

Επιπλακέν καρκίνωμα του παχέος εντέρου

Μιχαλόπουλος Α. Νικόλαος

Χειρουργός – Επιστημονικός Συνεργάτης Α.Π.Θ.

Διάτρηση και πρόγνωση του ασθενούς

Εισαγωγή

Ο ορθοκολικός καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου από κακοήθεια στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική. Έως και σήμερα το 10 - 30% των περιπτώσεων διαγιγνώσκονται και αντιμετωπίζονται ως έκτακτα περιστατικά στα πλαίσια επιπλοκών του ορθοκολικού καρκίνου όπως είναι η αιμορραγία, η απόφραξη και η διάτρηση [1,2]. Η διάτρηση ως πρώτη εκδήλωση του ορθοκολικού καρκίνου είναι σχετικά σπάνια και τα ποσοστά εμφάνισης της κυμαίνονται από 2.6% έως 10% [1,2].

Αίτια – Παθοφυσιολογία διάτρησης

Η διάτρηση στον ορθοκολικό καρκίνο μπορεί να οφείλεται στον ίδιο τον όγκο ο οποίος συνήθως είναι ελκωτικός και ρικνός, προκαλεί έλλειμμα και τελικά ρήξη του τοιχώματος του εντέρου στο σημείο εντόπισης του [3]. Ένας άλλος παθογενετικός μηχανισμός είναι η αντικατάσταση του τοιχώματος του εντερικού αυλού από νεοπλασματικά κύτταρα τα οποία νεκρώνονται και οδηγούν τελικά στη διάτρηση [4]. Συχνά, διατρήσεις εμφανίζονται ως φυσική συνέχεια αποφρακτικών όγκων κυρίως στο αριστερό κόλον και το σιγμοειδές κόλον. Σε αυτούς τους όγκους μπορεί να παρατηρηθεί διάτρηση εγγύτερα του όγκου λόγω της διάτασης και ισχαιμίας του εντερικού τοιχώματος που παρατηρείται μετά από παρατεταμένη απόφραξη. Το συνηθέστερο σημείο που εντοπίζεται η διάτρηση σε αυτές τις περιπτώσεις είναι το τυφλό [2,5]. Η διάτρηση στον ορθοκολικό καρκίνο μπορεί να συμβεί στα πλαίσια λήψης φαρμάκων από τον ασθενή (κορτικοστεροειδή), στα πλαίσια επιπλοκών της χημειοθεραπείας (η ουδετεροφιλική εντεροκολίτιδα και η σοβαρή αφυδάτωση προκαλούν ισχαιμία στο έντερο) και στην λήψη αντι-αγγειογενετικών φαρμάκων όπως το bevacizumab (Avastin) στα πλαίσια της neo-adjuvant χημειοθεραπείας [2, 6]. Τέλος διάτρηση μπορεί να παρατηρηθεί ως επιπλοκή της τοποθέτησης μεταλλικών stent για την αντιμετώπιση αποφρακτικών όγκων ή παλαιότερα συνήθως ως επιπλοκή του βαριούχου υποκλυσμού [2].

Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα της διάτρησης από ορθοκολικό καρκίνο ποικίλει και εξαρτάται κυρίως από το σημείο εντόπισης του όγκου, και τα χαρακτηριστικά του όγκου (αν

προκαλεί απόφραξη ή στένωση). Παράγοντες που επηρεάζουν τα κλινικά συμπτώματα είναι η γενική κατάσταση και θρέψη του ασθενούς, η ηλικία και τα συνοδά νοσήματα. Συμπτώματα του ασθενή που θα μπορούσαν να υποδηλώσουν την παρουσία του όγκου πριν τη διάτρηση έχουν συνήθως μικρή διάρκεια (<από 3 μήνες) στο ιστορικό του [6,7]. Σε καρκινώματα που εντοπίζονται στο δεξιό κόλον η διάτρηση είναι πιο σπάνια, αλλά η κλινική εικόνα είναι συνήθως αυτή της οξείας κοιλίας (πυώδης ή κοπρανώδης γενικευμένη περιτονίτιδα). Στους ασθενείς αυτούς δεν είναι σπάνια τα κλινικά σημεία της αφυδάτωσης, της διάτασης του κοιλιακού τοιχώματος και της σηπτικής καταπληξίας. Στα καρκινώματα που εντοπίζονται στο αριστερό κόλον η κλινική εικόνα ομοιάζει αυτή της επιπλεγμένης εκκολπωματίτιδας. Οι διατρηθέντες όγκοι μπορεί να παρουσιάσουν ως κολίτιδα, απόστημα, ραγέν ενδοκοιλιακό απόστημα ή περιτονίτιδα (πυώδης ή κοπρανώδης). Συχνά ακολουθείται για την κατηγοριοποίηση τους η κατάταξη κατά Hinchey, που χρησιμοποιείται στην εκκολπωματίτιδα με την οποία συγγέονται. Η δημιουργία αποστήματος συμβαίνει σε ποσοστό 0.3-0.4% στο σύνολο των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου και είναι πιο συχνή στο αριστερό κόλον [8]. Τα αποστήματα εντοπίζονται κυρίως στην παρακολική αύλακα ή στην πύελο. Άλλες πιο σπάνιες εντοπίσεις τους είναι στον υποδιαφραγματικό χώρο, κατά μήκος του ψωίτη και στον υποδόριο ιστό. Τέλος όγκοι που παρουσιάζονται στο σιγμοειδές ή στο ορθό και υπόκεινται σε ρήξη μπορεί να εμφανιστούν με την κλινική εικόνα συριγγίου, είτε εντεροδερματικό είτε με άλλα όργανα (εντεροκολπικό, εντεροκυστικό) [8-10].

Διάγνωση

Η διάγνωση της διάτρησης είναι συνήθως κλινική. Τα κλινικά σημεία και το ιστορικό συνήθως μας δίνουν στοιχεία για να υποψιαστούμε την ύπαρξη όγκου. Συνήθως έχουμε λευκοκυττάρωση με αύξηση των ουδετεροφίλων λόγω του σηπτικού παράγοντα. Στον απλό ακτινολογικό έλεγχο συνήθως έχουμε την απεικόνιση ελεύθερου αέρα ενδοπεριτοναϊκά, με ή χωρίς διάταση του εντέρου. Η αξονική τομογραφία είναι αυτή που συνήθως θέτει ως αίτιο της διάτρησης την ύπαρξη ορθοκολικού καρκίνου. Παρόλα αυτά δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που η διάγνωση γίνεται διεγχειρητικά κατά την επείγουσα λαπαροτομία [10-11].

