

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Δ. ΠΕΚΤΑΣΙΔΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ

ΑΘΗΝΑ 2013

ΤΙΤΛΟΣ

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ
ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΚΑΙ/Η ΔΥΣΠΕΨΙΑΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Δ. ΠΕΚΤΑΣΙΔΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ

ΑΘΗΝΑ 2013

ΤΙΤΛΟΣ

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ
ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΚΑΙ/Η ΔΥΣΠΕΨΙΑΣ

Ὅρκος του Ἱπποκράτη

«Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἱστορας ποιούμενος, ἐπιτελέα ποιήσιν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν ὄρκον τόνδε καὶ ξυγγραφὴν τήνδε. Ἦγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χριζόντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ οὐτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρῃσι, καὶ διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χριζῶσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ ξυγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσι τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοισί τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί. Διαιτήμασί τε χριζομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξειν. Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε. Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἄγνωσ δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμὴν. Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε. Ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίας, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων. Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χριζὸν ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρῃητα ἠγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα. Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ ξυγχεόντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιπορκοῦντι, τάναντία τουτέων».

«Ορκίζομαι στο θεό Απόλλωνα τον ιατρό και στο θεό Ασκληπιό και στην Υγεία και στην Πανάκεια και επικαλούμενος τη μαρτυρία όλων των θεών ότι θα εκτελέσω κατά τη δύναμη και την κρίση μου τον όρκο αυτόν και τη συμφωνία αυτή. Να θεωρώ τον διδάσκαλό μου της ιατρικής τέχνης ίσο με τους γονείς μου και την κοινωνό του βίου μου. Και όταν χρειάζεται χρήματα να μοιράζομαι μαζί του τα δικά μου. Να θεωρώ την οικογένειά του αδέρφια μου και να τους διδάσκω αυτήν την τέχνη αν θέλουν να την μάθουν χωρίς δίδακτρα ή άλλη συμφωνία. Να μεταδίδω τους κανόνες ηθικής, την προφορική διδασκαλία και όλες τις άλλες ιατρικές γνώσεις στους γιους μου, στους γιους του δασκάλου μου και στους εγγεγραμμένους μαθητές που πήραν τον ιατρικό όρκο, αλλά σε κανέναν άλλο. Θα χρησιμοποιώ τη θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενείς κατά τη δύναμη και την κρίση μου, αλλά ποτέ για να βλάψω ή να αδικήσω. Ούτε θα δίνω θανατηφόρο φάρμακο σε κάποιον που θα μου το ζητήσει, ούτε θα του κάνω μια τέτοια υπόδειξη. Παρομοίως, δεν θα εμπιστευτώ σε έγκυο μέσο που προκαλεί έκτρωση. Θα διατηρώ αγνή και άσπιλη και τη ζωή και την τέχνη μου. Δεν θα χρησιμοποιώ νυστέρι ούτε σε αυτούς που πάσχουν από λιθίαση, αλλά θα παραχωρώ την εργασία αυτή στους ειδικούς της τέχνης. Σε όσα σπίτια πηγαίνω, θα μπαίνω για να βοηθήσω τους ασθενείς και θα απέχω από οποιαδήποτε εσκεμμένη βλάβη και φθορά, και ιδίως από γενετήσιες πράξεις με άνδρες και γυναίκες, ελεύθερους και δούλους. Και όσα τυχόν βλέπω ή ακούω κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή και πέρα από τις επαγγελματικές μου ασχολίες στην καθημερινή μου ζωή, αυτά που δεν πρέπει να μαθευτούν παραέξω δεν θα τα κοινοποιώ, θεωρώντας τα θέματα αυτά μυστικά. Αν τηρώ τον όρκο αυτό και δεν τον παραβώ, ας χαιρώ πάντοτε υπολήψεως ανάμεσα στους ανθρώπους για τη ζωή και για την τέχνη μου. Αν όμως τον παραβώ και επιορκήσω, ας πάθω τα αντίθετα».

*Αφιερώνεται στους γονείς μου
Θωμά και Κυριακή, στη σύζυγό
μου Άννα και στην κόρη μου
Κυριακή.*

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, καθηγητή Ντουράκη Σπυρίδων, αναπληρωτή καθηγητή Παπαθεοδωρίδη Γεώργιο, και λέκτορα Μανωλακόπουλο Σπήλιο, όλους μαζί και τον καθένα χωριστά, χωρίς τη συνδρομή, τη βοήθεια και τη συμπαράσταση των οποίων δε θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Θα ήθελα να εκφράσω ιδιαίτερα την ευγνωμοσύνη μου στον αναπληρωτή καθηγητή Παπαθεοδωρίδη Γεώργιο, ο οποίος ήταν ο επιβλέπων της διατριβής μου και συνέβαλε ουσιαστικά στην υλοποίηση και ολοκλήρωση της διατριβής αυτής.

Τέλος, ιδιαίτερη αναφορά θα ήθελα να κάνω στον αείμνηστο καθηγητή Αθανάσιο Αρχιμανδρίτη, ο οποίος μου έδωσε την ευκαιρία να ασχοληθώ με ένα τόσο ενδιαφέρον θέμα.

«Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, δεν υποδηλώνει αποδοχή της γνώμης του συγγραφέα».

Οργανισμός του Πανεπιστημίου Αθηνών, άρθρο 202/2 Νόμος 5343/32

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

- Ημερομηνία αίτησης: 07/02/2005
- Ημερομηνία ορισμού τριμελούς επιτροπής: 21/03/2005

Τριμελής επιτροπή:

1. Γ.Παπαθεοδωρίδης
2. Σ.Ντουράκης
3. Α. Αρχιμανδρίτης

- Ημερομηνία αλλαγής τριμελούς επιτροπής: 22/10/2010

Τριμελής επιτροπή:

1. Γ.Παπαθεοδωρίδης
2. Σ.Ντουράκης
3. Σ.Μανωλακόπουλος

- Ημερομηνία ορισμού θέματος: 15/07/2005
- Ημερομηνία κατάθεσης 1^{ης} προόδου: 14/07/2006
- Ημερομηνία κατάθεσης 2^{ης} προόδου: 09/05/2007
- Ημερομηνία κατάθεσης 3^{ης} προόδου: 11/02/2008

Ημερομηνία αίτησης για τον ορισμό επταμελούς εξεταστικής επιτροπής:
1/07/2013

Μέλη επταμελούς εξεταστικής επιτροπής:

1. Σ. Λαδά
2. Δ. Πεκτασίδη
3. Σ. Ντουράκη
4. Γ. Παπαθεοδωρίδη
5. Σ. Μανωλακόπουλο
6. Ι. Βλαχογιαννάκο
7. Γ. Καραμανώλη

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Όνοματεπώνυμο: Βασιλείου Χαράλαμπος. Όνομα πατρός: Θωμάς.

Ημερομηνία Γέννησης: 22/11/1969.

Τόπος Γέννησης: Αθήνα.

Διεύθυνση Δεκελείας 9 & Θριάμβου 2, Τ.Κ 141 22. Νέο Ηράκλειο Αττικής. Αθήνα.

Τηλέφωνο: 2102826685. ☎ 6944671590

Οικογενειακή κατάσταση: Εγγαμος με ένα τέκνο. Γλώσσες: Αγγλική (B1), Γερμανική (A2).

ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ

15/07/84: Απόφοιτος 3ου Γυμνασίου Νέου Ηρακλείου Αττικής.

07/07/87: Απόφοιτος 1ου Γενικού Λυκείου Νέου Ηρακλείου Αττικής.

11/09/88: Έναρξη σπουδών στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κλούζ Ναπόκα της Ρουμανίας.

13/09/94: Τέλος σπουδών.

14/10/94: Απονομή πτυχίου με βαθμό 8.39

08/12/95: Απονομή αναγνώρισης τίτλου σπουδών από το ΔΙ.ΚΑ.ΤΣΑ.

ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΘΗΤΕΙΑΣ

30/07/1995 - 30/01/1997: Εκπλήρωση στρατιωτικής θητείας στο κέντρο εκπαίδευσης υγειονομικού Άρτας, στο Κ.Υ Ξάνθης, στο Τ.Π, Διδυμότειχου και στο 2ο ΤΕΑΣ Μεγάρων

ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΘΗΤΕΙΑΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ

14/03/97 - 16/12/98: Εκπλήρωση θητείας Υπηρεσίας Υπαίθρου στο Κέντρο Υγείας Μεσσήνης με παράταση 9 μηνών.

ΕΤΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

21/12/98 - 21/12/00: Άσκηση 2 ετών ειδικότητας Παθολογίας στην Β΄ Παθολογική Κλινική του Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Μελισσίων Αμαλία Φλέμιγκ υπό την διεύθυνση του Βογιατζόγλου Δημητρίου.

30/9/2002 - 02/10/06 : Άσκηση 4 ετών ειδικότητας Γαστρεντερολογίας στο Γαστρεντερολογικό τμήμα του Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών Ιπποκρατείου.

Μέλος της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρίας (ΕΓΕ).

Μέλος της Ελληνικής Εταιρίας Μελέτης Ηπατος.**Fellow of the European Board of Gastroenterology and Hepatology****ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ**

1. 1 έτος Επικουρικός Γαστρεντερολόγος στο Νοσοκομείο Αμαλία Φλέμινγκ (04/06/07-03/06/08).
2. 1 έτος θεραπευτής ιατρός Γαστρεντερολόγος στο Ασφαλιστικό Ταμείο Ο.Α.Ε.Ε. με σύμβαση μίσθωσης έργου (01/01/09 - 31/12/09).
3. Θεραπευτής ιατρός Γαστρεντερολόγος στο Ασφαλιστικό Ταμείο Ο.Α.Ε.Ε. από (01/01/10 μέχρι σήμερα) με σύμβαση μίσθωσης έργου έως και 31/12/11.
4. Λειτουργία ιδιωτικού Γαστρεντερολογικού Ιατρείου (22/12/08 μέχρι 01/07/12).
5. 1 μήνα επικουρικός γαστρεντερολόγος (01/07/12 εως 01/08/12) στο Croydon University Hospital του Λονδίνου.
6. Λειτουργία ιδιωτικού Γαστρεντερολογικού Ιατρείου συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ με πλήρη ενδοσκοπικό εξοπλισμό (01/08/12 μέχρι σήμερα).

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΡΓΟ**I. ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ.**

1. 23ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής. Αθήνα 9 ως 12 Νοεμβρίου 2002.
Οξεία δυσφαγία σε ασθενή σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας σε τεχνητό νεφρό .
Ε. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Μ. ΣΟΝΙΚΙΑΝ, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**, Α. ΔΟΥΝΑΒΗΣ, Ε. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ.
Γαστρεντερολογικό και Χειρουργικό Τμήμα ΓΝΜ «Αμαλία Φλέμινγκ»
Hellenic journal of Surgery Τόμος 74, Τεύχος 6.
2. 23ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής. Αθήνα 9 ως 12 Νοεμβρίου 2002.
Αιμορραγίες ανώτερου πεπτικού από λήψη ΜΣΑΦ σε διαβητικούς ασθενείς. Ενδοσκοπικά ευρήματα και εποχιακή κατανομή.
Ε. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**¹, Α. ΔΟΥΝΑΒΗΣ², Ε. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ².
1.Γαστρεντερολογικό, 2.Χειρουργικό Τμήμα ΓΝΜ «Αμαλία Φλέμινγκ»
Hellenic journal of Surgery Τόμος 74, Τεύχος 6.
3. 23ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής. Αθήνα 9 ως 12 Νοεμβρίου 2002.
Ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος λεπτού εντέρου σε ασθενή με εντεροπάθεια από γλουτένη με εικόνα απαφρακτικού ειλεού.
Ε. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹, Α. ΔΟΥΝΑΒΗΣ², Κ. ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ³, Κ. ΜΗΤΣΟΥΡΑΣ³, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**¹, Ε. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ², Π. ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΣ³.
Γαστρεντερολογικό¹, Χειρουργικό² και Α Παθολογικό³ Τμήμα ΓΝΜ «Αμαλία Φλέμινγκ»
Hellenic journal of Surgery Τόμος 74, Τεύχος 6.
4. 22ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας. Αθήνα 21 ως 24 Νοεμβρίου 2002.

Αξιολόγηση της κατανομής και της προγνωστικής αξίας των περιφερικών πολυπόδων του παχέος εντέρου σε ενήλικες και άτομα της τρίτης ηλικίας.

Ε. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Π. ΜΠΡΕΣΤΑΣ.

Γαστρεντερολογικό Τμήμα ΓΝΜ «Αμαλία Φλέμιγκ»

Annals of Gastroenterology 2002; 15 (Suppl):19.

5. 22ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας. Αθήνα 21 ως 24 Νοεμβρίου 2002.

Εκτίμηση των συμπτωμάτων του πεπτικού σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη.

Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹, Δ. ΒΟΓΙΑΤΖΟΓΛΟΥ², Π. ΜΠΡΕΣΤΑΣ¹, Ε. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹.

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα ²Διαβητολογικό Ιατρείο ΓΝΜ «Αμαλία Φλέμιγκ»

Annals of Gastroenterology 2002; 15 (Suppl):11

6. 22ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας. Αθήνα 21 ως 24 Νοεμβρίου 2002.

Διερεύνηση των ενδοσκοπικών ευρημάτων και της εποχιακής κατανομής των οξείων αιμορραγιών του ανώτερου πεπτικού μεταξύ χρηστών και μη ΜΣΑΦ.

Ε. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Π. ΜΠΡΕΣΤΑΣ, Ε. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ.

Γαστρεντερολογικό Τμήμα ΓΝΜ «Αμαλία Φλέμιγκ»

Annals of Gastroenterology 2002; 15 (Suppl):11.

7. 22ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας. Αθήνα 21 ως 24 Νοεμβρίου 2002.

Η επείγουσα ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού σε ασθενείς με διάτρηση πεπτικού έλκους.

Ε. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹, Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹, Ι. ΚΑΛΑΪΤΖΟΠΟΥΛΟΣ², Ε. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ².

¹Γαστρεντερολογικό, ²Χειρουργικό Τμήμα ΓΝΜ «Αμαλία Φλέμιγκ»

Annals of Gastroenterology 2002; 15 (Suppl):88.

8. 9^ο Ελληνικό Συνέδριο για το Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού (H.P). Αθήνα 13 Μαρτίου 2004.

Ελικοβακτηριακή (H.P) λοίμωξη και δωδεκαδακτυλογαστρική παλινδρόμηση (Δ.Γ.Π.)

Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ², Α. ΚΩΣΤΑΚΗ³, Σ. ΨΑΡΑΚΗΣ³.

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο» ³Τμήμα Στατιστικής, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

9. 9^ο Ελληνικό Συνέδριο για το Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού (H.P). Αθήνα 13 Μαρτίου 2004.

Helicobacter pylori (H.P), έλκη στομάχου (Ε.Σ).

Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ².

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο».

10. 9^ο Ελληνικό Συνέδριο για το Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού (H.P). Αθήνα 13 Μαρτίου 2004.

Επιπολασμός και ηλικιακή κατανομή του Ελικοβακτηριδίου του πυλωρού το 2004.

Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹, Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ².

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο».

11. 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παθολογοανατομικό, Καβάλα 24 – 26 Ιουνίου 2004.

Συσχέτιση ατροφικής γαστρίτιδας (Α.Γ), εντερικής μεταπλασίας και δυσπλασίας με το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (H.P) σε δυσπεπτικούς ασθενείς.

Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ, Π. ΑΓΓΕΛΗ, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ, Ε. ΝΙΚΑ, Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ.

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιπποκράτειο. Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Παθολογοανατομικό Τμήμα.

12. 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παθολογοανατομικό, Καβάλα 24 – 26 Ιουνίου 2004.

Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (H.P) και δυσπλασία σε ασθενείς με ατροφική γαστρίτιδα (Α.Γ).

Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**, Π. ΑΓΓΕΛΗ, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ, Ε. ΧΡΑ, Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ.

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιπποκράτειο.Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Παθολογοανατομικό Τμήμα.

13. 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παθολογοανατομικό, Καβάλα 24 – 26 Ιουνίου 2004.

Επιπολασμός και ηλικιακή κατανομή της δυσπλασίας του βλεννογόνου του στομάχου.

Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**, Π. ΑΓΓΕΛΗ, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. ΜΠΑΛΛΑΣ, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ, Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ.

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιπποκράτειο.Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Παθολογοανατομικό Τμήμα.

14. 24^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας, Αθήνα 6 – 9 Νοεμβρίου 2004.

Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού H.P. και δυσπλασία σε ασθενείς με εντερική μεταπλασία Ε.Μ.

Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**¹, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ², Α. ΚΩΣΤΑΚΗ³, Σ.ΨΑΡΑΚΗΣ³.

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο» ³Τμήμα Στατιστικής, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Annals of Gastroenterology 2004; 17 (Suppl):27.

15. 24^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας, Αθήνα 6 – 9 Νοεμβρίου 2004.

Συχνότητα δυσπλασίας του βλεννογόνου του στομάχου σε ασθενείς με ή χωρίς ατροφική γαστρίτιδα Α.Γ.

Ν.ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**¹, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Π. ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ¹, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ².

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα.Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιπποκράτειο.

Annals of Gastroenterology 2004; 17 (Suppl):27.

16. 24^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας, Αθήνα 6 – 9 Νοεμβρίου 2004.

Επιπολασμός και ηλικιακή κατανομή της εντερικής μεταπλασίας (Ε.Μ) του βλεννογόνου του στομάχου.

Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹, Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ¹, Π. ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ¹, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Α. ΜΠΕΤΣΙΣΤΑ², Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ².

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα.Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιπποκράτειο.

Annals of Gastroenterology 2004; 17 (Suppl):27.

17. 20^ο Ιατρικό Συνέδριο Ενόπλων Δυνάμεων. Θεσσαλονίκη 18 – 21 Νοεμβρίου 2004.

Επιπολασμός και ηλικιακή κατανομή της ατροφικής γαστρίτιδας (Α.Γ) του βλεννογόνου του στομάχου.

Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹, Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ¹, Π. ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ¹, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ².

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιπποκράτειο. ¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα.

18. 20^ο Ιατρικό Συνέδριο Ενόπλων Δυνάμεων. Θεσσαλονίκη 18 – 21 Νοεμβρίου 2004.

Συχνότητα της δυσπλασίας του βλεννογόνου του στομάχου σε ασθενείς με ή χωρίς εντερική μεταπλασία.

Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹, Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ¹, Π. ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ¹, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ².

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιπποκράτειο. ¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα.

19. 20^ο Ιατρικό Συνέδριο Ενόπλων Δυνάμεων. Θεσσαλονίκη 18 – 21 Νοεμβρίου 2004.

Φύλο και ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (H.P).

Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹**, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ¹, Π. ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ¹, Β.ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ².

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιπποκράτειο. ¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα.

20. 20^ο Ιατρικό Συνέδριο Ενόπλων Δυνάμεων. Θεσσαλονίκη 18 – 21 Νοεμβρίου 2004.

Συχνότητα εκκολπωμάτων σε άτομα με ή χωρίς πολύποδες παχέος εντέρου.

Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹**, Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ¹, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Γ. ΚΑΡΑΤΖΙΚΟΣ², Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ³.

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιπποκράτειο. ¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Χειρουργικό Τμήμα, ³Παθολογοανατομικό Τμήμα.

21. 20^ο Ιατρικό Συνέδριο Ενόπλων Δυνάμεων. Θεσσαλονίκη 18 – 21 Νοεμβρίου 2004.

Καρκίνος και εκκολπώματα παχέος εντέρου (Π.Ε).

Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ¹, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹**, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Γ. ΚΑΡΑΤΖΙΚΟΣ², Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ³.

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιπποκράτειο. ¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Χειρουργικό Τμήμα, ³Παθολογοανατομικό Τμήμα

22. 31^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο. Αθήνα 17-21 Μαΐου 2005.

Η Λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών χωρίς συνοδό γαστροπροστασία ως αίτιο αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού σε άτομα με ιστορικό έλκους.

Χ. ΛΟΥΠΑ¹, Ν. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ¹, Ι. ΤΖΑΝΟΥ¹, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹**, Ε. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ², Δ. ΒΟΓΙΑΤΖΟΓΛΟΥ¹, Μ. ΛΕΛΕΚΗΣ¹

¹ Β. Παθολογική Κλινική, ² Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝΜ «Α.Φλέμιγκ», Αθήνα.

23. 25^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας. Θεσσαλονίκη 5-8 Οκτωβρίου 2005.

Μέγεθος και εντόπιση αδενωμάτων παχέος εντέρου.

Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ¹, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹**, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Γ. ΚΑΦΙΡΗ², Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ².

Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο». Γαστρεντερολογικό Τμήμα¹, Παθολογοανατομικό Τμήμα².

24. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρίας Χειρουργικής Πεπτικού. Αθήνα 10-13 Νοεμβρίου 2005.

Μέγεθος αδενωμάτων παχέος εντέρου και βαθμός δυσπλασίας τους.

Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹**, Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ¹, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, Γ. ΚΑΦΙΡΗ², Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ², Γ. ΓΑΛΑΤΕΡΟΣ³.

Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο». ¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα, ³Χειρουργικό Τμήμα.

25. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρίας Χειρουργικής Πεπτικού. Αθήνα 10-13 Νοεμβρίου 2005.

Ηλικία και μέγεθος αδενωμάτων πολυπόδων παχέος εντέρου.

Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ¹, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹**, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, Α. ΜΠΟΥΣΙΩΤΟΥ², Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ², Γ. ΓΑΛΑΤΕΡΟΣ³.

Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο». ¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα, ³Χειρουργικό Τμήμα.

26. 10^ο Πανελλήνιο Παθολογοανατομικό Συνέδριο 2006.

Φύλο και μέγεθος αδενωμάτων παχέος εντέρου.

Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ¹, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹**, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Α. ΜΠΟΥΣΙΩΤΟΥ², Ε. ΝΙΚΑ², Α. ΜΠΕΤΣΙΣΤΑ², Γ. ΚΑΦΙΡΗ², Χ. ΔΙΚΟΓΛΟΥ², Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ²

Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο». ¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα.

- 27.** 26^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας. Αθήνα 9-12 Νοεμβρίου 2006.
 Διαγνωστική αξία ειλεοσκόπησης.
 Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ, Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ, Π. ΑΓΓΕΛΗ, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ.
 Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο». Γαστρεντερολογικό Τμήμα
- 28.** 26^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας. Αθήνα 9-12 Νοεμβρίου 2006.
 Γαστρικοί πολύποδες-Ανασκόπηση 145 περιπτώσεων.
 Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ¹, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹**, Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Χ. ΔΙΚΟΓΛΟΥ².
 Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο». ¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα.
- 29.** 26^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας. Αθήνα 9-12 Νοεμβρίου 2006.
 Ιστολογικός τύπος και εντόπιση γαστρικών πολυπόδων.
 Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Μ.ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ¹, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹**, Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Χ. ΔΙΚΟΓΛΟΥ².
 Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο». ¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα.
- 30.** 26^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας. Αθήνα 9-12 Νοεμβρίου 2006.
 Μέγεθος και ιστολογικός τύπος γαστρικών πολυπόδων.
 Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ¹, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹**, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Χ. ΔΙΚΟΓΛΟΥ².
 Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο». ¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα.
- 31.** 26^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας. Αθήνα 9-12 Νοεμβρίου 2006.
 Δυσπλασία και εντόπιση αδενωμάτων παχέος εντέρου.
 Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹**, Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ¹, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Γ. ΚΑΦΙΡΗ².
 Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο». ¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα.
- 32.** 27^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας Θεσσαλονίκη 4-7 Οκτωβρίου 2007.
 Ατροφική γαστρίτιδα: Συμπίπτουν τα ενδοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα.
 Ν. ΣΠΟΥΡΛΗΣ¹, Ν.Α. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ¹, Ν.ΧΡΥΣΑΝΘΟΣ¹, Ν.ΣΚΟΥΡΑΣ¹, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹**, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, Γ. ΚΑΦΙΡΗ², Χ. ΖΟΥΜΠΟΥΛΗ², Ε. ΒΑΣΣΟΥ², Κ.ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ²
¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο». ²Παθολογοανατομικό Τμήμα. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο».
- Annals of Gastroenterology 2007; 20 (Suppl):69.**
- 33.** 27^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας Θεσσαλονίκη 4-7 Οκτωβρίου 2007.
 Ασύρματη ενδοσκοπική κάψουλα: Είναι αξιόπιστη, αποτελεσματική και ασφαλής μέθοδος ελέγχου του λεπτού εντέρου? Ανάλυση 89 περιπτώσεων.
 Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ, Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ, Ν. ΧΡΥΣΑΝΘΟΣ, Ν. ΣΚΟΥΡΑΣ, Σ. ΣΠΟΥΡΛΗΣ, Π. ΑΓΓΕΛΗ, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ.
 Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο».
- Annals of Gastroenterology 2007; 20 (Suppl):32.**
- 34.** 27^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας Θεσσαλονίκη 4-7 Οκτωβρίου 2007.

Περιγραφή περίπτωσης: Έλκος οισοφάγου από αμοξυκιλλίνη-κλαβουλανικό οξύ σε ασθενή με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού.

Ν. ΣΠΟΥΡΛΗΣ¹, Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ¹, Ν. ΧΡΥΣΑΝΘΟΣ¹, Σ. ΣΚΟΥΡΑΣ¹, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹**, Μ. ΘΕΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, Γ. ΚΑΦΙΡΗ², Χ. ΖΟΥΜΠΟΥΛΗ², Ε. ΒΑΣΣΟΥ², Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ².

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο». ²Παθολογοανατομικό Τμήμα. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο».

Annals of Gastroenterology 2007; 20 (Suppl):55.

35. 27⁰ Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας Θεσσαλονίκη 4-7 Οκτωβρίου 2007.

Κυστατίνη C σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου.

Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ⁴, Μ. ΚΡΑΒΒΑΡΙΤΟΥ¹, Ν. ΣΕΒΑΣΤΟΣ³, Ε.ΠΟΥΛΑΚΗ², Α.ΦΡΕΔΕΡΙΓΟΥ², Γ. ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ³, Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ⁴.

¹Βιοχημικό-Ορμονολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», ²Βιοχημικό Τμήμα, Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», ³ Β Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», ⁴Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο».

Annals of Gastroenterology 2007; 20 (Suppl):46.

36. 27⁰ Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας Θεσσαλονίκη 4-7 Οκτωβρίου 2007.

Βραχύς οισοφάγος Barrett. Επιβεβαιώνεται ιστολογικά.

Ν. ΣΠΟΥΡΛΗΣ¹, Ν. ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Β. ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Σ. ΜΠΑΛΛΑΣ¹, Ν. ΧΡΥΣΑΝΘΟΣ¹, Σ. ΣΚΟΥΡΑΣ¹, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹**, Π. ΑΓΓΕΛΗ¹, Χ. ΔΙΚΟΓΛΟΥ², Δ. ΠΡΙΦΤΗΣ², Μ. ΧΑΡΙΡΙ², Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ².

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο». ²Παθολογοανατομικό Τμήμα. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο».

Annals of Gastroenterology 2007; 20 (Suppl):55.

37. 27⁰ Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας Θεσσαλονίκη 4-7 Οκτωβρίου 2007.

Κλινική εκτίμηση της ισχαιμικής κολίτιδας.

Σ.ΜΠΑΛΛΑΣ¹, Ν.Α.ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Β.ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹,Ν.ΧΡΥΣΑΝΘΟΣ¹,Ν.ΣΠΟΥΡΛΗΣ¹,Σ. ΣΚΟΥΡΑΣ¹,**Χ.ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹**,Π.ΑΓΓΕΛΗ¹,Α.ΜΠΟΥΣΙΩΤΟΥ²,Δ.ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ², Π.ΧΑΤΖΗΠΑΝΤΕΛΗΣ², Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ²

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο». ²Παθολογοανατομικό Τμήμα. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο».

Annals of Gastroenterology 2007; 20 (Suppl):43

38. 28ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας Αθήνα 13-16 Νοεμβρίου 2008.

Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και δωδεκαδακτυλογαστρική παλινδρόμηση στη πρόκληση γαστρικής ατροφίας. Ανάλυση 117 περιπτώσεων

Ν.Β. ^{ΧΡΥΣΑΝΘΟΣ¹}, Ν.Α.ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Σ.ΣΚΟΥΡΑΣ¹, Ν.ΣΠΟΥΡΛΗΣ¹, Α.ΒΑΣΙΛΙΕΒΑ¹, Ν.ΣΦΟΥΓΚΑΤΑΚΗΣ¹, Β.ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, **Χ.ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹**, Α.ΜΠΟΥΣΙΩΤΟΥ², Δ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ², Π.ΧΑΤΖΗΠΑΝΤΕΛΗΣ², Σ.ΤΖΙΚΑ², Κ.ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ², Α.ΛΑΖΑΡΗΣ³.

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο». ²Παθολογοανατομικό Τμήμα. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», ³Εργαστήριο παθολογικής ανατομικής, Ιατρική σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Annals of Gastroenterology 2008; 20 (Suppl):48.

39. 28ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας Αθήνα 13-16 Νοεμβρίου 2008.

Ενδοσκοπικά ευρήματα; σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

Ν.ΣΠΟΥΡΛΗΣ¹, Ν.Α.ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Χ.ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹, Σ.ΣΚΟΥΡΑΣ¹, Ν.Β. ΧΡΥΣΑΝΘΟΣ¹, Λ.ΒΑΣΙΛΙΕΒΑ¹, Ν.ΣΦΟΥΓΚΑΤΑΚΗΣ¹, Β.ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Χ.ΖΟΥΜΠΟΥΛΗ², Γ.ΚΑΦΙΡΗ², Δ.ΠΡΙΦΤΗΣ², Δ.ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ², Π.ΧΑΤΖΗΠΑΝΤΕΛΗΣ², Σ.ΧΑΡΙΡΙ², Μ.ΒΛΑΧΟΥ², Β.ΜΙΓΔΟΥ², Κ.ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ², Μ.ΚΡΑΒΒΑΡΙΤΟΥ³.

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο». ²Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», ³Βιοχημικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο».

Annals of Gastroenterology 2008; 21 (Suppl):50.

40. 28ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας Αθήνα 13-16 Νοεμβρίου 2008.

Ιστολογική εκτίμηση δωδεκαδακτύλου σε ασθενείς με σιδηροπενική αναιμία

Σ.ΣΚΟΥΡΑΣ¹, Ν.Α.ΡΟΣΟΛΥΜΟΣ¹, Ν.Β. ΧΡΥΣΑΝΘΟΣ¹, Ν.ΣΠΟΥΡΛΗΣ¹, Λ.ΒΑΣΙΛΙΕΒΑ¹, Ν.ΣΦΟΥΓΚΑΤΑΚΗΣ¹, Β.ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ¹, Χ.ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ¹, Ε.ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ², Π.ΧΑΤΖΗΠΑΝΤΕΛΗΣ², Ε.ΒΑΣΟΥ², Β.ΜΙΓΔΟΥ², Δ.ΠΡΙΦΤΗΣ², Χ.ΔΙΚΟΓΛΟΥ², Α.ΜΠΟΥΣΙΩΤΟΥ², Κ.ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ², Α.ΛΑΖΑΡΗΣ³.

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο». ²Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», ³Εργαστήριο παθολογικής ανατομικής, Ιατρική σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Annals of Gastroenterology 2008; 21 (Suppl):54.

II. ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΣΕ ΞΕΝΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

1. European Helicobacter Study Group. XVII International Workshop. University Campus, Vienna, Austria, September 22 – 24, 2004.

Helicobacter pylori infection and duodenogastric reflux (DG.R). (Ελικοβακτηριδιακή λοίμωξη και δωδεκαδακτυλογαστρική παλινδρόμηση ΔΓΠ).

N. ROSSOLIMOS¹, P. AGGELI¹, H. VASILIOU¹, M. THEOPHILOPOULOU¹, S.BALAS¹, K. PAPADIMITRIOU², A. KOSTAKI², S. PSARAKIS³.

¹Ippokratio General Hospital, Department of Gastroenterology, Athens., Greece, ²Ippokratio General Hospital, Department of Histopathology, Athens., Greece ³University of Economics and Business, Department of Statistics, Athens., Greece.

