

ιατρικά ανάλεκτα

Τόμος Δ' Τεύχος 21 Ιανουάριος - Οκτώβριος 2022



Αφιέρωμα στις καλοήθεις παθήσεις παχέος εντέρου και πρωκτού (α' μέρος)

ISSN 1790-4045
Τριμηνιαία Έκδοση των Νοσοκομείων του Ομίλου ΥΓΕΙΑ

Διανέμεται δωρεάν

ιατρικά ανάλεκτα



Τριμηνιαία έκδοση των ΥΓΕΙΑ,
ΜΗΤΕΡΑ και ΛΗΤΩ του Ομίλου ΥΓΕΙΑ
ISSN 1790-4045

Επιτροπή Σύνταξης
Ελπιδοφόρος Δουράτσος
Μαιευτράς - Γυναικολόγος,
Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου του ΛΗΤΩ
Ελευθερία Κρικέλη
Παθολόγος, Διευθύντρια
Α' Παθολογικής Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ
Μένη Σακλαμάκη - Κοντού
Νεογνολόγος Παιδίατρος, Διευθύντρια Μονάδας
Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών ΜΗΤΕΡΑ

Διευθυντής Σύνταξης
Δημήτρης Λινός
Χειρουργός, Διευθυντής Χειρουργικής
Κλινικής Ομίλου
(dlinos@hms.harvard.edu)

Βοηθό Διευθυντή Σύνταξης
Ευθύμιος Πούλιος
Χειρουργός ΥΓΕΙΑ
(efthimis.poulios@gmail.com)
Ιωάννης Πατούλης
Χειρουργός του ΥΓΕΙΑ
(ipatoulis@hygeia.gr)

Εμμανουήλ Δ. Παπαδάκης
Ειδικός Παθολόγος του ΥΓΕΙΑ
(e.papadakis@hygeia.gr)

Υπεύθυνη Έκδοσης
Κατερίνα Βασιλάκη
(k.vasilaki@hygeia.gr, τηλ.: 210 6867007)
www.hygeia.gr, www.mitera.gr, www.letto.gr

Εκδότης
Media2day Εκδοτική Α.Ε.

Υπεύθυνος
Χρήστος Ζαρίφης (zarifis@euro2day.gr)

Δημιουργικό
Άντζελα Σοφianoπούλου

Παραγωγή
MEDIA2DAY ΕΚΔΟΤΙΚΗ Α.Ε.
Παπανικολή 50, Χαλάνδρι 15232
Τηλ.: 210 6856120 | fax: 210 6843704

Άρθρα

1016

Πολύποδες παχέος εντέρου
Δρ Παύλος Μπενάκης
Κωνσταντίνος Πλαστουργός

1019

Η επιλογή βιολογικού παράγοντα
στην αντιμετώπιση της νόσου Crohn
Ηλίας Σκοτινιώτης
Αθανάσιος Σιούλας

1022

Ελκώδης κολίτιδα
Αντώνης Νικολόπουλος

1025

Εκκολπωμάτωση και εκκολπωματίτιδα
παχέος εντέρου
Ηλίας Καραϊσκος

1029

Εκκολπωματίτιδα και χειρουργική
αντιμετώπιση
Γεώργιος Πανούσης

1034

Αιμορροϊδοπάθεια
Γεώργιος Γιαννόπουλος

1037

Περιεδρικά και περιορθικά
αποστήματα και συριγγία
Περικλής Χρυσοχέρης

1041

Ο ρόλος της μαγνητικής τομογραφίας
στη χαρτογράφηση των περιεδρικών
συριγγίων
Αθανάσιος Τσόχατζης

1046

Ραγάδα πρωκτού
Παναγιώτης Λαζαρίδης

1051

Πρόπτωση ορθού
Γεώργιος Σωτήριος Πανουσόπουλος
Κωνσταντίνος Μαυραντώνης

1054

Πρόσφατες εξελίξεις στη διαχείριση
της ακράτειας των κοπράνων -
Προκλήσεις και λύσεις
Σπυρίδων Χριστοδούλου

Οδηγίες προς τους συγγραφείς

Τα ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΝΑΛΕΚΤΑ είναι τριμηνιαίο περιοδικό γενικής ύλης και απευθύνεται στους γιατρούς κάθε ειδικότητας. Δεκτά για δημοσίευση είναι άρθρα γραμμένα από γιατρούς των Νοσοκομείων του Ομίλου ΥΓΕΙΑ και από επιστήμονες συναφών επαγγελματιών. Τα άρθρα πρέπει να έχουν επίκαιρο επιστημονικό ενδιαφέρον, να είναι βιβλιογραφικά πλήρως τεκμηριωμένα, σύντομα, μέχρι 1.200 λέξεις, γραμμένα με σαφήνεια, κατανοητά από γιατρούς όλων των ειδικοτήτων, όχι μόνο από τους ειδικούς επί του θέματος που πραγματεύονται. Κύριο κορμό του περιοδικού αποτελούν οι ανακοινώσεις περιπτώσεων, οι σύντομες ανασκοπήσεις, τα επίκαιρα θέματα. Δεκτές, επίσης, διδακτικές απεικονίσεις, κουίζ, δοκιμασίες αυτοελέγχου. Για τη μορφή του άρθρου και την αναγραφή της βιβλιογραφίας παρακαλούνται οι συγγραφείς να συμβουλευθούν προηγούμενα τεύχη του περιοδικού. Όλα τα άρθρα ελέγχονται από συντακτική επιτροπή, η οποία κρίνει αν το άρθρο είναι κατάλληλο προς δημοσίευση ως έχει ή ύστερα από υποδεικνυόμενες τροποποιήσεις. Μετά την έγκριση της συντακτικής επιτροπής, το άρθρο υπόκειται σε συντακτικές και γραμματικές διορθώσεις, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν και περικοπές φράσεων ή ολόκληρων παραγράφων, ώστε να γίνει περισσότερο περιεκτικό και εύληπτο.

Για να λαμβάνετε ταχυδρομικά το περιοδικό στον χώρο όπου επιθυμείτε:

1. Ταχυδρομήστε τα πλήρη στοιχεία σας (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail) στη διεύθυνση: Ομιλος.ΥΓΕΙΑ.Εμπορική.Διεύθυνση, Φλέμιנגκ 15, Τ.Κ.15123, Μαρούσι, Αθήνα - υπόψη κ. Κατερίνας Βασιλάκη

2. Συμπληρώστε τα στοιχεία σας στην ηλεκτρονική φόρμα που θα βρείτε στο www.hygeia.gr, στην ενότητα «Το ΥΓΕΙΑ / Περιοδικά του Ομίλου ΥΓΕΙΑ»

3. Στείλτε τα πλήρη στοιχεία σας στο e-mail k.vasilaki@hygeia.gr

Για περισσότερες πληροφορίες, καλέστε το 210 6867007

Σε περίπτωση που επιθυμείτε να διαγραφείτε από τη λίστα των παραληπτών του περιοδικού, παρακαλούμε όπως αποστείλετε σχετικό αίτημα στο e-mail: k.vasilaki@hygeia.gr

Απαγορεύεται η αναδημοσίευση και γενικά η αναπαραγωγή, μερική ή ολική, περιληπτική ή κατά παράφραση ή διασκευή του περιεχομένου του περιοδικού, με οποιοδήποτε μέσο και τρόπο, χωρίς έγγραφη άδεια του εκδότη και του ιδιοκτήτη. Η άποψη των συντακτών των άρθρων δεν εκφράζει απαραίτητα και την επίσημη άποψη του εκδότη και του ιδιοκτήτη.

Γράμμα από τη σύνταξη

Τα «Ιατρικά Ανάλεκτα» συνεχίζουν ανελλιπώς την προσφορά τους σε όλους τους λειτουργούς υγείας με πολύ υψηλού επιπέδου ανασκοπήσεις από πεπειραμένους γιατρούς σε κάθε θέμα που αναφέρονται. Και τα θέματα αυτά δεν είναι απλώς ακαδημαϊκού μόνο ενδιαφέροντος, αλλά κυρίως απευθύνονται στον κάθε κλινικό γιατρό, όπως και σε όποιον άλλο θέλει να μάθει τις σύγχρονες απόψεις πάνω σε θέματα των «Καλοήθων παθήσεων του παχέος εντέρου και του πρωκτού». Και ποιος δεν θα ήθελε να γνωρίζει περισσότερα για τη σύγχρονη διάγνωση και θεραπεία της εκκολπωματίτιδος, της αιμορροϊδοπάθειας, για τα περιεδρικά αποστήματα, για τα συρίγγια, για τις ραγάδες πρωκτού; Όλοι θα ωφεληθούμε διαβάζοντας για τις καινούργιες θεραπείες της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn, για την αντιμετώπιση της ακράτειας, της προπώσεως του ορθού, της ψευδομεμβρανώδους κολίτιδας.

Ευχαριστούμε ιδιαίτερα όλους τους συναδέλφους που εργάστηκαν για να δημιουργηθεί ακόμη ένα επιτυχημένο τεύχος των «Ιατρικών Αναλέκτων». Παράκλησή μου είναι να το διαβάσουμε, να το μοιράσουμε σε άλλους και κυρίως να συμβάλλουμε και εμείς σε νέα θέματα, για τα οποία έχουμε ιδιαίτερη εμπειρία.

Ως Διευθυντής Σύνταξης του περιοδικού περιμένω και προσφορές, αλλά και κυρίως κριτικές για το -ακόμη καλύτερο- επόμενο τεύχος.

Δημήτρης Λινός
Editor in Chief

Πολύποδες παχέος εντέρου

Δρ Παύλος Μπενάκης

Γαστρεντερολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης ΥΓΕΙΑ
pavlosbenakis@yahoo.com

Κωνσταντίνος Πλαστουργός

Γαστρεντερολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης ΥΓΕΙΑ
cplastourgos@gmail.com

Ως πολύποδας χαρακτηρίζεται κάθε προβολή του τοιχώματος του παχέος εντέρου εντός του αυλού του. Ο γενικός αυτός ορισμός περιλαμβάνει πληθώρα βλαβών, οι οποίες προέρχονται τόσο από τον βλεννογόνο όσο και από τους λοιπούς χιτώνες του εντερικού τοιχώματος. Εδώ θα ασχοληθούμε με τους πολύποδες που εξορμούνται από τον βλεννογόνο, οι οποίοι αποτελούν και την πλειονότητα. Η ταξινόμησή τους μπορεί να γίνει με βάση το μέγεθος (μικροί - μεγάλοι), τη θέση (αριστερό - δεξί κόλον), τη μορφολογία (επίπεδοι - έμμοιοι) ή με βάση τον ιστολογικό τύπο που αποτελεί και την πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη μορφή.

