

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Αρ. εισ. .... 576 ...

λ  
5



Μορφολογικός-Κλινικοεργαστηριακός Τομέας  
Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής  
Δ/ντής: Καθηγητής κ. Ν.Ι. ΑΓΝΑΝΤΗ

233

ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ  
ΒΙΟΠΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ  
ΤΗΣ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ 1982-1992

Παύλος Δ. Δάλλας  
Ιατρός Παθολογοανατόμος  
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2001



ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ



026000200070



24/2002



ΥΠΟΜΝΗΣΗ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Καθηγητής Α. Α. Αθανασίου  
Επίκουρος Καθηγητής Παναγιώτης

Αναπληρωτής Καθηγητής  
Καθηγητής Παναγιώτης

Επίκουρος Καθηγητής  
Καθηγητής Παναγιώτης

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα

**N5343/32 άρθρο 202 παράγρ. 7**



**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**Νίκη Ι. Αγκάντη**, Καθηγήτης Παθολογικής Ανατομίας  
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**Δημήτριος Γ Στεφάνου**, Αναπλ. Καθηγήτης Παθολογικής Ανατομίας  
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**Επαμεινώνδας Β. Τσιάνος** Καθηγήτης Παθολογίας  
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων



## ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**Νίκη Ι. Αγκάντη**, Καθηγήτης Παθολογικής Ανατομίας  
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**Επαμεινώνδας Β. Τσιάνος** Καθηγητής Παθολογίας  
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**Παναγιώτης Καναβάρος** Καθηγητής Ανατομίας-Ιστολογίας-Εμβρυολογίας  
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**Δημήτριος Γ Στεφάνου**, Αναπλ. Καθηγητής Παθολογικής Ανατομίας  
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**Βασιλική Μαλάμου-Μήτση**, Αναπλ. Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομίας  
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**Μαρία Μπάη**, Επίκ. Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομίας  
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**Θεόδωρος Βουγιουκλάκης**, Επίκ. Καθηγητής Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας  
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων



Στην Ρίτα

Στην κόρη μου Λήδα - Παυλίνα



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τον χρόνο κατά τον οποίο υπηρέτησα ως αγροτικός γιατρός (1991-92) στο Παθολογοανατομικό Εργαστήριο του Π. Π. Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων γινόταν πολλή συζήτηση για αύξηση της συχνότητας εμφάνισης ορισμένων ασθενειών και ιδιαίτερα των κακοηθειών του γαστρεντερικού σωλήνα. Ναι μεν υπήρχε αυτή η βεβαιότητα αλλά δεν υπήρχαν μελέτες με στοιχεία που να επιβεβαίωναν ή να απέκλειαν αυτή την εκδοχή. Τότε παρατηρήθηκε η έλλειψη μιας τέτοιας μελέτης που, αν μη τι άλλο, θα μας έδινε την εικόνα που επικρατούσε και με την οποία μελλοντικά, θα μπορούσαμε να αξιολογήσουμε συγκριτικά τις τυχόν αποκλίσεις από την κατάσταση που επικρατούσε στην Ήπειρο στα προηγούμενα χρόνια.

Με δεδομένο αυτό αποφασίσαμε να ασχοληθούμε με το θέμα « Ιστοπαθολογική επανεκτίμηση βιοπτικού υλικού του γαστρεντερικού της 10ετίας 1982-1992 με στατιστική αξιολόγηση».

Είναι ένα θέμα που πιθανώς να μην είχε φθάσει ποτέ στην σημερινή του μορφή χωρίς την βοήθεια αρκετών φίλων και συναδέλφων





## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- Ιστορική αναδρομή
- Σκοπός της ερευνητικής εργασίας

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

|  |    |
|--|----|
| Γαστρεντερικός σωλήνας .....   | 21 |
| Εμβρυολογικά στοιχεία .....  | 21 |
| Ανατομικά στοιχεία .....   | 21 |
| Ιστολογικά στοιχεία .....  | 24 |
| Στοιχεία φυσιολογίας .....   | 31 |
| Συγγενείς ανωμαλίες και διαταραχές περί την διάπλασή .....                   | 32 |
| Ιστοπαθολογία του πεπτικού συστήματος .....                                  | 39 |
| Σύγχρονοι μέθοδοι επισκόπησης των κοιλοτήτων του γαστρεντερικού σωλήνα ..... | 80 |

### ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| Υλικά και μέθοδοι ..... | 82  |
| Αποτελέσματα .....      | 84  |
| Συζήτηση .....          | 134 |
| Συμπεράσματα .....      | 141 |
| Περίληψεις .....        | 143 |
| Βιβλιογραφία .....      | 145 |



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### Ιστορική αναδρομή

#### Ήπειρος

Μια γεωγραφική περιοχή της Ελλάδας με αρκετές ιδιαιτερότητες και κυρίως προβλήματα πρόσβασης στα μεγάλα αστικά κέντρα. Προβλήματα τα οποία ακόμα σήμερα προσπαθούν να λυθούν αλλά δεν έχουν εξαλειφθεί. Οι λόγοι αυτοί από την μια μεριά και οι άρρηκτοι δεσμοί των ανθρώπων της με την γενέτειρα γη οδήγησαν πολλά από τα παιδιά της μετά από σπουδές στην Ελλάδα ή το εξωτερικό να επιστρέφουν στα Γιάννενα όπου και εφάρμοζαν ή μετέδιδαν τα όσα είχαν γνωρίσει. Έτσι μέσα σε αυτούς που γύρισαν ήταν και αρκετοί καταξιωμένοι γιατροί. Με δεδομένη την γεωγραφική απομόνωση της Ηπείρου και κατ' επέκταση την δύσκολη μετακίνηση του πληθυσμού και δη των πασχόντων, τα Γιάννενα σαν πρωτεύουσα της Ηπείρου αναπτύχθηκαν και ως ένα κέντρο Υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας για την ευρύτερη περιοχή. Όχι πολλά χρόνια πριν στα Γιάννενα λειτουργούσαν τρία Νοσοκομεία ( Δημοτικό - Γ. Χατζηκώστα και Στρατιωτικό) και παράλληλα τουλάχιστον 4-5, μεγάλες για την εποχή τους, Ιδιωτικές Κλινικές (Γενικές, Χειρουργικές και Γυναικολογικές).

Με την ίδρυση της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων στην 10ετία του 1970 τα Γιάννενα γίνονται το μεγάλο Ιατρικό κέντρο της Ηπείρου και σιγά-σιγά της Βορειοδυτικής Ελλάδας και για όλους σήμερα αποτελεί κοινό μυστικό ότι η εμβέλειά του δεν γνωρίζει σύνορα.

Η αλματώδης αυτή ανάπτυξη της Ιατρικής στα Γιάννενα με τις βάσεις που είχαν τεθεί τα προηγούμενα χρόνια και με ορατά αποτελέσματα αυτής της προσπάθειας καταξίωσαν και έκαναν κοινή πεποίθηση στους κατοίκους της περιοχής ότι τα Γιάννενα εκτός από τα γρόσια και τα γράμματα είναι πρώτα και στην Ιατρική επιστήμη. Έτσι δεν υπήρχε πλέον ανάγκη μετακίνησής τους στα μεγάλα αστικά κέντρα για νοσηλεία ή διαγνωστικές πράξεις και παρέμειναν εμπιστευόμενοι τους τοπικούς επιστήμονες. Είναι γνωστή η απότομη πτώση της ροής των ασθενών προς θεραπευτήρια των Αθηνών τουλάχιστον στις ειδικότητες που είχαν αναπτυχθεί στο Νοσοκομείο μας (περισσότερο από 95% προτίμησαν να παραμείνουν και το δε υπόλοιπο 5% που έφυγε ήταν γιατί στα πρώτα χρόνια δεν είχαν αναπτυχθεί όλες οι Κλινικές).

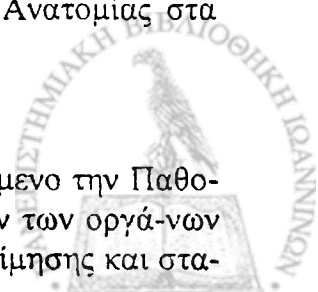
Έτσι λοιπόν για το υπό μελέτη θέμα υπάρχουν οι πλέον κατάλληλες συνθήκες να το προσεγγίσουμε με την μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια στατιστικά, αλλά και από την πλευρά της επανεκτίμησης, μιας και το υλικό υπάρχει αρχειοθετημένο στα Εργαστήρια Παθολογικής Ανατομίας της περιοχής τα οποία είναι α) του Π.Π.Γ. Νοσοκομείου και β) του Π.Γ.Κ. Νοσοκομείου Ιωαννίνων "Γ Χατζηκώστα

Βέβαια εδώ θα ήθελα να τονίσω ότι πιθανόν ένα μικρότατο ποσοστό της τάξης του 0.0: % έχει φύγει από τα Γιάννενα για άλλο εργαστήριο αλλά αυτό έγινε, αφού είχε διαγνωστεί με ενδοσκοπική λήψη υλικού από το εργαστήριό μας.

Ακόμη ότι το 1991 άρχισε να λειτουργεί το Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας του Νοσοκομείου Γ' Χατζηκώστα, μετά (1993) του Νοσοκομείου της Πρέβεζας και πολύ αργότερα (1997) το πρώτο Ιδιωτικό εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας στα Γιάννενα.

#### Σκοπός της ερευνητικής εργασίας

Πλείστες όσες έρευνες και εργασίες έγιναν και γίνονται με αντικείμενο την Παθολογία - Παθολογικές διεργασίες των επιμέρους κυτταρικών στοιχείων των οργάνων του γαστρεντερικού σωλήνα, δεν υπάρχει όμως καμία μελέτη επανεκτίμησης και στα-



τιστικής αξιολόγησης του υπάρχοντος βιοπτικού υλικού. Με αυτή την σκέψη ο κύριος στόχος της παρούσης εργασίας είναι:

Να καταγραφούν τα στοιχεία αυτά και να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα με την δυνατόν μικρότερη απόκλιση του πραγματικού ώστε μελλοντικά με δεδομένα τα κοινωνικά, διατροφικά και άλλα στοιχεία των κατοίκων της περιοχής να γίνει εφικτή η σύγκριση και τα συμπεράσματα να είναι ωφέλιμα στον τομέα τόσο της πρόληψης όσο και γρήγορης διάγνωσης των ασθενειών που πλήττουν τον γαστρεντερικό σωλήνα στην Ήπειρο.

Στην μελέτη αυτή εκτιμώνται τα αποτελέσματα του βιοπτικού υλικού από τον γαστρεντερικό σωλήνα ανά φύλο ηλικίες και νοσολογικές οντότητες με αναγωγή της νοσηρότητας στον πληθυσμό της περιοχής.

#### **Στην παρούσα εργασία περιέχονται:**

-Στο Γενικό μέρος: Στοιχεία Ανατομίας, Ιστολογίας, Φυσιολογίας και Ανατόμο-παθολογίας των υπό διερεύνηση οργάνων του Γαστρεντερικού σωλήνα, καθώς και στοιχεία των σύγχρονων τεχνικών μεθόδων προσέγγισης αυτών.

-Στο Ειδικό μέρος γίνεται λεπτομερής αναφορά στο υλικό που χρησιμοποιήθηκε, των επί μέρους παραμέτρων που αναζητήθηκαν, ακόμη γίνονται γνωστά τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα και επιχειρείται μια εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση με σύγκριση των δεδομένων ώστε να εξαχθούν πλέον χρήσιμα συμπεράσματα.

Από την θέση αυτή αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά την Καθηγήτρια της Παθολογικής Ανατομίας της Ιατρικής Σχολής του πανεπιστημίου Ιωαννίνων και δασκάλα μου, Κα Νίκη Αγνάντη για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε με την ανάθεση του θέματος της διατριβής αυτής και την αμέριστη συμπαράστασή της κατά την διάρκεια της εκπόνησης και συγγραφής της.

Βαθύτατη ευγνωμοσύνη οφείλω στον Αναπληρωτή Καθηγητή της Παθολογικής Ανατομίας της Ιατρικής Σχολής του πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Κο Δημήτρη Στεφάνου κυρίως γιατί με μεγάλη υπομονή με μύησε στην σφαίρα της Παθολογικής Ανατομίας κατά την διάρκεια της ειδίκευσής μου και που αργότερα μέχρι σήμερα συνεχίζει να με βοηθά επιστημονικά σε θέματα διάγνωσης. Βέβαια πρέπει να τονίσω την καθημερινή βοήθεια την οποία μου παρείχε κατά την διάρκεια της ενασχόλησής μου με την Ιατροδικαστική με το συνεχές ενδιαφέρον του και τις υποδείξεις στην μελέτη και αξιολόγηση των πλείστων όσων περιστατικών έχωμε αντιμετωπίσει. Χωρίς την καθοδήγησή του και συχνές προτροπές η συγγραφή της παρούσης διατριβής θα ήταν ανέφικτη.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα θερμά τον Καθηγητή Παθολογίας της Ιατρικής Σχολής του πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Κον Επαμεινώνδα Τσιάνο για την βοήθεια στην διάρκεια της εκπόνησης και την ακούραστη παροχή γνώσεων που μου πρόσφερε και προσφέρει όταν την χρειάζομαι.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα θερμά την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομίας της Ιατρικής Σχολής του πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Κα Βασιλική Μαλάμου Μήτση για την συμπαράσταση, ενδιαφέρον και την επιστημονική της άποψη που πάντα δείχνει και δίδει απλόχερα.

Για την αμέριστη συμπαράστασή της θέλω να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην Επίκουρο Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Κα Μαίρη Μπάη και την συνεχή και πολύτιμη παροχή γνώσεων που μου πρόσφερε κατά την διάρκεια της ειδικότητάς μου.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα θερμά την Κα Άννα Γούσια, συνάδελφο Παθολογοανατόμο και συνεργάτη στο Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας τόσο για την επιστημονική βοήθεια όσο για το συνεχές ενδιαφέρον και παροτρύνσεις που μου έδινε, στις δύσκολες στιγμές, κατά την διάρκεια της εκπόνησης αυτής της εργασίας.

Και βέβαια αισθάνομαι έντονα την ανάγκη να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την Διευθύντρια του Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου του Νοσοκομείου Γ. Χατζηκώστα, τόσο για την βοήθεια που μου έδωσε στην διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας, όσο και την επιστημονική της άποψη που μου δίνει συνεχώς.

Τον αγαπητό φίλο Επικ. Καθηγητή Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας Κο Θεόδωρο Βουγιουκλάκη ευχαριστώ ιδιαίτερα για την επιστημονική και τεχνική βοήθεια που μου έδωσε στην διάρκεια της εργασίας.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα επίσης τις Νοσηλεύτριες Αντωνίου Κατερίνα και Κωσταντή Ζωή για την βοήθεια που μου προσέφεραν κατά την διάρκεια της συλλογής και ταξινόμησης του υλικού.



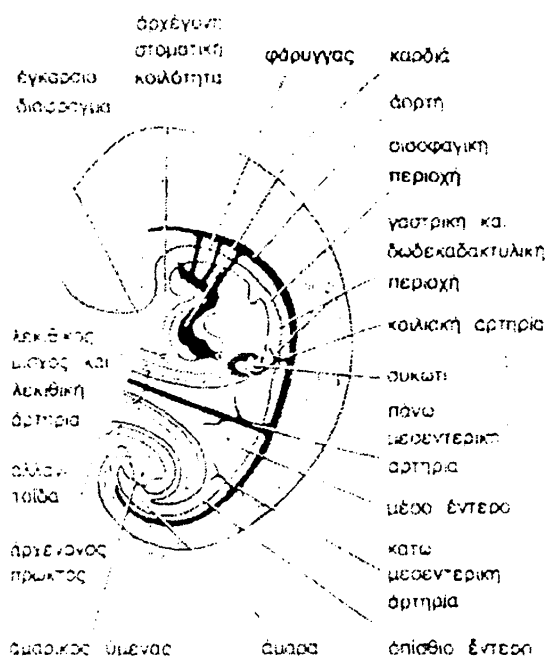
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



## ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Το πρωτογενές έντερο ή πεπτικό σύστημα σχηματίζεται κατά την διάρκεια της τέταρτης εβδομάδας οπότε και το ραχιαίο μέρος του λεκιθικού ασκού εγκλείεται<sup>1</sup> στο έμβρυο. Για καλύτερη περιγραφή συνηθίζεται ο πρωτογενής πεπτικός σωλήνας να διαιρείται σε τρία μέρη τα οποία και είναι: α) Το πρόσθιο έντερο β) Το μέσο έντερο γ) Το οπίσθιο έντερο. Από αυτά τα μέρη αρχίζει η γένεση των επί μέρους οργάνων του πεπτικού συστήματος.

Έτσι έχουμε: Από το πρόσθιο έντερο σχηματίζετε ο φάρυγγας, το κατώτερο αναπνευστικό σύστημα, ο οισοφάγος στομάχι, δωδεκαδάκτυλο μέχρι τον χοληφόρο πόρο, συκώτι, πάγκρεας και χολική συσκευή.



Σχήμα 1

Από το μέσο έντερο σχηματίζεται το υπόλοιπο τμήμα του 12δακτύλου, η νήστιδα, ο ειλεός, το τυφλό, η σκωληκοειδής απόφυση, το ανερχόμενο και τα 2/3 του εγκαρσίου κόλου. Διάφορα υπολείμματα του λεκιθικού μίσχου μπορεί να υπάρχουν στο εκκόλπωμα του Meckel πράγμα σύνηθες και με κλινική σημασία.

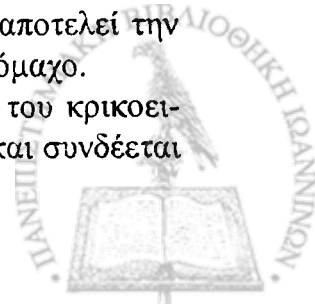
Από το οπίσθιο έντερο σχηματίζεται το αριστερό ή περιφερικό 1/3 του εγκαρσίου κόλου μέχρι το επάνω μέρος του πρωκτικού σωλήνα. Το υπόλοιπο μέρος του πρωκτικού σωλήνα σχηματίζεται από το πρωκτικό εντόπωμα (Σχήμα 1).

## ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

### α) Οισοφάγος

Ο οισοφάγος είναι ένας μυϊκός σωλήνας μήκους 25 περίπου εκ και αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια του φάρυγγα και συνδέει τον τελευταίο με τον στόμαχο.

Αρχίζει<sup>2</sup> από το ύψος του 6<sup>ου</sup> αυχενικού σπονδύλου ή κάτω χείλος του κρικοειδούς χόνδρου του λάρυγγα και τελειώνει κάτω από το διάφραγμα όπου και συνδέεται με τον στόμαχο (12<sup>ος</sup> Θωρακικός σπόνδυλος).



Η διεύθυνσή του, προς τα κάτω, ακολουθεί το αυχενικό και θωρακικό κύρτωμα της σπονδυλικής στήλης ενώ σχηματίζει και δύο πλάγιες καμπές μία στον τράχηλο, με το κυρτό αριστερά, και μία στον θώρακα με το κυρτό δεξιά.

Διαιρείται ανατομικά σε τέσσερα τμήματα (μοίρες) τα οποία και είναι τα Αυχενικό - θωρακικό - διαφραγματικό - και κοιλιακό. Στον οισοφάγο συναντώνται και δύο σφικτήρες οι οποίοι είναι ο οισοφαγικός ή κρικοφαρυγγικός προς τα άνω και υποδιαφραγματικός προς τα κάτω.

Εκτός από τους δύο αυτούς σφικτήρες, φυσιολογικά, διακρίνονται και τα οισοφαγικά στενώματα, αντίστοιχα προς προς τα ακόλουθα ανατομικά<sup>3</sup> επίπεδα και σε απόσταση υπολογιζόμενη πάντα από τους τομείς οδόντες. 1) Κρικοφαρυγγικό στένωμα = 15 εκ 2) Στένωμα αορτικού τόξου = 22 εκ 3) Αριστερού κύριου βρόγχου = 27 εκ και 4) Διαοράγματος = 40 εκ.

Ο οισοφάγος αποτελείται από τέσσερις χιτώνες και είναι από μέσα προς τα έξω οι ακόλουθοι. 1) Βλεννογόνιος 2) Υποβλεννογόνιος 3) Μυϊκός και 4) Ινώδης περιοισοφαγικός.

Αιμάτωση: Το αρτηριακό<sup>4</sup> μέρος το αποτελούν τα αγγεία α) από την κατιούσα θωρακική αορτή, ο κάτω θυρεοειδικός κλάδος του θυρεοαυχενικού κορμού, και οι αριστεροί κλάδοι των, κοιλιακής και κάτω φρενικής αρτηριών.

Το ολεβικό<sup>5</sup> μέρος αποτελείται από: Κάτω θυρεοειδικές φλέβες, άζυγος, ημιάζυγος, βοηθητικές φλέβες, βραχείες γαστρικές και σπονδυλικές φλέβες.

Λεμοαγγεία: Το ανώτερο 1/3 αποχετεύει την λέμφο στους αυχενικούς λεμφαδένες, το μέσο 1/3 στους παραιοισοφαγικούς λεμφαδένες και το κατώτερο 1/3 στους λεμφαδένες γύρω από την αορτή, την καρδιά, τους κοιλιακούς καθώς και τον μείζονα θωρακικό πόρο.

Νεύρωση: Επιτυγχάνεται<sup>6</sup> μέσω του γλώσσοφαρυγγικού και φαρυγγικού νεύρων με συμμετοχή από το συμπαθητικό σύστημα του υποβλεννογόνιου πλέγματος του Meissner και του μεντερικού πλέγματος του Auerbach.

Κύριες ανατομικές σχέσεις που ενδιαφέρουν τον παθολογοανατόμο για πιθανή εξάπλωση (τοπική) του καρκίνου του οισοφάγου είναι αυτές προς την τραχεία, τον αριστερό κύριο βρόγχο, κατιούσα αορτή και αριστερό κόλπο καρδιάς.

## β) Στόμαχος

Είναι το πλέον διατεταμένο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα. Είναι<sup>7</sup> σακοειδές και το σχήμα του προσομοιάζει το γράμμα J Εκτείνεται από το κατώτερο τμήμα του οισοφάγου (από το ύψος του 11<sup>ου</sup> θωρακικού σπονδύλου) και περίπου 2 εκ αριστερά της μέσης γραμμής έως τον δωδεκαδάκτυλο (δεξιά του 1<sup>ου</sup> οσφυϊκού σπονδύλου).

Θεωρείται ενδοπεριτοναϊκό όργανο μιας και οι επιφάνειές του καλύπτονται εξ ολοκλήρου από το περιτόναιο

Ο στόμαχος αν και τα μακροσκοπικά όρια είναι δυσδιάκριτα, χωρίζεται<sup>8</sup> σε τέσσερα τμήματα (μοίρες), την καρδιακή μοίρα - τον θόλο - το σώμα - και το πυλωρικό άντρο.

Καρδιακή<sup>8</sup> μοίρα: Μικρή περιοχή αμέσως μετά το καρδιοοισοφαγικό στόμιο. Μεταπίπτει στο σώμα του στομάχου και μπορεί να διαχωριστεί μόνον με βάση την ιστολογική εικόνα.

Θόλος<sup>9</sup>: Είναι το τμήμα εκείνο του στομάχου που βρίσκεται αριστερά του οισοφάγου πάνω από την νοητή οριζόντια γραμμή που διέρχεται από την καρδιοοισοφαγική συμβολή.



**Σώμα<sup>8</sup> στομάχου:** Το αποτελούν τα υπόλοιπα σχεδόν 2/3 του υπόλοιπου οργάνου.  
**Πυλωρικό<sup>8</sup> άντρο:** Εκτείνεται από την γωνία του στομάχου έως τον πυλωρικό σφικτήρα.

**Αιμάτωση:** Ο στόμαχος παίρνει αίμα από κλάδους της κοιλιακής, της ηπατικής και της σπληνικής αρτηρίας, με αφθονία αναστομώνσεων αλλά χωρίς τελικούς κλάδους. Εξαίρεση μπορεί να αποτελεί η περιοχή του ελάσσονος τόξου και η πρώτη μοίρα του 12δακτύλου με σχετικά φτωχότερη αγγείωση.

Το ίδιο πολύπλοκο είναι και το λεμφικό δίκτυο<sup>9</sup> το οποίο είναι παράλληλο αλλά αντιστρόφου ροής προς το αρτηριακό. Σχηματίζει ένα πλέγμα στον υποβλεννογόνιο χιτώνα από το οποίο ξεκινούν πολλά μικρά λεμφικά αγγεία τα οποία διαπερνούν την βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα προς το χαλαρό υπόστρωμα (*lamina propria*) του βλεννογόνου. Τα μεγαλύτερα λεμφαγγεία οδηγούν την λέμφο στους αριστερούς γαστρικούς, τους υπόπυλωρικούς και δεξιούς γαστρικούς λεμφαδένες και ακόμα στους παρακαρδιακούς, παγκρεατοσπληνικούς και δεξιούς γαστροεπιπλοϊκούς λεμφαδένες.

Η νευρώση του στομάχου: Συμμετέχουν το κοιλιακό πλέγμα (κλάδος του συμπαθητικού) και πνευμονογαστρικά νεύρα (παρασυμπαθητικός κλάδος). Εξ άλλου σημαντικό ρόλο στην κινητικότητα του γαστρικού τοιχώματος παίζει η ύπαρξη του υποβλεννογόνιου πλέγματος του Meissner και του μυεντερικού πλέγματος του Auerbach.

### γ) Λεπτό έντερο

Είναι η συνέχεια προς τα κάτω του στομάχου. Διαιρείται<sup>10</sup> σε τρία μέρη, τον 12δακτύλο, την νήστιδα και τον ειλεό.

**Δωδεκαδάκτυλο:** Έχει μήκος 20-25 εκ περίπου, οπισθοπεριτοναϊκά κυρίως και σταθερά τοποθετημένο. Ο σύνδεσμος του Treitz αποτελεί την ανατομική θέση της δώδεκα-δακτυλονηστιδικής ένωσης, όπου το λεπτό σταματά να είναι ακίνητη και γίνεται κινητή δομή. Έχει σχήμα C και χωρίζεται σε τέσσερα τμήματα.

**Νήστιδα:** Αποτελεί το 40% του υπολοίπου τμήματος του λεπτού εντέρου

**Ειλεός:** Αποτελεί το 60%. Είναι κινητή δομή όπως και η νήστιδα. Και τα δύο αυτά μέρη στηρίζονται από το μεσεντέριο.

Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν λίγα στοιχεία τα οποία μας δίνουν την δυνατότητα μακροσκοπικής διάκρισης της νήστιδας από τον ειλεό και αυτά είναι το λιγότερο λίπος και ευκολότερη διάκριση της αγγείωσης στην νήστιδα όπως και το γεγονός ότι είναι παχύτερη στην ψηλάφηση.

**Η αιμάτωση:** Το δωδεκαδάκτυλο<sup>10</sup> αιματώνεται από τον κοιλιακό άξονα και την άνω μεσεντέρια αρτηρία. Η νήστιδα από κλάδους της αριστερής πλευράς της άνω μεσεντέριας αρτηρίας και ακόμα από κλάδους της ειλεοκολικής αρτηρίας.

**Λεμφαγγεία:** Η λέμφος<sup>10</sup> από το δωδεκαδάκτυλο, την νήστιδα και τον ειλεό με λεμφικά αγγεία οδηγείται στη ομάδα των παγκρεατοδωδεκαδακτυλικών, πυλωρικών και άνω μεσεντέριας αρτηρίας λεμφαδένων.

**Νευρώση<sup>10</sup>:** Τα συμπαθητικά γάγγλια βρίσκονται έξω από το κοιλιακό τοίχωμα στα διάφορα πλέγματα (κοιλιακό άνω και κάτω μεσεντέριο). Τα παρασυμπαθητικά γάγγλια βρίσκονται στο μυεντερικό και υποβλεννογόνιο πλέγμα, των Auerbach και Meissner αντίστοιχα.

### δ) Σκωληκοειδής απόφυση

Βρίσκεται στο μέσον του τυφλού, είναι μια επιμήκης δομή (δίκην σκώληκος), Έχει μήκος 6-8 εκ και διάμετρο έως 0,5-0.6 εκ και τοίχωμα όμοιο με αυτό του παχέος εντέρου. Η θέση της ποικίλει.





### ε) Παχύ έντερο

Το παχύ έντερο<sup>11</sup> ένα σωλήνας μήκους κατά μέσο όρο 1.5 μέτρα το απαρτίζουν έξι συνεχόμενα τμήματα (τυφλό - ανιόν κόλο - εγκάρσιο κόλο - σιγμοειδές και ορθό) Έχει μήκος κυμαινόμενο από 1 έως 1.5 μέτρα. Το παχύ έντερο πορεύετε ενδοπεριτοναϊκά έως το ορθό το οποίο καταλήγει στον πρωκτικό σωλήνα και πορεύετε εξωπεριτοναϊκά. Στην εξωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου διακρίνονται οι κοιλικές ταινίες, τα εκκολπώματα τα οποία διαχωρίζονται μεταξύ τους με κυκλωτερείς περισφίξεις και τις επιπλοϊκές αποφύσεις.

Αιμάτωση: Γίνετε από κλάδους της άνω μεσεντέριας αρτηρίας (τυφλό, ανιόν, και δεξιό τμήμα εγκαρσίου μέχρι την σπληνική καμπή) και της κάτω μεσεντέριας (αριστερό τμήμα εγκαρσίου, κατιόν, σιγμοειδές και το μεγαλύτερο τμήμα του ορθού) Το κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου αιματώνεται από τους κλάδους των έσω λαγονίων αρτηριών (μέσες και κάτω ορθρικές αρτηρίες).

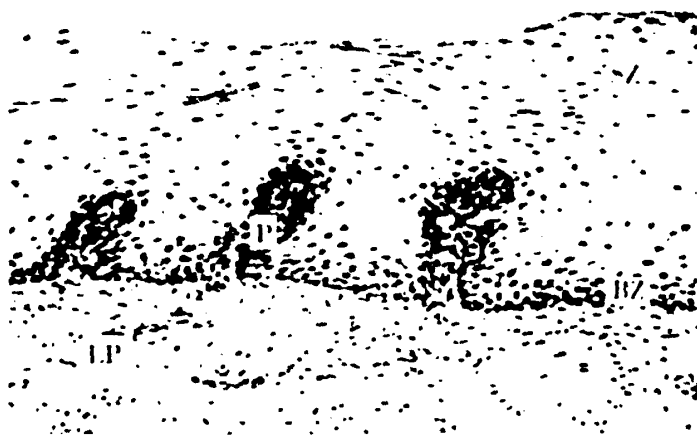
Η λέμμος από το παχύ έντερο πλην του ορθού με τα λεμφαγγεία οδηγείται στους ενδιάμεσους λεμφαδένες. Από τους ενδιάμεσους λεμφαδένες η λέμμος πορεύετε στους κεντρικούς ή κυρίους λεμφαδένες στην ρίζα του μεσεντερίου και σε όλη την παραορτική λεμφαδενική αλυσίδα. Τα λεμφαγγεία του ορθού απάγουν την λέμμο προς τους κάτω μεσεντέριους λεμφαδένες, τους λεμφαδένες της άνω αιμοροϊδικής αλυσίδας, τους υπογάστριους και τους λεμφαδένες της κοινής λαγονίου αρτηρίας.

Η νεύρωση: Αυτή επιτυγχάνεται μέσω του υποβλεννογονίου πλέγματος του Meissner και του μυεντερικού πλέγματος του Auerbach που βρίσκεται μεταξύ των δύο στιβάδων του μυϊκού χιτώνα (κυκλωτερούς και επιμήκους).

## ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

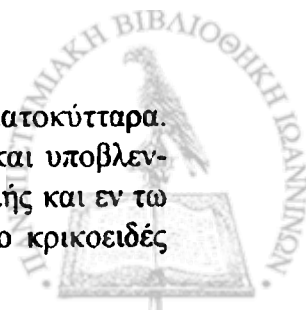
### α) Οισοφάγος<sup>12</sup>

Το επιθήλιο του οισοφάγου είναι πολύστιβο πλακώδες χωρίς κερατινοποίηση. Μεταπίπτει απότομα σε απλό κυλινδρικό κατά την καρδιακή περιοχή. Διάσπαρτα μεταξύ των κυττάρων της βασικής στιβάδας του επιθηλίου υπάρχουν αργυρόφιλα κύτταρα (μελανοκύτταρα ή ενδοκρινικά).



Εικόνα 2

Το υποκείμενο χόριο είναι χαλαρό, με αραιά λεμφοκύτταρα ή πλασματοκύτταρα. Πυκνότερες αθροίσεις βρίσκονται γύρω από πόρους αδενίων. Υπάρχει και υποβλεννογόνια μυϊκή στιβάδα. Τα αδένια του οισοφάγου διακρίνονται σε επιπολής και εν τω βάθει. Τα πρώτα ανευρίσκονται σε μικρές διάσπαρτες αθροίσεις από το κρικοειδές

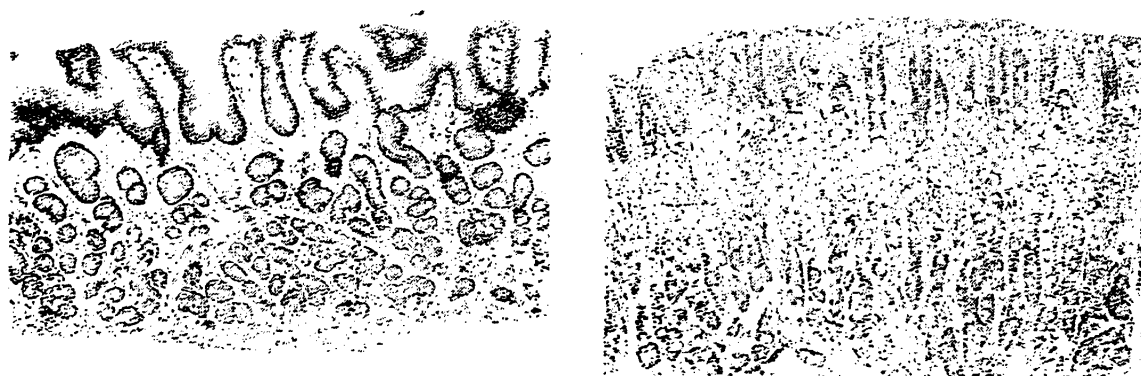


στένωμα και κάτω, κυρίως όμως στην περιοχή της οισόφαγο-γαστρικής μετάπτωσης. Είναι κυρίως βλεννογόνα αδένια με παραγωγή σιαλικής και θειϊκής βλέννης. Τα εν τω βάθει αδένια είναι σωληνοκυψελώδη, βλεννογόνα με παραγωγή θειϊκής βλέννης (Εικ. 2).

### β) Στόμαχος<sup>13</sup>

Ο στόμαχος επενδύεται από έναν περίπλοκο βλεννογόνο ο οποίος παρουσιάζει ποικίλο πάχος. Το τελευταίο αυτό εξαρτάται από τον βαθμό διάτασης του οργάνου. Σε μερικές περιπτώσεις οι πτυχές του βλεννογόνου είναι μεγαλύτερες του φυσιολογικού και έχει εμφάνιση πλακόστρωτου πράγμα που είναι μεν ποικιλία του φυσιολογικού πρέπει όμως να διαχωριστή από την υπερτροφία που βλέπουμε στην νόσο του Menetrier. Γενικά πάντως ο βλεννογόνος του σώματος είναι περισσότερο πτυχωτός και ελεύθερα κινητός ενώ εκείνος του άντρου είναι αποπεπλατυσμένος και προσφύεται στο μυϊκό τοίχωμα.

Κατά μήκος ολοκλήρου του στομάχου το επιφανειακό -καλυπτικό- επιθήλιο αποτελείται από μία στιβάδα κυττάρων με τον πυρήνα στην βάση, κάτω από μια χαρακτηριστική σε σχήμα κούπας στήλη από διαυγή ή ελάχιστα κοκκιώδη βλέννη. Ιστοχημικά η βλέννη είναι ουδέτερη, θετική στην χρώση PAS και αρνητική στο κυανού της Αλσατίας (Alcian blue) σε  $pH < 2.5$ . Οι καταδύσεις του επιθηλίου σχηματίζουν τα γαστρικά βοθρία στα οποία εκβάλουν τέσσερις περίπου γαστρικοί αδένες. Οι τελευταίοι είναι απλοί ευθείς σωλήνες τοποθετημένοι εγγύς αλλήλων καταλαμβάνοντας τα 3/4 του πάχους του βλεννογόνου.

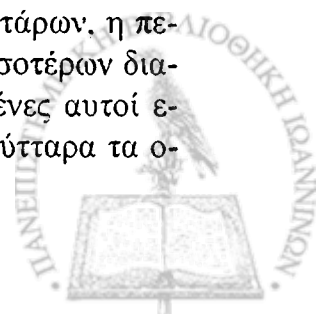


Εικόνα 3

Με ιστολογικά κριτήρια οι τέσσερις περιοχές στις οποίες μακροσκοπικά χωρίσαμε τον στόμαχο είναι τρεις καθ' ότι με σώμα και θόλος έχουν τα ίδια ιστολογικά χαρακτηριστικά. Κάθε μία λοιπόν από αυτές τις περιοχές έχουν γαστρικά βοθρία ίδιας μορφολογίας και διαφορετικής δομής αδένια (Εικ. 3).

#### Αναλυτικά:

Στην περιοχή της καρδίας ο βλεννογόνος μοιάζει με αυτόν του πυλωρού. Σημεία διαφοράς αποτελούν η απουσία τοιχωματικών και αργενταφινικών κυττάρων, η περισσότερο χαλαρή κατανομή των αδενίων και η παρουσία ενός ή περισσοτέρων διατεταμένων ή κυστικά διευρυσμένων αδενίων με λεπτό τοίχωμα. Οι αδένες αυτοί επενδύονται από βλεννοεκκριτικά κύτταρα, υπάρχουν όμως και σπάνια κύτταρα τα οποία εκκρίνουν υδροχλωρικό οξύ ή πεψινογόνο.



χους του βλεννογόνου και αποτελείται από το επιφανειακό καλυπτικό επιθήλιο και τα γαστρικά βοθρία με ψηλά κυλινδρικά βλενοεκκριτικά κύτταρα. Η βαθύτερη ζώνη η οποία και αποτελεί το υπόλοιπο 75% του πάχους του βλεννογόνου καταλαμβάνετε από διακλαδιζόμενους σωληνώδεις αδένες οι οποίοι αποτελούνται από τρεις περιοχές με διαφορετική κυτταρική δομή. Οι περιοχές αυτές είναι ο ισθμός ο αυχένας και η βάση. Σε αυτές τις περιοχές διακρίνονται συνολικά έξι διαφορετικοί τύποι κυττάρων. Τα κύτταρα αυτά είναι: 1) τα βλενώδη κύτταρα του ισθμού. 2) Τα τοιχωματικά καλυπτήρια κύτταρα. 3) Τα βλενώδη κύτταρα του αυχένα. 4) Τα ζυμογόνα ή θεμέλια κύτταρα. 5) Τα αργυρόφιλα κύτταρα. 6) Τα αργενταφινικά κύτταρα.

Αναλυτικά τα χαρακτηριστικά και η τοπογραφία κάθε τύπου κυττάρων είναι<sup>13</sup>:

1) Τα βλενώδη κύτταρα του ισθμού. Βρίσκονται στην στην ανώτερη περιοχή των αδενίων, στην ζώνη μετάπτωσης προς τα βοθρία και ανάμεσα στα τοιχωματικά κύτταρα ή και λίγο βαθύτερα. Είναι η συνέχεια των κυττάρων του επικαλυπτικού επιθηλίου, με τα οποία άλλωστε μοιάζουν αρκετά, είναι όμως χαμηλότερα και έχουν λιγότερα κοκκία βλέννης στο κυτταρόπλασμά τους. Είναι πιθανό τα κύτταρα αυτά να προέρχονται από την μιτωτική δραστηριότητα των μικρών αδιαφοροποιητών κυττάρων που βρίσκονται στην περιοχή αυτή.

2) Τα τοιχωματικά καλυπτήρια κύτταρα (Parietal cells) αποτελούν την πλειοψηφία των κυττάρων που επενδύουν το ανώτερο τμήμα των αδενίων του σώματος και είναι ηωσινοφιλικά, τριγωνικά κύτταρα με κεντρικό πυρήνα και την πιο επιμήκη πλευρά τους εφαπτόμενη στην βασική μεμβράνη. Η κύρια λειτουργία των τοιχωματικών κυττάρων είναι η παραγωγή του υδροχλωρικού οξέος που υπάρχει στο γαστρικό υγρό αλλά και η παραγωγή του ενδογενούς γαστρικού παράγοντα.

3) Τα βλενώδη κύτταρα του αυχένα: Τα κύτταρα αυτά όπως και το επιφανειακό επιθήλιο περιέχουν PAS- θετική διάσταση ανθεκτική βλέννη και λειτουργούν σαν αδιαφοροποιητά μητρικά κύτταρα. Διαφοροποιούνται προς δύο κυτταρικές σειρές. Δηλαδή α) προς κύτταρα της επιφάνειας του καλυπτικού επιθηλίου σε χρόνο περίπου πέντε ημερών και β) προς κύτταρα τα οποία μεταναστεύουν προς τα βαθύτερα στρώματα και να σχηματισθούν έτσι τα τοιχωματικά κύτταρα (χρόνος περίπου 1,5 έως 3 έτη).

4) Ζυμογόνα ή θεμέλια κύτταρα. Τα κύτταρα αυτά τα συναντάμε στις βαθύτερες περιοχές των αδενίων (κατώτερα τμήματα) και εκτείνονται ως το κατώτερο τρίτο των αδενίων, όπου και αναμιγνύονται με τα τοιχωματικά κύτταρα. Ο πυρήνας των κυττάρων αυτών είναι τοποθετημένος στην βάση και το κυτταρόπλασμά τους περιέχει βασεόφιλα πεψινογόνα κοκκία. Από άποψη υψής τα κύρια κύτταρα μοιάζουν με άλλους τύπους κυττάρων που εκκρίνουν πρωτεολυτικά ένζυμα.(π.χ. Τα κυψελιδικά παγκρεατικά κύτταρα) Ο βασεόφιλος χρωματισμός των κυττάρων αυτών οφείλεται στην παρουσία άφθονων ριβοσωμάτων, είτε ελευθέρων στο κυτταρόπλασμα είτε προσαρτημένων στις μεμβράνες του δικτύου και ποικίλει από βιοψία σε βιοψία.

5 +6) Τα αργυρόφιλα και αργενταφινικά κύτταρα. Εδώ περιλαμβάνονται τα κύτταρα που υπάγονται στο σύστημα APUD και τα οποία συναντάμε διασκορπισμένα στην βάση των αδενίων. Αυτά είναι κάποια ενδοκρινικά κύτταρα με στρογγυλό ή πυραμιδικό σχήμα και με κυτταρόπλασμα που περιέχει μικρά κοκκία. Τα κοκκία αυτά μπορούν να βαφούν με άλατα αργύρου ή χρωμίου από όπου και η ονομασία τους «αργυρόφιλα», ή μπορεί να περιέχουν σεροτονίνη (5-υδροξυτρυπταμίνη) και ονομάζονται αργενταφινικά. Ακόμη ένας μικρός αριθμός κυττάρων δεν βάφονται με καμία χρωστική μέθοδο. Τελευταίες έρευνες που βασίζονται σε ανοσολογικά ιστοχημικά και δεδομένα ηλεκτρομικροσκοπικής έχουν δείξει πως εκτός από τα κύτταρα αυτά υπάρχουν και άλλα είδη ενδοκρινικών κυττάρων, στο γαστρικό βλεννογόνο, τα ο-

ποία παράγουν τις ορμόνες γαστρίνη (G-κύτταρα κύρια στον βλεννογόνο του άντρου), σωματοστατίνη, αγγεοενεργό εντερικό πεπτίδιο, μπομπεσίνη και παγκρεατικό πολυπεπίδιο. Τα κύτταρα αυτά σε χρώσεις ρουτίνας (Αιματοξυλίνη+Ηωσίνη) εμφανίζονται κύρια σαν διαυγή. Η λίστα βέβαια των από τα κύτταρα αυτά παραγομένων ορμονών συνεχώς αυξάνει.

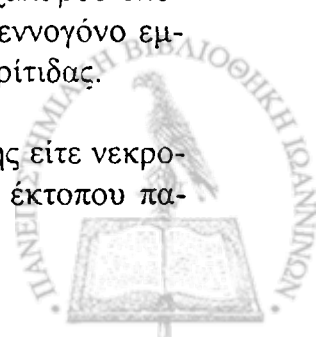
*Στο πυλωρικό άντρο:* Ο βλεννογόνος διακρίνεται επίσης σε επιφανειακό και εν τω βάθει. Η επιφανειακή ζώνη αποτελεί το 50% του ολικού πάχους και έχει κρύπτες βαθύτερες από αυτές του σώματος του στομάχου, δηλαδή πιο βαθιά και πολυδιακλαδιζόμενα βοθρία. Τα αδένια είναι λιγότερο συνωστισμένα, τελειώνουν σε διάφορα επίπεδα και αποτελούνται κύρια από βλενοεκκριτικά κύτταρα ομοιόμορφα με σχετικά βασεόφιλο κυτταρόπλασμα και σπάνια τοιχωματικά κυρίως κοντά στις ζώνες μετάπτωσης. Σύμφωνα με μελέτες σε νεκροτομικό υλικό τοιχωματικά κύτταρα βρίσκονται στον πυλωρικό βλεννογόνο σαν φυσιολογικό στοιχείο στο 98,3% των περιπτώσεων, ανεξάρτητα από την ηλικία χωρίς να αποτελούν στοιχεία μετάπλασης ή εκτοπίας. Ακόμη πιο σπάνια μπορούμε να παρατηρήσουμε μια μεμονωμένη ζώνη κυρίων κυττάρων. Αντίθετα τα αργενταφφινικά κύτταρα είναι πιο συχνά στην περιοχή αυτή από ότι στον υπόλοιπο γαστρικό βλεννογόνο και παρουσιάζουν ένα έντονα ηωσινοφιλικό κυτταρόπλασμα, (οφείλεται στα κοκκία) και έναν πυρήνα κοντά στον αδενικό αυλό.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφέρουμε ότι ο πυλωρικός βλεννογόνος συχνά εκτείνεται ψηλά στο έλασσον τόξο και στα πολύ ηλικιωμένα άτομα μπορεί να φθάσει μέχρι τον οισοφάγο. Ακόμη ότι ο βλεννογόνος των περιοχών μετάπτωσης αποτελείται τόσο από πυλωρικού ή καρδιακού τύπου, όσο και αδένια τύπου σώματος στομάχου. Τα βοθρία και εδώ καταλαμβάνουν το μισό περίπου του πάχους του βλεννογόνου. Η μετάπτωση όμως στην οριακή ζώνη ανάμεσα στον πυλωρικό και τον βλεννογόνο του σώματος, μπορεί να είναι και απότομη.

Το χαλαρό υπόστρωμα του βλεννογόνου. Αυτό (*lamina propria*) αυτό είναι περισσότερο εμφανές ανάμεσα στα γαστρικά βοθρία και αποτελείται από λεπτό πλέγμα δικτυωτών κολλαγόνων και ελαστικών ινών. Οι ίνες αυτές συνωστίζονται προς την μεμβράνη του επιθηλίου. Στο επιφανειακό τμήμα του χαλαρού υποστρώματος συναντάμε αρκετά κυτταρικά στοιχεία, όπως ινοβλάστες, ιστιοκύτταρα, πλασματοκύτταρα, λεμφοκύτταρα και ηωσινόφιλα πολυμορφοπύρηνα λευκοκύτταρα μαζί με ένα πλέγμα τριχοειδών νεύρων. Το γεγονός ότι σπάνια είμαστε σε θέση να εξετάσουμε βιοπτικό υλικό από φυσιολογικά άτομα θέτει το ερώτημα ποιος θα καθορίσει τον φυσιολογικό πληθυσμό του χαλαρού υποστρώματος του βλεννογόνου; Σε αρκετές θέσεις συναντούνται ελάχιστες μυϊκές ίνες που ξεκινούν από την βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα και εκτείνονται ανάμεσα στα αδένια. Τόσο το επικαλυπτικό επιθήλιο όσο και τα βοθρία και οι αδένες διαθέτουν βασική μεμβράνη, η οποία στην χρώση των δικτυωτών ινών (*Reticulin*) εμφανίζεται σαν μονή στιβάδα ινών ανάμεσα στις δέσμες συνδετικού ιστού.

Ο φυσιολογικός στόμαχος δεν παρουσιάζει λεμφικό ιστό, παρά μόνο ένα μικρό αριθμό λεμφοκυττάρων και πλασματοκυττάρων στο ανώτερο τμήμα του χαλαρού υποστρώματος του βλεννογόνου. Οζίδια λεμφικού ιστού στον γαστρικό βλεννογόνο εμφανίζονται κυρίως σαν φυσιολογική συνέπεια στα πλαίσια χρόνιας γαστρίτιδας.

Σχετικά συχνό εύρημα είτε κατά την διάρκεια χειρουργικής επέμβασης είτε νεκροτομικό αποτελεί σε περίπου 3-4% των περιπτώσεων είναι η παρουσία έκτοπου παγκρεατικού ιστού στο γαστρικό τοίχωμα.



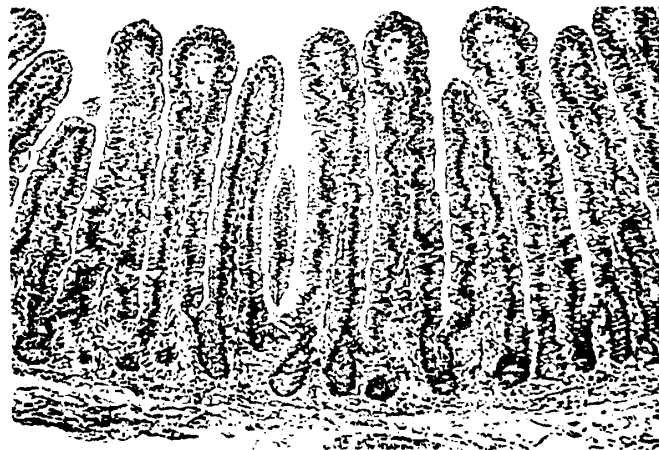
**Βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα:** Αποτελείται από δύο ή τρία διαφορετικά στρώματα. Κάθετες μυϊκές ίνες ξεκινούν από την στιβάδα αυτή προς το χαλαρό υπόστρωμα του βλεννογόνου. Οι ίνες αυτές όταν συστέλλονται προκλούν πτύχωση της εσωτερικής επιφάνειας του στομάχου και βοηθούν σημαντικά έτσι στην αποβολή του εκκρίματος των αδενίων. Αμέσως κάτω από την βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα αναγνωρίζεται ο υποβλεννογόσιος χιτώνας ο οποίος αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό. Στον τελευταίο παρατηρούνται μερικά λιπώδη κύτταρα, αγγεία, λεμφαγγεία και γαγγλιονικά κύτταρα. Αντίστοιχα προς την γαστροδωδεκαδακτυλική συμβολή ο υποβλεννογόσιος χιτώνας καταλαμβάνεται από αδένες του Brunner.

**Μυϊκός χιτώνας:** Τον αποτελούν ελικοειδείς ίνες προσανατολισμένες σε τρεις διευθύνσεις και στιβάδες. Την έξω επιμήκη την μέση λοξή και την έσω κυκλωτερή.

**Ο ορογόσιος χιτώνας:** Είναι συνέχεια του περιτοναίου με αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία καθώς και νευρικές ίνες. Καλύπτεται από μία στιβάδα αποπλατυσμένων μεσοθηλιακών κυττάρων.

### γ) Λεπτό έντερο:

Σε ολόκληρο το λεπτό έντερο<sup>14</sup> διακρίνονται οι ίδιοι χιτώνες που περιγράφηκαν στον στόμαχο. Η μορφολογία του βλεννογόνου ποικίλει ελαφρά στα τρία μέρη του λεπτού εντέρου δηλαδή στο δωδεκαδάκτυλο, την νήστιδα και τον ειλεό. Σε γενικές γραμμές ο βλεννογόσιος σχηματίζει μακριές προσεκβολές που ονομάζονται εντερικές λάχνες. Στις θέσεις που οι λάχνες εισχωρούν στο βασικό τμήμα του βλεννογόνου παρατηρούνται μικροί απλοί σωληνωτοί αδένες που ονομάζονται αδένες ή κρύπτες του Lieberkuhn. Το επιθήλιο των αδένων του Lieberkuhn βρίσκεται σε συνέχεια με το επιθήλιο των εντερικών λαχνών. Ολόκληρος ο βλεννογόσιος του λεπτού εντέρου καλύπτεται από τους ακόλουθους τύπους κυττάρων. α) απορροφητικά εντερικά κύτταρα. β) Καλυκοειδή κύτταρα. γ) Κύτταρα του Paneth που βρίσκονται στην βάση των κρυπτών του Lieberkuhn και περιέχουν εκκριτικά κοκκία θετικά για το ένζυμο λυσοζύμη και δ) Τα ενδοκρινικά κύτταρα του εντέρου (Εικ. 4).



Εικόνα 4

Εδώ όπως και στον στόμαχο περιλαμβάνονται αργενταφινικά ή εντεροχρωμαφινικά (EL) κύτταρα που παράγουν σεροτονίνη (5-Υδροξυτριπταμίνη) καθώς και αργυρόφιλα κύτταρα που παράγουν γαστρίνη, εντερογλυκαγόνο, μοτιλίνη, αγγειοδραστικό εντερικό πεπτίδιο (VIP), γαστρικό ανασταλτικό πεπτίδιο, σωματοστατίνη και

άλλα. Τα ενδοκρινικά κύτταρα ανήκουν στο λεγόμενο διάχυτο ενδοκρινικό σύστημα ή APUD σύστημα και εμβρυολογικά είναι κυρίως ενδοδερμικής προέλευσης. Αυτά όχι πολύ παλιά δεν ήταν δυνατόν να χωριστούν με τις συνήθεις χρώσεις σε διάφορους τύπους. Σήμερα όμως με την χρήση των τεχνικών της ανοσοϊστοχημείας, η ακριβής ταυτοποίησή τους και εντόπιση είναι δυνατή ανάλογα με το οργανικό πολυπεπτίδιο που παράγουν. Η σημασία τους είναι πολύ μεγάλη τόσο στην φυσιολογική εντερική λειτουργία όσο και στην παθογένεια ορισμένων νόσων στις οποίες περιλαμβάνονται και ειδικοί τύποι νεοπλασμάτων.

Ένα άλλο ενδιαφέρον στοιχείο της ιστολογίας του λεπτού εντέρου είναι η ύπαρξη κυρίως στο χόριο του βλεννογόνου αλλά και στον υποβλεννογόνο χιτώνα αυτού πολλών ανοσοϊκανών κυττάρων, δηλαδή λεμφοκυττάρων πλασματοκυττάρων αλλά και ιστιοκυττάρων. Οι ανοσοσφαιρίνες που παράγονται από τον λεμφικό ιστό του εντέρου είναι κυρίως IgA λιγότερο IgM και IgG. Ο λεμφικός ιστός του γαστρεντερικού σωλήνα φαίνεται ότι αποτελεί ιδιαίτερο τύπο του λεμφικού ιστού που σχετίζεται με τους βλεννογόνους MALT και στην προκειμένη περίπτωση ονομάζεται GALT (Gut Associated Lymphoid Tissue). Έχει ιδιαίτερη σημασία για την τοπική κυρίως άμυνα του οργανισμού. Μεγάλη σημασία για την πρόσληψη και τον χειρισμό μεγαλομοριακών αντιγόνων από τον εντερικό σωλήνα αποδίδετε στον λεμφικό ιστό και ιδιαίτερα στις οργανωμένες παυέριες πλάκες και το εντερικό επιθήλιο πάνω από αυτές.

Ανοσοϊστοχημικά, όσον αφορά τους λεμφοκυτταρικούς υποπληθυσμούς και τα επιθήλιά του, ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου διαφέρει από αυτόν του στομάχου, διότι το εντερικό επιθήλιο είναι επιπλέον σαφώς θετικό για το αντιγόνο CALLA και μετρίως θετικό για τα αντιγόνα HALA-DR.

Πρέπει τέλος να σημειωθεί ότι το δωδεκαδάκτυλο διαφέρει ιστολογικά από την νήστιδα και τον ειλέο γιατί στον υποβλεννογόνο περιέχει χαρακτηριστικά πολυσχιδή εντερικά βλεννοπαραγωγά αδένια που ονομάζονται αδένες του Brunner.

#### δ) Σκωληκοειδής απόφυση.

Και εδώ<sup>15</sup> οι χιτώνες είναι τέσσερις. Μικροσκοπικά το επιθήλιό της έχει απορροφητικά κύτταρα, κύτταρα Goblet, και νευροενδοκρινικά κύτταρα του τύπου Kultschitsky, στην βάση της και ελάχιστα κύτταρα Paneth.