Helicobacter Volume 9, Number 5, 2004.

2. European Helicobacter Study Group. XVIII International Workshop. Copenhagen. October 12-14, 2005.

Prevalence and Age-Related Distribution of Intestinal Metaplasia of the Gastric Mucosa.(Συχνότητα και σχετιζόμενη με την ηλικία ταξινόμησης της εντερικής μεταπλασίας στο γαστρικό βλεννογόνο).

N.ROSSOLIMOS¹, C. VASSILIOU¹, P. AGGELI¹, S. BALAS¹, M. THEOPHILOPOULOU¹, V. XIROMERITOU¹, G. KARATZIKOS¹, A.BOUSIOTOU², G.KAFIRI², K.PAPADIMITRIOU².

¹Ippokratio General Hospital, Department of Gastroenterology, Athens., Greece, ²Ippokratio General Hospital, Department of Histopathology, Athens., Greece.

Helicobacter Volume 10, Number 5, 2005.

3. European Helicobacter Study Group. XVIII International Workshop. Copenhagen. October 12- 14, 2005.

Helicobacter pylori-Negative Gastric Ulcers. (Ελικοβακτηριδιακά αρνητικά γαστρικά έλκη).

N.ROSSOLIMOS¹, M. THEOPHILOPOULOU¹, S. BALAS¹, P. AGGELI¹, C. VASSILIOU¹, V. XIROMERITOU¹, G. KARATZIKOS¹, G. KAFIRI², K.PAPADIMITRIOU².

¹Ippokratio General Hospital, Department of Gastroenterology, Athens., Greece, ²Ippokratio General Hospital, Department of Histopathology, Athens., Greece.

Helicobacter Volume 10, Number 5, 2005.

III. ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΑΡΘΡΩΝ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Τριμηνιαίο Περιοδικό **INFO GASTROENTEROLOGY**. Τεύχος 12. Διαβητική Διάρροια Οκτώβριος-Νοέμβριος- Δεκέμβριος 2001.

Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Ε. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ.

Γαστρεντερολογικό Τμήμα Ν.Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ»

2. Τριμηνιαίο Περιοδικό **INFOGASTROENTEROLOGY**. Τεύχος 22,. Οξεία Ηπατική Ανεπάρκεια. Β. ΜΕΡΟΣ. Απρίλιος- Μάιος- Ιούνιος 2004.

Ε. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**.

Γαστρεντερολογικό Τμήμα Ν.Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ»

3. **ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ**. Τόμος ΚΕ', Τεύχος 11. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ. Υπερήλικη ασθενής με διόγκωση τραχηλικών λεμφαδένων- ταυτόχρονη εμφάνιση δύο νοσημάτων.

Χ.ΛΟΥΠΑ¹, **Μ.ΧΑΤΖΗΩΑΝΝΟΥ**¹, **Χ.ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**¹, **Γ.ΨΑΡΡΟΣ**¹, **Α.ΔΟΥΝΑΒΗΣ**², **Δ.ΒΟΓΙΑΤΖΟΓΛΟΥ**².

1 Β Παθολογικό Τμήμα, ² Χειρουργικό Τμήμα Ν.Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμινγκ», Αθήνα

4. **ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ**. Τόμος 3 – Τεύχος 3 Σεπτέμβριος-Δεκέμβριος 2003. Αξιολόγηση της Κατανομής και της Προγνωστικής Αξίας των Περιφερικών Πολυπόδων του Παχέος Εντέρου σε Ενήλικες και Άτομα της Τρίτης Ηλικίας.

Ε. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, **Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**, Α. ΓΙΑΚΟΥΜΗ, Π. ΜΠΡΕΣΤΑΣ.

Γαστρεντερολογικό Τμήμα Ν.Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ»

5. **ΗΑΕΜΑ**. The journal of the Hellenic Society of Haematology. Volume 7 Number 3, April – June 2004. Gastrointestinal and hepatic manifestations in haematological diseases (Γαστρεντερικές και ηπατολογικές εκδηλώσεις στα αιματολογικά νοσήματα).

E.D. PAPA VASSILIOU¹, **CH.TH. VASSILIOU**¹, **J.MELETIS**².

¹Gastroenterology Department “Amalia Fleming” General Hospital, ²1st Department of Internal Medicine, Athens University School of Medicine, “Laiko” Hospital, Athens Greece.

IV. ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. **HEPATO-GASTROENTEROLOGY**. Volume 52. December 2005. Page A268.

Size of colonic adenomas and colonic diverticula. (Μέγεθος των αδενωμάτων του παχέος εντέρου και εκκολπώματα).

N.ROSSOLIMOS, **V.XIROMERITOU**, **C.VASSILIOU**, **P.AGGELI**, **M.THEOFILOPOULOU**, **S.BALLAS**.

Ippokraton General Hospital, Department of Gastroenterology, Athens, Greece.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ ΩΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΟΥ

I. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ – ΗΜΕΡΙΔΩΝ - ΣΥΜΠΟΣΙΩΝ & ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ

1. 25ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο. Αθήνα 4 ως 8 Μαΐου 1999.
2. 20ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας. 1 - 5 Νοεμβρίου 2000.
3. 21^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας. Ιωάννινα 27 Σεπτεμβρίου - 1 Οκτωβρίου 2001.
4. 27ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο. Αθήνα 8 - 12 Μαΐου 2001.
5. Κλινική και Γαστρεντερολογικό Τμήμα. Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Αμαλία Φλέμιγκ. Αθήνα 5 Φεβρουαρίου 2002
6. Επιστημονική Ημερίδα με θέμα τις Νεότερες Εξελίξεις στη διάγνωση και τη θεραπεία των Νόσων του Ηπατος που διοργανώθηκε από την Επιστημονική Εταιρεία του Ομίλου Ιατρικού Αθηνών. Αθήνα 23 Μαρτίου 2002.
7. 13ο Εαρινό Συμπόσιο Παγκρέατος. Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία. Παγκρεατολογικό Τμήμα. Αθήνα 6 Απριλίου 2002.
8. 1^η Εκπαιδευτική Ημερίδα για τις "Καλοήθειες παθήσεις του πρωκτού" που διοργάνωσε το Πρωκτολογικό Τμήμα της Ε.Γ.Ε. Αθήνα.
9. 22ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας. Αθήνα 21 - 24 Νοεμβρίου 2002.
10. 8^ο Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο. Θεσσαλονίκη 8- 11 Μαΐου 2003.
11. 5^ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο στην Γαστρεντερική Κινητικότητα, 2^η Ενότητα: Στόμαχος – Λεπτό Έντερο, 12- 15 Νοεμβρίου 2003, Χανιά. Πανεπιστήμιο Κρήτης – Τμήμα Ιατρικής – Γενική Χειρουργική Κλινική – Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου. Γαστρεντερολογική Κλινική – Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών.
12. 24^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας, Αθήνα 6 – 9 Νοεμβρίου 2004.
13. Μετεκπαιδευτικά Φροντιστηριακά Μαθήματα της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρίας (Αθήνα) με γνωστικό αντικείμενο (Νοσήματα Ηπατος) για την περίοδο 2004-2005.
14. 10^ο Ελληνικό Συνέδριο για το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Αθήνα Μάρτιος 2005.
15. Μετεκπαιδευτικά Φροντιστηριακά Μαθήματα της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρίας (Αθήνα) με γνωστικό αντικείμενο (Παθήσεις παγκρέατος-χοληφόρων) για την περίοδο 2005-2006.
16. Ημερίδα. Εξελίξεις στη Γαστρεντερολογία και Ηπατολογία. Αθήνα 18 Φεβρουαρίου 2006.
17. 5^η Εκπαιδευτική Διημερίδα. Παθήσεις του πρωκτού και της περιεδρικής χώρας. 24-25 Νοεμβρίου 2007.
18. Ημερίδα. Νεώτερα Δεδομένα και Αντιπαραθέσεις στις Παθήσεις του Παγκρέατος. 1 Δεκεμβρίου 2007.
19. 2^η Πανελλήνια Ημερίδα Ογκολογίας Πεπτικού με θέμα Νεοπλάσματα Ηπατος. 15 Δεκεμβρίου 2007.

20. 6^η Εκπαιδευτική Δημερίδα. Πολύποδες. Αθήνα 27-28 Σεπτεμβρίου 2008.
21. 28^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας. Αθήνα 13-16 Νοεμβρίου 2008.
22. 13^ο Ελληνικό Συνέδριο για το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, Αθήνα 28-29 Μαρτίου 2008.
23. Ημερίδα. Παρόν και Μέλλον στις Παθήσεις του Παγκρέατος. 6 Δεκεμβρίου 2008.
24. 29^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας Χαλκιδική Πόρτο-Καρράς 15-18 Οκτωβρίου 2009.
25. 14^ο Ελληνικό Συνέδριο για το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Αθήνα 6-7 Μαρτίου 2009.
26. 2^ο Σχολείο Κλινικής Ηπατολογίας (2008-2009).
27. Εκπαιδευτικό Σεμινάριο «Ενδοσκοπικές και Χειρουργικές Τεχνικές Θεραπείας Κινητικών Διαταραχών Γαστροοισοφαγικής Συμβολής». Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών 27-28 Νοεμβρίου 2009.
28. 7^η Εκπαιδευτική Δημερίδα. Επιπλοκές στη Γαστρεντερολογία. Αθήνα 24-25 Οκτωβρίου 2009.
29. 4^η Πανελλήνια Δημερίδα «Προκαρκινικές βλάβες του πεπτικού συστήματος». Αθήνα 19 Δεκεμβρίου 2009.
30. 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του εντέρου. Λεμεσός. Κύπρος 21-23 Μαΐου 2010.

I. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΞΕΝΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ

1. XXIII GASTROENTEROLOGY AND ENDOTHERAPY EUROPEAN WORKSHOP (BRUSSELS June 20-22, 2005).
2. The International Forum in Endoscopy HAMBURG November 09-10, 2007 (ENDO CLUB NORD 2007).

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ ΩΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗ

1. Καρκίνος ήπατος (επιδημιολογία, συμπτωματολογία). Αμφιθέατρο Ανατολικού Κτιρίου Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ". Πέμπτη 6 Απριλίου 2006 ώρα 7:15-9:30 μ.μ.
2. Μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα. Αμφιθέατρο Νοσοκομείου Ν.Ι.Μ.Ι.Τ.Σ. 2^ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο (ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ, Κυριακή 6 Νοεμβρίου 2005).

Περιεχόμενα

ΣΕΛΙΔΑ ΤΙΤΛΟΥ	I
ΟΡΚΟΣ ΤΟΥ ΠΗΠΟΚΡΑΤΗ	II
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	III
ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ	IV
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	V
<u>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</u>	21
<u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	22
<u>1. ΓΑΣΤΡΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ</u>	23
<u>1.1. Ορισμός</u>	23
<u>1.2. Επιδημιολογία</u>	24
<u>1.3. Αιτιολογία</u>	25
<u>1.4. Συμπτωματολογία</u>	25
<u>1.5. Ταξινόμηση</u>	26
<u>1.6. Ενδοσκόπηση</u>	27
<u>1.6.1. Κατευθυντήριες οδηγίες</u>	28
<u>1.6.2. Γαστροοισοφαγική βαλβίδα</u>	29
<u>1.6.3. Διαφραγματοκήλη</u>	30
<u>1.7. Επιπλοκές</u>	30
<u>1.7.1. Οισοφαγίτιδα εκ παλινδρόμησης</u>	30
<u>1.7.1.1. Επιδημιολογία</u>	30
<u>1.7.1.2. Ενδοσκόπηση</u>	31
<u>1.7.1.3. Ιστολογία</u>	33
<u>1.7.1.4. Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση και οισοφαγίτιδα</u>	34
<u>1.7.2. Οισοφαγικές στενώσεις</u>	37
<u>1.7.3. Οισοφαγικά έλκη</u>	37
<u>1.7.4. Οισοφάγος Barrett</u>	38
<u>1.7.4.1. Επιδημιολογία</u>	38
<u>1.7.4.2. Ενδοσκόπηση</u>	39
<u>1.7.4.3. Ιστολογία</u>	40
<u>1.7.4.4. Φυσική ιστορία</u>	40

<u>1.7.5. Αδενοκαρκίνωμα οισοφάγου</u>	44
<u>1.7. 6. Οισοφαγικοί δακτύλιοι</u>	45
<u>1.8. Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση και Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (H.pylori)</u>	46
<u>2. ΔΥΣΠΕΨΙΑ</u>	47
<u>2.1. Ορισμός, συμπτώματα</u>	47
<u>2.2. Επιδημιολογία</u>	50
<u>2.3. Αιτιοπαθογένεια</u>	50
<u>2.4. Ενδοσκόπηση</u>	51
<u>2.4.1. Κατευθυντήριες οδηγίες</u>	51
<u>2.4.2. Δυσπεψία και ενδοσκοπικά ευρήματα</u>	52
<u>2.5. Δυσπεψία και H.pylori</u>	57
<u>2.5.1. Ενδοσκοπικά ευρήματα σε H.pylori θετικούς ασθενείς με δυσπεψία</u>	58
<u>2.6. Ιστολογία</u>	62
<u>3. ΣΥΝΟΨΗ</u>	65
<u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	66
<u>1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ</u>	67
<u>2. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ</u>	67
<u>3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ</u>	74
<u>4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</u>	74
<u>5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ</u>	77
<u>5.1. Συσχέτιση συμπτωμάτων παλινδρόμησης και οισοφαγίτιδας</u>	77
<u>5.2. Συσχέτιση συμπτωμάτων δυσπεψίας και ενδοσκοπικών ευρημάτων</u>	79
<u>5.3. Συσχέτιση Γαστροοισοφαγικής Παλινδρόμησης και H.p.</u>	81
<u>5.4. Συσχέτισης δυσπεψίας και H.p.</u>	82
<u>6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u>	83
<u>7. ΠΙΝΑΚΕΣ</u>	84
<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u>	95
<u>SUMMARY</u>	96
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	97

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Γαστρο-Οισοφαγική Παλινδρόμηση Νόσος (ΓΟΠΝ) και η δυσπεψία αποτελούν συχνές αιτίες επίσκεψης των ασθενών σε ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων από γενικούς ιατρούς μέχρι γαστρεντερολόγους. Τα συμπτώματα μπορεί να ποικίλλουν, να αλληλοεπικαλύπτονται και πολλές φορές να είναι αρκετά βασανιστικά επηρεάζοντας αρνητικά την κοινωνική και την επαγγελματική ζωή των ασθενών. Στην διερεύνηση των ασθενών αυτών, ο γιατρός πρέπει να διακρίνει τις οργανικές αιτίες συμπτωμάτων από την απλή ΓΟΠΝ και τη λειτουργική δυσπεψία, μέσω της λήψης ενός επαρκούς ιστορικού, της κατάλληλης φυσικής εξέτασης και μίας σειράς παρακλινικών εξετάσεων.

Η ενδοσκόπηση εξακολουθεί να παραμένει η εξέταση εκλογής για τη διερεύνηση αυτών των ασθενών, αφού έχει την ικανότητα της άμεσης επισκόπησης τυχόν βλεννογόνιων βλαβών, και παράλληλα την πιθανή λήψη βιοψικού υλικού για ιστολογική εξέταση. Επίσης, μέσω του ληφθέντος βιοψικού υλικού, είναι δυνατή και η εξακρίβωση της ύπαρξης του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (H.p). του οποίου η συμμετοχή στη αιτιοπαθογένεια των δύο νόσων παραμένει αμφιλεγόμενη . Με τις νεότερες μάλιστα ενδοσκοπικές μέθοδοι που εφαρμόζονται όλο και συχνότερα , όπως η μεγεθυντική χρωμοενδοσκόπηση, σε έμπειρα ενδοσκοπικά χέρια και σε εξειδικευμένα κέντρα μπορούμε να διακρίνουμε ευκολότερα και να παρακολουθούμε σε βάθος χρόνου διάφορες προκαρκινικές βλάβες συνέπεια των νόσων.

Στην παρούσα μελέτη προσπαθήσαμε να συσχετίσουμε τη συμπτωματολογία τέτοιων ασθενών με τα ενδοσκοπικά και ιστολογικά τους ευρήματα, καθώς επίσης και με την παρουσία του H.p.

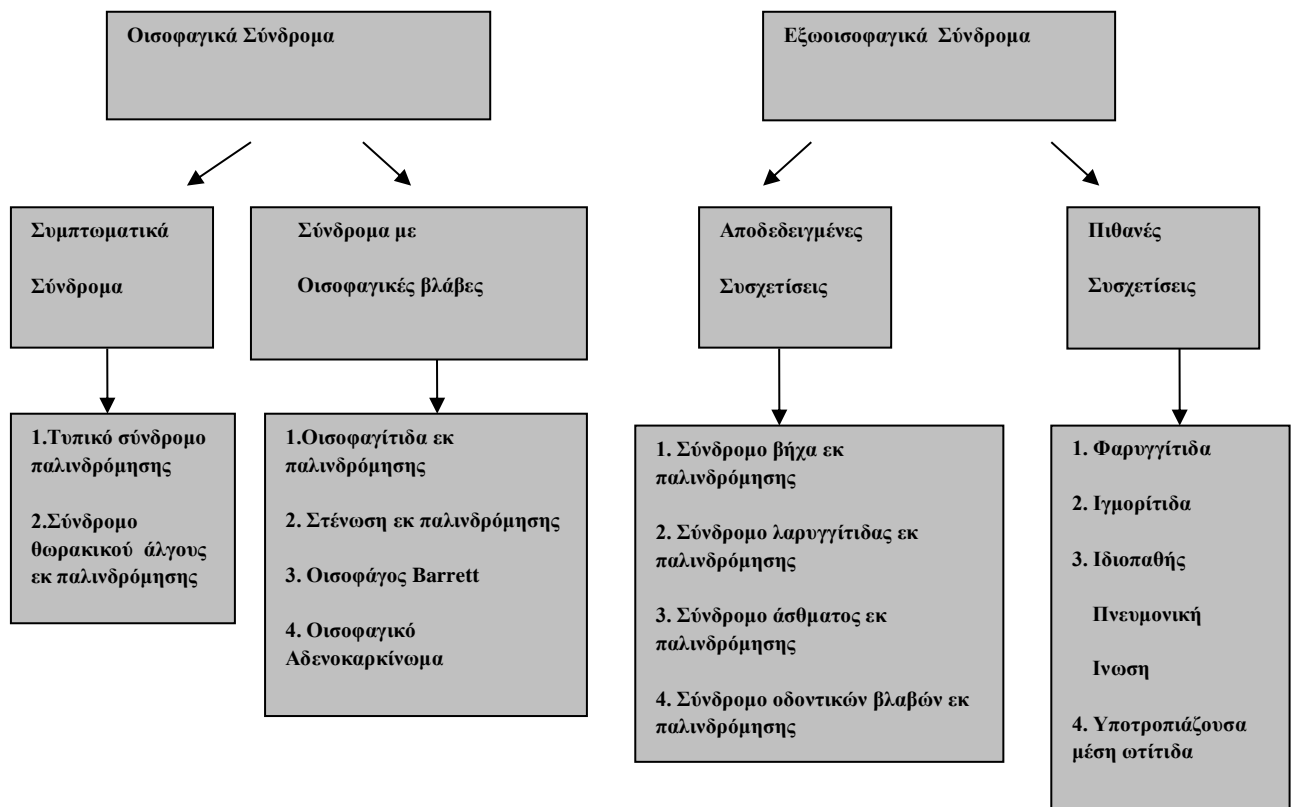
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ

1.1. Ορισμός

Με τον όρο Γαστρο-Οισοφαγική Παλινδρόμηση (ΓΟΠ) στην κλινική πράξη εννοούμε την παλινδρόμηση γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο με αποτέλεσμα την πρόκληση διαφόρων συμπτωμάτων. Η Γαστρο-Οισοφαγική Παλινδρομική Νόσος (ΓΟΠΝ) αποτελεί κλινικό φάσμα που είναι αποτέλεσμα της ΓΟΠ και περιλαμβάνει διάφορες υποομάδες ασθενών που χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ή μη βλεννογονικών βλαβών του οισοφάγου άλλοτε άλλης σοβαρότητας. Η σοβαρότητα της νόσου σε κάθε μία από τις υποομάδες αυτές, χαρακτηρίζεται από τη συχνότητα και την ένταση των συμπτωμάτων, τα οποία μπορεί να είναι και εξωοισοφαγικά και συνήθως επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής των ασθενών. Διάφορες κατευθυντήριες οδηγίες και συστάσεις έχουν δημοσιευτεί σε διάφορες χώρες για τον ορισμό της διάγνωσης και της αντιμετώπισης της ΓΟΠΝ, χωρίς να υπάρχει όμως ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός της νόσου ^(1,2). Ασθενείς με συμπτωματολογία ΓΟΠ αντιμετωπίζονται πολύ συχνά σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, και η τυπική ύπαρξη και μόνο των συμπτωμάτων θέτει τη διάγνωση της ΓΟΠΝ, χωρίς να χρειάζονται περαιτέρω διαγνωστικές δοκιμασίες για την στήριξη της διάγνωσης. Παρόλα αυτά, πολλές φορές υπάρχει σύγχυση με βάση τη συμπτωματολογία των ασθενών μεταξύ ΓΟΠΝ και δυσπεψίας. Αυτός ο προβληματισμός, έχει οδηγήσει πολλές γαστρεντερολογικές μονάδες να αντιμετωπίζουν συνδυαστικά τις δύο αυτές οντότητες ⁽³⁾. Όσον αφορά τις εξωοισοφαγικές εκδηλώσεις της ΓΟΠΝ, υπάρχει επίσης αβεβαιότητα σχετικά με τη διάγνωσή τους, με αποτέλεσμα πολλές φορές να υπέρ- ή να υπο-εκτιμούνται. Ο κατά Montreal ορισμός και ταξινόμηση της ΓΟΠΝ θεωρείται ο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενος στην καθημερινή κλινική πράξη (Πίνακας 1) .

Πίνακας 1. Γενικός ορισμός της ΓΟΠΝ και των συνοδών συνδρόμων της ⁽⁴⁾



1.2. Επιδημιολογία

Περίπου 20-40% των ενηλίκων στις χώρες της Δύσης υποφέρουν από οπισθοστερνικό καύσο και/ή αναγωγή, τα οποία μπορεί να είναι τόσο έντονα που να περιορίζουν ακόμα και την ικανότητα του ασθενούς να διατηρήσει μια φυσιολογική- κοινωνική και επαγγελματική ζωή.

Με βάση την εβδομαδιαία παρουσία των συμπτωμάτων ΓΟΠΝ, ο επιπολασμός της ΓΟΠΝ έχει αναφερθεί στο 10-20% στις δυτικές κοινωνίες και, τυπικά κάτω του 5% στην Ασία⁽⁵⁻¹²⁾. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής 20% του πληθυσμού αναφέρουν εβδομαδιαίως και 7% καθημερινώς συμπτωματολογία ΓΟΠ. Ο επιπολασμός της ΓΟΠΝ αυξάνει με την ηλικία και ΓΟΠΝ απαντάται συχνότερα στην πλειονότητα των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών, ενώ δεν φαίνεται να υπάρχει υπεροχή σε κάποιο από τα δύο φύλα^(13,14).

1.3. Αιτιολογία

Βασική αιτία της ΓΟΠΝ θεωρείται ο υποτονικός κατώτερος οισοφαγικός σφιγκτήρας που αποτελεί το φραγμό μεταξύ του όξινου γαστρικού περιεχομένου και του σχετικά αλκαλικού οισοφαγικού αυλού. Επίσης, περισσότερο συχνή στους ασθενείς αυτούς είναι η παροδική χάλαση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα που σημαίνει πτώση της πίεσης που διαρκεί μέχρι και 60 sec., χωρίς να προηγείται ο φυσιολογικός περισταλτισμός. Η ΓΟΠΝ μπορεί ακόμα να συνοδεύεται και από διαταραχή της οισοφαγικής κάθαρσης, η οποία επιτυγχάνεται φυσιολογικά από τον περισταλτισμό, τη βαρύτητα, το σίελο και την παραγωγή διτανθρακικών από τον οισοφάγο. Παράγοντες που προδιαθέτουν σε ΓΟΠΝ είναι η διαφραγματοκήλη, η παχυσαρκία, η εγκυμοσύνη, το σύνδρομο Zollinger-Ellison, η υπερασβεστιαμία, το σκληρόδερμα, η χολολιθίαση, η αποφρακτική άπνοια ύπνου, και διάφορα φάρμακα όπως τα κορτικοειδή και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ) ⁽¹⁵⁻²¹⁾.

1.4. Συμπτωματολογία

Δεν έχει ξεκαθαριστεί απόλυτα ποια συμπτώματα είναι τα πιο αντιπροσωπευτικά της διάγνωσης, και πως μπορούμε να ορίσουμε την απάντηση στη θεραπεία σε ασθενείς με ΓΟΠΝ. Επιπλέον, αν και πολλοί ασθενείς με ΓΟΠΝ έχουν τυπική συμπτωματολογία δηλαδή οπισθοστερνικό καύσο και/ή όξινη αναγωγή, άλλοι παραπονιούνται για άτυπα συμπτώματα όπως επιγαστρικό άλγος ή επιγαστρική δυσφορία, ναυτία ή έμετοι, βράγχος φωνής, θωρακικό άλγος ή ακόμα και συριγμό. Τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα συμπτώματα που προσανατολίζουν για τη διάγνωση της ΓΟΠΝ είναι ο οπισθοστερνικός καύσος και η όξινη αναγωγή τα οποία έχουν υψηλή ειδικότητα (89% και 95% αντίστοιχα) αλλά χαμηλή ευαισθησία (38% και 6% αντίστοιχα) ⁽²²⁾.

Είναι εύκολο να καταλάβουμε πόσο συχνά ο οπισθοστερνικός καύσος και η αναγωγή μπορούν να μειώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Τα συμπτώματα της ΓΟΠΝ προκαλούν δυσφορία στους ασθενείς, και μάλιστα στην περίπτωση της νυχτερινής παλινδρόμησης μπορεί να προκληθούν και διαταραχές ύπνου. Μερικά άτομα βιώνουν ήπια ή μέτρια συμπτώματα ΓΟΠΝ, και ως εκ τούτου η πάθησή τους παραμένει στα όρια μιας καλοήθους και περιστασιακής δυσφορίας. Άλλοι πάλι βιώνουν βασανιστική συμπτωματολογία η οποία τους δημιουργεί σοβαρά προβλήματα υγείας ⁽²³⁾.

ΓΟΠΝ μπορεί να εκδηλωθεί όπως αναφέρθηκε παραπάνω και άτυπα, με αναπνευστικά, ρινοφαρυγγικά ή καρδιακά συμπτώματα. Κλασική συμπτωματολογία ΓΟΠΝ απουσιάζει σε ποσοστό 40-60% ασθενών με άσθμα, 57-94% ασθενών με ωτορινολαρυγγικά συμπτώματα και 43-75% ασθενών με χρόνια βήχα στους οποίους υπάρχει σοβαρή υποψία ότι η ΓΟΠΝ ευθύνεται των συμπτωμάτων τους ⁽²⁴⁾. Γίνεται κατανοητό ότι δεν υπάρχει τέλεια κλίμακα αξιολόγησης των συμπτωμάτων της ΓΟΠΝ. Κατά την τελευταία δεκαετία έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στην ανάπτυξη κατάλληλων εργαλείων που παρέχουν την καλύτερη εκτίμηση της αλλαγής των συμπτωμάτων της ΓΟΠΝ, αλλά η ευαισθησία τους να αναδείξουν καθημερινές μεταβολές αυτών των συμπτωμάτων δεν είναι υψηλή. Οι μελέτες που αφορούν τη ΓΟΠΝ, θα πρέπει να χρησιμοποιούν ερωτηματολόγια με βάση μονοδιάστατα και πολυδιάστατα μέτρα αξιολόγησης των αποτελεσμάτων, που αφορούν και τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και έχουν αποδείξει εγκυρότητα και αξιοπιστία ⁽²⁵⁾.

1.5. Ταξινόμηση

Παραδοσιακά, οι ασθενείς με ΓΟΠΝ ταξινομούνται στις ακόλουθες 3 ομάδες: α) μη διαβρωτική παλινδρομική νόσος (NERD), β) διαβρωτική οισοφαγίτιδα και γ) οισοφάγος Barrett. Η μη διαβρωτική παλινδρομική νόσος χαρακτηρίζεται από τυπική

συμπτωματολογία ΓΟΠ χωρίς όμως ορατές ενδοσκοπικές οισοφαγικές βλεννογονικές βλάβες. Για δεκαετίες οι ερευνητές θεωρούσαν με βάση τις φυσιολογικές μελέτες ότι η ομάδα των ασθενών με NERD έχουν ήπια μορφή της νόσου. Οι ασθενείς με NERD τείνουν να έχουν μικρότερη συχνότητα παλινδρομικών επεισοδίων και έκθεση του οισοφάγου στο γαστρικό οξύ σε σχέση με τους ασθενείς με διαβρωτική οισοφαγίτιδα ⁽²⁶⁾. Μία μελέτη από τους Orr και συνεργάτες έδειξε ότι ο οισοφαγικός βλεννογόνος κατά την 24ώρη πεχαμετρία εκτίθεται σε μεγαλύτερο χρόνο και σε περισσότερη ποσότητα οξέος τόσο στην όρθια όσο και στην κατακεκλιμένη θέση, σε ασθενείς με διαβρωτική οισοφαγίτιδα σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν οισοφαγίτιδα ⁽²⁷⁾. Συνήθως NERD παρατηρείται περίπου στο 50%, ενώ διαβρωτική οισοφαγίτιδα διαγιγνώσκεται σε ποσοστό περίπου 27-30% ασθενών με ΓΟΠΝ ^(28,29).

1.6. Ενδοσκόπηση

Αν και η ΓΟΠΝ είναι κυρίως κλινική διάγνωση, η γαστροσκόπηση είναι σημαντική για τον καθορισμό της σοβαρότητας ενδεχόμενης βλάβης. Η ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού θεωρείται σήμερα εξέταση ρουτίνας σε ασθενείς με συχνό και μακροχρόνιο οπισθοστερνικό καύσο, κυρίως για το φόβο της διάγνωσης του οισοφάγου Barrett ⁽³⁰⁾. Ασθενείς με συμπτωματολογία μόνο ΓΟΠ χωρίς καθημερινό κοιλιακό άλγος και χωρίς ιστορικό ελκοπάθειας, είναι μάλλον ασυνήθιστο να έχουν ενδοσκοπικές βλάβες τόσο στο στομάχι όσο και στο δωδεκαδάκτυλο. Σε αυτούς τους ασθενείς, ίσως η απλή οισοφαγοσκόπηση είναι αρκετή ⁽³¹⁾. Ο βασικός ρόλος της ενδοσκόπησης είναι να ανιχνευθούν μεταπλαστικές ή προκαρκινικές βλάβες απότοκες της ΓΟΠΝ, που χρήζουν παρακολούθησης. Στους ασθενείς με χρόνια συμπτωματολογία ΓΟΠ, το παλινδρομούμενο περιεχόμενο από το στομάχι στον οισοφάγο μπορεί να προκαλέσει επιθηλιακές βλάβες, που μπορεί να χαρακτηρίζονται ιστολογικώς από πολυμορφοκυρηνική διήθηση ⁽³²⁾ και να συμβαίνουν σε ένα κατά τα άλλα φυσιολογικό ενδοσκοπικά οισοφάγο.

Νεότερες ενδοσκοπικές μέθοδοι, όπως η μεγεθυντική χρωμοενδοσκόπηση (magnification chromoendoscopy) και η συνεστιακή με λέιζερ ενδομικροσκόπηση (confocal laser endomicroscopy) σε έμπειρα ενδοσκοπικά χέρια και σε εξειδικευμένα κέντρα βελτιστοποιούν την εποπτεία προκαρκινικών βλεννογονικών βλαβών συνέπεια της ΓΟΠ ⁽³³⁾.