Οι κατηγορίες πολυπόδων που εξορμούνται από τον βλεννογόνο, είναι:

- ▶ υπερπλαστικοί / οδοντωτοί,
- ▶ αμαρτώματα,
- ▶ φλεγμονώδεις,
- ▶ αδενώματα.

Συνήθως οι πολύποδες είναι ασυμπτωματικοί. Σπανιότερα, ανάλογα με τη θέση και το μέγεθός τους μπορεί να προκαλέσουν αιμορραγία, τεινεσμό ή εντερική απόφραξη.

▶ Οι υπερπλαστικοί πολύποδες είναι συνήθως μικροί (<5mm), με ομαλή επιφάνεια και μπορεί να είναι μονήρεις ή πολλαπλοί. Απαντώνται συχνότερα στο αριστερό κόλον και δεν εξαλλάσσονται σε καρκίνο. Δεν είναι πάντα εύκολη η διάκρισή τους από τους λοιπούς τύπους πολυπόδων και έτσι αφαιρούνται κατά κανόνα κατά την κολονοσκόπηση με λαβίδα βιοψίας. Οι οδοντωτοί αποτελούν μια ομάδα που τα τελευταία χρόνια έχει λάβει μεγάλη προσοχή. Η πρόοδος στον τομέα της ενδοσκόπησης με την έλευση των ενδοσκοπίων υψηλής ευκρίνειας οδήγησε σε αύξηση της συχνότητας ανεύρεσης οδοντωτών πολυπόδων και την καλύτερη κατανόηση της εξέλιξής τους. Πρόκειται για λείους, επίπεδους πολύποδες, που απαντώνται κατά κύριο λόγο στο δεξί κόλον και συχνά καλύπτονται από βλέννα. Είναι εύκολο να ξεφύγουν κατά την ενδοσκόπηση ακριβώς γιατί δεν προβάλλουν εντός του αυλού και η ενδοσκοπική τους

εικόνα διαφέρει λίγο από τον γύρω φυσιολογικό βλεννογόνο. Μπορούν να λάβουν μεγάλες διαστάσεις εκτεινόμενοι επί του εντερικού βλεννογόνου χωρίς να προβάλλουν αναλόγως εντός του αυλού. Λόγω του υψηλού ποσοστού κακοήθους εξαλλαγής, οι οδοντωτοί πολύποδες πρέπει να αφαιρούνται πλήρως ενδοσκοπικά.

▶ Τα αμαρτώματα είναι μια ετερογενής ομάδα πολυπόδων, που σχηματίζονται από την υπερπλασία ή υπερτροφία διαφόρων τμημάτων του εντερικού τοιχώματος. Σε αυτούς ανήκουν οι νεανικοί πολύποδες, που συνήθως είναι μονήρεις και απαντώνται κυρίως στο αριστερό κόλον. Εμφανίζονται συνήθως κατά την παιδική ή την εφηβική ηλικία, χωρίς να αποκλείεται η τυχαία ανεύρεσή τους σε μεγαλύτερες ηλικίες κατά τον προληπτικό έλεγχο. Μπορεί να εκδηλωθούν με αιμορραγία από το ορθό ή με πρόπτωση δια του δακτυλίου και η αντιμετώπισή τους είναι η ενδοσκοπική αφαίρεση. Πολλαπλοί αμαρτωματώδεις πολύποδες απαντώνται στο σύνδρομο Peutz - Jeghers. Πρόκειται για μια κληρονομούμενη νόσο, που χαρακτηρίζεται από υπέρχρωση του δέρματος και ανάπτυξη πολλαπλών πολυπόδων σε όλα τα τμήματα του εντέρου, ιδίως στο λεπτό έντερο (60%-90%). Στο παχύ έντερο εμφανίζονται σε ποσοστό 50%-65%. Περισσότεροι από τους μισούς αυτούς ασθενείς θα εμφανίσουν συμπτώματα συνέπεια των πολυπόδων, όπως εγχολεασμό, απόφραξη, μικροσκοπική ή μακροσκοπική αιμορραγία. Λόγω υψηλού κινδύνου εμφάνισης καρκίνου, οι ασθενείς με σύνδρομο Peutz - Jeghers ξεκινούν να υποβάλλονται σε ενδοσκοπικό έλεγχο από την ηλικία των 8-10 ετών. Κατά την ενδοσκόπηση συνιστάται η αφαίρεση όλων των πολυπόδων που είναι μεγαλύτεροι από 5 mm. Άλλα σπανιότερα σύνδρομα αμαρτωματώδων πολυπόδων αποτελούν το σύνδρομο Cowden και το σύνδρομο Cronkhite - Canada.

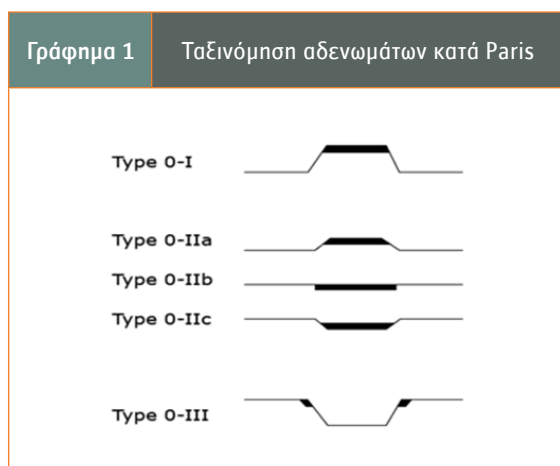
▶ Οι φλεγμονώδεις πολύποδες μπορεί να είναι επίπεδοι ή έμμοιοι και συνήθως έχουν μέγεθος <2 εκ. Δημιουργούνται σαν το αποτέλεσμα του τραυματισμού και της αναγέννησης του βλεννογόνου, όπως σε ελκωτικές βλάβες

από λήψη ΜΣΑΦ ή σε ΙΦΝΕ. Πρόκειται για πολύποδες που δεν εξαλλάσσονται σε κακοήθεια και δεν απαιτούν κάποια αντιμετώπιση, εκτός κι αν προκαλούν συμπτώματα. Σε αυτή την περίπτωση συνιστάται η ενδοσκοπική αφαίρεσή τους. Σε ασθενείς με ΙΦΝΕ χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή κατά τον χαρακτηρισμό αυτών των πολυπόδων, λόγω της συχνής εμφάνισής τους σε περιοχές του βλεννογόνου όπου συνυπάρχουν δυσπλαστικές αλλοιώσεις.

► Τα αδενώματα αποτελούν τη συχνότερη μορφή πολυπόδων. Έχουν κατά καιρούς προταθεί διάφοροι τρόποι ταξινόμησής τους με βάση τα ενδοσκοπικά χαρακτηριστικά τους. Συχνότερα χρησιμοποιούμενη είναι η ταξινόμηση κατά Paris (Εικόνα 1). Ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνισή τους είναι η ηλικία, με την ανεύρεσή τους να κυμαίνεται από 25% στην ηλικία των 20-30 ετών έως 50% στην ηλικία των 70 ετών. Οι άντρες υπερτερούν των γυναικών σε ποσοστά εμφάνισης αδενωμάτων. Συνήθως τα αδενώματα είναι ασυμπτωματικές βλάβες που ανακαλύπτονται τυχαία κατά τη διενέργεια προληπτικής κολonosκόπησης. Αποτελούν δυνητικά προκαρκινικές βλάβες, αλλά δεν εξελίσσονται όλα σε κακοήθεια. Η διάκριση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του κάθε αδενώματος και η πρόγνωσή του κατά πόσο ένα συγκεκριμένο αδένωμα μπορεί να εξελιχθεί σε καρκίνο αποτελούν σημαντικό πεδίο της σύγχρονης έρευνας. Ιστολογικά χαρακτηρίζονται ως σωληνώδη, λαχνωτά και σωληνολαχνωτά, με χαμηλό-

βαθμής ή υψηλόβαθμης δυσπλασίας. Συχνότερα είναι τα σωληνώδη που αποτελούν το 70%-80% των αδενωμάτων, με τους δύο άλλους τύπους να ευθύνονται για ισόποσα για το υπόλοιπο 20%-30%. Εξ ορισμού τα αδενώματα έχουν κάποιο βαθμό δυσπλασίας και όσο μεγαλύτερος ο βαθμός της δυσπλασίας, τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος εξέλιξης σε κακοήθεια. Η ανίχνευσή τους γίνεται με την ενδοσκοπία και τη λήψη βιοψιών. Η αντιμετώπιση συνίσταται στην ενδοσκοπική αφαίρεσή τους. Μικρά αδενώματα (<5 mm) μπορούν να αφαιρεθούν με τη λαβίδα βιοψίας. Για μεγαλύτερα αδενώματα συνιστάται η πολυπεκτομή με βρόχο. Σε αυτή η πολύποδας συλλαμβάνεται με ένα βρόχο, που διέρχεται από το κανάλι του ενδοσκοπίου, και κόβεται είτε ψυχρά είτε με εφαρμογή ρεύματος που παρέχεται από ένα μηχανήμα διαθερμίας. Σε μεγαλύτερους πολύποδες γίνεται προ της εκτομής, υποβλεννογόνια έγχυση φυσιολογικού ορού, ώστε ο πολύποδας να απομακρυνθεί από τα βαθύτερα στρώματα του εντερικού τοιχώματος και να προληφθεί η θερμική βλάβη του εντέρου κατά την εκτομή. Μεγάλοι πολύποδες συχνά δεν είναι δυνατόν να αφαιρεθούν η block. Σε αυτές τις περιπτώσεις γίνεται τμηματική αφαίρεση του πολύποδα. Ο χρόνος επανέλεγχου του ασθενούς μετά από πολυπεκτομή είναι συνάρτηση του τύπου του πολύποδα (αδένωμα - υπερπλαστικός), του αριθμού των πολυπόδων που αφαιρέθηκαν και του ιστολογικού τους τύπου.

Από τα παραπάνω είναι σαφής η συμβολή της ενδοσκοπίας τόσο στην ανίχνευση των πολυπόδων του παχέος εντέρου όσο και στην ταξινόμηση και αντιμετώπισή τους. Ο προληπτικός έλεγχος με κολonosκόπηση ξεκινά στην ηλικία των 45 ετών (σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, χωρίς οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου) και ο κάθε επανέλεγχος καθορίζεται με βάση τα εκάστοτε ευρήματα. Σε περίπτωση συμπτωματικών ασθενών (π.χ. αιμορραγία - κοιλιακό άλγος - χρόνια διάρροια), η σύσταση ή μη για κολonosκόπηση εξατομικεύεται. Σε περίπτωση οικογενειακού ιστορικού καρκίνου του παχέος εντέρου η πρώτη ενδοσκοπία συνιστάται να γίνεται 10 χρόνια νωρίτερα από την ηλικία εμφάνισης της κακοήθειας στον συγγενή.



