

# Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΛΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Κ. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ,  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Χ. ΚΑΤΣΑΝΟΣ,  
ΕΠΑΜΕΙΝΩΝΔΑΣ Β. ΤΣΙΑΝΟΣ  
Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ,  
ΗΠΑΤΟ-ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ  
ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΓΙΑ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑ:

ΕΠΑΜΕΙΝΩΝΔΑΣ Β. ΤΣΙΑΝΟΣ  
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ  
Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ  
ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
Πανεπιστημιούπολη  
451 10, Ιωάννινα  
Τηλ. 26510 97501  
Φαξ. 26510 97016  
E-mail: dchristo@cc.uoi.gr

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ενδοσκόπηση του ανώτερου και κατώτερου πεπτικού σωλήνα αποτελούν σήμερα από τις πιο σημαντικές διαγνωστικές δοκιμασίες για τη διερεύνηση των νοσημάτων του πεπτικού αλλά και τη θεραπεία αρκετών από αυτά. Ιδιαίτερη αξία έχουν οι μέθοδοι αυτοί σε νοσηλεύόμενους ασθενείς και η εφαρμογή τους καθιστά συντομότερη και αποτελεσματικότερη τη νοσηλεία των ασθενών. Στην παρούσα ανασκόπηση περιγράφονται οι διαγνωστικές και θεραπευτικές εφαρμογές της γαστροσκόπησης και κολοσκόπησης στη σύγχρονη ιατρική πράξη, με έμφαση σε νεότερες τεχνικές.

## Λέξεις – Κλειδιά:

Γαστροσκόπηση, κολοσκόπηση, θεραπευτική ενδοσκόπηση, ενδείξεις, αντενδείξεις.

## ABSTRACT

Endoscopy of the upper and lower gastrointestinal tract are currently some of the most valuable diagnostic and therapeutic methods for the evaluation and treatment of gastrointestinal diseases. These procedures may be particularly important to hospitalized patients as their appropriate use improves the outcome of hospitalization and reduces its duration. In the present review we describe the diagnostic and therapeutic applications of upper and lower endoscopy in current medical practice and emphasis is given on the newer techniques.

**Keywords:** Upper gastrointestinal endoscopy, colonoscopy, therapeutic endoscopy, indications, contraindications.

## A. ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η οισοφαγογαστροδωδεκαδακτυλοσκόπηση ή ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού σωλήνα ή εν συντομία γαστροσκόπηση είναι μία από τις πιο συχνές διαγνωστικές δοκιμασίες που εφαρμόζονται σε ολόκληρο τον κόσμο. Όπως εκτιμάται, ο μέσος αριθμός των γαστροσκοπήσεων που γίνονται στις Η.Π.Α. και στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι 1,2 ενδοσκοπήσεις ανά 100 άτομα άνω των 65 ετών και 650-1000 ενδοσκοπήσεις ανά 100.000 άτομα αντίστοιχα. Στις Η.Π.Α. το κόστος που πληρώνουν οι υπηρεσίες ασφάλειας υγείας από το 1986 ως το 1989 ανέβηκε περισσότερο από γαστρεντερολογικές πράξεις από ό,τι από άλλες επεμβάσεις και αυτή η αύξηση αποδίδεται κυρίως

στις ενδοσκοπικές επεμβάσεις.

Έτσι, έγινε αναγκαίος ο καθορισμός ενδείξεων για τη γαστροσκόπηση και τις άλλες ενδοσκοπικές επεμβάσεις, όπως η κολοσκόπηση ή η ενδοσκοπική παλινδρομη χολαγγειοπαγκρεατο-γραφία ή E.R.C.P. (ΕΡΣΠ).

Οι ενδείξεις για διαγνωστική γαστροσκόπηση, όπως αυτές τέθηκαν από την Αμερικανική Γαστρεντερολογική Εταιρεία είναι οι ακόλουθες:

Άλγος της άνω κοιλίας που επιμένει παρά τη χορήγηση κατάλληλης δοκιμαστικής θεραπείας.

