

Αιμορραγίες Ανωτέρου Πεπτικού: Διάγνωση-Χειρουργική Αντιμετώπιση



Written by Παπασταματίου Μιλτιάδης, Νικολόπουλος Δημήτριος

Κυριακή, 24 Ιανουάριος 2010

There are no translations available

Παπασταματίου Μιλτιάδης, MD, PhD,¹ Νικολόπουλος Δημήτριος MD²

¹ Διευθυντής Β' Χειρουργικής Κλινικής 7ου Νοσοκομείου ΙΚΑ, Σύμβουλος Χειρουργός "Ωνασειου" Καρδ/κου Κέντρου, Ταμίας Δ.Σ. [Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας](#)

² Ιατρός Δ' Ορθοπαιδικής Κλινικής Ασκληπείου Βούλας, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής, Γ.Ν. Λαϊκό

Το συγκεκριμένο θέμα παρουσιάστηκε ως ανακοίνωση στο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ 2009, ΗΜΕΡΙΔΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ, "Hilton" 09/05/2009

Οι αιμορραγίες του ανώτερου πεπτικού σωλήνα είναι ένα συχνό, δύσκολο και επικίνδυνο στην επίλυσή του πρόβλημα στην καθημερινή κλινική πράξη, παραμένοντας ακόμη και σήμερα πρόκληση για τον χειρουργό, παρά την συμβολή και τα επιτεύγματα της ενδοσκοπικής στην επίλυσή του.

Πρόκληση λοιπόν παραμένει ιδίως σ' εκείνον τον χειρουργό, που εφημερεύει 24ωρη εφημερία σε μικρότερους Νοσοκομειακούς σχηματισμούς και δεν έχει άμεσα κάλυψη: αιμοδοσίας, εφημερεύοντος ενδοσκοπικού και ίσως ακτινοεπεμβατικού τμήματος.

Βέβαια στην Ιατρική του 21ου αιώνα η γνώση δεν εφαρμόζεται με βάση τις προσωπικές αντιλήψεις και απόψεις του οποιουδήποτε αλλά με βάση τις οδηγίες των επιστημονικών εταιρειών και τα consensus των Συνεδρίων.

Ο σκοπός της παρούσας εισηγήσεως, δεν είναι να μεταλαμπαδεύσει σοφία προς επίλυση του προβλήματος αυτού, μια και τα συγκεκριμένα δεδομένα της διάγνωσης και της χειρουργικής αντιμετώπισης των αιμορραγιών του ανώτερου πεπτικού, ουσιαστικά δεν έχουν τροποποιηθεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες, αν εξαιρέσουμε βέβαια τον τρόπο επιλογής προσπέλασης του χειρουργικού πεδίου με την κλασική ή την λαπαροσκοπική χειρουργική.

Οι αιμορραγίες του ανώτερου πεπτικού (ΑΑΠ) αντιστοιχούν στο 90% περίπου του συνόλου των αιμορραγιών ολόκληρου του πεπτικού συστήματος. Αποτελούν σχετικά συχνή αιτία εισαγωγών στο Νοσοκομείο σε ποσοστό (1-2%) και έχει αποδειχθεί ότι (75-85%) από αυτούς τους ασθενείς, ελέγχονται κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους, χωρίς χειρουργικούς χειρισμούς.

Η θνητότητα βρίσκεται κοντά στο 10%.

Τα συνήθη αίτια εισαγωγών είναι καλοήθειες παθήσεις ποσοστό 60% - όπως φαίνεται στη διαφάνεια-, τα νεοπλάσματα σε ποσοστό 15% και στο υπόλοιπο 25% συμπεριλαμβάνονται όλες οι λοιπές νοσολογικές οντότητες.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ**Αίτια αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό σύστημα.****Συνήθη Αίτια**

Έλκος δωδεκαδακτύλου (25%)
 Αιμορραγική γαστρίτιδα με
 οξεία έλκη (20%)
 Έλκος στομάχου (15%)
 Νεοπλάσματα (15%)
 Κίρσοι οισοφάγου (14%)
 Οισοφαγίτιδα (6%)
 Mallory-Weiss (5%)

Σπανιότερα Αίτια

Αγγειεκτασίες
 Έλκη Οισοφάγου
 Δωδεκαδακτυλίτιδα
 Διαβρώσεις Dieulafoy
 Αιμοχολία
 Παθήσεις του συνδετικού ιστού
 Αορτο-εντερικό συρίγγιο

Τα συμπτώματα που θα οδηγήσουν στη διάγνωση ποικίλουν ανάλογα με την βαρύτητα, συνεπώς και με την ταχύτητα έλευσης της αιμορραγίας.