Abstract

Benakis P, Plastourgos K. Colonic polyps. Iatrika Analekta, 2022; 21: 1.016-1.018

Every protrusion of the colonic wall into the lumen can be characterized as a colonic polyp. The vast majority of them arise from the mucosa and can be categorized according to various systems. The most common is according to the histologic type. Polyps are usually asymptomatic, but sometimes they can cause symptoms such as bleeding, intestinal obstruction etc. The most clinical significant type are adenomas which are the most common and are considered as pre-neoplastic lesions. Colonic polyps are detected and treated with polypectomy during colonoscopy. They can be resected n'block or piecemeal depending on their endoscopic features. The time for a follow up endoscopy is determined by the number, size and type of the resected polyp.

Βιβλιογραφία

1. van Lier MG, Wagner A, Mathus-Vliegen EM, et al. *High cancer risk in Peutz-Jeghers syndrome: a systematic review and surveillance recommendations.* Am J Gastroenterol 2010; 105: 1.258.
2. Rex DK, Ahnen DJ, Baron JA, et al. *Serrated lesions of the colorectum: review and recommendations from an expert panel.* Am J Gastroenterol 2012; 107: 1.315.
3. Ben Q, An W, Jiang Y, et al. *Body mass index increases risk for colorectal adenomas based on meta-analysis.* Gastroenterology 2012; 142: 762.
4. Rex DK, Lehman GA, Hawes RH, et al. *Screening colonoscopy in asymptomatic average-risk persons with negative fecal occult blood tests.* Gastroenterology 1991; 100: 64.
5. Butterly LF, Chase MP, Pohl H, Fiarman GS. *Prevalence of clinically important histology in small adenomas.* Clin Gastroenterol Hepatol 2006; 4: 343.
6. Bond JH. *Polyp guideline: diagnosis, treatment, and surveillance for patients with colorectal polyps.* Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol 2000; 95: 3.053.

Η επιλογή βιολογικού παράγοντα στην αντιμετώπιση της νόσου Crohn

Ηλίας Σκοτινιώτης

Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής Γ' Γαστρεντερολογικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ
scotiniotis@yahoo.com

Αθανάσιος Σιούλας

Γαστρεντερολόγος, Γ' Γαστρεντερολογική Κλινική ΥΓΕΙΑ
athsioulas@yahoo.gr

Οι βιολογικοί παράγοντες έχουν αλλάξει τη διαχείριση των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου (IBD), συμπεριλαμβανομένης της νόσου Crohn (CD). Τα μονοκλωνικά αντισώματα κατά της α-υπομονάδας του παράγοντα νέκρωσης όγκων (anti-TNFα) αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας, με το infliximab να είναι το πρώτο εγκεκριμένο φάρμακο της κατηγορίας ήδη από το 1998. Έκτοτε, κι άλλοι anti-TNFα παράγοντες (adalimumab, certolizumab) έχουν προστεθεί στη φαρέτρα των γαστρεντερολόγων, με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά τους να έχει καταδειχθεί σε πλήθος μελετών.

Πρόσφατα, δύο επιπλέον μόρια χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με CD:

1. Το ustekinumab, ένα ανθρωποποιημένο μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι της υπομονάδας ιντερλευκίνης (IL) p40, που είναι κοινή στην IL12/23, και
2. Το vedolizumab, ένα ανθρωποποιημένο μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι του υποδοχέα του συμπλέγματος ιντερκρίνης α4β7.

Καθώς οι θεραπευτικές δυνατότητες αυξάνονται, σίμασία αποκτά η διαμόρφωση κριτηρίων επιλογής του κατάλληλου κάθε φορά φαρμάκου. Στη συνέχεια θα αναφερθούν επιγραμματικά στοιχεία από τη διαθέσιμη βιβλιογραφία και μια προσέγγιση σχετικά με την ορθή επιλογή του βιολογικού παράγοντα.

Βιβλιογραφικά δεδομένα συγκριτικών μελετών

Το 2016 οι Singh και συνεργάτες έδειξαν σε περισσότερους από 3.000 ασθενείς με CD, χωρίς προηγούμενη έκθεση σε βιολογικούς παράγοντες, πως το infliximab σχετίζεται με λιγότερες νοσηλείες, χειρουργικές επεμβάσεις και χρήση κορτικοειδών σε σύγκριση με το adalimumab και το certolizumab. Σε μια πρόσφατη post hoc ανάλυση κλινικών δοκιμών σύγκρισης, το infliximab έδειξε παρόμοια αποτελεσματικότητα με το ustekinumab ως αγωγή πρώτης γραμμής.

Η συγκεντρωτική ανάλυση 4 κλινικών δοκιμών (EXTEND, UNITY, VERSIFY, CPT-13 BIOSIMILAR), η οποία παρουσιάστηκε στο συνέδριο της European Crohn's Colitis Organization το 2022, επιβεβαίωσε ότι το infliximab επιτυγχάνει υψηλότερο ποσοστό ενδοσκοπικής επούλωσης στο πρώτο έτος σε σύγκριση με το adalimumab, το ustekinumab και το vedolizumab, αλλά μόνο σε ασθενείς με προηγούμενη έκθεση σε βιολογικούς παράγοντες.

Ως θεραπεία δεύτερης γραμμής σε ασθενείς με CD, το vedolizumab επηρεάζεται αρνητικά από προηγούμενη έκθεση σε anti-TNFα. Μια πιο πρόσφατη μετα-ανάλυση στη CD, που περιλάμβανε και το ustekinumab, κατέληξε πως το infliximab ή το adalimumab είναι οι καλύτεροι παράγοντες πρώτης γραμμής και το ustekinumab προτιμώμενος παράγοντας δεύτερης γραμμής επί προηγούμενης έκθεσης σε anti-TNFα.

Εξατομικευμένη επιλογή βιολογικού παράγοντα

Η εξατομίκευση της θεραπείας της CD βασίζεται στην προηγούμενη έκθεση σε φάρμακα, την προηγούμενη ανταπόκριση, το προφίλ ασφάλειας, τις συννοσηρότητες και τις προτιμήσεις του ασθενούς και τον κίνδυνο για μακροχρόνιες επιπλοκές.

1. Προηγηθείσα έκθεση σε βιολογικό παράγοντα

Η πρωτογενής μη ανταπόκριση σε ένα anti-TNFα βρέθηκε να είναι αρνητικός προγνωστικός παράγοντας για την αποτελεσματικότητα της επόμενης θεραπείας με vedolizumab. Οι αλληλουχίες θεραπείας πρώτης και δεύτερης γραμμής έχουν παρουσιαστεί στην προηγούμενη ενότητα. Τα δεδομένα είναι λίγα σχετικά με την τρίτη γραμμή θεραπείας μετά από διπλή έκθεση σε anti-TNFα. Μια αναδρομική σειρά 67 ασθενών που έλαβαν θεραπεία με anti-TNFα 3ης γραμμής ανέφερε χαμηλότερο ποσοστό ανταπόκρισης στους 6 μήνες. Μια πρόσφατη πολυκεντρική αναδρομική μελέτη αξιολόγησε την έκβαση ασθενών με CD που απέ-

τυχαν στη θεραπεία με anti-TNFa και είτε vedolizumab είτε ustekinumab. Μετά από 48 εβδομάδες θεραπείας το ποσοστό ύφεσης ήταν 30,7%, ενώ το ποσοστό χειρουργικής επέμβασης ήταν 23,5%.

2. Προφίλ ασθενούς

Επί ήπιος νόσου, το προφίλ ασφάλειας του βιολογικού παράγοντα είναι καθοριστικό στη λήψη απόφασης. Ο κίνδυνος για λοιμώξεις ή λεμφώματα είναι υψηλότερος σε ηλικιωμένους και υποσιτισμένους ασθενείς. Παρ' όλα αυτά, θεωρείται πως όλοι οι βιολογικοί παράγοντες, όταν ενδείκνυται, μπορούν να χορηγούνται με ασφάλεια σε όλους τους πληθυσμούς.

Σε σχέση με την ηλικία έναρξης βιολογικού παράγοντα και το φύλο, παλαιότερες μελέτες έδειξαν πως η έναρξη σε μικρότερη ηλικία συσχετίστηκε με καλύτερη ανταπόκριση, ενώ άλλες δεν βρήκαν διαφορές στην απόκριση ανάλογα με την ηλικία ή το φύλο. Ελάχιστες διαθέσιμες αναφορές για το ustekinumab και το vedolizumab επίσης δεν έδειξαν διαφορές στα ποσοστά επίτευξης ύφεσης ανάμεσα στον γενικό πληθυσμό και ειδικές ομάδες, όπως τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι.

Παραμένει ασαφές εάν η παχυσαρκία επηρεάζει την ανταπόκριση στις βιολογικές θεραπείες. Οι Dai et al παρατήρησαν υψηλότερο ποσοστό αποτυχίας της θεραπείας σε UC, αλλά όχι σε ασθενείς με CD και υψηλότερο BMI. Δεν υπάρχουν αξιολογικά δεδομένα για τους άλλους βιολογικούς παράγοντες σε παχύσαρκους.

Δύο μελέτες διερεύνησαν την επίδραση των βιολογικών παραγόντων στη σαρκοπενία: η πρώτη ανέφερε βελτίωση του όγκου και της δύναμης των τετρακέφαλων μυών σε ασθενείς με CD μετά από 25 εβδομάδες θεραπείας με infliximab, ενώ οι Csontos et al παρατήρησαν ότι οι ασθενείς με CD που λάμβαναν anti-TNFa είχαν βελτίωση στον δείκτη μάζας χωρίς λίπος στις 12 εβδομάδες.

3. Χαρακτηριστικά νόσου, γενετικοί παράγοντες και εξωεντερικές εκδηλώσεις

Η βραχεία διάρκεια της νόσου έχει από παλιά συσχετιστεί με καλύτερη ανταπόκριση στο infliximab, καθώς και σε άλλους anti-TNFa παράγοντες. Μια μετα-ανάλυση 6.168 ασθενών με CD επιβεβαίωσε αυτήν την παρατήρηση και για τα golimumab και vedolizumab. Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα σχετικά με το ustekinumab στην πρώιμη CD. Σε μια αναδρομική παιδιατρική κοόρτη, που υποβλήθηκε

σε θεραπεία με ustekinumab, το ποσοστό ύφεσης ήταν 61,1% σε ασθενείς παρά την προηγούμενη αποτυχία του anti-TNF, υποδηλώνοντας καλή αποτελεσματικότητα με αυτόν τον παράγοντα στην πρώιμη νόσο.

Με βάση τη συμπεριφορά της νόσου, καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται σε CD με anti-TNFa παράγοντες σε ασθενείς με φλεγμονώδη μορφή νόσου (B1 σύμφωνα με την ταξινόμηση του Μόντρεαλ), σε σύγκριση με τη στενωτική (B2) ή τη συριγγοειδή (B3) μορφή.