1.6.1. Κατευθυντήριες οδηγίες

Η Αμερικανική Εταιρεία Ενδοσκόπησης Πεπτικού συστήνει ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού σε ασθενείς με συμπτωματολογία ΓΟΠΝ αρκετές φορές εβδομαδιαίως και για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 5 ετών, ασθενών ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών, λευκής φυλής, ανδρικού φύλου, και με νυχτερινά συμπτώματα παλινδρόμησης. Επίσης, οι κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικανικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας δε συστήνουν ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού στο γενικό πληθυσμό με ΓΟΠΝ, παρά μόνο σε ομάδες ασθενών υψηλού κινδύνου ανάπτυξης οισοφάγου Barrett και αδενοκαρκινώματος, οι οποίοι είναι και εδώ ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών, ανδρικού φύλου, λευκής φυλής, με διαφραγματοκήλη, καπνιστές, με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος, και με ενδοκοιλιακή κατανομή λίπους ⁽³⁴⁻³⁶⁾. Απόλυτη και ευρέως αποδεκτή ένδειξη ενδοσκόπησης θεωρείται ότι υπάρχει σε όλους τους ασθενείς ανεξαρτήτου φύλου και ηλικίας που μαζί με το σύμπτωμα του οπισθοστερνικού καύσου παρουσιάζουν και σημεία συναγερμού (δυσφαγία, αιμορραγία πεπτικού, αναιμία, απώλεια βάρους, επαναλαμβανόμενοι έμετοι), καθώς επίσης και σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην εμπειρική θεραπεία 4-8 εβδομάδων με λήψη PPIs ⁽³⁷⁾.

1.6.2. Γαστροοισοφαγική βαλβίδα

Η ενδοσκοπική διαβάθμιση της γαστροοισοφαγικής βαλβίδας είναι ένας χρήσιμος προγνωστικός δείκτης της ΓΟΠΝ. Η πιο ευρέως ενδοσκοπικώς εφαρμοζόμενη ταξινόμηση της διαβάθμισης της ανεπάρκειας της γαστροοισοφαγικής βαλβίδας είναι η

κατά Hill (Εικόνα 10). Σύμφωνα με αυτή την ταξινόμηση, η γαστροοισοφαγική βαλβίδα είναι: βαθμού I: όταν το ενδοσκόπιο σφίγγεται από μια προβάλλουσα πτυχή 3-4 εκ. προς το έλασσον τόξο, βαθμού II: όταν η πτυχή δεν προβάλλει έντονα και το στόμιο ανοίγει περιοδικά, αλλά κλείνει γρήγορα με την εισπνοή, βαθμού III: όταν δεν υπάρχει προβάλλουσα πτυχή και το ενδοσκόπιο δεν σφίγγεται από το τοίχωμα, και βαθμού IV: όταν δεν υπάρχει πτυχή και ο αυλός είναι συνεχώς ανοικτός σε βαθμό που παρατηρείται η βλεννογονική γαστροοισοφαγική συμβολή ⁽³⁸⁾.



Εικόνα 1. Διαβάθμιση της γαστροοισοφαγικής βαλβίδας κατά Hill ⁽³⁸⁾.

Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ανεπάρκειας της βαλβίδας της οισοφαγίτιδας και του οισοφάγου Barrett με τα μεγαλύτερα ποσοστά των ανωτέρω οισοφαγικών βλαβών να παρατηρούνται σε ανεπάρκεια βαλβίδας IIIου και IVου βαθμού ⁽³⁹⁾. Αυτό αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι υπάρχει παθολογική έκθεση στο οξύ μόνο στο

10,6% των ασθενών με γαστροοισοφαγική βαλβίδα βαθμού I , έναντι 75,6% αυτών με βαλβίδα βαθμού IV ⁽³⁸⁾.

1.6.3. Διαφραγματοκήλη

Ένα άλλο σύνηθες ενδοσκοπικό εύρημα σε ασθενείς με συμπτωματολογία παλινδρόμησης είναι η ύπαρξη διαφραγματοκήλης, η οποία φαίνεται να σχετίζεται στενά με την ΓΟΠΝ. Δεν υπάρχει στατιστικώς αξιοσημείωτη διαφορά της ύπαρξης διαφραγματοκήλης όσον αφορά την ηλικία, το φύλο και το σωματικό βάρος. Διαφραγματοκήλη μπορεί να διαγνωστεί στο 44,6% των αντρών και στο 42,77% των γυναικών ⁽⁴⁰⁾. Σε ασθενείς που ενδοσκοπούνται λόγω συμπτωματολογίας παλινδρόμησης, το 71% έχει διαφραγματοκήλη με μέσο μήκος περίπου 3.0cm. Η συνύπαρξη διαφραγματοκήλης και οισοφαγίτιδας παρατηρείται στο 52,3% των ασθενών με ΓΟΠΝ, ενώ στο 14,7% δεν υπάρχει η ανωτέρω συσχέτιση. Επίσης, μεμονωμένα επεισόδια παλινδρόμησης στον κατώτερο οισοφάγο παρατηρούνται συχνότερα σε ασθενείς με διαφραγματοκήλη ⁽⁴¹⁾.

1.7. Επιπλοκές

1.7.1. Οισοφαγίτιδα εκ παλινδρόμησης

1.7.1.1. Επιδημιολογία

Η διαβρωτική οισοφαγίτιδα είναι η πιο συνηθισμένη ενδοσκοπική οισοφαγική βλάβη σε ασθενείς με ΓΟΠΝ. Η συχνότητά της ποικίλλει σε κάθε περιοχή και είναι δύσκολο να εκτιμηθεί επακριβώς, αν και απαντάται συχνότερα στη λευκή φυλή. Γύρω στο 20% των ασθενών που προσέρχονται στον γιατρό τους λόγω χρόνιας συμπτωματολογίας παλινδρόμησης, μπορεί να έχουν και οισοφαγίτιδα αν και μερικές μελέτες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά. Αντίθετα, μία μελέτη στη Κίνα έδειξε ένα ποσοστό μόνο 5%,

οισοφαγίτιδας σε τέτοιους ασθενείς. Εντούτοις, υπάρχουν ενδείξεις ότι έχει υποεκτιμηθεί το ποσοστό ανεύρεσης οισοφαγίτιδας σχετικά με τους Ασιάτες, και αυτό αποδεικνύεται από μία μελέτη που συμπεριέλαβε 464 ασθενείς από την Ταϊβάν και αναφέρει διαβρωτική οισοφαγίτιδα στο 14,5% των ασθενών που έπασχαν από ΓΟΠΝ και υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση ^(23,42,43).

1.7.1.2. Ενδοσκόπηση

Από τα διάφορα συστήματα ταξινόμησης της ενδοσκοπικής σοβαρότητας της οισοφαγίτιδας το πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενο, χαρακτηριζόμενο για την απλότητά του, είναι αυτό του Los Angeles (L.A).

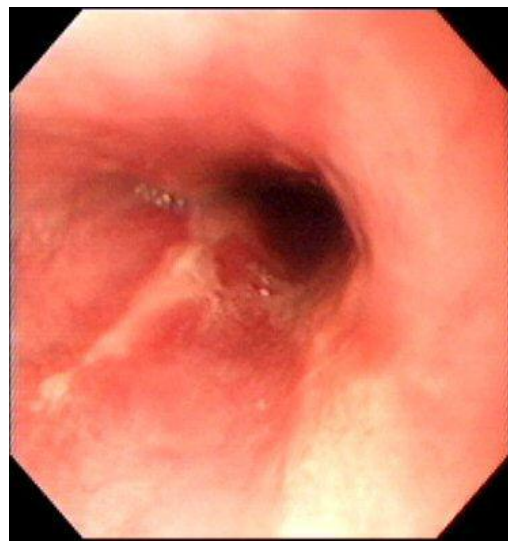
Συγκεκριμένα, η ταξινόμηση L.A. αφορά 4 βαθμούς οισοφαγίτιδας αναλόγως της σοβαρότητας της βλάβης (Εικόνα 2): i) Βαθμός A: μία ή περισσότερες βλεννογονικές διασπάσεις μήκους όχι μεγαλύτερες των 5mm, οι οποίες δεν εκτείνονται μεταξύ των κορυφών δύο πτυχών ii) Βαθμός B: μία ή περισσότερες βλεννογονικές διασπάσεις μήκους μεγαλύτερες των 5mm, οι οποίες επίσης δεν εκτείνονται μεταξύ των κορυφών δύο πτυχών iii) Βαθμός C: μία ή περισσότερες βλεννογονικές διασπάσεις οι οποίες εκτείνονται μεταξύ των κορυφών δύο ή περισσότερων πτυχών, και καλύπτουν λιγότερο του 75% της διαμέτρου του οισοφάγου και iv) Βαθμός D: Μία ή περισσότερες βλεννογονικές διασπάσεις οι οποίες εκτείνονται μεταξύ των κορυφών δύο ή περισσότερων πτυχών, που καλύπτουν τουλάχιστον το 75% της διαμέτρου του οισοφάγου ⁽⁴⁴⁾.

Εκτός της γνωστής ανωτέρω ευρέως χρησιμοποιούμενης κατά L.A. ταξινόμησης της οισοφαγίτιδας, κατά την οποία περιγράφονται ενδοσκοπικώς διασπάσεις της οδοντωτής γραμμής διαφόρου μήκους και έκτασης αναλόγως της σοβαρότητας της βλάβης, έχει χρησιμοποιηθεί και ο βαθμός M οισοφαγίτιδας ο οποίος αναφέρεται σε ελάχιστες

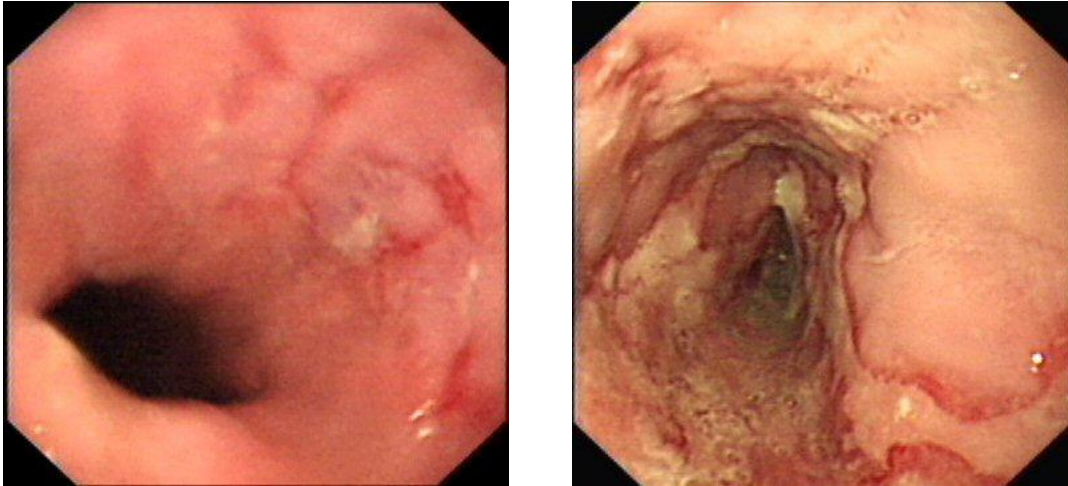
ενδοσκοπικές βλάβες του οισοφαγικού βλεννογόνου, που περιγράφονται από τον ενδοσκόπο ως ερύθημα ή ως λευκωπή θολερότητα που καλύπτει τα επιμήκη μικρά αγγεία του κατώτερου οισοφάγου. Ιαπωνική μελέτη αναφέρει ποσοστό 69,2% βαθμού M οισοφαγίτιδας σε ασθματικούς ασθενείς, 30,4% σε ασθενείς της ομάδας ελέγχου της νόσου και 18% σε υγιή άτομα που υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση. Και στις τρεις παραπάνω ομάδες η συχνότητα της M βαθμού οισοφαγίτιδας ήταν στατιστικώς υψηλότερη από την αντίστοιχη της A βαθμού κατά L.A οισοφαγίτιδας. ⁽⁴⁵⁾.



Βαθμός A



Βαθμός B



Βαθμός C

Βαθμός D

Εικόνα 2. Κατά Λος Αντζελες (L.A) ενδοσκοπική ταξινόμηση οισοφαγίτιδας ⁽⁴⁴⁾.

1.7.1.3. Ιστολογία

Ο όρος μικροσκοπική οισοφαγίτιδα χρησιμοποιείται τελευταία για να περιγράψει, και αφορά παρατηρούμενες ιστολογικές οισοφαγικές βλάβες στους περισσότερους ασθενείς με συμπτωματολογία παλινδρόμησης, είτε έχουν ενδοσκοπική διάγνωση οισοφαγίτιδας είτε NERD. Οι ιστολογικές βλάβες μπορεί να είναι εστιακές και ακανόνιστα κατανεμημένες και περιλαμβάνουν την υπερπλασία των βασικών κυττάρων, τη θηλώδη επιμήκυνση, την διάταση των μεσοκυττάρων διαστημάτων, την αύξηση των ενδοεπιθηλιακών ουδετεροφύλων, ηωσινοφύλων και T- λεμφοκυττάρων και την παρουσία διαβρώσεων επουλωμένων ή μη. Η διάγνωση της μικροσκοπικής οισοφαγίτιδας γίνεται σε παρουσία περισσότερων του ενός από τις παραπάνω ιστολογικές βλάβες ή μεμονωμένα διαβρώσεων επουλωμένων ή μη, και ενδοεπιθηλιακών ουδετεροφύλων σε ιστολογικά δείγματα ασθενών με ΓΟΠΝ. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει την ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα, τη λοιμώδη, και μη λοιμώδη (έκθεση σε χημικούς ή φυσικούς παράγοντες, φάρμακα, συστηματικά νοσήματα) ⁽⁴⁶⁾. Πρακτικά, η διάγνωση της διαβρωτικής ή ελκωτικής οισοφαγίτιδας διαγιγνώσκεται παθολογοανατομικώς στη μειοψηφία των οισοφαγικών δειγμάτων που

έχουν ληφθεί από τον ενδοσκόπο κατά τη διάρκεια της εξέτασης από ενδοσκοπικές οισοφαγίτιδες διαφόρων βαθμών σοβαρότητας. Η ιστολογική διάγνωση οισοφαγίτιδας υπερέχει στις σοβαρότερες ενδοσκοπικές οισοφαγίτιδες (οισοφαγίτιδα C βαθμού (20%) και οισοφαγίτιδα D (23,3%) κατά L.A.) σε σχέση με τις λιγότερο σοβαρές (οισοφαγίτιδα A βαθμού (3,2%) κατά L.A.)⁽⁴⁷⁾.

1.7.1.4. Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση και οισοφαγίτιδα

Το είδος, η ένταση και η συχνότητα των παλινδρομικών συμπτωμάτων είναι φτωχοί προγνωστικοί δείκτες της αξιολόγησης της σοβαρότητας της οισοφαγίτιδας. Ασθενείς με NERD μπορεί να παραπονιούνται για συμπτωματολογία παλινδρόμησης που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους στον ίδιο βαθμό και χρήζουν την ίδια θεραπευτική αγωγή με εκείνους που έχουν διαβρωτική οισοφαγίτιδα⁽⁴³⁾. Μία διεθνής πολυκεντρική μελέτη ασθενών που προσήλθαν με συμπτώματα ΓΟΠ σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δεν έδειξε συσχέτιση παρουσίας οισοφαγίτιδας και σοβαρότητας συμπτωματολογίας⁽⁴⁸⁾.

Ο Οκαμότο και οι συνεργάτες του υπέβαλαν σε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο ένα μεγάλο αριθμό 8031 ατόμων σχετικά με συμπτωματολογία ΓΟΠ (οπισθοστερνικός καύσος, δυσφαγία, οδυνοφαγία, όξινες ερυγές) οι οποίοι δεν ελάμβαναν καμμία αγωγή για κάποια γαστρεντερολογική νόσο και οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού για τη διάγνωση ή μη διαβρωτικής οισοφαγίτιδας ταξινομημένη με την ταξινόμηση L.A. Από το σύνολο των ασθενών, οι 2223 (27,7%) είχαν οπισθοστερνικό καύσο, οι 1522 (19,0%) δυσφαγία, οι 1466 (18,3%) όξινες ερυγές και οι 493 (6,1%) οδυνοφαγία. Επίσης, οι 1199 (14,9%) διαγνώστηκαν ενδοσκοπικώς με παλινδρομική οισοφαγίτιδα. Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε ότι το σύμπτωμα που σχετίζεται ισχυρότερα με την οισοφαγίτιδα ήταν ο οπισθοστερνικός καύσος (odds ratio: 2,46), αν και περίπου 40% των ασθενών με οισοφαγίτιδα βαθμού C ή D δεν

ανέφεραν οπισθοστερνικό καύσο. Σχετικά με τα άλλα συμπτώματα, λιγότερο από 30% των ασθενών με σοβαρή οισοφαγίτιδα παραπονέθηκαν για τα συμπτώματα αυτά (odds ratio περίπου 1). Αυτά τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι η ενδοσκοπική οισοφαγίτιδα δεν σχετίζεται με τα συμπτώματα παλινδρόμησης ⁽⁴⁹⁾.

Υπάρχουν όμως και μελέτες, όπως αυτή των Lieberman και των συνεργατών του, που αναφέρουν την ύπαρξη συσχέτισης διαβρωτικής οισοφαγίτιδας και συχνότητας συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, από τους 662 ασθενείς με συμπτωματολογία παλινδρόμησης που υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση, 39% δεν είχαν οισοφαγικές βλάβες, 44% είχαν διαβρωτική οισοφαγίτιδα, και 17% είχαν πιθανώς οισοφάγο Barrett. Από το σύνολο των ασθενών, 61% ανέφεραν καθημερινή ενόχληση από τα συμπτώματά τους και είχαν υψηλότερο ποσοστό διαβρωτικής οισοφαγίτιδας, σε σχέση με 39% των ασθενών που ανέφεραν διαλείπουσα συμπτωματολογία ⁽⁵⁰⁾. Όσον αφορά τη συσχέτιση διάρκειας συμπτωμάτων και οισοφαγίτιδας, η μελέτη GORGE έδειξε ότι ασθενείς με συμπτώματα παλινδρόμησης διάρκειας λιγότερου του έτους είχαν οισοφαγίτιδα σε ποσοστό 47%, που δεν διέφερε σημαντικά από το ποσοστό 42% των ασθενών με συμπτωματολογία διάρκειας μεγαλύτερης των 10 ετών (Πίνακας 2) ⁽⁴³⁾.

Πίνακας 2. Ενδοσκοπικά ευρήματα από την μελέτη GORGE : Συσχέτιση μεταξύ διαβρωτικής οισοφαγίτιδας, διάρκειας ΓΟΠΝ συμπτωμάτων και πιθανού οισοφάγου Barret. ⁽⁴³⁾.

Διάρκεια συμπτωμάτων	Αριθμός ασθενών	Ασθενείς με οισοφαγίτιδα	Ασθενείς με πιθανότητα οισοφάγου Barret
<1	127	47%	4%
1-5	236	53%	11%
5-10	81	48%	17%
>10	140	42%	21%

.Άλλη μεγάλη μελέτη συμπεριέλαβε 7159 ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση ΓΟΠΝ. Συγκεντρώθηκαν πληροφορίες όσον αφορά το φύλο, την ηλικία, το βάρος, το ύψος, τη λήψη αλκοόλ, τη χρήση καπνού καθώς επίσης και τη λήψη αντιεκκριτικής αγωγής [αντιόξινα, ανταγωνιστές υποδοχέων ισταμίνης (H2RAs), αναστολείς αντλίας πρωτονίων (PPIs)], προκινητικά, ΜΣΑΦ, ασπιρίνη και νιτρώδη το τελευταίο χρονικό διάστημα. Από το σύνολο των ασθενών, 805 (11%) ενδοσκοπήθηκαν κατά την πρώτη επίσκεψή τους για τη νόσο. Ενδοσκοπικές οισοφαγικές βλάβες διαγνώστηκαν σε 73% αυτών των ασθενών. Συγκεκριμένα, διαβρωτική οισοφαγίτιδα βρέθηκε σε 67%, έλκη οισοφάγου σε 4%, οισοφαγικές στενώσεις στο 1,4%, οισοφάγος Barrett στο 0,7%, και καρκίνος οισοφάγου σε 0,4% των ασθενών. Ποσοστό 19,1% των ασθενών με συμπτωματολογία ΓΟΠΝ δεν είχαν ενδοσκοπικές βλάβες, ενώ 7,5% των ασθενών είχαν ενδοσκοπικά ευρήματα άσχετα με τη ΓΟΠΝ. Τα ενδοσκοπικά οισοφαγικά ευρήματα ήταν στατιστικώς περισσότερα στους άντρες, στους γηραιότερους ασθενείς καθώς και σε αυτούς με ιστορικό πεπτικής ελκωτικής νόσου ή αιμορραγίας πεπτικού. Μικρότερο ποσοστό ενδοσκοπικών ευρημάτων που φτάνει μέχρι και το 50% βρέθηκε σε ασθενείς που είχαν πρόσφατα λάβει PPIs⁽²⁹⁾. Παρομοίως, όσον αφορά την ηλικία, ο Collen και οι συνεργάτες του, διερεύνησαν τη συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και σοβαρότητας της ΓΟΠΝ σε 228 ασθενείς, και αναφέρουν ότι το ποσοστό οισοφαγίτιδας και οισοφάγου Barrett ήταν σημαντικά υψηλότερο (81%) στους ασθενείς ηλικίας 60 ετών και άνω, σε σχέση με το 47% των νεαρότερων ασθενών. Μάλιστα, οι γηραιότεροι ασθενείς παρουσίασαν σοβαρότερες ενδοσκοπικές οισοφαγικές βλάβες με ηπιότερα συμπτώματα. Επίσης, σύμφωνα με την ταξινόμηση L.A. στην πλειοψηφία των παλινδρομικών ασθενών με οισοφαγίτιδα παρατηρείται ενδοσκοπικώς συχνότερα ηπιού βαθμού οισοφαγίτιδα (Α βαθμού 10,2% και Β βαθμού 19,4%) σε αντίθεση με τις

σοβαρότερες μορφές οισοφαγίτιδας που είναι σπανιότερες (C βαθμού 9,2% και D βαθμού 5,6%).⁽⁵¹⁾

1.7.2. Οισοφαγικές στενώσεις

Το 70-80% των οισοφαγικών στενώσεων, συμβαίνουν στον κατώτερο οισοφάγο και είναι συνήθως απότοκες ΓΟΠΝ (Εικόνα 3). Τα ευρήματα δύο μεγάλων μελετών, που μελέτησαν ενδοσκοπικώς ασθενείς με ΓΟΠΝ, βρήκαν ποσοστό 0,07%-0,12% οισοφαγικών στενώσεων, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό διαβρωτικής οισοφαγίτιδας ήταν 0,7%-1,2%. Η συχνότητα των στενώσεων υπερείχε στους λευκούς ηλικιωμένους άνδρες (52-54).



Εικόνα 3. Ενδοσκοπική εικόνα οισοφαγικής στένωσης και έλκους⁽⁴³⁾.

1.7.3. Οισοφαγικά έλκη

Το ποσοστό των οισοφαγικών ελκών που διαγιγνώσκεται ενδοσκοπικώς στο γενικό πληθυσμό είναι πολύ χαμηλό της τάξης του 0,018%-0,046%. (Εικόνα 4). Όπως και οι στενώσεις, έτσι και τα οισοφαγικά έλκη είναι συχνότερα στη λευκή φυλή. Όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω, αν και δεν είναι συχνή ενδοσκοπική επιπλοκή της ΓΟΠΝ, το

οισοφαγικό έλκος απαντάται συχνότερα σε ασθενείς με οισοφάγο Barrett. Σε μια μελέτη 78 ασθενών με οισοφάγο Barrett, ο Murphy και οι συνεργάτες του, ανίχνευσαν οισοφαγικά έλκη στους 36 εξ αυτών σε μία μέση περίοδο παρακολούθησης 3,3 ετών. Η πλειοψηφία των ελκών βρισκονταν στον κατώτερο οισοφάγο και μάλιστα το 86% αυτών εδράζονταν σε απόσταση 3cm. από την γαστροοισοφαγική συμβολή. Επιπλέον, αιμορραγία πεπτικού παρουσιάστηκε σε 24% των ασθενών, και σε 76% από αυτούς η αιτία της αιμορραγίας ήταν το έλκος επί του οισοφάγου Barrett. ⁽⁵⁵⁾.



Εικόνα 4. Ενδοσκοπική εικόνα οισοφαγικού έλκους ⁽⁴³⁾.

1.7.4. Οισοφάγος Barrett

1.7.4.1. Επιδημιολογία

Οισοφάγος Barrett διαγιγνώσκεται σε 2% του ενήλικου πληθυσμού και σε 3-5% των ασθενών που πάσχουν από ΓΟΠΝ ^(56,57). Άλλη μελέτη αναφέρει ότι οισοφάγο Barrett θα αναπτύξουν το 10%-15% των ασθενών που έχουν διαβρωτική οισοφαγίτιδα, με ετήσια επίπτωση σε αυτούς τους ασθενείς για ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος οισοφάγου της τάξης του 0,5%-1% ⁽⁵⁸⁾. Οι πάσχοντες από μακροχρόνια συμπτωματολογία παλινδρόμησης έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης οισοφάγου Barrett, και ο κίνδυνος αυξάνει με τη μεγαλύτερη διάρκεια και τη μεγαλύτερη συχνότητα των

συμπτωμάτων. Ασθενείς με διάρκεια συμπτωμάτων 1-5 ετών, έχουν 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν οισοφάγο Barrett, ενώ διάρκεια συμπτωμάτων παλινδρόμησης για περισσότερο από 10 έτη εξαπλασιάζει τον κίνδυνο ⁽⁵⁰⁾.

1.7.4.2. Ενδοσκόπηση

Ο οισοφάγος Barrett αναγνωρίζεται ενδοσκοπικώς ως εξέρυθρο κυλινδρικό επιθήλιο με τη μορφή γλωσσίδων ή νησίδων που εκτείνεται περιφερικότερα εντός του οισοφαγικού αυλού.

Συνήθως ταξινομείται σε βραχύ οισοφάγο Barrett (μήκος <3cm) και σε μακρύ οισοφάγο Barrett (μήκος>3cm) (Εικόνα 5) ⁽⁵⁹⁾. Στην ταξινόμηση της Πράγας, που αφορά τον οισοφάγο Barrett, μετράται και καταγράφεται από τον ενδοσκόπο κατά τη διάρκεια της εξέτασης τόσο το μήκος (M) της μεγαλύτερης γλωσσίδας, όσο και το περιφερικό μήκος του οισοφάγου Barrett (C) (Εικόνα 6) ^(46,60). Οι μελέτες προτείνουν την ενδοσκοπική μελέτη αυτών των ασθενών ως ιδιαίτερα αποδοτική όσον αφορά τη σχέση κόστους αποτελεσματικότητας ^(61,62). Η παρουσία οισοφαγίτιδας φαίνεται να είναι και ένας παράγοντας κινδύνου για τον οισοφάγο Barrett. Ο Csendes και οι συνεργάτες του σε μία μελέτη 376 ασθενών με συμπτωματολογία παλινδρόμησης, βρήκαν διαβρωτική οισοφαγίτιδα σε 64% των ασθενών με βραχύ, και σε 80% εκείνων με μακρύ οισοφάγο Barrett. Άλλες παρόμοιες μελέτες δεν έχουν ξεκαθαρίσει τη συσχέτιση διαβρωτικής οισοφαγίτιδας και οισοφάγου Barrett. Στην μελέτη GORGE, στην οποία συμμετείχαν 662 ασθενείς με ΓΟΠΝ που ενδοσκοπήθηκαν δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ των δύο οισοφαγικών ενδοσκοπικών ευρημάτων ^(50,63). Η διαφραγματοκήλη είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη οισοφάγου Barrett και σχετίζεται με το μήκος της βλάβης. Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με οισοφάγο Barrett (72%-96%) έχουν διαφραγματοκήλη, και το μέγεθός της είναι μεγαλύτερο σε αυτούς τους ασθενείς ^(64,65).

Τη τελευταία δεκαετία όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω έχουν εφαρμοστεί καινούργιες ενδοσκοπικές τεχνικές, όπως η narrow band imaging (NBI), η optical coherence tomography (OCT), η confocal endomicroscopy και η spectroscopy για τη διάγνωση της επιθηλιακής δυσπλασίας ⁽⁶⁶⁾. Η χρωμοενδοσκόπηση (chromoendoscopy) εφαρμόζεται συχνά για τη διάγνωση του οισοφάγου Barrett και της δυσπλασίας, όπως επίσης και για τη διάγνωση του οισοφαγικού καρκίνου. Πριν την εφαρμογή της τεχνικής χορηγείται τοπικά N-acetylcysteine για την απομάκρυνση της βλέννης και ακολούθως ψεκάζεται κάποια χρωστική στο βλεννογόνο (indigo carmine, Lugol's iodine, blue de methylene, toluidine blue, crystal violet, acetic acid). Το αποτέλεσμα της χρωμοενδοσκόπησης και μάλιστα της μεγεθυντικής χρωμοενδοσκόπησης (magnification chromoendoscopy) είναι η λεπτομερέστερη επισκόπηση του βλεννογόνου και η κατευθυντήρια λήψη βιοψιακού υλικού (Εικόνα 7) ^(67,68).

1.7.4.3. Ιστολογία

Ιστολογικά, ο οισοφάγος Barrett χαρακτηρίζεται από αντικατάσταση του πολύστιβου πλακώδους οισοφαγικού επιθηλίου από κυλινδρικό επιθήλιο το οποίο είναι δύο ειδών: α) εντερικού τύπου επιθήλιο και β) τύπου καρδιάς επιθήλιο⁽⁴⁾. Η παρουσία των καλκοειδών κυττάρων είναι το βασικό παθολογοανατομικό χαρακτηριστικό της παρουσίας της εντερικής μεταπλασίας (Εικόνα 8) ^(46,69).

1.7.4.4. Φυσική ιστορία

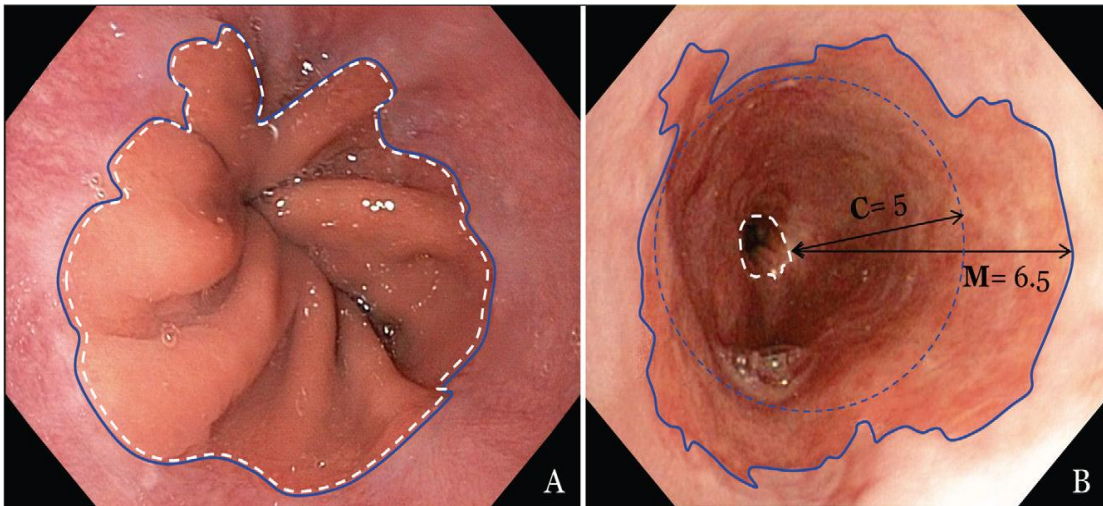
Ο οισοφάγος Barrett μπορεί να εξελιχθεί σε χαμηλόβαθμη, υψηλόβαθμη δυσπλασία και τελικά σε αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου⁽⁷⁰⁾.