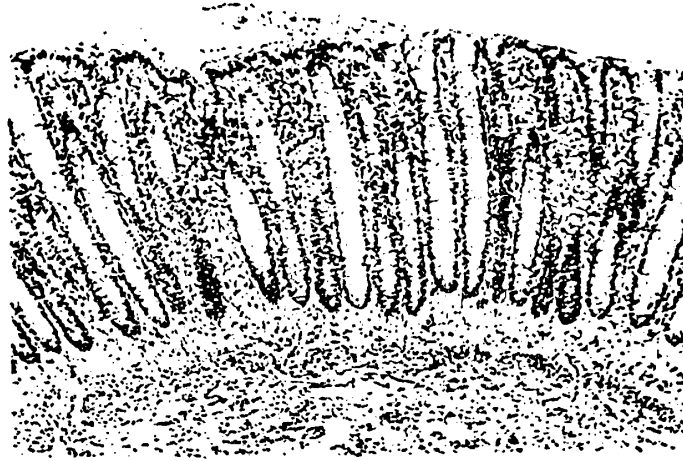
#### ε) Παχύ έντερο

Οι χιτώνες του παχέος εντέρου είναι τέσσερις<sup>16</sup>. Ο βλεννογόνιος, ο υποβλεννογόνιος, ο μυϊκός και ο ορογόνιος.

Το πάχος του βλεννογόνου του παχέος εντέρου διπλασιάζεται κατά την πορεία από το τυφλό προς το ορθό. Το επιθήλιο είναι μονόστιβο κυλινδρικό και καταδυόμενο σχηματίζει τις κρύπτες, που αντιστοιχούν σε ευθεία απλά σωληνώδη αδένια. Αυτά διατάσσονται πυκνά μεταξύ τους και εκτείνονται μέχρι την βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα (Εικ. 5).

Στο επιθήλιο του παχέος εντέρου<sup>16,17,18</sup> διακρίνονται τρεις βασικοί τύποι κυττάρων:





Εικόνα 5

1) Καλυκοειδή ή λαγηνοειδή κύτταρα με τα μεγάλα κενотоπια βλέννης. Τα κύτταρα αυτά αν και καταλαμβάνουν πολύ μεγαλύτερο όγκο είναι λιγότερα αριθμητικά από τα κυλινδρικά κύτταρα. Όπως αποκαλύπτεται με τις χρώσεις Alcian blue/PAS και High iron diamine/Alcian blue υπάρχει διαφορά στην σύνθεση της βλέννης μεταξύ του αριστερού και δεξιού τμήματος του κόλου. Στο αριστερό κόλο και το ορθό οι βλέννες είναι περισσότερο όξινες γιατί επικρατούν οι θειικές, ενώ στο δεξιό κόλο και τυφλό είναι λιγότερο όξινες γιατί επικρατούν οι σιαλικές.

2) Τα ψηλά κυλινδρικά (απορροφητικά) κύτταρα με την ψηκτροειδή παρυφή από μικροθηλές και την άφθονη παραγωγή γλυκοπρωτεϊνών του τύπου των ουδέτερων βλεννών που είναι θετικές στην χρώση PAS.

3) Τα ενδοκρινικά κύτταρα. Στο τυφλό επικρατούν τα αργενταφινικά<sup>19</sup>, ενώ στο ορθό τα αργυρόφυλλα. Ανοσοϊστοχημικά αποδεικνύετε ότι παράγουν σεροτονίνη, μομπεσίνη (κύτταρα P), παγκρεατικά πολυπεπτίδια, γλυκαγόνο και σωματοστατίνη. Εκτός από τα πιο πάνω κύτταρα στην βάση των κρυπτών υπάρχουν τα βαθυχρωματικά κυβοειδή μητρικά κύτταρα, με υψηλό πυρηνοκυτταροπλασματικό λόγο. Από αυτά αναπαράγονται οι άλλες κατηγορίες των επιθηλιακών κυττάρων. Τα κύτταρα Paneth<sup>20</sup> φυσιολογικά βρίσκονται μόνον στον βλεννογόνο του τυφλού. Στο χόριο του παχέος εντέρου υπάρχει λεμφικός ιστός τύπου GALT. Όπως και στο λεπτό έντερο τα διάσπαρτα εξωεπιθηλιακά λεμφοκύτταρα είναι T και μάλιστα περισσότερο T4, ενώ τα αθροιζόμενα σε λεμφοζίδια είναι κυρίως B. Το επιθήλιο πάνω από τις λεμφοζιδιακές αθροίσεις παρουσιάζει πυκνά διατασσόμενα και περισσότερο υψηλά κυλινδρικά απορροφητικά κύτταρα. Το φαινόμενο αυτό ίσως έχει σχέση με την πρόσληψη και τον χειρισμό μεγαλομοριακών αντιγόνων και θυμίζει τα κύτταρα M του λεπτού εντέρου. Στο χόριο υπάρχουν και διάσπαρτα μακροφάγα ορισμένα από τα οποία είναι PAS θετικά. Τα τελευταία αντιστοιχούν είτε σε βλενοφάγα κύτταρα είτε σε δενδριτικά κύτταρα που σχετίζονται με την επεξεργασία και προβολή των αντιγόνων. Κατά διαστήματα υπάρχουν μεγαλύτεροι λεμφοζιδιακοί σχηματισμοί που διασπούν την βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα και εκτείνονται στον υποβλεννογόνο χιτώνα.

Ανοσοϊστοχημικά<sup>19</sup> τα επιθήλια του παχέος εντέρου είναι αρνητικά στο CALLA και πρακτικά αρνητικά στα αντιγόνα HLA-DR. Επίσης ανοσοϊστοχημικά είναι δυνατή η αντιγονική διάκριση μεταξύ βλέννας λεπτού και βλέννας παχέος εντέρου.



## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

### Γενικά

Κύρια λειτουργία του πεπτικού σωλήνα είναι η εξασφάλιση του διαρκούς ανεφοδιασμού του οργανισμού με νερό, ηλεκτρολύτες και θρεπτικά συστατικά. Για να επιτευχθεί όμως αυτό, απαιτείται η διακίνηση της τροφής κατά μήκος του πεπτικού σωλήνα να γίνεται με ταχύτητα τέτοια που να επιτρέπει την πραγματοποίηση των λειτουργιών της πέψης και της απορρόφησης. Για τον λόγο αυτό η μελέτη αυτής της διαδικασίας εΐθισται να γίνεται σε τρεις φάσεις, δηλαδή, της κίνησης της τροφής, της έκκρισης των πεπτικών υγρών και απορρόφηση νερού, των διαφόρων ηλεκτρολυτών και των θρεπτικών στοιχείων. Πάντως κάθε τμήμα του σωλήνα είναι προσαρμοσμένο λειτουργικά σε συγκεκριμένη λειτουργία. Έτσι π.χ. ο οισοφάγος είναι προσαρμοσμένος στην απλή διέλευση της τροφής και η εναποθήκευση των κοπρανωδών υλικών στο κατιόν κόλο.

### - Οισοφάγος.

Στον μηχανισμό της κατάποσης της τροφής σημαντικό ρόλο παΐζουν οι δύο σφικτήρες του οισοφάγου<sup>23</sup> (ο προς τα πάνω κρικοφαρυγγικός και προς τα κάτω ο υποδιαφραγματικός). Ο τελευταίος εμποδΐζει την παλινδρόμιση της τροφής από το στόμαχι. Τα τρία οισοφαγικά στενώματα αποτελούν τις πλέον ευπαθείς θέσεις σε τραυματισμούς-διάτρηση από την διέλευση ξένων σωμάτων.

### - Στόμαχος

Ο στόμαχος ενεργεί σαν δεξαμενή τροφών και υγρών που τα οποία υφίστανται τις επιδράσεις των εκκρίσεων του βλεννογόνου και πέπτονται. Τα γαστρικά υγρά είναι μίγμα εκκριμάτων. Η γαστρική βλέννη παράγεται από τα κύτταρα των βοθρίων, τα βλεννοπαραγωγά αυχενικά κύτταρα, αλλά και από τα κύτταρα των αδενίων του άντρου. Εκκρίνεται σε δύο μορφές. Δηλαδή: Ένα διαλυτό μέρος (από τα γαστρικά αδένια) και ένα αδιάλυτο μέρος (από τα κύτταρα του επιφανειακού επιθηλίου των κρυπτών). Βιοχημικά ή βλέννη αποτελείται από ένα σύμπλεγμα γλυκοπρωτεϊνών. Σε ιστοχημικό επίπεδο αποτελείται σχεδόν εξ ολοκλήρου από ουδέτερους βλεννοπολυσακχαρίτες, αν και τα βλεννώδη κύτταρα του αυχένα εκκρίνουν μικρές ποσότητες θειούχου βλέννης ή σιαλοβλέννης<sup>21</sup>. Σύμφωνα με τις επικρατούσες απόψεις, η διαλυτή βλέννη παΐζει ρόλο λιπαντικού, ενώ το αδιάλυτο μέρος της επικάθεται σαν μια στιβάδα στην επιφάνεια του γαστρικού βλεννογόνου σχηματίζοντας έτσι ένα προστατευτικό φράγμα ενάντια στο υδροχλωρικό οξύ και την πεψίνη. Πάντως τελευταία πολλοί υποστηρίζουν ότι τον ισχυρότερο φραγμό στα ερεθίσματα των πεπτικών υγρών τον αποτελεί η συνοχή των βλεννωδών κυττάρων<sup>22</sup> του επιθηλίου.

Το υδροχλωρικό οξύ εκκρίνεται από τα τοιχωματικά κύτταρα και παράγεται από την ενεργό μεταφορά των ιόντων H<sup>+</sup> κατά μήκος της κυτταρικής μεμβράνης. Όταν υπάρχουν υψηλές συγκεντρώσεις υδροχλωρικού οξέος έχωμε σαν αποτέλεσμα να φονεύονται οι περισσότεροι μικροοργανισμοί με αποτέλεσμα στείρο περιεχόμενο στομάχου.

Οι πεψίνες είναι πρωτεολυτικά ένζυμα του γαστρικού υγρού. Παράγονται από: Τα κύρια και βλεννώδη κύτταρα - ομάδα I - και ακόμη από την ομάδα II αποτελούμενη από τα προηγούμενα κυτταρικά στοιχεία και τα κύτταρα των αδένων του Brunner. Αποθηκεύονται στα κύτταρα αυτά με την μορφή ανενεργού ενζύμου του πεψινογόνου. Το πεψινογόνο όταν βρεθεί σε όξινο περιβάλλον μετατρέπεται<sup>22</sup> σε πεψίνη.



Ο ενδογενής παράγοντας από τα τοιχωματικά κύτταρα και είναι μία γλυκοπρωτεΐνη, η απουσία της οποίας επηρεάζει την απορρόφηση της βιταμίνης Β12 από τον ει.εό.

Η ρύθμιση της έκκρισης των παραπάνω γίνεται από το πνευμονογαστρικό νεύρο και από την γαστρίνη, την ορμόνη που παράγεται από τα νευροενδοκρινικά κύτταρα G του άντρου του στομάχου.

#### - Λεπτό έντερο.

Για τους κυτταρικούς πληθυσμούς του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου έχουμε ήδη αναφέρει στα προηγούμενα μέρη του παρόντος κεφαλαίου. Για την συμμετοχή του λεπτού εντέρου στην διαδικασία της πέψης των τροφών θεωρείται σκόπιμο να αναφερθούν:

α) Πέψη και απορρόφηση των υδατανθράκων<sup>24</sup>. Γίνεται κύρια στο λεπτό έντερο και ιδιαίτερα τα ένζυμα που διασπούν τους υδατάνθρακες (λακτάση, σακχαράση, μαλτάση και ισομαλτάση) βρίσκονται στις μικρολάχνες της ψηκτροειδούς παρυφής των επιθηλιακών κυττάρων με αποτέλεσμα οι δισακχαρίτες να διασπώνται σε μονοσακχαρίτες καθώς έρχονται σε επαφή και να εισέρχονται στο αίμα της πυλαίας κυκλοφορίας (απορρόφηση)

β) Πέψη και απορρόφηση των λιπών<sup>24</sup>. Τα λίπη κατά 99% διασπώνται στο λεπτό έντερο κυρίως από την επίδραση της παγκρεατικής λιπάσης.

Οι ούσιες πέψης είναι: Γαλακτωματοποίηση λίπους από τα χολικά άλατα, διάσπαση του λίπους από την παγκρεατική και εντερική λιπάση και τέλος απορρόφηση των προϊόντων πέψης από την ψηκτροειδή παρυφή των επιθηλιακών κυττάρων.

γ) Πέψη και απορρόφηση των πρωτεϊνών<sup>24</sup>: Αυτή αρχίζει από τον στόμαχο και συνεχίζεται στην ανώτατη μοίρα του λεπτού εντέρου. Τα τελικά προϊόντα της πέψης που είναι τα αμινοξέα απορροφώνται από τα επιθηλιακά κύτταρα του παχέος εντέρου.

Φυσιολογικά η απορρόφηση που γίνεται από το λεπτό έντερο αφορά καθημερινές ποσότητες υδατανθράκων, λίπους, αμινοξέων, ιόντων (Να, Cl, Ca, και άλλων), και ύδατος.

#### - Παχύ έντερο.

Περίπου 500-1000 ml χυμού περνούν καθημερινά από την ειλεοτυφλική βαλβίδα στο παχύ έντερο. Η μεγαλύτερη ποσότητα των υγρών και των ηλεκτρολυτών αυτού του χυμού απορροφάται στο παχύ έντερο αφήνοντας μόνο 50-200 ml υγρού να απεκκριθούν στα κόπρανα. Το μεγαλύτερο μέρος της απορρόφησης<sup>24</sup>, που γίνεται στο παχύ έντερο παρατηρείται στο κεντρικότερο μισό του, που γι' αυτό λέγεται απορροφητικό κόλο, ενώ η λειτουργία του περιφερικού μισού του αφορά κυρίως την εναποθήκευση και γι' αυτό λέγεται αποθηκευτικό κόλο.

### ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Εδώ περιλαμβάνονται η μερική ή ολική αγενεσία, η ατρησία με ή χωρίς τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, η στένωση, ο διπλασιασμός, τα συγγενή εκκολπώματα και οι οισοφαγικές κύστεις<sup>25</sup>. Οι ανωμαλίες αυτές είναι σπάνιες και πολλές φορές ασυμβίβαστες με τη ζωή.

Μια άλλη, συμβατή με τη ζωή, ανωμαλία είναι η ανεύρεση νησίδων γαστρικού κυρίως βλεννογόνου και σπανιότατα παγκρεατικού ιστού σε διάφορες θέσεις του οι-

σοφαγικού επιθηλίου (ετεροτοπία). Εάν ο έκτοπος βλεννογόνος είναι τύπου γαστρικού σώματος, τότε εκκρίνει πεπτικά υγρά και μπορεί να δημιουργηθούν πεπτικά έλκη οισοφάγου. Οι θέσεις αυτές προδιαθέτουν επίσης την ανάπτυξη καρκινώματος. Συγγενείς ανωμαλίες στην διάπλαση του διαφράγματος οδηγούν στην είσοδο της κοιλιακής χώρας στον θώρακα<sup>26</sup> (συγγενείς διαφραγματοκήλες).

### ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟ ΤΟΙΧΩΜΑ ΚΑΙ ΤΗ ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

- **Διάχυτη μυϊκή υπερτροφία του κατώτερου τμήματος του οισοφάγου.** Αποτελεί συνήθως τυχαίο νεκροτομικό εύρημα. Συνοδεύεται μερικές φορές από υπερτροφία του πυλωρού. Η πάχυνση αφορά όλες τις μυϊκές στιβάδες και κυρίως την κυκλωτερή. Ο οισοφαγικός αυλός δεν είναι ιδιαίτερα στενωμένος.

- **Αχαλασία (καρδιοσπασμός).** Ο κάτω οισοφαγικός σφιγκτήρας δεν χαλαρώνει, προκαλώντας στη θέση αυτή απόφραξη, με αποτέλεσμα την αρχική υπερτροφία και τελική διάταση του υπερκειμένου τμήματος<sup>27</sup> του οισοφάγου. Κλινικά, η πάθηση χαρακτηρίζεται από προοδευτική δυσφαγία και αναρρόφηση της πρόσφατης τροφής. Η παθογένεια της βλάβης δεν είναι απόλυτα κατανοητή αλλά γενικά γίνεται παραδεκτό ότι η διαταραχή αφορά στη νεύρωση του οισοφάγου. Πολλές απόψεις έχουν διατυπωθεί για το επίπεδο της πρωταρχικής βλάβης. Πολλοί υποστηρίζουν ότι υπάρχει ελάττωση στον αριθμό των γαγγλιακών κυττάρων του μεντερικού πλέγματος του οισοφάγου, άλλοι, ότι υπάρχουν εκφυλιστικές αλλοιώσεις στις ίνες του πνευμονογαστρικού νεύρου και άλλοι τοποθετούν την πρωτοπαθή αλλοίωση στον ραχιαίο κινητικό πυρήνα του πνευμονογαστρικού. Κύριες επιπλοκές της αχαλασίας του οισοφάγου είναι οι πνευμονικές επιπλοκές εξαιτίας εισροφήσεως τροφών ή γαστρικού περιεχομένου. Η αχαλασία ευνοεί επίσης την ανάπτυξη επιδερμοειδούς καρκινώματος στο διατεταμένο κυρίως τμήμα του οισοφάγου.

- **Επίκτητα εκκολπώματα.** Διαίρουνται σε δύο τύπους<sup>27</sup>: α) στα εκκολπώματα από ώθηση, που οφείλονται σε αυξημένη ενδοαυλική πίεση και β) στα εκκολπώματα από έλξη, που οφείλονται σε φλεγμονή και ίνωση των παραοισοφαγικών ιστών, που δημιουργούν τελικά συμφύσεις και παραμόρφωση του οισοφαγικού τοιχώματος.

- **Σκληροδερμία.** Ο οισοφάγος μπορεί να προσβληθεί μεμονωμένα, κυρίως όμως σε συνδυασμό με το λοιπό γαστρεντερικό σωλήνα. Φαίνεται ότι συμμετοχή του οισοφάγου και στο σύνδρομο Sjogren δεν είναι και τόσο σπάνια.

- **Διαφραγματοκήλη.** Η πιο συχνή μορφή<sup>26</sup> είναι η οφειλόμενη σε βλάβη της γαστρο-οισοφαγικής συμβολής με σακοειδή διάταση του στομάχου που προβάλλει πάνω από το διάφραγμα. Στις περισσότερες περιπτώσεις το τελικό τμήμα του οισοφάγου βρίσκεται πάνω από το διάφραγμα και γενικά το μήκος αυτού είναι μικρότερο από το κανονικό, έλκοντας τον στόμαχο προς τα πάνω. Τα αίτια στα οποία οφείλεται η βράχυνση του οισοφάγου είναι συγγενή ή επίκτητα. Σε άλλες περιπτώσεις (10%) ο οισοφάγος παρουσιάζει υποδιαφραγματική πορεία, αλλά το καρδιακό τμήμα του στομάχου προβάλλει από ένα χάσμα του διαφραγματικού τμήματος στην θωρακική κοιλότητα.

Στις διαφραγματοκήλες παρατηρείται συχνά παλινδρόμηση γαστρικού περιεχομένου και δημιουργία οισοφαγίτιδας στο κατώτερο τμήμα του οισοφάγου. Έχει υποστηριχθεί ότι το ποσοστό των διαφραγματοκηλών στον γενικό πληθυσμό ανέρχεται στο 4 - 7 % αυτού.

- **Σύνδρομο Mallory-Weiss.** Παρατηρείται σε αλκοολικούς<sup>27</sup> και πάσχοντες από ατροφική γαστρίτιδα μετά από επίπονους εμέτους. Με τους εμέτους αυξάνει απότομα

η ενδοκοιλιακή πίεση και προκαλούνται ρήξεις στο τοίχωμα του οισοφάγου και στην καρδιακή μοίρα του στομάχου που οδηγούν σε τρώση αγγείων και αιμορραγία.

- **Σύνδρομο Plummer-Winson.** Παρατηρείται κυρίως σε γυναίκες με σοβαρή σιδηροπενική αναιμία. Συνυπάρχουν δυσφαγία και ατροφική γλωσσίτιδα ενώ στο άνω τμήμα του οισοφάγου ανευρίσκονται μερικές φορές δακτυλιοειδείς στενώσεις από την δημιουργία κυκλωτερών βλεννογονικών πτυχών. Στο κατώτερο τμήμα του οισοφάγου και μάλιστα στο γαστρο - οισοφαγικό όριο παρατηρείται ένας άλλος τύπος οισοφαγικών δακτυλίων που δεν συνδυάζονται με σιδηροπενική αναιμία και δεν παρατηρούνται μόνο σε γυναίκες.

### ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Η κυριότερη βλάβη στο αγγειακό δίκτυο του οισοφάγου είναι οι **κίρσοι**. Ο σχηματισμός τους είναι αποτέλεσμα πυλαίας υπέρτασης που συχνότερα αναπτύσσεται σε έδαφος κίρρωσης του ήπατος και σπανιότερα σε πυλαιοφλεβίτιδα, σε θρόμβωση, σε συμπίεση ή σε διήθηση των κυρίων κλάδων της πυλαίας φλέβας από όγκο. Το φλεβικό πλέγμα του οισοφάγου επικοινωνεί με τις γαστρικές και τις στεφανιαίες φλέβες του στομάχου και αποτελεί μέρος της παρακαμπτήριας φλεβικής οδού του ήπατος προς τις άζυγες φλέβες και τον δεξιό κόλπο. Η κίρσωσης διεύρυνση αφορά τις υποβλεννογόνιες φλέβες του κατώτερου τμήματος του οισοφάγου και καμιά φορά του ανώτερου τμήματος του στομάχου. Η ρήξη των κίρσων μπορεί να προκαλέσει θανατηφόρα αιμορραγία.

### ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Η συχνότερη συγγενής ανωμαλία του στομάχου είναι η **πυλωρική στένωση** και απαντά σε 0,28 - 0,4 % όλων των βρεφών. Προσβάλλει πολύ συχνότερα τα άρρενα απ' ότι τα θήλεα βρέφη και εκδηλώνεται συνήθως την 2 - 4η εβδομάδα από την γέννηση με εμετούς, που οδηγούν σε αφυδάτωση. Μακροσκοπικά παρατηρείται συγκεντρική πάχυνση του πυλωρού με αντίστοιχη στένωση του πυλωρικού άντρου. Θεραπεύεται χειρουργικά<sup>28</sup> με διατομή των υπερτροφικών μυϊκών στιβάδων.

Η ατρησία, ο διπλασιασμός και οι συγγενείς κύστεις είναι εξαιρετικά σπάνιες στον στόμαχο. Η ύπαρξη παγκρεατικού ιστού στον υποβλεννογόνο ή τον μυϊκό χιτώνα του πυλωρικού άντρου, (ετεροτοπία) δεν είναι τόσο ασυνήθης και κλινικά προκαλεί επιγαστρικά άλγη καθώς επίσης και συμπτώματα πυλωρικής στένωσης. Η παρουσία επιθηλίου του τύπου του λεπτού εντέρου σε διάφορα μέρη του γαστρικού βλεννογόνου συνήθως αποτελεί μεταπλαστικό φαινόμενο συνοδό της γαστρίτιδας. Σπάνια θεωρείται γνήσια «ετεροτοπία», όταν βρεθεί στον στόμαχο μικρών παιδιών.



## ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ

### ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΠΛΑΣΗ

Μόνο ένας μικρός αριθμός από συγγενείς ανωμαλίες του εντέρου είναι γενετικά προκαθορισμένος ή οφείλεται σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες όπως είναι αντίστοιχα το σύνδρομο Peutz-Jeghers και διάφορες τρισωμίες. Αντίθετα πιστεύεται ότι πολλές ανωμαλίες οφείλονται σε διαταραχές της αιμάτωσης στη διάρκεια κρίσιμων περιόδων της διαπλάσεως του εμβρύου<sup>29</sup> (3η έως 8η εβδομάδα) αν και οι αιτιολογικοί παράγοντες αυτών των διαταραχών δεν είναι γνωστοί. Οι κυριότερες από τις συγγενείς ανωμαλίες είναι :

- **Ατελής περιστροφή και στερέωση του λεπτού εντέρου.** Οι διάφορες μοίρες του εντέρου φυσιολογικά περιστρέφονται για να πάρουν την τελική κανονική τους θέση στην κοιλιακή κοιλότητα κατά την διάρκεια της εμβρυογένεσης. Αποτυχία στην κανονική περιστροφή καθώς και στρέψη (στήριξη) του λεπτού εντέρου είναι δυνατόν να συμβεί μερικές φορές και να οδηγήσει δευτεροπαθώς<sup>29</sup> σε εντερική συστροφή και απόφραξη.

- **Ατρησία.** Ονομάζεται η πλήρης διακοπή της συνέχειας του αυλού του λεπτού εντέρου<sup>29</sup> είτε από σχηματισμό ενός λεπτού, βλεννογονικού κυρίως, διαφράγματος είτε από έλλειψη ή αντικατάσταση ενός εντερικού τμήματος από ένα ινομυώδες σχοινοειδές μόρφωμα χωρίς αυλό.

- **Συγγενής στένωση.** Είναι η μερική απόφραξη του εντερικού αυλού, είτε από ατελές διάφραγμα είτε από πάχυνση όλων συνήθως των στιβάδων<sup>29</sup> του λεπτού εντέρου.

- **Διπλασιασμός** ενός τμήματος του λεπτού εντέρου είναι σπάνιος.

- **Εκκολπώματα** είναι σακοειδείς διευρύνσεις του τοιχώματος του εντέρου. Στο λεπτό δεν είναι τόσο συχνά όσο στο παχύ έντερο. Πολλά από αυτά συνδυάζονται με ανωμαλίες στη διάπλαση της σπονδυλικής στήλης. Διακρίνονται<sup>29</sup> α) σε συγγενή εκκολπώματα το τοίχωμα των οποίων περιλαμβάνει όλες τις στιβάδες του κανονικού εντερικού τοιχώματος και β) σε επίκτητα ή ψευδή στο τοίχωμα των οποίων διακρίνεται μόνο ο βλεννογόνος και ο βλεννογόσιος μυϊκός χιτώνας. Φλεγμονή στα εκκολπώματα δημιουργεί την **εκκολπωματίτιδα**.

- **Εντερογενείς κύστεις.** Δεν είναι τόσο σπάνιες και αναπτύσσονται υποβλεννογόνια, ενδομυϊκά ή υπορογόνια. Μερικές φορές μπορεί να είναι τελείως αποχωρισμένες από το εντερικό τοίχωμα και να βρίσκονται στο μεσεντέριο ή στην πύελο. Επενδύονται από εντερικό βλεννογόνο και έτσι διακρίνονται από τις λεμφαγγειακές κύστεις. Οι κυριότερες επιπλοκές που δημιουργούν, είναι η αυτόματη ρήξη τους, η αιμορραγία και η απόφραξη του εντέρου.

- **Μεκέλλειος απόφυση.** Ευρίσκεται στο 1 - 4% όλων των ανθρώπων και αποτελεί υπόλειμμα του εγγύς άκρου του ομφαλοεντερικού μίσχου<sup>29</sup>. Συνήθως εντοπίζεται στο αντιμεσεντερικό τμήμα του ειλεού σε απόσταση περίπου 1 μέτρου από την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Καλύπτεται εσωτερικά από βλεννογόνο λεπτού εντέρου στον οποίο όμως μπορεί να βρεθούν εστίες γαστρικού βλεννογόνου ή παγκρεατικού ιστού. Η παρουσία των τελευταίων δυνατόν να προκαλέσει εξέλκωση, διάτρηση και αιμορραγία. Άλλες επιπλοκές είναι ο εγκολεασμός και η φλεγμονή του τοιχώματός της.

- **Αμαρτώματα.** Εδώ περιλαμβάνεται<sup>29</sup> το **αδένωμα ή αμάρτωμα αδένων Brunner** στο δωδεκαδάκτυλο. Έχει σχετισθεί ασταθώς με φλεγμονές του δωδεκαδάκτυλου και με χρόνιους νεφροπαθείς. Καλείται και υπερπλασία αδένων Brunner και θεωρείται αντιδραστικής ή αμαρτωματώδους προέλευσης. Ιστολογικά παρατηρούνται

πολυάριθμα λόβια αδένων Brunner με κανονική εμφάνιση που διαχωρίζονται από λείες μυϊκές ίνες, εξορμώμενες από την βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα. Άλλα αμαρτώματα που έχουν περιγραφεί στον στόμαχο και απαντούν και στο λεπτό έντερο είναι μικρά μυοεπιθηλιακά «αδενώματα», καθώς και οι πολύποδες των συνδρόμων Peutz-Jegher και Cronkhite-Canada.

## ΜΗΧΑΝΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

**Εγκολεασμός** ονομάζεται η είσοδος ενός τμήματος εντέρου μέσα στον αυλό του αμέσως επόμενου τμήματος. Μπορεί<sup>29</sup> να συμβεί είσοδος λεπτού εντέρου μέσα σε λεπτό ή σε παχύ έντερο, όπως και είσοδος παχέος εντέρου μέσα σε παχύ. Συνήθως εγκολεάζεται και το αγγειοφόρο τμήμα του μεσεντερίου με σοβαρή επιπλοκή την διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος και την νέκρωση του εγκολεασμένου εντερικού τμήματος. Η πάθηση συνήθως συμβαίνει σε βρέφη ηλικίας 3 - 6 μηνών και είναι σπάνια μετά την ηλικία των 2 ετών. Αιτιολογικά έχουν ενοχοποιηθεί η ύπαρξη ξένου σώματος, η Μεκέλλειος απόφυση, η λεμφική υπερπλασία στην περιοχή της ειλεοτυφλικής βαλβίδας, οι πολύποδες Peutz-Jegher, όγκοι του συνδετικού ιστού, λεμφώματα και μερικές φορές φλεγμονές από αδενοϊούς.

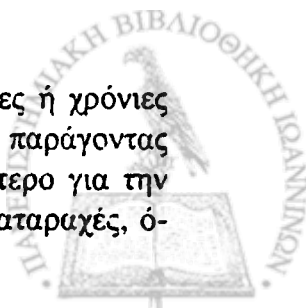
**Συστροφή**<sup>29</sup> ονομάζεται η περιστροφή του εντέρου γύρω από τον άξονα του μεσεντερίου ή του μεσοσιγμοειδοδύς που προκαλεί διαταραχή της αιμάτωσης ή και διαφόρου βαθμού, μέχρι πλήρη, απόφραξη του εντερικού αυλού. Αιτιολογικά ενοχοποιούνται κυρίως η ύπαρξη επιμήκους μεσεντερίου με στενή βάση και οι επίκτητες ολεγμανώδεις συμούσεις. Αποτέλεσμα της συστρώφης είναι η αιμορραγική έμφραξη και τελικά η νέκρωση του συνεστραμμένου εντερικού τμήματος.

**Κήλη**<sup>29</sup> ονομάζεται η προβολή οργάνου ή άλλου ιστού μέσα από ανώμαλο έλλειμμα (τρήμα) του τοιχώματος της σωματικής κοιλότητας. Εξωτερικές κήλες είναι αυτές που προβάλλουν κάτω από το δέρμα (βουβωνοκήλη, ομφαλοκήλη, μηροκήλη, κοιλιοκήλη). Εσωτερικές λέγονται οι κήλες που προβάλλουν μέσα από διάφορα τμήματα στις κοιλότητες της κοιλίας ή του θώρακα (διαφραγματοκήλες, προβολή εντερικών ελίκων και περιτοναίου στο τμήμα του Winslow ή σε ελλείμματα του μεσεντερίου ή του επιπλόου κ.λ.π.). Απόφραξη του εντέρου, νέκρωση και διάτρηση αυτού με σχηματισμό εντοπισμένης ή διάχυτης περιτονίτιδας αποτελούν τις κύριες επιπλοκές της κήλης που εξαιτίας συμφύσεων με τους παρακείμενους ιστούς των τοιχωμάτων του κηλικού σάκου καθηλώνεται και περισφίγγεται (περισφιγμένη κήλη).

**Παραλυτικός ειλεός**<sup>29</sup>. Ειλεός καλείται η διακοπή ή αναστολή προώθησης του εντερικού περιεχομένου. Εκτός από τον μηχανικό ειλεό, υπάρχει και ο παραλυτικός ειλεός. Ο τελευταίος οφείλεται σε αντανεκλαστική διακοπή των περισταλτικών κινήσεων του εντέρου. Εξαιτίας της παράλυσης συσσωρεύονται στο έντερο μεγάλες ποσότητες υγρών και αερίων που προκαλούν μεγάλη διάταση της κοιλίας. Παρατηρείται κυρίως σε περιπτώσεις περιτονίτιδας, οξείας παγκρεατίτιδας και μετά από βαριές χειρήσεις.

## ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

**Ισχαιμική εντερική νόσος**<sup>29</sup>. Σ αυτή περιλαμβάνονται ποικίλες οξείες ή χρόνιες αλλοιώσεις του εντερικού τοιχώματος στις οποίες κοινός αιτιολογικός παράγοντας είναι η μείωση της κανονικής ποσότητας αίματος που χρειάζεται το έντερο για την ομαλή του λειτουργία. τα αίτια μπορεί να είναι : α) τοπικές εντερικές διαταραχές, ό-



πως ο Εγκολεασμός, η συστροφή, η περισφιγμένη κήλη κ.α. και β) αποφρακτικές διαταραχές των αγγείων όπως η αθηροσκλήρωση, η αγγειίτιδα, η διάχυτη ενδαγγειακή πήξη. οι φλεβικές θρομβώσεις ή και γενικότερες παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος, όπως η καρδιακή ανεπάρκεια και το shock.

**Η οξεία ισχαιμική εντερική νόσος** κατά 50% των περιπτώσεων οφείλεται σε θρόμβωση ή εμβολή μιας μεσεντερίου αρτηρίας. Συχνότερα εμβάλλετε η άνω μεσεντερία αρτηρία από θρόμβο που προέρχεται από την καρδιά (στένωση μητροειδούς, έμφραγμα μυοκαρδίου). Η απόφραξη όμως των μεσεντερίων αρτηριών από ενδοτοιχωματική αιμορραγία στο έδαφος προϋπάρχουσας αθηρωματώδους πλάκας ή από ενδαγγειακή πήξη είναι σπάνια. Μακροσκοπικά η περιοχή του εντέρου που αιματώνεται από τον αποφραγμένο κλάδο γίνεται έντονα αιμορραγική από τη λίμναση του αίματος της παράπλευρης κυκλοφορίας (αιμορραγικό έμφρακτο). Ιστολογικά παρατηρούνται διεύρυνση και αιμορραγική συμφόρηση των αγγείων καθώς και εκτεταμένες αιμορραγίες στο εντερικό τοίχωμα με στοιχεία νέκρωσης των κυττάρων κυρίως του βλεννογόνου. Τελικά η νέκρωση είναι δυνατόν να προκαλέσει διάτρηση του εντέρου.

Μερικές φορές **στένωση** μόνο και όχι τέλεια απόφραξη των κλάδων των μεσεντερίων αρτηριών. Στις περιπτώσεις αυτές εμφανίζονται κλινικά διαλείποντες πόνοι στην ανώτερη κοιλιακή χώρα (σύνδρομο κοιλιακής στηθάγχης), ιδιαίτερα μετά τη λήψη πλούσιου γεύματος. Ιστολογικά οι αλλοιώσεις συνήθως εντοπίζονται εστιακά στον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο, όπου παρατηρούνται: α) ψευδομεμβράνες από ινική, βλέννα και νεκρωμένα επιθηλιακά κύτταρα, β) οίδημα του χορίου, γ) διεύρυνση και υπεραιμία των αγγείων με μικρές αιμορραγίες. Οι μυϊκές στιβάδες παραμένουν ανέπαφες γιατί είναι πιο ανθεκτικές στην μειωμένη παροχή αίματος. Οι αλλοιώσεις αυτές αναπτύσσονται επίσης και σε περιπτώσεις πτώσεις της πίεσης όπως π.χ. σε shock ή σε ηλικιωμένα άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια.

Άλλη αιτία οξείας εντερικής ισχαιμίας είναι η **οξεία απόφραξη φλεβικού μεσεντερικού κλάδου** που μπορεί να οφείλεται: 1. σε πίεση από τα έξω όπως π.χ. κατά τα χεύη των κηλικών σάκων, 2. σε συστροφή και 3. σε θρομβοφλεβίτιδα των μεσεντερίων φλεβών εξαιτίας σκωληκοειδίτιδας ή περιτονίτιδας. Η λήψη αντισυλληπτικών έχει επίσης ενοχοποιηθεί. Η παθολογοανατομική εικόνα μοιάζει με αυτήν του αιμορραγικού εμφράκτου από οξεία απόφραξη αρτηριακού μεσεντερικού κλάδου.

**Η χρόνια ισχαιμική εντερική νόσος** οφείλεται σε προοδευτικά εγκαθιστάμενες διαταραχές αιμάτωσης λόγω βλάβης περιφερικών αγγειακών κλάδων ποικίλης αιτιολογίας. Εξαιτίας της διαταραχής της αιματώσεως προκαλείται συγκεντρική εντοπισμένη τμηματική στένωση του αυλού του εντέρου. Αυτή πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από άλλες νόσους που προκαλούν παρόμοιες αλλοιώσεις, όπως η νόσος του Crohn, η φυματίωση κ.λ.π. Η οξώδης πολυαρτηρίτιδα και άλλες περιφερικές αρτηρίτιδες, που συνοδεύουν νόσους του κολλαγόνου, μπορούν να προκαλέσουν επίσης αλλοιώσεις χρόνιας ισχαιμικής εντερικής νόσου. Μακροσκοπικά στις περιοχές συγκεντρικής στένωσης παρατηρείται πάχυνση του τοιχώματος που αφορά κυρίως τον υποβλεννογόνο, τον μυϊκό και τον ορογόνο χιτώνα, ενώ αντίθετα ο βλεννογόνος είναι ατροφικός ή εξελκωμένος. Ιστολογικά κάτω από τον νεκρωμένο βλεννογόνο αναπτύσσεται κοκκιώδης ιστός στον υποβλεννογόνο. Αυτός μπορεί να επεκταθεί στον μυϊκό και στον ορογόνο χιτώνα.

## ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΗΣ ΑΠΟΦΥΣΗ



## ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΠΛΑΣΗ

**Διπλασιασμός** της σκωληκοειδούς<sup>30-31</sup> απόφυσης. Παίρνει τη μορφή ή δύο ξεχωριστών αποφύσεων ή δύο αυλών, που περιβάλλονται από κοινό μυϊκό τοίχωμα και ορογόνο. Μπορεί να συνοδεύεται και από διπλασιασμό του τυφλού. Ο συνδυασμός, όμως, αυτός είναι εξαιρετικά σπάνιος.

**Τα συγγενή εκκολπώματα** της σκωληκοειδούς<sup>30-31</sup> αποφύσεως είναι πολύ σπάνια. Αντίθετα πιο συχνά είναι τα επίκτητα, που πολλές φορές φλεγμαίνουν (εκκολπωματίτιδα της σκωληκοειδούς).

**Η Αγενεσία** της σκωληκοειδούς<sup>30-31</sup> είναι επίσης πολύ σπάνια, ενώ η **έκτοπη θέση** της σκωληκοειδούς απόφυσης είναι πιο συχνή και μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης για οξεία σκωληκοειδίτιδα. Η συνήθεστη ανώμαλη θέση της σκωληκοειδούς είναι κάτω από το ήπαρ.

## ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

### ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΠΛΑΣΗ

**Η ατρησία** του παχέος εντέρου<sup>32-33</sup> αφορά κυρίως την περιοχή του πρωκτού. Παίρνει κυρίως τη μορφή του λεπτού μεμβρανώδους διαοράγματος ή του πλήρους αποχωρισμού του πρωκτικού σωλήνα από το ορθό.

Ο διπλασιασμός, τα συγγενή εκκολπώματα και οι κύστεις είναι όμοια σε γενικές γραμμές με αυτά του λεπτού εντέρου, που έχουν περιγραφεί.

**Αμαρτώματα.** Ο κύριος αμαρτωματώδης σχηματισμός του παχέος εντέρου<sup>32-33</sup> είναι ο νεανικός πολύποδας. Δεν είναι νεοπλασματικής φύσεως και κακώς ονομάστηκε από μερικούς συγγραφείς νεανικό αδένωμα. Χαρακτηρίζεται από μεγάλη αύξηση στοιχείων μόνο του χορίου και όχι του βλεννογονίου μυϊκού χιτώνα σε αντιδιαστολή προς τους πολύποδες του συνδρόμου Peutz-Jegher. Μέσα σ' αυτά τα στοιχεία ανευρίσκονται αδένια κυστικά διαταμένα ή όχι, που επενδύονται από φυσιολογικά επιθηλιακά κύτταρα του παχέος εντέρου. Η επιφάνειά του είναι ομαλή σε αντίθεση με την θηλώδη επιφάνεια των αδενωμάτων. Το καλυπτικό κυλινδρικό επιθήλιο μερικές φορές αποπίπτει και εξελκώνεται. Οι νεανικοί πολύποδες δεν θεωρούνται προκαρκινωματώδεις επεξεργασίες. Υπάρχει όμως, η νεανική πολυποδίαση που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη πολυάριθμων νεανικού τύπου πολυπόδων στο παχύ, αλλά και στο λεπτό έντερο και τον στόμαχο. Η νόσος αυτή μπορεί να κληρονομείται με αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα. Σ' αυτή ο κίνδυνος καρκινωματούδους εξαλλαγής είναι μικρότερος από ότι στην οικογενή πολυποδίαση ή αδενωμάτωση, αλλά σαφώς υπαρκτός. Πραγματικά στην νεανική πολυποδίαση έχει επιβεβαιωθεί η ανάπτυξη επιθηλιακής δυσπλασίας.

### ΜΗΧΑΝΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΩΣΕΩΣ

Οι κύριες μηχανικές αλλοιώσεις στο παχύ έντερο<sup>32-33</sup> είναι ο εγκολεασμός και η συστρόφη που δεν διαφέρουν στα γενικά χαρακτηριστικά από τις αντίστοιχες αλλοιώσεις του λεπτού εντέρου.

**Νόσος του Hirschsprung<sup>34</sup>** (αγαγγλιονικό ή συγγενές megacolon). Είναι συγγενής ανωμαλία του παχέος εντέρου που βρίσκεται σε συχνότητα 1 προς 20.000-30.000 γεννήσεις ζωντανών παιδιών.

Χαρακτηρίζεται από μεγάλη διάταση μέρους του κόλου (κυρίως του σιγμοειδούς), το οποίο μεταπίπτει σε ένα πολύ στενό τμήμα του σιγμοειδούς ή του ορθού. Στο στε-

νωμένο τμήμα. αλλά και στην αρχή του διατεταμένου, υπάρχει έλλειψη των γαγγλιακών κυττάρων του μεσεντερικού πλέγματος του Auerbach και του υποβλεννογονίου του Meissner. Η έλλειψη αυτή είναι εμφανής στις ιστολογικές τομές και γι' αυτό η βιοψία και η ιστολογική εξέταση τεμαχίων από το ορθό, βοηθάει σημαντικά στη διάγνωση της νόσου του Hirschsprung, αλλά και στον καθορισμό των ορίων του γαγγλιονικού τμήματος του εντέρου την ώρα της εγχειρήσεως με επανειλημμένες ταχείες βιοψίες. Αντίθετα με την έλλειψη γαγγλιακών κυττάρων, οι νευρικές ίνες κυρίως του παρασυμπαθητικού, είναι σημαντικά αυξημένες. Παθογενετικά φαίνεται ότι υπάρχει πλήρης διακοπή του συντονισμού της συμπαθητικής και παρασυμπαθητικής νευρικής επίδρασης στο εντερικό τμήμα που πάσχει. .

Κλινικά παρατηρείται βαριά δυσκοιλιότητα και μερικές φορές πλήρης αναστολή προώθησης του εντερικού περιεχομένου.

**Ιδιοπαθές megákoλo** ονομάζεται η πάθηση που χαρακτηρίζεται από κανονική νύρωση του παχέος εντέρου και έντονη διάταση τμήματος αυτού (κυρίως του σιγμοειδούς) χωρίς την στένωση του κατώτερου τμήματος που παρατηρείται στο συγγενές megákoλo του Hirschsprung.

Η παθογένεια της νόσου είναι άγνωστη.

### **ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Αυτές μοιάζουν με εκείνες που συμβαίνουν και έχουν περιγραφεί στο λεπτό έντερο. Εδώ θα πρέπει να γίνει ιδιαίτερη αναφορά<sup>33</sup> στην καλούμενη **αγγειοδυσπλασία**. Αυτή ορίζεται ως εκτασία των προϋπαρχουσών φλεβών του υποβλεννογονίου κυρίως χιτώνα, χωρίς απαραίτητη διάταση των τριχοειδών αγγείων του βλεννογόνου. Είναι μια από τις κυριότερες αιτίες αιμορραγίας από το παχύ έντερο. Προσβάλλει κυρίως του ενήλικες και το δεξιό κόλο. Παρατηρείται όμως και σε παιδιά καθώς και σε άλλες περιοχές του γαστρεντερικού σωλήνα. Η αιτιολογία είναι ακαθόριστη. Φαίνεται ότι οφείλεται σε χρόνια υπέρπυσα απόφραξη των υποβλεννογονίων φλεβών για λόγους π.χ. αυξημένης τάσης του εντερικού τοιχώματος.

## **ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

### **ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ - ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΕΣ**

Οι φλεγμονές του οισοφάγου οφείλονται σε ποικίλα αίτια και διακρίνονται<sup>35</sup> σε οξείες και χρόνιες οισοφαγίτιδες, σε μολυσματικές και μη.

**Α. Οξείες οισοφαγίτιδες.** Είναι μη ειδικές φλεγμονές διότι δεν παρουσιάζουν χαρακτηριστικές παθολογοανατομικές αλλοιώσεις διαγνωστικές για τα παθογόνα αίτια, που τις προκαλούν.

**1. Οξείες οισοφαγίτιδες από λοιμογόνα αίτια.** Οφείλονται σε μικρόβια (οστρακιά, διφθερίτιδα, τυφοειδής πυρετός), ιούς (ιλαράς, ευλογιάς, απλού έρπητα, μεγαλοκυτταρικών εγκλειστών) ή σε μύκητες (μονιλίαση).

Οι οισοφαγίτιδες από ιούς του απλού έρπητα ή των μεγαλοκυτταρικών εγκλειστών καθώς και η μονιλίαση έχουν ιδιαίτερη σημασία για τους εξής λόγους: α) ως γνωστόν απαντούν σε καταστάσεις συγγενούς ή επίκτητης έκπτωσης του ανοσοποιητικού συστήματος. Η συχνότητά τους σήμερα έχει αυξηθεί πολύ λόγω της μεγάλης διάδοσης των ανοσοκατασταλτικών, κυτταροστατικών και αντιβιοτικών φαρμάκων. β) Η βιοψία συμβάλλει άμεσα στην αιτιολογική διάγνωση με την ιστολογική ανεύρεση είτε



των χαρακτηριστικών ιογενών εγκλείστων στα επιθηλιακά κύτταρα γύρω από τα έλκη (απλώς έρπητας και νόσος μεγαλοκυτταρικών εγκλείστων) είτε των PAS-θετικών μυκήτων στις ψευδομεμβράνες (μονιλίαση). Κλινικά και ακτινολογικά την τελευταία είναι δυνατόν να υποδυθεί η σπανιότατη οισοφαγίτιδα από τον λακτοβάκιλλο τον οξυφίλο.

**2. Διαβρωτική οισοφαγίτιδα.** Παρατηρείται μετά λήψη διαβρωτικών υγρών. όπως η φαινόλη, η λυσόλη και διάφορα οξέα ή αλκάλεια. Ιστολογικά πρόκειται για μη ειδική έλκωτική φλεγμονή. Όταν οι εξελκώσεις είναι βαθιές και εκτεταμένες επακολουθεί ανάπτυξη συνδετικού ιστού, ρίκνωση αυτού και σχηματισμός στενωμάτων.

**Β. Χρόνιες οισοφαγίτιδες.** Αυτές είναι συνήθως κοκκιωματώδεις.

**1. Φυματίωση.** Είναι σπάνια και οφείλεται σε δευτεροπαθή μόλυνση από κατάποση πτυέλων με άφθονα μυκοβακτηρίδια ή σε απευθείας διήθηση του οισοφάγου από τους πύλαιους λεμφαδένες. Ιστολογικά παρατηρούνται τα χαρακτηριστικά φυμάτια με την τυροειδή νέκρωση.

**2. Νόσος του Crohn.** Έχει αναφερθεί αρκετές φορές. Οι μακροσκοπικές και ιδιαίτερα οι ιστολογικές αλλοιώσεις δεν διαφέρουν από αυτές του εντέρου. Αντίθετα τυπική σαρκοειδωση οισοφάγου είναι σπανιότατη.

**3. Σύφιλη.** Κομμωματώδης συφιλιδική οισοφαγίτιδα σήμερα είναι πρακτικά ανύπαρκτη.

**4. Νόσος του Chagas.** Οφείλεται στο τρυπανόσωμα *Cruzi* που καταστρέφει τα γαγγλιακά κύτταρα του μεντερικού πλέγματος και προκαλεί αλλοιώσεις μεγαοισοφάγου. Είναι άγνωστη στην Ελλάδα.

**5. Οισοφαγίτιδα από ακτινοβολίες.** Οι αλλοιώσεις κυμαίνονται από ελαφρές μέχρι βαριές με έλκη, ρικνώσεις ή και διατρήσεις. οι τελευταίες συμβαίνουν ιδιαίτερα μετά από εκτεταμένη σύντηξη καρκινωματοδών βλαστών. Ιστολογικά η φλεγμονή συνοδεύεται από ανώμαλες, υπερχρωματικές ινοβλάστες, οίδημα και αποφρακτική αγγειίτιδα. Η τυχόν χημειοθεραπεία παρουσιάζει συνέργια.

**6. Ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα.** Είναι σπάνια και αποτελεί το ανάλογο της ηωσινοφυλικής γαστρίτιδας. Συνοδεύεται από υπερπλασία του οισοφαγικού επιθηλίου.

**7. Οισοφαγίτιδα και δερματικές παθήσεις.** Κυρίως πομφολυγώδεις, αφθώδεις και έλκωτικές αλλοιώσεις του οισοφάγου παρατηρούνται στην κοινή πέμφυγα και τις πεμφυγοειδείς νόσους του δέρματος, στη νόσο του Darrier, την πομφολυγώδη επιδερμόλυση, την τοξική επιδερμική νεκρόλυση, στη νόσο του Behcet, στο σύνδρομο Stevens - Johnson.

**Γ. Οισοφαγίτιδα από παλινδρόμηση γαστρικού περιεχομένου<sup>36</sup>**  
(Reflux esophagitis).

Είναι η πιο κοινή και γι' αυτό η πιο σπουδαία.

Η παθογένειά της είναι πολυπαραγοντική. Πολλές φορές συνδυάζεται με οισοφαγοκήλη και σπανιότερα με γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος. Επίσης έχει συσχετισθεί με ρινογαστρικές διασωληνώσεις, επανειλημμένους εμέτους, με βαγοτομές και γενικά εγχειρήσεις που επηρεάζουν την γαστρο-οισοφαγική επικοινωνία, ή με αλκοολικές και διαβητικές νευροπάθειες. Φαίνεται ότι ιδιαίτερη σημασία παίζει η παροδική ή μόνιμη απώλεια του όνου του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα.





*Εικόνα 6: Βαριές αλλοιώσεις οισοφαγίτιδας από αναγωγή με εξέλκωση και εκτεταμένη φλεγμονή.*

Η βαρύτητα των αλλοιώσεων εξαρτάται από την συχνότητα και τη χρονική διάρκεια της παλινδρόμησης, την τυχόν περιεκτικότητα του υγρού, που παλινδρομεί, σε χολικά άλατα και πρωτεολυτικά παγκρεατικά ένζυμα (συνύπαρξη γαστροδωδεκαδακτυλικής παλινδρόμησης) και την οξύτητα αυτού. Οι παράγοντες αυτοί αντιμάχονται την αντίσταση του οισοφαγικού επιθηλίου, τις περισταλτικές κινήσεις του οισοφάγου και τις εξουδετερωτικές, αλκαλικές ιδιότητες του σιέλου και του εκκρίματος των οισοφαγικών αδενίων (Εικ. 6).

Μικροσκοπικά χαρακτηριστική είναι η υπερπλασία των κυττάρων της βασικής στιβάδας του οισοφαγικού επιθηλίου και η επέκταση των θηλών του χορίου βαθιά σ' αυτό. Η συνοδός φλεγμονή μπορεί να είναι ήπια ή σοβαρή με οίδημα και με φλεγμονώδεις κυτταρικές διηθήσεις από πολυμορφοπύρρηνα, λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα. Στις εξελκώσεις αναπτύσσεται κοκκιώδης ιστός, που ινοποιούμενος, προκαλεί τις ρικνώσεις.

Μερικές φορές η οισοφαγίτιδα αυτή συνοδεύεται από τον ονομαζόμενο οισοφαγικό βλεννογόνο του Barrett. Στις περιπτώσεις αυτές παρατηρείται μετάπλαση του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου του οισοφάγου προς κυλινδρικό επιθήλιο και εμφάνιση βλεννογόνου τύπου λεπτού εντέρου και σπανιότερα στομάχου. Στον βλεννογόνο του οισοφάγου Barrett παρατηρούνται και μικροσκοπικές αλλοιώσεις ενεργού φλεγμονής ή ακόμα και τυπικό πεπτικό έλκος (Εικ. 7).



*Εικόνα 7: Μικροσκοπική εμφάνιση οισοφάγου Barrett's*



Ο οισοφάγος του Barrett<sup>37</sup> αποτελεί σαφώς προκαρκινωματώδη κατάσταση καθόσον συχνά παρουσιάζει βαριές δυσπλαστικές αλλοιώσεις και ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος

## ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

**A. ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ.** Είναι σπάνιοι και διακρίνονται<sup>38</sup> στα γνήσια νεοπλάσματα και τους μη νεοπλασματικούς ή ψευδο-όγκους.

1. **Καλοήγη νεόπλασμα<sup>38</sup>.** Συνήθως είναι ενδοτοιχικά ή σπανιότερα προβάλλουν εξωφυτικά. Πρόκειται στην πλειονότητά τους για μεσεγχυματογενή νεοπλάσματα. κυρίως λειομύματα και σπανίως ινώματα, λιπώματα, αιμαγγειώματα, κοκκιώδη μυοβλαστώματα, οστεοχονδρώματα και νευρινώματα. Τα επιθηλιακά καλοήγη νεοπλάσματα είναι ακόμα πιο σπάνια και αντιπροσωπεύουν θηλώματα πλακώδους επιθηλίου (σκληρά) και αδενωμάτωδεις πολύποδες. Οι τελευταίοι απαντούν κυρίως σε οισοφάγο Barrett.

2. **Μη νεοπλασματικοί όγκοι<sup>38</sup>.** Εκτός από τις συγγενείς κύστεις του οισοφάγου απαντούν και επίκτητες που προέρχονται από διάταση αδενίων, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις οισοφαγίτιδας (κυστική οισοφαγίτιδα). Ανάλογη παρουσία έχουν και οι λεγόμενοι φλεγμονώδεις πολύποδες. Ιδιαίτερα μνημονεύεται ο ινώδης ή αγγειοματώδης ή ινολιπωματώδης πολύποδας, που μπορεί να πάρει μεγάλες διαστάσεις και να εκβάλλεται στο στόμα με καθ'έξη αναγωγή. Στη γλυκογονική ακάνθωση παρατηρούνται λευκοπές, υποστρόγγυλες, ομαλές πλακώδεις εστίες στον ανώτερο οισοφάγο. Μικροσκοπικά αντιστοιχούν σε υπερπλασία του πλακώδους επιθηλίου, με επιμήκυνση των θηλών χωρίς ατυπία, κεράτωση ή παρακεράτωση και με άφθονο γλυκογόνο.

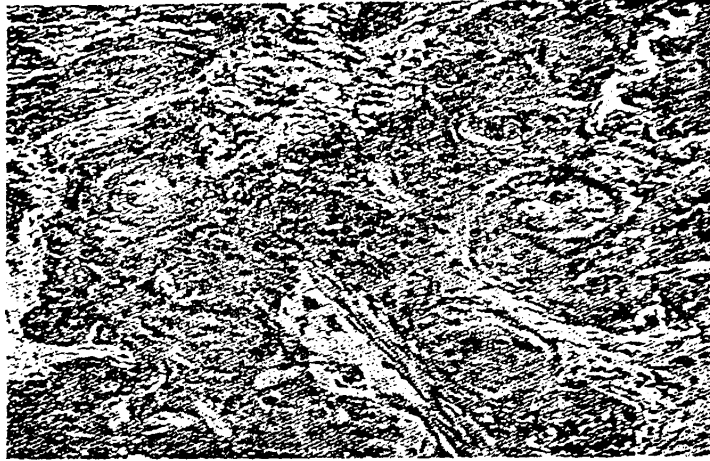
**B. ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ<sup>39</sup>.** Είναι κυρίως<sup>39</sup> καρκινώματα. Τα μεσεγχυματογενή είναι σπάνια και κυρίως λειομυοσαρκώματα. Συχνότερα εντοπίζονται στο επίπεδο του διχασμού της τραχείας και αμέσως μετά στο κάτω και το άνω οισοφαγικό άκρο.

