη και ποικίλλουν από απλή ερυθρότητα του βλεννογόνου έως έλκη. Αναμφισβήτητα, η οξεία βλάβη είναι συχνότερη (60-100%) και συμβαίνει σε ελάχιστο χρόνο από την έναρξη χορήγησης των ΜΣΑΦ, ενώ η χρόνια βλάβη εμφανίζεται σπανιότερα (5-30%).⁽¹⁸⁾

Τα πεπτικά έλκη από ΜΣΑΦ διαφέρουν από την κλασική νόσο του ιδιοπαθούς πεπτικού έλκους. Οι διαφορές αυτές συνίστανται κυρίως στο ότι, σε αντίθεση με το ιδιοπαθές πεπτικό έλκος, εντοπίζονται κυρίως στο στόμαχο, δεν είναι κατ' ανάγκη εξαρτώμενα από το βαθμό οξύτητας και συχνά είναι ασυμπτωματικά (βλέπε πίνακα 4 στο παράρτημα σελ: 157).⁽⁶⁾

6.2: Παράγοντες κινδύνου για Πεπτικό έλκος από ΜΣΑΦ

1) Ηλικία και φύλο. Ο κίνδυνος για εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στο ΓΕΣ αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία, ιδιαίτερα μετά τα 60 έτη, γεγονός που θα μπορούσε να εξηγηθεί τόσο από τη μεγαλύτερη κατανάλωση ΜΣΑΦ από τους ηλικιωμένους ασθενείς όσο και από τις οφειλόμενες στην ηλικία μεταβολές στη λειτουργικότητα και την αρχιτεκτονική του γαστρικού βλεννογόνου. Επίσης, σε πρόσφατη μελέτη, διαπιστώθηκε ότι η σύνθεση προσταγλανδίνης ελαττώνεται προϊούσης της ηλικίας, χωρίς όμως αυτό να έχει επιβεβαιωθεί από άλλες εργασίες. Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών, πιθανώς λόγω χορηγούμενης μεγαλύτερης δραστικής δόσης (μικρότερος δείκτης σωματικού βάρους/δοσολογία).

2) Δοσολογία. Φαίνεται ότι ο κίνδυνος αυξάνεται ανάλογα με τη δόση του φαρμάκου, χωρίς όμως να έχουν προταθεί ασφαλή όρια που να συνδυάζουν το επιθυμητό αποτέλεσμα με το μικρότερο δυνατό κίνδυνο για εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Σε πρόσφατη μελέτη, διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος αιμορραγίας από ασπιρίνη αυξάνεται αισθητά μετά από ημερήσια χορήγηση μεγαλύτερη από 325mg.

3) Διάρκεια θεραπείας. Είναι αβέβαιη η σχέση της. Έχει διαπιστωθεί ότι 25% των σοβαρών επιπλοκών παρατηρούνται κατά τη διάρκεια του πρώτου μηνός θεραπείας με ΜΣΑΦ ενώ οι επιπλοκές από την ασπιρίνη είναι ίδιες, είτε η λήψη είναι ευκαιριακή είτε συστηματική.

4) Άλλοι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα επιπλοκών από τη χρήση ΜΣΑΦ είναι το κάπνισμα, το ιστορικό ελκοπάθειας και ο συνδυασμός δύο ή περισσότερων μη στεροειδών ή και πρεδνιζόνης.⁽⁶⁾

6.3: Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού και ΜΣΑΦ

Λοίμωξη με το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού διαπιστώνεται σε ποσοστό 90-100% των ασθενών με δωδεκαδακτυλικό έλκος και σε περισσότερους από 75% των ασθενών με γαστρικό έλκος. Είναι γενικά παραδεκτό ότι το ελικοβακτηρίδιο αποτελεί το σημαντικότερο αίτιο χρόνιας γαστρίτιδας τύπου Β, η οποία αφορά κυρίως το άντρο, και ότι η συχνότητα της στο γενικό πληθυσμό αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία.

Δεδομένων ότι και ο κίνδυνος για γαστροπάθεια από ΜΣΑΦ αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία και ότι οι βλάβες αυτές εντοπίζονται κυρίως στο άντρο, έχει διατυπωθεί το ερώτημα κατά πόσον οι προκαλούμενες από το ελικοβακτηρίδιο μεταβολές στην αρχιτεκτονική και τη λειτουργικότητα του βλεννογόνου δημιουργούν τις κατάλληλες συνθήκες, ώστε να είναι περισσότερο ευάλωτος στα ΜΣΑΦ.⁽¹⁻³⁾

Μέχρι σήμερα, έχουν δημοσιευθεί αρκετές εργασίες και φαίνεται πως οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι δεν υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ προγενέστερης λοίμωξης με το ελικοβακτηρίδιο και συχνότητας δυσπεπτικών ενοχλημάτων ή ενδοσκοπικώς διαπιστωμένων βλαβών του βλεννογόνου που οφείλεται στα ΜΣΑΦ.

Είναι εντυπωσιακό ότι σε πρόσφατη εργασία, στην οποία συμπεριελήφθησαν ασθενείς που ελάμβαναν χρονίως ΜΣΑΦ, διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης πετεχειών στον βλεννογόνο του στομάχου ήταν σημαντικά μικρότερη στους ασθενείς που είχαν προσβληθεί από το ελικοβακτηρίδιο.⁽⁶⁾

6.4: Επιπλοκές από ΜΣΑΦ

Είναι εντυπωσιακό ότι η πλειονότητα των επιπλοκών του έλκους, όπως η διάτρηση και η αιμορραγία, παρουσιάζουν αιφνιδίως, χωρίς προηγουμένως να εκδηλωθούν συμπτώματα. Επιδημιολογικά δεδομένα συνηγορούν ότι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ αιματέμεσης, μέλαινας και λήψης ΜΣΑΦ. Πιστεύεται ότι για την πρόκληση αιμορραγίας συμβάλλουν τόσο η τοπική βλάβη του βλεννογόνου όσο και η προκαλούμενη από τα ΜΣΑΦ διαταραχή του μηχανισμού πήξεως. Είναι γνωστό ότι τα ΜΣΑΦ αναστέλλουν την παραγωγή θρομβοξαάνης, προκαλώντας ανεπαρκή προσκόλληση των αιμοπεταλίων με επακόλουθη παράταση του χρόνου ροής.

Έχει υπολογισθεί ότι ο σχετικός κίνδυνος αιμορραγίας από το ΓΕΣ είναι τριπλάσιος για τους ασθενείς που λαμβάνουν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, ενώ ο σχετικός κίνδυνος για διάτρηση εξαπλασιάζεται. Επίσης, δεν είναι γνωστό, αν τα ΜΣΑΦ ασκούν απ' ευθείας δράση που κάνει τα προϋπάρχοντα έλκη να υπόκεινται ευκολότερα σε διάτρηση.⁽⁶⁻¹⁵⁾

ΕΝΟΤΗΤΑ 7

7.1: Επιπλοκές Γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους

Οι επιπλοκές του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους είναι συχνές. Υπολογίζεται ότι στο 1/3 των περιπτώσεων, στις οποίες η διάγνωση του έλκους γίνεται εν ζωή, θα παρατηρηθεί μία ή, μερικές φορές, τουλάχιστον μία από τις επιπλοκές αυτές κατά την πορεία της πάθησης. Οι επιπλοκές, όπως αναφέρεται παρακάτω, αποτελούν μια ιδιαίτερη κατάσταση, καθ' όσον αποτελούν τις κύριες ενδείξεις χειρουργικής επέμβασης στο έλκος, η οποία δεν είναι κατ' ανάγκη πάντοτε οριστική. Αυτό σημαίνει ότι η εγχείρηση γίνεται περισσότερο για τη ζωή (π.χ. τη διατήρηση) και λιγότερο ριζική για τη νόσο.⁽⁵⁾

Η αιμορραγία εξαιτίας του έλκους είναι το συχνότερο αίτιο αιμορραγίας του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα, παρατηρείται στο 15-30%, περίπου, των περιπτώσεων, μπορεί να αποτελέσει την πρώτη εκδήλωση της πάθησης και συνοδεύεται από γενική θνητότητα περίπου 7%. Από αιμορραγία πεπτικού έλκους είναι πιθανό να καταλήξουν ασθενείς ηλικιωμένοι (μεγαλύτεροι από 60 ετών), άτομα που πάσχουν και από άλλα νοσήματα, ασθενείς των οποίων το έλκος εντοπίζεται στο στόμαχο ή των οποίων η αιμορραγία είναι βαριά και υποτροπιάζει (απαιτώντας καθημερινή μετάγγιση περισσότερων από 3 μονάδες αίματος) και ασθενείς στους οποίους διαπιστώνεται ενδοσκοπικά ότι η αιμορραγία προέρχεται από γυμνό αγγείο μέσα στο έλκος.⁽¹⁰⁾

Η γαστρορραγία εκδηλώνεται συνήθως με αιματέμεση ή μέλαινα που συμβαίνει σε μεγάλη απώλεια αίματος. Η αιματέμεση εμφανίζεται όταν η αιμορραγία εντοπίζεται στον στόμαχο ή τον οισοφάγο. Οι καφεδοειδείς έμετοι σημαίνουν ότι το αίμα παρέμεινε αρκετά στο στόμαχο και υπέστη επίδραση υδροχλωρικού οξέος που μετέβαλε την αιμοσφαιρίνη σε μεθαιμοσφαιρίνη. Η μέλαινα (κόπρανα μαύρα, δύσοσμα) σημαίνει ότι το αίμα παρέμεινε στο έντερο αρκετά και υπέστη επίδραση μικροβιακών και εντερικών ενζύμων, που μετατρέπουν την αίμη σε αιματίνη δια οξειδώσεως όπου οφείλεται το μαύρο χρώμα. Με τη γαστρορραγία μπορεί να μη συνυπάρχει καθόλου πόνος.

Η αιμορραγία συνήθως προέρχεται από μικρά αγγεία, έτσι στο 85% αυτών των περιπτώσεων, η αιμορραγία σταματάει με συντηρητική αγωγή, ενώ το 15% που είναι βαρύτερες περιπτώσεις, αιμορραγίες από μεγαλύτερα αγγεία, που οδηγούν σε μεγάλη απώλεια αίματος και πολλές μεταγγίσεις, συχνά καταλήγουν σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Οι ασθενείς που έχουν αιμορραγήσει μια φορά από πεπτικό έλκος, έχουν αυξημένη πιθανότητα (30-50%) να αιμορραγήσουν ξανά.

Η διάτρηση επέρχεται όταν το πεπτικό έλκος έχει διαβρώσει το τοίχωμα του δωδεκαδακτύλου ή του στομάχου σε όλο το πάχος του. Μερικές φορές η διάβρωση προχωρεί και σε κάποιο γειτονικό όργανο,

όπως είναι το πάγκρεας, οπότε προκαλείται παγκρεατίτιδα και αφόρητος πόνος. Συχνότερα, πάντως, η διάτρηση είναι ελεύθερη, μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, ιδιαίτερα στα πρόσθια έλκη του δωδεκαδακτύλου και στα έλκη του ελάσσονος τόξου του στομάχου. Η επιπλοκή της διάτρησης παρατηρείται στο 5-10% των περιπτώσεων έλκους δωδεκαδακτύλου και στο 2-5% των περιπτώσεων έλκους του στομάχου, που είναι αρκετά βαριές ώστε να διαγνωσθούν στη διάρκεια της ζωής.

Συχνά η διάτρηση συνοδεύεται από αιμορραγία. Η διάτρηση σπάνια αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα πεπτικού έλκους, πιο συχνά ο ασθενής έχει μακρό ιστορικό περισσότερων τυπικών συμπτωμάτων. Η εικόνα της διάτρησης έλκους είναι η τυπική εικόνα της οξείας κοιλίας: αιφνίδια εγκατάσταση έντονου κοιλιακού πόνου, περιτοναϊκά σημεία (σύσπαση των κοιλιακών μυών, παλίνδρομη ευαισθησία) και υπόταση με ταχυκαρδία. Συνήθως η ακτινογραφία κοιλίας σε όρθια θέση αποδεικνύει την παρουσία ελεύθερου αέρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Στις περισσότερες περιπτώσεις διάτρησης ενδείκνυται επείγουσα χειρουργική επέμβαση με σκοπό τη συρραφή της διάτρησης και την πλύση της περιτοναϊκής κοιλότητας. Ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς, στον ίδιο χρόνο μπορεί να εκτελεσθεί και μια περισσότερο οριστική επέμβαση (π.χ. στελεχιαία ή εκλεκτική βαγοτομή και αντρεκτομή). Σε μερικές περιπτώσεις, στις οποίες η επέμβαση θα ήταν επικίνδυνη για τον ασθενή, εφαρμόζεται συντηρητική αγωγή με ρινογαστρική αναρρόφηση, υγρά και αντιόξινα και αφήνεται η διάτρηση να επουλωθεί αυτόματα.⁽⁵⁻⁸⁻¹¹⁾

Η πυλωρική στένωση ή αλλιώς απόφραξη του πυλωρικού στομίου του στομάχου οφείλεται σε φλεγμονή, σπασμό ή ουλοποίηση, που προκαλούνται εξαιτίας του έλκους. Η πυλωρική στένωση είναι αποτέλεσμα πολυετών υποτροπών του έλκους, που προκαλούν τελικά ουλοποίηση του πυλωρού (της περιοχής που ενώνεται το στομάχι με τον δωδεκαδάκτυλο) με αποτέλεσμα ο ασθενής να κάνει εμετό ότι τρώει. Το στομάχι αποκτά μεγάλο μέγεθος και είναι συνέχεια γεμάτο με πολλές τροφές, αδειάζει με σημαντική καθυστέρηση ή και καθόλου μέχρι την τέλεια απόφραξη. Κύριο σύμπτωμα είναι οι εμετοί με τους οποίους αποβάλλονται τροφές προηγούμενων ημερών. Τα συμπτώματα συνίσταται συνήθως σε πρόωρο κορεσμό, ναυτία, έμετο μετά τα γεύματα, επιγαστρικό πόνο και αίσθημα πληρότητας του στομάχου. Κατά τη φυσική εξέταση είναι δυνατόν να παρατηρηθούν ιπποκρατική σείση και σημεία αφυδάτωσης, και κατά τον εργαστηριακό έλεγχο μεταβολική αλκάλωση και υποκαλιαιμία. Στις περισσότερες περιπτώσεις απόφραξης του πυλωρού, που παρατηρείται σε αναλογία περίπου 5% των διαγνώσεων έλκους, υπάρχει ιστορικό μακροχρόνιας κλινικής νόσου και θα είναι πολύ ασυνήθιστο να αποτελέσει η επιπλοκή αυτή την πρώτη εκδήλωση του έλκους.

Η παρουσία απόφραξης αποδεικνύεται εύκολα με το θετικό αποτέλεσμα της δοκιμασίας χορήγησης φυσιολογικού ορού (αναρρόφηση περισσότερων από 400ml γαστρικού υγρού 30 λεπτά την χορήγηση, με κενό στόμαχο, από ρινογαστρικό σωλήνα 750ml φυσιολογικού ορού). Η εκτέλεση της δοκιμασίας αυτής μπορεί και να μη χρειασθεί, αν μετά από ολονύκτια νηστεία βρεθούν στο στόμαχο 200ml γαστρικού υγρού. Επίσης η απόφραξη μπορεί να διαπιστωθεί άμεσα με ενδοσκόπηση ή έμμεσα με σειρά ακτινογραφιών του ανώτερου πεπτικού σωλήνα.

Θεραπευτικά, η απόφραξη του πυλωρού πρέπει στην αρχή να αντιμετωπίζεται με συντηρητικά μέσα, ρινογαστρική αναρρόφηση, αναπλήρωση των ελλειμμάτων υγρών και ηλεκτρολυτών, χορήγηση σιμετιδίνης ή ρανιτιδίνης (για να μειωθούν οι απώλειες υδροχλωρικού οξέος με την αναρρόφηση) και με παρεντερική σίτιση. Στο 50% τουλάχιστον των περιπτώσεων που αντιμετωπίζονται με συντηρητική θεραπεία, και πιθανώς αποτελούν εκείνες στις οποίες η απόφραξη οφείλεται κυρίως σε σπασμό και οίδημα, η ανταπόκριση είναι θετική μέσα σε μερικές ημέρες και η εγχείρηση μπορεί να αποφευχθεί.

Αφόρητος πόνος σπάνια παρατηρείται ως επιπλοκή του πεπτικού έλκους, αν ο ασθενής εφαρμόζει πιστά το θεραπευτικό σχήμα που του έχει συστηθεί. Όταν, όμως, παρατηρείται, είναι δυνατό να αντιπροσωπεύει οπίσθια διάτρηση του έλκους ή διάτρηση σε γειτονικό σπλάγχνο⁽¹⁰⁻¹⁷⁾

7.2: Οξεία Αιμορραγία

Η οξεία αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό σύστημα (ΟΑΑΠ) αποτελεί συχνό και πολύ σοβαρό πρόβλημα. Η συχνότητα της ΟΑΑΠ υπολογίζεται σε μία περίπτωση ανά 1000 άτομα το χρόνο, με διακύμανση μεταξύ 0,5 και 1,4 ατόμων στις επιδημιολογικές μελέτες διαφόρων χωρών.

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες, έγιναν σημαντικές προσπάθειες επιτυχούς αντιμετώπισης της ΟΑΑΠ, που στηρίχθηκαν κατά κύριο λόγο στην τεχνική εξέλιξη στο χώρο των ενδοσκοπήσεων, αλλά και στη βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας, στη χρήση νέων φαρμάκων και στην εξέλιξη των χειρουργικών τεχνικών.

Παρά τις προόδους που επιτεύχθηκαν, ακόμη και σήμερα, την εποχή της υψηλής τεχνολογίας, η ΟΑΑΠ εξακολουθεί να έχει υψηλή θνητότητα, που κυμαίνεται μεταξύ 8% και 10% σύμφωνα με τις περισσότερες αντιπροσωπευτικές σειρές.⁽⁶⁾

Η γρήγορη όμως αναγνώριση του αιτίου σε συνδυασμό με τη δυνατότητα αντιμετώπισης της αιμορραγίας από ομάδα εξειδικευμένων στο θέμα γιατρών (παθολόγοι, ακτινολόγοι, ενδοσκόποι, χειρουργοί) δίνει καλύτερα αποτελέσματα και επηρεάζει τη θνητότητα και τη θνησιμότητα της ΟΑΑΠ. Συγκρότηση μιας τέτοιας μονάδας στα πλαίσια ενός γενικού νοσοκομείου προσφέρει τον ιδεώδη τρόπο αντιμετώπισης της ΟΑΑΠ. Η κινητοποίηση της μονάδας αυτής πρέπει να είναι ταχεία, γιατί οι πρώτες 4-6 ώρες θεωρούνται κρίσιμες. Η έγκυρη συλλογή πληροφοριών, ο σωστός χειρισμός του ασθενούς, ιδιαίτερα όσον αφορά την αιμοδυναμική αποκατάσταση του, και η επιλογή της κατάλληλης διαγνωστικής μεθόδου προσφέρουν τις καλύτερες ευκαιρίες για σωστή θεραπεία.⁽¹¹⁾

ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΟΑΑΠ-ΑΝΑΝΗΨΗ

Στον πίνακα 5 στο παράρτημα σελ: 158 παρουσιάζονται οι διάφορες φάσεις χειρισμού και αντιμετώπισης της ΟΑΑΠ. Η κλινική αξιολόγηση παίζει σπουδαίο ρόλο, ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις με οξεία, ταχεία και μεγάλη απώλεια αίματος. Στις περιπτώσεις αυτές, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στη φάση Ι ή τη φάση της ανανήψεως. Η τοποθέτηση καθετήρα κεντρικής φλεβικής πίεσης, η χορήγηση φυσιολογικών ορών ή υπέρτονων κρυσταλλικών διαλυμάτων, οι μεταγγίσεις αίματος ή πλάσματος είναι χειρισμοί απαραίτητοι για τη διατήρηση της αιμοδυναμικής ισορροπίας αυτών των ασθενών.

Ακόμη, σε όλους τους ασθενείς με υποψία αιμορραγίας από το πεπτικό πρέπει να τοποθετείται ρινογαστρικός καθετήρας και να γίνεται αναρρόφηση του στομαχικού περιεχομένου. Η παρουσία αίματος στο αναρροφώμενο υλικό είναι διαγνωστική για ΟΑΑΠ και θα πρέπει να ακολουθήσουν πλύσεις του στομάχου με παγωμένο νερό ή φυσιολογικό ορό, με την προσθήκη (ή όχι) αγγειοσυσπαστικών ουσιών. Η απουσία αίματος στα αναρροφώμενα γαστρικά υγρά δεν αποκλείει την

πιθανότητα αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό, είτε γιατί η αιμορραγία μπορεί ήδη να έχει σταματήσει είτε γιατί η αιμορραγούσα βλάβη είναι πολύ κάτω από το πυλωρικό στόμιο και διαφόρους λόγους δεν γίνεται παλινδρόμηση του αίματος στο στομάχο. Η λογική της αναρρόφησης του στομαχικού περιεχομένου και των πλύσεων είναι εμπειρική και στηρίζεται στην κοινή εντύπωση ότι η αιμορραγία ελέγχεται ταχύτερα στις περιπτώσεις που αφαιρείται το αιμορραγικό περιεχόμενο του στομάχου, παρότι δεν υπάρχουν κλινικά, πειραματικά και γενικότερα στατιστικά δεδομένα που να το υποστηρίζουν. Η χρήση παραγωγμένου νερού για πλύση του στομάχου είναι ευρύτατα διαδεδομένη και φαίνεται να έχει κάποια δράση μέσω αγγειοσυσπασσης, όπως αποδεικνύεται από μελέτες της γαστρικής ροής αίματος σε σκύλους.⁽⁶⁾

Η προσθήκη αγγειοσυσπαστικών ουσιών σε ισότονο ή υπέρτονο ορό για πλύσεις του στομάχου πλεονεκτεί του παραγωγμένου νερού, γιατί, εκτός από την αγγειοσυσπασση που προκαλούν, οι ουσίες αυτές ευνοούν τη συσσώρευση παραγόντων πήξης και ιδιαίτερα επιδρούν στη λειτουργία των αιμοπεταλίων. Ωστόσο, στην καθημερινή πράξη, δεν χρησιμοποιούνται ευρέως τα αγγειοσυσπαστικά, γιατί δεν υπάρχει εδραιωμένη άποψη, όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια τους.

Οι πλύσεις του στομάχου, πέρα από το πιθανό θεραπευτικό αποτέλεσμα, βοηθούν σημαντικά την επείγουσα ενδοσκόπηση που θα ακολουθήσει, αυξάνοντας τη διαγνωστική και θεραπευτική αποτελεσματικότητά της. Θα πρέπει όμως να ληφθεί υπόψη ότι η εμμόνη σε αναρροφήσεις χωρίς να μετακινείται ο καθετήρας προκαλεί βλάβες στο βλεννογόνο του οισοφάγου και του στομάχου, που οδηγούν σε διαγνωστική σύγχυση κατά την ενδοσκόπηση. Ακόμη, η παραμονή του ρινογαστρικού καθετήρα για πολλές ημέρες μπορεί να προκαλέσει οισοφαγίτιδα και οισοφαγικές στενώσεις. Έτσι, ο ρινογαστρικός καθετήρας πρέπει να αφαιρείται αμέσως μετά τις πλύσεις και να επανατοποθετείται, όταν υπάρχει υποψία υποτροπής της αιμορραγίας. Η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα σε ασθενείς με αιμορραγία από κισσούς του οισοφάγου δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο παράτασης, επίτασης ή υποτροπής της αιμορραγίας. Η χορήγηση αντιόξινων, επίσης μέσω του καθετήρα, μειώνει τις δυνατότητες για επείγουσα ενδοσκόπηση και δεν προσφέρει σημαντική βοήθεια, γιατί ήδη γίνεται αναρρόφηση του γαστρικού υγρού. Αντίθετα, μπορούν να χορηγηθούν ενδοφλεβίως αντiekκριτικοί παράγοντες, όπως αναστολείς των H₂-υποδοχέων της ισταμίνης ή αναστολείς της αντλίας ιόντων υδρογόνου.⁽⁶⁻¹⁷⁾

Εκτός από το γαστρικό καθετήρα στους ασθενείς που παρουσιάζουν μεθαιμορραγικό shock πρέπει να τοποθετείται καθετήρας στην ουροδόχο κύστη, για να γίνεται ακριβής μέτρηση των ούρων. Έτσι, θα δοθεί η

δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης πιθανής οξείας σωληναριακής νέκρωσης από νεφρική ισχαιμία.⁽¹¹⁾

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η φάση II ή φάση της ειδικής διάγνωσης είναι σημαντική, τόσο για τον καθορισμό των ειδικών επεμβατικών μεθόδων που πιθανόν να χρησιμοποιηθούν όσο και για την πρόγνωση της ΟΑΑΠ. Η ενδοσκόπηση είναι η μέθοδος εκλογής. Ο ακτινολογικός έλεγχος με χορήγηση σκιαγραφικών, αρτηριογραφία και bleeding scan γίνονται, όταν υπάρχει σαφής αντένδειξη για ενδοσκόπηση ή όταν αυτή, για διαφόρους λόγους, δεν μπορέσει να αποκαλύψει το αίτιο της αιμορραγίας. Ιδιαίτερα η επείγουσα ενδοσκόπηση αποτελεί σήμερα τη γενικά αποδεκτή διαγνωστική μέθοδο, αφού παρέχει τη δυνατότητα έγκυρης ανεύρεσης του αιτίου της αιμορραγίας και καθορισμού των ιδιαίτερων χαρακτήρων της.⁽⁶⁾

Από ενδοσκοπικές μελέτες προκύπτει ότι το συχνότερο αίτιο ΟΑΑΠ είναι τα πεπτικά έλκη (>50%), ενώ τα δωδεκαδακτυλικά παρουσιάζονται με διπλάσια συχνότητα των γαστρικών ελκών. Εξάλλου, η οξεία αιμορραγία είναι η συχνότερη σοβαρή επιπλοκή του πεπτικού έλκους και επισυμβαίνει στο 3,5% του συνόλου των ασθενών με γαστρικό ή δωδεκαδακτυλικό έλκος.

Στον πίνακα 6 στο παράρτημα σελ: 159 παρουσιάζονται τα ευρήματα 1021 επειγουσών ενδοσκοπήσεων που έγιναν σε διάστημα 4 ετών στο Σισμανόγλειο Νοσοκομείο Αθηνών με ένδειξη ΟΑΑΠ.

Το συχνότερο αίτιο ΟΑΑΠ ήταν τα πεπτικά έλκη, σε ποσοστό που φθάνει το 55% ενώ τα δωδεκαδακτυλικά έλκη κάλυψαν ποσοστό πάνω από 37%, δηλαδή παρουσίασαν διπλάσια συχνότητα των γαστρικών.

Σε 70-80% των περιπτώσεων, η αιμορραγία από πεπτικό έλκος σταματά αυτόματα και η ενδοσκόπηση ανακαλύπτει μη αιμορραγική βλάβη. Στο υπόλοιπο 20-30%, η αιμορραγία θα συνεχισθεί ή θα ξαναρχίσει σύντομα κατά το χρόνο νοσηλείας μέσα στο νοσοκομείο. Η αξιολόγηση διαφόρων κλινικών και ενδοσκοπικών ευρημάτων μπορεί να δώσει σημαντικές πληροφορίες, όσον αφορά την πορεία της αιμορραγίας από πεπτικό έλκος. Κλινικοί προγνωστικοί δείκτες για εξακολούθηση ή υποτροπή της αιμορραγίας είναι η μεγάλη απώλεια αίματος που τεκμηριώνεται από shock ή μεγάλο αριθμό μεταγγίσεων ή ακόμη και από μικρή συστολική πίεση, η ηλικία, οι διαταραχές της πήξης και η ύπαρξη σοβαρής συνοδού νόσου. Ακόμη, η τοπογραφία του αιμορραγούντος έλκους έχει προγνωστική σημασία. Βαθιά έλκη στο ανώτερο τμήμα του ελάσσονος τόξου του στομάχου και στο οπίσθιο τοίχωμα του βολβού του δωδεκαδακτύλου συχνά συνοδεύονται από κακή έκβαση.⁽³⁻⁶⁾

Ιδιαίτερη αξία έχουν οι ενδοσκοπικοί προγνωστικοί δείκτες που καθορίζουν τη φυσική ιστορία του αιμορραγούντος πεπτικού έλκους και τον τρόπο αντιμετώπισης του. Έτσι, αν κατά την επείγουσα ενδοσκόπηση

παρατηρηθεί ενεργός αναβλύζουσα ή διάχυτη τριχοειδική αιμορραγία, αναμένεται υποτροπή με συχνότητα που κυμαίνεται μεταξύ 80-100%. Μεγάλο ποσοστό υποτροπής (50-60%) της αιμορραγίας παρατηρείται επίσης όταν ανευρίσκεται ορατό, προβάλλον, αγγείο στον πυθμένα του κρατήρα του έλκους. Αντίθετα, αν το έλκος καλύπτεται από ερυθρό ή μαύρο θρόμβο, η πιθανότητα υποτροπής δεν φαίνεται να είναι μεγαλύτερη από εκείνη που παρατηρείται σε έλκη με καθαρό πυθμένα. Όσο εγγύτερα προς την έναρξη της αιμορραγίας γίνει η επείγουσα ενδοσκόπηση τόσο συχνότερα αποκαλύπτονται τα παραπάνω δηλωτικά πρόσφατης αιμορραγίας στίγματα, που δεν παρατηρούνται για περισσότερο από 48-72 ώρες (βλέπε πίνακα 7 στο παράρτημα σελ: 159). Ειδικότερα, αν η επείγουσα ενδοσκόπηση γίνει εντός των πρώτων 12 ωρών από την εισαγωγή του ασθενούς, η συχνότητα της ενεργού αιμορραγίας φθάνει το 41%, ενώ αν γίνει μετά το πρώτο 12ωρο μειώνεται στο 30%.⁽⁵⁻⁷⁾

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΑΑΠ

Η διαπίστωση ενεργού αιμορραγίας ή ορατού αγγείου στον πυθμένα του έλκους κατά την επείγουσα ενδοσκόπηση υποδηλώνει αυξημένη συχνότητα υποτροπής και θέτει σοβαρό προβληματισμό, όσον αφορά τον τρόπο αντιμετώπισης της οξείας αιμορραγίας από πεπτικό έλκος στη φάση II ή φάση της ειδικής θεραπείας. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση ΟΑΑΠ αναφέρεται κυρίως (α) στον έλεγχο της οξείας αιμορραγίας και (β) στην πρόληψη επαναιμορραγίας σε έλκη υψηλού κινδύνου για επαναιμορραγία (π.χ αιμορραγήσαντα έλκη με ορατό αγγείο στον κρατήρα.)

Η χειρουργική επέμβαση εξακολουθεί να είναι η βασική θεραπευτική αντιμετώπιση της οξείας αιμορραγίας από πεπτικό έλκος αν και, παρά τις τεχνικές βελτιώσεις, έχει θνητότητα γύρω στο 20% στην κατηγορία των ασθενών που χρειάζονται επείγουσα επέμβαση. Η ένδειξη της χειρουργικής επέμβασης είναι μια και μοναδική, η βαρύτητα της αιμορραγίας. Ασθενής που παρά την γρήγορη χορήγηση 1500-2000cc αίματος δεν σταθεροποιείται κυκλοφορικά ή που χρειάζεται πέραν των 48 ωρών 6 μονάδες αίματος ημερησίως για να σταθεροποιηθεί αιμοδυναμικά έχει απόλυτη ένδειξη για χειρουργείο. Κριτικοί παράγοντες που βαρύνουν την ένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση είναι:

- 1) Η ηλικία του ασθενούς με κριτικό όριο 60 έτη
- 2) Συνυπάρχουσες παθήσεις όπως κίρρωση του ήπατος
- 3) Η θέση του έλκους με πιο επικίνδυνα τα του οπισθίου δωδεκαδακτυλικού τοιχώματος
- 4) Υποτροπή αιμορραγίας σε σύντομο χρονικό διάστημα
- 5) Δυνατότητα πρόσβασης σε αιμοδοσία και σπάνια ομάδα αίματος.⁽⁶⁻⁷⁾

Το γεγονός αυτό ώθησε, τα τελευταία χρόνια, την ανάπτυξη πολλών ενδοσκοπικών αιμοστατικών τεχνικών που εφαρμόζονται κατά κύριο

λόγο κατά την επείγουσα ενδοσκόπηση και έχουν ως σκοπό την τροποποίηση της φυσικής ιστορίας της αιμορραγίας από πεπτικό έλκος και την αποφυγή, τουλάχιστον, του επείγοντος χειρουργείου.

Στον πίνακα 8 στο παράρτημα σελ: 160, παρουσιάζεται σε διάγραμμα η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΟΑΑΠ από πεπτικό έλκος. Οι ασθενείς με μεγάλο ή μη προσιτό ή συνοδευόμενοι από ψευδανεύρισμα δωδεκαδακτυλικό έλκος που δεν αιμορραγεί, αλλά έχει στον πυθμένα του ορατό αγγείο, πρέπει να οδηγούνται στο χειρουργείο. Ακόμη, σε όλες τις περιπτώσεις που παρατηρείται υποτροπή της αιμορραγίας μετά την αρχική αιμόσταση, η δεύτερη ενδοσκοπική προσπάθεια αιμόστασης πρέπει επίσης να ακολουθείται από χειρουργική επέμβαση.⁽³⁻⁵⁾

Έτσι, γίνεται εκμετάλλευση του χρόνου κατά τον οποίο δεν αιμορραγεί το μεγάλο ή «δύσκολο» πεπτικό έλκος, που έχει όμως μεγάλη πιθανότητα υποτροπής, καθώς και του ενδοσκοπικού αιμοστατικού αποτελέσματος που για όλες τις μεθόδους είναι ικανοποιητικό, όσον αφορά την αρχική αιμόσταση.

Το επιδιωκόμενο όφελος από την ενδοσκοπική αιμόσταση είναι η μείωση της θνητότητας, της νοσηρότητας και του κόστους νοσηλείας των ασθενών με οξεία αιμορραγία από πεπτικό έλκος, που μπορεί να επιτευχθεί με τον έλεγχο της αιμορραγίας, αλλά και με τη μετατροπή της επείγουσας χειρουργικής επέμβασης σε εκλεκτική, οπότε η θνητότητα είναι πολύ μικρότερη (3%).⁽⁶⁾

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΑΙΜΟΣΤΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι μέθοδοι ενδοσκοπικής αιμόστασης που έχουν περιγραφεί κατά καιρούς είναι πάρα πολλές. Οι περισσότερες από αυτές (βλέπε πίνακα 9 στο παράρτημα σελ: 161) έχουν αξιολογηθεί με μελέτες σε ζωικά πειραματικά πρότυπα, σε ανθρώπους, σε ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές και σε τυχαίοποιημένες συγκριτικές μελέτες. Οι χρησιμοποιούμενες τεχνικές συνδυάζουν την άμεση αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και το μικρό ποσοστό επιπλοκών με την ευκολία στη μάθηση, την απλότητα στην εφαρμογή και το μικρό κόστος.⁽⁶⁾

ΘΕΡΜΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ

Η τοπική θέρμανση της περιοχής της αιμορραγίας έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση οιδήματος στους ιστούς, την κατακρήμνιση και πήξη των πρωτεϊνών και, τελικά, τη σύσπαση και θρόμβωση των αγγείων. Η θερμότητα διοχετεύεται στην περιοχή της αιμορραγίας είτε υπό τη μορφή ηλεκτρικού ρεύματος (ηλεκτροπηξία) είτε άμεσα ως θερμότητα (θερμοπηξία) είτε με τη μορφή φωτονίων (φωτοπηξία-laser). Οι θερμικές μέθοδοι ήταν οι πρώτες που χρησιμοποιήθηκαν για αιμόσταση και έχει σωρευθεί σήμερα αξιόλογη κλινική εμπειρία.⁽¹⁷⁾

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗ ΜΕ ΕΝΕΣΕΙΣ

Η ενδοσκοπική αιμόσταση με τοπική έγχυση σκληρυντικών ή άλλων αιμοστατικών ουσιών άρχισε να εφαρμόζεται στις αρχές της δεκαετίας

του 1970 στην Ιαπωνία και πολύ γρήγορα διαδόθηκε ευρέως. Σ' αυτό συντέλεσαν τόσο η μεγάλη κλινική εμπειρία από την επιτυχή εφαρμογή της ενδοσκοπικής σκλήρυνσης των κισμών του οισοφάγου όσο και το ότι ο μόνος εξοπλισμός που απαιτείται είναι μια εύκαμπτη βελόνα εγχύσεων. Οι μέθοδοι αιμόστασης με ενέσεις που έχουν περιγραφεί έχουν κοινή τεχνική και διαφέρουν μόνον όσον αφορά το είδος της εγχέομενης ουσίας. Η τεχνική περιλαμβάνει έγχυση του σκληρυντικού ή αιμοστατικού διαλύματος σε 4-6 σημεία στην περιφέρεια του έλκους και σε ένα ή δύο σημεία στη βάση του αιμορραγούντος ή ορατού αγγείου. Τα αποτελέσματα είναι οίδημα, πίεση, αγγειοσύσπαση, θρόμβωση και ίνωση του αγγείου και των γύρω ιστών. Τα διαλύματα που χρησιμοποιούνται είναι (βλέπε πίνακα 10 στο παράρτημα σελ: 161):

1) Αιθυλική αλκοόλη 97% (απόλυτη αλκοόλη). Είναι το πρώτο σκληρυντικό διάλυμα που χρησιμοποιήθηκε. Κάθε έγχυση περιέχει 0,1-0,5ml και η συνολική ποσότητα εγχέομενης ουσίας δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 5ml. Η απόλυτη αλκοόλη προκαλεί αφυδάτωση και μονιμοποίηση των ιστών, καθώς και θρόμβωση των μικρών αρτηριολίων που οδηγεί σε ισχαιμική νέκρωση του βλεννογόνου. Παρατηρήθηκε θετική γραμμική συσχέτιση μεταξύ εκτάσεως νεκρώσεως και ποσότητας ενεθείσης αλκοόλης. Τα ποσοστά επιτυχούς αρχικής αιμόστασης με απόλυτη αλκοόλη κυμαίνονται μεταξύ 65% και 99%, με συχνότητα υποτροπής της αιμορραγίας μεταξύ 6,5% και 12%. Η σοβαρότερη επιπλοκή είναι η διάτρηση κι επισυμβαίνει σε ποσοστό 1% περίπου.⁽²⁰⁾

2) Διάλυμα πολυδοκανόλης 1%. Το ίδιο διάλυμα χρησιμοποιείται για σκλήρυνση των κισμών του οισοφάγου. Η έγχυση γίνεται σε δόσεις 0,5-1ml και συνολική ποσότητα μπορεί να φθάσει τα 12ml. Τα αποτελέσματα, όσον αφορά την αρχική αιμόσταση και τις υποτροπές είναι περίπου τα ίδια με αυτά του διαλύματος της απόλυτης αλκοόλης, όπως και η συχνότητα επιπλοκών (διάτρηση).

3) Διάλυμα αδρεναλίνης 1/10.00. Εγχέεται σε δόση παρόμοια της πολυδοκανόλης. Η αιμοστατική δράση της αποδίδεται στην παρατεταμένη ισχαιμία που προκαλεί λόγω αγγειοσύσπασης και οιδήματος στην περιοχή των εγχύσεων, καθώς και στην προαγωγή της συσσώρευσης των αιμοπεταλίων. Το αιμοστατικό αποτέλεσμα είναι ικανοποιητικό ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιείται διάλυμα υπέρτονο ορού-αδρεναλίνης φθάνει σε διάφορες μελέτες μέχρι 100%, όσον αφορά την αρχική αιμόσταση. Δεν αναφέρονται σοβαρές επιπλοκές. Από πολλούς χρησιμοποιείται συνδυασμός αδρεναλίνης και άλλων ουσιών, κυρίως όμως συνδυασμό με κάποια από τις θερμικές μεθόδους. Στην τελευταία περίπτωση, υπάρχουν μελέτες με πολύ καλά αποτελέσματα συνδυασμού διαλύματος αδρεναλίνης και φωτοπηξίας με NY-Yag LASER.⁽¹⁹⁾

4) Ακόμη, έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα διαλύματα, όπως δεξτρόζης 50%, θρομβίνης, Sodium morrhuate 5%, tetracedyl sulphate, παραγώγων

cyanoacrylate, ινώδους, μικροκρυστάλλων κολλαγόνου κ.α., που όμως δεν έτυχαν ευρείας αποδοχής.⁽⁶⁾

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗ ΜΕ ΜΗΧΑΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ

Μηχανικά clips. Η μέθοδος εφαρμόσθηκε για πρώτη στην Ιαπωνία από τον Hayashi και έχει καλά αποτελέσματα, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για αγγεία μεγάλης διαμέτρου (>1,5mm). Μειονέκτημα της μεθόδου είναι η συχνή μετατόπιση των clips και επομένως το μεγάλο ποσοστό υποτροπών της αιμορραγίας.

