**Oξεία εκκολπωματίτις**

**ΙΩΑΝΝΗΣ Δ. ΚΑΡΑΝΙΚΑΣ**

**ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ**

**ΓΝΑ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»**

Τα εκκολπώματα του παχέος εντέρου περιεγράφησαν για πρώτη φορά από τον Γάλλο ανατόμο Cruveilhier το 1849.Ο όρος «εκκολπωμάτωση» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1914.

Τα εκκολπώματα αποτελούν προσεκβολές – προπτώσεις του βλεννογόνου διαμέσου του εντερικού τοιχώματος στα σημεία εισόδου των αρτηριολίων. Βρίσκονται κυρίως στο μεσεντερικό χέιλος και συνηθέστερα στο σιγμοειδές όπου δημιουργούνται ευκολότερα λόγω της μικρότερης διαμέτρου του αυλού, του στερεού περιεχομένου και της αυξημένης ενδοαυλικής πίεσης.

Τα εκκολπώματα διακρίνονται σε:

* Αληθή
* Το τοίχωμα αποτελείται από όλους τους χιτώνες.
* Eίναι σπανιότερα.
* Συνηθέστερα βρίσκονται στο τυφλό.
* Ψευδή
* Αποτελούν προσεκβολή μόνο του βλεννογόνου.
* Κύρια εντόπισή τους είναι το σιγμοειδές.
* **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΩΝ**
* Ηλικία
* Δίαιτα χαμηλή σε φυτικές ίνες
* Παχυσαρκία
* Όχι άθληση
* Καρκίνος του αριστερού κόλου
* Σύνδρομα Ehlers-Danlos, Marfan’s, πολυκυστική νόσος νεφρών
* **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**
* Στον 20ο αιώνα η αύξηση της συχνότητας της εκκολπωματίτιδας συνδέθηκε με μειωμένη κατανάλωση μη επεξεργασμένων δημητριακών και με αυξημένη κατανάλωση σάκχαρης και κρέατος.
* Η συχνότητα αυξάνει με την ηλικία.
* Η χειρουργική επέμβαση είναι πιθανότερη σε νέους άνδρες σε σχέση με τους υπερήλικες.
* Υπάρχει κληρονομικότητα; Έχουν περιγραφεί κολεκτομές σε διδύμους.
* Αρκετές μελέτες έδειξαν συσχέτιση μεταξύ της χρήσης των NSAIDS και της ανάπτυξης επιπλοκών της εκκολπωματικής νόσου.
* Πολύ συχνή στον Δυτικό κόσμο.
* Εκκολπώματα 50% στον πληθυσμό > 50 ετών.
* Εκκολπωματική νόσος 5-10% στον πληθυσμό > 45 ετών.
* Εκκολπωματική νόσος 80% στον πληθυσμό > 85 ετών.
* Εκκολπωματίτις στο 20% των ασθενών με εκκολπωμάτωση.
* 20% των ασθενών με εκκολπωματίτιδα < 50 ετών.

**ΟΞΕΙΑ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΣ**

* **Οξεία εκκολπωματίτις είναι η φλεγμονή ή διάτρηση ενός εκκολπώματος του παχέος εντέρου.**
* **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**
* Τριάδα
* Υποξύ και επίμονο άλγος στον αριστερό λαγόνιο βόθρο (93-100%).
* Πυρετός σταθερός ή υψηλός με σήψη επί διάτρησης ή γενικευμένης περιτονίτιδας (57-100%).
* Λευκοκυττάρωση (69-83%).
* Αλλαγές στις κενώσεις: Διάρροια ή δυσκοιλιότητα.
* Απουσία εντερικών ήχων.
* Συχνά προβλήματα ούρησης λόγω καθήλωσης της φλεγμονώδους μάζας στο τοίχωμα της ουροδόχου κύστης (δυσουρία, επιτακτική ούρηση, αυξημένη συχνότητα, νυχτουρία).
* Κυστεοκολικό συρίγγιο (πνευματουρία, κοπρανουρία, υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του ουροποιητικού).
* Η απώλεια αίματος από το ορθό είναι σπάνια.
* Φυσική εξέταση: Ευαισθησία εντοπισμένη στον αριστερό λαγόνιο.
* Γενικευμένη περιτονίτις με ρήξη απόστήματος ή διάτρηση του παχέος εντέρου.
* Απόφραξη του παχέος εντέρου.
* Απόφραξη του λεπτού εντέρου.
* Πυλαιοφλεβίτις.
* Άτυπη κλινική εικόνα σε υπερήλικες ή ανοσοκατασταλμένους.
* Σε ασθενείς < 40 ετών η εισβολή συνήθως είναι αφνίδια και η κλινική πορεία της νόσου επιθετική ώστε επείγουσα επέμβαση να χρειάζεται το 40% των ασθενών.
* **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**
* **Ακτινογραφία κοιλίας (ευρήματα)**
* Μετακίνηση του παχέος εντέρου.
* Ελεύθερος αέρας.
* Μη φυσιολογική απεικόνιση του βλεννογόνου.
* **CT Scan**

