

Γ. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ

Είναι η φλεγμονή του οισοφάγου με συνηθέστερο αίτιο την παλινδρόμηση όξινου γαστρικού υγρού προς τον οισοφάγο. Το υγρό αυτό είναι εξαιρετικά ερεθιστικό για τον οισοφάγο.

Κλινική εικόνα: Υπάρχει οπισθοστερνικός καύσος και δυσφαγία ιδίως στις στερεές τροφές.

Θεραπεία: Χορηγούνται φάρμακα για την εξουδετέρωση των όξινων υγρών του στομάχου και για την βελτίωση της λειτουργικότητας του καρδιακού (κάτω) σφιγκτήρα του οισοφάγου (αντιόξινα φάρμακα και αναστολείς των H₂ υποδοχέων της ισταμίνης όπως η ρανιτιδίνη).

ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Είναι περιορισμένη διάβρωση (πληγή) των ιστών του τοιχώματος του πεπτικού σωλήνα. Σαν αίτιο πιθανολογείται η διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ των όξινων υγρών του στομάχου και των μηχανισμών που προστατεύουν το τοίχωμα του στομάχου και δωδεκαδακτύλου.

α. Έλκος βολβού δωδεκαδακτύλου:

Κλινική εικόνα: Κύριο σύμπτωμα είναι ο πόνος που έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα:

1. Έχει περιοδικότητα. Δηλαδή εμφανίζεται κατά περιόδους, κυρίως την άνοιξη και το φθινόπωρο με ελεύθερα μεσοδιαστήματα.
2. Έχει ωράριο. Δηλαδή εμφανίζεται 2-3 ώρες μετά το φαγητό και την νύκτα σε σταθερή ώρα αφυπνίζοντας τον ασθενή.
3. Είναι άλγος πείνας και υποχωρεί με την λήψη τροφής. Οι χαρακτηριστικές του πόνου είναι τόσο τυπικοί που η διάγνωση του έλκους του δωδεκαδακτύλου μπορεί να τεθεί και μόνο με το ιστορικό.

Μαζί με τον πόνο ο ασθενής μπορεί να παραπονείται για καύσο, όξινες ερυγές, αναγωγή ή σιελόρροια.

Διάγνωση: Τίθεται με την κλινική εικόνα και την ακτινογραφία στομάχου-δωδεκαδακτύλου μετά λήψη βαριούχου γεύματος ή με γαστροσκόπηση.

Η νόσος είναι πιο συχνή σε άτομα ομάδας αίματος O και είναι πάντα καλοήθης.

β. Έλκος στομάχου: (Εικόνα 19)



Εικόνα 19: Έλκος ελάσσονος τόξου στομάχου.

Σε αντίθεση με το έλκος του βολβού του δωδεκαδάκτυλου δεν προκαλεί τυπικά συμπτώματα.

Ο πόνος είναι άτυπος και συνήθως εμφανίζεται μια ώρα μετά την λήψη τροφής. Δεν υπάρχει περιοδικότητα. Δυνατόν μόνο σύμπτωμα να είναι η δυσπεψία. Έλκος στομάχου δυνατόν να είναι και κακόηθες (ελκωτικός καρκίνος στομάχου), γι' αυτό ο ασθενής πρέπει να ελέγχεται συστηματικά και να παρακολουθείται με γαστροσκοπήσεις. Επί μη επούλωσης με την θεραπεία πρέπει να χειρουργείται.

Πάντως τα έλκη γενικά και ιδίως του στομάχου έχουν την τάση να υποτροπιάζουν.

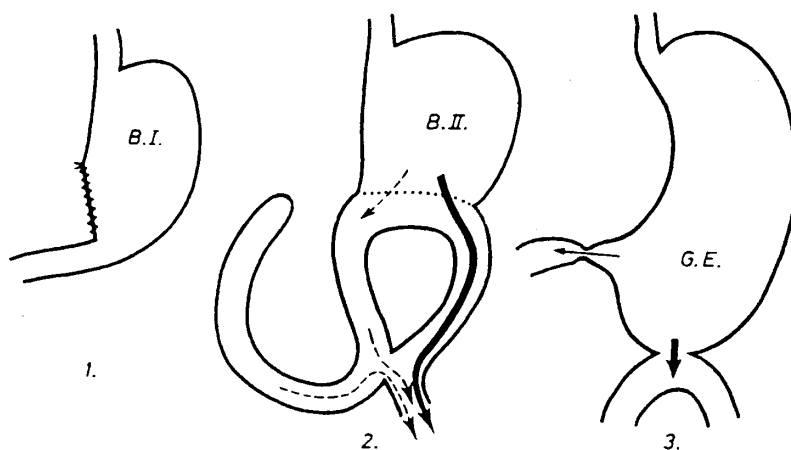
Θεραπεία γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους:

Αντικειμενικός της στόχος είναι η ανακούφιση του ασθενούς και η επούλωση του έλκους. Περιλαμβάνει:

- α. Ανάπαυση σε φάση παροξυσμού.
- β. Δίαιτα: συνιστώνται μικρά και συχνά γεύματα.

- γ. Αποφυγή καφέ, καπνίσματος.
 δ. Αποφυγή ασπιρίνης και αντιφλεγμονωδών.
 ε. Χορήγηση φαρμάκων: Χρησιμοποιούνται:
 1. Αντιόξινα.
 2. Ανταγωνιστές των H₂ υποδοχέων της ισταμίνης όπως η ρανιτιδίνη (Zantac), σιμεθιδίνη (Tagamet), φαμοτιδίνη (Pertan).
 3. Παράγωγα του βισμούθιου και άλλα.
 στ. Χειρουργική θεραπεία: Η καταφυγή σ' αυτήν γίνεται αν:
 1. Υπάρχει επιπλοκή του έλκους (βλέπε παρακάτω).
 2. Τα συμπτώματα επιμένουν παρά την φαρμακευτική αγωγή.
 3. Πρόκειται για έλκος στομάχου που δεν επούλωνεται με αποτέλεσμα υποψία κακοήθειας.

Υπάρχει ποικιλία χειρουργικών επεμβάσεων: (Εικόνα 20)



Εικόνα 20: Εγχειρήσεις στομάχου: Γαστρεκτομή με τελικοτελική γαστρεντεροαναστόμωση (1), Γαστρεκτομή με τελικοπλασία γαστρεντεροαναστόμωση (2), απλή γαστρεντεροαναστόμωση (3).

- Αφαίρεση τμήματος του στομάχου για μείωση της παραγωγής οξέος (γαστρεκτομή).
- Διατομή των νεύρων του στομάχου (των πνευμονογαστρικών). Λέγεται και βαγοτομή.

- Παροχευτικές εγχειρήσεις που διευκολύνουν την δίοδο του γαστρικού περιεχομένου προς το έντερο π.χ. πυλωροπλαστική, γαστρεντεροαναστομωση κ.ά.

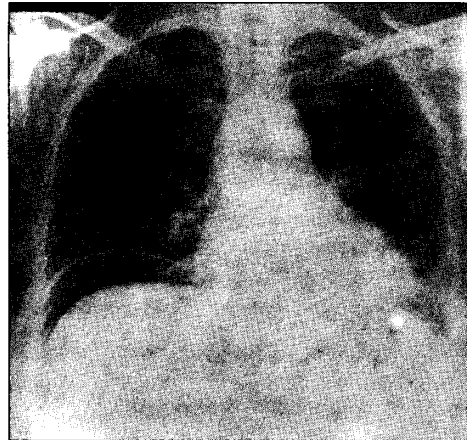
Συνήθως πάντως γίνεται συνδυασμός τεχνικών.

Επιπλοκές γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους:

α. **Πυλωρική στένωση:** Δημιουργείται ουλώδης στένωση του στομίου που οδηγεί από τον στόμαχο στον βολβό (πυλωρός). Σαν αποτέλεσμα οι τροφές δύσκολα περνούν από τον στόμαχο στο δωδεκαδάκτυλο. Εκδηλώνεται με εμέτους που έχουν χαρακτηριστικό ότι περιέχουν τροφές προηγούμενων ημερών. Ο πόνος του έλκους γίνεται συνεχής χωρίς ωράριο. Τέλος υπάρχει ανορεξία και απώλεια βάρους. Θεραπευτικά γίνεται χειρουργική επέμβαση.