Συρραπτική μηχανή. Η τεχνική βρίσκεται σε εξέλιξη. Πρόκειται για ειδικό μηχανισμό που προσαρμόζεται στο άκρο του ενδοσκοπίου πρόσθιας εποπτείας, με τη βοήθεια του οποίου μεταφέρεται στην περιοχή του αιμορραγούντος έλκους. Ο μηχανισμός φέρει ευμεγέθη σχισμή, μέσα στην οποία αναρροφάται ο ιστός με το αγγείο που αιμορραγεί. Στη συνέχεια, με ειδικούς χειρισμούς τοποθετούνται συνεχή χειρουργικά ράμματα.

Πίεση με μπαλόνι. Χρησιμοποιείται σε αιμορραγίες από έλκη του βολβού του δωδεκαδακτύλου. Το μπαλόνι βρίσκεται στο άκρο ειδικού καθετήρα, που προωθείται μέσω του ενδοσκοπίου στο βολβό του δωδεκαδακτύλου. Αφού φουσκώσει το μπαλόνι, το ενδοσκόπιο αποσύρεται. Η πίεση που ασκεί το μπαλόνι στα τοιχώματα του δωδεκαδακτύλου προκαλεί αιμόσταση. Μειονέκτημα της μεθόδου είναι η πιθανή ισχαιμική νέκρωση των τοιχωμάτων.⁽²¹⁾

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Σε οξεία φάση ανάπαυση, συχνή λήψη ζωτικών σημείων, ιδιαίτερα της αρτηριακής πίεσης και αξιολόγηση τους για ανάλογη αντιμετώπιση. Τίποτα από στόμα. Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών ενδοφλέβια. Εκτίμηση απώλειας ποσού αίματος και φροντίδα για αντικατάσταση με μετάγγιση. Σε αιματεμέσεις εφαρμογή Levin, παρακολούθηση της αιμορραγίας και πλύσεις στομάχου με παγωμένο φυσιολογικό ορό, που συμβάλλει στην επιβράνδυση ή το σταμάτημα της, διότι το κρύο προκαλεί αγγειοσύσπαση.⁽¹³⁻²¹⁾

7.3: Διάτρηση

Η διάτρηση συμβαίνει όταν το έλκος προχωρήσει πολύ σε βάθος μέχρι σημείου να φαγωθεί όλο το τοίχωμα του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου. Η τρύπα που δημιουργείται επιτρέπει την έξοδο του γαστρικού περιεχομένου, δηλαδή των γαστρικών υγρών και της τροφής, μέσα στην κοιλιά με αποτέλεσμα να δημιουργείται μια πολύ βαριά φλεγμονή, η περιτονίτιδα, η οποία είναι θανατηφόρος αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα. Η διάτρηση εμφανίζεται με ξαφνικό σοβαρότατο άλγος στην άνω κοιλιά σαν μαχαιριά. Εμφανίζεται ώρες μετά την λήψη της τροφής. Η αρχική αντίδραση είναι χημικός ερεθισμός του περιτοναίου που προκαλείται από το όξινο περιεχόμενο του στομάχου και των παγκρεατικών υγρών. Το περιτόναιο αντιδρά με μαζική παραγωγή υγρών που αραιώνουν τους ανωτέρω τοξικούς παράγοντες με αποτέλεσμα καταρχήν ο πόνος να υποχωρεί (φωτεινό διάλειμμα).⁽⁶⁾

ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ-ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η κλινική αξιολόγηση του ασθενούς θα δείξει έναν βαριά πάσχοντα άρρωστο, που παραπονιέται για αιφνίδιο εντονότατο πόνο στο επιγάστριο. Αυτός ο πόνος ακτινοβολεί στον ώμο ή το δεξιό κάτω τεταρτημόριο της κοιλιάς και πολλές φορές συνοδεύεται από ναυτία και εμέτους, που ακολουθούνται από μείωση της έντασης του πόνου, για μερικές ώρες. Κατόπιν, η κοιλιά γίνεται σανιδώδης και παρουσιάζεται πυρετός και ευαισθησία κατά την ψηλάφηση.

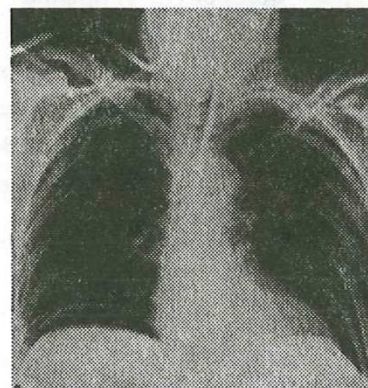
Συχνά, συμβαίνει παραλυτικός ειλεός, που γίνεται καταφανής από την απουσία των εντερικών ήχων. Ο άρρωστος εκδηλώνει μεγάλη αγωνία, αποφεύγει τις κινήσεις, ακόμη και τις βαθιές αναπνοές. Οι αναπνοές είναι επιπόλαιες και συχνές και παρουσιάζει σημεία και συμπτώματα υπογκαιμίας. Τα σημεία και συμπτώματα οφείλονται στον ερεθισμό του περιτοναίου και την περιτονίτιδα. Αν το έλκος ανοίξει μέσα στην ελάσσονα περιτοναϊκή κοιλότητα, προκαλεί λιγότερο δραματικά σημεία και συμπτώματα. ⁽⁶⁾

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ-ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Η διάγνωση για τον καταρτισμένο, προσεκτικό γιατρό, δεν είναι δύσκολη. Θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί από άλλες επείγουσες καταστάσεις. Στην περίπτωση που ο πόνος υποχωρήσει (φωτεινό διάλειμμα) τότε ο γιατρός βλέπει τον ασθενή και είναι πολύ πιθανό να μην μπορέσει να κάνει διάγνωση λόγω έλλειψης συμπτωμάτων που βέβαια εμφανίζονται εκ νέου αργότερα. Ο ασθενής είναι ξαπλωμένος, ήσυχος και αποφεύγει κίνηση των κοιλιακών τοιχωμάτων. Συνυπάρχει σύσπαση των κοιλιακών μυών (σαδινοειδής κοιλία). ⁽²²⁾

Ο περισταλτισμός του εντέρου είναι ελαττωμένος ή απών. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με μια απλή ακτινογραφία κοιλίας σε όρθια θέση, η οποία αποκαλύπτει την παρουσία αέρος υποδιαφραγματικά 85%, που είναι παθολογική διατήρησης κοίλου σπλάχνου.

Η συχνότητα αυτής της δραματικής επιπλοκής του έλκους κυμαίνεται. Συμβαίνει σε ένα ποσοστό 7-10% του συνολικού αριθμού των ελκών και η συχνότητα του δωδεκαδακτυλικού έλκους είναι 15 φορές μεγαλύτερη του γαστρικού. Είναι μια επιπλοκή που εμφανίζεται σπανιότερα στις γυναίκες, ενώ συμβαίνει σχεδόν αποκλειστικά σε άντρες ηλικίας 25-40 ετών.⁽²⁰⁻²²⁾



Συλλογή αέρος στο ημιδιάφραγμα επί διατήρησης στομάχου.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η αντιμετώπιση της διάτρησης του έλκους μπορεί να είναι συντηρητική αλλά κυρίως εγχειρητική. Η συντηρητική εφαρμόζεται σε λίγες περιπτώσεις που αφορούν σε άτομα μεγάλης ηλικίας, με βαριά καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια ή shock λόγω παραμελημένης διάτρησης. Εφαρμόζεται επίσης σε περιπτώσεις που η επέμβαση λόγω συνθηκών είναι αδύνατη (πλοία, αποκλεισμένες περιοχές κ.α.). πρέπει να συνοδεύεται με καλή παροχέτευση του στομάχου, παρεντερική χορήγηση υγρών και μεγάλες δόσεις αντιβιοτικών. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να είμαστε βέβαιοι ότι πρόκειται για διάτρηση έλκους, γιατί δεν θα ήταν ευχάριστη μια ρήξη άλλου κοίλου σπλάχνου και δη του παχέος εντέρου.

Η εγχειρητική θεραπεία εφαρμόζεται στο 95% των περιπτώσεων. Αυτή μπορεί να είναι απλή αντιμετώπιση της επιπλοκής με συρραφή της διάτρησης ή αντιμετώπιση της επιπλοκής που συνδυάζεται με ριζική θεραπεία της νόσου του έλκους. Εν τούτοις, ποσοστό 20-58% των ασθενών που υποβάλλονται σε απλή συρραφή του διατρηθέντος έλκους θα χρειαστεί να υποβληθούν αργότερα σε οριστική χειρουργική αντιμετώπιση της πάθησης. Η ιδανική θεραπεία του διατρηθέντος έλκους θα πρέπει να συνδυάζει την ελαχιστοποίηση της θνητότητας, την πρόληψη υποτροπής του έλκους και την πρόληψη ανεπιθύμητων ενεργειών στην ομάδα των ασθενών που δεν είχαν συμπτώματα έλκους.

⁽²³⁾

Για την επιλογή της μεθόδου αντιμετώπισης της επιπλοκής θα πρέπει να γίνεται ανάλογη επιλογή των ασθενών και πάντοτε με αυστηρά κριτήρια (βλέπε πίνακα 11 στο παράρτημα σελ: 162). Είναι γεγονός ότι η απλή συρραφή πλεονεκτεί της ριζικής εγχείρησης λόγω του μικρού χρόνου με θνητότητα που κυμαίνεται από 2,9-10% δεν λύνει όμως το πρόβλημα. Είναι γνωστό επίσης ότι με απλή συρραφή το 1/3 των

ασθενών θα απαιτήσει πάλι επέμβαση, το 1/3 θα χρειαστεί συχνή φαρμακευτική αγωγή και το 1/3 μόνο θα μείνει ασυμπτωματικό.

Γενικώς για την αντιμετώπιση του διατρηθέντος έλκους δεν υπάρχει καθιερωμένη θεραπεία. Παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την επιλογή του είδους της επέμβασης είναι:

1. η γενική κατάσταση του ασθενούς,
2. η ηλικία του ασθενούς,
3. η παχυσαρκία,
4. ο χρόνος από τη διάτρηση,
5. η διάρκεια συμπτωμάτων της νόσου,
6. η βαρύτητα της περιτονίτιδας,
7. το είδος του έλκους (οξύ ή χρόνια),
8. η εμπειρία του χειρουργού.⁽²²⁾

Η απλή συρραφή του διατρηθέντος έλκους και η επικάλυψη με επίπλουν αποτελεί ασφαλή και ταχεία μέθοδο αντιμετώπισης της διάτρησης. Οι πρόσφατες πρόοδοι της αναισθησιολογίας, όπως και της προ- και μετ-εγχειρητικής αγωγής κατέστησαν εφικτή και την οριστική αντιμετώπιση του έλκους κατά την διάρκεια της επέμβασης για την διάτρηση.

Τα βιβλιογραφικά δεδομένα, όσον αφορά το είδος της επέμβασης (απλή συρραφή ή οριστική αντιμετώπιση), είναι αντιφατικά. Ορισμένοι συνιστούν ως επέμβαση εκλογής τη βαγοτομή και παροχετευτική επέμβαση (συνήθως πυλωροπλαστική ή γαστρεντεροαναστόμωση), εκτός αν ο ασθενής είναι σε κατάσταση σηπτικού shock, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι η οριστική θεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται εκλεκτικά σε νέους ασθενείς (40-65 ετών), με προηγούμενο ιστορικό χρόνιου έλκους.

Η διάκριση των ελκών σε οξέα και χρόνια γίνεται με βάση τη διάρκεια τυχόν συμπτωμάτων προ της διάτρησης και τη ανεύρεση κατά την επέμβαση ουλώδους ιστού στην περιοχή του έλκους. Ως αυθαίρετο όριο για την διάκριση των οξέων από τα χρόνια έλκη προτείνονται οι 3 μήνες.⁽⁶⁻²⁰⁾

Οριστική θεραπεία συνιστάται για τους ασθενείς με διάρκεια συμπτωμάτων πάνω από 3 μήνες, ενώ για τους ασθενείς με διάρκεια συμπτωμάτων κάτω από 3 μήνες αρκεί η απλή συρραφή της διάτρησης. Εν τούτοις, η διάκριση των ελκών σε οξέα και χρόνια είναι αυθαίρετη. Έχει υπολογιστεί ότι, αν εφαρμοστεί σε όλους τους ασθενείς με συμπτώματα χρόνιου έλκους και οριστική θεραπεία, ένα ποσοστό περίπου 30% αυτών θα υποβληθεί σε περιττή επέμβαση. Επιπλέον, ένα ποσοστό 50-60% των ασθενών που δεν χρειαζόταν να υποβληθούν και σε οριστική θεραπεία θα έχουν επιπλοκές από τη χειρουργική επέμβαση.

Η οριστική θεραπεία θα πρέπει να αποφεύγεται σε βαριά γενική κατάσταση και εκσεσημασμένη περιτονίτιδα. Το σύνηθες χρονικό

περιθώριο από τη στιγμή της διάτρησης, εντός του οποίου είναι δυνατόν να επιχειρηθεί οριστική θεραπεία, είναι οι 12 ώρες.

Ως οριστική θεραπεία επί της διάτρησης του έλκους προτείνεται σήμερα η βαγοτομή σε συνδυασμό με πυλωροπλαστική ή γαστρεντεροαναστόμωση, ενώ παλιότερα εφαρμοζόταν η μερική γαστρεκτομή. Αν και η προσθήκη βαγοτομής παρατείνει το χρόνο της επέμβασης, δεν φαίνεται να αυξάνει τη θνητότητα, με την προϋπόθεση ότι ο ασθενής δεν είναι σε κατάσταση shock, δεν πάσχει από άλλη συνυπάρχουσα νόσο και έχει προηγηθεί ρύθμιση υγρών-ηλεκτρολυτών.
(22-23)

Κατά την εγχείρηση, με μια υπερομφάλιο λαπαροτομία διανοίγεται η κοιλιά και αφού παρθούν καλλιέργειες, αναζητείται στο δωδεκαδάκτυλο και στον στόμαχο η οπή της διάτρησης. Εφόσον εντοπιστεί και πρόκειται για έλκος δωδεκαδακτύλου γίνεται νεαροποίηση των χειλέων και συρραφή. Εάν πρόκειται για γαστρικό έλκος μπορεί να γίνει και σφηνοειδής εκτομή του έλκους και να αποσταλεί για ιστοπαθολογική εξέταση ώστε να αποκλειστεί η ύπαρξη του καρκίνου.

Για τα διατρηθέντα έλκη δωδεκαδακτύλου όπου συνυπάρχει συνήθως και παραμόρφωση του βολβού, υπάρχει ο κίνδυνος με τη συρραφή να δημιουργηθεί στένωση του αυλού, οπότε συνίσταται να γίνει μικρή επέκταση της τομής προς τον πυλωρό και να συρραφεί εγκαρσίως υπό τύπο πυλωροπλαστικής. Στη συνέχεια η επέμβαση συμπληρώνεται και με μια βαγοτομή. Μόνο σε ελάχιστες βαριές περιτονίτιδες και ενδοκοιλιακά αποστήματα είναι δυνατόν να είναι αντένδειξη η βαγοτομή. Τέλος η κοιλιά χρειάζεται επιμελή έκπλυση και ανάλογα με τη συνήθεια του χειρουργού, τοποθετείται ή όχι παροχέτευση. Μετεγχειρητικά ο στόμαχος παροχετεύεται για 3-4 μέρες με ρινογαστρικό καθετήρα ενώ η χορήγηση αντιβιοτικών που έχει αρχίσει προεγχειρητικά συνεχίζεται για τις επόμενες 3-4 μέρες. Στην περίπτωση που τυχόν προκύψουν σηπτικά προβλήματα, τότε προσαρμόζεται η αντιβίωση στις καλλιέργειες που πάρθηκαν διεγχειρητικά.⁽²³⁾

Σήμερα, οι περισσότεροι χειρουργοί μετά τη συρραφή χορηγούν Η₂-αναστολείς για τουλάχιστον 2 μήνες. Τα μη επιπλεγμένα έλκη ιώνται με την αγωγή αυτή σε ποσοστό 90% και αν η διάτρηση θεωρηθεί ως ένδειξη σοβαρότερου έλκους το ποσοστό ίασεως αναμένεται κατά τι μικρότερο.

Πρόσφατα έχει αναφερθεί ότι η καλύτερη μέθοδος αντιμετώπισης είναι η απλή συρραφή, ακολουθούμενη από θεραπεία με Η₂-αναστολείς, μέχρις ότου επιτευχθεί ίαση. Σε ασθενής με χρόνιο έλκος είναι δυνατόν να απαιτηθεί παρατεταμένη θεραπεία. Φαίνεται ότι οι μόνοι ασθενείς που πρέπει να υποβάλλονται και σε οριστική αντιμετώπιση της νόσου είναι εκείνοι, στους οποίους η διάτρηση σημειώνεται, ενώ ήδη υποβάλλονται σε αγωγή με Η₂-αναστολείς ή που ήδη έχουν παρουσιάσει προηγούμενη επιπλοκή του έλκους.⁽²⁰⁾ Αντίθετα, η απλή συρραφή

αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για τα διατηρηθέντα έλκη, αφού προσφέρει μεγάλο ποσοστό μόνιμης θεραπείας του έλκους και το ποσοστό των ασθενών που επανυποβάλλονται σε επέμβαση είναι μικρό και κυμαίνεται στα όρια υποτροπής του έλκους μετά εκλεκτική βαγοτομή και παροχετευτική επέμβαση για τα έλκη.

Πάντως, οι τοπικές συνθήκες, η γενική κατάσταση του ασθενούς, το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από τη διάτρηση και η κρίση κι η εμπειρία του χειρουργού είναι η βασικοί παράγοντες που θα επηρεάσουν σημαντικά την απόφαση για την προσθήκη και της οριστικής θεραπείας στην αντιμετώπιση του διατηρηθέντος έλκους. ⁽²²⁻²³⁾

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝΤΟΣ ΕΛΚΟΥΣ

Το 1989 πρώτος ο Γάλλος γυναικολόγος Mourret εισήγαγε τη λαπαροσκοπική προσέγγιση του διατιτραίνοντος έλκους, υπό γενική αναισθησία η οποία δεν περιλάμβανε τη λαπαροσκοπική συρραφή του. ένα χρόνο μετά, πραγματοποιήθηκε η πρώτη λαπαροσκοπική συρραφή διατιτραίνοντος έλκους και έκτοτε και άλλα κέντρα έχουν προχωρήσει στη λαπαροσκοπική αντιμετώπιση του.

Ωστόσο, τρία ήταν τα θεωρητικά προβλήματα σχετικά με τη εφαρμογή της νέας μεθόδου: α)ο κίνδυνος «κακοήθους» υπερκαπνίας μετά την εμφύσηση του CO₂ σε φλεγμένον περιτόναιο, β)ο κίνδυνος διασποράς της λοίμωξης και σηπτικής καταπληξίας από την είσοδο βακτηριδίων και των τοξινών τους στη συστηματική κυκλοφορία εξαιτίας της αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης και γ)ο μεγαλύτερος κίνδυνος μετεγχειρητικών ενδοκοιλιακών αποστημάτων λόγω δυσχερειών στη λαπαροσκοπική πλύση της περιτοναϊκής κοιλότητας.

Προς ανατροπή των παραπάνω επιχειρημάτων και περαιτέρω εξάπλωση της εφαρμογής της λαπαροσκοπικής τεχνικής, πραγματοποιήθηκαν πειραματικές μελέτες. Οι μελέτες αυτές απέδειξαν ότι δεν υπήρχαν αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (ανοιχτής λαπαροτομίας-λαπαροσκοπικής επέμβασης). Απεδείχθει ταχύτερη βακτηριακή κάθαρση και πιο περιορισμένη βλάβη των τοπικών και γενικών αμυντικών μηχανισμών σε σχέση με τη λαπαροτομία. Ερευνητές απέδειξαν ότι δε λαμβάνει χώρα βαριά υπερκαπνία στους ασθενείς με διάτρηση έλκους και συνοδό περιτονίτιδα. Τέλος, όσον αφορά την είσοδο μικροβίων στη συστηματική κυκλοφορία, υπάρχουν μελέτες που αποδεικνύουν απουσία κινδύνου διασποράς μικροβίων λόγω της αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης εκ του πνευμοπεριτοναίου. Σε όλες τις μελέτες με λαπαροσκοπική συρραφή διατρήσεων, η συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών είναι μικρότερη του 1-2%, σε σχέση με τη μέθοδο της συνεχούς αναρρόφησης από Levin και περιτοναϊκών πλύσεων που ήταν 2-15%. Η εξήγηση γι' αυτό συνίσταται στη λεπτομερή και προσεκτική πλύση της περιτοναϊκής κοιλότητας με την οποία ξεκινάει η επέμβαση.⁽²³⁾

Μετά τα πρώτα ενθαρρυντικά αποτελέσματα της εφαρμογής στην πράξη της λαπαροσκοπικής συρραφής του έλκους και βασιζόμενοι στα αποτελέσματα των πειραματικών μελετών, ορισμένοι χειρουργοί προχώρησαν και στην οριστική αντιμετώπιση του διαιττραίνοντος έλκους με αυτή τη μέθοδο. Το ποσοστό επιτυχίας τέτοιου είδους λαπαροσκοπικής αντιμετώπισης ήταν 90%. Πολλά χειρουργικά κέντρα εφάρμοσαν τη λαπαροσκοπική τεχνική για τη θεραπεία της διάτρησης. Πρότειναν δε την ευρύτερη εισαγωγή της λαπαροσκοπικής τεχνικής ως μέθοδο εκλογής της χειρουργικής αντιμετώπισης του διαιττραίνοντος έλκους.

Οι τεχνικές που εφαρμόστηκαν ήταν συρραφή και επιπλοπλαστική. Παρατηρήθηκε μείωση του εγχειρητικού χρόνου, της νοσηρότητας και της θνητότητας καθώς και της νοσηλείας τους. Επιπρόσθετα η λαπαροσκοπική τεχνική έχει λιγότερες επιπλοκές, μικρότερη απώλεια αίματος, μικρότερο χρόνο νοσηλείας, χαμηλότερη δόση αναλγητικών και οπιούχων. Πολλά χειρουργικά κέντρα εφαρμόζουν τη λαπαροσκοπική συρραφή διάτρησης και προτείνουν συνδυασμένη ενδοσκοπική και λαπαροσκοπική ενδοσκόπηση. Η πλειοψηφία των συγγραφέων προτείνουν ευρύτερη εισαγωγή της λαπαροσκοπικής τεχνικής σαν μέθοδο βελτιστοποίησης της χειρουργικής αντιμετώπισης της διάτρησης και τελευταία σαν μέθοδο εκλογής.⁽²²⁻²³⁾

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Απαιτεί άμεση αντιμετώπιση του shock, ανάπαυση, ανοιχτή φλεβική γραμμή με ορό, λήψη ζωτικών σημείων αλλά και άμεση χειρουργική επέμβαση. Ενισχύουμε τον άρρωστο ψυχολογικά και τους συγγενείς του, διότι οι καταστάσεις αυτές προκαλούν πανικό λόγω του απροσδόκητου και της οξύτητας.⁽¹³⁾

7.4: Πυλωρική Στένωση

Πολλαπλές νοσήσεις από έλκος και ιάσεις συνεπάγονται δημιουργία ουλών, οίδημάτων και μυϊκού σπασμού στο σημείο της γαστροδωδεκαδακτυλικής συμβολής που οδηγούν σε απόφραξη. Η κατάσταση αυτή της απόφραξης πρέπει να διακριθεί από εκείνη που οφείλεται σε παρουσία όγκου. Η πυλωρική στένωση είναι αποτέλεσμα πολυετών υποτροπών έλκους που προκαλούν τελικά ουλοποίηση του πυλωρού. Δηλαδή όταν τα έλκη του πυλωρού επουλώνονται με συνδετικό ιστό ο οποίος έχει την ιδιότητα να συρρικνώνεται, έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργείται μια ζαρωμένη ουλή.⁽⁶⁾

Η ζαρωμένη αυτή ουλή παραμορφώνει και στενεύει ή αποφράσσει το πυλωρικό στόμιο, την έξοδο δηλαδή του στομαχιού προς τον δωδεκαδάκτυλο. Αποφράσσει την δίοδο της τροφής μέσα από τον πυλωρό, το στομάχι αποκτά μεγάλο μέγεθος και είναι συνέχεια γεμάτο παλιές τροφές. Το τελικό αποτέλεσμα είναι το στομάχι να αδειάζει με σημαντική καθυστέρηση ή καθόλου μέχρι την τέλεια απόφραξη. Αυτό οδηγεί σε εμέτους, που μπορεί να υποχωρήσουν κάτω από αυστηρή ιατρική θεραπεία. Η επιπλοκή αυτή σπανίζει σήμερα λόγω των σπουδαίων φαρμάκων που κυκλοφορούν. Τη βλέπουμε πια σε παραμελημένους ασθενείς που ήρθαν στην Ελλάδα από φτωχές χώρες.⁽¹⁴⁾

ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ-ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Κατά την κλινική εκτίμηση, ο άρρωστος θα παραπονιέται για κλασικό πόνο έλκους του στομάχου, αίσθημα επιγαστρικής πληρότητας και βάρους μετά το φαγητό, ανορεξία, απώλεια βάρους και εμέτους που περιέχουν άπεπτες τροφές και με τους οποίους αποβάλλονται τροφές προηγούμενων ημερών. Η εξέταση της κοιλιάς δείχνει διάταση με ορατό περισταλτισμό.

Συνήθως οι ασθενείς αναφέρουν ιστορικό έλκους προ μηνών ή ετών και ότι ο πόνος δεν αντιμετωπίζεται πλέον με αντιόξινα. Αναφέρουν επίσης απουσία χολής (πράσινο) στο περιεχόμενο των εμεσμάτων. Συνυπάρχει κακή θρέψη και αφυδάτωση από τους συχνούς εμέτους.

Τα κύρια συμπτώματα της στένωσης ή απόφραξης είναι: δυσπεψία, βάρος, ναυτία, τροφώδης δύσοσμος εμετός. Συχνά παρατηρούνται ορατές περισταλτικές κινήσεις στο επιγάστριο. Υπάρχει παφλασμός και ο εμετός μπορεί να οδηγήσει σε αφυδάτωση και σε αλκάλωση. Ο εμετός ή η γαστρική αναρρόφηση με ρινογαστρικό καθετήρα Levin αποδεικνύει παρουσία τροφικών στοιχείων προηγούμενων ημερών.⁽¹⁷⁾

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η διάγνωση της πυλωρικής στένωσης επιβεβαιώνεται από την παρουσία νυχτερινού γαστρικού υπολείμματος μεγαλύτερου των 50ml, που περιέχει άπεπτες τροφές. Επίσης γίνεται ακτινογραφικός έλεγχος με βάριο και δείχνει την αιτία των συμπτωμάτων δηλαδή την απόφραξη.

Αποδεικνύει ευμεγέθη στόμαχο με κατακράτηση τροφών ενώ ταυτόχρονα το σημείο της στένωσης εμφανίζεται με σαφήνεια. Ακόμη μια γαστροσκόπηση επιβάλλεται για να αποδειχθεί η ύπαρξη ενδεχομένως καρκίνου ή όχι.⁽¹³⁾

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπεία της πυλωρικής στένωσης μπορεί να είναι συντηρητική με εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα Levin για απαλλαγή από τη διάταση και αποσυμπίεση του στομάχου με την προσδοκία ελάττωσης του οιδήματος και την αποκατάσταση της διέλευσης των τροφών δια του πυλωρού. Εφαρμογή διαλείπουσας αναρρόφησης για κένωση του στομάχου. Η απόφραξη υποχωρεί σε 48 ώρες. Κάλυψη των αναγκών του αρρώστου σε νερό και θρεπτικές ουσίες με ενδοφλέβιες χορηγήσεις. Χορήγηση υγρών από το στόμα μετά τη λύση της απόφραξης και γαστροκινητικά φάρμακα. Εφ' όσον δεν βελτιώνεται επαρκώς η κατάσταση και αν δεν λυθεί η απόφραξη ή το πυλωρικό άνοιγμα είναι πολύ στενό, γίνεται χειρουργική επέμβαση.⁽⁵⁾

Απαραίτητη προϋπόθεση για να οδηγηθεί ο ασθενής στο χειρουργείο είναι η σχολαστική προετοιμασία που αποσκοπεί σε:

1. σχολαστικό καθαρισμό του στομάχου με έκπλυση από τα υπολείμματα τροφών ή βαρίου,
2. καλή παροχέτευση του στομάχου με ρινογαστρικό καθετήρα που βοηθά το διατεταγμένο άτομο όργανο να αποκτήσει τον τόνο του,
3. γαστροσκοπικός έλεγχος προς αποκλεισμό τυχόν άλλης αιτίας της απόφραξης.
4. διόρθωση της γενικής κατάστασης του καταβεβλημένου ασθενούς με παρεντερική χορήγηση υγρών, διόρθωση ηλεκτρολυτών, λευκωμάτων.

Η κατά καιρούς χρησιμοποιηθείσα γαστρεκτομή θεραπεύει το ασθενή, στον οποίο όμως συσσωρεύονται όλα τα προβλήματα μιας γαστρεκτομής. Επιπλέον η γαστρεκτομή είναι μια επέμβαση που αυξάνει τους κινδύνους για ασθενείς με κακή γενική κατάσταση λόγω του χρόνιου υποσιτισμού. Σήμερα στους περισσότερους ασθενείς εφαρμόζονται η βαγοτομή και πυλωροπλαστική ή βαγοτομή και γαστρεντεροαναστόμωση, αλλά αναφέρεται ότι αυτές οι μέθοδοι δίνουν σε ένα ποσοστό 55% των ασθενών συμπτώματα και όχι καλό αποτέλεσμα.⁽⁶⁻¹⁴⁾

Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι μια στένωση η οποία δεν αφορά τον πυλωρικό σφιγκτήρα είναι σωστό να θεραπεύεται χωρία να καταστρέφεται αυτός. Αυτό μπορεί να γίνει με δωδεκαδακτυλοπλαστική δηλαδή διενέργεια χειρισμών ανάλογων με τη σφιγκτηροπλαστική. Διατέμνεται παράλληλα προς τον επιμήκη άξονα το σημείο της στένωσης και συγκλείεται εγκάρσια. Με το χειρισμό αυτό η στένωση διευρύνεται και ο πυλωρικός σφιγκτήρας διατηρείται ακέραιος. Επίσης προτείνεται η

θεραπεία με υπερεκλεκτική βαγοτομή που συνοδεύεται με διαστολή του ενστενωμένου τμήματος του δωδεκαδακτύλου.

Την υπερεκλεκτική βαγοτομή ακολουθεί γαστροτομή σε σημείο του στομάχου που έχει απονευρωθεί. Η μέθοδος αυτή επιτρέπει την θεραπεία του έλκους σαν να μην υπήρχε η επιπλοκή της πυλωρικής στένωσης. Σε λίγες περιπτώσεις είναι δυνατόν τη διαστολή να ακολουθήσει ξανά στένωση η οποία πρέπει να αντιμετωπίζεται με παροχετευτική επέμβαση. Η μέθοδος αυτή πρέπει να εφαρμόζεται σε άτομα νέα σε ηλικία που μπορούν να υποστούν μια δεύτερη επέμβαση. Οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν ότι η υπερεκλεκτική βαγοτομή και διαστολή για τη θεραπεία της πυλωρικής στένωσης έχει μικρότερη θνητότητα και δεν συσσωρεύει στον ασθενή τα προβλήματα μιας γαστρεντεροαναστόμωσης.⁽¹³⁻¹⁷⁾

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Εφαρμογή Levin και αναρρόφηση υγρών στομάχου ανακουφίζουν τον άρρωστο από τους εμέτους. Εκτίμηση των απωλειών ύδατος και ηλεκτρολυτών και αντικατάσταση τους. Φροντίδα στόματος μετά τους εμέτους. Συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής του έλκους. Μικρά και συχνά γεύματα και ετοιμασία του αρρώστου για το χειρουργείο.⁽¹³⁾

7.5: Μέτρα για τη διατήρηση επουλωμένου έλκους

Αν ένα έλκος αντιμετωπισθεί επιτυχώς και επουλωθεί και αφεθεί χωρίς θεραπεία συντήρησης τότε η πιθανότητα να υποτροπιάσει είναι πολύ μεγάλη. Έχει αποδειχθεί στατιστικά ότι μέσα σε ένα χρόνο το 80% των ελκών υποτροπιάζει αν αφεθεί χωρίς κανένα θεραπευτικό μέτρο. Αντίθετα αν μετά την επούλωση του έλκους δοθεί στο άτομο κάποια θεραπεία τότε οι πιθανότητες υποτροπής μειώνονται στο 20%.

Όλα τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την επούλωση του έλκους δεν θεωρούνται κατάλληλα για θεραπεία συντήρησης.

Από όλα τα υπάρχοντα φάρμακα εκείνα που έχουν δοκιμαστεί και θεωρούνται πιο αποτελεσματικά και πιο ασφαλή είναι οι ανταγωνιστές της ισταμίνης. Τα φάρμακα αυτά από τη στιγμή που επιλέγονται για τη θεραπεία συντήρησης χορηγούνται στο ήμισυ της δοσολογίας που χορηγήθηκαν από την αρχική επούλωση του έλκους. Η δόση αυτή κατά προτίμηση χορηγείται το βράδυ.⁽¹⁾

ΕΝΟΤΗΤΑ 8

8.1: Κριτήρια επιλογής χειρουργικής θεραπείας

Τα κριτήρια τα οποία πρέπει να πληρεί η επιλεγόμενη χειρουργική μέθοδος θεραπείας είναι: να επιτυγχάνει την ίαση της νόσου, να προσφέρει ποιότητα ζωής (κι αυτό γιατί κάθε επέμβαση μπορεί να συνοδεύεται υπό άλλοτε άλλου βαθμού αναπηρία για τον πάσχοντα) και τέλος να μη συνοδεύεται από σοβαρές επιπλοκές π.χ. α)άμεσες (νοσηρότητα, θνητότητα κ.α.), β)απώτερες (συνέχιση της νόσου, διάρροια κ.α.). εξυπακούεται βέβαια ότι πρέπει να είναι και μία μέθοδος η οποία να μην είναι εφαρμόσιμη μόνο σε λίγους αλλά να μπορεί να εφαρμοστεί και ευρύτερα και να μην προϋποθέτει κατ' ανάγκη ειδικά κέντρα.⁽¹⁰⁾

Τελευταία η εντύπωση είναι ότι χειρουργούνται συνεχώς και λιγότεροι ασθενείς, όπως επίσης ότι τα χειρουργούμενα έλκη είναι αρκετά βαριά, με σαφείς τοπικές αλλοιώσεις, ενίοτε δε και ως φλεγμονώδεις μάζες. Είναι τα φάρμακα και η σωστή εφαρμογή τους από τους θεράποντες γιατρούς, υπεύθυνα για την μείωση των κρίσεων και επομένως την αποφυγή ή την αναβολή της εγχείρησης. Όπως επίσης και λόγοι κοινωνικοί (αλλαγή της διατροφής, μετακίνηση πληθυσμού προς τα αστικά κέντρα κ.α.).⁽⁵⁻¹⁰⁾

8.2: Ενδείξεις χειρουργικής επέμβασης και εγχειρήσεις που πραγματοποιούνται στο έλκος στομάχου

Οι ενδείξεις είναι σχετικές και απόλυτες.

Σχετικές:

- α)αποτυχία της συντηρητικής-φαρμακευτικής αντιμετώπισης
- β)υποτροπή γαστρικής έλκωσης
- γ)συνδυασμός γαστρικού και δωδεκαδακτυλικού έλκους
- δ)αιμορραγία

Η αντιμετώπιση του γαστρικού έλκους, μετά την επιβεβαίωση της καλοήθειας του, είναι φαρμακευτική. Δεν φαίνεται να υπάρχει ομοφωνία μετά από πόσες φορές αποτυχίας της φαρμακευτικής θεραπείας ενδείκνυται η εγχείρηση. Για τους χειρουργούς και μία υποτροπή μέσα σε διάστημα μικρότερο του έτους αποτελεί ένδειξη για εγχείρηση.

Απόλυτες:

- α)διάτρηση
- β)υπόνοια κακοήθειας, η οποία δεν αποκλείεται με τις συμβατικές εξετάσεις, ακόμη και με τη βιοψία
- γ)αλλαγή της μορφολογίας του στομάχου προς ελκωτική στένωση.

Εγχειρήσεις. Η διαπύηση είναι συχνή επιπλοκή στην χειρουργική θεραπεία του έλκους του στομάχου (15% επί έλκος δωδεκαδακτύλου, 38% επί έλκος στομάχου), οφείλεται δε συνήθως στην διασπορά μικροβίων που υπάρχουν στον γαστρεντερικό σωλήνα κατά την ώρα της εγχείρησης. Ενδείκνυται λοιπόν κατά την προεγχειρητική ενδοσκόπηση η λήψη καλλιιεργειών και επί θετικών, συνίσταται η προεγχειρητική αντιβίωση. Οι συνηθέστερες εγχειρήσεις είναι:

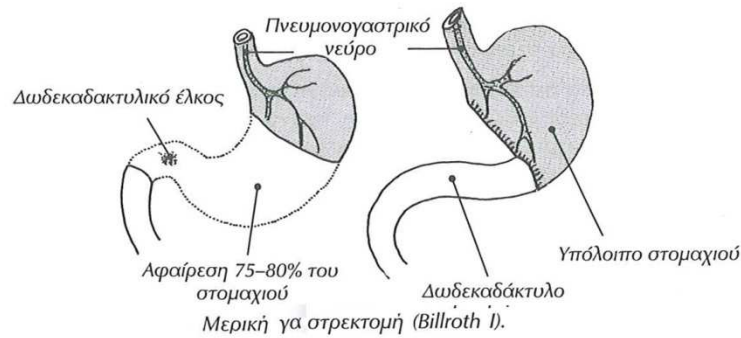
α)Γαστρεκτομή:

- α1: κατά Billroth I
- α2: κατά Billroth II

β)Βαγοτομή:

- β1:στελεχιαία μετά παροχέτευσης και βιοψίας ή και εκτομής του έλκους
- β2: υπερεκλεκτική μετά βιοψίας ή και εκτομής του έλκους.

Η μερική γαστρεκτομή (ΓΕ) ήταν η αρχική ευρέως εφαρμοσμένη μέθοδος αφού είχε το πλεονέκτημα στον χρόνο αφαίρεσης του έλκους του πυλωρού και του άντρου, δηλαδή της βλάβης αλλά και του βλεννογόνου που είναι αιτιολογικά υπεύθυνο για το έλκος. Η μέθοδος αυτή ενώ είχε το πλεονέκτημα χαμηλού ποσοστού υποτροπής, είχε το μειονέκτημα υψηλότερης θνητότητας. Επί έλκους ελάσσονος τόξου η ΓΕ/ΒΙ είναι εφικτή. Επί έλκους προπυλωρικού ή επί συνύπαρξης και έλκους δωδεκαδακτύλου τότε επιβάλλεται, λόγω της αυξημένης οξύτητας, η ΓΕ/ΒΙΙ, διότι η ΓΕ/ΒΙ συνοδεύεται από υψηλό ποσοστό υποτροπής.⁽¹⁰⁾



Περίπου το 70% των ελκών του στομάχου αντιμετωπίζεται με ΓΕ/ΒΙ με κάποιου είδους πτύχωση του κολοβώματος. Η αντιμετώπιση υψηλά εντοπιζόμενων ελκών ήταν προβληματική, διότι η εκτομή συνοδεύεται από αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Η εκτομή 75% του στομάχου περιφερικά του έλκους, υπό τον όρο προεγχειρητικής αλλά και διεγχειρητικής επιβεβαίωσης της καλοήθειας, οδηγούσε στην επούλωση του εναπομένου ελκους.⁽²⁴⁾

Η βαγοτομή για την θεραπεία του έλκους του στομάχου εφαρμόζεται τελευταίως συχνότερα αν και τα αποτελέσματα της υπολείπονται εκείνων της ΓΕ. Η συχνότητα υποτροπής μετά από βαγοτομή και πυλωροπλαστική (ΣΒ+Π) είναι υψηλή (5-36%), ενώ μετά από ΓΕ χαμηλή (-5%) κι αυτό συντέλεσε ώστε αρκετά κέντρα να μείνουν στην ΓΕ. Παρά ταύτα όμως η τελευταία συνοδεύεται από αρκετές μετεγχειρητικές επιπλοκές και κυρίως της ταχείας κένωσης του στομάχου και της υψηλής θνητότητας, η οποία διεθνώς και σήμερα είναι >2%, ενώ της βαγοτομής είναι <1%.