Είναι η ασφαλέστερη και η μέθοδος εκλογής για τη διάγνωση της οξείας εκκολπωματίτιδας καθώς μπορεί να είναι και θεραπευτική στην αντιμετώπιση των αποστημάτων.

Τα απεικονιστικά χαρακτηριστικά είναι:

* Φλεγμονή του περικολικού λίπους.
* Απεικόνιση εκκολπωμάτων.
* Πάχυνση του εντερικού τοιχώματος.
* Ελεύθερος αέρας.
* Απόστημα.
* Αέρας στα εκκολπώματα.
* Πάχυνση του μεσεντερίου.
* Αέρας στην ουροδόχο κύστη.

*H CT μπορεί να δώσει ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα σε ποσοστό 2-21%.*

* **Υποκλυσμός με σκιαγραφικό**

Πρέπει να γίνεται με προσοχή και όχι με βάριο αλλά με γαστρογραφίνη προς αποφυγή του κινδύνου βαριούχου περιτονίτιδας. Η χρήση της είναι μειωμένη.

Τα απεικονιστικά χαρακτηριστικά είναι:

* Πολλαπλά εκκολπώματα.
* Συρίγγιο.
* Διαταραχή της αρχιτεκτονικής του βλεννογόνου.
* Σπασμός.
* Στένωση.
* Διάτρηση.
* Απόστημα.

*Τα ευρήματα είναι ειδικά για την εκκοπλωματίτιδα χωρίς όμως να αποκλείεται η κακοήθεια*

* **Ενδοσκόπηση**

Αντεδείκνυται στην οξεία εκκολπωματίτιδα λόγω του κινδύνου να προκαλέσει διάτρηση με την είσοδο του άκρου του οργάνου σε ευρύ στόμιο εκκολπώματος. Είναι χρήσιμη στη διάγνωση της εκκολπωμάτωσης πριν ή μετά από επεισόδιο οξείας εκκολπωματίτιδας

Τα ευρήματα της ενδοσκόπησης είναι:

* Στόμια εκκολπωμάτων.
* Στένωση.
* **Υπερηχόγραφημα**

Σε έμπειρα χέρια μπορεί να θέσει τη διάγνωση με τα ακόλουθα απεικονιστικά χαρακτηριστικά:

* Εκκολπώματα.
* Πάχυνση του εντερικού τοιχώματος.
* Φλεγμονή του περικολικού λίπους.

**Σύμφωνα με την κλινική εκόνα, τα εργαστηρικά ευρήματα και τις απεικονιστικές μεθόδους η εκκολπωμάτωση του παχέος εντέρου εκδηλώνεται με τρεις ξεχωριστές κλινικές οντότητες:**

* Συμπτωματική μη επιπλεγμένη εκκολπωματική νόσοςμε:
* *Άλγος ή αλλαγή στις κενώσεις χωρίς ενδείξεις φλεγμονής.*
* Μη επιπλεγμένη οξεία εκκολπωματίτις με:
* *Άλγος πυρετός και λευκοκυττάρωση.*
* Επιπλεγμένη οξεία εκκολπωματίτις με:
* *Στένωση, συρίγγιο, απόστημα, μάζα ή διάτρηση.*

Το 1978 ο HINCHEY και συν ταξινόμησαν την οξεία εκκολπωματίτιδα σε μη επιπλεγμένη και επιπλεγμένη με 4 στάδια βαρύτητας.

**ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑΣ ΚΑΤΑ HINCHEY (1978)**

ΜΗ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ 75%

ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ 25%

Στάδιο Ι: Μη επιπλεγμένη εκκολπωματίτις με περικολικό ή μεσεντερικό απόστημα.

Στάδιο ΙΙ: Επιπλεγμένη εκκολπωματίτις με πυελικό ή οπισθοπεριτοναϊκό απόστημα.

