**ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΩΣΗΣ- ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

**Μαρία Χατζηπέτρου, Χειρουργός, Επιμ. Α**

**Β΄ Χειρ. Κλινική**

**Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας**

Οι επιπλοκές της εκκολπωματικής νόσου αφορούν: α) την αιμορραγία και β) τη φλεγμονή (εκκολπωματίτιδα). Οι επιπλοκές της εκκολπωματίτιδας είναι το απόστημα, στένωση του εντέρου, η εντερική απόφραξη, τα συρίγγια και η περιτονίτιδα.

Η αιμορραγία από εκκολπώματα αποτελεί την πιο συχνή αιμορραγία του κατώτερου πεπτικού (17-40% των περιπτώσεων), είναι συνήθως ραγδαία, ανώδυνη και αυτοπεριοριζόμενη (στο 80%).

Οι κατευθυντήριες γραμμές γα την εκτίμηση και αντιμετώπιση της αιμορραγίας από εκκολπώματα είναι **1**:

* Για την εκτίμηση της αμορραγίας το κατώτερου πεπτικού η κολονοσκόπηση είναι ασφαλής και έχει υψηλή διαγωστική αξία ώστε να θεωρείται σαν αρχική εξέταση εκλογής (level of evidence, C).
* Σε ασθενείς με αιμορραγία κατώτερου πεπτικού η επείγουσα κολονοσκόπηση θεωρείται ασφαλής (level of evidence, B).
* Σε ασθενείς με συνεχιζόμενη αιμορραγία κατώτερου πεπτικού και μη διαγνωστκή κολονοσκόπηση, σπινθηρογραφικός έλεγχος με technetium-99m ή αγγειογραφία μπορεί να πραγματοποιηθεί (level of evidence, C).
* Ενδοσκοπική θεραπεία με έγχυση επινεφρίνης ή ηλεκτροκαυτηρίαση (level of evidence, B).
* Ασπιρίνη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSAIDs) συσχετίζονται με αιμορραγία από εκκολπώματα, γι’ αυτό αποφεύγονται σε ασθενείς με αυτή τη διάγνωση (level of evidence, C).

Ως εκκολπωματίτιδα ορίζεται η φλεγμονή ενός ή περισσοτέρων εκκολπωμάτων, η οποία συχνά συνοδεύεται από μικρο- ή μακροσκοπική διάτρηση.

Το 15-25% των περιπτώσεων εκκολπωματίτιδας καταλήγουν σε επιπλοκές που χρειάζονται χειρουργική αντιμετώπιση.

Η συμτωματολογία της επιπλεγμένης εκκολπωματίτιδας είναι δραματικότερη από εκείνη της μη επιπλεγμένης, αν και σε ασθενείς με συρίγγια τα συμπτώματα είναι αμβληχρά. Σε απόστημα και διάτρηση του εντέρου συνήθως παρουσιάζεται πυρετός και ταχυκαρδία. Ασθενείς με διάτρηση και γενικευμένη περιτονίτιδα, παρουσιάζουν γενικευμένο κοιλιακό άλγος και παραλυτικό ειλεό. Σε παραμελημένες καταστάσεις περιτονίτιδας μπορεί να επέλθει σηπτικό σοκ.

Εντερική απόφραξη από πάχυνση του τοιχώματος του σιγμοειδούς ή από πίεση από απόστημα, μπορεί να προκαλέσει κωλικοειδές άλγος, μετεωρισμό, δυσκοιλιότητα, έως επίσχεση αερίων/κοπράνων.

Από την κλινική εξέταση προκύπτουν

* Εντοπισμένη ευαισθησία με ή χωρίς ψηλαφητή μάζα ιδιαίτερα αριστερά (φλεγμαίνον κόλον/ απόστημα)
* Γενικευμένη ευαισθησία με ακούσια μυική αντίσταση και μείωση των εντερικών ήχων (διάχυτη περιτονίτιδα)
* Πνευματουρία (50-60%), αποβολή κοπράνων από τα ούρα, ή αποβολή ούρων από το ορθό (σπάνια) σε εντεροκυστικά συρίγγια

Δακτυλική εξέταση πρέπει να γίνεται σε όλους τους ασθενείς.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει:

* Οξεία σκωληκοειδίτιδα
* Φλεγμονώδης νόσος εντέρου (ν. Chron’s)
* Φλεγμονή πυέλου
* Έκτοπη κύηση
* Κυστίτιδα
* Καρκίνος ορθού-κόλου
* Λοιμώδης κολίτιδα

Ο απεικονιστικός έλεγχος για τη διάγνωση της εκκολπωματίτιδας και των επιπλοκών της είναι:

* Απλές ακτινογραφίες (διάτρηση/απόφραξη)
* Υπερηχογράφημα
* Αξονική τομογραφία (εξέταση εκλογής)
* **Ενδοσκοπικός έλεγχος ΑΝΤΕΝΔΕΙΚΝΥΤΑΙ στην οξεία φάση**

Στην αξονική τομογραφία κοιλίας, απεικονίζονται: εκκολπωμάτα, φλεγμονή του περικολικού λίπους και του μεσεντερίου, πάχυνση τοιχώματος εντέρου > 4mm, ή παρακείμενο παρακολικό ή ενδοπυελικό απόστημα. Η μέθοδος έχει ευαισθησία 93-93% και ειδικότητα 100%. Επιτρέπει την απεικόνιση της έκτασης της νόσου και αναδεικνύει άλλες παθολογικές καταστάσεις στην κάτω κοιλία που μπορεί να μιμούνται εκκολπωματίτιδα. Σε περιπτώσεις που δεν διαχωρίζεται εκκολπωματίτιδα από καρκίνωμα, άλλες εξετάσεις με σκιαγραφικό επιτρέπονται.

