**Η Χειρουργική αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδος**

**Βασίλειος A. Κομπορόζος**

**Αν.Δ/ντής Γ΄Χειρουργικής Κλινικής**

**ΓΠΝ Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»**

**Δ/νση επικοινωνίας : Βοσπόρου 15,15124 Αμαρούσιον**

**Τηλ: 2106196484**

**FAX : 210 6105683**

**e-mail : vaskombo@otenet.gr**

**Ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας**

Έχει πολλάκις τονισθεί κατά το παρελθόν ότι η ελκώδης κολίτις αποτελεί χειρουργικώς ιάσιμη νόσο.Εν τούτοις η πρόοδος της συντηρητικής θεραπείας επέβαλε η χειρουργική αντιμετώπιση να ακολουθεί μετά την εφαρμογή των νεωτέρων ανοσοκατασταλτικών ή ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων.Παρά ταύτα στους χειρουργικούς κύκλους υφίστανται πολλές προκαταλήψεις και φοβοι σχετικά με τις νεώτερες θεραπείες με ανοσοτροποποιητικά κυρίως φάρμακα.

Το 25% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα εν τέλει θα υποβληθεί σε χειρουργική θεραπεία για την αντιμετώπιση της νόσου.Η ακριβής ένδειξη χειρουργικής θεραπείας παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή της κατάλληλης χειρουργικής επεμβάσεως.

Αν και πολλοί ασθενείς έχουν την πολυτέλεια μιας εκλεκτικής επεμβάσεως ,ένας σημαντικός αριθμός εξ αυτών έχουν ανάγκη επείγουσας χειρουργικής θεραπείας ,η φύση της οποίας πιθανόν να τροποποιήσει την πιθανότητα διατηρήσεως του σφιγκτήρος.

Η χειρουργική αντιμετώπιση των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα ενδείκνυται:

1.Σε οξέα επεισόδια ,που δεν ανταποκρίνονται στην συντηρητική αγωγή.

2.Σε επιπλοκές οξέων επεισοδίων ,όπως διάτρηση,αιμορραγία και τοξικό μεγάκολο.

3.Σε χρόνια νόσο που δεν ανταποκρίνεται σε συντηρητική αγωγή και επηρεάζει δυσμενώς την ποιότητα ζωής των ασθενών, και

4.Σε ανάπτυξη δυσπλασίας ή κακοήθους εξαλλαγής.

Ενδείξεις εκλεκτικής χειρουργικής αντιμετώπισης της ελκώδους κολίτιδος

1.Η μη ανταποκρινομένη στην συντηρητική αγωγή νόσος [Intractable disease]

* Όταν η συντηρητική αγωγή αποτυγχάνει να ελέγξει ικανοποιητικά τα συμπτώματα
* Όταν ο έλεγχος των συμπτωμάτων επιτυγχάνεται με αγωγή που έχει σαν επακόλουθο υψηλή νοσηρότητα.[Υψηλές δόσεις κορικοστεροειδών]
* Αναστολή της αναπτύξεως στα παιδιά.
* 2. Η ανθεκτική ελκώδης κολίτις αποτελεί αιτία χειρουργικής επεμβάσεως στο 20% περίπου των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα.
* Η παρουσία δυσπλασίας σε κολονική βιοψία
* Η παρουσία DALM [Non-adenomalike Dysplasia Associated Lesions] [Δυσπλαστικός επηρμένος βλεννογόνος]
* Η παρουσία καρκινώματος
* Η παρουσία ύποπτης μάζης κατά την κολοσκόπηση
* Η παρουσία στενώσεως

**Ενδείξεις επειγούσης χειρουργικής αντιμετώπισης της ελκώδους κολίτιδος**

* Οξεία κολίτιδα [severe]
* Κεραυνοβόλος κολίτιδα [fulminant]
* Τοξικό μεγάκολον
* Διάτρηση
* Αιμορραγία

Απόλυτες ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας στην ελκώδη κολίτιδα είναι:

Η διάτρηση

Η απόφραξη

Η αιμορραγία 4%[1]

Η υψηλόβαθμη δυσπλασία

Δυσπλασία σε επηρμένο βλεννογόνο[DALM]

Η παρουσία καρκινώματος [2%][1]

Λιγώτερο σαφείς ενδείξεις είναι:

Η ανθεκτικότητα στα κορτικοστεροειδή

Επιπλοκές των κορτικοστεροειδών

Ανθεκτικές εξωεντερικές επιπλοκές [πυόδερμα]

Παρενέργειες των ανοσοτροποποιητών.

Η βαρειά οξεία κολίτιδα αφορά το 5-15% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα.Η διάγνωση της οξείας κολίτιδος βασίζεται στα κριτήρια των Truelove και Witts ,1955 ,[2],και ορίζεται σαν η κολίτιδα με περισσότερες από 6 αιμορραγικές κενώσεις ημερησίως,πυρετό >37,5 οC,ταχυκαρδία >90 σφύξεων /min ,αναιμία [αιμοσφαιρίνη <75% της φυσιολογικής τιμής ] και ΤΚΕ >30 mm ανά ώρα.

Η κεραυνοβόλος ή fulminant κολίτις χαρακτηρίζεται από περισσότερες από 10 αιμορραγικές διάρροιες ημερησίως,θερμοκρασία >37,5οC,σφύξεις > 90 / min ,αναιμία [ανάγκη μεταγγίσεως],ΤΚΕ >30 mm,Διάταση του παχέος εντέρου στην απλή ακτινογραφία κοιλίας ,διάταση της κοιλίας και ευαισθησία.[3].H διάγνωση του τοξικού μεγακόλου τίθεται όταν η διάμετρος του εγκαρσίου κόλου υπερβεί τα 6 εκ..

Στο 20-30% των ασθενών με τοξική κολίτιδα η επείγουσα χειρουργική επέμβαση είναι αναγκαία .[4].Η αναφερομένη θνητότητα σε ασθενείς με τοξική κολίτιδα και διάτρηση κυμαίνεται από 27-57%.Σημειωτέον οτι διάτρηση του παχέος εντέρου μπορεί να συμβεί χωρίς διάταση και χωρίς κλινικά σημεία περιτονίτιδος.Η εντετοπισμένη περιτονίτιδα αντιπροσωπεύει τοπική φλεγμονή ή αποτελεί προοιωνό διατρήσεως.Η ανάπτυξη πολυοργανικής ανεπαρκείας αποτελεί δυσμενή εξέλιξη και απαντά σε ποσοστό 6,1%.[5].

Σε ασθενείς λοιπόν με κλινικώς διαπιστωθείσα διάτρηση του παχέος εντέρου ,ή με σημεία επερχομένης διατρήσεως επιβάλλεται άμεσος χειρουργική επέμβαση . .[Level of evidence III,Grade of recommendation : Α].

Η μαζική αιμορραγία αφορά το 4% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και αποτελεί ένδειξη επειγούσης χειρουργικής επεμβάσεως.

Ασθενείς εξ άλλου με οξεία κολίτιδα που δεν ανταποκρίνονται στην συντηρητική αγωγή,ή επιδεινούνται παρά την συντηρητική θεραπεία ,είναι υποψήφιοι χειρουργικής επεμβάσεως .[Level of evidence III,Grade of recommendation : B].

Η ανάγκη της χειρουργικής θεραπείας και ο χρόνος εφαρμογής της είναι δύσκολο να καθορισθούν. Σε ασθενείς με οξεία κολίτιδα που δεν ανταποκρίνονται στα στεροειδή ,αρκετά κέντρα συνιστούν την ΕΦ χορήγηση κυκλοσπορίνης ,ενώ άλλα κέντρα συνιστούν την χειρουργική επέμβαση μετά από 7-10 ημερών ανεπιτυχούς χορηγήσεως στεροειδών,δεδομένου οτι παρά τον αρχικό ενθουσιασμό ,νεώτερες μελέτες έδειξαν ότι το 50% των ασθενών που έλαβαν κυκλοσπορίνη ,χειρουργήθηκαν εντός ενός έτους.[6].Κατά τους Travis et al.,[7],ασθενείς με πάνω από 8 κενώσεις την ημέρα ή ασθενείς με 3-8 κενώσεις και C-αντιδρώσα πρωτεϊνη >45 mg/ml,έχουν πιθανότητα 85% να υποβληθούν σε κολεκτομή κατά την διάρκεια της ιδίας νοσηλείας ,ανεξαρτήτως του εαν έλαβαν κορτιζόνη ή κυκλοσπορίνη.Επιπροσθέτως η επιμένουσα διάταση του παχέος εντέρου αποτελεί δυσμενές προγνωστικό σημείο αναπτύξεως μεγακόλου.[8].

Αν και αρκετές μελέτες καθορίζουν τον χρόνο μη ανταποκρίσεως στην συντηρητική αγωγή από 48-96 ώρες ,εν τούτοις δεν υπάρχει σαφής μαρτυρία για τον κατάλληλο χρόνο εφαρμογής της χειρουργικής θεραπείας ,ιδίως υπό το πρίσμα της θεραπείας με φάρμακα 2ης γραμμής [ανοσοτροποποιητές].