Άλγος της άνω κοιλίας που συνδυάζεται με συμπτώματα ή σημεία που δείχνουν σοβαρή οργανική νόσο.

Δυσφαγία ή οδυνοφαγία.

Συμπτώματα γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης που επιμένουν παρά τη χορήγηση κατάλληλης θεραπείας.

Επίμονη ναυτία ή έμετοι άγνωστης αιτιολογίας.

Παρακολούθηση και έλεγχος για τυχόν κακοήγη νόσο δηλαδή:

- ο Γαστρικά ή οισοφαγικά έλκη
- ο Οικογενής αδενωμάτωσης πολυποδίαση
- ο Αδενωμάτωδεις γαστρικοί πολύποδες.
- ο Οισοφάγος του Barrett (Μπάρετ).

Λανθάνουσα ή εμφανής γαστρεντερική αιμορραγία.

Λήψη βιοψιών λεπτού εντέρου.

Έλεγχος ασθενών με κίρρωση ήπατος για παρουσία κισσών ή άλλων βλαβών που χρειάζονται προφυλακτική θεραπεία.

Μετά από κατάποση καυστικών ουσιών για εκτίμηση της βαρύτητας της οξείας βλάβης.

Όπως είναι προφανές, οι παραπάνω ενδείξεις βρίσκουν ιδιαίτερη εφαρμογή σε νοσηλεύομενους ασθενείς. Για τους ασθενείς που εισέρχονται στο Νοσοκομείο με ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω ενοχλήματα, η γαστροσκόπηση δίνει τη δυνατότητα να τεθεί γρήγορα η διάγνωση και να δοθεί η ορθή θεραπεία. Αναφέρεται ως χαρακτηριστικό παράδειγμα η διάγνωση νόσου εκ δυσανεξίας γλουτένης ή κοιλιοκάκη που διαγιγνώσκεται με βιοψίες λεπτού εντέρου που λαμβάνονται κατά τη γαστροσκόπηση. Η διάγνωση αυτή έχει τεθεί σε πολλούς ασθενείς στο Νοσοκομείο μας, τόσο στην Παθολογική όσο και στην Παιδιατρική Κλινική. Επίσης, αναφέρεται ως δεύτερο παράδειγμα η διερεύνηση της λανθάνουσας αιμορραγίας από το πεπτικό, που εκδηλώνεται με σιδηροπενική αναιμία. Σε πολλές τέτοιες εισαγωγές ασθενών με σοβαρή αναιμία η γαστροσκόπηση ή και η κολοσκόπηση αποκαλύπτει την υποκείμενη νόσο και επιτρέπει την πλήρη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς με βράχυνση των ημερών νοσηλείας.

Οι ενδείξεις για θεραπευτική γαστροσκόπηση είναι οι παρακάτω, σύμφωνα με την Αμερικανική Γαστρεντερολογική Εταιρεία:

Θεραπεία βλαβών που αιμορραγούν.

Σκληροθεραπεία ή περιέδεση κισσών οισοφάγου.

Απομάκρυνση ξένων σωμάτων.

Αφαίρεση επιλεγμένων πολυποειδών βλαβών.

Τοποθέτηση σωλήνων σιτίσεως ή παροχετεύσεως.

Διαστολή στενωτικών βλαβών.

Παρηγορητική αντιμετώπιση νεοπλασμάτων που κλείνουν τον αυλό.

Και στην περίπτωση των θεραπευτικών επεμβάσεων με τη γαστροσκόπηση, επιτυγχάνονται σημαντικά αποτελέσματα. Η αντιμετώπιση των κισσών οισοφάγου ενδοσκοπικά έχει βελτιώσει σημαντικά την πρόγνωση και την επιβίωση των ασθενών αυτών. Τα περισσότερα ξένα σώματα αφαιρούνται ενδοσκοπικά και αποφεύγονται τα έξοδα και οι ημέρες νοσηλείας που απαιτεί μία χειρουργική επέμβαση. Με τη διαστολή στενώσεων αποκαθίσταται η δυνατότητα σιτίσεως. Με την ενδοσκοπική γαστροστομία, γίνεται δυνατή η σχετική σύντομη έξοδος από το Νοσοκομείο ασθενών που λόγω βαριών εγκεφαλικών επεισοδίων ή νευροεκφυλιστικών νοσημάτων αδυνατούν να λάβουν τροφή από το στόμα.