Θεραπεία

Οι θεραπευτικοί στόχοι στη διάτρηση του καρκίνου του παχέος εντέρου δεν διαφέρουν από τους αντίστοιχους της αντιμετώπισης της ενδοκοιλιακής σήψης και μπορούμε αδρά να τους κατηγοριοποιήσουμε σε 3 ενότητες, α) αιμοδυναμική αντιμετώπιση και υποστήριξη, β) επαρκής έλεγχος της σηπτικής εστίας (source control) με ογκολογική αντιμετώπιση και γ) κατάλληλη αντιβιοτική θεραπεία [2, 8-11].

Η επαρκής αναζωογόνηση και το καλό physical status έχουν άμεση αντανάκλαση στην περιεγχειρητική θνητότητα και νοσηρότητα. Η αναπλήρωση υγρών και ηλεκτρολυτών πρέπει να γίνονται άμεσα, ενώ ο ασθενής είναι σε monitoring των ζωτικών σημείων και της διούρησης. Οι μεταγγίσεις αίματος πρέπει να γίνονται με προσοχή διότι ο αυξημένος αριθμός μεταγγίσεων μπορεί να σχετίζεται με τη κακή πρόγνωση του ασθενούς [2, 12]. Στους ασθενείς αυτούς θα πρέπει επίσης να

χορηγείται προφυλακτική αντιθρομβωτική αγωγή. Η αντιβιοτική αγωγή περιλαμβάνει ευρέως φάσματος αντιβιοτικά που θα πρέπει να καλύπτουν το σύνολο της εντερικής χλωρίδας (αερόβια και αναερόβια). Η επιλογή των κατάλληλων αντιβιοτικών εξαρτάται από το αν ο ασθενής νοσηλεύεται σε ίδρυμα ή όχι, από τυχόν πρόσφατη αντιβιοτική αγωγή και τη νεφρική του λειτουργία. Ένα ερώτημα που τίθεται είναι αν οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει πρώτα να αναζωογονούνται επαρκώς και να χειρουργούνται με καθυστέρηση ή να υποβάλλονται σε άμεση λαπαροτομία. Απάντηση στο ερώτημα αυτό έδωσε ο *Kingston και συνεργάτες* ο οποίος κατέδειξε ότι η καθυστέρηση του χειρουργείου για επαρκή αναζωογόνηση δεν αύξησε την επιβίωση [13].

Η επείγουσα χειρουργική στη διάτρηση από καρκίνο του παχέος εντέρου έχει ως πρωταρχικό σκοπό να ανακουφίσει τον ασθενή από τα συμπτώματα της διάτρησης και της επακόλουθης σηπτικής κατάστασης και να θέσει σε έλεγχο την πηγή της σήψης (source control). Στην επείγουσα χειρουργική του καρκίνου του παχέος εντέρου η συχνότητα των εκτομών είναι μικρότερη από την αντίστοιχη των προγραμματισμένων επεμβάσεων (77% έναντι 85%) , ενώ επίσης είναι μικρότερο και το ποσοστό των δυνητικά θεραπευτικών κολεκτομών (60% έναντι 70%) [14]. Το είδος της επέμβασης εξαρτάται από την εντόπιση του όγκου, την έκταση του όγκου και την κλινική κατάσταση του ασθενούς. Υπάρχουν πολλές εγχειρητικές τεχνικές και προσεγγίσεις στην επείγουσα χειρουργική στη διάτρηση από ορθοκολικό καρκίνο. Ως γενική αρχή οι περισσότερες έχουν την εκτομή του όγκου στην αρχική επέμβαση [2].

Στους όγκους που εντοπίζονται στο δεξιό κόλον η επέμβαση εκλογής είναι η εκτομή του όγκου και η πρωτοπαθής αναστόμωση. Η πρωτοπαθής αναστόμωση μπορεί να πραγματοποιηθεί ακόμη και σε συνθήκες περιτονίτιδας, διότι όπως έδειξαν μελέτες η συχνότητα επιπλοκών και η επιβίωση δεν αλλάζει δραματικά [6]. Σε συνθήκες γενικευμένης περιτονίτιδας ή εκτεταμένης καρκινικής νόσου η εκτομή του όγκου θα πρέπει επίσης να πραγματοποιείται και αντί αναστόμωσης μπορεί να γίνει ειλεοστομία με βλεννογονικό συρίγγιο του περιφερικού τμήματος του εντέρου [2,6]. Στους όγκους που εντοπίζονται στο αριστερό κόλον υπάρχει μεγάλη διχογνωμία για το εάν η επέμβαση θα πρέπει να γίνεται σε ένα, δύο ή τρία στάδια. Παρά τις διαφωνίες για την εγχειρητική στρατηγική όλοι συμφωνούν ότι ο όγκος θα πρέπει να εκτέμνεται κατά την αρχική επέμβαση [2]. Η καθυστέρηση της εκτομής του όγκου έχει συσχετιστεί με χειρότερα αποτελέσματα ως προς την επιβίωση [15]. Η στρατηγική μετά την εκτομή μπορεί να είναι: α) πρωτογενής αναστόμωση, β) αναστόμωση με προφυλακτική κολοστομία, γ) εκτομή του όγκου και κολοστομία του κεντρικού τμήματος που συγκλείεται μετά από δύο μήνες (επέμβαση τύπου Hartman). Στην αντιμετώπιση της διάτρησης η δημιουργία κεντρικότερης στομίας δίκην δίκαννου και η παροχέτευση της περιοχής της ρήξης δεν φαίνεται να έχει ένδειξη σε σχέση με την απόφραξη. Μια άλλη επέμβαση που αποτελεί σημείο συζήτησης στη χειρουργική κοινότητα για όγκους του αριστερού κόλου κυρίως είναι η υφολική κολεκτομή με ειλεοορθική αναστόμωση. Η υφολική κολεκτομή έχει το πλεονέκτημα ότι συναφereίται το σύνολο του παχέος εντέρου που μπορεί να περιέχει και άλλους σύγχρονους όγκους. Συνιστάται κυρίως σε όγκους που εντοπίζονται αριστερά και προκαλούν απόφραξη με κεντρικότερη διάτρηση, διότι το σύνολο του εντέρου είναι σε διάταση και φέρει ισχαιμικές αλλοιώσεις. Επειδή είναι πιο χρονοβόρα δε συνιστάται σε ασθενείς που είναι ασταθείς [2,6,16]. Μετεγχειρητικά, η υφολική κολεκτομή συσχετίζεται με αυξημένα ποσοστά διαρροϊκών κενώσεων, τα οποία όμως περιορίζονται εάν κατά την επέμβαση αφαιρεθούν λιγότερα από 10cm

τελικού ειλεού και αφεθούν πάνω από 10cm ορθού [2]. Τέλος, σημείο αντιπαράθεσης αποτελεί και το ένα θα πρέπει να γίνεται διεγχειρητικά έκπλυση του εντερικού αυλού. Στους όγκους στο δεξιό κόλον δε συνιστάται, ενώ στο αριστερό κόλον γίνεται εφόσον το επιτρέπει η γενική κατάσταση του ασθενούς και θα πραγματοποιηθεί πρωτογενής αναστόμωση [2,6,9].

