

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

**Ενδοσκοπική σκληροθεραπεία και απολίνωση κιρσών:
Νοσηλευτική προσέγγιση**Δοκουτσιδου Ελένη¹, Καντιάνης Αλέξανδρος²

1. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc Γαστρεντερολογικής Νοσηλευτικής, Υποψήφια Διδάκτωρ Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιτροπή Ελέγχου Νοσοκομειακών Λοιμώξεων Γ.Ν.Αθηνών «Ευαγγελισμός»
2. Νοσηλευτής ΠΕ, MSc Γαστρεντερολογικής Νοσηλευτικής, Διδάκτωρ Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Περίληψη

Η αυξημένη νοσηρότητα και η σημαντική θνητότητα που συνεπάγονται οι οισοφαγικοί κίρσοι καθιστούν την πρόληψη και την θεραπεία της κίρσορραγίας ακρογωνιαίους λίθους στην συνολική αντιμετώπιση της πυλαίας υπέρτασης. Προς την κατεύθυνση αυτή χρησιμοποιούνται ευρέως δύο ενδοσκοπικές τεχνικές, η ενδοσκοπική σκληροθεραπεία (Endoscopic Sclerotherapy - EST) και η ενδοσκοπική απολίνωση (Endoscopic Variceal Ligation - EVL).

Σκοπός: Η ανασκόπηση της σημαντικότητας του νοσηλευτικού ρόλου στις ενδοσκοπικές τεχνικές της σκληροθεραπείας (EST) και της απολίνωσης (banding) των κιρσών του οισοφάγου (EVL) με βάση την πρόσφατη βιβλιογραφία.

Υλικό-Μέθοδος: Για την εκπόνηση της εργασίας ανασκοπήθηκε η πρόσφατη ελληνική και διεθνής βιβλιογραφία, με ιδιαίτερη έμφαση σε άρθρα νοσηλευτικού ενδιαφέροντος, που δημοσιεύθηκαν την τελευταία 25ετία στη βάση δεδομένων Medline.

Αποτελέσματα: Η EST εξακολουθεί να παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος της αντιμετώπισης της οξείας κίρσορραγίας. Από την άλλη, η EVL έχει καταστεί η ενδοσκοπική θεραπεία εκλογής για την πρόληψη της υποτροπής αυτής της τόσο σοβαρής επιπλοκής της πυλαίας υπέρτασης. Ο ρόλος τους στην πρωτογενή πρόληψη της κίρσορραγίας είναι περιορισμένος και μόνο στις περιπτώσεις όπου η φαρμακευτική θεραπεία αντενδείκνυται ή είναι αναποτελεσματική. Η EVL παρουσιάζει περισσότερες τεχνικές δυσκολίες σε σχέση με την EST και προϋποθέτει μεγαλύτερη εμπειρία, αν και στο σύνολό τους οι επιπλοκές της πρώτης είναι λιγότερες και ήσσονος βαρύτητας.

Συμπεράσματα: Ο άρτια εκπαιδευμένος και εξοικειωμένος νοσηλευτής διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην αξιολόγηση της κλινικής πορείας του ασθενούς προ, κατά τη διάρκεια αλλά και μετά το πέρας της ενδοσκοπικής διαδικασίας και στην αναγνώριση της επίτευξης ή μη των στόχων της εφαρμογής της.

Λέξεις κλειδιά: Γαστροοισοφαγικοί κισοί, κισσορραγία, ενδοσκοπική σκληροθεραπεία, ενδοσκοπική περίδεση κισμών.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Δοκουτσίδου Ελένη,

Αστυδάμαντος 66-68, 11634 Αθήνα,

Τηλ. 2107250459, 6937709015,

E-mail: ldokout@gmail.com

REVIEW

Endoscopic sclerotherapy and variceal ligation: Nursing approach

Dokoutsidou Helen¹, Kantianis Alexandros²

1. RN, Nurse of Infection Control Department, MSc in Gastroenterology Nursing, PhD(c) Student, "Evangelismos" Hospital, Athens

2. RN, MSc in Gastroenterology Nursing, PhD Student

Abstract

The increased morbidity rate, as well as the considerable mortality rate that oesophageal varices induce, render variceal bleeding prevention and therapy crucial to the overall treatment of portal hypertension. For this reason, there are two endoscopic techniques broadly used: the endoscopic sclerotherapy (EST) and the endoscopic variceal ligation (EVL).

Aim: A review on the nurse's role and significance in the endoscopic techniques of sclerotherapy (EST) and variceal ligation (EVL) based on recent bibliography.

Material - Method: An overview of resent Greek and international literature mainly of nursing interest published during the last 25 years, on Medline.

Results: EST remains the corner stone of acute variceal bleeding treatment. On the other hand, EVL has become the endoscopic treatment of choice for the prevention of recurrence of this

serious portal hypertension complication. However, their implementation in variceal bleeding primary prevention is confined only to cases that medication is either inadvisable or ineffective. EVL displays more technical difficulties when compared with EST and requires further experience, although complications of the former are altogether fewer and less significant than those of the latter.

Conclusions: The nurse who is integrally trained and familiarized plays a significant role both in the evaluation of the patient's clinical course before, during and after the endoscopic process, and the appreciation of whether the endoscopic implementation has achieved its aims or not.

Key words: Gastroesophageal varices, variceal bleeding, endoscopic sclerotherapy, endoscopic variceal ligation.

Corresponding author

Dokoutsidou Eleni

66-68 Astidamandos Street, GR- 11634 Athens

Tel. +30 210-7250459, +30 6937709015

E-mail: ldokout@gmail.com

Εισαγωγή

Η αιμορραγία από το πεπτικό και ειδικότερα η αιμορραγία των κισσών του οισοφάγου αποτελεί την βαρύτερη και συχνότερα θανατηφόρο επιπλοκή της πυλαίας υπέρτασης. Η συχνότητα ανεύρεσης οισοφαγικών κισσών σε κίρρωτικούς ασθενούς ανέρχεται στο 50%, εκ των οποίων το 1/3 αναμένεται να αιμορραγήσει στα επόμενα 2 χρόνια με θνητότητα, συνεπεία της πρώτης κισσορραγίας να προσεγγίζει το 50%. Μόνο στους μισούς ασθενείς με κισσορραγία, η αιμορραγία σταματά αυτόματα. Μεταξύ των ασθενών που επιβιώνουν της πρώτης κισσορραγίας ο

κίνδυνος υποτροπής της αιμορραγίας ανέρχεται σε 30% στις 6-8 εβδομάδες (μέγιστος τις πρώτες 48 ώρες) και περίπου 70% στο πρώτο έτος.^{1,2-5}

Σε περίπτωση κωλύματος στην ελεύθερη αιματική ροή εντός της πυλαίας φλέβας αναπτύσσονται πυλαιο-συστηματικές αναστομώσεις μεταξύ της πυλαίας και της συστηματικής κυκλοφορίας, οι οποίες εντοπίζονται σε διάφορες ανατομικές περιοχές του πυλαίου συστήματος. Οι σημαντικότερες αναστομώσεις είναι οι οισοφαγικοί κισσοί με υψηλό κίνδυνο αιμορραγίας και οι γαστρικοί κισσοί.¹