Στην παθογένεια ενοχοποιούνται : α) οι επιδράσεις του περιβάλλοντος στις οποίες περιλαμβάνονται διαιτητικοί παράγοντες, ο χρόνιος αλκοολισμός και το κάπνισμα και β) προϋπάρχουσες οισοφαγικές διαταραχές, όπως το σύνδρομο Plummer-Vinson (16% των περιπτώσεων), η αχαλασία του οισοφάγου (2-7% των περιπτώσεων) και η οισοφαγίτιδα από παλινδρόμηση γαστρικού περιεχομένου.

Μακροσκοπικά ο καρκίνος του οισοφάγου μπορεί να πάρει τη μορφή πολυποειδούς νεοπλασματικής επεξεργασίας (60% των περιπτώσεων) βαρειάς εξέλκωσης με δυνατή διηθητική επέκταση στο μεσοθωράκιο, το περικάρδιο ή την τραχεία και την αορτή (25%) και τέλος μιας διάχυτης, διηθητικής σκληρίας σ' ολόκληρο το πάχος του τοιχώματος που προκαλεί ακαμψία αυτού (15%).

Ιστολογικά το 95% των καρκινωμάτων του οισοφάγου είναι τυπικά επιδερμοειδή καρκινώματα<sup>40</sup> ποικίλης διαφοροποίησης, ενώ από τα υπόλοιπα τα περισσότερα αντιστοιχούν σε αδενοκαρκινώματα.





*Εικ. 1-4: Ιστολογική εικόνα διηθητικού καρκινώματος από πλακώδη κύτταρα μέσης προς καλής διαφοροποίησης.*

Τα πρώτα απαντούν σε όλα τα προσβαλλόμενα τμήματα του οισοφάγου, ενώ τα δεύτερα κυρίως στο κατώτερο τμήμα του οισοφάγου προερχόμενα από το επιθήλιο των υποβλεννογονίων αδένων ή από το μεταπλαστικό επιθήλιο του «οισοφάγου Barrett».

Ο καρκίνος του οισοφάγου δίνει λεμφογενείς μεταστάσεις<sup>39-40</sup> στους τραχειοβρογχικούς, αυχενικούς και γαστρικούς λεμφαδένες. Είναι κακής πρόγνωσης αφού το 70% των αρρώστων καταλήγουν μέσα στον πρώτο χρόνο από τη διάγνωση και η 5ετής επιβίωση είναι μόνο 5-10%.

Τύποι καρκινωμάτων οισοφάγου με προγνωστικό ή ιστοπαθολογικό ενδιαφέρον: α) **Ακροχορδονώδες (θηλώδες) ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.** Έχει βραδεία, εξωφυτική ανάπτυξη, με σπάνιες και σε προχωρημένα στάδια μεταστάσεις. Ιστολογικά διακρίνεται από ένα αθώο θήλωμα διότι παρά τα καλά διαφοροποιημένα πλακώδη κύτταρα διαπιστώνονται υπερκεράτωση, παρακεράτωση ή ακόμα και περιορισμένη διηθητική ανάπτυξη. β) **Καρκινοσάρκωμα.** Σ' αυτό οι «σαρκωματώδεις» περιοχές δεν είναι γνήσιες αλλά αντιστοιχούν σε καρκινωμάτωδη κύτταρα με ατρακτοειδή ψευδοσαρκωματώδη εμφάνιση. Είναι δυνατόν να παρατηρηθούν και εστίες χονδρώδους ή και οστεοειδούς μεταπλασίας. γ) **Βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα** ανάλογο εκείνου των σιελογόνων αδένων και των βρόγχων. δ) **Αδενοκυστικό καρκίνωμα** με μεγαλύτερη επιθετικότητα από εκείνη που παρουσιάζει το αντίστοιχο νεόπλασμα των σιελογόνων αδένων και των βρόγχων. ε) **Μικροκυτταρικό καρκίνωμα** με ιστολογική εικόνα και συμπεριφορά αντίστοιχη προς αυτή του βρογχικού αναλόγου. Η ανάπτυξη του μικροκυτταρικού καρκινώματος καθώς και του κακοήθους μελανώματος, πρωτοπαθούς στον οισοφάγο, δεν είναι αξιοπερίεργη. Αργυρόφιλα κύτταρα APUD και μελανοκύτταρα υπάρχουν στο φυσιολογικό οισοφαγικό επιθήλιο.

## ΣΤΟΜΑΧΟΣ

### **Αμαρτώματα**

Τα αμαρτώματα δεν είναι σπάνια στον γαστρεντερικό σωλήνα και μερικά μεταβιβάζονται κληρονομικά.

**1. Μυελοεπιθηλιακά αμαρτώματα.** Πρόκειται για μυελοαδενωματώδεις μικρές μάζες, συχνά ασυμπτωματικές, που βρίσκονται στον υποβλεννογόνο ή τους μυϊκούς



χιτώνες του στομάχου. Αποτελούνται από περίσσεια λείου μυϊκού ιστού που περιβάλλει αδένια κυστικά διατεταμένα.

2. Το σύνδρομο Reutz-Jegher χαρακτηρίζεται από εστιακή υπέρχρωση του βλεννογόνου των χειλέων και των παρειών καθώς και του δέρματος. Συνοδεύεται από ανάπτυξη αμαρτωματώδων πολυπόδων στο λεπτό έντερο, κατά σειρά συχνότητας. Προσβάλλει εξ ίσου τα δύο φύλα και μεταβιβάζεται κληρονομικά σύμφωνα με αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα.

Οι πολύποδες χαρακτηρίζονται ιστολογικά από δενδροειδή υπερπλασία των μυϊκών ινών της βλεννογονίας μυϊκής στιβάδας που συνοδεύεται από υπερπλασία του βλεννογονικού επιθηλίου. Το περιλαμβάνει τους κανονικούς τύπους κυττάρων ανάλογα με το τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, όπου εντοπίζονται οι πολύποδες. Αν και ο κίνδυνος καρκινωμάτους εξαλλαγής είναι χαμηλός, εν τούτοις ως υπαρκτός, απαιτεί συχνή παρακολούθηση των ασθενών.

3. Νεανικοί πολύποδες. Απαντούν κυρίως στο παχύ έντερο. Σπάνια έχουν περιγραφεί και στο στομάχο ως μέρος μιας γενικευμένης νεανικής πολυποδίασης όλου του γαστρικού σωλήνα.

4. Αιμαγγειώματα. Αν και όχι συχνά απαντούν στον γαστρεντερικό σωλήνα. Τα γαστρικά είναι εξαιρετικά σπάνια.

5. Σύνδρομο Cronkhite-Canada. Είναι άγνωστης αιτιολογίας, χωρίς οικογενείς χαρακτήρες. Χαρακτηρίζεται από γενικευμένη πολυποδίαση του γαστρεντερικού σωλήνα σε συνδυασμό με υπέρχρωση του δέρματος, αλωπεκία και ατροφία των ονύχων. Ιστολογικά οι πολύποδες δεν διαφέρουν από τους νεανικούς.

6. Αδενικές κύστεις του θόλου του στομάχου (Fundic glandular cysts). Είναι μονήρεις ή πολλαπλοί, μικροί, λείοι πολυπόδεις σχηματισμοί. Απαντούν και στο σώμα του στομάχου, συνήθως σε γυναίκες μέσης ηλικίας. Ιστολογικά κύστεις διαφόρου μεγέθους σε διάφορα επίπεδα του βλεννογόνου αναμιγνύονται με φυσιολογικά αδένια. Οι κύστεις επενδύονται κυρίως από βλενοεκκριτικά κύτταρα μεταξύ των οποίων ανευρίσκονται αραιότερα τοιχωματικά και κύρια κύτταρα. Φαίνεται ότι είναι αμαρτωματώδους προέλευσης.

## ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΕΣ

Διακρίνονται<sup>41</sup> στις κοινές μη ειδικές (ή απλώς γαστρίτιδες) και στις λοιπές. Οι πρώτες περιλαμβάνουν την οξεία και τη χρόνια γαστρίτιδα.

Ο όρος γαστρίτιδα ήταν και εξακολουθεί εν μέρει να είναι ασαφής. Χρησιμοποιήθηκε για να καλύψει εκείνες τις κλινικές καταστάσεις, στις οποίες τα συμπτώματα της επιγαστραλγίας, του καύσου, της ναυτίας και των εμέτων δεν συνοδεύονται από χαρακτηριστικά κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα. Σήμερα με τη χρήση λεπτών γαστροσκοπιών και την καθοδηγούμενη γαστρική βιοψία η διάγνωση στηρίζεται σε πιο αντικειμενικά, μικροσκοπικά και ιστολογικά κριτήρια.

### A. Κοινές γαστρίτιδες.

1. Οξεία γαστρίτιδα<sup>41</sup>. Δυνατόν να είναι ιδιοπαθής, συνήθως όμως σχετίζεται με διάφορες ουσίες ή και καταστάσεις όπως είναι η ουραιμία, τροφικές δηλητηριάσεις, λήψη οινόπνευματος, ασπιρίνης, κορτιζόνης, φαινυλοβουταζόνης, ιντομεθακίνης και άλλων μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Η ασπιρίνη φαίνεται να δρα ελαττώνοντας την έκκριση και τροποποιώντας την βιοχημική σύνθεση της γαστρικής βλέννας αλλά και εμποδίζοντας την τοπική παραγωγή κυτταροπροστατευτικών προσταγλανδινών. Ανάλογες αλλοιώσεις μπορούν να συνοδεύουν τραυματισμούς, σπητικές καταστάσεις, μεγάλες εγχειρήσεις, εγκαύματα και υποθερμία.

Μακροσκοπικά κατά την γαστροσκόπηση ή τις νεκροτομές έχουν παρατηρηθεί αλλοιώσεις που αρχίζουν με οίδημα και υπεραιμία του βλεννογόνου και φθάνουν στις αιμορραγίες (συνήθως πετεχειώδεις) και στις διαβρώσεις. Μικροσκοπικά βαθμιαία προκαλείται εστιακή απόπτωση του γαστρικού επιθηλίου (διαβρωτική γαστρίτιδα) και αιμορραγία (αιμορραγική γαστρίτιδα). Οι διαβρώσεις επιφανειακά μπορεί να καλύπτονται από ινοπυώδες εξίδρωμα. Στο χόριο του βλεννογόνου υπάρχει εκτός της αιμορραγίας και οίδημα ενώ τα φλεγμονώδη κύτταρα, όταν υπάρχουν, είναι ολιγάριθμα.

Με την άρση του βλαπτικού παράγοντα, ο βλεννογόνος επανέρχεται στο φυσιολογικό. Επανεπιλημμένες προσβολές οξείας γαστρίτιδας ιδίως από λήψη οινοπνεύματος και ασπιρίνης ενοχοποιούνται εν μέρει στην ανάπτυξη χρόνιας γαστρίτιδας.

**2. Χρόνια γαστρίτιδα<sup>41</sup>.** Η διάγνωση της χρόνιας γαστρίτιδας είναι κυρίως ιστολογική. Παρ' όλο ότι ενδοσκοπικά αναγνωρίζονται σχετικά εύκολα οι αλλοιώσεις χρόνιας γαστρίτιδας, εν τούτοις δεν υπάρχει σαφής αντιστοιχία μεταξύ μακροσκοπικής και μικροσκοπικής εικόνας.

Λέγεται ότι σε 30% των περιπτώσεων με «φυσιολογική» εμφάνιση βλεννογόνου διαπιστώνονται τυπικές ιστολογικές αλλοιώσεις χρόνιας γαστρίτιδας φυσιολογικού. Η προσβολή του βλεννογόνου είναι εστιακή και μάλιστα πολυεστιακή, γι' αυτό για τη διάγνωσή της απαιτούνται πολλαπλές βιοψίες.

**Παθογένεια.** Από την άποψη αυτή διακρίνονται δύο βασικοί τύποι χρόνιας γαστρίτιδας : ο Α και ο Β.

Η γαστρίτιδα τύπου Α προσβάλλει το σώμα του στομάχου, προηγείται ή συνοδεύει την κακοήγη αναιμία. Λόγω της καταστροφής των αδενίων του σώματος και της αντιδραστικής υπερπλασίας των κυττάρων G του άντρου υπάρχουν αχλωρυδρία, με αυξημένα επίπεδα γαστρίνης στο αίμα. Συχνά συνδυάζεται εκτός της κακοήθους αναιμίας και με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, όπως την θυρεοειδίτιδα Hashimoto, τη νόσο του Addison, το σύνδρομο Sjogren και τον υποπαραθυρεοειδισμό.

Αναπτύσσονται και κυκλοφορούν αυτοαντισώματα ενάντια στον ενδογενή παράγοντα και στα τοιχωματικά κύτταρα του στομάχου. Γι' αυτό η νόσος θεωρείται ότι οφείλεται σε χημική υπερευαισθησία του τύπου των αυτοαντισωμάτων. Εν τούτοις δεν πρέπει να αγνοείται και η συμμετοχή της κυτταρικής ανοσίας.

Η γαστρίτιδα τύπου Β εντοπίζεται κυρίως στο άντρο και είναι δυνατόν να επεκταθεί σε άλλοτε άλλο βαθμό, στο σώμα του στομάχου. Δεν σχετίζεται με κακοήγη αναιμία ή με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα. Εν τούτοις έχουν περιγραφεί ορισμένες περιπτώσεις με ανάπτυξη αυτοαντισωμάτων εναντίον της γαστρίνης. Η νόσος συσχετίζεται με υπεροξύτητα του γαστρικού υγρού και συχνά με γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος. Ως αιτιοπαθογενετικοί μηχανισμοί ενοχοποιήθηκαν κατά καιρούς η λήψη θερμών ποτών, οινοπνεύματος ή σαλικυλικών, καθώς επίσης το κάπνισμα, η γαστροδωδεκαδακτυλική παλινδρόμηση υγρών, η χρόνια παγκρεατίτιδα, η χολολιθίαση, η κίρρωση του ήπατος κ.α. Αποτελεί την συχνότερη μορφή γαστρίτιδας, και απαντά σε ποσοστό άνω του 70% των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών. Συχνότερα προσβάλλονται οι άνδρες και μάλιστα της ομάδας Α. Λόγω της καταστροφής του βλεννογόνου του άντρου τα επίπεδα γαστρίνης στο αίμα είναι χαμηλά.

Πρόσφατα η ανάπτυξη της χρόνιας γαστρίτιδας Β έχει συσχετισθεί με το βακτηρίδιο *Campylobacter Pyloridis* (C.P.) στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων. Το βακτηρίδιο αυτό ανιχνεύεται εύκολα στις ιστολογικές τομές αιματοξυλίνης - ηωσίνης ή καλύτερα με ειδικές χρώσεις. Ανευρίσκονται σε αφθονία σε περιοχές ενεργού γαστρίτιδας ενώ απουσιάζει από τις εστίες εντερικής μετάπλασης. Στις τελευταίες ως γνωστόν λεμφοκύτταρα και πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα απουσιάζουν. Έχουν ανιχνευθεί αυτοαντισώματα IgG εναντίον του C.P., σχετιζόμενα με την ενεργό φάση

της φλεγμονής. Και η κυτταρική ανοσία, τουλάχιστον ως δευτερογενής επιβαρυντικός μηχανισμός, έχει ενοχοποιηθεί με τις παρατηρήσεις της εμφάνισης αντιγόνων HLA-DR στα γαστρικά επιθήλια και της συσχέτισής της με την γειτονία των φλεγμονωδών λεμφοκυτταρικών διηθήσεων και τις θέσεις παρουσίας του C.P.

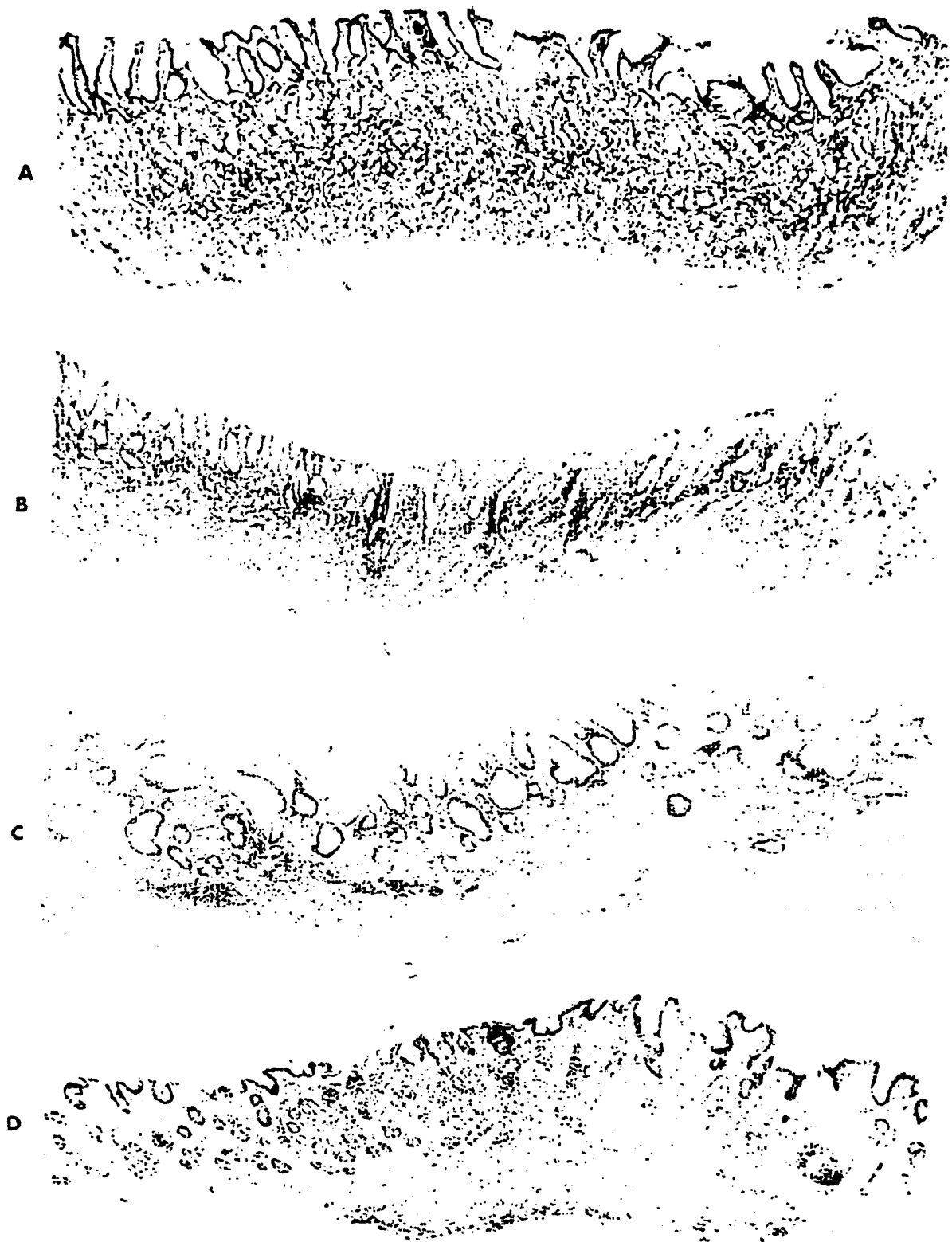
Ορισμένοι διακρίνουν του τύπους χρόνιας γαστρίτιδας σε : α) χρόνια γαστρίτιδα τύπου A ή σώματος, β) χρόνια γαστρίτιδα τύπου B ή άντρου, γ) χρόνια γαστρίτιδα άντρου και σώματος, δ) χρόνια γαστρίτιδα από παλινδρόμηση. Παρατηρείται σε μετεγχειρητικούς στομάχους. Μικροσκοπικά χαρακτηρίζεται από εμβάθυνση των γαστρικών βοθρίων, οίδημα και υπεραϊμική διεύρυνση αγγείων χωρίς ουσιώδεις φλεγμονώδεις κυτταρικές διηθήσεις. Αποδίδεται σε εντερογαστρική παλινδρόμηση. ε) Χρόνια λεμφοκυτταρική γαστρίτιδα. Η τελευταία χαρακτηρίζεται από παρουσία λεμφοκυτταρικών διηθήσεων και προφανώς αντιστοιχεί στην ηρεμούσα χρόνια ατροφική γαστρίτιδα αν και παρατηρείται και στα πλαίσια της χρόνιας διαβρωτικής ή ζωσθηροειδούς γαστρίτιδας.

**Ιστολογική ταξινόμηση χρόνιας γαστρίτιδας.** Και στους δύο κλασικούς τύπους (A και B) χρόνιας γαστρίτιδας οι μικροσκοπικές αλλοιώσεις είναι όμοιες. Η ιστολογική ταξινόμηση στηρίζεται στον τύπο των γαστρικών επιθηλίων που προσβάλλονται και κυρίως στην κατά βάθος επέκταση της φλεγμονής, στην ενεργό ή μη φάση αυτής και στον βαθμό καταστροφής των αδενίων. Με βάση τα στοιχεία αυτά διακρίνονται οι εξής ιστολογικές κατηγορίες χρόνιας γαστρίτιδας: **I. Χρόνια επιπολής ή επιφανειακή γαστρίτιδα**, που περιλαμβάνει την ενεργό και την ηρεμούσα. Προσβάλλει την επιπολής ζώνη του γαστρικού βλεννογόνου, υποεπιθηλιακά και μεταξύ των γαστρικών κρυπτών. Παρατηρούνται οίδημα του χορίου και υπεραϊμία των αγγείων, καθώς και σημαντική αύξηση των λεμφοκυττάρων, των πλασματοκυττάρων και μερικές φορές των ηωσινοφίλων λευκοκυττάρων. Υπάρχουν επίσης εμφανώς ουδετερόφιλα πολυμορφοπύρρηνα εστιακώς κατανεμημένα, τόσο στο χόριο όσο και να διηθούν επιθήλια. Πολλές φορές συγκεντρώνονται μέσα στα γαστρικά βοθρία σχηματίζοντας τα κρυπτικά αποστημάτια. Τα επιθήλια παρουσιάζουν ταυτόχρονες εκφυλιστικές και αναγεννητικές αλλοιώσεις και μεταβολές. Συγκιτιακές βλαστανούσες κυτταρικές μάζες φαίνονται να αποφολιδώνονται προς τον αυλό και συγχρόνως συμβαίνουν επιφανειακές επιθηλιακές συμφύσεις. Λόγω της υπερπλασίας τους τα γαστρικά βοθρία αποκτούν σπειροειδή, πριονωτή μορφολογία. Στην ηρεμούσα επιφανειακή γαστρίτιδα, απουσιάζουν τα πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα και οι επιθηλιακές αλλοιώσεις με τις λεμφοπλασματοκυτταρικές διηθήσεις του χορίου ελαχιστοποιούνται. Τότε η διάκριση από τον φυσιολογικό γαστρικό βλεννογόνο είναι δύσκολη ή και υποκειμενική. Τελικά μετάπτωση της χρόνιας επιφανειακής σε χρόνια ατροφική γαστρίτιδα είναι δυνατή. **II. Ατροφική γαστρίτιδα.** Και αυτή διακρίνεται σε ενεργό και ηρεμούσα. Προσβάλλει ολόκληρο το πάχος του γαστρικού βλεννογόνου, καθότι συμμετέχει και η βαθύτερη ζώνη, με αποτέλεσμα ποικίλου βαθμού ατροφικές αλλοιώσεις. Όταν η ατροφία είναι ήπια τότε, ιδιαίτερα στο άντρο, δύσκολα διακρίνεται. Πολύ βοηθάει στις περιπτώσεις αυτές η διαπίστωση πάχυνσης και πύκνωσης των δικτυωτών ινών γύρω από τα αδένια. Επίσης χαρακτηριστική είναι και η ελάττωση των τοιχωματικών και ζυμογόνων κυττάρων. Στο χόριο υπάρχουν πυκνές λεμφοπλασματοκυτταρικές και πλασματοκυτταρικές φλεγμονώδεις διηθήσεις. Στην ενεργό μορφή ανευρίσκονται πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα να διηθούν επιθηλιακά στοιχεία ή και να σχηματίζουν ενδοαυλικά αποστημάτια. Τα λεμφοκύτταρα είναι δυνατόν να σχηματίζουν λεμφοζίδια. Όταν τα τελευταία είναι άφθονα γίνεται λόγος για λεμφοζιδιακή χρόνια ατροφική γαστρίτιδα. Στην ηρεμούσα μορφή απουσιάζουν τα πολυμορφοπύρρηνα. Οι λεμφοπλασματοκυτταρικές διηθήσεις αν και ελαττούμενες, εξακολουθούν να υπάρχουν σε ουσιαστι-

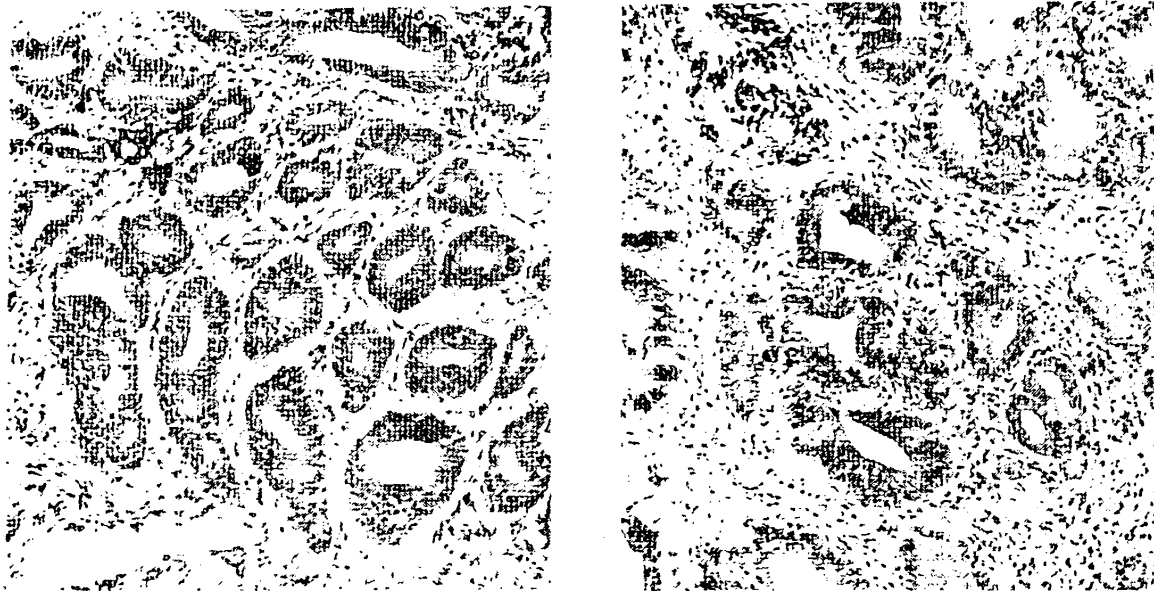
κούς αριθμούς και να συνοδεύουν τις διατηρούμενες ατροφικές αλλοιώσεις. Χαρακτηριστικά στη χρόνια ατροφική γαστρίτιδα είναι συχνές οι δυσπλαστικές και μεταπλαστικές αλλοιώσεις, που συμβαίνουν κατά εστίες. Οι τελευταίες διακρίνονται στην ψευδοπυλωρική και στις εντερικές μεταπλάσεις. Η πρώτη, που απαντά αποκλειστικά στο σώμα του στομάχου, ουσιαστικά οφείλεται σε επέκταση των βλεννοεκκριτικών κυττάρων των γαστρικών βοθρίων προς τα βαθύτερα γαστρικά αδένια, που χάνουν τα κανονικά τους κύτταρα. Δεν πρόκειται για εστίες γνήσιας πυλωρικής μετάπλασης γιατί σ' αντίθεση με τον φυσιολογικό πυλωρό δεν περιλαμβάνουν τοιχωματικά κύτταρα, ούτε ουσιαστικούς αριθμούς κυττάρων G. **III. Γαστρική ατροφία.** Ο βλεννογόνος έχει λεπυνθεί εντονότατα. Τα τυπικά για κάθε γαστρική περιοχή αδένια έχουν πρακτικά εξαφανισθεί. Υπάρχουν σωληνώδεις «αδενικοί» σχηματισμοί επενδύόμενοι από κύτταρα του τύπου των βλεννοεκκριτικών της επιφανείας. Η ύπαρξη εστιών εντερικής μετάπλασης ποικίλει. Στο χόριο δεν ανευρίσκονται στοιχεία φλεγμονής, αν και λεμφοκυτταρικές εστιακές αθροίσεις δεν είναι σπάνιες. Εστίες λιπώδους ιστού στο χόριο καθώς και πάχυνση της βλεννογόνιας μυϊκής στιβάδας δυνατόν να παρατηρηθούν.



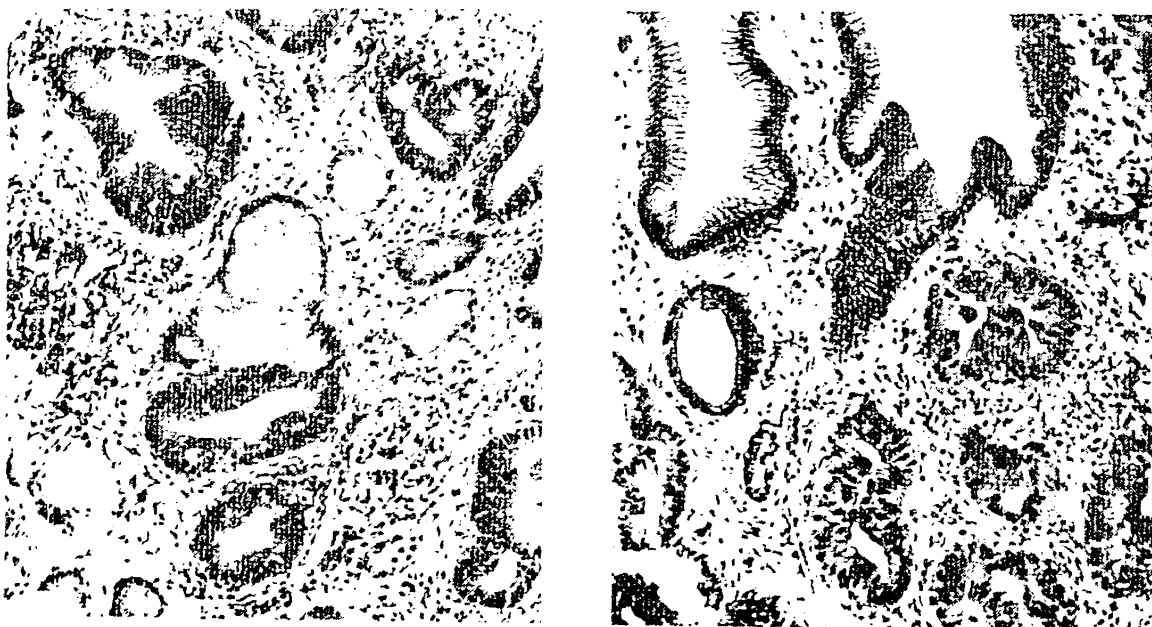




Εικόνα 8: Πανοραμική άποψη γαστρικού βλεννογόνου από το σώμα  
Α) Φυσιολογικού Β) Με ελαφρού Γ) μετρίου και Δ) βαριά ατροφία.



*Εικόνα 9: Παρατηρείται ελαφρού (Α) και ελαφρού προς μετρίου (Β) βαθμού επιθηλιακή δυσπλασία.*



*Εικόνα 10: Παρατηρείται μετρίου-σοβαρού (Γ) και σοβαρού-CIS (Δ) βαθμού επιθηλιακή δυσπλασία.*

## Εντερική μετάπλαση και επιθηλιακή δυσπλασία

Η εντερική μετάπλαση απαντά συχνά στην χρόνια ατροφική γαστρίτιδα τύπου Α και Β και σχετίζεται με την επιθηλιακή δυσπλασία και την συχνή ανάπτυξη γαστρικών καρκινωμάτων, κυρίως εντερικού τύπου.

Η εντερική μετάπλαση ανάλογα με τα ιστολογικά της χαρακτηριστικά και την ιστοχημική σύνθεση της παραγόμενης βλέννης έχει διακριθεί στους εξής τύπους: α) Πλήρης τύπος που είναι συνήθως τύπου λεπτού εντέρου ή κολονικού. Από ορισμένους ο κολονικός τύπος συγχέεται με τον ατελή τύπο εντερικής μετάπλασης. Στην πλήρη εντερική μετάπλαση ανευρίσκονται καλυκοειδή βλεννοπαραγωγά κύτταρα καθώς και υψηλά απορροφητικά κύτταρα με εν μέρει ψηκτροειδή παρυφή από μικροθηλές. Στον τύπο λεπτού εντέρου ανευρίσκονται εύκολα κύτταρα Paneth. Στον κολονικό τύπο τα κυλινδρικά κύτταρα με την ψηκτροειδή παρυφή είναι αραιότερα ενώ τα κύτταρα Paneth συνήθως απουσιάζουν. β) Ατελής τύπος εντερικής μετάπλασης στον οποίο επικρατούν τα καλυκοειδή κύτταρα, ενώ τα κυλινδρικά κύτταρα δεν παρουσιάζουν ψηκτροειδή παρυφή. Επίσης δεν παρατηρούνται κύτταρα Paneth.

Όσον αφορά τις βλέννες, στους διάφορους τύπους εντερικής μετάπλασης ανευρίσκονται όξινες βλέννες σε αντίθεση προς το γαστρικό βλεννογόνο όπου παρουσίαζε κυρίως ουδέτερες βλέννες. Στον πλήρη τύπο λεπτού εντέρου οι όξινες βλέννες περιορίζονται στα καλυκοειδή κύτταρα, ενώ στον ατελή τύπο οι όξινες βλέννες παρατηρούνται και στα κυλινδρικά κύτταρα, εκτός των καλυκοειδών κυττάρων. Στον κολονικό τύπο εντερικής μετάπλασης υπάρχουν και άφθονες θεικές βλέννες στα καλυκοειδή κύτταρα. Όταν υπάρχουν θεικές βλέννες και στα κυλινδρικά κύτταρα γίνεται λόγος για ατελή εντερική μετάπλαση τύπου Ιιβ.

Η ατελής εντερική μετάπλαση τύπου Ιιβ και ο κολονικός τύπος σχετίζονται από πολλούς με την υψηλής συχνότητας ανάπτυξη γαστρικού καρκινώματος και γι' αυτό θεωρούνται ως προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις. Από ορισμένους, με βάση επιδημιολογικά δεδομένα αλλά και ιστοπαθολογικά στοιχεία, αμφοισβητείται μια τέτοια σχέση. Φαίνεται ότι τόσο η εντερική μετάπλαση, όσο και οι αλλοιώσεις επιθηλιακής δυσπλασίας εξορμώνται από την ίδια περιοχή - την κατώτερα μοίρα των βοθρίων που αποτελεί φυσιολογικά την ζώνη πολλαπλασιασμού - και ότι ένα μέρος των επιθηλιακών δυσπλασιών αναπτύσσεται σε έδαφος εντερικής μετάπλασης.

Η επιθηλιακή δυσπλασία του στομάχου μπορεί επομένως να αναπτυχθεί είτε σε έδαφος εντερικής μετάπλασης είτε de novo. Πρόσφατα διακρίνουν δύο τύπους επιθηλιακής δυσπλασίας του στομάχου, την από μεταπλαστικό επιθήλιο ή δυσπλασία τύπου Α και την από μη μεταπλαστικό επιθήλιο ή δυσπλασία τύπου Β. Η πρώτη ομοιάζει με την κλασική δυσπλασία των αδενωματωδών πολυπόδων και σχετίζεται με την εντερική μετάπλαση και το αδενοκαρκίνωμα εντερικού τύπου. Η δεύτερη σχετίζεται περισσότερο με τα αδενοκαρκινώματα διαχύτου και ενδιαμέσου τύπου. Η μεταπλαστική δυσπλασία μικροσκοπικά χαρακτηρίζεται από μεγάλα, κυλινδρικά κύτταρα με επιμήκεις ή και ραβδοειδείς, συνήθως υπερχρωματικούς πυρήνες, τοποθετημένους πολλές φορές στο μέσον του κυττάρου, τα κύτταρα συνήθως συνωστίζονται και δημιουργούν ψευδοπολυστιβαδοποίηση. Υπάρχει διάφορου βαθμού κυτταρική πολυμορφία και ατυπία, ανάλογα με τον βαθμό της δυσπλασίας. Τέλος, τα αδένια διατείνονται και παρουσιάζουν διαταραχές στην αρχιτεκτονική κατανομή και τον προσανατολισμό. Στην μη μεταπλαστική δυσπλασία τα κύτταρα είναι κυβοειδή ή και πολυεδρικά με υποστρόγγυλους, συνήθως υπόχρωμους πυρήνες και ποικίλου βαθμού κυτταρικής ατυπία. Συνήθως διατάσσονται σε ένα στοίχο, τα αδένια δεν διατείνονται.

παραμένουν σωληνώδη και δεν παρουσιάζουν διαταραχή του αρχιτεκτονικού προσανατολισμού τους.

Διακρίνονται διάφοροι βαθμοί βαρύτητας της δυσπλασίας που χαρακτηρίζεται έως ήπια, μέση και βαριά δυσπλασία ή δυσπλασία I, II και III. Η διαβάθμιση στηρίζεται στον βαθμό της κυτταρικής πολυμορφίας και ατυπίας, στον βαθμό απώλειας του προσανατολισμού κυττάρων ή και αδενίων καθώς και στην επέκταση των αλλοιώσεων πάνω και ιδιαίτερα κάτω από τη ζώνη πολλαπλασιασμού των αδενίων. Η εφαρμογή των κριτηρίων αυτών είναι εν μέρει υποκειμενική και εξαρτάται από την εμπειρία του παθολογοανατόμου. Ιδιαίτερη σημασία έχει η διάκριση της πραγματικής δυσπλασίας από τα απλά αναγεννητικά φαινόμενα π.χ. σε χρόνια ατροφική γαστρίτιδα καθώς και η διάκριση της βαρείας δυσπλασίας από ένα καρκίνωμα *in situ* ή καλύτερα ενδοβλενογονικό καρκίνωμα.

Οι επιθηλιακές δυσπλασίες αποτελούν προκαρκινωμάτωσης αλλοιώσεις που απαντούν συχνά σε όλες τις γνωστές από την κλινική προκαρκινωμάτωσης καταστάσεις όπως είναι η χρόνια ατροφική γαστρίτιδα με και χωρίς γαστρικό έλκος, η κακοήθης αναιμία, το γαστρικό κολόβωμα, οι γαστρικοί πολύποδες, η νόσος του Menetrier, ο οισοφάγος Barrett.

## B. Άλλες Γαστρίτιδες<sup>41</sup>

**1. Φλεγμονώδης (Phlegmonous) γαστρίτιδα.** Είναι σπάνια και συνοδεύει άλλη εντοπισμένη ή συστηματική λοίμωξη, κυρίως με αιμολυτικούς στρεπτόκοκκους. Οι αλλοιώσεις αφορούν κυρίως τον υποβλενογόνιο, όπου παρατηρούνται οίδημα, πυώδης φλεγμονή και θρομβώσεις αγγείων. Η θνησιμότητα είναι υψηλή.

**2. Ζωστηροειδής ή μυρμηκιοειδής (Varioliform, verrucous chronic erosive) γαστρίτιδα.** Η αιτιοπαθογένειά της είναι ασαφής. Φαίνεται να υπάρχει αλλεργικό υπόστρωμα με υποτροπές και περιφερική ηωσινοφιλία. Μακροσκοπικά, συνήθως κατά μήκος του μείζονος τόξου αναπτύσσονται πολλαπλά, υπεγεγυμένα οζίδια με κεντρική νεκρωτική περιοχή. Ορισμένα παρουσιάζουν πλήρη διάβρωση με αφθώδη εμφάνιση. Μικροσκοπικά η διάβρωση συνδυάζεται με ινιδοπυώδες εξίδρωμα. Τα αναγεννητικά φαινόμενα των γαστρικών αδενίων γύρω από τη νέκρωση, πολλές φορές είναι έντονα, οπότε τίθεται σοβαρό διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα από καρκινωμάτωσης αλλοιώσεις.

**3. Ηωσινοφιλική γαστρίτιδα.** Αποτελεί μέρος της ηωσινοφιλικής γαστεντερίτιδας που συχνά συνδυάζεται με ιστορικό αλλεργίας, βρογχικού άσθματος, καθώς και με περιφερική ηωσινοφιλία και αύξηση σφαιρινών IgE. Οι αλλοιώσεις στον στόμαχο είναι διάχυτες ενώ στο έντερο τμηματικές. μακροσκοπικά υπάρχουν διαβρώσεις, πάχυνση και δυσκαμψία του γαστρικού τοιχώματος. Μικροσκοπικά παρατηρούνται πυκνές διηθήσεις ηωσινοφίλων λευκοκυττάρων κυρίως του χορίου. Οι τελευταίες πάντως δεν είναι ειδικές καθ' όσον παρατηρούνται και σε άλλες καταστάσεις όπως είναι η νόσος του Crohn, η τροπική στεατόρροια, η χρόνια κοκκιωματώδης νόσος της παιδικής ηλικίας, το χρόνιο πεπτικό έλκος και τα καρκινώματα..

**4. Μυκητιασική γαστρίτιδα.** Άλλες μυκητιάσεις, όπως φυκομύκωση και η ιστοπλάσωση είναι σπανιότητες. Η πιο συνηθισμένη είναι η μινιλίαση. Αυτή έχει τους χαρακτήρες ψευδομεμβρανώδους φλεγμονής και οφείλεται σε συγγενείς, επίκτητες ή και ιατρογενείς (χορήγηση στεροειδών, κυτταροτοξικών και αντιβιοτικών φαρμάκων) εκπτώσεις της αντίστασης του οργανισμού.

**5. Κοκκιωματώδης γαστρίτιδα.** Αυτή μπορεί να αποτελεί γαστρική συμμετοχή στην σαρκοείδωση, στη νόσο του Crohn, σε σύφιλη ή σε φυματίωση. Η τελευταία ως

γνωστόν. πολύ πιο συχνά προσβάλλει την ειλειοτυφλική περιοχή του γαστρεντερικού σωλήνα. Επίσης εν τω βάθει μυκώσεις και ιδιαίτερα η ιστοπλάσωση ενέχονται σε σπάνιες περιπτώσεις. Άλλοτε πρόκειται για κοκκιώματα τύπου ξένων σωμάτων έναντι χειρουργικών ραμμάτων ή δύσπεπτα, κυρίως φυτικά, υπολείμματα τροφής

Υπάρχει και η μεμονωμένη (ιδιοπαθής) κοκκιωματώδης γαστρίτιδα, στην οποία δεν μπορεί να ενοχοποιηθεί κάποια αιτία ή γνωστή νόσος.

### Καταστάσεις με παχυσμένες γαστρικές πτυχές.

Πάχυνση γαστρικών πτυχών<sup>41</sup> μπορεί να παρατηρηθεί ιδιοπαθώς σε φυσιολογικά άτομα ή να είναι το αποτέλεσμα παθολογικών αλλοιώσεων με μυκητιάσεις φυματίωση. σύφιλη, νόσο του Crohn, ηωσινοφιλική γαστρίτιδα, κηρούς, λεμφαγγειεκτασία, καρκινωμάτωσης και λεμφωμάτωσης νεοπλασματικές διηθήσεις. ιδιαίτερα θα αναφερθούν δύο καταστάσεις :

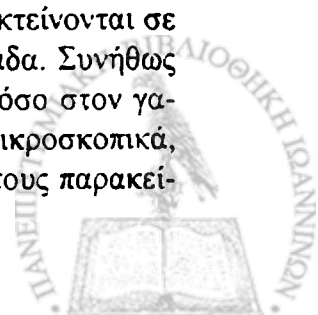
α) **Νόσος του Menetrier.** Είναι σπάνια και δύσκολα καθοριζόμενη, κλινικά και ιστοπαθολογικά, κατάσταση. Μακροσκοπικά παρατηρείται γενικευμένη ή εντοπισμένη υπερβολή, συχνά πολυποειδής, πάχυνση των γαστρικών πτυχών, ιδιαίτερα του σώματος και μάλιστα της περιοχής του μείζονος τόξου. Μικροσκοπικά παρατηρείται κυρίως αύξηση του βάθους των γαστρικών βοθρίων και λιγότερο των γαστρικών αδενίων. Αυτά παρουσιάζουν αύξηση του αριθμού των βλεννοεκκριτικών κυττάρων, διατείνονται κυστικά ή όχι σπάνια διασπούν την βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα και ανευρίσκονται και στον υποβλεννογόνο χιτώνα. Η φύση της νόσου παραμένει σκοτεινή. Σε λίγες περιπτώσεις διαπιστώθηκε ηωσινοφιλία, ιδιαίτερα στα παιδιά, που οδήγησε στην υπόθεση αλλεργικής αντίδρασης. Στους ενήλικες έχει διαπιστωθεί σπάνια υποστροφή ή και μετάπτωση σε ατροφική γαστρίτιδα. Λόγω της εντερικής μετάπλασης και της επιθηλιακής δυσπλασίας καθώς και των περιπτώσεων γαστρικών καρκινωμάτων που παρατηρήθηκαν, η νόσος του Menetrier θεωρείται ως προκαρκινωματώδη κατάσταση.

β) **Σύνδρομο Zollinger-Ellison.** Το κλασικό σύνδρομο οφείλεται σε νησιδώματα και μάλιστα γαστρινώματα του παγκρέατος. Ανάλογοι όγκοι μπορούν να παρατηρηθούν και στο δωδεκαδάκτυλο ή να υπάρχει συνδυασμός με αδενώματα άλλων ενδοκρινών αδένων στα πλαίσια της πολλαπλής ενδοκρινικής αδενωμάτωσης τύπου 1. Τέλος αντί αδενωμάτων είναι δυνατόν να συμβαίνει υπερπλασία των κυττάρων G του άντρου. Μικροσκοπικά η πάχυνση των γαστρικών πτυχών οφείλεται κυρίως σε υπερπλασία των αδενίων με αύξηση των θεμελίων κυττάρων και υπερπλασία εντεροχρωμαϊνικών κυττάρων. Αντίθετα τα γαστρικά βοθρία είναι κανονικά σε εμφάνιση.

### ΕΛΚΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ<sup>41-42</sup>

**Διάβρωση.** Ονομάζεται η βλάβη που αφορά τις ανώτερες στιβάδες του γαστρικού ή δωδεκαδακτυλικού βλεννογόνου, έτσι ώστε να διατηρούνται μερικοί αδένες στο βάθος της αλλοιώσεως. Οπωσδήποτε δεν υπάρχει καταστροφή της βλεννογόνιας μυϊκής στιβάδας. Η διάβρωση μπορεί να αποκατασταθεί τελείως με επανεπιθηλίωση χωρίς να παραμείνει ουλή. Συνήθως οι διαβρώσεις είναι πολλαπλές και αφορούν διάφορα μέρη του στομάχου αλλά και του δωδεκαδακτύλου.

**Οξύ πεπτικό έλκος** ονομάζεται η βλάβη στην οποία οι αλλοιώσεις εκτείνονται σε ολόκληρο το πάχος του βλεννογόνου και στην βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα. Συνήθως τα οξέα έλκη αποτελούν συνέχεια της διάβρωσης και είναι πολλαπλά τόσο στον γαστρικό βλεννογόνο ιδίως του σώματος, όσο και στο δωδεκαδάκτυλο. Μικροσκοπικά, παρατηρείται απώλεια του βλεννογόνου, οξεία φλεγμονώδης διήθηση στους παρακεί-



μενους και υποκείμενους ιστούς, υπεραιμία των αγγείων και κάλυψη της εξελκωμένης επιφάνειας από πολυμορφοπυρηνικό εξίδρωμα και κατάλοιπα νεκρωμένων ιστών. Ινοβλαστική αντίδραση παρατηρείται σε μικρό μόνο βαθμό. Εάν αυτή είναι πιο εκτεταμένη και προκαλεί τελικά ουσιαστικά ουλοποίηση, τότε το έλκος πρέπει να καταταγεί στον υποξύ ή στον χρόνια τύπο. Γενικά τα οξέα έλκη είναι δυνατό να αποκατασταθούν τελείως με επανεπιθηλιοποίηση, χωρίς ουσιώδη σχηματισμό ουλής.

Αιτιολογικά η διάβρωση και το οξύ έλκος του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου μπορεί να οφείλονται και σε υπερβολικό κάπνισμα, λήψη ασπιρίνης και στεροειδών, shock, εκτεταμένα εγκαύματα, οξείες εγκεφαλικές βλάβες ή χειρουργικές επεμβάσεις και στο τελικό στάδιο της προθανάτιας αγωνίας.

**Χρόνιο πεπτικό έλκος.** Εδώ περιλαμβάνονται τα έλκη του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, στα οποία μετά πάροδο σημαντικού χρονικού διαστήματος δεν αποκαθίσταται η ακεραιότητα του βλεννογόνου. Αντίθετα δημιουργείται κολλαγόνος συνδετικός ιστός στη βάση του έλκους που εμποδίζει οριστικά την ανατομική αποκατάσταση.

Όλα τα χρόνια πεπτικά έλκη έχουν χαρακτηριστική ιστολογική εικόνα. Η βάση τους αποτελείται από τέσσερες στιβάδες. Εσωτερικά υπάρχει μια ζώνη από ινδοπυώδες εξίδρωμα και κάτω από αυτή διακρίνεται μια ηωσινόφιλη στιβάδα από νεκροβιωτικό ιστό. Ακολουθεί η ζώνη του κοκκιώδους ιστού με τα πολυάριθμα αγγεία, τους ινοβλάστες και τα φλεγμονώδη κύτταρα. Εξωτερικά βρίσκεται η ζώνη του κολλαγοποιούμενου συνδετικού ιστού που διακόπτει τη συνέχεια των μυϊκών στιβάδων και επεκτείνεται προς τα έξω προς τον ορογόνο χιτώνα.

## ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

### Καλοήθεις όγκοι<sup>43</sup>

Οι πιο συχνοί καλοήθεις όγκοι του στομάχου είναι οι πολύποδες. Στον περιγραφικό μακροσκοπικό αυτό όρο περιλαμβάνεται κάθε επεξεργασία που προβάλλει μέσα στον αυλό του στομάχου και μπορεί να αντιστοιχεί σε διάφορες, ανομοιογενείς παθολογικές και μορφολογικές αλλοιώσεις. Έτσι φλεγμονώδεις αλλοιώσεις που σχηματίζουν πολυπόδεις μάζες ονομάζονται «φλεγμονώδεις πολύποδες», ενώ αμαρτωμάδεις επεξεργασίες, όπως αυτές του συνδρόμου Peutz-Jeghers, ονομάζονται **αμαρτωμάτωσης πολύποδες**. Ο πιο συνηθισμένος γαστρικός πολύποδας είναι ο **μεταπλαστικός ή υπερπλαστικός** (80-90% όλων των επιθηλιακών πολυπόδων του στομάχου). Ιστολογικά αυτός αποτελείται από πυλωρικού ή γαστρικού τύπου αδένια, που μπορεί να είναι κυστικά και να περιέχουν βλέννα. Μεταξύ τους ανευρίσκονται κολλαγόνες ή λείες μυϊκές ίνες. Η επιφάνεια του πολύποδα καλύπτεται από επιφανειακού τύπου επιθηλιακά κύτταρα ενώ τα φλεγμονώδη στοιχεία είναι ελάχιστα. Οι πολύποδες αυτοί δεν έχουν ιδιαίτερα αυξημένη δυνατότητα κακοήθους εξαλλαγής και μακροσκοπικά είναι μισχωτοί ή άμισχοι. Ένας άλλος πιο σπάνιος γαστρικός πολύποδας σημαντικός για την αυξημένη δυνατότητα εξαλλαγής του προς καρκίνωμα, είναι ο **νεοπλασματικός ή αδενωματώδης πολύποδας** που θεωρείται ως ένα αδένωμα του στομάχου. Ο πολύποδας αυτός μπορεί να έχει αμιγή λαχνωτή (θηλώδες ή λαχνωτό αδένωμα), μικροσκοπική εμφάνιση. Συνηθέστερα είναι μικρής σωληνολανωτής μορφής (σωληνολαχνωτό αδένωμα). Μοιάζει με τα αδενώματα του παχέος εντέρου από πλευράς τόσο ιστολογίας, όσο και βιολογικής συμπεριφοράς. Μακροσκοπικά η βάση του είναι συνήθως ευρεία και η όψη της επιφάνειας του εξαρτάται από την ύπαρξη ή

όχι θηλών. Σε ένα μεγάλο ποσοστό τα επιθηλιακά στοιχεία των πολυπόδων αυτών είναι εντερικού τύπου και συχνά συνυπάρχουν με αλλοιώσεις ατροφικής γαστρίτιδας και εντερικής μετάπλασης. Τα κύτταρα αυτά μπορεί να δείχνουν ποικίλου βαθμού ατυπία και δυσπλασία, ώστε μερικές φορές να είναι δύσκολη η χάραξη των ορίων μεταξύ καλοήθων και κακοήθων μορφών. Σ αυτές τις περιπτώσεις μερικοί συγγραφείς χρησιμοποιούν τον όρο «οριακές αλλοιώσεις» (Border-line lesions).

Οι αδενωματώδεις πολυπόδες μπορεί να συνυπάρχουν με καρκίνο σε άλλο μέρος του στομάχου, ενώ η δυνατότητα κακοήθους εξαλλαγής αυτών των ίδιων είναι από όλους παραδεκτή και μερικοί ανεβάζουν το ποσοστό αυτής στο 40% των περιπτώσεων. Πολυπόδες στομάχου ανάλογοι με αυτούς που παρατηρούνται στο παχύ έντερο στην οικογενή πολυποδίαση είναι σπάνιοι.

Άλλα καλοήθη νεοπλάσματα του στομάχου είναι τα λιπώματα, τα σβανώματα και τα λειομυώματα. Τα τελευταία δεν είναι σπάνια γενικά στον γαστρεντερικό σωλήνα, συνήθως έχουν διάμετρο 2-3 εκ., συχνότερα είναι υποβλεννογόνια οπότε προβάλλουν στον αυλό και σπανιότερα ενδοτοιχικά ή υπορογόνια. Τα υποβλεννογόνια συχνά παρουσιάζουν μια κεντρική ή και περισσότερες ελκωτικές εμβαθύνσεις. Ιστολογικά αποτελούνται από διαπλεκόμενες δεσμίδες ατρακτοειδών λείων μυϊκών κυττάρων. Τα κριτήρια που πρέπει να αξιολογούνται για μια πιθανή κακοήθη φύση των λειομυωματώδων όγκων είναι το μεγάλο μέγεθός τους, ο αριθμός των μιτώσεων, η παρουσία διηθήσεως των παρακειμένων ιστών και λιγότερο η κυτταρική πολυμορφία και η υπερχρωμασία των πυρήνων.

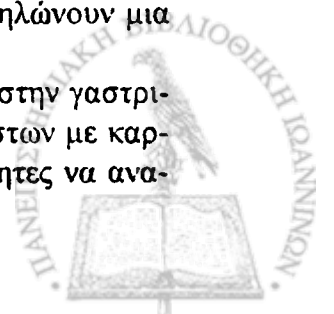
Ένας ειδικός τύπος νεοπλάσματος που προέρχεται από τα λεία μυϊκά κύτταρα είναι το λειομυοβλάστωμα ή επιθηλιοειδής λειομυωματώδης όγκος. Αυτός αποτελείται από πολυγωνικά και όχι επιμήκη κύτταρα, τα οποία έχουν άφθονο οξυφίλο ή διαυγές κυτταρόπλασμα, τα λειομυοβλαστώματα αναπτύσσονται συνήθως σε άτομα ηλικίας 50-70 ετών και έχουν τα μακροσκοπικά χαρακτηριστικά των γνήσιων λειομυωμάτων. Η συμπεριφορά των περισσότερων λειομυοβλαστωμάτων είναι καλοήθης και δεν πρέπει να συγχέονται με τα αδιαφοροποίητα λειομυοσαρκώματα. Παρόλα αυτά έχουν αναφερθεί μερικές περιπτώσεις λειομυοβλαστωμάτων, που έδωσαν μεταστάσεις σε επιχώριους λεμφαδένες, το ήπαρ και τους πνεύμονες.

Από τα αγγειακά νεοπλάσματα στον στόμαχο έχουν περιγραφεί το **τολυπόδες αμαγγείωμα** ή **γλομαγγείωμα** που είναι συνήθως καλοήθης και το **αγγειοσάρκωμα Karosi**. Σπλαχνικές εντοπίσεις σαρκώματος Karosi, ως γνωστόν, παρατηρούνται κυρίως σε άτομα με AIDS.