Τα τελευταία δέκα έτη συνίσταται να προτιμάται η βαγοτομή της γαστρεκτομής σε επιλεγμένες περιπτώσεις ασθενών π.χ. υψηλού κινδύνου, επί αιμορραγούντος έλκους.

Επιβάλλεται όμως να ληφθούν βιοψίες για την βεβαίωση της καλοήθειας του έλκους, άλλως συνίσταται η βαγοτομή να συνοδεύεται και από τοπική αφαίρεση του έλκους. Η ΣΒ βέβαια συμπληρώνεται πάντα με μια παροχέτευση του στομάχου, ΓΕΑ ή Π. Εφ'όσον υιοθετηθεί ως μέθοδος η βαγοτομή τότε η υπερεκλεκτική βαγοτομή (ΥΕ.Β.) μετά εκτομής του έλκους υπερέχει σαφώς αφού δεν υπολείπεται της ΣΒ και δεν χρειάζεται παροχέτευση του στομάχου.⁽¹⁰⁻²⁴⁾

8.3: Ενδείξεις χειρουργικής επέμβασης και εγχειρήσεις που πραγματοποιούνται στο δωδεκαδακτυλικό έλκος

Σχετικές:

- α) αποτυχία φαρμακευτικής αγωγής
- β) αιμορραγία.

Η ανακάλυψη και ευρεία εφαρμογή των ανταγωνιστών των Η₂-υποδοχέων μείωσε κατά 50% τον αριθμό των χειρουργούμενων ασθενών με έλκος δωδεκαδακτύλου, την περίοδο των τριών τελευταίων ετών. Η θεραπεία με σιμετιδίνη είναι δυνατό να εφαρμόζεται σε ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν 2-3 κρίσεις το έτος. Σε ασθενείς με συχνότερες προσβολές ή παρατεταμένες κρίσεις, επιβάλλεται η εγχείρηση με σκοπό την οριστική μείωση της έκκρισης και της οξύτητας.

Απόλυτες:

- α) διάτρηση
- β) στένωση

Εγχειρήσεις.

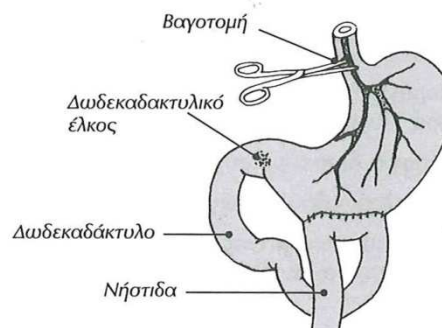
- α) Γαστρεκτομή (ΓΕ/ΒΙΙ)
- β) Βαγοτομή β1: ΣΒ+παροχέτευση (Π ή ΓΕΑ)

β2: υπερεκλεκτική βαγοτομή (ΥΕ.Β).

Σκοπός κάθε εγχείρησης για το έλκος του δωδεκαδακτύλου είναι: να μειώσει την αυξημένη έκκριση και οξύτητα, να την καταστήσει κατά το δυνατόν μονιμότερη με τις ελάχιστες παρενέργειες. Μείωση της όξινης έκκρισης επιτυγχάνεται με την βαγοτομή, η οποία μειώνει τη νευρική έκκριση, όπως επίσης και την γαστρίνη του άντρου. Η αντρεκτομή μειώνει την επίδραση της δράσης της γαστρίνης επί του εναπομείναντος, πληθυσμού των εξωεκκριτικών κυττάρων, ο οποίος όμως διατηρεί την ανταπόκριση του στη νευρική διέγερση. Η βαγοτομή (ΣΒ) και αντρεκτομή μειώνει οριστικά την όξινη έκκριση επομένως λογικά δίνει τα καλύτερα και οριστικότερα αποτελέσματα της έκκρισης, αλλά είναι περισσότερο από το επιτρεπτό ακρωτηριαστική μέθοδος.⁽²⁰⁾

Η γαστρεκτομή (ΓΕ/ΒΙΙ)

πλεονεκτεί της αντρεκτομής διότι, αναλόγως με το ύψος εκτομής, αφαιρεί και μέρος των οξεοεκκριτικών κυττάρων. Συνοδεύεται υπό ΓΕΑ (γαστρονησιδικής αναστομώσεως) και όχι γαστρο-δωδεκαδακτυλικής αναστομώσεως (ΒΙ) η οποία έχει υψηλό ποσοστό υποτροπής. Ενώ είναι μέθοδος αποτελεσματική η θνητότητα παραμένει υψηλή, υψηλότερα από την βαγοτομή.



Γαστρονησιδοστομία και βαγοτομή.

Η βαγοτομή (ΣΒ) την γαστρική έκκριση έως 70% από την μέγιστη έκκριση και αυτό σημαίνει ότι στη πλειονότητα των ελκοπαθών καταβιβάζει την έκκριση σε φυσιολογικά επίπεδα. Χρειάζεται όμως και παροχέτευση του στομάχου για να αποφύγουμε την βλαπτική στάση. Η θνητότητα είναι χαμηλότερη (0,6%) της ΓΕ ενώ η υποτροπή είναι υψηλότερη (1-15%). Το υψηλό ποσοστό υποτροπής αποδίδεται συνήθως σε ατελή βαγοτομή. Η πυλωροπλαστική ως παροχετευτική μέθοδος υστερεί της ΓΕΑ, επί πλέον η τελευταία εύκολα καταργείται (όταν χρειαστεί) χωρίς να διαταράσσεται ο σφικτηριακός πυλωρικός μηχανισμός. Η αντρεκτομή ως παροχέτευση είναι περισσότερη από το επιτρεπτό, συνοδεύεται δε από πολύ υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα (της ΣΒ και αντρεκτομή).⁽²⁴⁾

Η εκλεκτική βαγοτομή (Ε.Β.) διαφυλάσσει τους εξωγαστρικούς κλάδους αλλά χρειάζεται παροχέτευση όπως και η Σ.Β. καθότι προκαλεί παντελή απονεύρωση του στομάχου. Πλεονεκτεί της Σ.Β.διότι συνοδεύεται από μικρό ποσοστό διάρροιας, αλλά τελικά τα αποτελέσματα και των δύο τύπων βαγοτομής είναι τα ίδια.

Η υπερεκλεκτική βαγοτομή (ΥΕ.Β) περιορίζεται στην απονεύρωση του οξεοεκκριτικού τμήματος του στομάχου. Το άντρο, ο πυλωρικός σφικτήρας και ο δωδεκαδάχτυλος διατηρούνται ανέπαφα, έτσι ώστε η μεν κένωση του στομάχου ελέγχεται καλά όπως επίσης ελέγχεται πλήρως και η παλινδρόμηση της χολής στο στομάχι. Αυτό επιτυγχάνεται από τα νεύρα του Iatarjet και του αντροπυλωρικού κλάδου. Το άντρο παραμένει αλκαλικό, ενώ παράλληλα διαφυλάσσονται οι ηπατικοί και οι σπλαχνικοί κλάδοι.⁽²⁰⁾

8.4: Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

Κατά την διάρκεια της προεγχειρητικής περιόδου, γίνονται γενικές εξετάσεις αίματος, ακτινολογικός έλεγχος και άλλες ειδικές εξετάσεις για το συγκεκριμένο πρόβλημα του αρρώστου τα αποτελέσματα των οποίων μπορεί να βοηθήσουν τον γιατρό για το χειρουργείο. Επίσης γίνεται ενημέρωση του αρρώστου και των οικείων του (συγγενείς και φίλοι) σχετικά με την επέμβαση, τη μετεγχειρητική αγωγή και ό,τι άλλο σχετικό χρειαστεί να μάθουν.

Την προηγούμενη μέρα της επέμβασης γίνεται εφαρμογή πολύ ελαφράς διαίτας ελκοπαθούς μέχρι 24 ώρες πριν από την επέμβαση. Υδρική διαίτα (σούπα,υγρά) τις επόμενες 10 ώρες. Κατόπιν, τίποτα από το στόμα ως την στιγμή της χειρουργικής επέμβασης. Πιθανή είναι η λήψη από το στόμα 2000mg βιταμίνης C την εβδομάδα που προηγείται της χειρουργικής επέμβασης. Αναγκαία είναι η εξασφάλιση αίματος σε περίπτωση που ο ασθενής χρειαστεί μετάγγιση.⁽²⁴⁾

Γίνεται καθαρισμός υποκλυσμός το απόγευμα για κένωση του εντέρου, πλύση στομάχου το βράδυ της προηγούμενης της χειρουργικής επέμβασης, αν υπάρχει πυλωρική στένωση. Πιθανή είναι και η χρήση ειδικής αντλίας για αφαίρεση παχύρρευστου υπολείμματος. Την προηγούμενη γίνεται τοπική προετοιμασία (καθαρισμός,ξύρισμα κ.τ.λ), όπως επίσης και χορήγηση ηρεμιστικού αν κρίνεται αναγκαίο.την ημέρα της επέμβασης δεν δίνεται τίποτα από το στόμα μετά από τα μεσάνυχτα. Εισάγεται ρινογαστρικός σωλήνας Levin για αναρρόφηση του υπολειμματικού υγρού και γίνεται κένωση της κύστης πριν φύγει ο άρρωστος για το χειρουργείο. Αφαίρεση οδοντοστοιχιών, αν υπάρχουν, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος πνιγμού κατά την νάρκωση λόγω μυϊκή χαλάρωσης. Αφαιρείται επίσης η τιμαλφή (δαχτυλίδια, βραχιόλια κ. α.) για να μην χαθούν. Τέλος ενδυμασία χειρουργείου και συμπλήρωση του χειρουργικού δελτίου.⁽²⁵⁾

8.5: Χειρουργική Θεραπεία

Το σύνολο των γαστρικών επεμβάσεων για τη θεραπεία του πεπτικού έλκους συνεπάγεται καλό αποτέλεσμα σε 90% των περιπτώσεων, που σημαίνει επούλωση και μη υποτροπή του έλκους, αλλά και απουσία μετεγχειρητικών ενοχλημάτων απότοκων διαταραχής της κινητικής συμπεριφοράς του γαστρεντερικού συστήματος. Στο υπόλοιπο 10% των περιπτώσεων (συνολική νοσηρότητα των αντιελκωτικών γαστρικών επεμβάσεων), υπάρχουν ενοχλήματα που οφείλονται είτε σε υποτροπή του έλκους είτε σε μετεγχειρητικές γαστρικές κινητικές διαταραχές, όπως το σύνδρομο dumping, η εντερογαστρική παλινδρόμηση, η επιβράδυνση της γαστρικής κένωσης των στερεών τροφών και η διάρροια. Με την πάροδο του χρόνου, ποσοστό 5% των ασθενών αυτών παρουσιάζει αυτόματη βελτίωση ή και απαλλάσσεται από τα ενοχλήματα αυτά, ενώ στο υπόλοιπο 5% τα ενοχλήματα είναι επίμονα και βασανιστικά και οδηγούν στις καλούμενες γαστρικές αναπηρίες.⁽²⁵⁾

Η επανορθωτική χειρουργική, για τη θεραπεία αυτών των διαταραχών έχει ποσοστό επιτυχίας που κυμαίνεται από 40- 80%, ανάλογα με την επιμέρους διαταραχή, το βαθμό προεγχειρητικής τεκμηρίωσης και το είδος της εγχειρητικής μεθόδου που επιλέγεται. Για την αξιολόγηση της νοσηρότητας που συνεπάγονται οι γαστρικές επεμβάσεις, χρησιμοποιείται η ταξινόμηση κατά Visick. Στην κατηγορία Visick I κατατάσσονται οι ασθενείς χωρίς μετεγχειρητικά ενοχλήματα και στην κατηγορία Visick II οι ασθενείς με ήπια συμπτώματα που δεν χρειάζονται θεραπεία. Οι δύο αυτές κατηγορίες θεωρούνται ως επιτυχία της εγχείρησης. Στην κατηγορία Visick III κατατάσσονται ασθενείς με έντονα ενοχλήματα, που ελέγχονται μερικώς με συντηρητική αγωγή. Τέλος, στην κατηγορία Visick IV κατατάσσονται οι ασθενείς που παρουσιάζουν έντονα συμπτώματα, μη ελεγχόμενα με συντηρητική αγωγή, τα οποία επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και εργασίας. Οι υποτροπές του έλκους κατατάσσονται στην κατηγορία Visick IV. Οι κατηγορίες III και IV θεωρούνται ως αποτυχία της εγχείρησης.⁽¹⁾

ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Οι κλασικές ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας του δωδεκαδακτυλικού έλκους (ΔΕ) είναι η ανθεκτικότητα στη συντηρητική αγωγή, η πυλωρική στένωση, η αιμορραγία και η διάτρηση. Τα κριτήρια ανθεκτικότητας του ΔΕ στη συντηρητική αγωγή έχουν τροποποιηθεί σημαντικά μετά την εισαγωγή των H₂-αναστολέων, με αποτέλεσμα να έχει ελαττωθεί σημαντικά ο αριθμός των ασθενών που υποβάλλονται σε αντιελκωτική επέμβαση για ανθεκτικότητα του έλκους στην φαρμακευτική θεραπεία κατά την δεκαετία του 1980. Έτσι, οι περισσότερες προοπτικές τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες, που συγκρίνουν τις

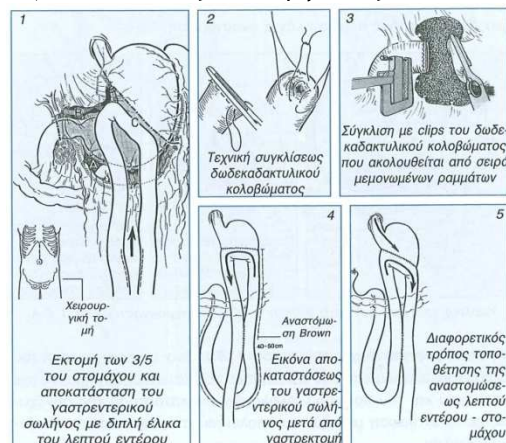
διάφορες ανθελκωτικές εγχειρήσεις και περιλαμβάνουν μεγάλες σειρές ασθενών, προέρχονται από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 και τις αρχές της δεκαετίας του 1980.⁽³⁻⁷⁾

Αντιελκωτικές εγχειρήσεις

Στον πίνακα 12 του παραρτήματος σελ: 163 αναγράφονται κατά χρονολογική σειρά εφαρμογής οι χειρουργικές επεμβάσεις που έχουν επινοηθεί για τη θεραπεία του δωδεκαδακτυλικού έλκους. Σταθμοί στη χειρουργική θεραπεία της νόσου είναι η υφολική γαστρεκτομή από το Billroth το 1881, η υφολική γαστρεκτομή με αναστόμωση τύπου Υ από τον Roux το 1897, η στελεχιαία βαγοτομή από τον Dragstedt το 1943 και τέλος η παράλληλη εφαρμογή της υπερεκλεκτικής βαγοτομής από δύο κέντρα το 1970.

Η βαγοτομή διακρίνεται, ανάλογα με την έκταση της, σε τρεις τύπους: α)στην στελεχιαία, κατά την οποία διατέμνονται τα στελέχη των πνευμονογαστρικών νεύρων επί του κοιλιακού οισοφάγου, β)στην εκλεκτική, κατά την οποία διατέμνονται οι κλάδοι των πνευμονογαστρικών που νευρώνουν το στόμαχο, ενώ διατηρούνται οι ηπατικοί κλάδοι του πρόσθιου και οι κοιλιακοί κλάδοι του οπίσθιου πνευμονογαστρικού νεύρου, και γ)στην υπερεκλεκτική, κατά την οποία διατέμνονται οι κλάδοι των πνευμονογαστρικών, που νευρώνουν τον κοιλιακό οισοφάγο, το θόλο και το σώμα του στομάχου, ενώ διατηρούνται ακέραιοι οι κλάδοι των νεύρων του Latarjet που νευρώνουν την αντροπυλωρική περιοχή, αλλά και οι ηπατικοί και κοιλιακοί κλάδοι. Είναι φανερό ότι τόσο η στελεχιαία όσο και η εκλεκτική βαγοτομή καταργούν τη κινητική νευρώση του αντροπυλωροδωδεκαδακτυλικού άξονα και, συνεπώς πρέπει να συνοδεύονται από παροχετευτική επέμβαση, που μπορεί να είναι πυλωροπλαστική, γαστρεντεροαναστόμωση ή αντρεκτομή. Ορισμένοι χειρουργοί εφαρμόζουν ως παροχετευτική μέθοδο την πλαγιοπλάγια αντροδωδεκαδακτυλοαναστόμωση . τέλος, ευρείας αποδοχής ως παροχετευτική μέθοδο έχει τύχει και η εμπροσθοκολική ή διαμεσοκολική γαστρεντεροαναστόμωση. Αντίθετα η υπερεκλεκτική βαγοτομή δεν χρειάζεται συνοδό παροχετευτική επέμβαση, επειδή διατηρεί ακέραιη την κινητική νευρώση του περιφερικού στομάχου, και, συνεπώς τη λειτουργία του αντροπυλωρικού μηχανισμού.⁽⁵⁻²⁰⁾

Μετά την υφολική γαστρεκτομή, η αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού σωλήνα μπορεί να είναι του τύπου Billroth II α)σε όλο το μήκος του γαστρικού κολοβώματος ή β)κατά μήκος του τμήματος του γαστρικού κολοβώματος προς το μείζον τόξο ή,

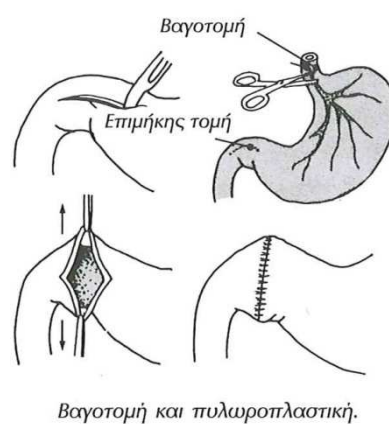


Υφολική γαστρεκτομή Billroth II

σπανιότερα, του τύπου Billroth I, εφόσον η ποιότητα του δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος επιτρέπει την τελικοτελική γαστροδωδεκαδακτυλική αναστόμωση.

Σκοπός όλων των αντιελκωτικών εγχειρήσεων είναι η ελάττωση της γαστρικής έκκρισης HCL στο 3% ή και λιγότερο της προεγχειρητικής τιμής, που είναι ικανή προϋπόθεση της επούλωσης και ριζικής θεραπείας του ΔΕ. Ο τρόπος ελάττωσης της γαστρικής έκκρισης είναι διάφορος σε κάθε εγχείρηση. Οι βαγοτομές καταργούν την κεφαλική φάση της γαστρικής έκκρισης, αλλά ελαττώνουν και την ευαισθησία των καλυπτήριων κυττάρων στην ενδογενή γαστρίνη που απελευθερώνεται κατά τη γαστρική φάση της έκκρισης, επιτυγχάνοντας ελάττωση της έκκρισης οξέος κατά 70-80%. Η υφολική γαστρεκτομή, καταργεί την φάση της έκκρισης, αφαιρώντας τη μάζα των G-κυττάρων του άντρου, αλλά και μέρος της κεφαλικής φάσης, ανάλογα με την έκταση της γαστρεκτομής και την αφαιρούμενη μάζα καλυπτήριων κυττάρων, που αυτή συνεπάγεται. Η τελική μείωση της έκκρισης HCL είναι ύψους 80%.ο συνδυασμός βαγοτομής με αντρεκτομή επιτυγχάνει ελάττωση της έκκρισης HCL, που υπερβαίνει το 80%, ως αποτέλεσμα της κατάργησης τόσο της κεφαλικής όσο και της γαστρικής φάσης έκκρισης οξέος. Οι βαγοτομές, πέρα από την ελάττωση έκκρισης οξέος, ελαττώνουν τη νυκτερινή έκκριση του όγκου του γαστρικού υγρού και την έκκριση πεψίνης σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50%, που θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες για την πρόληψη υποτροπής του έλκους. Οι παράμετροι αυτοί της γαστρικής έκκρισης δεν επηρεάζονται από τους H₂-αναστολείς.⁽⁶⁻⁸⁻²⁴⁾

Η στελεχιαία βαγοτομή με αντρεκτομή συνοδεύεται από ποσοστό υποτροπής του έλκους που δεν υπερβαίνει το 1%, αλλά και από σημαντική και συνήθως σοβαρής μορφής νοσηρότητα που κυμαίνεται από 10-30%. Η στελεχιαία βαγοτομή με πυλωροπλαστική ή γαστροεντεροαναστόμωση παρουσιάζει αποδεκτά μικρά ποσοστά υποτροπής του έλκους (5-10%), αλλά και νοσηρότητας (10-20%). Τα ποσοστά υποτροπής της υπερεκλεκτικής βαγοτομής κυμαίνονται από 1-30%. Το μεγάλο ποσοστό υποτροπής του έλκους μετά από υπερεκλεκτική βαγοτομή, αποδίδεται στη συμμετοχή εκπαιδευόμενων χειρουργών, πράγμα που επιβεβαιώνει τη εξάρτηση του ποσοστού υποτροπής της υπερεκλεκτικής βαγοτομής από την εμπειρία και την τεχνική του χειρουργού. Σημαντικός αριθμός προοπτικών τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών έχει καταδείξει σημαντική υπεροχή της υπερεκλεκτικής βαγοτομής έναντι της



στελεχιαίας βαγοτομής-πυλωροπλαστικής και της στελεχιαίας βαγοτομής-αντρεκτομής σε ότι αφορά τη νοσηρότητα που είναι απότοκος κινητικών διαταραχών και εκδηλώνεται με πρῶμο ή ὄψιμο σύνδρομο dumping, χολώδεις εμετούς, επιγαστρικό βάρος ή και πόνο και διάρροια βλέπε πίνακες 13-14 στο παράρτημα σελ: 164. Η ιδιαίτερα μειωμένη νοσηρότητα της υπερεκλεκτικής βαγοτομής αποδίδεται στη διατήρηση της λειτουργικής ακεραιότητας του αντρο-πυλωροδωδεκαδακτυλικού μηχανισμού που παίζει σπουδαίο ρόλο στην ομαλή κένωση του στομάχου και, συνεπώς, στην αποφυγή μετεγχειρητικών συμπτωμάτων και συνδρόμων. Στα πλεονεκτήματα της υπερεκλεκτικής βαγοτομής θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα έλκη υποτροπής μετά από υπερεκλεκτική βαγοτομή δείχνουν καλοήγη συμπεριφορά, απαντώντας σε ικανοποιητικό βαθμό στη θεραπεία με Η₂-αναστολείς.⁽¹⁰⁻¹⁴⁾

Κατά την επιλογή της κατάλληλης εγχείρησης για τη θεραπεία του ΔΕ, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω κριτήρια. Η εγχείρηση που επιλέγεται να εξασφαλίζει: α) μικρή θνητότητα, β) αποδεκτό μικρό ποσοστό υποτροπής του έλκους, γ) σπάνια και κυρίως ήπια νοσηρότητα, δ) περιθώρια για εύκολη, ασφαλή και αποτελεσματική επανορθωτική εγχείρηση σε περίπτωση υποτροπής ή γαστρικής αναπηρίας. Επισημαίνεται πάλι ότι η αιτία των μετεγχειρητικών διαταραχών είναι η κατάργηση της νεύρωσης του άντρου και η αφαίρεση, διατομή ή παράκαμψη του πυλωρικού μηχανισμού.⁽²⁵⁾

Ειδικές ομάδες δωδεκαδακτυλικού έλκους

Τα δωδεκαδακτυλικά έλκη δεν συνιστούν ομοιογενή ομάδα κλινικής συμπεριφοράς και απάντησης στους θεραπευτικούς χειρισμούς, αλλά ανάλογα με τους επιμέρους παθοφυσιολογικούς χαρακτήρες διακρίνονται σε υποομάδες. Οι κυριότερες υποομάδες είναι τα έλκη των υπερεκκρινόντων, τα πυλωρικά και προπυλωρικά έλκη, τα έλκη υποτροπής μετά από ανθελκωτική εγχείρηση και, τέλος, μετά την εισαγωγή των Η₂-αναστολέων στη θεραπεία της νόσου, τα έλκη που είναι ανθεκτικά στους Η₂-αναστολείς.

Έλκη στους υπερεκκρίνοντες

Μεταξύ των ελκοπαθών διακρίνεται μια υποομάδα που παρουσιάζει αυξημένη έκκριση οξέος μετά από διέγερση με πενταγαστρίνη σε σύγκριση με άλλους ελκοπαθείς και στην οποία η υπερεκλεκτική βαγοτομή συνοδεύεται από αυξημένα ποσοστά υποτροπής του έλκους. Με την άποψη αυτή δεν συμφωνούν άλλοι ερευνητές, που υποστηρίζουν ότι η υπερεκλεκτική βαγοτομή ελαττώνει σε σημαντικό βαθμό τη γαστρική έκκριση και συνοδεύεται από ποσοστά υποτροπής του έλκους παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στους υπόλοιπους ελκοπαθείς.

Πυλωρικά και προπυλωρικά έλκη

Τα έλκη που εντοπίζονται στον πυλωρό και στην προπυλωρική μοίρα θεωρούνται από παθοφυσιολογική άποψη ως δωδεκαδακτυλικά έλκη,

αλλά χαρακτηρίζονται από αυξημένη επιθετικότητα και ανθεκτικότητα στη συντηρητική αγωγή. Επιπρόσθετα, η βαγοτομή στελεχιαία ή υπερεκλεκτική, στην περίπτωση αυτών των ελκών συνοδεύεται από αυξημένα ποσοστά υποτροπής, που είναι μεγαλύτερα από 15% μετά από στελεχιαία και 33% μετά από υπερεκλεκτική βαγοτομή. Συνεπώς, η χειρουργική αντιμετώπιση πρέπει να είναι ανάλογα επιθετική και προτείνεται η στελεχιαία βαγοτομή με αντρεκτομή, με το συνακόλουθο τμήμα του αυξημένου κινδύνου μετεγχειρητικών γαστρικών κινητικών διαταραχών. Τα προπυλωρικά έλκη αναφέρονται ως υποομάδα του γαστρικού έλκους από άλλους συγγραφείς.⁽²⁴⁻²⁵⁾

Έλκη υποτροπής μετά από χειρουργική θεραπεία

Η συντηρητική θεραπεία με Η₂-αναστολείς των ελκών υποτροπής μετά από αντιελκωτική εγχείρηση συνοδεύεται από μικρά έως μηδενικά ποσοστά επούλωσης του έλκους. Φαίνεται ότι μόνο τα έλκη υποτροπής μετά από υπερεκλεκτική βαγοτομή ανταποκρίνονται σχετικά ικανοποιητικά στη θεραπεία με Η₂-αναστολείς.

Η θεραπεία εκλογής των ελκών που υποτροπιάζουν μετά από αντιελκωτική εγχείρηση είναι κατ' εξοχήν χειρουργική. Η επιλογή τύπου εγχείρησης εξαρτάται από τον τύπο επέμβασης που έχει προηγηθεί και πρέπει να αποσκοπεί στην ελαχιστοποίηση της πιθανότητας νέας υποτροπής, αλλά και στη αποφυγή μετεγχειρητικών γαστρικών κινητικών διαταραχών, που ίσως με την πάροδο του χρόνου απαιτήσουν νέα εγχείρηση.⁽⁶⁾ Συγκεκριμένα η δεύτερη γαστρική εγχείρηση συνοδεύεται από θνητότητα 5-10%, ενώ η θνητότητα τρίτης εγχείρησης κυμαίνεται σε υψηλά και μη αποδεκτά επίπεδα του 25%. Στην περίπτωση που η προηγηθείσα εγχείρηση είναι κάποιος τύπος βαγοτομής, η επανορθωτική εγχείρηση εκλογής είναι η αντρεκτομή με ποσοστά υποτροπής του έλκους περίπου 5%. Ο τύπος της γαστρεντεροαναστόμωσης για την αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού σωλήνα μετά την αντρεκτομή παίζει κύριο ρόλο στη μετεγχειρητική νοσηρότητα από κινητικές διαταραχές. Η τύπου Billroth II ή I αναστόμωση συνοδεύεται από νοσηρότητα που κυμαίνεται μεταξύ 25% και 45%, ενώ στην περίπτωση που χρειαστεί επανεγχείρηση για την αποκατάσταση των μετεγχειρητικών λειτουργικών συνδρόμων, η νοσηρότητα ανέρχεται πάλι στο ποσοστό του 20-35%. Η τύπου Roux γαστρεντεροαναστόμωση συνοδεύεται μόνο από κάποιου βαθμού καθυστερημένη γαστρική κένωση και στάση, στο 10-20% των περιπτώσεων, που εκδηλώνεται με γαστρικό φόρτο ή πόνο και τροφώδεις εμέτους, είναι παροδική και συνήθως απαντά ικανοποιητικά στη χορήγηση γαστροκινητικών φαρμάκων.⁽¹⁷⁻²⁰⁾

Σε συγκριτική μελέτη βρέθηκε σημαντικά μικρότερη νοσηρότητα μετά από Roux γαστρεκτομή σε σύγκριση με την Billroth I ή II γαστρεκτομή για τη θεραπεία έλκους υποτροπής μετά από αντιελκωτική

εγχείρηση. Στην περίπτωση που η προηγηθείσα ανθελκωτική εγχείρηση είναι βαγοτομή, η προσπάθεια επαναβαγοτομής συνοδεύεται από ένα ποσοστό υποτροπής 16-40%, που θεωρείται μη αποδεκτό. Τέλος, στην περίπτωση που η ανθελκωτική εγχείρηση είναι γαστρεκτομή, η προσθήκη στελεχιαίας ή εκλεκτικής βαγοτομής συνοδεύεται από ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Έλκη ανθεκτικά στους H₂-αναστολείς

Η ανθεκτικότητα του έλκους στη συντηρητική αγωγή αποτέλεσε την πιο συχνή ένδειξη επιλεγμένης χειρουργικής θεραπείας για πόλκες δεκαετίες. Η εποχή όμως των H₂-αναστολέων έθεσε την ένδειξη αυτή σε τελείως διαφορετική βάση, περιορίζοντας την σημαντικά, με μηδενική τάση για πολλούς συγγραφείς, σε αντίθεση με άλλους, κυρίως χειρουργούς.

Η ελάττωση των H₂-αναστολέων στη θεραπεία του ΔΕ κυριαρχεί από τα τέλη της δεκαετίας του 1970, έχοντας ελαττώσει στο ελάχιστο τον αριθμό των εγχειρήσεων για έλκη ανθεκτικά στη συντηρητική αγωγή, παρά το γεγονός ότι οι H₂-αναστολείς αποτυγχάνουν να θεραπεύσουν ριζικά τη νόσο και όλα τα έλκη υποτροπιάζουν μετά από άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα. Τα κριτήρια ανθεκτικότητας στους H₂-αναστολείς ποικίλλουν από συγγραφέα σε συγγραφέα. Ορισμένοι ερευνητές ορίζουν ως ανθεκτικά στη θεραπεία τα έλκη που α) δεν επουλώνονται μετά από πλήρη θεραπεία με 1g σιμετιδίνης ή 300mg ρανιτιδίνης για 6 εβδομάδες, β) υποτροπιάζουν μέσα σε ένα μήνα μετά τη διακοπή του παραπάνω σχήματος και γ) δεν επουλώνονται ή υποτροπιάζουν, ενώ ο ασθενής λαμβάνει νυχτερινή δόση συντήρησης. Αντίθετα, πιο αυστηρός στα κριτήρια του, ο Bardhan θεωρεί ως ανθεκτικά τα έλκη που δεν επουλώνονται μετά από θεραπεία με 1g σιμετιδίνης ή 300mg ρανιτιδίνης την ημέρα επί τρεις μήνες.⁽²⁴⁾ Από αυτή την ομάδα ελκών διακρίνεται μια υποομάδα, στην οποία τα έλκη επουλώνονται γρήγορα με μικρές δόσεις H₂-αναστολέων, υποτροπιάζουν αμέσως μετά τη διακοπή της θεραπείας και αμέσως επουλώνονται πάλι την έναρξη νέας θεραπείας. Σε άλλη υποομάδα ελκών τα έλκη δεν επουλώνονται μετά από πλήρη θεραπεία με H₂-αναστολείς για διάστημα 4-20 μηνών. Τα έλκη αυτά μπορούν να χαρακτηριστούν ως υπερανθεκτικά έλκη. Από μια ομάδα 495 ασθενών με ΔΕ και μετά από θεραπεία με H-αναστολείς σε ποικίλλα δοσολογικά σχήματα και ποικίλλη διάρκεια διαπιστώθηκε ότι 14% των ασθενών παρουσίαζαν ανθεκτικό και 6% υπερανθεκτικό έλκος.⁽²⁵⁾

Η αναγνώριση των ανθεκτικών ελκών πριν τη θεραπεία με βάση ιδιαίτερα χαρακτηριστικά είναι αδύνατη. Υποστηρίζεται ότι μεγάλη πιθανότητα έχει ένα έλκος να είναι ανθεκτικό, όταν εμφανίζεται σε νεαρά άτομα, έχει μακροχρόνιο ιστορικό, είναι μεγάλου μεγέθους, συνοδεύεται από δωδεκαδακτυλίτιδα και έχει την τάση να αιμορραγεί συχνά. Εξάλλου, δεν έχει παρατηρηθεί διαφορά στην έκκριση οξέος,

πεψίνης και γαστρίνης μεταξύ ελκών που πρόκειται ή δεν πρόκειται να αποδειχθούν ανθεκτικά στη συντηρητική θεραπεία. Επίσης, αδύνατη είναι η αναγνώριση των ανθεκτικών ελκών κατά τη διάρκεια της θεραπείας με H₂-αναστολείς. Τόσο τα ανθεκτικά όσο και τα μη ανθεκτικά έλκη παρουσιάζουν τον ίδιο βαθμό μείωσης της έκκρισης οξέος με τη χορήγηση σιμετιδίνης και, παρά το ότι η ρανιτιδίνη προκαλεί μεγαλύτερη μείωση έκκρισης οξέος από τη σιμετιδίνη, το ποσοστό ανθεκτικότητας είναι παρόμοιο. Το συμπέρασμα που συνεπάγεται είναι ότι το ΔΕ είναι νόσος πολυπαραγοντική και ότι στην παθογένεια του παίζουν ρόλο και άλλοι παράγοντες, εκτός από το HCL. ⁽¹⁰⁻²⁴⁾

Τα ερωτήματα που αναφέρονται σχετικά με το χειρισμό των ανθεκτικών ελκών είναι: α)για πόσο χρονικό διάστημα θα πρέπει να συνεχίζεται η συντηρητική αγωγή, β)πότε θα πρέπει να χειρουργηθεί ο ασθενής και ποια είναι η εγχείρηση εκλογής. Υπάρχουν ορισμένοι που υποστηρίζουν ότι με την πρώτη πλήρωση κριτηρίων ανθεκτικότητας ο ασθενής πρέπει να χειρουργείται αντίθετα, άλλοι απορρίπτουν εντελώς την εγχείρηση για ανθεκτικότητα.

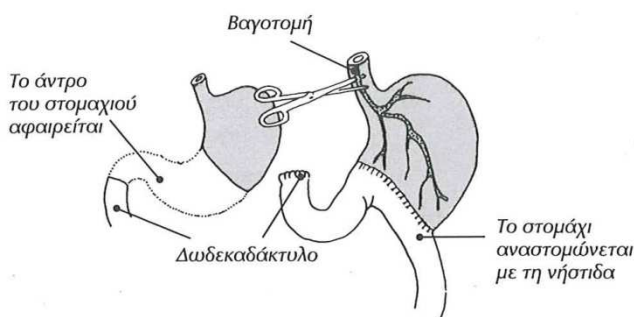
Υπάρχει σημαντικός αριθμός εργασιών, στις οποίες αναφέρεται ότι η υπερεκλεκτική βαγοτομή για τη θεραπεία του ανθεκτικού έλκους συνοδεύεται από ικανοποιητικά αποτελέσματα, δηλαδή μικρά ποσοστά υποτροπής που κυμαίνονται από 1-8% και μικρή και, κυρίως, ήπια νοσηρότητα που δεν υπερβαίνει το 5%. Άλλοι συγγραφείς δεν ασπάζονται την άποψη αυτή και υποστηρίζουν ότι τα ανθεκτικά έλκη υποτροπιάζουν μετά από υπερεκλεκτική βαγοτομή σε ποσοστό που κυμαίνεται από 16-44%. Η διαφορά στα ποσοστά υποτροπής πρέπει να αποδοθεί στα διαφορετικά κριτήρια ανθεκτικότητας που χρησιμοποιούν οι διάφοροι συγγραφείς. Πιστεύεται πάντως ότι τα έλκη που επουλώνονται με τη χορήγηση H₂-αναστολέων, αλλά εύκολα υποτροπιάζουν μετά τη διακοπή της θεραπείας, απαντούν καλά στην τα υπερεκλεκτική βαγοτομή, με ποσοστά υποτροπής μικρότερα από 10%. Η υπεροχή της υπερεκλεκτικής βαγοτομής έναντι της θεραπείας με H₂-αναστολείς αποδίδεται στη σημαντική ελάττωση της νυχτερινής έκκρισης οξέος (70%) και όγκου γαστρικού υγρού (65%), αλλά και πεψίνης, που συνεπάγεται η εγχείρηση. Αντίθετα, η θεραπεία με H₂-αναστολείς προκαλεί ελάττωση της έκκρισης οξέος κατά 40% και του νυχτερινού όγκου γαστρικού υγρού κατά 14% μόνο, ενώ αυξάνει την απελευθέρωση πεψίνης. ⁽¹⁵⁻²⁰⁻²⁵⁾

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, οι θεραπευτικές επιλογές για το ανθεκτικό έλκος είναι: α)η υπερεκλεκτική βαγοτομή με ποσοστό υποτροπής μικρότερο από 10% στα 5 χρόνια και ήπια νοσηρότητα 2-5%, β)η μακροχρόνια χορήγηση H₂-αναστολέων σε δόσεις συντήρησης με ποσοστό υποτροπής μεγαλύτερο από 10% στους 5 μήνες, γ)η διαλείπουσα θεραπεία με H₂-αναστολείς σε πλήρεις δόσεις με ποσοστό υποτροπής μεγαλύτερο από 10% μόλις στις 5 πρώτες βδομάδες και δ)η στελεχιαία

βαγοτομή με αντρεκτομή με ποσοστό υποτροπής 1%, αλλά με το τίμημα της σοβαρής νοσηρότητας, της τάξης του 20%. Τέλος τα 2/3 των ασθενών με ανθεκτικό έλκος συνεχίζουν να έχουν ενοχλήματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας με Η₂-αναστολείς και πολλοί από αυτούς τους ασθενείς είναι δυνατό να επιλέξουν την εγχείρηση από την εξακολούθηση της συντηρητικής αγωγής.⁽¹⁰⁾

Αντίθετα με τα ανθεκτικά, τα υπερανθεκτικά έλκη δεν απαντούν ικανοποιητικά στην υπερεκλεκτική βαγοτομή, αλλά και στη στελεχιαία βαγοτομή, παρουσιάζοντας ποσοστά υποτροπής που κυμαίνονται από 244%. Όπως και στην περίπτωση των ανθεκτικών, τα υπερανθεκτικά έλκη δεν είναι δυνατό να αναγνωριστούν πριν από τη φαρμακευτική αγωγή συνεπώς, δύο είναι οι δυνατές υποθέσεις: ή τα έλκη αυτά είναι πρωτογενώς υπερανθεκτικά και η μακροχρόνια θεραπεία τελικώς τα επουλώνει ή η μακροχρόνια θεραπεία με Η₂-αναστολείς τροποποιεί τη φυσική ιστορία της νόσου προς υπερανθεκτικές μορφές έλκους. Εάν είναι ορθή η πρώτη υπόθεση, τότε, με την αναγνώριση ενός έλκους ως υπερανθεκτικού, θα πρέπει να χορηγούνται αυξημένες δόσεις Η₂-αναστολέων και σε συνδυασμό με αντιελκωτικούς φαρμακευτικούς παράγοντες.⁽¹⁷⁾ Σε περίπτωση που δεν επουλωθεί έλκος μετά από επανειλημμένες προσπάθειες συντηρητικής αγωγής, η στελεχιαία

βαγοτομή με αντρεκτομή είναι η εγχείρηση που ίσως προσφέρει τα μικρότερα ποσοστά υποτροπής, με κόστος την αυξημένη νοσηρότητα. Όμως, μέχρι σήμερα δεν έχουν επιβεβαιωθεί τα μικρά ποσοστά υποτροπής που η



Αντρεκτομή και βαγοτομή.