Η αποτυχία της συντηρητικής αγωγής ,ιδίως των ανοσοτροποποιητικών θεραπειών,αποτελεί την συχνότερη ένδειξη χειρουργικής θεραπείας. .[Level of evidence III,Grade of recommendation : B].

Ο ορος ανθεκτικη ελκωδης κολιτις περιλαμβάνει τρεις διαφορετικές κατηγορίες ασθενών:

1.Τους ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην θεραπεία πρώτης γραμμής ,οι οποίοι όμως βελτιώνονται με την χορήγηση κορτικοστεροειδών.

2.Τους ασθενείς που ανταποκρίνονται μεν στην θεραπεία με κορτικοειδή,αλλά δεν μπορούν να απεξαρτητοποιηθούν από αυτά [κορτιζονοεξαρτημένη ελκώδης κολίτις],και

3.Τους ασθενείς που παρά την χορήγηση υψηλών δόσεων κορτικοστεροειδών [συνήθως 40 mg πρεδνιζόνης],εξακολουθούν να παρουσιάζουν συμπτώματα και ευρήματα ενεργού φλεγμονής.[Ελκώδης κολιτις ανθεκτική στα κορτικοστεροειδή].

Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός της ανθεκτικότητος της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου γενικότερα δεν είναι απόλυτα γνωστός και εστιάζεται κυρίως στα Τ-λεμφοκύτταρα και πιθανώς και σε άλλα φλεγμονώδη κύτταρα στόχους.

Η ανθεκτική ελκώδης κολίτις αποτελεί αιτία χειρουργικής επεμβάσεως στο 20% περίπου των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και στο 50% των ασθενών με νόσο Crohn.

Οι Faubion και συν.,[9],αναφέρουν ποσοστό εξαρτήσεως στην κορτιζόνη 22% για ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και ανθεκτικότητος σε ποσοστό 16%,Ενώ το ποσοστό των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση εντός ενός έτους ανήλθε σε 29%.

Οι Lindgren και συν.,[10] εξ άλλου αναφέρουν ότι το 34% των νοσοκομειακών ασθενών με ανθεκτική ελκώδη κολίτιδα,υπεβλήθηκαν σε κολεκτομή εντός 30 ημερών από της ενάρξεως της αντιμετώπισής τους.

Το ενδεχόμενο λοιπόν της χειρουργικής θεραπείας της ανθεκτικής ελκώδους κολίτιδος είναι πιθανό ,παρά την πρόοδο στην φαρμακευτική αντιμετώπισή της .Η απόφαση εφαρμογής της χειρουργικής αντιμετώπισης της ελκώδους κολίτιδος ,βασίζεται σε διάφορα κριτήρια ,όπως η βαρύτητα της νόσου,η ανθεκτικότητα στα κορτικοστεροειδή,η διάρκεια της νοσου,συνυπάρχουσες παθήσεις,η πιθανότητα επιπλοκών από την χρήση ανοσοκατασταλτικών ή ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων,ο κίνδυνος αναπτύξεως καρκινώματος,και η επιθυμία του ασθενούς.Είναι ανεύθυνο να παρουσιάζει κανείς την χειρουργική θεραπεία σαν το έσχατο μέσο στην αντιμετώπιση της ανθεκτικής ελκώδους κολίτιδος ,καθ΄ον χρόνο θα πρέπει να συζητούνται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κολεκτομής σαν μέρος της όλης θεραπευτικής προσέγγισης σε αυτές τις εξαιρετικά δύσκολες περιπτώσεις.

Η συνεργασία γαστρεντερολογου και χειρουργού είναι εκ των ων ουκ άνευ στην αντιμετώπιση αυτών των ασθενών ,και απαιτεί την κατανόηση εκ μέρους του γαστρεντερολόγου των χειρουργικών τεχνικών των αποτελεσματων και των συνεπειών αυτών,και εκ μέρους του χειρουργού την γνώση των διαφόρων πολυπλόκων φαρμακευτικών σχημάτων ,από τα οποία ο ασθενής μπορεί να οδηγηθεί σε χειρουργική επέμβαση.

Άλλες ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας της ελκώδους κολίτιδος είναι η παρουσία ύποπτης μάζης κατά την κολοσκόπηση,η παρουσία δυσπλασίας σε κολονική βιοψία,η συνύπαρξη δυσπλασίας και μάζης [DALM],και η παρουσία καρκινώματος.

Η παρακολούθηση των ασθενών με χρονία ελκώδη κολίτιδα με ενδοσκοπικές βιοψίες για την ανάδειξη δυσπλασίας ,θεωρείται ο καλύτερος τρόπος παρακολούθησης των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα .[Level of evidence III,Grade of recommendation :B].

Η συσχέτιση μεταξύ δυσπλασίας και συνυπαρχόντων καρκίνων είναι σαφής.Κατά τους Blackstone et al.,[11],η παρουσία χαμηλόβαθμης δυσπλασίας συσχετίζεται με σύγχρονο καρκίνωμα σε ποσοστό 10-20%,Η υψηλόβαθμη δυσπλασία σε ποσοστό 30-40% και η συνύπαρξη δυσπλασίας και DALM ,σε ποσοστό 40-60%.Οι Bernstein et al,[12],έδειξαν ότι ο κίνδυνος ανευρέσεως καρκίνου κατά την διάρκεια αμέσου κολεκτομής επί υψηλής δυσπλασίας ανήλθε σε 42%,ενώ παρουσία χαμηλοβαθμης δυσπλασίας σε 19%.Επιπροσθέτως οι Connel et al.,[13],έδειξαν οτι η πενταετής προγνωστική αξία της υψηλόβαθμης δυσπλασίας για την ανάδειξη καρκινώματος ανέρχεται σε 54%.

Η παρουσία στενώσεως επί εδάφους χρονίας ελκώδους κολίτιδος αποτελεί ένδειξη χειρουργικής επεμβάσεως .[Level of evidence III,Grade of recommendation : A].

H παρουσία στενώσεων του αυλού του παχέος εντέρου παρατηρείται σε ποσοστό 5-10% και σε ποσοστό 25% του συνόλου των στενώσεων ,αυτές είναι κακοήθεις.Η πιθανότητα κακοήθειας αυξάνεται σε περιπτώσεις εντοπίσεως των στενώσεων κεντρικώτερα της σπληνικής καμπής .Σημειωτέον οτι οι ενδοσκοπικές βιοψίες πολλές φορές είναι αναξιόπιστες είτε λόγω δειγματοληπτικού σφάλματος ,είτε λόγω του διηθητικού χαρακτήρος των κακοηθειών επί εδάφους ελκώδους κολίτιδος. [14,15].

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Το είδος της χειρουργικής επεμβάσεως στην συγκεκριμένη περίπτωση εξαρτάται από διαφόρους παράγοντες που σχετίζονται κυρίως με την ηλικία και την γενική κατάσταση του ασθενούς.

Στην προκειμένη περίπτωση η κολεκτομή ,τελική ειλεοστομία με διατήρηση του ορθού,και εκστόμωση του ορθικού κολοβώματος υπο μορφή βλεννώδους συριγγίου,είναι η εγχείρηση εκλογής

[Level of evidence III,Grade of recommendation : B].

Τα πλεονεκτήματα της ως άνω επεμβάσεως είναι :

Είναι καλώς ανεκτή επέμβαση με χαμηλή νοσηρότητα ,που επιτρέπει την ανάνηψη του ασθενούς και την διακοπή των φαρμάκων του.

Ο ασθενής επανέρχεται σε φυσιολογική ζωή εντός ολίγων εβδομάδων.

Η εμπειρία μιας ειλεοστομίας ,δίνει την δυνατότητα στον ασθενή να αποφασίσει για την περαιτέρω χειρουργική θεραπεία του.

Παρέχει την δυνατότητα στον παθολογοανατόμο να βάλει την διάγνωση με μεγαλύτερη ασφάλεια ,κυρίως σε διφορούμενες καταστάσεις.

Μειονέκτημα αποτελεί η ανάγκη δεύτερης χειρουργικής επεμβάσεως ,είτε για την εξαίρεση του ορθού ,είτε για την αποκατάσταση με ειλεοδακτυλική αναστόμωση και παρεμβολή ειλεϊκού θυλάκου,μετά ή άνευ προφυλακτικής ειλεοστομίας.

Η θνητότητα ανέρχεται σε 3% [16].

Δεν είναι αποδεδειγμένο οτι η διατήρηση του μείζονος επιπλόου είναι επιθυμητή.Επίσης είναι σημαντικό το επίπεδο εκτομής .Θα πρέπει να γίνεται στο σιγμοειδές ,ούτως ώστε να μπορούμε να εξωτερικεύσωμε το περιφερικό κολόβωμα σαν βλεννώδες συρίγγιο.Σε ωρισμένες όμως περιπτώσεις ,κυρίως αιμορραγίας αυτό δεν είναι εφικτό,δεδομένου ότι θα πρέπει να εξαιρεθεί όσον το δυνατόν περισσότερο πάσχον έντερο,οπότε προβαίνουμε αναγκαστικά σε σύγκλειση του κολοβώματος του ορθού ,με πιθανότητα διασπάσεως του κολοβώματος 2%.[16].