Κατά τη διάρκεια της επείγουσας κολεκτομής θα πρέπει να τηρούνται οι βασικές ογκολογικές αρχές της χειρουργικής του παχέος εντέρου, όπως επαρκή όρια εκτομής, ελάχιστοι διεγχειρητικοί χειρισμοί του όγκου, υψηλή απολίνωση των αγγείων και επαρκής λεμφαδενικός καθαρισμός [2]. Η θνητότητα στους διατρηθέντες όγκους του εντέρου είναι έως 4 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με τους όγκους χωρίς επιπλοκές. Λόγω της πτωχότερης επιβίωσης το *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)* συνιστά την *adjuvant* χημειοθεραπεία στους εντοπισμένους όγκους με διάτρηση ανεξάρτητα από το παθολογοανατομικό στάδιο της τοπικο-περιοχικής νόσου [9].

Πρόγνωση

Η πρόγνωση των ασθενών με ορθοκολικό καρκίνο και διάτρηση εξακολουθεί να παραμένει πτωχή. Η περιεγχειρητική θνητότητα είναι 15-20%, ενώ η νοσηρότητα 40-50% [6]. Τα υψηλά αυτά ποσοστά δεν οφείλονται μόνο στην επείγουσα κατάσταση της διάτρησης (συνοδός σήψη) και το γεγονός ότι είναι ασθενείς υψηλού εγχειρητικού κινδύνου, αλλά και στην κακή φυσική κατάσταση και θρέψη του ασθενούς κατά την εισαγωγή και τα συνοδά χρόνια προβλήματα που έχει ο ασθενής (υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, αναπνευστικές και καρδιολογικές παθήσεις) [6]. Ο *Alvarez και συνεργάτες* αναγνώρισαν ως ανεξάρτητους παράγοντες που επηρεάζουν τη θνητότητα και νοσηρότητα την ηλικία του ασθενούς (> 70 έτη), το υψηλό ASA score (>III) και APACHE II score (>8) και την ανάγκη για περιεγχειρητική μετάγγιση του ασθενούς [15]. Όλοι αυτοί οι παράγοντες έχουν επίπτωση στην περιεγχειρητική κυρίως περίοδο. Όμως και η πενταετής επιβίωση και το διάστημα ελεύθερο από την νόσο είναι στατιστικά μικρότερα σε σχέση με τα αντίστοιχα ασθενών που υποβλήθηκαν προγραμματισμένα σε κολεκτομή. Αυτό οφείλεται καταρχήν στο γεγονός ότι ο ορθοκολικός καρκίνος που παρουσιάζεται με επιπλοκή, όπως η διάτρηση, είναι σε προχωρημένο στάδιο: οι περισσότεροι όγκοι είναι T4, η συχνότητα απομακρυσμένων μεταστάσεων είναι μεγαλύτερη, ενώ και τα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά που συσχετίζονται με κακή πρόγνωση (αγγειακή και λεμφαγγειακή διήθηση, περινευρική διήθηση, grade) εμφανίζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα [9]. Ένα δεύτερο γεγονός είναι ότι στην επείγουσα χειρουργική του ορθοκολικού καρκίνου οι R0 εκτομές είναι λιγότερες. Αυτό οφείλεται στην έκταση της νόσου και τις τοπικές συνθήκες κατά την επέμβαση (π.χ γενικευμένη περιτονίτιδα, δυσχερής αναγνώριση εγχειρητικού πλάνου), στην πίεση του χρόνου και τις τεχνικές δυσκολίες για την εκτέλεση μιας ορθά ογκολογικά εκτομής, αλλά και στο γεγονός ότι οι επείγουσες επεμβάσεις εκτελούνται από ένα ευρύτερο φάσμα χειρουργών που δεν έχουν όλοι την ανάλογη εμπειρία στην χειρουργική του παχέος εντέρου και τις ογκολογικές της αρχές [6, 9]. Η διάτρηση ενέχει θεωρητικά τον κίνδυνο διασποράς καρκινικών κυττάρων στην περιτοναϊκή κοιλότητα και την αύξηση των τοπικών υποτροπών και αποτελεί σημείο αντιπαράθεσης για το εάν αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα. Μερικοί ερευνητές κατέδειξαν ότι η διάτρηση δεν αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα της επιβίωσης και της υποτροπής διότι σε

όγκους με παρόμοια χαρακτηριστικά (T4 /N+) η πενταετής επιβίωση ήταν παρόμοια [9, 16].

Οι ασθενείς που χειρουργούνται εκτάκτως λόγω επιπλοκών από τον ορθοκολικό καρκίνο σε σχέση με τους αντίστοιχους που χειρουργούνται προγραμματισμένα είναι συνήθως μεγαλύτεροι στην ηλικία, γυναίκες (ιδίως χήρες) και χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (π.χ μειονότητες) [2, 9]. Έχουν προταθεί διάφορα πρωτόκολλα παρακολούθησης του πληθυσμού για screening με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση, όπως η μικροσκοπική εξέταση κοπράνων για ανεύρεση αίματος που προτάθηκε από τον *Goodyear και συνεργάτες* [17] ή η προληπτική ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου που προτάθηκε από τον *Amri και συνεργάτες* [18]. Παρόλα αυτά ένα μεγάλο ποσοστό του ορθοκολικού καρκίνου (20-25%) εξακολουθεί να διαγιγνώσκεται για πρώτη φορά λόγω επείγουσας κλινικής κατάστασης.

Συμπεράσματα

Η επείγουσα χειρουργική στον ορθοκολικό καρκίνο παραμένει σε υψηλά ποσοστά (20-30%) και συσχετίζεται με αυξημένη θνητότητα και νοσηρότητα και με υψηλότερο κόστος νοσηλείας.

Η εκτομή του όγκου θα πρέπει να γίνεται κατά την αρχική επέμβαση ακολουθώντας τις ογκολογικές αρχές όταν το επιτρέπει η κατάσταση του ασθενούς.

Πρέπει να δοθεί έμφαση στην πρόληψη και ενημέρωση, ιδίως στις ομάδες υψηλού κινδύνου (χαμηλό οικονομικο-κοινωνικό status) για πρόωμη διάγνωση και αντιμετώπιση ώστε να μειωθούν οι επείγουσες κολεκτομές στον ορθοκολικό καρκίνο.