Με τα υπάρχοντα στατιστικά στοιχεία μπορούμε να ισχυριστούμε ότι οι αιμορραγίες του ανώτερου πεπτικού, αποτελούν κυρίως νόσημα των ηλικιωμένων ατόμων.

Από οικονομοτεχνικής απόψεως υπολογίζεται ότι το μέσο κόστος νοσηλείας των ασθενών αυτών στην Αμερική, ξεπερνά τα \$5,000 ανά εισαγωγή.

Η μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών αυτών κυμαίνεται από 4 έως 7 ημέρες. Στο χρονικό αυτό διάστημα εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή θα απαιτηθεί μετάγγιση στην πλειοψηφία αυτών.

Στο 2-10% των περιπτώσεων θα χρειαστεί επείγουσα χειρουργική επέμβαση.

Η θνησιμότητα για ασθενείς που αιμορράγησαν μετά από νοσηλεία για κάποια άλλη αιτία ανέρχεται στο 20-30%. Όπως π.χ εμφανιζόμενες ως επιπλοκές, μετά από μείζονες καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις αποτελέσματα των οποίων έχουμε παρουσιάσει από το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο στα δύο τελευταία Πανελλήνια Χειρουργικά Συνέδρια.

Η κλινική διάγνωση της ΑΑΠ βασίζεται στο ιστορικό και την κλινική εξέταση. Από το ιστορικό μπορεί να προκύψουν σημαντικότερες πληροφορίες **οι οποίες όχι μόνο κατευθύνουν τη διάγνωση αλλά καθορίζουν και το είδος της θεραπείας.**

Ενδεικτικά, από το ιστορικό μπορεί να διαπιστωθεί ότι ο ασθενής είναι κίρρωτικός, ότι ελάμβανε ΜΣΑΦ, η αντιπηκτικά, να αναφερθούν προηγηθείσες χειρουργικές επεμβάσεις που πιθανόν να αποτελούν την αιτία, να διαπιστωθεί ιστορικό έλκους ή προηγούμενης αιμορραγίας, να διαπιστωθεί κάποιο αίτιο αιμοχολίας και άλλα.

Η κλινική εξέταση του ασθενή επιβάλλεται πάντα να είναι ενδελεχής κατά συστήματα γιατί μπορεί να αποκαλυφθούν είτε συστηματικά νοσήματα, είτε να εντοπιστεί η θέση της βλάβης.

Η εκτίμηση των χαρακτήρων της αιμορραγίας, δηλαδή του χρώματος, της σύστασης, και της ποσότητας, έχει ιδιαίτερη σημασία.

Η ΑΑΠ μπορεί να παρουσιαστεί σαν αιματέμεση σε ποσοστό (25%), μέλαινα κένωση στο ίδιο ποσοστό, για την εμφάνιση της οποίας απαιτείται απώλεια 50-100cc αίματος στα κόπρανα, αιματοχεσία (15%), που παρατηρείται σε μαζικές αιμορραγίες.

Ανάλογα με το πως εμφανίζεται η αιμορραγία προκύπτουν σημαντικές πληροφορίες όσον αφορά την εστία της, το ρυθμό της αιμορραγίας αλλά και το εάν είναι πρόσφατη ή όχι.

Η ΑΑΠ μπορεί επίσης να εκδηλωθεί και σαν αναιμία ή εύκολη κόπωση (σε χρόνια λανθάνουσα μικροσκοπική αιμορραγία), σαν ορθοστατική υπόταση με ταχυκαρδία (όταν η απώλεια αίματος είναι μεγαλύτερη από 500ml), ή σαν ολιγαιμική καταπληξία (shock) σε μαζική απώλεια αίματος (>1500 ml ή 30% του συνολικού όγκου αίματος). Οι εκδηλώσεις αυτές εξαρτώνται από την ποσότητα και το ρυθμό της αιμορραγίας.