Η ολική κολεκτομή και ειλεοπρωκτική αναστόμωση με παρεμβολή ειλεικού θυλάκου σε ένα χρόνο,εφαρμόζεται σε ποσοστό μικρότερο του 10% των ασθενών σε οξεία φάση,δεδομένου ότι το ποσοστό των μετεγχειρητικών επιπλοκών αυξανεται ,κυρίως οι σηπτικές επιπλοκές [πυελική σήψη ,διαφυγές ,συρίγγια],που αποτελούν αιτία αποτυχίας και εξαιρέσεως του ειλεικού θυλάκου σε ποσοστό 10%.[17]

Οι Sugarmann et al.,[18],αναφέρουν συχνότητα αναστομωτικών διαφυγών σε ποσοστό 12%,σε ασθενείς με ειλεοπρωκτική αναστόμωση χωρίς προφυλακτική ειλεοστομία,ενώ δεν διαπιστώνουν διαφορετικό ποσοστό διαφυγών σε ασθενείς σε υψηλές δόσεις στεροειδών ,ούτε διαφορά στα απώτερα λειτουργικά αποτελέσματα σε ασθενείς με διαφυγή και σε ασθενείς χωρίς διαφυγή.Οι Cohen et al.,[19], παρατηρούν οτι το ποσοστο διαφυγών από την αναστόμωση ηταν αυξημένο σε ασθενείς που ελάμβαναν στεροειδή.Ενώ άλλοι συγγραφείς [20] ,τονίζουν ότι το ποσοστό των επικινδύνων για την ζωή μχ επιπλοκών είναι αυξημένο στους ασθενείς χωρίς προφυλακτική ειλεοστομία.Η επείγουσα εγχείρηση,η κακή θρεψη ,η υψηλή δόση στεροειδών και η τεχνικώς μη ικανοποιητική αναστόμωση είναι παράγοντες που επιβάλλουν την δημιουργία προφυλακτικής ειλεοστομίας.

Στις ως άνω περιπτώσεις η ολική πρωκτοκολεκτομή και τελική ειλεοστομία δεν είναι εγχείρηση εκλογής δεδομένου ότι ο κίνδυνος της αιμορραγίας κατά την εκτέλεση του πυελικού και περινεϊκού χρόνου της επεμβάσεως είναι μεγαλύτερος ,όπως και η πιθανότητα κακώσεως των υπογαστρίων νεύρων,με αποτέλεσμα διαταραχές από την ουροδόχο κύστη ,την στύση και την εκσπερμάτωση.

ΕΚΛΕΚΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΟΣ

Σε χρόνια νόσο που δεν ανταποκρίνεται σε συντηρητική αγωγή και επηρεάζει δυσμενώς την ποιότητα ζωής των ασθενών, και

Σε ανάπτυξη δυσπλασίας ή κακοήθους εξαλλαγής.

Η επιλογή της εγχειρήσεως εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και θα πρέπει να εξατομικεύεται αναλόγως προς την κλινική κατάσταση και την επιθυμία του ασθενούς.

Οι επιλογές του χειρουργού στην εκκλεκτική αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδος συνίστανται σε :

1. Ολική πρωκτοκολεκτομή και ειλεοστομία
2. Ολική κολεκτομή και εγκρατή ειλεοστομία [Kock pouch].
3. Υφολική κολεκτομή και ειλεοορθική αναστόμωση και
4. Ολική κολεκτομή και ειλεοπρωκτική αναστόμωση με δημιουργία νεοληκύθου [pouch].

**1.Η ολική πρωκτοκολεκτομή και τελική ειλεοστομία** είναι μια σταθερή επιλογή για ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και μπορεί να θεωρηθεί εγχείρηση αναφοράς πρός την οποία συγκρίνονται τα αποτελέσματα όλων των άλλων επεμβάσεων.[Level of evidence III,Grade of recommendation : B] [21].

Η εν λόγω επέμβαση έχει καθιερωθεί σαν ασφαλής ,θεραπευτική επέμβαση ,που επιτρέπει στους περισσοτερους ασθενείς να έχουν μια πλήρη και ενεργό ζωή.[22].

Θεωρείται σαν εγχείρηση εκλογής σε ασθενείς που δεν επιθυμούν ειλεοπρωκτική αναστόμωση με παρεμβολή ειλεϊκού θυλάκου,σε ασθενείς στούς οποίους το ποσοστό αποτυχίας του θυλάκου είναι αυξημένο,όπως σε ασθενείς με ανεπαρκείς σφιγκτήρες,προηγηθείσες πρωκτικές-περινεϊκές παθήσεις,και σε κακή γενική κατάσταση,λόγω συνυπαρχουσών παθήσεων[23].

Η νοσηρότητα της ολικής πρωκτοκολεκτομής και τελικής ειλεοστομίας είναι αρκετά υψηλή ,αλλά σαφώς μικρότερη εκείνης της ειλεοπρωκτικής αναστομώσεως με ειλεικό θύλακο,[26% έναντι 52%][24] και περιλαμβάνει επιπλοκές που συσχετίζονται με την ειλεοστομία ,όπως πρόπτωση,και επιπλοκές που αφορούν οποιαδήποτε επέμβαση στην κοιλία και την πύελο, όπως,ειλεό,φλεγμονή,συρίγγιο,μη επουλούμενο περινεϊκό τραύμα,σεξουαλική δυσλειτουργία και δυσλειτουργία ουροποιητικού.

Οι επιπλοκές από την ειλεοστομία είναι οι συνηθέστερες απώτερες επιπλοκές και συγκεκριμένα η είσφρυση της ειλεοστομίας ,ενώ η πρόπτωση αποτελεί σπανια επιπλοκή και απαιτούν αμφότερες χειρουργική αποκατάσταση ,ή μετάθεση της ειλεοστομίας.Η δημιουργία περιστοματικού αποστήματος και συριγγίου μπορεί να προκληθεί από κακή εφαρμογή της προθέσεως και αντιμετωπίζεται συνήθως με τοπικής φύσεως μέτρα ή με μετάθεση της ειλεοστομίας.Επιπλέον μια οξεία γαστρεντερίτις μπορεί να προκαλέσει μαζική απωλεια υγρών και ηλεκτρολυτών ,που απαιτεί παρεντερική αποκατάστασή τους.

Η ανάγκη επανεπεμβάσεως για αποκατάσταση της ειλεοστομίας ανέρχεται σε 40% ,σε χρονικό διάστημα 10 ετών [25] .

Η μεταβολή εξ άλλου της πυελικής τοπογραφίας με την αφαίρεση του ορθου ,πρωκτου και των μυών της πυέλου,όπως και η δημιουργία ουλών και η αλλαγή της σωματικής εικόνας ,έχουν σαν αποτέλεσμα σεξουαλικά και γυναικολογικά προβλήματα του τύπου της κολπικής υπερεκρίσεως ,σε ποσοστό 56%,δυσπαρεύνια σε ποσοστό 38%, ελαττωμένη κολπική proprioception σε ποσοστό 25% και απόφραξη σαλπίγκων σε ποσοστό 50% περίπου ,με αποτέλεσμα στειρωση [26,27]. Στον άνδρα η διίνιση της πυέλου είναι δυνατόν να προκαλέσει ανικανότητα στύσεως ή και αδυναμία εκσπερματώσεως.

**2.Ολική πρωκτοκολεκτομή και εγκρατής ειλεοστομία [Kock pouch]**

Η ολική πρωκτοκολεκτομή και εγκρατής ειλεοστομία [Kock pouch],είναι εναλλακτική μέθοδος σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα που φέρουν ειλεοστομία Brooks,δεν είναι κατάλληλοι για ειλεοπρωκτική αναστόμωση,ή έχουν ήδη υποβληθεί σε αποτυχούσα ειλεοπρωκτική αναστόμωση με παρεμβολή ειλεϊκού θυλάκου.[Level of evidence III,Grade of recommendation : B].

Η εγκρατής ειλεοστομία του Kock [1967] απετέλεσε σημαντική καινοτομία και σημαντική εναλλακτική λύση για χιλιάδες ασθενείς.Προσέφερε ποιότητα ζωής πολύ καλύτερη από εκείνη των ασθενών με συμβατική ειλεοστομία,αλλά είχε πολλές επιπλοκές άμεσες και απώτερες ,ένεκα των οποίων προέκυψαν πολλές τεχνικές τροποποιήσεις με σκοπό την ελάττωση της νοσηρότητος.