Οι αντενδείξεις για ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού περιλαμβάνουν τις περιπτώσεις εκείνες που οι κίνδυνοι για την υγεία ή ζωή του ασθενούς από την ενδοσκόπηση είναι μεγαλύτεροι από τα δυνητικά οφέλη που αυτός θα έχει (π.χ. πολύ πρόσφατο έμφραγμα μυοκαρδίου, μη αντιρροπούμενη καρδιοαναπνευστική νόσος). Επίσης δεν γίνεται γαστροσκόπηση σε ασθενούς που αρνούνται να συνεργαστούν για την εξέταση. Απόλυτη αντένδειξη για γαστροσκόπηση είναι και παρουσία ή υποψία διάτρησης κοίλου σπλάχνου. Επίσης η γαστροσκόπηση θα πρέπει να αποφεύγεται την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, σε μεγάλο εκκόλπωμα οισοφάγου Zenker και στις εγκύους.

Οι επιπλοκές από τη γαστροσκόπηση είναι ιδιαίτερα σπάνιες με νοσηρότητα 0,2% και θνητότητα 0.006%. Ο κίνδυνος για επιπλοκές αυξάνεται κατά την εφαρμογή θεραπευτικών μεθόδων, όπως η διαστολή, ή ένεση σκληροτυκτικών ουσιών, η εφαρμογή Laser, αλλά οι συνολικές επιπλοκές παραμένουν πολύ χαμηλές. Η μετάδοση λοιμώξεων αποφεύγεται με τη σωστή απολύμανση των ενδοσκοπίων και την εφαρμογή χημειοπροφύλαξης με αντιβιοτικά σε ειδικές ομάδες ασθενών, όπως αυτοί που έχουν προσθετικές καρδιακές βαλβίδες, έχουν ιστορικό ενδοκαρδίτιδας, συγγενούς καρδιοπάθειας ή πνευμονικής επικοινωνίας που έχει δημιουργηθεί χειρουργικά.

Η διατήρηση και οι καρδιοαναπνευστικές επιπλοκές

από τη γαστροσκόπηση μπορούν να προληφθούν με τη σωστή εκτίμηση του ασθενούς πριν την ενδοσκόπηση, τη σωστή τεχνική, την εξασφάλιση της συνεργασίας του ασθενούς και την προσεκτική αντιμετώπιση κάθε στενωμένης βλάβης ή βαθιού έλκους. Η αιμορραγία ως επιπλοκή της ενδοσκόπησης συμβαίνει σπάνια μετά τη λήψη βιοψιών σε ασθενείς με διαταραχές της πήξης του αίματος ή μετά από θεραπευτικές πράξεις όπως η αφαίρεση πολύποδα. Σε αυτές τις σπάνιες περιπτώσεις, η νοσηλεία του ασθενούς μπορεί να παραταθεί για λίγο.

Στο παρελθόν, για τη διάγνωση βλαβών του ανώτερου πεπτικού σωλήνα εφαρμοζόταν το γεύμα με βάριο.