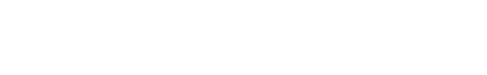
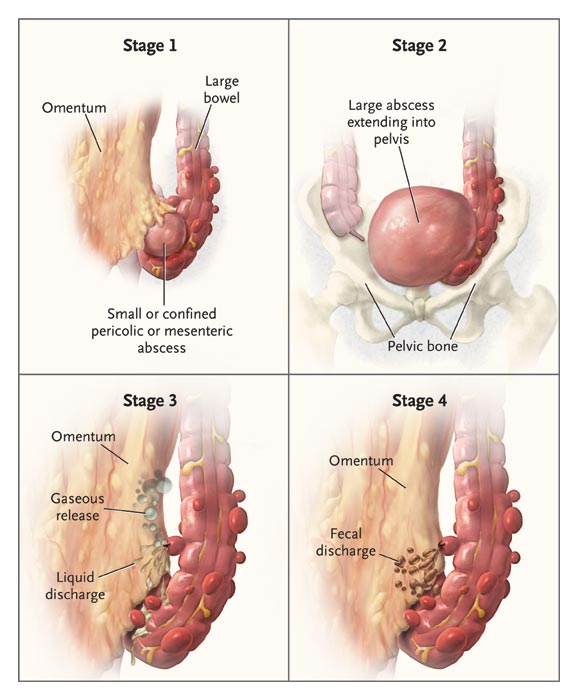
**ΤΑΞΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ HINCHEY 2 ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ**

**ΣΤΑΔΙΟ 1:** Απόστημα παρακολικά ή στο μεσεντέριο **<5%**

**ΣΤΑΔΙΟ 2:** Ενδοπυελικό απόστημα **<5%**

**ΣΤΑΔΙΟ 3:** Πυώδης περιτονίτιδα **13%**

**ΣΤΑΔΙΟ 4:** Κοπρανώδης περιτονίτιδα  **43%**



* Σε ασθενείς με παρακολικό απόστημα μεγαλύτερο των 4 cm (Hinchey stage 2), διαδερμική παρακέντηση υπό CT scan μπορεί να αποδειχθεί ωφέλιμη.
* Η διαδερμική παρακέντηση μπορεί να επιτρέψει προγραμματισμένη επέμβαση, αυξάνοντας τις πιθανότητες μιας επιτυχημένης ενός σταδίου αποκατάστασης του εντέρου

**ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ**

* Μη ανταπόκριση ή επιδείνωση παρά τη συντηρητική αγωγή
* Υποτροπιάζοντα επεισόδια
* Ειδικές επιπλοκές
  + Περιτονίτιδα από διάτρηση
  + Απόστημα
  + Συρίγγιο (ουροδόχο κύστη, κόλον, λεπτό έντερο, μήτρα, κόλπο, δέρμα
  + Εντερική απόφραξη
* Αδυναμία δ.δ από καρκίνωμα

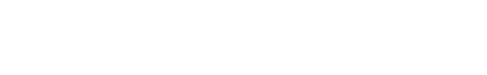
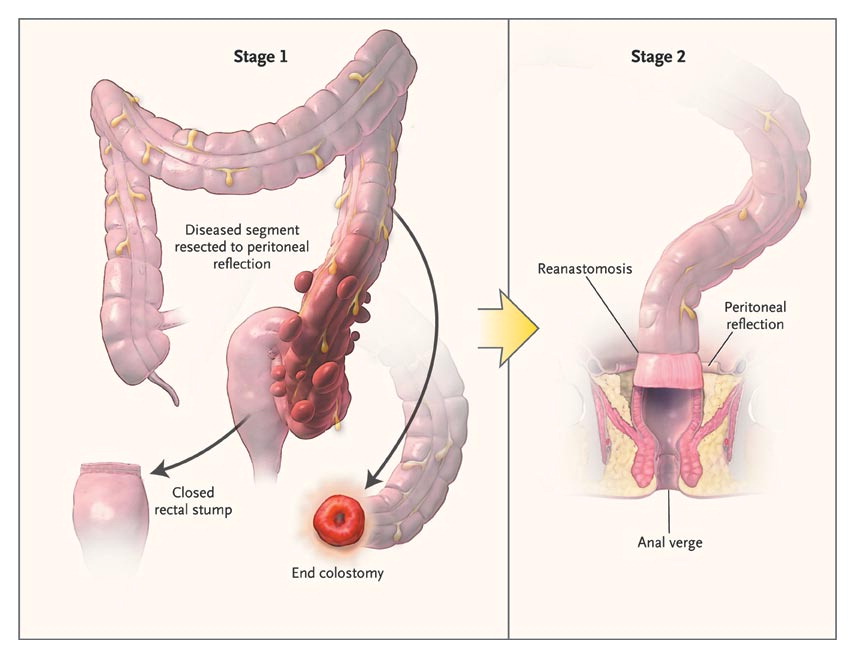
**Επείγουσα χειρουργική** αντιμετώπιση χρήζουν οι περιπτώσεις **σταδίου 3 και 4** κατά Hinchey.