Η πρώιμη μετεγχειρητική νοσηρότητα περιλαμβάνει κυρίως σηπτικές επιπλοκές ,αναστομωτικές διαφυγές ,περιτονίτιδα ,ενδοκοιλιακά αποστήματα,νέκρωση της βαλβίδος ,συρίγγια ,διαπύηση και διάσπαση του τραύματος ,εντερική απόφραξη,που αποτέλεσαν ανασταλτικό παράγοντα στην εξοικείωση των χειρουργών με την μέθοδο,δεδομένου ότι ακόμη και σε πολύ έμπειρους χειρουργούς το ποσοστό επανεγχειρήσεων λόγω των επιπλοκών ανέρχεται σε 10% κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο [28-30].

Οι απώτερες επιπλοκές της ειλεοστομίας Kock σχετίζονται σχεδόν καθ’ ολοκληρίαν με την θηλή – βαλβίδα,που παρέμεινε η “Αχίλλειος πτέρνα” της όλης κατασκευής.Η διολίσθηση ή η πρόπτωση της βαλβίδος έχουν σαν αποτέλεσμα ακράτεια,ενώ η δημιουργία συριγγίων έχει σαν αποτέλεσμα διαρροή εντερικού περιεχομένου.Το κεντρικό λοιπόν πρόβλημα σχετικά με τον θύλακο Kock συνίσταται στο πως θα κατασκευασθεί μια σταθερή βαλβίδα.Ένεκα τούτου εισήχθησαν πολλές τροποποιήσεις,ένεκα των οποίων η συχνότητα των επανορθωτικών επεμβάσεων να ελαττωθεί από 40-50% σε 20-25% [27].Πρόσφατες ανακοινώσεις των Gerber και συν., και των Ecker και συν [29-31],έδειξαν ότι το ποσοστό της επανορθωτικής χειρουργικής στις περιπτώσεις αυτές ανέρχεται στο 10% των περιπτώσεων. Η προσθήκη προστατευτικής ειλεοστομίας από τους Hulten & Fasth ,[32], έδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα σε ότι αφορά την συχνότητα των επιπλοκών εκ του θυλάκου του Kock[33].

Οι Kock και συν ., [33], αναφέρουν ελάττωση του ποσοστού επανορθωτικής χειρουργικής από 54% σε 10% ,ενώ οι Lepisto & Jarvinsen αναφέρουν ότι παρά το υψηλό ποσοστό επανεγχειρήσεων ,η ειλεοστομία Kock προσφέρει ικανοποιητική λειτουργία επι μακρό χρονικό διάστημα [ 96% για 1 έτος,86% για 10 έτη,77% για 20 έτη και 71% για 30 έτη ]. [34] .

Μια άλλη απώτερη επιπλοκή είναι η θυλακίτις του θυλάκου του Kock,που συνίσταται σε φλεγμονή του ειλεικού βλεννογονου και εκδηλώνεται συνήθως με ήπια συμπτώματα,γενικά φαινόμενα και δεν συσχετίζεται απόλυτα με την ιστολογική εικόνα.Χρησιμοποιούντες κλινικά και ενδοσκοπικά κριτήρια το ποσοστό της λυκηθίτιδος κυμαίνεται από 10-45% [35-37].Ο κίνδυνος αναπτύξεως λυκηθίτιδος υπολογίζεται με στατιστικές μεθόδους σε 38% για χρονική περίοδο άνω των 2 ετών [27].Τα περισσοτερα επεισόδια λυκηθίτιδος αντιμετωπίζονται με χορήγηση μετρονιδαζόλης,ενώ σε περιπτώσεις μη ανταποκρίσεως απαιτείται εξαίρεση της λυκήθου.Όπως ήδη προανεφέρθη το ποσοστό εξαιρέσεως της λυκήθου Kock ανέρχεται σε 10% ,ενώ αυξάνει με την πάροδο των ετών.

Μέση ,έως βαρειά επιθηλιακή δυσπλασία έχει παρατηρηθεί σε συνδυασμό με μακρόχρονη φλεγμονή του θυλάκου. [38],ενώ η πρώτη περίπτωση αναπτύξεως καρκίνου σε εγκρατή ειλεοστομία δημοσιεύθηκε από τους Cox και συν., το 1997 [39].

Οι Nilson και συν.,[40],θεώρησαν ότι η εγκρατής ειλεοστομία επηρεάζει λιγώτερο την σεξουαλική ζωή των ασθενών από ότι η συνήθης ειλεοστομία Brooke,χωρίς όμως να έχει επιβεβαιωθεί από άλλες εργασίες.Δεδομένου ότι η διίνιση της πυέλου είναι ταυτόσημος και στους ασθενείς με ειλεοστομία Brooke και σε ασθενείς με ειλεοστομία Kock,οποιαδήποτε διαφορά πιθανώς αποδίδεται στο καλύτερο body image [41].

Μετά από την εφαρμογή του πυελικού θυλάκου ,η συχνότητα της ειλεοστομίας Kock έχει περιωριστεί.Εν τούτοις η τεχνική αυτή έχει θέση στην χειρουργική της ελκώδους κολίτιδος δεδομένου ότι αρκετοί ασθενείς ακατάλληλοι για πυελικό θύλακο ,ή ασθενείς με ειλεοστομία Brooke ,καθώς επίσης με αποτυχόντα πυελικά pouches ,είναι υποψήφιοι για εγκρατή ειλεοστομία Kock.

### 3. Κολεκτομή και ειλεοορθική αναστόμωση,είναι αποδεκτή εγχείρηση σε αυστηρώς επιλεγμένους ασθενείς ,με την προϋπόθεση της καλής ανατομικής και λειτουργικής καταστάσεως των σφιγκτήρων και του ορθού.

[Level of evidence III,Grade of recommendation :Β]

Η υφολική κολεκτομή και ειλεοορθική αναστόμωση για ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα εφαρμόσθηκε για πρώτη φορά από τον Wangensteen ,1948.O Aylett και συν.,[42],ήταν υπέρμαχος της ειλεοορθικής αναστομώσεως,λόγω των σχετικά καλών αποτελεσμάτων .Σήμερα οι ενδείξεις της ειλεοορθικής αναστομώσεως είναι περιωρισμένες .Η συνηθέστερη ένδειξη είναι μετά από υφολική κολεκτομή για τοξική κολίτιδα σε περιπτώσεις όπου δεν είναι δυνατόν να διευκρινισθεί με βεβαιότητα η νόσος Crohn .Επίσης δύναται να εφαρμοσθεί σε περιπτώσεις νοσηρής παχυσαρκίας ,όπου η δημιουργία πυελικής νεολυκήθου είναι εξαιρετικά δύσκολη ,όπως και ειλεοστομίας ,και σε περιπτώσεις ελκώδους κολίτιδος με ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου με μεταστάσεις .Η ειλεοορθική αναστόμωση παρέχει ικανοποιητικά αποτελέσματα χωρίς την παρουσία στομίας.Προϋπόθεση για την ειλεοορθική αναστόμωση είναι η καλή ανατομική και λειτουργική κατάσταση του ορθού και των σφιγκτήρων.

Οι ασθενείς παρουσιάζουν 4,3 κενώσεις ημερησίως,[25-34],5% παρουσιάζουν νυκτερινές κενώσεις ,84% των ασθενών θεωρούν ότι βελτιώθηκαν σημαντικά .Δεν αναφέρουν απώλειες και συνήθως δεν έχουν διαιτητικούς περιωρισμούς.Το 33% των ασθενών λαμβάνουν μχ σουλφασαλαζίνη και 8% στεροειδή λόγω ορθίτιδος και πρωκτίτιδος [43].

Oi Paoluzi et al.,[44],αναφέρουν επιτυχές αποτέλεσμα σε ποσοστό 62%,μερική αποτυχία σε ποσοστό 26% και πλήρη αποτυχία σε ποσοτό 12% ,σε χρονικό διάστημα 9,5 ετών. Κατά τους ιδίους συγγραφείς η πιθανότητα αναπτύξεως καρκίνου ανήλθε στο 1,3%.Ο κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου στο ορθικό κολόβωμα είναι ένα σημαντικό πρόβλημα και απαιτεί συχνή παρακολούθηση και βιοψία.

Σημαντικό κέρδος από την εν λόγω εγχείρηση είναι ότι σε περίπτωση αποτυχίας ,μπορεί να εφαρμοσθεί οποιαδήποτε εναλλακτική λύση

**4.Ολική κολεκτομή και ειλεοδακτυλική αναστόμωση με παρεμβολή ειλεικού θυλάκου.**

Η ολική κολεκτομή και αποκατάσταση της συνεχείας του πεπτικού με ειλεοδακτυλική αναστόμωση χωρίς την παρεμβολή λυκήθου ,που περιγράφη για πρώτη φορά από τους Nissen το 1933 [45] ,Ravich & Sabinston ,το 1947,[46],δεν έτυχε αποδοχής λόγω των κακών λειτουργικών αποτελεσμάτων ,[μεγάλος αριθμός κενώσεων ,έπειξη –τεινεσμος,ακράτεια ,κακή ποιότητα ζωής ],που απεδόθησαν κυρίως στην έλλειψη της λειτουργίας του reservoir.

