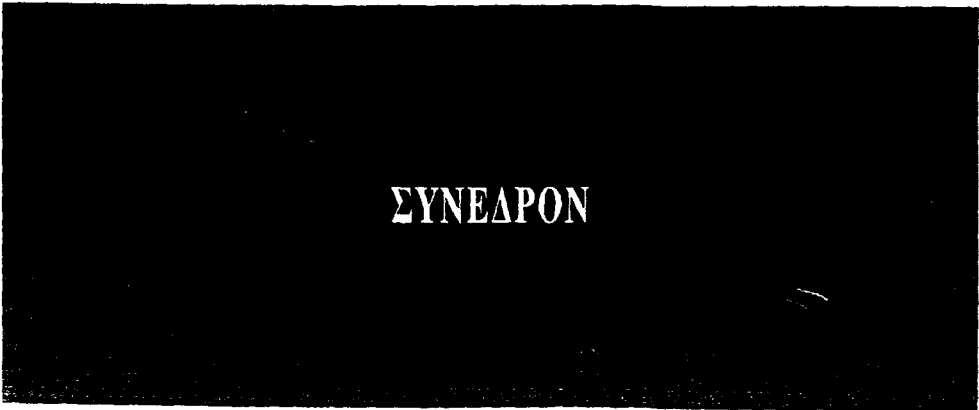


ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ
ΣΤΗ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
2001

ΕΚΔΟΤΗΣ
Ε.Ι. ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΑΚΗΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ
ΣΠΥΡΙΔΩΝ Κ. ΒΟΛΤΕΑΣ



ΣΥΝΕΔΡΟΝ

Η ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ ΚΙΡΣΩΝ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΣΕ ΟΞΕΙΑ ΜΗ ΕΝΕΡΓΟΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

5.3.

Α. Χατζηγεωργιάδης, Σ. Κόκκινος, Α. Μαρίνης, Κ. Ζώη,
Φ. Δεμιρόπουλος, Θ. Μολάς, Θ. Ανδρεάδης, Κ. Μπλούχος,
Π. Τηλαβερίδης, Α. Βελένης, Δ. Κοσσένας, Ε. Μολής

Η δημιουργία γαστροοισοφαγικών κίρσων αποτελεί την σημαντικότερη επιπλοκή της πυλαίας υπέρτασης. Η αιμορραγία των κίρσων είναι από τις σοβαρότερες επείγουσες καταστάσεις που αντιμετωπίζει ο κλινικός ιατρός, γιατί συνοδεύεται από υψηλή θνητότητα (30%), ενώ υποτροπιάζει σε σύντομο χρονικό διάστημα (<6 εβδομάδες) χωρίς προφυλακτική θεραπεία και η πρόγνωση της σχετίζεται άμεσα με το είδος των κίρσων και τη γενική κατάσταση των ασθενών (σταδιοποίηση κατά Child, Pugh) (1,2,3).

Τα τελευταία χρόνια έχουν σημειωθεί σημαντικές πρόοδοι σε όλους τους τομείς (ενδοσκόπηση, παρεμβατική ακτινολογία, φαρμακολογία) με σκοπό να βελτιωθεί η νοσηρότητα και θνητότητα στο επεισόδιο της κίρσορραγίας, αλλά και η επιβίωση των ατόμων αυτών με όσο το δυνατό μειωμένη νοσηρότητα. Η ενδοσκοπική απολίνωση των κίρσων (ΕΑΚ) μόνη ή σε συνδυασμό με σκληροθεραπεία, φαρμακευτική αγωγή (β-blockers, σωματοστατίνη/οκτρεοτίδη, βαζοπρεσίνη/τιλπρεσίνη, νιτρώδη) και διασφατιγιτιδική διηπατική πυλαιοκυκλική αναστόμωση (TIPS), συμβάλλει θετικά στον παραπάνω θεραπευτικό στόχο, τόσο σε οξεία (ενεργή ή μη αιμορραγία), όσο και σε χρόνια φάση (προφύλαξη) (1,2,3,4,5).

