

II. ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ ΑΡΘΡΑ

1. Ορθοκολεκτομή και Ειλεοληκυθοπρωκτική Αναστόμωση για Ελκώδη Κολίτιδα. Συγκριτικά Αποτελέσματα 9/ετούς εμπειρίας του τμήματός μας

Χ.Λιάκος*, Π.Σταθάκης, Α.Βίτσας, Θ.Τσαβολάκης, Α.Οικονομοπούλου, Ε.Ιακωμίδης, Σ.Κοντοστόλης, Φ.Γεωργιάδης
Β' Χειρουργική Κλινική, «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ορθοκολεκτομή με ειλεοληκυθοπρωκτική αναστόμωση αποτελεί πλέον τη μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδας.

Σκοπός της εργασίας είναι η αξιολόγηση των λειτουργικών αποτελεσμάτων μεταξύ της ενδοπρωκτικής βλεννογονεκτομής και αναστόμωσης με τη χρήση αυτόματων συρραπτικών μηχανημάτων ή χωρίς την χρήση αυτών.

Υλικό και Μέθοδος : κατά τη διάρκεια της 9/ετίας 2000-2008, 71 ασθενείς (35 άνδρες & 36 γυναίκες, ηλικίας 24-61 ετών (Μ.Ο. 43 έτη) υποβλήθηκαν στην ανωτέρω επέμβαση με προφυλακτική ειλεοστομία (18) ή όχι (53). Σε 35 ασθενείς, η αναστόμωση έγινε χωρίς την χρήση αυτών μετά την ενδοπρωκτική βλεννογονεκτομή (ομάδα Α') και στους υπόλοιπους 36 με συρραπτικό μηχάνημα (ομάδα Β'). Η προφυλακτική ειλεοστομία απεκαθίστατο 2-3 μήνες μετά την πρώτη επέμβαση.

Αποτελέσματα : Ο μέσος όρος των κενώσεων/24ωρο στους ασθενείς της ομάδας Α' ήταν 7 (4-13) ενώ της ομάδας Β' ήταν 5 (3-10), τρεις μήνες μετά την αποκατάσταση της ειλεοστομίας. Απώλειες κοπράνων κατά τη διάρκεια της ημέρας, είχαν 2 ασθενείς της ομάδας Α' και ένας της Β'. Απώλειες κοπράνων κατά τη διάρκεια της νύχτας, είχαν 5 ασθενείς της ομάδας Α' και κανένας από τη Β'. Αντιδιαρροϊκά φάρμακα, έλαβαν όλοι οι ασθενείς της ομάδας Α' και μόνο τέσσερις της Β'.

Συμπεράσματα : Φαίνεται ότι η αναστόμωση με τη χρήση συρραπτικών μηχανημάτων είναι ασφαλής και επιτυγχάνει καλλίτερα αποτελέσματα (άμεσα όσο και αργότερα) ως προς τη λειτουργικότητα του σφιγκτηριακού μηχανισμού.

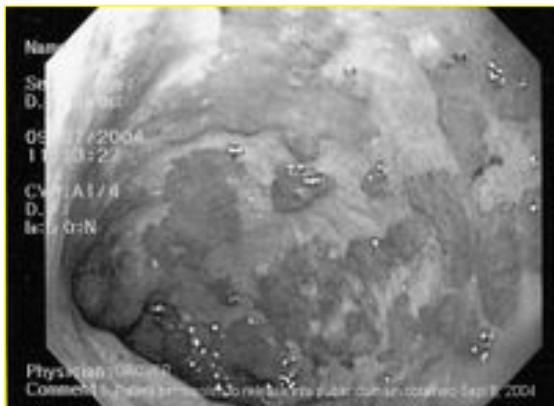
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο φλεγμονώδης παθήσεις του έντερου είθισται να αναφερόμαστε στην ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο του Crohn, οι οποίες είναι χρόνιες φλεγμονώδεις νόσοι του γαστρεντερικού σωλήνα άγνωστου αιτιολογίας [1]. Όσον αφορά την αιτιολογία της ελκώδους κολίτιδας, υπάρχουν διάφορες θεωρίες. Στους ασθενείς με τη νόσο παρατηρούνται ανωμαλίες του ανοσολογικού συστήματος του οργανισμού. Είναι πιθανό ότι το ανοσολογικό σύστημα που ευθύνεται για τους μηχανισμούς άμυνας, αντιδρά ανώμαλα στα βακτηρίδια του πεπτικού σωλήνα δημιουργώντας έτσι την παθολογική φλεγμονή [1,3]. Όμως ακόμη δεν έχει γίνει κατανοητό κατά πόσο οι εν λόγω ανωμαλίες είναι η αιτία ή το αποτέλεσμα της κολίτιδας. Η ελκώδης κολίτιδα δεν προκαλείται