βαγοτομή με αντρεκτομή μπορεί να συνεπάγεται. Πάντως, στην περίπτωση που το ποσοστό υποτροπής του έλκους εξακολουθεί να είναι μεγάλο και μετά επιθετική αντιελκωτική επέμβαση, θα πρέπει να θεωρηθεί ότι υφίσταται μια μικρή ομάδα ελκών, τα οποία είναι ανθεκτικά σε οποιαδήποτε θεραπεία, συντηρητική ή χειρουργική. Στην περίπτωση που η δεύτερη υπόθεση είναι σωστή, δηλαδή ότι η μακροχρόνια συντηρητική αγωγή τροποποιεί την εξέλιξη της νόσου προς επιθετικές και ανθεκτικότερες μορφές, τότε, με την εκπλήρωση των προϋποθέσεων και κριτηρίων της απλής ανθεκτικότητας τα έλκη θα πρέπει να υποβάλλονται σε υπερεκλεκτική βαγοτομή. Διαφορετικά, η εξακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής θα τροποποιήσει τα έλκη σε ανθεκτικά και τα λειτουργικά πλεονεκτήματα της υπερεκλεκτικής βαγοτομής δεν θα είναι πια δυνατό να αξιοποιηθούν, λόγω του μεγάλου ποσοστού υποτροπής.⁽²⁵⁾

Ακόμη και στην περίπτωση των υπερεκλεκτικών ελκών, οι συγγραφείς πιστεύουν ότι η υπερεκλεκτική βαγοτομή έχει θέση, παρά τη μεγάλη πιθανότητα υποτροπής του έλκους με βάση τους ακόλουθους λόγους:

1. Στην πράξη, η θνητότητα από υπερεκλεκτική βαγοτομή είναι σχεδόν μηδενική.
2. Δεν συνοδεύεται από σοβαρές άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές.
3. Δεν είναι απαραίτητη η χρήση ρινογαστρικού καθετήρα.
4. Η μετεγχειρητική νοσηρότητα είναι πολύ ήπια και δεν υπερβαίνει το 5%.
5. Στην περίπτωση που απαιτηθεί επανεγχείριση, αυτή είναι τεχνικά εύκολη και ασφαλής.
6. Τα έλκη που υποτροπιάζουν μετά από υπερεκλεκτική βαγοτομή ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στη θεραπεία με Η₂-αναστολείς.
7. τα έλκη που υποτροπιάζουν μετά από βαγοτομή δεν προκαλούν διάτρηση ή αιμορραγία, φαινόμενο που υποδηλώνει τροποποίηση της φυσικής ιστορίας του έλκους, πιθανότατα επειδή μειώνεται η έκκριση πεψίνης, που συνεπάγεται η εγχείριση αυτή.

Τέλος, στην επιλογή θεραπείας του έλκους πρέπει να βαρύνουν και οι ακόλουθες διαπιστώσεις: α) η συχνότητα αιμορραγίας και διάτρησης του ΔΕ δεν έχει ελαττωθεί με την εισαγωγή των Η₂-αναστολέων, β) η θνητότητα από αιμορραγία ή διάτρηση ΔΕ εξακολουθεί να είναι μεγάλη, υπερβαίνοντας το 10%, ενώ μπορεί να είναι μεγαλύτερη, εάν συνυπάρχουν καρδιοαναπνευστικά προβλήματα σε ηλικιωμένα άτομα και γ) διάτρηση και αιμορραγία του ΔΕ μπορεί να επισυμβεί, ενώ ο ασθενής βρίσκεται σε θεραπεία με Η₂-αναστολείς.⁽²⁴⁻²⁵⁾

Πάντως, η όλη φιλοσοφία περί ανθεκτικότητας του ΔΕ στη θεραπεία με Η₂-αναστολείς θα τεθεί αναγκαστικά σε νέα βάση, μετά τη νέα γνώση για το ρόλο του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού και τα τροποποιημένα φαρμακευτικά σχήματα και αφού έρθουν στη δημοσιότητα οι ανάλογες προοπτικές τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες.

Στο οπλοστάσιο της χειρουργικής θεραπείας του ΔΕ έχουν προστεθεί τελευταία δύο νέες εγχειρήσεις: η πρόσθια ορομυοτομή με οπίσθια στελεχιαία βαγοτομή και η εκλεκτική βαγοτομή με αντρεκτομή και διατήρηση του πυλωρού. Και οι δυο μέθοδοι συνοδεύεται από μηδενικό ποσοστό υποτροπής το έλκους και νοσηρότητα της τάξης του 75 περίπου, στα 1-3 χρόνια μετεγχειρητικής παρακολούθησης. Οι σειρές είναι ακόμη περιορισμένες και ο αριθμός των ασθενών μικρός, ενώ οι μέθοδοι βρίσκονται ακόμη υπό τη δοκιμασία του χρόνου. Τέλος, με την πάροδο της τεχνολογίας, τόσο η υπερεκλεκτική βαγοτομή όσο και η πρόσθια ορομυοτομή με οπίσθια στελεχιαία βαγοτομή, αλλά και η στελεχιαία βαγοτομή με ταυτόχρονη ενδοσκοπική αεροδιαστολή του πυλωρού, έχουν αρχίσει να εκτελούνται με λαπαροσκοπικές τεχνικές, που συνεπάγονται

θεαματική ανάρρωση και περιορισμένης διάρκειας παραμονή στο νοσοκομείο.⁽¹⁰⁾

ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

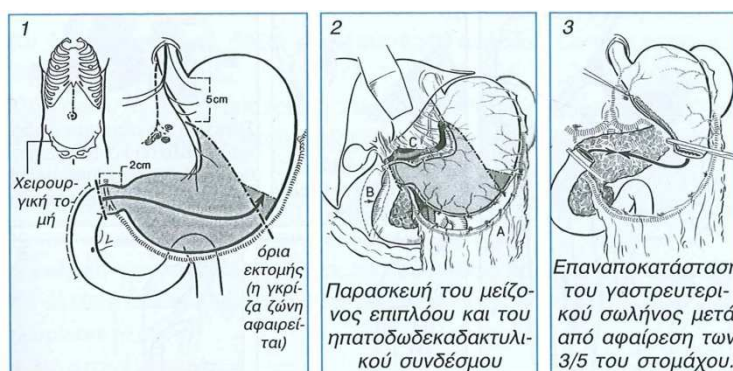
Οι ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας του γαστρικού έλκους είναι η αδυναμία επούλωσης του έλκους μετά από συντηρητική θεραπεία τριών μηνών περίπου και η υποτροπή του έλκους μέσα στον πρώτο χρόνο από το πέρας της συντηρητικής αγωγής, φαινόμενο που υποδηλώνει μεγάλη πιθανότητα κακοήθειας του έλκους.

Τα γαστρικά έλκη, με βάση την εντόπιση τους, αλλά και τις επιμέρους παθοφυσιολογικές ιδιαιτερότητες, διακρίνονται σε τύπου I, τύπου II, και τύπου III.

Γαστρικό έλκος τύπου I

Τα γαστρικά έλκη τύπου I είναι αυτά που εντοπίζονται στο έλασσον τόξο του σώματος του στομάχου και ως κύριος παθοφυσιολογικός μηχανισμός ενοχοποιείται κατ' άλλους η γαστρική στάση και κατ' άλλους η συνδυασμένη δράση χολής και οξέος σε μειωμένη τοπική αντίσταση του γαστρικού βλεννογόνου. Η εγχείρηση εκλογής είναι η κατά Billroth I γαστρεκτομή, που πρέπει να συνδυάζεται με βαγοτομή στην περίπτωση που ο ασθενής είναι αναγκασμένος ή επιρρεπής στην κατανάλωση μη στεροειδών αναλγητικών ή οιοπνεύματος. Τα ποσοστά υποτροπής είναι μικρά και η μετεγχειρητική νοσηρότητα από κινητικές διαταραχές είναι της τάξης του 15-25%.⁽²⁰⁾

Ορισμένοι γιατροί προτείνουν ως εγχείρηση την τοπική αφαίρεση του έλκους και υπερεκλεκτική βαγοτομή, γιατί είναι η μόνη εγχείρηση που περιορίζει και τους δύο επιθετικούς παράγοντες, τη γαστρική έκκριση της βαγοτομής, αλλά και τη δωδεκαδακτυλογαστρική παλινδρόμηση, με την αύξηση της ενδογαστρικής πίεσης που προκαλεί. Συγκριτική μελέτη μεταξύ Billroth I γαστρεκτομής και υπερεκλεκτικής βαγοτομής με αφαίρεση του γαστρικού έλκους έδειξε ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά



Υφολική γαστρεκτομή κατά Billroth I. - Γαστρεντεροαναστόμωση (Γ.Ε.Α.)

στο ποσοστό υποτροπής μεταξύ των δύο μεθόδων, ενώ η δεύτερη συνοδεύεται από σημαντικά μικρότερη νοσηρότητα.

Γαστρικό έλκος τύπου II

Το γαστρικό έλκος τύπου II είναι το έλκος του ελάσσονος τόξου του σώματος του στομάχου, που συνδυάζεται με δωδεκαδακτυλικό ή πυλωρικό έλκος. Το έλκος αυτό θεωρείται ότι, πέρα από τη γαστρική

στάση και την ελαττωμένη κάθαρση του παλινδρομούντος δωδεκαδακτυλικού υλικού, συνοδεύεται από αυξημένη πνευμονογαστρική δραστηριότητα και υπερέκκριση οξέος. Έτσι, ως εγχείρηση εκλογής προτείνεται η στελεχιαία βαγοτομή με κατά Billroth I γαστρεκτομή. Άλλοι συγγραφείς προτείνουν την εκτομή του έλκους του σώματος του στομάχου και υπερεκλεκτική βαγοτομή με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Γαστρικό έλκος τύπου III

Το γαστρικό έλκος τύπου III είναι το έλκος που εντοπίζεται στην προπυλωρική περιοχή και συνδυάζεται ή όχι με δωδεκαδακτυλικό έλκος. Πρόκειται δηλαδή για το προπυλωρικό έλκος που έχει ήδη αναφερθεί στην κατηγορία του δωδεκαδακτυλικού έλκους και συνοδεύεται από αυξημένη πνευμονογαστρική δραστηριότητα και υπερέκκριση οξέος. Η υπερεκλεκτική βαγοτομή στην περίπτωση αυτή συνεπάγεται μεγάλο ποσοστό υποτροπής, της τάξης του 33%, και η χειρουργική θεραπεία εκλογής είναι η στελεχιαία βαγοτομή με αντρεκτομή.⁽¹⁷⁻²⁰⁻²⁴⁾

8.6: Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα στοχεύει: α)στην ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και η δυσφορία, β)στην εξασφάλιση επαρκούς διατροφής και γ)στην πρόληψη των επιπλοκών. Ο άρρωστος επιστρέφει από το χειρουργείο με Levin για την αναρρόφηση των υγρών του στομάχου και την πρόληψη εμετών. Γίνεται αναρρόφηση, στην αρχή κάθε μισή ώρα και, μετά τις δύο πρώτες ώρες, κάθε μια ώρα, αν δεν υπάρχει υγρό ανοιχτό κόκκινο αίμα (αιμορραγία από την εσωτερική στιβάδα της αναστόμωσης). Το υγρό της αναρρόφησης μπορεί να περιέχει βλέννα, αλλοιωμένο αίμα (καφέ) και χολή.⁽²⁵⁾

Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών (ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων και διαλυμάτων γλυκόζης) για ενυδάτωση και παρεντερική διατροφή 2500-3000ml για τις πρώτες 2-3 ημέρες. Αντιμετώπιση του πόνου με συχνές μετακινήσεις στο κρεβάτι, κατάλληλη και αναπαυτική θέση, συνήθως ημικαθιστή μόλις συνέλθει από τη νάρκωση και χορήγηση αναλγητικών και ναρκωτικών (παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών). Σχολαστική υγιεινή του στόματος, δεν πρέπει να παίρνει τίποτα από το στόμα για 3 μέρες, διότι η επέμβαση αφορά το ίδιο το στομάχι. Χορήγηση υγρών απ' το στόμα μετά την αποκατάσταση του περισταλτισμού του εντέρου και αύξηση τους ανάλογα με την ανοχή του αρρώστου. Ελαφρά δίαιτα αργότερα με συμπλήρωμα βιταμινών, ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου και συμπληρωματική σιδηροβιταμινοθεραπεία για κάλυψη τυχόν επιπλέον αναγκών.⁽²⁰⁻²⁴⁾

Τήρηση ασηψίας και αντισηψίας στην φροντίδα του τραύματος για την πρόληψη μόλυνσης και διαπύησης. Μέτρηση προλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Βαθιές αναπνοές και αλλαγή θέσης για όσο παραμένει κλινήρης για καλύτερη οξυγόνωση και κυκλοφορία. Λήψη μέτρων για πρόληψη επιπλοκών, παρακολούθηση του αρρώστου για έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση τους.

α) Shock:

- Ακριβής μέτρηση και αναγραφή υγρών παροχέτευσης
- Συχνή μέτρηση αρτηριακής πίεσης, σφυγμού και αναπνοών
- Αναπλήρωση απωλειών σε υγρά, με ενδοφλέβιες χορηγήσεις διαλυμάτων, αίματος και υποκατάστασης του.

β) Αιμορραγία:

- Επισκόπηση υγρού παροχέτευσης και παρουσία κόκκινου αίματος
- Συχνή λήψη ζωτικών σημείων και παρακολούθηση του αρρώστου για εκδήλωση συμπτωμάτων εσωτερικής αιμορραγίας
- Χορήγηση μορφίνης, εφαρμογή παγοκύστης στο επιγάστριο, χορήγηση αδρεναλίνης μέσα σε διάλυμα υδροχλωρικού νατρίου από το Levin ή το στόμα, αν έχει αφαιρεθεί
- Μετάγγιση αίματος

γ) Πνευμονικές επιπλοκές:

- Ενθάρρυνση για βαθιές αναπνοές, βήχα και αλλαγή θέσεις
- Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι

δ) Θρόμβωση και εμβολή:

- Ασκήσεις κάτω άκρων
- Έγκαιρη έγερση
- Χρησιμοποίηση αντιθρομβωτικών καλτσών

ε) Εκσπλάχνωση:

- Χρησιμοποίηση ειδικών επιδέσμων για υποστήριξη του τραύματος
- Πρόσληψη κοιλιακής διάτασης και μόλυνσης
- Υποστήριξη τομής κατά τον βήχα
- Συχνός έλεγχος του τραύματος
- Καλή διατροφή

στ) Σύνδρομο Dumping:

- Αποφυγή λήψης μεγάλων γευμάτων
- Αποφυγή λήψης αλμυρών τροφών
- Αποφυγή λήψης υγρών μαζί με το γεύμα
- Τακτικά μικρά γεύματα και καλή μάσηση των τροφών
- Κατάκλιση μετά το γεύμα
- Αντιχολινεργικά πριν το γεύμα, για τον περιορισμό της γαστρεντερικής δραστηριότητας

ζ) Αν έχει γίνει θωρακοτομή για εκτέλεση βαγοτομής σε πεπτικό έλκος:

- Φροντίδα θωρακοτομηθέντα
- Εντατική φυσικοθεραπεία θώρακα αμέσως μετά την χειρουργική επέμβαση.⁽⁵⁾

8.7: Μετεγχειρητικές επιπλοκές και αντιμετώπιση τους

Οι εγχειρήσεις επί του στομάχου εκτελούνται με πολύ μεγάλο βαθμό ασφαλείας, αρκεί να είναι πάντοτε υπόψη του χειρουργού οι πιθανές άμεσες και απώτερες επιπλοκές και, γενικά, τα λεγόμενα «σύνδρομα του χειρουργημένου στομάχου». Σήμερα, οι επιλεκτικές εγχειρήσεις του πεπτικού (γαστροδωδεκαδακτυλικού) έλκους έχουν δραστικά μειωθεί λόγω της σύγχρονης φαρμακευτικής αγωγής, το είδος τους έχει μεταβληθεί, αλλά οι επιπλοκές του έλκους που απαιτούν εγχείρηση-και μάλιστα επείγουσα πολλές φορές- εξακολουθούν να είναι συχνές (αιμορραγία, διάτρηση, πυλωρική στένωση), ενώ υπάρχει πάντοτε και η ανάγκη επέμβασης για τα διάφορα νεοπλάσματα και άλλες καλοήθειες-πλην έλκους- νόσους. Επιπλέον, εξακολουθούν, αν και μειούμενα συνεχώς με την πάροδο των ετών, τα απώτερα σύνδρομα μετά το πλήθος των «υφολικών» γαστρεκτομών που γίνονται μαζικά μέχρι και το 1970 περίπου. Επομένως, είναι πάντα επίκαιρη η συζήτηση του θέματος αυτού, παρά τις μεγάλες αλλαγές που έχουν γίνει στα τελευταία 15-20 χρόνια.⁽⁶⁾

ΑΜΕΣΑ (ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ) ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Αυτά θα αναφερθούν εν συντομία, αφού αποτελούν χειρουργικές επιπλοκές, αρκετές από τις οποίες είναι περίπου παρόμοιες με τις εγχειρήσεις ολόκληρου του πεπτικού και παραλείποντας τις κοινές για όλες τις κοιλιακές επεμβάσεις επιπλοκές, π.χ. η διαπύηση, η εκσπλάγχνωση, τα αποστήματα κ.λ.π

Αιμορραγία

Κάθε αναστόμωση ή συρραφή ανοίγματος στο πεπτικό σύστημα μπορεί να παρουσιάσει αιμορραγία, συνήθως αμέσως ή μερικές ώρες μετά την επέμβαση. Όταν τηρούνται οι σωστοί τεχνικοί κανόνες, η επιπλοκή αυτή είναι σπάνια, αν και υποβοηθείται από την άφθονη αγγείωση του στομάχου. Μπορεί να συμβεί σε όλες τις γαστρικές επεμβάσεις, πλην της υπερεκλεκτικής βαγοτομής, κατά την οποία δεν διανοίγεται αυλός. Ακόμη σπανιότερη είναι η ενδοκοιλιακή αιμορραγία από ρήξη του σπληνός σε βαγοτομές ή δύσκολες υψηλές γαστρεκτομές. Η διάγνωση δεν είναι δύσκολη από τα συνήθη σημεία αιμορραγίας.⁽¹⁷⁾ Στην ενδαυλική υποβοηθείται και από τη δυνατότητα ενδοσκοπησης, οπότε, πλην των συνήθων μέτρων (μετάγγιση), μπορεί να γίνει και θεραπευτική ενέργεια (καυτηρίαση, έγχυση αγγειοσυσταλτικού ή σκληρυντικού) πριν από την καταφυγή σε επανεγχείρηση, η οποία-αν χρειάζεται- δεν πρέπει να καθυστερεί. Συνήθως, αρκεί μια γαστροτομή και απολίνωση-ραφή του σημείου της αιμορραγίας.

Ρήξη οισοφάγου

Χαρακτηριστική, αλλά-ευτυχώς- πολύ σπάνια, επιπλοκή στελεχιαίας βαγοτομής. Με τη σωστή τεχνική, θα πρέπει να μη συμβαίνει σχεδόν ποτέ. Συνήθως, δεν είναι τόσο ευρεία, ώστε να αποτελεί προβλήματα η

επούλωση με τα σημερινά μέσα παρεντερικής σίτισης, αλλά είναι πολύ επικίνδυνη λόγω πιθανής μεσοθωρακίτιδας.

Ρήξη κολοβώματος, αναστόμωσης, πυλωροπλαστικής

Πρόκειται για ασυνήθη σήμερα, αλλά πολύ σοβαρή, επιπλοκή με αποτελέσματα περιτονίτιδα, αποστήματα κλπ. Η βαρύτητα, εκτός από τους λοιπούς ευνόητους παράγοντες (ηλικία, άλλες νόσοι, διάπλαση), εξαρτάται και αυξάνεται, όταν το σημείο ρήξης βρίσκεται στην πορεία του πεπτικού περιεχομένου (πυλωροπλαστική, ΓΕΑ), οπότε πρόκειται ουσιαστικά για «πλάγιο» πεπτικό συρίγγιο με συνεχή τροφοδότηση και μεγάλες απώλειες. Ευνοϊκότερη είναι η προοπτική, όταν η ρήξη αφορά τυφλό κολόβωμα (όπως το δωδεκαδακτυλικό μετά από γαστρεκτομή), οπότε η σωστή και αποτελεσματική παροχέτευση μαζί με κατάλληλη αγωγή και παρεντερική σίτιση συνήθως απολήγουν σε ίαση, αν και μετά από αρκετό χρόνο και πολλούς κινδύνους.⁽²⁰⁾

Νέκρωση στο έλασσον τόξο ή στο θολό του στομάχου

Η νέκρωση τμήματος του στομάχου είναι πολύ σπάνια λόγω της πλούσιας αγγείωσης. Είναι όμως κάτι που πρέπει να σκέπτεται ο χειρουργός και να το αποφεύγει με την ορθή τεχνική. Η πρώτη αφορά την υπερεκλεκτική βαγοτομή, ενώ η δεύτερη την υφολική και την υψηλή μερική γαστρεκτομή, όταν απολινωθούν τα βραχεία γαστρικά αγγεία και οι απομένοντες κλάδοι της αριστερής γαστρικής και των φρενικών αγγείων δεν αρκούν για την αιμάτωση του κολοβώματος. Τα σημεία αρχόμενης ενδοκοιλιακής νέκρωσης θα επιβεβαιωθούν και με ενδοσκοπηση και, σε ορισμένες περιπτώσεις, θα χρειασθεί μέχρι και ολική γαστρεκτομή.

Οξεία παγκρεατίτιδα

Η βαριά αυτή μετεγχειρητική επιπλοκή μπορεί να εμφανισθεί χωρίς προηγούμενο παγκρεατικό ή λιθιασικό νόσημα, κυρίως σε επεμβάσεις άνω κοιλίας (ιδιαίτερα χοληφόρων, αλλά και στομάχου), αλλά-ευτυχώς σπάνια- και σε κάθε κοιλιακή επέμβαση, όπως και σε εξωκοιλιακές. Η διάγνωση και η αγωγή δεν διαφέρουν από τις λοιπές περιπτώσεις της νόσου αυτής, όμως η μετεγχειρητική μορφή είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη και εξελίσσεται γοργά.

Δυσλειτουργία αναστόμωσης

Η καθυστέρηση ομαλής κένωσης του στομάχου δεν είναι σπάνιο φαινόμενο μετά από γαστρικές εγχειρήσεις και είναι ιδιαίτερα ενοχλητική για τον ασθενή (που είναι-συνήθως- καλά κατά τα άλλα) και απογοητευτική για τα χειρουργό, όταν γνωρίζει ότι η τεχνική του ήταν άψογη, διότι πράγματι σπάνια συμβαίνει ως αποτέλεσμα τεχνικού σφάλματος. Συμβαίνει μέχρι και σε 4% των ασθενών και αφορά τόσο τις πυλωροπλαστικές (σπανιότερα) όσο και τις γαστρεντεροαναστομώσεις (συχνότερα), μετά από γαστρεκτομή ή συνοδεύουσες βαγοτομές (οι μόνες με σαφή παθοφυσιολογική βάση) ή και μόνες (ανακουφιστικές

νεοπλασμάτων). Κάθε ασθενής που χρειάζεται για περισσότερο από επτά ημέρες το ρινογαστρικό σωλήνα πρέπει να ερευνάζεται για τις συχνότερες αιτίες του φαινομένου και, κυρίως, για μεταβολικές (διαταραχές θρέψης, ηλεκτρολυτών) και σηπτικές όχι μόνο τοπικές (κρυψιγενές απόστημα, διαπύηση), αλλά και γενικότερες ή απομακρυσμένες (πνευμονίτιδες, ουρολοιμώξεις).⁽²⁰⁻²⁴⁻²⁵⁾

Αν αυτά διορθωθούν, η κένωση του στομάχου συνήθως αποκαθίσταται. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις μακράς επιμονής της δυσλειτουργίας, πολλές φορές με ικανοποιητικά ακτινολογικά και ενδοσκοπικά ευρήματα, που κάνουν την κατάσταση ακόμα πιο «εκνευριστική», με αποτέλεσμα να οδηγούνται οι ασθενείς αυτοί στο χειρουργείο για «διόρθωση» της αναστόμωσης ή άλλης επέμβαση, πολλάκις περισσότερες από μία φορά. Πρόκειται για το χειρότερο που μπορεί να γίνει, διότι η καθυστέρηση λειτουργίας αυτών των στομίων μπορεί να είναι μακρά, ιδιαίτερα αν προϋπήρχε απόφραξη. Στις περιπτώσεις αυτές, ενδείκνυται μεγάλη υπομονή συνδυασμένη με λεπτομερή εξήγηση στον ασθενή, διόρθωση τυχόν μεταβολικών προβλημάτων και κατάργηση σηπτικών, τεκμηρίωση-ακτινογραφική και ενδοσκοπική- ότι δεν υπάρχει αποφρακτικό αίτιο και μεγάλη προσοχή στην αντικατάσταση υγρών και ηλεκτρολυτών και στη σωστή παρεντερική σίτιση με σύγχρονη ρινογαστρική παροχέτευση (χωρίς αναρρόφηση).⁽⁶⁻¹⁰⁾

Η φαρμακευτική αγωγή έχει πολύ πτωχά αποτελέσματα. Αρκετοί συνιστούν χορήγηση βητανεχόλης επί σειρά ημερών. Έχει παρατηρηθεί μερικές φορές ευεργετική επίδραση της γαστρογραφίνης που χορηγείται για την ακτινολογική μελέτη. Γενικά, δεν υπάρχει συγκεκριμένη φαρμακευτική ένδειξη. Κατά κανόνα, η κατάσταση λύεται αφ' εαυτής, με την προϋπόθεση ότι είναι λειτουργική και πρωτοπαθής. Αναμονή επιβάλλεται για διάστημα τεσσάρων και πλέον εβδομάδων. Αν όμως η κατάσταση διαρκεί περισσότερο με αμείωτη τη γαστρική παροχέτευση, θα πρέπει να εξετασθεί σοβαρά η ένδειξη νέας επέμβασης που πρέπει να σχεδιασθεί προσεκτικά και να εκτελεσθεί με τελειότητα, διότι οι επανεγχειρήσεις, ουδέποτε απλές, στην περίπτωση του στομάχου μπορεί να είναι δυσχερείς. Γενικά, μια πυλωροπλαστική ή γαστρεκτομή τύπου Billroth I μετατρέπεται σε εκτομή Billroth II και μία εκτομή Billroth II υποβάλλεται σε αναδιαμόρφωση με εκτομή της αναστόμωσης και της περιοχής της με δημιουργία νέας. Εννοείται ότι προηγείται πάντοτε μία γαστροτομή κεντρικότερα της πυλωροπλαστικής ή της αναστόμωσης για έρευνα, επιβεβαίωση και πιθανή αποφυγή μεγάλης επέμβασης.⁽¹⁷⁻²⁴⁾

ΑΠΩΤΕΡΑ ΜΗΧΑΝΙΚΑ Ή ΜΙΚΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Δυσφαγία

Χαρακτηριστικό πρόβλημα μετά από τους διάφορους τύπους βαγοτομής, αναφέρεται από μερικούς μέχρι και σε 15% των περιπτώσεων.

Πιστεύουμε όμως ότι με τήρηση σωστής τεχνικής η επιπλοκή θα πρέπει να είναι σπάνια. Παρουσιάζεται συνήθως μετά τη δεύτερη ή τρίτη μετεγχειρητική εβδομάδα και φαίνεται ότι δεν οφείλεται στη διατομή των νεύρων, αλλά σε άλλα τεχνικά επακόλουθα της επέμβασης, όπως ενδοτοιχικό οργανούμενο αιμάτωμα του κατώτερου οισοφάγου ή ανάπτυξη ουλώδους συνδετικού ιστού. Άλλοι υποστηρίζουν ότι οφείλεται στην απονεύρωση του σφιγκτήρα του καρδιακού στομίου, με αποτέλεσμα τη «λειτουργική» αχαλασία, ή στην ανάπτυξη οισοφαγίτιδας από γαστρική παλινδρόμηση.⁽¹⁰⁻¹¹⁾

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η μηχανική ή λειτουργική απόφραξη είναι ατελής και η δυσφαγία υποχωρεί αυτόματα με απλή ρύθμιση του είδους της τροφής. Αν τα συμπτώματα επιμένουν πέραν των δύο ή τριών μηνών και μετά από ακτινολογική, μανομετρική και ενδοσκοπική μελέτη, ώστε να ανευρεθούν αίτια, τα οποία θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν στη ρίζα τους και να αποκλεισθούν άλλες καταστάσεις, οι εναλλακτικές λύσεις είναι οι διαστολές, αποτελεσματικές στους περισσότερους, ή η εγχείρηση εκτομής του στενωμένου τμήματος που είναι σοβαρή επέμβαση και ευτυχώς χρειάζεται πολύ σπάνια. Η φαρμακευτική αγωγή είναι αλυσιτελής.⁽²⁴⁾

Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση

Η αναγωγή γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο με απότοκο οισοφαγίτιδα είναι πολύπλοκο φαινόμενο που μπορεί να συμβαίνει και αυτόματα, αλλά ακολουθεί και όλων των τύπων τις γαστρικές εγχειρήσεις σε ποσοστό που δεν μπορεί να καθορισθεί επακριβώς, διότι η ένταση των συμπτωμάτων, που κυρίως περιλαμβάνουν τη δυσφαγία και το οπισθοστερνικό κάψιμο, ποικίλλει τόσο, ώστε οι περισσότεροι ασθενείς να μην υποφέρουν ιδιαίτερα, ενώ μερικοί να φθάνουν πρόθυμα μέχρι και σε σοβαρές επεμβάσεις, προκειμένου να απαλλαγούν. Η ακριβής αιτία είναι επίσης ασαφής, ενοχοποιουμένης κυρίως της γενικότερης μετεγχειρητικής διαταραχής της φυσιολογίας του στομάχου. Δεν μπορεί να αποκλεισθεί και ο ρόλος της καταστροφής του σφιγκτηριακού μηχανισμού του καρδιακού στομίου λόγω χειρισμών στην περιοχή και διατομής του φρενοοισοφαγικού συνδέσμου χωρίς επανασυρραφή, πράγμα που συνήθως παραλείπεται, πιστεύουμε όμως ότι είναι σημαντικό. Το σύνδρομο είναι σοβαρότερο, όταν εμφανίζεται μετά από εγχειρήσεις στομάχου παρά αυτόματα, διότι μετά από όλων σχεδόν των τύπων τις επεμβάσεις παρατηρείται κάποιου βαθμού αναγωγή δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου στο στόμαχο, σε άλλοτε άλλη συχνότητα.⁽²⁵⁾ Ο υπεύθυνος παράγων είναι η αλκαλικότητα κι η χολή με τα χολικά άλατα. Πράγματι, η αναγωγή χολικού περιεχομένου στον οισοφάγο είναι χειρότερη, τουλάχιστον κλινικώς, από την αναγωγή «καθαρού» γαστρικού υγρού, που μπορεί να ανακουφισθεί αρκετά εύκολα με ανταγωνιστές των H₂ υποδοχέων.

Διαγνωστικώς, θα διεξαχθεί ακτινολογική, μανομετρική και ενδοσκοπική μελέτη, βιοψία, καθώς και ενδοοισοφαγική pH-μετρία. Η θεραπεία περιλαμβάνει τα συνήθη διαιτητικά και «μηχανικά» μέτρα που εφαρμόζονται και σε συμπτωματική διαφραγματοκήλη και H2-αναστολείς, αν πρόκειται για αναγωγή όξινου γαστρικού υγρού. Αν πρόκειται για οισοφαγίτιδα από αναγωγή χολής, ελάχιστα έχουν να προσφερθούν φαρμακευτικά (έχει δοκιμασθεί μετοκλοπραμίδη-Primeran- με αμφισβητούμενα αποτελέσματα) και η τυχόν επέμβαση θα πρέπει να αποσκοπεί κυρίως στην παροχέτευση της χολής με εντερο-εντερο-αναστόμωση συνήθως, ώστε να μη φθάνει στο-ανεπαρκούν κατά οποιονδήποτε τρόπο- καρδιακό στόμιο. Σε περίπτωση στενώματος, η αγωγή θα ακολουθήσει τις γραμμές του υποκεφαλαίου δυσφαγία (διαστολές, εκτομή σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις).⁽²⁰⁻²⁴⁾

Γαστρίτιδα από δωδεκαδακτυλική αναγωγή («Αλκαλική» γαστρίτιδα)

Σε όλες τις επεμβάσεις επί του στομάχου, πλην της υπερεκλεκτικής βαγοτομής (και φυσικά της ολικής γαστρεκτομής), συμβαίνει έως ένα βαθμό αναγωγή δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου, είτε λόγω διαταραχής του πυλωρικού μηχανισμού (πυλωροπλαστική) είτε λόγω παρακαμπτήριας επέμβασης και ανεμπόδιστης επαφής της χολής και των αλάτων με το στόμαχο (γαστρεντεροαναστόμωση σε βαγοτομή ή γαστρεκτομή). Ο βαθμός της αναγωγής δεν αντιστοιχεί πάντα σε βαρύτητα των συμπτωμάτων, στα οποία περιλαμβάνονται επιγαστρικός πόνος, ναυτία και χολώδεις έμετοι (απαραίτητο σύμπτωμα), οπισθοστερνικό κάψιμο, απώλεια βάρους (ασταθές εύρημα). Η κατάσταση οφείλεται στην επίδραση της χολής και των χολικών αλάτων στο γαστρικό βλεννογόνο, ο οποίος παρουσιάζει χαρακτηριστικές ενδοσκοπικές και ιστολογικές αλλοιώσεις αν και ο ακριβής μηχανισμός δεν είναι απολύτως διαπιστωμένος, πάντως δεν οφείλεται απλώς στην εξουδετέρωση του όξινου γαστρικού υγρού και την αλκαλοποίησή του. (Τελευταίως, συζητείται και πρόκληση αλκαλικής γαστρίτιδας σε μη χειρουργημένο στόμαχο, μετά από χολοκυστεκτομή, ίσως λόγω της συνεχούς ροής της χολής στο δωδεκαδάκτυλο).⁽¹⁷⁻²⁰⁾

Ο χρόνος επέλευσης μετά την εγχείρηση ποικίλλει, αναγόμενος συνήθως από μερικούς μήνες μέχρι λίγα χρόνια. Η διάγνωση, μετά από την ταχεία αξιολόγηση των συμπτωμάτων που συνίσταται κυρίως σε χολοβαφείς εμέτους και πόνο που δεν υποχωρεί με λήψη αλκαλικών, βασίζεται στην ενδοσκοπική εικόνα με βιοψία και ιστολογική εξέταση. Τα ευρήματα τους είναι χαρακτηριστικά, αν κι όχι ειδικά, και πολλές φορές δεν αντιστοιχούν σε κλινική εικόνα. Η ακτινολογική εικόνα δεν είναι αξιόπιστη. Οι παλαιότερες εξετάσεις καθετηριασμού του δωδεκαδάκτυλου με ειδικές pH-μετρικές αναλύσεις έχουν αντικατασταθεί με τη μη επεμβατική, απλή και πολύ πιο αξιόπιστη μέθοδο εξέτασης της παλινδρόμησης με τη δοκιμασία HIDA με σεσημασμένο ^{99m}Tc. Η

απέκκριση με τη χολή, που είναι το κύριο ένοχο στοιχείο, και η απεικόνιση της εισόδου στο στόμαχο, σε συνδυασμό με την ενδοσκοπική εικόνα και την ιστολογική επιβεβαίωση, τεκμηριώνουν την κατάσταση και επιτρέπουν την τοποθέτηση σαφών ενδείξεων, αλλά και την παρακολούθηση της εξέλιξης (Η δοκιμασία HIDA συνίσταται στην ενδοφλέβια έγχυση υδροξυϊμινοδιοξεικού οξέος (Hydroxy-Imino-Diacetic Acid) σεσημασμένου με το ισότοπο ^{99m}Tc. Σήμερα, χρησιμοποιείται το βρωμοϊμινοδιοξεικό οξύ, αλλά έχει επικρατήσει η χρησιμοποίηση των αρχικών HIDA).⁽⁶⁻¹⁴⁻²⁵⁾

Θεραπευτική παρέμβαση θα χρειασθεί μικρός αριθμός ασθενών με αναγωγή δωδεκαδακτυλικού υγρού (στους λοιπούς αρκεί μια διαιτητική ρύθμιση) και από αυτούς αρκετοί θα απαντήσουν σε φαρμακευτική αγωγή με χρήση μετοκλοπραμίδης (Primperan), για αύξηση της γαστρικής κινητικότητας και λιγότερη στάση, και παραγόντων που δεσμεύουν τα χολικά οξέα και άλατα: χολεστυραμίνης (Questran) υδροταλκίτης, υδροξείδιο του αργιλίου (Pepsamar) ή η νεώτερη μορφή σουκραλφάτη.

Η άλλη λύση σε σοβαρές περιπτώσεις είναι η εγχείρηση, που πρέπει να αποβλέπει σε παροχέτευση της χολής μακριά από το στόμαχο. Κατά τους περισσότερους, η απλή εντερο-εντερο-αναστόμωση τύπου Braun περιφερικώς μιας ΓΕΑ δεν λύνει πάντα το πρόβλημα και βέβαια δεν έχει θέση σε πυλωροπλαστική, όπως δεν έχει θέση και η μετατροπή της Billroth I σε II και αντίστροφα. Σήμερα, η χειρουργική θεραπεία συνίσταται στην αναστόμωση του στομάχου σε μακρά απομονωμένη (Roux) έλικα νήστιδας, μήκους τουλάχιστον 50cm, ώστε η χολή να αποχετεύεται αρκετά χαμηλά στη νήστιδα χωρίς επαφή με το στόμαχο.⁽¹⁵⁻²⁰⁾

Αυτό δεν είναι χωρίς προβλήματα και έχει περιγραφεί και τεκμηριωθεί το «σύνδρομο Roux», που συνίσταται σε δυσλειτουργία της έλικας Roux, κύρια κλινικά συμπτώματα τα της βραδείας γαστρικής κένωσης (για να επαναληφθεί για ακόμη μία φορά ότι ουδεμία ιατρική ενέργεια στερείται ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων ή επιπλοκών). Το ποσοστό τέτοιας δυσλειτουργίας είναι αρκετά μεγάλο (μέχρι και 30-40%) και η θεραπεία του συνίσταται σε υψηλότερη-μέχρι σχεδόν ολική ή και ολική- γαστρεκτομή. Προτείνονται και άλλες τεχνικές που η αναφορά τους παρέλκει στην παρούσα επισκόπηση, ενώ θεωρείται βέβαιο ότι θα αποτελέσει αρκετά συχνό πρόβλημα στο μέλλον λόγω της ευρείας εφαρμογής της μεθόδου με έλικα Roux, ακόμη και εξ υπαρχής, και όχι μόνο για αντιμετώπιση αλκαλικής γαστρίτιδας.