### Κακοήθεις όγκοι<sup>42-43-44</sup>

Το **καρκίνωμα** είναι το πιο συνηθισμένο κακοήθες νεόπλασμα του στομάχου (90-95% όλων των κακοήθων όγκων του στομάχου). Η συχνότητά του ποικίλει τόσο στις διάφορες χώρες όσο και σε περιοχές της ίδιας χώρας. Πρέπει να σημειωθεί ότι άτομα που μεταναστεύουν από χώρες με υψηλή συχνότητα καρκίνου του στομάχου, όπως η Ιαπωνία, η Χιλή και η Φινλανδία, σε χώρες με χαμηλότερη συχνότητα, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες και η Αυστραλία, εμφανίζουν βαθμιαία μείωση της συχνότητας ιδιαίτερα στην δεύτερη γενιά των απογόνων οπότε και φθάνει την τιμή που υπάρχει στον γενικό πληθυσμό του νέου περιβάλλοντος. Οι παρατηρήσεις αυτές υποδηλώνουν μια στενή σχέση ανάμεσα στον καρκίνο του στομάχου και στο περιβάλλον.

Γενετικοί επίσης παράγοντες φαίνεται να παίζουν κάποιο μικρό ρόλο στην γαστρική καρκινογένεση. Έχει βρεθεί ότι άνδρες και γυναίκες συγγενείς αρρώστων με καρκίνο του στομάχου έχουν τέσσερις περίπου φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να ανα-



πτύξουν ίδιο όγκο από ότι οι συγγενείς υγιών ατόμων. Επίσης άτομα της ομάδας αίματος Α εμφανίζουν συχνότερα καρκίνο του στομάχου.

Άλλοι ενοχοποιητικοί παράγοντες είναι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το επάγγελμα, η ακτινοβολία του περιβάλλοντος και κυρίως η διαίτα. Τελευταία σημαντικός ρόλος έχει αποδοθεί στις νιτροζαμίνες που είναι καρκινογόνες ουσίες. Πιστεύεται ότι σε περιπτώσεις εκτεταμένης εντερικής μετάπλασης μπορούν να αναπτυχθούν αποικίες μικροβίων που προκαλούν παραγωγή νιτροζαμινών από τις δευτερογενείς αμίνες και τα νιτρώδη ή νιτρικά άλατα των τροφών. Ο σχηματισμός πολυκυκλικών υδρογονανθράκων στις καπνιστές τροφές (π.χ. σολομός και πέστροφα) έχει επίσης συνδυασθεί με το υψηλό ποσοστό καρκίνου του στομάχου στους Ισλανδούς.

Σαν προκαρκινωμάτωσης καταστάσεις για τον καρκίνο του στομάχου έχουν αναφερθεί το έλκος του στομάχου, οι αδενωμάτωσης πολύποδες, η κακοήθης αναιμία, η χρόνια ατροφική γαστρίτιδα και η εντερική μετάπλαση, η νόσος του Menetrier, και το γαστρικό κολόβωμα.

Ο καρκίνος προσβάλλει κατά σειρά συχνότητας τις ακόλουθες θέσεις στομάχου: α)άντρο και πυλωρό (47%), β)σώμα (23%), γ)καρδιακή μοίρα (21%) και θόλο (2%).

Μακροσκοπικά το καρκίνωμα του στομάχου διακρίνεται σε πέντε κυρίως τύπους οι οποίοι κατά σειρά συχνότητας είναι : α)ελκωτικός, β)μυκητοειδής που προβάλλει στον αυλό του στομάχου, γ)διάχυτος όπου τα καρκινικά κύτταρα διηθούν διάχυτα όλο το τοίχωμα του στομάχου. Παλαιότερα ο τύπος αυτός ονομαζόταν «πλαστική λινίτιδα» και δ)επιφανειακά εξαπλούμενος καρκίνος (superficial spreading carcinoma). Η παραγωγή μεγάλης ποσότητας βλέννας από τα νεοπλασματικά κύτταρα ανεξάρτητα από τους τύπους που περιγράφηκαν πιο πάνω δημιουργεί μερικές φορές τα ονομαζόμενα «κολοειδή» ή «βλεννώδη» καρκινώματα.

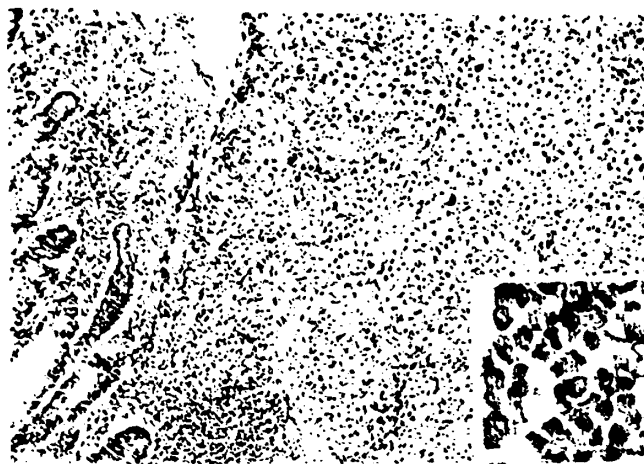
Μικροσκοπικά η ταξινόμηση των καρκινωμάτων του στομάχου ποικίλει σημαντικά. ανάλογα με τα ιστολογικά κριτήρια που χρησιμοποιούν οι διάφοροι συγγραφείς. Οι παλαιότερες ταξινομήσεις στηριζόταν κυρίως στην ύπαρξη ή όχι σωληνωδών σχηματισμών, στο ποσό του συνδετικού υποστρώματος και στην παραγωγή βλέννας (σωληνώδη, σκιρρώδη, βλεννώδη αδενοκαρκινώματα). Η ευρύτερα χρησιμοποιούμενη ταξινόμηση είναι αυτή του Lauren, που διακρίνει δύο κύριους τύπους **τον εντερικό και τον διάχυτο**.

**Ο εντερικός τύπος** χαρακτηρίζεται γενικά από αδενικούς σχηματισμούς με ή χωρίς θηλώδεις προσεκβολές ή από συμπαγείς αθροίσεις οι οποίες σχηματίζονται από σχετικά ευμεγέθη κύτταρα με υπερχρωματικούς πυρήνες και συχνές μιτώσεις. Εάν υφίσταται έκκριση, αυτή είναι μικρού βαθμού και εντοπίζεται στον αυλό των αδενικών σχηματισμών ή είναι ενδοκυττάρια.

Αντίθετα στον **διάχυτο τύπο** πολύ σπάνια σχηματίζονται μικροί μόνο αδενικοί σχηματισμοί και τα νεοπλασματικά κύτταρα αναπτύσσονται κυρίως διάχυτα ή χαλαρά, κατά μικρές ή μέτριου μεγέθους συμπαγείς αθροίσεις, τα κύτταρα αυτά είναι μικρά με ομαλά κυτταροπλασματικά όρια, λίγες μιτώσεις και μεγάλη συνήθως παραγωγή βλέννας, η οποία εναποτίθεται στο συνδετικό υπόστρωμα ή βρίσκεται ενδοκυττάρια σε πολύ μεγάλο αριθμό νεοπλασματικών κυττάρων. Τα τελευταία συχνά παίρνουν την μορφή «σφραγιστήρα δακτυλίου» (Εικ. 11).







*Εικόνα 11: Καρκίνωμα στομάχου, διαχύτου τύπου με κύτταρα σφραγιστήρα δακτυλίου*

Τα εντερικού τύπου καρκινώματα αφορίζονται συνήθως από τους παρακείμενους ιστούς και παρουσιάζουν μεγάλη φλεγμονώδη διήθηση του υποστρώματος. Αντίθετα τα διαχύτου τύπου καρκινώματα δεν αφορίζονται καλά και είναι πολύ λιγότερο διηθημένα από φλεγμονώδη στοιχεία. Προγνωστικά τα εντερικού τύπου καρκινώματα έχουν σχετικά μεγαλύτερο χρόνο επιβίωσης απ' ό,τι τα διάχυτα. Πολλοί διακρίνουν και έναν ενδιάμεσο ιστολογικό τύπο, τον **πυλωροκαρδιακό**. Αυτός εντοπίζεται συχνότερα στην καρδιακή ή την πυλωρική μοίρα του στομάχου και αποτελείται από αδένια που επενδύονται με κύτταρα τα οποία συνήθως έχουν κενοτοπιώδες κυτταρόπλασμα. Προγνωστικά ο πυλωροκαρδιακός τύπος τοποθετείται μεταξύ του εντερικού και του διάχυτου της προηγούμενης διαιρέσεως του Lauren. Κατά την ταξινόμηση της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας διακρίνονται τέσσαρες ιστολογικοί τύποι : ο θηλώδης, ο σωληνώδης, ο βλενώδης και ο τύπος με κύτταρα σφραγιστήρος δακτυλίου. Πολλές φορές πάντως παρατηρούνται μικτές ιστολογικές εικόνες. Εκείνο όμως που πρέπει να τονισθεί είναι ότι περισσότερο από την ιστολογική σημασία στην πρόγνωση του καρκίνου του στομάχου έχει η σταδιοποίηση. Έτσι ο παθολογοανατόμος πρέπει να αναφέρει στην έκθεσή του το βάθος του γαστρικού τοιχώματος που διηθείται από τον όγκο, την παρουσία ή όχι διηθημένων επιχώριων ή και απομακρυσμένων λεμφαδένων και τέλος την πλήρη ή όχι εξαίρεση του νεοπλασματος.

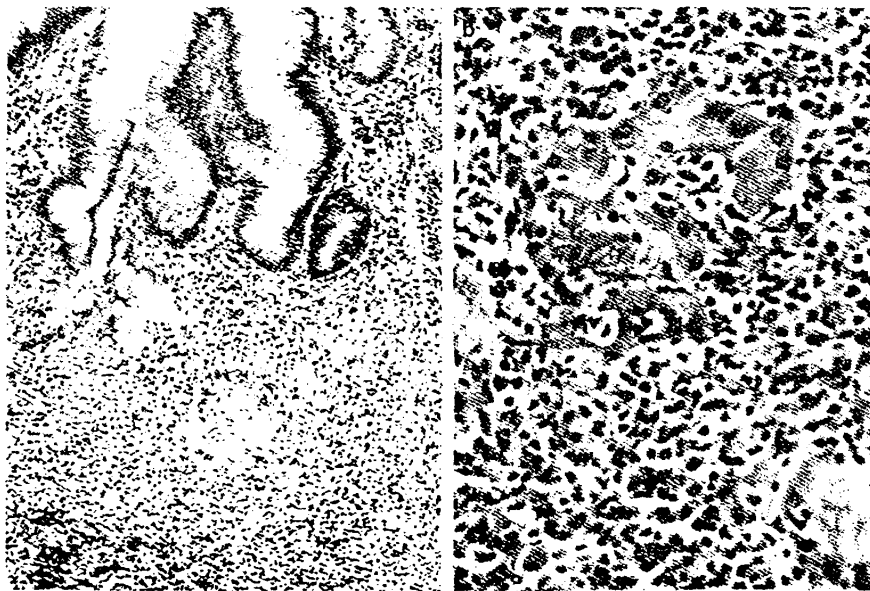
Στο 70% περίπου των χειρουργικών παρασκευασμάτων με καρκίνο του στομάχου βρίσκονται μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες. Η διήθηση των υπερκλειδίων λεμφαδένων είναι επίσης πολύ γνωστή αλλά όχι τόσο συχνή όσο αρχικά πιστευόταν. Στο 20-40% νεκροτομικού υλικού βρίσκονται μεταστάσεις του καρκίνου του στομάχου στο ήπαρ και στους πνεύμονες, ενώ στο 10% παρατηρείται διασπορά στις ωθήκες (όγκος Krukenberg).

**Πρώιμο καρκίνωμα στομάχου**<sup>43-44</sup> (Early gastric cancer). Ονομάζεται το καρκίνωμα που περιορίζεται στον βλεννογόνο (ενδοβλεννογονικό καρκίνωμα) ή το πολύ στον υποβλεννογόνο χιτώνα του στομάχου (ενδοϋποβλεννογονικό καρκίνωμα) ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή μη επιχώριων λεμφαδενικών μεταστάσεων. Το καρκίνωμα αυτό διακρίνεται στους τρεις ακόλουθους κύριους τύπους με βάση τα μακροσκοπικά, ενδοσκοπικά και εγχειρητικά χαρακτηριστικά : α) τον προβάλλοντα, β) τον επιφανειακό και γ) τον διαβρωτικό. Ιστολογικά ο βαθμός διαφοροποίησης ποικίλει σημαντικά στους διάφορους μακροσκοπικούς τύπους του πρώιμου γαστρικού καρκινώματος από τα πολύ καλά διαφοροποιημένα (δυσδιαγνωστικά στο βιοπτικό υλικό) μέχρι

τα αδιαφοροποίητα νεοπλάσματα. Η δυνατότητα διάγνωσης του πρώιμου καρκινώματος του στομάχου έχει αυξηθεί με την μεγάλη βελτίωση των μέσων γαστροσκόπησης. Η σημασία της εξακρίβωσης αυτής έγκειται στο γεγονός ότι το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης μετά από χειρουργική θεραπεία του πρώιμου γαστρικού καρκινώματος είναι περίπου 95%.

**Αδενοπλακώδες και ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα στομάχου.** Το πρώτο είναι σπάνιο και αποτελείται από διάφορες αναλογίες αδενικών και πλακωδών νεοπλασματικών κυτταρικών στοιχείων. Το αποκλειστικά ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα είναι ακόμα πιο σπάνιο και έχει περιγραφεί μετά από μακροχρόνια θεραπεία με κυκλοφωσφαμίδη.

**Άλλα κακοήθη νεοπλάσματα του στομάχου.** α. **Λειομυοσαρκώματα.** Αντιπροσωπεύουν το 2% των κακοήθων νεοπλασμάτων του στομάχου. Ιστολογικά αποτελούν το σαρκωματώδες αντίστοιχο των λειομυωμάτων ή των λειομυοβλαστωμάτων. β. **Νεοπλάσματα από ενδοκρινικά κύτταρα.** Ομοιάζουν με αυτά του εντέρου, όπου περιγράφονται. γ. **Σάρκωμα Kaposi.** ε. **Διάφορα σπάνια πρωτοπαθή κακοήθη νεοπλάσματα,** όπως το πρωτοπαθές χοριοεπιθηλίωμα. στ. **Κακοήθη λεμφώματα του στομάχου.** Ο στόμαχος και γενικά ο γαστρεντερικός σωλήνας προσβάλλονται όχι σπάνια δευτεροπαθώς στα πλαίσια ενός γενικευμένου κακοήθους λεμφώματος (Εικ. 12). Τα πρωτοπαθή κακοήθη λεμφώματα του στομάχου αντιπροσωπεύουν το 3% των κακοήθων γαστρικών νεοπλασμάτων. Είναι καλύτερης πρόγνωσης από ότι τα αντίστοιχα καρκινώματα. Συνήθως είναι Β-κυτταρικής αρχής, υψηλής κακοήθειας τύπου κεντροβλαστικού ή και ανοσοβλαστικού.



*Εικόνα 12: Κακοήθες λέμφωμα στομάχου τύπου MALT με λεμφοεπιθηλιακές αλλοιώσεις σε μικρή και μεγάλη μεγέθυνση.*

Ορισμένοι συγγραφείς έχουν εισαγάγει την έννοια των κακοήθων λεμφωμάτων του σχετιζόμενου με βλεννογόνους λεμφικού ιστού (MALT - Malignant Lymphomas) βασισμένοι σε ορισμένους ανοσοϊστοχημικούς και μορφολογικούς χαρακτήρες. Κατ' αυτούς τα λεμφοειδή κύτταρα του χορίου του βλεννογόνου, που έχουν εντομή, δεν είναι κεντροκύτταρα αλλά ιδιαίτερος τύπος κυττάρων με αφθονότερο κυτταρόπλασμα και με ομοιότητες προς τα κύτταρα του μανδύα των λεμφοζιδίων του σπλήνα και των λεμφαδένων (mantle zone lymphoid cells). Τα λεμφώματα αυτά είναι χαμηλού ή μέσου

βαθμού κακοηθείας και αντιστοιχούν στα από άλλους συγγραφείς περιγραφόμενα κεντροβλαστικά - κεντροκυτταρικά κακοήθη λεμφώματα και πολύμορφα ανοσοκυτώματα του γαστρεντερικού σωλήνα. Ιδιαίτερα θα πρέπει να μη λησμονάτε ότι ο καθορισμός του βαθμού κακοηθείας σε υλικό γαστρικών βιοψιών είναι σχεδόν ανέφικτος. Συγκεκριμένα οι περιοχές οι διαγνωστικές λεμφώματος υψηλής κακοηθείας συνήθως είναι εστιακές ή και μεμονωμένες. Τα πρωτοπαθή πλασματοκυτώματα του στομάχου είναι σπανιότατα. όταν αφαιρεθούν οι περιπτώσεις των καλουμένων λεμφοπλασματοκυτταροειδών ανοσοκυττωμάτων. Αντίθετα πυκνές πλασματοκυτταρικές διηθήσεις με άφθονα σωμάτια Russel συνοδεύουν τα γαστρικά καρκινώματα. Πρωτοπαθείς περιπτώσεις νόσου του Hodgkin στον γαστρεντερικό σωλήνα είναι πρακτικά ανύπαρκτες. Τέλος περιπτώσεις T-κυτταρικής αρχής κακοήθων λεμφωμάτων στον στόμαχο σπανίζουν. Ιδιαίτερα θα πρέπει να μνημονευθούν τα ψευδολεμφώματα του στομάχου. Συνήθως συνοδεύουν ένα χρόνια έλκος, μπορούν όμως να επιμένουν και μετά την επούλωσή του. Όχι σπάνια παρουσιάζουν κατά βάθος «διηθητική» ανάπτυξη και διάσπαση του μυϊκού χιτώνα. Εν τούτοις ιστολογικά παρουσιάζουν οργανωμένα λεμφοζίδια με βλαστικά κέντρα και μικτό κυτταρικό πληθυσμό με φλεγμονώδη στοιχεία. μεταξύ των οποίων πολλές φορές και ηωσινόφιλα λευκοκύτταρα. Χαρακτηριστικά στα ψευδολεμφώματα δεν ανευρίσκονται κύτταρα με εντομή (κεντροκύτταρα) εκτός των βλαστικών κέντρων.

ζ. **Μεταστατικά κακοήθη νεοπλάσματα στομάχου.** Μπορεί να είναι μονήρη ή πολλαπλά και συνήθως διηθούν τον υποβλεννογόνο χιτώνα και τις παρακείμενες μοίρες του μυϊκού χιτώνα και του χορίου του βλεννογόνου. Συνήθως αντιστοιχούν σε μεταστάσεις κακοήθων μελανωμάτων και καρκινωμάτων μαστού, πνεύμονα, παγκρέατος, θυρεοειδούς αδένα και προστάτη.

## ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ

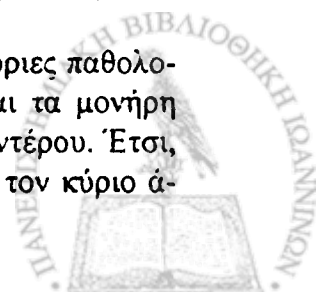
### ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

**Φυματίωση του εντέρου**<sup>44-45</sup>. Σπάνια είναι πρωτοπαθής, κυρίως σε παιδιά μετά τη λήψη μολυσμένου με μυκοβακτηρίδια γάλατος αγελάδας. Συχνότερα είναι δευτεροπαθής και οφείλεται σε κατάποση μολυσμένων πτυέλων που προέρχονται από σπηλαιώδη φυματίωση των πνευμόνων.

Οι μακροσκοπικές αλλοιώσεις του εντέρου ποικίλουν σημαντικά ανάλογα με τη σοβαρότητα της λοίμωξης. Είναι πολλαπλές και αναπτύσσονται κυρίως στην περιοχή του τελικού ειλεού. Παρατηρείται ανάπτυξη ελλειψοειδών ελκών που φέρονται εγκάρσια προς τον επίμηκη άξονα του εντέρου και έχουν υπεσκαμμένα χείλη. Σε χρόνια φυματιώδη έλκη αναπτύσσεται συνδετικός ιστός που προκαλεί στένωση του εντέρου. Οι επιχώριοι μεσεντέριοι λεμφαδένες είναι διογκωμένοι.

Ιστολογικά τόσο στις εντερικές βλάβες όσο και στους λεμφαδένες ανευρίσκονται τυπικά φυμάτια με κεντρική τυροειδή νέκρωση. Στα φυμάτια είναι δυνατό να αναγνωρισθούν τα μυκοβακτηρίδια με την ειδική χρώση Ziehl - Nielsen. Η ιστολογική διαφορική διάγνωση της φυματίωσης του εντέρου πρέπει να γίνει κυρίως από τη νόσο του Crohn.

**Τυφοειδής πυρετός**<sup>43-45</sup>. Οφείλεται στη Σαλμονέλα του τύπου. Οι κύριες παθολογοανατομικές αλλοιώσεις αφορούν τις Παυέριες πλάκες του ειλεού και τα μονήρη λεμφοζίδια κυρίως του λεπτού εντέρου και πολύ λιγότερο του παχέος εντέρου. Έτσι, μακροσκοπικά σχηματίζονται εξελκώσεις που φέρονται επιμήκως προς τον κύριο ά-



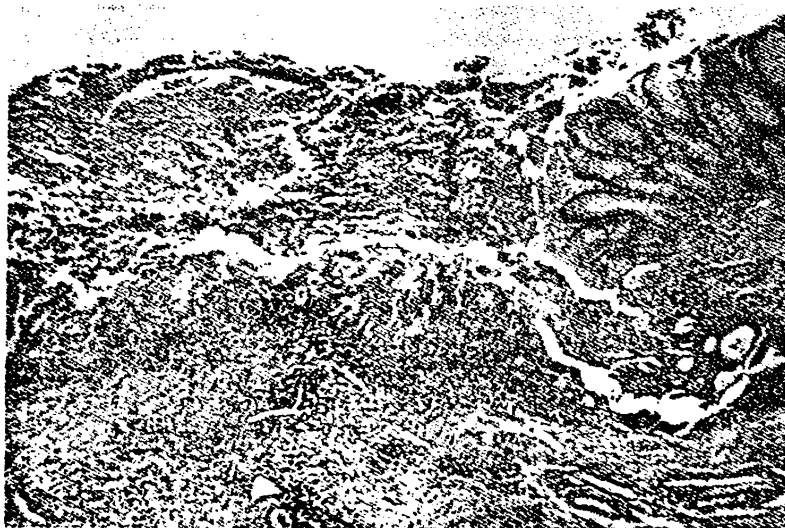
ξονα του εντέρου. Στην διάρκεια της αποκατάστασης των ελκών δεν παρατηρείται σημαντική ίνωση, γι' αυτό και δεν προκαλείται συνήθως στένωση του εντέρου. Οι μεσεντέριοι λεμφαδένες είναι διογκωμένοι και ιστολογικά παρουσιάζουν εστίες νέκρωσης. Παρόμοιες νεκρώσεις ανευρίσκονται στον λεμφικό ιστό του εντέρου. Οι νεκρώσεις αυτές συρρέουν και τελικά προκαλούν απόπτωση του υπερκείμενου βλεννογόνου και εξέλκωση. Στις αλλοιωμένες περιοχές παρατηρείται σημαντική διήθηση από λεμφοκύτταρα, πλασματοκύτταρα και χαρακτηριστικά «τροποποιημένα» ιστοκύτταρα.

Η κυριότερη επιπλοκή των εντερικών αλλοιώσεων είναι η διάτρηση στις εξελκωμένες περιοχές καθώς και η αιμορραγία. Άλλες επιπλοκές είναι η μυοκαρδίτιδα, νεκρώσεις στο ήπαρ, τους νεφρούς και τον μυελό των οστών και η εκφύλιση τύπου Zenker στους κοιλιακούς μυς.

**Παρατυφικές λοιμώξεις.** Αυτές οφείλονται σε δύο κυρίως τύπους της Σαλμονέλας του παράτυφου. Τόσο οι ιστοπαθολογικές όσο και οι κλινικές εκδηλώσεις των λοιμώξεων αυτών είναι αρκετά πιο ήπιες από αυτές του τύφου.

**Υερσινιάσεις.** Οφείλονται στις υερσινίες ή παστερέλλες. α) Υερσίνια της ψευδοφυματίωσης. Προκαλεί κυρίως μεσεντέριες λεμφαδενίτιδα, μπορεί όμως να προσβάλει τον ειλέο και τη σκωληκοειδή απόφυση. Κλινικά και μακροσκοπικά οι αλλοιώσεις μοιάζουν μ' αυτές της φυματίωσης και της νόσου του Crohn. Μικροσκοπικά όμως υπάρχουν τα τυπικά κοκκιώματα με την κεντρική νέκρωση και αποστηματοποίηση. β) Υερσίνια εντεροκολιτική, προσβάλει κυρίως την σκωληκοειδή απόφυση και τους λεμφαδένες του μεσεντεριδίου, κυρίως παιδιών, με κλινικά συμπτώματα οξείας σκωληκοειδίτιδας. Μικροσκοπικά τόσο στον βλεννογόνο της σκωληκοειδούς όσο και στους λεμφαδένες παρατηρούνται υπερπλασία της T-ζώνης, αλλά και των βλαστικών κέντρων. Στα τελευταία μπορεί να υπάρχουν πολυμορφοπυρηνικές διηθήσεις. Οι λεμφοκύτταροι στους λεμφαδένες είναι διευρυσμένοι και γεμίζουν από ανοσοβλαστικά κυτταρικά στοιχεία. Τα τελευταία αφθονούν και στον εξωλεμφοζιδιακό ιστό.

**Μικροβιακή δυσεντερία.** Αυτή οφείλεται στο βακτηρίδιο της δυσεντερίας και χαρακτηρίζεται από επιπόλαιες αλλά μεγάλες σε έκταση ακανόνιστες εξελκώσεις, που θυμίζουν γεωγραφικό χάρτη.



Εικόνα 13: Νεκρωτική εντεροκολίτιδα μικρή μεγέθυνση



**Νεκρωτική εντεροκολίτιδα.** Ο όρος αυτός φαίνεται ότι περικλείει διάφορες παθολογικές παθήσεις που χαρακτηρίζονται από νέκρωση των κυττάρων της επιφανειακής κυρίως στιβάδας του εντερικού βλεννογόνου και επικάλυψη από μεμβράνες. Οι τελευταίες αποτελούνται από βλέννα, νεκρωμένα κύτταρα, λίγα πολυμορφοπύρρηνα και ινική. Το χόριο του βλεννογόνου είναι οιδηματώδες με μικρή σχετικά φλεγμονώδη διήθηση. Έτσι η ιστολογική αυτή εικόνα μπορεί να παρατηρηθεί: α) σε μερικές περιπτώσεις ισχαιμικής εντερικής νόσου, όπως ήδη έχει περιγραφεί, και η οποία μπορεί να συνοδεύεται ή όχι από δευτεροπαθή λοίμωξη με διάφορα μικρόβια, β) σε ηλικιωμένα άτομα που υποβλήθηκαν σε βαρειές εγχειρήσεις ή υποφέρουν από καρδιαγγειακές ανωμαλίες. Χρησιμοποιείται και ο όρος αιμορραγική ή νεκρωτική εντεροπάθεια (Εικ. 13).

**Νόσος του Whipple.** (Εντερική λιποδυστροφία). Προσβάλλει κυρίως άνδρες μέσης ηλικίας που εμφανίζουν μεταναστευτική πολυαθραλγία, στεατόρροια και καχεξία. Είναι δυνατόν να παρατηρηθούν επίσης ινώδης περικαρδίτιδα, εκβλαστήσεις της αορτικής βαλβίδας και συστηματική διόγκωση λεμφαδένων. Όμως τα κύρια συμπτώματα οφείλονται συνήθως σε αλλοιώσεις του γαστρεντερικού σωλήνα. Η αιτιολογία της νόσου του Whipple δεν είναι απόλυτα διευκρινισμένη. Σήμερα, μετά από ευρήματα του ηλεκτρονικού μικροσκοπίου, πιστεύεται ότι οφείλεται σε κάποιο μικροβιακό παράγοντα. Μακροσκοπικά, το έντερο είναι διατεταμένο, με παχιά δύσκαμπτα τοιχώματα. Οι μεσεντέριοι λεμφαδένες είναι διογκωμένοι.

Μικροσκοπικά παρατηρείται κάποιος βαθμός ατροφίας των εντερικών λαχνών και πάχυνση της βασικής μεμβράνης. Στο χόριο του βλεννογόνου βρίσκονται μακροφάγα κύτταρα, που εμφανίζουν στο κυτταρόπλασμα κενοτόπια λίπους. Τα περισσότερα όμως περιέχουν κοκκώδες υλικό, που είναι θετικό με τη χρώση PAS και αντέχει στην πέψη με διάσταση. Το υλικό αυτό αντιστοιχεί σε φαγοκυτταρωμένα μικρόβια, όπως αποκαλύπτεται με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο. Παρόμοια μακροφάγα μπορούν να ανευρεθούν επίσης στον υποβλεννογόνο χιτώνα, στους επιχώριους ή πιο απομακρυσμένους λεμφαδένες καθώς επίσης, όχι σπάνια, στον μυελό των οστών. Πολυπύρρηνα γιγαντοκύτταρα πρακτικά δεν παρατηρούνται.

**Νόσος του Crohn.** Η νόσος πρωτοπεριγράφηκε από τον Crohn σαν μια πάθηση που αφορούσε μόνο τον τελικό ειλεό (τελική ειλεΐτιδα). Σήμερα έχει αποδειχθεί ότι η νόσος του Crohn προσβάλλει όλον τον γαστρεντερικό σωλήνα από την στοματική κοιλότητα μέχρι και αρθρικές εντοπίσεις της.

Η αιτιολογία της νόσου αποτέλεσε αντικείμενο πολλών συζητήσεων. Φαίνεται ότι ο αιτιολογικός παράγοντας, αν βέβαια είναι ένας μόνο, είναι ακόμη άγνωστος. Κατά καιρούς η νόσος του Crohn έχει συσχετισθεί με τη φυματίωση, την σαρκοειδωση, την φλεγμονή από την παστερέλα της ψευδοφυματίωσης, με ανοσοβιολογικούς μηχανισμούς κ.λ.π. Σήμερα πιστεύεται ότι η νόσος μπορεί να οφείλεται στην είσοδο υπολειμματικών ουσιών του εντερικού περιεχομένου μέσα στο τοίχωμα και κυρίως στους λεμφικούς ιστούς του γαστρεντερικού σωλήνα προκαλώντας κινητοποίηση παθολογικού ανοσομηχανισμού. Η φύση των ουσιών αυτών μπορεί να είναι ζωική, φυτική, ή και ανόργανη.

Μακροσκοπικά παρατηρούνται σε συνδυασμό ή με μεμονωμένα, οι ακόλουθοι τρεις τύποι αλλοιώσεων: α. **ελκωτικός τύπος.** Αρχικά παρατηρούνται ακανόνιστα «αφθοειδή» έλκη, που χωρίζονται από υγιή βλεννογόνο, β. **ο στενωτικός τύπος.** Οι στενώσεις του τοιχώματος του εντέρου μπορεί να είναι μονήρεις ή πολλαπλές, βραχείες ή μακρές, και στην κλασική μορφή της νόσου ο τελικός ειλεός παίρνει τη μορφή «λαστιχένιου» σωλήνα, γ. **ο τύπος που θυμίζει «πλακόστρωτο».** Αυτός οφείλεται στον σχηματισμό γραμμοειδών ή σχισμοειδών συριγγωδών χώρων, που αναστομώνο-

νται μεταξύ τους και περιβάλλουν τμήματα του εντερικού βλεννογόνου. τα τελευταία έχουν ανυψωθεί εξαιτίας των φλεγμονωδών στοιχείων που αθροίζονται στο χόριο και στον υποβλεννογόνο χιτώνα. Ο σχηματισμός των αλλοιώσεων αυτών μπορεί να επεκτείνονται σ' όλο το πάχος του εντερικού τοιχώματος μέχρι και τον ορογόνο είναι χαρακτηριστικός για τη νόσο του Crohn. Επίσης, δεν είναι σπάνιες οι συμφύσεις του γαστρεντερικού σωλήνα, με τους παρακείμενους ιστούς. Μεταξύ των πηγμάτων του εντέρου που έχουν προσβληθεί από τη νόσο παρεμβάλλονται ποικίλου μήκους τμήματα κανονικού εντερικού ιστού (τμηματική ή κατά τόπους ειλείτιδα).

Ιστολογικά παρατηρείται φλεγμονώδης διήθηση, που χαρακτηριστικά αφορά όλους τους χιτώνες του εντερικού τοιχώματος και συνίσταται κυρίως από λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα, ενώ τα πολυμορφοπύρρηνα είναι σπάνια. Τα λεμφοκύτταρα μπορεί να σχηματίζουν λεμφοζιδιακές αθροίσεις ή να διατίθεται γύρω από αγγειακούς χώρους. Επίσης παρατηρούνται σχισμοειδείς χώροι, που επεκτείνονται από τον βλεννογόνο Βάθια στους υποκείμενους χιτώνες και που τα τοιχώματά τους αποτελούνται από κοκκιώδη, αγγειοβριθή ιστό (συριγγώδεις σχηματισμοί). Το κύριο όμως εύρημα είναι τα «σαρκοειδόμορφα» κοκκιώματα που αποτελούνται από γιγαντοκύτταρα τύπου Langhans και επιθηλιοειδή κύτταρα χωρίς κεντρική νέκρωση. Τα κοκκιώματα αυτά έχουν συνήθως διάμετρο και μπορεί να βρεθούν επίσης στον ορογόνο και, στο 1/4 των περιπτώσεων, στους επιχώριους λεμφαδένες. Σε μερικές περιπτώσεις τα κοκκιώματα μπορεί να υαλοειδοποιούνται και να ατροφούν, η ένταση της φλεγμονής να μειώνεται σημαντικά και να επέρχεται σχετική αποκατάσταση των ελκών. Οι περιπτώσεις αυτές θεωρούνται ως ευρισκόμενες σε στάδιο αποκατάστασης. Πρέπει να σημειωθεί ότι αυτόματη, πλήρης αποκατάσταση της νόσου Crohn έχει περιγραφεί πολύ σπάνια. Ιστολογικά η νόσος του Crohn πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί κυρίως από την ελκώδη κολίτιδα, τη φυματίωση, την εκκολπωματώδη νόσο (εκκολπωματίτιδα) και την σαρκοείδωση.

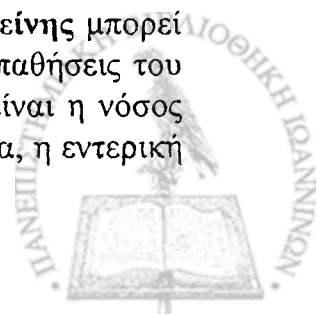
### ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΥΣΑΠΟΡΡΟΦΗΣΕΩΣ

Το σύνδρομο δυσαπορρόφησης διακρίνεται :

α. Στο πρωτοπαθές<sup>16</sup> που κλασικά περιλαμβάνει : 1 την τροπική στεατόρροια και 2. την μη τροπική στεατόρροια και κοιλιοκάκη.

β. Στο δευτεροπαθές<sup>16</sup> που οφείλεται σε αλλοιώσεις άλλων γαστρεντερικών παθήσεων. όπως η νόσος του Crohn, η φυματίωση, τα κακοήθη λεμφώματα, η αμυλοείδωση και διάφορες εντερίτιδες. Βέβαια δευτεροπαθές κλινικό σύνδρομο στεατόρροιας μπορεί να εμφανισθεί και σε χρόνιες παγκρεατίτιδες.

Επειδή ορισμένες ουσίες απορροφώνται εκλεκτικά από συγκεκριμένα τμήματα του εντέρου (π.χ. ο σίδηρος από το δωδεκαδάκτυλο, η Β12 από τον ει.εό), γι' αυτό ανάλογα με την παθολογικά προσβαλλόμενη περιοχή, επηρεάζεται και η διεργασία απορρόφησης διαφόρων ουσιών. Τα συνηθέστερα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα του συνδρόμου δυσαπορρόφησης είναι: χρόνια διάρροια, στεατόρροια, απώλεια βάρους, μυική εξασθένηση, αφυδάτωση, υπόταση, υπογλυκαιμία, αβιταμινώσεις, αναιμία και υποπρωτεϊναιμία. Η τελευταία συνοδεύεται από οίδημα που οφείλεται όχι μόνο στην παρακώλυση της εντερικής απορρόφησης αμινοξέων, αλλά και στην απώλεια και διαρροή πρωτεϊνών από το έντερο. Η εντεροπάθεια με απώλεια πρωτεΐνης μπορεί να είναι : α)ιδιοπαθής, β)δευτεροπαθής, οπότε και συνοδεύει διάφορες παθήσεις του εντέρου και του γαστρεντερικού σωλήνα γενικότερα. Αυτές συνήθως είναι η νόσος του Whipple, η ελκώδης κολίτιδα, η τροπική και μη τροπική στεατόρροια, η εντερική λεμφοαγγειεκτασία, η νόσος του Menetrier, το γαστρικό καρκίνωμα κ.α.



Για την ακριβή διάγνωση του συνδρόμου χρησιμοποιούνται πολλές κλινικοεργαστηριακές μέθοδοι μεταξύ των οποίων τον σπουδαιότερο ρόλο παίζει η βιοψία το βλεννογόνου του λεπτού εντέρου. Με την ιστολογική εξέταση του υλικού των βιοψιών είναι δυνατόν να καθορισθεί εάν πρόκειται για δευτεροπαθές ή πρωτοπαθές σύνδρομο δυσαπορροφήσεως. Στην πρώτη περίπτωση διαπιστώνονται οι ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις που χαρακτηρίζουν την υποκείμενη εντερική πάθηση, όπως νόσο του Crohn κ.λ.π. Στις περιπτώσεις, εξάλλου πρωτοπαθούς συνδρόμου δυσαπορροφήσεως, ανεξαρτήτως αιτιοπαθογένειας παρατηρούνται ορισμένες κοινές, χαρακτηριστικές αλλοιώσεις του γαστρικού βλεννογόνου. Συγκεκριμένα συμβαίνει ατροφία των εντερικών λαχνών που διακρίνεται σε:

α. Μερική ατροφία. Οι λάχνες είναι μικρότερες, ευρύτερες από το κανονικό και αναστομώνονται μεταξύ τους. Αντίθετα οι κρύπτες του Lieberkuhn είναι υπερπλαστικές.

β. Υφολική ατροφία. οι λάχνες ατροφούν και αποπλατώνονται ακόμη περισσότερο και συνενούμενες μεταξύ τους προκαλούν σημαντική ή σχεδόν πλήρη επιπέδωση του εντερικού βλεννογόνου. Οι εντερικές κρύπτες συνήθως έχουν μάλλον κανονικό ύψος, το συνολικό όμως πάχος του βλεννογόνου είναι μειωμένο. Συνήθως συνυπάρχει σημαντική πλασματοκυταρική και λεμφοκυτταρική διήθηση του χορίου του βλεννογόνου.

Εκτός από τον ατροφικό τύπο των αλλοιώσεων ορισμένοι διακρίνουν και δύο άλλους: τον υποπλαστικό, με ατροφία λαχνών και υποπλασία κρυπτών και τον υπερπλαστικό με αύξηση του ύψους λαχνών και κρυπτών. Οι δύο τελευταίοι τύποι δεν παρατηρούνται στο κλασικό πρωτοπαθές σύνδρομο δυσαπορροφήσεως, αλλά συνοδεύουν άλλες παθήσεις όπως κακώθης λέμφωμα του εντέρου και μάλιστα το «μεσογειακό», την ερπητοειδή δερματίτιδα, τη νόσο Kwashiorkor κ.α.

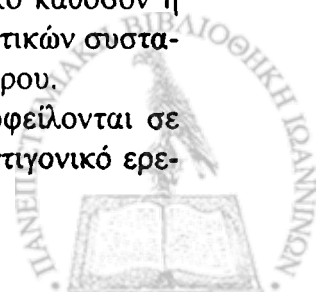
#### Αιτιοπαθογένεια Πρωτοπαθούς συνδρόμου δυσαπορροφήσεως<sup>46</sup>

**A. Τροπική στεατόρροια<sup>46</sup> (Tropical sprue).** Είναι νόσος που ενδημεί σε τροπικές χώρες, όπου υπάρχει υψηλή συχνότητα εντερικών παρασιτώσεων και εντερικών λοιμώξεων. Η νόσος υποχωρεί με τη χορήγηση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος ενώ η ειδική δίαιτα, η ελεύθερη γλουτένης, δεν φέρει αποτέλεσμα.

**B. Εντεροπάθεια από γλουτένη<sup>46</sup>.** Περιλαμβάνει την μη τροπική στεατόρροια των ενηλίκων και την κοιλιοκάκη (coeliac disease) των παιδών. Εκτός από τις ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις που περιγράφηκαν πιο πάνω, μερικές φορές παρατηρείται εναπόθεση κολλαγόνου, και ορισμένοι μιλούν για ειδική νοσολογική οντότητα, την «κολογονοστεατόρροια». Οι ιστολογικές και κλινικές εκδηλώσεις υποχωρούν με δίαιτα ελεύθερης γλουτένης.

**Γ. Άλλες μορφές<sup>46</sup>.** Έχει παρατηρηθεί ότι σε ορισμένες περιπτώσεις κοιλιοκάκης η υποχώρηση των εκδηλώσεων γίνεται με δίαιτα ελεύθερη γάλακτος και όχι γλουτένης, ενώ σε άλλες δεν υπάρχει καμιά βελτίωση και με τις δύο δίαιτες. Επίσης κλινικές και ιστολογικές εκδηλώσεις πρωτοπαθούς συνδρόμου ευαίσθητου και μη στην γλουτένη έχουν παρατηρηθεί, όχι σπάνια, σε άτομα με ανεπάρκεια σφαιρίνης IgA ή με υπογαμμασφαιριναιμία. Περίπου 1% των ασθενών με τροπική και μη στεατόρροια υποφέρει από πρωτοπαθή «χυμική» ανοσοεπάρκεια. Αυτό φαίνεται λογικό καθόσον η τοπική βλεννογονική ανοσοαντίδραση τροποποιεί την απορρόφηση θρεπτικών συστατικών και τον ρυθμό αναπαραγωγής των επιθηλιακών κυττάρων του εντέρου.

Σήμερα πιστεύεται ότι οι αλλοιώσεις του εντερικού βλεννογόνου οφείλονται σε τοπική ανοσολογική φλεγμονώδη αντίδραση η οποία οφείλεται στον αντιγονικό ερε-





θισμό από την γλουτένη, το γάλα, τα μικροβιακά προϊόντα ή άλλα άγνωστα αντιγόνα ανάλογα με την μορφή του πρωτοπαθούς συνδρόμου δυσαπορροφήσεως.

## ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

### Καλοήγη επιθηλιακά νεοπλάσματα

Συνηθέστερη μορφή<sup>47</sup> αυτών είναι οι αδενωματώδεις πολύποδες, που όμως απαντούν κατεξοχήν στο παχύ έντερο, όπου και περιγράφονται λεπτομερέστερα.

**Όγκοι από τα ενδοκρινικά κύτταρα του εντέρου.** Το διάχυτο ενδοκρινικό ή APUD σύστημα και τα διάφορα είδη κυττάρων που ανήκουν σ' αυτό, καθώς και η κατανομή τους περιγράφονται στα επιμέρους τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα. Από τα κύτταρα αυτά μπορούν να δημιουργηθούν όγκοι, που είναι αδύνατον να διαχωριστούν σε διάφορες κατηγορίες με απλές ιστολογικές μεθόδους. Μια μεγάλη κατηγορία αποτελούν τα λεγόμενα **αργενταφινώματα ή καρκινοειδή**. Τα κύτταρά τους εκκρίνουν 5-υδροξυτρυπταμίνη και πιθανόν βραδυκινίνη. Το 70% των καρκινοειδών είναι καλοήγη και αναπτύσσονται στην σκωληκοειδή απόφυση νέων ατόμων όπου και πολλές φορές βρίσκονται τυχαίως. Τα υπόλοιπα αναπτύσσονται κυρίως στον ειλεό ηλικιωμένων και, όχι σπάνια, συνυπάρχουν με άλλους όγκους από ενδοκρινικά κύτταρα σε άλλα σημεία του εντέρου. Μακροσκοπικά τα καρκινοειδή βρίσκονται κυρίως στον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο χιτώνα και είναι συνήθως κιτρινωπά. Ιστολογικά παρατηρούνται κυρίως συμπαγείς μάζες ή αναστομούμενες δοκίδες από στρογγύλα μετρίου μεγέθους ομοιόμορφα κύτταρα, που έχουν ευχρωματικό πυρήνα και αρκετά ελαφροχρωματικό κυτταρόπλασμα. Στην περιφέρεια των συμπαγών αθροίσεων βρίσκονται μικρότερα κύτταρα με βαθυχρωματικό πυρήνα. Μερικές φορές τα κύτταρα σχηματίζουν ροζέτες ή γνήσιους αδενικούς σχηματισμούς. Ο αριθμός σπάνιος και η κυτταρική ατυπία πολύ μικρή. Παρόλα αυτά τα νεοπλασματικά κύτταρα επεκτείνονται μέχρι τον ορογόνο και πολλές φορές, ιδίως στα καρκινοειδή του λεπτού εντέρου και όχι της σκωληκοειδούς αποφύσεως, βρίσκονται μεταστάσεις στο ήπαρ, στους λεμφαδένες και σπανιότερα στους νεφρούς και τους πνεύμονες. Ο παρακείμενος του όγκου μυϊκός χιτώνας είναι υπερτροφικός, καθώς επίσης παχύ είναι και το τοίχωμα πολλών γειτονικών αγγείων. Οι αλλοιώσεις αυτές οφείλονται στην δράση των ουσιών, που εκκρίνονται από τα καρκινοειδή.

Τα καρκινοειδή του λεπτού εντέρου αναπτύσσονται πολύ βραδέως και παρόλη την έλλειψη ουσιώδους κυτταρικής ατυπίας δίνουν συχνά μεταστάσεις.

Άλλη κατηγορία όγκων είναι αυτή των **αργυρόφιλων ενδοκρινικών κυττάρων** που εκκρίνουν πολυπεπτιδικές ορμόνες. Οι όγκοι αυτοί στο απλό ιστολογικό επίπεδο μοιάζουν με τα προηγούμενα καρκινοειδή ή αργεταφινώματα. Αναπτύσσονται συνήθως στο πυλωρικό άνδρο, στο πάγκρεας, το δωδεκαδάκτυλο, τον έκτοπο παγκρεατικό ιστό και στο παχύ έντερο. Σχεδόν απουσιάζουν από τη νήστιδα και τον ειλεό, όπου όμως αναπτύσσονται σχεδόν αποκλειστικά καρκινοειδή. Με ειδικές ανοσοϊστοχημικές τεχνικές τα ενδοκρινικά αυτά νεοπλάσματα διακρίνονται μεταξύ τους, σε όγκους που παράγουν γαστρίνη, ινσουλίνη, γλυκαγόνη κ.λ.π. Αυτοί ονομάζονται αντίστοιχα **γαστρινώματα, ινσουλινώματα και γλυκαγονώματα**. Οι περισσότεροι από τους όγκους αυτούς είναι βιολογικά κακοήθεις και χορηγούν ηπατικές μεταστάσεις.





## Καρκινώματα λεπτού εντέρου

Είναι πολύ σπάνια και αποτελούν ποσοστό μικρότερο από το 1% του συνολικού αριθμού των καρκινωμάτων<sup>48</sup> του εντέρου. Συχνότερα εντοπίζονται στο φύμα του Vater, στο δωδεκαδάκτυλο. Μακροσκοπικά είναι συνήθως μικρά, αν και μερικές φορές η διάμετρός τους μπορεί να φθάσει τα 10 εκ. Δυνατόν να είναι μισχωτά πολυποειδή, ελκωτικά ή στενωτικά. Μικροσκοπικά από αδενικούς σχηματισμούς και συνήθως είναι καλά διαφοροποιημένα.

### Άλλα μη επιθηλιακά νεοπλάσματα

Τα λειομυώματα και τα ινολειομυώματα αποτελούν το 20% όλων των καλοηθών όγκων του λεπτού εντέρου. Άλλα νεοπλάσματα είναι τα **ινώματα**, τα **νευρινώματα** και τα **λιπώματα**. Τα **λειομυοσαρκώματα** του λεπτού εντέρου παρουσιάζουν τη μορφολογία των αντίστοιχων νεοπλασμάτων του στομάχου. Συχνά η κακή τους συμπεριφορά δεν συμβαδίζει με ιδιαίτερη κυτταρική ατυπία.

Τα **πρωτοπαθή κακοήθη λεμφώματα** του λεπτού εντέρου<sup>48</sup> σε αντίθεση με τα καρκινώματα δεν είναι σπάνια. Ο λεμφικός ιστός του λεπτού εντέρου, ως γνωστόν, είναι πολύ καλά ανεπτυγμένος και ανήκει στον τύπου GALT. Τα περισσότερα από τα κακοήθη λεμφώματα εδώ είναι Β-κυτταρικής αρχής, όπως κεντροβλαστικά, ανοσοβλαστικά, κεντροκυτταρικά, λεμφοπλασματοκυτταροειδή ανοσοκυττώματα και λεμψώματα από λεμμοϊκό ιστό τύπου GALT (GALT ή MALT-ML), συχνά εμφανίζουν λεμφοπλασματοκυτταρική διαφοροποίηση. Στην τελευταία περίπτωση είτε αντιπροσωπεύουν μεμονωμένα κακοήθη λεμφώματα με μεγαλύτερη προτίμηση τον ειλεό, είτε αναπτύσσονται κυρίως στη νήστιδα, στα πλαίσια των προοδευτικών αλλοιώσεων του καλούμενου **μεσογειακού λεμφώματος**. Το τελευταίο είναι ταυτόσημο με την νόσο των **α-βαρειών αλύσεων ή λεμφοϋπερπλαστική νόσο του λεπτού εντέρου (IPSID)**. Αυτή αρχικά είχε περιγραφεί σε χώρε της Ανατολικής Μεσογείου φαίνεται όμως ότι προσβάλλει, αν και σε ποικίλο βαθμό, όλες τις περιοχές της γης. Μακροσκοπικά στο λεπτό έντερο παρατηρούνται πάχυνση των βλεννογονικών πτυχών και οξοειδείς παχύνσεις που δίνουν την εμφάνιση λιθόστρωτου. Επίσης παρατηρούνται διάφορης έκτασης εξελκώσεις και, σε πλήρη ανάπτυξη κακοήθους λεμφώματος, σαφώς ογκοειδείς μάζες. Μικροσκοπικά παρατηρούνται τρία στάδια λεμφοπλασματοκυτταρικών διηθήσεων :

α. Οι διηθήσεις αν και πυκνές περιορίζονται στο χόριο του βλεννογόνου και αποτελούνται κυρίως από ώριμου τύπου πλασματοκύτταρα.

β. Οι κυτταρικές διηθήσεις επεκτείνονται στον υποβλεννογόνιο ή και τον μυϊκό χιτώνα και τα πλασματοκύτταρα εμφανίζουν ατυπία και ασύγχρονη ωρίμανση πυρήνα-κυτταροπλάσματος. Μεταξύ τους διακρίνονται και ανοσοβλαστικά κύτταρα που εν μέρει μοιάζουν με κύτταρα Sternberg - Reed.

γ. Εμφάνιση φαινοτυπικών ανώμαλων λεμφοειδών κυττάρων κατά μικρότερες ή μεγαλύτερες εστίες με σαφείς νεοπλασματικούς χαρακτήρες, που τελικά διηθούν όλο το τοίχωμα του λεπτού εντέρου, Οι τύποι των κακοηθών λεμφωμάτων που αναπτύσσονται στο έδαφος της IPSID είναι κυρίως το ανοσοβλαστικό και το κεντροβλαστικό / κεντροκυτταρικό κακοήθες λέμφωμα. τα λεμφοπλασματοκυτταρικά στοιχεία στην IPSID παράγουν μόνο α-βαριές αλυσίδες, χωρίς το μεταβλητό τμήμα και χωρίς συμπαραγωγή ελαφρών αλυσίδων. Αυτό διαπιστώνεται όχι μόνο βιοχημικά αλλά και ανοσοϊστοχημικά. Φαίνεται ότι η ανώμαλη παραγωγή α-βαρειών αλύσεων και μη παραγωγή ελαφρών αλύσεων οφείλεται σε ρυθμιστικά και όχι δομικά ελαττώματα της γενετικής ουσίας των λεμφοκυττάρων Β. Για την κλινική και ιστοπαθολογοανατομική

εκδήλωση της νόσου είναι απαραίτητη η αντιγονική πρόκληση των παθολογικών λεμφοκυττάρων. Αυτό συμβαίνει πιο εύκολα σε γεωγραφικές περιοχές με αυξημένη συχνότητα παρασιτικών και μικροβιακών λοιμώξεων. Πρόκειται προφανώς για μια αρχικά αντιδραστική λεμφοϋπερπλασία, όπως υποδηλώνεται από την υποχώρηση των αλλοιώσεων με την κατάλληλη αντιβιοτική θεραπεία. Η νόσος των α-βαρειών αλύσεων είναι σπάνια στην Ελλάδα όπως και στις Δυτικές χώρες. Σταθερό κλινικοεργαστηριακό εύρημα της νόσου είναι τα συμπτώματα δυσαιμοροφώσεως.

Επίσης κατά ορισμένους σε υπόστρωμα κοιλιοκάκης έχει περιγραφεί ένα κακόηθες λέμφωμα που αρχικά θεωρήθηκε ως γνήσιο ιστιοκυτταρικό λέμφωμα ή κακοήθης ιστιοκυττάρωση του εντέρου. Όμως αποδείχθηκε ότι πρόκειται για λέμφωμα Τ-κυτταρικής αρχής που έχει τους ειδικούς αντιγονικούς χαρακτήρες των ενδοεπιθηλιακών κυττάρων του εντερικού επιθηλίου.

## ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΗΣ ΑΠΟΦΥΣΗ

### ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι ίσως η πιο συχνή αιτία άμεσης χειρουργικής επέμβασης στην κοιλιακή χώρα<sup>49</sup>, ιδιαίτερα στην παιδική, εφηβική και νεαρή ηλικία.

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα δεν φαίνεται να συνδυάζεται παθογενετικά με ένα συγκεκριμένο βακτηριδιακό, πρωτοζωικό ή ιογενή παράγοντα. Αντίθετα μια ποικιλία από μικροοργανισμούς έχει βρεθεί στις διάφορες περιπτώσεις όπως διάφορα βακτηρίδια, η παστερέλλα της ψευτοφυματώσεως, ο ιός της παρωτίτιδας, οξύουροι κ.λ.π. Είναι πιθανόν ότι οι παράγοντες αυτοί δρουν πάνω σε ένα ειδικό έδαφος που δημιουργείται από την απόφραξη του αυλού της σκωληκοειδούς απόφυσης. Η απόφραξη αυτή μπορεί να προκληθεί από διάφορες αιτίες με κυριότερες την υπερπλασία του πλούσιου λεμφικού ιστού της σκωληκοειδούς και τους κοπρόλιθους.

Μακροσκοπικά η σκωληκοειδής απόφυση εμφανίζεται διογκωμένη με υπεραιμία στα αγγεία του ορογόνου. Κατά τη διάνοιξη του αυλού της μπορεί να βρεθεί πυώδες υλικό. Οι αλλοιώσεις ή αφορούν όλο το μήκος της σκωληκοειδούς ή είναι εντοπισμένες. Ιστολογικά παρατηρείται πολυμορφοπυρηνικό εξίδρωμα στον αυλό, νέκρωση των επιθηλιακών κυττάρων του βλεννογόνου και διήθηση του υποβλεννογόνιου χιτώνα από πολυμορφοπύρηνια. Αυτά, ανάλογα με την βαρύτητα της φλεγμονής, επεκτείνονται στον μυϊκό χιτώνα και στον ορογόνο. Μερικές φορές σχηματίζονται και μικρά αποστημάτια.

Οι κατώτερες επιπλοκές της οξείας σκωληκοειδίτιδας είναι η διάτρηση, η εντοπισμένη ή διάχυτη περιτονίτιδα και η θρομβοφλεβίτιδα των αγγείων του ορογόνου και μικρών μεσεντερικών κλάδων.

Η χρόνια σκωληκοειδίτιδα ως ιδιαίτερη νοσολογική οντότητα αμφισβητείται<sup>49</sup>. Στον όρο αυτό συνήθως περιλαμβάνονται οι υπολειμματικές αλλοιώσεις μετά από προσβολή οξείας σκωληκοειδίτιδας. Αυτές περιλαμβάνουν κυρίως την ινολιπάδη αντικατάσταση του υποβλεννογόνιου χιτώνα ή ακόμα ηωσινόφιλα πολυμορφοπύρηνια στο χόριο του βλεννογόνου και λεμφοκυτταρικές ή πλασματοκυτταρικές διηθήσεις στον μυϊκό και στον ορογόνο χιτώνα. Οι τελευταίες δυνατόν να παρουσιάζουν διαφόρου βαθμού ίνωση.

Αποφρακτική σκωληκοειδοπάθεια είναι όρος ιστολογικός<sup>49</sup> που αφορά κυρίως την απόφραξη τμήματος του αυλού από ινώδη συνδετικό ιστό και συνοδεύεται από εξαφάνιση των επιθηλιακών στοιχείων ου βλεννογόνου.