από το συναισθηματικό στρες ή από την ευαισθησία σε ορισμένα τρόφιμα, φαγητά ή άλλα διατροφικά προϊόντα. Όμως, όλα αυτά είναι σε θέση σε ορισμένους ασθενείς να προκαλέσουν έναρξη των συμπτωμάτων. Επίσης το στρες που βιώνουν οι ασθενείς με την πάθηση, είναι σε θέση να επιδεινώνει τα συμπτώματα. Η ελκώδη κολίτιδα μπορεί να εκδηλωθεί για πρώτη φορά σε οποιαδήποτε ηλικία. Συνήθως αρχίζει στις ηλικίες μεταξύ 15 και 30 ετών. Σπανιότερα, μπορεί η έναρξη της να παρατηρηθεί μεταξύ 50 και 70 ετών[2].

Επηρεάζει εξίσου άνδρες και γυναίκες. Στην νόσο παρατηρείται ρόλος του οικογενειακού ιστορικού ή προδιάθεσης [2, 4]. Περίπου 20% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα έχουν οικογενειακό ιστορικό της

νόσου. Στις περιπτώσεις αυτές, το ιστορικό δείχνει ότι ένα μέλος της οικογένειας τους ή ένας συγγενής τους, παρουσιάζει ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn. Επίσης η συχνότητα της ελκώδους κολίτιδας, είναι μεγαλύτερη μεταξύ των λευκών και Εβραίων [2,3,4]. Η ελκώδης κολίτιδα είναι ασθένεια που προκαλεί φλεγμονή και έλκη στην εσωτερική επιφάνεια, στη βλεννογόνο του παχέος εντέρου [1]. Η φλεγμονή καταστρέφει κύτταρα της βλεννογόνου με αποτέλεσμα να υπάρχει αιμορραγία, πύο και σχηματισμός ελκών (Φωτογραφία 1).

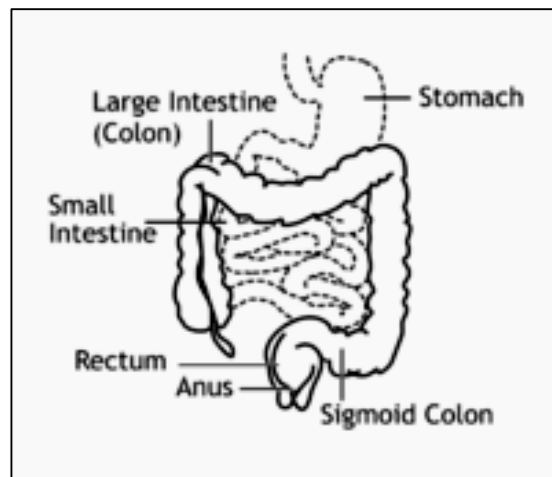


Φωτογραφία 1.

Ταυτόχρονα η φλεγμονή προκαλεί συχνότερη κένωση του παχέος εντέρου που οδηγεί έτσι σε διάρροια. Στις περιπτώσεις που η φλεγμονή εστιάζεται στο κατώτερο μέρος του παχέος εντέρου και στο ορθό, η νόσος αποκαλείται ελκώδης πρωκτίτιδα. Εάν επηρεάζεται όλο το παχύ έντερο, τότε για την πάθηση χρησιμοποιείται ο όρος πανκολίτιδα (Φωτογραφία 2). Τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου είναι: Πόνος στην κοιλιά, διάρροια με παρουσία αίματος, αναιμία, κόπωση, απώλεια βάρους, ανορεξία, απώλεια αίματος από τον πρωκτό, απώλεια υγρών του σώματος και θρεπτικών ουσιών, δερματικές αλλοιώσεις, πόνοι στις αρθρώσεις. Στα παιδιά μπορεί να παρουσιαστεί πρόβλημα με ανεπαρκή ανάπτυξη τους. Τα συχνότερα συμπτώματα είναι ο πόνος στην κοιλιά και η διάρροια με αίμα [4]. Στο 50% των ασθενών τα συμπτώματα και σημεία είναι ήπιας μορφής. Άλλοι υποφέρουν από συχνούς πυρετούς, αιματηρές διάρροιες, αναγούλες και σοβαρούς κοιλιακούς πόνους.