Αποφρακτικά σύνδρομα

Συνοδεύουν σχεδόν αποκλειστικά τη γαστρεντεροαναστόμωση, είτε ως συμπλήρωμα βαγοτομής είτε ως συνέπεια γαστρεκτομής Billroth II είναι κατά το πλείστον μηχανικά και συχνά οφείλονται σε ανάπτυξη συμφύσεων, σύγκαμψη του στομίου της ΓΕΑ, στένωση της απιούσης

έλικος, νησιδογαστρικό εγκολεασμό κλπ. ή σε ατέλειες τεχνικής, όπως η μακρά προσιούσα έλικα, η κακή τοποθέτηση της αναστόμωσης κλπ. Οι περισσότερες από αυτές τις καταστάσεις είναι τυπικά χειρουργικά προβλήματα και χρειάζονται επέμβαση, όπως π.χ. εντερο-εντερο-αναστόμωση (μακρά προσιούσα έλικα, σύγκαμψη αναστόμωσης), αναδιαμόρφωση της ΓΕΑ (εγκολεασμός, έλκος αναστομωτικό κλπ.), λύση συμφύσεων κλπ.⁽²⁵⁾

Συχνότερο και γνωστότερο από αυτά τα σύνδρομα είναι το λεγόμενο «σύνδρομο της προσιούσης έλικος» που οφείλεται σε μακρά ή άσχημα τοποθετημένη προσιούσα έλικα και γενικά σε κάθε αίτιο που προκαλεί στένωση ή απόφραξη στη σημείο κατάληξης της προσιούσης έλικος στη γαστροεντεροαναστόμωση. Τα τυπικά συμπτώματα είναι οξύς επιγαστρικός πόνος και έντονοι χολώδεις έμετοι. Αν το πρόβλημα παρουσιασθεί κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, χαρακτηριστικά αποκλείει τη δυνατότητα αφαίρεσης του ρινογαστρικού σωλήνα και μπορεί να συγχυθεί και με οξείες επιπλοκές του τύπου της αναστομωτικής ρήξης με περιτονίτιδα. Συνήθως, όμως, αναπτύσσεται αργότερα.

Απαραίτητη είναι η ακτινολογική και ενδοσκοπική μελέτη και η θεραπεία είναι σχεδόν πάντοτε χειρουργική. Η απλή αναστόμωση Braun μεταξύ προσιούσης και απιούσης έλικος δεν θεωρείται σήμερα λυσιτελής, αφού προδιαθέτει σε αναστομωτικό έλκος. Προτιμητέα είναι η γαστρονησιδοστομία σε μακρά απομονωμένη έλικα κατά Roux.

Το σύνδρομο αυτό αποδίδεται από πολλούς σε απλή αλκαλική γαστρίτιδα και όχι στο μηχανικό κώλυμα που προϋποθέτει ο αναφερθείς μηχανισμός.⁽²⁰⁻²⁵⁾

ΑΠΩΤΕΡΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Σύνδρομο οφειλόμενα σε γαστρική «ακράτεια»

Η πολύ ταχεία διάδοσ υγρών προς το λεπτό έντερο, που οφείλεται στις νέες ανατομικές συνθήκες μετά από εγχειρήσεις του στομάχου και σε διαταραχές της φυσιολογίας του, οδηγεί σε διάφορες καταστάσεις, οι κυριότερες από τις οποίες είναι η διάρροια και το λεγόμενο «σύνδρομο dumping».

Διάρροια. Πολυσυζητημένο πρόβλημα, ιδιαίτερα μετά από βαγοτομή και μάλιστα στελεχιαία, έχει αποτελέσει αντικείμενο ευρείας μελέτης και επιχείρημα για την προτίμηση της υπερεκλεκτικής βαγοτομής. Διακρίνονται δύο κλινικές μορφές: των περιοδικών μεγάλων και υδαρών κενώσεων με ομαλή λειτουργία ενδιάμεσα και των καθημερινών πολλαπλών υδαρών κενώσεων. Μερικοί συγγραφείς ανεβάζουν την επίπτωση μέχρι και σε 20%, φαίνεται όμως ότι τα πράγματα είναι πολύ καλύτερα άλλωστε, οι περισσότεροι συμφωνούν ότι σχεδόν πάντοτε η κατάσταση υποχωρεί σε 2-3 μήνες, αυτόματα ή με περιορισμένη διαιτητική ή/και φαρμακευτική παρέμβαση. Εκτός από τη διαταραχή της

γαστρικής κινητικότητας, ενοχοποιούνται και διαταραχές της εντερικής κινητικότητας, αλλοίωση της χλωρίδας, διαταραχές στην έκκριση και απορρόφηση χολικών αλάτων κλπ., ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι η εγχείρηση απλώς ελκύει, επιδεινώνει ή προσηλώνει την προσοχή σε προϋπάρχουσες καταστάσεις, π.χ. εντεροπάθεια από γλουτένη, ενζυμικές ανεπάρκειες, κοιλιοκάκη κλπ. Εάν αυτές οι πιθανότητες αποκλεισθούν και χαρακτηριστεί η διάρροια ως όντως οφειλόμενη στην εγχείρηση, κοινά αντιδιαρροϊκά σκευάσματα με ρύθμιση της διαίτας και λίγη υπομονή, κατά κανόνα θα επιλύσουν το πρόβλημα.⁽⁶⁻¹⁷⁾ Πολλοί δοκιμάζουν φάρμακα που απορροφούν τα χολικά άλατα, όπως τη χολεστουραμίνη, με αμφιλεγόμενα αποτελέσματα. Ελάχιστοι ασθενείς παρουσιάζουν βαριά, παρατεταμένη και μη ελεγχόμενη διάρροια, οπότε τίθεται και θέμα χειρουργικής αντιμετώπισης. Λίγοι έχουν αξιόλογες σειρές και κανείς δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένος. Επειδή οι μεγάλες επεμβάσεις λίγα προσφέρουν και έχουν τους κινδύνους τους, η προσπάθεια πρέπει να περιορίζεται σε κάποια μορφή ανάπλαση του πυλωρικού σφιγκτήρα, αν έχει προηγηθεί πυλωροπλαστική ή αν είχε γίνει ΓΕΑ σε απλή κατάργησή της αφού-όπως φαίνεται- μετά από κάποιο διάστημα από τη βαγοτομή ο στόμαχος ανακτά σχεδόν φυσιολογική κινητικότητα.⁽¹⁵⁾

Σύνδρομο dumping. Το άλλο πολυσυζητημένο πρόβλημα που μπορεί να εμφανισθεί μετά από κάθε εγχείρηση στομάχου, ιδιαίτερα μετά από γαστρεκτομή Billroth II (με ΓΕΑ), αποδίδεται επίσης στην ταχεία κένωση του στομάχου εξ ου και η ονομασία του (dump=αδειάζω, ξεφορτώνω και μάλιστα με την έννοια της αδιαφορίας και απροσεξίας πάντως, η αγγλική ονομασία του συνδρόμου έχει διεθνοποιηθεί). Με αυτή την πιθανή αιτία, πράγματι μπορεί να συνοδεύεται και με διάρροια, κύρια όμως συμπτώματα είναι: αίσθημα λιποθυμίας, εφίδρωση, ταχυκαρδία, νευρικότητα, κωλικοί, διάρροια, πιθανόν και στιγμιαία απώλεια συνείδησης. Αυτά συμβαίνουν κατά ή αμέσως μετά το φαγητό (πρώιμο dumping) ή λίγες ώρες αργότερα (όψιμο dumping).

Το πρώιμο ή αγγειοκινητικό dumping θεωρείται ότι οφείλεται στην ταχεία κένωση του στομάχου με απότοκο αιφνίδια διάταση του εντέρου, μείωση του όγκου πλάσματος, αύξηση σεροτονίνης και πεπτιδίων και διάφορους άλλους μηχανισμούς, όχι απολύτως εξακριβωμένους, και σε αυτό προεξάρχουν τα κοιλιακά και εντερικά συμπτώματα. Το όψιμο ή υπογλυκαιμικό dumping θεωρείται ότι οφείλεται σε ταχεία μείωση-μετά από αρχική αύξηση- της γλυκόζης του αίματος, πιθανόν οφειλόμενη στην εντερογλυκαγόνη που, είτε με διέγερση των β-κυττάρων των νησιδίων είτε με την εντερική διάταση, οδηγεί σε αύξηση της παραγωγής ινσουλίνης. Τα συμπτώματα είναι, κυρίως, υπογλυκαιμικά και, σπανίως, κοιλιακά-εντερικά.⁽²⁴⁻²⁵⁾

Εκτός από την ταχεία διάοδο, ενοχοποιείται και η ποιότητα της τροφής (πυκνά, υπερωσμωτικά, υπερσακχαρούχα υγρά), διαταραχές έκκρισης διαφόρων πεπτικών ορμονών: αύξηση κυκλοφορούσης μοτιλίνης, γαστρικού ανασταλτικού πολυπεπτιδίου (GIP), εντερικού αγγειοδραστικού πολυπεπτιδίου (VIP) και, κυρίως, 5-υδροξυτρυπταμίνης κλπ. Η δράση όλων των παραπάνω εξηγεί τα συμπτώματα του συνδρόμου, στο οποίο είχε αποδοθεί πολύ μεγάλη σημασία στα χρόνια της βασιλείας της υφολικής γαστρεκτομής, που και συχνότατη ήταν και εξακολουθεί να προβάλλεται από μερικούς συγγραφείς και ως επακόλουθο βαγοτομής (μέχρι και ...άνω του 50%), ακόμα και υπερεκλεκτικής, όπου δεν έχει εξήγηση.⁽¹⁰⁾

Πιστεύουμε ότι πρόκειται για υπερβολές. Οι μεγάλες διαφορές ανάμεσα στους διαφόρους συγγραφείς, το γεγονός ότι οι εγχειρήσεις για το έλκος που είναι και η πλειονότητα των γαστρικών εγχειρήσεων αποσκοπούν σε αλλαγή της-διαταραγμένης έστω- φυσιολογίας του οργάνου και δεν είναι «ανατομικές» εγχειρήσεις εξαίρεσης οργανικών αλλοιώσεων, επίσης το γεγονός ότι σπανίως αναφέρεται dumping μετά από ολική γαστρεκτομή, όπου το όργανο δεν είχε πρότερη διαταραχή λειτουργίας (έλκος), αλλά οργανική νόσο (όγκο) και εκλείπει τελείως με την εγχείρηση –όλα αυτά, μεταξύ άλλων, υποδηλώνουν ότι πολλές φορές τα συμπτώματα αφορούν σε γενικότερη πεπτική διαταραχή οφειλόμενη στην επέμβαση και όχι ειδικά λόγω της επέμβασης στο στόμαχο. Αρκετοί άλλωστε υποστηρίζουν, τουλάχιστον ως προς τον παράγοντα ταχείας εκκένωσης (μηχανικής) του στομάχου, ότι αυτός δεν εξαρτάται τόσο από τη «διεύρυνση» του στομίου της γαστρικής αποχέτευσης (ΓΕΑ ή κατάργηση του πυλωρικού σφιγκτηριακού μηχανισμού με πυλωροπλαστική) αλλά από το εύρος της νήσιδας (ή του δωδεκαδακτύλου), που δεν αλλάζει. Υπέρ αυτού είναι και η αναφορά συνδρόμου dumping μετά από υπερεκλεκτική βαγοτομή, όπου δεν υπάρχει ΓΕΑ ή πυλωροπλαστική. Στη δική μας εμπειρία, η επίπτωση είναι σπάνια και ελαφράς μορφής.⁽¹⁻⁶⁾

Θεραπευτικώς, συνιστάται συντηρητική αντιμετώπιση με ρύθμιση της δίαιτας (όχι υπέρτονες ή πολυσακχαρούχες τροφές) και του τρόπου διατροφής (πολλά μικρά γεύματα) και χρήση φαρμάκων, όπως η κυπροεπταδίνη και η μεθυσερζίδη (δεσμευτικά της σεροτονίνης), και άλλων ρυθμιστικών της εντερικής λειτουργίας και «συγκολλητικών» των υδατανθράκων, τελευταίως δε και με νεώτερα φάρμακα (όπως τα ανάλογα της σωματοστατίνης) που φαίνεται να έχουν άριστο μέλλον. Η συντηρητική αγωγή επιτυγχάνεται πολύ συχνά, ιδιαίτερα στο όψιμο dumping, στο οποίο είναι σχεδόν απόλυτη.

Παλαιότερα, υπήρχε αρκετός ενθουσιασμός για εγχειρητική αντιμετώπιση του «συνδρόμου», ιδιαίτερα του πρώιμου, και είχαν επινοηθεί διάφορες πολύπλοκες επεμβάσεις (μετατροπή της Billroth II σε

Billroth I και αντίστροφα, παρεμβολή εντερικής έλικας μεταξύ στομάχου και δωδεκαδακτύλου, παρεμβολή αντιπερισταλτικής έλικας και άλλες), οι περισσότερες από τις οποίες δεν εφαρμόζονται πλέον, ή εξαιρετικά σπάνια, διότι οι πραγματικά σοβαρές περιπτώσεις είναι πολύ ασυνήθεις, αλλά και η συντηρητική αγωγή πρέπει να δοκιμάζεται με μεγάλη επιμονή και υπομονή, δοθέντος ότι οι «διορθωτικές» εγχειρήσεις και σοβαρές είναι και συχνότατα αποτυγχάνουν.⁽¹⁰⁻²⁰⁾

Μεταβολικά νοσήματα

Είναι φυσικό, μετά από εγχειρήσεις που εκτέμνουν ένα σημαντικό τμήμα ενός βασικού οργάνου της πέψης (ή και ολόκληρο) ή που τροποποιούν σε μεγάλο βαθμό τη φυσιολογία του, να προκαλούνται διάφορες μεταβολικές διαταραχές. Ίσως μάλιστα είναι άξιο απορίας ότι αυτές δεν επισυμβαίνουν πιο συχνά. Αρκετές φορές, αυτά τα προβλήματα είναι αποτέλεσμα ελαφρών μετεγχειρητικών συμπτωμάτων και φόβου των ασθενών.

Δυσασπορρόφηση, υποθρεψία. Μετά από βαγοτομή, οι διαταραχές αυτές είναι ασυνήθεις και μικρού βαθμού, αν και είναι διαπιστωμένο ότι η στελεχιαία βαγοτομή προκαλεί κάποια αλλοίωση στις εντερικές λάχνες. Οι διαταραχές είναι αισθητά συχνότερες μετά από γαστρεκτομή και ιδιαίτερα-φυσικά- μετά από ολική γαστρεκτομή. Ισχυρός παράγων είναι η ανεπαρκής πρόσληψη τροφής λόγω διαφόρων ενοχλημάτων, έκλυσης διάρροιας (όταν υπάρχει) και ανεπαρκούς «λειτουργίας δεξαμενής» του εκταμένου στομάχου. Άλλοι παράγοντες είναι η αύξηση της ταχύτητας διόδου του περιεχομένου, η διαπιστωμένη διαταραχή «συγχρονισμού» έκκρισης της χολής και του παγκρέατος, όταν η τροφή παρακάμπτει το δωδεκαδάκτυλο, που είναι απαραίτητη για τη σωστή διαδικασία της απορρόφησης, η διαταραχή των εντερικών λαχνών που αναφέρθηκε, ο σημαντικός αναερόβιος μικροβιακός εποικισμός της νήστιδας που έχει ανευρεθεί και επηρεάζει την απορρόφηση και άλλες διαδικασίες που έχουν την αφορμή τους και πολύ συχνά και την αιτία τους στη γαστρική επέμβαση, αν και αρκετά συχνά προϋπάρχουν, λανθάνουσες ή φανερές.⁽¹⁷⁻²⁵⁾

Το κοινό αποτέλεσμα πάντως είναι τα διάφορα φαινόμενα δυσασπορρόφησης και στεατόρροιας και η απώλεια σωματικού βάρους, η οποία-κατά πολλούς- παρατηρείται σε ποσοστό άνω του 50% εκείνων που έχουν υποβληθεί σε γαστρεκτομή.

Η θεραπεία είναι σαφώς συντηρητική, εκτός αν η κατάσταση οφείλεται, εν μέρει έστω, σε «μηχανικό» μετεγχειρητικό πρόβλημα, π.χ. σε στενώσεις, οπότε εκτελείται η εκάστοτε ενδεικνυόμενη εγχείρηση.

Αναιμία. Πρόκειται συνήθως για σιδηροπενική αναιμία, ως αποτέλεσμα πιθανής υποθρεψίας και κακής απορρόφησης σιδήρου των τροφών, ή (σχετικά σπάνια) για μεγαλοβλαστική αναιμία λόγω απώλειας του γαστρικού-ενδογενούς παράγοντος και επακόλουθη κακή σύνθεση

βιταμίνης B12. Οι μορφές της αναιμίας συνήθως δεν είναι σοβαρές, πρέπει όμως να υπάρχει η γνώση τους και η υποψία πιθανής εμφάνισης μετά από ορισμένες επεμβάσεις, ιδίως ολικές γαστρεκτομές, για γρήγορη αντιμετώπιση, πάντοτε συντηρητική, ώστε να μην εξελιχθούν σε βαρύτερες μορφές (έχουν αναφερθεί ακόμη και κακοήθεις αναιμίες Biermer).⁽⁵⁻⁷⁻¹⁰⁾

Οστικές διαταραχές. Όταν εμπεδώθηκαν οι αντιλήψεις για τις πιθανές μεταβολικές διαταραχές μετά από γαστρικές εγχειρήσεις και άρχισε συστηματική παρακολούθηση των ασθενών, ανακαλύφθηκε ότι οι διαταραχές στη δομή των οστών είναι πολύ συχνές, ευτυχώς συνήθως σε μικρό βαθμό, ιδιαίτερα μετά από επεμβάσεις εκτομής στομάχου.

Η πολύ συχνότερη οστεοπόρωση οφείλεται σε απώλεια οστικού ιστού, ενώ η ασβέστωση του υπολοίπου είναι φυσιολογική και αποτελεί φαινόμενο «γήρανσης» του οστού, ενώ φαίνεται ότι η γαστρεκτομή επιταχύνει αρκετά τη γήρανση των οστών (κατά 10-20 χρόνια, σύμφωνα με ορισμένους). Τα κατάγματα είναι αρκετά συχνά και δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία.

Η σπανιότερη οστεομαλάκυνση (αναφέρεται μέχρι και σε 2% των ασθενών με υφολική γαστρεκτομή) οφείλεται σε ανεπάρκεια βιταμίνης D, απότοκο δυσαπορρόφησης του λίπους και των λιποδιαλυτών βιταμινών, είτε λόγω ανεπαρκούς σίτισης είτε λόγω ανεπαρκούς φαινομένων δυσαπορρόφησης. Η θεραπεία είναι εύκολη με χορήγηση βιταμίνης D από το στόμα, αλλά χρειάζεται προσοχή, διότι τυχόν υπερφόρτωση με βιταμίνη D είναι πιο επικίνδυνη από οστεομαλάκυνση μικρού βαθμού.⁽⁸⁻¹⁰⁾

ΑΠΩΤΕΡΑ ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Χολολιθίαση

Πολλά έχουν γραφεί για τη μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης χολολιθίαση σε ασθενείς που έχουν υποστεί στελεχιαία βαγοτομή λόγω υποτιθέμενης αδράνειας της χοληδόχου κύστης από τη διατομή του ηπατικού κλάδου του πνευμονογαστρικού. Και η γαστρεκτομή έχει επίσης ενοχοποιηθεί, χωρίς όμως σαφή αιτιολόγηση του μηχανισμού. Εν τούτοις, πρόκειται για τόσο συνήθη νόσο που θεωρείται αμφίβολο, αν η γαστρική εγχείρηση είναι πράγματι το εκλυτικό αίτιο της λιθίασης. Φυσικά, η πιθανότητα αυτή κατατάσσεται στα επιχειρήματα των υπερμάχων της υπερεκλεκτικής βαγοτομής.⁽⁸⁻²⁰⁾

Υποτροπή του έλκους

Οι περισσότερες περιπτώσεις υποτροπής έλκους οφείλονται σε ανεπάρκεια της πρώτης επέμβασης να ελέγξει τη φυσιολογική διαταραχή, δηλαδή την υπερέκκριση υδροχλωρικού οξέος. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα τεχνικού προβλήματος, π.χ. ατελής βαγοτομή ή ανεπαρκής υφολική γαστρεκτομή, αλλά και του φαινομένου ότι όλες οι εγχειρήσεις του έλκους αποσκοπούν σε τροποποίηση φυσιολογικής διαταραχής και όχι σε εκτομή ανατομικής βλάβης, κατά συνέπεια, θα

υπάρχει ένας βαθμός «αποτυχίας μεθόδου». Αυτό άλλωστε φαίνεται από το ότι όλες ανεξαιρέτως οι μέθοδοι, και στα καλύτερα κέντρα, έχουν ένα ποσοστό υποτροπής του έλκους που ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό (αναφέρονται ποσοστά 2% μέχρι 20%). Το ότι λοιπόν υπάρχει πάντοτε ένα ποσοστό υποτροπής δείχνει ακριβώς το αναπόφευκτο της «αποτυχίας μεθόδου» σε κάποιον αριθμό, το εύρος των ποσοστών αυτών μάλλον δείχνει τις τεχνικές ατέλειες, δοθέντος ότι οι εγχειρήσεις του έλκους απαιτούν ανατομική γνώση και αρκετή πείρα. Επιπλέον, είχαν περιγραφεί –και εκτελεσθεί σε μεγάλο αριθμό– και εγχειρήσεις που ήδη έχουν από πολλού και δικαίως εκλείψει, όπως η «γαστρεκτομή κατ' αποκλεισμόν», δηλαδή με παραμονή τμήματος του άντρου. Το νεφελώδες φυσιολογικό υπόβαθρο τέτοιων επεμβάσεων αντιρροπείται από την τεχνική ευχέρεια που παρείχαν. Εννοείται φυσικά ότι δεν πρέπει να λησμονείται και κάποια άλλη αιτία υποτροπής, άσχετη με την πρώτη επέμβαση, π.χ. το γαστρίνωμα με ανάπτυξη συνδρόμου Zollinger-Ellison.

Γενικά, σε υποτροπή συμπτωμάτων, η διάγνωση υποτροπής έλκους είναι αρκετά εύκολη, τόσο ακτινολογικώς όσο και ενδοσκοπικώς. Το νέο έλκος συνήθως βρίσκεται στο χείλος της ΓΕΑ ή στην απιούσα έλικα, αμέσως περιφερικώς («αναστοματικό» έλκος) ή στην περιοχή της πυλωροπλαστικής και υπόκειται σε όλα τα συμπτώματα και τις επιπλοκές που χαρακτηρίζουν και την αρχική νόσο, αλλά και άλλες επιπλέον, π.χ. ένα γαστρο-νηστιδο-κολικό συρίγγιο.⁽¹⁻⁸⁻²⁴⁾

Θεραπευτικώς, η συντηρητική αγωγή είναι επίσης η ίδια. Εδώ, όμως, αντίθετα με τη συντηρητική αγωγή στην αρχική νόσο, χρειάζεται συνήθως μόνιμη χορήγηση, πράγμα που για πολλά άτομα είναι δύσκολα ανεκτό. Η χειρουργική αγωγή είναι κατά κανόνα αποτελεσματική αλλά – σχεδόν πάντοτε– πρόκειται για σοβαρή εγχείρηση σε μια περιοχή ούτως ή άλλως πολύπλοκη και, επιπλέον, χειρουργημένη και πλήρη συμφύσεων. Μια χειρουργική τάση υποστηρίζει την ενδελεχή έρευνα προεγχειρητικώς και εγχειρητική ενέργεια προς την ακριβή αιτία της υποτροπής, π.χ. συμπλήρωση ατελούς βαγοτομής ή αφαίρεση υπολειφθέντος άντρου, αδιαφορώντας για το έλκος, το οποίο θα επουλωθεί. Αυτό βέβαια δεν είναι πάντοτε δυνατόν και η «τελείωση» της επέμβασης δεν είναι βέβαιο ότι θα θεραπεύσει, αμφιβολία που υπάρχει άλλωστε και την πρώτη φορά. Για το λόγο αυτόν, η άλλη χειρουργική τάση είναι η εκτέλεση τη δεύτερη φορά ριζικής επέμβασης: βαγοτομής με αντρεκτομή, αν είχε προηγηθεί πυλωροπλαστική ή ΓΕΑ βαγοτομής και ευρύτερης γαστρεκτομής, αν είχε προηγηθεί γαστρεκτομή. Η αποκατάσταση της πεπτικής συνέχειας γίνεται με μία από τις συνήθεις αναστομώσεις Billroth I ή II, αλλά οι υπέρμαχοι της ριζικής επέμβασης συνιστούν κατ' ευθείαν αναστόμωση του στομάχου σε μακρά έλικα Roux για αποφυγή και ενδεχόμενης αλκαλικής γαστρίτιδας λόγω της ριζικής εγχείρησης της υποτροπής. Τα

αποτελέσματα είναι κατά κανόνα πολύ καλά, αλλά οι ενδείξεις πρέπει να τίθενται με προσοχή και υπευθυνότητα.⁽²⁴⁻²⁵⁾

Καρκίνος κολοβώματος

Πολλές μελέτες έχουν αφιερωθεί στην υποτιθέμενη μεγαλύτερη επίπτωση πρωτοπαθούς καρκινώματος στο γαστρικό κολόβωμα μετά από γαστρεκτομή για έλκος. Πράγματι, κατά τους περισσότερους συγγραφείς, υπάρχει σαφής αύξηση του καρκίνου στο κολόβωμα του στομάχου σε χρόνο μετά από την εγχείρηση, που ποικίλλει από 8-10 μέχρι και 30 χρόνια, με μέση συχνότητα επίπτωσης περίπου στα 20 χρόνια. Εν τούτοις, δεν συμφωνούν όλοι και μερικοί αναφέρουν και μείωση της επίπτωσης. Φαίνεται πάντως ότι πράγματι υπάρχει αύξηση, που όμως είναι μικρή, σχετικά με την αναμενόμενη επίπτωση καρκίνου στο στόμαχο των εξεταζόμενων ομάδων ατόμων π.χ. αναφέρεται επίπτωση 13-16% σε κολοβώματα, έναντι αναμενόμενου 10%.⁽¹⁰⁻²⁰⁾

Για να χαρακτηριστεί ένα καρκίνωμα σε κολόβωμα στομάχου ως πρωτοπαθές, πρέπει απαραίτητως η εκτομή που είχε προηγηθεί να ήταν για ιστολογικώς αποδεδειγμένη καλοήγητη γαστρική ή δωδεκαδακτυλική πάθηση και να έχει περάσει τουλάχιστον πενταετία από την εγχείρηση μέχρι την ανάπτυξη του καρκινώματος.

Μπορεί πάντως να θεωρηθεί βέβαιο ότι (α) η ατροφική γαστρίτιδα, είτε πρωτοπαθής είτε η συχνά μετά από συντηρητική ή χειρουργική θεραπεία του έλκους αναφαινόμενη, αποτελεί υποβοηθητικό παράγοντα καρκινογένεσης σε ποσοστό μέχρι 3%. (β) η επίπτωση είναι μεγαλύτερη μετά από εκτομή για γαστρικό, παρά για δωδεκαδακτυλικό έλκος. (γ) η επίπτωση είναι μεγαλύτερη σε ασθενείς που εμφανίζουν δυσπλασία σε ενδοσκοπικές βιοψίες βλεννογόνου του κολοβώματος, τόσο ώστε να έχει υποστηριχθεί η εκτέλεση γαστροσκόπησης και βιοψίας ανά διατία, τουλάχιστον σε γαστρεκτομημένους ασθενείς (πράγμα που έχει και απορριφθεί ως οικονομικώς ασύμφορο, σε σχέση με το προσδοκώμενο αποτέλεσμα). (δ) σημασία έχει επίσης ο μικροβιακός εποικισμός του κολοβώματος, που είναι με τη σειρά του αποτέλεσμα μείωσης ή κατάργησης της οξύτητας στο γαστρικό κολόβωμα, καθώς και το ποσό των ασύζευκτων χολικών οξέων μέσα στο κολόβωμα.⁽¹⁻⁶⁻¹⁰⁾

Θεραπευτικώς, η μόνη λύση είναι φυσικά η εγχείρηση, αν αυτή είναι εφικτή, σχεδόν πάντα με τη μορφή της ολικής γαστρεκτομής, πιθανότατα και με παρακείμενα όργανα, αν αυτά είναι διηθημένα. Αν η επέμβαση είναι ανέφικτη για τεχνικούς λόγους ή λόγω εκτεταμένων μεταστάσεων, εκτός από την (αμφίβολης αξίας) χημειοθεραπεία, θα πρέπει να εγκατασταθεί και παράκαμψη της πεπτικής οδού, κατά κανόνα με νησιδοστομία, αν πρόκειται για όγκο που έχει ήδη, ή απειλεί να, αποφράξει το καρδιακό στόμια ή τη ΓΕΑ(Γαστρεντεροαναστόμωση).⁽²⁵⁾

8.8:Αξιολόγηση αποτελεσμάτων χειρουργικής θεραπείας έλκους

Αναφερόμενος στην αξιολόγηση της εγχείρησης θεραπείας του δωδεκαδακτυλικού έλκους, η θέση μου δεν είναι να εκθειάσω ένα είδος εγχειρήσεως, αλλά να προσπαθήσω ανασκοπώντας τη βιβλιογραφία και λαμβάνοντας υπόψη τη δική μας εμπειρία να φθάσω σε κάποιο συμπέρασμα με αντικειμενικά κριτήρια. Η επιτυχία της εγχειρητικής θεραπείας του δωδεκαδακτυλικού έλκους καθορίζεται από 4 βασικούς παράγοντες:

1) Την εγχειρητική θνητότητα και τις άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές.

2) Τα απώτερα προβλήματα που δημιουργεί η εγχείρηση.

3) Το ποσοστό υποτροπής του έλκους και

4) Το μακροχρόνιο αποτέλεσμα της εγχειρητικής θεραπείας.⁽²⁰⁾

Επομένως η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των διαφόρων εγχειρήσεων θα γίνει με βάση αυτούς τους παράγοντες. Για την εκλογή της καλύτερης εγχειρήσεως, εκτός από τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα κάθε μιας από αυτές, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη το κατά πόσο κατάλληλη είναι η εγχείρηση που επιλέγεται για το συγκεκριμένο άρρωστο και για το συγκεκριμένο χειρουργό.

Η βιβλιογραφία στο θέμα της χειρουργικής θεραπείας του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους είναι αρκετά ογκώδη. Δυστυχώς όμως στις περισσότερες δημοσιεύσεις αναφέρεται μια χειρουργική αντιμετώπιση, τα αποτελέσματα της οποίας συνήθως συγκρίνονται με σειρά από άλλο κέντρο που εφάρμοσε άλλη χειρουργική θεραπεία.⁽¹⁰⁾ Το γεγονός αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το συγκεκριμένο υλικό να μην είναι ομοιόμορφο και επιλεγμένο με τα ίδια κριτήρια, αλλά και η εγχειρητική εμπειρία συνήθως είναι διαφορετική. Για να έχουμε αξιόπιστα συγκρίσιμα αποτελέσματα μεταξύ των διαφόρων χειρουργικών επεμβάσεων για τη θεραπεία μιας παθήσεως, θα πρέπει η συγκριτική μελέτη να πληρεί τις παρακάτω προϋποθέσεις:

1) Οι άρρωστοι να κατατάσσονται τυχαίως στις διάφορες ομάδες των εγχειρήσεων που πρόκειται να συγκριθούν.

2) Όλες οι εγχειρήσεις να διενεργούνται από την ίδια ομάδα χειρουργών.

3) Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων πρέπει να γίνεται από ομάδα κριτών που θα χρησιμοποιούν σταθερά κριτήρια για όλους τους άρρωστους χωρίς να ξέρουν το είδος της επεμβάσεως. Δυστυχώς όμως συγκριτικές μελέτες που να πληρούν τις παραπάνω προϋποθέσεις, είναι αρκετά σπάνιες στην διεθνή βιβλιογραφία.

Οι εγχειρήσεις που γίνονται ακόμη για την θεραπεία του δωδεκαδακτυλικού έλκους είναι:

Η στελεχιαία βαγοτομή με αντρεκτομή, η στελεχιαία βογοτομή με πυλωροπλαστική ή γαστροεντεροαναστόμωση και τελευταία η υπερεκλεκτική βαγοτομή χωρίς παροχετευτική επέμβαση.

Κάθε μια από αυτές τις εγχειρήσεις έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα η ανάλυση των οποίων θα βοηθήσει να σχηματίσουμε μια γνώμη όσον αφορά τις προϋποθέσεις με τις οποίες θα πρέπει να εφαρμόζεται η κάθε μία απ' αυτές.⁽²⁰⁻²⁴⁾

Αν μοναδικός μας σκοπός είναι να θεραπεύσουμε την νόσο του έλκους, αδιαφορώντας για τις παρενέργειες που δημιουργεί η εγχείρηση, τότε η βαγοτομή με αντρεκτομή είναι η εγχείρηση που έχει το μικρότερο ποσοστό υποτροπής της νόσου. Έτσι ενώ το ποσοστό υποτροπής είναι μόνο 1% η νοσηρότητα με την μορφή των διαρροιών, της στεατόρροιας, του Dumping, ή των χολωδών εμέτων ξεπερνάει το 30%.

Η βαγοτομή με πυλωροπλαστική ή γαστροεντεροαναστόμωση εξακολουθεί να έχει τα μειονεκτήματα της απονεύρωσης της χοληδόχου κύστεως, του παγκρέατος, του λεπτού εντέρου και την καταστροφή του πυλωρικού μηχανισμού, ενώ το ποσοστό της υποτροπής του έλκους αυξάνεται στα όρια του 5-9%.

Η περισσότερη «φυσιολογική» θα μπορούσε να πούμε, από άποψη ανατομικών βλαβών που προκαλεί μια εγχείρηση, είναι η υπερεκλεκτική βαγοτομή με ποσοστό υποτροπής κυμαινόμενο στην πλειονότητα σε όρια μεταξύ 4 και 10%, αν και στη βιβλιογραφία το εύρος που μπορούμε να δούμε κυμαίνεται από 0,8-22%.

Η εγχειρητική θνητότητα φθάνει το ποσοστό 1,2% στη βαγοτομή και αντρεκτομή, στο 0,7% σε βαγοτομή με παροχετευτική επέμβαση και ελαττώνεται στο 0,3% στην υπερεκλεκτική βαγοτομή.⁽¹⁰⁻²⁰⁾

Σε όλα τα είδη βαγοτομών η πρώιμη δυσφαγία καθώς και η γαστροοισαφαγική παλινδρόμηση που παρατηρείται μετεγχειρητικά είναι παροδικά, συνήθως δεν διαρκούν περισσότερο από 2 μήνες μετεγχειρητικά και είναι αποτέλεσμα της απονεύρωσης του κατώτερου οισοφάγου.

Το αίσθημα πληρότητας και κορεσμού ενώ από θεωρητική άποψη θα έπρεπε να είναι υψηλότερο στις επεμβάσεις στελεχιαίας βαγοτομής εξ αιτίας του απονευρωμένου άντρου, εν τούτοις δεν φαίνεται να διαφέρει σημαντικά σε σχέση με την υπερεκλεκτική βαγοτομή.

Το σύνδρομο Dumping εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα μετά από στελεχιαία βαγοτομή και παροχετευτική επέμβαση σε σχέση με την υπερεκλεκτική βαγοτομή.

Η συχνότητα Dumping που αναφέρεται είναι 15% ,μετά από στελεχιαία βαγοτομή, ενώ στην υπερεκλεκτική είναι 4%, από τα οποία κανένα βαρύ. Η ταχεία κένωση των υδαρών τροφών και η μη καλή ανάμιξη τους με τις στερεές τροφές εξ αιτίας της διαταραχής του

απονευρωμένου άντρου, φέρεται σαν ο κυριώτερος αιτιολογικός παράγοντας του συνδρόμου.

Η μετά από βαγοτομή διάρροια αποδίδεται στην απονεύρωση του λεπτού εντέρου, του δεξιού κόλου και της χοληδόχου κύστεως. Η διατεταμένη από την απονεύρωση χοληδόχος κύστη κενώνει μαζικά μεγάλες ποσότητες χολής με αποτέλεσμα την αδυναμία του λεπτού εντέρου να προλάβει να απορροφήσει όλη την ποσότητα, οπότε τα χολικά άλατα προωθούμενα δρουν στο παχύ έντερο και προκαλούν διάρροια.⁽⁶⁻¹⁰⁾

Η θεωρία αυτή ενισχύεται από το γεγονός ότι η χορήγηση χοληστηραμίνης ελαττώνει τα διαρροϊκά επεισόδια, καθώς και από την παρατήρηση ότι το ποσοστό χολολιθιάσεων είναι υψηλότερο μετά από στελεχιαία βαγοτομή. Η συχνότητα διαρροϊκών επεισοδίων που παρατηρείται στις διάφορες επεμβάσεις είναι 5% στην υπερεκλεκτική βαγοτομή, χωρίς ποτέ να παρατηρούνται βαρειές διάρροιες, 15% στην εκλεκτική βαγοτομή και πυλωροπλαστική, από τις οποίες το 2% βαρειές, και 25% στην στελεχιαία βαγοτομή και πυλωροπλαστική από τις οποίες το 5% βαρειές.

Μια επιπλοκή που παρατηρήθηκε στην υπερεκλεκτική βαγοτομή είναι η νέκρωση του ελάσσονος τόξου του στομάχου, με ποσοστό 0,2%, αλλά με θνητότητα 50% στους ασθενείς που εμφανίσθηκε. Η επιπλοκή αυτή φαίνεται ότι έχει σχέση με την ανατομία του υποβλεννογονίου αγγειακού δικτύου και την διάνοιξη των αρτηριοφλεβικών αναστομώσεων μετά την βαγοτομή που οδηγεί στην ισχαιμία του απαγγειωθέντος ελάσσονος τόξου. Πιστεύεται ότι η νέκρωση του ελάσσονος τόξου έχει σχέση με κακή τεχνική. Η περιτονοποίηση και η εμπύθιση του ελάσσονος τόξου φαίνεται ότι αποτρέπει την νέκρωση και την δημιουργία συμφύσεων με το ήπαρ.

Κατατάσσοντας τα αποτελέσματα των διαφόρων εγχειρήσεων στους βαθμούς κατά Visick διαπιστώνεται η υπεροχή της υπερεκλεκτικής βαγοτομής σε σχέση με την στελεχιαία βαγοτομή και αντρεκτομή ή παροχετευτική επέμβαση, καθώς και την εκλεκτική βαγοτομή και πυρωπλαστική.⁽²⁰⁻²⁴⁻²⁵⁾

Η συσχέτιση της προεγχειρητικής γαστρικής έκκρισης και της συχνότητας υποτροπής του έλκους είναι ένα στοιχείο το οποίο εξακολουθεί να συζητείται. Πάντως φαίνεται ότι στις περιπτώσεις που έχουμε γαστρική έκκριση με περισσότερο από 40mEq/h, όταν κάνουμε υπερεκλεκτική βαγοτομή το ποσοστό υποτροπής φθάνει το 30%, ενώ οι ριζικότερες επεμβάσεις, όπως η στελεχιαία βαγοτομή με αντρεκτομή, έχουν ποσοστό υποτροπής 12,5%.

Ανακεφαλαιώνοντας βλέπουμε ότι η καταστροφή του αντροπυλωρικού μηχανισμού σε σχέση με την διαπίστωση ότι η απονεύρωση του άντρου όχι μόνον δεν ελαττώνει αλλά αυξάνει την έκκριση της γαστρίνης, μπορούμε να πούμε ότι η απονεύρωση του άντρου

με τη στελεχιαία βαγοτομή και την καταστροφή ή αχρήστευση του πυλωρικού σφιγκτήρα με την πυλωροπλαστική ή την ΓΕΑ, όχι μόνον δεν ωφελεί αλλά προκαλεί πλείστα όσα προβλήματα με την παλινδρόμηση δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου στο στομάχι ή την ταχεία κένωση του γαστρικού περιεχομένου στο έντερο. Αντίθετα η υπερεκλεκτική βαγοτομή αφήνοντας ανέπαφο τον αντροπυλωρικό μηχανισμό έχει μικρότερο ποσοστό παρενεργειών, ενώ δίνει πολύ ικανοποιητικό ποσοστό θεραπείας της νόσου του έλκους του δωδεκαδακτύλου.⁽¹⁰⁻²⁴⁾

ΕΝΟΤΗΤΑ 9

9.1:Πεπτικό έλκος σε παιδιά

Το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος διακρίνεται σε πρωτοπαθές και σε δευτεροπαθές έλκος.