Πρόσφατες μελέτες έχουν συνδέσει τον κίνδυνο ανάπτυξης αντισωμάτων έναντι βιολογικών θεραπειών με το HLA προφίλ των ασθενών. Μένει να φανεί το αν τέτοιες πληροφορίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν προοπτικά για τον εντοπισμό ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο να αναπτύξουν αντισώματα έναντι θεραπευτικών παραγόντων.

Οι εξωεντερικές εκδηλώσεις (EIM) εμφανίζονται στους μισούς ασθενείς με IBD και αντιπροσωπεύουν σημαντική αιτία νοσηρότητας και αναπηρίας. Μεταξύ των EIM, οι αρθρικές εκδηλώσεις είναι οι πιο συχνές και, με βάση τα δεδομένα, οι anti-TNFa αποτελούν τη βέλτιστη θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπισή τους. Ενδέχεται, όμως, κι άλλοι βιολογικοί παράγοντες (π.χ. ustekinumab) να βοηθούν μέσω του ελέγχου της εντερικής φλεγμονής. Όσον αφορά στις δερματολογικές εκδηλώσεις, το οζώδες ερύθημα ακολουθεί τις εξάρσεις της νόσου ανταποκρινόμενο στις θεραπείες επαγωγής της ύφεσης, ενώ το γαγγραινώδες πυόδερμα μπορεί να συνοδεύει και περιόδους ύφεσεων και ανταποκρίνεται σε θεραπεία με anti-TNFa. Αναφορές περιστατικών και μια πρόσφατη ανασκόπηση υποδηλώνουν ότι οι δερματικές βλάβες της IBD μπορεί να ανταποκρίνονται στα νεότερα φάρμακα για την IBD (ustekinumab και λιγότερο vedolizumab). Η ραγοειδίτιδα φαίνεται επίσης να ανταποκρίνεται σε anti-TNFa παράγοντες, ενώ καμία βιολογική θεραπεία δεν έχει δείξει αποτελεσματικότητα στην πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα.

Σε ασθενείς με συριγγοειδή νόσο, μετά τον έλεγχο της πυελικής σήψης, μπορεί να χορηγηθεί βιολογική θεραπεία. Τα καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται με anti-TNFa παράγοντες. Μεταξύ αυτών, μόνο το infliximab έχει αξιολογηθεί σε μια μεγάλη τυχαίοποιημένη μελέτη έναντι εικονικού φαρμάκου.

Όσον αφορά τα άλλα βιολογικά, οι υποαναλύσεις τυχαίοποιημένων δοκιμών έδειξαν αποτελεσματικότητα των adalimumab, vedolizumab και ustekinumab, ωστό-

σο ο αριθμός των ασθενών είναι περιορισμένος.

Συμπεράσματα

Από τα παραπάνω είναι εμφανές πως η παροχή εξατομικευμένης θεραπείας της IBD με την επιλογή βιολογικών φαρμάκων είναι πολυπαραγοντική απόφαση. Το ιδανικό φάρμακο θα πρέπει να συνδυάζει ταχύ και αποτελεσμα-

τικό έλεγχο των συμπτωμάτων, καλή επίδοση στην επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων, καθώς και βέλτιστο μακροπρόθεσμο προφίλ ασφαλείας.

Οι τρέχουσες μελέτες θα βοηθήσουν στην ανάπτυξη σχετικών κατευθυντήριων οδηγιών, εν όψει μάλιστα και των νέων μικρών μορίων που θα εμπλουτίσουν τις θεραπευτικές μας δυνατότητες.

Abstract

Scotiniotis E, Sioulas A. Positioning biologics in the treatment of Crohn's disease. *Iatrika Analekta*, 2022; 21: 1.019-1.021

The available biologic therapies have doubled the last few years and several molecules are currently under development. As a result, positioning these agents in our therapeutic algorithms is of great importance. Patient and disease characteristics as well as agent efficacy and safety profiles are crucial factors for decision making process. We present data from the recent literature with respect to the multiple factors that a physician should take into account in order to select the appropriate biologic agent for the suitable patient.

Βιβλιογραφία

1. Juillerat P, Grueber MM, Ruetsch R, et al. *Positioning biologics in the treatment of IBD: A practical guide - Which mechanism of action for whom?* *Curr Res Pharmacol Drug Discov* 2022; 3: 100.104.
2. Sands BE, Irving PM, Hoops T, et al. *Ustekinumab versus adalimumab for induction and maintenance therapy in moderate to severe Crohn's disease: The SEVUE study.* *Gastroenterology* 2021; 161: e30-e31.
3. Hazlewood GS, Rezaie A, Borman M, et al. *Comparative effectiveness of immunosuppressants and biologics for inducing and maintaining remission in Crohn's disease: a network meta-analysis.* *Gastroenterology* 2015; 148: 344-354.
4. Singh S, Fumery M, Sandborn WJ, et al. *Systematic review and network meta-analysis: first- and second-line biologic therapies for moderate-severe Crohn's disease.* *Aliment Pharmacol Ther* 2018; 48: 394-409.
5. Kassouri L, Amiot A, Kirchgessner J, et al. *The outcome of Crohn's disease patients refractory to anti-TNF and either vedolizumab or ustekinumab.* *Dig Liver Dis* 2020; 52: 1.148-1.155.
6. Ben-Horin S, Novack L, Mao R, et al. *Efficacy of Biologic Drugs in Short-Duration Versus Long-Duration Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and an Individual-Patient Data Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.* *Gastroenterology* 2021; 162: 482-494.

Ελκώδης κολίτιδα

Αντώνης Νικολόπουλος

Γαστρεντερολόγος, MRCP, Av. Διευθυντής Α΄ Γαστρεντερολογικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ

dra.nikolopoulos@yahoo.com

Η ελκώδης κολίτιδα είναι μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος με εξάρσεις και υφέσεις που προσβάλλει το παχύ έντερο. Προσβάλλει το ορθό (το τελευταίο τμήμα του πεπτικού σωλήνα) και μπορεί να επεκτείνεται κατά συνέχεια ιστού, σε όλο το παχύ έντερο μέχρι το τυφλό.

Η νόσος εμφανίζεται κατά κανόνα σε νεότερους ανθρώπους (προς το τέλος της εφηβείας ή στην αρχή της ενήλικης ζωής) και δευτερευόντως έχει παρατηρηθεί και μια σχετική αύξηση περιπτώσεων κατά την τέταρτη δεκαετία της ζωής. Προσβάλλει εξίσου άντρες και γυναίκες. Συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με ελκώδη κολίτιδα διατρέχουν υψηλότερο σχετικό κίνδυνο (τετραπλάσια μέχρι και οκταπλάσια πιθανότητα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό) για να αναπτύξουν τη νόσο, με το 10% των διαγνωσμένων ασθενών με ελκώδη κολίτιδα να αναφέρουν θετικό οικογενειακό ιστορικό φλεγμονώδους πάθησης του εντέρου.

Περιέργως, το κάπνισμα φαίνεται να προστατεύει και να μειώνει τη σοβαρότητα των κρίσεων της ελκώδους κολίτιδας, χωρίς πάντως να είναι βέβαιη η ευεργετική δράση του στη φυσική πορεία της νόσου. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) αντιθέτως επιδεινώνουν τη νόσο, αυξάνοντας τον κίνδυνο για κρίσεις, χωρίς βεβαίως να την προκαλούν.

Συμπτώματα, διάγνωση και αιτίες

Η κύρια συμπτωματολογία κατά την εμφάνιση της ελκώδους κολίτιδας περιλαμβάνει αιμορραγικές διαρροϊκές κενώσεις. Οι κενώσεις αυτές κατά κανόνα συνοδεύονται από κολλοειδές κοιλιακό άλγος, είναι επιτακτικές, με τεινεσμό ή ακόμη και ακράτεια. Άλλα σημεία ή συμπτώματα της νόσου μπορεί να είναι απώλεια της όρεξης, απώλεια βάρους, κακουχία ή πυρετός, καθώς και σε σπανιότερες περιπτώσεις (10%-20% των ασθενών) προσβολή των αρθρώσεων (αρθραλγία ή και αρθρίτιδα κεντρικών ή περιφερικών αρθρώσεων), δερματικές (οζώδες ερύθημα) ή οφθαλμικές εκδηλώσεις (επισκληρίτιδα).

Η έναρξη των συμπτωμάτων είναι προοδευτική και η διάρκειά τους αρκετών εβδομάδων, διαφέροντας από

την οξεία έναρξη και τη βραχεία διάρκεια παρόμοιων συμπτωμάτων μιας λοίμωξης του τύπου της γαστρεντερίτιδας. Η σοβαρότητα της αρχικής προσβολής ποικίλλει, από πολύ ήπια (<4 κενώσεις ημερησίως χωρίς αίμα) μέχρι και πιο σοβαρή (>6 αιμορραγικές κενώσεις το 24ωρο).

Για να τεθεί η διάγνωση, δεν υπάρχει παθογνωμονική εξέταση (εξέταση που χωρίς αμφιβολία πιστοποιεί την ύπαρξη κάποιας νοσολογικής οντότητας), αλλά αυτή προκύπτει από συνδυασμό συμβατού κλινικού ιστορικού (χρόνιες αιμορραγικές διαρροϊκές κενώσεις) με χαρακτηριστική μακροσκοπική εικόνα του φλεγμαινόντος παχέος εντέρου κατά την κολonosκόπηση, καθώς και συμβατές βιοψίες από τις πάσχουσες περιοχές.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι βιοψίες από το παχύ έντερο αναφέρουν στοιχεία δηλωτικά χρονιότητας της φλεγμονής (όπως για παράδειγμα η διαταραχή του προσανατολισμού των κρυπών και άλλα). Στις εξετάσεις αίματος των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα, κατά τη διάγνωση χαρακτηριστική είναι η αυξημένη CRP, αυξημένα λευκά αιμοσφαίρια, με ή χωρίς αναιμία, αυξημένα αιμοπετάλια, καθώς και έμμεσα στοιχεία φλεγμονής, όπως οι χαμηλές λευκωματίνες ή η σιδηροπενία.

Όσον αφορά στις εξετάσεις κοπράνων, προϋπόθεση αποτελεί ο αρνητικός έλεγχος λοιμώξεων με αρνητικές καλλιέργειες για μικρόβια και παράσιτα ή ακόμη πιο εξειδικευμένες μοριακές εξετάσεις κοπράνων με αρνητικό έλεγχο PCR (film array για εντεροπαθογόνα). Νεότερη εξέταση που αναδεικνύει εντερική φλεγμονή, είναι και η καλπροτεκτίνη κοπράνων, η οποία, χωρίς να είναι ειδική για την ελκώδη κολίτιδα, μπορεί να αποτελέσει συμπληρωματικό τεστ πιστοποίησης εντερικής φλεγμονής κατά τη διάγνωση των ασθενών με φλεγμονώδη πάθηση του εντέρου.