To 1968 για πρώτη φορά ο Kock έκανε το πρώτο πυελικό pouch [Hulten L.,unpublished data],με όχι ικανοποιητικά αποτελέσματα.Έκτοτε εισήχθησαν διάφορες τεχνικές τόσον για την κατασκευή του ειλεικού θυλάκου [S,J,W pouch] όσον και στον χειρισμό του βλεννογόνου [ αφαίρεση ,ή αναστόμωση με stapler][47,48].

Η ολική πρωκτοκολεκτομή και ειλεοπρωκτική αναστόμωση με παρεμβολή ειλεϊκού θυλάκου,θεωρείται σήμερα σαν η επέμβαση εκλογής για τους περισσότερους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα.

[Level of evidence III,Grade of recommendation :A]

Η εγχείρηση συνίσταται σε κινητοποίηση και εκτομή ολοκλήρου του παχέος εντέρου και του ορθού ,διατήρηση του δακτυλίου και ειλεοπρωκτική αναστόμωση με παρεμβολή ειλεϊκού θυλάκου τύπου J, S , W,μετά από εκτομή του πρωκτικού βλεννογόνου και hand made αναστόμωση ή χωρίς βλεννογονεκτομή και stapled αναστόμωση,με προσθήκη ή όχι προφυλακτικής ειλεοστομίας αγκύλης.

**Η βλεννογονεκτομή ή η διατήρηση του μεταβατικού επιθηλίου** σε ειλεοπρωκτικές αναστομώσεις αποτελεί αμφιλεγόμενο σημείο.

Τα πιθανά πλεονεκτήματα της διατηρήσεως του μεταβατικού επιθηλίου είναι η τεχνική ευκολία και ο μικρότερος εγχειρητικός χρόνος,μικρότερη τάση στην αναστόμωση,μικρότερη πιθανότητα βλάβης τοιυ σφιγκτήρος και καλύτερα λειτουργικά αποτελέσματα,λόγω διατηρήσεως της αισθητικότητος του βλεννογόνου.Ενώ τα πιθανά μειονεκτήματα είναι η φλεγμονή του εναπομείναντος βλεννογόνου [cuffitis] και η πιθανότητα αναπτύξεως καρκινώματος στην περιαναστομωτική ζώνη.[49,50].

Τρείς προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες απέτυχαν να αναδείξουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές τόσο σε οτι αφορά τις μετεγχειρητικές επιπλοκές ,όσο και στα λειτουργικά αποτελέσματα [51-53].

Στον παραμένοντα βλεννογόνο παρετηρήθη ελαφρά έως μέσης βαρύτητος φλεγμονή σε ποσοστό 33% και βαρειά φλεγμονή σε ποσοστό 2%,με αντίστοιχα ιστολογικά αποτελέσματα σε ποσοστό 76% και 5% αντιστοίχως .Συμπτωματική φλεγμονή [cuffitis] με τεινεσμό ,πόνο και αιμορραγία παρετηρήθη σε ποσοστό 15% [49].

Η παρουσία **δυσπλασίας** σε παρασκευάσματα βλεννογονεκτομής σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα διαρκείας μεγαλυτέρας των 10 ετών υπολογίζεται σε ποσοστό 7,5%. Ενώ σε δακτυλίους μετά από αναστόμωση με συρραπτικά δεν παρετηρήθηκε [54]. Μετά την χειρουργική της κολίτιδος ,φαίνεται ότι σε μεγαλύτερο κίνδυνο αναπτύξεως κακοήθους εξαλλαγής ευρίσκονται οι ασθενείς με δυσπλασία ή καρκίνωμα στο παρασκεύασμα της πρωκτοκολεκτομής.

Σε μια προσπάθεια να αναδείξουν τον κίνδυνο αναπτύξεως δυσπλασίας και την εξέλιξή της ,οι O’Riordain ,Fazio και συν.,[55],μελέτησαν με επανειλημένες βιοψίες 210 ασθενείς με ειλεοδακτυλική αναστόμωση με διατήρηση του μεταβατικού επιθηλίου και παρακολούθηση από 60-124 μήνες.Διαπιστώθηκε δυσπλασία σε 7 ασθενείς [ποσοστό 3,3%],εκ των οποίων βαρειά δυσπλασία σε 1 περίπτωση [ποσοστό 0,47%].Καρκίνος δεν ανευρέθη . Η δυσπλασία αναπτύσεται συνήθως εντός των πρώτων 2-3 ετών από της εγχειρήσεως και μπορεί να εξαφανισθεί σε επανειλημένες βιοψίες.Οι συγγραφείς καταλλήγουν στο συμπέρασμα ότι η διατήρηση της μεταβατικής ζώνης του επιθηλίου του πρωκτού δεν οδηγεί στην ανάπτυξη καρκίνου μετά 5-10 έτη παρακολουθήσεως.Συνιστούν μακροχρονη παρακολούθηση με επανειλημένες βιοψίες.

Οι Thompson-Fawcett et al.,[56], σε 113 ασθενείς με μέσο χρόνο παρακολουθήσεως 2,5 έτη ,με βιοψίες και κυτταρομετρία ροής δεν ανέδειξαν καμμία περίπτωση δυσπλασίας και 1 μόνον περιπτώση ανευπλοειδισμού [ποσοστό 0,8%].

Ελάχιστες εξ άλλου είναι οι περιπτώσεις που αναφέρονται στην διεθνή βιβλιογραφία αναπτύξεως καρκίνου σε λυκήθους [57-62] .Σε πεντε από τις ανευρεθείσες 6 περιπτώσεις καρκινώματος στην λύκηθο είχε προηγηθεί βλεννογονεκτομή,και σε μια περίπτωση η αναστόμωση έγινε με αναστομωτήρα.

Συνεπώς τόσο η βλεννογονεκτομή ,όσο και η διατήρηση του μεταβατικού επιθηλίου [stapled αναστομώσεις]είναι εξ ίσου αποδεκτές .[Level of evidence II,Grade of recommendation A].

Όσον αφορά **στο είδος της ειλεϊκής λυκήθου** φαίνεται οτι η επιλογή του είναι θέμα προσωπικής μάλλον προτιμήσεως και οχι στατιστικώς σημαντικής διαφοράς της λειτουργικότητος των διαφόρων τύπων ειλεϊκών θυλάκων.[Level of evidence II,Grade of recommendation: B]

Διάφορες μελέτες έδειξαν βελτιωμένη λειτουργία σαν αποτέλεσμα του σχεδιασμού της λυκήθου [65-68],χωρίς όμως άλλες μελέτες να επιβεβαιώνουν τα προαναφερθέντα αποτελέσματα [63,73].

Παράγοντες όπως το μέγεθος της πυέλου,η κινητικότητα του λεπτού εντέρου ,η ενδοτικότητα,η φλεγμονή της λυκήθου,η εμπειρία του χειρουργού με τη συγκεκριμένη εγχείρηση το είδος της αναστομώσεως της λυκήθου με τον δακτύλιο,η προσωπικότητα του ασθενούς και οι προσδοκίες του,η εξέλιξη της νόσου και η παρουσία πυελικής σήψεως επηρεάζουν την λειτουργικότητα της λυκήθου [65,69-73].

Κατά τους Hewett et al.,[74],αν και ο αριθμός των κενώσεων είναι μεγαλύτερος στους ασθενείς με J-pouch [ρ<0,044],δεν διαπιστώθηκε διαφορά στον αριθμό των κενώσεων κατά την διάρκεια της νύκτας.Επίσης δεν διαπιστώθηκε διαφορά στην εγκράτεια.Αντιδιαρροικά σκευάσματα έλάμβανε το 45,71% των ασθενων με w-pouch , έναντι 19,23% των ασθενων με J-pouch [p =0,008].Σεξουαλική δυσλειτουργία παρετηρήθη σε μικρά ποσοστά σε άρρενες ασθενείς και δυσπαρεύνια στο 9,1% των σεξουαλικά ενεργών γυναικών .Δεν διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των τύπων λυκήθου.Λυκηθίτιδα παρετηρήθη σε ποσοστό 35,8% σε ασθενείς με J –pouch και σε ποσοστό 5,7% σε W-pouch [p=0,001],γεγονός που υποστηρίζεται και από τους Sagar & Taylor , [75], αν και στο παρελθον δεν είχε διαπιστωθεί στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφόρων τύπων λυκήθου σε ότι αφορά την λυκηθίτιδα [ 65].Οι Johnston et al., και Keighley et al.,[76,77],σε προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες δεν ανέδειξαν στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των θυλάκων J και W ,σε οτι αφορά τα λειτουργικά αποτελέσματα.