**Απλή βλεννοκήλη** ονομάζεται η διάταση μέρους ή όλης της σκωληκοειδούς απόφυσης<sup>49</sup> από άθροιση βλέννας στον αυλό της. Αυτή συνήθως οφείλεται σε απόφραξη του στομίου ή τμήματος του αυλού της σκωληκοειδούς από κοπρόλιθο ή από συνδετικό ιστό που αναπτύχθηκε μετά από επανειλημμένες φλεγμονώδεις προσβολές. Η απόφραξη συνοδεύεται από υπερπαραγωγή βλέννης από τα επιθηλιακά κύτταρα του βλεννογόνου. Η ιστολογική διάκριση της απλής βλεννοκήλης από το βλενώδες κυσταδένωμα, που είναι καλόηθες νεόπλασμα της σκωληκοειδούς, μπορεί να είναι πολύ δύσκολη. Συνήθως εάν υπάρχουν δυσπλαστικοί χαρακτήρες των επιθηλιακών κυττάρων του βλεννογόνου και θηλώδης διάταξη αυτών τότε πρόκειται περί βλενώδους κυσταδενώματος.

Άλλες μορφές φλεγμονής<sup>49</sup> της σκωληκοειδούς αποφύσεως είναι η **φυματίωση**, η **νόσος του Crohn**, η **σαρκοείδωση** και η **ακτινομυκητίαση**, με τις γνωστές ιστολογικές τους αλλοιώσεις, που παρατηρούνται και στα άλλα όργανα.

## ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Το **καρκινοειδές** είναι το συνηθέστερο νεόπλασμα<sup>49</sup>, που αναπτύσσεται στην σκωληκοειδή απόφυση (85% όλων των όγκων της). Η ιστολογική εικόνα του νεοπλασματος αυτού έχει περιγραφεί στους αντίστοιχους όγκους του λεπτού εντέρου. Αποκλειστικά, όμως, στην σκωληκοειδή απόφυση απαντά ένας ιδιαίτερος ιστολογικός τύπος. Αυτός ονομάζεται **βλενώδες καρκινοειδές** ή **καρκινοειδές** με κύτταρα «σφραγιστήρος δακτυλίου» από τη μορφολογία τους λόγω κυτταροπλασματοκυτταρικής συγκέντρωσης βλέννας και περιφερικής απώθησης του πυρήνα. Τα κύτταρα αυτά σχηματίζουν μικρές αθροίσεις και αναμειγνύονται με ποικίλο αριθμό από τυπικά κύτταρα καρκινοειδούς. Παλαιότερα τον τύπο αυτό καρκινοειδούς τον θεωρούσαν σα αδενοκαρκίνωμα, όμοιο με αυτό που αναπτύσσεται στο στόμαχο.

Πρέπει να τονισθεί και πάλι ότι τα καρκινοειδή της σκωληκοειδούς απόφυσης έχουν πολύ καλύτερη πρόγνωση από αυτά του λεπτού εντέρου. Χορηγούν μεταστάσεις στους λεμφαδένες και το ήπαρ πάρα πολύ σπάνια. Για το λόγο αυτό τη θεραπεία εκλογής αποτελεί η απλή σκωληκοειδεκτομή. Μόνο μερικοί συγγραφείς συνιστούν ευρύτερη χειρουργική επέμβαση σε όγκους διαμέτρου μεγαλύτερης από 2 εκ.

Το **βλενώδες κυσταδένωμα** είναι καλόηθες, σπάνιο σχετικά νεόπλασμα<sup>49</sup> της σκωληκοειδούς απόφυσης. Όταν τα βλενοεκκριτικά επιθηλιακά κύτταρα του όγκου διηθούν το τοίχωμα της σκωληκοειδούς απόφυσης και παρουσιάζουν<sup>49</sup> σημαντική κυτταρική ατυπία και μιτώσεις τότε πρόκειται για **βλενώδες κυσταδενοκαρκίνωμα**. Τόσο η βλεννοκήλη, όσο και το κυσταδένωμα και το κυσταδενοκαρκίνωμα μπορούν να προκαλέσουν ψευδομύξωμα του περιτοναίου.

Το **αδενοκαρκίνωμα** της σκωληκοειδούς απόφυσης είναι μάλλον σπάνιο<sup>49</sup> και συνήθως παίρνει τη μορφή του βλενώδους αδενοκαρκινώματος. Το βλενώδες κυσταδενοκαρκίνωμα αποτελεί μια απλή ποικιλία αυτού. Η συμπεριφορά του και η πρόγνωση του, μοιάζει με αυτήν του αδενοκαρκινώματος του παχέος εντέρου.

**Πρωτοπαθή κακοήθη λεμφώματα** μπορούν να προσβάλλουν την σκωληκοειδή απόφυση είτε μεμονωμένα, είτε συχνότερα σε συνδυασμό με το τυφλό έντερο<sup>49</sup>.



## ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

### ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

**Φυματίωση.** Το τμήμα του παχέος εντέρου που προσβάλλεται συνήθως από φυματίωση είναι το τυφλό<sup>50</sup>, ενώ το κόλον και το ορθό συμμετέχουν σπάνια. Η ιστολογική εικόνα της φυματίωσης δεν διαφέρει από αυτή άλλων τμημάτων του γαστρεντερικού σωλήνα.

**Σύφιλη.** Αυτή συνήθως εμφανίζεται στον πρωκτικό σωλήνα με τη μορφή πρωτοπαθούς έλκους.

**Ακτινομυκητίαση.** Η πιο συχνή θέση αναπτύξεως ακτινομυκητιάσεως στην κοιλιακή κοιλότητα είναι η σκωληκοειδής απόφυση και το τυφλό έντερο<sup>50</sup>.

Η νόσος σπανίζει στο υπόλοιπο κόλο, με κάποια εξαίρεση το ορθό όπου και συνοδεύεται συνήθως από σχηματισμό συριγγίων. Η ανεύρεση του ακτινομύκητα ανάμεσα στις αποστηματώδεις αλλοιώσεις που δημιουργούνται είναι παθογνωμονική για την ιστολογική διάγνωση της νόσου. Η ακτινομυκητίαση του κόλου συχνά συνυπάρχει με την εκκολπωματώδη νόσο.

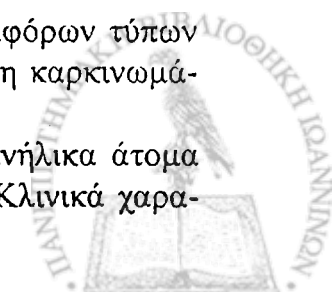
**Αμοιβαδική δυσεντερία.** Η νόσος οφείλεται σε λοίμωξη από το πρωτόζωο<sup>50</sup> «ιστολυτική αμοιβάδα» που προσβάλλει κυρίως το παχύ έντερο. Μικροσκοπικά η αμοιβαδική δυσεντερία χαρακτηρίζεται αρχικά από μικρές κιτρινωπές ανυψώσεις της βλεννογονικής επιφανείας, όπου στη συνέχεια δημιουργούνται ωοειδείς αβαθείς σχετικά εξελκώσεις, με υπεραιμικά χείλη. Ιστολογικά παρατηρείται απόπτωση του βλεννογόνου και φλεγμονώδης, πολυμορφοπυρηνική και κυρίως ηωσινοφιλική, διήθηση του χορίου και του παρακείμενου βλεννογόνου. Τα φλεγμονώδη στοιχεία μπορεί σε σοβαρές περιπτώσεις να εκτείνονται σ' όλο το πάχος του τοιχώματος του εντέρου. Οι αμοιβάδες αναγνωρίζονται στις ιστολογικές τομές ακόμη και σε χρώση αιματοξυλίνης ηωσίνης, αν και η αντίδραση PAS τις κάνει πιο εμφανείς.

**Σχιστοσωμίαση (Βιλαρζίαση)** Διακρίνονται τρεις τύποι<sup>50</sup> σχιστοσώματος: α) το Σχιστόσωμα του Manson που ενδημεί στην Αφρική και σε χώρες της Κεντρικής και της Νότιας Αμερικής, β) το Σ. το Ιαπωνικό που ενδημεί στην Ιαπωνία, την Κίνα και τις Φιλιππίνες και γ) το Σ. το αιματόβιο που ενδημεί κυρίως στην Αίγυπτο και σε χώρες της Μέσης Ανατολής, ενώ σε μικρότερη έκταση βρίσκεται επίσης στην Ελλάδα και την Κύπρο.

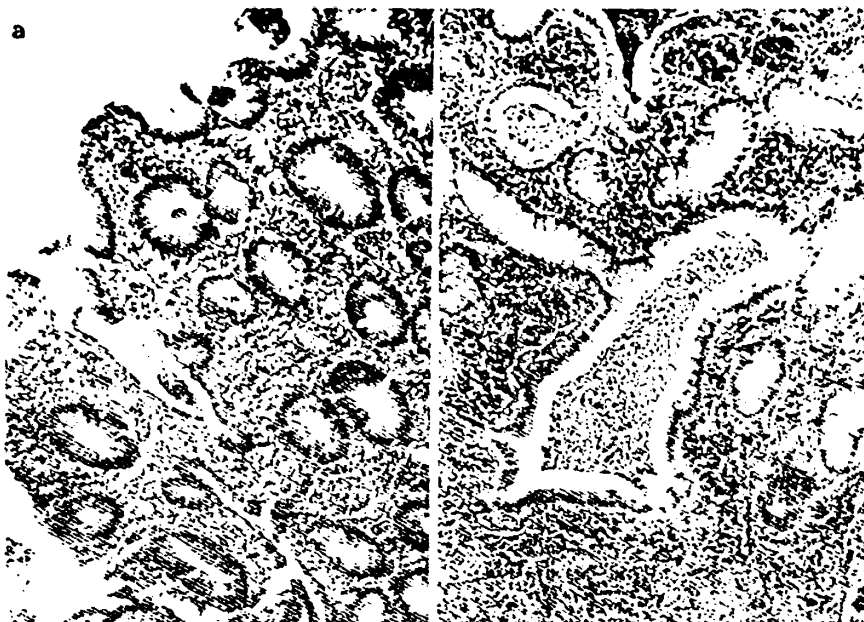
Η προσβολή του παχέος εντέρου βρίσκεται συχνά στα δύο πρώτα, ενώ το στο αιματόβιο προσβάλλει κυρίως το ουροποιητικό σύστημα. Οι μικροσκοπικές αλλοιώσεις στο έντερο είναι χαρακτηριστικές. Σ' αυτές ανευρίσκονται τα ωά του Σχιστοσώματος να περιβάλλονται από πολυπύρρηνα γιγαντοκύτταρα και επιθηλιοειδή ιστοκύτταρα. Γύρω από αυτά υπάρχει έντονη ινοβλαστική αντίδραση και διήθηση από πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα και κυρίως ηωσινόφιλα. η διάκριση των τριών τύπων σχιστοσώματος γίνεται από τη θέση και το μέγεθος της άκανθας ή αγκίστρου των ωών. Τα ωά του Σ. του Manson έχουν πλάγια άκανθα η οποία είναι μεγαλύτερη από αυτή του Σ. του Ιαπωνικού, που επίσης βρίσκεται σε πλάγια θέση. Αντίθετα τα ωά του Σ. του αιματόβιου έχουν τελική άκανθα.

Εκείνο που πρέπει ιδιαίτερα να τονισθεί είναι η συσχέτιση των διαφόρων τύπων τόσο στο έντερο, όσο και στο ουροποιητικό σύστημα, με την ανάπτυξη καρκινωμάτων.

**Έλκωτική κολίτιδα<sup>50</sup>.** Η νόσος αυτή προσβάλλει κυρίως νεαρά ανήλικα άτομα και μάλιστα πιο συχνά τις γυναίκες από τους άνδρες (αναλογία 3:2). Κλινικά χαρα-



κτηρίζεται από επεισόδια διάρροιας και απώλεια αίματος από το ορθό, με γενική κακουχία, ανορεξία και απώλεια βάρους. Μερικές φορές η εξέλιξη της νόσου είναι πολύ ταχεία και οδηγεί γρήγορα στον θάνατο (κεραυνοβόλες μορφές). Συνήθως όμως η πορεία είναι μακροχρόνια.



*Εικόνα 14: Ελκωτική κολίτιδα παρατηρείται ελάττωση καλυκκοειδών κυττάρων και ενδοαυλικά αποστημιάτια.*

Η ελκώδης κολίτιδα είναι πάθηση που αφορά κυρίως τον βλεννογόνο του ορθού και η επέκτασή της σε όλο το τοίχωμα αυτού είναι σχετικά σπάνια. Από το ορθό η νόσος μπορεί να επεκταθεί σ' ολόκληρο το παχύ έντερο, ενώ μερικές φορές προσβάλλεται και ο τελικός ειλεός.

Αιτιολογικά, είχαν ενοχοποιηθεί παλαιότερα διάφοροι παθογόνοι μικροοργανισμοί για την δημιουργία των αλλοιώσεων της ελκώδους κολίτιδας. Σήμερα πιστεύεται ότι η νόσος οφείλεται σε ανοσολογικό μηχανισμό. Μια πιθανή αιτιολογική ερμηνεία είναι ατή που υποστηρίζει ότι ορισμένα μη παθογόνα στελέχη κολοβακτηριδίων (Εσχερίχιας του κόλου) έχουν επιφανειακά αντιγόνα, που συνδέονται στενά με ορισμένες γλυκοπρωτείνες του ανθρωπίνου γαστρεντερικού σωλήνα. Έτσι η δημιουργία αντισωμάτων ενάντια στα αντιγόνα των κολοβακτηριδίων αυτών, προκαλεί διασταυρούμενη αντίδραση με τα βλεννοεκκριτικά κύτταρα του εντερικού βλεννογόνου τα οποία και αλλοιώνει. Οι μελέτες της τοπικής παραγωγής ανοσοσφαιρινών στο ορθό δείχνουν σημαντική αύξηση των πλασματοκυττάρων που παράγουν ανοσοσφαιρίνη G. Η αύξηση αυτή μπορεί να είναι υπεύθυνη για την χρονιότητα της νόσου. Φαίνεται πάντως ότι σημαντικό ρόλο παίζει και η κυτταρική ανοσία καθόσον διαπιστώθηκε έκτοπη εμφάνιση αντιγόνων HLA-DR στα επιθήλια του προσβεβλημένου παχέος εντέρου με αύξηση των ενδοεπιθηλιακών λεμφοκυττάρων T8 και κυρίως των βοηθητικών λεμφοκυττάρων T4 στο χόριο του βλεννογόνου.

Στα πρώιμα στάδια της νόσου ο βλεννογόνος του εντέρου φαίνεται μακροσκοπικά, με το σιγμοειδοσκόπιο, αρκετά συμφορημένος και υπεραίμικος και αιμορραγεί πολύ εύκολα. Τα επιπόλαια έλκη γρήγορα συρρέουν και σχηματίζουν ανώμαλα εξελκωμένες περιοχές που συνοδεύονται από βλεννοπυώδες εξίδρωμα και αιμορραγία. Σε πιο χρόνια στάδια, ανάμεσα στις εξελκώσεις ανευρίσκονται νησίδες από εξοιδημένο και

υπερπλαστικό βλεννογόνο, ενώ σε μερικές περιπτώσεις παρατηρείται σχηματισμός «ψευδοπολυπόδων». Στις φάσεις της ηρεμίας αν και επέρχεται μερική αποκατάσταση των βλεννογονικών αλλοιώσεων, εν τούτοις ουλοποίηση και στένωση του τοιχώματος δεν παρατηρούνται.

Μικροσκοπικά, πρέπει και πάλι να τονισθεί ότι οι αλλοιώσεις αφορούν κυρίως τον βλεννογόνο και συνήθως δεν επεκτείνονται στους άλλους εντερικούς χιτώνες. Αυτό είναι διαφοροδιαγνωστικό βοήθημα για τη διάκριση της ελκώδους κολίτιδας από τη νόσο του Crohn του παχέος εντέρου, η οποία προσβάλλει κυρίως τα βαθύτερα στρώματα του τοιχώματος. Στην ενεργό φάση της ελκώδους κολίτιδας παρατηρείται διήθηση του χορίου από πολυμορφοπύρρηνα και πλασματοκύτταρα. Τα ουδετερόφιλα πληρούν τον αυλό των αδενικών κρυπτών και σχηματίζουν τα ονομαζόμενα κρυπτικά αποστημάτια. Τα επιθηλιακά κύτταρα των τελευταίων εκφυλίζονται και τελικά διασπώνται. Παρατηρείται επίσης μεγάλη ελάττωση του αριθμού των καλυκοειδών κυττάρων. Οι αλλοιώσεις αυτές οδηγούν στον σχηματισμό εξελκώσεως που όμως δεν επεκτείνεται συνήθως στον υποβλεννογόνο. Σε μερικές περιπτώσεις παρατηρείται σχετική αποκατάσταση των βλεννογονικών αλλοιώσεων (κολίτιδα που επούλώθηκε). Στις περιπτώσεις αυτές το μήκος των αδενίων είναι μικρό, η διάταξή τους είναι διαταραγμένη και η βάση τους απέχει από τον βλεννογόνο μυϊκό χιτώνα (Εικ.14).

Σε πιο χρόνιες μορφές κολίτιδας προεξάρχουν τα λεμφοκύτταρα και τα πλασματοκύτταρα στο χόριο του εντερικού βλεννογόνου και είναι δυνατόν λεμφοκυτταρικές διηθήσεις ή και λεμφοζίδια να διασπούν την βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα και να διηθούνται σε βαθύτερες θέσεις.

Σε περιπτώσει προσβολής κυρίως του αρχικού τμήματος του παχέος εντέρου συνυπάρχει αυξημένη παρουσία κυττάρων Paneth. Οι «ψευδοπολύποδες» που αναπτύσσονται στα χείλη των αλλοιώσεων της κολίτιδας, είναι συνήθως φλεγμονώδεις κοκκιώδεις σχηματισμοί και σπάνια αφορούν γνήσιους αδενωματώδεις πολύποδες.

Τα επιθηλιακά κύτταρα στα χείλη των ελκών μπορεί επίσης να παρουσιάζουν διάφορου βαθμού δυσπλαστικές αλλοιώσεις που να υποδηλώνουν προκαρκινωματώδη κατάσταση. Οι κυτταρικές αυτές αλλοιώσεις είναι η πολυμορφία, ο υπερχρωματισμός, η απώλεια του κυτταρικού προσανατολισμού και η αυξημένη μιτωτική δραστηριότητα. Η συχνότητα αναπτύξεως καρκινώματος του εντέρου σε πάσχοντες από ελκώδη κολίτιδα είναι 3-5%. Η ανάπτυξη καρκινώματος είναι πιο πιθανή σε αρρώστους που έχουν εκτεταμένη νόσο για χρονικό διάστημα πάνω από 10 χρόνια.

**Ψευδομεμβρανώδης κολίτιδα<sup>50</sup>.** Είναι μια συνήθης πάθηση του παχέος εντέρου με χαρακτηριστική παθολογοανατομική εικόνα. Μακροσκοπικά, παρατηρούνται κιτρινωπές, «κρεμμώδεις», βλεννογονικές πλάκες μικρής συνήθως διαμέτρου, αν και μερικές φορές μπορεί να φθάσουν τα 2 εκ. Μικροσκοπικά οι αλλοιώσεις αφορίζονται καλά από τους γύρω υγιείς ιστούς και χαρακτηρίζονται από αδενικές κρύπτες που είναι διατεταμένες και εμφανίζουν απόπτωση του επιθηλίου. Βλέννα, ινική και πολυμορφοπύρρηνα γεμίζουν τις κρύπτες και συγχρόνως σχηματίζουν μια ψευδομεμβράνη που καλύπτει την αλλοιωμένη περιοχή. Θρόμβοι ινικής μπορεί να βρεθούν στα τριχοειδή του βλεννογόνου. Ως κύριο αίτιο θεωρούνται ορισμένα είδη κλωστηριδίων (*C. difficile*) και οι τοξίνες του. Σε μερικές περιπτώσεις φαίνεται να ενέχονται άλλα μικρόβια καθώς και συνοδοί παθολογικές καταστάσεις όπως χρόνια νεφρική ή καρδιακή ανεπάρκεια.

Η τυπική ψευδομεμβρανώδης κολίτιδα πρέπει να αντιδιαστέλλεται από την κολίτιδα και το διαρροϊκό σύνδρομο μετά χορήγηση αντιβιοτικών. Στις περιπτώσεις αυτές, μόνο σε μικρό ποσοστό ανιχνεύονται τα κλωστηρίδια, οι δε αλλοιώσεις ομοιάζουν με τις εντεροκολίτιδες από άλλα μικρόβια και δεν περιλαμβάνουν ψευδομεμβράνες.

## Άλλοι τύποι κολίτιδων

**1. Κοινές λοιμώδεις.** Διακρίνονται<sup>50</sup> στις "μη φλεγμονώδεις" ή "μη διηθητικές" και στις "φλεγμονώδεις ή διηθητικές". Οι πρώτες οφείλονται σε εντερικούς ιούς (coxsackie A, B, Norwalk, Rotavirus), δονάκια (χολέρας κ.α.), κλωστηρίδια, χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο και εντεροτοξικά στελέχη εσερίχιας του κόλου. Κλινικά χαρακτηρίζονται από διάφορου βαρύτητας διαρροϊκά φαινόμενα, ενώ ιστολογικά εκτός από οίδημα του βλεννογόνου δεν αναγνωρίζονται ουσιώδεις φλεγμονώδεις διηθήσεις. Φαίνεται ότι οφείλεται στη δράση τοξινών. Οι φλεγμονώδεις ή διηθητικές κολίτιδες οφείλονται σε στελέχη σαλμονέλων, σιγγελών, καμπυλοβακτηριδίων, εσερίχιας κόλου, κλωστηριδίων και πιθανόν χρυσίζοντα σταφυλόκοκκου και διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες. Μικροσκοπικά στις οξείες, οίδημα απομακρύνει τις κρύπτες μεταξύ τους και από τον μυϊκό χιτώνα. οι φλεγμονώδεις διηθήσεις είναι εστιακές, παρά διάχυτες. Επικρατούν τα πολυμορφοπύρρηνα έναντι των λεμφοκυττάρων και πλασματοκυττάρων σε αντιδιαστολή προς την ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο του Crohn. Τα πολυμορφοπύρρηνα ανευρίσκονται και μεταξύ των επιθηλίων των κρυπτών, δεν σχηματίζουν όμως τυπικά κρυπτικά αποστημάτια. Οι κρύπτες μπορεί να είναι διατεταμένες και να εμφανίζουν εκφυλιστικές αλλοιώσεις κατά τις ανώτερες μοίρες τους. Σε τέτοιες περιπτώσεις και μάλιστα όταν διαρκούν χρονικά είναι απαραίτητη η βιοψία διότι : α) πολλές φορές ο καλλιέργειες του εντερικού περιεχομένου αποβαίνουν αρνητικές και β) η ιστολογική τους εικόνα σαφώς διακρίνεται από αυτή της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn. Στις χρόνιες πάντως διηθητικές λοιμώδεις κολίτιδες, που αποτελούν συνήθως στάδιο λύσεως, η ιστολογική εικόνα δεν είναι χαρακτηριστική και παρουσιάζει μόνον πλασματοκύτταρα.

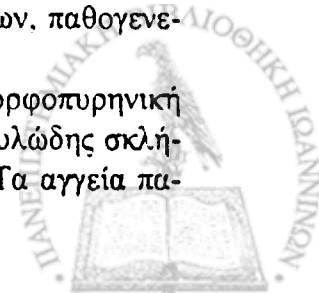
**2. Κολίτιδες και εντεροκολίτιδες από ιούς μεγαλοκυτταρικών εγκλείστων και απλού έρπητα.** Παρατηρούνται κυρίως σε ανοσοκατασταλμένα άτομα και ιδιαίτερα στο AIDS. Οι αλλοιώσεις είναι ανάλογες με αυτές άλλων οργάνων.

**3. Αφροδισιακές κολίτιδες και πρωκτοκίλιτιδες.** Οφείλονται στις νεϊσσέριες γονόρροιας (κοινή διηθητική πρωκτοκίλιτιδα), στο τρεπόννημα το ωχρό (σύφιλη) και σε χλαμύδια (αφροδισιακό ή βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα). Οι ιστολογικές εικόνες είναι ανάλογες με αυτές που περιγράφονται σε άλλες θέσεις.

**4. Εκτός από την σχιστοσωμίαση, άλλες γενικές παρασιτώσεις** είναι η ελμινθίαση, η στρογγυλοειδίαση, η τριχουρίαση και η οξουρίαση. Η φλεγμονή χαρακτηρίζεται από παρουσία ηωσινοφίλων λευκοκυττάρων ή και κοκκιωμάτων. Αποδίδεται στην διείσδυση στο τοίχωμα είτε πλήρων παρασίτων ή των προνυμφών τους ή και των ωών.

**5. Κολλαγονώδης κολίτιδα.** Χαρακτηρίζεται από χρόνια υδαρή διάρροια κυρίως σε γυναίκες χωρίς άλλα σημαντικά ενδοσκοπικά, ακτινολογικά και κλινικοεργαστηριακά ευρήματα. Μικροσκοπικά διακρίνεται από μια λωρίδα κολλαγόνου ιστού, αμέσως κάτω από το επιφανειακό επιθήλιο, πάχους 15μm. Λόγω της ηωσινοφιλίας ομοιάζει με τις εναποθέσεις αμυλοειδούς. Περιορισμένες πολυμορφοπυρηνικές ή λεμφοπλασματοκυτταρικές φλεγμονώδεις διηθήσεις μπορούν να υπάρχουν. Η αλλοίωση παθογενετικά αποδίδεται σε διαταραχή της ινοβλαστικής ωρίμανσης από φλεγμονώδη ή τοξικά αίτια. Για την διάγνωση προϋποτίθεται αποκλεισμός των άλλων, παθογενετικά παραδεκτών κολίτιδων.

**6. Κολίτιδα από ακτινοβολία.** Χαρακτηρίζεται από οίδημα, πολυμορφοπυρηνική φλεγμονώδη διήθηση και καταστροφή των επιθηλίων. Επακολουθούν ουλώδης σκλήρυνση του βλεννογόνου και υποβλεννογόνιου χιτώνα λόγω ισχαιμίας. Τα αγγεία πα-



ρουσιάζουν ινώδη πάχυνση του έσω χιτώνα καθώς και αλλοιώσεις, ως επί αγγειοδυσπλασίας.

**7. "Κολίτιδα" σε νόσους του κολλαγόνου.** Η αγγειίτιδα που παρατηρείται στις περισσότερες από αυτές μπορεί να προκαλέσει αλλοιώσεις ισχαιμικής κολίτιδας. Επιπλέον στην συστηματική σκλήρυνση (σκληροδερμία) αναπτύσσεται ίνωση στην κυκλοτερή μυϊκή στιβάδα του εντερικού τοιχώματος.

**8. Στο σύνδρομο Behcet** είναι δυνατόν να αναπτυχθούν σε περιοχές ή σε όλο το παχύ έντερο βαθέα έλκη με τάση διάτρησης, σε συνδυασμό με τις άλλες κλασικές αλλοιώσεις από το στόμα, το γεννητικό σύστημα, το δέρμα και τους οφθαλμούς. Μικροσκοπικά παρατηρείται όπως και στο δέρμα λεμφοκυτταρική αγγειίτιδα.

**9. Τα φαγοκοκκιώματα τύπου ξένων σωμάτων** μετά βαριούχους υποκλυσμούς ή ελαιούχα αναφέρονται διότι με την ογκοειδή πάχυνση και σκλήρυνση που προκαλούν είναι δυνατόν να δημιουργήσουν διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα από καρκινώματα, κυρίως μακροσκοπικά.

**10. Κυστική πνευμάτωση του κόλου.** Παρατηρείται κυρίως σε παιδιά στην διαδρομή οξείας εντεροκολίτιδας. Χαρακτηρίζεται από κύστεις γεμάτες αέρα που μπορούν να εντοπίζονται σε οποιοδήποτε χιτώνα του παχέος εντέρου. τα αέρια συνήθως προέρχονται από την τοπική δράση των μικροβίων.

**11. Μαλακοπλακία.** Δεν διαφέρει από αυτή που κλασικά περιγράφεται στην ουροδόχο κύστη και αποδίδεται σε βακτηριακές λοιμώξεις πάνω σε έδαφος λυσοσωματικής ανεπάρκειας των μακροφάγων.

**12. Κυστική κολίτιδα (colitis cystica profunda).** Όπως και η κυστική γαστρίτιδα (gastritis cystica profunda) παρατηρείται σε χρόνιες φλεγμονές ή και βαθιές εξελκώσεις. Το αναγεννόμενο επιθήλιο καταδύεται, μετατοπίζεται και σχηματίζει κυστικά διάτεταμένα αδένια βαθύτερα από την βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα. Αυτά επενδύονται από κυλινδρικά και καλυκοειδή κύτταρα χωρίς δυσπλαστικά φαινόμενα και περιβάλλονται πάντοτε από χόριο. Τα στοιχεία αυτά βοηθούν στην διαφορική διάγνωση από ένα καρκίνωμα.

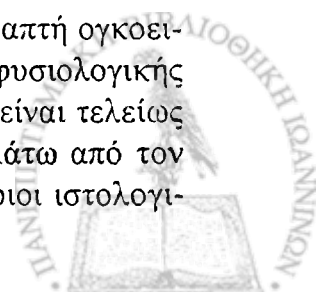
**13. Μονήρες έλκος ορθού.** Θεωρείται ως εντοπισμένος ορθικός τύπος κυστικής κολίτιδας.

**14. Αλλοιώσεις σε νόσο μοσχεύματος έναντι ξενιστού (GVHD).** Οι αλλοιώσεις αυτές αποκτούν αυξανόμενο ενδιαφέρον με την συνεχή αύξηση ετερόλογων μεταμοσχεύσεων, ιδιαίτερα μυελού των οστών. Προσβάλλονται κυρίως το δέρμα, το ήπαρ και η γαστρεντερική οδός. Στην οξεία μορφή της νόσου συμμετέχει κυρίως το παχύ έντερο και στην χρόνια ο οισοφάγος. Μικροσκοπικά παρατηρούνται εστιακές λεμφοπλασματοκυτταρικές φλεγμονώδεις διηθήσεις με ηωσινόφιλα λευκοκύτταρα στο χόριο του εντέρου, που συνοδεύονται από νέκρωση κατά ομάδες των επιθηλίων των κρυπών.

## ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΚΑΙ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

### Πολύποδες

Ο όρος πολύποδας είναι περιγραφικός και αναφέρεται σε κάθε περιγραφτή ογκοειδή επεξεργασία που προβάλλει πάνω από την επίπεδη επιφάνεια μιας φυσιολογικής βλεννογονικής μεμβράνης. Οι πολύποδες έχουν μακρύ ή βραχύ μίσχο ή είναι τελείως άμισχοι. Η διάμετρός τους ποικίλλει από μερικά χιλιοστά έως 10 εκ. Κάτω από τον μακροσκοπικό όρο "πολύποδας" βρίσκονται οι ακόλουθοι τέσσερες κύριοι ιστολογι-





κοί τύποι ποικίλης παθογένειας: 1)αμαρτωματώδης, 2)φλεγμονώδης, 3)μεταπλαστικός ή υπερπλαστικός και 4)νεοπλασματικός ή αδενωματώδης πολύποδας. Κάθε ένας από αυτούς μπορεί να αναπτύσσεται μεμονωμένα (μονήρεις πολύποδες) ή σε πολλές θέσεις (πολλαπλοί πολύποδες και πολυποδίαση).

**1.Αμαρτωματώδεις πολύποδες.** Περιλαμβάνουν<sup>51</sup> τους νεανικούς πολύποδες και αυτούς του συνδρόμου Peutz-Jeghers. Οι τύποι αυτοί έχουν περιγραφεί σε προηγούμενες θέσεις.

**2.Φλεγμονώδεις πολύποδες.** Αυτοί ονομάζονται και "ψευδοπολύποδες" και είναι επακόλουθα μιας φλεγμονώδους επεξεργασίας<sup>51</sup> όπως η ελκώδη κολίτιδα και η νόσος του Crohn.

**3.Μεταπλαστικοί ή υπερπλαστικοί πολύποδες.** Οι πολύποδες αυτοί<sup>51</sup> εντοπίζονται συνήθως στο ορθό. Χωρίς να αποφεύγουν τα άλλα τμήματα του παχέος εντέρου. Η συχνότητά τους είναι σημαντική και αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας (75% σε άτομα άνω των 40 - 50 ετών). Λόγω της υψηλής συχνότητας, η ανεύρεση τους σε παρακείμενες θέσεις καρκινωμάτων θεωρείται μάλλον τυχαία. Εν τούτοις έχουν περιγραφεί δυσπλαστικές αλλοιώσεις σε σπάνιες περιπτώσεις υπερπλαστικών πολυπόδων καθώς και μικτές μορφές υπερπλαστικού - αδενωματώδους πολύποδα.

Στην τυπική τους πάντως μορφή οι μεταπλαστικοί πολύποδες είναι μικροί, χωρίς ουσιώδη μίσχο. Μικροσκοπικά χαρακτηρίζονται από υπερπλασία των βασικών μοιρών των κρυπτών και επιμήκυνσή τους. Επικρατούν τα κυλινδρικά απορροφητικά κύτταρα και δυνατόν να συνυπάρχει διάταξη των κρυπτών. Συνήθως δεν υπάρχει κυτταρική ατυπία ή μιτωτική δραστηριότητα και οι πυρήνες είναι μικροί και στην βάση των κυττάρων.

**4.Νεοπλασματικοί πολύποδες (αδενώματα).** Αυτοί διακρίνονται ιστολογικά<sup>52</sup> σε τρεις υποκατηγορίες: α) στο σωληνώδες αδένωμα, που χαρακτηρίζεται από σωληνώδεις σχηματισμούς, β) στο λαχνωτό αδένωμα με θηλώδη ή λαχνωτή διάταξη των υπερπλασμένων επιθηλιακών κυττάρων και γ) στο σωληνολαχνωτό αδένωμα, που χαρακτηρίζεται από σωληνώδεις και λαχνωτούς και λαχνωτούς ή θηλώδεις επιθηλιακούς σχηματισμούς (Εικ.15). Όλες αυτές οι υποκατηγορίες αποτελούν διαφορετικές ιστολογικές μορφές ανάπτυξης της ίδιας παθολογικής οντότητας. Κοινό χαρακτηριστικό τους πάντως είναι οι μορφολογικές κυτταρικές μεταβολές της επιθηλιακής δυσπλασίας ή ατυπίας που παρουσιάζουν και που κυμαίνονται από ήπιες έως βαριές. Από πλευράς συχνότητας, πιο συχνό είναι το σωληνώδες και πιο σπάνιο το λαχνωτό αδένωμα. Η γενική συχνότητα αναπτύξεως των νεοπλασματικών πολυπόδων ποικίλει ανάλογα με διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η γεωγραφική τους κατανομή είναι σχεδόν όμοια με αυτή του καρκίνου του παχέος εντέρου.



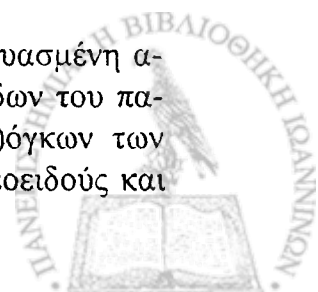


Εικόνα 15: Σωληνώδης αδενωματώδης πολύποδας παχέος εντέρου

Γίνεται λόγος για **πολυποδίαση**<sup>52</sup> του εντέρου όταν ο αριθμός των πολλαπλών πολυπόδων υπερβαίνει τους 100. μια μορφή πολυποδίασεως χαρακτηριζόμενη από μεγάλους αριθμούς αδενωματωδών πολυπόδων είναι η **οικογενής (αδενωματώδης) πολυποδίαση**. Έχει υποστηριχθεί ότι όλα τα αδενώματα έχουν γενετική αιτιολογία. Αν και στις περιπτώσεις ανάπτυξης απλών μονήρων ή πολλαπλών αδενωμάτων ο γενετικός παράγοντας δεν είναι τόσο εμφανής, εν τούτοις στην οικογενή πολυποδίαση του κόλου η ενοχοποίησή του γίνεται περισσότερο σαφής. Η τελευταία φαίνεται να οφείλεται σε μεταλλάξεις του μακρού βραχίονα του χρωμοσώματος 5. Παρόλο ότι το μεταλλαγμένο γονίδιο ακολουθεί τους κανόνες κληρονομικότητας του *lentel*, δεν φαίνεται όμως να εκδηλώνεται ευθέως κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα. Πιθανολογείται ότι η ανάπτυξη του νεοπλασματικού φαινοτύπου στην οικογενή πολυποδίαση είναι το αποτέλεσμα της άρσης της ανασταλτικής επίδρασης, μετά από μετάλλαξη, αντι-ογκογονιδίου που κανονικά ασκείται σε φυσιολογικά υπάρχοντα πρωτοογκογονίδια. Ο γενότυπος των απλών αδενωματωδών πολυπόδων φαίνεται ότι είναι περισσότερο πολύπλοκος και μάλλον είναι το αποτέλεσμα μετάλλαξης και απώλειας γονιδιακής τόσο σε φυλετικά όσο και σωματικά χρωμοσώματα.

Η συχνότητα κακοήθους εξαλλαγής των μονήρων ή ενός από τα πολλαπλά αδενώματα και τα αδενώματα της οικογενούς πολυποδίασεως εξαρτάται από το μέγεθος, τον ιστολογικό τύπο και τον βαθμό της επιθηλιακής δυσπλασίας του νεοπλάσματος. Αδενώματα με μεγαλύτερη διάμετρο κάτω από 1 εκ. σπάνια εξαλλάσσονται, ενώ αυτά με διάμετρο πάνω από 2 εκ. εξαλλάσσονται πιο συχνά. Αδενοκαρκίνωμα αναπτύσσεται πολύ συχνότερα στα λαχνωτά απ' ό τι στα σωληνώδη αδενώματα. Επίσης όταν υπάρχει μεγάλος βαθμός επιθηλιακής δυσπλασίας τότε ο κίνδυνος κακοήθους εξαλλαγής είναι μεγαλύτερος. Σημαντικό ρόλο στην καρκινωμάτωση εξαλλαγή ενός αδενώματος παίζει και η χρονική διάρκεια. Έχει υπολογισθεί ότι εξαλλαγή δεν παρατηρείται στα πρώτα 5 χρόνια και συνήθως απαιτεί 10-15 χρόνια. Πρέπει όμως να τονισθεί ότι οι περισσότεροι αδενωματώδεις πολύποδες παραμένουν καλοήθεις σε ολόκληρη την διάρκεια ζωής του αρρώστου.

**Σύνδρομο Gardner** είναι το σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από συνδυασμένη ανάπτυξη πολλών από τις πιο κάτω παθήσεις: 1)νεοπλασματικών πολυπόδων του παχέος εντέρου, 2)πολλαπλών οστεωμάτων, 3)επιδερμικών κύστεων, 4)όγκων των μαλακών μορίων, 5)διαταραχών των οδόντων, 6)καρκινωμάτων του θυρεοειδούς και



της περιοχής του φύματος του Vater και 7) νεοπλασμάτων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

### Επιθηλιακή δυσπλασία παχέος εντέρου

Οι αλλοιώσεις της επιθηλιακής δυσπλασίας του παχέος εντέρου<sup>52</sup> είναι ανάλογες προς αυτές του στομάχου, αδενωματούδους και θηλώδους τύπου. Και εδώ υπάρχει το πρόβλημα της διάκρισης των ακραίων περιπτώσεων από τις αναγεννητικές αλλοιώσεις και από το καρκίνωμα *in situ* αντίστοιχα. Το τελευταίο είναι δύσκολο να καθορισθεί και κατά πολλούς ταυτίζεται με την βαριά δυσπλασία. Ο όρος του ενδοβλεννογονικού "διηθητικού" καρκινώματος αποφεύγεται στο παχύ έντερο, διότι σε αντίθεση με το αντίστοιχο του στομάχου σπάνια μεθίσταται. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι σε αντίθεση με τον βλεννογόνο του στομάχου και του λεπτού εντέρου, ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου δεν περιλαμβάνει λεμφαγγεία πάνω από την βλεννογόνο μυική στιβάδα. Επομένως από πρακτική άποψη για διηθητικό καρκίνωμα παχέος εντέρου μπορεί να γίνει λόγος μετά την διάσπαση της βλεννογονίας μυϊκής στιβάδας. Όπως και στον στόμαχο οι διαβαθμίσεις της επιθηλιακής δυσπλασίας είναι τρεις: ήπιες, μέσου βαθμού και βαριές αλλοιώσεις. Κατά μια πιο πρόσφατη ταξινόμηση οι δυσπλαστικές αλλοιώσεις διακρίνονται σε ακαθόριστες ή άτυπες και σε δυσπλασία χαμηλού και υψηλού βαθμού. Η διαβάθμιση γίνεται με βάση :

α. Τις κυτταρολογικές αλλοιώσεις (ατυπία, ανισοχρωμία, ανισομεγέθια πυρήνων, απώλεια προσανατολισμού και ψευδοστιβαδοποίηση των κυττάρων) και

β. Τις αρχιτεκτονικές δομικές ανωμαλίες που είναι τύπου σωληνώδους αδενωματούδους και θηλώδους.

Καταστάσεις οι οποίες εμφανίζονται σε μεγάλη σχετικά συχνότητα δυσπλαστικές αλλοιώσεις που μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη καρκινώματος παχέος εντέρου είναι οι αδενωματούδεις πολύποδες, η οικογενής πολυποδίαση, η χρόνια ελκώδης κολίτιδα, η σχιστοσωμίαση και η ουρητηροσιγμοειδοστομία. Σε μικρότερο βαθμό ή και σχετικά σπάνια εμπλέκονται η νεανική πολυποδίαση, η νόσος του Crohn και οι υπερπλαστικοί πολύποδες.

### Αδενοκαρκίνωμα

Το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου<sup>53</sup> είναι πολύ συχνό νεόπλασμα και οι θάνατοι που προκαλεί στην Βρετανία υπολείπονται μόνο των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα. Αναπτύσσεται συχνότερα στο ορθό και στην ορθοσιγμοειδική περιοχή (50% των περιπτώσεων) και αμέσως μετά στην υπόλοιπη μοίρα του σιγμοειδούς εντέρου (25%). Το υπόλοιπο 25% των περιπτώσεων αφορά το τυφλό, το ανιόν, το εγκάρσιο και το κατιόν κόλο. Η συχνότητα είναι μεγαλύτερη στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες. Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι μετανάστες από χώρες με μικρή συχνότητα σε χώρες με μεγάλη συχνότητα ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος του παχέος εντέρου αποκτούν τον ίδιο μεγάλο κίνδυνο προσβολής με τους νέους συμπατριώτες τους. Φαίνεται ότι η διαίτα είναι σπουδαίος αιτιολογικός παράγοντας για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Τροφή πλούσια σε κυτταρίνη, που αφήνει πολλά κατάλοιπα, διέρχεται γρήγορα από το έντερο σε αντίθεση με αυτή που περιέχει απλούς υδατάνθρακες και ζωικές πρωτεΐνες. Η ανάπτυξη καρκίνου στο παχύ έντερο είναι πολύ πιο συχνή στην τελευταία αυτή περίπτωση. Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι η περιεκτικότητα της τροφής σε λίπη σχετίζεται με τα εντερικά καρκινώματα. Λήψη άφθονων λιπαρών ουσιών οδηγεί στην δημιουργία χοληστερόλης και των μεταβολιτών της, που μπορεί να είναι καρκινογόνοι. Φαίνεται ότι διαφορές στην περιεκτικότητα της τροφής

σε λίπη και σε ινώδεις ουσίες (π.χ. κυτταρίνη) δημιουργούν μεταβολές στην σύνθεση της βακτηριακής χλωρίδας του εντέρου. Στα άτομα που αναπτύσσουν συχνότερα καρκίνο του παχέος εντέρου έχουν βρεθεί αυξημένα κυρίως "βακτηριοειδή" που πιστεύεται ότι αποδομούν τα χολικά άλατα και παράγουν υποπροϊόντα με καρκινογόνες ιδιότητες. κατά καιρούς στην παθογένεια του καρκίνου του εντέρου έχουν ενοχοποιηθεί και άλλοι παράγοντες όπως π.χ. η σχετική έλλειψη της ανοσοσφαιρίνης IgA. Η οικογενής προδιάθεση που παρατηρείται στον καρκίνο του παχέος εντέρου οφείλεται μάλλον στην σχέση αυτού με τους νεοπλασματικούς πολύποδες (αδενώματα) και την οικογενή πολυποδίαση.

Οι παθήσεις του παχέος εντέρου που εμφανίζουν συχνά ή σπάνια επιθηλιακή δυσπλασία και επομένως μπορούν, σε ποικίλο βαθμό, να θεωρηθούν ως προκαρκινωμάτωσης καταστάσεις έχουν ήδη αναφερθεί.

Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει μεγάλη σημασία για την πρόγνωση του. Το πρώιμο στάδιο του ορθοκολικού καρκίνου αφορά τις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες υπάρχει ιστολογικά διήθηση μέχρι και τον βλεννογόνο μυϊκό χιτώνα. Για την έλλειψη λεμφαγγείων από τον βλεννογόνο του παχέος εντέρου και την από πρακτικής άποψης μη αναγκαιότητα διάκρισης ενδοβλεννογονίου καρκινώματος στην περιοχή αυτή έχει γίνει ήδη λόγος.

Εάν το καρκίνωμα του παχέος εντέρου, ανεξάρτητα από τη μακροσκοπική του μορφολογία, διηθεί μόνο τον υποβλεννογόνο, τότε η πιθανότητα να βρεθούν μεταστάσεις στους λεμφαδένες είναι πολύ μικρή. Όταν διηθείται ο μυϊκός χιτώνας η πιθανότητα αυτή αυξάνει στο 10% και όταν προσβάλλονται οι περικολικοί ιστοί στο 60% των περιπτώσεων.

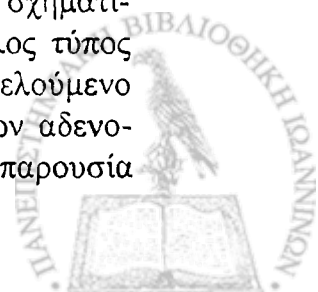
#### Μακροσκοπικά<sup>53</sup> το καρκίνωμα του παχέος εντέρου εμφανίζεται :

1. Ως πολυπόδης σχηματισμός ο οποίος ιστολογικά αποτελείται σε όλη την έκτασή του από καρκινωμάτωσης σωληνώδεις βλάστες που διηθούν τουλάχιστον και την βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα. Σε αντίθεση, νεοπλασματικός πολύποδας ή αδένωμα που έχει πρόσφατα εξαλλαγεί, εμφανίζει σε ένα μόνο μέρος αυτού διήθηση του στρώματος.

2. Ως ζωνοειδείς εξέλκωση που εκτείνεται στο μεγαλύτερο μέρος της ή σε ολόκληρη την περίμετρο του εντερικού τοιχώματος και

3. Ως ρικνωτική, στενωτική επεξεργασία. Η παρουσία μεγάλης ποσότητας βλέννας, αν και όχι πολύ συχνή, δημιουργεί βλενώδη ζελατινώδη σύσταση.

Ιστολογικά τα καρκινώματα του παχέος εντέρου διακρίνονται σε καλά (20%) μέτρια (60%) και πτωχά (20%) διαφοροποιημένα αδenoκαρκινώματα, ανάλογα με τον σχηματισμό σωληνωδών καρκινωματοειδών βλαστών που υπενθυμίζουν προοδευτικά όλο και πιο λίγο τα φυσιολογικά εντερικά αδένια. Η διαίρεση αυτή αντιστοιχεί στην ιστολογική διαβάθμιση (grading) της κακοήθειας των νεοπλασμάτων αυτών από το χαμηλό, στον μέτριο και τέλος στον ψηλό βαθμό. Σε ποσοστό μέχρι 20% τα κύτταρα σε ένα καρκίνωμα εντέρου μπορούν να αντιστοιχούν σε ενδοκρινικά κύτταρα θετικά στις χρώσεις αργύρου. Η παρουσία τους δεν έχει καμιά προγνωστική σημασία. Σπάνια χρησιμοποιείται ο όρος αδιαφοροποίητο καρκίνωμα για εκείνα τα καρκινώματα στα οποία δεν υπάρχει τάση σχηματισμού σωληνών. Σε ποσοστό 10-15% των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου παρατηρείται μεγάλη παραγωγή βλέννης που σχηματίζει λίμνες. Τότε γίνεται λόγος για κολλοειδές βλενώδες καρκίνωμα. Άλλος τύπος διάχυτα αναπτυσσόμενου βλενώδους αδenoκαρκινώματος είναι το αποτελούμενο από κύτταρα τύπου σφραγιστήρος δακτυλίου. Η πρόγνωση των βλενώδων αδenoκαρκινωμάτων εξαρτάται από τον βαθμό διαφοροποίησης και όχι από την παρουσία βλέννης.



Γενικά στην πρόγνωση των αδενοκαρκινωμάτων δύο παράμετροι παίζουν ρόλο:

α. Ο βαθμός διαφοροποίησης<sup>53</sup>. Η πενταετής επιβίωση είναι 80%, 60% και 25% για τα καλά, μεσαία και πτωχά διαφοροποιούμενα καρκινώματα, αντίστοιχα. Μειονεκτήματα στην αξιολόγηση αυτή αποτελούν η συχνή μικτή ιστολογική εικόνα και η σημαντικά υψηλή ασυμφωνία μεταξύ δύο ή περισσότερων παρατηρητών.

β. Η σταδιοποίηση των αδενοκαρκινωμάτων, σύμφωνα με την κατά βάθος διήθηση του εντερικού τοιχώματος και των λεμφαδένων. Η παράμετρος αυτή έχει μεγαλύτερη προγνωστική σημασία. Σύμφωνα με την σταδιοποίηση κατά Dukes διακρίνονται τα εξής στάδια :

1.Στάδιο Α. Τα καρκινωματώδη κύτταρα δεν υπερβαίνουν τον μυϊκό χιτώνα.

Δεν υπάρχουν λεμφικές μεταστάσεις.

2.Στάδιο Β. Τα καρκινωματώδη κύτταρα διηθούν όλο το πάχος του εντερικού τοιχώματος μέχρι και τους περικολικούς ιστούς. Λεμφαδενικές μεταστάσεις δεν υπάρχουν.

3.Στάδιο C. Υπάρχουν και λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Η πενταετής επιβίωση πέφτει αντίστοιχα από 100% στο στάδιο Α, σε 70-80% στο στάδιο Β και σε 30% στο στάδιο C. Οι παρατηρήσεις αυτές υπογραμμίζουν τη σημασία που έχει η αναφορά στην ιστολογική έκθεση τόσο της κατά βάθος διήθησης του εντερικού τοιχώματος όσο και της υπάρξεως ή όχι διηθημένων λεμφαδένων. Επίσης ο μεγάλος αριθμός των λεμφαδένων που εμφανίζουν μεταστάσεις και ύπαρξη διηθήσεως αγγειακών χώρων έχουν πολύ κακή προγνωστική σημασία. Οι σημαντικότερες τοπικές επιπλοκές του καρκινώματος του παχέος εντέρου είναι: 1)η αιμορραγία. 2)Η διάτρηση και 3) η στένωση του αυλού και η απόφραξή του.

Τα καρκινώματα του παχέος εντέρου υπάγονται στους όγκους που εκκρίνουν μια γλυκοπρωτεΐνη, το καρκινοεμβρυικό αντιγόνο, που παράγεται επίσης από ενδοδερμικής προελεύσεως εμβρυϊκούς ιστούς. Η ανίχνευσή του στον ορό ασθενών δεν θεωρείται τόσο αξιόπιστος δείκτης για την πρωταρχική διάγνωση καρκίνου του παχέος εντέρου. Το καρκινοεμβρυικό αντιγόνο έχει βρεθεί επίσης στον ορό αρρώστων σε περιπτώσεις μη γαστρεντερικών καρκίνων ή με φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου και μερικές άλλες μη νεοπλασματικής φύσεως παθήσεις. Πάντως η ανίχνευση του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου προεγχειρητικά και η εξαφάνισή του μετεγχειρητικά, σημαίνει αφαίρεση όλων των καρκινωματωδών στοιχείων. Η μετεγχειρητική παραμονή του ή η επανεμφάνιση του υποδηλώνει μη πλήρη χειρουργική αφαίρεση του όγκου ή ύπαρξη μεταστατικών εστιών ή υποτροπή της νόσου.

### Άλλοι τύποι καρκινωμάτων παχέος εντέρου

1.Αδενοπλακώδες καρκίνωμα. Θεωρείται πιο επιθετικό<sup>53</sup> από το απλό αδενοκαρκίνωμα. Πρέπει να διαστέλλεται από το αδενοακάνθωμα, όπου το πλακώδες στοιχείο δεν είναι νεοπλασματικό.

2.Καρκίνωμα από πλακώδη κύτταρα (μαλπιγγιακό). Είναι<sup>53</sup> πολύ σπάνιο και για τη διάγνωσή του ως πρωτοπαθούς θα πρέπει να αποκλείεται πιθανή μεταστατική προέλευση π.χ. από τους πνεύμονες ή η κατά συνέχεια ιστού διήθηση από την πρωκτική περιοχή.

3.Μικροκυτταρικό αδιαφοροποίητο καρκίνωμα. Είναι σπάνιο<sup>53</sup>, απαντά κυρίως στο ορθό και ομοιάζει στην ιστολογική εικόνα, στην βιολογική συμπεριφορά και στα προβλήματα διαφορικής διάγνωσης με το μικροκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονα.



Από ορισμένους περιγράφεται και ένας σπανιότατος τύπος **μεγαλοκυτταρικού αδιαφοροποίητου καρκινώματος** που συγγέεται με το αδιαφοροποίητο αδενοκαρκίνωμα.

**Όγκοι από ενδοκρινικά κύτταρα.** Είναι σπάνιοι<sup>53</sup> και συχνότερα αναπτύσσονται στο τυφλό και το ορθό. Ιστολογικά ανήκουν στον τύπο Β των καρκινοειδών και αποτελούνται από κύτταρα διατασσόμενα κατά δοκίδες ή ταινίες. Αντίθετα τα καρκινοειδή του λεπτού εντέρου εκκρίνουν 5-υδροξυτρυπταμίνη, εντερογλυκαγόνη, σωματοστατίνη αγγειοδραστικό εντερικό πολυπεπτίδιο και άλλες δραστικές πεπτίδες. Πάντως τα καρκινοειδή του ορθού συνήθως δεν είναι αργενταφινικά.

Η πρόγνωση των καρκινοειδών του παχέος εντέρου εξαρτάται από το μέγεθος, την διηθητικότητα και τον ρυθμό ανάπτυξης. Κακά προγνωστικά σημεία αποτελούν η διάμετρος πάνω από 1 εκ., η διήθηση της βλεννογόνιας μυϊκής στιβάδας, η εξέλκωση του όγκου και οι πολυάριθμες μετώσεις.

### Άλλα νεοπλάσματα παχέος εντέρου

**1.Πρωτοπαθή κακοήθη λεμφώματα.** Τα περισσότερα<sup>53</sup> είναι Β-κυτταρικής αρχής, από τον σχετιζόμενο με βλεννογόνους λεμφικό ιστό. Συνήθως μακροσκοπικά αποτελούν μεγάλες εξελκωμένες μάζες. Συχνότερα εντοπίζονται στο τυφλό (60%) και στο ορθό (20%). Από άποψη ιστολογικής προγνωστικής ταξινόμησης μπορεί να είναι χαμηλού, μέσου ή υψηλού βαθμού κακοηθείας. τα τελευταία συνήθως είναι κεντροβλαστικά ή ανοσοβλαστικά και στα παιδιά τύπου Burkitt. Πρωτοπαθής νόσος του Hodgkin πρακτικά είναι ανύπαρκτη.

Εκτός από τα κακοήθη λεμφώματα στο παχύ έντερο απαντούν κι ψευδολεμφωματώδεις λεμφοϋπερπλασίες. Αυτές μακροσκοπικά είναι πολυποειδείς, μονήρεις ή πολλαπλές. Μικροσκοπικά αποτελούνται από οργανωμένο λεμφικό ιστό με βλαστικά κέντρα. Όχι σπάνια αναπτύσσονται σε έδαφος ανοσοανεπάρκειας.

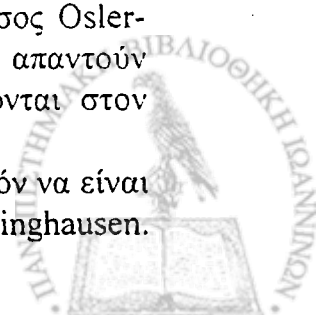
Πολυποδοειδή εμφάνιση και μάλιστα πολλαπλή, με συχνότερη εντόπιση στο δεξιό κόλο και τον ειλεό δυνατόν να παρουσιάζουν και κακοήθη λεμφώματα (πολλαπλή κακοήθης λεμφωματώδης πολυποδίαση). Στην ιστολογική εικόνα επικρατούν κεντροκύτταρα.