Βιβλιογραφία

1. Sussman JJ. Surgical emergencies in the cancer patient. In: Norton JA, editor. Surgery: basic science and clinical evidence. New York: Springer-Verlag; 2007. p. 2117.
2. Cuffy M, Abir F, Audisio RA, Longo WE. Colorectal cancer presenting as surgical emergencies. Surg Oncol. 2004; 13(2-3):149-57.
3. Crowder VH Jr, Cohn I Jr. Perforation in cancer of the colon and rectum. Dis Colon Rectum 1967; 10:415-20.
4. Chen HS, Sheen-Chen SM. Obstruction and perforation in colorectal adenocarcinoma: an analysis of prognosis and current trends. Surgery 2000; 127(4):370-6.
5. Mandava N, Kumar S, Pizzi WF, Aprile IJ. Perforated colorectal carcinomas. Am J Surg 1996;172:236.
6. Schwenter F, Morel P, Gervaz P. Management of obstructive and perforated colorectal cancer. Expert Rev Anticancer Ther. 2010; 10(10):1613-9.
7. Scott NA, Jeacock J, Kingston RD. Risk factors in patients presenting as an emergency with colorectal cancer. British Journal of Surgery 1995;82(3):321-3.
8. Barnett A1, Cedar A, Siddiqui F, Herzig D, Fowlkes E, Thomas CR Jr. Colorectal cancer emergencies. J Gastrointest Cancer. 2013; 44(2):132-42.

9. Amri R, Bordeianou LG, Sylla P, Berger DL. Colon cancer surgery following emergency presentation: effects on admission and stage-adjusted outcomes. *Am J Surg*. 2015; 209(2):246-53.
10. Kesisoglou I, Pliakos I, Sapalidis K, et al. Treatment of complicated colorectal cancer in the elderly. Should the surgical procedure be influenced by the factor 'age'? *Eur J Cancer Care (Engl)* 2010;19:820.
11. Pramateftakis MG, Kanellos I. Progress in rectal cancer staging and treatment. *Tech Coloproctol*. 2010; 14:s29-31.
12. Edna T, Bjerkeset T. Perioperative blood transfusions reduce long-term survival following surgery for colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1998; 41(4):451-9.
13. Kingston RD, Jeacock J, Walsh SH. Physical status is the principal determinant of outcome after emergency admission of patients with colorectal cancer. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 1993;75(5):335-8.
14. Runkel NS, Schlag PM, Schwarz V, Herfath C. Outcome after emergency surgery for cancer of the large intestine. *British Journal of Surgery* 1991;78(2):183-8.
15. Aldridge MC, Phillips RK, Hittinger R, Fry JS, Fielding LP. Influence of tumor site on presentation, management and subsequent outcome in large bowel cancer. *British Journal of Surgery* 1986; 73(8):663-70.
16. Alvarez JA, Baldonado RF, Bear IG, Truán N, Pire G, Alvarez P. Presentation, treatment, and multivariate analysis of risk factors for obstructive and perforative colorectal carcinoma. *Am. J. Surg*. 2005; 190: 376-382.
17. Goodyear SJ, Leung E, Menon A, et al. The effects of population based faecal occult blood test screening upon emergency colorectal cancer admissions in Coventry and north Warwickshire. *Gut* 2008; 57:218-22.
18. Amri R, Bordeianou LG, Sylla P, et al. Impact of screening colonoscopy on outcomes in colon cancer surgery. *JAMA Surg* 2013;148: 747-54.



Επιπλακέν καρκίνωμα του παχέος εντέρου:

“Ειλεός και εγχειρητική τακτική”

Κωνσταντίνος Σαπαλίδης

Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής

Γ' Χειρουργική Κλινική, ΑΧΕΠΑ Π.Γ.Ν.Θ.,

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

I. Εισαγωγή ¹

Ως ειλεός ή απόφραξη του εντέρου ορίζεται η αδυναμία προώθησης του περιεχομένου του.

Ο ειλεός είναι επιπλοκή του καρκίνου του παχέος εντέρου και, ανάλογα με το βαθμό απόφραξης, διακρίνεται σε πλήρη ή ατελή.

Όσον αφορά την χρονική εγκατάσταση της πάθησης διακρίνεται σε οξεία απόφραξη όταν εγκαθίσταται σε μικρό χρονικό διάστημα ή χρόνια απόφραξη με προοδευτική εμφάνιση της νόσου.

Η απόφραξη του εντέρου (ειλεός) είναι συχνό σύμπτωμα σε καρκίνους του αριστερού τμήματος του παχέος εντέρου (σιγμοειδές και ορθό).

Η συχνότητα εμφάνισης ειλεού λόγω καρκίνου παχέος εντέρου ανέρχεται στο 65% και η οξεία απόφραξη ως πρώτο σύμπτωμα αγγίζει το 10% με ανάγκη για επείγον χειρουργείο και δυσμενή πρόγνωση για τον ασθενή. Η επίδραση του ειλεού είναι σημαντική στην πρόγνωση του ασθενή όχι μόνο από τα προβλήματα που δημιουργεί, αλλά και γιατί είναι εκδήλωση προχωρημένης νόσου.

II. Συμπτωματολογία- Κλινική Εξέταση²

Τα πρώτα συμπτώματα είναι η ναυτία ή έμετοι, τροφώδεις στην αρχή, με εντερικό περιεχόμενο αργότερα και στο τέλος κοπρανώδεις όσο περιφερικότερα εντοπίζεται η απόφραξη.

Διάρροια ή ψευδοδιάρροιες παρατηρούνται σε περίπτωση ατελούς απόφραξης. Έντονος κοιλιακός πόνος με κολικοειδή χαρακτήρα, αναστολή αποβολής αερίων και κοπράνων είναι σημεία πλήρους απόφραξης.

Στη φυσική εξέταση η κοιλιά είναι μετωρισμένη, με τυμπανικότητα στην επίκρουση, μεταλλικούς ήχους στην ακρόαση, πολλές φορές γίνεται αντιληπτή μάζα κατά την ψηλάφηση της κοιλίας και ευαισθησία τοπική ή διάχυτη (περιτονίτιδα).

Η δακτυλική εξέταση μπορεί να είναι θετική για αίμα.

Σε καθυστερημένη αντιμετώπιση τα συμπτώματα μεταπίπτουν σε σηπτικά φαινόμενα (πτώση πίεσης, ταχυκαρδία, εφίδρωση) και απειλή για τη ζωή του ασθενή εάν δεν αντιμετωπιστεί άμεσα.

III. Ακτινολογική απεικόνιση^{3,4}

Η διαγνωστική προσέγγιση αρχίζει με την απλή ακτινογραφία κοιλίας σε όρθια θέση ή ύπτια. Είναι χαρακτηριστική η *εικόνα κορνίζας* που πλαισιώνει την περιτοναϊκή κοιλότητα σε περίπτωση απόφραξης του παχέος εντέρου. Η αξονική τομογραφία δείχνει με λεπτομέρεια το σημείο και το αίτιο του ειλεού, παρέχοντας στον χειρουργό πολύτιμες πληροφορίες για την κατάσταση του εντέρου και της περιτοναϊκής κοιλότητας, στοιχεία απαραίτητα για την περαιτέρω χειρουργική στρατηγική και αντιμετώπιση.