Στάδιο ΙΙΙ: Επιπλεγμένη εκκολπωματίτις με γενικευμένη πυώδη περιτονίτιδα.

Στάδιο ΙV: Επιπλεγμένη εκκολπωματίτις με κοπρανώδη περιτονίτιδα.

*(Hinchey EJ et al. Adv Surg 1978; 12:85-10)*

* **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑΣ**
* Πυελικό απόστημα.
* Απόφραξη.
* Διάτρηση – Γενικευμένη περιτονίτις.
* Συρίγιο (*Kυστεοκολικό, κολοκολπικό, κολοδερματικό, εντεροκολικό, μητροκολικό και ουρητηροκολικό*).
* Αιμορραγία.
* **ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ**
* Κολονοσκόπηση ή σιγμοειδοσκόπηση για επιβεβαίωση της διάγνωσης.
* Αυξημένη δίαιτα με φυτικές ίνες.
* Ανάπτυξη εκκολπωματίτιδας μόνο στο 1,4% των ασθενών υπό παρακολούθηση.
* Οι περισσότεροι ασθενείς με οξεία εκκολπωματίτιδα δεν είχαν γνωστό ιστορικό εκκολπωμάτωσης.

*(Dis Colon and Rectum 2007; 50(9): 1460-1464)*

* **ΜΗ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

(Σύμφωνα με τις οδηγίες του WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION (WGO) το 2007).

* **Εξωτερικοί ασθενείς χωρίς εικόνα περιτοναϊκού ερεθισμού ή συστηματικών συμπτωμάτων (ήπια νόσος)**
* Αντιβιοτικά per os.
* Αναερόβια (*Bacteroides fragilis*, *Peptostreptococcus*  και *Clostridium* organisms).
* Αερόβια (*Escherichia coli* and *Klebsiella, Proteus, Streptococcus,* and *Enterobacter* organisms).
* *Ciprofloxacin (500mg χ 2) για 7-10 ημέρες.*
* *Metronidazole (250mg χ 3) για 7-10 ημέρες.*
* Διαιτητική αγωγή
* Υγρά μόνο και επι κλινικής βελτίωσης (συνήθως σε 2-3 ημέρες) διαιτητική αγωγή.
* **Νοσηλευόμενοι ασθενείς**
* IV αντιβιοτικά
* *Ciprofloxacin ή Κεφαλοσπορίνη 3ης γενιάς, και Metronidazole.*
* Στέρηση τροφής από το στόμα με ή όχι ρινογαστρικό σωλήνα.
* CT scan επανάληψη επί μη βελτίωσης εντός 48-72h.
* Στην έξοδο αντιβιοτικά per os μέχρι τη συμπλήρωση 14 ημερών.
* Δίαιτητική αγωγή.
* Κολονοσκόπηση ή σιγμοειδοσκόπηση μετά από 4-6 εβδομάδες για αποκλεισμό κακοήθειας.
* **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ**

Οι ενδείξεις της χειρουργικής επέμβασης σε μη επιπλεγμένη οξεία εκκολπωματίτιδα είναι:

* Περιτονίτις.
* Απόστημα που δεν μπορεί να παροχετευθεί διαδερμικά.
* Καμία βελτίωση σε 3-4 ημέρες και απουσία απεικόνισης αποστήματος στην CT scan.
* **ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΣ – ΘΕΡΑΠΕΙΑ**
* **ΑΠΟΣΤΗΜΑ**
* Τα περισσότερα αποστήματα < 5cm υποχωρούν με αντιβιοτικη θεραπεία μόνο.
* Παροχέτευση υπό Αξονικό και αντιβιοτική θεραπεία σε αποστήματα > 5cm.
* Σε πυελικό απόστημα διορθική ή διακολπική παροχέτευση.
* Χειρουργική ανοικτή ή λαπαροσκοπική παροχέτευση.
* Εκλεκτική κολεκτομή και αναστόμωση.
* **ΔΙΑΤΡΗΣΗ**
* Επείγουσα επέμβαση.
* Επέμβαση Hartmann.
* Σύγκλειση της κολοστομίας μετά από 3 τουλάχιστον μήνες.
* Υπάρχει αυξανόμενη τάση για εκτομή και αναστόμωση σε ένα χρόνο.
* **Επέμβαση Hartmann vs Εκτομή και αναστόμωση σε ένα χρόνο**