Η ελκώδης κολίτιδα μπορεί επίσης να προκαλεί προβλήματα σε άλλα συστήματα εκτός από το πεπτικό σύστημα όπως αρθρίτιδα, φλεγμονή στα μάτια, ηπατικές διαταραχές και οστεοπόρωση [3,4]. Ο λόγος για τον οποίο δημιουργούνται

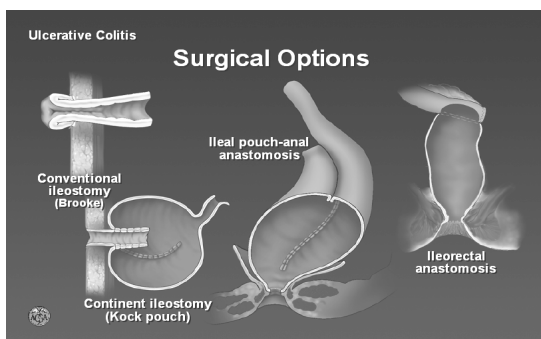
προβλήματα έξω από το πεπτικό σύστημα, δεν είναι γνωστός. Μια πιθανότητα είναι ότι η φλεγμονή εξαιτίας ανωμαλιών στο ανοσοολογικό σύστημα, επηρεάζει διάφορα όργανα και όχι μόνο το έντερο. Μερικά από τα εν λόγω προβλήματα υποχωρούν όταν η κολίτιδα τυγχάνει θεραπείας.



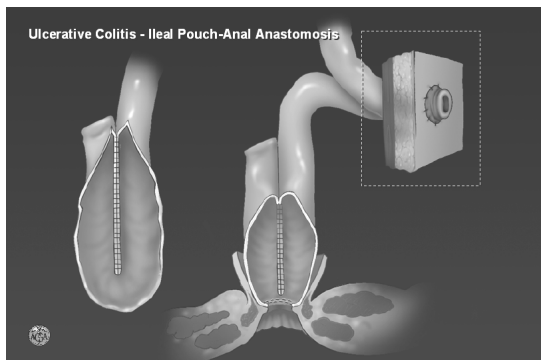
Φωτογραφία 2.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ & ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην κλινική μας από το 2000 έως το Μάιο του 2008 πραγματοποιήθηκαν 71 επεμβάσεις ορθοκολεκτομής με ειλεοληκθοπρωκτική αναστόμωση. Η επέμβαση αφορούσε στο ίδιο ποσοστό άνδρες (35,49%) και γυναίκες (36, 51%) και οι ηλικίες ήταν από 24 - 61 ετών. Τα κύρια είδη επεμβάσεων για την θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας είναι η κολεκτομή με ειλεοστομία και διατήρηση του κολοβώματος του ορθού, η πρωκτοκολεκτομή και δημιουργία ειλεοστομίας, η ειλεοληκθοπρωκτική αναστόμωση και η κολεκτομή με ειλεοορθική αναστόμωση [8, 9] (Φωτογραφία 3). Η επέμβαση που πραγματοποιήθηκε στο τμήμα μας είναι η ορθοκολεκτομή με ειλεοληκθοπρωκτική αναστόμωση. Η επέμβαση περιλαμβάνει την αφαίρεση όλου του κόλου και του ορθού, αφήνοντας τον πρωκτό και του μυς που τον περικλείουν. Ο τελικός ειλεός χρησιμοποιείται για να διαμορφωθεί μια εσωτερική λήκυθος ή ρεζερβουάρ (Φωτογραφία 4). Η εσωτερική λήκυθος συνδέεται με τον πρωκτό και λειτουργεί σαν υποκατάστατο του ορθού. Η επανορθωτική πρωκτοκολεκτομή μπορεί να γίνει σε ένα, δυο ή τρία στάδια.