Ασθενείς σε ανοσοκαταστολή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ρήξης του εντέρου, γι αυτό ο ουδός για την απόφαση για χειρουργική επέμβαση, πρέπει να είναι χαμηλότερος στις περιπτώσεις αυτές.

Χειρουργική επέμβαση δύο σταδίων για την εκκολπωματίτιδα:

Κατά την πρώτη επέμβαση αφαιρείται το πάσχον έντερο και εκτελείται κολοστομία, ενώ το περιφερικό κολόβωμα του εντέρου συρράπτεται (επέμβαση Hartmann's). Κατά την δεύτερη επέμβαση (σε δεύτερο χρόνο-3 μήνες μετά), αποκαθίσταται η συνέχεια του εντέρου. Τα όρια της εκτομής πρέπει να περιλαμβάνουν ολόκληρο το πάσχον σιγμοειδές κόλον, ενώ το περιφερικό άκρο πρέπει να εκτείνεται κάτω από την ανάκαμψη του περιτοναίου, στο ανώτερο ορθό, για να ελαττωθεί ο κίνδυνος υποτροπών. Η επέμβαση αυτή προτιμάται σε περιπτώσεις κοπρανώδους περιτονίτιδας και στις περισσότερες περιπτώσεις πυώδους περιτονίτιδας.

Εναλλακτική επέμβαση για την εντερεκτομή κατά Hartmann του πάσχοντος εντέρου, είναι η αναστόμωση σε πρώτο χρόνο και κεντρική προφυλατική κολοστομία ή ειλεοστομία. Προτιμάται όταν κρίνεται επισφαλής η αναστόμωση σε πρώτο χρόνο, αλλά δεν υπάρχει πυώδης ή κοπρανώδης περιτονίτιδα και δεν υπάρχει οίδημα του εντέρου. Με αυτή την τεχνική αποφεύγεται η δύσκολη τεχνικά δεύτερη επέμβαση για την αποκατάσταση του εντέρου, στην εντερεκτομή κατά Hartmann



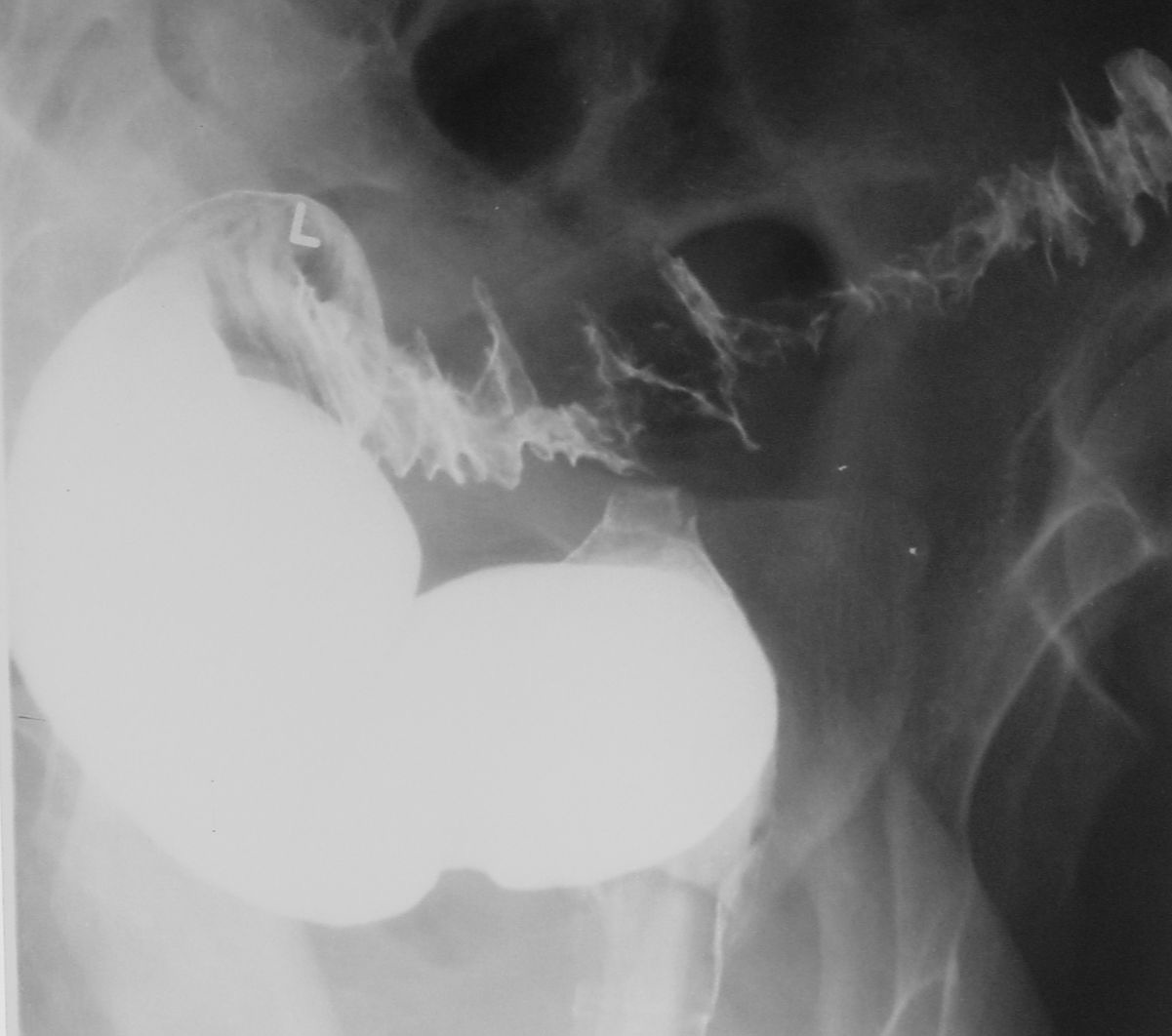
ΥΠΟΤΡΟΠΗ μετά χειρουργική επέμβαση: 12% σε περιπτώσεις ατελούς εκτομής του σιγμοειδούς, ενώ μόνο 6% , εάν η αναστόμωση έγινε στο εγγύς, (άνω τριτημόριο), τμήμα του ορθού.