Η αιτιοπαθογένεια και παρά τις προόδους που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια, δεν είναι γνωστή. Η νόσος φαίνεται να προκύπτει από την αλληλεπίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων, της μικροβιακής εντερικής χλωρίδας σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα. Είναι νόσος που απαντάται συνηθέστερα στις αναπτυγμένες δυτικές χώρες,

κατανομή πάντως που αλλάζει όσο ανεβαίνει το βιοτικό επίπεδο στις λεγόμενες αναπτυσσόμενες χώρες.

Εντόπιση της νόσου

Για να γίνει η επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας για κάθε ασθενή, είναι απαραίτητο να γνωρίζει ο γαστρεντερολόγος την έκταση και τη βαρύτητα της νόσου.

Σχηματικά, όσον αφορά στην εντόπιση, η ελκώδης κολίτιδα υποδιαιρείται σε ορθίτιδα (προσβολή αποκλειστικά του ορθού), αριστερόπλευρη κολίτιδα (από το ορθό έως και τη σπληνική καμπή) και πανκολίτιδα (όταν η φλεγμονή επεκτείνεται στο εγκάρσιο, το ανιόν και το τυφλό). Ο προσδιορισμός της έκτασης της νόσου έχει σημαντικές κλινικές προεκτάσεις, με τις δύο πρώτες ομάδες ασθενών (αυτούς με ορθίτιδα και αριστερή κολίτιδα) να μπορούν δυνητικά να λάβουν αποκλειστική τοπική φαρμακευτική θεραπεία με τη μορφή υπόθετων ή κλυσμάτων ή σε συνδυασμό με από του στόματος θεραπείες για ήπιες ή μέτριας βαρύτητας εξάρσεις.

Η σοβαρότητα μιας κρίσης ελκώδους κολίτιδας χωρίζεται σε ήπια, μέτρια και σοβαρή. Ασθενείς με ήπιες βαρύτητας κρίση αναφέρουν μέχρι 4 διαρροϊκές κενώσεις ημερησίως, με ή χωρίς αίμα, χωρίς πυρετό, απώλεια βάρους ή έντονο κοιλιακό άλγος. Ασθενείς με μέτριας βαρύτητας κρίση έχουν περισσότερες από 4 αιματηρές κενώσεις ημερησίως με κοιλιακό άλγος και πιθανώς και δεκατική πυρετική κίνηση, ενώ μια βαριά κρίση θα σήμαινε περισσότερες από 6 αιματηρές κενώσεις ημερησίως, πυρετό, έντονο κοιλιακό άλγος, ταχυκαρδία, καθώς και αναιμία, με αυξημένους δείκτες φλεγμονής στις εξετάσεις αίματος.

Σε αυτό το σημείο, αξίζει να αναφερθούν κάποιες σπάνιες εξωεντερικές εκδηλώσεις της ελκώδους κολίτιδας, που καμιά φορά ταλαιπωρούν τους ασθενείς σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι η συμπτωματολογία από το παχύ έντερο.

Ένας στους τέσσερις ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα θα παρουσιάσει εξωεντερική εκδήλωση στη διάρκεια της ζωής του. Οι περισσότερες ακολουθούν την πορεία της νόσου (με εξάρσεις κατά την έξαρση της εντερικής νόσου) εκτός της σκληρυντικής χολαγγειίτιδας, της ραγοειδίτιδας και της αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας, όπου η ηπατική, η οφθαλμική ή η οστική φλεγμονή αντίστοιχα μπορεί να

εμφανιστεί σε ασθενή χωρίς εντερική συμπτωματολογία.

Συχνότερη εξωεντερική εκδήλωση είναι η αρθροπάθεια (περιφερική ή σπονδυλοαρθροπάθεια) και λιγότερο η οστεοπόρωση ή και οστεονέκρωση. Οφθαλμικές εξωεντερικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν ραγοειδίτιδα, επισκληρίτιδα, ιρίτιδα ή επισκληρίτιδα. Δερματικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν το οζώδες ερύθημα, με την εμφάνιση σκληρών, επώδυνων, ερυθρών οζιδίων στην πρόσθια επιφάνεια των κνημών, μεγέθους 1-5 εκατοστών, και σπανιότερα το γαγγραινώδες πυόδερμα, όπου επώδυνες φλύκταινες ή οζίδια εξελκώνονται στον κορμό ή συχνότερα στα κάτω άκρα.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Παρά την πληθώρα των θεραπευτικών επιλογών που διαθέτει σήμερα ο ειδικός γαστρεντερολόγος για την αντιμετώπιση της νόσου, δεν υπάρχει ακόμη θεραπεία που να επιτυγχάνει ίαση των ασθενών, αλλά οι πολλαπλές πλέον φαρμακευτικές επιλογές ως στόχο έχουν να εξαφανίσουν τα συμπτώματα του ασθενούς ή ακόμη και την ίδια τη φλεγμονή στο παχύ έντερο, επιτυγχάνοντας βλεννογονική (mucosal healing) ή ακόμη και ιστολογική ύφεση (deep remission).

Οι φαρμακευτικές επιλογές παλαιότερα περιορίζονταν στην κορτιζόνη και στη συνέχεια σε ανοσοτροποποιητικά φάρμακα, όπως η αζαθειοπρίνη, αλλά πλέον περιλαμβάνουν βιολογικούς παράγοντες (μονοκλωνικά αντισώματα έναντι του παράγοντα νέκρωσης των όγκων άλφα, αντι-ιντεγκρίνες, αντισώματα έναντι ιντερλευκίνης (IL) 12-24, καθώς και νεότερα από του στόματος φάρμακα, τα λεγόμενα μικρά μόρια (SMDs), τα οποία εμποδίζουν την ενεργοποίηση ολόκληρων μοριακών μονοπατιών (JAK - STAT pathway) αντί μεμονωμένων φλεγμονωδών ουσιών.

Συμπερασματικά, η ελκώδης κολίτιδα είναι μια αυτοάνοση πάθηση, για την οποία υπάρχουν πολλαπλές θεραπευτικές επιλογές. Η επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας θα πρέπει να γίνεται από ειδικό γαστρεντερολόγο, ο οποίος θα λαμβάνει υπόψη του τα χαρακτηριστικά της νόσου του ασθενούς, καθώς και τις επιθυμίες και τις προτιμήσεις του, καταλήγοντας σε εξατομικευμένη θεραπεία (tailormade personalized treatment).

Abstract**Nikolopoulos A. Ulcerative colitis. Iatrika Analekta, 2022; 21: 1.022-1.024**

Ulcerative colitis is a chronic inflammatory condition with flares and periods of remission, which affects the large bowel. Nearly always affects the rectum (last portion of the gastrointestinal tract) and extends proximally. Affected patients are commonly young (late teens to early adults) and report episodes of bloody diarrhea commonly lasting for weeks. The diagnosis of ulcerative colitis is based on a compatible medical history, a colonoscopy test showing inflammation of the colon and biopsies of the large bowel suggestive of the disease. All patients at diagnosis have a stool sample negative for infection. There are multiple treatment options depending on the extend and the severity of the disease as well as patients profile. A gastroenterologist who specializes on treating this particular cohort of patients, should evaluate each individual case and end up with a tailormade personalized treatment plan.

Βιβλιογραφία

1. Ungaro R, et al. Lancet Lond Engl 2017; 389: 1.756-1.770.
2. Loftus EV Jr. Gastroenterology 2004; 126: 1.504-1.517.
3. Costa Santos MP, et al. Ann Gastroenterolm 2018 Jan-Feb; 31: 14-23.
4. Howe O, Wolters F, Riis L, et al. Am J Gastroenterol 2007; 102: 1.692-1.701.
5. Beaugerie L, et al. Am J Gastroenterol 2001; 96: 2.113-2.116.
6. Silverberg MS, et al. Can J Gastroenterol 2005; 19: 5A.
7. Plevy S, et al. J Clin Gastroenterol 2004; 38: S51-6.
8. Silverberg MS, et al. Can J Gastroenterol 2005; 19: 5A-36A.
9. Walsh AJ, et al. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2016; 13: 567-579.
10. Monsen U, et al. Am J Gastroenterol 1990; 85: 711.
11. Leung CM, et al. J Crohns Colitis 2017; 11: 1.440-1.448.
12. Laharie D, et al. Aliment Pharmacol Ther 2013. Doi 10.1111/apt.12289.
13. Theede K, et al. J Crohns Colitis 2015; 9: 625-632.

Εκκολπώματωση και εκκολπωματίτιδα παχέος εντέρου

Ηλίας Καραϊσκος

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιμελητής Α' Παθολογικής - Λοιμωξιολογικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ

ikaraiskos@hygeia.gr

Η εκκολπώματωση του παχέος εντέρου είναι μια από τις πιο συχνές παθήσεις του πεπτικού συστήματος. Τα εκκολπώματα είναι σακκοειδείς προπτώσεις του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνιου χιτώνα διαμέσου της μυϊκής στιβάδας του τοιχώματος του παχέος εντέρου. Εκκολπώματωση ορίζεται ως η παρουσία εκκολπώματων. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, τα εκκολπώματα του παχέος εντέρου παραμένουν ασυμπτωματικά, ενώ εντοπίζονται τυχαία κατά την απεικόνιση του παχέος εντέρου σε αξονική τομογραφία ή σε κολονοσκόπηση.

Κλινικές εκδηλώσεις εμφανίζουν το 25% των ασθενών που έχουν εκκολπώματα του παχέος εντέρου και ορίζεται ως εκκολπωματική νόσος και αφορά: (α) αιμορραγία κατώτερου πεπτικού, (β) οξεία εκκολπωματίτιδα, (γ) τμηματική κολίτιδα σχετιζόμενη με εκκολπώματα και (δ) συμπτωματική ανεπίπλεκτη εκκολπωματική νόσο (Symptomatic Uncomplicated Diverticular Disease - SUDDD). Η τελευταία οντότητα ορίζεται ως χρόνια κοιλιακό άλγος σχετιζόμενα με τα εκκολπώματα χωρίς μακροσκοπικά ευρήματα κολίτιδας ή εκκολπωματίτιδας.

Η εκκολπώματωση αποτελεί κατ' εξοχήν νόσος των ανεπτυγμένων χωρών του δυτικού κόσμου και απαντάται συνήθως στις μεγαλύτερες ηλικίες. Το 10% των ανθρώπων άνω των 40 ετών και το 50% των ανθρώπων άνω των 60 ετών, έχουν εκκολπώματα στο παχύ έντερο με το 95% να εντοπίζονται στο σιγμοειδές. Τα εκκολπώματα στο 24% αφορούν κυρίως το σιγμοειδές, αλλά υπάρχουν και σε άλλα μέρη του παχέος εντέρου, ενώ στο 7% κατανέμονται εξίσου σε όλο το κόλον.