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι οι κιρσοί δεν αιμορραγούν όταν η διαφορά της πίεσης μεταξύ της πυλαίας και της κάτω κοίλης φλέβας είναι μικρότερη των 10-12 mmHg. Η αιμορραγία οφείλεται σε ρήξη των κιρσών, λόγω της προοδευτικής διάτασης και λέπτυνσης των τοιχώματος τους που είναι αποτέλεσμα της αυξημένης ενδοκιρσικής πίεσης, ως απόρροια της πυλαίας υπέρτασης.⁶

Η προχωρημένη ηπατική νόσος σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Child-Pugh, το μεγάλο μέγεθος των κιρσών, η εντόπιση τους κοντά της καρδιοοισοφαγικής συμβολής και η παρουσία ερυθρών στιγμάτων (cherry red spots) αποτελούν παράγοντες υψηλού κινδύνου αιμορραγίας.⁷

Η ενδοσκοπική αντιμετώπιση σε οξεία αιμορραγία από κιρσούς του οισοφάγου καθώς και η επακολουθούσα εκρίζωση των κιρσών για την πρόληψη της υποτροπής του επεισοδίου είναι πλέον καθιερωμένη και πάγια τακτική η οποία μειώνει τη θνητότητα, της υποτροπές, τις μεταγγίσεις αίματος, το χρόνο νοσηλείας και πιθανώς παρατείνει το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών αυτών.

Δύο είναι οι βασικές ενδοσκοπικές τεχνικές, η σκληροθεραπεία με την έγχυση σκληρυντικών ουσιών και η περιδεση (banding) των κιρσών του οισοφάγου με τη χρήση ελαστικών δακτυλίων, η αποτελεσματικότητα και οι επιπλοκές των

οποίων εξαρτώνται από την τεχνική που επιλέγεται να χρησιμοποιηθεί και την ικανότητα και τη διαθέσιμη εμπειρία εκ μέρους της ενδοσκοπικής ομάδας που αντιμετωπίζει τον ασθενή.

Στην παρούσα εργασία θα αναφερθούμε στις σύγχρονες ενδοσκοπικές τεχνικές, της EST και της EVL, που εφαρμόζονται στην διάγνωση και θεραπεία της αιμορραγίας στην πυλαία υπέρταση (κιρσορραγία), με ανάδειξη του νοσηλευτικού ρόλου προ, κατά τη διάρκεια αλλά και μετά το πέρας των διαδικασιών αυτών.

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΣΚΛΗΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για πολλά χρόνια, η ενδοσκοπική σκληροθεραπεία (EST) αποτελούσε αναμφισβήτητα την μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση του οξέος επεισοδίου κιρσορραγίας. Η πρώτη ενδοσκοπική σκληροθεραπεία (EST) πραγματοποιήθηκε το 1939 με τοπική ένεση σκληρυντικών ουσιών στους κιρσούς του οισοφάγου για την αντιμετώπιση της οξείας κιρσικής αιμορραγίας μέσω άκαμπτου οισοφαγοσκοπίου. Η μέθοδος υποστηρίχθηκε από τους Johnston και Rodgers, που ανακοίνωσαν το 1955 τα εξαιρετικά τους αποτελέσματα σε μεγάλη σειρά ασθενών, ενώ από τις αρχές του 1970 σημειώθηκε βαθμιαία μετατόπιση από τα

άκαμπτα στα εύκαμπτα ενδοσκόπια, τα οποία σήμερα χρησιμοποιούνται αποκλειστικά στην κλινική πράξη.^{8,9}

Η αποτελεσματικότητα της EST είναι υψηλή, όσον αφορά στον έλεγχο της οξείας αιμορραγίας και της πρώιμης υποτροπής της σε ποσοστά που κυμαίνονται από 80-100%. Η αποτυχία της μεθόδου ανέρχεται σε ποσοστό 6% των ασθενών, οι οποίοι ανήκουν ως επί το πλείστον σε προχωρημένα στάδια κίρρωσης (Child C), όπου η θνητότητα υπερβαίνει το 90%. Μετανάλυση σχετικών μελετών απέδειξε πως η EST υπερτερεί της μη θεραπείας, του επιπωματισμού με μπαλόνι ή/και της βασοπρεσίνης στη διακοπή της αιμορραγίας, στην πρόληψη της υποτροπής της και στη θνητότητα, ενώ έχει παρόμοια αποτελέσματα με τη σωματοστατίνη, αλλά με περισσότερες επιπλοκές.¹⁰⁻¹⁴ Τα έως σήμερα δεδομένα που προέρχονται από μακροχρόνιες κλινικές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει πλήρως και τεκμηριωμένα την κλινική υπεροχή και τον ευεργετικό ρόλο της στην έκβαση της κατάστασης των ασθενών με κίρρωση, αν και πρόσφατα, η ενδοσκοπική περίδεση των κισσών άλλαξε το τοπίο.

Ανάλογα με το χρόνο κατά τον οποίο επιχειρείται, η μέθοδος διακρίνεται σε:⁹ α) επείγουσα EST, που έχει στόχο την άμεση αιμόσταση της οξείας ενεργού κίρρωσης, β) χρόνια EST, που αποσκοπεί στην πλήρη

προοδευτική απόφραξη και οριστική εκρίζωση των κισσών, με στόχο την αποφυγή της υποτροπής της αιμορραγίας και γ) προφυλακτική EST, η οποία εφαρμόζεται σε ασθενείς που δεν έχουν αιμορραγήσει από τους κισσούς, αλλά βάσει ενδοσκοπικών κριτηρίων παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο να εκδηλώσουν στο άμεσο μέλλον κίρρωση.

Η EST γίνεται με την τεχνική της "ελεύθερης χειρός" (free hand technique) και συνίσταται στην ενδοκισσική ή παρακισσική έγχυση ειδικών σκληρυντικών ουσιών με ειδική βελόνα μέσω ενός εύκαμπτου ευρύαυλου ή διπλού αυλού ενδοσκοπίου, με σκοπό αντίστοιχα την ενδοκισσική θρόμβωση ή την περικισσική ίνωση των κισσών. Η παρακισσική τεχνική αποσκοπεί στην πρόκληση φλεγμονής και ίνωσης του βλεννογόνου του οισοφάγου και τελικά στη θρόμβωση του κισσού (περικισσική ίνωση). Μερικοί ενδοσκόποι, προσπαθώντας να επωφεληθούν από τα πλεονεκτήματα και των δύο τεχνικών, ενίοτε σκληρυντική ουσία ταυτόχρονα ενδοκισσικά και παρακισσικά (συνδυασμένη τεχνική), με σκοπό την επίτευξη της ταχύτερης και ισχυρότερης ίνωσης του τοιχώματος του οισοφάγου.^{10,15}

Ο θρόμβος δημιουργείται μέσα σε 24 ώρες, σε αντίθεση με την ίνωση που πρωτοεμφανίζεται μετά από πάροδο 15 έως 30 ημερών από την έγχυση της