β. **Διάτρηση:** Συμβαίνει στο 3-5% των ελκών του βολβού και στο 2-3% του στομάχου. Εμφανίζεται έντονο άλγος σαν μαχαιριά στο επιγάστριο. Στην αντικειμενική εξέταση ο ασθενής έχει εικόνα περιτονίτιδας με κοιλιά συσπασμένη.

Στην απλή ακτινογραφία της κοιλιάς είναι χαρακτηριστική η ύπαρξη ελεύθερου αέρα στην κοιλιά που στην όρθια θέση μαζεύεται κάτω από τα ημιδιαφράγματα (Εικόνα 21). Θεραπευτικά γίνεται χειρουργική επέμβαση.



Εικόνα 21: Ελεύθερος αέρας υποδιαφραγματικά σε διάτρηση στομάχου.

γ. **Αιμορραγία:** Εκδηλώνεται σαν μέλαινα κένωση ή σαν αιματέμεση. Εμφανίζεται εν αιθρία ή μετά λήψη αντιφλεγμονωδών (π.χ. ασπιρίνης). Ο ασθενής έχει πτώση πίεσεως, ταχυκαρδία, εφίδρωση.

Θεραπευτικά δεν απαιτείται πάντα χειρουργική επέμβαση γιατί οι περισσότερες αιμορραγίες σταματούν με πλύσεις στομάχου με ρινογαστρικό καθετήρα και χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, ορών και αίματος.

δ. **Κακοήθης εξαλλαγή** (μετάπτωση σε καρκίνο). Αναφέρεται μόνο στο έλκος του στομάχου. Αμφισβητείται όμως αν αυτό συμβαίνει τελικά και η επικρατούσα σήμερα άποψη είναι ότι τα έλκη αυτά είναι εξ αρχής καρκίνοι που δεν διαγιγνώσκονται σωστά. (Για την αντιμετώπιση του καρκίνου του στομάχου βλέπε το σχετικό κεφάλαιο).

ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ

Περιλαμβάνει ποικιλία συμπτωμάτων μη ειδικών που δεν μπορούν να αποδοθούν σε άλλη συγκεκριμένη νόσο π.χ. έλκος, διαφραγματοκλήη κλπ. Ο ασθενής συνήθως αναφέρει ενοχλήματα που κυμαίνονται από απλή δυσπεψία μέχρι έντονο επιγαστρικό πόνο. Διακρίνεται σε οξεία και χρόνια.

Οξεία γαστρίτιδα: Αίτια είναι η κατάχρηση τροφής ή οινοπνεύματος, τροφική δηλητηρίαση με ιούς ή με μικρόβια, λήψη καυστικών ουσιών, φαρμάκων κ.ά.

Στην συνήθη μορφή τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ανορεξία, ναυτία, εμέτους και επιγαστρικό πόνο. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει υδρική δίαιτα, άφθονα αντιόξινα και φάρμακα που δρουν στην λειτουργικότητα του γαστρεντερικού όπως η μετοκλοπραμίδη (Primpelan). Τέλος αν υπάρχει συγκεκριμένη αιτία (π.χ. λήψη καυστικής ουσίας) γίνεται και αιτιολογική αντιμετώπιση.

Χρόνια γαστρίτιδα: Συχνά συνοδεύει άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως αναιμία (από έλλειψη σιδήρου ή βιταμίνης B12), σακχαρώδη διαβήτη, υπερθυρεοειδισμό και γαστρικό έλκος. Οι ασθενείς έχουν μη ειδικά συμπτώματα όπως δυσπεψία και ανορεξία.

Θεραπευτικά αποφεύγονται ερεθιστικές τροφές, οινόπνευμα και καπνός. Δεν υπάρχει ειδική φαρμακευτική αγωγή.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Είναι σχετικά συχνός στην Ελλάδα και συνήθως εμφανίζεται σε άτομα 50-60 ετών.

Προδιαθεσικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνισή του είναι:

- *Κληρονομικότητα*: Οι συγγενείς ασθενών με καρκίνο στομάχου έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν από τον λοιπό πληθυσμό.
- *Ομάδα αίματος A*: Άτομα αυτής της ομάδας αίματος έχουν πάλι αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της νόσου.
- *Ατροφική γαστρίτιδα*: 10% των ασθενών, μ' αυτήν την μορφή γαστρίτιδας εμφανίζουν καρκίνο στομάχου.
- *Πολύποδες στομάχου*: καρκίνος εμφανίζεται σε ποσοστό 25-30% των ασθενών.

Ο καρκίνος μπορεί να εμφανισθεί είτε σαν πολύποδας, είτε σαν έλκος που δεν επουλώνεται είτε μπορεί να διηθεί το τοίχωμα ολόκληρο. Σ' αυτήν την περίπτωση ο στόμαχος χάνει την φυσιολογική του κινητικότητα (περισταλισμό) και γίνεται ένας σάκκος με ακίνητα τοιχώματα.

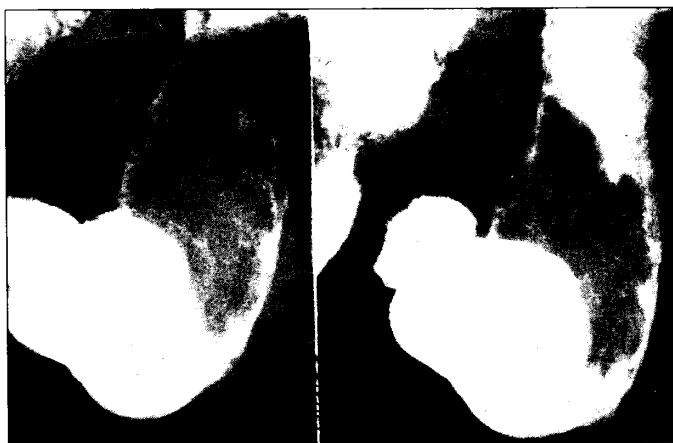
Μετάσταση του όγκου γίνεται αφ' ενός στους λεμφαδένες της περιοχής, αφ' ετέρου στο ήπαρ, τις ωθήκες, τους πνεύμονες και τα οστά.

Κλινική εικόνα: Υπάρχει συνήθως ανορεξία, ιδίως προς το κρέας που φθάνει μέχρι πλήρους αποστροφής. Δυνατόν να υπάρχει πόνος χωρίς ωράριο, ναυτία, έμετοι, απώλεια βάρους. Στις περισσότερες περιπτώσεις πάντως τα συμπτώματα είναι μη ειδικά με αποτέλεσμα να μην γίνεται πρώιμη διάγνωση. Δυνατόν εξάλλου η νόσος να εμφανισθεί με αιμορραγία ή και εκδηλώσεις από τις μεταστάσεις. Στην αντικειμενική εξέταση αρχικά δεν βρίσκεται τίποτα. Σε προχωρημένα στάδια βρίσκονται αναιμία, μάζα στο επιγάστριο, διόγκωση ήπατος, ασκίτης ενώ χαρακτηριστική της νόσου είναι η διόγκωση των λεμφαδένων στον αριστερό υπερκλειδίο βόθρο (λεμφαδένας Troisier-Virchow).

Διάγνωση: Ακτινολογικά ή καλύτερα με γαστροσκόπηση οπότε υπάρχει δυνατότητα και για λήψη βιοψιών (Εικόνα 22).

Θεραπεία: Χειρουργική αντιμετώπιση αν η διάγνωση είναι πρώι-

μη. Σε προχωρημένα στάδια χημειοθεραπεία. Γενικά δεν υπάρχουν καλά αποτελέσματα.



Εικόνα 22: Εκτεταμένος καρκίνος στομάχου που εμποδίζει την πλήρωση του στομάχου με βαριούχο γέυμα.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΥΣΑΠΟΡΡΟΦΗΣΕΩΣ

Στην κατάσταση αυτή υπάρχει αδυναμία του εντέρου να απορροφήσει τα προϊόντα της πέψης. Κατά κύριο λόγο διαταράσσεται η απορρόφηση του λίπους, το οποίο αποβάλλεται από το έντερο με τα κόπρανα. Γι' αυτό η κατάσταση αυτή λέγεται στεατόρροια (από την λέξη στέαρ που σημαίνει λίπος).