Η χορήγηση γαστρογραφίνης μπορεί να αναδείξει το σημείο της απόφραξης.

IV. Αντιμετώπιση

A. Συντηρητική προσέγγιση⁵

Η αντιμετώπιση στην αρχή είναι συμπτωματική. Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα (Levin) για αποσυμφόρηση του πεπτικού σωλήνα, τοποθέτηση συνήθως κεντρικού φλεβικού καθετήρα για χορήγηση υγρών, αντιβιοτικών ευρέως φάσματος, παρεντερικής διατροφής, τοποθέτηση ουροκαθετήρα και χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους.

Στην συντηρητική αντιμετώπιση από το 1990 χρησιμοποιούνται αυτοδιατεινόμενες, μεταλλικές ενδοπροθέσεις (stent).⁶ Τοποθετούνται ενδοσκοπικά με επιτυχία που αγγίζει το 90-95% και εξαρτάται από την εμπειρία του ενδοσκοπού. Στόχος είναι η σταθεροποίηση του ασθενή με σκοπό τη χειρουργική αντιμετώπιση στη συνέχεια.

Σε πολυκεντρική μελέτη βρέθηκε υψηλότερο ποσοστό επιτυχούς πρώιμης αναστόμωσης μετά προηγηθείσα εφαρμογή stent, αλλά η συχνότητα σιωπηλής διάτρησης ανέρχεται στο 14%.

B. Χειρουργική προσέγγιση^{7,8}

Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι αυτή που θα δώσει τη λύση στο πρόβλημα του ασθενή. Ο χρόνος που παρήλθε από την έναρξη των συμπτωμάτων και τα κλινικά – εργαστηριακά ευρήματα είναι εκείνα που θα οδηγήσουν τον χειρουργό, τότε θα επέμβει για τη λύση του ειλεού. Στοιχεία όπως η ηλικία, συνοδές παθήσεις και γενικότερα η κατάσταση του ασθενή είναι σημαντικοί παράγοντες στην πρόγνωση της νόσου. Μετά το πρώτο 24ωρο από την έναρξη των συμπτωμάτων η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η απόλυτα ενδεδειγμένη και η περαιτέρω καθυστέρηση είναι επιβαρυντικός παράγοντας για τον ασθενή.

Χειρουργική στρατηγική

Απόφραξη του δεξιού κόλου

Οι εναλλακτικές χειρουργικές τακτικές σε αυτή την περίπτωση είναι:

1. Δεξιά ημικολεκτομή και αναστόμωση
2. Ειλεοεγκάρσια παράκαμψη (bypass), με μόνη ένδειξη το ανεγχείρητο του όγκου.

Στις περισσότερες περιπτώσεις και σχεδόν πάντοτε είναι εφικτή η εκτομή του όγκου, δεξιά ημικολεκτομή και αναστόμωση.

Συνοδεύεται από επιπλοκές με κυριότερη τη διαφυγή από την αναστόμωση σε ποσοστό 5-15%.

Απόφραξη του εγκαρσίου

Σ'αυτή την περίπτωση είναι πιο ξεκάθαρη η στρατηγική και η ενδεδειγμένη τεχνική είναι η εκτεταμένη δεξιά κολεκτομή και αναστόμωση του τελικού ειλεού με το κατιόν κόλον.

Απόφραξη του αριστερού κόλου⁹

Υπήρξε διαφωνία στο παρελθόν μεταξύ της αριστερής κολεκτομής με κολοστομία στον ίδιο χειρουργικό χρόνο και την αμιγώς κολοστομία χωρίς κολεκτομή.

Τελικά επικράτησε η κολεκτομή και κολοστομία (Hartmann) σε πρώτο χρόνο και αποκατάσταση της συνέχειας του παχέος εντέρου μετά από 2-3 μήνες.

Τελευταία επιχειρείται τυπική αριστερή κολεκτομή και άμεση αναστόμωση. Απαιτείται για τη διενέργεια αυτής καθαρισμός του εντέρου εντός του χειρουργείου, συνήθως διενεργείται σκωληκοειδεκτομή και από την από την βάση της σκωληκοειδούς διενεργείται διεγχειρητική έκπλυση του παχέος εντέρου. Απαραίτητη κρίνεται σε αυτή την τεχνική διενέργεια προφυλακτικής κολοστομίας ή ειλεοστομίας. Σε κάθε περίπτωση τα ποσοστά επιπλοκών είναι αυξημένα και φθάνουν >20%, με κύρια επιπλοκή τη διαφυγή από την αναστόμωση.

Σε πολυκεντρική μελέτη του 2013 σε 743 ασθενείς, που υποβλήθηκαν σε επείγουσα επέμβαση εξαιτίας απόφραξης προτιμήθηκε σε 57,9% χειρουργείο σε ένα στάδιο, 11,7% αναστόμωση με προστατευτική στομία και 30,4% Hartmann, ενώ δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στη θνητότητα και θνησιμότητα. Απαραίτητη προϋπόθεση η εκτέλεση της εγχείρησης από χειρουργούς με εμπειρία και εξιδείκευση στη χειρουργική του παχέος εντέρου.

Σε άλλη εργασία του 2008 βρέθηκε ότι η επέμβαση Hartmann είναι ασφαλέστερη της αναστόμωσης, ακόμη και εάν διενεργηθεί από χειρουργούς μικρότερης εμπειρίας και εξιδείκευσης στη χειρουργική του παχέος εντέρου. Όμως προϋποθέτει την εκτέλεση και δεύτερου χειρουργείου, ενώ όπως αποδεικνύεται, το 20%-40% των στομιών δεν αντιστρέφονται και παραμένουν, με σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Επίσης σε προοπτική Βρετανική μελέτη, από 3970 στομίες, το 34% χαρακτηρίστηκαν προβληματικές εντός 3 εβδομάδων από το χειρουργείο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Platell, C. The evolving management of mechanical large bowel obstruction. *ANZ journal of surgery* 72, 80-81 (2002).
2. Cappell, M. S. & Batke, M. Mechanical obstruction of the small bowel and colon. *The Medical clinics of North America* 92, 575-597, viii, doi:10.1016/j.mcna.2008.01.003 (2008).
3. Maddu, K. K. *et al.* Colorectal emergencies and related complications: a comprehensive imaging review--noninfectious and noninflammatory emergencies of colon. *AJR. American journal of roentgenology* 203, 1217-1229, doi:10.2214/ajr.13.12323 (2014).