Η ολική κολεκτομή και ειλεοπρωκτική αναστόμωση με παρεμβολή ειλεικού θυλάκου σε ένα χρόνο,**χωρίς προφυλακτική ειλεοστομία,**εφαρμόζεται σε ποσοστό μικρότερο του 10% των ασθενών,δεδομένου ότι το ποσοστό των μετεγχειρητικών επιπλοκών αυξανεται ,κυρίως οι σηπτικές επιπλοκές [πυελική σήψη ,διαφυγές ,συρίγγια],που αποτελούν αιτία αποτυχίας και εξαιρέσεως του ειλεικού θυλάκου σε ποσοστό 10%.[17]

Οι Sugermann et al., [78],αναφέρουν συχνότητα αναστομωτικών διαφυγών σε ποσοστό 12%,σε ασθενείς με ειλεοπρωκτική αναστόμωση χωρίς προφυλακτική ειλεοστομία,ενώ δεν διαπιστώνουν διαφορετικό ποσοστό διαφυγών σε ασθενείς σε υψηλές δόσεις στεροειδών ,ούτε διαφορά στα απώτερα λειτουργικά αποτελέσματα σε ασθενείς με διαφυγή και σε ασθενείς χωρίς διαφυγή.Οι Cohen et al.,[19] παρατηρούν οτι το ποσοστο διαφυγών από την αναστόμωση ηταν αυξημένο σε ασθενείς που ελάμβαναν στεροειδή.Ενώ άλλοι συγγραφείς [20], τονίζουν ότι το ποσοστό των επικινδύνων για την ζωή μχ επιπλοκών είναι αυξημένο στους ασθενείς χωρίς προφυλακτική ειλεοστομία.Η επείγουσα εγχείρηση,η κακή θρεψη ,η υψηλή δόση στεροειδών και η τεχνικώς μη ικανοποιητική αναστόμωση είναι παράγοντες που επιβάλλουν την δημιουργία προφυλακτικής ειλεοστομίας.Το ποσοστό εξ άλλου της αποτυχίας του θυλάκου 3,5,και 10 έτη μετά την κατασκευή του ,σε ασθενείς με σηπτικές επιπλοκές ήταν 20,31 και 39% αντιστοίχως.[Heuschen et al., [79].Tα ως άνω αποτελέσματα υποδηλούν οτι χρειάζεται μεγάλη προσοχή οταν κανείς προχωρεί σε εγχειρήσεις πυελικού θυλάκου χωρίς προφυλακτική ειλεοστομία.

Επομένως η προφυλακτική ειλεοστομία μπορεί να παραληφθεί σε ωρισμένες περιπτώσεις ,που η αναστόμωση είναι ακεραια ,χωρίς τάση,και τεχνικές δυσκολίες,η εγχείρηση ανεπίπλοκος ,χωρίς αιμορραγία και ο ασθενής δεν λαμβάνει μεγάλες δόσεις κορτικοστεροειδών.[Level of evidence III,Grade of recommendation : B].[79,80,81,82].

Η εφαρμογή της ειλεοπρωκτικής αναστομώσεως με παρεμβολή ειλεικού θυλάκου,κατά τους Farouk και συν., [83],σε **ηλικιωμένους** ασθενείς,έχει κατώτερα λειτουργικά αποτελέσματα.Αντιθέτως οι Tan και συν.,[84],δεν διαπίστωσαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές τόσο σε οτι αφορά τις άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές [πυελική σήψη,αναστομωτική διαφυγή ,ή συρίγγια],όσο και τα απώτερα λειτουργικά αποτελέσματα.Συνεπώς η ηλικία των ασθενών δεν αποτελεί απόλυτη αντένδειξη για ειλεοπρωκτική αναστόμωση ,εφ όσον είναι σε καλή κλινική κατάσταση και έχουν ικανοποιητική λειτουργία των σφιγκτήρων.

Η παρουσία δυσπλασίας ή κακοήθειας ,αποτελεί σπάνια σχετικώς αιτία χειρουργικής επεμβάσεως [2% του συνόλου των περιπτώσεων,[1].Η επιλογή της επεμβάσεως εν προκειμένω γίνεται και επι τη βάσει ογκολογικών κριτηρίων.Στους περισσότερους ασθενείς με καρκίνωμα ή δυσπλασία ,ή DALM [Dysplasia associated Lession or Mass],η ειλεοπρωκτική αναστόμωση είναι αποδεκτή ,με την προϋπόθεση οτι ο όγκος δεν εντοπίζεται στο ορθό.Αμφιλεγόμενη είναι η ανάγκη βλεννογονεκτομής ,δεδομένου οτι έχουν περιγραφεί περιπτώσεις ανάπτυξης καρκινώματος στον θύλακο ή στην αναστόμωση ανεξαρτήτως του είδους της αναστομώσεως.[55,85,86].

Οι Radice και συν., [84],επί 77 ασθενών με ελκώδη κολίτιδα ή FAP και καρκίνο του παχέος εντέρου ή του ορθού,από 1616 ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε ειλεοπρωκτική αναστόμωση με παρεμβολή ειλεικού θυλάκου,έδειξαν οτι 15% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία είχαν ανάγκη διακοπής ή ελαττώσεως της δόσης,λόγω επιπλοκών τηs χημειοθεραπείας .Τα λειτουργικά αποτελέσματα των ασθενών με pouch και καρκίνο δεν διέφεραν εκείνων χωρίς καρκίνο και pouch.Η πιθανότητα αποτυχίας του θυλάκου είναι διπλάσια σε ασθενείς με καρκίνο ,έναντι των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα χωρίς ανάπτυξη καρκίνου ,[16% έναντι 7%].Τα ογκολογικά αποτελέσματα τόσον ως προς την επιβίωση,όσο και ως προς την υποτροπή ,δεν διαφέρουν στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και καρκίνο από εκείνους με καρκίνο χωρίς ελκώδη κολίτιδα,υπό την προϋπόθεση οτι τηρούνται βασικές αρχές της ογκολογίας.

Η ειλεοδακτυλική αναστόμωση με παρεμβολή ειλεικού θυλάκου ,παρά την πολυπλοκότητά της έχει πολύ χαμηλή θνητότητα[<1%][65,88-90],αλλά αρκετά υψηλή νοσηρότητα,που κυμαίνεται από 20-50% ,που περιλαμβάνει άμεσες και απώτερες επιπλοκές.[91,92].Η πυελική σήψη [5-20%][92],η εντερική απόφραξη [5-20%]η στένωση της αναστομώσεως[37%][93] και συρίγγια μεταξύ θυλάκου και κόλπου [ποσοστό 7,5%][94],είναι οι σημαντικώτερες επιπλοκές κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο.Θα πρέπει να τονισθεί οτι τα ποσοστά αυτά ελατούνται με την αύξηση της εμπειρίας.

H πλειονότητα των ασθενών με ειλεοπρωκτική αναστόμωση με παρεμβολή ειλεϊκής ληκύθου έχουν σε γενικές γραμμές μια καλή ποιότητα ζωής ,με ικανή εγκράτεια και με συχνότητα κενώσεων 4-6 ημερησίως.Εν τούτοις οι απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι συχνές και η λειτουργία του εντέρου ποτέ δεν είναι απολύτως φυσιολογική.Ως αποτυχία της ληκύθου χαρακτηρίζεται όταν η λήκυθος πρέπει να αφαιρεθεί ,ή όταν μια μόνιμη ειλεοστομία είναι απαραίτητος ακόμη και χωρίς να εξαιρεθεί η λήκυθος.

Oι απώτερες επιπλοκές της ειλεοπρωκτικής αναστομώσεως με παρεμβολή ειλεικού θυλάκου είναι:

Αποφρακτικός ειλεός λεπτού εντέρου [στο 23% των περιπτώσεων]

Επιπλοκές που σχετίζονται με τον ειλεικό θύλακο:

Στένωση της αναστομώσεως [10%]

Συρίγγια [7-10%]

Λυκηθίτις[Pouchitis][7-40%]

Αποτυχία της λυκήθου [3,5-13%]

Δυσπλασία

Καρκίνος

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙA

1.Hurst RD,Finco C,Rubin M,Michelassi F: Prospective analysis of perioperative morbidity in one hundred consecutive colectomies for ulcerative colitis.Surgery 1995,118:748-754.

2. Truelove SC,Witts LF:Cortizone in ulcerative colitis:final report on a therapeutic trial .BMJ 1955,2:1041-8.

3.Hanauer SB:Inflammatory bowel disease.N.Engl.J Med,1996,334:841-8.

4.Present DH : Toxic megacolon .Med Clin North Am ,1993,77:1129-48.

5.Caprilli R,Latella G,Vernia P,Frieri G :Multiple organ dysfunction in ulcerative colitis.Am J Gastroenterol ,2000,95:1258-62.

6.Gurundu SR,Griffel LH,Gialanell RJ et al:Cyclosporin therapy in inflammatory bowel disease :short term and long term results.J Clin Gastroenterol 1999,29:151-154.

7.Travis SP,Farrant JM,Ricketts C et al.,:Predicting outcome in severe ulcerative colitis.Gut 1996,38:905-10.