Παρακάτω αναφέρονται μερικές από τις πιο συνηθεις καταστάσεις που προκαλούν στεατόρροια:

1. **Κοιλιοκάκη** (ιδιοπαθής στεατόρροια). Εμφανίζεται στην παιδική ηλικία. Οφείλεται σε βλάβη του λεπτού εντέρου από την επίδραση μιας πρωτεΐνης, της γλουτένης που υπάρχει στο σιτάρι, το κριθάρι και την σίκαλη.
2. **Παγκρεατική ανεπάρκεια:** Υπάρχει βλάβη του παγκρέατος οποιασδήποτε αιτιολογίας με αποτέλεσμα την έλλειψη των παγκρεατικών ενζύμων τα οποία είναι απαραίτητα για την πέψη. Σ' αυτή την περίπτωση το έντερο είναι υγιές.
3. **Έλλειψη χολικών αλάτων:** Σε βλάβη του ήπατος ή σε απόφραξη των χοληφόρων δεν υπάρχει ροή των χολικών αλάτων στο έντερο, όπου είναι απαραίτητα για την πέψη των λιπών και την

απορρόφηση, των λιποδιαλυτών βιταμινών (A, D, E, K).

4. **Άλλα αίτια:** Αφαίρεση μεγάλου τμήματος του λεπτού εντέρου λόγω βλάβης και γενικά παθήσεις που προκαλούν δυσλειτουργία του λεπτού εντέρου.

Κλινική εικόνα: Ο ασθενής αναφέρει χρόνια διάρροια με κενώσεις ογκώδεις, δύσοσμες, ωχροκίτρινες. Η κένωση επιπλέει στο νερό και αποκολλάται δύσκολα από την τουαλέτα. Συνυπάρχει ανορεξία και απώλεια βάρους.

Επειδή υπάρχει κακή απορρόφηση βιταμινών, ασβεστίου και σιδήρου μπορεί να εμφανισθεί αναιμία, συμπτώματα υποασβεστιαμίας (τετανία) κ.ά.

Θεραπεία: Αντιμετώπιση του αιτίου όπου είναι δυνατό. Στην περίπτωση της κοιλιοκάκης χορηγείται δίαιτα χωρίς γλουτένη. Χορήγηση παγκρεατικών ενζύμων σε παγκρεατική ανεπάρκεια. Σε όλες τις περιπτώσεις πάντως δίαιτα πτωχή σε λίπος με άφθονα λευκώματα και βιταμίνες βοηθά σημαντικά.

ΚΑΡΚΙΝΟΕΙΔΗΣ ΟΓΚΟΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Σπανιότατος όγκος από ειδικά κύτταρα (αργυρόφιλα) που εντοπίζεται συνήθως στην ειλεοτυφλική περιοχή. Περίπου 60% αυτών των όγκων βρίσκονται στην σκωληκοειδή απόφυση. Δυνατόν να υπάρχουν και έξω από το έντερο στον πνεύμονα, τις ωοθήκες ή τους όρχεις.

Συνήθως είναι αθόρυβοι όγκοι, αν όμως δώσουν μετάσταση στο ήπαρ προκαλούν χαρακτηριστικά συμπτώματα που λέγονται καρκινοειδές σύνδρομο. Τα συμπτώματα οφείλονται στην παραγωγή μιας ουσίας της σεροτονίνης.

Κλινική εικόνα: Το καρκινοειδές σύνδρομο χαρακτηρίζεται από εξάψεις, ερυθρότητα του προσώπου, διάρροια με κωλικοειδή άλγη της κοιλιάς, ταχυκαρδία και δύσπνοια από βρογχόσπασμο ο οποίος δημιουργείται. Εκλυτικός παράγοντας είναι συχνά η λήψη οιοπνεύματος ή η συγκίνηση. Σοβαρή επιπλοκή της νόσου είναι η δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια.

Διάγνωση: Τίθεται από την κλινική εικόνα με τις τυπικές κρίσεις και την ανίχνευση στα ούρα του 5-υδροξυινδολοξικού οξέος σε

μεγάλες ποσότητες. Η ουσία αυτή είναι το προϊόν του μεταβολισμού της σεροτονίνης.

Θεραπεία: Χειρουργική αφαίρεση. Από πλευράς φαρμακευτικής αγωγής χορηγούνται ουσίες που ανταγωνίζονται την δράση της σεροτονίνης.

ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Είναι φλεγμονώδης νόσος του παχέος εντέρου άγνωστης αιτιολογίας με χρόνια διαδρομή.

Προσβάλλει κυρίως νέα άτομα (σε 75% των περιπτώσεων η νόσος πρωτοεμφανίζεται σε ηλικία 15-30 ετών). Είναι συχνή νόσος.

Το παχύ έντερο προσβάλλεται ολόκληρο (50%) ή σε ορισμένη περιοχή. Στο 90% των περιπτώσεων το ορθό είναι προσβεβλημένο ενώ στο 20% η νόσος εντοπίζεται μόνο σ' αυτό.

Κλινική εικόνα: Είναι χρόνια νόσος με εξάρσεις - υφέσεις. Η βαρύτητα της νόσου ποικίλλει και εξαρτάται από την έκταση της νόσου. Στην συνήθη μορφή ο ασθενής εμφανίζει επεισόδια με διάρροιες που έχουν πρόσμειξη βλέννης, πύου και αίματος. Επιπλέον υπάρχει τεινεσμός και κοιλιακό άλγος ενώ δυνατόν να υπάρχει και πυρετός. Ακολουθούν περίοδοι ηρεμίας. Σε μικρό ποσοστό ασθενών (10-15%) εμφανίζεται οξεία κεραυνοβόλος μορφή με υψηλό πυρετό, τοξικά φαινόμενα, άφθονες διάρροιες και βαρείες ηλεκτρολυτικές διαταραχές και αφυδάτωση.

Εκτός από το έντερο η ελκώδης κολίτιδα προσβάλλει και άλλα όργανα με αποτέλεσμα να υπάρχουν και αρθρικές εκδηλώσεις (αρθρίτιδα), δερματικές εκδηλώσεις και οφθαλμικές βλάβες.

Η αντικειμενική εξέταση από την κοιλιακή χώρα δεν έχει ιδιαίτερα ευρήματα.

Η διάγνωση τίθεται από την ορθοσιγμοειδοσκόπηση και την κολonosκόπηση. Η διάβαση του παχέος εντέρου με βαριούχο υποκλυσμό έχει μικρότερη διαγνωστική αξία.

Επιπλοκές: Αυτές είναι δυνητικά πολλές. Π.χ. αιμορραγία από το έντερο, διάτρηση εντέρου, οξεία φλεγμονώδης διάταση και βλάβη του εντέρου (τοξικό megacolon), περιπρωκτικά συρίγγια. Εξάλλου δυνατόν να προσβληθεί και το ήπαρ, οι οφθαλμοί και το δέρμα. Τέλος σημαντικότερη επιπλοκή της νόσου είναι η κακοήθης εξάλ-

λαγή, η εμφάνιση δηλαδή καρκίνου στην περιοχή της φλεγμονής. Ο κίνδυνος είναι μεγάλος αν το παχύ έντερο είναι προσβεβλημένο σε όλο του το μήκος και η νόσος χρονολογείται από μακρού.

Θεραπεία: Συνιστάται ανάπαυση και χορηγείται υποστηρικτική θεραπεία με υγρά, ηλεκτρολύτες κλπ. Ειδική θεραπεία αποτελεί η χορήγηση κορτικοειδών από το στόμα ή σε υποκλυσμούς καθώς και σουλφασαλαζίνης. Σε περίπτωση εμφάνισης επιπλοκών δυνατόν να χρειασθεί χειρουργική θεραπεία.

ΝΟΣΟΣ CROHN

Η παλαιά ονομασία της νόσου ήταν τελική ειλειτίδα γιατί στην αρχή θεωρήθηκε ότι προσβάλλει μόνο τον τελικό ειλεό. Σήμερα όμως είναι γνωστό ότι μπορεί να προσβάλλει όλα τα τμήματα του πεπτικού σωλήνα από το στόμα μέχρι τον πρωκτό.

Είναι φλεγμονώδης νόσος άγνωστης αιτιολογίας. Προσβάλλει συνήθως νέα άτομα 20-40 χρόνων.