4. Kim, S. W., Shin, H. C., Kim, I. Y., Kim, Y. T. & Kim, C. J. CT findings of colonic complications associated with colon cancer. *Korean journal of radiology* 11, 211-221, doi:10.3348/kjr.2010.11.2.211 (2010).
5. Dolan, E. A. Malignant bowel obstruction: a review of current treatment strategies. *The American journal of hospice & palliative care* 28, 576-582, doi:10.1177/1049909111406706 (2011).
6. Gianotti, L. *et al.* A prospective evaluation of short-term and long-term results from colonic stenting for palliation or as a bridge to elective operation versus immediate surgery for large-bowel obstruction. *Surgical endoscopy* 27, 832-842, doi:10.1007/s00464-012-2520-0 (2013).
7. Ng, H. J., Yule, M., Tsoon, M., Binnie, N. R. & Aly, E. H. Current outcomes of emergency large bowel surgery. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 97, 151-156, doi:10.1308/003588414x14055925059679 (2015).
8. Lohsiriwat, V. Enhanced recovery after surgery vs conventional care in emergency colorectal surgery. *World journal of gastroenterology : WJG* 20, 13950-13955, doi:10.3748/wjg.v20.i38.13950 (2014).
9. Krstic, S. *et al.* Hartmann's procedure vs loop colostomy in the treatment of obstructive rectosigmoid cancer. *World journal of emergency surgery : WJES* 9, 52, doi:10.1186/1749-7922-9-52 (2014).
10. Pramateftakis MG, Psomas S, Kanellos I. Large bowel obstruction due to endometriosis. *Tech Coloproctol.* 2010;14:s87-9.
11. Pramateftakis M.G., Kanellos I. Progress in rectal cancer staging and treatment. *Tech Coloproctol.* 2010;14:s29-31.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Μ.Γ. Πραματευτάκης

Senior colorectal fellow Guys' and St Thomas Hospital, Kings College London

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο τρίτος συχνότερος από τους κακοήθεις όγκους και η τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου εξαιτίας καρκίνου στο λεγόμενο δυτικό κόσμο. Κάθε έτος εμφανίζονται περίπου 150.000 νέα περιστατικά καρκίνου του παχέος εντέρου. Το 10-30% των περιπτώσεων διαγιγνώσκονται και αντιμετωπίζονται επειγόντως εξαιτίας επιπλοκών του ορθοκολικού καρκίνου όπως είναι η αιμορραγία, η απόφραξη και η διάτρηση.

Οι επιπλοκές του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι ο ειλεός, η μαζική αιμορραγία και η διάτρηση.

Ο ειλεός είναι η συχνότερη επιπλοκή που προκαλεί ένας όγκος του παχέος εντέρου και οφείλεται σε απόφραξη του αυλού του. Τα συμπτώματα είναι κωλικοειδή άλγη, ναυτία, έμετοι και αναστολή αποβολής αερίων και κοπράνων.

Η εμφάνιση ειλεού είναι δυσμενής παράγοντας στην πρόγνωση του ασθενούς όχι μόνο από τα προβλήματα που δημιουργεί, αλλά και διότι είναι εκδήλωση προχωρημένης νόσου.

Η οξεία αιμορραγία είναι σχετικά σπάνια αλλά η μεγάλη απώλεια αίματος μπορεί να οδηγήσει σε ολιγαϊμική καταπληξία.

Η διάτρηση ως πρώτη εκδήλωση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι επίσης σπάνια και συχνότητά της κυμαίνεται από 2.6-10%. Η διάτρηση οφείλεται στην επέκταση του όγκου που τελικά διαβρώνει το τοίχωμα του κόλου.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Amri R, Bordeianou LG, Sylla P, et al. Impact of screening colonoscopy on outcomes in colon cancer surgery. *JAMA Surg* 2013;148: 747–54.
2. Amri R, Bordeianou LG, Sylla P, Berger DL. Colon cancer surgery following emergency presentation: effects on admission and stage-adjusted outcomes. *Am J Surg*. 2015;209:246-53.
3. Barnett A1, Cedar A, Siddiqui F, Herzig D, Fowlkes E, Thomas CR Jr. Colorectal cancer emergencies. *J Gastrointest Cancer*. 2013;4:132-42.
4. Maddu, K. K. *et al.* Colorectal emergencies and related complications: a comprehensive imaging review--noninfectious and noninflammatory emergencies of colon. *AJR. American journal of roentgenology* 2014;203:1217-1229, doi:10.2214/ajr.13.12323.
5. Pramateftakis MG, Psomas S, Kanellos I. Large bowel obstruction due to endometriosis. *Tech Coloproctol*. 2010;14:s87-9.
6. Pramateftakis M.G., Kanellos I. Progress in rectal cancer staging and treatment. *Tech Coloproctol*. 2010;14:s29-31.
7. Schwenter F, Morel P, Gervaz P. Management of obstructive and perforated colorectal cancer. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2010;10:1613-9.

8. Tong GX, Chai J, Cheng J, Xia Y, Feng R, Zhang L, Wang DB. [Diagnostic value of rectal bleeding in predicting colorectal cancer: a systematic review](#). Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15:1015-21.

ΕΠΙΠΛΑΚΕΝ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Μαζική αιμορραγία

Ε. Κωτίδης

Λέκτορας Χειρουργικής Α.Π.Θ.

Το ορθοκολικό καρκίνωμα αποτελεί την τρίτη συχνότερη κακοήθη νόσο και την τρίτη συχνότερη καρκινική αιτία θανάτου. Η επίπτωση του καρκινώματος του κόλου έχει αυξηθεί σημαντικά. Υπολογίζεται ότι το 2010 εμφανίστηκαν 102.900 περιστατικά καρκινώματος του κόλου και 39,670 νέα περιστατικά καρκινώματος του ορθού. Κατά συνέπεια, η επίπτωση του καρκινώματος του κόλου ξεπερνά αυτήν του ορθού αλλάζοντας το επιδημιολογικό προφίλ της νόσου. Οι οξείες επιπλοκές του ορθοκολικού καρκινώματος (αιμορραγία, απόφραξη, διάτρηση) αποτελούν συχνές επείγουσες χειρουργικές καταστάσεις. Η οξεία αιμορραγία αποτελεί τη λιγότερο συχνή από τις επιπλοκές του ορθοκολικού καρκίνου.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η αιμορραγία λόγω ορθοκολικού καρκινώματος μπορεί να εκδηλωθεί είτε ως χρόνια αναιμία είτε ως οξεία απώλεια αίματος που μπορεί να φτάσει μέχρι σημείου μεθαιμορραγικής καταπληξίας. Η μαζική ταχεία και/η επίμονη απώλεια αίματος μπορεί να οδηγήσει σε οξεία περιφερική κυκλοφορική ανεπάρκεια. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ζάλη, αδυναμία, δυσφορία, ναυτία, δίψα, εφίδρωση, ωχροό δέρμα, αίσθημα παλμών, νηματοειδή σφυγμό, μειωμένη τριχοειδική επαναπλήρωση, διαταραχές συνείδησης μέχρι συγκοπή. Πιο ευαίσθητοι στην εκδήλωση κυκλοφορικής κατέρρευσης είναι οι ηλικιωμένοι λόγω μειωμένων εφεδρειών.