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας από την ενδοσκοπική απολίνωση των κίρσων του οισοφάγου σε οξεία μη ενεργό αιμορραγία στα πλαίσια ενός νομαρχιακού νοσοκομείου.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Κατά την διετία 1998-2000 στο ενδοσκοπικό τμήμα της Α' Χειρουργικής Κλινικής του Γ.Ν.Ν. Δράμας αντιμετωπίστηκαν 12 ασθενείς μετά από επεισόδιο πρόσφατης κίρσορραγίας (οξεία μη ενεργός αιμορραγία) Πρόκειται για 10 άνδρες ηλικίας 56-76 ετών και 2 γυναίκες 69 και 72 ετών. Η κίρσορραγία αρχικά αντιμετωπίστηκε με την εφαρμογή επιπωματισμού με σωλήνα Sengstaken-Blakemore, σωματοστατίνη ή οκτρεοτίδη, αίμα και πλάσμα, υγρά και ηλεκτρολύτες και τις επόμενες (1-2) ημέρες οι ασθενείς ενδοσκοπήθηκαν, αφού είχαν αναταχθεί πλέον από το shock.

Πρόκειται για 3 ασθενείς σταδίου Α κατά Child, 6 ασθενείς σταδίου Β κατά Child και 3 ασθενείς σταδίου C κατά Child. Οι 3 ασθενείς είχαν HbsAg(+) και 2 ασθενείς είχαν HCVAbs(+). Κατά την ενδοσκόπηση όλοι είχαν οισοφαγικούς κίρσους με σημεία πρόσφατης αιμορραγίας, ενώ σε 6 ασθενείς παρατηρήθηκαν και κίρσοι στο θόλο του στομάχου, σε 5 ασθενείς συνυπήρχε γαστρίτιδα και σε ένα γαστρικός πολύποδας. Η ταξινόμηση των οισοφαγικών κίρσων σε 4 βαθμούς έγινε με βάση το βαθμό προβολής τους στον αυλό όταν αυτός είναι πλήρως διατεταμένος (6). Τέσσερις ασθενείς είχαν κίρσους 1^{ου}-2^{ου} βαθμού, 2 ασθενείς είχαν κίρσους 2^{ου} βαθμού και 6 ασθενείς είχαν κίρσους 3^{ου}-4^{ου} βαθμού. Δεν ανεβρέθηκε άλλη εστία αιμορραγίας κατά την ενδοσκόπηση, ενώ στους κίρσους παρατηρήθηκαν ερυθρά στίγματα.

Για την απολίνωση των κίρσων χρησιμοποιήθηκε μηχανισμός απελευθέρωσης πέντε δακτυλίων χωρίς προστατευτικό (overtube) σωλήνα (Speedband™ Superview Multiple Band Ligator, της εταιρείας Boston Scientific-Microvasive) και τοποθετήθηκαν 5-8 δακτύλιοι κατά συνεδρία. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 1-4 συνεδρίες. Οι ασθενείς ελέγχθηκαν ανά δεκαήμερο αρχικά και αργότερα ανά μήνα και παρακολουθούνται μέχρι σήμερα.

Δεν τοποθετήθηκαν ελαστικοί δακτύλιοι στους γαστρικούς κίρσους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ενδοσκόπηση δεν παρουσίασε καμία ιδιαίτερη δυσκολία. Η τοποθέτηση των ελαστικών δακτυλίων έγινε σε χρόνο 60-100 δευτερολέπτων (μ.ο. 90 sec) και οι ασθενείς την ανέχτηκαν χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία.