Σε περιπτώσεις περιτονίτιδας άμεση έναρξη αντιβίωσης ή με μονοθεραπεία: imipenem/cilastin ή piperacillin/tazobactam, ή συνδυασμένη θεραπεία με: ampicillin, gentamicin, και metronidazole.

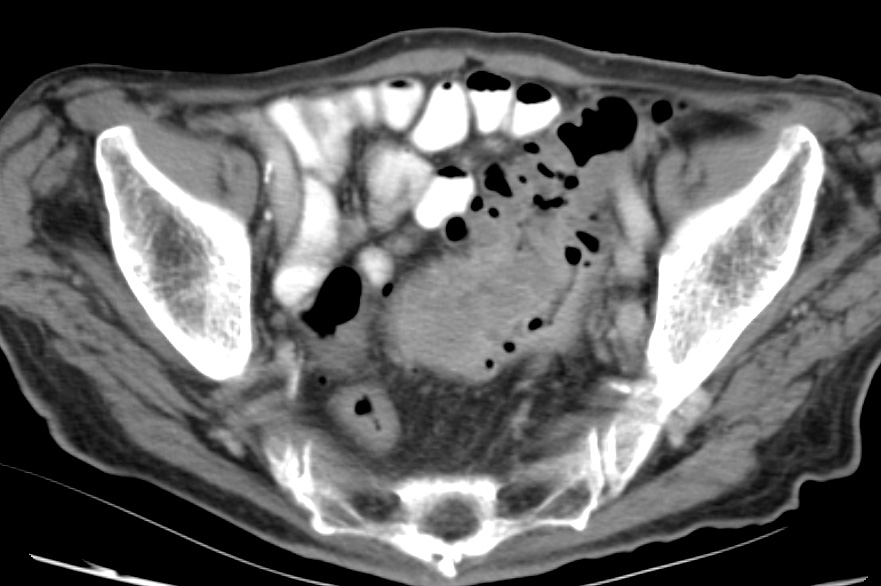
**ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ**

Σε περίπτωση εντερικής απόφραξης πρέπει πάντα να αποκλείεται η περίπτωση καρκινώματος. Ακόμα κι αν η βιοψία είναι αρνητική, πρέπει να γίνεται χειρουργική εκτομή, εάν η υπάρχει ισχυρή υποψία για καρκίνωμα.

**Στένωση σιγμοειδούς λόγω πάχυνσης του τοιχώματος του σιγμοειδούς**



**Εκκολπωμάτωση σε καρκίνωμα παχέος εντέρου (δύσκολη η δδ από εκκολπωματίτιδα)**



**ΣΥΡΙΓΓΙΑ ΑΠΟ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑ**

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

* Πνευματουρία, αποβολή κοπράνων στα ούρα, αποβολή ούρων στα κόπρανα
* Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις

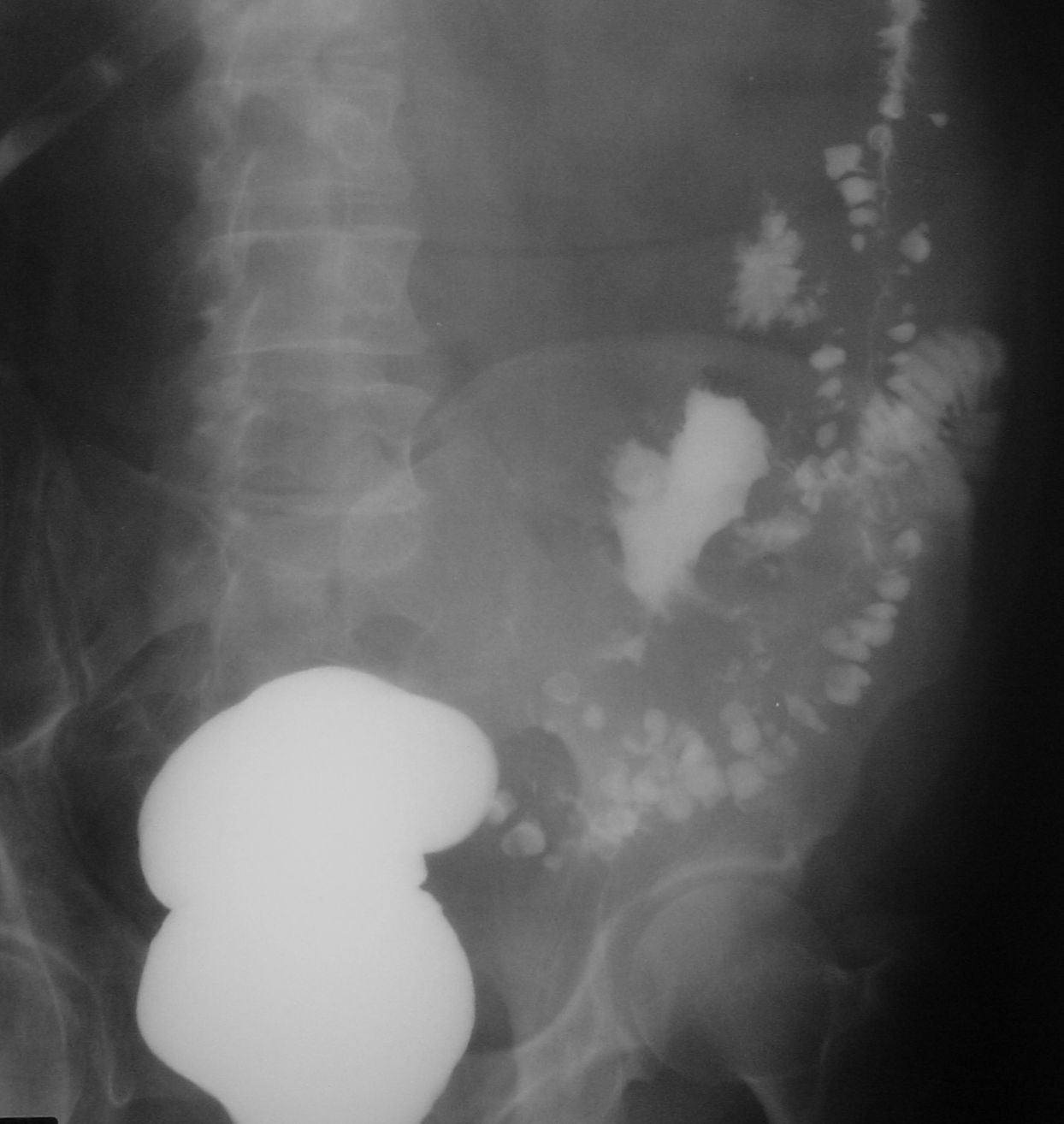
ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

* CT scan – αέρας στην κύστη
* Βαριούχος υποκλυσμός
* iv πυελογραφια
* Κυστεοσκόπηση
* Κολονοσκόπηση – δ.δ από νεοπλάσματα ή Ν. Crohn’s