σκληρυντικής ουσίας. Εάν είναι αποτελεσματική, η δεύτερη συνεδρία της σκληροθεραπείας επαναλαμβάνεται στις πρώτες 4 έως 7 ημέρες, ενώ οι επόμενες γίνονται ανά 1-3 εβδομάδες.¹⁶⁻¹⁸ Οι σκληρυντικές ουσίες που χρησιμοποιούνται με ασφάλεια στην κλινική πράξη είναι:^{9,10,15,19} α) η πολιδοκανόλη 1% και 3% (polidocanol 1% και 3%), η οποία ως προς τη χημική της σύσταση είναι ένα λιπαρό οξύ. Ανάλογα με τη συγκέντρωση της, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για παρακιρσική ή για ενδοκιρσική έγχυση, β) η ολεϊκή αιθανολαμίνη 5% (ethanolamine oleate 5%) έχει την ασθενέστερη σκληρυντική δράση απ' όλες τις σκληρυντικές ουσίες και χρησιμοποιείται για ενδοκιρσική έγχυση, γ) το αλκυλιούχο υδροδιαλυτό άλας Sodium Tetradecyl Sulfate-STS 1% και 3% προορίζεται για ενδοκιρσική έγχυση και υπερέχει έναντι των άλλων σκληρυντικών ουσιών, γιατί είναι καλύτερο ανεκτό, έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και συνοδεύεται από λιγότερες επιπλοκές, δ) το sodium morhuate 5%, ένα μείγμα από άλατα του νατρίου και λιπαρά οξέα, το οποίο χορηγούμενο ενδοφλεβίως προκαλεί θρόμβωση, ε) η αιθυλική αλκοόλη έχει την ισχυρότερη σκληρυντική δράση και προκαλεί εκτεταμένη ιστική νέκρωση, όταν χορηγηθεί εξωαγγειακά. Χρησιμοποιείται στους αιμορραγούντες γαστρικούς κισσούς σε μικρές δόσεις και προτιμάται λόγω του

χαμηλού της κόστους, στ) το N-Butyl-2-Cyanocrylate (Histoacryl blue), το οποίο τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται ευρέως στην κλινική πράξη για τους αιμορραγούντες κισσούς του οισοφάγου, ενώ αποτελεί και την καλύτερη επιλογή για τους κισσούς του θόλου του στομάχου. Είναι μία υδαρής ουσία, η οποία αποτελείται από βουτύλιο και κυανοκρλικό. Πολυμερίζεται γρήγορα στους ιστούς και στερεοποιείται μέσα σε 20sec σε υγρό περιβάλλον και στιγμιαία στο αίμα. Σε κάθε κισσό χορηγείται ποσότητα 0,5-1ml. Μετά από λίγες εβδομάδες, ο θρομβωμένος κισσός αποξηραίνεται, νεκρώνεται και αποπίπτει. Το σημαντικότερο μειονέκτημα από τη χρήση της είναι ο κίνδυνος καταστροφής του ενδοσκοπίου, ενώ άλλες σπάνιες αλλά σημαντικές επιπλοκές από την χρήση του συγκολλητικού των ιστών Histoacryl είναι η πρόκληση εμβολών, θρόμβωσης της πυλαίας ή/και έμφρακτου του σπληνός και ζ) η θρομβίνη δεν έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην κλινική πράξη, ενώ έχουν ενσκήψει ζητήματα σχετικά με το κόστος, τη διαθεσιμότητα και την ασφάλεια της συγκεκριμένης ουσίας.

Δεν υπάρχουν επαρκή βιβλιογραφικά δεδομένα που να δείχνουν ότι κάποια από τις προαναφερόμενες σκληρυντικές ουσίες υπερτερεί των υπολοίπων. Ομοίως, η ενδοκιρσική ή η παρακιρσική έγχυση της σκληρυντικής ουσίας δεν φαίνεται να

επιπλοκάζει το αποτέλεσμα. Το συνολικό ποσό της εγχέομενης ουσίας υπαγορεύεται από το είδος της, τον αριθμό και το μέγεθος των κισμών και την τεχνική που έχει επιλέξει το εκάστοτε ενδοσκοπικό κέντρο, δεν θα πρέπει όμως να υπερβαίνει τα 15ml σε κάθε συνεδρία σκληροθεραπείας, επειδή αυξάνεται σημαντικά ο κίνδυνος των επιπλοκών, κυρίως των εξελκώσεων και της διάτρησης του οισοφάγου.^{10,15,20}

Για την τεχνική της EST χρησιμοποιούνται εύκαμπτα ενδοσκόπια με ευρύ αυλό 3,2-3,8mm, ώστε να παρέχουν μεγαλύτερη δυνατότητα αναρροφήσεως και ασφαλέστερη έγχυση. Για τη διενέργεια της EST χορηγείται συνήθως ηρεμιστική αγωγή ενίοτε σε συνδυασμό με ένα αναλγητικό, ιδιαίτερα σε μη συνεργάσιμους ασθενείς, ενώ εφόσον η κισσορραγία είναι μαζική, η EST επιχειρείται υπό γενική αναισθησία. Στο ένα άκρο του καθετήρα σκληροθεραπείας προσαρμόζεται σύριγγα που περιέχει τη σκληρυντική ουσία, ενώ υπάρχει μηχανισμός που επιτρέπει την έξοδο ή την απόσυρση από το περιφερικό άκρο του καθετήρα βελόνας διαμέτρου 23 Gauge. Το ενδοσκόπιο προωθείται στον κατώτερο οισοφάγο όπου γίνεται αναρρόφηση πύγματος αίματος και έκπλυση του βλεννογόνου. Η πιο κατάλληλη θέση για να γίνει η ένεση είναι δύο εκατοστά πάνω από τη γαστροοισοφαγική συμβολή, γιατί στην περιοχή αυτή οι διατιτραίνουσες φλέβες αρδεύουν τις παραοισοφαγικές. Ο

ενδοσκόπος προωθεί τον καθετήρα σκληροθεραπείας μέσω του αυλού βιοψίας, μέχρι η κορυφή του καθετήρα να είναι μόλις ορατή στο οπτικό πεδίο, Στο σημείο αυτό ωθείται η βελόνα ώστε να εξέλθει από τον καθετήρα και ο ενδοσκόπος εισάγει τη βελόνα στο βλεννογόνο 0,5cm περιφερικά (δηλαδή, προς τη γαστροοισοφαγική συμβολή) του σημείου που αιμορραγεί. Ο βοηθός ενδοσκόπου -νοσηλεύτης διενεργεί ένεση 1-2ml σκληρυντικής ουσίας. Η συνολική ποσότητα της σκληρυντικής ουσίας που ενίεται ανά συνεδρία σκληροθεραπείας δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 15ml (δοσολογία που θεωρείται η πιο ασφαλής, η πιο αποτελεσματική και η καλύτερα ανεκτή από τον ασθενή), επειδή αυξάνεται σημαντικά ο κίνδυνος των επιπλοκών, κυρίως των εξελκώσεων και της διάτρησης του οισοφάγου. Πάντως, το συνολικό ποσό της εγχέομενης ουσίας υπαγορεύεται από το είδος της, τον αριθμό και το μέγεθος των κισμών και την τεχνική που έχει επιλέξει το εκάστοτε ενδοσκοπικό κέντρο. Για την οριστική εκρίζωση των κισμών απαιτούνται κατά μέσο όρο 4-6 συνεδρίες σκληροθεραπείας.^{9,10,15}

Επιπλοκές της EST

Οι επιπλοκές της EST απαντώνται με συχνότητα που κυμαίνεται μεταξύ 10-30% και εξαρτώνται από την εμπειρία του