Σήμερα, στα περισσότερα τριτοβάθμια Νοσοκομεία της χώρας και του κόσμου, εφαρμόζεται ως μέθοδος εκλογής στις περισσότερες περιπτώσεις η γαστροσκόπηση. Η γαστροσκόπηση μπορεί να ανιχνεύσει επιφανειακές βλάβες, όπως η παλινδρομική οισοφαγίτιδα, η γαστρίτιδα και η δωδεκαδακτυλίτιδα καλύτερα από την ακτινογραφία στομάχου. Η γαστροσκόπηση είναι πιο ακριβής στη διάγνωση του έλκους και επιτρέπει τη λήψη βιοψιών. Οι οισοφαγικές βιοψίες μπορούν να θέσουν διάγνωση οισοφαγίτιδας από έρπητα ή κυτταρομεγαλοϊό και οι γαστρικές βιοψίες γαστρίτιδας από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Η ακτινογραφία οισοφάγου μπορεί να πλεονεκτεί στην εκτίμηση εκκολπώματος Zenker ή βλαβών που προκαλούν δυσφαγία. Τέλος στην αιμορραγία ανώτερου πεπτικού, η ενδοσκόπηση είναι η μέθοδος εκλογής, που επιτρέπει με ακρίβεια τη διάγνωση, αλλά και την εφαρμογή αιμόστασης. Δεν υπάρχει μία εφημερία μεγάλου Νοσοκομείου που να μην εισάγονται αιμορραγίες ανώτερου πεπτικού σωλήνα. Στις περιπτώσεις αυτές η γαστροσκόπηση βοηθά στη γρήγορη διάγνωση, στην επίσχεση της αιμορραγίας και στην αναγνώριση των ελαφρών περιπτώσεων από αυτές που θα χρειαστούν στενή παρακολούθηση και ίσως διακομιδή και στη χειρουργική κλινική.

Η προσθήκη των ενδοσκοπικών υπερήχων αυξάνει τα διαγνωστικά όρια της γαστροσκόπησης και επιτρέπει καλύτερο έλεγχο βλαβών του τοιχώματος του πεπτικού σωλήνα, καθώς και τη σταδιοποίηση όγκων, όπως ο καρκίνος του οισοφάγου και του στομάχου. Δυστυχώς, η μέθοδος των ενδοσκοπικών υπερήχων δεν είναι ακόμη διαθέσιμη σε πολλά Ελληνικά Νοσοκομεία.

Υπάρχουν λίγες καλά σχεδιασμένες μελέτες που συγκρίνουν τη θεραπευτική γαστροσκόπηση με εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, όπως η χειρουργική επέμβαση. Μολαταύτα η νοσηρότητα και η θνητότητα της ενδοσκοπικής

θεραπείας είναι μικρότερη από αυτή της χειρουργικής θεραπείας. Για καλοήθεις στενώσεις του οισοφάγου πρέπει να επιχειρείται ενδοσκοπική διαστολή. Η αφαίρεση ξένων σωμάτων είναι ευκολότερη και ασφαλέστερη ενδοσκοπικά, όπως έχει δείξει και ανασκόπηση από το Νοσοκομείο μας. Οι πολύποδες του ανώτερου πεπτικού σωλήνα μπορούν να αφαιρεθούν συνήθως με την ενδοσκόπηση. Προσοχή όμως, μεγάλοι πολύποδες ή πολύποδες σε περιοχές που είναι δύσκολο να επισκοπηθούν ενδοσκοπικά, αφαιρούνται συνήθως χειρουργικά. Για τα υποβλεννογόνια νεοπλασμάτα (π.χ. λειομύματα), συνήθως χρειάζεται εγχείρηση.

Οι τεχνικές θεραπευτικής ενδοσκοπικής αιμόστασης έχουν ελεγχθεί σε τυχαιοποιημένες μελέτες, που έχουν δείξει ότι οι τεχνικές αυτές μειώνουν το ρυθμό της αιμορραγίας, το ποσοστό υποτροπής της αιμορραγίας, τον αριθμό των ασθενών που θα χρειαστούν εγχείρηση και τη συνολική θνητότητα από την αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Όπως τονίστηκε και παραπάνω, το όφελος μιας Παθολογικής Κλινικής από την εφαρμογή της γαστροσκόπησης σε κάθε αιμορραγία ανώτερου πεπτικού είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Οι ασθενείς με βλάβες χωρίς πρακτικό κίνδυνο υποτροπής σιτίζονται πιο γρήγορα, δεν απαιτούν στενή νοσηλευτική φροντίδα και επιτήρηση, ενώ εξέρχονται και πιο γρήγορα από το Νοσοκομείο. Οι ασθενείς με χειρουργική ένδειξη διακομίζονται εγκαίρως στη Χειρουργική Κλινική. Τέλος, οι ασθενείς που έχουν βλάβες στη γαστροσκόπηση με κίνδυνο υποτροπής, παρακολουθούνται στενότερα από το γιατρό και το νοσηλεύτη, ενώ την κατάλληλη στιγμή η γαστροσκόπηση επαναλαμβάνεται για να εκτιμηθεί η πορεία του ασθενούς.