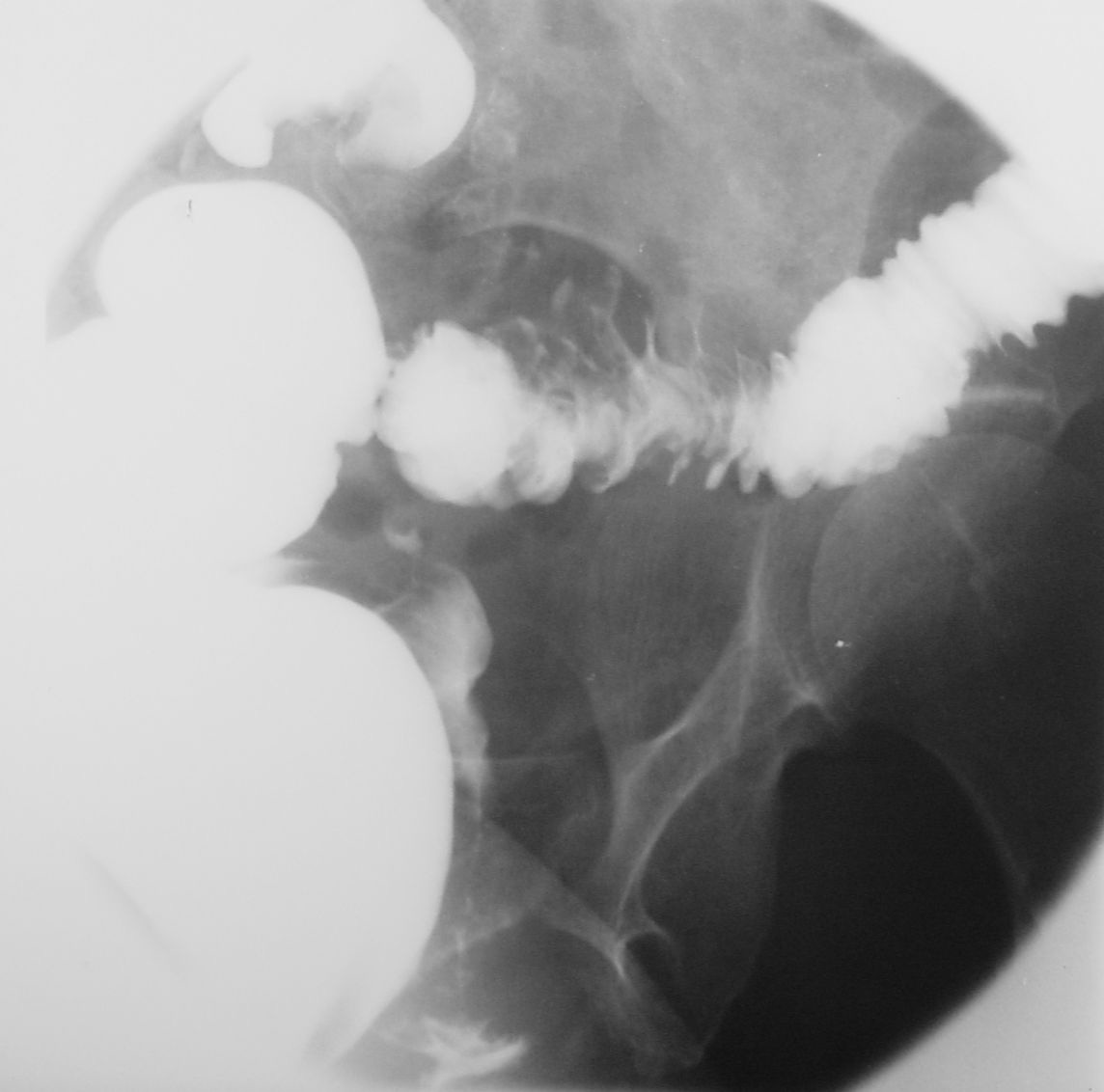
**Ορθοκυστικό συρίγγιο σε βαριούχο υποκλυσμό**



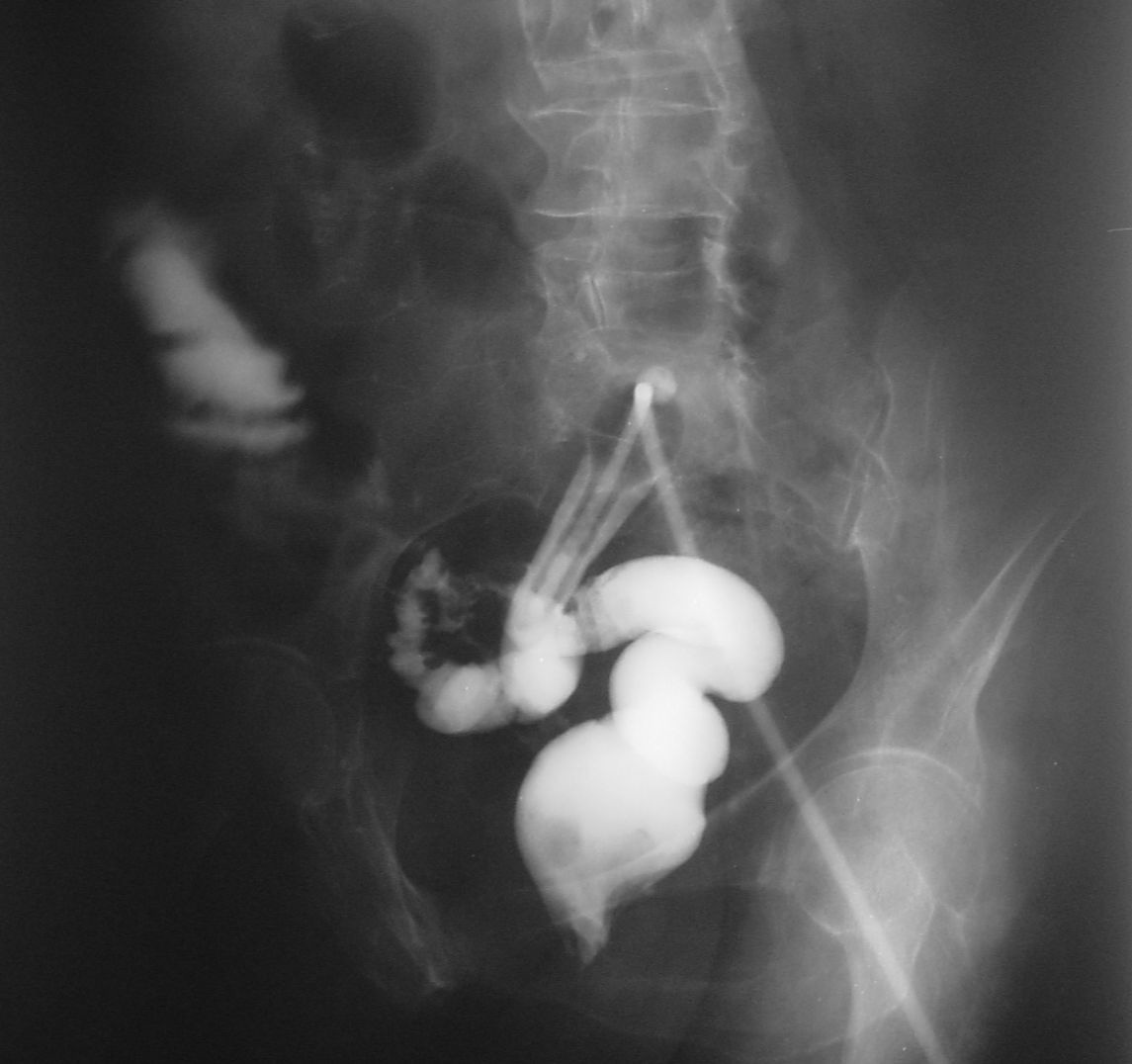
**Συρίγγιο κατιόντος κόλου-λεπτού εντέρου σε βαριούχο υποκλυσμό**