ενδοσκόπου, το είδος και την ποσότητα της ενιέμενης ουσίας, το είδος της τεχνικής (παρακιρσική, ενδοκιρσική), τη θέση των κιρσών, τη γενική κατάσταση του ασθενούς, τη θέση του κιρσού, τη βαρύτητα της υποκείμενης ηπατοπάθειας και από τον χρόνο και τον αριθμό των συνεδριών. Είναι κοινότοπη διαπίστωση ότι όσο μικρότερη ποσότητα σκληρυντικής ουσίας ενίεται, τόσο λιγότερες είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες και οι επιπλοκές. Παράλληλα, όμως, μικρότερο είναι και το αναμενόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι επιπλοκές είναι συχνότερες στη χρόνια EST συγκριτικά με την επείγουσα και διακρίνονται σε τοπικές, περιοχικές και συστηματικές.^{8,9}

A. Τοπικές

1) Το θωρακικό άλγος (10-25%) εμφανίζεται αμέσως μετά τη θεραπεία και διαρκεί για λίγες ώρες. Η εξαγγείωση της σκληρυντικής ουσίας στο οισοφαγικό τοίχωμα συνοδεύεται από έντονο πόνο και παρατεταμένο σπασμό. Εάν ο πόνος επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου και επιπλέον εκδηλωθεί δυσφαγία (25%) και οδυνοφαγία, η σκέψη οδηγείται στο ενδεχόμενο της διάτρησης του οισοφάγου. Ο ασθενής ανακουφίζεται με τη χορήγηση νιτρογλυκερίνης.^{8,10}

2) Η διάτρηση του οισοφάγου αποτελεί τη βαρύτερη επιπλοκή, η οποία εκθέτει σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς.

Εκδηλώνεται συνήθως καθυστερημένα 5-7 ημέρες μετά τη συνεδρία με επιμένουσα ταχυκαρδία και ισχυρό, βαθμιαία επιδεινούμενο θωρακικό πόνο και οφείλεται πιθανώς στην επέκταση της οισοφαγικής εξελκώσεως.⁹

3) Ο πυρετός (<38°C) εμφανίζεται σε 20% των ασθενών και διαρκεί μία έως δύο ημέρες και υφίεται από μόνος του, χωρίς θεραπεία. Μελέτες αναφέρουν παροδική μικροβιαμία μετά την EST, που όμως δεν φαίνεται να είναι η αιτία του πυρετού ή να προκαλεί άλλα προβλήματα.⁹

4) Η πιο συχνή επιπλοκή είναι η αιμορραγία που οφείλεται σε κιρσούς που δεν έχουν θρομβωθεί, σε βαθιά έλκη που φθάνουν μέχρι τα υποβλεννογόνια φλεβικά πλέγματα και σπανιότερα (2.9%) σε αιμορραγία στο σημείο της εγχύσεως. Υποτροπή της αιμορραγίας παρατηρείται στο 30% των ασθενών πριν από την πλήρη εξάλειψη των κιρσών. Συνήθως οφείλεται σε αιμορραγία από κιρσό και αντιμετωπίζεται με εκ νέου ένεση σκληρυντικής ουσίας ή εναλλακτικά με ελαστική περίδεση του κιρσού.^{9,15,19}

5) Οι εξελκώσεις στον οισοφαγικό βλεννογόνο αποτελούν επίσης μία συχνή (10-20%) επιπλοκή της EST που εμφανίζονται σε 5 έως 7 ημέρες μετά από κάθε συνεδρία και επουλώνονται ευχερώς με τη χορήγηση αναστολέων της αντλίας πρωτονίων, π.χ. ομεπραζόλη. Η συχνότητα τους έχει άμεση σχέση με την εμπειρία του

ενδοσκοπού, το ποσό και την πυκνότητα της σκληρυντικής ουσίας. Όσο πιο εύστοχη είναι η έγχυση μέσα στον κισσό, τόσο μικρότερη είναι η απαιτούμενη ποσότητα της σκληρυντικής ουσίας. Έχουν αναγνωριστεί δύο είδη εξελκώσεων: τα επιφανειακά και τα βαθέα έλκη. Τα επιφανειακά έλκη είναι το αποτέλεσμα της νέκρωσης του υποβλεννογονίου χιτώνα, επουλώνονται γρήγορα και δεν προκαλούν σοβαρές κλινικές επιπτώσεις. Αντίθετα, τα βαθέα έλκη προκύπτουν όταν νεκρωθεί και μέρος του μυϊκού χιτώνα, οπότε η κατάσταση είναι σοβαρότερη.^{9,15,19}

6) Η στένωση του οισοφάγου εμφανίζεται σε 6.5% των ασθενών, αναπτύσσεται στη θέση όπου γίνεται η σκληροθεραπεία και είναι το αποτέλεσμα της υπέρμετρης ίνωσης του βλεννογόνου από την σκληρυντική ουσία. Η δημιουργία στενώσεως σχετίζεται με τη χημική οισοφαγίτιδα, την εξέλκωση και την παλινδρόμηση οξέος, ενώ συνεισφέρει και η διαταραχή του μηχανισμού καταπόσεως. Αντιμετωπίζεται με ενδοσκοπικές διαστολές του οισοφάγου, οι οποίες είναι συνήθως επιτυχείς, αν και μερικές φορές απαιτείται χειρουργική θεραπεία.^{9,15,19}

B. Περιοχικές

1) Η μεσοθωρακίτιδα εκδηλώνεται 2-3 ημέρες μετά την διάτρηση του οισοφάγου. Η πρώτη ένδειξη είναι ο ισχυρός θωρακικός

πόνος που βαθμιαία εντείνεται. Η οδυνοφαγία, η δυσφαγία, η σιελόρροια, η ταχυκαρδία, ο πυρετός και ο ελεύθερος αέρας στο μασοθώρακιο, αποτελούν συμπτώματα και ευρήματα που οριστικοποιούν τη διάγνωση. Όταν η διάτρηση είναι μικρή, ο ασθενής μπορεί να αντιμετωπιστεί συντηρητικά με αντιβιοτικά, τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και παρεντερική χορήγηση υγρών. Η θωρακοτομή είναι επιβεβλημένη, όταν η διαφυγή είναι μεγάλη και ο ασθενής έχει σοβαρή μεσοθωρακίτιδα.^{9,15,19}

2) Η πλευροδιαφραγματική συλλογή εμφανίζεται σε 50% των ασθενών και τα αίτια παραμένουν άγνωστα.⁹

Γ. Συστηματικές: είναι ασυνήθιστες και πολύ σοβαρές, όπως:^{8,14,15,19-22}

1) Οι ασθενείς με ενεργό αιμορραγία διατρέχουν αυξανόμενο κίνδυνο πνευμονίας από εισρόφηση κατά τη διάρκεια της ενδοσκοπικής σκληροθεραπείας, η οποία μπορεί να αποφευχθεί με την ενδοτραχειακή διασωλήνωση των ασθενών για την προστασία των αεροφόρων οδών, 2) σήψη, 3) βακτηριακή περιτονίτιδα, 4) σύνδρομο της οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας των ενηλίκων (ARDS), πιθανώς οφειλόμενο σε εμβολισμό αγγείων του πνεύμονος από τη σκληρυντική ουσία, 5) θρόμβωση της πυλαίας φλέβας, που εμφανίζεται στο 30% των ασθενών και αποκτά κλινική σημασία

αν μελλοντικά χρειασθεί μεταμόσχευση ήπατος ή δημιουργία αναστομώσεως (shunt), 5) πνευμονικό οίδημα, 6) εγκεφαλικό απόστημα, 7) περικαρδίτιδα/συμπιεστική περικαρδίτιδα, 8) διάχυτη ενδαγγειακή πήξη και 9) βρογχοοισοφαγικό συρίγγιο.