Το μεταπλαστικό κυλινδρικό επιθήλιο αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη διαφόρου βαθμού δυσπλασίας που μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία διηθητικού αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου. Παράγοντες κινδύνου που συντελούν στην ανάπτυξη νεοπλασίας του οισοφάγου σε ασθενείς με οισοφάγο Barrett είναι το άρρεν φύλο, η ηλικία μεγαλύτερη των 45 ετών, το μήκος του οισοφάγου Barrett (>8cm), η

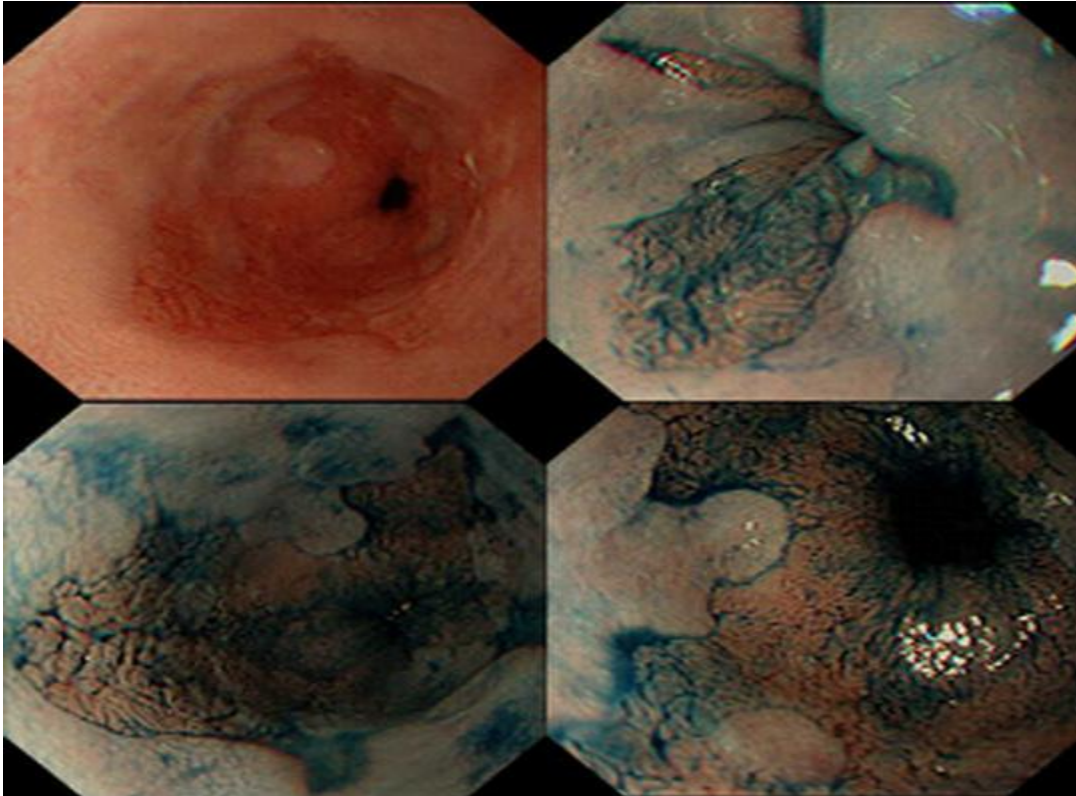
διάρκεια των συμπτωμάτων της παλινδρόμησης, η πρόωρη ηλικία της έναρξης της ΓΟΠΝ, η δωδεκαδακτυλογαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, η παρουσία συνοδού οισοφαγικής βλεννογονικής βλάβης (στένωση, εξέλκωση) και το οικογενειακό ιστορικό^(71,72). Το μήκος της βλάβης φαίνεται να είναι ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος. Σε ασθενείς με μακρύ οισοφάγο Barrett, η πιθανότητα αδενοκαρκινώματος είναι 1/46 με 1/441 μετά χρόνια παρακολούθησης. Σε ασθενείς με βραχύ οισοφάγο Barrett, τα δεδομένα δεν είναι πλήρως ξεκαθαρισμένα. Εντούτοις, μία μελέτη των Hamilton και των συνεργατών του βρήκαν ότι από τους συνολικά 39 ασθενείς με οισοφαγικό αδενοκαρκίνωμα που αναπτύχθηκε σε έδαφος οισοφάγου Barrett, οι 19(49%) είχαν βραχύ οισοφάγο Barrett^(50,73).



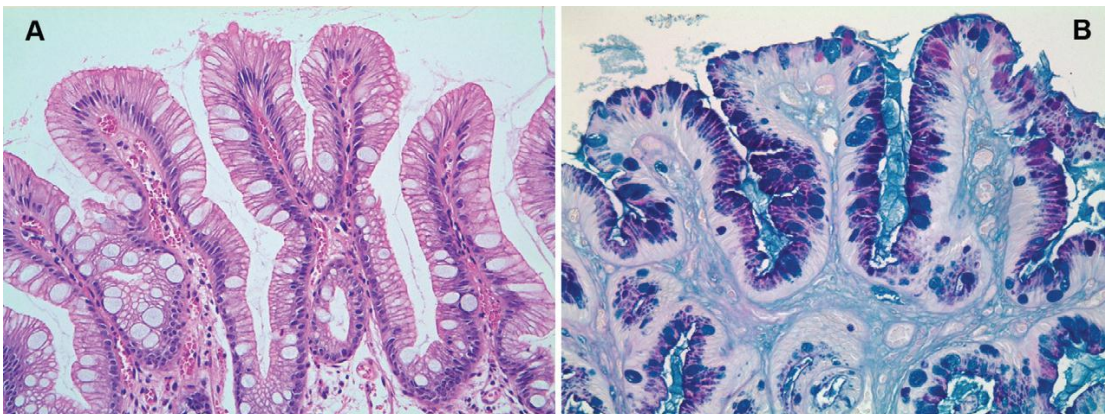
Εικόνα 5. Αριστερά, μακρύς οισοφάγος Barrett. Επίμηκες τμήμα κυλινδρικού επιθηλίου το οποίο εκτείνεται εντός του οισοφάγου. Δεξιά, βραχύς οισοφάγος Barrett. Βραχύ τμήμα κυλινδρικού επιθηλίου το οποίο εκτείνεται 2cm. εντός του οισοφάγου⁽⁵⁹⁾.



Εικόνα 6. Η ανατομική θέση της γαστρο-οισοφαγικής συμβολής (εγγύς όριο των γαστρικών πτυχών [λευκή γραμμή]) συνήθως συμπίπτει με τη συμβολή πλακώδους με κυλινδρικό επιθήλιο (μπλε γραμμή) (Α). Στον οισοφάγο Barrett, η συμβολή πλακώδους με κυλινδρικό επιθήλιο εντοπίζεται περιφερικότερα: απόσταση μεταξύ λευκής και μπλε γραμμής= 6,5cm. (μακρύς οισοφάγος Barrett) (Β). Σύμφωνα με τα κριτήρια της Πράγας οι τιμές των C και M είναι 5 και 6,5cm αντίστοιχα ⁽⁴⁶⁾.



Εικόνα 7. Οισοφάγος Barrett. Άνω αριστερά: Ακανόνιστη θέση συμβολής πλακώδους με κυλινδρικό επιθήλιο με παρουσία γλωσσίδας κυλινδρικού επιθήλιου που εκτείνεται περιφερικότερα. Άνω δεξιά: Ευκρινής απεικόνιση της συμβολής πλακώδους με κυλινδρικό επιθήλιο μετά χρωματισμό με indigo carmine ⁽⁶⁸⁾.



Εικόνα 8. Εντερικού τύπου κυλινδρική μεταπλασία (ατελής εντερική μεταπλασία): Παρουσία καλυκοειδών κυττάρων διάσπαρτα με κύτταρα βοθρίων με βλέννη (Α). Κύτταρα βοθρίων περιέχοντα ουδέτερες (PAS+) και όξινες (Alcian blue+) βλέννες. (H-E and PAS-Alcian blue, 20×) (B) ⁽⁴⁶⁾.

1.7.5. Αδενοκαρκίνωμα οισοφάγου

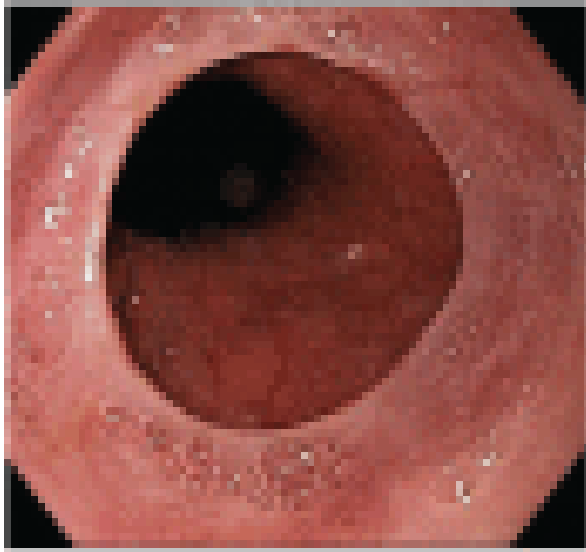
Ο Lagergen και οι συνεργάτες του μελέτησαν τη συσχέτιση μεταξύ της ΓΟΠΝ και του αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου και της καρδιάς σε ένα σύνολο 1438 ασθενών στη Σουηδία. Ανάμεσα στους συμμετέχοντες στη μελέτη, εκείνοι που παραπονιούνταν για οπισθοστερικό καύσο και λοιπά συμπτώματα παλινδρόμησης τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα είχαν κίνδυνο ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος περίπου 8 φορές παραπάνω από εκείνους που ήταν ελεύθεροι συμπτωμάτων. Οι συγγραφείς επίσης αναφέρουν ότι αυξανόμενης της σοβαρότητας και της διάρκειας των συμπτωμάτων αυξάνεται και ο κίνδυνος ανάπτυξης της συγκεκριμένης νεοπλασίας ⁽⁷⁴⁾ (Εικόνα 9). Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρει και μία άλλη μελέτη των Chow και των συνεργατών του, όπου διαπίστωσαν ότι ασθενείς με ιστορικό συμπτωματολογίας παλινδρόμησης από 1 έως 5 έτη είχαν 1,2 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη οισοφαγικού αδενοκαρκινώματος, ενώ ο κίνδυνος ήταν 2,5 φορές μεγαλύτερος για τους ασθενείς με διάρκεια συμπτωμάτων μεγαλύτερη από 5 έτη ⁽⁷⁵⁾.



Εικόνα 9. Ενδοσκοπική εικόνα οισοφαγικού αδενοκαρκινώματος ⁽⁴³⁾.

1.7.6. Οισοφαγικοί δακτύλιοι

Πολλές αναφορές έχουν γίνει σχετικά με τη συσχέτιση ΓΟΠΝ και οισοφαγικών δακτυλίων, κυρίως δακτυλίων Schatzki (Εικόνα 10). Όταν γίνεται η ενδοσκοπική διάγνωση των οισοφαγικών δακτυλίων, πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή από τον ενδοσκόπο να ώστε διαφοροδιαγνώσει το δακτυλιοειδή οισοφάγο από το μεμονωμένο οισοφαγικό δακτύλιο ή τη μεμβράνη. Συνήθως, ασθενείς με κατώτερους οισοφαγικούς δακτύλιους παραπονιούνται για συμπτώματα παλινδρόμησης. Σε αυτό το συμπέρασμα καταλήγει έμμεσα και μία μελέτη, όπου αναφέρει ότι περίπου τα 2/3 των ασθενών στους οποίους διαγνώστηκαν ενδοσκοπικώς οισοφαγικοί δακτύλιοι, είχαν παθολογική έκθεση στο οξύ του βλεννογόνου του κατώτερου οισοφάγου μετά φορητή 24ωρη pHμετρία. Επίσης, η ιστολογική εξέταση βιοψικού υλικού από το βλεννογόνο του δακτυλίου συνήθως διαγιγνώσκει χρόνια φλεγμονή, στοιχείο που συνηγορεί υπέρ της συνοδού ΓΟΠΝ. Επιπλέον, καταστάσεις που ευνοούν τη ΓΟΠΝ, όπως η διαφραγματοκήλη, συνήθως συνυπάρχουν στους ασθενείς που έχουν δακτυλίους Schatzki ⁽⁷⁶⁾.



Εικόνα 10. Ενδοσκοπική εικόνα δακτύλιου Schatzki ⁽⁷⁶⁾ .

1.8. Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση και Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού (H.pylori)

Όσον αφορά τη συσχέτιση του H.pylori και της ΓΟΠΝ, επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι όσο μειώνεται ο επιπολασμός του H.pylori στις δυτικές κοινωνίες, τόσο αυξάνονται η συχνότητα ασθενών με ΓΟΠΝ και αδενοκαρκίνωμα ⁽⁷⁷⁾. Επίσης, αρκετές αναφορές δεικνύουν ότι οι θετικοί ασθενείς για H.pylori έχουν μικρότερη πιθανότητα να έχουν ΓΟΠΝ, και η σοβαρότητα της οισοφαγίτιδάς τους είναι μικρότερη σε σχέση με αρνητικούς H.pylori ασθενείς ⁽⁷⁸⁻⁸⁰⁾. Μία τέτοια μελέτη είναι αυτή του Varanasi και των συνεργατών του, που βρήκαν σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό H.pylori λοίμωξης στους ασθενείς με συμπτωματολογία παλινδρόμησης και συνοδό οισοφαγίτιδα (30,7%) σε σχέση με συμπτωματικούς ασθενείς χωρίς οισοφαγίτιδα (42%).⁽⁸¹⁾ Επίσης, μικρότερα ποσοστά οισοφάγου Barrett και αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου παρατηρούνται στους θετικούς από ότι στους αρνητικούς για H.pylori ασθενείς ^(82,83). Μία εξήγηση της αρνητικής συσχέτισης μεταξύ H.pylori και ΓΟΠΝ είναι ότι το

H.pylori προκαλεί παναγαστρίτιδα, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε γαστρική ατροφία και υπογλωρυδρία, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα ΓΟΠΝ.

Σχετικά με τη συχνότητα του υπότυπου *cagA* του *H.pylori* στους ασθενείς με ΓΟΠΝ, ο Vckari και οι συνεργάτες του βρήκαν *cagA* θετικότητα σε ποσοστό 34% των ασθενών με ΓΟΠΝ, 13,3% αυτών με ανάπτυξη κυλινδρικού επιθήλιου στον οισοφάγο, και 0% σε αυτούς με ανάπτυξη κυλινδρικού επιθήλιου στον οισοφάγο με συνοδό όμως δυσπλασία ή καρκίνο ⁽⁸⁴⁾. Μερικές μελέτες αναφέρουν ότι ο υπότυπος *cagA* του *H.pylori* (υπότυπος ο οποίος σχετίζεται ισχυρά με τη γαστρίτιδα σώματος του στομάχου) μπορεί να είναι προστατευτικός έναντι των σοβαρών μορφών οισοφαγίτιδας και του οισοφαγικού αδενοκαρκινώματος ^(85,86).

2. ΔΥΣΠΕΨΙΑ

2.1. Ορισμός και συμπτώματα

Ως δυσπεψία ορίζεται ένα σύνολο συμπτωμάτων του ανώτερου γαστρεντεντερικού χαρακτηριζόμενο κυρίως από χρόνιο ή υποτροπιάζον άλγος στην άνω κοιλία, δυσφορία, ή αίσθημα πρόωρου κορεσμού κατά τη διάρκεια του γεύματος. Συχνά συνυπάρχουν και άλλα συμπτώματα, όπως ο οπισθοστερνικός καύσος, οι όξινες αναγωγές, οι ερυγές, ο κοιλιακός μετεωρισμός και η ναυτία ⁽⁸⁷⁾. Πρόσφατα, τα κριτήρια Ρώμης III χρησιμοποιούνται για τον ορισμό της λειτουργικής δυσπεψίας και περιλαμβάνουν την παρουσία τουλάχιστον ενός από τα ακόλουθα συμπτώματα: i) ενοχλητική μεταγευματική πληρότητα, ii) πρόωρο κορεσμό, iii) επιγαστρικό άλγος, iv) επιγαστρικό καύσο. Βασική προϋπόθεση της εγκυρότητας των ανωτέρω κριτηρίων είναι η απουσία κάποιας οργανικής νόσου που αποκλείεται με την ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού και που μπορεί να εξηγεί τη συγκεκριμένη συμπτωματολογία. Τα κριτήρια πρέπει να πληρούνται για τους τρεις προηγούμενους μήνες με έναρξη των συμπτωμάτων τουλάχιστον έξι μήνες προ της διάγνωσης. Επίσης, σύμφωνα με τα

κριτήρια της Ρώμης III η λειτουργική δυσπεψία μπορεί να ταξινομηθεί σε δύο κατηγορίες: i) σύνδρομο επιγαστρικού άλγους (EPS) και ii) σύνδρομο μεταγευματικής δυσφορίας (PDS) ^(88,89). Παρόλο που το θέμα της αλληλοεπικάλυψης μεταξύ της λειτουργικής δυσπεψίας και του οπισθοστερνικού καύσου έχει οδηγήσει πολλές ιατρικές κοινότητες να υιοθετήσουν τον ορισμό της παλινδρομικού τύπου δυσπεψίας, οι συμμετέχοντες της θέσπισης των κριτηρίων της δυσπεψίας της Ρώμης III, δεν θεώρησαν το σύμπτωμα του οπισθοστερνικού καύσου ως κύριο σύμπτωμα της γαστροδωδεκαδακτυλικής περιοχής. Ως εκ τούτου, δεν συμπεριλήφθηκε στα κριτήρια της Ρώμης III. Επίσης, η αυξημένη επικράτηση των συμπτωμάτων δυσπεψίας σε ασθενείς με λειτουργικό οπισθοστερνικό καύσο ενισχύει την άποψη ότι θα πρέπει να γίνεται διάκριση σε τέτοιους ασθενείς που παρουσιάζουν ανάμικτη συμπτωματολογία, ανάμεσα σε λειτουργικό οπισθοστερνικό καύσο και NERD, αφού στους δεύτερους τα συμπτώματα τους οφείλονται στη ΓΟΠΝ. Παρομοίως, συμπτώματα του ευερέθιστου εντέρου (IBS) συνυπάρχουν πολύ συχνά σε ασθενείς με λειτουργική δυσπεψία, αποτελώντας όμως μια ξεχωριστή κλινική οντότητα ^(90,91). Επίσης σημαντικός αριθμός ασθενών με δυσπεψία αλλά και ΓΟΠΝ, αναφέρουν κακοσμία του στόματος η οποία σχετίζεται στενά με διάφορα συμπτώματα όπως η αναγωγή, η ναυτία και ο μετεωρισμός ⁽⁹²⁾.

Μακροχρόνιες μελέτες δείχνουν ότι τα δυσπεπτικά συμπτώματα εμφανίζουν μακροχρόνια διακύμανση. Μεταξύ των ασθενών χωρίς ιστορικό δυσπεψίας, η επίπτωση των πρόσφατης έναρξης συμπτωμάτων είναι 1% - 8% κατ'έτος, διάστημα κατά το οποίο ένα τρίτο των ασθενών με δυσπεψία θα μεταπέσει σε ασυμπτωματική κατάσταση ⁽⁹³⁻⁹⁵⁾. Οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτή την παλιρροϊκή κίνηση των συμπτωμάτων δεν είναι σαφείς ⁽⁹⁶⁾. Αν και ο λόγος είναι ασαφείς, η βαρύτητα των συμπτωμάτων, η συχνότητά τους, το άγχος, η συναισθηματική δυσφορία και η έλλειψη επαρκούς

ψυχολογικής υποστήριξης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που καθορίζουν ποιοι από τους ασθενείς αυτούς αναζητούν ιατρική βοήθεια ^(94,95,97). Περίπου 1 στους 4 ασθενείς με δυσπεψία επισκέφεται γενικό ιατρό για τη συμπτωματολογία τους. Αν και οι περισσότεροι δυσπεπτικοί ασθενείς δεν ζητούν ιατρική βοήθεια, οι μισοί εξ αυτών χρησιμοποιούν τακτικά κάποιο φάρμακο. Πολλοί από αυτούς τους ασθενείς επισκέφονται το γενικό ιατρό τους με το φόβο της διάγνωσης μιας σοβαρής νόσου και πολλές φορές η καθυσύχασή τους από τον γιατρό τους για το αθώο της συμπτωματολογίας τους είναι αρκετό για τη βελτίωσή τους.

Η συνηθέστερη αντιμετώπιση είναι η εμπειρική για την πλειοψηφία των ασθενών με δυσπεψία. Σύσταση για ενδοσκοπικό έλεγχο γίνεται συνήθως όταν τα συμπτώματα δεν βελτιωθούν ή όταν επανέλθουν μετά από μία αρχική βελτίωση. Πάντως, 25% των δυσπεπτικών ασθενών, θα υποβληθούν σε κάποια παρακλινική εξέταση (ενδοσκόπηση, υπερηχογράφημα, κτλ) και 10% θα επισκεφθεί κάποιο κέντρο δευτεροβάθμιας φροντίδας ⁽⁹⁸⁾.

Ο Manabe και οι συνεργάτες του προσπάθησαν να μελετήσουν την κλινική χρησιμότητα της εφαρμογής των κριτηρίων της Ρώμης III σε 364 Ιάπωνες διαδοχικούς ασθενείς οι οποίοι θεωρήθηκαν ότι έπασχαν από λειτουργική δυσπεψία.. Συγκεκριμένα, διαπίστωσαν ότι πολλοί ασθενείς δεν πληρούσαν κριτήρια αυτά, κυρίως επειδή ανέφεραν έναρξη των συμπτωμάτων τους σε διάστημα μικρότερο των 6 μηνών πριν από τη διάγνωση της δυσπεψίας (μέσος όρος 4,6 μήνες). Επιπλέον, υπήρχε σημαντική αλληλοεπικάλυψη μεταξύ EPS και PDS, καθώς επίσης και αλληλοεπικάλυψη με ΓΟΠΝ συμπτωματολογία ⁽⁹⁹⁾. Άλλη πάλι παρόμοια πρόσφατη μελέτη, αναφέρει ότι ίσως χρειάζεται βελτίωση του ορισμού και της ταξινόμησης της λειτουργικής δυσπεψίας σε υποκατηγορίες σύμφωνα με τα κριτήρια της Ρώμης III, αφού 30% των ασθενών που πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια για τη διάγνωση της λειτουργικής δυσπεψίας

βρέθηκαν να έχουν κάποια οργανική νόσο, ενώ 1/3 των ασθενών δεν μπορούσαν να συμπεριληφθούν σε μία από τις προαναφερόμενες δύο κατηγορίες (EPS και PDS) της λειτουργικής δυσπεψίας⁽¹⁰⁰⁾.

Οι δυσπεπτικοί ασθενείς κατηγοριοποιούνται συνήθως από τους γαστρεντερολόγους στην καθημερινή πράξη με βάση τη συμπτωματολογία τους σε ελκωτικού, δυσκινητικού, παλινδρομικού και μη-ειδικού τύπου

2.2 Επιδημιολογία

Μία Αμερικανική μελέτη αναφέρει ότι πάνω από το 29% του πληθυσμού υποφέρει από συμπτωματολογία λειτουργικής δυσπεψίας, ενώ μία άλλη μεγάλη Ευρωπαϊκή μελέτη αναφέρει ότι 20,6% των ατόμων θα παραπονεθούν για επιγαστρικά συμπτώματα τους προηγούμενους 12 μήνες. Όπως όλες οι λειτουργικές διαταραχές, έτσι και η λειτουργική δυσπεψία απαντάται συχνότερα στις γυναίκες απ ότι στους άντρες (24,4% έναντι 16,6%) και μάλιστα ηλικίας κάτω των 30 ετών. Άλλες δημογραφικές μεταβλητές, όπως το κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο και ο βαθμός της αστικοποίησης, δεν βρέθηκαν να επηρεάζουν τη συχνότητα των δυσπεπτικών συμπτωμάτων^(101,102).

2.3. Αιτιοπαθογένεια

Δεδομένου ότι η αιτιολογία της λειτουργικής δυσπεψίας είναι αβέβαιη, διάφορες μελέτες αναφέρουν ότι η λειτουργική δυσπεψία είναι μία ετερογενής νόσος στην οποία διαφορετικοί παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί προκαλούν και την ανάλογη συμπτωματολογία.

Η καθυστερημένη γαστρική κένωση συνοδεύεται από μεταγευματική δυσφορία, ναυτία και έμετο. Η διαταραχή της χάλασης υποδοχής του στομάχου μπορεί να εξηγήσει τον πρόωρο κορεσμό και την απώλεια βάρους, ενώ η υπερευαισθησία στη γαστρική διάταση μπορεί να εξηγήσει, το επιγαστρικό άλγος, τις ερυγές και την απώλεια βάρους.

Ίσως σε μία κατηγορία ασθενών η αιτιολογία των συμπτωμάτων τους να είναι μεταλοιμώδης. Επίσης, είναι γνωστή και η ανάμιξη του *H.pylori* στην παθογένεια της νόσου. Μεγάλες μελέτες έχουν δείξει ότι το βακτηρίδιο βρίσκεται πολύ πιο συχνά στους δυσπεπτικούς ασθενείς σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό ⁽¹⁰³⁾.

Η χρήση φαρμάκων του τύπου ΜΣΑΦ έχει επίσης συνδεθεί με συμπτωματολογία δυσπεψίας που μοιάζει με εκείνη της λειτουργικής ⁽¹⁰⁴⁾. Επίσης, διάφορες διατροφικές συνήθειες που συνδέονται με γεύματα υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, τα πικάντικα τρόφιμα που περιέχουν καψαϊκίνη, και άλλα ερεθιστικά στοιχεία όπως ο καφές, το αλκοόλ και το κάπνισμα μπορούν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν τη συμπτωματολογία μιας ήδη προϋπάρχουσας λειτουργικής δυσπεψίας. Οι ασθενείς με λειτουργική δυσπεψία μπορεί επίσης να υποφέρουν από αγχώδεις, καταθλιπτικές, σωματόμορφες διαταραχές, καθώς επίσης να είναι θύματα σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης ⁽¹⁰⁵⁾.

2.4. Ενδοσκόπηση

2.4.1. Κατευθύντηριες οδηγίες

Ο κύριος λόγος της διενέργειας ενδοσκόπησης σε δυσπεπτικούς ασθενείς είναι η πρόωρη διάγνωση οργανικών βλαβών του πεπτικού. Παρ όλα αυτά, το ποσοστό κακοήθειας σε τέτοιους ασθενείς είναι μόλις 1-3%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό πεπτικής ελκωτικής νόσου είναι επίσης μικρό της τάξης του 5-15%.

Δεδομένου του μεγάλου αριθμού ασθενών με δυσπεπτικά ενοχλήματα, γίνεται κατανοητό ότι δεν είναι πρακτικό να εκτελείται ενδοσκόπηση σε όλους αυτούς τους ασθενείς. Γι αυτό θεσπίστηκαν κάποια κριτήρια αξιολόγησης των ασθενών που θα υποβληθούν σε ενδοσκόπηση, και περιλαμβάνουν ασθενείς με δυσπεπτικά συμπτώματα και σημεία συναγερμού, όπως η πρόσφατη έναρξη συμπτωμάτων σε ασθενείς ηλικίας άνω των 45-55 ετών, το οικογενειακό ιστορικό κακοήθειας πεπτικού, η ανεξήγητη

απώλεια βάρους, η αιμορραγία ανώτερου πεπτικού, η σιδηροπενική αναιμία, η προοδευτική δυσφαγία, η οδυνοφαγία, οι επίμονοι έμετοι, η ψηλαφητή κοιλιακή μάζα ή η λεμφαδενοπάθεια, και ο ίκτερος⁽¹⁰⁶⁻¹⁰⁹⁾. Όσον αφορά τα παιδιά που παραπονιούνται για δυσπεπτικά ενοχλήματα, ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού διενεργείται στις περιπτώσεις ασθενών με οικογενειακό ιστορικό πεπτικού έλκους και/ή λοίμωξη από *H.pylori*, παιδιά ηλικίας μεγαλύτερης των 10 ετών με συμπτώματα που επιμένουν πέρα των 6 μηνών και είναι ικανά να επηρεάσουν τις καθημερινές δραστηριότητές της ζωής τους⁽¹¹⁰⁾.

2.4.2. Δυσπεψία και ενδοσκοπικά ευρήματα

Είναι συχνά πρόκληση για τον ενδοσκόπο να αποφασίσει εάν οι διαγνωσμένες ενδοσκοπικές βλεννογονικές ανωμαλίες μπορούν να εξηγήσουν τα δυσπεπτικά ενοχλήματα⁽¹¹¹⁾. Η διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στην οργανική και τη λειτουργική δυσπεψία όσον αφορά τα ενδοσκοπικά ευρήματα παραμένει αδιευκρίνιστη. Μερικοί ενδοσκόποι θεωρούν τις ορατές επίπεδες ή υπεργεμμένες βλεννογόνιες διαβρώσεις ως απόδειξη ιστικής καταστροφής ή νέκρωσης στα πλαίσια μιας οργανικής νόσου. Άλλοι πάλι δέχονται έναν περιορισμένο αριθμό διαβρώσεων (ίσως μέχρι πέντε) συμβατό με λειτουργική νόσο⁽¹¹²⁾. Πάντως, ο συνηθέστερος τύπος γαστρίτιδας που διαγιγνώσκεται ενδοσκοπικά, είναι η ερυθματώδης γαστρίτιδα η οποία απαντάται στο άντρο σε ποσοστό 71% και στο σώμα σε ποσοστό 81% των ενδοσκοπήσεων ανώτερου πεπτικού. Υπό τον όρο της ερυθματώδους γαστρίτιδας περιλαμβάνεται η διάχυτη και η εστιακή ερυθρότητα του βλεννογόνου. Σε μικρότερο ποσοστό ο ενδοσκόπος επισκοπεί εικόνα διαβρωτικής και ατροφικής γαστρίτιδας⁽¹¹³⁾. Σε μία πρόσφατη Κορεάτικη μελέτη 325 πασχόντων από λειτουργική δυσπεψία παρατηρήθηκαν ενδοσκοπικά σε μεγαλύτερο ποσοστό ευρήματα ερυθματώδους γαστρίτιδας και υπεργεμένων διαβρώσεων πυλωρικού άντρου στους ασθενείς που ανήκουν στην κατηγορία του σύνδρομου του

επιγαστρικού άλγους της λειτουργικής δυσπεψίας, ενώ σε αυτούς που ανήκουν στην κατηγορία της μετεγευματικής δυσφορίας παρατηρήθηκε συχνότερα ατροφία του θόλου του στομάχου ⁽¹¹⁴⁾.

Τα δυσπεπτικά συμπτώματα μπορεί να μη συνοδεύονται από ενδοσκοπικές βλάβες, όπως συμβαίνει στη λειτουργική δυσπεψία, ή και το αντίστροφο, δηλαδή να διαγιγνώσκονται ενδοσκοπικά οργανικές βλάβες όπως το πεπτικό έλκος και η οισοφαγίτιδα. Από την άλλη μεριά, τέτοιες βλάβες μπορεί επίσης να είναι ασυμπτωματικές. Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι η συσχέτιση μεταξύ δυσπεπτικών συμπτωμάτων και ενδοσκοπικών ευρημάτων δεν είναι πλήρως ξεκαθαρισμένη ^(115,116).