Οι Constantinides και συν. μελέτησαν 963 αθενείς από εργασίες της περιόδου 1984-2004 που συνέκριναν τα αποτελέσματα της επέμβασης Hartmann με εκείνα της εκτομής και αναστόμωσης σε ένα χρόνο. Το συμπέρασμα ήταν ότι η εκτομή και αναστόμωση σε ένα χρόνο μπορεί να γίνει με ασφάλεια:

Hinchey ταξινόμηση >2

*Όχι σημαντική διαφορά στη θνησιμότητα 14,4% (Hartmann) → 14,1%*

Hinchey ταξινόμηση <2

*Σημαντική διαφορά στη θνησιμότητα 15,1% (Hartmann) → 4,9%*

*(Constantinides VA et al. Dis Colon Rectum 2006; 49: 966-81)*

Σε άλλη μελέτη 80 ασθενών παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της νοσηρότητας, του κόστους και του χρόνου νοσηλείας στους ασθενείς με εκτομή και αναστόμωση.

*(Herzog T et al. Acta Chir Belg 2011; 111: 378-83)*

* **ΣΥΡΙΓΓΙΟ**

Με συρίγγιο επιπλέκεται το 2% των ασθενών με οξεία εκκολπωματίτιδα και

θα πρέπει να αποκλείεται η κακοήθεια. Τα συρίγγια στην οξεία εκκολπωματίτιδα

είναι τα ακόλουθα:

* Κυστεοκολικό (70%)

*Πνευματουρία, κοπρανουρία, υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, αιματουρία, άλγος.*

*Στο CT scan αέρας στην κύστη.*

* Κολοκολπικό (25%)

*Κολπικές εκκρίσεις με αέρα ή κόπρανα.*

*Υποκλυσμός με σκιαγραφικό ή κυανού του μεθυλενίου.*

* Κολοδερματικό, εντεροκολικό, μητροκολικό και ουρητηροκολικό
* Οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να αντιμετωπισθούν εκλεκτικά με εκτομή του πάσχοντος τμήματος, αναστόμωση και διόρθωση του γειτονικού οργάνου.
* **ΣΤΕΝΩΣΗ**
* Τα επαναλαμβανόμενα ήπια επεισόδια εκκολπωματίτιδας μπορούν να προκαλέσουν ίνωση και στένωση.
* Η εισβολή είναι σταδιακή με εναλλαγή δυσκοιλιότητας και διάρροιας.
* Η διάγνωση γίνεται με βαριούχο υποκλυσμό και ενδοσκόπηση (Στένωση με φυσιολογικό βλεννογόνο).
* Μπορεί να εκδηλωθεί με οξεία απόφραξη.
* Η χειρουργική επέμβαση είναι η θεραπεία εκλογής ενώ έχουν εφαρμοσθεί διαστολές και stent με αμφίβολα αποτελέσματα.
* **ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ**
* Είναι πάρα πολύ σπάνια.
* Η αντιμετώπιση αρχικά είναι συντηρητική.
* Σε συνεχιζόμενη αιμορραγία θα πρέπει να γίνεται επείγουσα ή εκλεκτική κολεκτομή και αναστόμωση σε ένα χρόνο.
* **ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΣ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ**
* Το ερώτημα σε ασθενείς με ιστορικό ενός ή υποτροπιαζόντων επεισοδίων οξείας εκκολπωματίτιδας είναι, εάν και πότε πρέπει να χειρουργούνται εκλεκτικά.
* Το 5-25% των ασθενών θα παρουσιάσει δεύτερο επεισόδιο εκκολπωματίτιδας.
* Η ανταπόκριση στη συντηρητική αγωγή μειώνεται με τον αριθμό των επεισοδίων.
* Οι νεότεροι ασθενείς είναι υψηλοτέρου κινδύνου για υποτροπιάζοντα επεισόδια.

*Σύμφωνα με την οδηγία της SSAT (Society for Surgery of the Alimentary Tract) αλλά και άλλων Εταιρειών οι ενδείξεις για εκλεκτική επέμβαση σε ασθενείς με ιστορικό ενός ή περΙσσοτέρων επεισοδίων οξείας εκκολπωματίτιδας είναι:*

* ≥ 2 οξέα επεισόδια που αντιμετωπιστηκαν επιτυχώς συντηρητικά.
* Ένα οξύ επεισόδιο που χρειάσθηκε νοσηλεία σε ασθενή < 40 ετών.
* Ένα επιπλεγμένο επεισόδιο.
* Ένα επεισόδιο σε ανοσοκατασταλμένο ασθενή.
* Αδυναμία αποκλεισμού κακοήθειας.