Η κύρια αντένδειξη εφαρμογής της EST είναι η αδυναμία εντοπίσεως του αιμορραγούντος κισσού σε περιπτώσεις μαζικής, κατακλυσμαίας αιμορραγίας. Ως άλλες αντενδείξεις αναφέρονται:^{9,14,21,22} α) ολιγαιμικό shock (όπως κάθε άλλη ενδοσκοπική θεραπευτική παρέμβαση, έτσι και η EST θα πρέπει να επιχειρείται μόνο εφόσον ο ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερός), β) αιμορραγία από έλκη οισοφάγου μετά από EST (επειδή συχνά επιτείνεται η νέκρωση και επαυξάνεται ο κίνδυνος της διάτρησης του οισοφάγου), γ) αλλεργική αντίδραση στη σκληρυντική ουσία και δ) διαταραχές πήκτικότητας

Η EST δεν φαίνεται να αποτελεί τη θεραπεία εκλογής σε κισσούς του οισοφάγου που αιτιοπαθογενετικά οφείλονται σε θρόμβωση της σπληνικής φλέβας (αριστερά περιοχική πυλαία υπέρταση), ενώ σε ενεργό αιμορραγία από τους γαστρικούς κισσούς αποφεύγεται η σκληροθεραπεία των κισσών του οισοφάγου.²³

Ενδοσκοπική περίδεση κισσών

Η απολίνωση των κισσών του οισοφάγου (EVL) περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1986 από την ομάδα του Stiegman ως σύστημα ελαστικής περίδεσης των κισσών, παρόμοιο με εκείνο που έως τότε χρησιμοποιείτο για την αντιμετώπιση της αιμορροϊδοπάθειας.²³

Με την EVL επιτυγχάνεται αιμόσταση σε 90-95% των ασθενών και είναι η μέθοδος εκλογής στη χρόνια θεραπεία εκρίζωσης των κισσών του οισοφάγου που έχουν αιμορραγήσει. Υπερτερεί της σκληροθεραπείας στην πρόληψη της επαναιμορραγίας, στην ταχύτητα επιτεύξεως της εκρίζωσης των κισσών, στη συνολική θνητότητα και στις επιπλοκές. Η πιθανή ωφέλεια της προληπτικής περίδεσης δεν έχει τεκμηριωθεί ακόμη επαρκώς και επί του παρόντος, στα πλαίσια της πρόληψης του πρώτου επεισοδίου κισσορραγίας η μέθοδος αυτή συνιστάται μόνο σε περιπτώσεις ασθενών στους οποίους αντενδείκνυται η φαρμακευτική θεραπεία.²⁴⁻²⁸

Σήμερα, για την εκτέλεση του EVL απαιτείται ένας εξωτερικός διάφανος κύλινδρος που εφαρμόζεται σταθερά στο άκρο του ενδοσκοπίου και ένας μικρότερος εσωτερικός κύλινδρος πάνω στον οποίο είναι οπλισμένοι πέντε ή επτά ελαστικοί δακτύλιοι περιδέσεως κισσών. Ο εσωτερικός κύλινδρος είναι συνδεδεμένος με λεπτό

σύρμα, που περνάει μέσα από τον αυλό βιοψίας του ενδοσκοπίου και καταλήγει σε ειδικό πλαστικό κοχλία. Σε κάθε περιστροφή του κοχλία από τον ενδοσκόπο απελευθερώνεται ένας ελαστικός δακτύλιος περιδέσεως. Όταν χρησιμοποιηθούν όλοι οι ελαστικοί δακτύλιοι, ο κύλινδρος αντικαθίσταται με νέο οπλισμένο κύλινδρο. Σήμερα, το σετ πολλαπλών δακτυλίων που κυκλοφορούν έχουν καταργήσει την ανάγκη για προστατευτικό σωλήνα-overtube (και τις επιπλοκές του), καθιστώντας τη μέθοδο ευκολότερη, ταχύτερη και περισσότερο ασφαλή.^{9,10,15,20}

Η τεχνική της EVL είναι απλή στην εφαρμογή της. Με τον ασθενή σε καταστολή με την ενδοφλέβια χορήγηση διαζεπάμης ή μιδαζολάμης, ο ενδοσκόπος προωθεί το ενδοσκόπιο, ώστε να πλησιάσει τον κισσό-στόχο και να επιτύχει πλήρη επαφή του κισσού με τον εσωτερικό κύλινδρο. Κατόπιν, εφαρμόζει σταθερή αναρρόφηση και όταν ο κισσός αναρροφηθεί στον εσωτερικό κύλινδρο, περιστρέφει τον κοχλία στο χειριστήριο, ώστε να τεντώσει το σύρμα. Με τον τρόπο αυτό ο εσωτερικός κύλινδρος έλκεται απότομα προς το ενδοσκόπιο και απελευθερώνει ένα ελαστικό δακτύλιο, που στραγγαλίζει τον κισσό. Ο κισσός που έχει περιδεθεί απελευθερώνεται από τον κύλινδρο με εμφύσηση αέρα και απόσυρση του ενδοσκοπίου κατά 2-3 cm. Η τοποθέτηση των ελαστικών δακτυλίων

αρχίζει από τον κισσό που αιμορραγεί. Σε κάθε συνεδρία τοποθετούνται 5 έως 8 ελαστικοί δακτύλιοι, ανάλογα με το μέγεθος και τον αριθμό των οισοφαγικών κισσών. Λίγες μέρες μετά την περίδεση του κισσού ο δακτύλιος αποπίπτει και στη θέση της περιδέσεως παραμένει εξέλκωση του βλεννογόνου που επουλώνεται πλήρως σε δύο εβδομάδες και αντικαθίσταται από ουλώδη ιστό, ο οποίος τελικά καλύπτεται από πλακώδες επιθήλιο. Οι συνεδρίες ενδοσκοπικής απολίνωσης επαναλαμβάνονται κάθε δύο εβδομάδες μέχρι να επιτευχθεί πλήρης εξάλειψη των κισσών.^{9,10,15,29}

Η νεώτερη αυτή ενδοσκοπική μέθοδος παρουσιάζει περισσότερες τεχνικές δυσκολίες σε σχέση με τη σκληροθεραπεία και προϋποθέτει μεγαλύτερη εμπειρία, ιδίως όταν εφαρμόζεται σε περιπτώσεις αθρόας αιμορραγίας, όπου απαιτείται ιδιαίτερη δεξιοτεχνία για την τοποθέτηση του δακτυλίου στον κισσό που αιμορραγεί, καθώς το εξαγγειωμένο αίμα παρεμποδίζει την ευκρινή όραση και δυσχεραίνει την αναγνώριση της θέσεως του κισσού για την εύστοχη τοποθέτηση του ελαστικού δακτυλίου. Επίσης, τεχνικές δυσκολίες αναφέρονται σε μικρού και μεσαίου μεγέθους κισσούς, επειδή η αναρρόφηση δεν επαρκεί για την πλήρη έλξη του κισσού στον εσωτερικό κύλινδρο, ώστε ο ελαστικός δακτύλιος να τοποθετηθεί στη βάση του.