Ο Johnsen και οι συνεργάτες του έκαναν σύγκριση ενδοσκοπικών ευρημάτων μεταξύ δυσπεπτικών ασθενών με παρομοίου σε ηλικία και φύλο μάρτυρων. Όπως φαίνεται και από τον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 3), αν εξαιρέσουμε τη δωδεκαδακτυλίτιδα και το πεπτικό έλκος, δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τα λοιπά ενδοσκοπικά ευρήματα ⁽¹¹⁷⁾.

Πίνακας 3. Ενδοσκοπικά ευρήματα σε ασθενείς με δυσπεψία συγκριτικά με ομάδα έλεγχου ίδιας ηλικίας και φύλου. ⁽¹¹⁷⁾

	Δυσπεψία (%)	Ομάδα ελέγχου (%)
Οισοφαγίτιδα, βαθμοί I-II	12	8
Διαφραγματοκήλη	3	3
Γαστρίτιδα (επιφανειακή)	20	16
Ατροφική γαστρίτιδα	4	4
Δωδεκαδακτυλογαστρική παλινδρόμηση	18	13
Πεπτική ελκωτική νόσος	8	4
Δωδεκαδακτυλίτιδα	20	9
Φυσιολογικά	54	66

Μία μεγάλη πολυεθνική Ασιατική μελέτη στην οποία συμπεριλήφθησαν 1167 ασθενείς με δυσπεπτικά ενοχλήματα, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού, αναφέρει ότι 309 (26,4%) των συμμετεχόντων είχαν κλινικά σημαντικά ενδοσκοπικά ευρήματα και αποτελούνταν κυρίως από άτομα ηλικίας > 45 ετών, άρρεν φύλου, χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, καπνιστές, πάσχοντες από *H.pylori* λοίμωξη και με διάρκεια συμπτωμάτων <5 μηνών⁽¹¹⁸⁾.

Σε άλλες μελέτες, Ιάπωνες παρατήρησαν τις αλλαγές των συμπτωμάτων του ανώτερου πεπτικού και των ενδοσκοπικών ευρημάτων τα τελευταία 25 έτη. Συγκεκριμένα διεξήχθησαν 3 μεγάλες μελέτες μεταξύ 1981 και 2005. Τα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν ήταν ότι τα κύρια συμπτώματα όλων των ηλικιών, για τα οποία παραπονούνται οι Ιάπωνες ασθενείς ήταν το επιγαστρικό άλγος και η δυσφορία, ενώ πενταπλασιάστηκε η συχνότητα της ενόχλησης από οπισθοστερνικό καύσο. Όσον αφορά τα ενδοσκοπικά ευρήματα, παρατηρήθηκε μείωση των πεπτικών ελκών με παράλληλη αύξηση της διαβρωτικής οισοφαγίτιδας, καθώς επίσης και αύξηση των ασθενών με δυσπεπτικά ενοχλήματα και αρνητική για ευρήματα ενδοσκόπηση⁽¹¹⁹⁾.

Συνήθως οι ασθενείς με δυσπεπτικά συμπτώματα έχουν σπανιότερα οισοφαγίτιδα, εκτός αν συνυπάρχουν και συμπτώματα ΓΟΠΝ⁽¹²⁰⁾. Πρόσφατη μελέτη η οποία διερεύνησε ασθενείς με δυσπεπτικά συμπτώματα ανέφερε υψηλή συχνότητα οισοφαγίτιδας σε ασθενείς οι οποίοι δεν είχαν ως προεξάρχοντα συμπτώματα αυτά της ΓΟΠΝ, ενώ παράλληλα η συχνότητα του πεπτικού έλκους δεν διέφερε στατιστικά στους ασθενείς με και χωρίς συμπτωματολογία ΓΟΠΝ⁽¹²¹⁾.

Σε μεγάλη Ιταλική μελέτη συμπεριλήφθησαν 1033 άτομα εκ των οποίων 552 (53,4%) ήταν ασυμπτωματικοί, 404 (39,1%) συμπτωματικοί χωρίς όμως σημεία και συμπτώματα συναγερμού, ενώ 31 από αυτούς ανέφεραν συμπτώματα συναγερμού (δυσφαγία/οδυνοφαγία) και 46 είχαν σημεία συναγερμού. Σχεδόν $\frac{3}{4}$ των ατόμων με

δυσπεπτικά ενοχλήματα δεν είχαν ενδοσκοπικά ευρήματα και επιπλέον η οισοφαγίτιδα δεν ήταν η αιτία της δυσπεψίας σε άτομα στα οποία τα προέχοντα συμπτώματα δεν ήταν αυτά της παλινδρόμησης. Συγκεκριμένα, ενδοσκοπικά ευρήματα διαγιγνώστηκαν σε 17,6% των ασυμπτωματικών ατόμων και σε 27,4% εκείνων με δυσπεπτικά συμπτώματα. Η συχνότητα της οισοφαγίτιδας και του οισοφάγου Barrett στους δυσπεπτικούς ασθενείς χωρίς συμπτώματα παλινδρόμησης ήταν 8,1 και 1,5% αντίστοιχα, παρόμοια με αυτή των ασυμπτωματικών ατόμων (8,5 και 0,7% αντίστοιχα). Η συχνότητα οισοφαγίτιδας ήταν αυξημένη σε άτομα με σύγχρονα συμπτώματα δυσπεψίας και παλινδρόμησης ⁽¹²⁰⁾. Άλλες πάλι μελέτες αναφέρουν ότι το ποσοστό της οισοφαγίτιδας έχει αυξηθεί και στους δυσπεπτικούς ασθενείς στους οποίους τα προέχοντα συμπτώματα δεν είναι αυτά της παλινδρόμησης, και μάλιστα η οισοφαγίτιδα μπορεί να είναι και η πιθανή αιτία σε κάποιους ασθενείς που παραπονιούνται για επιγαστραλγία. ^(121,122,123) Όσον αφορά τις νεοπλασίες, όπως ήταν αναμενόμενο, γαστρικός καρκίνος ήταν σημαντικά συχνότερος σε άτομα με συμπτώματα συναγερού σε σχέση με τα ασυμπτωματικά και τα δυσπεπτικά χωρίς συμπτώματα συναγερού άτομα ⁽¹²⁰⁾.

Ο Mansi και οι συνεργάτες του μελέτησαν 2253 διαδοχικούς ασθενείς με δυσπεπτικά ενοχλήματα, χωρίς την ύπαρξη οργανικής νόσου, με σκοπό να ορίσουν μια κατευθυντήρια οδηγία για την κατάλληλη χρήση ενδοσκόπησης στις διάφορες κλινικές μορφές της δυσπεψίας. Σύμφωνα με τη συμπτωματολογία, οι ασθενείς χωρίστηκαν στις γνωστές τρεις κατηγορίες δυσπεψίας: i) ελκωτικού τύπου: 973 (43%), ii) δυσκινητικού τύπου: 423 (19%) και iii) παλινδρομικού τύπου: 857 (38%) ασθενείς. Αρνητική για παθολογικά ευρήματα ενδοσκόπηση διαπιστώθηκε συχνότερα στην ομάδα των ασθενών που υπέφεραν από δυσκινητικού τύπου δυσπεψία (35,7%), σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες ασθενών που τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 26,3% στην ομάδα με

ελκωτικού τύπου και 25,7% στην ομάδα με παλινδρομικού τύπου δυσπεψία. Επιπλέον, στην κατηγορία των ασθενών με δυσκινητικού τύπου δυσπεψία δεν διαγνώστηκε κακοήθεια σε ασθενείς κάτω των 60 ετών ούτε πεπτικό έλκος σε ασθενείς κάτω των 50 ετών. Συγκεκριμένα, στους ασθενείς κάτω των 50 ετών με συμπτωματολογία δυσκινητικού τύπου δυσπεψίας, τα δωδεκαδακτυλικά έλκη και οι οισοφαγίτιδες ήταν σπάνια (μόνο σε ένα και σε πέντε αντίστοιχα από τους συνολικά 145 ασθενείς). Αντίθετα, στις κατηγορίες των ασθενών με ελκωτικού και παλινδρομικού τύπου δυσπεψία τα παθολογικά ενδοσκοπικά ευρήματα ήταν σημαντικά συχνότερα (73,5% και 74,1% αντίστοιχα), και χωρίς να παρατηρηθεί κάποια συσχέτιση με την ηλικία των ασθενών. Αξιοσημείωτο είναι, ότι στους ασθενείς με παλινδρομικού τύπου δυσπεψία παρατηρήθηκαν ιδιαίτερα υψηλά για τη συμπτωματολογία τους ποσοστά γαστρίτιδας (17%), διαβρωτικών προπυλωρικών βλαβών (18%), δωδεκαδακτυλίτιδας (12%) και γαστρικών/δωδεκαδακτυλικών ελκών (5,2%) ενισχύοντας τη μικρή σημασία της κατηγοριοποίησης των δυσπεπτικών ασθενών.

Ένα άλλο χρήσιμο συμπέρασμα αυτής της μελέτης, ήταν ότι ίσως σε ασθενείς με δυσκινητικού τύπου δυσπεψία κάτω των 50 ετών δεν θα ήταν απαραίτητο να ενδοσκοπηθούν, αφού τα παθολογικά ευρήματα ήταν ασήμαντα.

Βέβαια, αξίζει να αναφερθεί ότι στη συγκεκριμένη μελέτη υπήρχε σχετικά μικρός αριθμός ασθενών με δυσκινητικού τύπου δυσπεψία (μόνο 19%), σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες (43% ασθενείς με ελκωτικού και 38% ασθενείς με παλινδρομικού τύπου δυσπεψία), αλλά και μικρός συνολικός αριθμός ασθενών ηλικίας κάτω των 50 ετών (7,15% ή 161/2253)⁽¹²⁴⁾.

Μια ενδιαφέρουσα πρόσφατη Ισπανική μελέτη αναφέρει συσχέτιση μεταξύ συμπτωμάτων δυσκινητικού τύπου δυσπεψίας και ευαισθησίας στην εντεροπάθεια από γλουτένη. Συγκεκριμένα, μελετήθηκαν 142 ασθενείς με συμπτωματολογία

δυσκινητικού τύπου δυσπεψίας με φυσιολογική ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού, στους οποίους ελήφθηκε βιοψικό υλικό από τη 2^η μοίρα του 12δακτύλου. Σε αυτούς τους ασθενείς που ιστολογικώς διαγνώστηκε εντεροπάθεια (αριθμός ενδοεπιθηλιακών λεμφοκυτάρων μεγαλύτερος των 25 στα 100 εντεροκύτταρα) έγινε επίσης και ορολογικός έλεγχος για κοιλιοκάκη (IgA ιστική τρανσγλουταμινάση) και έλεγχος των γνωστών γονότυπων HLA DQ2 ή DQ8 που χαρακτηρίζουν τη νόσο. Επίσης, τέθηκαν σε 18μήνη δίαιτα ελεύθερης γλουτένης οι ασθενείς στους οποίους κάποιες από τις ανωτέρω διαγνωστικές δοκιμασίες συνηγορούσαν υπέρ της διάγνωσης της εντεροπάθειας από γλουτένη. Η τελική διάγνωση βασίστηκε στην κλινική και την ιστοπαθολογική ανταπόκριση των ασθενών μετά το πέρας της δίαιτας ελεύθερης γλουτένης. Τελικώς, 19 ασθενείς (19,7%) είχαν ευαισθησία στην εντεροπάθεια από γλουτένη ⁽¹²⁵⁾.

2.5. Δυσπεψία και H.pylori

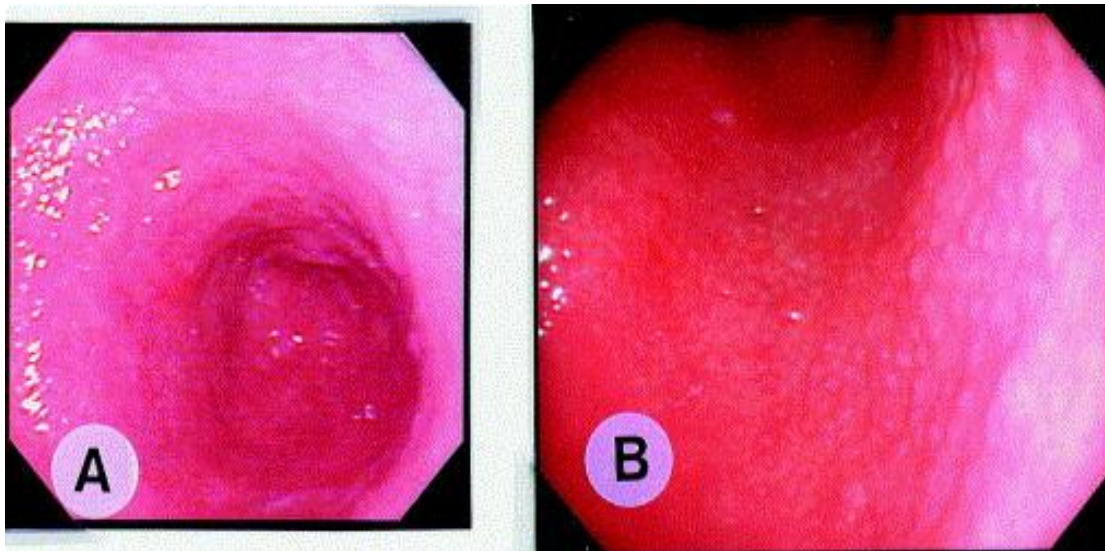
Ο επιπολασμός της λοίμωξης με H.pylori στους ασθενείς με λειτουργική δυσπεψία κυμαίνεται από 37% ως 87%, αλλά παραμένει αβέβαιο εάν το βακτηρίδιο ευθύνεται για τη συμπτωματολογία των ασθενών αυτών ή είναι απλά ένα τυχαίο συνοδευτικό εύρημα. Σε μία Τουρκική μελέτη με 900 δυσπεπτικούς ασθενείς, οι οποίοι ταξινομήθηκαν με βάση τη συμπτωματολογία τους σε ελκωτικού, δυσκινητικού και μικτού τύπου συμπτωματολογίας δυσπεψίας, βρέθηκε υψηλότερο ποσοστό H.pylori λοίμωξης στους ασθενείς με ελκωτικού τύπου δυσπεψία σε σχέση με αυτούς με δυσκινητικού τύπου, αλλά χωρίς διαφορά με τους ασθενείς με μικτή συμπτωματολογία. Όσον αφορά τη συχνότητα της οροθετικότητας του cagA υπότυπου του H.pylori στις τρεις παραπάνω ομάδες των δυσπεπτικών ασθενών, τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια ⁽¹²⁶⁾. Παρά το γεγονός των αντικρουόμενων απόψεων όσον αφορά την εμπλοκή του H.pylori στην παθογένεια της μη ελκωτικής δυσπεψίας, υπάρχει ένδειξη της εκρίζωσης του

βακτηριδίου στους ασθενείς αυτούς, αφού ένα ποσοστό αυτών θα ωφεληθεί από τη θεραπεία. Με γνώμονα αυτή την άποψη, αναπτύχθηκαν διάφορα οικονομικά μοντέλα που προτείνουν για τους ασθενείς με δυσπεψία τη στρατηγική του ελέγχου χωρίς ενδοσκόπηση και εκρίζωσης του *H.pylori* επί θετικού αποτελέσματος (test and treat). Οι πιο αξιόπιστες μη επεμβατικές μέθοδοι ανίχνευσης του *H.pylori* είναι η δοκιμασία αναπνοής με σεσημασμένη ουρία (urea breath test) και η δοκιμασία ανίχνευσης αντιγόνων στα κόπρανα (stool antigen test). Με τις μεθόδους αυτές διάγνωσης του *H.pylori* μειώνεται το ποσοστό ενδοσκοπήσεων και βιοψιών και ταυτόχρονα το κόστος. Η στρατηγική test and treat δεν ισχύει για ηλικιωμένους δυσπεπτικούς ασθενείς ή ασθενείς με σημεία συναγερμού, που χρήζουν απαραίτητως ενδοσκόπησης όπως αναφέρθηκε παραπάνω για τον αποκλεισμό οργανικής πεπτικής νόσου^(127, 128).

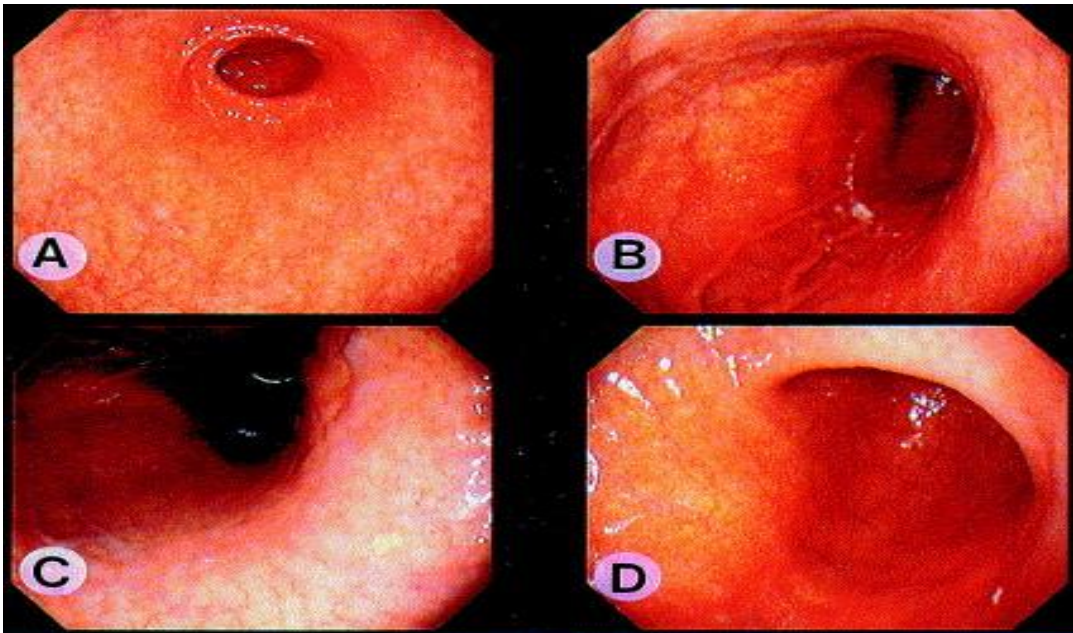
2.5.1. Ενδοσκοπικά ευρήματα σε *H.pylori* θετικούς ασθενείς με δυσπεψία

Σε περίπτωση που ενδοσκοπηθούν τέτοιοι ασθενείς, τα ενδοσκοπικά ευρήματα του γαστρικού βλεννογόνου που σχετίζονται με την λοίμωξη από το *H.pylori* μπορεί είναι το οίδημα, το ερύθημα με τις κατά τόπους έντονες κοκκινωπές ραβδώσεις, το διάχυτο εξίδρωμα, οι επίπεδες διαβρώσεις ή ακόμα και η κατά τόπους υπερτροφία, ατροφία, ή οζώδης διαμόρφωση του βλεννογόνου (Εικόνα 11,12,13,14). Σε αυτό το συμπέρασμα κατέληξε και μια Ιαπωνική μελέτη στην οποία ενδοσκοπήθηκαν 50 ασθενείς με μη ελκωτική δυσπεψία θετικοί για *H.pylori* και έτεροι 50 ασθενείς επίσης πάσχοντες από μη ελκωτική δυσπεψία αρνητικοί για *H.pylori*. Οι αναφορές έγιναν από 3 ενδοσκόπους, οι οποίοι δεν γνώριζαν τίποτα σχετικά με την κατάσταση του *H.pylori* σε κανένα ασθενή, και αγνοούσαν το ιστορικό των ασθενών. Τα ανωτέρω ενδοσκοπικά ευρήματα ήταν σημαντικά περισσότερα στους ασθενείς που ήταν θετικοί για το *H.pylori*. Επίσης ιστολογικά, η σοβαρότητα της φλεγμονής, η πολυμορφοκυτταρική διήθηση, η ατροφία

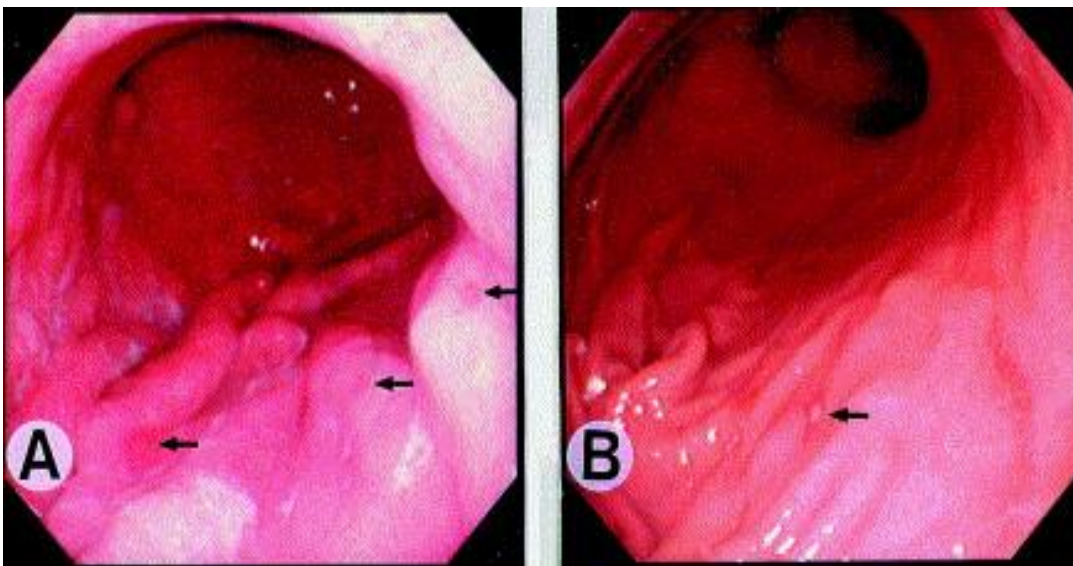
του σώματος και του άντρου, και η εντερική μεταπλασία του άντρου ήταν συχνότερα στους *H.pylori* θετικούς σε σχέση με τους *H.pylori* αρνητικούς ασθενείς ⁽¹²⁹⁾.



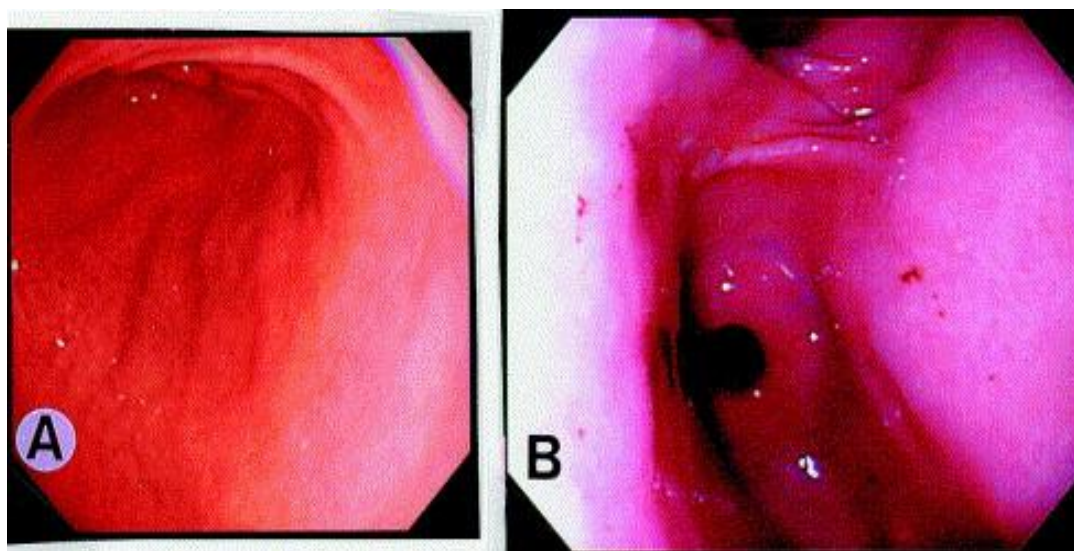
Εικόνα 11. Ενδοσκοπικά ευρήματα σε ασθενείς με *H.pylori* λοίμωξη. (A),(B) Οίδημα και ευκρινής οζώδης διαμόρφωση βλεννογόνου άντρου ⁽¹²⁹⁾.



Εικόνα 12. Ενδοσκοπικά ευρήματα σε ασθενείς με *H.pylori* λοίμωξη. (Α–D) Περιοχές ωχρού βλεννογόνου και διαγραφής αγγειακού δικτύου που εκτείνεται από το πυλωρικό άντρο στο σώμα. (B και D). Ατροφία βλεννογόνου σώματος ⁽¹²⁹⁾.



Εικόνα 13. Ενδοσκοπικά ευρήματα σε ασθενείς με *H.pylori* λοίμωξη. (Α) Οίδημα βλεννογόνου, ερύθημα (τόξα), διάχυτο εξίδρωμα και υπερτροφία πτύχωσης σώματος. (B) Επίπεδη διάβρωση (τόξο) σώματος ⁽¹²⁹⁾.



Εικόνα 14. Ενδοσκοπικά ευρήματα σε ασθενείς με *H.pylori* λοίμωξη. (Α) Εξέρυθρες ραβδώσεις μείζονος τόξου άντρου. (Β) Αιμορραγικά στίγματα άντρου ⁽¹²⁹⁾.

Παρόμοια ενδοσκοπικά γαστρικά ευρήματα αλλά και φυσιολογικός βλεννογόνος και συσχέτισή τους με το *H.pylori* παρουσιάζονται λεπτομερώς στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 4) που αφορά μία Αραβική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 208 δυσπεπτικοί ασθενείς στους οποίους το συχνότερο σύμπτωμα ήταν το επιγαστρικό άλγος, ακολουθούμενο σε συχνότητα από οπισθοστερνικό καύσο, ναυτία, ερυγή, μετεγευματική δυσφορία, αναγωγή, πρόωρο κορεσμό και έμετο.

Πίνακας 4. Συχνότητα *H.pylori* λοίμωξης σε 208 δυσπεπτικούς ασθενείς ⁽¹³⁰⁾.

Βλεννογονικές βλάβες	Σύνολο ασθενών	<i>H.pylori</i> (+)	<i>H.pylori</i> (-)
Ερυθματώδης γαστρίτιδα	51 (68%)	38 (74%)	13 (26%)
Διαβρωτική γαστρίτιδα	14 (18%)	12 (85%)	2 (15%)
Εμφάνιση μωσαϊκού	18 (24%)	16 (88%)	2 (12%)
Οζώδης γαστρίτιδα	17 (22%)	16 (94%)	1 (6%)
Ατροφική γαστρίτιδα	12 (16%)	9 (75%)	3 (25%)
Υπερτροφία πτύχωσης θόλου	5 (4.2%)	4 (80%)	1 (20%)
Μεικτά ευρήματα	24 (32%)	20 (83.4%)	4 (16.6%)
Φυσιολογικός βλεννογόνος	67 (27.5%)	44 (65.6%)	23 (34.3%)
Συνολικοί ασθενείς	208	159 (76%)	49 (24%)

Από τα αποτελέσματα της τελευταίας μελέτης φαίνεται ότι ένα ποσοστό 27,5% των δυσπεπτικών ασθενών έχει ενδοσκοπικά φυσιολογικό γαστρικό βλεννογόνο. Όσον αφορά τη συχνότητα του *H.pylori*, τα ποσοστά είναι υψηλότερα τόσο σε ασθενείς με φυσιολογικό βλεννογόνο, όσο και σε αυτούς με παθολογικά ενδοσκοπικά ευρήματα γαστρίτιδας, είτε μεμονωμένα (117/56,2%), είτε μικτά (24/32%)⁽¹³⁰⁾.

Άλλη μελέτη αναφέρει φαίνεται ότι η οξώδης γαστρίτιδα σε ασθενείς με δυσπεπτικά ενοχλήματα είναι απότοκος της *H.pylori* λοίμωξης και είναι το συχνότερο ενδοσκοπικό εύρημα ιδίως στις νεαρές γυναίκες.

Βέβαια δεν είναι δυνατόν να διαγνωστεί η *H.pylori* γαστρίτιδα μόνο με την ενδοσκοπική εικόνα, αλλά βασίζεται και στην ιστολογική εξέταση του βλεννογόνου με λήψη βιοψιών, ή σε κάποιο μη επεμβατική δοκιμασία ανίχνευσης του βακτηριδίου όπως είναι η δοκιμασία αναπνοής με σεσημασμένη ουρία^(130,131).

2.6. Ιστολογία

Η αναγκαιότητα της λήψης βιοψιών ρουτίνας σε ασθενείς με δυσπεψία χωρίς ειδικά ενδοσκοπικά ευρήματα είναι αμφιλεγόμενη. Πολλοί πιστεύουν ότι είναι δαπανηρή και σπατάλη χρόνου η λήψη βιοψιών ρουτίνας, αφού τα αποτελέσματα είναι συνήθως ασήμαντα. Η άλλη άποψη θεωρεί υποχρεωτική τη λήψη βιοψιών, αφού μπορεί να καθοριστεί η σοβαρότητα της γαστρίτιδας, να διαγνωστεί τυχόν ατροφία, εντερική μεταπλασία, ακόμα και δυσπλασία, καθώς επίσης και άλλες πιθανές λοιμώξεις όπως η λανβλίαση, η λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό κλπ. Επίσης ιστολογικά, μπορεί να διαγνωσθεί και νόσος Crohn, σαρκοείδωση, αμυλοείδωση, ηωσινοφιλική γαστρίτιδα και άλλες σπανιότερες παθήσεις. Γίνεται κατανοητό, ότι δεν υπάρχουν επιστημονικές οδηγίες όσον αφορά στην απάντηση του διλήμματος της λήψης ή μη βιοψιών ρουτίνας κατά τη διενέργεια της ενδοσκόπησης. Εφόσον ληφθούν βιοψίες, τα ιστοτεμαχίδια

πρέπει να ληφθούν από το πυλωρικό άντρο, τη γωνία και το σώμα του στομάχου για να γίνει η διαβάθμιση της γαστρίτιδας συμφώνως με το σύστημα Sydney-Houston.

Η αναθεωρημένη κατάταξη γαστρίτιδων του Houston το 1996 διατηρεί τις γενικές αρχές του πρώτου συστήματος, όπως το τρίπτυχο μορφολογίας, τοπογραφίας και αιτιολογίας, τη λήψη 5 βιοψιών από άντρο (2), σώμα (2) και γωνία (1), ξεχωριστά, την τρίβαθμη διαβάθμιση των 5 ιστολογικών παραμέτρων και την παροχή κλινικών πληροφοριών (ενδοσκοπική εικόνα, κλινικό ιστορικό, θέσεις λήψης βιοψιών). Επιπλέον, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ατροφία, διαχωρίζοντας τη γαστρίτιδα σε ατροφική και μη ατροφική γαστρίτιδα.

Παρέχονται σχηματικά παραδείγματα (visual analogues), για τη διαβάθμιση των 5 ιστολογικών παραμέτρων (χρόνιας φλεγμονής, ενεργού δραστηριότητας, *H.pylori* εντερικής μεταπλασίας και ατροφία βλεννογόνου) τα οποία έχει διαπιστωθεί ότι βελτιώνουν ουσιαστικά την υποκειμενικότητα για τις 4 πρώτες παραμέτρους.

Πρόβλημα παραμένει ακόμα, η εκτίμηση της παρουσίας ή μη και της έκτασης της ατροφίας των αδενίων, για την οποία είναι απαραίτητα η παρουσία βλεννογονίου μυϊκής στιβάδος και ο καλός προσανατολισμός των βιοψιών. Φαίνεται πάντως ότι η εφαρμογή από έμπειρο παθολογοανατόμο των τριών βαθμών στην εκτίμηση της ατροφίας, συμβαδίζει καλά με αντικειμενικές μορφομετρικές παρατηρήσεις.