Η τιμή της αιμοσφαιρίνης, ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων και η τιμή του αιματοκρίτη αποτελούν αξιόπιστο δείκτη σε περιπτώσεις χρόνιας αιμορραγίας αλλά δεν μεταβάλλονται σημαντικά στα πρώιμα στάδια μετά από μαζική αιμορραγία. Αυτό οφείλεται στη δράση αντιρροπιστικών μηχανισμών όπως η περιφερική αγγειοσύσπαση και η ανακατανομή των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Με την μετακίνηση όμως σημαντικού όγκου υγρών από τον τρίτο χώρο προκειμένου να αναπληρωθεί ο όγκος πλάσματος που χάθηκε, η τιμή της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη μειώνεται λόγω αιμοαραίωσης. Η αντιρόπηση αυτή διαρκεί από λίγες ώρες μέχρι αρκετές ημέρες μετά από μαζική αιμορραγία. Κατά μέσο όρο, το μέγιστο της αιμοαραίωσης συμβαίνει 36 ώρες μετά την αιμορραγία. Ταυτόχρονα ενεργοποιείται το αιμοποιητικό σύστημα για ταχύτερη αναπλήρωση των απωλειών.

Η αιμορραγία από ορθοκολικό καρκίνωμα μπορεί να προκαλέσει προνεφρική αζωθαιμία, κατακράτηση δηλαδή αζώτου λόγω της παροδικής μείωσης της νεφρικής ροής αίματος και του ρυθμού σπειραματικής διήθησης. Η τιμή του αζώτου ουρίας (BUN) μειώνεται ταχύτατα και επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα μετά την αποκατάσταση του κυκλοφορούντα όγκου αίματος. Κλινικά εκδηλώνεται με

ολιγουρία ή ανουρία (ONA) που οφείλονται σε σωληναριακή νέκρωση λόγω της μαζικής απώλειας αίματος.

Οι περισσότεροι ασθενείς με οξεία αιμορραγία εκδηλώνουν ήπια πυρετική κίνηση εντός 24 ωρών, που μπορεί να διαρκέσει από λίγες ημέρες έως μια εβδομάδα, και οφείλεται στην απορρόφηση πυρετογόνων προϊόντων πρωτεόλυσης του αίματος αλλά και σε δυσλειτουργία του θερμορρυθμιστικού κέντρου λόγω υποογκαιμίας, αναιμίας και κυκλοφορικής ανεπάρκειας.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα βοηθάει στον αποκλεισμό ενεργού αιμορραγίας από τον στόμαχο. Η ενδοσκόπηση τόσο του ανωτέρου πεπτικού όσο και του κατώτερου πεπτικού σωλήνα αποτελεί σήμερα τη διαγνωστική μέθοδο επιλογής σε ασθενείς με αιμορραγία από το ορθό. Επιτρέπει την αναγνώριση της εστίας της αιμορραγίας, την διαπίστωση της φύσης της βλάβης, τη βαρύτητάς της, ενώ ταυτόχρονα επιτρέπει τη λήψη υλικού βιοψίας για ιστολογική εξέταση και την εφαρμογή μέτρων αιμόστασης ή και οριστικού ελέγχου της αιμορραγίας.

Εναλλακτικά, επί αδυναμίας εντοπισμού της αιμορραγίας με ενδοσκόπηση μπορεί να γίνει εκλεκτική αγγειογραφία της άνω μεσεντερίου, της κοιλιακής ή της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας. Απαραίτητη προϋπόθεση η αιμορραγία να ξεπερνάει τα 0,5ml/min ώστε να είναι δυνατή η απεικόνιση της ενδοαυλικής συλλογής του σκιαστικού, εξασφαλίζοντας υψηλή ευαισθησία της μεθόδου που φτάνει το 77%. Επιπλέον της ικανότητας διάγνωσης της εστίας της αιμορραγίας, κατά την εκλεκτική αγγειογραφία μπορούν να χορηγηθούν τοπικά είτε αγγειοσυσπαστικά φάρμακα είτε παράγοντες εμβολισμού που μπορούν να επιτύχουν μόνιμη αιμόσταση. Τέλος, μετά τον έλεγχο της αιμορραγίας είναι δυνατή η έγχυση κυανού του μεθυλενίου ή η εισαγωγή οδηγού σύρματος που θα διευκολύνουν τον εντοπισμό της βλάβης κατά τη χειρουργική διερεύνηση που θα ακολουθήσει.

Το σπινθηρογράφημα κοιλίας με χορήγηση αυτόλογων ερυθρών αιμοσφαιρίων επισημασμένων με ραδιενεργό τεχνητό (99mTc) μπορεί να ανιχνεύσει χρόνιες μικροαιμορραγίες, ιδιαίτερα διαλείπουσες αιμορραγίες, καθώς ο ασθενής μπορεί να υποβληθεί σε επανειλημμένες λήψεις ακόμη και 36 ώρες μετά τη χορήγηση των επισημασμένων ερυθρών. Με τον τρόπο αυτό εντοπίζονται περιοχές με υψηλή συγκέντρωση του ραδιοφαρμάκου. Η ακρίβεια, βέβαια, εντοπισμού της εστίας της αιμορραγίας είναι πού περιορισμένη.

Ο απεικονιστικός έλεγχος με υπερηχογράφημα κοιλίας μπορεί να αναδείξει την παρουσία χωροκατακτητικής βλάβης του τοιχώματος του εντέρου. Σε έδαφος αιμορραγίας εμφανίζεται υποηχοϊκή μάζα εντός της υπερηχοϊκής περιοχής του όγκου, μολονότι τα όρια μεταξύ τους δεν είναι σαφή. Η αξονική τομογραφία μπορεί να αναδείξει με μεγαλύτερη ακρίβεια την βλάβη του εντερικού τοιχώματος, το βάθος διήθησης του εντερικού τοιχώματος, την παρουσία διογκωμένων επιχώριων λεμφαδένων και την παρουσία περιτοναϊκών εμφυτεύσεων ή ηπατικών μεταστάσεων.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει την αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού, την χρήση αλάτων βισμούθιου, σιδήρου ή άλλων σκευασμάτων ή τροφών που προκαλούν σκούρα κόπρανα. Ορισμένοι ασθενείς με μαζική αιμορραγία από καρκίνωμα του κόλου μπορεί να εκδηλώσουν συμπτώματα κυκλοφορικής κατέρριψης πριν την εμφάνιση αιμορραγικών κενώσεων. Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να ελέγχονται