Άλλα σπανιότερα σημεία και συμπτώματα μιας ΑΑΠ είναι η δυσπεψία (18%), η επιγαστραλγία (41%), η θωρακαλγία (21%), το διάχυτο κοιλιακό άλγος (10%), η δυσφαγία (5%), η απώλεια βάρους (12%) και ο ίκτερος (5.2%).

Ποιοι είναι όμως οι παράγοντες κινδύνου-υποτροπής της νόσου:

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ **Παράγοντες κινδύνου**

1. Προχωρημένη Ηλικία
2. Shock κατά την εισαγωγή (σφύξεις > 100 /min; ΣΑΠ < 100 mm Hg)
3. Άλλες παθήσεις (ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια και διάχυτος καρκίνος)
4. Διάγνωση (χειρότερη πρόγνωση για προχωρημένο γαστρικό καρκίνο)
5. Ενδοσκοπικά ευρήματα (ενεργός, διάχυτη αιμορραγία από πεπτικό έλκος, μη αιμορραγούν ορατό αγγείο, μεγάλοι κίρσοι)
6. Υποτροπή αιμορραγίας (αυξάνει την θνητότητα X 10)

Στην παραπάνω εικόνα φαίνεται ένα απλουστευμένο σύστημα εκτίμησης της πιθανότητας υποτροπής της αιμορραγίας και της θνησιμότητας με βάση ενδοσκοπικά και κλινικά ευρήματα όπως παράγοντες που συμπεριλαμβάνουν την ηλικία, την καταπληξία, τα συνοδά νοσήματα, τα διαγνωστικά ευρήματα και τα σημεία πρόσφατης αιμορραγίας.

Οι στόχοι κατά προτεραιότητα στην αντιμετώπιση των ΑΑΠ ΕΙΝΑΙ:

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Διάγνωση-Αντιμετώπιση

Στόχος 1: Πρωτογενής εκτίμηση του ασθενούς, **Δ/ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Ιστορικό και φυσική εξέταση
Χαρακτηριστικά της αιμορραγίας
Συνοδά συμπτώματα
Φάρμακα
Εργαστηριακά

Στόχος 2: Ανάταξη ασθενούς

Στόχος 3: Διάγνωση της εστίας της αιμορραγίας

Στόχος 4: Ειδική θεραπεία (πχ θεραπευτική ενδοσκοπηση η εμβολισμός)

και εάν αυτά τα μέτρα αποτύχουν τότε θα χρειαστεί ενδεχομένως χειρουργική αντιμετώπιση προς επίλυση του προβλήματος.

Απεικονιστικές Εξετάσεις

Όσον αφορά τη συμβολή των απεικονιστικών εξετάσεων παρότι η αξία της απλής ακτινογραφίας θώρακα και κοιλίας είναι περιορισμένη, ο **ακτινολογικός έλεγχος του ανώτερου πεπτικού με βάριο** μπορεί να δώσει χρήσιμες πληροφορίες για διάφορες συχνές παθήσεις και καταστάσεις που σχετίζονται με ΑΑΠ. **Από τις υπόλοιπες εξετάσεις το υπερηχογράφημα άνω κοιλίας δε φαίνεται να έχει ιδιαίτερη αξία, ενώ η αξονική και μαγνητική τομογραφία έχουν περιορισμένη διαγνωστική αξία και δε συνίστανται στα πλαίσια του συνήθους διαγνωστικού απεικονιστικού ελέγχου.**

Η εκλεκτική αγγειογραφία του κοιλιακού άξονα ή της μεσεντέριας αρτηρίας συνήθως πραγματοποιείται μετά από θετικό σπινθηρογράφημα. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα της μεθόδου είναι οι θεραπευτικές δυνατότητες που προσφέρει, όπως η εκλεκτική έγχυση βαζοπρεσσίνης και ο εμβολισμός του αιμορραγούντος αγγείου με επιτυχία μέχρι και 80%, όμως με υψηλό ποσοστό υποτροπής.