Επιπλέον, παρά το ότι ορισμένοι ενδοσκόποι τοποθετούν έως και 8 ελαστικούς δακτυλίους σε μία συνεδρία, ένα τέτοιο εγχείρημα μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα δύσκολο, καθώς όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των κισμών που «στραγγαλίζονται», τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος απόφραξης του οισοφαγικού αυλού που μπορεί σταδιακά να προκληθεί.^{9,15,26,30}

Επιπλοκές της EVL

Στο σύνολό τους οι επιπλοκές της EVL είναι λιγότερες και ήσσονος βαρύτητας σε σχέση με τη σκληροθεραπεία. Η συνηθέστερη επιπλοκή είναι η παροδική δυσφαγία, ενώ έχει αναφερθεί και βακτηριαιμία. Διάτρηση του οισοφάγου μπορεί να προκληθεί από τον οισοφάγειο σωλήνα (overtube). Στη θέση όπου έχει τοποθετηθεί ελαστικός δακτύλιος είναι δυνατόν να εμφανιστούν βαθιά οισοφαγικά έλκη (1.19%), ενώ η πρόωπη απόπτωση του δακτυλίου μπορεί να οδηγήσει σε κατακλυσμιαία αιμορραγία (2.39%). Επίσης, έχουν αναφερθεί διαβρώσεις του οισοφαγικού βλεννογόνου στο 1.19% των περιπτώσεων.^{10,15,19}

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην EST και EVL

Η EST και η EVL είναι δύο τεχνικές που χρησιμοποιούνται ευρέως για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας των κισμών οισοφάγου και στομάχου. Η συνεχής εκπαίδευση, ενημέρωση και εμπειρία του

προσωπικού των ενδοσκοπικών μονάδων συμβάλουν σημαντικά στην επιτυχή διεξαγωγή των μεθόδων αυτών. Τα αυξημένα καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού απαιτούν εγρήγορση, γνώση, παρατηρητικότητα και υπευθυνότητα. Τα νοσηλευτικά καθήκοντα κατά την EST/EVL θα μπορούσαν να διαχωριστούν σε τρία στάδια:^{19,25,21,30-32}

- Προετοιμασία του ασθενούς για EST/EVL.
- Διαδικασία EST/EVL.
- Παρακολούθηση και οδηγίες μετά την EST/EVL.

A. Προετοιμασία του ασθενούς για EST/EVL

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αξιολογήσει τον ασθενή σ' όλες τις διαστάσεις του: τη ψυχολογική, τη σωματική, τη διανοητική ή γνωστική, την κοινωνική και την πνευματική.

Ψυχολογική προετοιμασία του ασθενή.

Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς είναι απαραίτητη γιατί ενισχύεται το αίσθημα ασφάλειας του για τη θεραπευτική επέμβαση, μειώνεται ο φόβος και το άγχος του και εξασφαλίζεται η καλή συνεργασία του που είναι σημαντική προϋπόθεση για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας. Σημαντικές προϋποθέσεις για την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή είναι: α) Η ενημέρωσή του σχετικά με την εξέταση, τη

διαδικασία διεξαγωγής της και τις ενδεχόμενες επιπλοκές της, επισημαίνοντας ιδιαίτερα ότι η διαδικασία αυτή είναι σχετικά ανώδυνη και τονίζοντας την σημασία της δικής του συμβολής και συμμετοχής στην αποτελεσματικότητα της εφαρμοζόμενης θεραπευτικής τεχνικής και β) Η χρησιμοποίηση στρατηγικών συμπεριφοράς για τη μείωση του άγχους του ασθενούς, όπως το να τον φέρουμε σε επαφή με άλλους ασθενείς που αντιμετώπισαν θετικά την θεραπεία και ωφελήθηκαν από αυτήν.

Σωματική προετοιμασία του ασθενή. Η προετοιμασία του ασθενούς πριν την ενδοσκοπική διαδικασία είναι ουσιώδη, προκειμένου να εξασφαλισθεί άριστο οπτικό πεδίο και να διασφαλισθεί η ασφάλεια του εξεταζόμενου και η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Για τη μείωση του κινδύνου αναγωγής και εισρόφησης από την ενδοσκοπική θεραπεία και την καταστολή συστήνεται ο ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε EST/EVL να αποφεύγει τη λήψη οποιασδήποτε στερεάς και υγρής τροφής για 6-8 ώρες. Πολλές φορές κρίνεται απαραίτητη η κένωση του οισοφάγου και του στομάχου, λόγω αιμορραγίας, είτε με οισοφάγειο σωλήνα είτε με ρινογαστρικό σωλήνα.

Κατά την είσοδο του ασθενούς στην ενδοσκοπική αίθουσα, ζητείτε η γραπτή συγκατάθεση του και υποβοηθείται για την

τυχόν αφαίρεση των ενδυμάτων, των τεχνητών οδοντοστοιχιών και φακών επαφής. Κατόπιν, εξασφαλίζεται φλεβική οδός με την τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα και ο ασθενής ελέγχεται εάν είναι αιμοδυναμικά σταθερός, εάν υπάρχει σοβαρή υποογκαιμία ή αναιμία, οπότε γίνεται αναπλήρωση αίματος και ακόμη γίνονται πλύσεις για απομάκρυνση θρόμβων ή τροφών. Επιπλέον ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει αιματοκρίτη, αιμοπετάλια, ομάδα και διασταύρωση αίματος, χρόνος προθρομβίνης και επίσης εξασφάλιση 2 μονάδων αίματος.

Στη συνέχεια, ο ασθενής τοποθετείται σε κατάλληλη θέση (θέση του Sim), στην οποία ο ασθενής ακουμπά με την αριστερή πλευρά και το στήθος, το δεξί γόνατο και ο μηρός φέρονται προς τα άνω και το αριστερό άνω άκρο κατά μήκος της ράχης και με το κεφάλι σε ελαφρά κάμψη. Προκειμένου για τη EST, ελέγχονται και προετοιμάζονται οι σκληρυντικές ουσίες και ο καθετήρας σκληροθεραπείας (ειδική εύκαμπτη βελόνα) που θα χρησιμοποιηθούν για τη αιμόσταση των κισμών. Αντίστοιχα για την EVL, η ειδική συσκευή επί της οποίας είναι τοποθετημένοι (οπλισμένοι) οι ελαστικοί δακτύλιοι προσαρμόζεται από τον νοσηλευτή στο άκρο του ενδοσκοπίου.

Ειδική προσοχή χρειάζονται οι ασθενείς με προσθετικές βαλβίδες, ιστορικό ενδοκαρδίτιδας και συγγενείς καρδιοπάθειας. Σ' αυτούς τους ασθενείς

είναι απαραίτητη η χημειοπροφύλαξη. Τα καταλληλότερα αντιβιοτικά είναι η αμπικιλίνη, η γενταμικίνη, η βανκομικίνη και η τομπραμυκίνη.

Πριν την έναρξη της EST ή της EVL απαιτείται η χορήγηση ηρεμιστικών, όπως η διαζεπάμη και η μιδαζολάμη και ναρκωτικά όπως η μεπεριδίνη. Σπάνια απαιτείται η χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων αρκετές ώρες πριν την θεραπεία. Επίσης, η χορήγηση τοπικού αναισθητικού σε μορφή spray (λιδοκαΐνη), στην είσοδο του φάρυγγα, βοηθάει στη μείωση του αντανακλαστικού του εμετού και της δυσφορίας κατά την είσοδο του ενδοσκοπίου.