Δεν παρουσιάστηκε καμία επιπλοκή κατά την ενδοσκοπική απολίνωση των κισσών. Οι ασθενείς δεν αιμορράγησαν μέχρι σήμερα και παρουσίασαν μικρού βαθμού εξελκώσεις στα σημεία της απολίνωσης κατά τον πρώτο επανέλεγχο, χωρίς άλλες επιπλοκές, με διάστημα παρακολούθησης 7-24 μήνες. Εκρίζωση επιτεύχθηκε σε 6 ασθενείς και σημαντική βελτίωση στους υπόλοιπους. Ο ένας ασθενής σταδίου C κατά Child απεβίωσε από άλλη αιτία. Τέσσερις άλλοι ασθενείς λόγω συνοδών παθήσεων ελάμβαναν συγχρόνως και αγωγή με β -blockers.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η κύρια αιτία της πυλαίας υπέρτασης στο Δυτικό κόσμο είναι η κίρρωση του ήπατος (5). Περισσότεροι από 50% των κίρρωτικών ασθενών έχουν κισσούς τη στιγμή της διάγνωσης της πάθησης τους. Μέσα σε ένα χρόνο από τη διάγνωση το 20% θα παρουσιάσει το πρώτο τους επεισόδιο, που έχει υψηλή θνητότητα (30-50%), ενώ είναι γνωστό ότι μόνο το 1/3 των κίρρωτικών ασθενών με κισσούς θα αιμορραγήσει στη ζωή του (2,3,7). Επομένως η προφυλακτική θεραπεία των κισσών είναι αναγκαία σε μια μεγάλη ομάδα αυτών των ασθενών.

Σήμερα η ενδοσκοπική και φαρμακευτική θεραπεία είναι μέθοδοι πρώτης εκλογής για τον έλεγχο και την πρόληψη των υποτροπών της κισσορραγίας, ενώ δεύτερης επιλογής είναι η με ακτινολογική καθοδήγηση δημιουργία των διασφαγιτιδικών ενδοηπατικών πυλαιοσυστηματικών αναστομώνσεων (TIPS) και ο διαδερμικός διηπατικός εμβολισμός της στεφανιαίας φλέβας και χειρουργικά η δημιουργία πυλαιοσυστηματικών παρακάμψεων (Warren, Drapanas, Inokutsi), ο πυλαιοαζυγος διαχωρισμός και η μεταμόσχευση ήπατος (2,3).

Από τα φάρμακα που έχουν δοκιμαστεί για την αντιμετώπιση της ενεργής αιμορραγίας και την πρόληψη της υποτροπής της χρησιμοποιούνται η σωματοστατίνη και το ανάλογο της, η οκτρεοτίνη, η βαζοπρεσίνη και το βραδείας δράσης ανάλογο της, η τερλιπρεσίνη, τα β -blockers και τα νιτρώδη μονά τους ή σε συνδυασμό με τα προηγούμενα (1,2,3,8).

Ο μηχανικός επιπωματισμός με σωλήνα Sengstaken-Blakemore ή καλύτερα με Edlich («σωλήνας Μινεσότα», με τέσσερις αυλούς) χρησιμοποιείται μόνος του ή και σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αντιμετώπιση. Πρόκειται για αποτελεσματική μέθοδο για τον άμεσο έλεγχο της αιμορραγίας, αλλά για μικρό χρονικό διάστημα (2,3).

Η ενδοσκοπική αντιμετώπιση αρχικά αφορούσε την εφαρμογή σκληροθεραπείας. Αρχικά εφαρμόστηκε το 1939 αλλά καθιερώθηκε τη δεκαετία του 1970 και αποτελούσε τη θεραπεία εκλογής μέχρι τα τέλη της δεκαετίας 1980. Χρησιμοποιούνται διάφορα υλικά (πολιδοκανόλη, ολεϊκή αιθανολαμίνη, υπέρτονα διαλύματα, Histoacryl κ.α.) για την αντιμετώπιση της ενεργού αιμορραγίας αρχικά και της πρόληψης αργότερα. Είναι αποτελεσματική και ασφαλής με λίγες επιπλοκές 12-15% συνήθεις ή σπάνιες (έλκη, αιμορραγία, διαβρώσεις, δυσφαγία, διάτρηση) (1,2,3,4,5,7,8).

Η ενδοσκοπική απολίνωση των κισσών καθιερώθηκε το 1988 και γίνεται με την τοποθέτηση ελαστικών δακτυλίων, που στραγγαλίζουν τον κισσό (9). Αρχικά χρησιμοποιήθηκε συσκευή μιας απολίνωσης και η χρήση προστατευτικού σωλήνα για την επαναχρησιμοποίηση ήταν το αδύνατο σημείο της μεθόδου. Αργότερα επινοήθηκαν μηχανισμοί που επιτρέπουν 5 ή 6 απολινώσεις τη φορά (Saed, Speedbander), χωρίς τη χρήση προστατευτικού σωλήνα (10). Χρησιμοποιείται τόσο στην οξεία φάση για την επίσχεση της αιμορραγίας, όσο και για την εκρίζωση των κισσών. Κατά την χρήση των συσκευών αυτών στη ενδοσκοπική απολίνωση δεν προξενούνται σημαντικές επιπλοκές και συγκριτικά λιγότερες σε σχέση με τη σκληροθεραπεία (1). Χρησιμοποιούνται για την προφυλακτική απολίνωση κισσών σταδίου A, B ή C κατά Child (1,2,3). Η ενδοσκοπική απολίνωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνη της ή σε συνδυασμό με σκληροθεραπεία με καλύτερα ίσως αποτελέσματα.