Το **πρωτοπαθές** έλκος είναι συχνότερο στα παιδιά, όπως και στους ενήλικες, είναι το δωδεκαδακτυλικό έλκος. Η αληθής συχνότητα της νόσου είναι άγνωστη, αλλά όπως και στους ενήλικες ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Τα τελευταία χρόνια, η ευαισθητοποίηση των παιδίατρων και η ενδοσκοπική διερεύνηση συνέβαλαν στην διαπίστωση αύξησης της συχνότητας της νόσου, που ίσως είναι φαινομενική. Έχει υπολογισθεί ότι στις μεγάλες παιδιατρικές κλινικές διαπιστώνονται 5 έλκη το χρόνο, ενώ κατ' άλλους 3,4-4,4 περιπτώσεις κάθε 10000 εισαγωγές στο νοσοκομείο. Με το δεδομένο ότι 2% των ενηλίκων, που σε κάποια φάση της ζωής τους είχαν έλκος, δίνουν ιστορικό από την παιδική ηλικία πιθανολογείται ότι το έλκος στα παιδιά έχει συχνότητα περίπου 1:1000. Όπως και στους ενήλικες, η συχνότητα του έλκους στα αγόρια είναι 2-3 φορές μεγαλύτερη από ότι στα κορίτσια.⁽¹³⁾

Παρά τις εκατοντάδες μελετών σε ενήλικες και πειραματόζωα, ακόμα δεν είναι γνωστό το ακριβές αίτιο του δωδεκαδακτυλικού έλκους. Ο πίνακας 1, στο παράρτημα σελίδα 156, δείχνει τους παράγοντες που ενοχοποιούνται για το δωδεκαδακτυλικό έλκος. Εν τούτοις, περιορισμένες μελέτες για την παθογένεια της νόσου έχουν γίνει στα παιδιά, γιατί οι περιπτώσεις έλκους είναι λίγες, συγκριτικά με τους ενήλικες.⁽⁵⁾

Αν και ο ορισμός «χωρίς οξύ δεν υπάρχει έλκος» ισχύει για την θεραπεία, ίσως δεν ισχύει ότι το οξύ προκαλεί αφ' εαυτού δωδεκαδακτυλικό έλκος. Ποσοστό 30-40% των ενηλίκων με έλκος έχουν υπερέκκριση οξέος, ενώ άτομα με υπερέκκριση δεν έχουν έλκος. Αντίθετα, έλκη μπορεί να εμφανισθούν σε άτομα με φυσιολογική ή μειωμένη γαστρική έκκριση. Εάν το στρώμα της βλέννας που καλύπτει το γαστρικό βλεννογόνο απομακρυνθεί, η πεψίνη δυνατόν να ασκήσει πρωτεολυτική δράση. Αντίθετα, οι προσταγλανδίνες ασκούν προστατευτική δράση, ενισχύοντας το φραγμό βλέννας – διτανθρακικών. Φαίνεται ότι η κληρονομικότητα παίζει κάποιο ρόλο στην αιτιολογία του έλκους, με ποσοστό που κυμαίνεται στ παιδιά από 33% έως 62%.

Μεγάλη επανάσταση στην αιτιολογία του πεπτικού έλκους έφερε η ανεύρεση του *Helicobacter pylori* (ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού) στον βλεννογόνο ενηλίκων και παιδιών με έλκος και γαστρίτιδα. Στους ενήλικες με δωδεκαδακτυλικό έλκος, το μικρόβιο έχει απομονωθεί από το βλεννογόνο του πυλωρικού άντρου σε ποσοστό 90-100%. Εν τούτοις, η συνύπαρξη αυτή στα παιδιά χρειάζεται επιβεβαίωση. Οι μελέτες στα παιδιά είναι περιορισμένες, λόγω του μικρού αριθμού πασχόντων, αλλά αποτελούν καλό υλικό για τη διερεύνηση της αιτιολογίας του έλκους,

δεδομένου ότι πιθανοί ελκογόνοι παράγοντες –όπως οινοπνευματώδη, κάπνισμα και φάρμακα- συνήθως δεν υπεισέρχονται στην ομάδα αυτή.

Οι ερευνητές Queiroz et al απομόνωσαν το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και στα 15 παιδιά με δωδεκαδακτυλικό έλκος, ενώ σε άλλες μελέτες το ποσοστό είναι μικρότερο. Στον ελλαδικό χώρο, οι ερευνητές Ρώμα και συν σε ενδοσκοπικό και ιστολογικό έλεγχο του στομάχου 336 παιδιών με συμπτώματα ανώτερου πεπτικού διαπίστωσαν έλκος σε 25 παιδιά. Από αυτά, ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού συνυπήρχε σε 14 παιδιά επομένως, τουλάχιστον για τη χώρα μας, στα παιδιά το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού δεν έχει την αποκλειστικότητα της αιτιολογίας του πεπτικού έλκους. Είναι αναμφίβολο ότι χρειάζονται περισσότερα δεδομένα, τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά, για τη συσχέτιση πεπτικού έλκους και ελικοβακτηριδίου του πυλωρού. Η κρίσιμη ερώτηση είναι, εάν πράγματι ο μικροοργανισμός αυτούς είναι παθογόνος ή απλώς σαπρόφυτο.⁽¹²⁻¹³⁾

Η κλινική εικόνα στα παιδιά ποικίλλει, αναλόγως της ηλικίας. Στα νεαρά βρέφη, η συχνότερη κλινική προβολή είναι η διάτρωση και η αιματέμεση, αν και συχνά προέχει και ο εμετός, συνεπώς, είναι σχετικά εύκολη η διάγνωση. Στα μεγαλύτερα παιδιά, η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση είναι 11-12 χρόνια, αλλά τα συμπτώματα αρχίζουν πριν τα 10 χρόνια σε 46% των παιδιών, ενώ σε 15% πριν τα 6 χρόνια. Το μέσο διάστημα μέχρι τη διάγνωση είναι 1,8 χρόνια, που αυξάνεται όταν τα συμπτώματα αρχίζουν στην πρώιμη παιδική ηλικία.⁽¹⁰⁾

Ο πόνος αποτελεί το προεξάρχον σύμπτωμα στο 90% των παιδιών με έλκος, είναι περιοδικός στα 2/3 των περιπτώσεων και μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες ή και πάνω από 6 μήνες. Στα παιδιά όμως ο πόνος συχνά είναι άτυπος, δηλαδή δεν εντοπίζεται στο επιγάστριο, είναι περιομφαλικός ή διάχυτος, δεν σχετίζεται με το φαγητό και δεν είναι νυκτερινός. Ως κανόνας για τον παιδίατρο θεωρείται η βάσιμη υποψία έλκους σε παιδιά με κοιλιακά άλγη.

Οι ερευνητές Ρώμα και συν, σε μελέτη επί 67 παιδιών με πεπτικό έλκος που νοσηλεύθηκαν τη 12ετία 1971-1982, βρήκαν κοιλιακά άλγη σε συχνότητα 71,6% από τα οποία 40% ήταν άτυπα, με αποτέλεσμα να θεωρούνται για πολλά χρόνια ψυχογενούς αιτιολογίας και να καθυστερήσει η διάγνωση. Έμετος απαντάται σε ποσοστό περίπου 40% των ασθενών και συνήθως προηγείται πόνος. Τα μικρότερα παιδιά (κάτω των 6 ετών) έχουν συχνότερα εμέτους και το μεσοδιάστημα που μεσολαβεί μέχρι τη διάγνωση φθάνει μέχρι 4,8 χρόνια. Αιματέμεση και μέλαινα, μόνα ή σε συνδυασμό, απαντώνται σε ποσοστό που φθάνει το 50% των παιδιών και από αυτό το ποσοστό στο 49% των παιδιών η αιμορραγία εκδηλώνεται χωρίς πόνο και μάλιστα ως κύριο σύμπτωμα (ποσοστό 28-36%). Λανθάνουσα αιμορραγία και διάτρωση απαντώνται σε ποσοστό 10%.⁽¹²⁾

Η ευαισθησία στο επιγάστριο μπορεί να απουσιάζει, να είναι ήπια ή να είναι έντονη. Όταν ο παιδίατρος αντιμετωπίζει τέτοια παιδιά με υποτροπιάζοντα κοιλιακά άλγη, θα πρέπει να αποφασίσει τότε θα προχωρήσει σε πλήρη έλεγχο. Παιδιά με γαστροορραγία ελέγχονται αμέσως, επίσης, πρέπει να ελέγχονται παιδιά με νυκτερινό πόνο ή θετικό κληρονομικό ιστορικό έλκους, ανεξάρτητα από την εντόπιση του πόνου. Με αυτό τον τρόπο, τριπλασιάζεται στα ενδοσκοπικά τμήματα ο αριθμός των γαστροσκοπήσεων, αλλά παράλληλα τριπλασιάζεται ο αριθμός των παιδιών με πεπτικό έλκος.

Το πρωτοπαθές γαστρικό έλκος είναι σπάνιο στα παιδιά, η αιτιολογία είναι ασαφής, δεν φαίνεται να υπάρχει κληρονομική προδιάθεση και είναι συχνότερο σε παιδιά κάτω των 6 ετών και σε βρέφη. Οι ερευνητές Druman et al αναφέρουν 43 γαστρικά έλκη σε 317 παιδιά με πεπτικό έλκος (αναλογία 1:7). Εντοπίζονται είτε στο έλασσον τόξο του στομάχου είτε προπυλωρικός. Κλινικώς, κυρίως τα βρέφη, παρουσιάζουν άρνηση τροφής, εμέτους και καθυστέρηση στην ανάπτυξη. Η αιματέμεση σε αυτή την ηλικία είναι συχνή και δυνατόν να αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα, ενώ η διάτρηση είναι σπάνια. Στα μεγαλύτερα παιδιά προέχει ο πόνος, ενώ η σοβαρή αιμορραγία γίνεται λιγότερο συχνή με την αύξηση της ηλικίας.

Οι επιπλοκές του πεπτικού έλκους ποικίλλουν με τη γεωγραφική κατανομή. Η γαστρική απόφραξη φαίνεται ότι αποτελεί συχνή επιπλοκή του δωδεκαδακτυλικού έλκους στα παιδιά της Νότιας Ινδίας, ενώ στην Ευρώπη και τη Νότια Αμερική πιο συχνή είναι η αιμορραγία και η διάτρηση.

Τη διαγνωστική μέθοδο επιλογής αποτελεί η γαστροσκόπηση. Μελέτες που συγκρίνουν τον ακτινολογικό με τον ενδοσκοπικό έλεγχο έδειξαν ότι ο ακτινολογικός έλεγχος διαπιστώνει το δωδεκαδακτυλικό έλκος που βρίσκεται με τη γαστροσκόπηση σε ποσοστό 50-90% των περιπτώσεων και το γαστρικό σε ποσοστό 50%. Αντίθετα, ο κίνδυνος ψευδούς θετικής ακτινολογικής διάγνωσης έλκους στα παιδιά είναι ιδιαίτερα μεγάλος. Οι ερευνητές Miller και Doig δεν διαπίστωσαν ενδοσκοπικός έλκος στο 63% από τα 89 παιδιά



έλκος γαστρικό και δωδεκαδακτυλικό. Η ενδοσκοπική αυτή εικόνα δείχνει την υπόλευκη ψευδομεμβράνη (που υποδεικνύεται με το βέλος), η οποία καλύπτει ένα έλκος του βολβού του δωδεκαδακτύλου (οι βιοψίες εδώ είναι άχρηστες).

με κοιλιακά άλγη και ακτινολογική εικόνα έλκους. Επιπλέον, η γαστροσκόπηση πλεονεκτεί, γιατί λαμβάνονται βιοψίες για ιστολογική και μικροβιολογική εξέταση (ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού) και θέτει διαγνώσεις που διαφεύγουν ακτινολογικός, π.χ. ήπια οισοφαγίτιδα, γαστρίτιδα, παλινδρόμηση χολής. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος του δωδεκαδακτύλου μπορεί να αποκαλύψει ουλές με παραμόρφωση, δωδεκαδακτυλίτιδα και έλκος εν ενεργεία, με ή χωρίς σημεία αιμορραγίας. Δεν υπάρχουν μεγάλες σειρές στα παιδιά με ενδοσκοπικός διαγνωσμένα έλκη, αλλά σε ποσοστό 50% περίπου συνυπάρχει δωδεκαδακτυλίτιδα και σε 70% εμφανής παραμόρφωση του βολβού, που υποδηλώνουν μακροχρόνια νόσο. Είναι πιθανόν ότι αυτή η ομάδα παιδιών θα έχει μακροχρόνια προβλήματα, συγκριτικά με το μονήρες έλκος που υποχωρεί γρήγορα και έχει μικρή πιθανότητα υποτροπής.⁽⁵⁻¹²⁾

Όταν δεν μπορεί να γίνει γαστροσκόπηση, θα γίνει ακτινολογικός έλεγχος από έμπειρο παιδίατρο ακτινολόγο, που θα θέσει τη διάγνωση του έλκους όταν διαπιστώσει μόνιμο έλλειμμα πλήρωσης, με ή χωρίς παραμόρφωση του δωδεκαδακτύλου και ακτινοειδή φορά των βλεννογόνιων πτυχών.

Ευερεθιστότητα του δωδεκαδακτύλου χωρίς διάταση του βολβού αποτελεί συχνό εύρημα σε φυσιολογικά αγχώδη παιδιά, ενώ η παραμόρφωση του δωδεκαδακτύλου καθ' εαυτή δεν σημαίνει ενεργό νόσο, αλλά ίαση και ανάπτυξη ουλής.

Άλλες απαραίτητες εξετάσεις είναι η γενική εξέταση αίματος και ο εργαστηριακός έλεγχος των κοπράνων για αίμα. Όταν είναι εφικτό, πρέπει να γίνεται έλεγχος αντισωμάτων για ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και προσταγλαδίνη I, δεδομένου ότι οι φυσιολογικές τιμές της συμβαδίζουν με ευνοϊκή πρόγνωση. Σε παιδιά με πολλαπλά και ανθεκτικά έλκη, θα πρέπει να προσδιορίζεται η γαστρίνη του ορού για τον αποκλεισμό του συνδρόμου Zollinger-Ellison (βλέπε παράρτημα σελ: 153), υπό την προϋπόθεση ότι δεν χορηγούνται H₂-αναστολείς για 48 ώρες. Τελικά, επειδή φαίνεται ότι ο έλεγχος της γαστρικής έκκρισης οξέος στην κλινική πράξη δεν αλλάζει τη θεραπεία, δεν είναι απαραίτητο να γίνεται ως έλεγχος ρουτίνας.⁽¹⁰⁾

Η βασική θεραπεία του έλκους χωρίς επιπλοκές είναι φαρμακευτική. Στα παιδιά, δεν έχουν γίνει διπλές τυφλές μελέτες, ενώ είναι λίγες αυτές που έχουν χρησιμοποιήσει την ενδοσκόπηση ως αξιόπιστο μέσο για τη διαπίστωση της ίασης. Η επιλογή θεραπευτικής αγωγής προέρχεται κατ' εξοχή από μελέτες στους ενήλικες. Με βραχυπρόθεσμη θεραπεία (8 εβδομάδων) έχουν όλα τα φάρμακα ίδια αποτελέσματα, δηλαδή ίαση του έλκους σε ποσοστό 85-95%. Η συμπτωματική ανακούφιση προηγείται της πλήρους ίασης του έλκους, συνεπώς, η διακοπή των φαρμάκων με την υποχώρηση των συμπτωμάτων μπορεί να καταλήξει σε ατελή θεραπεία.

Οι αναστολείς Η₂-υποδοχέων χρησιμοποιούνται πάνω από μία δεκαετία και αποτελούν σήμερα την πιο δημοφιλή θεραπεία του έλκους. Η σιμεθιδίνη και η ρανιτιδίνη έχουν χρησιμοποιηθεί στα παιδιά, αν και οι μελέτες δεν είναι καλά τεκμηριωμένες και αφορούν σε περιορισμένο αριθμό ασθενών. Η συμπτωματική βελτίωση ανέρχεται στο 63-88%, ενώ μεγαλύτερα ποσοστά, 76-94%, ίασης έδειξαν ενδοσκοπικές μελέτες. Η σιμεθιδίνη χορηγείται σε ολική δόση 20-25mg/Kg ανά 24ωρο διαιρεμένη σε 4 δόσεις στα παιδιά και μέχρι 400mg (δύο φορές την ημέρα) σε εφήβους και η ρανιτιδίνη σε ολική δόση 6mg/Kg ανά 24ωρο σε διαιρεμένες δόσεις μέχρι 150mg δύο φορές την ημέρα επί 8 εβδομάδες σε παιδιά βάρους άνω των 50Kg. Στα παιδιά που εμφανίζουν υποτροπή του έλκους τον επόμενο χρόνο, δίνεται πάλι μια πλήρης σειρά και ακολουθεί νυκτερινή δόση συντήρησης 10mg/Kg ανά 24ωρο για τη σιμεθιδίνη και 3mg/Kg ανά 24ωρο για τη ρανιτιδίνη επί 6 μήνες. Εάν μερικά παιδιά εμφανίσουν αργότερα και άλλη υποτροπή του έλκους, ο κύκλος επαναλαμβάνεται, αλλά η νυκτερινή δόση συντήρησης χορηγείται επί διαιτία, ενώ σε μερικά παιδιά η χορήγηση δυνατόν να διαρκέσει περισσότερο. Η συνεχώς αυξανόμενη εμπειρία με τα φάρμακα αυτά αύξησε την προτίμηση στη ρανιτιδίνη, που φαίνεται ότι στερείται σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών. Αν και σπανίως, η σιμεθιδίνη στα παιδιά δυνατόν να προκαλέσει γυναιοκομαστία, εγκεφαλοπάθεια και χολοστατικό ίκτερο και μείωση του μεταβολισμού φαρμάκων, όπως αντιπηκτικών, διαζεπάμης, λινδοκαΐνης, θεοφυλλίνης και μετρονιδαζόλης.

Δεν υπάρχει εμπειρία στα παιδιά με τους νεότερους αναστολείς των Η₂-υποδοχέων, όπως της νιζατιδίνης και της φαμοτιδίνης, ούτε με τους άλλους αναστολείς έκκρισης οξέος, όπως πιρενζεπίνη (ανταγωνιστής των μουσκαρινικών υποδοχέων). Η ομεραζόλη (αναστολέας της γαστρικής έκκρισης) άρχισε πρόσφατα να χορηγείται σε μικρό αριθμό παιδιών.

Η σουκραλφάτη αποτελεί χημικό μίγμα οκταθεϊκής σουρκόζης και υδροξυλίου του αργιλίου, με ικανότητα να δεσμεύει τα ιόντα υδρογόνου και να απορροφά την πεψίνη. Αυξάνει επίσης την έκκριση βλέννας με μηχανισμό ανεξάρτητο της προσταγλανδίνης και, επιπλέον, δεσμεύει τον ενδαυλικό επιδερμικό αυξητικό παράγοντα και έτσι παραμένει επί μακρότερο διάστημα για την επούλωση του έλκους. Στου ενήλικες, το ποσοστό ίασης του έλκους είναι ίδιο με εκείνο των Η₂-αναστολέων, αλλά έχει σημαντικά μικρότερο ποσοστό υποτροπής, τόσο μετά τη βραχυχρόνια (6 εβδομάδες) όσο και με τη θεραπεία συντήρησης επί 1 έτος. Οι ερευνητές Ching et al χορήγησαν σουκραλφάτη σε δόση 1g 4 φορές την ημέρα επί 8 εβδομάδες σε 17 παιδιά και είχαν ίαση σε ποσοστό 92% και από 16 παιδιά με συντήρηση επί 1 έτους μόνο 12,5% είχαν υποτροπή. Εν τούτοις, χρειάζονται περισσότερες μελέτες στα παιδιά για την αξιολόγηση του φαρμάκου. Σπανίως αναφέρονται επιπλοκές, είναι σχετικά λίγες και συνίστανται σε δυσκοιλιότητα, σπανιότερα ναυτία, έμετο, αυξημένη

απορρόφηση αργιλίου σε ουραιμικούς ασθενείς και μειωμένη απορρόφηση φαρμάκων, όπως διγοξίνη, φαινυτοΐνη.⁽¹³⁾

Τα άλατα του βισμούθιου έχουν ποικίλες δράσεις, όπως αντιοξίνη, προστατευτική του γαστρικού βλεννογόνου, μείωση της γαστρικής και εντερικής κινητικότητας, αύξηση της έκκρισης βλέννας και βακτηριοστατική. Το ποσοστό ίασης του έλκους είναι σχεδόν ίδιο με τους H₂-ανταγωνιστές, αλλά είναι σημαντικό ότι έχουν μικρότερο ποσοστό υποτροπών, πιθανόν λόγω εκρίζωσης του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού από το πυλωρικό άντρο. Στην περίπτωση που διαπιστώνεται ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, τα άλατα του βισμούθιου συνδυάζονται με αμπικιλίνη και μετρονιδαζόλη για 15 μέρες. Στα παιδιά με συνύπαρξη έλκους, χορηγείται ο συνδυασμός αυτός, αντί των H₂-ανταγωνιστών, και συνήθως άλατα βισμούθιου επί ένα μήνα. Στα παιδιά επιβάλλεται ο προσδιορισμός των συγκεντρώσεων βισμούθιου στο αίμα, γιατί υπάρχει κίνδυνος απορρόφησης του και εμφάνισης τοξικότητας.

Η εμπροστίλη, συνθετικό ανάλογο της δεϋδροπροσταγλανδίνης E₂, αποδείχθηκε ότι ασκεί ισχυρή και μακροχρόνια ανασταλτική δράση στην έκκριση οξέος, πεψίνης και γαστρίνης. Στους ενήλικες, τα αποτελέσματα είναι συγκρίσιμα με της σιμεθιδίνης, ενώ δεν έχουν γίνει μελέτες σε παιδιά.

Η χειρουργική θεραπεία στο πρωτοπαθές πεπτικό έλκος βασικά αφορά την αντιμετώπιση επιπλοκής (αιμορραγίας, διάτρησης, απόφραξης), αν και τελικά ένα ποσοστό ασθενών θα χρειασθεί επέμβαση αργότερα. Όταν χρειασθεί χειρουργική θεραπεία, συνήθως γίνεται συνδυασμός βαγοτομής, πυλωροπλαστικής και απολίνωσης του αιμορραγούντος αγγείου ή συρραφή της διάτρησης. Άλλοι προτιμούν βαγοτομή και γαστρεντεροαναστόμωση. Εν τούτοις, εάν δεν είχε πάρει προηγουμένως ο ασθενείς ανταγωνιστές των H₂-υποδοχέων, είναι λογικό για το χειρουργό να προβεί σε επέμβαση που θα σώσει τη ζωή (απολίνωση ή συρραφή) και να συστήσει συντηρητική θεραπεία. Η χειρουργική θεραπεία επιφυλάσσεται για αργότερα στα ανθεκτικά έλκη ή σε αυτά που κάνουν συχνές υποτροπές, παρά την εντατική θεραπεία. Η απόφαση, αν θα προτιμηθεί μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή ή χειρουργική επέμβαση, είναι δύσκολη για τον παιδίατρο γαστρεντερολόγο, αλλά εξαρτάται και από τις ικανότητες που έχει ο χειρουργός. Η εκλεκτική βαγοτομή προσφέρει μεγάλο ποσοστό ίασης και ελάχιστες υποτροπές, αλλά απαιτεί μεγάλη εμπειρία που δεν διαθέτουν όλοι οι παιδοχειρουργοί. Είναι γεγονός ότι η χρήση ανταγωνιστών των H₂-υποδοχέων μείωσε σημαντικά το ποσοστό της χειρουργικής αντιμετώπισης του έλκους στα παιδιά. Η εμπειρία με τις ενδοσκοπήσεις στους ενήλικες με αιμορραγούν έλκος και σε 40% των μη αιμορραγούντων, αλλά με ορατό αγγείο, έδειξε ότι επιβάλλεται άμεση παρέμβαση με ηλεκτροπληξία, heat probes και laser. Δεν υπάρχει μεγάλη

εμπειρία στα παιδιά, όπου οι μέθοδοι αυτές βέβαια δεν μειώνουν την έκκριση οξέος, όπως η βαγοτομή.⁽¹²⁾

Μερικοί ερευνητές θεωρούν το έλκος της παιδικής ηλικίας καλής προγνώσεως, ενώ άλλοι είναι επιφυλακτικοί, με συμπεράσματα που βασίζονται σε βραχυχρόνιες μελέτες. Εν τούτοις, οι ερευνητές Purim et al που παρακολούθησαν 31 παιδιά επί 3-18 χρόνια αναφέρουν μεγάλο ποσοστό υποτροπών, ενώ οι ερευνητές Collins et al είχαν μικρό ποσοστό υποτροπών, μετά τα 16 χρόνια, αλλά η διάγνωση του έλκους και η παρακολούθηση δεν ήταν τεκμηριωμένες ενδοσκοπικός. Υποτροπή του έλκους συχνά ακολουθεί τη διακοπή ανταγωνιστών των Η₂-υποδοχέων και κυμαίνεται από 18% έως 90%. Σε μελέτες πριν την έναρξη των Η₂-αναστολέων, 16% των παιδιών με έλκος είχαν υποβληθεί σε χειρουργική θεραπεία, ενώ οι ερευνητές Murphy et al διαπίστωσαν ότι σε άτομα, στα οποία η διάγνωση είχε γίνει 14-27 χρόνια νωρίτερα, δηλαδή στην παιδική ηλικία, το έλκος συνέχισε να υπάρχει σε ποσοστό 47% στην ενήλικη ζωή και από αυτούς 37% είχαν υποβληθεί σε θεραπεία. Αυτό επιβεβαιώνει την άποψη ότι η νόσος συχνά επιμένει στην ενήλικη ζωή, εάν δεν χορηγηθούν αναστολείς Η₂-υποδοχέων ή σουκραλφάτη. Μένει να εξακριβωθεί, εάν η θεραπεία συντήρησης μειώνει σημαντικά τη μακροχρόνια νοσηρότητα, αλλά γι' αυτό χρειάζονται μακροχρόνιες διπλές τυφλές μελέτες.⁽⁶⁾

Το **δευτεροπαθές** έλκος ενίοτε, το πεπτικό έλκος δυνατόν να οφείλεται σε άλλη υποκείμενη νόσο, όπως η νόσος του Crohn (βλέπε παράρτημα σελ: 153). Η συμμετοχή του στομάχου στη νόσο του Crohn στους ενήλικες στους ενήλικες φθάνει το 49% και του δωδεκαδακτυλικού το 34%. Παρόμοια ποσοστά παρατηρούνται και στα παιδιά, στα οποία συνήθως υπάρχει εκτεταμένη βλεννογονική νόσος και πολλαπλά έλκη. Οι ενδοσκοπικές βιοψίες θα πρέπει να αποτελούν ρουτίνα, αν και σε μεγάλο ποσοστό μπορεί να μη διαπιστωθούν το κοκκιώματα. Στα παιδιά με χρόνια φλεγμονώδη πάθηση του εντέρου, γίνεται ενδοσκοπικός και ιστολογικός έλεγχος του ανώτερου πεπτικού.

Η πλειονότητα των δευτεροπαθών ελκών πιστεύεται ότι οφείλεται σε κάποια μορφή stress. Τα έλκη από stress γενικά είναι ανώδυνα και συνήθως οξέα, ενώ συχνά προβάλλουν με αιμορραγία ή διάτρηση. Η συχνότητα είναι η ίδια στα δύο φύλα και έχουν υπόστρωμα αιμορραγική γαστρίτιδα ή δωδεκαδακτυλίτιδα και οξείς διαβρώσεις. Αποτελούν συνήθως το τελικό συμβάν σε βαρέως πάσχον παιδί και συχνά ανακαλύπτονται για πρώτη φορά στη νεκροτομή. Σπάνια υπάρχει γαστρική υπερέκκριση. Σε μια σειρά από 54 παιδιά, η θνητότητα που οφειλόταν στο συνδυασμό της υποκείμενης νόσου και του έλκους ήταν 77,7%, ενώ κατ' άλλους 10,4%. Η συχνότητα του έλκους από stress είναι ίδια στ αγόρια και τα κορίτσια, στο στόμαχο και το δωδεκαδάκτυλο, ενώ κατ' άλλους υπερέχει η εντόπιση στο στόμαχο, αλλά συνήθως η διάτρηση συμβαίνει στο δωδεκαδάκτυλο. Στις περισσότερες αναφορές έλκους από

stress σε βρέφη, το έλκος είναι μονήρες, ενώ κατ' άλλους είναι πολλαπλά έλκη ή διαβρώσεις που αιμορραγούν. Από τα νεαρά βρέφη (κάτω των 2 μηνών), τα μισά είχαν αιμορραγία ή διάτρηση και τα άλλα μισά υποτροπιάζοντες εμέτους, συνεπώς το σύμπτωμα αυτό στο βαρέως πάσχον νεογνό πιθανόν να σημαίνει έλκος. Στα βαρέως πάσχοντα παιδιά, η χορήγηση ανά ώρα αντιοξίνων αυξάνει το γαστρικό pH και μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο αιμορραγίας, ενώ η σιμεθιδίνη είναι λιγότερο αποτελεσματική.

Τα έλκη Curling εμφανίζονται σε εγκαυματίες. Σε μια μεγάλη σειρά από 316 παιδιά με έγκαυμα, 7% παρουσίασαν έλκος Curling, συνήθως τις πρώτες ημέρες στο θόλο και στη συνέχεια στο δωδεκαδάκτυλο. Συνήθως, σε σοβαρά εγκαύματα χορηγούνται προφυλακτικός αναστολείς H₂-υποδοχέων.

Τα έλκη Cushing παρατηρούνται σε παιδιά με εγκεφαλικό τραύμα, χειρουργική επέμβαση ή υπερτασική εγκεφαλοπάθεια. Συνήθως, εκδηλώνονται μια εβδομάδα αργότερα και συνοδεύονται από υπερέκκριση οξέος. Πολλοί κλινικοί συνιστούν προφυλακτική χορήγηση σιμεθιδίνης ή ρανιτιδίνης σε παιδιά με εκτεταμένη εγκεφαλική βλάβη για μερικές εβδομάδες, αυτή η πρακτική φαίνεται λογική και ασφαλής.⁽¹³⁾

Το σύνδρομο Zollinger-Ellison χαρακτηρίζεται από πεπτικό έλκος, εκσεσημασμένη γαστρική υπερέκκριση και όγκο των μη β-κυττάρων του παγκρέατος. Οι ασθενείς με αυτό το σύνδρομο έχουν αυξημένες συγκεντρώσεις γαστρίνης που προέρχονται από γαστρίνωμα, συνήθως παγκρεατικό ή, σπανιότερα, γαστρικό ή δωδεκαδακτυλικό. Η υπερέκκριση γαστρικού οξέος δεν προκαλεί μόνο πεπτικό έλκος, αλλά και δωδεκαδακτυλίτιδα, διαβρώσεις του βλεννογόνου της νήστιδας και οξείες φλεγμονώδεις αλλοιώσεις. Το σύνδρομο είναι σπάνιο στα παιδιά, έχουν αναφερθεί περίπου 50 περιπτώσεις μέχρι σήμερα. Το κύριο σύμπτωμα είναι κοιλιακό άλγος, που συχνά συνοδεύεται από έμετο και αιμορραγία, ενώ η διάρροια είναι λιγότερο συχνή στα παιδιά από ότι στους ενήλικες. Τα έλκη δυνατόν να είναι πολλαπλά συνήθως στο δωδεκαδάκτυλο, και λίγα στο στόμαχο ή τη νήστιδα. Δυνατόν να υπάρχει μεγάλη υπερτροφία των γαστρικών πτυχών, ενώ οι πολλές υποτροπές του έλκους, το ανθεκτικό έλκος και η διάρροια είναι σημεία ενδεικτικά για τον προσδιορισμό της γαστρίνης του ορού, που συνήθως υπερβαίνει τα 1000pg/ml. Όταν υπάρχει αμφιβολία για τη διάγνωση, δυνατόν να γίνουν δύο δοκιμασίες: (α) ενδοφλέβια έγχυση ασβεστίου (15mg/Kg) επί 3 ώρες. Τα φυσιολογικά άτομα παρουσιάζουν μικρή αύξηση, ενώ αυτά με σύνδρομο Zollinger-Ellison πάνω από 500pg/ml από τη βασική τιμή. (β) έγχυση σεκρετίνης (3μg/Kg ωριαίως) που αυξάνει παράδοξος τη γαστρίνη και το γαστρικό οξύ, ενώ στους ασθενείς με έλκος μειώνονται απότομα. Παρά την ερευνητική λαπαροτομία, ο όγκος δεν εντοπίζεται σε 50% των περιπτώσεων. Το υπερηχογράφημα εντοπίζει τον όγκο σε 20% (ίσως

περισσότερο τις μεταστάσεις), η αξονική τομογραφία σε 40% και η αγγειογραφία σε 60%. Η εκλεκτική αρτηριακή έγχυση σεκρετίνης και η άμεση αύξηση της γαστρίνης δείγματος αίματος από την πυλαία δεν έχουν εφαρμοστεί στα παιδιά. Οι ανταγωνιστές των H₂-υποδοχέων ανακουφίζουν από τα συμπτώματα, ενώ στους ενήλικους η ομεπραζόλη αποτελεί ισχυρό αναστολέα. Περισσότερο δραστικό φαίνεται ότι είναι το ανάλογο της σωματοστατίνης. Δεδομένου ότι έχει λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες, δίνει σημαντικές ελπίδες για τις περιπτώσεις που δεν βελτιώνονται χειρουργικά (70% των ασθενών με σύνδρομο Zollinger-Ellison), δεν υπάρχει όμως ακόμα εμπειρία στα παιδιά. Με τη φαρμακευτική αγωγή αποφεύγεται η ολική γαστρεκτομή και η προσπάθεια κατευθύνεται στην αφαίρεση του όγκου, γαστροινώματος, που στις μισές περιπτώσεις είναι κακοήθης και δύσκολο να εντοπισθεί. Ακόμη και όταν αφαιρεθεί, εξακολουθεί η υπεργαστρναιμία και χρειάζεται θεραπεία με ανταγωνιστές H₂-υποδοχέων. Εάν κατά τη διάγνωση ήδη υπάρχουν ηπατικές μεταστάσεις, δεν ενδείκνυται επέμβαση, αλλά η στρεπτοζοτοκίνη και η 5-φθοριοουρακίλη παρατείνουν τη ζωή, συνήθως όχι πάνω από 5 χρόνια.⁽⁶⁾

9.2: Προβλήματα ασθενούς από πεπτικό έλκος

Στο έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής είναι:

1) Κακή οξυγόνωση των ιστών, (πόνος στο επιγάστριο και ίσως αναιμία).

2) Θρεπτικό ανισοζύγιο, (μη κανονική λήψη τροφής, έμετοι). Που οφείλεται: α)στη μείωση της πρόληψης τροφής από το στόμα που οφείλεται σε πόνο και β)την αδυναμία του ασθενούς να φάει μία σωστά ισορροπημένη διαίτα που οφείλεται στις μεταβολές του διαιτολογίου.

3) Υδατοηλεκτρολυτικά και οξεοβασικά ανισοζύγια.

4) Μείωση δραστηριοτήτων, απώλεια βάρους.

5) Μείωση άνεσης

6) Πόνος, που σχετίζεται με τη φλεγμονή των εξελκώμενων περιοχών και με τη διέγερση των αποκαλυφθέντων άκρων των νεύρων.

7) Άγχος, αγωνία που σχετίζεται με τον πόνο.

8) Προβλήματα προσωπικότητας.

9) Προβλήματα χρονιότητας της νόσου.

10) Αναποτελεσματική εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής, έλλειψη κατανόησης των συνεπειών όταν δεν ακολουθείται η προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή και δυσκολία τροποποίησης των προσωπικών συνηθειών.

11) Έλλειμμα γνώσεων, σχετικά με τη φροντίδα κατά την περίοδο της παρακολούθησης.⁽⁵⁻¹³⁾

9.3: Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας στο πεπτικό έλκος

Οι σκοποί της φροντίδας στο έλκος του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου διακρίνονται σε άμεσους και σε μακροπρόθεσμους.

Οι άμεσοι σκοποί της φροντίδας είναι:

- 1) Απαλλαγή από τα συμπτώματα (πόνος, έμετοι, ξινίλες)
- 2) Διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων
- 3) Διατήρηση επαρκούς θρέψης
- 4) Προαγωγή επούλωσης του έλκους

Οι μακροπρόθεσμοι σκοποί είναι:

- 1) Πλήρης επούλωση του έλκους και αποφυγή υποτροπής ή επιπλοκών
- 2) Μείωση καταστάσεων stress στο σπίτι και στο χώρο της δουλειάς
- 3) Ανάπτυξη υγιών στρατηγικών διαπραγμάτευσης για χειρισμό του stress.⁽⁵⁾

9.4: Νοσηλευτικά προβλήματα και νοσηλευτική αντιμετώπιση στο πεπτικό έλκος

Οι ασθενείς που πάσχουν από έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου αντιμετωπίζουν πολλά νοσηλευτικά προβλήματα. Σε κάθε νοσηλευτικό πρόβλημα η νοσηλευτική φροντίδα είναι διαφορετική και χρειάζεται προσοχή.

Νοσηλευτική Διάγνωση: Διαταραχές θρέψης και ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα: Ο ασθενής να διατηρεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο θρέψης όπως φαίνεται: (α)τη διατήρηση του σωματικού βάρους μέσα στα φυσιολογικά όρια για την ηλικία, το ύψος και τον ιδιοσυστασικό τύπο του ασθενούς, (β)τη φυσιολογική ουρία και αλβουμίνη ορού, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνη, τρανσφερίνη και επίπεδα λεμφοκυττάρων, (γ)τη διατήρηση του πάχους της δερματικής πτυχής ου τρικεφάλου μέσα στα φυσιολογικά όρια, (δ)τη συνηθισμένη δύναμη και αντοχή στις δραστηριότητες και (ε)τον υγιή στοματικό βλεννογόνο

Νοσηλευτική Φροντίδα: 1) Αναζητούμε σημεία και συμπτώματα κακής θρέψης: (α)σωματικό βάρος κάτω από το φυσιολογικό για την ηλικία, το βάρος και τον ιδιοσυστασικό τύπο του ασθενούς, (β)παθολογικές τιμές ουρίας και χαμηλά επίπεδα αλβουμίνης ορού, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης, τρινσφερίνης και επιπέδου λεμφοκυττάρων, (γ)πάχος δερματικής πτυχής τρικεφάλου μικρότερο του φυσιολογικού, (δ)αδυναμία και κόπωση και (ε)στοματίτιδα

2) Καταγράφουμε το ποσοστό των κανονικών και των ελαφρών γευμάτων που καταναλώνει ο ασθενής. Αναφέρεται ανεπαρκής πρόληψη.

3) Λαμβάνουμε μέτρα για τη διατήρηση επαρκούς επιπέδου θρέψης: (α)όταν επιτραπεί η κατανάλωση τροφής/υγρών, ενεργούμε για την πρόσληψη από το στόμα: λαμβάνουμε μέτρα για να μειωθεί ο επιγαστρικός πόνος, συμβουλευόμαστε διαιτολόγο για να βοηθήσει τον ασθενή να επιλέξει την τροφή/υγρά που ανταποκρίνονται στις θερμιδικές του ανάγκες και στις διαιτητικές προτιμήσεις του όταν είναι δυνατόν, διατηρούμε ένα καθαρό περιβάλλον και μία ήρεμη ατμόσφαιρα, κάνουμε υγιεινή στόματος μετά από τα γεύματα, σερβίρουμε μικρές ποσότητες θρεπτικών τροφών/υγρών που αρέσουν στον ασθενή και δίνουμε αρκετό χρόνο για τα γεύματα. (β)βεβαιωνόμαστε ότι τα γεύματα είναι ισορροπημένα με υψηλή περιεκτικότητα σε στοιχειώδεις θρεπτικές ουσίες, αν χρειάζεται χορηγούμε διαιτητικά συμπληρώματα μεταξύ των γευμάτων. (γ)χορηγούμε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία σύμφωνα με τις οδηγίες.

4) Μετράμε τις θερμίδες κάθε 72 ώρες σύμφωνα με τις οδηγίες, αναφέρουμε το σύνολο στο διαιτολόγο και το γιατρό.

5) Συμβουλευόμαστε το γιατρό σχετικά με την ανάγκη χορήγησης παρεντερικής σίτισης εάν ο ασθενής δεν καταναλώνει αρκετή τροφή ή υγρά για να ανταποκριθεί στις θερμιδικές του ανάγκες.⁽¹²⁾

Νοσηλευτική Διάγνωση: Πόνος, επιγαστραλγία.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα: Ο ασθενής να παρουσιάσει μείωση του πόνου, όπως φαίνεται: (α)τη λεκτική έκφραση της ανακούφισης από τον πόνο, (β)την ήρεμη έκφραση του προσώπου και της στάσης του σώματος και (γ)την αυξημένη συμμετοχή στις δραστηριότητες.