Τελειώνοντας την πρώτη φάση της προετοιμασίας, ο νοσηλευτής ελέγχει την ακεραιότητα του εξοπλισμού και των υλικών που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης. Δηλαδή, τη λειτουργία όλου του εξοπλισμού (παροχή οξυγόνου, παλμικό οξύμετρο, αναρρόφηση, κτλ) και την επάρκεια του υλικού και επίσης, βοηθάει στη δημιουργία ασφαλέστερων συνθηκών για τον ασθενή και για όλους τους εργαζόμενους στο χώρο της ενδοσκοπικής μονάδας.

B. Διαδικασία EST/EVL

Με την εφαρμογή της τοπικής αναισθησίας στο φάρυγγα αρχίζει το δεύτερο στάδιο της ενδοσκοπικής EST/EVL. Τοποθετείται στο στόμα του ασθενούς το ειδικό επιστόμιο,

που συγκρατείται ανάμεσα στους άνω και κάτω τομείς, γίνεται η εισαγωγή του ενδοσκοπίου, ενώ καλείται ο ασθενής να αναπνέει βαθιά και να συμμετέχει με καταποτικές κινήσεις.

Ο νοσηλευτής συνεργάζεται με τον ενδοσκόπο κατά την διάρκεια της διαδικασίας. Υποστηρίζει τον ενδοσκόπο παρέχοντας τα υλικά και τον εξοπλισμό που απαιτείται κάθε φορά, αλλά και με τους κατάλληλους χειρισμούς του τον βοηθάει για την αποτελεσματική διεξαγωγή της επέμβασης. Ακόμη, οφείλει να παρακολουθεί την κατάσταση του ασθενή και να δίνει πληροφορίες στον ενδοσκόπο όσον αφορά το σφυγμό, το ρυθμό αναπνοής του, τον κορεσμό του οξυγόνου και την τυχόν εμφάνιση ιδρώτα ή ωχρότητας. Η παρακολούθηση του ασθενή από το νοσηλευτή είναι ζωτικής σημασίας γιατί ο ενδοσκόπος γιατρός είναι προσηλωμένος στην τεχνική και τα ευρήματα και συνήθως δεν είναι σε θέση να ελέγχει τον ενδοσκοπούμενο. Μετά το πέρας της ενδοσκοπικής διαδικασίας, ο νοσηλευτής ελέγχει τον ασθενή για τυχόν επιπλοκές και παρενέργειες, ενώ ενημερώνει τον ενδοσκόπο για την κατάσταση του ασθενούς σε όλη τη διάρκεια της διαδικασίας.

Γ. Παρακολούθηση και οδηγίες μετά την ενδοσκοπική EST/EVL

Τα νοσηλευτικά καθήκοντα στο στάδιο αυτό περιλαμβάνουν: την παρακολούθηση του ασθενούς και τις οδηγίες προς αυτών πριν την έξοδο του από την ενδοσκοπική μονάδα ή την κλινική.

Παρακολούθηση του ασθενή. Μετά το πέρας της διαδικασίας, ο ασθενής τοποθετείται σε πλάγια θέση για πρόληψη της εισρόφησης, παρακολουθούνται οι αντιδράσεις του και στηρίζεται ψυχολογικά. Παράλληλα, ο νοσηλευτής παρακολουθεί στενά την ανάνηψη του ασθενούς με τον έλεγχο των ζωτικών του σημείων (σφυγμός, ρυθμός αναπνοής, θερμοκρασία) και τον κορεσμό του οξυγόνου, σύμφωνα με το πρωτόκολλο του τμήματος, για την έγκαιρη διάγνωση και την αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών από την επέμβαση ή τη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή και καταγράφει οποιαδήποτε μεταβολή στη γενική του κατάσταση, όπως την εμφάνιση ενδεχομένων σημείων αιμορραγίας, εμέτου, μεταβολής των ζωτικών σημείων, πόνου και κοιλιακής διάτασης.

Καταγράφεται ο αριθμός της πραγματοποιούμενης συνεδρίας, καθώς και η σκληρυντική ουσία που χρησιμοποιήθηκε (τρόπος χορήγησης, δόση, ώρα, παρενέργειες) ή αντίστοιχα ο αριθμός των ελαστικών δακτυλίων που τοποθετήθηκαν. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η EVL πλεονεκτεί της EST, γιατί απαιτεί λιγότερες συνεδρίες για την πλήρη εξάλειψη των κισμών.

Ελέγχεται το ενδεχόμενο αιμορραγίας και αποστέλλεται εργαστηριακή εξέταση αιματοκρίτη 6 ώρες μετά την επέμβαση και το επόμενο πρωί. Ο ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο νοσηλείας του, αφού έχει προηγηθεί ενημέρωση του θεράποντος ιατρού και του νοσηλευτή της κλινικής για τυχόν περαιτέρω θεραπευτικές ενέργειες ή την αναγκαιότητα παρακολούθησής του.

Πριν την έξοδο του ασθενούς από την ενδοσκοπική μονάδα ή την κλινική, στον ασθενή θα πρέπει να δοθούν οδηγίες από τον αρμόδιο νοσηλευτή. Ο ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί και εκπαιδευτεί για τυχόν επιπλοκές και δυσχέρειες που ενδεχόμενα να επισυμβούν, όπως δυσφαγία ή παρουσία θωρακικού άλγους, επί τη εμφανίσει των οποίων θα πρέπει να ενημερώσει άμεσα τον θεράποντα ιατρό ή τον υπεύθυνο νοσηλευτή. Η EVL είναι ασφαλέστερη μέθοδος από την EST, αφού οι δημιουργούμενες εξελκώσεις είναι επιφανειακές, ενώ ασυνήθεις είναι οι κινητικές διαταραχές ή η ανάπτυξη στενώσεων του οισοφάγου. Ο νοσηλευτής επισημαίνει την αναγκαιότητα της αποφυγής λήψεως στερεάς τροφής από το στόμα για τις επόμενες 24 ώρες.

Σημαντική πληροφορία είναι ο ασθενής να γνωρίζει τον αριθμό των συνεδριών που θα πρέπει να επακολουθήσουν μέχρις ότου επιτευχθεί το αναμενόμενο αποτέλεσμα (εξάλειψη των οισοφαγικών ή/και

γαστρικών κισσών). Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η EVL πλεονεκτεί της EST και στο σημείο αυτό, γιατί απαιτεί λιγότερες συνεδρίες για την πλήρη εξάλειψη των κισσών, ενώ επιπλέον η συχνότητα υποτροπής της αιμορραγίας πριν από την ολοκλήρωση της EVL είναι μικρότερη συγκριτικά με τη σκληροθεραπεία.

Συμπέρασμα

Η οξεία κισσορραγία αποτελεί εξαιρετικά σοβαρή κατάσταση που απειλή άμεσα τη ζωή του ασθενούς αν δεν αντιμετωπισθεί εγκαίρως και αποτελεσματικά ο ακρογωνιαίος λίθος της αντιμετώπισης του οξέος επεισοδίου κισσορραγίας παραμένει η EST. Παρά τις προόδους στην διάγνωση και θεραπεία η θνητότητα από το οξύ αιμορραγικό επεισόδιο παραμένει υψηλή, γεγονός που καθιστά ζωτικής σημασίας την πρόληψη της κισσορραγίας στο πλαίσιο της συνολικής αντιμετώπισης της πυλαίας υπέρτασης. Η EST δεν ενδείκνυται για την πρωτογενή πρόληψη της κισσορραγίας, ενώ η EVL φαίνεται να συνίσταται μόνο σε περιπτώσεις ασθενών στους οποίους αντενδείκνυται η φαρμακευτική θεραπεία και σε εκείνους που δεν μπορούν να ανεχθούν η δεν έχουν αιμοδυναμική απάντηση στη χορήγηση του φαρμάκου. Από την άλλη η EVL μόνη της η σε συνδυασμό με την χορήγηση β-αναστολής έχει καταστεί ενδοσκοπική θεραπεία εκλογής για την

πρόληψη της επανεμορραγίας από οισοφαγικούς κισσούς. Ανεξάρτητα πάντως από τη θεραπευτική μέθοδο που θα εφαρμοσθεί, σημαντικό ρόλο στην επιτυχή έκβαση της διαδραματίζει το νοσηλευτικό προσωπικό που αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι κάθε ενδοσκοπικής ομάδας.