Οι περιπτώσεις με αιμορραγία κίρσων οισοφάγου είναι για τη βαρύτητά τους και τη στενή φροντίδα που απαιτούν. Η θεραπευτική ενδοσκόπηση εντός λίγων ωρών σταματά την αιμορραγία σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών, με μεγαλύτερη άμεση μείωση της νοσηρότητας και θνητότητας σε σύγκριση με ένα επείγον χειρουργείο. Παρόλα αυτά, διαφορές στη μακροχρόνια θνητότητα και έκβαση δεν έχουν αναδειχθεί. Η περίδεση κίρσων οισοφάγου, η σκληροθεραπεία και η εφαρμογή β-αδρενεργικών ανταγωνιστών (Inderal), οκτρεοτίδης ή σωματοστατίνης χρησιμοποιούνται στα Ελληνικά Νοσοκομεία. Η τοποθέτηση διηπατικών διασφαγιτιδικών αναστομώνσεων (TIPS) ή η μεταμόσχευση ήπατος εφαρμόζονται παγκοσμίως στις περιπτώσεις που η ενδοσκοπική θεραπεία αποτύχει ή σε κίρσους του θόλου του στομάχου.

Κατά συμπέρασμα, η γαστροσκόπηση είναι ιδιαίτερα σημαντική μέθοδος για τη διάγνωση και θεραπεία μεγάλου αριθμού νοσηλευόμενων ασθενών, με τελικό όφελος την παροχή καλύτερων υπηρεσιών υγείας και τη βράχυνση των ημερών

νοσηλείας.

## **B. ΚΟΛΟΣΚΟΠΗΣΗ**

Η κολοσκόπηση (που καλείται από άλλους με το λιγότερο δόκιμο όρο κολονοσκόπηση) μπορεί να εφαρμοστεί σήμερα σε οποιονδήποτε ασθενή κρίνεται κατάλληλος για βαριούχο υποκλυσμό και έχει ένα παραπλήσιο φάσμα ενδείξεων. Με την αυξανόμενη τα τελευταία χρόνια εμπειρία των ενδοσκοπίων και την τεχνολογική βελτίωση των ενδοσκοπίων, η κολοσκόπηση θεωρείται συχνά η πρώτη εξέταση και προηγείται του βαριούχου υποκλυσμού. Ο βαριούχος υποκλυσμός σπάνια βοηθά τον ενδοσκόπο, γιατί τα ακτινολογικά φιλμ, εκτός από τη σπάνια περίπτωση ενός πολύ μακριού παχέος εντέρου, δεν μπορούν να αναδείξουν αν θα είναι εύκολη ή δύσκολη η είσοδος του κολοσκοπίου στο συγκεκριμένο ασθενή. Οι περισσότεροι ασθενείς βρίσκουν το βαριούχο υποκλυσμό πιο ενοχλητική εμπειρία από την κολοσκόπηση λόγω της παρατεταμένης εμφύσησης αέρα που χρειάζεται κατά τη διπλή ακτινολογική σκιαγράφιση και της μη χρήσης ηρεμιστικών-αναλγητικών στο βαριούχο υποκλυσμό σε αντίθεση με την κολοσκόπηση.

Οι ενδείξεις για διαγνωστική κολοσκόπηση είναι οι παρακάτω:

Εκτίμηση κάποιου ευρήματος στο βαριούχο υποκλυσμό, όπως έλλειμμα πληρώσεως ή στένωση σε κάποια περιοχή του εντέρου.

Επανελέγχος εντέρου μετά από ιστορικό πολυπεκτομής.