Νοσηλευτική Φροντίδα: 1) Να γνωρίζουμε τον τρόπο που αντιδρά ο ασθενής στον πόνο.

2) Να εκτιμάμε την αντίληψη του πόνου από τον ασθενή συμπεριλαμβανομένων της εντόπισης, της έντασης και του τύπου του πόνου. Χρησιμοποιούμε αριθμητική κλίμακα για την αξιολόγηση της έντασης του πόνου.

3) Αναζητούμε μη λεκτικά σημεία πόνου, όπως: συνοφρύωση προσώπου, τρίψιμο στην περιοχή του επιγαστρίου, σφίξιμο των γροθιών, απροθυμία να κινηθεί, ανησυχία.

4) Αναζητούμε τους παράγοντες που επιδεινώνουν και ανακουφίζουν από τον πόνο.

5) Λαμβάνουμε μέτρα για τη μείωση του επιγαστρικού πόνου, δηλαδή, ενεργούμε για την πρόληψη του επιπλέον ερεθισμού των ιστών και/ή τη βελτίωση της επούλωσης του έλκους: (α)σταματάμε την πρόληψη τροφών/υγρών σύμφωνα με τις οδηγίες, για να μειωθεί η έκκριση γαστρικού οξέος, (β)τοποθετούμε ρινογαστρικό σωλήνα και τον διατηρούμε σε αναρρόφηση σύμφωνα με τις οδηγίες για την αφαίρεση των γαστρικών εκκρίσεων, (γ)χορηγούμε φάρμακα σύμφωνα με τις οδηγίες. Τα φάρμακα που χορηγούμε είναι: ανταγωνιστές των H₂ υποδοχέων ισταμίνης (cimetidine, famotidine, ranitidine, nizatidine), αντιχολινεργικά (clidinium, glycopyrrolate), αναστολείς της αντλίας πρωτονίων για την αναστολή της έκκρισης γαστρικού οξέος (omeprazole), αντιόξινα για την εξουδετέρωση των γαστρικών εκκρίσεων, κυτταροπροστατευτικά φάρμακα για την προφύλαξη της εξελκώμενης περιοχής (sucralfate), και συνθετικές προσταγλανδίνες για την αναστολή της έκκρισης του γαστρικού οξέος και για την προφύλαξη της εξελκωμένης περιοχής (misoprostol).⁽¹³⁾

6) Λαμβάνουμε μέτρα για τη μείωση του φόβου και του άγχους για να μειωθεί ο ερεθισμός του πνευμονογαστρικού νεύρου και συνεπώς η αύξηση της βασικής έκκρισης οξέος.

7) Όταν επιτραπεί η λήψη τροφών/υγρών από το στόμα ενημερώνουμε τον ασθενή: (α)να αποφεύγει να καταναλώνει καφέ, ποτά που περιέχουν καφεΐνη, όπως τσάι, coca-cola, μπαχαρικά, όπως μαύρο πιπέρι, τσίλι, μοσχοκάρυδο και υπερβολικά ζεστά φαγητά/υγρά. (β)να μασάει την τροφή σχολαστικά και να τρώει αργά (ένας μεγάλος βλωμός

τροφής προκαλεί αυξημένη έκκριση υδροχλωρικού οξέος και πεψίνης). (γ)να περιορίσει την πρόσληψη γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων και να πίνει γάλα κατά τη διάρκεια και όχι στο μεσοδιάστημα των γευμάτων (οι πρωτεΐνες και το ασβέστιο είναι διεγέρτες της έκκρισης γαστρίνης, που προκαλούν αύξηση της έκκρισης γαστρικού οξέος). (δ)να αποφεύγει να καταναλώνει τροφές/υγρά που προκαλούν πόνο (συνήθως αναφέρεται ως δίαιτα ελευθέρων επιλογών).

8) Χορηγούμε κανονικά προγραμματισμένα και ελαφρά γεύματα σύμφωνα με τις οδηγίες για να εξουδετερώνεται το γαστρικό οξύ (συνήθως συνιστώνται 3 γεύματα κανονικού μεγέθους τα συχνά και μικρά γεύματα για την εξουδετέρωση του γαστρικού οξέος δεν συνιστώνται συχνά, γιατί η γαστρική έκκριση μειώνεται πιο αποτελεσματικά με την φαρμακευτική αγωγή).

9) Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να σταματήσει το κάπνισμα.

10) Εάν ο ασθενής χρειάζεται να παίρνει ελκογόνα φάρμακα (π.χ. κορτικοστεροειδή, ασπιρίνη, indomethacin), τα χορηγούμε μαζί με τα κανονικά ή με τα ελαφρά γεύματα, για να μειωθεί ο ερεθισμός του στομάχου.

11) Προετοιμάζουμε τον ασθενή για βαγοτομή εάν ενδείκνυται για να μειωθεί η παραγωγή γαστρικού οξέος.

12) Βοηθούμε τον ασθενή με μη φαρμακολογικά μέσα στην ανακούφιση από τον πόνο π.χ. τεχνικές χαλάρωσης, ήρεμη συζήτηση, ξεκούραστο περιβάλλον, διάφορες δραστηριότητες.

13) Χορηγούμε αναλγητικά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

14) Εάν τα πιο πάνω μέτρα για την ανακούφιση του πόνου αποτύχουν ενημερώνουμε και συμβουλευόμαστε στο γιατρό.⁽¹²⁾

Νοσηλευτική Διάγνωση: Δυνητικές επιπλοκές: 1)**υποογκαιμικό shock**, που οφείλεται σε αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού λόγω: (α)διάβρωσης μικρών αιμοφόρων αγγείων (ο βλεννογόνος του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου έχει πλούσια αγγείωση) και (β)διάβρωσης μεγάλου αιμοφόρου αγγείου (μπορεί να συμβεί όταν το έλκος είναι βαθύ).

2) **περιτονίτιδα** που οφείλεται σε διαφυγή περιεχομένου από το γαστρεντερικό σωλήνα μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα από διάτρηση του τοιχώματος του στομάχου ή του δωδεκαδάκτυλου (μπορεί να συμβεί όταν το έλκος είναι βαθύ).

3) **πυλωρική στένωση** που οφείλεται σε στένωση του πυλωρού από φλεγμονή, σπασμό και/ή ανάπτυξη ουλώδους ιστού (μπορεί να συμβεί εάν το έλκος είναι κοντά στον πυλωρό).

Επιθυμητό Αποτέλεσμα: 1) Ο ασθενής δεν θα αναπτύξει υποογκαιμικό shock, όπως φαίνεται από: (α)τη συνηθισμένη διανοητική του κατάσταση, (β)τα σταθερά ζωτικά του σημεία, (γ)το ζεστό, ξηρό δέρμα

με το συνηθισμένο χρώμα, (δ)τις ψηλαφητές περιφερικές σφύξεις και (ε)την ωριαία παραγωγή ούρων πάνω από 30ml/h.

2) Ο ασθενής δεν θα αναπτύξει περιτονίτιδα, όπως φαίνεται από: (α)την απουσία παραπόνων για αύξηση της έντασης του πόνου και την απουσία ευαισθησίας, (β)τη μαλακή χωρίς διάταση κοιλιά, (γ)την απουσία πυρετού, (δ)τα σταθερά ζωτικά σημεία, (ε)την απουσία ναυτίας και εμέτου, (στ)τους φυσιολογικούς εντερικούς ήχους και (ζ)τα φυσιολογικά επίπεδα λευκών αιμοσφαιρίων.

3) Ο ασθενής δεν θα παρουσιάζει πυλωρική στένωση, όπως φαίνεται από: (α)το μαλακό, χωρίς διάταση επιγάστριο, (β)την απουσία παραπόνων για αίσθημα πληρότητας στο επιγάστριο ή για ερυγές και (γ)την απουσία ανορεξίας, ναυτίας και εμέτων.⁽⁵⁾

Νοσηλευτική φροντίδα: 1) Αναζητούμε και αναφέρουμε σημεία και συμπτώματα αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό π.χ. αιματέμεση, ζωηρό κόκκινο ή καφεοειδές παροχετευόμενο υγρό από το ρινογαστρικό καθετήρα, έντονη επιγαστραλγία, αίσθημα πληρότητας στο επιγάστριο, μείωση της αρτηριακής πίεσης, αύξηση του αριθμού των σφύξεων.

2) Καταγράφουμε τον αριθμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων, τον αιματοκρίτη και την αιμοσφαιρίνη. Αναφέρουμε αποκλίσεις από τις φυσιολογικές τιμές.

3) Αναζητούμε και αναφέρουμε σημεία και συμπτώματα υποογκαιμικού shock: (α)ανησυχία, σύγχυση, διέγερση, (β)σημαντική μείωση της αρτηριακής πίεσης, (γ)ορθοστατική υπόταση, (δ)ταχύς, νηματοειδής σφυγμός, (ε)ταχύπνοια, (στ)ψυχρό και υγρό δέρμα, (ζ)ωχρότητα, κυάνωση, (η)μείωση ή απώλεια των περιφερικών σφύξεων και (θ)παραγωγή ούρων μικρότερη από 30ml/h.

4) Λαμβάνουμε μέτρα για την πρόληψη του πρόσθετου ερεθισμού των ιστών και/ή τη βελτίωση της επούλωσης του έλκους για να εμποδίσουμε την αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό.

5) Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό: (α)τοποθετούμε ρινογαστρικό σωλήνα εάν δεν έχει ήδη τοποθετηθεί και διατηρούμε την αναρρόφηση σύμφωνα με τις οδηγίες, (β)βοηθάμε τους τρόπους ελέγχου της αιμορραγίας (π.χ. πλύσεις στομάχου, ενδοσκοπική ηλεκτροπηξία, εκλεκτικό αρτηριακό εμβολισμό, ενδοφλέβια ή ενδαγγειακή χορήγηση vasopressin) σύμφωνα με τις οδηγίες, (γ)χορηγούμε παράγωγα του αίματος και/ή παράγοντες που αυξάνουν τον όγκο του κυκλοφορούντος αίματος σύμφωνα με τις οδηγίες και (δ)προετοιμάζουμε τον ασθενή για χειρουργική επέμβαση (π.χ. απολίνωση των αιμορραγούντων αγγείων, υφολική γαστρεκτομή) εάν έχει προγραμματιστεί.

6) Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα υποογκαιμικού shock: (α)συνεχίζουμε τα πιο πάνω μέτρα ελέγχου της αιμορραγίας, (β)τοποθετούμε τον ασθενή στο κρεβάτι με τα άκρα ανυψωμένα εκτός εάν

υπάρχει αντένδειξη, (γ)καταγράφουμε συχνά τα ζωτικά σημεία, (δ)χορηγούμε οξυγόνο σύμφωνα με τις οδηγίες, (ε)χορηγούμε παράγωγα του αίματος και/ή παράγοντες που αυξάνουν τον όγκο του κυκλοφορούντος αίματος σύμφωνα με τις οδηγίες,(στ)προετοιμάζουμε τον άρρωστο για τοποθέτηση συσκευών καταγραφής αιμοδυναμικών παραμέτρων (π.χ. καθετήρα μέτρησης της κεντρικής φλεβικής πίεσης, ενδοαρτηριακό καθετήρα) εάν έχει προγραμματιστεί και (ζ)υποστηρίζουμε συναισθηματικά τον ασθενή και το περιβάλλον του.⁽⁶⁾

7) Αναζητούμε και αναφέρουμε: (α)σημεία και συμπτώματα διάτρησης του έλκους στομάχου ή δωδεκαδακτύλου (π.χ. αιφνίδιος, οξύς, έντονος πόνος στην άνω κοιλία, έντονη ευαισθησία στην κοιλία, ακτινογραφία της κοιλίας που δείχνει την ύπαρξη ελεύθερου αέρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα), (β)σημεία και συμπτώματα περιτονίτιδας (π.χ. αύξηση της έντασης του κοιλιακού πόνου, αναπηδώσα ευαισθησία, επώδυνη, συσπασμένη κοιλία, αύξηση της θερμοκρασίας, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, υπόταση, ναυτία, έμετος, μείωση ή απουσία των εντερικών ήχων), και (γ)αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων.

8) Λαμβάνουμε μέτρα για την πρόληψη του επιπλέον ερεθισμού των ιστών και/ή τη βελτίωση της επούλωσης του έλκους για την αποφυγή της διάτρησης

9) Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα περιτονίτιδας: (α)σταματάμε τη λήψη τροφής και υγρών από το στόμα σύμφωνα με τις οδηγίες, (β)τοποθετούμε τον ασθενή στο κρεβάτι σε θέση ημι-Fowler, για να διευκολυνθεί η συγκέντρωση του διαφυγόντος περιεχομένου του γαστρεντερικού σωλήνα στην πύελο και όχι υποδιαφραγματικά, (γ)τοποθετούμε ένα ρινογαστρικό σωλήνα εάν δεν υπάρχει και τον διατηρούμε σε αναρρόφηση σύμφωνα με τις οδηγίες, (δ)χορηγούμε αντιβιοτικά σύμφωνα με τις οδηγίες, (ε)χορηγούμε ενδοφλέβια υγρά και/ή παράγοντες που αυξάνουν τον όγκο του κυκλοφορούντος αίματος για την πρόσληψη ή την αντιμετώπιση του shock (μπορεί να προκληθεί από αυξημένη διαπερατότητα των τριχοειδών που παρατηρείται στη φλεγμονή και στην επακόλουθη διαφυγή πρωτεϊνών, υγρών και ηλεκτρολυτών από τον αγγειακό χώρο μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα), (στ)προετοιμάζουμε τον ασθενή για χειρουργική επέμβαση και (ζ)υποστηρίζουμε συναισθηματικά τον ασθενή και το περιβάλλον του.

10) Αναζητούμε και αναφέρουμε σημεία και συμπτώματα πυλωρικής στένωσης (π.χ. διάταξη στο επιγάστριο, αίσθημα πληρότητας στο επιγάστριο ή ερυγές, ανορεξία, ναυτία, έμετος, δύσσομα εμέσματα που περιέχουν τεμάχια τροφής που ελήφθησαν πολλές ώρες νωρίτερα).

11) Λαμβάνουμε μέτρα για την πρόληψη του επιπλέον ερεθισμού των ιστών και/ή τη βελτίωση της επούλωσης του έλκους για να μειωθεί ο κίνδυνος της στένωσης του αυλού του πυλωρού εάν το έλκος είναι κοντά στον πυλωρό.

12) Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα πυλωρικής στένωσης: (α)σταματάμε την κατανάλωση τροφής και υγρών σύμφωνα με τις οδηγίες, (β)τοποθετούμε ρινογαστρικό καθετήρα εάν δεν υπάρχει και διατηρήστε την αναρρόφηση σύμφωνα με τις οδηγίες, (γ)χορηγούμε ενδοφλέβια υγρά και ηλεκτρολύτες σύμφωνα με τις οδηγίες, (δ)προετοιμάζουμε τον ασθενή για χειρουργική επέμβαση σύμφωνα με τις οδηγίες και (ε)υποστηρίζουμε συναισθηματικά τον ασθενή και τα άτομα του περιβάλλοντός του.⁽¹²⁾

Νοσηλευτική Διάγνωση: Άγχος, που σχετίζεται με τον πόνο, την έλλειψη κατανόησης της διάγνωσης, των εργαστηριακών εξετάσεων και του σχεδίου θεραπευτικής αγωγής, το μη οικείο περιβάλλον, τα οικονομικά προβλήματα και ίσως την ανάγκη αλλαγής στον τρόπο ζωής για να ελεγχθούν τα συμπτώματα και να αποτραπεί η υποτροπή του έλκους.

Επιθυμητό αποτέλεσμα: Ο ασθενής να εμφανίζει μείωση του άγχους, όπως φαίνεται από: (α)τα λεγόμενα του ότι αισθάνεται λιγότερο άγχος και φόβο, (β)το συνηθισμένο τρόπο ύπνου, (γ)την ήρεμη έκφραση του προσώπου και των κινήσεων του σώματος, (δ)τα σταθερά ζωτικά σημεία και (ε)τη συνηθισμένη ικανότητα αντίληψης και τις σχέσεις του με άλλα άτομα.⁽¹³⁾

Νοσηλευτική Φροντίδα: 1) Αναζητούμε και αναφέρουμε σημεία και συμπτώματα άγχους π.χ. λεκτική έκφραση του φόβου και των ανησυχιών, ευερεθιστότητα, τρόμο, ένταση, ανησυχία, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, απομόνωση, έλλειψη ανοχής της θεραπευτικής αγωγή.

2) Λαμβάνουμε μέτρα για τη μείωση του φόβου και του άγχους: (α)προσανατολίζουμε τον ασθενή στο περιβάλλον του νοσοκομείου, στα μηχανήματα και στις τυποποιημένες ενέργειες κατά την νοσηλεία του, (β)του συστήνουμε το προσωπικό που θα αναλάβει τη νοσηλεία του εάν είναι δυνατόν διατηρούμε σταθερή τη σύνθεση του προσωπικού που έχει αναλάβει τη φροντίδα του για να υπάρχουν αισθήματα σταθερότητας και άνεσης με το περιβάλλον, (γ)διαβεβαιώνουμε τον ασθενή ότι τα μέλη του προσωπικού είναι κοντά του, ανταποκρινόμαστε στις κλήσεις του το συντομότερο δυνατό, (δ)διατηρούμε ένα ήρεμο, υποστηρικτικό, σταθερό τρόπο όταν συνδιαλεγόμαστε μαζί με τον ασθενή, (ε)ενθαρρύνουμε τη λεκτική έκφραση του φόβου και του άγχους, (στ)τονίζουμε τις εξηγήσεις του ιατρού και διευκρινίζουμε παρεξηγήσεις που έχει ο ασθενής σχετικά με το πεπτικό έλκος, τη θεραπευτική αγωγή και την πρόγνωση, (ζ)εξηγούμε όλες τις διαγνωστικές εξετάσεις, (η)ενεργούμε για να μειωθεί η επιγαστραλγία, (θ)εξασφαλίζουμε ένα ήρεμο, ευχάριστο περιβάλλον, (ι)ενημερώνουμε τον ασθενή σχετικά με τις τεχνικές χαλάρωσης και ενθαρρύνουμε τη συμμετοχή του σε διάφορες δραστηριότητες, (ια)βοηθούμε τον ασθενή να γνωρίσει τα ειδικά ερεθίσματα που του

προκαλούν stress καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης τους, (ιβ)ενθαρρύνουμε τα άτομα του περιβάλλοντος του να δείχνουν μία στάση ενδιαφέροντος και φροντίδας χωρίς εμφανές άγχος, (ιγ)ξεκινάμε τη διαδικασία παραπομπής σε υπηρεσίες οικονομικών και/ή κοινωνικών συμβουλών εάν χρειάζεται και (ιδ)χορηγούμε αγχολυτικά σκευάσματα, σύμφωνα με τις οδηγίες.

3) Συμπεριλαμβάνουμε τα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενή στον προσανατολισμό και στα διδακτικά μαθήματα και ενθαρρύνουμε τη συνεχή υποστήριξη τους στον ασθενή.⁽⁵⁾

4) Δίνουμε πληροφορίες σχετικά με τις τρέχουσες ανάγκες του ασθενούς και των ατόμων του περιβάλλοντος του, με τρόπο κατανοητό. Ενθαρρύνουμε ερωτήσεις και διευκρινίσεις πάνω στις πληροφορίες που δόθηκαν.

5) Αν οι πιο πάνω ενέργειες αποτύχουν να ελέγξουν το άγχος και το φόβο συμβουλευόμαστε το γιατρό.⁽⁶⁾

Νοσηλευτική Διάγνωση: Αναποτελεσματική εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής.

Επιθυμητό αποτέλεσμα: Ο ασθενής να δείχνει τη δυνατότητα αποτελεσματικής εφαρμογής της φαρμακευτικής αγωγής όπως φαίνεται από: (α)την επιθυμία να μάθει σχετικά και να συμμετάσχει στη θεραπευτική αγωγή, (β)τις δηλώσεις που δείχνουν τρόπους μεταβολής των προσωπικών συνηθειών και ενσωμάτωσης της θεραπευτικής αγωγής στον τρόπο ζωής και (γ)τις δηλώσεις που δείχνουν ότι κατάλαβε τις συνέπειες που έχει η απόκλιση από τη θεραπευτική αγωγή.⁽⁵⁾

Νοσηλευτική Φροντίδα: 1) Αναζητάμε ενδείξεις που μπορεί να υποδηλώνουν ότι ο ασθενής είναι ανίκανος να εφαρμόσει αποτελεσματικά τη φαρμακευτική αγωγή: (α)δηλώσεις που δείχνουν ότι δεν μπορεί να ακολουθήσει τη θεραπευτική αγωγή στο σπίτι, (β)αδυναμία να ακολουθήσει τη θεραπευτική αγωγή ενώ νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, π.χ. άρνηση της θεραπευτικής αγωγής, μη συμμόρφωση με τις διαιτητικές τροποποιήσεις, (γ)δηλώσεις που δείχνουν έλλειψη κατανόησης των παραγόντων που επιδεινώνουν ή προκαλούν το πεπτικό έλκος, (δ)δηλώσεις που δείχνουν απροθυμία ή αδυναμία να τροποποιήσει τις προσωπικές συνήθειες και να ενσωματώσει τη θεραπευτική αγωγή στον τρόπο ζωής και (ε)δηλώσεις που δείχνουν ότι το πεπτικό έλκος θα υποχωρήσει χωρίς οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή, ότι η έλλειψη επιγαστρίας δείχνει ότι το πεπτικό έλκος έχει θεραπευτεί ή ότι η υποτροπή και οι επιπλοκές του είναι αναπόφευκτες και οι προσπάθειες συμμόρφωσης με τη θεραπευτική αγωγή είναι άχρηστες.

2) Λαμβάνουμε μέτρα για τη βελτίωση της αποτελεσματικής εφαρμογής της θεραπευτικής αγωγής: (α)εξηγούμε το πεπτικό έλκος στον ασθενή με κατανοητό τρόπο, τονίζουμε το γεγονός ότι αν δεν εφαρμοσθεί

η φαρμακευτική αγωγή είναι δυνατόν να εμφανισθούν επιπλοκές ή υποτροπή του έλκους, (β) ενημερώνουμε τον ασθενή ότι οι τροποποιήσεις στο διαιτολόγιο και η φαρμακευτική αγωγή δεν θα είναι τόσο έντονες μετά την επούλωση του έλκους, συνήθως 6-8 εβδομάδες, (γ) ξεκινούμε και ενισχύουμε τη διδασκαλία πριν από την έξοδο για να δημιουργήσουμε μία αίσθηση ελέγχου της εξέλιξης της νόσου, (δ) ενθαρρύνουμε τις ερωτήσεις και διευκρινίζουμε τυχόν παρανοήσεις που έχει ο ασθενής σχετικά με το πεπτικό έλκος και τις επιπτώσεις του, (ε) συζητάμε η σημασία της ανάπτυξης και χρησιμοποίησης των τεχνικών μείωσης του stress, το stress μπορεί να αυξήσει τη βασική έκκριση οξέος και συχνά είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει σε ορισμένους τρόπους συμπεριφοράς, όπως είναι το κάπνισμα, η λήψη ασπιρίνης, αλκοόλ, και/ή καφεϊνούχων ποτών και οι άτακτες συνήθειες λήψης τροφής που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης πεπτικού έλκους, (στ) βοηθάμε τον ασθενή να γνωρίσει τρόπους ενσωμάτωσης της θεραπευτικής αγωγής στον τρόπο ζωής που εστίασε την προσοχή του σε τροποποιήσεις του τρόπου ζωής παρά σε ριζικές αλλαγές π.χ. να πίνει τσάι και coca-cola χωρίς καφεΐνη, (ζ) συστήνουμε ένα διαιτολόγο στον ασθενή για να βοηθήσει στο σχεδιασμό ενός διαιτολογικού προγράμματος που ενσωματώνει τις οδηγίες αλλά και τις προτιμήσεις του ασθενούς, (η) δίνουμε πληροφορίες σχετικά με τα διάφορα αντιόξινα που διατίθενται, εάν χρειάζεται ενημερώνουμε τον ασθενή να εναλλάσσει τους τύπους των αντιόξινων για να ελαχιστοποιήσει τις παρενέργειες, όπως τη διάρροια και τη δυσκοιλιότητα, (θ) βοηθάμε τον ασθενή να κάνει ένα πρόγραμμα λήψης φαρμάκων που μπορεί να το ενσωματώσει στις καθημερινές δραστηριότητες του, (ι) ενθαρρύνουμε τις ερωτήσεις και αφήνουμε χρόνο για να τονισθούν και διευκρινισθούν οι πληροφορίες που δόθηκαν, (ια) δίνουμε γραπτές οδηγίες σχετικά με τις μελλοντικές συναντήσεις με τον ιατρό, τις τροποποιήσεις στο διαιτολόγιο, τα φάρμακα και τα σημεία και συμπτώματα που θα πρέπει να αναφέρει, (ιβ) εάν τον ασθενή τον απασχολεί το κόστος των φαρμάκων, συστήνουμε μια κοινωνική υπηρεσία συμβούλων για οικονομικό παραγρομματισμό και για οικονομική υποστήριξη εάν χρειάζεται, (ιγ) δίνουμε πληροφορίες σχετικά και ενθαρρύνουμε τη χρησιμοποίηση κοινωνικών φορέων που μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να κάνει τις απαραίτητες αλλαγές στον τρόπο ζωής π.χ. προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, μαθήματα αντιμετώπισης του άγχους, συμβουλευτικές υπηρεσίες και (ιδ) ενισχύουμε τη συμπεριφορά που δείχνει μελλοντική προσαρμογή στη θεραπευτική αγωγή π.χ. συμμετοχή στο πρόγραμμα της θεραπείας, δηλώσεις που δείχνουν τρόπους αλλαγής των προσωπικών συνηθειών.

3) Συμπεριλαμβάνουμε τα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενούς στις εξηγήσεις και στα μαθήματα διδασκαλίας και ενθαρρύνουμε της υποστήριξή τους.⁽¹³⁾

Νοσηλευτική Διάγνωση: Έλλειμμα γνώσης σχετικά με τη φροντίδα κατά την περίοδο της παρακολούθησης.

Επιθυμητό αποτέλεσμα: 1) Ο ασθενής γνωρίζει τρόπους βελτίωσης τα επούλωσης του υπάρχοντος έλκους και αποφυγής της υποτροπής του.

2) Ο ασθενής αναφέρει ότι κατάλαβε την προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή συμπεριλαμβανομένων των παρενεργειών, του σκοπού της, της δοσολογίας και της σημασίας της τήρησης των οδηγιών.

3) Ο ασθενής γνωρίζει τα σημεία και τα συμπτώματα που θα πρέπει να αναφέρει στον ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό.

4) Ο ασθενής γνωρίζει τους κοινωνικούς φορείς που μπορούν να βοηθήσουν να κάνει τις αναγκαίες αλλαγές στον τρόπο ζωής για να βελτιώσει την επούλωση και να προλάβει την υποτροπή του πεπτικού έλους.

5) Ο ασθενής αναφέρει ότι κατάλαβε και θα ακολουθήσει το προτεινόμενο σχέδιο φροντίδας κατά την περίοδο της παρακολούθησης, συμπεριλαμβανομένων των μελλοντικών συναντήσεων με τον ιατρό.⁽¹²⁾

Νοσηλευτική φροντίδα: 1) Ενημερώνουμε τον ασθενή σχετικά με τους τρόπους βελτίωσης της επούλωσης του υπάρχοντος έλκους και/ή αποφυγή της υποτροπής του: (α)να πίνει τσάι και coca-cola που δεν περιέχουν καφεΐνη και να αποφεύγει τα ποτά που περιέχουν καφεΐνη, (β)να αποφεύγει να πίνει καφέ και αλκοόλ ή να καταναλώσει τα ποτά αυτά μόνο σε μερικές ποσότητες κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά από τα γεύματα, (γ)να αποφεύγει τα φαγητά που είναι γνωστό ότι ερεθίζουν το βλεννογόνο του στομάχου, άμεσα ή αυξάνουν την έκκριση γαστρικού οξέος, π.χ. δημητριακά, σοκολάτα, γλυκά, καρυκεύματα, παράγωγα του κρέατος, υπερβολικά ζεστά φαγητά, (δ)να αποφεύγει να καταναλώνει φαγητά και υγρά που προκαλούν γαστρικό φόρτο, (ε)να τρώει προγραμματισμένα γεύματα, να μην χάνει γεύματα, (στ)να τρώει αργά και να μασάει σχολαστικά, (ζ)να διατηρεί μια ήρεμη, ευχάριστη ατμόσφαιρα κατά τα διάρκεια του γεύματος και όταν είναι αυτό δυνατόν, (η)να σταματήσει το κάπνισμα, (θ)να διατηρήσει μία ισορροπία μεταξύ ανάπαυσης και σωματικής δραστηριότητας, (ι)να αποφεύγει καταστάσεις που δημιουργούν stress, (ια)να αποφεύγει τη λήψη σκευασμάτων όπως ασπιρίνη και ibuprofen εάν είναι αναγκαία η λήψη ελκογόνων φαρμάκων (π.χ. κορτικοστεροειδή, indomethacin), να τα παίρνει μαζί με αντιόξινα ή με φαγητό όταν είναι δυνατόν και (ιβ)να παίρνει τα φάρμακα για τη θεραπεία του έλκους σύμφωνα με τις οδηγίες.

2) Συμβουλευθείτε ένα διαιτολόγο εάν ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια στο σχεδιασμό γευμάτων που ενσωματώνουν τις τροποποιήσεις στο διαιτολόγο, τις προτιμήσεις του και την καθημερινή ρουτίνα.

3) Βοηθήστε τον ασθενή να γνωρίσει τους τρόπους που μπορούν να τον βοηθήσουν να κάνει τις απαραίτητες αλλαγές στον τρόπο ζωής του.

4) Εξηγήστε το σκοπό, τις παρενέργειες, τη δοσολογία και η σημασία τήρησης των οδηγιών τις φαρμακευτικής αγωγής.⁽⁵⁾

5) Εάν ο ασθενής φεύγοντας από το νοσοκομείο παίρνει αντιόξινα, ενημερώστε τον: (α)να τα παίρνει σύμφωνα με τις οδηγίες, συνήθως 7 φορές/ημέρα, 1 ώρα και 3 ώρες μετά από κάθε γεύμα και κατά την κατάκλιση, ή 4 φορές/ημέρα, 1 ώρα μετά από κάθε γεύμα και κατά την κατάκλιση, για 4-6 εβδομάδες, (β)να παίρνει εναιωρήματα και όχι ταμπλέτες ιδιαίτερα τις ταμπλέτες εκείνες που καταπίνονται και δεν μασώνται, όταν είναι δυνατόν, τα εναιωρήματα αδρανοποιούν το γαστρικό οξύ πιο αποτελεσματικά, (γ)να μασάει σχολαστικά τις ταμπλέτες που γράφουν «να μασώνται», (δ)να κουνάει δυνατά το εναιώρημα πριν πάρει τη δόση, (ε)να ελέγχει την περιεκτικότητα του αντιόξινου σε νάτριο και να αποφεύγει να καταναλώνει αυτά με υψηλή περιεκτικότητα σε νάτριο εάν είναι υπερτασικός ή ακολουθεί δίαιτα περιορισμένης περιεκτικότητας νατρίου, (στ)να εναλλάσσει τα αντιόξινα που περιέχουν αλουμίνιο και τα αντιόξινα που περιέχουν μαγνήσιο εάν παρατηρηθεί διάρροια ή δυσκοιλιότητα, (ζ)να αποφεύγει την υπέρμετρη κατανάλωση αντιόξινων με υψηλή περιεκτικότητα σε ασβέστιο και διττανθρακικό νάτριο, (η)να περιμένει ότι τα κόπρανα του θα έχουν κηλίδες ή θα είναι λευκωπά

6) Να παρατηρεί και να αναφέρει: (α)δίψα, στεγνό στόμα, αδυναμία, λήθαργο, μπορεί να δείχνουν υπερνατριαιμία, που οφείλεται σε υπερβολικά ποσό αντόξινων που περιέχουν νάτριο, και/ή οίδημα στα άκρα και αύξηση του σωματικού βάρους, (β)δυσκοιλιότητα που δεν υποχωρεί με την αύξηση της κατανάλωσης αντιόξινα σε σκευάσματα που περιέχει μαγνήσιο και (γ)διάρροια που δεν ελέγχεται με την αντιδιαρροϊκή αγωγή και με αλλαγή του αντιόξινου σε σκευάσμα που περιέχουν αλουμίνιο

7) Εάν ο ασθενής φεύγοντας από το νοσοκομείο παίρνει sucralfate (Carafate) ενημερώστε τον: (α)να το παίρνει μία ώρα πριν από τα γεύματα και τη νυκτερινή κατάκλιση, (β)να αποφεύγει να παίρνει αντιόξινα για τουλάχιστον 30min πριν και μετά τη λήψη του φαρμάκου και (γ)να παρατηρήσει και να αναφέρει επίμονη δυσκοιλιότητα, ναυτία ή δυσπεψία.

8) Εάν ο ασθενής φεύγοντας από το νοσοκομείο παίρνει ανταγωνιστές H₂-υποδοχέων ισταμίνης (π.χ. cimetidine, nizatidine, famotidine, ranitidine) ενημερώστε τον: (α)να αποφεύγει να παίρνει αντιόξινα μία ώρα πριν και μετά τη λήψη του φαρμάκου, (β)να αποφεύγει να παίρνει sucralfate για 2 ώρες πριν ή μετά τη λήψη cimetidine, (γ)να παρατηρεί και να αναφέρει επίμονη δυσκοιλιότητα, διάρροια ή πονοκέφαλο, ζάλη ή ερύθημα και (δ)να παρατηρεί και να αναφέρει διόγκωση των μαστών (στους άνδρες) ή παραγωγή γάλακτος (στις γυναίκες) εάν παίρνει cimetidine.⁽¹²⁾

9) Εάν ο ασθενής φεύγοντας από το νοσοκομείο παίρνει misoprostol ενημερώστε τον: (α)να αποφεύγει να το παίρνει μαζί με φαγητό ή αντιόξινα, (β)να παρατηρεί και να αναφέρει επίμονη διάρροια, ναυτία, πονοκέφαλο ή κόπωση, διαταραχές της εμμήνου ρύσης (π.χ. σταγονοειδή αιμορραγία, κολικοειδή άλγη, έντονη αιμορραγία) και (γ)να ειδοποιήσει το γιατρό εάν υπάρχει υποψία εγκυμοσύνης, το misoprostol μπορεί να προκαλέσει αποβολή.

10) Εάν ο ασθενής φεύγοντας παίρνει omeprazole (π.χ. Losec) ενημερώστε τον να παρατηρήσει και να αναφέρει επίμονη διάρροια, πονοκέφαλο, δυσκοιλιότητα ή ναυτία, ζάλη ή εξάνθημα.

11) Τονίζουμε στον ασθενή να ενημερώνει τον ιατρό πριν διακόψει οποιοδήποτε φάρμακο για τη θεραπεία του πεπτικού έλκους.

12) Ενημερώνουμε τον ασθενή να πληροφορεί το ιατρό/νοσηλευτικό προσωπικό για τα φάρμακα που παίρνει για τη θεραπεία του πεπτικού έλκους (πολλά από τα φάρμακα αυτά μπορεί να επηρεάσουν την απορρόφηση άλλων φαρμάκων).

13) Ενημερώνουμε τον ασθενή να αναφέρει: (α)μαύρα ή στο χρώμα πίσσας κόπρανα, (β)αιματηρά ή καφεοειδή εμέσματα, (γ)διάταση της κοιλιάς, (δ)επίμονη αίσθημα διάτασης της κοιλιάς ή ερυγές, ναυτία και/ή έμετο, (ε)απώλεια βάρους, (στ)επίμονο ή αυξημένης έντασης επιγαστρικό ή κοιλιακό πόνο, (ζ)αδυναμία και κόπωση, (η)ανεπιθύμητες παρενέργειες των χορηγούμενων φαρμάκων, (θ)έντονο και επίμονο stress και (ι)δυσκολία στο να παίρνει τα φάρμακα σύμφωνα με τις οδηγίες.

14) Δίνουμε πληροφορίες σχετικά με τους κοινωνικούς φορείς που μπορεί να βοηθήσουν τον ασθενή να κάνει τις αναγκαίες αλλαγές στον τρόπο ζωής του για να διευκολυνθεί η επούλωση και να προληφθεί η υποτροπή του πεπτικού έλκους (π.χ. προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, μαθήματα αντιμετώπισης του άγχους, υπηρεσίες συμβουλών). Και ξεκινάμε παραπομπή αν χρειάζεται.

15) Τονίζουμε την σημασία των συναντήσεων με τον ιατρό κατά την περίοδο της παρακολούθησης.⁽⁶⁾

9.5: Κριτήρια εξόδου από το νοσοκομείο και διδασκαλία

αρρώστου

Ο ασθενής πριν βγει από το νοσοκομείο πρέπει:

- 1) να μην έχει πόνο.
- 2) να μην έχει σημεία και συμπτώματα επιπλοκών.
- 3) να γνωρίζει τρόπους βελτίωσης της επούλωσης των υπαρχόντων ελκών και αποφυγής της υποτροπής του πεπτικού έλκους.
- 4) Να αναφέρει ότι κατάλαβε τη φαρμακευτική αγωγή που του χορηγήθηκε συμπεριλαμβανομένων του σκοπού, των παρενεργειών, της δοσολογίας και της σημασίας της τήρησης των οδηγιών.
- 5) Να γνωρίζει τα σημεία και τα συμπτώματα που θα πρέπει να αναφέρει στο ιατρό/νοσηλευτικό προσωπικό.
- 6) Να γνωρίζει τους κοινωνικούς φορείς που μπορούν να τον βοηθήσουν να κάνει τις αναγκαίες αλλαγές στον τρόπο ζωής για να βελτιώσει την επούλωση του έλκους και να αποφύγει την υποτροπή του.
- 7) Να αναφέρει ότι κατάλαβε και θα ακολουθήσει το προτεινόμενο σχέδιο φροντίδας κατά την περίοδο της παρακολούθησης, συμπεριλαμβανομένων των μελλοντικών συναντήσεων με τον ιατρό.

Στη διδασκαλία του αρρώστου ισχύουν όσα αναφέρονται στη θεραπευτική αγωγή και στη νοσηλευτική φροντίδα. Επί πλέον ενημερώνουμε τον άρρωστο για τις πιθανές επιπλοκές του έλκους πριν και μετά την εγχείρηση, την ανάγκη τήρησης της αγωγής και των προληπτικών μέτρων. Συστήνουμε την αποφυγή μεγάλων γευμάτων, γλυκών και υγρών κατά το γεύμα, τα οποία συμβάλλουν στην εμφάνιση των συμπτωμάτων του συνδρόμου Dumping καθώς και την ανάπαυση όταν εμφανιστούν.⁽¹²⁻¹³⁾

ΕΝΟΤΗΤΑ 10

10.1: Ελκοπάθεια συστηματικών νόσων

Χρόνια Πνευμονοπάθεια

Πεπτικά έλκη παρατηρούνται σε ποσοστό μέχρι 30% των χρόνιων πνευμονοπαθειών. Η παρουσία ελκών δεν έχει καλή συσχέτιση με τη βαρύτητα της πνευμονικής νόσου, το βαθμό κατακρατήσεως του CO₂ ή τη χορηγούμενη για τους πνεύμονες θεραπεία. Γενικά, δεν θεωρείται ότι η πνευμονική νόσος προκαλεί το έλκος ή ότι το κάπνισμα είναι επαρκής κοινή ερμηνεία. Η εμφάνιση έλκους μπορεί να προηγηθεί χρονικά της πνευμονικής νόσου και έχει προβληθεί η υπόθεση ότι η συνύπαρξη των δύο νόσων έχει γενετική βάση. Παράδειγμα τέτοιας γενετικής νόσου είναι η έλλειψη αι-αντιθρυψίνης, όπου ο σχετικός κίνδυνος ελκοπάθειας είναι κατά 1,5-3 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια – Μεταμόσχευση νεφρού

Ορισμένες, αλλά όχι όλες, μελέτες αναφέρουν αυξημένη συχνότητα έλκους δωδεκαδακτύλου στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Η γαστρική έκκριση στους ουραιμικούς ασθενείς είναι φυσιολογική ή ελαττωμένη. Παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στη δημιουργία ελκών είναι και η υπερασβεστιαμία από αυξημένη περιεκτικότητα ασβεστίου στα υγρά καθάρσεως ή η χορήγηση βιταμίνης D.