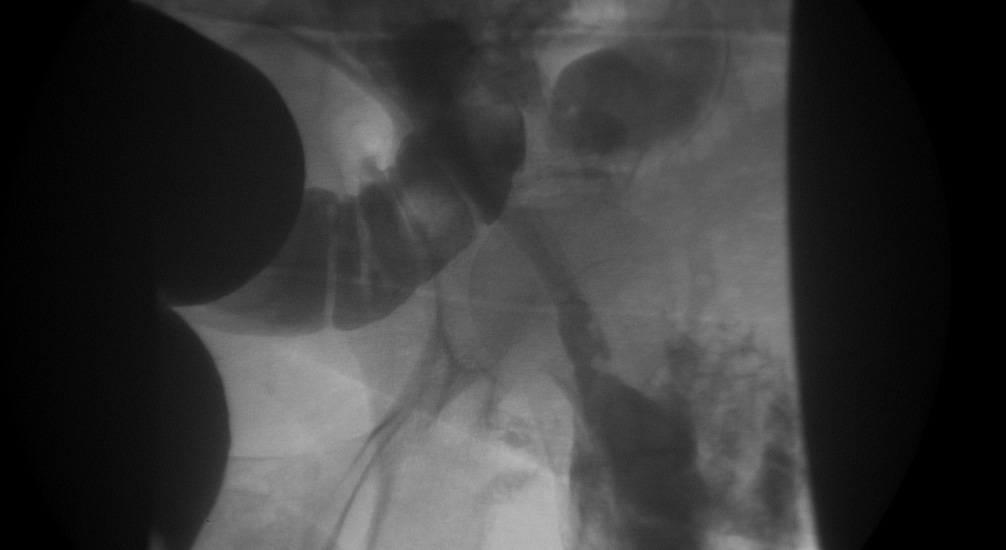
**Συρίγγιο σιγμοειδούς-κόλπου**



**Συρίγγιο σιγμοειδούς –τυφλού σε βαριούχο υποκλυσμό**



**Συρίγγιο στα μαλακά μόρια του μηρού, έλεγχος με γαστρογραφίνη**



ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

* Χορήγηση αντιβιοτικών για παρακείμενη κυτταρίτιδα
* Σιγμοειδεκτομή & ορθοκολική αναστόμωση
* +/- συρραφή της ουροδόχου κύστης με αποσυμφόρηση
* Τοποθέτηση stent στον ουρητήρα για αναγνώρισή του και ελάττωση κινδύνου τραυματισμού, όταν η φλεγμονή διαταράσσει την ανατομία της περιοχής

**ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ (GUIDELINES) ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑΣ 8**

Οι εταιρείες: **3-7**

* The American Society of Colon and Rectal Surgeons (2006)
* The Society for Surgery of the Alimentary Tract
* The American College of Gastroenterology
* European Association of Endoscopic Surgeons

έχουν προτείνει κατευθυντήριες γραμμές που συνοψίζονται και συμφωνούν με τις πιο πρόσφατες δημοσιευμένες στο**World Journal of Emergency Surgery 2011, 6:2****(WSES consensus conference: Guidelinesfor first line management of intra-abdominal infections) από *Sartelli et al.***