Έλεγχος εμφανούς ή λανθάνουσας γαστρεντερικής αιμορραγίας.

Διερεύνηση ανεξήγητης σιδηροπενικής αναιμίας.

Ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος των εντέρων: εκτίμηση βαρύτητας και έκτασης της νόσου σε οξεία ή χρόνια φάση, και παρακολούθηση για ανάπτυξη κακοήθειας μετά περίπου 10 έτη από την έναρξη της νόσου και έκτοτε ανά διαστήματα.

Παρακολούθηση για καρκίνο παχέος εντέρου (ασθενείς, συγγενείς πασχόντων).

Διεχειρητική εκτίμηση μιας βλάβης μη εμφανούς κατά το χειρουργείο (π.χ. θέση πολυπεκτομής, εντόπιση αιμορραγούντος σημείου κλπ.)

Οι παραπάνω ενδείξεις βρίσκουν εφαρμογή σε μεγάλο αριθμό νοσηλευόμενων ασθενών. Με την εφαρμογή της κολοσκόπησης, επιτυγχάνεται η γρήγορη διάγνωση σε πολλές περιπτώσεις και βραχύνεται η νοσηλεία. Αναφέρονται ως παράδειγμα η διάγνωση καρκίνου του παχέος εντέρου σε ασθενή με απώλεια αίματος από το ορθό. Σε αυτή την περίπτωση, ο ασθενής ολοκληρώνει τη σταδιοποίηση της νόσου του, κυρίως με

αξονική τομογραφία, και διακομίζεται στη Χειρουργική Κλινική για αντιμετώπιση εφόσον η έκταση της νόσου επιτρέπει κάτι τέτοιο. Ως δεύτερο παράδειγμα αναφέρεται η διάγνωση των περιπτώσεων εντερορραγίας, στις οποίες η κολοσκόπηση έχει τον πρώτο ρόλο και βοηθά στη γρήγορη διακίνηση και αντιμετώπιση του νοσηλευόμενου ασθενούς.

Εξάλλου, οι ενδείξεις για θεραπευτική κολοσκόπηση είναι οι παρακάτω:

Αφαίρεση πολυπόδων.

Αντιμετώπιση σημείου αιμορραγίας από βλάβες όπως αγγειοδυσπλασίες, εξελκώσεις, νεοπλασμάτα, θέση πολυπεκτομής, τηλεαγγειεκτασίες από ακτινοθεραπεία.

Παρηγορητική θεραπεία νεοπλασμάτων που προκαλούν στένωση ή αιμορραγία.

Διαστολή στενώσεων του εντέρου.

Αποσυμπύεση οξέος μη τοξικού μεγάλου ή συστροφής σιγμοειδούς.

Αφαίρεση ξένων σωμάτων.

Σημάδεμα ορίων νεοπλασμάτων για τη χειρουργική εκτομή.

Εδώ θα αναφέρουμε ως παράδειγμα την αφαίρεση πολυπόδων, με την οποία αντιμετωπίζεται μεγάλος αριθμός ασθενών που διαφορετικά θα απαιτούσαν χειρουργική επέμβαση και ως εκ τούτου νοσηλεία τουλάχιστον 7 ημερών. Με την ενδοσκοπική πολυπεκτομή, είτε αντιμετωπίζονται ως εξωτερικοί ασθενείς, είτε χρειάζονται νοσηλεία μιας – δύο ημερών για τους μεγάλους και δύσκολους πολύποδες.

Η κολοσκόπηση αντενδείκνυται σε τοξικό μεγάλο, οξεία εκκολπωματίτιδα, υποψία διάτρησης του εντέρου, πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η κυριότερη επιπλοκή της κολοσκόπησης είναι η διάτρηση, που συναντάται σπάνια, σε 1 ανά 2500 κολοσκοπήσεις. Άλλες σπάνιες επιπλοκές της κολοσκόπησης είναι η αιμορραγία (1,5% μετά από πολυπεκτομή), και σπανιότατα αρρυθμίες ή καρδιοαναπνευστικά προβλήματα. Προσοχή χρειάζεται να αποφεύγεται η υπερβολική καταστολή του ασθενούς πριν από την εξέταση. Η θνητότητα από επιπλοκές της κολοσκόπησης είναι σχεδόν μηδενική, 1 στις 15000 κολοσκοπήσεις.