Κλινική εικόνα: Αυτή περιλαμβάνει:

- α. Πόνο στο δεξιό ήμισυ της κοιλιάς με αποτέλεσμα η νόσος αυτή να συγχέεται συχνά με οξεία σκωληκοειδίτιδα. Η φλεγμονή του εντέρου δημιουργεί τοπικά μάζα και απόστημα.
- β. Δυνατόν να υπάρχει διάρροια αλλά και εικόνα ειλεού από στένωση του εντέρου.
- γ. Αιμορραγία από το έντερο.
- δ. Συρίγγια ή αποστήματα στην περιοχή του πρωκτού.
- ε. Πυρετό.
- στ. Αρθραλγίες ή αρθρίτιδα.
- ζ. Γυναικολογικές εκδηλώσεις όπως απόστημα σάλπιγγας, ή ωοθήκης κ.ά.
- η. Πληκτροδακτυλία, δερματικές βλάβες κλπ.
- θ. Ανορεξία, αναιμία, απώλεια βάρους.

Η νόσος εξελίσσεται με εξάρσεις και υφέσεις.

Διάγνωση: Τίθεται ακτινολογικά ή καλύτερα με ενδοσκόπηση του πεπτικού συστήματος. Η νόσος μοιάζει πολύ με την ελκώδη κολίτιδα με την οποία συχνά συγχέεται. Χαρακτηριστικό της νόσου είναι η κατά τόπους προσβολή του εντέρου, σε αντίθεση με την ελκώδη κολίτιδα που η βλάβη είναι συνεχόμενη.

Θεραπεία: Η συντηρητική θεραπεία της νόσου έχει σαν στόχο την επίτευξη υφέσεως. Δεν υπάρχει ίαση. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει προσεκτική διαίτα του ασθενούς, χορήγηση κορτικοειδών και σουλφασαλαζίνης. Η χειρουργική αντιμετώπιση αφορά μόνο επιπλοκές της νόσου. Η νόσος πάντως δεν εξελίσσεται ποτέ προς καρκίνο.

ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

Λέγεται και σπαστική κολίτιδα κακώς, διότι δεν πρόκειται για φλεγμονώδη νόσο. Άλλη σωστή ονομασία της νόσου είναι σπαστικό κόλο.

Είναι λειτουργική πάθηση του παχέος εντέρου ως προς την κινητικότητά του και έχει σχέση με ψυχικούς παράγοντες.

Αφορά νέα άτομα συνήθως γυναίκες με προβλήματα οικογενειακά, κοινωνικά κλπ.

Κλινική εικόνα: Στις εκδηλώσεις της νόσου περιλαμβάνονται: κωλικοειδή κοιλιακά άλγη, μετεωρισμός, διαταραχές των κενώσεων (εναλλαγή δυσκοιλιότητας με διάρροια), ενώ συνυπάρχουν πολλές φορές και στομαχικά ενοχλήματα με την μορφή ερυγών, ελαφράς ναυτίας και ανορεξίας.

Στην αντικειμενική εξέταση δεν διαπιστώνεται τίποτα πλην ευαισθησίας στην πορεία του παχέος εντέρου. Στο βαριούχο υποκλυσμό υπάρχει σπαστικότητα του εντέρου ενώ η κολονοσκόπηση είναι αρνητική.

Θεραπεία: Περιλαμβάνει αντιμετώπιση τυχόν δυσκοιλιότητας με φάρμακα που επηρεάζουν την κινητικότητα του εντέρου (μεμπεβερίνη), ενώ απαραίτητη είναι η ψυχική υποστήριξη του ασθενούς.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Από τους συχνότερους καρκίνους σε Ευρώπη και Η.Π.Α. Αποδίδεται σε κακή διατροφή ενώ υπάρχουν προκαρκινωμάτωσης καταστάσεις:

- α. Ελκώδης κολίτιδα με διάρκεια πέραν των 10 χρόνων που αφορά όλο το παχύ έντερο.

β. Πολύποδες εντέρου και μάλιστα αυτοί που έχουν οικογενή κατανομή (εμφανίζονται δηλαδή σε πολλά μέλη της ίδιας οικογένειας).

Κλινική εικόνα: Είναι ανάλογη με την εντόπιση της νόσου. Όταν εντοπίζεται στο δεξιό ήμισυ (τυφλό, ανιόν, δεξιό ήμισυ εγκαρσίου κόλου) υπάρχει αναιμία και απώλεια βάρους. Αντίθετα στο αριστερό ήμισυ προκαλεί συνήθως στενωτικά φαινόμενα (Εικόνα 23).



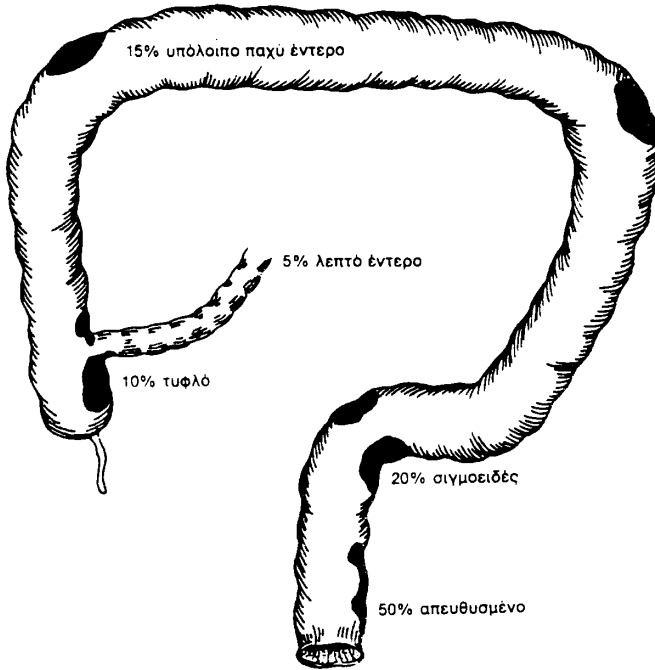
Εικόνα 23: Καρκίνος κατιόντος κόλου που προκαλεί στενωτικά φαινόμενα.

Στην αντικειμενική εξέταση είναι δυνατή η ανεύρεση του όγκου με την δακτυλική εξέταση γιατί στο 50% των περιπτώσεων εντοπίζεται στο ορθό (Εικόνα 24). Δυνατόν να υπάρχει και ψηλαφητή μάζα στην κοιλιά.

Η νόσος μεθίσταται πολύ συχνά στο ήπαρ οπότε δημιουργείται ανάλογη εικόνα (ηπατομεγαλία, ίκτερος κλπ.).

Διάγνωση: Με την δακτυλική εξέταση, τον βαριούχο υποκλυσμό και ενδοσκοπικές μεθόδους (ορθοσιγμοειδοσκόπηση - κολονοσκόπηση).

Θεραπεία: Χειρουργική επέμβαση σε αρχικά στάδια της νόσου για αφαίρεση του όγκου. Αλλιώς, χημειοθεραπεία. Οι ασθενείς με



Εικόνα 24: Εντόπιση του καρκίνου στο έντερο.

καρκίνο παχέος εντέρου έχουν γενικά καλή επιβίωση ιδίως σε πρώιμη διάγνωση.

ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ

Η εντερική απόφραξη είναι μία από τις κυριότερες αιτίες εμφανίσεως ειλεού (αποφρακτικός ειλεός). Ειλεός είναι η παθολογική κατάσταση κατά την οποία υπάρχει αδυναμία προωθήσεως του εντερικού περιεχομένου.

Αίτια εντερικής απόφραξεως:

- Βλάβη στο τοίχωμα του εντέρου (φλεγμονή, όγκος).
- Ύπαρξη στο έντερο ξένων σωμάτων.
- Πίεση εκ των έξω του εντέρου.

- Περίσφιξη εντέρου σε ύπαρξη κήλης.
- Συστροφή του εντέρου κλπ.

Το έντερο προσπαθεί με υπερκινητικότητα να ξεπεράσει το κώ-
λημα και αν αυτό δεν επιτευχθεί στο τέλος παραλύει.

Κλινική εικόνα: Υπάρχει κοιλιακό άλγος, μετεωρισμός, έμετοι
και αδυναμία αποβολής αερίων και κοπράνων.

Στην αντικειμενική εξέταση διαπιστώνεται η διάταση της κοι-
λιάς και στην ακρόαση η ύπαρξη ποικιλίας εντερικών ήχων.