Οι εξετάσεις αυτές παρότι χρήσιμες τόσο διαγνωστικά όσο και θεραπευτικά δεν έχουν τύχει ευρείας αποδοχής διότι απαιτούν εξειδικευμένο προσωπικό, ειδικό εξοπλισμό και οργάνωση, είναι δύσχρηστες, και έχουν σχετικά υψηλό κόστος.

Η χειρουργική των τελευταίων ετών ως προς τη δομή και τα εγχειρητικά πρωτόκολλα, αν εξαιρέσουμε βέβαια τον λαπαροσκοπικό τρόπο προσπέλασης δεν έχει τροποποιηθεί.

Ποιες είναι οι ενδείξεις της χειρουργικής θεραπείας για το πεπτικό έλκος και ποιοί θεωρούνται υποψήφιοι για χειρουργείο;

- Ενεργός αιμορραγία μετά από αποτυχία της ενδοσκοπικής αιμόστασης
- Μεγάλη αιμορραγία που δεν επιτρέπει αποτελεσματική ενδοσκοπηση και αιμόσταση
- Συνεχής αιμορραγία παρά την ενδοσκοπική αιμόσταση
- Υποτροπή της αιμορραγίας παρά την επιτυχή αρχική ενδοσκοπική αιμόσταση

Υποψήφιοι για χειρουργείο:

- Ασθενείς χαμηλού κινδύνου μετά από 2 αποτυχημένες προσπάθειες ενδοσκοπικής θεραπείας.
- Ασθενείς υψηλού κινδύνου μετά από μια αποτυχημένη προσπάθεια ενδοσκοπικής θεραπείας.
- Μετάγγιση περισσότερων από 6 μονάδες ερυθρών μέσα σε 24 ώρες.

Ποια είναι η επιλογή χειρουργικής επέμβασης για έλκος του στομάχου;

Πρωταρχικός στόχος είναι η αιμόσταση με σκοπό την αιμοδυναμική σταθεροποίηση του ασθενή.

Μπορεί να πραγματοποιηθεί με:

(Α) Γαστροτομή και απολίνωση του αιμορραγούντος αγγείου + βιοψία οποσδήποτε!

ανάλογα με την εντόπιση και τις τοπικές συνθήκες:

- 1) Ευρεία γαστρεκτομή + Εκτομή έλκους σε κεντρικά και υψηλά εντοπιζόμενα έλκη
- 2) Αντρεκτομή + Βαγοτομή + παροχτευτική Bill I η Bill II για περιφερικά.

Αντι-εκκριτική επέμβαση είναι δευτερεύουσα στη φάση του επείγοντος, αλλά είναι σημαντική όταν γενικά οι συνθήκες επιτρέπουν να πραγματοποιηθεί.

Στελ. Βαγοτομή και πυλωροπλαστική η ΓΕΑ + εκτομή του έλκους

- Όμως πρέπει να έχουμε υπ' όψη μας ότι το 10% των γαστρικών ελκών αποδεικνύεται να είναι αδενοκαρκινώματα ή λεμφώματα.
- Η υποτροπή της αιμορραγίας μετά από απλή απολίνωση φθάνει το 30%.

Ποια είναι η επιλογή χειρουργικής επέμβασης για έλκος του 12/λου;

Ο στόχος είναι η αιμόσταση με:

- Απολίνωση του αιμορραγούντος αγγείου

Μπορεί ν' απαιτηθεί:

Απολίνωση γαστρο12/λικής αρτηρίας

ΚΑΙ

- Αντι-εκκριτική επέμβαση σε σταθερό ασθενή

Στελεχιαία βαγοτομή + παροχτευτική

Υπερεκλεκτική βαγοτομή ?

Λαπαροσκοπική βαγοτομή + παροχτευτική ή λαπαροσκοπικά με «Taylor procedure»

Η Επιτυχία υπολογίζεται στο 90%

Ποια είναι η επιλογή χειρουργικής επέμβασης για υποτροπή χειρουργηθέντος έλκους του 12/λου;

- Η επανεπέμβαση θεωρείται σπάνια αν όμως χρειασθεί, η γαστρεκτομή με αποκατάσταση της συνέχειας του ΓΕΣ είναι η λύση:
- Αντρεκτομή και στελεχιαία βαγοτομή (Bill I η Bill II) Είναι επέμβαση εκλογής στην επανεγχείρηση και σαν πρώτη επιλογή σε ασθενείς με ιστορικό ανθισταμένου στην θεραπεία έλκους
- Υφολική Γαστρεκτομή ?