Νεότερα δεδομένα όμως αμφσβητούν τις παραπάνω ενδείξεις όπως φαίνεται από τα αντικρουόμενα συμπεράσματα των παρακάτω μελετών.

* Εκλεκτική κολεκτομή μετά το 1ο επεισόδιο εκκολπωματίτιδας σε ασθενείς < 50 ετών.

*(Chautens RC et al. Dis Colon Rectum 2002; 45: 962-66)*

* Όχι εκλεκτική κολεκτομή μετά το 1ο επεισόδιο εκκολπωματίτιδας σε ασθενείς < 50 ετών.

*(Janes S et al. Dis Colon Rectum 2009; 52: 1008-16)*

* Όχι εκλεκτική κολεκτομή μετά το 1ο επεισόδιο εκκολπωματίτιδας λόγω χαμηλού ποσοστού υποτροπών.

*(Broderick – Villa et al. Arch Surg 2005; 140: 576-571)*

* Όχι εκλεκτική κολεκτομή μετά το 2ο επεισόδιο εκκολπωματίτιδας.

*(Janes S et al. Br J Surg 2005; 92: 133-42)*

* Εκλεκτική κολεκτομή μετά το 2ο επεισόδιο εκκολπωματίτιδας.

*(Makela JT et al. Hepatogastroenterology 2007; 54:1412-6)*

* **ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

(Aids, χημειοθεραπεία, μεταμοσχευθέντες, χρήση στεροειδών, νεφρική ανεπάρκεια και κίρρωση)

Στους ανοσοκατασταλμένους ασθενείς έχει παρατηρηθεί:

* Υψηλότερο ποσοστό αποτυχίας της συντηρητικής αγωγής.
* Υψηλότερο ποσοστό διάτρησης (43% → 14%).
* Υψηλότερο ποσοστό ανάγκης για επείγουσα χειρουργική επέμβαση.
* Υψηλότερη μετεγχειρητική θνησιμότητα στην επείγουσα χειρουργική επέμβαση (39% → 2%).

*Υπάρχει ομοφωνία ότι η εκλεκτική επέμβαση στη κατηγορία αυτή των ασθενών θα πρέπει να γίνεται μετά το πρώτο επεισόδιο.*

* **ΕΚΛΕΚΤΙΚΗ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ**

Στην εκλεκτική κολεκτομή θα πρέπει:

* Να γίνεται αφαίρεση όλου του πάσχοντος τμήματος.
* Να τοποθετούνται ουρητηρικοί καθετήρες.
* Τα κάτω εγχειρητικά όρια θα πρέπει να είναι στο επίπεδο του άνω 3μορίου του ορθού καθώς μειώνεται το ποσοστό υποτροπών.

(*Thaler K et al. Dis Colon Rectum 2003; 46: 385-88)*

* **Tο πότε πρέπει να χειρουργείται ένας ασθενής μετά από ένα ή περισσότερα επεισόδια οξείας εκκολπωματίτιδας δεν έχει ακόμα καθορισθεί λόγω αντιθέτων αποτελεσμάτων σε μεγάλες σειρές ασθενώνκαι υπάρχει ανάγκη προοπτικών μελετών για ασφαλή συμπεράσματα.**
* **ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ**
* Επείγουσα και εκλεκτική επέμβαση.
* Αυξανόμενη εφαρμογή σε πολλά κέντρα.
* *Στις ΗΠΑ 11% των εκλεκτικών επεμβάσεων (2002-2007).*
* Πλεονεκτήματα έναντι της ανοικτής.
* *Διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές, θνησιμότητα, διάρκεια νοσηλείας, κόστος.*
* Χαμηλό ποσοστό μετατροπής.
* *2,8% - 5,7% σε εκλεκτικές επεμβάσεις.*
* *11,8% σε επείγουσες επεμβάσεις.*

*(Masoomi H et al. Arch Surg 2011; 146: 200-6)*

*(Masoomi H et al. World J Surg 2011; 35: 2143-8)*

*(El Zarrol Elgazwi K et al. JSLS 2010; 14: 469-475)*

*(Jones OM et al. Ann Surg 2008; 248: 1092-7)*

*(Royds J et al. Colorectal Dis 2011; In press)*