Για την εντερική μεταπλασία, προτείνεται να εφαρμόζεται η χρώση AB-PAS για την αναγνώρισή της και να διαχωρίζεται ο πλήρης από τον ατελή τύπο. Η εφαρμογή όμως ειδικών χρώσεων για τον τύπο III γαστρίτιδας συνήθως γίνεται μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Για το *H.pylori*, συστήνεται να γίνεται μια δεύτερη ιστοχημική χρώση, πριν χαρακτηριστεί μια βιοψία αρνητική.

Επίσης, παρέχονται παραδείγματα τρόπου γραφής των ιστολογικών εκθέσεων κατά την κατάταξη αυτή, με καταγραφή των διαβαθμιζόμενων παραμέτρων κατά περιοχή του στομάχου, τελικό συμπέρασμα και διατύπωση σχολίων.

Παρόλο που η κατάταξη αυτή, ξεκαθαρίζει το τοπίο της χρόνιας γαστρίτιδας, βοηθά στην κατανόηση, το διαχωρισμό και την αιτιολογία των ποικίλων γαστρίτιδων και συμβάλει στη θεραπεία των ασθενών, στην πράξη υπάρχουν προβλήματα στην εφαρμογή της τόσο από τους γαστρεντερολόγους όσο και από τους παθολογοανατόμους. Πολλοί γαστρεντερολόγοι, θεωρούν το σύστημα αυτό πολύπλοκο και χρονοβόρο, κατάλληλο μόνο για έρευνα και ακαδημαϊκούς σκοπούς και παίρνουν βιοψίες μόνο από το άντρο και το σώμα, ενώ παιδογαστρεντερολόγοι δεν θεωρούν σωστό να παίρνουν περισσότερες από 1-2 βιοψίες. Από τους παθολογοανατόμους, μερικοί δεν είναι ενήμεροι για αυτήν την κατάταξη, ενώ οι άλλοι την εφαρμόζουν μερικώς. Οι λόγοι είναι πολλοί, όπως η συνήθεια της απλής καταγραφής των αλλοιώσεων, η μη εξοικείωση με αυτήν, ο δισταγμός για την τελική διάγνωση αλλοιώσεων που οφείλονται σε πολλά αίτια, ο φόρτος της εργασίας, η αίσθηση της μη αναγκαιότητας, η κριτική στάση, όπως και το γεγονός ότι συχνά οι βιοψίες είναι προβληματικές ως προς το μέγεθος, το βάθος, την ποιότητα και την αντιπροσωπευτικότητά τους, και οι κλινικές πληροφορίες απουσιάζουν ή είναι ελλιπείς. Με βάση τα παραπάνω, η εφαρμογή της προτεινόμενης κατάταξης προϋποθέτει ενημέρωση, αμοιβαία αποδοχή και στενή συνεργασία μεταξύ του γαστρεντερολόγου και του παθολογοανατόμου⁽¹³²⁻¹³⁵⁾.

3. ΣΥΝΟΨΗ

Η ΓΟΠΝ είναι μία χρόνια νόσος όπου η παλινδρόμηση του γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο μπορεί να προκαλέσει ενοχλητικά συμπτώματα στους ασθενείς είτε οισοφαγικά είτε εξωοισοφαγικά. με κυριότερους εκπρόσωπους τον οπισθοστερνικό καύσο και την όξινη αναγωγή, επηρεάζοντας μερικές φορές σημαντικά την ποιότητα της ζωής τους. Χαρακτηριστικές είναι οι επιπλοκές της νόσου, όπου η ενδοσκόπηση αποτελεί τη κύρια διαγνωστική εξέταση για τη διάγνωση και πολλές φορές τη θεραπεία αυτών ⁽¹³⁶⁾.

Όπως στους ασθενείς με ΓΟΠΝ, έτσι και στους δυσπεπτικούς ασθενείς η ενδοσκόπηση είναι και θα παραμείνει η αρχική παρακλινική εξέταση που θα επιτρέπει την επισκόπηση τυχόν ανωμαλιών του βλεννογόνου και θα κρίνει τη λήψη ή μη βιοψιών.

Ωστόσο, παραμένει δύσκολο να προσδιοριστεί η συσχέτιση μεταξύ δυσπεπτικών συμπτωμάτων και ενδοσκοπικών βλεννογονικών βλαβών, όσο η γένεση των συμπτωμάτων δυσπεψίας παραμένει ασαφής.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης, ήταν η αξιολόγηση των ενδοσκοπικών ευρημάτων σε ασθενείς με συμπτωματολογία ΓΟΠΝ, και/ή δυσπεψίας. Ειδικότερα θα μελετηθούν:

- 1) Συσχέτιση συμπτωμάτων με τυχόν οισοφαγίτιδα, πεπτικό έλκος, γαστρίτιδα και δωδεκαδακτυλίτιδα.
- 2) Συσχέτιση συμπτωμάτων με παρουσία λοίμωξης με ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (H.p.) και CagA υπότυπου του H.p.

2. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν όλοι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε γαστροσκόπηση στο Ενδοσκοπικό Τμήμα του νοσοκομείου μας λόγω συμπτωματολογίας ΓΟΠΝ και/ή δυσπεψίας από τον 03/2005-03/2007.

Εξαιρέθηκαν από τη μελέτη ασθενείς που λάμβαναν αναστολείς αντλίας πρωτονίων (PPIs), αντιβιοτικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ), αντιπηκτικά το τελευταίο 15ήμερο, ασθενείς που έπασχαν από γνωστό πεπτικό έλκος, ασθενείς που λόγω δυσανεξίας δεν ολοκληρώθηκε η εξέταση, ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επείγουσα ενδοσκόπηση λόγω αιμορραγίας πεπτικού, καθώς επίσης και εκείνοι με ιστορικό χειρουργικής επέμβασης του ανώτερου πεπτικού.

Πριν την ενδοσκόπηση σε κάθε ασθενή καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία και λεπτομερές ιατρικό ιστορικό (ατομικό και οικογενειακό αναμνηστικό). Επιπλέον, κάθε ασθενής πριν την διενέργεια της ενδοσκόπησης συμπλήρωσε φόρμες ερωτήσεων που αναφέρονται στη συμπτωματολογία του και στη βαρύτητα αυτής.

Η πρώτη φόρμα περιλαμβάνει ερωτηματολόγιο σχετικά με την κλίμακα διαβάθμισης των γαστρεντερικών συμπτωμάτων (GSRS). Ο αριθμός των ερωτήσεων ως προς τα συμπτώματα είναι 8(Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Ερωτηματολόγιο κλίμακας διαβάθμισης των γαστρεντερικών συμπτωμάτων (GSRS)

Ερώτηση 1	Είχατε αισθανθεί πόνους ή ενοχλήσεις στο πάνω μέρος της κοιλιάς ή πάνω από το στομάχι (επιγάστριο) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας;
Ερώτηση 2	Είχατε ενοχληθεί από καυσαλγίες κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας; (Με τον όρο καυσαλγία εννοούμε κάθε δυσάρεστο συναίσθημα πόνου ή καύσου στο στήθος-πίσω από το στέρνο).
Ερώτηση 3	Είχατε ενοχληθεί από όξινη αναγωγή κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας; (Όξινη αναγωγή εννοούμε τις μικρές ποσότητες όξινου γαστρικού υγρού που ανεβαίνει από το στομάχι στο λαιμό).
Ερώτηση 4	Είχατε ενοχληθεί από πόνους στο στομάχι σαν αυτούς της πείνας κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας; (Αυτό το ακαθόριστο αίσθημα πείνας σας έφερνε την ανάγκη να θέλετε να φάτε κάτι ανάμεσα στα γεύματα).
Ερώτηση 5	Είχατε ενοχληθεί από ναυτία κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας; (Με τον όρο ναυτία εννοούμε το αίσθημα αδιαθεσίας που μπορεί να φθάσει μέχρι ρέψιμο και έμετο).
Ερώτηση 6	Είχατε ενοχληθεί από γουργούρισμα στο στομάχι κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας; (Με τον όρο γουργούρισμα εννοούνται οι αναταράξεις ή ο θόρυβος από το περιεχόμενο του στομάχου).
Ερώτηση 7	Είχατε αισθανθεί φούσκωμα στο στομάχι κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας; (Το αίσθημα του φουσκώματος αναφέρεται στο πρήξιμο που συχνά σχετίζεται με το αίσθημα ότι υπάρχουν αέρια στο στομάχι).
Ερώτηση 8	Είχατε ενοχληθεί από ερυγές κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας; (Ερυγή, δηλ ρέψιμο είναι η έξοδος από το στόμα αερίων του στομάχου που συχνά σχετίζεται με ανακούφιση από το φούσκωμα).

Η βαρύτητα των συμπτωμάτων (GSRS) βαθμολογείται από 1-7 (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Βαρύτητα των συμπτωμάτων (GSRS).

Σκορ	Διαβάθμιση
1	Δεν είχα καμμία ενόχληση
2	Ελάχιστες ενοχλήσεις
3	Ελαφρές ενοχλήσεις
4	Μέτριες ενοχλήσεις
5	Μέτριες ως σοβαρές ενοχλήσεις
6	Σοβαρές ενοχλήσεις
7	Πολύ σοβαρές ενοχλήσεις

Η δεύτερη φόρμα περιλαμβάνει σύντομο ερωτηματολόγιο συμπτωμάτων ανώτερου πεπτικού (Σ.Ε) που αισθάνθηκε ο ασθενής κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας πριν την επίσκεψη στον ιατρό όπως φαίνεται (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Σύντομο ερωτηματολόγιο συμπτωμάτων ανώτερου πεπτικού (Σ.Ε) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας.

Ερώτηση 1	Οπισθοστερνικός καύσος
Ερώτηση 2	Οξινή αναγωγή
Ερώτηση 3	Επιγαστραλγία
Ερώτηση 4	Πρόωρος κορεσμός
Ερώτηση 5	Μεταγευματικό φούσκωμα
Ερώτηση 6	Ναυτία
Ερώτηση 7	Εμετος
Ερώτηση 8	Ερυγές

Ο αριθμός των ημερών μέσα στην τελευταία εβδομάδα που ο ασθενής αισθάνεται τα συμπτώματα βαθμολογείται με σκορ από 0 (καμμία ημέρα) έως και το μέγιστο σκορ 7 (7ημέρες). Ο ασθενής στο τέλος του ερωτηματολογίου σημειώνει ποιο σύμπτωμα θεωρεί κυρίαρχο.

Μια τελευταία φόρμα ερωτήσεων αφορά αποκλειστικά τη συμπτωματολογία γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (ΓΟΠ) σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Carlsson, το οποίο αποτελείται από 5 ερωτήσεις τις οποίες συμπληρώνει ο ασθενής. Το συνολικό σκορ της φόρμας σε κάθε ασθενή ξεχωριστά ποικίλλει από -7 έως +18. Παρουσία συμπτωματολογίας ΓΟΠ θεωρείται συνολικό σκορ >4 (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Διαγνωστικό Ερωτηματολόγιο Carlsson Γαστρο-οισοφαγικής Παλινδρόμησης

<p>1. Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει καλύτερα την κύρια ενόχληση που αισθανθήκατε στο στομάχι ή στο στήθος;</p> <p>(5) <input type="checkbox"/> Αίσθημα καούρας και πόνου που ανεβαίνει από το στομάχι ή το πάνω μέρ</p> <p>(0) <input type="checkbox"/> Αίσθημα ναυτίας ή έμετου.</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> Πόνος στο στέρνο όταν καταπίνεται</p> <p>(0) <input type="checkbox"/> Κανένα από τα παραπάνω, παρακαλώ αναφέρατε:</p>
<p>2. Εχοντας διαλέξει την κύρια ενόχλησή σας στην προηγούμενη ερώτηση διαλέξτε την απάντηση που περιγράφει καλύτερα τη στιγμή της ημέρας με τη μεγαλύτερη ενόχληση:</p> <p>(-2) <input type="checkbox"/> Οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας, χωρίς να επηρεάζεται από τη λήψη γεύματος.</p>
<p>(3) <input type="checkbox"/> Πιο συχνά μέσα σε δύο ώρες μετά τα γεύματα.</p> <p>(0) <input type="checkbox"/> Πάντοτε τη ίδια στιγμή της ημέρας ή της νύχτας, χωρίς να επηρεάζεται από τη λήψη γεύματος.</p>

3. Πόσο επηρεάζουν τα παρακάτω την κύρια ενόχληση που αισθάνεται ο ασθενής			
	Καμμία επίδραση	Χειροτερεύουν	Βελτιώνονται
Γεύματα μεγαλύτερα	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>
Φαγητά πλούσια σε λίπη	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>
Καυτερά φαγητά	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>
4. Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει καλύτερα τα αποτελέσματα της επίδρασης διαφόρων σκευασμάτων του πεπτικού στην κύρια ενόχληση σας;			
(0) <input type="checkbox"/> Καμία επίδραση			
(3) <input type="checkbox"/> Σαφής ανακούφιση μέσα σε 15 λεπτά			
(0) <input type="checkbox"/> Σαφής ανακούφιση μετά από 15 λεπτά			
(0) <input type="checkbox"/> Δεν παίρνω σκευάσματα για τις γαστρεντερικές διαταραχές			
5. Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει την επίδραση στην κύρια ενόχλησή σας όταν ξαπλώνετε, λυγίζετε τη μέση σας ή σκύβετε;			
(0) <input type="checkbox"/> Καμία επίδραση			
(1) <input type="checkbox"/> Την προκαλούν ή την χειροτερεύουν			
(-1) <input type="checkbox"/> Την ανακουφίζουν			
(0) <input type="checkbox"/> Δεν ξέρω			
6. Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει την επίδραση στην κύρια ενόχληση σας όταν σηκώνεται κάποιο αντικείμενο ή τεντώνεστε (ή κάνετε κάποια δραστηριότητα που σας κάνει να λαχανιάζετε);			
(0) <input type="checkbox"/> Καμία επίδραση			
(1) <input type="checkbox"/> Την προκαλούν ή την χειροτερεύουν			
(-1) <input type="checkbox"/> Την ανακουφίζουν			
(0) <input type="checkbox"/> Δεν ξέρω/Δεν αφορά εμένα			
7. Ποια είναι η επίδραση στην κύρια ενόχλησή σας όταν φαγητό ή ξινό ή πικρό υγρό ανεβαίνει από το στομάχι στο λαιμό ή στο στόμα σας;			
(0) <input type="checkbox"/> Καμία επίδραση			
(2) <input type="checkbox"/> Την προκαλούν ή την χειροτερεύουν			

- (0) Την ανακουφίζουν
- (0) Δεν ξέρω/Δεν αφορά εμένα

Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων χαρακτηρίστηκε ως ήπια με βαθμολόγηση από 5 έως 8, μέτρια από 9 έως 13 και σοβαρή από 14 έως 18.

Για την ανάγκη της μελέτης τα συμπτώματα των ερωτηματολογίων (GSRs/ΣΕ) κατηγοριοποιήθηκαν στις παρακάτω κατηγορίες:

- 1) Ελκωτική δυσπεψία με βάση το GSRs (**Ελκωτική Δυσπεψία 1**): (1^η ή 4^η ερώτηση του GSRs: σκορ>2).
- 2) Κινητική δυσπεψία με βάση το GSRs (**Δυσκινητική Δυσπεψία 1**): (5^η ή 6^η ή 7^η ερώτηση του GSRs: σκορ>2).
- 3) Συνολική δυσπεψία με βάση το GSRs (**Συνολική Δυσπεψία 1**): (1^η ή 4^η ή 5^η ή 7^η ερώτηση του GSRs: σκορ>2).
- 4) ΓΟΠΝ με βάση το GSRs (**ΓΟΠΝ 1**): (2^η ή 3^η ερώτηση του GSRs: σκορ>2).
- 5) Ελκωτική δυσπεψία με βάση το Σ.Ε. (**Ελκωτική Δυσπεψία 2**): (3^η ερώτηση του Σ.Ε: σκορ>1).
- 6) Κινητική δυσπεψία με βάση το Σ.Ε. (**Δυσκινητική Δυσπεψία 2**): (4^η ή 5^η ερώτηση του Σ.Ε: σκορ>1).
- 7) Συνολική δυσπεψία με βάση το Σ.Ε. (**Συνολική Δυσπεψία 2**): (3^η ή 4^η ή 5^η ερώτηση του Σ.Ε: σκορ>1).
- 8) ΓΟΠΝ με βάση το Σ.Ε. (**ΓΟΠΝ 2**): (1^η ή 2^η ερώτηση του Σ.Ε: σκορ>1).
- 9) Μη ειδικά συμπτώματα ανώτερου πεπτικού (ναυτία/έμετος/φούσκωμα) με βάση το Σ.Ε. (**Μη ειδική Δυσπεψία**): (6^η ή 7^η ή 8^η ερώτηση του Σ.Ε: σκορ>1).

Οι ασθενείς ενδοσκοπήθηκαν με ενδοσκόπιο διαμέτρου 9,8mm κατόπιν τοπικής φαρμαγωγικής αναισθησίας με σπρέι ξυλοκαΐνης και καταστολής με ενδοφλέβια χορήγησης μιδαζολάμης στην πλειοψηφία αυτών.

Μετά την ολοκλήρωση της ενδοσκόπησης τα ενδοσκοπικά ευρήματα ταξινομήθηκαν στις παρακάτω υποομάδες:

- 1) Διαβρωτική οισοφαγίτιδα: [ταξινόμηση κατά Λος Άντζελες (L.A)].
- 2) Γλωσσοειδείς προσεκβολές/νησίδες εξέρυθρου βλεννογόνου άνωθεν της οδοντωτής γραμμής.
- 3) Μη οισοφαγιτιδικές βλάβες: (διαφραγματοκήλη, δακτύλιοι).
- 4) Άλλες οισοφαγικές βλάβες: (όζοι, φλεβεκτασίες, εκκόλπωμα).
- 5) Διαβρωτικές πεπτικές βλάβες: (διαβρώσεις πυλωρικού άντρου, σώματος στομάχου και δωδεκαδακτύλου, έλκη πυλωρικού άντρου, σώματος στομάχου και δωδεκαδακτύλου).
- 6) Μη διαβρωτικές πεπτικές βλάβες: (χρόνια γαστρίτιδα πυλωρικού άντρου και σώματος στομάχου, ατροφική γαστρίτιδα πυλωρικού άντρου και σώματος στομάχου, μη διαβρωτική δωδεκαδακτυλίτιδα, ουλές πυλωρικού άντρου, σώματος στομάχου και δωδεκαδακτύλου).
- 7) Άλλες πεπτικές βλάβες: [βλάβες στομάχου (αγγειοδυσπλασίες, όζοι, πολύποδες, νεόπλασμα), βλάβες δωδεκαδακτύλου (όζοι, υπερπλασία αδενίων Brunner, πολύποδας)].

Βιοψίες ελήφθησαν από το πυλωρικό άντρο (2), το σώμα (2) και τη γωνία του στομάχου (1). Η σοβαρότητα της τυχόν υπάρχουσας γαστρίτιδας σταδιοποιήθηκε με βάση το σύστημα ταξινόμησης Sydney.

Τα ιστολογικά ευρήματα ταξινομήθηκαν στις παρακάτω υποομάδα

- 1) Χρόνια μη ειδική γαστρίτιδα: (γαστρίτιδα άντρου, σώματος, γωνίας στομάχου).
- 2) Ατροφική γαστρίτιδα: (ατροφία άντρου, σώματος, γωνίας στομάχου).
- 3) Εντερική μεταπλασία: (εντερική μεταπλασία άντρου, σώματος, γωνίας στομάχου).

4) Δυσπλασία: (δυσπλασία άντρου, σώματος, γωνίας στομάχου).

Έγινε και έλεγχος των ιστοτεμαχιδίων για παρουσία H.p.

Ταυτόχρονα συλλέχθηκαν δείγματα ορών που χρησιμοποιήθηκαν για ταυτοποίηση CagA+ υπότυπων του H.p.

Επίσης, έγινε ιστολογική εξέταση λήψης ιστοτεμαχιδίων από οποιαδήποτε βλεννογόνια βλάβη, καθώς επίσης και από τις γλωσσοειδείς προσεκβολές/νησίδες εξέρυθρου βλεννογόνου του κατώτερου οισοφάγου άνωθεν της οδοντωτής γραμμής.

3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Όλα τα δεδομένα αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS έκδοση 18.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, ΗΠΑ). Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση των διορθωμένων chi-square test ή με την ακριβή αμφίπλευρη δοκιμασία Fisher. Μία αμφίπλευρη τιμή $P < 0,05$ θεωρήθηκε στατιστικώς σημαντική.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ένα σύνολο 160 ασθενών (71 άντρες, 89 γυναίκες, μέσος όρος ηλικίας τα 52,04 έτη) συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη. Από αυτούς, 112 (70%) παραπονέθηκαν για συμπτώματα παλινδρόμησης, και 118 (73,7%) ανέφεραν δυσπεπτικά ενοχλήματα. Μικτή συμπτωματολογία παλινδρόμησης και δυσπεψίας παρουσίασαν 70 (43,7%) ασθενείς. Μεταξύ των δυσπεπτικών ασθενών, υπερίσχυσαν εκείνοι με δυσκινητικού τύπου δυσπεψία (76/160 ή 47,5%). Η βαρύτητα της σοβαρότητας των συμπτωμάτων είτε παλινδρομικού είτε δυσπεπτικού τύπου σύμφωνα με το GSRS ήταν συνήθως μέτριας έντασης σε όλες τις ομάδες ασθενών. (Πίνακας 1). Το ίδιο ισχύει και για τους ασθενείς με παλινδρομικού τύπου συμπτωματολογία, που μελετήθηκαν με το σύστημα βαθμολόγησης του ερωτηματολογίου Carlsson. Συγκεκριμένα, από τους 105 ασθενείς που είχαν συμπτώματα παλινδρόμησης σύμφωνα με το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο και βαθμολογήθηκαν πάνω από 4, η πλειοψηφία (54/105 ή 51,4%) είχαν μέτρια

συμπτωματολογία, οι 40 (38,1%) είχαν ήπια συμπτωματολογία, ενώ μόνο οι 11 (10,5%) παραπονέθηκαν για βαριά συμπτωματολογία.

Τα τρία συχνότερα ενδοσκοπικά ευρήματα ήταν η χρόνια γαστρίτιδα (83,7%), η διαφραγματοκήλη (61,2%), και η διαβρωτική οισοφαγίτιδα (34,3%). Στην πλειοψηφία των ασθενών με διαβρωτική οισοφαγίτιδα, ανευρέθηκε οισοφαγίτιδα Α βαθμού (29/55 ή 52,8%) ή οισοφαγίτιδα Β βαθμού (22/55 ή 40%), ενώ μικρό ποσοστό ασθενών ανευρέθηκε με οισοφαγίτιδα C βαθμού (2/55 ή 3,6%) και D βαθμού (2/55 ή 3,6%) (Πίνακας 2). Όσον αφορά τη συσχέτιση σοβαρότητας συμπτωματολογίας, όπως βαθμολογήθηκε από το σύστημα Carlsson και διαβρωτικής οισοφαγίτιδας, η πλειοψηφία των ασθενών με ήπια συμπτωματολογία (31/40 ή 77,5%) δεν είχαν διαβρωτική οισοφαγίτιδα. Αντιθέτως, οι ασθενείς με μέτρια συμπτωματολογία στο μεγαλύτερο ποσοστό (34/54 ή 63%) είχαν οισοφαγίτιδα, με υπεροχή της οισοφαγίτιδας Α βαθμού (19/34 ή 55,9%), ενώ οισοφάγο Barrett είχαν (3/54 ή 5,5%). Στους ασθενείς με βαριά συμπτωματολογία υπερίσχυσε ενδοσκοπικώς η παρουσία οισοφαγίτιδας (6/11 ή 54,5%), με υπεροχή της οισοφαγίτιδας Β βαθμού (4/6 ή 66,5%) ενώ οισοφάγος Barrett βρέθηκε σε (1/11 ή 9,1%). Οι 3 από τις 4 συνολικά βαρύτερες οισοφαγίτιδες C και D βαθμού, μοιράστηκαν μεταξύ ασθενών με μέτρια και σοβαρή συμπτωματολογία (2 σε ασθενείς με μέτρια συμπτωματολογία και 1 στους ασθενείς με σοβαρή συμπτωματολογία).

Η διαφραγματοκήλη ανευρέθηκε στην πλειοψηφία των περιπτώσεων οισοφαγίτιδας ή μη (53/75 ή 70,6%).

Οι γαστρικές βιοψίες που ελήφθησαν από 156 ασθενείς ανέδειξαν χρόνια μη-ειδική γαστρίτιδα στους 144 από αυτούς (92,3%). Σύμφωνα με το παθολογοανατομικό σύστημα ταξινόμησης Sydney, η βαρύτητα της σοβαρότητας της χρόνιας μη-ειδικής γαστρίτιδας ήταν ήπια σε 79 ασθενείς (54,9%), μέτρια σε 50 (34,7%) και βαρεία σε

15(10,4%) από τους 144 ασθενείς. Ατροφική γαστρίτιδα βρέθηκε σε 104/147 (70,7%), εντερική μεταπλασία σε 28/125 (22,4%) και δυσπλασία σε 25/125 (20%) ασθενείς (Πίνακας 2). Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα των οισοφαγικών βιοψιών 20 ασθενών με 11 γλωσσοειδείς προσεκβολές [8 υπερβραχείς (0,5-1,0 cm) και 3 βραχείες (1-3cm),] και 9 νησίδες εξέρυθρου βλεννογόνου άνωθεν της οδοντωτής γραμμής ήταν επιβεβαιωτικά οισοφάγου Barrett στους 4 (20%) από αυτούς, χωρίς τη διάγνωση δυσπλαστικών αλλοιώσεων.

Η.ρ.λοίμωξη διαγνώσθηκε ιστολογικά σε 110 (70,5%) ασθενείς από τους 156 εξετασθέντες, ενώ θετικός υπότυπος CagA ανιχνεύθηκε σε 44 (54,3%) από 81 δείγματα ορών Η.ρ. θετικών ασθενών που δέχτηκαν να υποβληθούν σε αιμοληψία για αυτό το σκοπό.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στα ενδοσκοπικά ευρήματα μεταξύ ασθενών με ή χωρίς δυσπεπτικά ενοχλήματα, κυρίως δυσκινητικού ή μη-ειδικού τύπου. Αντίθετα, οι ασθενείς με συμπτωματολογία ελκωτικού τύπου δυσπεψίας βρέθηκαν με σημαντικά συχνότερες διαβρωτικές πεπτικές βλάβες (25% vs 8,7%, $P=0,01$) (Πίνακας 3,4). Επίσης, οι ασθενείς με ΓΟΠ είχαν ενδοσκοπική εικόνα διαβρωτικής οισοφαγίτιδας σε μεγαλύτερο ποσοστό εκείνων που ήταν ελεύθεροι παρόμοιων ενοχλημάτων (42,9% vs 14,6%, $P=0,001$) (Πίνακας 5). Παρόλα αυτά, η πλειοψηφία των ασθενών με ΓΟΠ (57,1%) δεν είχαν οισοφαγίτιδα σε σχέση με το 42,9% που ανευρέθηκε οισοφαγίτιδα. Ωστόσο, δεν υπήρχε στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τα άλλα ενδοσκοπικά ευρήματα.

Η διαβρωτική οισοφαγίτιδα ανευρέθηκε επίσης συχνότερα στους ασθενείς με μόνο παλινδρομικά ενοχλήματα (20/42 ή 47,6%), και σε εκείνους με μικτή συμπτωματολογία παλινδρομικών και δυσπεπτικών ενοχλημάτων (28/70 ή 40%) συγκριτικά με εκείνους που ανέφεραν μόνο δυσπεπτικά ενοχλήματα (7/48 ή 14,5%, $P=0,001$). Η

διαφραγματοκήλη ήταν η κυρίαρχη μη οισοφαγιτιδική ενδοσκοπική βλάβη, ενώ οι μη διαβρωτικές πεπτικές βλάβες ήταν το επικρατέστερο ενδοσκοπικό εύρημα σε όλες τις υποομάδες ασθενών (Πίνακας 6).

Επιπρόσθετα, τα ιστολογικά ευρήματα, η παρουσία του H.p. και ο cagA υπότυπος δεν συσχετίστηκαν σημαντικά με τη συμπτωματολογία των ασθενών και το είδος αυτής (Πίνακες 3,4,5,6).

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1. Συσχέτιση συμπτωμάτων παλινδρόμησης και οισοφαγίτιδας

Ο Okamoto και οι συνεργάτες του μελέτησαν ένα μεγάλο αριθμό (8031) ασθενών με συμπτωματολογία ΓΟΠ (οπισθοστερνικός καύσος, δυσφαγία, οδυνοφαγία,όξινες ερυγές) οι οποίοι δεν ελάμβαναν καμμία αγωγή για κάποια γαστρεντερολογική νόσο και οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού. Από αυτούς, οι 1199 (14,9%) διαγνώστηκαν ενδοσκοπικώς με παλινδρομική οισοφαγίτιδα, ενώ οι 2223 (27,7%) είχαν οπισθοστερνικό καύσο, οι 1522 (19,0%) δυσφαγία, οι 1466 (18,3%) όξινες ερυγές και οι 493 (6,1%) οδυνοφαγία. Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε ότι το σύμπτωμα που σχετίζεται ισχυρότερα με την οισοφαγίτιδα ήταν ο οπισθοστερνικός καύσος (odds ratio:2,46), αν και περίπου 40% των ασθενών με οισοφαγίτιδα βαθμού C ή D δεν ανέφεραν οπισθοστερνικό καύσο. Σχετικά με τα άλλα συμπτώματα λιγότερο από 30% των ασθενών με σοβαρή οισοφαγίτιδα παραπονέθηκαν των συμπτωμάτων αυτών (odds ratio περίπου 1). Αυτά τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ενδοσκοπική οισοφαγίτιδα δεν σχετίζεται με τα συμπτώματα παλινδρόμησης από τα οποία υποφέρουν οι ασθενείς στη καθημερινή τους ζωή ⁽⁴⁹⁾. Παρομοίως, σε άλλη μελέτη ο οπισθοστερνικός καύσος ήταν το συχνότερο σύμπτωμα, και ήταν παρόν σε ποσοστό ασθενών άνω του 90% με οισοφαγίτιδα καθώς επίσης και άνω του 80% ασθενών χωρίς αυτή. Αν και ο οπισθοστερνικός καύσος ήταν οριακά συχνότερος στους ασθενείς με

οισοφαγίτιδα σε σχέση με αυτούς χωρίς, και στις δύο ομάδες ασθενών η πλειοψηφία αυτών (77% και 63% αντίστοιχα) παραπονέθηκαν για το συγκεκριμένο σύμπτωμα 5 ή περισσότερες ημέρες εβδομαδιαίως. Το δεύτερο συχνότερο σύμπτωμα ήταν η αναγωγή η οποία ήταν παρούσα στο 74% των ασθενών με οισοφαγίτιδα και στο 78% χωρίς αυτή. Ωστόσο και άλλα συμπτώματα αναφέρθηκαν ξεχωριστά ή με αλληλοεπικάλυψη μεταξύ τους ⁽¹³⁷⁾. Μια ενδιαφέρουσα ασιατική μελέτη αναφέρει ότι ασθενείς με συμπτώματα παλινδρόμησης και συνοδό διαβρωτική οισοφαγίτιδα παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό άτυπα συμπτώματα της ΓΟΠΝ (βήχας, βράγχος φωνής, αίσθημα κόμβου στο τράχηλο), δυσπεπτικά ενοχλήματα, και ψυχολογικά συμπτώματα (σωματοποίηση, ιδιοψυχαναγκαστική νεύρωση, φοβικό άγχος) σε σχέση με αυτούς που παρά τη συμπτωματολογία τους δεν είχαν οισοφαγίτιδα ⁽¹³⁸⁾. Όσον αφορά τη συσχέτιση σοβαρότητας συμπτωματολογίας και σοβαρότητας οισοφαγίτιδας, ο Lundell και οι συνεργάτες του από τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα δύο μεγάλων μελετών με συμμετοχή 716 ασθενών (538 στην πρώτη και 178 στη δεύτερη) με συμπτωματολογία παλινδρόμησης διαφορετικής σοβαρότητας, αναφέρουν συσχέτιση μεταξύ σοβαρότητας οπισθοστερνικού καύσου και σοβαρότητας οισοφαγίτιδας ($p < 0,01$ στην πρώτη μελέτη και $p < 0,001$ στη δεύτερη μελέτη ⁽¹³⁹⁾.