Στην φάση της εντερικής παραλύσεως οι ήχοι του εντέρου έχουν
χαρακτηριστική μεταλλική απόχρωση (μεταλλικοί ήχοι).

Διάγνωση: Τίθεται από την κλινική εικόνα και την απλή ακτινο-
γραφία της κοιλίας σε όρθια θέση, όπου διαπιστώνεται η ύπαρξη
των χαρακτηριστικών υδραερικών επιπέδων.

Θεραπεία: Χειρουργική επέμβαση. Γίνεται όμως πρώτα καλή
ενυδάτωση του ασθενούς και χορήγηση ηλεκτρολυτών ενώ με ρι-
νογαστρικό καθετήρα απομακρύνονται τα υγρά που λιμνάζουν
στον αποφραγμένο εντερικό σωλήνα.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ είναι ο μεγαλύτερος αδένας του ανθρώπινου οργανι-
σμού. Παράγει την χολή, βασικά συστατικά της οποίας είναι η
χολερυθρίνη, χρωστική ουσία, αποτέλεσμα του μεταβολισμού της
αιμοσφαιρίνης και τα χολικά άλατα τα οποία είναι χρήσιμα για την
πέψη των λιπών και την απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών.

Στο σημείο αυτό περιγράφεται ο κύκλος του μεταβολισμού της
χολερυθρίνης δεδομένου ότι συχνά παθήσεις του ήπατος έχουν σαν
αποτέλεσμα αύξηση των επιπέδων της στο αίμα.

Η χολερυθρίνη παράγεται στα κύτταρα του δικτυοενδοθηλιακού
συστήματος σαν προϊόν του μεταβολισμού της αίμης της αιμοσφαι-
ρίνης. Από εκεί μεταφέρεται και κυκλοφορεί στο αίμα συνδεδεμένη
με λεύκωμα. Η μορφή αυτή είναι λιποδιαλυτή και δεν μπορεί να
αποβληθεί από τους νεφρούς στα ούρα (έμμεση χολερυθρίνη). Η
έμμεση χολερυθρίνη παραλαμβάνεται από το ήπαρ και με την επί-
δραση του ενζύμου γλυκουρονυλ-τρανσφεράση μετατρέπεται σε
γλυκουρονίδια. Η μορφή αυτή είναι υδατοδιαλυτή και μπορεί να
περάσει από τους νεφρούς προς τα ούρα (άμεση χολερυθρίνη). Με-

τά την παραγωγή της η άμεση χολερυθρίνη απεκκρίνεται προς το έντερο. Εκεί μετατρέπεται σε ουροχολινογόνο που αφ' ενός γίνεται κοπροχολίνη και απεκκρίνεται στα κόπρανα δίνοντάς τους μάλιστα και το φυσιολογικό τους χρώμα, αφ' ετέρου ένα μέρος του επαναροφάται στο αίμα. Ένα μέρος του ουροχολινογόνου του αίματος αποβάλλεται στα ούρα ενώ ένα άλλο επαναπρολαμβάνεται από το ήπαρ και απεκκρίνεται πάλι προς το έντερο (κύκλος του ουροχολινογόνου).

Η αύξηση των επιπέδων της χολερυθρίνης στο αίμα έχει σαν αποτέλεσμα την κίτρινη χρώση του δέρματος και των επιπεφυκώτων, κατάσταση που ονομάζεται ίκτερος.

Οι ίκτεροι αδρά διακρίνονται σε:

- α. **Αιμολυτικό ίκτερο:** Σε αιμόλυση υπάρχει υπερπαραγωγή χολερυθρίνης λόγω καταστροφής μεγάλης ποσότητας αιμοσφαιρίνης την οποία το ήπαρ δεν μπορεί να μεταβολίσει και να αποβάλει. Υπάρχει αύξηση της έμμεσης χολερυθρίνης στο αίμα.
- β. **Ηπατοκυτταρικό ίκτερο:** Υπάρχει βλάβη του ηπατοκυττάρου οπότε πάσχει και η πρόσληψη και ο μεταβολισμός και η αποβολή της χολερυθρίνης από το ήπαρ. Χαρακτηρίζεται από αύξηση συνήθως και των δύο μορφών χολερυθρίνης σε αναλογία που ποικίλλει ανάλογα με την φάση της νόσου.
- γ. **Αποφρακτικό ίκτερο:** Το ήπαρ αδυνατεί να αποβάλει την άμεση χολερυθρίνη στο έντερο λόγω ενδοηπατικής ή εξωηπατικής αποφράξεως των χοληφόρων, με αποτέλεσμα αυτή να παλινδρομεί στο αίμα και να αυξάνονται τα επίπεδά της. Δεδομένου δε ότι αυτή μπορεί να περάσει στα ούρα, αποβάλλεται από εκεί προκαλώντας χαρακτηριστικό χρωματισμό των ούρων σαν κοινιάκ.

Αντίθετα επειδή η χολερυθρίνη δεν αποβάλλεται στα κόπρανα δεν σχηματίζεται κοπροχολίνη και τα κόπρανα παραμένουν άχρωα (σαν στόκος).

ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Είναι φλεγμονώδης νόσος του ήπατος που οφείλεται κυρίως στους ιούς της ηπατίτιδας (Α, Β, μη-Α, μη-Β), αλλά και σε άλλους ιούς, όπως ο ιός Epstein-Barr, και ο κυτταρομεγαλοϊός. Άλλα αίτια είναι φάρμακα (π.χ. αντιφυματικά) και το οινόπνευμα.

ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Παρά την ύπαρξη και άλλων ιών που προκαλούν ηπατίτιδα, όταν αναφερόμαστε σε ιογενή ηπατίτιδα εννοούμε συνήθως αυτήν που οφείλεται στους ιούς της ηπατίτιδας Α, Β και μη-Α, μη-Β. Και στις τρεις περιπτώσεις υπάρχει περίπου ίδια κλινική εικόνα με την ηπατίτιδα Β να είναι ίσως λίγο πιο βαρεία.

Κλινικές μορφές:

Α. Ήπια ή ανικτερική μορφή. Όπως λέγει η ονομασία της ο ασθενής δεν εμφανίζει ίκτερο. Η συχνότητά της είναι άγνωστη, υπολογίζεται πάντως ότι πρέπει να είναι περίπου δεκαπλάσια της άλλης (ικτερικής) μορφής. Ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός ή έχει άτυπα γαστρεντερικά συμπτώματα ή συμπτώματα γρίπης. Στον εργαστηριακό έλεγχο όμως βρίσκονται υψηλές τιμές τρανσαμινασών απόδειξη της ηπατοκυτταρικής βλάβης. Τα άτομα αυτά αποτελούν αφ' ενός πηγή μεταδόσεως του ιού, αφ' ετέρου τον πληθυσμό που εμφανίζει κάποια στιγμή κίρρωση άγνωστης αιτιολογίας.

Β. Ικτερική μορφή: Προηγείται περίοδος κακοδιαθεσίας ημερών ή 2-3 εβδομάδων με ανορεξία, εμέτους, χαμηλό πυρετό. Ακολουθεί η εμφάνιση του ικτέρου που διαρκεί 1-4 εβδομάδες με ταυτόχρονο αποχρωματισμό των κοπράνων. Το ήπαρ είναι ευαίσθητο και διογκωμένο. Σε ομαλή πορεία της νόσου πλήρης κλινική και βιοχημική αποκατάσταση επέρχεται μετά 3-6 μήνες.

Εργαστ. έλεγχος: Υπάρχει αύξηση της χολερυθρίνης και των τρανσαμινασών (SGPT-SGOT). Σε μικρότερο βαθμό αυξάνονται και άλλα ηπατικά ένζυμα.