Η μικρή μας εμπειρία στην ενδοσκοπική απολίνωση των κιρσών, με μηχανισμό απελευθέρωσης πολλών δακτυλίων, αφορούσε προφύλαξη μετά από ένα επεισόδιο αιμορραγίας και προσέφερε πλήρη εκρίζωση στο 50% και σημαντική βελτίωση στο υπόλοιπο 50%. Εφαρμόστηκε εύκολα, σε συντομο χρονικό διάστημα, χωρίς επιπλοκές σε ασθενείς όλων των σταδίων κατά Child και ήταν καλά ανεκτή.

Η ενδοσκοπική απολίνωση αντιμετωπίζει την κιρσορραγία και τους κιρσούς και όχι την ίδια την πυλαία υπέρταση. Σε αποτυχία ελέγχου της αιμορραγίας με φαρμακευτική και ενδοσκοπική παρέμβαση οι ασθενείς θα πρέπει να οδηγούνται σε TIPS ή χειρουργική αντιμετώπιση της με πυλαιοιάζυγο διαχωρισμό. Η αντιμετώπιση της ίδιας της πυλαίας υπέρτασης γίνεται με εκλεκτικές πυλαιοσυστηματικές παρακάμψεις με μειονέκτημα την ενδεχόμενη ανάπτυξη ή επιδείνωση της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας. Η χειρουργική αντιμετώπιση παραμένει η κύρια και ριζική θεραπεία μετά από επεισόδιο αιμορραγίας για τους οισοφαγικούς και κυρίως τους γαστρικούς κιρσούς, ενώ οριστική θεραπεία της κίρρωσης αποτελεί η μεταμόσχευση του ήπατος με όλα τα γνωστά προβλήματα που την συνοδεύουν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Binmoeller KF, Date S, Soehendra N. Treatment of esophagogastric varices: Endoscopic, Radiological and Pharmacological Options. *Endoscopy* 1998; 30:105-113
2. Νικολαΐδης Ν. Επίκαιρα Θέματα Γαστρεντερολογίας, Θεσ/νίκη 2001, σελ.56-60
3. Κέκος Γ. Θεραπευτική Ενδοσκόπηση, Ενδανλική Ενδοσκοπική Χειρουργική, Αθήνα 2000, σελ. 53-94
4. Rösch T, Allescher HD. Digestive disease week 1996, San Francisco, 19-22 May, Review of endoscopic abstracts. *Endoscopy*, 1996; 578-625
5. Armengol-Miro JR . Treatment of esophageal varices. *Endoscopy*, 1996,572-3
6. Λαδάς Δ. Εγκόλπιο ορολογίας και ερμηνείας ενδοσκοπικών ευρημάτων του πεπτικού συστήματος. 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας, Αθήνα, 1988
7. The Prova Study Group. Prophylaxis of first hemorrhage from esophageal varices by sclerotherapy, propranolol or both in cirrhotic patients: a randomized multimember trial. *Hepatology*, 1991; 14:1016-24
8. Binmoeller KF, Sy P, Soehendra N. Treatment of esophagogastric varices. *Endoscopy* 1996; 28:4453
9. Stiegmann GV, Goff JS, Sun JH et al. Technique and early clinical results of endoscopic variceal ligation. *Surg Endosc* 1989;3;73-8
10. Saed ZA. The Saed Six-Shooter: a prospective study of its efficacy, safety and ease of use for the endoscopic therapy of bleeding varices. *Endoscopy* 1996; 559-64

Από την Α΄ Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Ν. Δράμας