Η παρούσα μελέτη έδειξε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό διαβρωτικής οισοφαγίτιδας σε ασθενείς με συμπτωματολογία παλινδρόμησης, σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν παρόμοια συμπτωματολογία. Παρόλα αυτά, η πλειοψηφία των ασθενών με συμπτώματα ΓΟΠ δεν είχαν οισοφαγίτιδα. Όσον αφορά, τη συσχέτιση σοβαρότητας συμπτωμάτων και σοβαρότητας οισοφαγίτιδας, η μελέτη έδειξε μεγαλύτερα ποσοστά οισοφαγίτιδας και οισοφάγου Barrett σε ασθενείς με μέτρια και σοβαρή συμπτωματολογία, σε σχέση με τους ασθενείς που ανέφεραν ήπια συμπτωματολογία και οι οποίοι ως επί το πλείστον δεν είχαν διαβρωτική οισοφαγίτιδα.

5.2. Συσχέτιση συμπτωμάτων δυσπεψίας και ενδοσκοπικών ευρημάτων

Η συσχέτιση μεταξύ δυσπεπτικών συμπτωμάτων και αξιοσημείωτων ενδοσκοπικών ευρημάτων όπως η γαστρίτιδα και η δωδεκαδακτυλίτιδα δεν είναι πλήρως ξεκαθαρισμένη. Σε μερικές μελέτες ενδοσκοπικές βλάβες, όπως η ευθρυψία του βλεννογόνου του πυλωρικού άντρου και οι ουλές του βλεννογόνου του δωδεκαδακτύλου έχουν θεωρηθεί ότι συσχετίζονται με δυσπεπτικά συμπτώματα και μάλιστα αντιπροσωπεύουν χρήσιμους δείκτες κλινικής εφαρμογής ⁽¹⁴⁰⁾. Το εύρος ενδοσκοπικών ευρημάτων δυσπεπτικών ασθενών από 22 μελέτες, δείχνει μεικτό γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος στο 17%, γαστρικό έλκος στο 5,5%, δωδεκαδακτυλικό έλκος στο 10%, οισοφαγίτιδα εκ παλινδρόμησης στο 12%, γαστρική κακοήθεια στο 1,2%, και φυσιολογικά ευρήματα στο 51% των ασθενών ⁽¹⁴¹⁾.

Επίσης, η συχνότητα των κλινικώς σημαντικών ενδοσκοπικών ευρημάτων σε δυσπεπτικούς ασθενείς μελετήθηκε σε μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση 5389 ασθενών. Η διαβρωτική οισοφαγίτιδα ήταν το συχνότερο αξιοσημείωτο ενδοσκοπικό εύρημα (13,4%), ακολουθούμενο από το πεπτικό έλκος (8%). Το μοναδικό ενδοσκοπικό εύρημα που υπερίσχυε στους ασθενείς με δυσπεψία σε σχέση με εκείνους χωρίς, ήταν το πεπτικό έλκος (odds ratio: 2,07) ⁽¹⁴²⁾.

Τη μικρή σημασία της χρησιμότητας της κατηγοριοποίησης των δυσπεπτικών ασθενών έδειξαν ο Mansi και οι συνεργάτες του οι οποίοι μελέτησαν 2253 διαδοχικούς ασθενείς με δυσπεπτικά ενοχλήματα, χωρίς την ύπαρξη οργανικής νόσου. Σκοπό τους, ήταν να ορίσουν μια κατευθυντήρια γραμμή για την κατάλληλη χρήση ενδοσκόπησης στις διάφορες κλινικές μορφές της δυσπεψίας.. Συγκεκριμένα, στην κατηγορία των ασθενών, κάτω των 50 ετών με συμπτωματολογία δυσκινητικού τύπου δυσπεψίας τα δωδεκαδακτυλικά έλκη και οι οισοφαγίτιδες ήταν σπάνιες (μόνο σε ένα και σε πέντε ασθενείς αντίστοιχα από τους συνολικά 145). Αντίθετα, στις κατηγορίες των ασθενών

με ελκωτικού και παλινδρομικού τύπου δυσπεψία τα παθολογικά ενδοσκοπικά ευρήματα ήταν στατιστικώς συχνότερα (73,5% και 74,1% αντίστοιχα), και χωρίς να παρατηρηθεί κάποια συσχέτιση με την ηλικία των ασθενών. Αξιοσημείωτο είναι, ότι στους ασθενείς με παλινδρομικού τύπου δυσπεψία παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά για τη συμπτωματολογία τους, γαστρίτιδας (17%), διαβρωτικών προπυλωρικών βλαβών (18%), δωδεκαδακτυλίτιδας (12%), και γαστρικών/δωδεκαδακτυλικών ελκών (5,2%)⁽¹²⁴⁾.

Στο ίδιο το συμπέρασμα της μικρής κλινικής χρησιμότητας της κατανομής των δυσπεπτικών ασθενών σε υποομάδες, καταλήγει και η μελέτη των Talley και συνεργατών του, όπου μελετήθηκαν 820 εξωτερικοί ασθενείς με δυσπεπτικά ενοχλήματα (ελκωτικού, δυσκινητικού, παλινδρομικού και μη ειδικού τύπου). Τα ενδοσκοπικά ευρήματα ασθενών με παλινδρομικού τύπου δυσπεψία περιλάμβαναν χρόνια πεπτικό έλκος (10,4%), οξύ πεπτικό έλκος (11%) και γαστρικό καρκίνο (3,6%) των ασθενών. Στην συμπτωματολογία του παλινδρομικού τύπου δυσπεψίας συμπεριλήφθησαν ο οπισθοστερικός καύσος, η επιγαστρική δυσφορία και η αναγωγή που επιδεινώνονται με τα γεύματα, τη λήψη αλκοόλης και η συχνότητά τους ήταν μία φορά την εβδομάδα ή περισσότερο⁽¹⁴³⁾.

Η μελέτη μας δεν δείχνει σημαντική συσχέτιση δυσπεπτικών ενοχλημάτων και ενδοσκοπικών ευρημάτων, εκτός των ασθενών με δυσπεψία ελκωτικού τύπου, στους οποίους βρέθηκαν σημαντικά συχνότερες διαβρωτικές γαστροδωδεκαδακτυλικές βλάβες. Εντούτοις, και στην υποομάδα ασθενών, με ελκωτικού τύπου δυσπεψία διαβρωτικές γαστροδωδεκαδακτυλικές βλάβες ανευρέθηκαν μόνο στο 1/4 των ασθενών.

5.3. Συσχέτιση Γαστροισοφαγικής Παλινδρόμησης και Η.ρ

Η συχνότητα της λοίμωξης από *H.p.* στους ασθενείς με ΓΟΠΝ ποικίλει στην βιβλιογραφία από 30% έως 90% με αναφορά στις περισσότερες μελέτες σε ένα ποσοστό 35% των ασθενών ⁽¹³⁷⁾.

Όσον αφορά τη συσχέτιση *H.p.* λοίμωξης και ΓΟΠΝ, η *H.p.* λοίμωξη δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ΓΟΠΝ και διαβρωτικής οισοφαγίτιδας. Μερικοί συγγραφείς μάλιστα αναφέρουν, ανάπτυξη διαβρωτικής οισοφαγίτιδας κατόπιν εκκρίωσης του βακτηριδίου. Αντιθέτως, άλλοι συγγραφείς βρίσκουν θετική συσχέτιση μεταξύ *H.p.* λοίμωξης και παρουσίας και σοβαρότητας οισοφαγίτιδας

Μία ιταλική μελέτη προσπάθησε να βρει τη συσχέτιση μεταξύ της ΓΟΠΝ και *H.p.* σε 146 ασθενείς με συμπτωματολογία παλινδρόμησης το τελευταίο έτος. Από το σύνολο των ασθενών οι 35 (24%) ήταν *H.p.*(+) και οι 111 (74%) *H.p.*(-). Και οι δύο ομάδες ασθενών υποβλήθηκαν όχι μόνο σε ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού, αλλά και σε μανομετρία και σε 24ώρη φορητή πεχαμετρία. Τα αποτελέσματα και των τριών παρακλινικών εξετάσεων δεν έδειξαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων των ασθενών, ενισχύοντας την άποψη της μηs ανάμιξης του *H.p.* στην αιτιοπαθογένεια ΓΟΠΝ και της ανάπτυξης οισοφαγίτιδας

Παρόλο τις πολλές μελέτες που έχουν γίνει γύρω από το συγκεκριμένο αντικείμενο, χρειάζεται συνεχιζόμενη έρευνα και περισσότερες εκτιμήσεις από μεγάλες προοπτικές μελέτες για διεξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων ^(144,145).

Όσον αφορά τον υπότυπο Cag-A του *H.p.*, σοβαρές μελέτες, έχουν αποδείξει τον προστατευτικό ρόλο του κατά της ΓΟΠΝ ⁽¹⁴⁶⁾. Τα αποτελέσματα μιας μεγάλης μελέτης 811 ασθενών με συμπτωματολογία παλινδρόμησης, έδειξαν ότι τα αντισώματα έναντι του CagA υπότυπου του *H.p.* ήταν ασθενώς, αλλά όχι σημαντικά αυξημένα στους ασθενείς με οισοφαγίτιδα (55/89,62%) σε σχέση με αυτούς χωρίς οισοφαγίτιδα (94/175, 54%) ⁽¹⁴⁷⁾.

5.4. Συσχέτιση δυσπεψίας και Η.ρ.

Η συσχέτιση της λειτουργικής δυσπεψίας με το Η.ρ. αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης από τότε που το βακτήριο και η ιστολογική συνοδός με αυτό γαστρίτιδα πρωτοδιαγνώστηκαν ⁽¹⁴⁸⁾. Η ενδοσκοπική οζώδης διαμόρφωση του γαστρικού βλεννογόνου, έχει χαρακτηριστεί ως ένας αξιόπιστος ενδοσκοπικός δείκτης Η.ρ. λοίμωξης στον ενήλικο πληθυσμό ⁽¹⁴⁹⁾.

Στους δυσπεπτικούς ασθενείς, περίπου το 50% αυτών με συμπτωματολογία μη-ελκωτικής δυσπεψίας έχουν Η.ρ. γαστρίτιδα, αλλά δεν υπάρχουν πειστικά στοιχεία ότι το Η.ρ. ευθύνεται για τη σχετική συμπτωματολογία.

Η συχνότητα του Η.ρ. δεν είναι υψηλότερη στους ασθενείς με μη-ελκωτική δυσπεψία σε σχέση με τον ασυμπτωματικό πληθυσμό, όπως επίσης το Η.ρ. δεν φαίνεται να ευθύνεται για κάποιο συγκεκριμένο προφίλ συμπτωμάτων ⁽¹⁵⁰⁾. Αντίθετα, τη στενή σχέση μεταξύ μη-ελκωτικής δυσπεψίας και Η.ρ. αναφέρουν άλλες μελέτες, αφού δείχνουν ότι η εκρίζωση του Η.ρ. μπορεί να συνοδεύεται με μείωση ή ακόμα και εξάλειψη της συμπτωματολογίας των ασθενών ⁽¹⁵¹⁻¹⁵³⁾.

Όσον αφορά τον CagA υπότυπο, ενδιαφέρουσα είναι μία ιταλική μελέτη. Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσει εάν η γαστρική λειτουργία συμβαδίζει με τη συμπτωματολογία σε ασθενείς με μη-ελκωτική δυσπεψία σε σχέση με το CagA. Τα αποτελέσματα της μελέτης ήταν ότι επηρεάζεται η δραστηριότητα και ίσως η κατανομή της γαστρίτιδας, καθώς επίσης και ο βαθμός έκκρισης της γαστρίνης με το γεύμα στους CagA(+) ασθενείς με μη-λειτουργική δυσπεψία. Εντούτοις, δεν πιστοποιήθηκαν διαφορές στη έκκριση γαστρικού οξέος, στην γαστρική κένωση αλλά και στο τύπο και στη σοβαρότητα της συμπτωματολογίας μεταξύ CagA(+) και CagA(-) ασθενών ⁽¹⁵⁴⁾.

Στην μελέτη μας δεν αναφέρεται κάποια σημαντική στατιστική διαφορά της συχνότητας του *H.pylori* και του *cag-A* υπότυπου του, μεταξύ των διαφόρων υποομάδων ασθενών με βάση τη συμπτωματολογία τους.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, οι ασθενείς με συμπτωματολογία παλινδρόμησης παρουσίασαν συχνότερα διαβρωτική οισοφαγίτιδα συγκριτικά με αυτούς χωρίς τη ανάλογη συμπτωματολογία (43% vs 15%, $P=0,001$). Όμως η πλειοψηφία των ασθενών με συμπτωματολογία ΓΟΠ δεν είχαν οισοφαγίτιδα. Επίσης, η πλειοψηφία των βαρύτερων μορφών οισοφαγίτιδας και του οισοφάγου Barrett παρατηρήθηκαν στους ασθενείς με μέτρια και σοβαρή συμπτωματολογία, ενώ η πλειονότητα των ασθενών με ήπια συμπτώματα δεν είχαν διαβρωτική οισοφαγίτιδα.

Μεταξύ των δυσπεπτικών ασθενών, στην υποομάδα αυτών με ελκωτικού τύπου δυσπεψία ανευρέθηκαν ενδοσκοπικώς, συχνότερες διαβρωτικές πεπτικές βλάβες (25% vs 9%, $P=0,01$), σε σχέση με τους ασθενείς που ήταν ελεύθεροι παρόμοιων συμπτωμάτων. Αντίθετα, στις άλλες υποομάδες δυσπεπτικών ασθενών (δυσκινητικού τύπου, μη-ειδικού τύπου, αλλά και ασθενών με συνολική δυσπεψία) τα ενδοσκοπικά ευρήματα δεν διέφεραν μεταξύ των ασθενών, με ή χωρίς την αντίστοιχη συμπτωματολογία.

Τέλος, τα ποσοστά των πεπτικών ιστολογικών βλαβών, της παρουσίας του *H.p.* και του υπότυπού του *CagA* ήταν παρόμοια, ανεξάρτητα της συμπτωματολογίας των ασθενών (παλινδρομικών, δυσπεπτικών, ή μικτών συμπτωμάτων).

7. ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Είδος και σοβαρότητα συμπτωμάτων ανώτερου πεπτικού σε 160 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση

Είδος συμπτωμάτων	Σοβαρότητα			Σύνολο (N=160)
	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρή	
ΓΟΠΝ	36 (32,2%)	68 (60,7%)	8 (7,1%)	112(70,0%)
Δυσπεψία	36 (30,5%)	74 (62,7%)	8 (6,8%)	118 (73,7%)
Μόνο ΓΟΠΝ	12(28,6%)	26 (61,9%)	4 (9,5%)	42 (26,2%)
Μόνο Δυσπεψία	10(20,9%)	31(64,6%)	7 (14,5%)	48 (30,0%)
Ελκωτικού τύπου	19 (28,0%)	40 (58,8%)	9 (13,2%)	68 (42,5%)
Δυσκινητικού τύπο	20 (26,3%)	50 (65,8%)	6 (7,9%)	76 (47,5%)
Μη ειδικού τύπου	29 (60,4%)	15 (31,2%)	4 (8,4%)	48 (30,0%)
Δυσπεψία+ΓΟΠΝ	24 (34,3%)	36 (51,4%)	10 (14,3%)	70 (43,7%)

ΓΟΠΝ: Γαστροοισοφαγική Παλινδρομική Νόσος

Πίνακας 2. Ενδοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα 160 ασθενών με συμπτωματολογία ανώτερου πεπτικού.

Ενδοσκοπικά οισοφαγικά ευρήματα	
Διαβρωτική οισοφαγίτιδα	55 (34,3%)
[Los Angeles ταξινόμηση: I/II/III/IV]	[29/22/2/2]
Γλωσσοειδείς προσεκβολές/ νησίδες εξέρυθρου βλεννογόνου.	20 (12,5%)
Διαφραγματοκήλη	98 (61,2%)
Δακτύλιοι	3 (1,8%)
Άλλες οισοφαγικές βλάβες	9 (5,6%)
Ενδοσκοπικά γαστρικά ευρήματα	
Γαστρικά έλκη	5 (3,1%)
Γαστρικές ουλές	1 (0,6%)
Διαβρωτική γαστρίτιδα	10 (6,2%)
Ενδοσκοπική χρόνια μη-ειδική γαστρίτιδα	134 (83,7%)
Ενδοσκοπική ατροφική γαστρίτιδα	20 (12,5%)
Άλλες γαστρικές βλάβες	11 (6,8%)
Ενδοσκοπικά δωδεκαδακτυλικά ευρήματα	
Έλκη βολβού	5 (3,1%)
Ουλές βολβού	4 (2,5%)
Διαβρωτική βολβίτιδα	13 (8,1%)
Μη διαβρωτική βολβίτιδα	14 (8,7%)
Άλλες δωδεκαδακτυλικές βλάβες	7 (4,4%)
Ιστολογικά ευρήματα	
Χρόνια μη-ειδική γαστρίτιδα	144/156 (92,3%)

Ατροφική γαστρίτιδα	104/147 (70,7%)
Γαστρική εντερική μεταπλασία	28/125 (22,4%)
Γαστρική δυσπλασία	25/125 (20,0%)
Ελικοβακτηριδιακή λοίμωξη	110/156 (70,5%)
Οισοφάγος Barrett	4/20 (20,0%)

Πίνακας 3. Συσχέτιση δυσπεπτικών συμπτωμάτων με ενδοσκοπικά/ιστολογικά/H.p./cagA ευρήματα σε 160 ασθενείς με συμπτωματολογία ανώτερου πεπτικού βάσει του GRSS.

	Συνολική Δυσπεψία 1, n/N (%)			Ελκωτική Δυσπεψία 1, n/N (%)			Δυσκινητική Δυσπεψία 1, n/N (%)		
	Yes	No	P	Yes	No	P	Yes	No	P
Διαβρωτική οισοφαγίτιδα	35/118 (29,6)	20/42 (47,6)	0,06	21/68 (30,9)	34/92 (37,0)	0,53	25/76 (33,0)	30/84 (35,7)	0,84
Μη διαβρωτική οισοφαγίτιδα	14/118 (11,8)	6/42 (14,2)	0,89	6/68 (8,8)	14/92 (15,2)	0,33	9/76 (11,8)	11/84 (13,1)	1,00
Μη οισοφαγιτιδικές βλάβες	73/118 (61,8)	25/42 (59,5)	0,93	41/68 (60,2)	57/92 (61,9)	0,96	52/76 (68,4)	46/84 (54,7)	0,11
Άλλες οισοφαγιτιδικές βλάβες	7/118 (5,9)	2/42 (4,7)	1,00	3/68 (4,4)	6/92 (6,5)	0,77	3/76 (3,9)	6/84 (7,1)	0,59
Διαβρωτικές πεπτικές βλάβες	19/118 (16,1)	6/42 (14,2)	0,97	17/68 (25,0)	8/92 (8,7)	0,01	11/76 (14,4)	14/84 (16,6)	0,87
Μη διαβρωτικές πεπτικές βλάβες	106/118(89,3)	37/42 (88,1)	0,98	62/68 (91,2)	81/92 (88,0)	0,71	69/76 (90,8)	74/84 (88,0)	0,77
Άλλες πεπτικές βλάβες	15/118 (12,7)	3/42 (7,1)	0,48	8/68 (11,7)	10/92 (10,8)	1,00	9/76 (11,8)	9/84 (10,7)	1,00
Χρόνια μη ειδική γαστρίτιδα									
(n=156)	106/115(92,1)	38/41 (92,6)	1,00	61/67 (91,1)	83/89 (93,3)	0,83	67/73 (91,7)	77/83 (92,7)	1,00
Ατροφική γαστρίτιδα (n=147)	80/107 (74,7)	24/40 (60,0)	0,12	47/62 (75,8)	57/85 (67,1)	0,33	52/71 (73,3)	52/76 (68,5)	0,65

Γαστρική εντερική μεταπλασία

(n=125)	18/91 (19,7)	10/34 (29,4)	0,36	8/52 (15,4)	20/73 (27,4)	0,17	12/61 (19,7)	16/64 (25,0)	0,62
Γαστρική δυσπλασία (n=125)	18/90 (20,0)	7/35 (20,0)	1,00	8/52 (15,7)	17/73 (23,0)	0,44	14/61 (23,0)	11/64 (17,2)	0,56
H. p. (n=160)	86/118(72,8)	24/42 (57,1)	0,09	47/68 (69,1)	63/92 (68,5)	1,00	57/76 (75,0)	53/84 (63,1)	0,15
CagA(+) H. p. (n=131)	36/98 (36,7)	8/33 (24,2)	0,08	15/56 (37,5)	29/75 (38,7)	0,19	25/65 (38,5)	19/66 (28,8)	0,11

Πίνακας 4. Συσχέτιση δυσπεπτικών συμπτωμάτων με ενδοσκοπικά/ιστολογικά/*H.p./cagA* ευρήματα σε 160 ασθενείς με συμπτωματολογία ανώτερου πεπτικού βάσει του Σ.Ε.

	Συνολική Δυσπεψία 2, n/N (%)			Ελκωτική Δυσπεψία 2, n/N (%)			Δυσκινητική Δυσπεψία 2, n/N (%)		
	Yes	No	P	Yes	No	P	Yes	No	P
Διαβρωτική οισοφαγίτιδα	30/101 (29,8)	25/59 (42,4)	0,26	25/78 (32,1)	30/82 (36,6)	0,66	25/76 (33,0)	30/84 (35,7)	0,84
Μη διαβρωτική οισοφαγίτιδα	14/101 (13,8)	6/59 (10,2)	0,88	8/78 (10,2)	12/82 (15,2)	0,48	9/76 (11,8)	11/84 (13,1)	1,00
Μη οισοφαγιτιδικές βλάβες	65/101 (64,3)	33/59 (55,9)	0,37	48/78 (61,5)	50/82 (60,9)	1,00	52/76 (68,4)	46/84 (54,7)	0,11
Άλλες οισοφαγιτιδικές βλάβες	9/101 (8,9)	0/59 (0,0)	0,04	8/78 (10,2)	1/82 (1,2)	0,33	3/76 (3,9)	6/84 (7,1)	0,59
Διαβρωτικές πεπτικές βλάβες	19/101 (18,8)	6/59 (10,2)	0,22	18/78 (23,1)	7/82 (8,6)	0,02	11/76 (14,4)	14/84 (16,6)	0,87
Μη διαβρωτικές πεπτικές βλάβες	91/101 (90,1)	52/59 (88,1)	0,90	70/78 (89,8)	73/82 (89,0)	1,00	69/76 (90,8)	74/84 (88,0)	0,77
Άλλες πεπτικές βλάβες	13/101 (12,9)	5/59 (8,4)	0,31	8/78 (10,2)	10/82 (12,2)	0,89	9/76 (11,8)	9/84 (10,7)	1,00
Χρόνια μη ειδική γαστρίτιδα									
(n=156)	90/98 (91,8)	54/58 (93,1)	1,00	69/76 (90,8)	75/80 (93,7)	0,69	67/73 (91,7)	77/83 (92,7)	1,00
Ατροφική γαστρίτιδα (n=147)	69/92 (75,0)	35/55 (63,6)	0,20	54/72 (75,0)	50/75 (66,7)	0,35	52/71 (73,3)	52/76 (68,5)	0,65

Γαστρική εντερική μεταπλασία

(n=125)	15/77 (19,5)	13/48 (27,1)	0,44	12/60(20,0)	16/65 (24,6)	0,68	12/61 (19,7)	16/64 (25,0)	0,62
Γαστρική δυσπλασία (n=125)	12/74 (16,2)	13/51(25,5)	0,29	6/57 (10,5)	19/68 (27,9)	0,03	14/61 (23,0)	11/64 (17,2)	0,56
H. p. (n=160)	72/101 (71,3)	38/59 (64,4)	0,46	53/78 (67,9)	57/82 (69,5)	0,96	57/76 (75,0)	53/84 (63,1)	0,15
CagA(+) H. p. (n=131)	30/83 (35,2)	14/48 (30,2)	0,58	23/64 (35,9)	21/67(31,3)	0,70	25/65 (38,5)	19/66 (28,8)	0,11

Πίνακας 5. Συσχέτιση συμπτωμάτων Γαστροοισοφαγικής Παλινδρομικής Νόσου ή μη ειδικής δυσπεψίας με ενδοσκοπικά/ιστολογικά/*H.p.cagA* ευρήματα σε 160 ασθενείς με συμπτωματολογία ανώτερου πεπτικού

	ΓΟΠΝ1, n/N (%)			Μη ειδική Δυσπεψία, n/N (%)		
	Yes	No	P	Yes	No	P
Διαβρωτική οισοφαγίτιδα	48/112 (42,9)	7/48 (14,6)	0,001	21/48 (43,7)	34/112 (30,4)	0,15
Μη διαβρωτική οισοφαγίτιδα	16/112 (14,2)	4/48 (8,3)	0,43	7/48 (14,6)	13/112 (11,6)	0,79
Μη οισοφαγιτιδικές βλάβες	73/112 (5,6)	25/48 (48,5)	0,16	29/48 (60,4)	69/112 (61,6)	1,00
Άλλες οισοφαγιτιδικές βλάβες	6/112 (5,3)	3/48 (6,2)	1,00	3/48(6,2)	6/112 (5,3)	1,00
Διαβρωτικές πεπτικές βλάβες	16/112 (14,3)	9/48 (18,7)	0,63	6/48 (12,5)	19/112 (16,9)	0,64
Μη διαβρωτικές πεπτικές βλάβες	99/112 (88,3)	44/48 (91,6)	0,73	42/48(87,5)	101/112 (90,1)	0,82
Άλλες πεπτικές βλάβες	12/112 (10,7)	6/48 (12,5)	0,95	4/48 (8,3)	14/112 (12,5)	0,62
Χρόνια μη ειδική γαστρίτιδα (n=156)	102/109 (93,6)	42/47 (89,6)	0,56	43/45 (95,6)	101/111(91,0)	0,52
Ατροφική γαστρίτιδα (n=147)	71/104 (68,3)	33/43 (76,7)	0,41	33/44 (75,0)	71/103 (68,9)	0,59
Γαστρική εντερική μεταπλασία (n=125)	20/88 (22,7)	8/37 (21,6)	1,00	12/36 (33,3)	16/89 (18,0)	0,10

Γαστρική δυσπλασία (n=125)	18/88 (20,4)	7/37 (18,9)	1,00	6/34 (17,7)	19/91 (20,9)	0,88
H. p. (n=160)	77/112 (68,8)	33/48 (68,8)	1,00	36/48 (75,0)	74/112 (66,1)	0,35
CagA(+) H. p. (n=131)	30/94 (31,9)	14/37 (37,8)	0,55	16/40 (40,0)	28/91 (30,8)	0,41

Πίνακας 6. Ενδοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα σε ασθενείς με μόνο δυσπεπτικά ή μόνο συμπτώματα παλινδρόμησης, καθώς και σε ασθενείς με μικτή συμπτωματολογία (δυσπεψία+παλινδρόμηση).

	Μόνο δυσπεψία, n/N (%)	Μόνο ΓΟΠΝ, n/N (%)	Δυσπεψία + ΓΟΠΝ, n/N (%)	P*
Διαβρωτική οισοφαγίτιδα	7/48 (14,5)	20/42 (47,6)	28/70 (40,0)	0,001
Μη διαβρωτική οισοφαγίτιδα	4/48 (8,3)	6/42 (14,3)	10/70 (14,2)	0,56
Μη οισοφαγιτιδικές βλάβες	25/48 (52,1)	25/42 (59,5)	48/70 (68,5)	0,26
Άλλες οισοφαγιτιδικές βλάβες	3/48 (6,2)	2/42 (4,7)	4/70 (5,7)	0,51
Διαβρωτικές πεπτικές βλάβες	9/48 (18,7)	6/42 (14,3)	10/70 (14,2)	0,54
Μη διαβρωτικές πεπτικές βλάβες	44/48 (91,6)	37/42 (88,2)	62/70 (88,5)	0,94
Άλλες πεπτικές βλάβες	6/48 (12,5)	3/42 (7,1)	9/70 (12,8)	0,69
Χρόνια μη ειδική γαστρίτιδα	42/47 (89,3)	38/41 (92,6)	64/68 (94,1)	0,23
Ατροφική γαστρίτιδα	33/43 (76,7)	24/40 (60,0)	47/64 (73,4)	0,32
Γαστρική εντερική μεταπλασία	8/37 (21,6)	10/34 (29,4)	10/54 (18,5)	0,35
Γαστρική δυσπλασία	7/37 (18,9)	7/35 (20,0)	11/53 (20,7)	0,99

H. p.	33/48 (68,7)	24/42 (57,1)	53/70 (75,7)	0,19
CagA(+) H. p.	14/37 (37,8)	8/33 (24,2)	22/61 (36,1)	0,20

*P τιμές για τις συγκρίσεις μεταξύ των 3 ομάδων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα ενδοσκοπικά και τα ιστολογικά ευρήματα και η κατάσταση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (H.p.) σε ασθενείς με συμπτωματολογία παλινδρόμησης και δυσπεψίας αποτελούν ενδιαφέρουσες κλινικές προκλήσεις για τον κλινικό γαστρεντερολόγο και ειδικότερα για τον ενδοσκόπο. Τα αποτελέσματα των μελετών ως προς την συσχέτιση μεταξύ συμπτωμάτων και ενδοσκοπικών ευρημάτων διαφέρουν. Ασθενείς με καθημερινό οπισθοστερνικό καύσο μπορεί να μην παρουσιάζουν οισοφαγικές βλάβες από την παλινδρόμηση του γαστρικού οξέος στον οισοφάγο. Επίσης, ασθενείς με σπάνια συμπτώματα γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (ΓΟΠ) μπορεί να έχουν σοβαρές επιπλοκές της ΓΟΠΝ συμπεριλαμβανομένου του οισοφάγου Barrett. Αντίθετα υπάρχει και η άλλη άποψη η οποία υποστηρίζει, ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ συμπτωμάτων και ενδοσκοπικών ευρημάτων.

Σχετικά με τη δυσπεψία, παραμένει δύσκολο να προσδιοριστεί η συσχέτιση μεταξύ δυσπεπτικών ενοχλημάτων και πεπτικών βλεννογόνιων βλαβών, όσο η αιτιολογία της νόσου δεν είναι ακόμα πλήρως ξεκαθαρισμένη .

Εντούτοις, ασθενείς και ιατροί θα πρέπει να μάθουν να βλέπουν κυρίως τον οπισθοστερνικό καύσο και τα δυσπεπτικά συμπτώματα ως συμπτώματα μιας δυνητικά σοβαρής κατάστασης και να αντιμετωπίζονται κατάλληλα.