Φωτογραφία 3



Φωτογραφία 4

Υπάρχουν δυο περιπτώσεις κατά τις οποίες μπορεί να χρειαστεί να πραγματοποιηθεί η επέμβαση σε δυο στάδια :

1. Το πρώτο στάδιο αποτελεί η αφαίρεση του κόλου και του ορθού, η δημιουργία της ληκύθου και η ένωση μεταξύ της ληκύθου και του πρωκτού με προσωρινή ειλεοστομία, ενώ σε δεύτερο στάδιο ακολουθεί η σύγκλιση της ειλεοστομίας.
2. Σε ασθενείς που νοσούν βάρια, γίνεται μια κολεκτομή με προσωρινή στομία όταν η γενική κατάσταση του αρρώστου βελτιωθεί μια δεύτερη επέμβαση πραγματοποιείται για να αφαιρεθεί το ορθό και να δημιουργηθεί μια λήκυθος που ενώνεται με τον πρωκτό, χωρίς ειλεοστομία [8, 9].

Η επέμβαση σε τρία στάδια αποτελείται από :

- Κολεκτομή με ειλεοστομία και διατήρηση του κολοβώματος του ορθού.
- Αφαίρεση του ορθού, δημιουργία ληκύθου και αναστόμωσης ληκύθου – πρωκτού με προσωρινή ειλεοστομία
- Σύγκλιση ειλεοστομίας. [8,9]

Σε 35 ασθενείς η αναστόμωση έγινε χωρίς την χρήση συρραπτικών μετά την ενδοπρωκτική βλεννογονεκτομή (ομάδα Α΄) και στους υπόλοιπους 36 με συρραπτικό μηχάνημα (ομάδα Β΄). Η προφυλακτική ειλεοστομία απεκαθίστατο 2-3 μήνες μετά την πρώτη επέμβαση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι πρώιμες επιπλοκές της ειλεοληκυθοπρωκτικής αναστόμωσης είναι η απόφραξη και η επιμόλυνση. Οι αψώτερες επιπλοκές είναι η φλεγμονή της ληκύθου (pouchitis) σε 45 % των ασθενών η πρώτη γραμμή θεραπείας είναι η χορήγηση σιπροφλοξασίνης ή μετρονιδαζόλης, τα προβλήματα με τις κενώσεις, υπαισθησία του περινέου, συρίγγιο της ληκύθου και η απόφραξη [5,6]. Το αποτέλεσμα της εν λόγω επέμβασης κρίνεται από την λειτουργία της ληκύθου, δηλαδή από την συχνότητα των κενώσεων, την έπείξη αφόδευσης, την εγκράτεια, την ανάγκη για αντιδιαρροϊκή αγωγή. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι επιτυγχάνεται βελτίωση του επιπέδου ζωής κατά 90% ενώ διαπιστώνεται αποτυχία της επέμβασης έως και το 15% των περιπτώσεων και τα δικά μας αποτελέσματα είναι σύμφωνα με αυτή [7]. Ο μέσος όρος των κενώσεων ανά 24ωρο στους ασθενείς της ομάδας Α΄ ήταν 7 (4-13) ενώ της ομάδας Β΄ ήταν 5 (3-10), τρεις μήνες μετά την αποκατάσταση της ειλεοστομίας. Απώλειες κοπράνων κατά τη διάρκεια της ημέρας, είχαν 2 ασθενείς της ομάδας Α΄ και ένας της Β΄. Απώλειες κοπράνων κατά τη διάρκεια της νύχτας, είχαν 5 ασθενείς της ομάδας Α΄ και κανένας από τη Β΄. Αντιδιαρροϊκά φάρμακα, έλαβαν όλοι οι ασθενείς της ομάδας Α΄ και μόνο τέσσερις της Β΄.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η χειρουργική θεραπεία ήταν και παραμένει ένα σημαντικό συστατικό στην συνολική θεραπευτική προσέγγιση των φλεγμονωδών παθήσεων του έντερου, στο 30-40 % για την νόσο του Crohn και στο 70-80 % της ελκώδους κολίτιδας. Δεν έχει παρατηρηθεί καμία ουσιαστική διαφορά ανάμεσα στην ανοικτή και την λαπαροσκοπική επέμβαση [10,11]. Η νοσηρότητα που συνοδεύει την ειλεοληκυθοπρωκτική αναστόμωση παραμένει υψηλή, περίπου 45 % των ασθενών. [10]. Κάποιο ρόλο στην αποφυγή αυτής της επιπλοκής φαίνεται να έχει η προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών. Είναι σημαντικό να έχουμε υπ όψιν μας ότι οι ασθενείς που επιθυμούν ελάχιστες επιπλοκές χωρίς να τους ενδιαφέρει η εγκράτεια θα πρέπει να υποβάλλονται σε πρωκτοκολεκτομή με ειλεοστομία. Ενώ αυτοί που επιθυμούν να διατηρήσουν τον έλεγχο των κενώσεων τους αλλά και που αποδέχονται κάποιες μετεγχειρητικές επιπλοκές, μεταξύ των οποίων ακόμα και μια