ενδεδεγώς και για άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως το σύνδρομο του τοξικού σοκ, αναφυλακτικό σοκ, καρδιογενές σοκ, οξεία νεκρωτική αιμορραγική παγκρεατίτιδα, ρήξη εξωμητρίου κύησης, σποραδική ή τραυματική ρήξη ήπατος ή σπληνός, ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής ή ενδοθωρακική αιμορραγία.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Εάν ο ασθενής εμφανίζει συχνές κενώσεις με μαλακά σκουρόχρωμα κόπρανα και αυξημένο εντερικό περισταλτισμό, ενώ ταυτόχρονα τα σημεία περιφερικής κυκλοφορικής ανεπάρκειας δεν έχουν βελτιωθεί, ή βελτιώθηκαν προσωρινά αλλά επιδεινώθηκαν εκ νέου παρά την εντατική ανάνηψη με υγρά και τη μετάγγιση αίματος, η αιμορραγία κρίνεται συνεχιζόμενη ή υποτροπιάζουσα και πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Η απώλεια έως 400 ml αίματος συνήθως γίνεται καλά ανεκτή και δεν προκαλεί κανένα σύμπτωμα. Αν όμως η απώλεια αίματος ξεπεράσει τα 500ml ή ο ρυθμός απώλειας αίματος είναι υψηλός (αρτηριακή αιμορραγία) ο ασθενής εμφανίζει ζάλη, δυσφορία, ταχυκαρδία και υπόταση. Η εκτίμηση του απολεσθέντος όγκου αίματος σε ασθενή με αιμορραγία κατωτέρου πεπτικού γίνεται αποκλειστικά με βάση την κλινική του εικόνα και την δυναμική παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης και των σφύξεών του. Σε ασθενείς με σοβαρή αιμορραγία μπορεί να απαιτηθεί η μετάγγιση έως 1,5lt αίματος εντός 3 ωρών για τον έλεγχο του σοκ.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ

Η αρχική αντιμετώπιση ενός ασθενούς με μαζική αιμορραγία κατωτέρου πεπτικού περιλαμβάνει την διασφάλιση επαρκούς ενδοφλέβιας πρόσβασης για χορήγηση υγρών, την ταχεία χορήγηση κρυσταλλοειδών ή κολλοειδών διαλυμάτων για τον έλεγχο του σοκ, την ταχεία διασταύρωση και μετάγγιση αίματος (ανάλογα με τις εκτιμώμενες απώλειες). Η προσπάθεια ενδοσκοπικής και ενδοσκοπικής αιμόστασης αποτελεί την ευρύτερα αποδεκτή μέθοδο εκλογής. Η ενδοσκοπική αιμόσταση σε ασθενείς με ορθοκολικό καρκίνωμα μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση αγγειοσυσπαστικών και αιμοστατικών παραγόντων (νοραδρεναλίνης, θρομβίνης, συγκολλητινών, αιθανόλης) γύρω από την εστία της αιμορραγίας. Επιπλέον μπορεί να γίνει χρήση ηλεκτροδιαθερμίας, μικροκυμάτων, πλάσματος αργού ή μεταλλικών κλιπ για την οριστική αιμόσταση.

Επί αποτυχίας της ενδοσκοπικής αιμόστασης, η εκλεκτική αγγειογραφία όχι μόνο επιτρέπει την εντόπιση της εστίας της αιμορραγίας αλλά και την αποτελεσματική αιμόσταση. Επιπλέον, ως ελάχιστη επεμβατική μέθοδος, είναι κατάλληλη για ασθενείς με βαριά γενική κατάσταση που δεν μπορούν να υποβληθούν σε μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις. Ο χημειοεμβολισμός του αιμορραγούντος αγγείου επιτρέπει τον οριστικό έλεγχο της αιμορραγίας.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Η αδυναμία ελέγχου της αιμορραγίας σε ασθενείς με ξεκάθαρα εντοπισμένη εστία αιμορραγίας αποτελεί ένδειξη για επείγουσα ή εκλεκτική χειρουργική αντιμετώπιση. Σε ασθενείς με εντοπισμένη εστία αιμορραγίας και σταθερή ή βελτιούμενη γενική

κατάσταση αλλά με συνεχιζόμενη αιμορραγία απαιτείται επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση όταν συνυπάρχει εντερική απόφραξη, εγκολεασμός, διάτρηση και/ή οξεία περιτονίτιδα. Εάν έχει ελεγχθεί η αιμορραγία με μη χειρουργικές μεθόδους, τότε προγραμματίζεται εκλεκτική χειρουργική επέμβαση μετά τη βελτίωση της γενικής κατάστασης του ασθενούς. Η γενική αρχή της χειρουργικής θεραπείας είναι η ριζική εκτομή του αιμορραγούντος όγκου σε μία επέμβαση, δεδομένου ότι η αναβολή της εκτομής του όγκου μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. YangXF,PanK.[Diagnosis and management of acute complications in patients with colon cancer: bleeding, obstruction, and perforation.](#) Chin J Cancer Res. 2014 Jun;26(3):331-40. doi: 10.3978/j.issn.1000-9604.2014.06.11. Review.
2. Tong GX, Chai J, Cheng J, Xia Y, Feng R, Zhang L, Wang DB.[Diagnostic value of rectal bleeding in predicting colorectal cancer: a systematic review.](#) Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(2):1015-21. Review.
3. Olde Bekkink M, McCowan C, Falk GA, Teljeur C, Van de Laar FA, Fahey T. Diagnostic accuracy systematic review of rectal bleeding in combination with other symptoms, signs and tests in relation to colorectal cancer. Br J Cancer. 2010 Jan 5;102(1):48-58. doi: 10.1038/sj.bjc.6605426. Epub 2009 Nov 24.
4. Tong GX, Chai J, Cheng J, Xia Y, Feng R, Zhang L, Wang DB. [Diagnostic value of rectal bleeding in predicting colorectal cancer: a systematic review.](#) Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(2):1015-21. Review.
5. Biondo S, Martí-Ragué J, Kreisler E, Parés D, Martín A, Navarro M, Pareja L, JaurrietaE.A prospective study of outcomes of emergency and elective surgeries for complicated colonic cancer. Am J Surg. 2005 Apr;189(4):377-83.
6. Cuffy M, Abir F, Audisio RA, Longo WE. [Colorectal cancer presenting as surgical emergencies.](#) Surg Oncol. 2004 Aug-Nov;13(2-3):149-57. Review.
7. Pramateftakis M.G., Kanellos I. Progress in rectal cancer staging and treatment Tech Coloproctol. 2010;14:s29-31.