Εξέλιξη της νόσου: Η θνητότητα είναι πολύ χαμηλή για την ηπατίτιδα Α (0,1-0,2%) και σαφώς μεγαλύτερη για την Β (1-5%) και την μη-Α, μη-Β (1-3%). Ο θάνατος επέρχεται με ηπατίτιδα κεραυνοβόλου μορφής στην οποία το ήπαρ του ασθενούς καταστρέφεται ταχύτατα και ο ασθενής πεθαίνει από τις εκδηλώσεις της ηπατικής ανεπάρκειας. Εξάλλου η ηπατίτιδα Α ουδέποτε εξελίσσεται προς χρόνια ηπατίτιδα ή κίρρωση, σ' αντίθεση με τις άλλες δύο, που σε ποσοστό περίπου 10% μεταπίπτουν σε χρόνια μορφή. Ειδική ομάδα ασθενών με χρόνια λοίμωξη από ιό ηπατίτιδας Β αποτελούν οι λεγόμενοι «υγιείς» φορείς του ιού Β. Φαίνεται ότι στηνπραγματικότητα τα άτομα αυτά πάσχουν τελικά από χαμηλού βαθμού χρόνια

ηπατίτιδα, τελείως διαφορετική βέβαια από την σοβαρής μορφής χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, που καταλήγει σε κίρρωση.

Θεραπεία: Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία. Συνιστάται ανάπαυση και ελαφρά άλιπη διαίτα. Κανένα φάρμακο δεν βρέθηκε να είναι χρήσιμο στην οξεία ηπατίτιδα.

ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΙΩΝ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

1. Ιός ηπατίτιδας Α: Μεταδίδεται με την κατανάλωση μολυσμένων τροφίμων και νερού. Ο χρόνος επώασης είναι 15-49 ημέρες. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζονται τα θαλασσινά που ψαρεύονται κοντά σε βόθρους ή υπονόμους. Σε έκθεση στον ιό χορηγείται προφυλακτικά με καλά αποτελέσματα ορός με άνοση γ-σφαιρίνη. Δεν υπάρχει εμβόλιο.

Η νόσηση από ιό Α είναι πολύ συχνή στην Ελλάδα, είναι συνήθως ελαφρά και δεν μεταπίπτει σε χρονιότητα.

2. Ιός ηπατίτιδας Β: Η μετάδοση γίνεται κυρίως παρεντερικά με το αίμα ή τον ορό αίματος ασθενούς ή φορέα. Ο ιός υπάρχει και σε άλλα βιολογικά υγρά (σπέρμα, σπέρμα), γι' αυτό η μετάδοση είναι δυνατή και με σεξουαλική επαφή και με πολύ στενή επαφή με ασθενή ή φορέα (κοινή χρήση μαγειρικών σκευών, πηρουιτών, κουταλιών, οδοντόβουρτσας κλπ.). Στην Ελλάδα υπάρχει σημαντικό ποσοστό φορέων (ίσως μεγαλύτερο από 5-6%).

Ο χρόνος επώασης της ηπατίτιδας Β είναι 25-160 ημέρες. Η λοίμωξη από το ιό Β είναι σοβαρή αφ' ενός λόγω του κινδύνου της χρονιότητας - κίρρωσης, αφ' ετέρου γιατί ο ιός ενοχοποιείται για την εμφάνιση του καρκίνου του ήπατος. Προφυλακτικά υπάρχει αποτελεσματικό εμβόλιο που συνιστάται σε εργαζόμενους στα νοσοκομεία (ιατροί, νοσηλεύτες). Συνιστάται επίσης η χρήση γαντιών όταν πρόκειται να υπάρξει επαφή με βιολογικά υγρά ασθενών. Επί εκθέσεως στον ιό (π.χ. τρύπημα βελόνας) χορηγείται ειδική υπεράνοση γ-σφαιρίνη.

3. Ιοί ηπατίτιδας μη-Α, μη-Β. Στην πραγματικότητα είναι ομάδα ιών. Απ' αυτούς έχει ήδη ταυτοποιηθεί ο ιός C και αναμένονται να ταυτοποιηθούν και άλλοι. Οι ιοί αυτοί μεταδίδονται κατά κανόνα παρεντερικά (μετάγγιση) αλλά και από το στόμα. Δεν υπάρχει προς

το παρόν τρόπος προφυλάξεως (εμβόλιο ή ορός). Περίπου 10% των ασθενών μεταπίπτει σε χρονιότητα - κίρρωση ήπατος.

ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Είναι φλεγμονή του ήπατος αποτέλεσμα της καταχρήσεως οινοπνεύματος. Η βλαπτική επίδραση του οινοπνεύματος στο ήπαρ εκδηλώνεται σαν λιπώδες ήπαρ, αλκοολική ηπατίτιδα ή αλκοολική κίρρωση.

Η αλκοολική ηπατίτιδα εμφανίζεται συνήθως μετά από χρόνια υπερβολικής καταναλώσεως οινοπνεύματος. Σε στατιστικές φάνηκε, ότι οι πλείστοι ασθενείς με αλκοολική ηπατίτιδα έπιναν για τουλάχιστον πέντε χρόνια πάνω από 120 gr οινοπνεύματος ημερησίως. Η νόσος είναι δυνητικά αναστρέψιμη αλλά εξελίσσεται και σε κίρρωση.

Κλινική εικόνα: Η αλκοολική ηπατίτιδα εμφανίζεται συχνά με οξεία μορφή με πυρετό, ίκτερο, κοιλιακό πόνο, ναυτία, εμέτους και διάρροια. Το ήπαρ είναι διογκωμένο και επώδυνο ενώ είναι δυνατόν να υπάρχει ασκίτης ή και ηπατική εγκεφαλοπάθεια με κώμα και τελική κατάληξη τον θάνατο. Η θνητότητα της βαρειάς μορφής με την ηπατική εγκεφαλοπάθεια είναι 50%.

Υπάρχει πάντως και ελαφρά μέχρι και ασυμπτωματική μορφή στην οποία η διάγνωση τίθεται μόνο με την βιοψία του ήπατος.

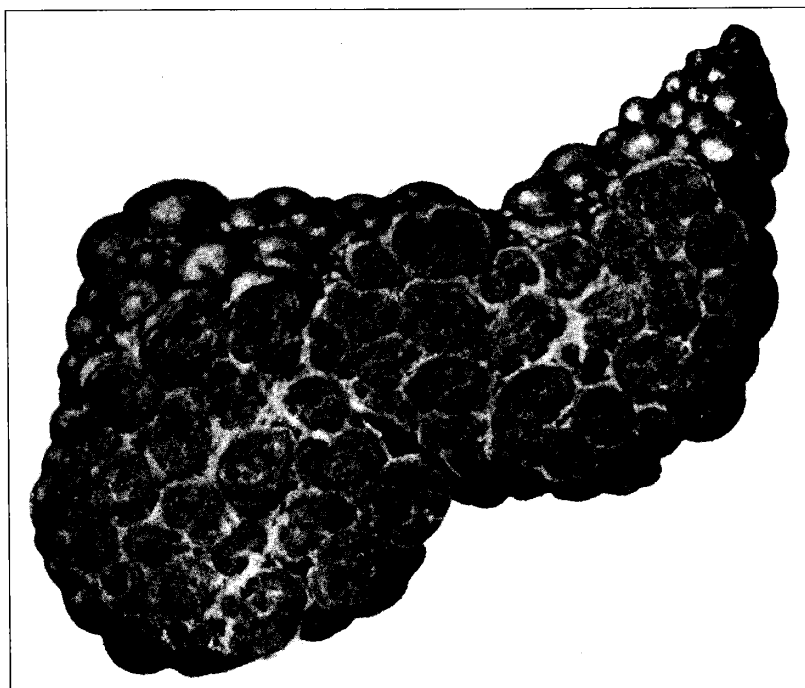
Διάγνωση: Είναι πολλές φορές δύσκολη, γιατί τα έντονα κοιλιακά ενοχλήματα και ο πυρετός μπορεί να οδηγήσουν σε λάθος διάγνωση για ύπαρξη χειρουργικής παθήσεως. Έτσι ασθενείς με αλκοολική ηπατίτιδα έχουν χειρουργηθεί από λανθασμένη διάγνωση. Σημαντική είναι η βοήθεια του ιστορικού όπου αναφέρεται η χρόνια κατάχρηση οινοπνεύματος.

Θεραπεία: Πλήρης αποχή από το οινόπνευμα. Δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες και βιταμίνες και ειδικά σε φυλλικό οξύ. Τέλος έχει αναφερθεί ευνοϊκή επίδραση των κορτικοειδών σε μερικές περιπτώσεις.

ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Είναι διάχυτη βλάβη του ήπατος με ηπατική νέκρωση και εμφά-

νιση αναγεννητικών οξιδίων και ανάπτυξη συνδετικού ιστού. Σαν αποτέλεσμα υπάρχει πλήρης αρχιτεκτονική αποδιοργάνωση του οργάνου (Εικόνα 25).