στομία, πρέπει να υποβάλλονται σε ορθοκολεκτομή με ειλεοηκυθοπρωκτική αναστόμωση [10,11]. Τέλος φαίνεται ότι η αναστόμωση με τη χρήση συρραπτικών μηχανημάτων είναι ασφαλής και επιτυγχάνει

καλλίτερα αποτελέσματα (άμεσα όσο και απώτερα) ως προς τη λειτουργικότητα του σφιγκτηριακού μηχανισμού, έναντι της αναστόμωσης χωρίς την χρήση συρραπτικών [11].

Abstract

Near total proctocolectomy with ileal pouch anal anastomosis for ulcerative colitis; comparative results of 9 years of experience in our department.

Liakos Ch.* , Stathakis P., Vitsas A., Tsavolakis Th., Oikonomopoulou Al., Iakomodis E., Kontostolis S., Georgiadis Ph.

Near total proctocolectomy with ileal pouch anal anastomosis is the method of choice for the treatment of ulcerative colitis. Through the 9 last years (2000 – 2008) 71 patients (35 men ,36 women) of 24 – 61 years of age underwent IPAA surgery either with (18) or without (53) prophylactic ileostomy. In 35 patients anastomosis was carried out without the use of staplers and in the rest it was carried out by the use of staplers. Prophylactic ileostomy was restored in 2 to 3 months time after the first operation. The mean number of defecations per day in patients of group A was 7 meanwhile it was 5 in those of group B. Faecal incontinence was noticed in 2 patients of group A and in 1 of group B through the day and through the night in 5 patients of group A and only in one of group B. Antidiarrhea medicine was prescribed to all patients of group A and only in 4 of group B. In conclusion it seems that anastomosis done with the use of staplers is safe and comes with better results as for the function of the sphincter mechanism without the use of staplers in comparison to the one made by hands.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

1. Collins P, Rhodes J; Ulcerative colitis: diagnosis and management. *BMJ*. 2006 Aug 12;333(7563):340-3.
2. Loftus EV Jr; Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology*. 2004 May;126(6):1504-17. [abstract]
3. British Society of Gastroenterology; Inflammatory bowel disease (2004)
4. Walmsley RS, Ayres RC, Pounder RE, et al; A simple clinical colitis activity index. *Gut*. 1998 Jul;43(1):29-32. [abstract]
5. Card T, Hubbard R, Logan RF; Mortality in inflammatory bowel disease: a population-based cohort study. *Gastroenterology*. 2003 Dec;125(6):1583-90. [abstract]
6. Bonner GF. Current medical therapy for inflammatory bowel disease. *South Med J* 1996;89:556-66.
7. Stenson WF. Inflammatory bowel disease. In :Yamada T, ed. *Textbook of gastroenterology*. 2d ed. Vol 2. Philadelphia :Lippincott, 1995:1748-1805.
8. Sands BE. Therapy of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. Feb 2000;118(2 Suppl 1):S68-82.
9. Thirlby RC, Sobrino MA, Randall JB. The long - term benefit of surgery on health – related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Arch Surg*. May 2001;136(5):521-7.
10. Roses RE et al. Surgical treatment of inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* 2008 January 21; 14(3): 408-412.
11. P.R. Fleshner and D.J. Schoetz, Jr. Surgical Management of Ulcerative Colitis. *The ACSRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*. 2007, XXIV,816p.384 illus.