**2.Νεοπλάσματα από λείες μυϊκές ίνες.** Τα μικρά λειομύματα που προέρχονται<sup>53</sup> από την βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα και συνήθως έχουν πολυποειδή μακροσκοπική εμφάνιση είναι καλοήθη. Αντίθετα όλα τα λειομύματα που προέρχονται από τον μυϊκό χιτώνα του εντέρου είναι συνήθως διηθητικά, είναι μεγάλα, εξελκώνονται και θεωρούνται κακοήθη ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή μη ουσιώδους κυτταρικής ατυπίας. Ιδιαίτερη σημασία έχει ο αριθμός των μετώσεων. Μιτώσεις πάνω από 10 ανά 10 μεγάλα οπτικά πεδία δηλώνουν υψηλό βαθμό κακοηθείας. Για τους ανωτέρω λόγους πολλοί κάνουν λόγο για λειομυώματωση του εντέρου και όχι για λειομύματα.

**3.Λιπώματα.** Είναι πολύ σπάνια και έχουν υποβλεννογόνια εντόπιση. Μπορεί να εμφανίζουν πολυπώδη διαμόρφωση.

**4.Όγκοι από αγγεία.** Εκτός από τις αλλοιώσεις αγγειοδυσπλασίας που έχουν αναφερθεί και στις τηλαγγειεκτασίες στα πλαίσια άλλων συνδρόμων (νόσος Osler-Rendu, αταξία τηλαγγειεκτασία) τόσο στο λεπτό, όσο και στο παχύ έντερο απαντούν συνήθως<sup>53</sup> τυπικά σφραγγώδη, αιμαγγειώματα. Αυτά συνήθως εντοπίζονται στον βλεννογόνο και στον υποβλεννογόνιο χιτώνα.

**5.Νευρογενείς όγκοι.** Εδώ υπάγονται<sup>53</sup>: 1)τα **νευρινώματα**. Αυτά δυνατόν να είναι πολυποειδή. Συχνότερα και μάλιστα πολλαπλά απαντούν στη νόσο Recklinghausen.



Αντίθετα τα μονήρη είναι εξαιρετικά σπάνια. β) **Γαγγλιονευρώματα**. Αυτά μπορεί να είναι πολυπώδη μεγέθους μέχρι και 12 εκ. Συνήθως συνοδεύουν την νόσο του Recklinghausen ή αναπτύσσονται στα πλαίσια της πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας (MEN) τύπου 2b. γ) **κοκκιοκυτταρικό μυοβλάστωμα**. Είναι σπανιότατο. Μοιάζει με το ατίστοιχο της γλώσσας και όπως εκείνο, παρά την ονομασία του, θεωρείται ότι προέρχεται από κύτταρα Schwann.

6. **Σύνδρομο Cowden ή πολλαπλόν αμάρτωμα**. Είναι οικογενές και χαρακτηρίζεται<sup>53</sup> από πολλαπλά αμαρτώματα της γαστρεντερικής οδού, του δέρματος και του στόματος σε συνδυασμό με αλλοιώσεις από τον θυρεοειδή αδένα και τον μαστό. Στο έντερο οι αλλοιώσεις είναι πολυποειδείς και ιστολογικά αποτελούνται από στοιχεία λιπώδους, συνδετικού ιστού και λείων μυϊκών ινών.

## ΠΡΩΚΤΙΚΟΣ ΣΩΛΗΝΑΣ

### A. ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ

1. **Ραγάδες και συρίγγια**. τα τελευταία οφείλονται<sup>54</sup> σε τοπική φλεγμονή και αποστηματοποίηση πρωκτικών αδένων, αν και μερικές φορές τόσο οι ραγάδες όσο και τα συρίγγια συνοδεύουν υποκείμενες φλεγμονές του εντέρου όπως ελκώδη κολίτιδα, νόσο του Crohn, φυματίωση κ.α. Μικροσκοπικά παρατηρούνται αλλοιώσεις χρόνιας, συχνά πυώδους φλεγμονής, με ανάπτυξη κοκκιδώδους ιστού. Ανάλογα με την αιτιοπαθογένεια είναι δυνατόν να ανευρίσκονται και επιθηλιοειδή κοκκιώματα ή φαγοκοκκιώματα τύπου ξένων σωμάτων.

2. **Διάφορες αφροδισιακές φλεγμονές**, κυρίως σύφιλη και αφροδισιακό λεμφοκοκκίωμα, για τις οποίες γίνεται λόγος σε άλλες θέσεις.

3. **Αιμορροΐδες**. Αν και οι ίδιες είναι κίρσοειδείς επεξεργασίες<sup>54</sup> εν τούτοις συχνά συνοδεύονται από φλεγμονή, θρομβώσεις, εξελκώσεις και ραγάδες. Όχι σπάνια αναπτύσσονται και οζώδεις, ινώδεις σχηματισμοί που καλούνται ινώδεις πολύποδες.

4. **Φλεγμονές του περιπρωκτικού δέρματος**. Πρόκειται συνήθως για πυώδη υδραδενίτιδα ή για αλλοιώσεις σκληρυντικού και ατροφικού λειχήνα.

### B. ΟΓΚΟΙ

1. **Οξυτενή κονδυλώματα**. Πρόκειται για ιογενή θηλώματα<sup>54</sup> με χαρακτηριστικά κενотоπιώδη κύτταρα (κοιλοκυττάρωση) και λεμφοπλασματοκυτταρικές διηθήσεις του υποκειμένου συνδετικού υποστρώματος. Οφείλονται στον ιό του θηλώματος (Papilloma virus) και μάλιστα τους τύπους 6 και 11 HPV.

2. **Καρκινώματα**. Γενικά είναι σπάνια και διακρίνονται:

α. **Στο κλοακογενές (βασικοκυτταροειδές) καρκίνωμα** της ανώτερης μοίρας του πρωκτικού σωλήνα. Ιστολογικά μοιάζει<sup>54</sup> με το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα του δέρματος. Συχνά εμφανίζει πλακώδεις εστίες αδενοειδείς με παραγωγή βλέννης. Στα τελευταία χαρακτηριστικά οφείλεται η σπάνια αναφορά του ως "βλεννοεπιδερμοειδούς" καρκινώματος. Η πρόγνωση είναι καλύτερη των αδενοκαρκινωμάτων του ορθού, με πενταετή επιβίωση πάνω από 60%.

β. **Στο Μαλλιγγιακό ή απλό πλακώδη καρκίνωμα** της κατώτερης μοίρας του πρωκτικού σωλήνα. Αυτό συχνά σχετίζεται<sup>54</sup> με ιστορικό χρόνιων φλεγμονών και συριγγίων.



γ. Στο θηλώδες ή κονδυλωματώδες καρκίνωμα το οποίο σχετίζεται με τα οξυτενή κονδυλώματα και είναι ιογενούς αιτιολογίας, όπως αποδείχθηκε με τη μέθοδο του υβριδισμού *in situ*.

δ. Στο αδеноκαρκίνωμα που προέρχεται από τα πρωκτικά αδένια και μοιάζει με το αδеноκαρκίνωμα του ορθού.

3. **Επιθηλιακή δυσπλασία, καρκίνωμα *in-situ* και προκαρκινωματώδεις καταστάσεις.** Επιθηλιακή δυσπλασία και καρκίνωμα *in-situ* με όλες τις διαβαθμίσεις του, όπως περιγράφονται στον τράχηλο της μήτρας, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν<sup>54</sup> και στον πρωκτό. Επιθηλιακή δυσπλασία ανευρίσκεται επίσης στα πλαίσια των ιογενών κονδυλωμάτων. Τέλος μπορούν να παρατηρηθούν αλλοιώσεις του τύπου των νόσων του Paget και του Bowen, όπως περιγράφονται στο δέρμα.





## ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΜΕΣΑ ΕΠΙΣΚΟΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ.

Οι προσπάθειες της αναίμακτης προσέγγισης των οργάνων του πεπτικού συστήματος<sup>55</sup> έχουν αρχίσει από πολύ παλιά. Ήδη είναι γνωστό ότι από το 1868 ο Adolph Kussmaul πρώτος κατασκεύασε ένα άκαμπτο ενδοσκόπιο το οποίο εγκαταλείφθηκε<sup>55</sup> γρήγορα λόγω ανεπαρκούς φωτισμού. Από τότε και για τα περίπου 30 επόμενα χρόνια οι John Bevan (Οισοφαγοσκόπιο), Max Nitze και Johann Von Mikulicz-Radecki (Γαστροσκόπιο) θεωρούνται<sup>55</sup> ίσως οι ιδρυτές της γαστροσκόπησης.

Τα επόμενα 50 περίπου χρόνια η πρόοδος των ηλεκτρικών πηγών και των οπτικών συστημάτων είχαν σαν αποτέλεσμα συνταρακτικές αλλαγές στην πορεία των ενδοσκοπήσεων. Παράλληλα είχαν αρχίσει να δημιουργούνται τεχνικές δυνατότητας λήψης βιοπτικού υλικού από θέσεις του βλεννογόνου του υπό διερεύνηση οργάνου.

Σήμερα με την αλματώδη πρόοδο της Βιοϊατρικής τεχνολογίας δόθηκαν στους ειδικούς σύγχρονα μέσα προσέγγισης (οισοφάγου στομάχου λεπτού και παχέος εντέρου) τα λεγόμενα εύκαμπτα Video ενδοσκόπια με δυνατότητα<sup>56</sup> της μακροσκοπικής εξέτασης του οργάνου και της λήψης παράλληλα ικανοποιητικού αντιπροσωπευτικού δείγματος για ιστολογική μελέτη. Αυτά στηρίζονται στην μεταφορά εικόνας μέσω οπτικών ινών την επεξεργασία και ψηφιακή καταχώρηση αυτής με δυνατότητα και μετέπειτα ήρεμης μελέτης. Ακόμη η διέλευση, μέσα από κανάλια των ενδοσκοπίων, ψηκτρών εξαγωγέων ξένων σωμάτων και φυσικά λαβίδων βιοψίας, επιτρέπει στον ενδοσκόπο εκτός από την λήψη εικόνας<sup>56</sup> να προβαίνει και σε άλλες εργασίες (διαγνωστικές ή θεραπευτικές).



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ  
ΤΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ  
ΠΡΟΣΤΑΞΕΙΣ  
ΚΑΙ  
ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ  
ΤΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ  
ΠΡΟΣΤΑΞΕΙΣ  
ΚΑΙ  
ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ



## ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Έγινε λεπτομερής ανασκόπηση των αρχείων του Πανεπιστημιακού Εργαστηρίου Παθολογικής Ανατομίας και των αρχείων του Εργαστηρίου της Παθολογικής Ανατομίας του Γ.Π.Ν. Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα. Από αυτή την ανασκόπηση προέκυψε το υλικό το οποίο περιγράφεται κατωτέρω.

Όπου υπήρχε ασάφεια ή πλημμελή στοιχεία προστρέξαμε στο αρχείο των πλακιδίων με τις ιστολογικές τομές και στα blocks παραφίνης από όπου και αντλήθηκαν τα ζητούμενα στοιχεία.

Από την αρχή της μελέτης του θέματος, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 1, είχαν τεθεί ορισμένα στοιχεία τα οποία απαραίτητα θα έπρεπε να αναζητηθούν και ήταν: Ο αύξων αριθμός του αρχείου, ονοματεπώνυμο, η ηλικία, το φύλο, ο αποστέλων ιατρός ή κλινική, το όργανο λήψης της βιοψίας, το είδος του υλικού (Χ= Χειρουργικό παρασκεύασμα και Ε= Ενδοσκοπική βιοψία) και τέλος τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης. Βέβαια με την σκέψη πάντα ότι αν σε κάποια φάση χρειαστεί να συμπληρωθούν νέα στοιχεία να είναι εφικτή η γρήγορη και εύκολη εντόπιση του υλικού.

Το υλικό έφθανε στο εργαστήριο την πρώτη χρονιά από το Νοσοκομείο μας και δειλά-δειλά από τα περιφερικά Νοσοκομεία, τις υπάρχουσες Ιδιωτικές Κλινικές και τους ελεύθερους επαγγελματίες Ιατρούς. Για λόγους που θα αναφερθούν στο κεφάλαιο της συζήτησης τα έτη 80 και 81 δεν συμπεριλήφθησαν στην αξιολόγηση που επιχειρείται και στα ασφαλή συμπεράσματα

Οι ηλικίες από ότι δείχνουν και οι σχετικοί πίνακες είναι από λίγων ημερών έως και άνω των 100 ετών.

Τα υπό μελέτη όργανα του Γαστρεντερικού συστήματος είναι τα: **Οισοφάγος, στομάχι, λεπτό και παχύ έντερο.**

Τα υλικά στην συντριπτική τους πλειοψηφία έχουν μονιμοποιηθεί σε διάλυμα φορμαλδεΰδης 10% και ελάχιστα με άλλες τεχνικές. Οι χρώσεις που είχαν χρησιμοποιηθεί είναι Αιματοξυλίνης-Ηωσίνης και σε όποια (όχι λίγα) περιστατικά κρίθηκε αναγκαία χρώσεις ιστοχημείας και ανοσοϊστοχημείας.

Για την καταγραφή των περιστατικών χρησιμοποιήθηκε ο πίνακας που συντάχθηκε με βάση τα ζητούμενα στοιχεία και στα αποτελέσματα αυτός συμπληρώθηκε με τις πλέον αποδεκτές ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις των επιμέρους οργάνων.

Ειδικότερα έχουν καταγραφεί εκτός των άλλων στα επιμέρους όργανα (όπως φαίνεται και από το σχέδιο πίνακα 1):

-Εάν το υλικό έχει ληφθεί μετά από ενδοσκόπηση ή αποτελεί χειρουργικό παρασκεύασμα.

-Το είδος της φλεγμονώδους ή νεοπλασματικής νόσου και όπου ενδείκνυται διαβάθμιση ή στάδιο της νόσου.

-Ότι άλλο χρήσιμο στοιχείο συναντήσαμε στην διάρκεια της αναζήτησης.

Άλλα στοιχεία που επέδρασαν στην διαφοροποίηση ή αποφάσεις ως προς την αξιολόγηση ή μη ευρημάτων.

- Το γεγονός της αρχειοθέτησης του υλικού συγκεντρωτικά σε βιβλία με μικρή περιήληψη του αποτελέσματος της ιστολογικής μελέτης, η ύπαρξη αρχείου αντιγράφων της Ιστολογικής έκθεσης των πλακιδίων και των Blocks παραφίνης και στα δύο Νοσοκομεία έδωσαν μεγάλη βοήθεια στην έρευνα.



## Σχέδιο Πίνακα καταγραφής των περιστατικών

| Αριθ. Πρωτ. | Όνομ νυμο | Ηλικία | Φύλο | Αποστέλων Ιατροζή κλινική | Χειρ. ή Βιοψ | Υλικό | Αποτελέσματα |
|-------------|-----------|--------|------|---------------------------|--------------|-------|--------------|
|             |           |        |      |                           |              |       |              |
|             |           |        |      |                           |              |       |              |
|             |           |        |      |                           |              |       |              |

- Κατά τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του Εργαστηρίου αλλά και στην συνέχεια μέχρι περίπου το 1989 στο εργαστήριο έφθαναν υλικά από την Κέρκυρα και ελάχιστα από νοσοκομεία των Αθηνών. Τα υλικά αυτά δεν συμπεριλήφθησαν στην παρούσα εργασία μιας και ο υπό μελέτη πληθυσμός αφορά την Ήπειρο.

- Με βάση τα στοιχεία που κρατήθηκαν αποφεύχθηκε η εκ νέου καταγραφή ασθενών που σε πρώτη φάση είχαν ενδοσκοπικό υλικό και ακολουθούσε χειρουργικό παρασκεύασμα. Αντίθετα αν υπήρχαν και νέα ευρήματα συμπληρώθηκαν σε μια εγγραφή.

- Το υλικό μας αφορά τα έτη 1982-92. Είναι γνωστό ότι μέχρι το 1990 κάθε Παθολογοανατόμος είχε στην Ιστολογική απάντηση των βιοψιών του στομάχου ότι αυτός θεωρούσε σπουδαίο ή αναγκαίο για τον Γαστρεντερολόγο. Το 1990 στο Sydney της Αυστραλίας μια ομάδα Παθολογοανατόμων και Γαστρεντερολόγων παρουσίασαν το σύστημα Sydney για την κατάταξη της γαστρίτιδας. Στο Εργαστήριό μας παρατηρήθηκε ότι αυτή η νέα κατάταξη ήταν η ακολουθούμενη από το 1984 και της έλλειπε μόνο η αναφορά στο Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Έτσι όπως φαίνεται και από τις δύο Ιστολογικές εκθέσεις εκείνων των ετών υπάρχει η οξεία ή χρόνια γαστρίτιδα, ειδικόι τύποι, η τοπογραφία του υλικού, η ατροφία, η δυσπλασία ή ακόμη και οι εντερική μεταπλασία. Το γεγονός αυτό βοήθησε τα μέγιστα και ίσως αποτελεί παράδειγμα αγαστής συνεργασίας Παθολογοανατόμων και Γαστρεντερολόγων.

- Σαφείς αναστάλτικοι παράγοντες κατά την διάρκεια της έρευνας δεν υπήρξαν πλην ίσως του όγκου των υλικών και την συνεχή προσπάθεια μη καταγραφής ή πολλαπλής εγγραφής του ίδιου ασθενούς.



## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα επίσημα αποτελέσματα της Εθνικής Στατιστικής υπηρεσίας που έχουν ανακοινωθεί ο πληθυσμός της Ηπείρου αποτελείται από 166.806 άρρενες ποσοστό 49,1% και 172.922 γυναίκες Ποσοστό 50,9% (Πίνακας 1)

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1

#### ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗ

|                      |         |       |
|----------------------|---------|-------|
| Πληθυσμός Ηπείρου    | 339.728 | 100%  |
| Ανδρικός πληθυσμός   | 166.806 | 49,1% |
| Γυναικείος πληθυσμός | 172.922 | 50,9% |

N Άρτας= 78719 - N Θεσπρωτίας= 44188 - N Ιωαννίνων= 158193 - N Πρεβέζης=58628

M.O. σύνθεσης πληθυσμού A/Γ= 49,1 / 50,9

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται το ποσοστό του πληθυσμού το οποίο έχει υποστεί την διαδικασία λήψης βιοπτικού υλικού για διαγνωστικούς λόγους χωρίς να έχει αφαιρεθεί από το σύνολο. εκείνο το ποσοστό το οποίο για διάφορους λόγους έχει υποβληθεί πέραν της μιας φοράς σε αυτή την διαδικασία. Εδώ παρατηρούμε το πολύ μεγάλο ποσοστό (17,99%) του πληθυσμού από τον οποίο ελήφθη βιοπτικό υλικό.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 2

#### Πληθυσμός της Ηπείρου - Νοσηρότητα με βάση την λήψη βιοψίας

|                                  |         |        |
|----------------------------------|---------|--------|
| Πληθυσμός Ηπείρου                | 339.728 | 100%   |
| Σύνολο βιοψιών δεκαετίας 1982-92 | 61105   | 17,99% |

Στους πίνακες 3 έως 14 οι οποίοι ακολουθούν εξετάζεται ο οισοφάγος σαν όργανο καταγράφονται τα ευρήματα ανά έτος(1-13) και συνολικά (14). Από αυτούς τους πίνακες προκύπτει μια σχετικά ομαλή ροή ασθενών ανά έτος, η μεγάλη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η υπερπλασία του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου και τα αυξημένα ποσοστά των κακοηθειών.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3

#### Οισοφάγος 1982

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |        |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|--------|
|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | Σύνολο |
| Α | 1 |   |   |   |   | 2 |   |   |   |    |    |    |    | 3      |
| Γ | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    | 1      |

1= Χωρίς αλλοιώσεις 2= Υπερπλασία του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου 3= Χρόνια Οισοφαγίτιδα  
4= Ελκωτική Οισοφαγίτιδα 5= Αδενοκαρκίνωμα 6= Καρκίνωμα από πλακώδη επιθήλια 7= Θηλώματα  
8= Πολύποδες 9= Οισοφάγος Barrett 10= Μεταστατικό νεόπλασμα 11= Έκτοπος βλεννογόνο, 12Υλικό ανεπαρκές 13= Άλλο



**ΠΙΝΑΚΑΣ 3α**  
**ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A |      |       |       |       | 2     |       | 1     |       |     | 3      |
| Γ |      |       |       | 1     |       |       |       |       |     | 1      |

A/Γ= 2/0 ( A = Άνδρες Γ = Γυναίκες )

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4**  
**Οισοφάγος 1983**

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | Σύνολο |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|--------|
| A | 4 | 4 | 1 | 2 |   |   |   |   |   |    |    |    |    | 11     |
| Γ |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    | 1      |

1= Χωρίς αλλοιώσεις 2= Υπερπλασία του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου 3= Χρόνια Οισοφαγίτιδα  
4= Ελκωτική Οισοφαγίτιδα 5= Αδενοκαρκίνωμα 6= Καρκίνωμα από πλακώδη επιθήλια 7= Θηλώματα  
8= Πολύποδες 9= Οισοφάγος Barrett 10= Μεταστατικό νεόπλασμα 11= Έκτοπος βλεννογόνος  
12= Υλικό ανεπαρκές 13= Άλλο

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4α**  
**ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A |      |       | 2     |       | 4     | 1     | 2     | 2     |     | 11     |
| Γ |      |       | 1     |       |       |       |       |       |     | 1      |

A/Γ: 11/1

( A = Άνδρες Γ = Γυναίκες )

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5**  
**Οισοφάγος 1984**

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | Σύνολο |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|--------|
| A | 6 | 3 | 2 |   |   | 1 |   |   |   | 1  |    |    |    | 13     |
| Γ | 3 | 5 | 5 |   | 1 | 1 |   |   |   |    |    |    |    | 15     |

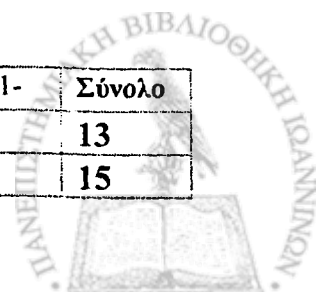
1= Χωρίς αλλοιώσεις 2= Υπερπλασία του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου 3= Χρόνια Οισοφαγίτιδα  
4= Ελκωτική Οισοφαγίτιδα 5= Αδενοκαρκίνωμα 6= Καρκίνωμα από πλακώδη επιθήλια 7= Θηλώματα  
8= Πολύποδες 9= Οισοφάγος Barrett 10= Μεταστατικό νεόπλασμα 11= Έκτοπος βλεννογόνος 12=  
Υλικό ανεπαρκές 13= Άλλο

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5α**  
**ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 1    | 1     | 1     | 1     | 3     | 1     | 4     | 1     |     | 13     |
| Γ | 1    | 1     | 1     | 4     | 3     | 5     |       |       |     | 15     |

A/Γ: 13/15

( A = Άνδρες Γ = Γυναίκες )



**ΠΙΝΑΚΑΣ 6****Οισοφάγος 1985**

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | Σύνολο |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|--------|
| A | 4 | 8 | 1 |   | 2 | 1 |   |   |   |    |    | 1  |    | 17     |
| Γ | 3 | 1 | 2 | 1 |   |   | 1 |   | 1 |    |    | 3  |    | 12     |

1= Χωρίς αλλοιώσεις 2= Υπερπλασία του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου 3= Χρόνια Οισοφαγίτιδα  
4= Είλεγκτική Οισοφαγίτιδα 5= Αδενοκαρκίνωμα 6= Καρκίνωμα από πλακώδη επιθήλια 7= Θηλώματα  
8= Πολύποδες 9= Οισοφάγος Barrett 10= Μεταστατικό νεόπλασμα 11= Έκτοπος βλεννογόνο 12=  
Υλικό ανεπαρκές 13= Άλλο

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6α****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 1    | 2     | 5     | 2     | 3     | 2     | 2     |       |     | 17     |
| Γ | 1    |       |       | 3     | 2     | 3     | 3     |       |     | 12     |

A/Γ=17/12

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7****Οισοφάγος 1986**

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | Σύνολο |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|--------|
| A | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 |   | 1 |   | 2 |    |    | 1  |    | 12     |
| Γ | 2 | 2 |   |   | 1 |   |   |   |   |    |    | 2  |    | 7      |

1= Χωρίς αλλοιώσεις 2= Υπερπλασία του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου 3= Χρόνια Οισοφαγίτιδα  
4= Είλεγκτική Οισοφαγίτιδα 5= Αδενοκαρκίνωμα 6= Καρκίνωμα από πλακώδη επιθήλια 7= Θηλώματα  
8= Πολύποδες 9= Οισοφάγος Barrett 10= Μεταστατικό νεόπλασμα 11= Έκτοπος βλεννογόνο 12=  
Υλικό ανεπαρκές 13=

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7α****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A |      |       | 2     |       | 7     | 3     |       |       |     | 12     |
| Γ |      | 1     | 3     |       |       | 1     | 2     |       |     | 7      |

A/Γ= 12/7

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 8**  
**Οισοφάγος 1987**

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | Σύνολο |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|--------|
| A | 2 | 1 | 2 |   | 1 |   | 1 |   |   |    |    | 1  |    | 8      |
| Γ | 1 | 1 |   |   | 1 | 1 |   |   |   |    |    |    | 1κ | 5      |

1= Χωρίς αλλοιώσεις 2= Υπερπλάσια του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου 3= Χρόνια Οισοφαγίτιδα  
4= Ελκωτική Οισοφαγίτιδα 5= Αδενοκαρκίνωμα 6= Καρκίνωμα από πλακώδη επιθήλια 7= Θηλώματα  
8= Πολύποδες 9= Οισοφάγος Barrett 10= Μεταστατικό νεόπλασμα 11= Έκτοπος βλεννογόνος 12=  
Υλικό ανεπαρκές 13= Κοκκιωματώδης φλεγμονή

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8α**  
**ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A |      | 1     |       | 1     | 1     | 1     | 4     |       |     | 8      |
| Γ |      |       | 1     |       | 2     |       | 1     | 1     |     | 5      |

A/Γ= 8/5

( A = Άνδρες Γ = Γυναίκες )

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9**  
**Οισοφάγος 1988**

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | Σύνολο |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|--------|
| A |   | 3 | 1 |   | 2 | 1 | 1 |   |   |    | 1  |    |    | 9      |
| Γ |   | 4 | 1 | 1 |   |   |   |   | 1 |    |    |    |    | 7      |

1= Χωρίς αλλοιώσεις 2= Υπερπλάσια του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου 3= Χρόνια Οισοφαγίτιδα  
4= Ελκωτική Οισοφαγίτιδα 5= Αδενοκαρκίνωμα 6= Καρκίνωμα από πλακώδη επιθήλια 7= Θηλώματα  
8= Πολύποδες 9= Οισοφάγος Barrett 10= Μεταστατικό νεόπλασμα 11= Έκτοπος βλεννογόνος 12=  
Υλικό ανεπαρκές 13=

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9α**  
**ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A |      |       |       | 1     | 4     | 4     |       |       |     | 9      |
| Γ |      |       | 1     |       | 1     | 4     |       | 1     |     | 7      |

A/Γ= 9/7

( A = Άνδρες Γ = Γυναίκες )





**ΠΙΝΑΚΑΣ 10****Οισοφάγος 1989**

|          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | Σύνολο |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|--------|
| <b>A</b> | 1 | 4 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 |   |   | 2  |    |    |    | 15     |
| <b>Γ</b> |   | 2 |   | 2 |   |   |   |   |   |    |    |    | 1  | 5      |

1= Χωρίς αλλοιώσεις 2= Υπερπλασία του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου 3= Χρόνια Οισοφαγίτιδα  
4= Ελκωτική Οισοφαγίτιδα 5= Αδενοκαρκίνωμα 6= Καρκίνωμα από πλακώδη επιθήλια 7= Θηλώματα  
8= Πολύποδες 9= Οισοφάγος Barrett 10= Μεταστατικό νεόπλασμα 11= Έκτοπος βλεννογόνας 12=  
Υλικό ανεπαρκές 13= Λυομόωμα

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10α****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|          | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|----------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| <b>A</b> |      |       |       | 1     | 3     | 6     | 3     | 2     |     | 15     |
| <b>Γ</b> |      |       |       |       |       | 1     | 3     |       |     | 4      |

A/Γ= 15/4

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11****Οισοφάγος 1990**

|          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | Σύνολο |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|--------|
| <b>A</b> | 2 | 3 | 2 |   |   | 6 |   |   |   |    |    |    |    | 13     |
| <b>Γ</b> |   | 2 |   | 2 |   |   |   |   |   |    |    |    |    | 4      |

1= Χωρίς αλλοιώσεις 2= Υπερπλασία του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου 3= Χρόνια Οισοφαγίτιδα  
4= Ελκωτική Οισοφαγίτιδα 5= Αδενοκαρκίνωμα 6= Καρκίνωμα από πλακώδη επιθήλια 7= Θηλώματα  
8= Πολύποδες 9= Οισοφάγος Barrett 10= Μεταστατικό νεόπλασμα 11= Έκτοπος βλεννογόνας 12=  
Υλικό ανεπαρκές 13=

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11<sup>α</sup>****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|          | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|----------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| <b>A</b> |      |       |       |       | 5     | 3     | 5     |       |     | 13     |
| <b>Γ</b> |      |       |       |       |       | 1     | 3     |       |     | 4      |

A/Γ= 13/4

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 12****Οισοφάγος 1991**

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | Σύνολο |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|--------|
| A | 3 |   | 2 |   | 2 | 2 |   | 1 |   |    |    |    | 1  | 11     |
| Γ |   | 1 | 1 | 1 |   | 2 |   |   |   |    |    |    |    | 5      |

1= Χωρίς αλλοιώσεις 2= Υπερπλασία του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου 3= Χρόνια Οισοφαγίτιδα  
4= Ελκωτική Οισοφαγίτιδα 5= Αδενοκαρκίνωμα 6= Καρκίνωμα από πλακώδη επιθήλια 7= Θηλώματα  
8= Πολύποδες 9= Οισοφάγος Barrett 10= Μεταστατικό νεόπλασμα 11= Έκτοπος βλεννογόνος 12=  
Υλικό ανεπαρκές 13= Εκκόλλωμα

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12<sup>α</sup>****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A |      |       |       | 2     | 2     | 4     | 2     | 1     |     | 11     |
| Γ |      |       |       |       | 1     | 1     | 2     |       | 1   | 5      |

A/Γ= 11 / 5

( A = Άνδρες Γ = Γυναίκες )

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13****Οισοφάγος 1992**

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | Σύνολο |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|--------|
| A |   | 7 | 5 | 6 | 1 | 3 |   |   | 3 |    |    |    |    | 25     |
| Γ |   |   | 1 | 1 | 1 | 3 |   |   |   | 1  |    |    | 1  | 8      |

1= Χωρίς αλλοιώσεις 2= Υπερπλασία του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου 3= Χρόνια Οισοφαγίτιδα  
4= Ελκωτική Οισοφαγίτιδα 5= Αδενοκαρκίνωμα 6= Καρκίνωμα από πλακώδη επιθήλια 7= Θηλώματα  
8= Πολύποδες 9= Οισοφάγος Barrett 10= Μεταστατικό νεόπλασμα 11= Έκτοπος βλεννογόνος 12=  
Υλικό ανεπαρκές 13=

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13a****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A |      |       | 1     | 3     | 2     | 10    | 5     | 3     | 1   | 25     |
| Γ |      |       |       | 1     | 1     | 3     | 2     | 1     |     | 8      |

A/Γ= 25 / 8

( A = Άνδρες Γ = Γυναίκες )



**ΠΙΝΑΚΑΣ 14****ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ 1982-1992**

|          | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | Σύνολο |
|----------|----|----|----|----|----|----|---|---|---|----|----|----|----|--------|
| <b>A</b> | 24 | 36 | 19 | 12 | 12 | 17 | 4 | 1 | 5 | 3  | 1  | 3  | 1  | 137    |
| <b>Γ</b> | 10 | 19 | 11 | 7  | 4  | 7  | 1 | 1 | 2 | 1  |    | 5  | 3  | 70     |

1= Χωρίς αλλοιώσεις 2= Υπερπλασία του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου 3= Χρόνια Οισοφαγίτιδα  
 4= Ελκωτική Οισοφαγίτιδα 5= Αδενοκαρκίνωμα 6= Καρκίνωμα από πλακώδη επιθήλια 7= Θηλώματα  
 8= Πολύποδες 9= Οισοφάγος Barrett 10= Μεταστατικό νεόπλασμα 11= Έκτοπος βλεννογόνας 12=  
 Υλικό ανεπαρκές 13=

**ΠΙΝΑΚΑΣ 14a****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|          | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|----------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| <b>A</b> | 2    | 4     | 11    | 13    | 35    | 35    | 28    | 8     | 1   | 137    |
| <b>Γ</b> | 2    | 2     | 7     | 8     | 10    | 21    | 16    | 3     | 1   | 70     |

A/Γ= 137/70

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



Η δεύτερη ενότητα των πινάκων (15 έως 26) αφορά το υλικό του στομάχου. Από αυτούς αξιοσημείωτη είναι η αύξηση του αριθμού των ασθενών, αριθμός ο οποίος το 1992 ξεπερνά το 700 ενώ για τα πρώτα χρόνια κυμαίνονταν περί το 200. Ακόμη διαπιστούται: Ότι στον στομάχο τα υλικά με την ένδειξη χωρίς ευρήματα ή ανεπαρκές υλικό είναι ελάχιστα (3,78%). Η ατροφία και η δυσπλασία στους διάφορους βαθμούς διαβάθμισης είναι (62,70 και 11,58%αντίστοιχα) πολύ μεγάλη. Οι κακοήθειες ακολουθούν μια αυξητική τάση και ιδιαίτερα συχνότερη εμφάνιση του αδενοκαρκινώματος εντερικού τύπου. Τα χειρουργικά εξαιρεθέντα έλκη είναι σε ποσοστό (3,27) αρκετά ψηλό αλλά με σαφή στοιχεία ότι ακολουθεί πτωτική τάση.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 15

#### Στόμαχος 1982

| Ευρήματα                    | Ανδρες<br>ασθενείς = 51 | Γυναίκες<br>ασθενείς = 21 | Σύνολον<br>= 72 |
|-----------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------|
| Γαστρίτιδα                  | 33                      | 14                        | 47              |
| Χρόνια                      | 33                      | 14                        | 47              |
| Ενεργός                     | 28                      | 10                        | 38              |
| Ηρεμούσα                    | 5                       | 4                         | 9               |
| Επιφανειακή                 | 2                       | 5                         | 7               |
| Ατροφία                     | 27                      | 6                         | 33              |
| Δυσπλασία                   | -                       | -                         | -               |
| Εντερική μετάπλαση          | 1                       | 3                         | 4               |
| Στοιχεία Έλκους             | 11                      | 4                         | 15              |
| Ca Διαχύτου τύπου           | 4                       | 1                         | 5               |
| Ca Εντερικού τύπου          | 1                       | 1                         | 2               |
| Λέμφωμα                     | 2                       | 2                         | 4               |
| Χειρουργικά εξαιρεθέν Έλκος | 8                       | 1                         | 9               |
| Χωρίς ευρήματα              | 1                       | 1                         | 2               |
| Ανεπαρκές υλικό             | 2                       | 1                         | 3               |

### ΠΙΝΑΚΑΣ 15a

#### ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 2    | 4     | 7     | 11    | 13    | 12    | 2     |       |     | 51     |
| Γ |      |       | 5     | 7     | 3     | 4     | 2     |       |     | 21     |

A/Γ=51/21

( A = Άνδρες Γ = Γυναίκες )



**ΠΙΝΑΚΑΣ 16**

Στόμαχος 1983

| Ευρήματα                    | Άνδρες<br>ασθενείς = 116 | Γυναίκες<br>ασθενείς = 30 | Σύνολον<br>= 146 |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|
| Γαστρίτιδα                  | 99                       | 19                        | 118              |
| Χρόνια                      | 99                       | 19                        | 118              |
| Ενεργός                     | 77                       | 14                        | 91               |
| Ηρεμούσα                    | 22                       | 5                         | 27               |
| Επιφανειακή                 | 20                       | 6                         | 26               |
| Ατροφία                     | 62                       | 6                         | 68               |
| Δυσπλασία                   | 8                        | 2                         | 10               |
| Εντερική μετάπλαση          | 34                       | 1                         | 35               |
| Στοιχεία έλκους             | 22                       | 4                         | 26               |
| Ca Διαχύτου τύπου           | 6                        | 2                         | 8                |
| Ca Εντερικού τύπου          | 1                        | 1                         | 2                |
| Λέμφωμα                     | 3                        |                           |                  |
| Υπερπλαστικός πολύποδας     | 2                        | 1                         | 3                |
| Χειρουργικά εξαιρεθέν Έλκος | 2                        | 1                         | 3                |
| Χωρίς ευρήματα              | 2                        | 4                         | 6                |
| Ανεπαρκές υλικό             | 1                        | 2                         | 3                |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 16α****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύν/λο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 1    | 11    | 9     | 38    | 32    | 16    | 5     | 3     | 1   | 116    |
| Γ | 1    | 1     | 4     | 6     | 7     | 6     | 3     | 2     |     | 30     |

ΑΓ= 116/30

( A = Άνδρες Γ = Γυναίκες )



**ΠΙΝΑΚΑΣ 17**

Στόμαχος 1984

| Ευρήματα                    | Άνδρες<br>ασθενείς = 233 | Γυναίκες<br>ασθενείς = 83 | Σύνολον<br>= 316 |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|
| Γαστρίτιδα                  | 192                      | 60                        | 252              |
| Χρόνια                      | 192                      | 60                        | 252              |
| Ενεργός                     | 162                      | 49                        | 211              |
| Ηρεμούσα                    | 30                       | 11                        | 41               |
| Επιφανειακή                 | 24                       | 11                        | 33               |
| Ατροφία                     | 142                      | 41                        | 183              |
| Δυσπλασία                   | 40                       | 9                         | 49               |
| Εντερική μετάπλαση          | 69                       | 11                        | 80               |
| Στοιχεία έλκους             | 15                       | 5                         | 20               |
| Ca Διαχύτου τύπου           | 21                       | 8                         | 29               |
| Ca Εντερικού τύπου          | 1                        | 1                         | 2                |
| Λέμφωμα                     | 2                        | 1                         | 3                |
| Αδενωματώδης πολύποδας      | 1                        |                           | 1                |
| Χειρουργικά εξαιρεθέν Έλκος | 5                        | 6                         | 11               |
| Χωρίς ευρήματα              | 6                        | 4                         | 10               |
| Ανεπαρκές υλικό             | 5                        | 3                         | 8                |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 17a****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύν/λο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 1    | 7     | 36    | 32    | 60    | 48    | 43    | 6     |     | 233    |
| Γ | 3    | 3     | 4     | 5     | 16    | 25    | 18    | 9     |     | 83     |

A/Γ = 233/83

( A = Άνδρες Γ = Γυναίκες )



**ΠΙΝΑΚΑΣ 18**

Στόμαχος 1985

| Ευρήματα                    | Άνδρες<br>ασθενείς = 198 | Γυναίκες<br>ασθενείς = 96 | Σύνολον<br>= 294 |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|
| Γαστρίτιδα                  | 161                      | 76                        | 237              |
| Χρόνια                      | 161                      | 76                        | 237              |
| Ενεργός                     | 145                      | 71                        | 216              |
| Ηρεμούσα                    | 16                       | 5                         | 21               |
| Επιφανειακή                 | 12                       | 7                         | 19               |
| Ατροφία                     | 129                      | 59                        | 188              |
| Δυσπλασία                   | 17                       | 4                         | 21               |
| Εντερική μετάπλαση          | 72                       | 21                        | 93               |
| Στοιχεία έλκους             | 12                       | 8                         | 20               |
| Ca Διαχύτου τύπου           | 18                       | 2                         | 20               |
| Ca Εντερικού τύπου          | 1                        | 1                         | 2                |
| Λεμφώματα                   | 2                        | 3                         | 5                |
| Χειρουργικά εξαιρεθέν έλκος | 6                        | 3                         | 9                |
| Χωρίς ευρήματα              | 7                        | 6                         | 15               |
| Ανεπαρκές υλικό             | 3                        | 5                         | 8                |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 18a****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύν/λο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 1    | 8     | 20    | 32    | 46    | 50    | 33    | 8     |     | 198    |
| Γ | 5    | 9     | 17    | 18    | 27    | 16    | 4     |       |     | 96     |

A/Γ= 198/96

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



ΠΙΝΑΚΑΣ 19

Στόμαχος 1986

| Ευρήματα                    | Άνδρες<br>ασθενείς = 196 | Γυναίκες<br>ασθενείς = 67 | Σύνολον<br>= 263 |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|
| Γαστρίτιδα                  | 151                      | 40                        | 191              |
| Χρόνια                      | 151                      | 40                        | 191              |
| Ενεργός                     | 133                      | 35                        | 168              |
| Ηρεμούσα                    | 18                       | 5                         | 23               |
| Επιφανειακή                 | 9                        | 8                         | 17               |
| Ατροφία                     | 103                      | 27                        | 130              |
| Δυσπλασία                   | 9                        | 2                         | 11               |
| Εντερική μετάπλαση          | 49                       | 5                         | 54               |
| Στοιχεία έλκους             | 17                       | 7                         | 24               |
| Ca Διαχύτου τύπου           | 17                       | 10                        | 27               |
| Ca Εντερικού τύπου          | 2                        | 3                         | 5                |
| Λέμφωμα                     | 8                        | 2                         | 10               |
| Σάρκωμα                     | 1                        |                           | 1                |
| Υπερπλαστικός πολύποδας     | 1                        | 2                         | 3                |
| Χειρουργικά εξαιρεθέν Έλκος | 6                        | 2                         | 8                |
| Χωρίς ευρήματα              | 8                        | 5                         | 13               |
| Ανεπαρκές υλικό             | 2                        | 3                         | 5                |

ΠΙΝΑΚΑΣ 19α

## ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύν/λο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A |      | 5     | 24    | 35    | 37    | 45    | 36    | 14    |     | 196    |
| Γ |      | 6     | 5     | 14    | 15    | 17    | 8     | 2     |     | 67     |

A/Γ = 196/67

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)





**ΠΙΝΑΚΑΣ 20**

Στόμαχος 1987

| Ευρήματα                    | Άνδρες<br>ασθενείς = 251 | Γυναίκες<br>ασθενείς = 87 | Σύνολον<br>= 338 |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|
| Γαστρίτιδα                  | 187                      | 57                        | 244              |
| Χρόνια                      | 187                      | 57                        | 244              |
| Ενεργός                     | 164                      | 44                        | 208              |
| Ηρεμούσα                    | 23                       | 13                        | 36               |
| Επιφανειακή                 | 17                       | 3                         | 20               |
| Ατροφία                     | 120                      | 44                        | 164              |
| Δυσπλασία                   | 27                       | 8                         | 35               |
| Εντερική μετάπλαση          | 62                       | 15                        | 77               |
| Στοιχεία έλκους             | 18                       | 8                         | 26               |
| Ca Διαχύτου τύπου           | 17                       | 2                         | 19               |
| Ca Εντερικού τύπου          | 4                        | 6                         | 10               |
| Λέμφωμα                     | 9                        |                           | 9                |
| Σάρκωμα                     |                          |                           |                  |
| Αδενωματώδης πολύποδας      |                          | 1                         | 1                |
| Υπερπλαστικός πολύποδας     | 3                        | 2                         | 5                |
| Χειρουργικά εξαιρεθέν Έλκος | 6                        | 4                         | 10               |
| Χωρίς ευρήματα              | 19                       | 8                         | 27               |
| Ανεπαρκές υλικό             | 6                        | 7                         | 13               |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 20α****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύν/λο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 1    | 2     | 21    | 42    | 60    | 61    | 47    | 17    |     | 251    |
| Γ | 2    | 2     | 9     | 8     | 18    | 17    | 25    | 6     |     | 87     |

A/Γ = 251/87

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



ΠΙΝΑΚΑΣ 21

Στόμαχος 1988

| Ευρήματα                    | Ανδρες<br>ασθενείς = 278 | Γυναίκες<br>ασθενείς = 130 | Σύνολον<br>= 408 |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|
| Γαστρίτιδα                  | 231                      | 86                         | 317              |
| Χρόνια                      | 231                      | 86                         | 316              |
| Ενεργός                     | 208                      | 77                         | 285              |
| Ηρεμούσα                    | 23                       | 9                          | 32               |
| Επιφανειακή                 | 8                        | 10                         | 18               |
| Ατροφία                     | 200                      | 67                         | 267              |
| Δυσπλασία                   | 38                       | 8                          | 46               |
| Εντερική μετάπλαση          | 115                      | 33                         | 148              |
| Στοιχεία έλκους             | 6                        | 7                          | 13               |
| Ca Διαχύτου τύπου           | 14                       | 21                         | 35               |
| Ca Εντερικού τύπου          | 11                       | 12                         | 23               |
| Λέμφωμα                     | 7                        | 2                          | 9                |
| Χειρουργικά εξαιρεθέν Έλκος | 5                        | 2                          | 7                |
| Χωρίς ευρήματα              | 6                        |                            | 6                |
| Ανεπαρκές υλικό             | 4                        | 7                          | 11               |

ΠΙΝΑΚΑΣ 21a

## ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύν/λο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 2    | 7     | 11    | 44    | 80    | 64    | 54    | 16    |     | 278    |
| Γ |      | 5     | 13    | 29    | 31    | 34    | 14    | 4     |     | 130    |

A/Γ = 278/130

(A = Ανδρες Γ = Γυναίκες)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 22**

Στόμαχος 1989

| Ευρήματα                    | Άνδρες<br>ασθενείς = 133 | Γυναίκες<br>ασθενείς = 61 | Σύνολον<br>= 194 |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|
| Γαστρίτιδα                  | 115                      | 39                        | 154              |
| Χρονιότητα                  | 115                      | 39                        | 154              |
| Ενεργότητα                  | 94                       | 31                        | 125              |
| Ηρεμούσα                    | 21                       | 8                         | 29               |
| Επιφανειακή                 | 11                       | 4                         | 15               |
| Ατροφία                     | 86                       | 30                        | 116              |
| Δυσπλασία                   | 19                       | 6                         | 25               |
| Εντερική μετάπλαση          | 50                       | 16                        | 66               |
| Στοιχεία έλκους             | 13                       | 1                         | 14               |
| Ca Διαχύτου τύπου           | 8                        | 10                        | 18               |
| Ca Εντερικού τύπου          |                          | 2                         | 2                |
| Λέμφωμα                     | 1                        | 2                         | 3                |
| Υπερπλαστικός πολύποδας     | 3                        |                           | 3                |
| Χειρουργικά εξαιρεθέν Έλκος | 4                        | 1                         | 5                |
| Χωρίς ευρήματα              |                          | 5                         | 5                |
| Ανεπαρκές υλικό             | 2                        | 2                         | 4                |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 22α****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύν/λο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A |      | 5     | 11    | 17    | 33    | 32    | 25    | 8     | 2   | 133    |
| Γ |      |       | 4     | 12    | 13    | 10    | 14    | 8     |     | 61     |

A/Γ= 133/61

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



ΠΙΝΑΚΑΣ 23

Στόμαχος 1990

| Ευρήματα                    | Άνδρες<br>ασθενείς = 416 | Γυναίκες<br>ασθενείς = 130 | Σύνολον<br>= 546 |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|
| Γαστρίτιδα                  | 342                      | 109                        | 451              |
| Χρονιότητα                  | 342                      | 109                        | 451              |
| Ενεργότητα                  | 298                      | 81                         | 379              |
| Ηρεμούσα                    | 44                       | 26                         | 70               |
| Επιφανειακή                 | 25                       | 15                         | 40               |
| Ατροφία                     | 256                      | 52                         | 308              |
| Δυσπλασία                   | 70                       | 12                         | 82               |
| Εντερική μετάπλαση          | 134                      | 42                         | 176              |
| Στοιχεία έλκους             | 53                       | 29                         | 82               |
| Ca Διαχύτου τύπου           | 13                       | 1                          | 14               |
| Ca Εντερικού τύπου          | 15                       | 2                          | 17               |
| Λέμφωμα                     | 8                        |                            | 8                |
| Υπερπλαστικός πολύποδας     | 3                        | 2                          | 5                |
| Χειρουργικά εξαιρεθέν Έλκος | 8                        | 3                          | 11               |
| Εκκόλλωμα                   | 1                        |                            | 1                |
| Λειομύωμα                   |                          | 1                          | 1                |
| Λειομυοβλάστωμα             | 1                        |                            | 1                |
| Χωρίς ευρήματα              | 15                       | 5                          | 20               |
| Ανεπαρκές υλικό             | 10                       | 7                          | 17               |

ΠΙΝΑΚΑΣ 23α

## ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύν/λο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 23   | 31    | 46    | 100   | 107   | 78    | 28    | 2     | 1   | 416    |
| Γ |      | 8     | 10    | 28    | 27    | 33    | 18    | 5     | 1   | 130    |

Α/Γ = 416/130

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 24**

Στόμαχος 1991

| Ευρήματα                    | Άνδρες<br>ασθενείς = 388 | Γυναίκες<br>ασθενείς = 156 | Σύνολον<br>= 544 |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|
| Γαστρίτιδα                  | 336                      | 121                        | 457              |
| Χρονιότητα                  | 336                      | 121                        | 457              |
| Ενεργότητα                  | 294                      | 92                         | 386              |
| Ηρεμούσα                    | 42                       | 18                         | 60               |
| Επιφανειακή                 | 6                        | 2                          | 8                |
| Ατροφία                     | 296                      | 93                         | 389              |
| Δυσπλασία                   | 44                       | 17                         | 61               |
| Εντερική μετάπλαση          | 134                      | 39                         | 173              |
| Στοιχεία έλκους             | 60                       | 15                         | 75               |
| Ca Διαχύτου τύπου           | 16                       | 14                         | 30               |
| Ca Εντερικού τύπου          | 4                        | 2                          | 6                |
| Λέμφωμα                     |                          | 2                          | 2                |
| Αδενωματώδης πολύποδας      | 1                        |                            | 1                |
| Υπερπλαστικός πολύποδας     | 4                        | 3                          | 7                |
| Χειρουργικά εξαιρεθέν Έλκος | 17                       | 5                          | 22               |
| Χωρίς ευρήματα              | 4                        | 2                          | 6                |
| Ανεπαρκές υλικό             | 3                        | 4                          | 7                |
| Λειομύωμα                   |                          | 1                          | 1                |
| Αδενικές κύστεις θόλου      | 1                        | 1                          | 2                |
| Μεταστατικά Αδένο -Ca       |                          | 1                          | 1                |
| Early Carcinoma             | 2                        |                            | 2                |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 24a****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύν/λο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 1    | 11    | 36    | 72    | 80    | 95    | 71    | 21    | 1   | 388    |
| Γ | 3    | 15    | 17    | 25    | 32    | 39    | 24    | 1     |     | 156    |

A/Γ = 388/156

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 25**

Στόμαχος 1992

| Ευρήματα                    | Άνδρες<br>ασθενείς = 490 | Γυναίκες<br>ασθενείς = 227 | Σύνολον<br>= 717 |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|
| Γαστρίτιδα                  | 393                      | 173                        | 566              |
| Χρονιότητα                  | 393                      | 173                        | 566              |
| Ενεργός                     | 330                      | 140                        | 470              |
| Ηρεμούσα                    | 63                       | 33                         | 96               |
| Επιφανειακή                 | 11                       | 3                          | 14               |
| Ατροφία                     | 306                      | 127                        | 433              |
| Δυσπλασία                   | 60                       | 21                         | 81               |
| Εντερική μετάπλαση          | 170                      | 52                         | 222              |
| Στοιχεία έλκους             | 60                       | 22                         | 82               |
| Ca Διαχύτου τύπου           | 34                       | 19                         | 53               |
| Ca Εντερικού τύπου          | 14                       | 9                          | 23               |
| Λέμφωμα                     | 6                        | 9                          | 15               |
| Αδενωματώδης πολύποδας      | 2                        |                            | 2                |
| Υπερπλαστικός πολύποδας     | 4                        | 2                          | 6                |
| Χειρουργικά εξαιρεθέν Έλκος | 17                       | 7                          | 24               |
| Χωρίς ευρήματα              | 7                        | 1                          | 8                |
| Ανεπαρκές υλικό             | 5                        | 3                          | 8                |
| Αδενικές κύστεις θόλου      | 5                        | 2                          | 7                |
| Μεταστατικό μελάνωμα        | 1                        |                            | 1                |
| Καρκινοειδές                | 1                        | 1                          | 2                |
| Αδενοπλακώδες καρκίνωμα     | 1                        | 1                          | 2                |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 25a****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύν/λο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 12   | 59    | 92    | 98    | 105   | 81    | 42    | 1     |     | 490    |
| Γ | 1    | 8     | 25    | 30    | 51    | 63    | 37    | 11    | 1   | 227    |

A/Γ= 490/227

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 26****ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ 1982-1992**

| Ευρήματα                    | Άνδρες<br>ασθενείς = 2750 | Γυναίκες<br>ασθενείς = 1088 | Σύνολον<br>=3838 |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------|
| Γαστρίτιδα                  | 2240                      | 794                         | 3034             |
| Χρονιότητα                  | 2240                      | 794                         | 3034             |
| Ενεργός                     | 1914                      | 626                         | 2540             |
| Ηρεμούσα                    | 326                       | 168                         | 494              |
| Επιφανειακή                 | 146                       | 74                          | 220              |
| Ατροφία                     | 1727                      | 552                         | 2279             |
| Δυσπλασία                   | 332                       | 89                          | 421              |
| Εντερική μετάπλαση          | 944                       | 260                         | 1204             |
| Στοιχεία έλκους             | 287                       | 110                         | 397              |
| Ca Διαχύτου τύπου           | 168                       | 90                          | 258              |
| Ca Εντερικού τύπου          | 54                        | 40                          | 94               |
| Λέμφωμα                     | 48                        | 23                          | 71               |
| Σάρκωμα                     | 1                         |                             | 1                |
| Αδενωματώδης πολύποδας      | 5                         | 1                           | 6                |
| Υπερπλαστικός πολύποδας     | 20                        | 12                          | 32               |
| Χειρουργικά εξαιρεθέν Έλκος | 84                        | 35                          | 119              |
| Χωρίς ευρήματα              | 75                        | 41                          | 116              |
| Ανεπαρκές υλικό             | 42                        | 45                          | 87               |
| Αδενικές κύστες θόλου       | 6                         | 3                           | 9                |
| Μεταστατικό μελάνωμα        | 1                         |                             | 1                |
| Καρκινοειδές                | 1                         | 1                           | 2                |
| Αδενοπλακώδες καρκίνωμα     | 1                         | 1                           | 2                |
| Λειομυοβλάστωμα             | 1                         |                             | 1                |
| Εκκόλπωμα                   | 1                         |                             | 1                |
| Λειομύωμα                   |                           | 1                           | 1                |
| Πρώιμο Καρκίνωμα            | 2                         |                             | 2                |
| Μεταστατικό Άδενο Ca        |                           | 1                           | 1                |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 26α****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

|          | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|----------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| <b>A</b> | 44   | 150   | 313   | 521   | 653   | 582   | 386   | 96    | 5   | 2750   |
| <b>Γ</b> | 15   | 57    | 113   | 182   | 240   | 264   | 167   | 48    | 2   | 1088   |

Α/Γ = 2750 / 1088

( A = Άνδρες Γ = Γυναίκες )



Στην ενότητα αυτή των πινάκων (από 27 έως 38) καταγράφονται τα ευρήματα στο λεπτό έντερο. Από τους πίνακες αυτούς προκύπτει: Διαπιστώθηκε πολύ υψηλό ποσοστό (46,73%) νέκρωσης ακολουθούμενες από φλεγμονώδεις διεργασίες (38,50%). Από τις υπόλοιπες αλλοιώσεις οι ελκωτικές με ποσοστό 3,63% είναι οι περισσότερες, με πολύ μικρά έως μικρά ποσοστά τα υπόλοιπα ευρήματα.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 27

Ευρήματα στο λεπτό έντερο: 1982

| Ευρήματα             | Άνδρες<br>= 7 | Γυναίκες<br>2 | = | Σύνολον<br>= 9 |
|----------------------|---------------|---------------|---|----------------|
| Νέκρωση              | 3             |               |   | 3              |
| Φλεγμονή             | 1             |               |   | 1              |
| Ελκωτικές αλλοιώσεις | 1             |               |   | 1              |
| Crohn                |               |               |   |                |
| Λέμφωμα              |               | 1             |   | 1              |
| Σάρκωμα              |               |               |   |                |
| Λειομόωμα            |               |               |   |                |
| Εκκόλπωμα            | 1             |               |   | 1              |
| Μη ειδική εντερίτιδα | 1             |               |   | 1              |
| Χωρίς ευρήματα       |               | 1             |   | 1              |
| Ανεπαρκές            |               |               |   |                |
| Μεταστατικό Ca       |               |               |   |                |

### ΠΙΝΑΚΑΣ 27α

#### ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 1    |       | 1     | 2     | 1     | 1     | 1     |       |     | 7      |
| Γ |      |       |       |       |       | 2     |       |       |     | 2      |