Εικόνα 25: Κιρρωτικό ήπαρ.

Συνηθέστερα αίτια:

1. Ιογενής ηπατίτιδα (ιοί Β και μη-Α, μη-Β).
2. Αλκοολισμός.
3. Μεταβολικές διαταραχές (αιμοχρωμάτωση, νόσος του Wilson).
4. Απόφραξη των χοληφόρων.
5. Διάφορες τοξίνες και φάρμακα.
6. Απόφραξη των ηπατικών φλεβών.

Κλινική εικόνα: Οφείλεται τόσο στην ηπατική ανεπάρκεια, όσο και στην πυλαία υπέρταση που δημιουργείται λόγω αποφράξεως της φλέβας αυτής στο ήπαρ (Εικόνα 26)

- Χαρακτηριστική εμφάνιση των παλαμών με ερυθρότητα και ατροφία των μυών τους (ηπατικές παλάμες).
- Πτώση τριχών, διόγκωση των μαστών στους άνδρες (γυναικομαστία), ελάττωση της σεξουαλικής δραστηριότητας, αμηνόρροια.
- Αιμορραγικές εκδηλώσεις.
- Αναιμία.
- Ασκίτης.
- Νευρολογικές εκδηλώσεις (ηπατική εγκεφαλοπάθεια).

B. Πυλαία υπέρταση:

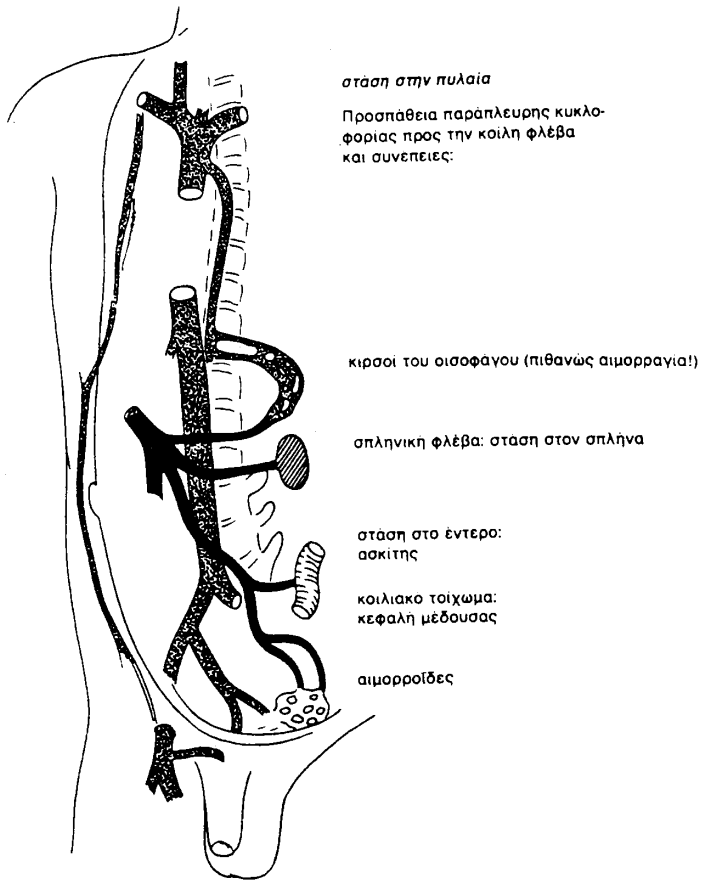
Η πυλαία φλέβα δημιουργείται από την ένωση της άνω μεσεντερίου με την σπληνική φλέβα. Σε απόφραξη της πυλαίας αυξάνεται η πίεσή της και δημιουργείται η λεγόμενη πυλαία υπέρταση. Το αίμα προσπαθεί να προχωρήσει προς την συστηματική κυκλοφορία μέσω αναστομώνσεων (παράπλευρης κυκλοφορίας). Αυτές δημιουργούνται:

- Στον θόλο του στομάχου και τον οισοφάγο με αποτέλεσμα την δημιουργία διευρυσμένων φλεβών (κίρσοι οισοφάγου). Η ύπαρξη των κίρσων περικλείει σοβαρούς κινδύνους για εμφάνιση αιμορραγίας (κίρσοραγία).
- Στις αιμορροϊδικές φλέβες.
- Γύρω από τον ομφαλό όπου δημιουργούνται πάλι διευρυσμένες φλέβες που φαίνονται να ξεκινούν απ' αυτόν (κεφαλή Μέδουσας).
- Η αύξηση πίεσεως στην σπληνική φλέβα έχει σαν αποτέλεσμα σπληνομεγαλία από παθητική διόγκωση του οργάνου.
- Τέλος η πυλαία υπέρταση αποτελεί σοβαρό προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση ασκίτη (Εικόνα 27).

Η κίρρωση του ήπατος αποτελεί την πιο συχνή αιτία πυλαίας υπερτάσεως. Η αρχιτεκτονική αποδιοργάνωση του ήπατος προκαλεί παρεμπόδιση της ροής του αίματος από την πυλαία προς την συστηματική κυκλοφορία.

Εργαστηριακές εξετάσεις: Στην κίρρωση υπάρχουν συνήθως:

- Αναιμία.
- Αύξηση της χολερυθρίνης.
- Αύξηση των ηπατικών ενζύμων.



Εικόνα 27: Πυλαία υπέρταση με τα επακόλουθα της.

- Ελάττωση των λευκωματινών (αλβουμινών) και αύξηση των σφαιρινών.
- Το σπινθηρογράφημα του ήπατος που γίνεται με χορήγηση ραδιενεργού ουσίας είναι χαρακτηριστικό, ενώ η βιοψία είναι συχνά απαραίτητη τόσο για την διάγνωση όσο και για την εξακρίβωση της αιτιολογίας της νόσου.

Θεραπεία: Σε αρχικά στάδια απαγορεύεται απλά το οινόπνευμα και περιορίζεται το αλάτι στην διαίτα.

Όταν εμφανισθεί ασκίτης:

- Απαγορεύεται αυστηρά το αλάτι.

- Χορηγούνται διουρητικά.
- Γίνονται διάφορες εγχειρήσεις για την αποσυμφόρηση της πυλαίας.

Τέλος αντιμετωπίζονται ανάλογα οι επιπλοκές οι οποίες είναι κυρίως δύο: η αιμορραγία (κίρσορραγία) και η ηπατική εγκεφαλοπάθεια - ηπατικό κώμα.

Κίρσορραγία: Είναι βαρεία αιμορραγία από ρήξη κίρσων οισοφάγου που εμφανίζεται σαν αιματέμεση. Για την αντιμετώπισή της χρησιμοποιείται ειδικός καθετήρας - σωλήνας που φουσκώνει και πιέζει τις φλέβες για να σταματήσει η αιμορραγία. Άλλη μορφή θεραπείας είναι η σκληροθεραπεία, ένεση δηλαδή ουσιών τοπικά που σκληραίνουν τις φλέβες και δυσκολεύουν την εμφάνιση αιμορραγίας. Τέλος δυνατόν να γίνει και επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση.

Ηπατική εγκεφαλοπάθεια: Η ύπαρξη δρόμων διαφυγής του αίματος της πυλαίας προς την κυκλοφορία χωρίς δίοδο από το ήπαρ, έχει σαν αποτέλεσμα την διαφυγή και κυκλοφορία τελικά, τοξικών ουσιών που απορροφήθηκαν από το έντερο και δεν αδρανολοιήθηκαν στο ήπαρ. Οι ουσίες αυτές επιδρούν βλαπτικά στον εγκέφαλο. Οι εκδηλώσεις της εγκεφαλοπάθειας περιλαμβάνουν από διαταραχή της συμπεριφοράς και του ύπνου, μέχρι συγχυτικοδιεγερτική κατάσταση και τέλος κώμα.