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

■ Έλκος 12/λου :

Μερική γαστρεκτομή VS βαγοτομή και Πυλωροπλαστική:

- Ιδία θνητότητα περίπου
- Υποτροπή της αιμορραγίας μεγαλύτερη σε χειρ. αντιμετώπιση με Βαγοτομή και πυλωροπλαστική
Η επιλογή εφαρμογής μεθόδου είναι δύσκολη και εξαρτάται από τις τοπικές συνθήκες, την επέκταση και την διήθηση της βλάβης στους παρακείμενους ιστούς.

■ Έλκος στομάχου :

- Γαστρεκτομή
- Θνητότητα 12-23%
- Διάσπαση κολοβώματος 12/λου 5- 7% με ποσοστά θνητότητας > 50%

Άλλες καταστάσεις που δημιουργούν σπανιότερα αιμορραγία είναι:

• **Σύνδρομο Mallory-Weiss**

Η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου, παρουσιάζεται σε ποσοστό 10% σε αιμορραγίες του ανώτερου πεπτικού.

Η παρουσία διαφραγματοκήλης αποτελεί παράγοντα προδιάθεσης και βρίσκεται στο 35 μέχρι και 100% ανάλογα της σειράς.

Αιμοδυναμική αστάθεια και σοκ μπορεί να εμφανιστούν σε ποσοστό μέχρι και 10% των ασθενών.

Η αιμορραγία από MW σταματά αυτόματα στο 80-90% των πασχόντων σε περίπου 48 ώρες. Έτσι, δεν διαγιγνώσκεται, εάν η γαστροσκόπηση καθυστερήσει να πραγματοποιηθεί.

Μελέτες αναφέρουν ότι το ποσοστό των ασθενών που απαιτεί μεταγγίσεις αίματος ήταν 40-70%.

Σπάνια χρειάζεται χειρουργική θεραπεία.

Αν χρειαστεί εφαρμόζεται γαστροτομή και συρραφή ελκωτικών επιφανειών.

• **Βλάβη του Dieulafoy (αγγειοδυσπλασία)**

Η "απλή εξέλκωση του Dieulafoy" ή "μονήρης γαστρική εξέλκωση" ή "κίρσοειδές ανεύρυσμα" ή "νόσος του Dieulafoy" είναι μια σπάνια και επικίνδυνη αιτία μαζικής αιματέμεσης, η οποία εύκολα μπορεί να διαφύγει της

διαγνώσεως. Παρατηρείται σχεδόν αποκλειστικά στο στομάχο, ενώ σποραδικές περιπτώσεις αναφέρθηκαν στο δωδεκαδάκτυλο και τη νήστιδα. Η κλινική εικόνα είναι η μαζική αιματέμεση και μέλαινα σε ασθενείς χωρίς προηγούμενο σχετικό ιστορικό. Η διάγνωση τίθεται κυρίως ενδοσκοπικά και η αντιμετώπιση είναι ενδοσκοπική ή χειρουργική.

- Μπορεί ν' απαιτηθεί σφηνοειδής εκτομή της βλάβης
- Η Βαγοτομή δεν ενδείκνυται
- Έχει αναφερθεί θνητότητα ακόμα και σε ποσοστό 25%
- Μπορεί να επιχειρηθεί συνδυασμός λαπαροσκοπικής και ενδοσκοπικής προσπέλασης με σκοπό την απολίνωση της βλάβης