8.Latella G,Viscido A,Frieri G et al:GI distension in severe ulcerative colitis.Am J Gastroenterol,2002,97:1169-75.

9.Faubion WA Jr,Loftus EV,Harmsen WS,Zinsmeister AR,Sandborn WJ :The natural history of corticosteroid therapy for inflammatory bowel disease:a population –based study.Gastroenterology,2001,121:255-260.

10.Lindgren SC,Flood LM,Kilander AF,Loftberg R,Person TB,Sjodahl RI : Early predictors of glucocorticosteroid treatment failure in severe and moderately severe attacs of ulcerative colitis.European J Gastroenterology and hepatology,1998,10:831-835.

11.Blackstone MO,Radial RH,Rogers BHG et al: Dysplasia associated lesion or mass [DALM] detected by colonoscopy in long-standing ulcerative colitis :an indication for colectomy.Gastroenterology 1981,80:1575-1581.

12.Bernstein CN,Shanahan F,Weinstein WM :Are we telling patients the truth about surveillance colonoscopy in ulcerative colitis ?Lancet 1994,343:71-4.

13.Connell WR,Lennard-Jones JE,Williams CB ,Talbot IC,Price AB,Wilkinson KH:Factors affecting the outcome of endoscopic surveillance for cancer in ulcerative colitis.Gastroenterology,1994,107:934-44.

14.Gumaste V,Sachar DB,Greenstein AJ:Benign and malignant strictures in ulcerative colitis.Gut,1992,33:938-41.

15.Reiser JR,Waye JD,Janowitz HD,Harpaz N:Adenocarcinoma in strictures of ulcerative colitis without antecedent dysplasia by colonoscopy.Am J Gastroenterol 1994,89:119-22.

16.Wojdemann M,Weltergren A,Harvigsen A et al:Closure of rectal stump after colectomy for acute colitis.Int J Colorectal Dis 1995,10:197-9.

17.Heuschen UA,Heuschen G,Autschbach F,Allemeyer EH,Herfarth :Adenocarcinoma in the ileal pouch :late risk of cancer after restorative proctocolectomy.Int J Colorectal Dis 2001,16:126-130.

18.Sugerman HJ,Sugerman EI,Meador JG,Newsome HH Jr,Kellum JM Jr,DeMaria EJ:Ileal pouch anal anastomosis without ileal diversion.Ann Surg ,2000,232:530-41.

19.Cohen Z,McLeod RS,Stephen W,Stern HS,O’Connor B,Reznick R:Continuing evolution of the pelvic pouch procedure.Ann Surg,1992,216:506-11.

20.Williamson ME,Lewis WG,Sagar PM,Holdsworth PJ,Johnston D:One –stage restorative proctocolectomy without temporary ileostomy for ulcerative colitis.Dis Colon Rectum,1997,40:1019-22.

21. Hulten L :Proctocolectomy and ileostomy to pouch surgery for ulcerative colitis.World J Surg 1998,22:335-341.

22.McLeod RS,Baxter NN:Quality of life of patients with inflammatory bowel disease after surgery.World J Surg 1998,22:375-81.

23.Fazio VW,Tekkis PP,Remzi F et al:Quantification of risk for pouch failure after ileal pouch anal anastomosis surgery.Ann Surg 2003,238:605-14.

23.Fazio VW,Tekkis PP,Remzi F et al:Quantification of risk for pouch failure after ileal pouch anal anastomosis surgery.Ann Surg 2003,238:605-14.

24.Camillieri-Brennan J,Munro A,Steele RJ:Does an ileoanal pouch offer a better quality of life than a permanent ileostomy for patients with ulcerative colitis?J Gastrointest Surg ,2003,7:814-9.

25.Carlstedt,A.,Fasth S,Hulten L,Nordgren S,Palselius I :Long term ileostomy complications in patients with ulcerative colitis and Crohn’s disease.Int J Colorectal Dis 1987,2:22.

26.Oresland T,Palmblad S,Ellstrom M,Berndtsson I,Crona N,Hulten L : GynaecologicaI and sexual function related to anatomical changes ίη the female pelvis after restorative proctocolectomy. ΙηΙ J. Colorectal Dis. 9:77, 1994

27. Hulten L :Proctocolectomy and ileostomy to pouch surgery for ulcerative colitis.World J Surg 1998,22:335-341.

28. Dozois, R.R., Kelly, ΚΑ, Beart, R.W., Beahrs, Ο.Η.: Improved

resuIts with continent ileostomy. Απη. Surg. 1980,192:319.

29. Gerber, Α, Αpt, Μ.Κ, Craig, Ρ.Η.: The Kock continent iIeostomy.

Surg. Gynaecol. ObsteΙ ,1983,156:345.

30. Fasth, S., Scaglia, Μ., Nordgren, S., όreslaηd, Τ., HuIten, L.: Resto­ ration of intestinal continuity (pelvic pouch) after previous proctoco­ lectomy with distaI mucosaI proctectomy. ΙηΙ J. Colorectal Dis.1986, 1:256.

31. Ecker KW,Hildebrandt M,Haberer M,Feifel G:Biomechanical stabilization of the nipple valve in continent ileostomy.Br J Surg 1996,83:1582.

32.Hulten, L., Fasth, S.: Loop ileosotomy for protection of the newly

constructed iIeostomy reserνoir. Br. J. Surg.1981, 68:11.

33.Kock NG,Brevinge H,Philipson BM,Ojerskog B:Continent ileostomy .The present technique and long term results.Ann Chir Gynaecol 1986,75:63-70.

34.Lepisto AH,Jarvinen HJ:Durability of Kock continent ileostomy.Dis Colon Rectum 2003,46:925-928.

35.Moskowitz, R.L., Shepard, N.L., Nicholls, R.J.: Απ assessment of inflammation ίη the reserνoir after restorative proctocolectomy with iIeoanaI ileal reserνoir. ΙηΙ. J. Colorectal Dis.1986, 1:167.

36. Kock, N.G.: The use of surgically created reserνoirs. WorId J. Surg.1987,11:687.

37.Zuccaro, G., Fazio, W., Church, J., Lavery, 1., Ruderman, W., Farmer,

R.: Pouch iIeitis. Dig. Dis. Sci.1989, 34:1505.

38.Veress, Β., ReinhoIt, F.P., Lindquist, Κ, Lδfberg, R., Liljeqvist, L.: Long-term histomorphological surνeiIIance of the pelvic ileal pouch: dyspIasia develops ίη a subgroup of patients. Gastroenterology,1995, *109:* 1090.

39. Cox, C.L., Butts, D.R., Roberts, Μ.Ρ., Wessels, R.A, Bailey, H.R.: DeveIopment of invasive adenocarcinoma ίη a Iongstanding Kock continent ileostomy. Dis. Colon Rectum,1997, *40:500.*

40. Nilsson, L-o., Kock, N.G., Kylberg, Ε, Myrνold, Η.: Sexual adjust­ment ίη iIeostomy patients before and after conversion Ιο continent ileostomy. Dis. CoIon Rectum ,1981,24:257.

41.Kohler, L.W., Pemberton, J.H., Zinsmeister, AR., KeIIy, ΚΑ: Qual­ίty of lίfe after proctocolectomy: a comparison of Brooke ίIeostomy, Kock pouch, and ileal pouch-anal anastomosis. Gastroenterology,1991, *101:679.*

42. Aylett SO : Diffuse chronic ulcerative colitis and its treatment by ileorectal anastomosis.Ann R Coll Surg Engl 1960,27:260.

43.Lavery Ian :The role of ileorectal anastomosis.In Colorectal Disease symposium ,ed.Cleveland Clinic Florida, 2001.

44.Paoluzi OA,Di Paolo MC,Ricci F,Pasquali C,Iacucci M,Paoluzi P : Ileorectal anastomosis in ulcerative colitis :results of a long follow n-up study. Ital J Gastroenterol 1994, 27:196-197.

45.Nissen, R.: Sitzungsberichte aus chirurgischen Gesellshaften. Zen­

tralbl. Chir,1933, 15:888.

46.Ravitch, Μ.Μ., Sabiston, D.C.: Aπal ileostomy with preserνation of the sphincter. Surg. Gynecol. Obstet,1947, 84:1095.

47.Utsonomiya, Ι., Iwama, Τ., Imajo, Μ., Matsuo, S., Sawai, S., Yaegashi,Κ, Hirayama, R.: Total coIectomy, mucosal proctectomy, and ileoanal anastomosis. Dis. Colon Rectum,1980, 23:459.

48.Nicholls, R.J., Lubowski, D.Z.: Restorative proctocolectomy: the four lοορ (W) reserνoir. Br. J. Surg.1987, 74:567.

49.Lavery IC,Sirimarco MT,Ziv Y,Fazio VW:Anal canal inflammation after ileal pouch-anal anastomosis :the need for treatment.Dis Colon Rectum,1995,38:803-6.