Παράγοντες που ευνοούν την εμφάνισή της είναι κατάχρηση διουρητικών για τον ασκίτη, λοιμώξεις, αιμορραγία στο πεπτικό, χρήση υπνωτικών ή ναρκωτικών. Για την πρόληψη ή θεραπεία της εγκεφαλοπάθειας λαμβάνονται υπ' όψιν οι προδιαθεσικοί παράγοντες. Γίνεται επίσης περικοπή στην πρωτεΐνη της τροφής και λαμβάνεται φροντίδα για την τακτική κένωση του εντέρου. Χρήσιμο φάρμακο είναι η λακτουλόζη που αφ' ενός δρα υπακτικά αφ' ετέρου επιφέρει αλλαγή στο ΡΗ του εντέρου κάτι που έχει ευεγερτική επίδραση στην μη απορρόφηση τοξικών ουσιών. Το φάρμακο μπορεί να χορηγηθεί και με υποκλυσμό. Τέλος γίνεται προσπάθεια καταστροφής της εντερικής χλωρίδας για την παρεμπόδιση δημιουργίας τοξικών ουσιών.

ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Είναι φλεγμονή της χοληδόχου κύστεως. Στο 90% των περιπτώ-

σεων υπάρχει χολολιθίαση. Είναι συχνή νόσος.

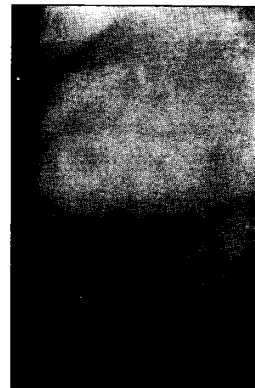
Κλινική εικόνα: Υπάρχει πόνος στο δεξιό υποχόνδριο με αντανάκλαση στην ράχη και τον δεξιό ώμο. Συνυπάρχει ναυτία, έμετος και πυρετός. Ίκτερος δεν εμφανίζεται παρά μόνο αν υπάρχει απόφραξη του χοληδόχου πόρου.

Εργαστηριακά ευρήματα: Παρατηρείται λευκοκυττάρωση και αύξηση των ηπατικών ενζύμων. Στο υπερηχογράφημα των χοληφόρων διαπιστώνεται η ύπαρξη χολολιθιάσεως και φλεγμονής των τοιχωμάτων της χοληδόχου κύστεως.

Θεραπεία: Αποφυγή τροφής, χορήγηση υγρών και αντιβιοτικών. Σε βαριές καταστάσεις γίνεται επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση, αλλιώς ή εγχείρηση γίνεται συνήθως σε φάση ηρεμίας του ασθενούς.

ΧΡΟΝΙΑ ΛΙΘΙΑΣΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Η ύπαρξη χολολιθιάσεως είναι συνήθως ασυμπτωματική. Μόνο 30% των ασθενών έχουν συμπτώματα. Από αυτούς μερικοί έχουν κατά καιρούς κρίσεις οξείας χολοκυστίτιδας. Άλλοι έχουν χρόνια δυσπεπτικά ενοχλήματα και συγκεκριμένα βάρος στο επιγάστριο, δυσανεξία στις λιπαρές τροφές και μετεωρισμό που ανακουφίζεται με ερυγές ή εμέτους. Η διάγνωση γίνεται με την χολοκυστογραφία ή την ενδοφλέβια χολαγγειογραφία (Εικόνα 28). Εξέταση εκλογής πάντως για τα χοληφόρα είναι σήμερα το υπερηχογράφημα.



Εικόνα 28: Χολοκυστογραφία με πολλαπλούς χολόλιθους.

Θεραπεία: Επί συμπτωμάτων γίνεται χειρουργική επέμβαση. Υπάρχει όμως ασυμφωνία ως προς την αντιμετώπιση της ασυμπτωματικής χολολιθιάσεως. Άλλοι συνιστούν εγχείρηση για την αποφυγή μελλοντικών κινδύνων και άλλοι όχι.

ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

Είναι βαρεία φλεγμονή του παγκρέατος με οίδημα ή και νέκρωση - αιμορραγία του οργάνου.

Στην παθογένεια της νόσου ενοχοποιείται η ενεργοποίηση των ενζύμων του παγκρέατος που έχει σαν αποτέλεσμα την αυτοκαταστροφή του οργάνου.

Αίτια: Τα συνηθέστερα είναι η χολολιθίαση και η κατάχρηση οινοπνεύματος ενώ σε σημαντικό ποσοστό ασθενών (40%) δεν βρίσκεται αιτία.

Κλινική εικόνα: Ο ασθενής εμφανίζει έντονο άλγος στο επιγάστριο που επεκτείνεται κυκλικά μέχρι την μέση σαν ζώνη. Το άλγος εμφανίζεται μετά από πλούσιο γεύμα ή κατάχρηση οινοπνεύματος. Συνυπάρχουν έμετοι, πυρετός, δυνατόν και πτώση της πίεσεως. Προοδευτικά η κοιλιά παίρνει την εικόνα παραλύσεως του εντέρου (παραλυτικός ειλεός) με εξαφάνιση των εντερικών ήχων. Σε 10% των περιπτώσεων υπάρχει πλευρίτιδα αριστερά.

Εργαστηριακός έλεγχος: Χαρακτηριστική είναι η αύξηση στο αίμα και στα ούρα του ασθενούς, του ενζύμου αμυλάση ενώ δυνατόν να υπάρχει και λευκοκυττάρωση, αύξηση του σακχάρου του αίματος και πτώση του ασβεστίου.

Επιπλοκές: Είναι η πλευρίτιδα, το κοιλιακό απόστημα, το απόστημα του παγκρέατος ή η δημιουργία κύστεως σ' αυτό (ψευδοκύστη παγκρέατος). Σοβαρότατη επιπλοκή είναι η οξεία νεφρική ανεπάρκεια.

Διάγνωση: Συχνά συγχέεται με άλλες νόσους όπως η χολοκυστίτιδα, η διάτρηση του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους, το έμφραγμα μυοκαρδίου κ.ά.

Πρόγνωση: Είναι βαρεία ασθένεια με θνητότητα περίπου 10%.

Θεραπεία: Χορήγηση παυσίπων, υγρών, ηλεκτρολυτών, τοπο-

θέτηση ρινογαστρικού σωλήνα που αποτελεί την ουσιαστικότερη θεραπευτική ενέργεια. Διάφορα άλλα φάρμακα που χορηγούνται είναι αμφίβολης αξίας.

Σε βαρείες περιπτώσεις και ιδίως σε επιπλοκές γίνεται χειρουργική επέμβαση.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Σπάνιος σχετικά όγκος που εμφανίζεται συνήθως σε άνδρες και μάλιστα μετά τα 50 χρόνια.

Η εντόπισή του είναι κυρίως στην κεφαλή (70%) και λιγότερο στο σώμα ή στην ουρά του παγκρέατος.

Κλινική εικόνα: Η συμπτωματολογία της νόσου είναι άτυπη. Αυτό σε συνδυασμό με την ανατομική θέση του παγκρέατος που το καθιστά απρόσιτο κατά την αντικειμενική εξέταση, έχει σαν αποτέλεσμα η νόσος να διαγιγνώσκεται όψιμα όταν πλέον έχει προχωρήσει σημαντικά. Από τα πιο συνήθη συμπτώματα είναι ο πόνος στο επιγάστριο με αντανάκλαση προς την ράχη. Είναι συνήθως εντονώτερος κατά την κατάκλιση και ανακουφίζεται με το κάθισμα και την κλίση του σώματος προς τα εμπρός. Άλλα συμπτώματα είναι η απώλεια βάρους με συνοδό αποστροφή προς το φαγητό, ενώ συχνός είναι ο ίκτερος από πίεση του χοληδόχου πόρου (αποφρακτικός). Τέλος δυνατόν να υπάρχει σακχαρώδης διαβήτης από αδυναμία του παγκρέατος να εκκρίνει ινσουλίνη.

Η διάγνωση, όπως προαναφέρθηκε, συνήθως τίθεται όψιμα όταν ο ασθενής έχει ήδη μεταστάσεις σε αδένες, ήπαρ, πνεύμονα, περιτόναιο κ.λ.π. Για τον λόγο αυτό ο καρκίνος του παγκρέατος έχει πολύ κακή πρόγνωση. Σημαντική βοήθεια στην διάγνωση παρέχει σήμερα η αξονική τομογραφία της κοιλιάς.

Θεραπεία: Επιχειρούνται ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις συνήθως όμως χωρίς καλά αποτελέσματα. Όπως σε όλους τους καρκίνους σημαντική είναι η πρώιμη διάγνωση.