Βιβλιογραφία

1. Mihas A, Sanyal AJ, Portal hypertension and gastrointestinal. In Bacon BR, O; Grady JG, Di Bisceglie AM, Lake JR, eds. *Comprehensive Clinical Hepatology*. Second Edition. Elsevier Mosby, 2006:137-151.
2. Burroughs AK, McCormick A. Natural history and prognosis of variceal bleeding. *Bailliere's Clin Gastroenterol* 1992;6(3):437-450.
3. D'Amico G, Luca A. Natural history. Clinical-haemodynamic correlations. Prediction of the risk of bleeding. *Baillieres Clin Gastroenterol* 1997; 11(2):243-256.
4. Boyer TD. Natural history of portal hypertension. *Clin Liver Dis* 1997;1(1):31-44.
5. Sherlock S, Dooley J. The portal venous systemic and portal hypertension. In: Sherlock S, Dooley J, eds. *Disease of the liver and biliary system*. Ninth edition.

- Blackwell scientific publications, 1993:132-178.
6. Armonis A, Patch D, Burroughs AK. Hepatic venous pressure measurement: An old test as a new prognostic market in cirrhosis? *Hepatology* 1997;25(1):245-248.
7. De Franchis R, Primignani M. Natural history of portal hypertension in patients with cirrhosis. *Clin Liver Dis* 2001;5(3):645-663.
8. Boyer T, Henderson J. Portal hypertension and bleeding esophageal varices. In: Zakin D, Boyer T. *Hepatology: A textbook of liver disease*. 3th edition, W.B. Saunders company, 1996;1:721-755.
9. Χρήστος Μαυρογιάννης. Ενδοσκοπική Νοσηλευτική 2001. Εταιρία Νοσηλευτικών Σπουδών, Αθήνα 2001,33-35..
10. ASGE guideline. The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage, updates July 2005. *Gastrointest Endosc* 2005;62:651-655.
11. De Franchis R, Primignani M. Endoscopic treatments for portal hypertension. *Bailleres Clin Gastroenterol* 1997;11(2):289-309.
12. Hartigan PM, Gebhard RL, Gregory PB. Sclerotherapy for actively bleeding esophageal varices in male alcoholics with cirrhosis. *Veterans Affairs Cooperative Variceal Sclerotherapy Group. Gastrointest Endosc* 1997;46(1):1-7.
13. Laine LA. Endoscopic treatment of acute or active variceal bleeding. In: *Portal Hypertension*. Blackwell Science 2001;156-160.
14. Luketic V, Sanyal A. Esophageal varices. Clinical presentation, Medical Therapy and Endoscopic Therapy. *Gastroenterology Clinics of North America* 2000;29(2):337-421.
15. Λαδάς Σ. Διαγνωστική και θεραπευτική ενδοσκόπηση του πεπτικού συστήματος. Εκδόσεις "Δ.Σ. Λαδάς". Αθήνα 2003:125-127.
16. Albert J. Anatomy of the normal liver. In: Zakin D, Boyer T. *Hepatology. A textbook of liver disease*. 3th edition, W.B. Saunders company, 1996;1:3-32.
17. Rockey DC. Cell and molecular mechanisms of increased intrahepatic resistance and hemodynamic correlates. In: Sanyal AJ, Shah VH, editors. *Portal hypertension: pathobiology, evaluation and treatment*. Totowa, NJ: Humana Press;2005:37-50.
18. Kapoor D, Sarin SK. Pathophysiology of portal hypertension. *J Gastroenterol Hepatol* 2002;17:S482-S487.
19. Μαυρογιάννης Χ. Ενδοσκοπήσεις: Πεπτικού Συστήματος. Βασικές αρχές – Κλινικές εφαρμογές – Περιενδοσκοπική

- φροντίδα. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 2008:191-202.
20. Στεφανίδης Γ. Η επίδραση της επείγουσας απολίνωσης και της σκληροθεραπείας στην πίεση της πυλαίας φλέβας σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος και κίρσορραγίας. Προοπτική τυχαίοποιημένη μελέτη. Διδακτορική διατριβή 2002,46-48.
21. Kirby DF. Management of esophageal varices: a review of treatment options and the role of the gastroenterology nurse and associate. *Gastroenterol Nurs* 1989;12(1):10-14. Review.
22. Goff J, Revieille M, Stiegman GV. Endoscopic sclerotherapy versus endoscopic variceal ligation: esophageal symptoms, complications and motility. *American Journal of Gastroenterology* 1988;83(11):1240-1244.
23. Imperiale TF, Chalasani N. A meta-analysis of endoscopic variceal ligation for primary prophylaxis of esophageal variceal bleeding. *Hepatology* 2001;33(4):802-807.
24. Bass N, Somberg K. Portal hypertension and gastrointestinal bleeding. In: Sleisenger & Fordtran 's. *Gastrointestinal and liver disease*. 6th edition, W.B. Saunders Company, 2000;2:1284-1309.
25. McEwen DR. Management of alcoholic cirrhosis of the liver. *AORN J*. 1996;64(2):209-223 passim. Review.
26. Laine L, Cook DJ. Endoscopic ligation compared with sclerotherapy for treatment of esophageal variceal bleeding. A meta-analysis [see comments]. *Ann Intern Med* 1995;123:280-287.
27. Schepke M, Kleber G, Nurnberg D, Willert J, Koch L, Veltzke-Schlieker W et al. Ligation versus propranolol for the primary prophylaxis of variceal bleeding in cirrhosis. *Hepatology* 2004;40(1):65-72.
28. Triantos C, Vlachogiannakos J, Armonis A, Saveriadis A, Kougioumtzian A, Leandro G et al. Primary prophylaxis of variceal bleeding in cirrhosis unable to take-blockers: a randomized trial of ligation. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 2005;21(12):1435-1443.
29. Avgerinos A, Armonis A, Manolakopoulos S, Poulianos G, Rekoumis G, Sgourou A, Gouma P, Raptis S. Endoscopic EST versus variceal ligation in the long term management of patients with cirrhosis after variceal bleeding. A prospective randomized study. *J Hepatol* 1997;26(5):1034-1041.
30. Winchester CB. A new approach to esophageal varices: endoscopic variceal

ligation. Gastroenterol Nurs
1991;14(1):4-8.

31. Peck SN, Griffith DJ. Reducing portal hypertension and variceal bleeding (continuing education credit). Dimens Crit Care Nurs 1988;7(5):269-279.

32. Burroughs AK. Acute management of bleeding oesophageal varices. Drugs 1992;44 Suppl 2:14-23:discussion 70-72. Review.