Το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο για την επιτυχία της κολοσκόπησης των νοσηλευόμενων ασθενών. Η χορήγηση σωστής προετοιμασίας με τα κατάλληλα καθαρτικά διαλύματα ή τους υποκλυσμούς, η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και η αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων κατά την προετοιμασία του εντέρου εξαρτάται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Δεν είναι λίγες ακόμη οι περιπτώσεις εκείνες που οι ασθενείς αποτυγχάνουν να λάβουν την προετοιμασία του εντέρου στο σπίτι και εισάγονται για το λόγο αυτόν στο Νοσοκομείο. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται

και οι ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά φάρμακα (Sintrom, Σιντρόμ) και θα υποβληθούν σε θεραπευτική κολοσκόπηση, π.χ. πολυτεκτομή. Οι ασθενείς αυτοί, εφόσον πρέπει να συνεχίσουν απαραίτητα την αντιπηκτική αγωγή, εισάγονται στο Νοσοκομείο, διακόπτονται τα αντιπηκτικά από του στόματος και χορηγείται ηπαρίνη ενδοφλεβίως. Η ηπαρίνη διακόπτεται μόνο λίγες ώρες πριν από την επέμβαση και χορηγείται αμέσως μόλις εξασφαλιστεί ότι δεν υπήρξε επιπλοκή αιμορραγίας κατά την επέμβαση.

Με τα παραπάνω, δεν θα θέλαμε να υποβαθμίσουμε την αξία του Ακτινολογικού Εργαστηρίου. Ο βαριούχος υποκλυσμός παραμένει μία σημαντική εξέταση που βοηθά σημαντικά στη διαγνωστική προσπέλαση δύσκολων περιπτώσεων, όπως για παράδειγμα σε στενώσεις του αυλού ή όταν η κολοσκόπηση είναι αδύνατη. Σε συνδυασμό με τη σιγμοειδοσκόπηση, ο βαριούχος υποκλυσμός διπλής σκιαγραφικής αντίθεσης έχει υψηλή διαγνωστική ευαισθησία.

Ολοκληρώνοντας, οι ενδοσκοπήσεις του ανώτερου και κατώτερου πεπτικού σωλήνα, διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο στα σύγχρονα νοσοκομεία, βελτιώνουν την περίθαλψη των ασθενών και την έκβαση της νοσηλείας, ενώ καθιστούν και δυνατή τη γρήγορη και αποτελεσματική χρήση των πολυτίμων νοσηλευτικών κλινών.

## Βιβλιογραφία

1. Tuitgat GNJ. Upper Gastrointestinal Endoscopy. Textbook of Gastroenterology, Editor : T. Yamada, 3<sup>rd</sup> Edition, Lippincott Williams and Wilkins 1999. Pages: 2688-2694.
2. Waye JD, Williams CB. Colonoscopy and Flexible Sigmoidoscopy. Textbook of Gastroenterology, Editor : T. Yamada, 3<sup>rd</sup> Edition, Lippincott Williams and Wilkins, 1999. Pages: 2701-2717.
3. Δ.Κ. Χριστοδούλου, Ε.Β. Τσιάνος. Αφαίρεση ξένων σωμάτων από τον πεπτικό σωλήνα. Ιατρική; 2000; 78(2): 172-178.
4. Δ.Κ. Χριστοδούλου, Ε.Β. Τσιάνος. Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου – Σύγχρονα δεδομένα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2000; 17 (6) : 566-575.
5. Sivak MV. Gastrointestinal Endoscopy . 2<sup>nd</sup> Ed. Philadelphia: WB. Saunders 1997.
6. ASGE. Appropriate use of gastrointestinal endoscopy consensus statement. Manchester, MA: American Society for Gastrointestinal Endoscopy 1992.