Παθοφυσιολογία της εκκολπώματωσης

Η κυρίαρχη παθοφυσιολογία είναι η αυξημένη ενδοαυλική πίεση, η οποία προδιαθέτει στο σχηματισμό των εκκολπώματων και κυρίως στο σιγμοειδές, όπου αναπτύσσονται υψηλότερες πιέσεις κατά τις περισταλτικές κινήσεις λόγω της μικρότερης διαμέτρου. Νεότερα δεδομένα δείχνουν ότι γενετικοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες και αλλαγές στο εντερικό μικροπεριβάλλον, συμπεριλαμβανομένου του μικροβιώματος, της χρόνιας φλεγμονής του βλεννο-

γόνου και αλλοιώσεις του εντερικού νευρικού συστήματος, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην παθοφυσιολογία της εκκολπώματωσης.

Παράγοντες κινδύνου

Αρκετοί παράγοντες κινδύνου που αφορούν τον τρόπο ζωής έχουν συσχετιστεί με την εκκολπώματωση. Η υψηλή διαιτητική πρόσληψη κόκκινου κρέατος, η χαμηλή πρόσληψη φυτικών ινών, η έλλειψη έντονης σωματικής δραστηριότητας, ο υψηλός BMI (≥ 25 kg/m²) και το κάπνισμα (≥ 40 πακέτα-έτη) συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εκκολπώματωσης. Η κατανάλωση ξηρών καρπών και σπόρων δεν συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εκκολπώματωσης, εκκολπωματίτιδας ή αιμορραγίας.

Οξεία εκκολπωματίτιδα

Η εκκολπωματίτιδα είναι η φλεγμονή των εκκολπώματων και η συχνότερη ηλικία εμφάνισης είναι τα 63 έτη. Ωστόσο, το 16% των εισαγωγών στο νοσοκομείο με οξεία εκκολπωματίτιδα είναι κάτω των 45 ετών. Ο κίνδυνος εμφάνισης εκκολπωματίτιδας σε ασθενείς με εκκολπώματωση κυμαίνεται στο 5%-15%. Η απλή ή μη επιπλεγμένη εκκολπωματίτιδα ορίζεται ως οξεία εκκολπωματίτιδα χωρίς επιπλοκές, ενώ η επιπλεγμένη ορίζεται ως η εκκολπωματίτιδα με μία από τις ακόλουθες επιπλοκές: απόφραξη του εντέρου, δημιουργία αποστήματος ή συριγγίου ή διάτρηση παχέος εντέρου. Η επιπλεγμένη εκκολπωματίτιδα αντιστοιχεί στο 15% των περιπτώσεων.

Κλινικές εκδηλώσεις - Διάγνωση

Τα κυριότερα συμπτώματα είναι το κοιλιακό άλγος, εντοπιζόμενο στον αριστερό λαγόνιο βόθρο όταν η φλεγμονή εντοπίζεται στο σιγμοειδές, ενώ παρουσιάζεται και με άλγος στο υπογάστριο ή στο δεξιό λαγόνιο βόθρο (όταν σπάνια τα εκκολπώματα εντοπίζονται στο δεξιό κόλον). Οι ασθενείς μπορεί επίσης να έχουν πυρετό, ενώ ναυτία και έμετος αναφέρεται στο 20%-60 % λόγω απόφραξης του εντέρου ή ειλεού λόγω περιτοναϊκού ερεθισμού. Η αιμοδυναμική αστάθεια και η σπηκτική καταπληξία είναι

σπάνιες εκδηλώσεις και σχετίζονται με επιπλοκές όπως η διάτρηση ή η περιτονίτιδα. Οι διαταραχές των κενώσεων, όπως δυσκοιλιότητα ή διαρροϊκές κενώσεις εμφανίζονται σε ποσοστό 50% και 25%-35% αντίστοιχα. Μια μικρή πλειονότητα ασθενών εμφανίζουν έπειξη για ούρηση, συχνότητα ή δυσουρικά ενοχλήματα λόγω ερεθισμού της ουροδόχου κύστης (από τη γειτνίαση με το σιγμοειδές που φλεγμαίνει). Τα κυριότερα εργαστηριακά ευρήματα είναι η λευκοκυττάρωση και οι αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Εξέταση εκλογής αποτελεί η αξονική τομογραφία κοιλίας. Τα κυριότερα απεικονιστικά ευρήματα είναι η τμηματική πάχυνση του τοιχώματος του εντέρου (>4 mm), με αύξηση της πχογένειας του περιολικού λίπους, όπως και η ανάδειξη επιπλοκών, όπως η διάτρηση εντέρου ή η δημιουργία αποστήματος ή συριγγίου. Η ευαισθησία και η ειδικότητα της αξονικής τομογραφίας κοιλίας για τη διάγνωση της οξείας εκκολπωματίτιδας είναι 94 και 99%, αντίστοιχα.

Πορεία νόσου

Η πλειονότητα των ασθενών με οξεία εκκολπωματίτιδα έχει ομαλή πορεία. Ωστόσο, περίπου το 15% των ασθενών με οξεία εκκολπωματίτιδα παρουσιάζουν επιπλοκή που ορίζεται ως απόστημα, διάτρηση εντέρου, συρίγγιο ή απόφραξη του παχέος εντέρου. Με τη συντηρητική θεραπεία της οξείας μη επιπλεγμένης εκκολπωματίτιδας, περίπου το 30% των ασθενών θα παραμείνουν ασυμπτωματικοί. Υποτροπιάζουσα επεισόδια εκκολπωματίτιδας παρουσιάζουν το 20%-40% των ασθενών. Ωστόσο, τα υποτροπιάζοντα επεισόδια εκκολπωματίτιδας δεν σχετίζο-

νται με υψηλότερο κίνδυνο επιπλοκών σε σύγκριση με το πρώτο επεισόδιο. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ένα 20% των ασθενών με προηγούμενο επεισόδιο οξείας εκκολπωματίτιδας έχουν χρόνια κοιλιακό άλγος, ενώ ένα μικρό υποσύνολο των ασθενών αναπτύσσει τμηματική κολίτιδα που σχετίζεται με εκκολπωματίτιδα. Τα υποτροπιάζοντα επεισόδια εκκολπωματίτιδας επιπλέκονται με ίνωση και ουλές, με αποτέλεσμα το σχηματισμό στένωσης. Σε ασθενείς με οξεία εκκολπωματίτιδα, τα ποσοστά θνησιμότητας ποικίλλουν ανάλογα με την παρουσία επιπλοκών και τις συννοσηρότητες των ασθενών. Σε ασθενείς με οξεία μη επιπλεγμένη εκκολπωματίτιδα, η συντηρητική θεραπεία είναι επιτυχής στο 70%-100%.

Θεραπεία

Με βάση την κλινική εικόνα, τα εργαστηριακά και τα απεικονιστικά ευρήματα, η θεραπεία είναι εξωνοσοκομειακή ή ενδονοσοκομειακή. Ενώ η θεραπεία εκλογής για την οξεία εκκολπωματίτιδα είναι η αντιμικροβιακή θεραπεία, σε μια πρόσφατη μελέτη φάνηκε ότι οι ασθενείς που δεν χρήζουν εισαγωγής στο νοσοκομείο, επωφελούνται από αναλγητικά και υδρική διαίτα και δεν συνιστάται η χορήγηση αντιβιοτικών. Ωστόσο, είναι σημαντικό να γίνεται επαναξιολόγηση των ασθενών εντός τριών ημερών και επί επιμονής των συμπτωμάτων εισαγωγή. Τα κριτήρια για εισαγωγή στο νοσοκομείο διαφαινούνται στο Πίνακα 1. Ακρογωνιαίος λίθος στη θεραπεία της οξείας εκκολπωματίτιδας που χρήζει εισαγωγής, είναι η ενδοφλέβια αντιμικροβιακή αγωγή. Τα κυριότερα παθογόνα που ευθύνονται είναι τα Gram αρνητικά, οι εντερόκοκκοι και

Πίνακας 1	Κριτήρια για εισαγωγή ασθενών στο νοσοκομείο με οξεία εκκολπωματίτιδα
	Ηλικία >70 ετών
	Ανοσοκαταστολή
	Σημαντικές συννοσηρότητες (σακχαρώδης διαβήτης ή στεφανιαία νόσος ή οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή στηθάγχη ή καρδιακή ανεπάρκεια ή χρόνια ηπατική νόσος ή νεφρική νόσος τελικού σταδίου)
	Σήψη ή σύνδρομο συστηματικής φλεγμονώδους απόκρισης (SIRS) ή σηπτική καταπληξία
	Έντονο κοιλιακό άλγος ή περιτονισμός κατά την αντικειμενική εξέταση
	Μικροδιάτρηση (π.χ. φυσαλίδες αέρα έξω από το παχύ έντερο χωρίς εξαγωγή σκιαγραφικού)
	Ειλεός ή απόφραξη εντέρου
	Απόστημα, διάτρηση ή συρίγγιο
	Αποτυχία σε εξωνοσοκομειακή θεραπευτική αγωγή

τα ανασερόβια. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τη χρήση αντιβιοτικών το τελευταίο τρίμηνο, για να αποφεύγονται λόγω πιθανότητας ανάπτυξης αντοχής και αποτυχία στη θεραπεία. Τα κυριότερα αντιμικροβιακά σχήματα που χρησιμοποιούνται αναφέρονται στο Πίνακα 2. Επίσης, συνίσταται χορήγηση αναλγητικών και αναστολή διατροφής ή υδρική δίαιτα αναλόγως της κατάστασης του ασθενούς. Η συνολική διάρκεια της αντιμικροβιακής αγωγής είναι 10-14 ημέρες.

Αναφορικά με τις επιπλοκές, σε μικροδιάτρηση και αποστήματα με διάμετρο ≤ 4 cm, η θεραπεία είναι συντηρητική. Σε απόστημα >4 cm, ενδεδειγμένη θεωρείται η διαδερμική παρακέντηση υπό αξονική καθοδήγηση. Άμεση χειρουργική αντιμετώπιση επιβάλλεται σε διάτρηση, περιτονίτιδα ή απόφραξη. Εκλεκτική κολεκτομή συνίσταται στη παρουσία συριγγίου ή σε ασθενείς με

προηγηθέν επεισόδιο επιπλεγμένης εκκολπωματίτιδας ή σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς, 10-12 εβδομάδες μετά την οξεία φάση. Επίσης, ασθενείς με υποτροπιάζοντα επεισόδια εκκολπωματίτιδας θεωρούνται υποψήφιοι για χειρουργική εξαίρεση.