• **Αγγιεκτασίες γαστρικού άντρου (Watermelon stomach):**

Χαρακτηρίζεται ενδοσκοπικά μακροσκοπικά από παρουσία ερυθρών, αγγειακών βλαβών στο άντρο του στομάχου και διακρίνεται σε 2 τύπους: i) Στον εστιακό, που σχετίζεται με αυτοάνοσα νοσήματα και με νόσους του συνδετικού ιστού και ii) Στο διάχυτο, που σχετίζεται με πυλαία υπέρταση. Η ενδοσκοπική θεραπεία απαιτεί την πραγματοποίηση περισσότερων από 1 συνεδριών (συνήθως 2-4) για την πλήρη εξάλειψη των βλαβών και γίνεται συνήθως με την χρήση APC ή άλλων θερμικών μεθόδων. Σπάνια θα απαιτηθεί αντρεκτομή χωρίς να εξαιρεϊται θεραπευτικά σε μερικές περιπτώσεις ακόμα και η ολική γαστρεκτομή.

• **Διαφραγματοκήλες, έλκη του Cameron**

Η διαφραγματοκήλη σχετίζεται με την παρουσία ποικίλων καταστάσεων και συμπτωμάτων, κύρια με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση με ή χωρίς πεπτική οισοφαγίτιδα, αιμορραγία (οξεία ή χρόνια λανθάνουσα), έλκη Cameron , περίσφιξη ή/και συστροφή του στομάχου και άλλες νοσολογικές οντότητες. Η παρουσία της τεκμηριώνεται ακτινολογικά ή ενδοσκοπικά. Η αποκατάστασή της είναι κύρια χειρουργική, ενώ η αντιμετώπιση της συνοδευουσας συμπτωματολογίας φαρμακευτική. Εάν υπάρχει ένδειξη για χειρουργική επέμβαση αποκατάστασης, απαιτείται προσεκτικός προεγχειρητικός έλεγχος, και κυρίως μανομετρία του οισοφάγου. Η λαπαροσκοπική θολοπλαστική αποτελεί την επέμβαση εκλογής. Από τα μετεγχειρητικά προβλήματα του ασθενούς σημαντικότερα είναι η δυσφαγία και το gas bloat syndrome, που συνήθως απαιτούν χειρουργική ή ενδοσκοπική παρέμβαση.

Στην αιμοχολία ειδικότερα μας απασχολούν τα ανευρύσματα της ηπατικής αρτηρίας. Όταν εκδηλώνονται κλινικά, μπορούν να προκαλέσουν κοιλιακό άλγος, αιμορραγία πεπτικού ή αιμοχολία (από διάβρωση του στομάχου, του δωδεκαδακτύλου ή των χοληφόρων) και ίκτερο (από πίεση του χοληδόχου πόρου), ενώ το 10% των ασθενών προσέρχονται λόγω ολιγαιμικής καταπληξίας από ρήξη ή μαζική αιμορραγία πεπτικού. Η διάγνωση τίθεται με την αρτηριογραφία, το υπερηχογράφημα και την αξονική τομογραφία.

Ένδειξη χειρουργικής αντιμετώπισης έχουν πρακτικά όλα τα ανευρύσματα της ηπατικής αρτηρίας, καθώς η συχνότητα της ρήξης υπολογίζεται σε 20% και η θνητότητα στις περιπτώσεις αυτές πλησιάζει το 35%.

Το δευτερογενές αορτοεντερικό συρίγγιο είναι μια σπάνια αλλά συχνά θανατηφόρα επιπλοκή της χειρουργικής αποκατάστασης των ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής. Συνήθως αναδύκνεται ενεργός αιμορραγία από την τρίτη μούρα του δωδεκαδακτύλου, χωρίς όμως να μπορεί να αναγνωρισθεί το αίτιο που την προκάλεσε. Στην αξονική τομογραφία διαπιστώνεται ψευδοανεύρυσμα στο εγγύς σημείο συρραφής του αορτικού μοσχεύματος και φυσαλίδες αέρα εντός του. Η χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει αντικατάσταση του μοσχεύματος, ή ανάλογα με τις συνθήκες της περιοχής του συριγγίου κεντρική απολίνωση της αορτής, εξωανατομική παράκαμψη επαναιματώσεως των άκρων και σε δεύτερο χρόνο κεντρική αποκατάσταση της αορτής.