A/Γ = 7/2

( A = Άνδρες Γ = Γυναίκες )





**ΠΙΝΑΚΑΣ 28**

Ευρήματα στο λεπτό έντερο: 1983

| Ευρήματα             | Άνδρες<br>= 12 | Γυναίκες<br>6 | = | Σύνολον<br>= 18 |
|----------------------|----------------|---------------|---|-----------------|
| Νέκρωση              | 4              | 5             |   | 9               |
| Φλεγμονή             | 3              | 1             |   | 4               |
| Ελκωτικές αλλοιώσεις | 1              |               |   | 1               |
| Στοηη                |                |               |   |                 |
| Λέμφωμα              |                |               |   |                 |
| Σάρκωμα              | 1              |               |   | 1               |
| Λειομύωμα            |                |               |   |                 |
| Εκκόλπωμα            |                |               |   |                 |
| Μη ειδική εντερίτιδα |                |               |   |                 |
| Χωρίς ευρήματα       | 3              |               |   | 3               |
| Ανεπαρκές            |                |               |   |                 |
| Μεταστατικό Ca       |                |               |   |                 |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 28a****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A |      | 1     | 2     | 3     | 3     | 3     |       |       |     | 12     |
| Γ | 1    |       |       |       | 2     |       | 2     | 1     |     | 6      |

A/Γ=12/6 (A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 29**

Ευρήματα στο λεπτό έντερο: 1984

| Ευρήματα             | Άνδρες<br>= 19 | Γυναίκες<br>16 | = | Σύνολον<br>= 35 |
|----------------------|----------------|----------------|---|-----------------|
| Νέκρωση              | 8              | 4              |   | 12              |
| Φλεγμονή             | 10             | 7              |   | 17              |
| Ελκωτικές αλλοιώσεις |                |                |   |                 |
| Στοη                 |                |                |   |                 |
| Λέμφωμα              | 1              | 1              |   | 2               |
| Σάρκωμα              |                |                |   |                 |
| Λειομύωμα            |                |                |   |                 |
| Εκκόλπωμα            |                |                |   |                 |
| Μη ειδική εντερίτιδα |                |                |   |                 |
| Χωρίς ευρήματα       |                | 1              |   | 1               |
| Ανεπαρκές            |                | 3              |   | 3               |
| Μεταστατικό Ca       |                |                |   |                 |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 29α****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 1    | 1     | 2     | 2     | 2     | 1     | 7     | 2     | 1   | 19     |
| Γ | 1    | 1     |       | 3     | 5     | 5     | 1     |       |     | 16     |

A1/Γ= 19/16

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 30**

Ευρήματα στο λεπτό έντερο: 1985

| Ευρήματα             | Ανδρες<br>= 20 | Γυναίκες<br>18 | = Σύνολον<br>= 38 |
|----------------------|----------------|----------------|-------------------|
| Νέκρωση              | 8              | 5              | 13                |
| Φλεγμονή             | 6              | 8              | 14                |
| Ελκωτικές αλλοιώσεις | 2              |                | 2                 |
| Στοηη                |                |                |                   |
| Λέμφωμα              | 1              | 1              | 2                 |
| Σάρκωμα              |                |                |                   |
| Λειομύωμα            |                |                |                   |
| Εκκόλπωμα            | 1              |                | 1                 |
| Μη ειδική εντερίτιδα |                |                |                   |
| Χωρίς ευρήματα       | 1              | 1              | 2                 |
| Ανεπαρκές            |                | 2              | 2                 |
| Μεταστατικό Ca       | 1              |                | 1                 |
| Νευροϊνωμα           |                | 1              | 1                 |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 30α****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A |      |       | 2     | 3     | 1     | 6     | 4     | 4     |     | 20     |
| Γ |      | 1     | 1     |       | 7     | 6     | 3     |       |     | 18     |

A/Γ = 20/18

(A = Ανδρες Γ = Γυναίκες)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 31**

Ευρήματα στο λεπτό έντερο: 1986

| Ευρήματα             | Ανδρες<br>= 21 | Γυναίκες<br>19 | = | Σύνολο<br>= 40 |
|----------------------|----------------|----------------|---|----------------|
| Νέκρωση              | 10             | 11             |   | 21             |
| Φλεγμονή             | 9              | 6              |   | 15             |
| Ελκωτικές αλλοιώσεις |                | 1              |   | 1              |
| Crohn                |                |                |   |                |
| Λέμφωμα              |                | 1              |   | 1              |
| Σάρκωμα              |                |                |   |                |
| Λειομύωμα            |                |                |   |                |
| Εκκόλπωμα            |                |                |   |                |
| Μη ειδική εντερίτιδα |                |                |   |                |
| Χωρίς ευρήματα       | 1              |                |   | 1              |
| Ανεπαρκές            |                |                |   |                |
| Μεταστατικό Ca       |                |                |   |                |
| Πολύποδας Αδενωματ.  | 1              |                |   | 1              |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 31a****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 3    |       | 1     | 3     | 3     | 6     | 3     | 2     |     | 21     |
| Γ | 1    |       | 2     | 1     | 3     | 3     | 4     | 4     | 1   | 19     |

A/Γ = 21/19

(A = Ανδρες Γ = Γυναίκες)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 32**

Ευρήματα στο λεπτό έντερο: 1987

| Ευρήματα               | Άνδρες<br>= 33 | Γυναίκες<br>12 | =<br>Σύνολον<br>= 45 |
|------------------------|----------------|----------------|----------------------|
| Νέκρωση                | 8              | 4              | 12                   |
| Φλεγμονή               | 18             | 6              | 24                   |
| Ελκωτικές αλλοιώσεις   | 1              |                | 1                    |
| Στοhn                  |                |                |                      |
| Λέμφωμα                | 2              |                | 2                    |
| Σάρκωμα                |                |                |                      |
| Λειομύωμα              | 1              | 1              | 2                    |
| Εκκόλπωμα              |                |                |                      |
| Μη ειδική εντερίτιδα   |                |                |                      |
| Χωρίς ευρήματα         | 1              | 1              | 2                    |
| Ανεπαρκές              |                |                |                      |
| Μεταστατικό Ca         | 1              |                | 1                    |
| Κοκκιοματώδης ολεζμονή | 1              |                | 1                    |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 32a****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 2    | 1     | 6     | 6     | 5     | 5     | 6     | 2     |     | 33     |
| Γ | 1    |       | 3     | 1     | 1     | 2     | 3     | 1     |     | 12     |

A/Γ = 33/12

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 33**

Ευρήματα στο λεπτό έντερο: 1988

| Ευρήματα             | Άνδρες<br>= 20 | Γυναίκες<br>26 | = | Σύνολον<br>= 46 |
|----------------------|----------------|----------------|---|-----------------|
| Νέκρωση              | 8              | 11             |   | 19              |
| Φλεγμονή             | 7              | 7              |   | 14              |
| Ελκωτικές αλλοιώσεις | 1              |                |   | 1               |
| Crohn                |                |                |   |                 |
| Λέμφωμα              |                |                |   |                 |
| Σάρκωμα              |                |                |   |                 |
| Λειομύωμα            |                |                |   |                 |
| Εκκόλπωμα            |                |                |   |                 |
| Μη ειδική εντερίτιδα |                |                |   |                 |
| Χωρίς ευρήματα       | 2              | 3              |   | 5               |
| Ανεπαρκές            | 2              | 1              |   | 3               |
| Μεταστατικό Ca       |                | 4              |   | 4               |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 33α****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A |      | 2     | 1     | 2     | 3     | 5     | 4     | 2     | 1   | 20     |
| Γ | 1    | 1     | 2     | 2     | 1     | 9     | 5     | 4     | 1   | 26     |

A/Γ = 20/26

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 34**

Ευρήματα στο λεπτό έντερο: 1989

| Ευρήματα             | Άνδρες<br>= 28 | Γυναίκες<br>15 | = Σύνολον<br>= 43 |
|----------------------|----------------|----------------|-------------------|
| Νέκρωση              | 15             |                | 15                |
| Φλεγμονή             | 9              | 9              | 18                |
| Ελκωτικές αλλοιώσεις | 2              | 4              | 6                 |
| Crohn                | 1              |                | 1                 |
| Λέμφωμα              |                |                |                   |
| Σάρκωμα              |                |                |                   |
| Λειομύωμα            |                |                |                   |
| Εκκόλπωμα            |                |                |                   |
| Μη ειδική εντερίτιδα |                |                |                   |
| Χωρίς ευρήματα       | 1              | 1              | 2                 |
| Ανεπαρκές            |                | 1              | 1                 |
| Μεταστατικό Ca       |                |                |                   |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 34α****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 3    |       | 2     | 4     | 1     | 6     | 9     | 2     | 1   | 28     |
| Γ | 2    |       | 2     | 1     | 1     | 1     | 2     | 5     | 1   | 15     |

A/Γ=28/15

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



ΠΙΝΑΚΑΣ 35

Ευρήματα στο λεπτό έντερο: 1990

| Ευρήματα             | Άνδρες<br>= 24 | Γυναίκες<br>22 | = | Σύνολον<br>= 46 |
|----------------------|----------------|----------------|---|-----------------|
| Νέκρωση              | 12             | 11             |   | 23              |
| Φλεγμονή             | 6              | 7              |   | 13              |
| Ελκωτικές αλλοιώσεις | 1              |                |   | 1               |
| Crohn                |                |                |   |                 |
| Λέμφωμα              |                |                |   |                 |
| Σάρκωμα              |                |                |   |                 |
| Λειομύωμα            |                |                |   |                 |
| Εκκόλπωμα            | 3              | 1              |   | 4               |
| Μη ειδική εντερίτιδα |                |                |   |                 |
| Χωρίς ευρήματα       | 1              |                |   | 1               |
| Ανεπαρκές            |                |                |   |                 |
| Μεταστατικό Ca       | 1              | 3              |   | 4               |

ΠΙΝΑΚΑΣ 35α

## ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 2    |       | 2     | 4     | 1     | 5     | 7     | 2     | 1   | 24     |
| Γ | 2    | 2     | 2     | 2     | 2     | 2     | 3     | 6     | 1   | 22     |

Α/Γ= 28/15

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)





**ΠΙΝΑΚΑΣ 36**

Ευρήματα στο λεπτό έντερο: 1991

| Ευρήματα             | Άνδρες<br>= 41 | Γυναίκες<br>23 | =<br>Σύνολο<br>= 64 |
|----------------------|----------------|----------------|---------------------|
| Νέκρωση              | 20             | 16             | 36                  |
| Φλεγμονή             | 9              | 5              | 14                  |
| Ελκωτικές αλλοιώσεις | 1              |                | 1                   |
| Στοήν                |                |                |                     |
| Λέμφωμα              |                | 1              | 1                   |
| Σάρκωμα              |                |                |                     |
| Λειομύωμα            |                |                |                     |
| Εκκόλπωμα            | 1              |                | 1                   |
| Μη ειδική εντερίτιδα | 1              |                | 1                   |
| Χωρίς ευρήματα       | 2              | 1              | 3                   |
| Ανεπαρκές            | 2              |                | 2                   |
| Μεταστατικό Ca       | 1              |                | 1                   |
| Σύνδρομο Δυσ/σης     | 2              |                | 2                   |
| Λιποσάρκωμα          | 1              |                | 1                   |
| Κύστη εντέρου        | 1              |                | 1                   |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 36<sup>α</sup>****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 6    |       | 3     | 4     | 4     | 12    | 8     | 4     |     | 41     |
| Γ | 3    |       | 1     | 2     | 6     | 3     | 6     | 1     | 1*  | 23     |

A/Γ = 34/26

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)

1\* = Γυναίκα 103 ετών



ΠΙΝΑΚΑΣ 37

Ευρήματα στο λεπτό έντερο: 1992

| Ευρήματα             | Άνδρες<br>= 37 | Γυναίκες<br>28 | = | Σύνολον<br>= 65 |
|----------------------|----------------|----------------|---|-----------------|
| Νέκρωση              | 20             | 13             |   | 33              |
| Φλεγμονή             | 12             | 10             |   | 22              |
| Ελκωτικές αλλοιώσεις |                |                |   |                 |
| Crohn                |                |                |   |                 |
| Λέμφωμα              |                |                |   |                 |
| Σάρκωμα              |                |                |   |                 |
| Λειομύωμα            |                |                |   |                 |
| Εκκόλπωμα            |                |                |   |                 |
| Μη ειδική εντερίτιδα |                |                |   |                 |
| Χωρίς ευρήματα       | 3              | 1              |   | 4               |
| Ανεπαρκές            |                |                |   |                 |
| Μεταστατικό Ca       | 1              | 2              |   | 3               |
| Σύνδρομο Δυσαι/σης   | 1              | 2              |   | 3               |

ΠΙΝΑΚΑΣ 37<sup>α</sup>

## ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 2    | 4     | 1     | 3     | 12    | 10    | 4     | 1     |     | 37     |
| Γ | 3    | 1     | 3     | 4     | 2     | 8     | 6     | 1     |     | 28     |

A/Γ= 26/21

( A = Άνδρες Γ = Γυναίκες )



**ΠΙΝΑΚΑΣ 38****ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ 1982-1992**

| Ευρήματα               | Άνδρες<br>= 262 | Γυναίκες<br>187 | = | Σύνολον<br>= 449 |
|------------------------|-----------------|-----------------|---|------------------|
| Νέκρωση                | 116             | 77              |   | 193              |
| Φλεγμονή               | 90              | 69              |   | 159              |
| Ελκωτικές αλλοιώσεις   | 10              | 5               |   | 15               |
| Στοήν                  | 1               |                 |   | 1                |
| Λέμφωμα                | 4               | 5               |   | 9                |
| Σάρκωμα                | 1               |                 |   | 1                |
| Λιπосάρκωμα            | 1               |                 |   | 1                |
| Λειομύωμα              | 1               | 1               |   | 2                |
| Εκκόλπωμα              | 6               | 1               |   | 7                |
| Μη ειδική εντερίτιδα   | 2               |                 |   | 2                |
| Χωρίς ευρήματα         | 15              | 10              |   | 25               |
| Ανεπαρκές              | 4               | 7               |   | 11               |
| Μεταστατικό Ca         | 5               | 9               |   | 14               |
| Σύνδρομο Δυσαι/σης     | 3               | 2               |   | 5                |
| Αδενωματώδης πολύποδας | 1               |                 |   | 1                |
| Νευροϊνωμα             |                 | 1               |   | 1                |
| Κύστη εντέρου          | 1               |                 |   | 1                |
| Κοκκιωματώδης φλεγμονή | 1               |                 |   | 1                |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 38α****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 18   | 8     | 22    | 33    | 36    | 65    | 55    | 21    | 4   | 262    |
| Γ | 15   | 5     | 16    | 15    | 29    | 44    | 36    | 22    | 5   | 187    |

A/Γ = 262/187

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)

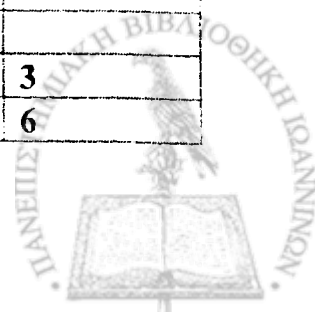


Η επόμενη ενότητα των πινάκων (από 39 έως 50) αφορά το παχύ έντερο. Από τους πίνακες αυτούς προκύπτει: Οι μη ειδικές κολίτιδες είναι σε ποσοστό σχεδόν διπλάσιο των κολίτιδων οι οποίες οφείλονται σε μικρόβια παράσιτα ή άλλους γνωστούς αιτιολογικούς παράγοντες. Η ελκώδης κολίτιδα κατέχει μεγάλο ποσοστό (15,82%) του βιοπτικού υλικού. Οι πολύποδες ήταν το εύρημα με την μεγαλύτερη (29,78%) συμμετοχή στο βιοπτικό υλικό. Από αυτούς το 23,4% ανήκει σε νεοπλασματικούς, με επιθηλιακή δυσπλασία διαφόρου βαθμού, πολύποδες και το υπόλοιπο σε αμαρτωματώδεις διεργασίες. Βέβαια το εύρημα αυτό κάνει ολοένα και περισσότερο συχνά την εμφάνισή του τα τελευταία χρόνια. Οι κακοήθειες και ιδιαίτερα τα αδενοκαρκινώματα είναι ψηλά σε ποσοστά, ίσως υπολείπονται ελάχιστα των ανεπτυγμένων χωρών αλλά σαφώς προκύπτει η ανά έτος αριθμητική αύξηση. Βέβαια παρ'ότι η ενδοσκοπική διερεύνηση του παχέος εντέρου βρίσκεται σε υψηλά αριθμητικά επίπεδα εν τούτοις δεν υπάρχει τάση βελτίωσης του ιστολογικού βαθμού κακοηθείας, κατά Dukes, αλλά ή παραμένει σταθερή η ένδειξη C ή αυξάνει. Οι υπόλοιπες παθολογικές διεργασίες κυμαίνονται σε χαμηλά, αλλά όχι και μη αξιοπρόσεκτα, ποσοστά.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 39

#### Ευρήματα στο παχύ έντερο 1982

| Ευρήματα                           | Ανδρες<br>= 51 | Γυναίκες<br>= 45 | Σύνολον<br>= 96 |
|------------------------------------|----------------|------------------|-----------------|
| Μη ειδική κολίτιδα                 | 12             | 13               | 25              |
| Κολίτιδες με γνωστή αιτιολογία*    | 8              | 11               | 19              |
| Κυστική κολίτιδα                   |                |                  |                 |
| Ελκώδης κολίτιδα                   | 8              | 3                | 11              |
| Νόσος του Cronh                    |                |                  |                 |
| Αμυλοείδωση                        |                |                  |                 |
| Μονήρες έλκος ορθού                | 1              |                  | 1               |
| Νέκρωση                            | 2              |                  | 2               |
| Πολύποδες                          | 4              | 5                | 9               |
| Φλεγμονώδης πολύποδας              |                |                  |                 |
| Υπερπλαστικός πολύποδας            |                | 1                | 1               |
| Νεανικός πολύποδας                 | 1              |                  | 1               |
| Σωληνώδες αδένωμα                  | 1              | 2                | 3               |
| Λαχνωτό αδένωμα                    |                |                  |                 |
| Σωληνολαχνωτό αδένωμα              | 2              | 2                | 4               |
| Δυσπλασία νεοπλασματικών πολυπόδων | 3              | 4                | 7               |
| Οικογενής πολυποδίαση              |                | 1                | 1               |
| Εκκολπωματώδης νόσος               |                |                  |                 |
| Αδενοκαρκίνωμα                     | 14             | 5                | 19              |
| Βαθμός κακοηθείας                  | 2A+8B+4C       | 3B+4C            | 2A+9B+8C        |
| Μελάνωμα                           |                |                  |                 |
| Χωρίς ευρήματα                     |                | 3                | 3               |
| Ανεπαρκές-ακατάλληλο Υλικό         | 2              | 4                | 6               |



**ΠΙΝΑΚΑΣ 39α**  
**ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 1    | 3     | 1     | 8     | 14    | 8     | 15    |       |     | 51     |
| Γ |      | 2     | 5     | 8     | 12    | 9     | 8     | 1     |     | 45     |

A/Γ = 51/45 (A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 40**

**Ευρήματα στο παχύ έντερο 1983**

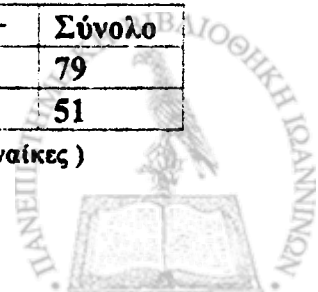
| Ευρήματα                           | Άνδρες<br>= 79 | Γυναίκες<br>= 51 | Σύνολο<br>= 130 |
|------------------------------------|----------------|------------------|-----------------|
| Μη ειδική κολίτιδα                 | 14             | 7                | 21              |
| Κολίτιδες με γνωστή αιτιολογία*    | 9              | 4                | 13              |
| Κυστική κολίτιδα                   |                |                  |                 |
| Ελκώδης κολίτιδα                   | 15             | 6                | 21              |
| Νόσος του Cronh                    |                | 1                | 1               |
| Αμυλοείδωση                        | 1              |                  | 1               |
| Μονήρες έλκος ορθού                |                |                  |                 |
| Νέκρωση                            | 2              | 2                | 4               |
| Πολύποδες                          | 14             | 15               | 29              |
| Φλεγμονώδης πολύποδας              |                | 2                | 2               |
| Υπερπλαστικός πολύποδας            | 1              | 3                | 4               |
| Νεανικός πολύποδας                 | 1              | 2                | 3               |
| Σωληνώδες αδένωμα                  | 6              | 7                | 13              |
| Λαχνωτό αδένωμα                    | 1              | 1                | 2               |
| Σωληνολαχνωτό αδένωμα              | 5              | 1                | 6               |
| Δυσπλασία νεοπλασματικών πολυπόδων | 11             | 8                | 19              |
| Οικογενής πολυποδίαση              | 1              | 1                | 2               |
| Εκκολπωματώδης νόσος               | 1              |                  | 1               |
| Αδενοκαρκίνωμα                     | 8              | 4                | 12              |
| Βαθμός κακοήθειας                  | 2A+4B+1A       | 1B+3C            | 2A+5B+4C        |
| Μεταστατικό καρκίνωμα              |                |                  |                 |
| Ψευδολέμφωμα                       | 1              | 1                | 2               |
| Λέμφωμα                            |                |                  |                 |
| Ινολίπωμα                          | 1              |                  | 1               |
| Χωρίς ευρήματα                     | 10             | 6                | 16              |
| Ανεπαρκές-ακατάλληλο Υλικό         | 2              | 4                | 6               |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 40α**

**ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 2    | 3     | 11    | 14    | 16    | 17    | 13    | 3     |     | 79     |
| Γ | 5    | 2     | 7     | 4     | 10    | 9     | 11    | 3     |     | 51     |

A/Γ = 79/51 (A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



ΠΙΝΑΚΑΣ 41

Ευρήματα στο παχύ έντερο 1984

| Ευρήματα                           | Άνδρες<br>= 70 | Γυναίκες<br>= 60 | Σύνολον<br>= 130 |
|------------------------------------|----------------|------------------|------------------|
| Μη ειδική κολίτιδα                 | 12             | 12               | 24               |
| Κολίτιδες με γνωστή αιτιολογία*    | 7              | 5                | 12               |
| Κυστική κολίτιδα                   |                |                  |                  |
| Ελκώδης κολίτιδα                   | 12             | 6                | 18               |
| Νόσος του Cronh                    | 1              |                  | 1                |
| Αμυλοείδωση                        |                | 1                | 1                |
| Μονήρες έλκος ορθού                |                |                  |                  |
| Νέκρωση                            | 2              | 3                | 5                |
| Πολύποδες                          | 28             | 21               | 49               |
| Φλεγμονώδης πολύποδας              |                |                  |                  |
| Υπερπλαστικός πολύποδας            | 3              | 1                | 4                |
| Νεανικός πολύποδας                 | 1              | 1                | 2                |
| Σωληνώδες αδένωμα                  | 14             | 13               | 27               |
| Λαχνωτό αδένωμα                    | 1              | 3                | 4                |
| Σωληνολαχνωτό αδένωμα              | 9              | 4                | 13               |
| Δυσπλασία νεοπλασματικών πολυπόδων | 24             | 19               | 43               |
| Οικογενής πολυποδίαση              |                | 1                | 1                |
| Εκκολπωματώδης νόσος               | 1              |                  | 1                |
| Αδενοκαρκίνωμα                     | 1              | 4                | 5                |
| Βαθμός κακοήθειας                  | 1B             | 2B+1C            | 3B+1C            |
| Μεταστατικό καρκίνωμα              |                |                  |                  |
| Λέμφωμα                            |                | 1                | 1                |
| Λίπωμα                             |                |                  |                  |
| Λειομύωμα                          |                |                  |                  |
| Μελάνωμα                           |                |                  |                  |
| Χωρίς ευρήματα                     | 4              | 2                | 6                |
| Ανεπαρκές-ακατάλληλο Υλικό         | 2              | 4                | 6                |

ΠΙΝΑΚΑΣ 41<sup>α</sup>  
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 4    | 1     | 8     | 8     | 14    | 12    | 10    | 9     | 4   | 70     |
| Γ | 3    | 2     | 5     | 6     | 12    | 16    | 10    | 6     |     | 60     |

A/Γ = 70/60

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 42**

Ευρήματα στο παχύ έντερο 1985

| Ευρήματα                           | Άνδρες<br>= 75 | Γυναίκες<br>= 70 | Σύνολο<br>= 145 |
|------------------------------------|----------------|------------------|-----------------|
| Μη ειδική κολίτιδα                 | 18             | 22               | 40              |
| Κολίτιδες με γνωστή αιτιολογία*    | 9              | 6                | 15              |
| Κυστική κολίτιδα                   |                |                  |                 |
| Ελκώδης κολίτιδα                   | 13             | 12               | 25              |
| Νόσος του Cronh                    |                |                  |                 |
| Αμυλοείδωση                        |                |                  |                 |
| Μονήρες έλκος ορθού                |                |                  |                 |
| Νέκρωση                            | 2              | 1                | 3               |
| Πολύποδες                          | 21             | 16               | 37              |
| Φλεγμονώδης πολύποδας              |                |                  |                 |
| Υπερπλαστικός πολύποδας            | 2              | 1                | 3               |
| Νεανικός πολύποδας                 |                |                  |                 |
| Σωληνώδες αδένωμα                  | 12             | 8                | 20              |
| Λαχνωτό αδένωμα                    | 2              | 1                | 3               |
| Σωληνολαχνωτό αδένωμα              | 5              | 6                | 11              |
| Δυσπλασία νεοπλασματικών πολυπόδων | 19             | 15               | 34              |
| Οικογενής πολυποδίαση              |                |                  |                 |
| Εκκολπωματώδης νόσος               |                |                  |                 |
| Αδενοκαρκίνωμα                     | 1              | 7                | 8               |
| Βαθμός κακοήθειας                  | 1C             | 2A+3B+2C         | 2A+3B+3C        |
| Μεταστατικό καρκίνωμα              |                |                  |                 |
| Λέμφωμα                            |                |                  |                 |
| Λίπωμα                             |                |                  |                 |
| Μελάνωμα                           |                |                  |                 |
| Χωρίς ευρήματα                     | 5              | 4                | 9               |
| Ανεπαρκές-ακατάλληλο Υλικό         | 6              | 2                | 8               |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 42α****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|          | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|----------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| <b>A</b> | 4    | 8     | 8     | 9     | 16    | 15    | 10    | 5     |     | 75     |
| <b>Γ</b> | 4    | 7     | 11    | 8     | 14    | 15    | 6     | 5     |     | 70     |

A/Γ = 75/70

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 43**

Ευρήματα στο παχύ έντερο 1986

| Ευρήματα                           | Άνδρες<br>= 70 | Γυναίκες<br>= 81 | Σύνολον<br>= 151 |
|------------------------------------|----------------|------------------|------------------|
| Μη ειδική κολίτιδα                 | 14             | 22               | 36               |
| Κολίτιδες με γνωστή αιτιολογία*    | 8              | 8                | 16               |
| Κυστική κολίτιδα                   |                |                  |                  |
| Ελκώδης κολίτιδα                   | 13             | 12               | 25               |
| Νόσος του Cronh                    |                |                  |                  |
| Αμυλοείδωση                        |                |                  |                  |
| Μονήρες έλκος ορθού                |                |                  |                  |
| Νέκρωση                            | 2              | 2                | 4                |
| Πολύποδες                          | 21             | 16               | 37               |
| Φλεγμονώδης πολύποδας              |                |                  |                  |
| Υπερπλαστικός πολύποδας            | 2              | 1                | 3                |
| Νεανικός πολύποδας                 |                |                  |                  |
| Σωληνώδες αδένωμα                  | 12             | 8                | 20               |
| Λαχνωτό αδένωμα                    | 2              | 1                | 3                |
| Σωληνολαχνωτό αδένωμα              | 5              | 6                | 11               |
| Δυσπλασία νεοπλασματικών πολυπόδων | 19             | 15               | 34               |
| Οικογενής πολυποδίαση              |                |                  |                  |
| Εκκολπωματώδης νόσος               |                |                  |                  |
| Αδενοκαρκίνωμα                     | 1              | 7                | 8                |
| Βαθμός κακοήθειας                  | 1B             | 1A+4B+2C         | 1A+5B+2C         |
| Μεταστατικό καρκίνωμα              |                |                  |                  |
| Λέμψωμα                            |                |                  |                  |
| Λειομύωμα                          |                |                  |                  |
| Μελάνωμα                           |                |                  |                  |
| Χωρίς ευρήματα                     | 5              | 10               | 15               |
| Ανεπαρκές-ακατάλληλο Υλικό         | 6              | 4                | 10               |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 43<sup>α</sup>****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 5    | 4     | 8     | 9     | 13    | 12    | 15    | 4     |     | 70     |
| Γ | 3    | 8     | 6     | 8     | 16    | 17    | 18    | 5     |     | 81     |

A/Γ = 70/81

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)





**ΠΙΝΑΚΑΣ 44**

Ευρήματα στο παχύ έντερο 1987

| Ευρήματα                           | Ανδρες<br>= 70 | Γυναίκες<br>= 81 | Σύνολον<br>= 151 |
|------------------------------------|----------------|------------------|------------------|
| Μη ειδική κολίτιδα                 | 14             | 19               | 33               |
| Κολίτιδες με γνωστή αιτιολογία*    | 7              | 6                | 13               |
| Κυστική κολίτιδα                   |                |                  |                  |
| Ελκώδης κολίτιδα                   | 9              | 10               | 19               |
| Νόσος του Cronh                    |                |                  |                  |
| Αμυλοείδωση                        |                |                  |                  |
| Μονήρες έλκος ορθού                | 1              |                  | 1                |
| Νέκρωση                            | 3              | 3                | 6                |
| Πολύποδες                          | 26             | 27               | 53               |
| Φλεγμονώδης πολύποδας              | 1              |                  | 1                |
| Υπερπλαστικός πολύποδας            | 5              | 2                | 7                |
| Νεανικός πολύποδας                 | 2              | 1                | 3                |
| Σωληνώδες αδένωμα                  | 9              | 12               | 21               |
| Λαχνωτό αδένωμα                    | 2              | 3                | 5                |
| Σωληνολαχνωτό αδένωμα              | 7              | 9                | 16               |
| Δυσπλασία νεοπλασματικών πολυπόδων | 18             | 24               | 42               |
| Οικογενής πολυποδίαση              |                |                  |                  |
| Εκκολλωματώδης νόσος               | 1              |                  | 1                |
| Αδενοκαρκίνωμα                     | 2              | 10               | 12               |
| Βαθμός κακοήθειας                  | 2B             | 2A+4B+4C         | 2A+6B+4C         |
| Μεταστατικό καρκίνωμα              |                |                  |                  |
| Λέμφωμα                            |                | 1                | 1                |
| Λειομύωμα                          |                | 1                | 1                |
| Μελάνωμα                           |                |                  |                  |
| Χωρίς ευρήματα                     | 6              | 4                | 10               |
| Ανεπαρκές-ακατάλληλο Υλικό         | 1              |                  | 1                |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 44<sup>α</sup>****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|          | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|----------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| <b>A</b> | 2    | 5     | 4     | 10    | 15    | 14    | 17    | 3     |     | 70     |
| <b>Γ</b> | 2    | 3     | 6     | 19    | 16    | 13    | 19    | 3     |     | 81     |

A/Γ = 79/81

(A = Ανδρες Γ = Γυναίκες)



ΠΙΝΑΚΑΣ 45

Ευρήματα στο παχύ έντερο 1988

| Ευρήματα                           | Άνδρες<br>= 103 | Γυναίκες<br>=79 | Σύνολον<br>= 182 |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| Μη ειδική κολίτιδα                 | 23              | 19              | 42               |
| Κολίτιδες με γνωστή αιτιολογία*    | 5               | 3               | 8                |
| Κυστική κολίτιδα                   |                 |                 |                  |
| Ελκώδης κολίτιδα                   | 16              | 17              | 33               |
| Νόσος του Cronh                    | 1               | 1               | 2                |
| Νέκρωση                            |                 | 2               | 2                |
| Πολύποδες                          | 29              | 15              | 44               |
| Φλεγμονώδης πολύποδας              |                 | 1               | 1                |
| Υπερπλαστικός πολύποδας            | 13              | 1               | 14               |
| Νεανικός πολύποδας                 | 2               |                 | 2                |
| Σωληνώδες αδένωμα                  | 7               | 3               | 10               |
| Λαχνωτό αδένωμα                    | 3               | 2               | 5                |
| Σωληνολαχνωτό αδένωμα              | 4               | 8               | 12               |
| Δυσπλασία νεοπλασματικών πολυπόδων | 14              | 13              | 27               |
| Οικογενής πολυποδίαση              | 1               |                 | 1                |
| Εκκολπωματώδης νόσος               | 2               |                 | 2                |
| Αδενοκαρκίνωμα                     | 21              | 17              | 38               |
| Βαθμός κακοήθειας                  | 5A+9B+6C        | 3A+9B+5C        | 8A+18B+11C       |
| Λίπωμα                             |                 | 1               | 1                |
| Λειομύωμα                          |                 |                 |                  |
| Μελάνωμα                           |                 | 2               | 2                |
| Χωρίς ευρήματα                     | 4               | 1               | 5                |
| Ανεπαρκές-ακατάλληλο Υλικό         | 1               | 1               | 2                |

ΠΙΝΑΚΑΣ 45α

## ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 2    | 3     | 11    | 12    | 24    | 29    | 17    | 5     |     | 103    |
| Γ | 2    | 3     | 9     | 12    | 17    | 16    | 18    | 2     |     | 79     |

A/Γ= 103/79

( A = Άνδρες Γ = Γυναίκες )



**ΠΙΝΑΚΑΣ 46**

Ευρήματα στο παχύ έντερο 1989

| Ευρήματα                           | Άνδρες<br>= 137 | Γυναίκες<br>= 113 | Σύνολον<br>= 250 |
|------------------------------------|-----------------|-------------------|------------------|
| Μη ειδική κολίτιδα                 | 30              | 24                | 54               |
| Κολίτιδες με γνωστή αιτιολογία*    | 12              | 7                 | 19               |
| Κυστική κολίτιδα                   | 1               |                   | 1                |
| Ελκώδης κολίτιδα                   | 18              | 12                | 30               |
| Νόσος του Cronh                    |                 | 2                 | 2                |
| Αμυλοείδωση                        |                 | 1                 | 1                |
| Μονήρες έλκος ορθού                | 1               |                   | 1                |
| Νέκρωση                            | 2               | 3                 | 5                |
| Πολύποδες                          | 36              | 24                | 60               |
| Φλεγμονώδης πολύποδας              |                 |                   |                  |
| Υπερπλαστικός πολύποδας            | 2               | 3                 | 5                |
| Νεανικός πολύποδας                 | 1               | 1                 | 2                |
| Σωληνώδες αδένωμα                  | 8               | 7                 | 15               |
| Λαχνωτό αδένωμα                    | 4               | 3                 | 7                |
| Σωληνολαχνωτό αδένωμα              | 21              | 10                | 31               |
| Δυσπλασία νεοπλασματικών πολυπόδων | 33              | 20                | 53               |
| Οικογενής πολυποδίαση              |                 |                   |                  |
| Εκκολπωματώδης νόσος               | 2               | 2                 | 4                |
| Αδενοκαρκίνωμα                     | 28              | 25                | 53               |
| Βαθμός κακοήθειας                  | 5A+14B+8C       | 3A+12B+8C         | 8A+26B+16C       |
| Μεταστατικό καρκίνωμα              |                 | 1                 | 1                |
| Χωρίς ευρήματα                     | 3               | 8                 | 11               |
| Ανεπαρκές-ακατάλληλο Υλικό         | 4               | 4                 | 8                |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 46<sup>α</sup>****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 3    | 6     | 12    | 18    | 30    | 31    | 29    | 8     |     | 137    |
| Γ | 4    | 6     | 5     | 21    | 23    | 21    | 22    | 11    |     | 113    |

A/Γ = 137/113

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 47**

Ευρήματα στο παχύ έντερο 1990

| Ευρήματα                           | Άνδρες<br>= 193 | Γυναίκες<br>= 122 | Σύνολον<br>=315 |
|------------------------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| Μη ειδική κολίτιδα                 | 42              | 20                | 62              |
| Κολίτιδες με γνωστή αιτιολογία*    | 18              | 17                | 35              |
| Κυστική κολίτιδα                   |                 |                   |                 |
| Ελκώδης κολίτιδα                   | 21              | 14                | 35              |
| Νόσος του Cronh                    |                 |                   |                 |
| Αμυλοείδωση                        |                 |                   |                 |
| Μονήρες έλκος ορθού                | 2               | 1                 | 3               |
| Νέκρωση                            | 10              | 8                 | 18              |
| Πολύποδες                          | 57              | 36                | 93              |
| Φλεγμονώδης πολύποδας              | 1               | 1                 | 2               |
| Υπερπλαστικός πολύποδας            | 8               | 6                 | 14              |
| Νεανικός πολύποδας                 |                 |                   |                 |
| Σωληνώδες αδένωμα                  | 19              | 8                 | 27              |
| Λαχνωτό αδένωμα                    | 10              | 5                 | 15              |
| Σωληνολαχνωτό αδένωμα              | 16              | 12                | 28              |
| Δυσπλασία νεοπλασματικών πολυπόδων | 45              | 25                | 70              |
| Οικογενής πολυποδίαση              | 1               | 1                 | 2               |
| Εκκολπωματώδης νόσος               |                 |                   |                 |
| Αδενοκαρκίνωμα                     | 28              | 16                | 44              |
| Βαθμός κακοήθειας                  | 4A+15B+9C       | 6B+9C             | 4A+21B+18C      |
| Μεταστατικό καρκίνωμα              |                 | 2                 | 2               |
| Μείλανωμα                          | 1               | 1                 | 2               |
| Χωρίς ευρήματα                     | 8               | 3                 | 11              |
| Ανεπαρκές-ακατάλληλο Υλικό         | 5               | 3                 | 8               |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 47<sup>α</sup>****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 2    | 5     | 15    | 20    | 51    | 46    | 44    | 8     | 2   | 193    |
| Γ | 1    | 5     | 7     | 14    | 30    | 28    | 29    | 8     |     | 122    |

A/Γ= 193/122

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 48**

Ευρήματα στο παχύ έντερο 1991

| Ευρήματα                           | Άνδρες<br>= 157 | Γυναίκες<br>= 111 | Σύνολον<br>= 268 |
|------------------------------------|-----------------|-------------------|------------------|
| Μη ειδική κολίτιδα                 | 36              | 16                | 52               |
| Κολίτιδες με γνωστή αιτιολογία*    | 12              | 8                 | 20               |
| Κυστική κολίτιδα                   |                 |                   |                  |
| Ελκώδης κολίτιδα                   | 18              | 14                | 32               |
| Νόσος του Cronh                    | 1               |                   | 1                |
| Αμυλοείδωση                        |                 |                   |                  |
| Μονήρες έλκος ορθού                |                 |                   |                  |
| Νέκρωση                            | 10              | 3                 | 13               |
| Πολύποδες                          | 31              | 34                | 65               |
| Φλεγμονώδης πολύποδας              | 2               | 3                 | 5                |
| Υπερπλαστικός πολύποδας            | 3               | 8                 | 11               |
| Νεανικός πολύποδας                 |                 | 1                 | 1                |
| Σωληνώδες αδένωμα                  | 17              | 13                | 30               |
| Λαχνωτό αδένωμα                    | 3               | 3                 | 6                |
| Σωληνολαχνωτό αδένωμα              | 6               | 6                 | 12               |
| Δυσπλασία νεοπλασματικών πολύποδων | 27              | 23                | 50               |
| Οικογενής πολυποδίαση              |                 |                   |                  |
| Εκκολπωματώδης νόσος               |                 |                   |                  |
| Αδενοκαρκίνωμα                     | 38              | 25                | 63               |
| Βαθμός κακοήθειας                  | A8+B19+C11      | A3+B14+C8         | A11-B33-C19      |
| Μεταστατικό καρκίνωμα              |                 | 4                 | 4                |
| Λέμφωμα                            |                 |                   |                  |
| Λίπωμα                             |                 | 1                 | 1                |
| Μελάνωμα                           |                 |                   |                  |
| Χωρίς ευρήματα                     | 7               | 5                 | 12               |
| Ανεπαρκές-ακατάλληλο Υλικό         | 4               | 1                 | 5                |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 48<sup>α</sup>****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 2    | 4     | 12    | 30    | 33    | 42    | 21    | 12    | 1   | 157    |
| Γ | 3    | 8     | 7     | 23    | 21    | 31    | 18    |       |     | 111    |

A/Γ = 157/111

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



## ΠΙΝΑΚΑΣ 49

Ευρήματα στο παχύ έντερο 1992

| Ευρήματα                           | Άνδρες<br>= 188 | Γυναίκες<br>= 155 | Σύνολον<br>= 343 |
|------------------------------------|-----------------|-------------------|------------------|
| Μη ειδική κολίτιδα                 | 20              | 19                | 39               |
| Κολίτιδες με γνωστή αιτιολογία*    | 15              | 11                | 26               |
| Κυστική κολίτιδα                   |                 |                   |                  |
| Ελκώδης κολίτιδα                   | 28              | 31                | 59               |
| Νόσος του Cronh                    | 2               | 1                 | 3                |
| Αμυλοείδωση                        |                 |                   |                  |
| Μονήρες έλκος ορθού                |                 | 1                 | 1                |
| Νέκρωση                            | 12              | 5                 | 17               |
| Πολύποδες                          | 63              | 39                | 102              |
| Φλεγμονώδης πολύποδας              | 4               | 4                 | 8                |
| Υπερπλαστικός πολύποδας            | 8               | 6                 | 14               |
| Νεανικός πολύποδας                 |                 |                   |                  |
| Σωληνώδες αδένωμα                  | 34              | 16                | 50               |
| Λαχνωτό αδένωμα                    | 6               | 3                 | 9                |
| Σωληνολαχνωτό αδένωμα              | 11              | 10                | 21               |
| Δυσπλασία νεοπλασματικών πολυπόδων | 51              | 29                | 80               |
| Οικογενής πολυποδίαση              |                 | 2                 | 2                |
| Εκκολπωματώδης νόσος               |                 | 2                 | 2                |
| Αδενοκαρκίνωμα                     | 34              | 33                | 67               |
| Βαθμός κακοήθειας                  |                 |                   |                  |
| Μεταστατικό καρκίνωμα              |                 | 2                 | 2                |
| Λέμφωμα                            |                 |                   |                  |
| Λίπωμα                             |                 |                   |                  |
| Λειομύωμα                          |                 |                   |                  |
| Μελάνωμα                           |                 |                   |                  |
| Χωρίς ευρήματα                     | 11              | 7                 | 18               |
| Ανεπαρκές-ακατάλληλο Υλικό         | 3               | 2                 | 5                |

## ΠΙΝΑΚΑΣ 49α

## ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 2    | 10    | 12    | 33    | 46    | 47    | 28    | 9     | 1   | 188    |
| Γ | 2    | 14    | 26    | 19    | 27    | 39    | 26    | 2     |     | 155    |

A/Γ= 188/ 155

(A = Άνδρες Γ = Γυναίκες)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 50****ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ 1982-1992**

| Ευρήματα                           | Ανδρες<br>= 1193 | Γυναίκες<br>= 968 | Σύνολον<br>= 2161 |
|------------------------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| Μη ειδική κολίτιδα                 | 238              | 199               | 437               |
| Κολίτιδες με γνωστή αιτιολογία*    | 110              | 88                | 198               |
| Κυστική κολίτιδα                   | 1                |                   | 1                 |
| Ελκώδης κολίτιδα                   | 176              | 137               | 313               |
| Νόσος του Cronh                    | 5                | 5                 | 10                |
| Αμυλοείδωση                        | 1                | 2                 | 3                 |
| Μονήρες έλκος ορθού                | 5                | 2                 | 7                 |
| Νέκρωση                            | 37               | 34                | 71                |
| Πολύποδες                          | 330              | 259               | 589               |
| Φλεγμονώδης πολύποδας              | 8                | 17                | 25                |
| Υπερπλαστικός πολύποδας            | 47               | 38                | 85                |
| Νεανικός πολύποδας                 | 8                | 6                 | 14                |
| Σωληνώδες αδένωμα                  | 139              | 99                | 238               |
| Λαχνωτό αδένωμα                    | 37               | 25                | 59                |
| Σωληνολαχνωτό αδένωμα              | 91               | 74                | 165               |
| Δυσπλασία νεοπλασματικών πολυπόδων | 264              | 195               | 459               |
| Οικογενής πολυποδίαση              | 3                | 6                 | 9                 |
| Εκκολπωματώδης νόσος               | 7                | 4                 | 11                |
| Αδενοκαρκίνωμα                     | 174              | 155               | 329               |
| Βαθμός κακοήθειας                  | A 34+B86+C50     | A20+B72+C58       | A54+158+C108      |
| Μεταστατικό καρκίνωμα              |                  | 7                 | 7                 |
| Ψευδοέμφωμα                        | 1                | 1                 | 2                 |
| Λέμφωμα                            |                  | 2                 | 2                 |
| Ινολίπωμα                          | 1                | 1                 | 2                 |
| Λίπωμα                             |                  | 2                 | 2                 |
| Λειομύωμα                          |                  | 1                 | 1                 |
| Μελάνωμα                           | 1                | 3                 | 4                 |
| Χωρίς ευρήματα                     | 63               | 53                | 116               |
| Ανεπαρκές-ακατάλληλο Υλικό         | 38               | 29                | 67                |

\*Οσειόμενες σε: Λοιμογόνους παράγοντες, παράσιτα, Φάρμακα κτλ.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 50α****ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

|   | 0-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91- | Σύνολο |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| A | 28   | 53    | 102   | 171   | 272   | 273   | 219   | 67    | 8   | 1193   |
| Γ | 29   | 60    | 94    | 142   | 198   | 214   | 185   | 46    |     | 968    |

A/Γ=1193/968

(A = Ανδρες Γ = Γυναίκες)



## ΑΝΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΙΚΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΗΠΕΡΟΥ

Τα αποτελέσματα που έχουν παρατεθεί στις αντίστοιχες ενότητες των πινάκων και αφορούσαν τα υπό μελέτη όργανα (οισοφάγο στόμαχο λεπτό και παχύ έντερο) ανάγονται στον ανδρικό, γυναικείο και γενικό πληθυσμό. Όπως θα δούμε προκύπτουν σημαντικά στοιχεία ως προς την νοσηρότητα η οποία είναι σαφώς αυξημένη στον ανδρικό πληθυσμό σε σχέση με τον γυναικείο (σχεδόν διπλάσια σε όλα τα όργανα).

### 1. ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ

|                          |        |        |
|--------------------------|--------|--------|
| α) ΑΝΔΡΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ    | 166804 | 100%   |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΔΡΕΣ          | 110    | 0.066% |
| β) ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ     | 339728 | 100%   |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΔΡΕΣ          | 110    | 0.033% |
| γ) ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ  | 172922 | 100%   |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ        | 55     | 0.031% |
| δ) ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ     | 339728 | 100%   |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ        | 55     | 0.016% |
| ε) ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ     | 339728 | 100%   |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ | 207    | 0.060% |

### 2. ΣΤΟΜΑΧΟΣ

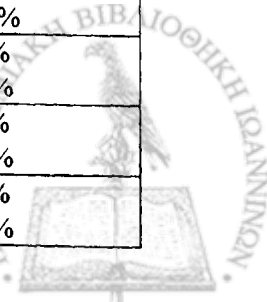
|                          |        |       |
|--------------------------|--------|-------|
| α) ΑΝΔΡΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ    | 166804 | 100%  |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΔΡΕΣ          | 2633   | 1.58% |
| β) ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ     | 339728 | 100%  |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΔΡΕΣ          | 2633   | 0.77% |
| γ) ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ  | 172922 | 100%  |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ        | 1002   | 0.58% |
| δ) ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ     | 339728 | 100%  |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ        | 1002   | 0.29% |
| ε) ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ     | 339728 | 100%  |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ | 3635   | 0.99% |

### 3. ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ

|                          |        |       |
|--------------------------|--------|-------|
| α) ΑΝΔΡΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ    | 166804 | 100%  |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΔΡΕΣ          | 243    | 0.17% |
| β) ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ     | 339728 | 100%  |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΔΡΕΣ          | 243    | 0.07% |
| γ) ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ  | 172922 | 100%  |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ        | 170    | 0.01% |
| δ) ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ     | 339728 | 100%  |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ        | 170    | 0.05% |
| ε) ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ     | 339728 | 100%  |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ | 413    | 0.12% |

### 4. ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

|                          |        |        |
|--------------------------|--------|--------|
| α) ΑΝΔΡΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ    | 166804 | 100%   |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΔΡΕΣ          | 1092   | 0.065% |
| β) ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ     | 339728 | 100%   |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΔΡΕΣ          | 1092   | 0.032% |
| γ) ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ  | 172922 | 100%   |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ        | 886    | 0.51%  |
| δ) ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ     | 339728 | 100%   |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ        | 886    | 0.26%  |
| ε) ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ     | 339728 | 100%   |
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ | 1978   | 0.58%  |





**ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥ  
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ**

Στα επόμενους πίνακες παρατίθενται στοιχεία ως προς την συμμετοχή των επί μέρους οργάνων στην νοσηρότητα του Γαστρεντερικού σωλήνα. όπως και ο συσχετισμός της νοσηρότητας μεταξύ ανδρών / Γυναικών.

|              |      |        |
|--------------|------|--------|
| Οισοφάγος    | 165  | 3,67%  |
| Στόμαχος     | 3635 | 58,71% |
| Λεπτό έντερο | 413  | 6,67%  |
| Παχύ έντερο  | 1978 | 31,95% |

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ  
ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΔΡΩΝ-ΓΥΝΑΙΚΩΝ**

|                     |      |        |
|---------------------|------|--------|
| Σύνολον βιοψηθέντων | 6655 | 100%   |
| Ανδρες              | 4342 | 65,24% |
| Γυναίκες            | 2313 | 34,76% |

**ΣΥΜΕΤΟΧΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΝΤΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ  
ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ**

Οι πίνακες οι οποίοι ακολουθούν παραθέτουν τις νοσολογικές οντότητες οι οποίες έχουν διαγνωσθεί στα υπό μελέτη όργανα με τα ποσοστά εμφάνισης και συμμετοχής στην γενική νοσηρότητα του κάθε οργάνου

**1) ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ**

| Νοσολογική οντότητα                           | Συμμετοχή στους Άνδρες ασθενείς | Συμμετοχή στις Γυναίκες ασθενείς | Συμμετοχή στο σύνολο των πασχόντων |
|---|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Υπερπλασία του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου | 32,72%                          | 34,54%                           | 33,33%                             |
| Χρόνια Οισοφαγίτιδα                           | 17,27%                          | 20%                              | 18,18%                             |
| Ελκωτική Οισοφαγίτιδα                         | 10,90%                          | 12,72%                           | 15,51%                             |
| Αδενοκαρκίνωμα                                | 1090                            | 7,27                             | 9,70%                              |
| Καρκίνωμα από πλακώδη επιθήλια                | 15,45%                          | 12,72%                           | 15,55%                             |
| Θηλώματα                                      | 3,63%                           | 1,81%                            | 3,03%                              |
| Πολυπόδες                                     | 0,90%                           | 1,81%                            | 1,21%                              |
| Οισοφάγος Barrett                             | 4,55%                           | 3,63%                            | 4,24%                              |
| Μεταστατικό νεόπλασμα                         | 2,72%                           | 1,81%                            | 2,42%                              |
| Εκτοπος βλεννογόνας                           | 0,90%                           |                                  | 0,60%                              |
| Κοκκιωματώδης φλεγμονή                        |                                 | 1,81%                            | 0,60%                              |
| Λειομύωμα                                     |                                 | 1,81%                            | 0,60%                              |



## 2) ΣΤΟΜΑΧΟΣ

| Νοσολογική<br>οντότητα         | Συμμετοχή στους<br>Ανδρες ασθενείς | Συμμετοχή στις<br>Γυναίκες<br>ασθενείς | Συμμετοχή<br>στο<br>σύνολο<br>πασχόντων |
|--------------------------------|------------------------------------|--|---|
| Γαστρίτιδα                     | 85,07%                             | 79,24%                                 | 83,47%                                  |
| Χρονιότητα                     | 85,07%                             | 79,24%                                 | 83,47%                                  |
| Ενεργός                        | 72,70%                             | 62,47%                                 | 69,88%                                  |
| Ηρεμούσα                       | 12,38%                             | 16,77%                                 | 13,60%                                  |
| Επιφανειακή                    | 5,55%                              | 7,38%                                  | 6,05%                                   |
| Ατροφία                        | 65,59%                             | 55,09%                                 | 62,70%                                  |
| Δυσπλασία                      | 12,60%                             | 8,88%                                  | 11,58%                                  |
| Εντερική<br>μετάπλαση          | 35,86%                             | 25,95%                                 | 33,12%                                  |
| Στοιχεία έλκους                | 10,90%                             | 10,98%                                 | 10,92%                                  |
| Ca Διαχύτου τύπου              | 6,38%                              | 8,98%                                  | 7,07%                                   |
| Ca Εντερικού<br>τύπου          | 2,05%                              | 3,99%                                  | 2,58%                                   |
| Λέμφωμα                        | 1,82%                              | 2,29%                                  | 1,96%                                   |
| Σάρκωμα                        | 0,04%                              |  | 0,03%                                   |
| Αδενωματώδης<br>πολύποδας      | 0,19%                              | 0,01%                                  | 0,17%                                   |
| Υπερπλαστικός<br>πολύποδας     | 0,76%                              | 1,19%                                  | 0,88%                                   |
| Χειρουργικά<br>εξαιρεθέν Έλκος | 3,19%                              | 3,49%                                  | 3,27%                                   |
| Αδενικές κύστες<br>θόλου       | 0,23%                              | 0,03%                                  | 0,25%                                   |
| Μεταστατικό<br>μελάνωμα        | 0,04%                              |  | 0,03%                                   |
| Καρκινοειδές                   | 0,04%                              | 0,01%                                  | 0,06%                                   |
| Αδενοπλακώδες<br>καρκίνωμα     | 0,04%                              | 0,01%                                  | 0,06%                                   |
| Λειμυνοβλάστωμα                | 0,04%                              |  | 0,03%                                   |
| Εκκόλπωμα                      | 0,04%                              | 0,01%                                  | 0,03%                                   |
| Λειομύωμα                      |                                    |  | 0,03%                                   |
| Πρώιμο<br>Καρκίνωμα            | 0,08%                              |  | 0,06%                                   |
| Μεταστατικό<br>Άδενο Ca        |                                    | 0,01%                                  | 0,03%                                   |



## 5) ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

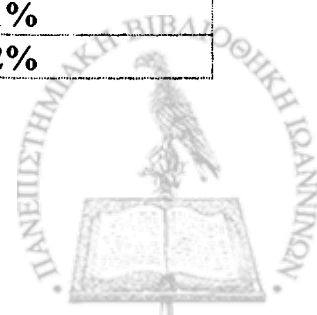
| Νοσολογική<br>οντότητα    | Συμμετοχή στους<br>Ανδρες ασθενείς | Συμμετοχή στις<br>Γυναίκες<br>ασθενείς | Συμμετοχή<br>στο<br>σύνολο<br>πασχόντων | στο<br>των |
|---------------------------|------------------------------------|--|---|------------|
| Νέκρωση                   | 47,74%                             | 45,3%                                  | 46,73%                                  |            |
| Φλεγμονή                  | 37,03%                             | 40,59%                                 | 38,50%                                  |            |
| Ελκωτικές<br>αλλοιώσεις   | 4,12%                              | 2,94%                                  | 3,63%                                   |            |
| Στοήν                     | 0,41%                              |  | 0,24%                                   |            |
| Λέμφωμα                   | 1,65%                              | 2,94%                                  | 2,18%                                   |            |
| Σάρκωμα                   | 0,41%                              |  | 0,24%                                   |            |
| Λιποσάρκωμα               | 0,41%                              |  | 0,24%                                   |            |
| Λειομύωμα                 | 0,41%                              | 0,59%                                  | 0,48%                                   |            |
| Εκκόλπωμα                 | 2,47%                              | 0,59%                                  | 1,69%                                   |            |
| Μη ειδική<br>εντερίτιδα   | 0,82%                              |  | 0,48%                                   |            |
| Μεταστατικό Ca            | 2,05%                              | 5,29%                                  | 1,69%                                   |            |
| Σύνδρομο<br>Δυσπαΐσης     | 1,23%                              | 1,18%                                  | 1,21%                                   |            |
| Αδενωματώδης<br>πολύποδας | 0,41%                              |  | 0,24%                                   |            |
| Νευροϊνωμα                |                                    | 0,59%                                  | 0,24%                                   |            |
| Κύστη εντέρου             | 0,41%                              |  | 0,24%                                   |            |
| Κοκκιωματώδης<br>Φλεγμονή | 0,41%                              |  | 0,24%                                   |            |



**6) ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

| Νοσολογική<br>οντότητα                   | Συμμετοχή στους<br>Ανδρες ασθενείς | Συμμετοχή στις<br>Γυναίκες ασθενείς | Συμμετοχή στο<br>σύνολο των<br>Πασχόντων |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Μη ειδική κολίτιδα                       | 21,79%                             | 22,46%                              | 22,09%                                   |
| Κολίτιδες με<br>γνωστή<br>αιτιολογία*    | 10,07%                             | 9,93%                               | 10,01%                                   |
| Κυστική κολίτιδα                         | 0,09%                              |                                     | 0,05%                                    |
| Ελκώδης κολίτιδα                         | 16,2%                              | 15,46%                              | 15,82%                                   |
| Νόσος του Cronh                          | 0,46%                              | 0,56%                               | 0,5%                                     |
| Αμυλοείδωση                              | 0,09%                              | 0,22%                               | 0,15%                                    |
| Μονήρες έλκος<br>ορθού                   | 0,46%                              | 0,22%                               | 0,35%                                    |
| Νέκρωση                                  | 3,39%                              | 3,84%                               | 3,59%                                    |
| Πολύποδες                                | 30,22%                             | 29,23%                              | 29,78%                                   |
| Φλεγμονώδης<br>πολύποδας                 | 0,73%                              | 1,92%                               | 1,26%                                    |
| Υπερπλαστικός<br>πολύποδας               | 4,30%                              | 4,29%                               | 4,30%                                    |
| Νεανικός<br>πολύποδας                    | 0,73%                              | 0,68%                               | 0,7%                                     |
| Σωληνώδες<br>αδένωμα                     | 12,73%                             | 11,17%                              | 11,98%                                   |
| Λαχνωτό αδένωμα                          | 3,39%                              | 2,82%                               | 2,98%                                    |
| Σωληνολαχνωτό<br>αδένωμα                 | 8,33%                              | 8,35%                               | 8,34%                                    |
| Δυσπλασία<br>νεοπλασματικών<br>πολυπόδων | 24,18%                             | 22%                                 | 23,21%                                   |
| Οικογενής<br>πολυποδίαση                 | 0,27%                              | 0,68%                               | 0,46%                                    |
| Εκκολπωματώδης<br>νόσος                  | 0,64%                              | 0,45%                               | 0,56%                                    |
| Αδενοκαρκίνωμα                           | 16,11%                             | 15,01%                              | 15,62%                                   |
| Μεταστατικό<br>καρκίνωμα                 |                                    | 0,79%                               | 0,35%                                    |
| Ψευδολέμφωμα                             | 0,09%                              | 0,11%                               | 0,1%                                     |
| Λέμφωμα                                  |                                    | 0,22%                               | 0,1%                                     |
| Ινολίπωμα                                | 0,09%                              | 0,11%                               | 0,1%                                     |
| Λίπωμα                                   |                                    | 0,22%                               | 0,1%                                     |
| Λειομύωμα                                |                                    | 0,11%                               | 0,1%                                     |
| Μελάνωμα                                 | 0,09%                              | 0,34%                               | 0,2%                                     |

\*Οφειόμενες σε:



Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται συνοπτικά η ετήσια συμμετοχή του ανδρικού και γυναικείου πληθυσμού στην διαδικασία λήψης βιοπτικού υλικού. Σε αυτόν παρατηρούμε ότι τα ποσοστά των ανδρών είναι σχεδόν διπλάσια των γυναικών και κυμαίνονται από το ελάχιστο 61.26% των ανδρών, 28.76% των Γυναικών και το μέγιστο 71.34% των ανδρών, 38.74% των γυναικών.

### ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΔΡΩΝ / ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΝΑ ΕΤΟΣ

| Έτη    | Σύνολο ασθενών | Ασθενείς άνδρες | Ασθενείς γυναίκες | Εκατοστιαία Συμμετοχή Ανδρών / Γυναικών |
|--------|----------------|-----------------|-------------------|---|
| 1982   | 181            | 112             | 69                | 61,88/38,12                             |
| 1983   | 306            | 218             | 88                | 71,24/28,76                             |
| 1984   | 509            | 335             | 174               | 61,27/38,73                             |
| 1985   | 506            | 310             | 196               | 61,26/38,74                             |
| 1986   | 473            | 299             | 174               | 63,21/36,79                             |
| 1987   | 547            | 362             | 185               | 66,18/33,82                             |
| 1988   | 652            | 410             | 242               | 62,88/37,12                             |
| 1989   | 507            | 313             | 194               | 61,74/38,26                             |
| 1990   | 954            | 646             | 278               | 66,91/30,09                             |
| 1991   | 892            | 597             | 295               | 66,93/30,07                             |
| 1992   | 1158           | 740             | 418               | 63,90/36,01                             |
| Σύνολα | 6655           | 4342            | 2313              | 65,24/34,76                             |

Ο τελευταίος πίνακας παρουσιάζει αρκετό ενδιαφέρον με την έννοια ότι καταγράφει το πλήθος των περιστατικών ανά δεκαετία. Όμως αυτό ίσως πρέπει και να συσχετισθεί με τις σαφείς τάσεις, οι οποίες καταδεικνύονται από τα όσα έχουν παραταθεί ανωτέρω, δηλαδή της εμφάνισης των κακοηθειών σε ολόένα και μικρότερες ηλικίες και του εξαιρετικά υψηλού ποσοστού το οποίο κατέχουν οι νεοπλασματικοί πολύποδες του παχέος εντέρου, ώστε και σε μικρότερες ηλικίες με τις ελάχιστες των κλινικών ενδείξεων να γίνεται η ενδοσκόπηση του γαστρεντερικού σωλήνα. Σε αυτόν τον πίνακα διαπιστούται ότι: Για τον οισοφάγο οι ηλικίες 40 έως 70 έτη παρουσιάζουν την μεγαλύτερη νοσηρότητα τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Για τον στόμαχο. Ο ανδρικός πληθυσμός δείχνει σαφή τάση νοσηρότητας από την τρίτη (21-30) δεκαετία ζωής και απότομα μεγάλη νοσηρότητα στις ηλικίες 30-40 έτη με σχετικά μεγάλη αύξηση στα 50-60 έτη και τέλος σχετικά μεγάλη μείωση 70-80 έτη ζωής. Στις γυναίκες η νοσηρότητα είναι πολύ μικρή με αυξημένα ποσοστά στις ηλικίες 20-30 και 40-50 και 60-70. Για το λεπτό έντερο υπάρχει μια σχετικά ομαλή κατανομή, ενώ το παχύ έντερο ακολουθεί σχεδόν πιστά την κατανομή η οποία συναντήθηκε στο στομάχι. Τέλος η εικόνα την οποία συναντάμε και στο σύνολο των οργάνων δείχνει ότι υπάρχει μια αύξηση των περιστατικών στις ηλικίες έως 70 έτη και ακολούθως σχεδόν απότομη πτώση στα 80-90 έτη. Φυσικά αναμενόμενο σε συνάρτηση με τον μέσο όρο ζωής της περιοχής.



### ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΟΡΓΑΝΟ

|             | 0-20 | 20-30 | 30-40 | 40-50 | 50-60 | 60-70 | 70-80 | 80-90 | 90----- |
|-------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| Οισοφάγος Α | 2    | 4     | 11    | 13    | 35    | 35    | 28    | 8     | 1       |
| Γ           | 2    | 2     | 7     | 8     | 10    | 21    | 16    | 3     | 1       |
| Στόμαχος Α  | 44   | 150   | 313   | 521   | 653   | 582   | 386   | 96    | 5       |
| Γ           | 15   | 57    | 113   | 182   | 240   | 264   | 167   | 48    | 2       |
| Α. Έντερο Α | 18   | 8     | 22    | 33    | 36    | 65    | 55    | 21    | 4       |
| Γ           | 15   | 5     | 16    | 15    | 29    | 44    | 36    | 22    | 5       |
| Π. Έντερο Α | 28   | 53    | 102   | 171   | 272   | 273   | 219   | 67    | 8       |
| Γ           | 29   | 60    | 94    | 142   | 198   | 214   | 185   | 46    | 0       |
| Σύνολον     | 153  | 339   | 678   | 1085  | 1473  | 1500  | 1092  | 311   | 26      |

(Α= Άνδρες Β= Γυναίκες)



## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Παρότι άφθονες είναι οι έρευνες και εργασίες οι οποίες έγιναν και γίνονται με αντικείμενο την Παθολογία-Παθολογικές διεργασίες των επιμέρους κυτταρικών στοιχείων των οργάνων του γαστρεντερικού σωλήνα εν τούτοις σπάνια συναντά κανείς μελέτη επανεκτίμησης και στατιστικής αξιολόγησης υπάρχοντος βιοπτικού υλικού. Ίσως είναι το αντικείμενο με την μικρότερη αναφορά σε διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα.

Στην παρούσα εργασία ήταν - και είναι ακόμη - πρόσφορο το έδαφος μιας τέτοιας μελέτης καθ ότι η Ήπειρος αποτελεί μια γεωγραφική ενότητα με ιδιαιτερότητες τέτοιες οι οποίες προσφέρουν τα εχέγγυα προσέγγισης του θέματος με σχετικά μεγάλη αν όχι απόλυτη ακρίβεια. Τούτο βέβαια γιατί ενώ τα Γιάννενα ήταν κέντρο υγειονομικής περίθαλψης για την Ήπειρο και εξελίχθηκε με την λειτουργία της Ιατρικής Σχολής πανελλήνιο και όχι μόνο κέντρο περίθαλψης και αναφοράς.

Στην αρχή έγινε μια πλήρης ανασκόπηση των αρχείων των Εργαστηρίων Παθολογικής Ανατομίας και αφού έγινε καταγραφή των περιστατικών καταχωρήθηκαν σε νέους πίνακες ανά όργανο. Όπου υπήρχε ασάφεια ή ελλιπή στοιχεία αναζητήθηκαν τα αντίστοιχα πλακίδια με τις Ιστολογικές τομές και επανεκτιμήθηκαν. Στην συνέχεια τα ευρήματα αυτά (ανά όργανο) καταχωρήθηκαν σε πίνακες ανάλογα με το φύλο την ηλικία. Με αυτή την συνέχεια προέκυψαν τα αποτελέσματα τα οποία θα σχολιασθούν πρώτα ανά όργανο και στην συνέχεια συγκρίνοντάς τα μεταξύ των.

Στο σημείο αυτό θέλω να θυμίσω ότι:

- Ο πληθυσμός των Νομών της Ηπείρου είναι αυτός που έχει καταγραφεί το έτος 1990 δηλαδή 339.728 κάτοικοι<sup>57</sup> από τους οποίους, οι άρρεν πληθυσμός ήταν 166.808, και ο θήλυς 172.922. Αναλογικά η διαφορά θηλέων - αρρένων είναι 1.8 εκατοστιαίες μονάδες (6106 θήλυ περισσότερα)

- Από αυτόν τον πληθυσμό όπως προκύπτει από τα τηρούμενα αρχεία έχουν υποβληθεί σε διαδικασία λήψης βιοπτικού υλικού 61105 (Μέσος όρος 17.99%), άτομα. Αυτός ο αριθμός των βιοψιών είναι πολύ σημαντικός αν αναλογισθεί κανείς ότι σε κάθε νούμερο αντιστοιχεί ένας ασθενής. Άσχετα αν έχουν ληφθεί βιοψίες από διαφορετικά όργανα αλλά από τον ίδιο ασθενή ο αριθμός πρωτοκόλλου είναι ένας εφ' όσον η λήψη έγινε σε μια χρονική στιγμή. Βέβαια ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό έχει υποβληθεί σε δύο ή και περισσότερες φορές σε αυτήν την διαδικασία.

Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί το πρόσθετο αυτό στοιχείο ότι δηλαδή αρκετά μεγάλος αριθμός, υπολογίστηκε ότι ξεπέρασε το 10% του συνόλου, έχουν υποβληθεί δύο ή περισσότερες φορές σε διαδικασία λήψης βιοψίας και όχι σπάνια από το ίδιο όργανο στο υπό μελέτη υλικό.

- Ένα άλλο σημείο το οποίο δεν αναφέρουμε στα ευρήματα αλλά θα πρέπει να το τονίσουμε είναι αυτό του είδους των παρασκευασμάτων στην διάρκεια της μελέτης. Παρατηρήσαμε λοιπόν ότι ενώ στα πρώτα χρόνια το υλικό σχεδόν σε ποσοστό 80% ήταν από το χειρουργείο και το υπόλοιπο μετά από ενδοσκοπική λήψη σιγά-σιγά έχουμε αναστροφή με αποτέλεσμα το υλικό από τις ενδοσκοπήσεις να υπερέχει του χειρουργικού και στα τελευταία χρόνια να πλησιάζει το 85-90% του συνόλου.

Ακόμη ενώ τα πρώτα χρόνια υλικά γαστρεκτομών, χωρίς κακοήθεια, ήταν πολλά σιγά-σιγά εμφανίζουν πτωτική τάση με αποτέλεσμα στο τέλος της δεκαετίας να είναι σχετικά σπάνια. Βέβαια αυτό ίσως να οφείλεται στα σύγχρονα αντιελκωτικά φάρμακα σε συνδυασμό με την θεραπεία εκρίζωσης του Ελικοβακτηριδίου του πυλωρού, αλλά κυρίως κατά την άποψή μου στην ανάπτυξη του Γαστρεντερικού τμήματος των Νοσοκομείων. Η συμβολή των Ιατρών, Γαστρεντερολόγου και Παθολογοανατόμου



στην ανίχνευση του Ελικοβακτηριδίου του πυλωρού είναι γνωστή και δεν χρήζει ιδιαίτερης μνείας.

- Τέλος είναι σπουδαίο να τονισθεί η ποιότητα των χειρουργικών παρασκευασμάτων. Εδώ παρατηρήθηκε ότι τα πρώτα χρόνια σπάνια ήταν τα υλικά με κακοήθεια σε αρχικό στάδιο της νόσου τα τελευταία χρόνια είναι σχετικά σύνηθες φαινόμενο. Βέβαια όπως προκύπτει και από τα αντίστοιχα όργανα, σαφώς και οι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο είναι κύρια σε προχωρημένα στάδια της νόσου αλλά θα πρέπει εκτός των άλλων να ληφθεί σοβαρά υπόψη το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο που συναντά κανείς στην περιοχή.

Μετά λοιπόν από αυτές τις παρατηρήσεις θα σχολιάσω τα ευρήματα που προέκυψαν από αυτή την έρευνα.

## ΕΙΔΙΚΑ

### A) ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ

Τα περιστατικά βιοψιών από τον οισοφάγο ακολουθούν μια ανοδική πορεία τα πρώτα χρόνια και τούτο όπως διαφαίνεται λόγω της σταδιακής ανάπτυξης του Γαστρεντερολογικού τμήματος. Μετά το 1985 υπάρχει μια σχετική ισορροπία στον ετήσιο αριθμό των βιοπτικών υλικών ή ελάχιστη αύξηση.

- Οι ηλικίες που εμφανίζουν νόσο είναι κύρια στο φάσμα των 50 έως 80 έτη για τους άνδρες και 60 έως 80 για τις γυναίκες με άξια λόγου τα ποσοστά των ηλικιών 30 έως 45 στους άνδρες.

- Οι άνδρες ασθενείς υπερέχουν των γυναικών και μάλιστα σε διπλάσιο σχεδόν ποσοστό (0.033/0.016%) επί του συνόλου των κατοίκων.

- Το συχνότερο εύρημα είναι η υπερπλασία (18.18% των πασχόντων) του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου ακολουθούν τα καρκινώματα τα οποία εμφανίζουν ένα πολύ υψηλό ποσοστό (25.25%) επί του αριθμού των Ιστολογικών εξετάσεων

- Τα μεταστατικά νεοπλάσματα ήταν ελάχιστα και όλα είχαν πρωτοπαθή εστία στον στόμαχο.

- Πολύποδες στον οισοφάγο καθώς και έκτοπος βλεννογόνος είναι από τις παθολογικές διεργασίες με ελάχιστη εμφάνιση.

- Τα υπόλοιπα ευρήματα κινούνται σε χαμηλά ποσοστά. Βέβαια εδώ θα πρέπει να τονίσουμε ότι από ένα μεγάλο αριθμό ενδοσκοπήσεων που έγινε στον οισοφάγο και ιδιαίτερα και κατά την διάρκεια των γαστροσκοπήσεων - όπου έχουμε και ενδοσκόπηση του οισοφάγου- προέκυψε η ανάγκη να βιοψηθούν αυτά τα 182 περιστατικά.

- Μία ακόμα παρατήρηση γίνεται ως προς τον αριθμό των κακοηθειών. Τα καρκινώματα είναι σε ποσοστό 0,95% και σαφώς υψηλότερα από αυτά τα οποία αναφέρονται σε μελέτες που έχουν γίνει σε άλλες χώρες και δείχνουν ποσοστά κυμαινόμενα από 3.5 έως 5.1 σε 100 000 κατοίκους. Το εύρημα αυτό βέβαια δεν πρέπει να μας εκπλήσσει μιας και από πιστεύω ότι και με ελάχιστη συμπτωματολογία ο σε συζήτηση πληθυσμός διερευνάται πλήρως.

Ο οισοφάγος αν και είναι όργανο σχετικά εύκολα προσπελάσιμο εν τούτοις η συμπτωματολογία δεν είναι πιθανόν τόσο έντονη ώστε να αξιολογηθεί από τους πάσχοντες και να ελεγχθεί έγκαιρα.

- Τέλος το υλικό στην δεκαετία που κρίθηκε σαν ανεπαρκές ή ακατάλληλο ήταν ελάχιστο και κυμαίνεται κάτω από το 0.05%.

### B) ΣΤΟΜΑΧΟΣ

- Όργανο που όπως δείχνει και ο αριθμός των βιοπτικών υλικών με μεγάλη νοσηρότητα στην περιοχή μας. Βέβαια στα πρώτα έτη ο αριθμός αυτός είναι χαμηλός, όχι





βέβαια λόγω χαμηλής νοσηρότητας αλλά λόγω της μη πλήρους ανάπτυξης της Γαστρεντερολογικής κλινικής και κυρίως λόγω πλημμελούς έως τότε ενημέρωσης του πληθυσμού ο οποίος και κατέφευγε σε άλλες διαγνωστικές μεθόδους.

Έτσι παρατηρούμε ότι ενώ το 1982 είχαμε μόνο 72 βιοπτικά υλικά -κυρίως χειρουργικά το 1992 υπερβαίνουν τα 717 με τα ενδοσκοπικά να είναι περίπου το 85-90% του συνόλου. Έχουμε δηλαδή μια αύξηση της τάξης του 1000% περίπου πράγμα το οποίο δείχνει την εμπιστοσύνη των πασχόντων, την αναγκαιότητα αυτών των διαγνωστικών μεθόδων αλλά και την ανάπτυξη της Γαστρεντερολογικής κλινικής. Άλλωστε είναι γνωστό ότι σήμερα τα ενδοσκοπικώς ληφθέντα υλικά έχουν αυξηθεί σε αριθμό ο οποίος ξεπερνά κατά πολύ τον αριθμό των 2000 ανά έτος.

- Η νοσηρότητα στον ανδρικό πληθυσμό είναι μεγαλύτερη από τον γυναικείο πληθυσμό αναλογώντας σε ποσοστά 72.43% άνδρες και 27.57% γυναίκες.

- Η γαστρίτιδα με τους επί μέρους χαρακτήρες της. (Ενεργότητα, χρονιότητα κτλ.) είναι σταθερό εύρημα στο υλικό. Εδώ σημειώνω ιδιαίτερα: α) Τα υψηλά ποσοστά ατροφίας του γαστρικού βλεννογόνου (62.70%) και β) Τα προοδευτικά αυξανόμενα ποσοστά ανεύρεσης εντερικών μεταπλάσεων (Μ.Ο= 33.12%) και διαφόρου βαθμού δυσπλασίας των επιθηλιακών στοιχείων του γαστρικού βλεννογόνου Μ.Ο.=11.58%).

- Σημαντικός επίσης είναι και ο αριθμός των βιοπτικών υλικών όπου στοιχειοθετούνται στοιχεία έλκους = 10.92%. Αντίστοιχα βέβαια σε μελέτες που έχουν γίνει αλλά σε νεκροτομικό υλικό δίδουν ποσοστά 20% για τους άνδρες και 16% για τις γυναίκες αλλά εδώ θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν και ο μηχανισμός δημιουργίας, προθανάτια, του έλκους με αποτέλεσμα σαφώς αυξημένα ποσοστά. Πάντως στις ανεπτυγμένες χώρες αναφέρονται ποσοστά τα οποία κυμαίνονται από 5 έως 10%

- Γενικά λίγα είναι τα περιστατικά με διάγνωση πολύποδα (αδενωματοειδείς υπερπλαστικοί κτλ.) και σαφώς κάτω από τα σε μελέτες αναφερόμενα.

- Ο αριθμός των περιστατικών με καρκίνωμα του στομάχου είναι σχετικά σταθερός στην διάρκεια της δεκαετίας, περίπου 30 περιστατικά ανά έτος. Εξαιρεση και μάλιστα με σημαντικότατη αύξηση αποτελούν τα έτη 1988 και 1992 όπου τα περιστατικά αντίστοιχα είναι 58 και 40. Η αύξηση αυτή ήταν επίσης σημαντική στις ηλικίες 50 έως 60 έτη. Σαφώς ο ανδρικός πληθυσμός αναπτύσσει αριθμητικά περισσότερα καρκινώματα των γυναικών με εξαίρεση το έτος 1988 όπου οι γυναίκες ασθενείς υπερτερούν των ανδρών. Στην κατά Lauren διάκριση των καρκινωμάτων παρατηρείται ότι ενώ μέχρι το 1986 αυτά του εντερικού τύπου ήταν ελάχιστα (1-2 ανά έτος) από τότε εμφανίζονται πιο συχνά και μάλιστα με τάση τέτοια η οποία το 1992 πλησιάζει να είναι 50-50% για τους δύο τύπους. Το γεγονός αυτό δεν είμαι σε θέση να το εξηγήσω αλλά εικάζω ότι η προοδευτική αλλαγή των διατροφικών συνηθειών η οποία επήλθε από την 10ετία του 1960 ή ίσως -απόμακρα - οι σύγχρονες φαρμακευτικές αγωγές να επηρέασαν αυτή την εξέλιξη.

- Τα λεμφώματα: Είναι το πρώτο έτος 1 και στην διάρκεια της 10ετίας έχομε αυξομειώσεις μεταξύ ελαχίστων 5 και περισσοτέρων 10 περιστατικών ανά έτος Μ.Ο = 1.96%. Τα αντίστοιχα ποσοστά τα οποία αναφέρονται στην βιβλιογραφία είναι σαφώς αυξημένα και κινούνται στις διάφορες χώρες μεταξύ 3 και 8%.

- Ακόμη βρέθηκαν περιστατικά αλλά ελάχιστα έως σπάνια με διάγνωση: Αδενικές κύστεις θόλου, εκκόλπωμα, καρκινοειδές, λειομυοβλάστωμα, Αδενοπλακώδες καρκίνωμα, μελάνωμα, μεταστατικό καρκίνωμα.

- Το υλικό το οποίο κρίθηκε ανεπαρκές ή ακατάλληλο, όπως και στον οισοφάγο, είναι χαμηλότερο του 0.05%.



### Γ) ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ

- Η προέλευση των βιοπτικών υλικών από αυτό το όργανο είναι περίπου στα ίδια ποσοστά (48-52%) μετά από ενδοσκόπηση ή μετά από χειρουργική επέμβαση.

- Και στο όργανο αυτό η νοσηρότητα πηλττει σε μεγαλύτερο ποσοστό =0.07% τον ανδρικό πληθυσμό από ότι τον γυναικείο =0.05%.

- Τα περιστατικά για τους άνδρες είναι αυξημένα (102) σε σχέση με τις γυναίκες (82). Εδώ η παρατήρηση είναι ότι τα υψηλά ποσοστά είναι στις ηλικίες 70-80 και σχετικά αυξημένα στον πρώτο χρόνο ζωής (νεογνά).

- Οι ηλικίες εμφάνισης της νόσου εμφανίζουν μια ομαλή ηλικιακή κατανομή με εξαίρεση τις ηλικίες 20-30 και 70-80 όπου και είναι αντίστοιχα μειωμένα και αυξημένα τα περιστατικά.

- Η νόσος με την μεγαλύτερη εμφάνιση είναι η νέκρωση =47,74% (ισχαιμικής ή αιμορραγικής αιτιολογίας)

- Υψηλά είναι τα ποσοστά των υλικών με διάγνωση μη ειδικής φλεγμονής = 38.50% στα οποία υπερτερεί = 40,59% ο γυναικείος πληθυσμός.

- Ακολουθούν τα υλικά με διάγνωση χωρίς ουσιώδεις αλλοιώσεις αλλά με πολύ μικρά ποσοστά συγκριτικά με τα ανωτέρω.

- Οι λοιπές αλλοιώσεις καταλαμβάνουν πολύ μικρό έως ελάχιστο ποσοστό με σημαντικότερη εξ αυτών την διάγνωση του μεταστατικού καρκινώματος για τους άνδρες = 2.05% και γυναίκες = 5,29%.

- Τέλος ανεπαρκές ή ακατάλληλο υλικό κρίθηκε το 2.5%. Αυτό μπορεί να είναι αυξημένο σε σύγκριση εκείνο του οισοφάγου και στομάχου αλλά σαφώς και είναι ελάχιστο.

### Δ) ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

Το όργανο αυτό όπως και ο στόμαχος είναι κατά κύριο λόγο από τα όργανα του Γαστρεντερικού σωλήνα που πάσχουν αλλά και τα οποία συχνότερα ενδοσκοπούνται. Βέβαια αν ρίξει κανείς μια ματιά στους πίνακες των αποτελεσμάτων αμέσως θα παρατηρήσει ότι σε αυτά τα υλικά έχουν διαγνωσθεί πολλές νοσολογικές οντότητες ή ακόμα ότι πολύ περιορισμένος ήταν ο αριθμός των περιστατικών χωρίς ευρήματα. Ίσως αυτό δείχνει και την τεράστια συμβολή του Παθολογοανατόμου στην οριστική ταυτοποίηση της νοσολογικής οντότητας.

Όπως προκύπτει από τους πίνακες ευρημάτων από τα πρώτα χρόνια της μελέτης τα νούμερα βιοψιών κινούνται σε πολύ ψηλά επίπεδα (ήδη τον πρώτο χρόνο ξεπερνούν τα 100).

- Η νοσηρότητα είναι μεγαλύτερη στον άρρενα πληθυσμό από ότι στον θήλυ (τα ποσοστά κυμαίνονται στο 56% και 44% αντίστοιχα)

- Η ηλικιακή κατανομή των ευρημάτων έχει μια ομαλή προοδευτική αύξηση μέχρι και την 6<sup>η</sup> δεκαετία και προοδευτική ελάττωση για τα επόμενα χρόνια. Σε όλες τις ηλικίες υπερέχει ο αριθμός των ασθενών ανδρών.

- Από τα επί μέρους ευρήματα: Παρατηρούνται ότι τα ποσοστά μη ειδικών και ειδικών φλεγμονωδών καταστάσεων είναι πάρα πολύ υψηλά. Έτσι βλέπουμε συχνά διαγνώσεις, μη ειδική κολίτιδα= 22.09%, κολίτιδες οφειλόμενες σε συγκεκριμένους βλαπτικούς παράγοντες = 10,01%, ή ελκώδης κολίτιδα = 15,82%. Όσο για την τελευταία τα ποσοστά είναι πολύ ψηλά και υπάρχει πλήρης καταγραφή των περιστατικών στην Γαστρεντερολογική κλινική μετά την Κλινικοεργαστηριακή διάγνωση με αποτέλεσμα να έχομε στην διάθεσή μας με μεγάλη προσέγγιση ασφαλή δεδομένα.

- Από τις πολυποδοειδείς επεξεργασίες: Στην διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι το 75% των πολυπόδων σε άτομα άνω των 45 ετών είναι υπερπλαστικοί πολύποδες

Στην ερευνά μας όμως προκύπτει ότι οι νεοπλασματικοί πολύποδες είναι το συχνότερο εύρημα και μάλιστα σε σοβαρό αριθμό στο σύνολο των ενδοσκοπήσεων. Εδώ παρατηρήθηκε μεγάλος αριθμός σωληνωδών αδενωμάτων = 11,98%. λιγότερα με σωληνοηλιδώδη διαμόρφωση = 834% και σχετικά λίγα με αμιγώς θηλώδη διαμόρφωση = 2,98%. Στην πλειοψηφία τους αυτή εμφανίζουν ελαφρού και κυρίως μετρίου βαθμού επιθηλιακή δυσπλασία και σχετικά σπάνια, ικανού βαθμού. Να σημειώσω ότι σε όσα περιστατικά διαπιστώθηκε κακοήθης εξαλλαγή έχουν καταγραφεί στις κακοήθειες μιας και το υλικό δεν αφήνει συνήθως περιθώρια ασφαλούς διάγνωσης, αν δηλαδή πρόκειται για περιφερική θέση καρκινώματος ή θέση κακοήθους εξαλλαγής πολύποδα.

- Τα περιστατικά με διάγνωση, οικογενής πολυποδίαση = 0,46% και νεανικού πολύποδα = 0,7%, είναι επίσης αξιοπρόσεκτα.

- Για τις κακοήθειες: Τα αδενοκαρκινώματα κατέχουν όπως άλλωστε σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, την κυρίαρχη θέση με ποσοστά τα οποία κρίνονται πάρα πολύ υψηλά = 15,62%. Η νοσηρότητα είναι μεγαλύτερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες (16,11% και 15,01% αντίστοιχα.) Στο σύνολο των 329 διαγνωσθέντων αδενοκαρκινωμάτων έχουν χειρουργηθεί τα 320 = 97,26%. Από τα υπόλοιπα μεγάλος αριθμός κρίθηκε ότι δεν ήταν δυνατόν να χειρουργηθούν και πολύ λίγα έχουν χειρουργηθεί αλλαχού. Με βάση το χειρουργικό υλικό παρατηρούμε ότι το στάδιο της νόσου κατά Dukes ήταν σε 41 περιστατικά A = 54=16,88%, σε 158 = 49,38% ήταν B και σε 108 = 33,74% ήταν C. Αυτό ίσως δείχνει ότι ενώ η συμπτωματολογία είναι ικανοποιητική για να κινητοποιήσει τον ασθενή εν τούτοις σχετικά πολύ αργά φθάνει στον γιατρό.

Οι ηλικίες εμφάνισης της νόσου είναι αυτές των 55 και άνω ετών με αυξημένη στις ηλικίες 65 έως 75 έτη και σποραδική εμφάνιση στην τέταρτη δεκαετία ζωής. Σε αυτή την τελευταία ηλικία παρατηρήθηκε στα τελευταία έτη της μελέτης, τάση αύξησης των περιστατικών και ότι αυτά τα περιστατικά συνήθως φθάνουν στο χειρουργείο σε προχωρημένο στάδιο της νόσου.

Σήμερα στους περί την ειδικότητα της Παθολογικής Ανατομίας είναι γνωστό ότι αξιοπρόσεκτη είναι η συχνότητα εμφάνισης κακοήθειας και στις ηλικίες των 35 - 45 ετών

- Από τις υπόλοιπες οντότητες: Η εκκολπωματώδης νόσος εμφανίζεται σε 11 περιστατικά = 0,56%, η νέκρωση (αιμορραγική- ισχαιμική κτλ.) σε 71 περιστατικά = 3,59%, το μελάνωμα ελάχιστα = 0,2% όπως και τα λεμφώματα = 0,1% και τέλος τα μεταστατικά καρκινώματα είναι το 0,35% των περιστατικών με παθολογία.

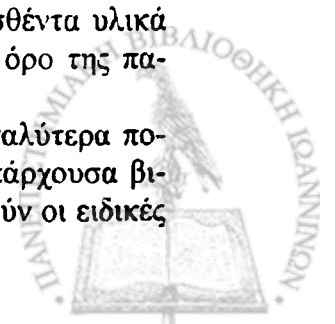
- Το υλικό που κρίθηκε ακατάλληλο ή ανεπαρκές ανήλθε στα 67 = 3,1% των περιστατικών. Εδώ θα σημειώσω ότι σε 41 υλικά από αυτά υπήρξε υπόνοια της νόσου και όχι πλήρης δυνατότητα ταυτοποίησης και χρειάστηκε να συστηθεί επανάληψη της βιοψίας για πληρέστερο έλεγχο.

## ΓΕΝΙΚΑ

Αφού είδαμε τα επί μέρους ευρήματα στα υπό εξέταση όργανα στην συνέχεια θα προσπαθήσουμε να δούμε τι προσφέρει κάθε εύρημα στο σύνολο ή ακόμη σε συνδυασμό με τον πληθυσμό τι θα πρέπει να προσεχτεί περισσότερο.

- Τα ευρήματα στον οισοφάγο είναι τα λιγότερα από τα στα εξετασθέντα υλικά ανευρεθέντα και είναι σχετικά υψηλότερα από τον αναφερόμενο μέσο όρο της παγκόσμιας βιβλιογραφίας.

- Η νοσηρότητα του στομάχου όπως και του παχέος εντέρου, σε μεγαλύτερα ποσοστά από ότι στα άλλα όργανα, αλλά εν τούτοις συγκριτικά με την υπάρχουσα βιβλιογραφία είναι γενικά χαμηλότερα του μέσου όρου. Εξαιρέση αποτελούν οι ειδικές



φλεγμονώδεις διεργασίες του παχέος εντέρου οι οποίες είτε είναι στον μέσο όρο είτε ελαφρώς αυξημένες.

- Μεγάλα ποσοστά πολυποδοειδών διεργασιών του παχέος εντέρου ανήκουν σε νεοπλασματικούς πολύποδες με βαθμό επιθηλιακής δυσπλασίας κυμαινόμενη από ήπια έως ικανή αλλά κυρίως αυτή είναι μέσου βαθμού. Οι διεργασίες αυτές σε αντιστοιχία με τα αναφερόμενα στην βιβλιογραφία κινούνται σε πάρα πολύ μεγαλύτερα ποσοστά.

- Το ποσοστό των αμαρτωμαδών πολυπόδων ήταν ελάχιστο και σαφώς κάτω από τον στην διεθνή βιβλιογραφία αναφερόμενο μέσο όρο.

- Ως προς την σκέψη και άποψη που υπήρχε και μας έδωσε την ώθηση να μελετήσουμε την περιοχή, δηλαδή αν υπάρχει αύξηση των κακοηθειών, νομίζω ότι εύκολα κανείς διαπιστώνει ότι: Γενικά υπάρχει αύξηση των κακοηθειών, ειδικά η αύξηση μεγαλύτερη είναι στο παχύ έντερο με μικρότερο ρυθμό αύξησης στον στόμαχο αλλά με μεγάλη ένταση τα έτη 1988 και 1992. Στα έτη αυτά παρατηρείται τεράστια αύξηση.

- Γενικά σε όλα τα όργανα ο ανδρικός πληθυσμός νοσεί από λίγο (οισοφάγος Λεπτό έντερο) έως πολύ περισσότερο (Στόμαχος κύρια και Παχύ έντερο) συγκριτικά με τον γυναικείο. Βέβαια σε ορισμένες επί μέρους παθολογικές διεργασίες και σε αυτά τα όργανα η νοσηρότητα είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες.

- Το λεπτό έντερο έχει αυξημένη δυσκολία στην ενδοσκόπηση με εξαίρεση ίσως τη πρώτη μοίρα του δωδεκαδάκτυλου και μέρους του ειλεού και έτσι ίσως εξηγούνται και τα υψηλότερα ποσοστά με την ένδειξη ανεπαρκές υλικό.

- Ο αριθμός των νεκρώσεων του λεπτού και παχέος εντέρου, 46,73% και 3,59% των αντίστοιχων περιστατικών των οργάνων, ίσως φαντάζει μεγάλος. Στην περίπτωση μας, η οποία είναι η μοναδική που μελετήθηκε, περιλαμβάνει ηλικίες από λίγων ημερών (νεογνά) έως υπεραιωνόβιους και ως εκ τούτου έχουμε πλησιάσει το απόλυτα πραγματικό. Είναι γνωστό ότι η χειρουργικές κλινικές ελλείπει παιδοχειρουργικής χειρουργούσαν κατά κανόνα όλα τα νεογνά και βρέφη. Ίσως εδώ για την ιστορία θα πρέπει να σημειώσω ότι ένας ήταν ο υπεραιωνόβιος ασθενής ο οποίος υπεβλήθη σε διαδικασία λήψης βιοπτικού υλικού.

Βέβαια τελικά να υπάρχει σαφώς η αύξηση των κακοηθειών στον γαστρεντερικό σωλήνα η ανεύρεση όμως τόσο μεγάλου αριθμού νεοπλασματικών πολυπόδων (Αδενώματα) σε συνδυασμό με την γνώση της βιολογικής συμπεριφοράς που έχουν αυτά προς κακοήθη εξαλλαγή, ίσως θα πρέπει να μας οδηγήσει στον ευκολότερο ενδοσκοπικό έλεγχο του ασθενούς, άσχετα με το εάν η συμπτωματολογία και τα κλινικά δεδομένα είναι ελάχιστα. Βέβαια απεδείχθη ότι ενώ οι ενδοσκοπήσεις αυξάνονται θεαματικά ανά έτος και λογικά θα έπρεπε και το στάδιο της νόσου, των ασθενών που οδηγείται στο χειρουργείο, να χαμηλώνει, εν τούτοις παραμένει σταθερά υψηλό με διαφαινόμενη τάση αύξησης. Το γεγονός όμως ότι, στις ηλικίες των 40 - 50 ετών οι ασθενείς πάνε στο χειρουργείο, σε προχωρημένα στάδια ίσως θα πρέπει να μας ευαισθητοποιήσει ιδιαίτερα και να κινηθούμε καλύτερα στον τομέα της ενημέρωσης και του προληπτικού ελέγχου του πληθυσμού της περιοχής.

- Τέλος παρ' ότι έχει αναφερθεί η μη ύπαρξη μελετών με το ίδιο αντικείμενο στον Ελληνικό και παγκόσμιο χώρο για μια ακόμη φορά θα θελα να τονίσω ότι στην μεγάλη ακρίβεια των αποτελεσμάτων της μελέτης συνετέλεσαν πολλοί παράγοντες.

Από τους παράγοντες αυτούς κατά πρώτο αναφέρω τις γεωγραφικές ιδιαιτερότητες της περιοχής, και η ίδρυση της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (ανάπτυξη της Γαστρεντερολογικής κλινικής και του Εργαστηρίου Παθολογικής Ανατομίας).

Ας λάβουμε όμως σοβαρά υπ όψιν ότι τα Γιάννενα ήταν σημείο αναφοράς και Ιατρικό κέντρο στην Βορειοδυτική Ελλάδα, από πολλών ετών, με τόσους και τόσους

αξιόλογους Ιατρούς. Και νομίζω ότι αυτοί οι πρωτοπόροι ετοίμασαν το έδαφος της αλματώδους επιστημονικής και υλικοτεχνικής υποδομής η οποία συντελέσθηκε την τελευταία 25ετία.



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

### 1) Γενικά

- Η εργασία μας αφορά τον πληθυσμό της Ηπείρου και περιέλαβε όλες τις ηλικίες (από λίγων ημερών έως και πάνω από 100 έτη).
- Στην διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται σπάνια μελέτες οι οποίες να έχουν το ίδιο θέμα και οι ελάχιστες που υπάρχουν δεν έχουν γίνει σε τέτοιους πληθυσμούς ή έστω με τέτοιο χρονικό εύρος ή γεωγραφικές ενότητες.
- Υπάρχει αύξηση των κακοηθειών στο πεπτικό σύστημα και ιδιαίτερα μια εμφανής τάση ανάπτυξης σε ολόένα και μικρότερες ηλικίες.
- Τα ποσοστά των υλικών τα οποία έχουν χαρακτηριστεί ως ανεπαρκή ή ακατάλληλα για ιστολογική διάγνωση είναι πολύ μικρά και δείχνουν αφ ενός την μεγάλη επάρκεια των Γαστρεντερολόγων και Παθολογοανατόμων ιατρών, αφ εταίρου την υψηλών διαγραφών γνώση του αντικειμένου των εκ μέρους των τεχνολόγων (παρασκευαστών) του εργαστηρίου της Παθολογικής Ανατομίας.

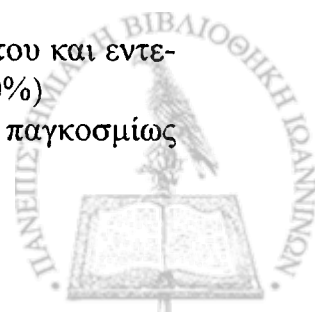
### 2) Ειδικά:

#### **Για τον οισοφάγο:**

- Οι άνδρες ασθενείς είναι σε διπλάσιο ποσοστό των γυναικών.
- Τα κακοήθη νεοπλάσματα είναι και σαφώς αυξημένα αναλογικά με τα στην βιβλιογραφία παγκόσμια δεδομένα.
- Η νοσηρότητα είναι μεγαλύτερη στο φάσμα των ηλικιών 50-80 για τους άνδρες και 60-80 για τις γυναίκες.
- Περιστατικά με αλλοιώσεις πολυποδοειδών επεξεργασιών και εστίες έκτοπου βλεννογόνου είναι ελάχιστα.
- Μεταστατική ανάπτυξη είχαμε και αυτό αφορούσε αποκλειστικά τα καρκινώματα στομάχου.

#### **Για τον στόμαχο:**

- Όργανο με μεγάλη νοσηρότητα και ικανή τάση αύξησης αυτής.
- Ο ανδρικός πληθυσμός πάσχει σε υπερδιπλάσια ποσοστά του γυναικείου
- Παρατηρήθηκαν πολύ υψηλά ποσοστά ατροφίας του γαστρικού βλεννογόνου.
- Παρατηρήθηκε σαφής αύξηση των περιστατικών με εντερική μετάπλαση του γαστρικού επιθηλίου (επικαλυπτικό και αδενικό).
- Η επιθηλιακές δυσπλασίες που έχουν καταγραφεί στα αποσταλέντα υλικά έχουν αρκετά μεγάλη συμμετοχή.
- Τα στοιχεία τα οποία πιστοποιούν την ύπαρξη έλκους είναι ελαττωμένα και έχουν πτωτική τάση.
- Οι πολυποδοειδείς επεξεργασίες κινούνται σε χαμηλά επίπεδα.
- Τα κακοήθη νεοπλάσματα είναι αυξημένα στον ανδρικό πληθυσμό σε σχέση με τον γυναικείο.
- Μεγάλη απόκλιση από τον μέσο όρο των καρκινωμάτων του στομάχου παρατηρήθηκε στα έτη 1988 και 1992 με αντίστοιχη αύξηση, στους άνδρες και γυναίκες, της τάξης του 80% και 20%.
- Προοδευτική τάση εξισορρόπησης μεταξύ των καρκινωμάτων διαχύτου και εντερικού τύπου στην κατά Lauren ταξινόμηση αυτών (Το 1992 γίνεται 50-50%)
- Το λέμφωμα στο στομάχι είναι σε χαμηλότερα ποσοστά από τα παγκοσμίως αναφερόμενα.



**Για το λεπτό έντερο:**

- Η νοσηρότητα είναι μεγαλύτερη στον ανδρικό πληθυσμό.
- Οι νεκρώσεις αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό στα περιστατικά.
- Οι υπόλοιπες αλλοιώσεις κινούνται σε χαμηλότερα από τα αναφερόμενα ποσοστά σε άλλες εργασίες.

**Για το παχύ έντερο:**

- Η νοσηρότητα είναι μεγαλύτερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες.
- Υψηλότερα είναι τα ποσοστά των φλεγμονών (ειδικές- μη ειδικές) από τα αναφερόμενα σε άλλες χώρες αλλά σαφώς χαμηλότερα από αυτά των άλλων χωρών της ανατολικής μεσογείου.
- Οι νεοπλασματικοί πολύποδες κατέχουν πολύ υψηλό ποσοστό στο σύνολο των πολυποδοειδών διεργασιών.
- Οι υπερπλαστικοί πολύποδες είναι σε πολύ μικρότερα ποσοστά των αναφερόμενα διεθνώς.
- Από τις υπόλοιπες διεργασίες η νέκρωση κατέχει το υψηλότερο ποσοστό ακολουθούμενη μακράν από την εκκολπωματώδη νόσο και μεταστατικά νεοπλάσματα.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αναζητήθηκαν όλα εκείνα τα στοιχεία, μέσα από τα καταγεγραμμένα περιστατικά των βιοψιών του Γαστρεντερικού σωλήνα τα οποία είναι καταγεγραμμένα στα αρχεία των Παθολογοανατομικών εργαστηρίων στην Ήπειρο από το έτος 1982 έως 1992, και αφού αξιολογήθηκαν ή έγινε επανεξέταση, όπου κρίθηκε αναγκαίο, έγινε η στατιστική αξιολόγηση.

Το υπό εξέταση υλικό αναφέρεται σε 61.105 ασθενείς οι οποίοι έχουν κριθεί από τους κλινικούς ότι υφίστανται λόγοι λήψης δείγματος.

Είναι μικρό το ποσοστό των ασθενών στους οποίους δεν βρέθηκε νόσος, όπως και ελάχιστο το ποσοστό όπου το υλικό κρίθηκε ως ανεπαρκές

Στο εύρος των αλλοιώσεων παρατηρήθηκε ότι:

Ως προς τον οισοφάγο υπάρχει νοσηρότητα και αυξημένο ποσοστό κακοηθειών στον γενικό πληθυσμό.

Ως προς τον στόμαχο οι αλλοιώσεις είναι σχετικά στο μέσο όρο του αναφερόμενου στην διεθνή βιβλιογραφία με εξαίρεση, ίσως την ανοδική τάση η οποία παρατηρείται στις κακοήθειες.

Ως προς το λεπτό έντερο είναι σαφώς μικρότερη γενικά νοσηρότητα αυτού του οργάνου, όμως σημαντικά αυξημένα είναι τα περιστατικά των νεκρώσεων σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα.

Ως προς το παχύ έντερο έχει καταγραφεί μεγάλο φάσμα αλλοιώσεων όπου αλλού υπερέχουν ή αλλού είναι μικρότερα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Έτσι παρατηρήθηκε μεγαλύτερο ποσοστό νεοπλασματικών πολυπόδων, μικρότερο ποσοστό φλεγμονωδών διεργασιών και οι κακοήθειες κοντά στον μέσο όρο με σημαντική αυξητική τάση η οποία δεν συμβαδίζει με τα διεθνή δεδομένα.

Ένα άλλο στοιχείο το οποίο πρέπει να τονιστεί και το οποίο θα πρέπει να μας βάλει σε εγρήγορση είναι η διαπίστωση της ολοένα και τακτικότερης εμφάνισης κακοηθειών στις ηλικίες κάτω των 40 ετών στα όργανα του στομάχου και παχέος εντέρου. Βέβαια αυτό σαφώς συσχετίζεται, με την ανεύρεση του υψηλού ποσοστού των νεοπλασματικών πολυποδοειδών διεργασιών οι οποίες έχουν διαπιστωθεί αλλά και πιθανά με την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών του πληθυσμού.

Ακόμη αυτή η εργασία καταδεικνύει την αυξημένη νοσηρότητα στον ανδρικό πληθυσμό τόσο γενικά όσο και ανά όργανο. Η εξήγηση που εμείς δίνουμε είναι ότι ο ανδρικός πληθυσμός είναι σε μεγάλη πλειοψηφία και ο μετακινούμενος, έστω εποχιακά, πληθυσμός και προφανώς ο με χειρότερες διατροφικές συνήθειες

Τέλος επειδή αρκετές φορές, ασθενείς οι οποίοι, ενώ πληρούσαν ελάχιστες των κλινικών ενδείξεων, διαπιστώθηκε ενδοσκοπικά σοβαρή ή βαριά νόσος, θα πρέπει σε συνδυασμό με τα όσα έχουν αναφερθεί ανωτέρω να ενδοσκοπούνται με αρκετά μεγάλη ευκολία όλοι αυτοί οι οποίοι προσέρχονται και πληρούν ελάχιστα ή λίγο τα κλινικά κριτήρια.





## SUMMARY

---

All the data of biopsy cases of GI tract were retrieved from the files of the Pathology Departments at Epirus in the period 1982-1992. For statistical purposes same cases reexamined or reviewed.

The examined material included biopsy specimens of 61.105 patients who underwent endoscopy. In a low proportion of these cases the tissue sample was inadequate or no pathology findings were identified at histology examination.

In esophagus, a high incidence of malignancy and a high morbidity is observed in the general population.

In stomach, the incidence of various diseases is in accordance to the International Data with the exception of a higher incidence of malignancy that is demonstrated in our cases.

In small intestine, the morbidity appears generally low, but the cases of necrosis are significantly greater compared with those of the International Literature.

In large bowel, there is a wide range of lesions, the incidence of which is higher or lower than that in the International literature. Analytically, there is a higher incidence of neoplastic polyps, a lower incidence of inflammatory lesions whereas the incidence of malignant diseases is within the reported mean range with the exception of a significantly increasing trend that is observed in our cases.

We support the view, that all the patients must underwent endoscopy, even they do not fulfill all the criteria for endoscopy, because several times an unexpected severe is revealed after endoscopy and biopsy.

An another important observation is the increasing rate of malignant gastric or colorectal diseases in patients under 40 years old. It is probably due to the high percentage of neoplastic polyps presented in these patients or to the change of dietary customs.

Finally, it is worthwhile to be mentioned the high morbidity of the male population.



## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

---

- 1) Keith L. Moore. Basic Embriology and Birth Defects. W B Saunder's Company Phil. 1974:131-143
- 2) G. Lambertini. Manuale di Anatomia Del Uomo Piccin edit. Italia. 1980:75-85
- 3) W. S. Haubrich, F Schaffner, J.E. Berk. Bockus Gastroenterology. W.B. Saunder's Philadelfia. 1991: 398-399
- 4) W. S. Haubrich, F Schaffner, J.E. Berk. Bockus Gastroenterology. W.B. Saunder's Philadelfia. 1991: 399
- 5) W. S. Haubrich, F Schaffner, J.E. Berk. Bockus Gastroenterology. W.B. Saunder's Philadelfia. 1991: 399 - 400
- 6) W. S. Haubrich, F Schaffner, J.E. Berk. Bockus Gastroenterology. W.B. Saunder's Philadelfia. 1991: 398-400
- 7) G. Lambertini. Manuale di Anatomia Del Uomo Piccin edit. Italia 1980:87-88
- 8) G. Lambertini. Manuale di Anatomia Del Uomo Piccin edit. Italia 1980: 90-93
- 9) G. Lambertini. Manuale di Anatomia Del Uomo Piccin edit. Italia 1980: 100-102
- 10) G. Lambertini. Manuale di Anatomia Del Uomo Piccin edit. Italia 1980: 104-129
- 11) G. Lambertini. Manuale di Anatomia Del Uomo Piccin edit. Italia 1980: 132-164
- 12) Stephen S Sternberg. Histology for Patologist. Raven Press Ltd 1992, 521-527
- 13) Stephen S Sternberg. Histology for Patologist. Raven Press Ltd 1992, 534-540
- 14) Stephen S Sternberg. Histology for Patologist. Raven Press Ltd 1992, 548-566
- 15) Hollinshead WH, Rosse C. Textbook of Anatomy. Harper & row 4<sup>th</sup> ed. New York 1985
- 16) Stephen S Sternberg. Histology for Patologist. Raven Press Ltd 1992, 574-582
- 17) Fenoglio GM, Richard RM. Kaye GI. Comrarative Eletron Microscopic Featsures of normal. Hyperlastic and Adenomatus Human Colonic Epithelium. Gastreterology 1975: 69:100-109
- 18) Lamb G. Normal Human rectal Mucosa and mecanism of ripain.



Am. G. Dig Dis 1960:5:836-840

19) Shamsuddin AM, Phelps PC, Trum BF: Human large intestinal epithelium: Light microscopy, histochemistry and ultrastructure. *Cut*:1938:24:519-524.

20) Scoot BB, Goodalli A, Stephenson P, Jenkins D. Rectal mucosa plasma-cells in inflammatory bowel disease. *Cut*. 1983:24:519-524.

21) Phillipe M.I. : Mucins in the gastrointestinal epithelium - invest cell. *Pathol*. 1179:2:195-216.

22) Minami H. and MC Callum R. The physiology and pathophysiology of gastric emptying in humans. *Gastroenterology* 1984: 86:1592-1610

23) Collman P, Tremblay L, diamant NE. The central vagal efferent suply to the esofagus and lower esofageal sphincter of the cat. *Gastrenterology* 1993:104:1430-1438

24) A G Guyton. Text book of medical physiology. W b Saunders Phil. 1985: 786-790

25) W. S. Haubrich, F Schaffner, J.E. Berk. Bockus Gastroenterology. W.B. Saunder's Philadelfia. 1991: 403-410

26) Arey LB. Developmental Anatomy. A textbook and laboratory manual of embriology. 7<sup>th</sup> ed. WB Sauders Company 1974.

27) Collman P, Tremblay L, Diamant NE. The central vagal efferent suply to the esofagus and lower esofageal sphincter of the cat. *Gastrenterology* 1993:104:1432-1434

28) W. S. Haubrich, F Schaffner, J.E. Berk. Bockus Gastroenterology. W.B. Saunder's Philadelfia. 1991: 561-580

29) 25) W. S. Haubrich, F Schaffner, J.E. Berk. Bockus Gastroenterology. W.B. Saunder's Philadelfia. 1991: 899-929

30) Juan Riosai. Ackermans Surgical Pathology. Mosby ed. 1996: 711-728

31) Andreu P, Blains S, Du Boulai CE: A histopatology study of the appendix at autopsy and after surgical resection: *Histopatology* 1990: 17: 427-431.

32) Κωνσταντίνος Παπαδημητρίου. Ειδική παθολογική Ανατομική. Εκδόσεις Λιτσας 1990. 204-207

33) Νίκη Αγγάντη et al. Ειδική παθολογική Ανατομική. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων 2000:

34) Barr L C, Booth C, Fillipe M I, Lauson J: Clinical evaluation of the histochemical diagnosis of hirschsprung's disease. *Cut*:1985:26:393-399.



- 35) W. S. Haubrich, F Schaffner, J.E. Berk. Bockus Gastroenterology. W.B. Saunder's Philadelphia. 1991: 503-517
- 36) W. S. Haubrich, F Schaffner, J.E. Berk. Bockus Gastroenterology. W.B. Saunder's Philadelphia. 1991: 445-467
- 37) W. S. Haubrich, F Schaffner, J.E. Berk. Bockus Gastroenterology. W.B. Saunder's Philadelphia. 1991: 468-479
- 38) W. S. Haubrich, F Schaffner, J.E. Berk. Bockus Gastroenterology. W.B. Saunder's Philadelphia. 1991: 552-553
- 39) W. S. Haubrich, F Schaffner, J.E. Berk. Bockus Gastroenterology. W.B. Saunder's Philadelphia. 1991: 534-552
- 40) Culter S J, Young J L. Third national cancer surgery. Nati Cancer Institute Monogr. : 1975: 41: 1-454
- 41) Morson and Dawson's. Gastrointestinal Patology. Blackwell Scientific Publications Third Edition 1990
- 42) Κωνσταντίνος Παπαδημητρίου. Ειδική παθολογική Ανατομική. Εκδόσεις Λιτσας 1990.
- 43) W. S. Haubrich. F Schaffner, J.E. Berk. Bockus Gastroenterology. W.B. Saunder's Philadelphia. 1991: 841-888
- 44) Juan Riosai. Ackermans Surgical Pathology. Mosby Year booking. 1996: 667-710
- 45) Νίκη Αγνάντη et al. Ειδική παθολογική Ανατομική. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων 2000:
- 46) Juan Riosai. Ackermans Surgical Pathology. Mosby Year booking. 1996: 730-734
- 47) 44) Juan Riosai. Ackermans Surgical Pathology. Mosby Year booking. 1996: 683-689
- 48) W. S. Haubrich, F Schaffner, J.E. Berk. Bockus Gastroenterology. W.B. Saunder's Philadelphia. 1991: 1274-1287
- 49) Νίκη Αγνάντη et al. Ειδική παθολογική Ανατομική. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων 2000: 173-175
- 50) Juan Riosai. Ackermans Surgical Pathology. Mosby Year booking. 1996: 729-754
- 51) W. S. Haubrich, F Schaffner, J.E. Berk. Bockus Gastroenterology. W.B. Saunder's Philadelphia. 1991: 1715-1727
- 52) Juan Riosai. Ackermans Surgical Pathology. Mosby Year booking. 1996: 754-766
- 53) Juan Riosai. Ackermans Surgical Pathology.



Mosby Year booking. 1996: 766-781

54) Κωνσταντίνος Παπαδημητρίου. Ειδική παθολογική Ανατομική.  
Εκδόσεις Λίτσας 1990.

55) Atlas of diseases of the upper gastrointestinal tract.  
Executive editors: Ottenjann R kline K E S and French International Company. Philadelfia  
1980

56) Sleisenger and Fordtran. Gastrointestinal tract by R. Whitehead.  
W.S. Saunders Comany 1993

57) Αποτελέσματα απογραφής του πληθυσμού της Ελλάδας του έτους 1990.  
Εθνική στατιστική υπηρεσία 1993.