Με βάση την κλινική, εργαστηριακή και απεικονιστική βελτίωση, η θεραπεία συνεχίζεται από του στόματος με σιπροφλοξασίνη, λεβοφλοξασίνη, τριμεθοπρίμη-σουλφομεθοξαζόλη ή τετρακυκλίνη με μετρονιδαζόλη είτε με μονοθεραπεία με αμοξικιλίνη-κλαβουλανικό οξύ. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στην οξεία φάση δεν επιτρέπεται η πραγματοποίηση κολονοσκόπησης, αλλά συνίσταται μετά από 6-8 εβδομάδες από την οξεία φάση για τον αποκλεισμό κακοήθειας (με εξαίρεση των ασθενών που υποβλήθηκαν σε κολονοσκόπηση εντός του προηγούμενου έτους).

Πίνακας 2	Δοσολογικά σχήματα που χρησιμοποιούνται στην οξεία εκκολπωματίτιδα	
Ενδοφλέβια αντιβιοτικά	Δοσολογία	
Μονοθεραπεία		
Αμπικιλλίνη-σουλμπακτάμη	3 g κάθε 6 ώρες	
Πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη	4.5 g κάθε 6 ώρες	
Συνδυαστική θεραπεία		
Κεφαζολίνη	2 g κάθε 8 ώρες	
Κεφουροξίμη	1.5 g κάθε 8 ώρες	
Κεφτριαξόνη	2 g κάθε 24 ώρες	
Σιπροφλοξασίνη	600 mg κάθε 12 ώρες ή 400 mg κάθε 8 ώρες	
Λεβοφλοξασίνη	750 mg κάθε 24 ώρες	
ΜΕ		
Μετρονιδαζόλη	500 mg κάθε 8 ώρες	
Με παράγοντες για πολυανθεκτικά		
Μονοθεραπεία		
Μεροπενέμη	2 g κάθε 8 ώρες	
Ιμιπενέμη-σιλαστατίνη	1000 mg κάθε 8 ώρες	
Συνδυαστική θεραπεία		
Κεφεπίμη	2 g κάθε 8 ώρες	
Κεφταζιντίμη	2 g κάθε 8 ώρες	
ΜΕ		
Μετρονιδαζόλη	500 mg κάθε 8 ώρες	

Abstract

Karaïskos E. Colonic diverticulosis and acute colonic diverticulitis. *Iatrika Analekta*, 2022; 21: 1.025-1.028

Diverticulosis is one of the most common conditions of the digestive system. Diverticulosis is a disease of the Western and industrialized nations with 95% of patients with diverticula having sigmoid diverticula. The majority of the patients generally remain asymptomatic, however, about 25% of patients develop symptomatic diverticular disease. Diverticular symptoms may be due to diverticular bleeding, symptomatic uncomplicated diverticular disease, segmental colitis associated with diverticulosis or diverticulitis. A diet high in total fat and red meat is associated with an increased risk of symptomatic diverticular disease. The diagnosis of acute diverticulitis relies on imaging such as an abdominal-pelvic CT scan together with symptoms and signs. Approximately 25% of patients with acute diverticulitis have associated complications, including bowel obstruction, development of an abscess, fistula, or a colonic perforation and peritonitis. Treatment of diverticular disease includes modification of lifestyle, use of antibiotics, and surgery in elective cases.

Βιβλιογραφία

1. Delvaux M. *Diverticular disease of the colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention*. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18 Suppl 3: 71.
2. Barbaro MR, Cremon C, Fuschi D, et al. *Pathophysiology of Diverticular Disease: From Diverticula Formation to Symptom Generation*. *Int J Mol Sci*. 2022; 23: 6.698.
3. Francis NK, Sylla P, Abou-Khalil M, et al. *EAES and SAGES 2018 consensus conference on acute diverticulitis management: evidence-based recommendations for clinical practice*. *Surg Endosc* 2019; 33: 2.726.
4. Dichman ML, Rosenstock SJ, Shabanzadeh DM. *Antibiotics for uncomplicated diverticulitis*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022; 6: CD009092.
5. Hall J, Hardiman K, Lee S, et al. *The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Left-Sided Colonic Diverticulitis*. *Dis Colon Rectum* 2020; 63: 728.
6. Qaseem A, Etzeandia-Ikobaltzeta I, Lin JS, et al. *Diagnosis and Management of Acute Left-Sided Colonic Diverticulitis: A Clinical Guideline From the American College of Physicians*. *Ann Intern Med* 2022; 175: 399.
7. Mora-López L, Ruiz-Edo N, Estrada-Ferrer O, et al. *Efficacy and Safety of Nonantibiotic Outpatient Treatment in Mild Acute Diverticulitis (DINAMO-study): A Multicentre, Randomised, Open-label, Noninferiority Trial*. *Ann Surg* 2021; 274: e435.
8. van de Wall BJM, Stam MAW, Draaisma WA, et al. *Surgery versus conservative management for recurrent and ongoing left-sided diverticulitis (DIRECT trial): an open-label, multicentre, randomised controlled trial*. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2017; 2: 13.
9. Rottier SJ, van Dijk ST, van Geloven AAW, et al. *Meta-analysis of the role of colonoscopy after an episode of left-sided acute diverticulitis*. *Br J Surg* 2019; 106: 988

Εκκολπωματίτιδα και χειρουργική αντιμετώπιση

Γεώργιος Πανούσης

Γεν. Χειρουργός, Αν. Διευθυντής Στ' Χειρουργικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ
gpanousismd@gmail.com

Τα εκκολπώματα του παχέος εντέρου είναι προσεκβολές του βλεννογόνου δια του τοιχώματος του παχέος εντέρου, καλυπτόμενα μόνο από ορογόνο, και για τον λόγο αυτό είναι και εύκολο να διατρηθούν (Εικόνα 1). Είναι νόσος του δυτικού τρόπου ζωής (διατροφή πλούσια σε κόκκινο κρέας, λιπαρά και φτωχή σε ίνες και λαχανικά, καθιστική ζωή, κάπνισμα), αλλά και νόσος των ηλικιωμένων λόγω της προοδευτικής εκφύλισης των ιστών με την ηλικία (αν και τελευταία, βέβαια, παρατηρείται αύξηση του ποσοστού σε νεαρότερες ηλικίες).

Εμφανίζονται περισσότερο στη ζώνη των υψηλών πιέσεων του παχέος εντέρου, δηλαδή κυρίως στο σιγμοειδές και στο κατιόν κόλον, όπου, λόγω της μικρότερης διαμέτρου του εντέρου και σύμφωνα με τον νόμο του Laplace, στο τοίχωμα ασκούνται οι υψηλότερες πιέσεις. Φυσικά, αυτό δεν σημαίνει ότι δεν μπορεί να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε τμήμα του παχέος εντέρου. Με διατροφή, όμως, πλούσια σε υπόλειμμα, μπορεί να διατηρηθεί αυξημένη διάμετρος στο έντερο και να μειωθούν οι πιέσεις που ασκούνται στο τοίχωμά του.

Ποιος ο κίνδυνος

Δύο είναι οι βασικοί κίνδυνοι-επιπλοκές:

1. Η αιμορραγία, γιατί τα εκκολπώματα εμφανίζονται σε θέσεις εισόδου των αγγείων του τοιχώματος του εντέρου δια των μυϊκών στρωμάτων και εύκολα μπορούν να αιμορραγήσουν.
2. Η φλεγμονή (εκκολπωματίτιδα), λόγω του ότι αποτελούν τυφλά τμήματα του εντέρου, τα οποία μπορεί να



Εικ. 1. Τα εκκολπώματα του παχέος εντέρου.

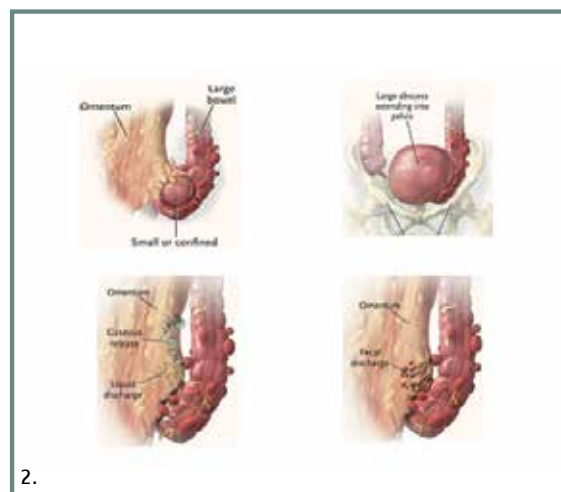
αποφραχθούν και να αναπτυχθούν μικρόβια. Η φλεγμονή μπορεί να είναι περιορισμένη (απλή εκκολπωματίτιδα) ή εκτεταμένη, όπως απόστημα, τοπική ή γενικευμένη περιτονίτιδα (επιπλεγμένη εκκολπωματίτιδα).

Για να ενεργοποιηθεί η έναρξη της φλεγμονής θα πρέπει να γίνει διάτρηση του εκκολπώματος, την οποία άλλοτε ο ίδιος ο οργανισμός περιχαράκωνει και άλλοτε όχι (Εικόνα 2).

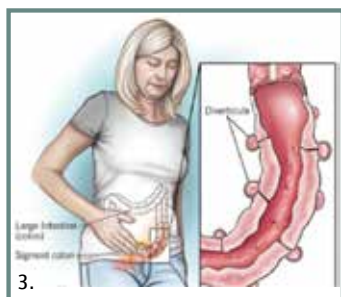
Συμπτώματα

Συνήθως τα εκκολπώματα δεν πονάνε και είναι πιθανό για χρόνια ή ποτέ να μη δώσουν συμπτώματα. Η πιθανότητα κάποιος ασθενής με εκκολπώματα να νοσήσει σε όλο του τον βίο είναι 15%-30%, ενώ από αυτούς που θα νοσήσουν το 10%-20% θα χρειαστεί να χειρουργηθούν, ουσιαστικά δηλαδή το 0,5-1% των ασθενών με εκκολπώματα.

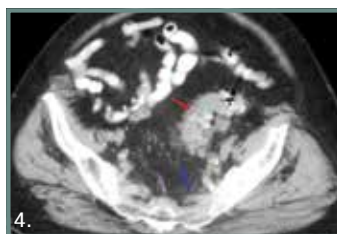
Η απλή εκκολπωματίτιδα προκαλεί πόνο, ιδίως στην αριστερή πλευρά της κοιλιάς, συνοδευόμενο με διαταραχές των κενώσεων, πυρετό και αδυναμία λήψης τροφής, ναυτία και πιθανώς εμέτους. Επίσης, μπορεί να εμφανιστούν συμπτώματα από το ουροποιητικό (συχνοουρία, πόνος κατά την ούρηση) (Εικόνα 3).