50.Shen B,Lashner BA,Bennett AE et al:Treatment of rectal cuff inflammation [cuffitis] in patients with ulcerative colitis following restorative proctocolectomy and ileal pouch-anal anastomosis.Am J gastroenterol ,2004,99:1527-31.

51.Seow-choen A,Tsunoda A,Nicholls RJ :Prospective randomized trial comparing anal function after handsewn ileoanal anastomosis versus stapled ileoanal anastomosis without mucosectomy in restorative proctocolectomy.Br J Surg,1991,78:430-4.

52.Luukkonen P,Jarvinen H:Stapled versus hand sutured ileoanal anastomosis in restorative proctocolectomy:a prospective randomized trial.Arch Surg ,1993,128:437-40.

53.Reilly WT,Pemberton JH,Wolf BG et al: Randomized prospective trial comparing ileal pouch-anal anastomosis performed by excising the anal mucosa to ileal pouch –anal anastomosis.Ann Surg 1997,225:666-76.

54. Mortensen N :Mucosectomy:Meddlesome or mandatory.In Colorectal Disease in 1999,Cleveland Clinic Florida edt ,1999.

55.O’Riordain MG,Fazio VW,Lavery IC,Remzi F,Fabbri N,Meneu J,Goldblum J,Petras RF:Incidence and natural history of displasia of the anal transiti zone after ileal pouch-anal anastomosis :results of five –year and ten –year follow –up.Dis Colon Rectum 2000,43:1660-1665.

56.Thompson –Fawcett MW,Rust NA,Warren BF,Mortensen NJ:Aneuploidy and columnar cuff surveillance after stapled ileal pouch-anal anastomosis in ulcerative colitis.Dis Colon Rectum 2000,43:408-413.

57. Stern H,Walfisch S,Mullen B,McLeod R ,Cohen Z:Cancer in an ileoanal reservoir :a new late complication? Gut 1990,31:473-475.

58. Puthu D,Rajan N,Ravikala R,Rao L,Venugopal P :Carcinoma of the rectal pouch following restorative proctocolectomy.Dis Colon Rectum,1992,35:257-260.

59. Rodriquez-Sanjuam JC,Polavieja MG,Naranjio A,Castillo J: Adenocarcinoma in an ileal pouch for ulcerative colitis.Dis Colon Rectum,1995,38:779-780.

60. Sequens R:Cancer in the anal canal [transitional zone] after restorative proctocolectomy with stapled ileal pouch anal anastomosis.Int J colorect Dis,1997,12:254-257.

61.Heuschen UA,Heuschen G,Autschbach F,Allemeyer EH,Herfarth :Adenocarcinoma in the ileal pouch :late risk of cancer after restorative proctocolectomy.Int J Colorectal Dis 2001,16:126-130.

62.Baratsis S,Hadjidimitriou F,Christodoulou M,Lariou Κ :Adenocarcinoma in the anal canal after ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis using a double stapling technique :report of a case. Dis Colon Rectum ,2002,45:687-691.

63. Hallgren T,Fasth S,Nordgreen S et al : Manuvolumetric characteristics and functional results in three different pelvic pouch designs.Int J Colorect Dis,1989,4:156-160.

64. Nicholls J,Bartolo D, Mortensen N, eds Restorative proctocolectomy.Oxford :Blackwell Scientific Publication ,1993:89-90.

65. Nicholls RJ:Restorative proctocolectomy with various types of reservoir.World J Surg 1987,11:751-762.

66. Nicholls RJ,Pezim ME:Restorative proctocolectomy with ileal reservoir for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis :A comparison of three reservoir designs.Br J Surg !985,72:470-474.

67. Sagar PM,Holdsworth PJ,Godwin PG et al:Comparison of triplicated [S] and quadruplicated [W] pelvic ileal reservoirs.Gastroenterology 1992,102:561-567.

68. Tuckson WB,Fazio VW:Functional comparison between double and triple ileal loop pouches.Dis Colon Rectum 1991,34:17-21.

69. Levitt MD,van der Sjip ,Kamm MA,Nicholls RJ:Prospective pouch and anal ambulatory motility to characterise good and bad function .Gut,1990,31:A1169.

70. Levitt MD,Kamm MA,Groom J,Hawley PR,Nicholls RJ :Illeoanal pouch compliance and motor function.Br J Surg,1992,79:126-128.

71. Johnston D,Holdsworth PJ,Nasmyth DG,et al:Preservation of the entire anal canal in conservative proctocolectomy for ulcerative colitis :a pilot study comparing end to end ileo-anal anastomosis without mucosal resection with mucosal proctectomy and endoanal anastomosis.Br J Surg,1987,74:1118-1121.

72. Fujita S,Kusunoki M,Shoji Y ,et al:Quality of life after total proctocolectomy and ileal J-pouch –anal anastomosis.Dis Colon Rectum ,1992,35:1030-1039.

73. Keighley MR,Winslet MC,Flinn R,Kmiot W :Multivariate analysis of factors influencing the results of restorative proctocolectomy.Br J Surg,1989,76:740-744.

74. Hewett PJ,Stitz R,Hewett MK :Comparison of the functional results of restorative proctocolectomy for ulcerative colitis between the J and W configuration ileal pouches with sutured ileoanal anastomosis.Dis Colon Rectum ,1995,38:567-572.

75. Sagar PM,Taylor BA: Pelvic ileal reservoirs :the options.Br J Surg,1994,81;325-332.

76.Johnston D,Williamson ME,Lewis WG,Miller AS,Sagar PM,Holdsworth PJ:Prospective controlled trial of duplicated [J] versus quadrupled [w]pelvic ileal reservoirs in restorative proctocolectomy for ulcerative colitis.Gut,1996,39:242-7.

77.Keighley MR,Yoshioka K,Kmiot W:Prospective randomized trial to compare the stapled double lumen pouch and the sutured quadruple pouch for restorative proctocolectomy.Br J Surg,1998,75:1008-11.

78.Sugerman HJ,Sugerman EI,Meador JG,Newsome HH Jr,Kellum JM Jr,DeMaria EJ:Ileal pouch anal anastomosis without ileal diversion.Ann Surg ,2000,232:530-41.

79.Heuschen UA,Allenmeyer EH,Hinz U,Lucas M,Herfarth C,Heuschen G:Outcome after septic complications in J pouch procedures.Br J Surg 2002,89:194-200.

80.Sugerman HJ,Sugerman EI,Meador JG,Newsome HH Jr,Kellum JM Jr,DeMaria EJ:Ileal pouch anal anastomosis without ileal diversion.Ann Surg ,2000,232:530-41.

81.Farouk R,Dozois RR,Pemberton JH,Larson D:Incidence and subsequent impact of pelvic abscess after ilael pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis.Dis Colon Rectum,1998,41:1239-43.

82. Mowschenson PM,Critchlow JF,Peppercorn Ma:Ileoanal pouch operation:long term outcome with or without ileostomy.Arch Surg 2000,135:463-5.

83.Farouk R,Pemberton J H,Wolf BG et al:Functional outcomes after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis.Ann Surg,2000,231:919-926.

84. Tan HT,Connoly AB,Morton D et al:Results of restorative proctocolectomy in the elderly.Int J colorectal Dis,1997,12:319-322.

85.Lauretti S,Ugolini F, D’Errico A,et al :Adenocarcinoma below ileoanal anastomosis for ulcerative colitis:report of a case and review of the literature.Dis Colon Rectum ,2002,45:418-421.

86.Sequens R:Cancer in the anal canal [transitional zone] after restorative proctocolectomy with stapled ileal pouch-anal anastomosis.Int J Colorectal Dis,1997,12:254-255.

87.Radice E,Nelson H,Devine RM et al:Ileal pouch-anal anastomosis in patients with colorectal cancer : long term functional and oncologic outcomes.Dis Colon Rectum,1998,41:11-17.

88.Pemperton JH,Kelly KA,Beart RW,Dozois RR,Wolff BG,Illstrup DM:Ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis.Long term results.Ann Surg ,1987,206:504-13.

89.Fazio VW,Ziv Y,Church JM et al:Ileal pouch-anal anastomosis complications and function in 1005 patients.Ann Surg 1995,222:120-7.

90.Meagher AP,Farouk R,D,Dozois RR et al.:J ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis :complications and long-term outcome in 1310 patients.Br J Surg,1998,85:800-3.

91.Wexner SD,Jensen L,Rothenberger DA,Wong WD :Long term functional analysis of the ileoanal reservoir.Dis Colon Rectum,1989,32: 275-81.

92.Keighley MRB,Grobler S,Bain I :An audit of restorative proctocolectomy.Gut 1993,34:680-4.

93.Galandiuk S,Scott NA,Dozois RR et al: Ileal pouch-anal anastomosis .Reoperation for pouch - related complications.Ann Surg 1990,212:446-454.

94.Wexner SD,Rothenberger DA ,Jensen L,et al: Ileal pouch-vaginal fistulas:incidence,aetiology and management.Dis Colon Rectum 1989,32:460-5.