Μετά μεταμόσχευση νεφρού, ο κίνδυνος πεπτικής ελκοπάθειας είναι αυξημένος. Τα έλκη αυτά συχνά γίνονται αντιληπτά από επιπλοκές (αιμορραγία ή διάτρηση) με μεγάλη θνησιμότητα. Η προφυλακτική μετεγχειρητική χορήγηση Η₂-αναστολέων προφυλάσσει από την αιμορραγία. Υπάρχει όμως προβληματισμός, μήπως τα φάρμακα αυτά ασκήσουν ανεπιθύμητες ανοσολογικές δράσεις.

Άλλες παθολογικές καταστάσεις

Πεπτικό έλκος, συνηθέστερα βολβού, συμβαίνει με αυξημένη συχνότητα στον υπερπαραθυρεοειδισμό, το σύνδρομο I πολλαπλής ενδοκρινής νεοπλασίας (υπερπαραθυρεοειδισμός, γαστρίνωμα, αδένωμα υποφύσεων), αλλά και στη νεφρολιθίαση που δεν συνοδεύει υπερπαραθυρεοειδισμό. Επίσης, στην εξωκρινή παγκρεατική ανεπάρκεια, όπου η παραγωγή διττανθρακικών από το πάγκρεας είναι ελαττωμένη, καθώς και στην κίρρωση του ήπατος. Τέλος, παθήσεις που συνοδεύονται από αύξηση ισταμίνης αίματος, όπως η βασεόφιλη κοκκιοκυτταρική λευχαιμία ή η συστηματική μαστοκυττάρωση, συνοδεύονται επίσης από αυξημένη συχνότητα ελκών.⁽¹⁰⁾

10.2: Συγγενείς με το έλκος παθήσεις και η θεραπεία τους

Εκτός από το έλκος υπάρχουν και μερικές άλλες παθήσεις που μαζί με το έλκος συνιστούν νοσήματα από υπεροξύτητα, δηλαδή, τα νοσήματα που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τις όξινες εκκρίσεις του στομάχου. Τα νοσήματα αυτά είναι:

- 1) Η οισοφαγίτιδα
- 2) Η γαστρίτιδα
- 3) Η δωδεκαδακτυλίτιδα

Σαν υπεροξύτης εννοούμε την υπερβολική οξύτητα χωρίς αυτό να είναι απόλυτο διότι το «υπερβολικό» βρίσκεται πάντα σε συνάρτηση με τους προστατευτικούς μηχανισμούς των οργάνων που τους εξασφαλίζουν την ανοσία. Ο οισοφάγος π.χ. δεν διαθέτει κανένα προστατευτικό μηχανισμό έναντι του οξέος γι' αυτό και η απλή παλινδρόμηση του φυσιολογικού οξέος του στομάχου δημιουργεί συνθήκες υπεροξύτητας.⁽³⁾

Οισοφαγίτιδα

Λέγοντας οισοφαγίτιδα εννοούμε φλεγμονή ή τις εξελκώσεις του κατώτερου τριτημορίου του οισοφάγου. Οφείλεται κατά βάση σε παλινδρόμηση (αναγωγή) γαστρικού υγρού στον οισοφάγο λόγω χαλαρώσεως του καρδιοοισοφαγικού σφιγκτήρα. Τέτοιες αναγωγές μπορούν να συμβούν σε οποιοδήποτε άτομο και τις καταλαβαίνει σαν καούρα πίσω από το στέρνο ή σαν ξινίλες. Οι αραιές αυτές αναγωγές δεν έχουν καμία επίπτωση στον οισοφάγο αν όμως αυτές γίνουν συχνές ή αν η ποσότητα του υγρού που παλινδρομεί είναι μεγάλη τότε δημιουργείται μια φλεγμονή που λέγεται «οισοφαγίτιδα από παλινδρόμηση».

Αν η οισοφαγίτιδα είναι σοβαρή και κυρίως αν δεν θεραπευτεί τότε είναι δυνατόν να αναπτυχθεί κάποιο έλκος.

Τα συμπτώματα της οισοφαγίτιδας από παλινδρόμηση είναι ένα αίσθημα επιγαστρικού ή οπισθοστερνικού καψίματος που χειροτερεύει με την κατάκλιση ή με την λήψη μεγάλης ποσότητας τροφής.

Η διάγνωση της οισοφαγίτιδας γίνεται από κλινική συμπτωματολογία και επιβεβαιώνεται από την γαστροσκόπηση.⁽¹⁾

Γαστροδωδεκαδακτυλίτιδα

Οι ανωτέρω όροι χρησιμοποιούνται στο παρελθόν για την περιγραφή ενός αριθμού κοιλιακών ενοχλημάτων. Εννοιολογικά όμως οι όροι σημαίνουν την φλεγμονή του βλεννογόνου του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου. Η γαστρίτιδα διακρίνεται σε οξεία και χρόνια. Οξεία γαστρίτιδα μπορούν να προκαλέσουν ερεθιστικές ουσίες όπως το οινόπνευμα, καυστικές ουσίες (οξέα ή αλκάλια), διάφορα φάρμακα όπως η ασπιρίνη καθώς και μερικές λοιμώξεις όπως γαστρεντερίτιδα, γρίπη.

Η οξεία γαστρίτιδα εκδηλώνεται με πιο ήπιο επιγαστρικό άλγος, ανορεξία, ναυτία και εμέτους.

Η χρόνια γαστρίτιδα είναι μια κατάσταση αρκετά συχνή που η συχνότητα της αυξάνεται με την ηλικία. Συνήθως δεν προκαλεί συμπτώματα και διαγιγνώσκεται τυχαία όταν το στομάχι γαστροσκοπείται για άλλες παθήσεις.⁽¹⁰⁾

Θεραπεία των νοσημάτων εξ υπεροξύτητος: στην οισοφαγίτιδα εκ παλινδρόμησης επειδή τις περισσότερες φορές η διόρθωση της αιτίας που προκαλεί την παλινδρόμηση του οξέος είναι δύσκολη ή αδύνατη, η θεραπεία βασίζεται στην χορήγηση κάποιου ισχυρού αντιελκωτικού φαρμάκου και στην υπόδειξη του αρρώστου να μην τρώει μεγάλα γεύματα και να μην ξαπλώνει πριν περάσουν 2 ώρες μετά το γεύμα ή να ανυψώνει λίγο το άνω μέρος του κρεβατιού του. Η γαστρίτιδα αντιμετωπίζεται συνήθως συμπτωματικά.⁽¹⁴⁾

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το έλκος στο στομάχι ή στο δωδεκαδάκτυλο είναι στην ουσία μια πληγή στην εσωτερική επιφάνεια του πεπτικού συστήματος. Είναι αρκετά συχνή πάθηση και υπολογίζεται ότι το 10% του πληθυσμού μπορεί να αναπτύξει μια τέτοια ασθένεια. Είναι μια χρόνια πάθηση που εξελίσσεται με υφέσεις και εξάρσεις και απαιτεί συνεχή φροντίδα. Τα αίτια είναι πολλά: η συχνότερη αιτία έλκους είναι ένας βακτηριακός μικροοργανισμός, το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Άλλης σημαντικές αιτίες είναι το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η διατροφή και το stress.

Τα συμπτώματα απ' όλα τα παραπάνω είναι ότι πρέπει να προσέχει ο καθένας τις συνθήκες ζωής του για να αποφύγει πολλές ασθένειες. Είναι στο χέρι του καθενός να προλαβαίνει το πεπτικό έλκος αν προσέχει στην καθημερινότητα του τη διατροφή και γενικά τον τρόπο ζωής του, ώστε να μη χρειαστεί να το θεραπεύσει.

Το έλκος σήμερα μπορεί να αντιμετωπιστεί με μια απλή φαρμακευτική αγωγή αλλά και χειρουργικά σε περίπτωση υποτροπών. Τα φάρμακα που έχουμε σήμερα στη διάθεση μας, εξασφαλίζουν ταχεία επούλωση των ελκών στην οξεία κρίση ενώ παράλληλα, εφόσον λαμβάνονται για συντήρηση, προλαμβάνουν τόσο τις υποτροπές όσο και τις επιπλοκές του έλκους. Το σίγουρο είναι πως αν ο ασθενής συμμορφωθεί στην αγωγή που του έδωσε ο γιατρός και προσέχει την διατροφή και την ανάπαυση του θα έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα της ίασης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Internet, www.kakabas.gr
- 2) Ι. Χατζημπούγιας, Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου, εκδόσεις GM Desing, Θεσ/νίκη, 2002, σελ:115-118
- 3) Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, εκδόσεις Αγγελάκη, Αθήνα, 1999, τόμος 4^{ος}, σελ:135-150, 177-182
- 4) Κ. Βαρσαμίδης, Φυσιολογία του Ανθρώπου, εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσ/νίκη, 2001, σελ:156-164
- 5) Α. Σαχίνη-Καρδάση, Μ.Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000, τόμος 2^{ος}, σελ:271-287, 296-305
- 6) Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρία, Στόμαχος-Γαστρεντερολογία 2, εκδόσεις Θ.Καναγκίνης-Δ.Γ Καραμανώλης, Αθήνα, 1995, σελ:1-326
- 7) Ακαδημία Ιατρικών Επιστημών της ΕΣΣΔ, Σοβιετική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, εκδόσεις Κ.Καλόπουλος, Αθήνα, 1981, τόμος 4^{ος}, σελ:8-97
- 8) CEE/L Παθολογία, Παθήσεις Γαστρεντερικού Συστήματος, τόμος Α, σελ:473-481
- 9) Δρ.Έντελγκαρντ Νόβακ-Αποστολάκη, Σημειώσεις Φυσιολογίας, Θεσ/νίκη, 1995, τόμος Α, σελ:105-112
- 10) Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/νίκης, Β' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική, ΧΝ. Σμπαρούνης, Η νόσος του έλκους, εκδόσεις Δ.Καρβουνάρης, Θεσ/νίκη, 1983, σελ:37-95
- 11) Α. Πάγκαλτσος, Στοιχεία Παθολογίας, εκδόσεις Μ.Δημοπούλου, Θεσ/νίκη, 2002, σελ:168-176
- 12) ULRICH-CANALE-WENDELL, Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας, εκδόσεις Δ.Λαγός, Αθήνα, 1997, σελ:725-734
- 13) Ε. Αθανάτου, Παθολογική και Χειρουργική κλινική νοσηλευτική, Αθήνα, 2004, σελ:196-203, 207-211
- 14) Ιατρικό Λεξικό, εκδόσεις Φυκίρης, Αθήνα, 1996, τόμος 1^{ος}, σελ:237-238
- 15) Ακαδημία Ιατρικών Επιστημών της ΕΣΣΔ, Σοβιετική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, εκδόσεις Κ.Καλόπουλος, Αθήνα, 1981, τόμος 2^{ος}, σελ:153-154
- 16) Κ. Νίκου, Helicobacter pylori και δωδεκαδακτυλικό έλκος, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 1990, τόμος 7^{ος}, σελ:11-13
- 17) Ε. Τσιφλιάγκος, Χειρουργική, εκδόσεις Μαυρογένης, Θεσ/νίκη, 2004, σελ:141-150
- 18) Εθνικό Συνταγολόγιο, σελ:25-30

- 19) Β. Σακελλαρίου-Μ. Κωτούλα-Μ. Ανδρεάδης, Ενδοσκοπική αιμόσταση αιμορραγίας με διήθηση αδρεναλίνης, Επιστημονική Επετηρίδα Ιατρικής ΑΠΘ, Θεσ/νίκη, 2004, τόμος 3^{ος}, σελ:23-27
- 20) ΧΙΧ Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής, Πρακτικά ΙΙ, Συνεδριακό Κέντρο ΔΕΘ, Θεσ/νίκη, 1994, σελ:816-818, 1002-1013
- 21) Θ. Ρόκκας-Α. Καραμέρης-Α. Μαυρογεωργής, Η εκκρίζωση του Η. Pylori ελαχιστοποιεί την πιθανότητα επαναιμορραγίας σε πεπτικά έλκη, Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων, 1993, τεύχος 27, σελ:103-104
- 22) Ν. Αποστολίδης-Α. Μανουράς-Ι. Σακοράφας, Σύγχρονες απόψεις για την οριστική αντιμετώπιση της διάτρησης, Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων, 1992, τεύχος 26, σελ:155-158
- 23) Α. Κυριακίδης-Α. Αποστολόπουλος, Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση διατρηθέντος έλκους, Ελληνική Χειρουργική, 2005, τεύχος 77, σελ:597-600
- 24) Χειρουργική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος, Συνεχής Χειρουργική Μετεκπαίδευση, Επιστημονικές εκδηλώσεις Β' Περιόδου, Θεσ/νίκη, 1996, σελ"34-39
- 25) Κ. Τριψιάνης-Χ. Καλπακλής-Σ. Μαρκακίδης, Μακροχρόνια αποτελέσματα χειρουργικής αντιμετώπισης του χρόνιου πεπτικού έλκους, Ελληνική Ιατρική, 2003, τεύχος 69, σελ:51-55

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Σύνδρομο Zollinger-Ellison: Σύνδρομο χαρακτηριζόμενο από αυξημένη γαστριναιμία (παρουσία αυξημένης γαστρίνης στο αίμα), γαστρική υπερέκκριση και γαστρικές εξελκώσεις. Οφείλεται στην παρουσία «γαστρινώματος» (όγκος του συστήματος των κυττάρων του A.P.U.D.), που εντοπίζεται συνήθως στο πάγκρεας, συχνά όμως και σε άλλα σημεία του πεπτικού σωλήνα, το οποίο εκκρίνει γαστρίνη. Η γαστρίνη φυσιολογικώς διεγείρει τα καλυκοειδή κύτταρα του σώματος του στομάχου προς έκκριση υδροχλωρικού οξέος.

Σχεδόν πάντοτε ο όγκος είναι κακοήθης και περίπου στις μισές περιπτώσεις ήδη κατά τη διάγνωση υπάρχουν μεταστάσεις στο ήπαρ ή στους αδένες. Συχνά ο όγκος είναι μέρος του συνδρόμου νεοπλασίας πολλαπλών ενδοκρινών αδένων.

Έχει συμπτωματολογία πολλαπλών εξελκώσεων γαστροδωδεκαδακτυλίτιδων, με συχνές εξάρσεις και υποτροπές. Διάρροια και στεατόρροια, λόγω υπερέκκρισης υδροχλωρικού οξέος και εξουδετέρωσης της παγκρεατικής λιπάσης.

Υπερπαραγωγή γαστρικής έκκρισης. Η πολύ αυξημένη γαστρίνη ορού είναι σχεδόν πάντοτε αποδεικτική του συνδρόμου. Ακόμη η εκλεκτική αρτηριογραφία μερικές φορές επιβεβαιώνει τη διάγνωση.

Φαρμακευτικά χορηγούνται αυξημένες δόσεις ανταγωνιστών H₂ ή αναστολέων αντλίας πρωτονίων. Χημειοθεραπεία με Streptozotocin μόνη ή σε συνδυασμό με 5-Fluorouracil για μεταστατικούς όγκους. Η χειρουργική θεραπεία που εκτέμνει το όργανο στόχο της γαστρίνης, ή εφ' όσον ο όγκος είναι ορατός και μονήρης, με πλήρη εξαίρεση συνιστά ριζική θεραπεία.⁽¹⁾

Νόσος του Crohn: Είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος του λεπτού εντέρου. Στο 40% των περιπτώσεων η πρωτοπαθής εντόπιση της είναι ο τελικός ειλεός (τοπική ειλεΐτιδα). Όμως μπορεί να προσβάλλει το έντερο σε πολλά σημεία (κατά τόπους εντερίτιδα). Προσβάλλει νεαρούς ενήλικες και χαρακτηριστικά υποτροπιάζει.

Τα συμπτώματα της είναι άλλοτε οξέα και άλλοτε ηπιότερα και περιλαμβάνουν πόνο, κακουχία ελαφρά επεισόδια διάρροιας, απώλεια βάρους και πυρετό, που αναπτύσσεται αργά. Τα κόπρανα περιέχουν συνήθως μικροσκοπικά αίμα, γι' αυτό η αναιμία είναι συχνή. Οι κοιλιακές κράμπες αυξάνονται συχνά μετά το φαγητό και μειώνονται σε ένταση μετά την κένωση του εντέρου. Μπορεί να σχηματιστούν ορθικά συρίγγια, διαβρώσεις και αποστήματα.

Εξαιτίας της φλεγμονής μπορεί να παρουσιαστούν φαινόμενα οξείας κοιλίας, ακόμη και πραγματικές διατρήσεις του εντέρου και περιτονίτιδα. Άλλες φορές εξαιτίας πάχυνσης του τοιχώματος προκαλείται απόφραξη και φαινόμενα ειλεού. Η αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη, πολλοί όμως παράγοντες ενοχοποιούνται για την πρόκληση της.⁽²⁾

HLA αντιγόνα (human leucocyte antigens): Η ανακάλυψη των ανθρώπινων αντιγόνων ιστοσυμβατότητας HLA ή του μείζονος συμπλέγματος ιστοσυμβατότητας χρονολογείται από τη δεκαετία του 1950. Λευκοσυγκολλητίνες που ανιχνεύτηκαν στον ορό πολυμεταγγισθέντων ασθενών και στον ορό πολύτοκων γυναικών επέτρεψαν την πρώτη ταξινόμηση των HLA αντιγόνων.

Τα HLA αντιγόνα μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις διαφορετικές κατηγορίες παραγώγων από διαφορετικούς τύπους γονιδίων, αλλά με λειτουργικές ομοιότητες. Έγινε σαφές τα τελευταία χρόνια, ότι το σύστημα HLA αποτελεί τον κύριο ρυθμιστικό παράγοντα του ανοσολογικού μηχανισμού.⁽³⁾

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Παράγοντες που ενοχοποιούνται για το δωδεκαδακτυλικό έλκος.

Υδροχλωρικό οξύ
Πεψίνη
Βλεννογονικός φραγμός
Διττανθρακικά
Ορμόνες
Χολή
Προσταγλανδίνες
Γενετική προδιάθεση
Διατροφή
Φάρμακα
Λοιμώδεις παράγοντες
Ψυχολογικοί παράγοντες

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Φάρμακα για την επούλωση του Π.Ε.

I. Εξουδετερικά του Υ.Ο.

Αντιόξινα: ΑΙ ή συνδυασμός ΑΙ-αλάτων Mg

II. Αναστολείς έκκρισης Υ.Ο.

α. Ανταγωνιστές των H₂ υποδοχέων της ισταμίνης

Cimetidine

Ranitidine

Famotidine

Nizatidine

Roxatidine*

β. Τρικυκλικά με αντιμουςκαρινική δράση

Pirenzepine

Telenzepine

γ. Αναστολείς της H⁺-K⁺-ATPάσης

Omeprazole

Lansoprazole

III. Κυτταροπροστατευτικά

α. Aluminum salt of sucrose octasulfate (sucralfate)

β. Άλατα βισμούθιου

- Coloidal Bismuth Subcitrate CBS

- Tripotassium dicitrate Bismuthate T.D.B.

- Bismuth Subsalicylate BSS

γ. Tranexamin acid ester - Cetraxate

δ. Prostaglandine

- Enprostil

- Misoprostol

IV. Συνδυασμοί φαρμάκων που τροποποιούν την «φυσική ιστορία» του Π.Ε. εκκριζώνοντας το *Helicobacter Pylori* (H.P.)

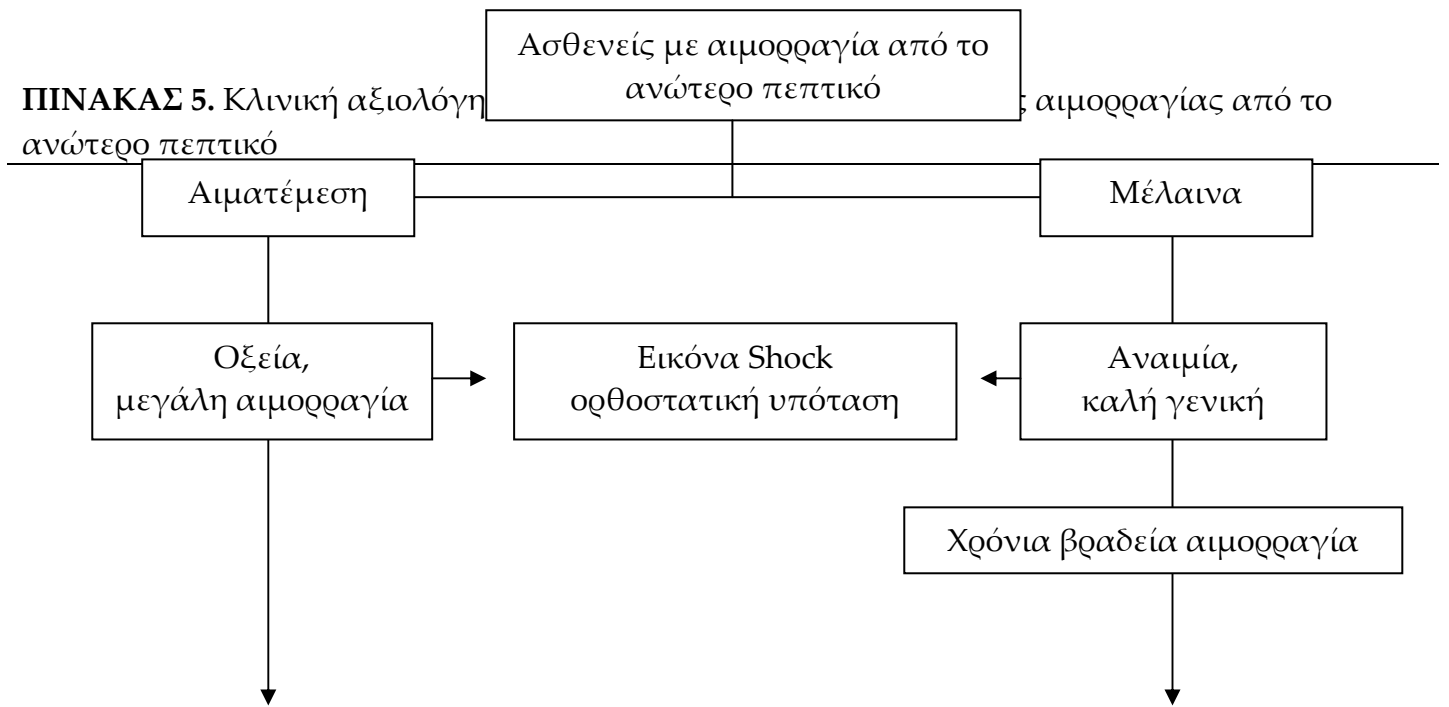
ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Νοσοκομειακές τιμές φαρμάκων για την δίμηνη θεραπεία του πεπτικού έλκους.

Aludrox	3,98 €
Tagamet	15,76 €
Zantiac(300 mg)	25,25 €
Peptan	33,45 €
Losec	78,50 €
(Το ήμισιο της τιμής για θεραπεία ενός μηνός)	
De-Nol	23,84 €
Peptonorn	21,48 €
Cytotec	32,62 €
Gastozepine	13,05 €

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Διαφορές μεταξύ πεπτικού έλκους που οφείλεται σε λήψη ΜΣΑΦ και ιδιοπαθούς πεπτικού έλκους.

	Γαστροπάθεια από ΜΣΑΦ	Ιδιοπαθές πεπτικό έλκος
Αιτιολογία	ΜΣΑΦ	Αγνωστη
Θέση βλάβης	Άντρο, περιπυλωρικά	Δωδεκαδάκτυλο
Παθογένεια	Έλλειψη προσταγλανδινών	Υπερέκκριση οξέος
Συμπτωματολογία	Συχνά ασυμπτωματικό	Συνήθως συμπτωματικό
Ηλικία	Ηλικιωμένοι (>60)	Νέοι (<35)
Φύλο	Γυναίκες	Άνδρες

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Κλινική αξιολόγηση αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό



**Φάση I
(Ανάνηψη)**

Καθετήρας ΚΦΠ

- α. Φυσιολογικοί οροί ή υπέρτονα κρυσταλλικά διαλύματα
- β. Μεταγγίσεις αίματος ή πλάσματος
- γ. Παρακολούθηση νεφρικής λειτουργίας.
ΗΚΓ, ΑΠ, Ητ, σφύξεις.
- δ. Ρινογαστρικός καθετήρας
- ε. Πλύσεις με παγωμένο νερό

Καθετήρας περιφερικής φλέβας

Εάν υπάρχει σοβαρή αναιμία

Για διαγνωστικούς λόγους

Χορήγηση αντιοξίνων και αντιεκκριτικών παραγόντων

**Φάση II
(Ειδική διάγνωση)**

Ενδοσκόπηση ή βαριούχο γεύμα
Αρτηριογραφία ή Bleeding Scan

**Φάση III
(Ειδική θεραπεία)**

Ενδοσκοπική αιμόσταση
Χειρουργική αντιμετώπιση

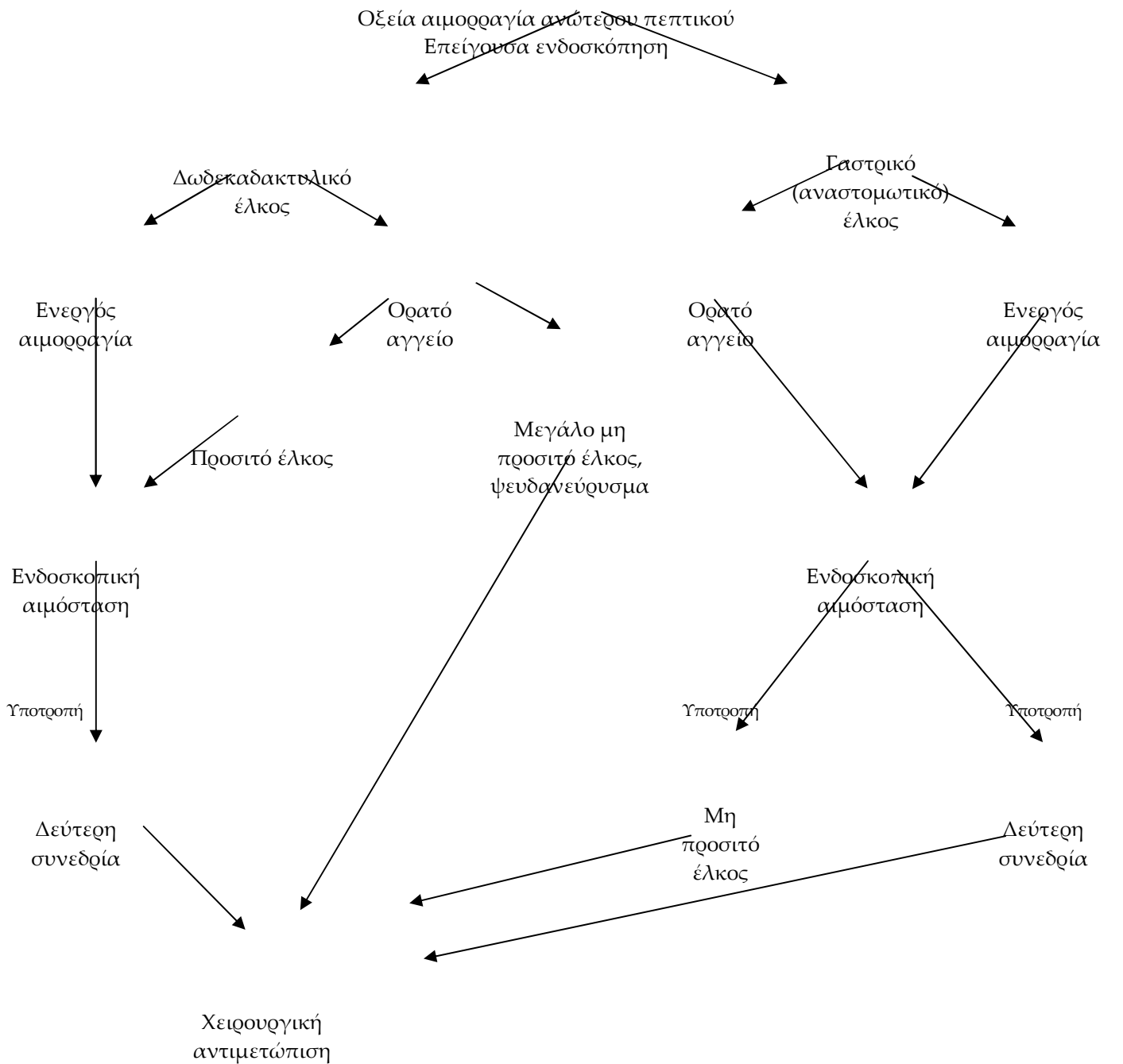
ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Αίτια αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό. Αποτελέσματα 1021 επειγουσών ενδοσκοπήσεων, 1988-1992 (Σισμανόγλειο ΓΠΝΑ).

A. Φλεγμονώδη		
Δωδεκαδακτυλικό έλκος	384	(37,6%)
Γαστρίτιδα		
(Διαβρωτική-αιμορραγική)	173	(16,9%)
Γαστρικό έλκος .	180	(17,6%)
Οισοφαγίτιδα-έλκος Barrett	78	(7,6%)
Έλκη οφειλόμενα σε stress	10	(1,0%)
B. Μηχανικά		
Διαφραγματοκήλη	50	(4,9%)
Σύνδρομο Mallory-Weiss	8	(0,8%)
Εκκολπώματα βολβού	3	(0,3%)
Γ. Αγγειακά		
Κιρσοί οισοφάγου-στομάχου .	53	(5,2%)
Σύνδρομο Osler-Weber-Rendu	1	(0,1%)
Αγγειοδυσπλασίες	7	(0,7%)
Δ, Συστηματικά		
Νόσος von Willebrand	1	(0,1%)
E. Νεοπλασίες		
Καρκίνος οισοφάγου	6	(0,6%)
Καρκίνος στομάχου	15	(1,5%)
Πολύποδες	7	(0,7%)
Καρκινοειδές	1	(0,1%)
Λέμφωμα/Σάρκωμα	2	(0,2%)
Λειομύωμα	3	(0,3%)

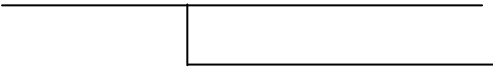
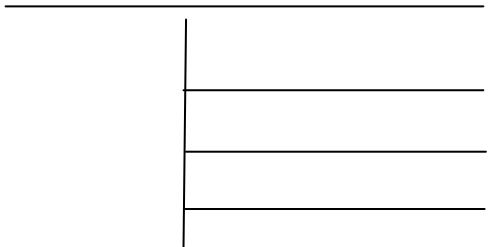
ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Φυσική ιστορία του αιμορραγούντος πεπτικού έλκους

	Ενεργός αιμορραγία 16%	Ορατό αγγείο 24%	Θρόμβος 24%	Όχι στίγματα 36%
Επαναιμορραγία	80%	69%	12,5%	12,5%
Χειρουργείο	40%	31%	0	0
Θάνατος	10%	6,1%	0	0

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Διάγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης της οξείας αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό από πεπτικό έλκος.



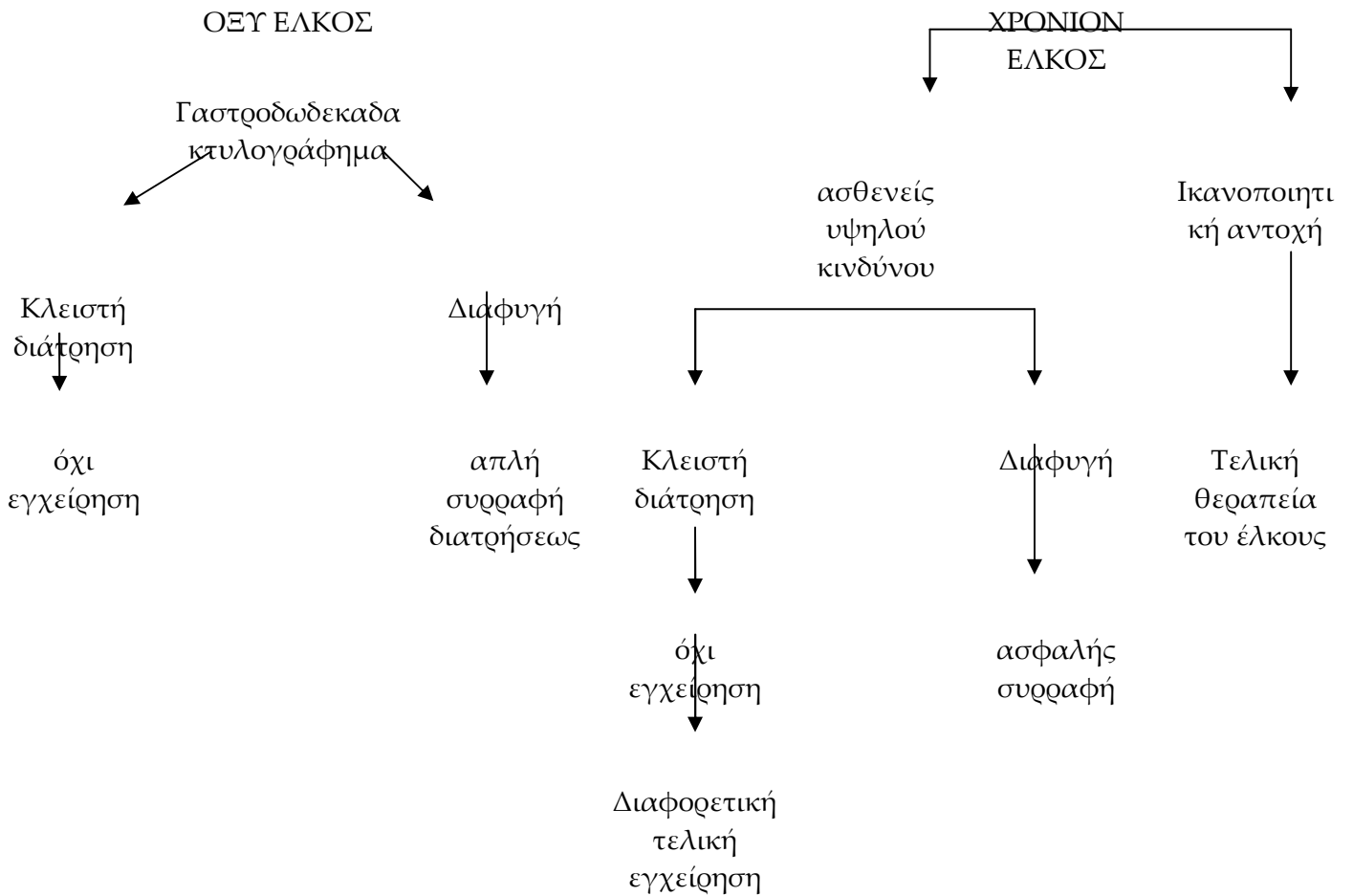
ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Ενδοσκοπικές μέθοδοι αιμόστασης

1. Ηλεκτροπηξία		Μονοπολική
2. Θερμοπηξία 3. Φωτοπηξία		Διπολική
4. Ενέσεις		
5. Άλλες μέθοδοι		Πίεση με μπαλόνι
		Μηχανικά clips
		Συρραπτική μηχανή
		Τοπική χρήση αιμοστατικών ουσιών

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Αιμοστατικές ουσίες

Διάλυμα ουσιών	Όγκος ανά έγχυση (ml)	Σύνολο δόσης (ml)	Τρόπος έγχυσης
Αδρεναλίνη 1:10.000	0,5-2	8-10	Χείλος έλκους Βάση αγγείου
Αδρεναλίνη 1:10.000 + Πολιδοκανόλη 1%	0,5-2	5-10	Πέριξ αγγείου
Πολιδοκανόλη 1%	1-2	5	Βάση αγγείου
Αιθυλ. Αλκοόλη 98% (Απόλυτη Αλκοόλη)	1-2	5	Βάση αγγείου
Υπέρτονος όρος/ Αδρεναλίνη 1: 20.000	0,1-0,2	0,6-1,2	Βάση αγγείου Πυθμένα έλκους
100 I.U. θρομβίνης/ Φυσιολογικού ορού	3	9-12	Βάση αγγείου
Ethanolamine oleate 5%	3	10-15	Αγγείο
	0,5	2-5'	Βάση αγγείου Χείλος έλκους

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Διατηρήθέν έλκος 12/λου πρωτόκολλον διάγνωσης



ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

1. Πυώδης περιτονίτις
2. Διεγχειρητική αστάθεια

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Ιστορική ανάπτυξη των εγχειρήσεων για το δωδεκαδακτυλικό έλκος.

Έτος	Είδος εγχείρησης
1884	Γαστρονηστιδοστομία
1915	Υφολική γαστρεκτομή
1943	Βαγοτομή
1945.	Βαγοτομή με γαστρονηστιδοστομία
1948	Εκλεκτική βαγοτομή
1947–1952	Βαγοτομή με αντρεκτομή
1956	Βαγοτομή με πυλωροπλαστική
1957-1967	Εκλεκτική βαγοτομή με παροχέτευση ή αντρεκτομή
1961	Υπερεκλεκτική βαγοτομή με πυλωροπλαστική
1969	Υπερεκλεκτική βαγοτομή χωρίς παροχέτευση
1979	Πρόσθια ορομυοτομή ελάσσονος τόξου με οπίσθια στελεχιαία βαγοτομή

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Σύγκριση υπερεκλεκτικής βαγοτομής με στελεχιαία βαγοτομή - πυλωροπλαστική, για το δωδεκαδακτυλικό έλκος

	Υπερεκλεκτική βαγοτομή (η=56)	Στελεχιαία βαγοτομή (η=56)	P
Πρώιμο dumping	1	9	<0,01
Όψιμο dumping	2	9	<0,05
Μετεωρισμός	11	23	<0,01
Χολώδεις έμετοι	2	10	<0,02
Επιγαστρικό βάρος	12	24	<0,02
Διάρροια	4	7	ΜΣ
Ναυτία	7	13	ΜΣ
Οπισθοστερνικός πόνος	9	10	ΜΣ
Δυσφαγία	3	3	ΜΣ
Τροφώδεις έμετοι	4	6	ΜΣ
Υποτροπές	3 (6%)	3 (6%)	ΜΣ
Visick I και II	93%	78%	<0,05
Visick III και IV	7%	22%	<0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Σύγκριση υπερεκλεκτικής βαγοτομής με στελεχιαία βαγοτομή - αντερεκτομή για το δωδεκαδακτυλικό έλκος

	Υπερεκλεκτική βαγοτομή (η=56)	Στελεχιαία βαγοτομή (η=56)	P
Πόνος	9	10	ΜΣ
Dumping	2	7	ΜΣ
Διάρροια	4	11	<0,05
Επιγαστρικό βάρος	8	28	<0,005
Οπισθοστερνικός πόνος	8	18	<0,05
Δυσφαγία	0	3	ΜΣ
Έμετοι	6	15	<0,05
Υποτροπές	4	1	ΜΣ
Visick I και II	82%	56%	<0,005
Visick III και IV	18%	44%	<0,005

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ

- 1) Α. Πάγκαλτσος, Στοιχεία Παθολογίας, εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσ/νίκη, 2002, σελ: 177
- 2) Α. Σαχίνη-Καρδάση, Μ. Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000, τόμος 2^{ος}, σελ: 319
- 3) Ι. Παπαδημητρίου, Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, Αθήνα, 1998, σελ: 38-45
- 4) Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία, Στόμαχος-Γαστρεντερολογία, εκδόσεις Θ. Καναγκίνης-Δ. Καραμανώλης, Αθήνα, 1995, σελ: 1-326
- 5) Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/νίκης, Β' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική, ΧΝ. Σμπαρούνης, Η νόσος του έλκους, εκδόσεις Δ. Καρβουνάρης, 1983, σελ: 37-95
- 6) ΧΙΧ Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής, Πρακτικά ΙΙ, Συνεδριακό Κέντρο ΔΕΘ, Θεσ/νίκη, 1994, σελ: 1002-1013
- 7) Χειρουργική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος, Συνεχής Χειρουργική Μετεκπαίδευση, Επιστημονικές εκδηλώσεις Β' Περιόδου, Θεσ/νίκη, 1996, σελ: 34-39
- 8) Ε. Τσιολιάγκος, Χειρουργική, εκδόσεις Μαυρογένης, Θεσ/νίκη, 2004, σελ: 151-152