SUMMARY

The endoscopic, and histological findings and helicobacter pylori status in patients with reflux/and or dyspeptic symptoms present interesting diagnostic challenges for the clinical gastroenterologist and especially for the endoscopist. Study results differ on the correlation between symptoms and endoscopic findings. Patients with daily heartburn may have no esophageal injury from refluxed material. However, patients with infrequent heartburn can present with severe GERD complications, including Barrett's esophagus. On the contrary, there is and the other opinion, which supports that there is a strong correlation between symptoms and endoscopic findings. Regarding to dyspepsia, it remains difficult to be determined the correlation between dyspeptic symptoms and peptic mucosal lesions, as the etiology of these symptoms is unclear yet. However, patients and physicians must learn to view heartburn and dyspepsia as symptoms of potentially serious condition and treat them accordingly.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Jian R, Chassany O, Douet MC, et al. French-Belgian consensus conference on adult gastro-oesophageal reflux disease 'diagnosis and treatment': Report of a meeting held in Paris, France, 21–22 January 1999. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000;12:129–37.
2. Armstrong D, Marshall JK, Chiba N, et al. Canadian association of gastroenterology GERD consensus group. Canadian consensus conference on the management of gastroesophageal reflux disease in adults—update 2004. *Can J Gastroenterol* 2005;19:15–35.
3. Veldhuyzen van Zanten SJO, Bradette M, Chiba N, et al. Evidence-based recommendations for short- and longterm management of uninvestigated dyspepsia in primary care: An update of the Canadian dyspepsia working group (Can Dys) clinical management.
4. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R; Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol*. 2006 Aug;101(8):1900-20;
5. Spechler S. Epidemiology and natural history of gastro-oesophageal reflux disease. *Digestion* 1992;51 Suppl 1:24–9.
6. Malfertheiner P, Hallerback B. Clinical manifestations and complications of gastroesophageal reflux disease. *Int J Clin Pract* 2005;59:346–55.
7. Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2005;54:710–17.
8. Kulig M, Leodolter A, Vieth M, Schulte E, Jaspersen D, Labenz J et al. Quality of life in relation to symptoms in patients with gastro-oesophageal reflux disease – an analysis based on the ProGERD initiative. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18:767–76.

9. Liker H, Hungin P, Wiklund I. Managing gastroesophageal reflux disease in primary care: the patient perspective. *J Am Board Fam Pract* 2005;18:393–400.
10. Irvine EJ. Quality of life assessment in gastro-oesophageal reflux disease. *Gut* 2004;53SupplIV:iv35–9.
11. Wiklund I. Review of quality of life and burden of illness in gastroesophageal reflux disease. *Dig Dis* 2004; 22:108–14.
12. Wiklund I, Talley NJ. Update on health-related quality of life in patients with gastroesophageal reflux disease. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2003;3:341–50.
13. Fedorak RN, Veldhuyzen van Zanten S, Bridges R. "Canadian Digestive Health Foundation Public Impact Series: Gastroesophageal reflux disease in Canada: Incidence, prevalence, and direct and indirect economic impact". *Canadian Journal of Gastroenterology* 2010;24 (7): 431–4.
14. Hershcovici, T; Fass, R. "Pharmacological management of GERD: where does it stand now?". *Trends in pharmacological sciences* 2001;32 (4): 258–6
15. Αθανάσιος Ι. Αρχιμανδρίτης. Παθήσεις Πεπτικού Συστήματος. Από την Παθοφυσιολογία στη Θεραπεία. 1999: 29-34.
16. Sontag S. "Defining GERD". *Yale J Biol Med* 1999;72 (2–3): 69–80.
17. Piesman M, Hwang I, Maydonovitch C, Wong RK. "Nocturnal reflux episodes following the administration of a standardized meal. Does timing matter?". *Am J Gastroenterol* 2007;102 (10): 2128–34.
18. Ayazi S, Crookes PF, Peyre CG et al. "Objective documentation of the link between gastroesophageal reflux disease and obesity". *Am J Gastroenterol* 2007: 102 (S2): 138–9.

19. Ayazi S, Hagen JA, Chan LS et al. "Obesity and Gastroesophageal Reflux: Quantifying the Association Between Body Mass Index, Esophageal Acid Exposure, and Lower Esophageal Sphincter Status in a Large Series of Patients with Reflux Symptoms". *J. Gastrointest. Surg.* 2009;13 (8): 1440–7.
20. Morse CA, Quan SF, Mays MZ, Green C, Stephen G, Fass R. "Is there a relationship between obstructive sleep apnea and gastroesophageal reflux disease?". *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2004; 2 (9): 761–8.
21. Kasasbeh A, Kasasbeh E, Krishnaswamy G (2007). "Potential mechanisms connecting asthma, esophageal reflux, and obesity/sleep apnea complex—a hypothetical review". *Sleep Med Rev* 2007;11 (1): 47–58.
22. Klauser AG, Schindlbeck NE, Müller-Lissner SA. Symptoms in gastro-oesophageal reflux disease. *Lancet.* 1990;335:205–8.
23. Sonnenberg A, El-Serag HB. Clinical epidemiology and natural history of gastroesophageal reflux disease. *Yale J Biol Med* 1999; 72:81–92.
24. Vaezi MF. Atypical manifestations of gastroesophageal reflux disease. *MedGenMed.* 2005;7(4):25.
25. V. Pratap Mouli & Vineet Ahuja. Questionnaire based gastroesophageal reflux disease (GERD) assessment scales. *Indian J Gastroenterol* (May–June 2011) 30(3):108–117.
26. Frootan M, Choobtashani S, Azarqashb E, Amin PM, Hamide M, Zali MR, et al. Non-erosive reflux disease compared with erosive esophagitis with regards to acid reflux and symptom patterns. *Turk J Gastroenterol* 2011;22(5):464-471.

27. Orr WC, Allen ML, Robinson M. The pattern of nocturnal and diurnal esophageal acid exposure in the pathogenesis of erosive mucosal damage. *Am J Gastroenterol* 1994; 89:509–512.
28. Hershcovici T, Fass R. Nonerosive Reflux Disease (NERD) - An Update. *J Neurogastroenterol Motil*. 2010 Jan;16(1):8-21.
29. Ruigómez A, Rodríguez LA, Wallander MA, Johansson S, Dent J. Endoscopic findings in a cohort of newly diagnosed gastroesophageal reflux disease patients registered in a UK primary care database. *Dis Esophagus*. 2007;20(6):504-9.
30. Wani S, Sharma P. The rationale for screening and surveillance of Barrett's metaplasia. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2006;20: 829-42.
31. Wildi SM, Glenn TF, Woolson RF, Wang W, Hawes RH, Wallace MB. Is esophagoscopy alone sufficient for patients with reflux symptoms? *Gastrointest Endosc*. 2004 Mar;59(3):349-54.
32. Dodds WJ, Hogan WJ, Helm JF, Dent J. Pathogenesis of reflux esophagitis. *Gastroenterology* 1981; 81:376–394.
33. Hatlebakk JG. Endoscopy in gastro-oesophageal reflux disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2010 Dec;24(6):775-86.
34. Hirota WK, Zuckerman MJ, Adler DG, Davila RE, Egan J, Leighton JA, et al, Standards of Practice Committee, American Society for Gastrointestinal Endoscopy. ASGE guideline: the role of endoscopy in the surveillance of premalignant conditions of the upper GI tract. *Gastrointest Endosc*. 2006;63:570-80.
35. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF, American Gastroenterological Association Institute. American Gastroenterological Association Institute technical review on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*. 2008;135:1392-1413, 1413.e1-5.

36. Spechler SJ, Sharma P, Souza RF, Inadomi JM, Shaheen NJ, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of Barrett's esophagus. *Gastroenterology*. 2011;140:1084-91.
37. Nicholas J. Shaheen, David S. Weinberg, Thomas D. Denberg, Roger Chou, Amir Qaseem, Paul Shekelle, and for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians, Upper Endoscopy for Gastroesophageal Reflux Disease: Best Practice Advice From the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 4 December 2012;157(11):808-816.
38. Oberg S, Peters JH, DeMeester TR, Lord RV, Johansson J, Crookes PF, Bremner CG. Endoscopic grading of the gastroesophageal valve in patients with symptoms of gastroesophageal reflux disease (GERD). *Surg Endosc*. 1999 Dec;13(12):1184-8.
39. Fujiwara Y, Higuchi K, Shiba M, Watanabe T, Tominaga K, Oshitani N, Matsumoto T, Arakawa T. Association between gastroesophageal flap valve, reflux esophagitis, Barrett's epithelium, and atrophic gastritis assessed by endoscopy in Japanese patients. *J Gastroenterol*. 2003;38(6):533-9.
40. Błaszak A, Wojtuń S, Gil J, Wojtkowiak M. [The analysis of hiatal hernia occurrence in connection with GERD]. *Pol Merkur Lekarski*. 2007 May;22(131):357-61.
41. Savas N, Dagli U, Sahin B. The effect of hiatal hernia on gastroesophageal reflux disease and influence on proximal and distal esophageal reflux. *Dig Dis Sci*. 2008 Sep;53(9):2380-6.
42. Yeh C, Hsu CT, Ho AS, Sampliner RE, Fass R. Erosive esophagitis and Barrett's esophagus in Taiwan: a higher frequency than expected. *Dig Dis Sci* 1997; 42:702–706.

43. Fennerty MB. The continuum of GERD complications. *Cleve Clin J Med*. 2003 Nov;70 Suppl 5:S33-50.
44. Dent J et al: An evidence-based appraisal of reflux disease management - the Genval Workshop report. *Gut*, 1999, vol 44, suppl 2, 1 - 16.
45. Shimizu Y, Dobashi K, Kobayashi S, Ohki I, Tokushima M, Kusano M, Kawamura O, Shimoyama Y, Utsugi M, Mori M. High prevalence of gastroesophageal reflux disease with minimal mucosal change in asthmatic patients. *Tohoku J Exp Med*. 2006 Aug;209(4):329-36.
46. Fiocca R, Mastracci L, Milione M, Parente P, Savarino V. Microscopic esophagitis and Barrett's esophagus: the histology report. *Dig Liver Dis*. 2011 Mar;43 Suppl 4:S319-30.
47. Genta RM, Spechler SJ, Kielhorn AF. The Los Angeles and Savary-Miller systems for grading esophagitis: utilization and correlation with histology. *Dis Esophagus*. 2011 Jan;24(1):10-7.
48. Carlsson R, Dent J, Watts R, Riley S, Sheikh R, Hatlebakk J et al. Gastroesophageal reflux disease in primary care: an international study of different treatment strategies with omeprazole. International GORD Study Group. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998;10:119–24.
49. Okamoto K, Iwakiri R, Mori M, Hara M, Oda K, Danjo A, et al. Clinical symptoms in endoscopic reflux esophagitis: evaluation in 8031 adult subjects. *Dig Dis Sci* 2003;48:2237-2241.
50. Lieberman DA, Oehlke M, Helfand M, and the GORGE Consortium. Risk factors for Barrett's esophagus in community-based practice. *Am J Gastroenterol* 1997; 92:1293–1297.

51. Collen MJ, Abdulian JD, Chen YK. Gastroesophageal disease in the elderly: more severe disease that requires aggressive therapy. *Am J Gastroenterol* 1995; 90:1053–1057.
52. Kuo W, Kalloo A. Reflux strictures of the esophagus. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1998; 8:273–281.
53. Richter JE. Peptic strictures of the esophagus. *Gastroenterol Clin* 1999; 28:875–891.
54. Johanson JF. Epidemiology of esophageal and supraesophageal reflux injuries. *Am J Med* 2000; 108 (suppl 4a):99–103.
55. Murphy PP, Ballinger PJ, Massey BT, Shaker R, Hogan WJ. Discrete ulcers in Barrett's esophagus: relationship to acute gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 1998; 30:367–370.
56. Jankowski J, Barr H, Wang K, et al; Diagnosis and management of Barrett's oesophagus. *BMJ*. 2010 Sep 10;341:c4551. doi: 10.1136/bmj.c4551.
57. Cameron AJ; Epidemiology of columnar-lined esophagus and adenocarcinoma. *Gastroenterol Clin North Am*. 1997 Sep;26(3):487-94.
58. Singh R, Raganath K, Jankowski J. Barrett's Esophagus: Diagnosis, Screening, Surveillance, and Controversies. *Gut Liver*. 2007 Dec;1(2):93-100.
59. Elizabeth Rajan, Lawrence J. Burgart, Christopher J. Gostout. Endoscopic and Histologic Diagnosis of Barrett Esophagus. *Mayo Clinic Proceedings*. Volume 76, Issue 2, February 2001, Pages 217–225.
60. Rami J. Badreddine & Kenneth K. Wang. Barrett esophagus: an update. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology* 7, 369-378 (July 2010).

61. Nietert PJ, Silverstein MD, Mokhashi MS, Kim CY, Glenn TF, Mansi VA, et al. Cost-effectiveness of screening a population with chronic gastroesophageal reflux. *Gastro-intest Endosc* 2003;57:311-8.
62. Inadomi JM, Sampliner R, Lagergren J, Lieberman D, Fendrick AM, Vakil N. Screening and surveillance for Barrett esophagus in high-risk groups: a cost utility analysis. *Ann Intern Med* 2003;138:176-86
63. Csendes A, Smok G, Burdiles F, et al. Prevalence of Barrett's esophagus by endoscopy and histologic studies: a prospective evaluation of 306 control subjects and 376 patients with symptoms of gastroesophageal reflux. *Dis Esophagus* 2000; 13:5–11.
64. Zagari RM, Fuccio L, Wallander MA, et al. Gastro-oesophageal reflux symptoms, oesophagitis and Barrett's oesophagus in the general population: the Loiano-Monghidoro study. *Gut*. 2008;57:1354–1359.
65. Cameron AJ. Barrett's esophagus: prevalence and size of hiatal hernia. *Am J Gastroenterol*. 1999;94:2054–2059.
66. Sharmila Anandasabapathy Novel Endoscopic Techniques for the Detection of Barrett's Dysplasia. *Gastrointest Cancer Res*. 2008 Mar-Apr; 2(2): 81–84.
67. Wong Kee Song, L. M.; Adler, D. G.; Chand, B.; Conway, J. D.; Croffie, J. M. B.; Disario, J. A.; Mishkin, D. S.; Shah, R. J. et al. (2007). "Chromoendoscopy". *Gastrointestinal Endoscopy* 66 (4): 639–649.
68. Col J. David Horwhat. Chromoendoscopy in the Esophagus. *Visible Human Journal of Endoscopy*. Volume 10, Issue 3, Year 2011.
69. Giti irvanloo, Behnaz fallahi, Fereshte ensani, Mehrdad azmi, Afsaneh morteza endoscopic versus histological diagnosis of barrett's esophagus: a cross-sectional survey. *pol j pathol* 2011; 3: 152-156.

70. Sagar S. Garud, Steven Keilin, Qiang Cai. Diagnosis and management of Barrett's esophagus for the endoscopist. *Therap Adv Gastroenterol*. 2010 July; 3(4): 227–238.
71. Guidelines for the diagnosis and management of Barrett's columnar-lined oesophagus; Guidelines for the diagnosis and management of Barrett's columnar-lined oesophagus, British Society of Gastroenterology (BSG), August 2005.
72. Flejou JF; Barrett's oesophagus: from metaplasia to dysplasia and cancer. *Gut*. 2005 Mar;54 Suppl 1:i6-12.
73. Hamilton SR, Smith RRL, Cameron JL. Prevalence and characteristics of Barrett's esophagus in patients with adenocarcinoma of the esophagus or esophagogastric junction. *Hum Pathol* 1988; 19:942–948.
74. Lagergren J, Bergstrom R, Lindgren A, Nyren O. Symptomatic gastroesophageal reflux as a risk factor for esophageal adenocarcinoma. *New Engl J Med* 1999; 340:825–831.
75. Chow W, Finkle WD, McLaughlin JK, et al. The relation of gastroesophageal reflux disease and its treatment to adenocarcinomas of the esophagus and gastric cardia. *Jama* 1995; 274:474–477.
76. Michael S. Smith Diagnosis and Management of Esophageal Rings and Webs. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2010 November; 6(11): 701–704.
77. El-Serag HB, Sonnenberg A. Opposing time trends of peptic ulcer and reflux disease. *Gut* 1998; 43:327.
78. Hackelsberger A, Schultze V, Gunther T, et al. Helicobacter pylori prevalence in reflux esophagitis: A case control study (abstract). *Gastroenterology* 1997; 112:A137.

79. Shirota T, Kusano M, Kawamura O, et al. Helicobacter pylori infection correlates with severity of reflux esophagitis: with manometry findings. *J Gastroenterol* 1999; 34:553.
80. Chung SJ, Lim SH, Choi J, et al. Helicobacter pylori Serology Inversely Correlated With the Risk and Severity of Reflux Esophagitis in Helicobacter pylori Endemic Area: A Matched Case-Control Study of 5,616 Health Check-Up Koreans. *J Neurogastroenterol Motil* 2011; 17:267.
81. Varanasi RV, Fantry GT, Wilson KT. Decreased Prevalence of H.Pylori Infection in Gastro-Oesophageal Reflux Disease. *Helicobacter* (1998); 3:188–194.
82. Wang C, Yuan Y, Hunt RH. Helicobacter pylori infection and Barrett's esophagus: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2009; 104:492.
83. Rokkas T, Pistiolas D, Sechopoulos P, et al. Relationship between Helicobacter pylori infection and esophageal neoplasia: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5:1413.
84. Vicari JJ, Pack RM, Falk GW et al. The Seroprevalence of cagA positive Helicobacter pylori Strains in the Spectrum of Gastro-Oesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology* (1998); 115: 50–57.
85. Weston AP, Badr AS, Topalovski M, et al. Prospective evaluation of the prevalence of gastric Helicobacter pylori infection in patients with GERD, Barrett's esophagus, Barrett's dysplasia, and Barrett's adenocarcinoma. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:387.
86. Vaezi MF, Falk GW, Peek RM, et al. CagA-positive strains of Helicobacter pylori may protect against Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:2206.

87. Talley NJ, Vakil N. "Guidelines for the management of dyspepsia". *Am J Gastroenterol.* 2005 Oct;100(10):2324-37.
88. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1466-1479.
89. Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M, et al. Rome III: The Functional Gastrointestinal Disorders. 3rd ed. McLean, Va.: Degnon Associates; 2006.
90. Jan Tack & Nicholas J. Talley. .Functional dyspepsia—symptoms, definitions and validity of the Rome III criteria. *Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology* 10, 134-141 (March 2013).
91. Savarino E, Pohl D, Zentilin P, Dulbecco P, Sammito G, Sconfienza L, Vigneri S, Camerini G, Tutuian R, Savarino V. Functional heartburn has more in common with functional dyspepsia than with non-erosive reflux disease. *Gut.* 2009 Sep;58(9):1185-91.
92. Tas A, Köklü S, Yüksel I, Başar O, Akbal E, Cimbeç A. No significant association between halitosis and upper gastrointestinal endoscopic findings: a prospective study. *Chin Med J (Engl).* 2011 Nov;124(22):3707-10.
93. Agreus L, Svardstam K, Nyren O, Tibblin G. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: overlap and lack stability over time. *Gastroenterology.*1995;109:671.
94. Kay L, Jorgensen L.K. Epidemiology of upper dyspepsia in a random population. Prevalence, incidence, natural history, and risk factors. *Scand. J. Gastroenterol.*1994; 29:1.
95. Jones R, Lydeard S. Dyspepsia in the community: A follow-up study. *Br.J.Clin.Pract.*1992;46:95.

96. Talley N.J. Why do functional gastrointestinal disorders come and go? *Dig.Dis.Sci*1994;39:673
97. Talley N. J, Zinsmeister A.R, Schleck C.D, Melton L.J.III. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. *Gastroenterology* 1992;102:1259.
98. L A Arents, J C Thijs, J H Kleibeuker A rational approach to uninvestigated dyspepsia in primary care: review of the literature. *Postgrad Med J* 2002;78:707–716.
99. Manabe N, Haruma K, Hata J, Imamura H, Kamada T, Kusunoki H, Sanuki E, Tsumaru S, Futagami Y, Sadamoto Y, Tokutomi T, Kurose H. Clinical characteristics of Japanese dyspeptic patients: is the Rome III classification applicable? *Scand J Gastroenterol.* 2010 May;45(5):567-72.
100. Abid S, Siddiqui S, Jafri W. Discriminant value of Rome III questionnaire in dyspeptic patients. *Saudi J Gastroenterol.* 2011 Mar-Apr;17(2):129-33.
101. Shaib Y, EL-Serag HB. The prevalence and risk factors of functional dyspepsia in a multiethnic population in the United States. *Am J Gastroenterol* 2004; 99:2210-6.
102. Rita Brun. Functional dyspepsia *Therap Adv Gastroenterol.* 2010 May; 3(3): 145–164.
103. Jan Tack , Raf Bisschops , Brunello DeMarchi. Causes and treatment of functional dyspepsia. *Current Gastroenterology Reports* 2001, Volume 3, Issue 6, pp 503-508.
104. Spiegel BM, Farid M, Dulai GS, et al. Comparing rates of dyspepsia with coxibs versus NSAID+ppi: A systematic review and metaanalysis of clinical trial data. *Gastroenterology* 2005;128(suppl2):A138.
105. Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, et al. Gastrointestinal tract symptoms and self reported abuse: a population-based study. *Gastroenterology* 1994;107:1040-1049.
106. 106. Talley NJ, Vakil NB, Moayyedi P. American Gastroenterological

Association technical review on the evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 2005;129:1756-80.

107. Wai CT, Yeoh KG, Ho KY, et al. Diagnostic yield of upper endoscopy in Asian patients presenting with dyspepsia. *Gastrointest Endosc* 2002; 56:548-51.

108. Vakil N, Moayyedi P, Fennerty MB, et al. Limited value of alarm features in the diagnosis of upper gastrointestinal malignancy: systemic review and meta-analysis. *Gastroenterology* 2006;131:390-401.

109. Fransen GA, Janssen MJ, Muris JW, et al. Meta-analysis: the diagnostic value of alarm symptoms for upper gastrointestinal malignancy. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;20:1045-52.

110. Guariso G, Meneghel A, Dalla Pozza LV, Romano C, Dall'Oglio L, Lombardi G, Conte S, Calacoci M, Campanozzi A, Nichetti C, Piovan S, Zancan L, Facchin P. Indications to upper gastrointestinal endoscopy in children with dyspepsia. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010 May;50(5):493-9.

111. DU YQ, Su T, Hao JY, Wang BM, Chen MH, Li YM, Tang CW, Gong YF, Man XH, Gao L, Cai QC, Li ZS. Gastro-protecting effect of gefarnate on chronic erosive gastritis with dyspeptic symptoms. *Chin Med J (Engl).* 2012 Aug;125(16):2878-84.

112. Wiklund I, Glise H, Jerndal P, et al. Does endoscopy have a positive impact on quality of life in dyspepsia? *Gastrointest Endosc* 1998;47:449-54.

113. Kaur G, Raj SM. A study of the concordance between endoscopic gastritis and histological gastritis in an area with a low background prevalence of *Helicobacter pylori* infection. *Singapore Med J.* 2002 Feb;43(2):090-2.

114. Jin Il Kim, Eun Jung Jun, Tae Ho Kim, Jeong Ho Kim, Dae Young Cheung, Woo Chul Chung, Byung-Wook Kim, Sung Soo Kim, Soo-Heon Park. Endoscopic Finding According to Symptoms in Patients with Functional Dyspepsia. (Korean

J Helicobacter Upper Gastrointest Res 2011;11:124-128).

115. Akdamar K , Ertan A , Agrawal NM et al. Upper gastrointestinal endoscopy in normal asymptomatic volunteers . Gastrointest Endosc 1986 ; 32 : 78 – 80 .

116. McColl Kel , El-Nujumi A , Murray LS et al. Assessment of symptomatic response as predictor of Helicobacter pylori status following eradication therapy in patients with ulcer . Gut 1998 ; 95 : 101 – 5.

117. Johnsen R, Bernersen B, Straume B, et al. Prevalences of endoscopic and histological findings in subjects with and without dyspepsia. BMJ 1991;302:749–52.

118. Mahadeva S, Goh KL Clinically significant endoscopic findings in a multi-ethnic population with uninvestigated dyspepsia. Dig Dis Sci. 2012 Dec;57(12):3205-12.

119. Manabe N, Haruma K, Kamada T, Kusunoki H, Inoue K, Murao T, Imamura H, Matsumoto H, Tarumi K, Shiotani A, Hata J. Changes of upper gastrointestinal symptoms and endoscopic findings in Japan over 25 years. Intern Med. 2011;50(13):1357-63.

120. Zagari RM, Law GR, Fuccio L, Pozzato P, Forman D, Bazzoli F. Dyspeptic symptoms and endoscopic findings in the community: the Loiano-Monghidoro study. Am J Gastroenterol. 2010 Mar;105(3):565-71.

121. Thomson AB, Barkun AN, Armstrong D, Chiba N, White RJ, Daniels S, Escobedo S, Chakraborty B, Sinclair P, Van Zanten SJ. The prevalence of clinically significant endoscopic findings in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadian Adult Dyspepsia Empiric Treatment - Prompt Endoscopy (CADET-PE) study. Aliment Pharmacol Ther. 2003 Jun 15;17(12):1481-91.

122. Lieberman D , Fennerty MB , Morris CD et al. Endoscopic evaluation of patients with dyspepsia: results from the National Endoscopic Data Repository. Gastroenterology 2004 ; 127 : 1067 – 75 .

123. Boyd EJS . The prevalence of esophagitis in patients with duodenal ulcer or ulcer-like dyspepsia . *Am J Gastroenterol* 1996 ; 91 : 1539 – 43 .
124. Mansi C, Savarino V, Mela GS, Picciotto A, Mele MR, Celle G. Are clinical patterns of dyspepsia a valid guideline for appropriate use of endoscopy? A report on 2253 dyspeptic patients. *Am J Gastroenterol*. 1993;88:1011–1015.
125. Santolaria S, Alcedo J, Cuartero B, Diez I, Abascal M, García-Prats MD, Marigil M, Vera J, Ferrer M, Montoro M. Spectrum of gluten-sensitive enteropathy in patients with dysmotility-like dyspepsia. *Gastroenterol Hepatol*. 2013 Jan;36(1):11-20.
126. M. Saruc, N. Ozden, N. Turkel, S. Ayhan, M.A. Demir, I. Tuzcuoglu, U.S. Akarca, H. Yuceyar. Functional dyspepsia: relationship between clinical subgroups and *Helicobacter pylori* status in Western Turkey. *Brazilian journal of Medical and Biological Research* (2003) 36:747-751.
127. Locke CR 3rd, Talley NJ, Nelson DK, Haruma K, Weaver AL, Zinsmeister AR, et al. *Helicobacter pylori* and dyspepsia: A population-based study of the organism and host. *Am J Gastroenterol* 2000;95:1906-13.
128. Colm O'Morain. Role of *Helicobacter pylori* in functional dyspepsia. *World J Gastroenterol* 2006 May 7; 12(17): 2677-2680.
129. Ohkusa T, Fujiki K, Takashimizu I, Kumagai J, Tanizawa T, Eishi Y. Endoscopic and histological comparison of nonulcer dyspepsia with and without *Helicobacter pylori* infection evaluated by the modified Sydney system. *Am J Gastroenterol*. 2000 Sep;95(9):2195-9.
130. Mohammed Qaseem Khan, Zuhair Alhomsy, Sami Al-Momen, Mahmuda Ahmad. Endoscopic features of *Helicobacter pylori* induced gastritis. *Saudi J Gastroenterol*. 1999 Jan;5(1):9-14.

131. Miyamoto M, Haruma K, Yoshihara M, Hiyama T, Sumioka M, Nishisaka T, Tanaka S, Chayama K. Nodular gastritis in adults is caused by *Helicobacter pylori* infection. *Dig Dis Sci*. 2003 May;48(5):968-75.
132. Carpenter HA, Talley NJ. Gastroscopy is incomplete without biopsy: clinical relevance of distinguishing gastropathy from gastritis. *Gastroenterology* 1995;108:917-24.
133. Riddell RH. What mucosal biopsies have to offer. *Aliment Pharmacol Ther* 1997;11(suppl 2):19-25.
134. Sipponen P, Stolte M. Clinical impact of routine biopsies of the gastric antrum and body. *Endoscopy* 1997;29:671-8.
135. Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, et al. Classification and grading of gastritis, the updated Sydney system. *Am J Surg Pathol* 1996;20:1161-81. 1996;20:1161-81.
136. Gisbert JP, Cooper A, Karagiannis D, Hatlebakk J, Agréus L, Jablonowski H, Zapardiel J. Impact of gastroesophageal reflux disease on patients' daily lives: a European observational study in the primary care setting. *Health Qual Life Outcomes*. 2009; 7:60.
137. Smout A. Endoscopy-negative acid reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 1997;11 Suppl 2:81-5.
138. Lee SP, Lee KN, Lee OY, Lee HL, Choi HS, Yoon BC, Jun DW, Sohn W, Cho SC. The relationship between existence of typical symptoms and psychological factors in patients with erosive esophagitis. *J Neurogastroenterol Motil*. 2012 Jul;18(3):284-90.
139. Lundell LR, Dent J, Bennett JR, et al. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. *Gut* 1999; 45:172-180.

140. Tahara T, Arisawa T, Shibata T, Okudo M, Yoshioka D, Wang F, et al. Association of endoscopic appearances with dyspeptic symptoms. *J Gastroenterol* 2008;43:208-215.
141. G N J Tytgat. Role of endoscopy and biopsy in the work up of dyspepsia. *Gut* 2002;50(Suppl IV):iv13–iv16.
142. Ford AC, Marwaha A, Lim A, Moayyedi P. What is the prevalence of clinically significant endoscopic findings in subjects with dyspepsia? Systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010;8:830-837
143. Talley NJ, Weaver AL, Tesmer DL, Zinsmeister AR. Lack of discriminant value of dyspepsia subgroups in patients referred for upper endoscopy. *Gastroenterology* 1993;105:1378-1386.
144. Grande M, Cadeddu F, Villa M, Attina GM, Muzi GM, Nigro c, et al. Helicobacter pylori and gastroesophageal reflux disease. *World J Surg Oncol* 2008;6:74.
145. Nordenstedt H, Nilsson M, Johnsen R, Lagergren J, Hveem K: Helicobacter pylori infection and gastroesophageal reflux in a population-based study. *Helicobacter* 2007, 12:16-22.
146. Jakobs R, Riemann JF. CagA-positive Helicobacter pylori strains and gastro-oesophageal reflux disease: still puzzling? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004;16:635-637.
147. Kiltz U, Pfaffenbach B, Schmidt WE, Adamek RJ. The lack of influence of CagA positive Helicobacter pylori strains on gastro-oesophageal reflux disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002;14:979-784.

148. Nelson DB, Murdoch M, Sandozi IK, Dalmaso AP, Crabtree JE & Ho SB (2000). Dyspepsia is associated with CagA-positive *Helicobacter pylori*. *American Journal of Gastroenterology*, 95: 3412-3417.
149. Chen MJ, Wang TE, Chang WH, Liao TC, Lin CC, Shih SC. Nodular gastritis: an endoscopic indicator of *Helicobacter Pylori* infection. *Dig Dis Sci* 2007;52:2662-2666.
150. Talley NJ. The role of *Helicobacter pylori* in nonulcer dyspepsia. A debate-against. *Gastroenterol Clin North Am* 1993;22:153-167.
151. Gilvarry J, Buckley MJ, Beattie S, et al. Eradication of *Helicobacter pylori* affects symptoms in non-ulcer dyspepsia. *Scand J Gastroenterol*. 1997;32:535-540.
152. Goodwin S, Kassir-Juma W, Jazrawi R, et al. Nonulcer dyspepsia and *Helicobacter pylori*, with comment on posteradication symptoms. *Dig Dis Sci*. 1998;43(9 suppl):67S-671 S.
153. McNamara D, Buckley M, Gilvarry J, et al. Does *Helicobacter pylori* eradication affect symptoms in nonulcer dyspepsia: a 5 year follow-up study. *Helicobacter*. 2002 pattern of symptoms in *H. pylori*-positive dyspeptic patients. *American Journal of Gastroenterology* 1998;Oct;7(5):317-21.
154. F Parente, V Imbesi, G Maconi, C Cucino, O Sangaletti, L Vago, G Bianchi Porro. Influence of bacterial CagA status on gastritis, gastric function indices, and 93:1073–1079.