

Με τον όρο αυτό εννοούμε την «ανώμαλη» παλινδρόμηση γαστρικού περιεχομένου στον κατώτερο οισοφάγο. Η νόσος είναι αρκετά συχνή στο γενικό πληθυσμό. Σε καθημερινή βάση συμπτώματα παλινδρόμησης εμφανίζει περίπου το 10% των ανθρώπων.

Με τον όρο αυτό εννοούμε την «ανώμαλη» παλινδρόμηση γαστρικού περιεχομένου στον κατώτερο οισοφάγο. Η νόσος είναι αρκετά συχνή στο γενικό πληθυσμό. Σε καθημερινή βάση συμπτώματα παλινδρόμησης εμφανίζει περίπου το 10% των ανθρώπων.

Βασικός αιτιοπαθογενετικός παράγων είναι η «δυσλειτουργία» του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΚΟΣ) ο οποίος φυσιολογικά αποτελεί το φραγμό στην παλινδρόμηση όξινου γαστρικού περιεχομένου.

Τροφές που ελαττώνουν την πίεση ηρεμίας του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΚΟΣ) και επιδεινώνουν την γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) είναι τα λίπη, η σοκολάτα, το αλκοόλ ενώ φάρμακα που προκαλούν ανάλογα αποτελέσματα είναι διάφορα αντιυπερτασικά, βρογχοδιασταλτικά, αντικαταθλιπτικά.

Ο ρόλος της διαφραγματοκήλης στην γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι υπό συζήτηση. Ο πιθανός μηχανισμός πρόκλησης παλινδρόμησης σε ασθενείς με διαφραγματοκήλη είναι η απώλεια της εξωτερικής πίεσης στον κατώτερο οισοφάγο από τα σκέλη της διαφράγματος.

Κλασσικά συμπτώματα γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης είναι ο οπισθοστερνικός καύσος («καούρες») και οι όξινες αναγωγές («ξινίλες»). Σπάνιο αλλά πολύ ειδικό για τη νόσο σύμπτωμα είναι η υπερέκκριση σιέλου. Συχνές είναι και οι εξωοισοφαγικές κλινικές εκδηλώσεις της ΓΟΠ όπως λαρυγγίτιδα, χρόνιας βήχας, βράγχος φωνής, αλλοιώσεις της αδαμαντίνης, ουσίας των δοντιών, οπισθοστερνικός πόνος μη καρδιακής αιτιολογίας, ακόμα και χρόνια βρογχίτιδα ή και βρογχικό άσθμα λόγω παλινδρόμησης μικροποσοτήτων όξινου γαστρικού υγρού στους βρόγχους κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Θορυβώδεις επιπλοκές της νόσου αποτελούν η δυσφαγία (λόγω στένωσης από βαριά οισοφαγίτιδα), και η αιμορραγία. Η βασικότερη όμως και η πιο «ύπουλη» επιπλοκή της νόσου (λόγω απουσίας

συμπτωμάτων) είναι ο οισοφάγος Barrett δηλαδή η μόνιμη αντικατάσταση του φυσιολογικού επιθηλίου του κατώτερου οισοφάγου από «ειδικευμένου εντερικού τύπου» επιθήλιο το οποίο και αποτελεί σαφή προκαρκινωμάτωση κατάσταση. Η άνωθεν βλάβη διαπιστώνεται με ενδοσκόπηση και λήψη βιοψιών από την «ύποπτη» περιοχή.

Η θεραπεία της νόσου είναι αρχικά συντηρητική (αλλαγή στον τρόπο ζωής, δίαιτα, φάρμακα). Στις αλλαγές στον τρόπο ζωής περιλαμβάνονται η ανύψωση του κρεβατιού, η μη κατάκλιση αμέσως μετά το φαγητό, η αποφυγή στενών ρούχων και ζωνών, η διακοπή του καπνίσματος.

Οι διαιτητικές οδηγίες περιλαμβάνουν την αποφυγή των τροφών που προαναφέρθηκαν και προκαλούν χάλαση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΚΟΣ). Φαρμακευτικά χορηγούνται σκευάσματα που είτε αναστέλλουν τη δράση του οξέως (αντιόξινα), είτε ελαττώνουν την παραγωγή αυτού (H₂ αναστολείς, PPIs) είτε αυξάνουν τον περισταλτισμό του οισοφάγου και την πίεση στον κατώτερο οισοφαγικό σφιγκτήρα.

Σπανίως η θεραπεία της νόσου είναι χειρουργική και κυρίως αφορά νέα άτομα με καθημερινή εξάρτηση από φάρμακα ή ασθενείς που απειλούνται από τις επιπλοκές της νόσου (π.χ. νυχτερινές αναγωγές με κίνδυνο πνιγμονής).

Η διάγνωση της νόσου βασίζεται στην κλινική εικόνα και επιβεβαιώνεται με γαστροσκόπηση και πιθανώς 24ώρη φορητή ρημετρία.

Συνοπτικά η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι μια πολύ συχνή νοσολογική οντότητα με ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων και επιπλοκών. Η βασικότερη και πιο επικίνδυνη αυτών λόγω της απουσίας συμπτωμάτων είναι ο οισοφάγος Barrett ο οποίος αποτελεί σαφή προνεοπλασματική κατάσταση. Η πρώιμη διάγνωση και η τακτική παρακολούθηση προλαμβάνει την εξέλιξη αυτής σε καρκίνο του οισοφάγου.