Στο πλαίσιο των νοσολογικών οντοτήτων που περιλαμβάνονται στις **Acute Gastric Mucosal Lesions** η διάγνωση γίνεται ενδοσκοπικά και σπάνια χρειάζεται χειρουργική αντιμετώπιση. Αν απαιτηθεί περιλαμβάνει:

- Γαστροτομή και συρραφή αν βρεθούν αιμορραγικά σημεία

- Στελεχιαία βαγοτομή και παροχέτευση (Πυλωροπλαστική η ΓΕΑ)
- Υφολική η σχεδόν ολική γαστρεκτομή κατά Bill II η Roux-en-Y
- Πολύ σπάνια ολική γαστρεκτομή

Η Θνητότητα > 50% εάν δημιουργηθούν σε έδαφος MOF.

Η πυλαία υπέρταση έχει σαν επιπλοκές την ρήξη των κισών του οισοφάγου, τον ασκίτη και τον υπερσπληνισμό.

Οι κισοί του οισοφάγου που παρουσιάζονται, σε κίρρωτικούς ασθενείς αιμορραγούν σε ποσοστό περίπου 30%.

Η αντιμετώπιση της ρήξεως των κισών του οισοφάγου, εδώ και πέντε 10ετίες, ήταν μια χειρουργική πρόκληση η οποία την τελευταία 20ετία μεταλλάχθηκε σε παρεμβατική πρόκληση.

Πέραν των πυλαιουσυστηματικών αναστομώνσεων οι οποίες παρουσίαζαν μεγάλη θνητότητα και μεγάλη νοσηρότητα σχεδιάστηκαν και πραγματοποιούνται απαγγειωτικές επεμβάσεις. Δηλαδή, η καταστροφή των οισοφαγικών κισών με διάφορους τρόπους. Η πλέον επιτυχής απ' αυτές τις επεμβάσεις ήταν η μέθοδος Sugiura.

Με την ανάπτυξη της τεχνολογίας των ενδοσκοπίων και της επεμβατικής ακτινολογίας αναπτύχθηκαν διάφορες μέθοδοι μη χειρουργικές, τις οποίες πραγματοποιούν οι ενδοσκόποι και οι επεμβατικοί ακτινολόγοι με την τοποθέτηση Tips.

Ενδείξεις τοποθέτησής του περιγράφονται στη διαφάνεια.

Όπως γνωρίζουμε, λίγα πράγματα στην Ιατρική παραμένουν δογματικά σταθερά. Με την πάροδο του χρόνου, πολλές ιατρικές πράξεις έχουν τροποποιηθεί όπως στο συγκεκριμένο θέμα. Πριν από 20 χρόνια, σε ασθενείς με κισούς οισοφάγου που δεν είχαν αιμορραγήσει, δεν εφαρμόζαμε καμία προληπτική εγχείρηση ή άλλη πράξη διότι δεν μπορούσαμε να προβλέψουμε το ποσοστό του 30% που θα αιμορραγούσε.

Σήμερα έχουμε μερικά κριτήρια που μπορούν να προδικάσουν επικείμενη αιμορραγία όπως είναι: η οισοφαγίτιδα, το μέγεθος και η διάμετρος των κισών, καθώς και η εμφάνιση μικρών ερυθρών κηλίδων πάνω στον κισό και βέβαια η αυξημένη τάση του τοιχώματος της φλέβας. Η τάση που δέχεται το τοίχωμα της φλέβας καθορίζεται από μια τροποποίηση του νόμου του Laplace, που είναι:

$T = TP \times r/w$ (T=τάση, TP= ενδοαυλική πίεση, r=ακτίνα αγγείου, w=πάχος τοιχώματος). **Αρα, κισοί με μεγάλη διάμετρο και λεπτό τοίχωμα αιμορραγούν ευκολότερα.**

Με βάση τα ανωτέρω άρχισε ήδη να εφαρμόζεται η προληπτική αντιμετώπιση των κισών του οισοφάγου είτε με ενδοσκοπικές παρεμβάσεις είτε με φαρμακευτική αγωγή είτε και σε συνδυασμό. Φαίνεται ότι η αιτιολογική αντιμετώπιση της πυλαίας υπέρτασης που ως κύριο αίτιο έχει την κίρρωση του ήπατος είναι η μεταμόσχευση αυτού.