1. Η συστηματική αντιβίωση είναι η πιο ενδεδειγμένη θεραπευτική αγωγή για ασθενείς με μικρό παρακολικό απόστημα (<4 cm) και η κατευθυνόμενη διαδερμική για τα μεγαλύτερα (>4 cm) αποστήματα (Recommendation 2 Β)
2. Προγραμματισμένη χειρουργική αφαίρεση του πάσχοντος εντέρου πρέπει πάντα να συστήνεται, εάν ένα επεισόδιο επιπλεγμένης εκκολπωματίτιδας αντιμετωπιστεί συντηρητικά (Recommendation 2 C)
3. Η απόφαση για σύσταση για προγραμματισμένη εντερεκτομήμετά από επεισόδιο ή επεισόδια οξείας, μη επιπλεγμένης εκκολπωματίτιδας, πρέπει να γίνεται κατά περίπτωση (on a case by case basis) (Recommendation 1 C)
4. Η εκτομή πρέπει να εκτείνεται κεντρικά στο υγιές τμήμα του εντέρου και περιφερικά στο ανώτερο ορθό (Recommendation 1 C)
5. Επείγουσα χειρουργική επέμβαση απαιτείται σε ασθενείς με περιτονίτιδα ή σ’ εκείνους που η συντηρητική - μη χειρουργική αντιμετώπιση της οξείας εκκολπωματίτιδας απέτυχε (Recommendation 1 Β)
6. Η λαπαροσκοπική μέθοδος είναι κατάλληλη για επιλεγμένες περιπτώσεις (Recommendation 1 Β)
7. Επέμβαση Hartmann’s μπορεί να εφαρμόζεται σε ρήξη παχέος εντέρου (Recommendation 1 C)
8. Αναστόμωση σε πρώτο χρόνο με ή χωρίς προφυλατική κολοστομία ή ειλεοστομία μπορεί να εφαρμόζεται σε επιλεγμένες περιπτώσεις ρήξης παχέος εντέρου

Ερωτήματα που χρειάζεται ακόμη να απαντηθούν με τυχαιοποιημένες μελέτες είναι:

* Ποια είναι η καλύτερη αντιμετώπιση της οξείας εκκολπωματίτιδας, συμπεριλαμβανομένης της σύγκρισης προγραμματισμένης κολεκτομής με συντηρητική θεραπεία αρχικού επεισοδίου ή υποτροπών.
* Σύγκριση του είδους της κολεκτομής (σε ένα ή δύο χρόνους)
* Ανοικτή ή λαπαροσκοπική μεθοδος;

Αναδρομικές μελέτες έδειξαν ότι το ποσοστό υποτροπής είναι 10-30% σε μια δεκαετία από το πρώτο επεισόδιο. Η πλειοψηφία δεν θα έχει άλλο επεισόδιο εκκολπωματίτιδας.

Σε σειρά 2551 ασθενών με επιτυχή συντηρητική αντιμετώπιση μόνο το 13% παρουσίασε υποτροπή και το 7% χρειάστηκε κολεκτομή.9

Το μεγαλύτερο ερώτημα είναι ο καθορισμός προγραμματισμένης κολεκτομής για να προφυλάξει υποτροπές ή επιπλοκές. Η πιθανότητα ότι θα χρειαστεί επείγουσα κολεκτομή αυξάνεται από ένα παράγοντα δύο τουλάχιστον επεισοδίων εκκολπωματίτιδας που χρειάστηκαν νοσηλεία. Όμως, μια αναδρομική μελέτη, δείχνει ότι ασθενείς με δύο ή περισσότερα επεισόδια εκκολπωματίτιδας, χωρίς επιπλοκές, δεν έχουν χειρότερη πρόγνωση εάν δεν εμφανιστούν επιπλοκές10.

Βιβλιογραφία

1. [Wilkins T](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Wilkins%20T%22%5BAuthor%5D), [Baird C](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Baird%20C%22%5BAuthor%5D), [Pearson AN](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Pearson%20AN%22%5BAuthor%5D), [Schade RR](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Schade%20RR%22%5BAuthor%5D). Diverticular bleeding. [*Am Fam Physician.*](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19873964?dopt=Abstract) *2009, Nov 1;80(9):977-83.*
2. Danny O. Jacobs. Diverticulitis.  *N Engl J Med 2007;357:2057-66.*
3. Rafferty J, Shellito P, Hyman NH, Buie WD: Standards Committee of American Society of Colon and Rectal Surgeons: Practice parameters for sigmoid diverticulitis. *Dis Colon Rectum 2006, 49:939-944*.
4. Wong WD, Wexner SD, Lowry A, Vernava A, et al: Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis–supporting documentation. The Standards Task Force. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum 2000, 43:290-297.*
5. Patient Care Committee of the Society for Surgery of the Alimentary Tract (SSAT): Surgical treatment of diverticulitis. *J Gastrointest Surg 1999, 3:212-213.*
6. Stollman NH, Raskin JB: Diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults. Ad Hoc Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol 1999, 94:3110-3121.*
7. Köhler L, Sauerland S, Neugebauer E: Diagnosis and treatment of diverticular disease: results of a consensus development conference. The Scientific Committee of the European Association for Endoscopic Surgery. *Surg Endosc 1999, 13:430-436.*
8. Massimo Sartelli, Pierluigi Viale, Kaoru Koike, et al. WSES consensus conference: Guidelines for first line management of intra-abdominal infections. *World Journal of Emergency Surgery 2011, 6:2,*
9. Broderick-Villa G, Burchette RJ, Collins JC, et. Al. Hospitalization for acute diverticulitis does not mandate routine elective colectomy. *Arch Surg 2005,140:576-81.*
10. Chapman JR, Dozois EJ, Wolff BG, et al. Diverticulitis: a progressive disease? Do multiple recurrences predict less favorable outcomes?

*Ann Surg 2006;243:876-83.*