Εικ. 2. Ταξινόμηση κατά Hinchey. HINCHEY I: περιορισμένο περιτολικό ή μεσεντέριο απόστημα. HINCHEY II: πυελικό απόστημα. HINCHEY III: γενικευμένη πυώδης περιτονίτιδα. HINCHEY IV: γενικευμένη κοπρανώδης περιτονίτιδα.



Εικ. 3. Συμπτώματα απλής εκκολπωματίτιδας.



Εικ.4. Αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας για τη διάγνωση επιπλεγμένης εκκολπωματίτιδας.

Αν η νόσος εξελιχθεί σε επιπλεγμένη, μπορεί να συνδυάζεται με γενικευμένο πόνο στη κοιλιά, ταχυκαρδία και πτώση της πίεσης, δηλαδή με σημεία σήψης. Σε περίπτωση χρόνιας φλεγμονής, π.χ. πολλαπλά επεισόδια, μπορεί να προκληθεί στένωση του εντέρου ή και απόφραξή του, κατάσταση που μπορεί να μισηθεί μια νεοπλασία. Για τον λόγο αυτό χρειάζεται πάντα κολονοσκόπηση για τον αποκλεισμό της, πριν προχωρήσει κανείς στην επέμβαση.

Διάγνωση

Κλινικά ο ασθενής εμφανίζει σύσπαση στο σημείο της φλεγμονής. Η πρώτη εξέταση που πρέπει να γίνει, είναι ο αιματολογικός έλεγχος, με τον οποίο συνήθως διαπιστώνεται αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων, αλλά και των δεικτών φλεγμονής. Στη συνέχεια, μια καλή υπερηχοτομογραφική μελέτη θα θέσει τη διάγνωση και είναι αρκετή σε απλές περιπτώσεις. Όμως, σε επιπλεγμένη εκκολπωματίτιδα, όπου χρειάζεται νοσηλεία, είναι απαραίτητη η αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας (Εικόνα 4), για να διαπιστωθεί η έκταση της φλεγμονής και ανάλογα να ληφθούν αποφάσεις για την αντιμετώπισή της.

Αντιμετώπιση

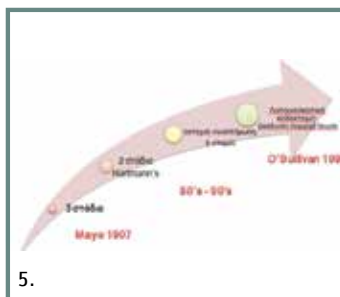
Η οξεία εκκολπωματίτιδα αντιμετωπίζεται κατ' αρχάς συντηρητικά και σε πολλές περιπτώσεις δεν χρειάζεται νοσηλεία του ασθενούς. Επίσης, υπάρχουν πολλές μελέτες που δείχνουν ότι δεν χρειάζονται καν αντιβιοτικά παρά μόνο παυσίπονα και περιορισμός της λήψης τροφής.

Όταν, όμως, υπάρχει διάτρηση του εκκολπώματος χρειάζεται νοσηλεία για ενδοφλέβια αντιβίωση, με στόχο να αποφευχθεί επείγουσα επέμβαση, γιατί ο κίνδυνος σπομίας είναι μεγάλος.

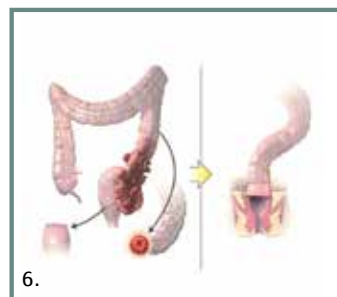
Φυσικά, σε περιπτώσεις αποστήματος ή περιτονίτιδας κάποια χειρουργική παρέμβαση είναι απαραίτητη: παροχέτευση του αποστήματος ή κολεκτομή αντιστοίχως. Επίσης χειρουργική παρέμβαση συνιστάται όταν υπάρχει επιδείνωση ή μη βελτίωση μετά από 48-72 ώρες συντηρητικής αντιμετώπισης.

Μεγάλη συζήτηση γίνεται στις περιπτώσεις χρόνιας εκκολπωματίτιδας, δηλαδή πολλά επαναλαμβανόμενα επεισόδια. Παλαιότερα υπήρχε η πεποίθηση ότι μετά το τρίτο επεισόδιο θα πρέπει ο ασθενής να οδηγηθεί στο χειρουργείο. Σήμερα αυτό έχει αλλάξει, κριτήριο δεν είναι ο αριθμός των επεισοδίων, αλλά το πόσο συχνά είναι αυτά και πόσο επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Κι

Πίνακας 1	Κριτήρια για εισαγωγή ασθενών στο νοσοκομείο με οξεία εκκολπωματίτιδα
	Ηλικία >70 ετών
	Ανοσοκαταστολή
	Σημαντικές συνοσπρόπτες (σακχαρώδης διαβήτης ή στεφανιαία νόσος ή οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή σπληνική ή καρδιακή ανεπάρκεια ή χρόνια ηπατική νόσος ή νεφρική νόσος τελικού σταδίου)
	Σήψη ή σύνδρομο συστηματικής φλεγμονώδους απόκρισης (SIRS) ή σπληνική καταπληξία
	Έντονο κοιλιακό άλγος ή περιτοναϊσμός κατά την αντικειμενική εξέταση
	Μικροδιάτρηση (π.χ. φυσαλίδες αέρα έξω από το παχύ έντερο χωρίς εξαγωγή σκιαγραφικού)
	Ειλεός ή απόφραξη εντέρου
	Απόστημα, διάτρηση ή συρίγγιο
	Αποτυχία σε εξωνοσοκομειακή θεραπευτική αγωγή



Εικ. 5. Η εξέλιξη της χειρουργικής αντιμετώπισης σε περιπτώσεις περιτονίτιδας ή αποστήματος.



Εικ. 6. Εκτομή Hartmann's.

αυτό γιατί συνήθως το πρώτο επεισόδιο είναι το βαρύτερο και ουσιαστικά ο κίνδυνος από τα επόμενα είναι μικρός. Αν, όμως, τα επεισόδια είναι επαναλαμβανόμενα σε μικρά χρονικά διαστήματα, υπάρχει ισχυρή ένδειξη επέμβασης. Έτσι, ο ίδιος ο ασθενής θα μας υποδείξει πότε θα χειρουργηθεί, «θα κερδίσει» όπως λέμε την επέμβασή του.

Επίσης, αν το πρώτο επεισόδιο αφορά επιπλεγμένη εκκολπωματίτιδα ή ο ασθενής είναι μικρής ηλικίας, η πιθανότητα επέμβασης στο μέλλον είναι υψηλή.

Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική θεραπεία, σε περιπτώσεις περιτονίτιδας ή αποστήματος (που δεν μπορεί να παροχετευθεί ή δεν βελτιώνεται μετά από παροχέτευση) από διάτρηση εκκολπώματος, έχει περάσει από πολλά στάδια.

Παλαιότερα (Εικόνα 5), οι επεμβάσεις τριών σταδίων ήταν ο κανόνας, δηλαδή προσωρινή κολοστομία και πιθανώς μία ή δύο επεμβάσεις μετά για την αποκατάσταση της στομίας, με μεγάλο μειονέκτημα την παραμονή της σπηκτικής εστίας.

Πίνακας 2	Δοσολογικά σχήματα που χρησιμοποιούνται στην οξεία εκκολπωματίτιδα	
Ενδοφλέβια αντιβιοτικά	Δοσολογία	
Μονοθεραπεία		
Αμπικιλλίνη-σουλμπακτάμη	3 g κάθε 6 ώρες	
Πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη	4.5 g κάθε 6 ώρες	
Συνδυαστική θεραπεία		
Κεφαζολίνη	2 g κάθε 8 ώρες	
Κεφουροξίμη	1.5 g κάθε 8 ώρες	
Κεφτριαξόνη	2 g κάθε 24 ώρες	
Σιπροφλοξασίνη	600 mg κάθε 12 ώρες ή 400 mg κάθε 8 ώρες	
Λεβοφλοξασίνη	750 mg κάθε 24 ώρες	
ΜΕ		
Μετρονιδαζόλη	500 mg κάθε 8 ώρες	
Με παράγοντες για πολυανθεκτικά		
Μονοθεραπεία		
Μεροπενέμη	2 g κάθε 8 ώρες	
Ιμιπενέμη-σιλαστατίνη	1000 mg κάθε 8 ώρες	
Συνδυαστική θεραπεία		
Κεφεπίμη	2 g κάθε 8 ώρες	
Κεφταζινίμη	2 g κάθε 8 ώρες	
ΜΕ		
Μετρονιδαζόλη	500 mg κάθε 8 ώρες	



Εικ. 7. Εκτομή και αναστόμωση.

Για τον λόγο αυτό, έγινε στροφή προς εκτομή Hartmann's (Εικόνα 6), που ήταν ο χρυσός κανόνας τη δεκαετία 1980-90, δηλαδή επέμβαση δύο σταδίων: εκτομή του πάσχοντος τμήματος και κολοστομία και σε δεύτερο χρόνο σύγκλιση της στομίας. Όμως, και εδώ η νοσηρότητα και η θνησιμότητα ήταν υψηλές, ενώ και λόγω του κακού status πολλών ασθενών, περίπου το 1/3 δεν έφθανε ποτέ σε σύγκλιση της στομίας.

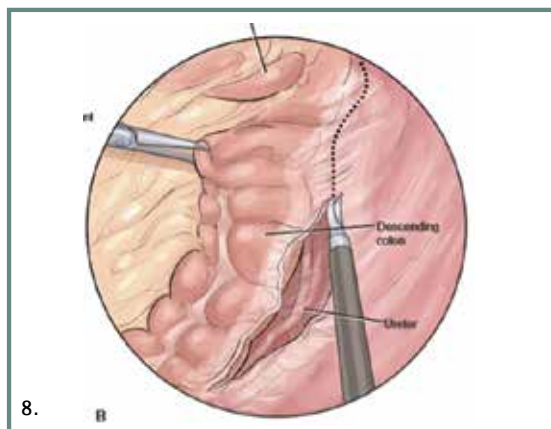
Σήμερα, αν φυσικά η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει και δεν είναι σε βαριά σήψη, μπορεί να γίνει εκτομή και αναστόμωση σε ένα χρόνο και πιθανώς να συνοδεύεται με μια προσωρινή ειλεοστομία, που η σύγκλεισή της είναι πολύ χαμηλότερης βαρύτητας επέμβαση (Εικόνα 7).

Η λαπαροσκοπική έκπλυση (lavage) έχει θέση σε περιπτώσεις πυώδους περιτονίτιδας, με πλεονέκτημα τη μικρότερη νοσηλεία και τη μη ύπαρξη στομίας, αλλά με μειονέκτημα την παραμονή της σπητικής εστίας και τα υψηλά ποσοστά επανεπεμβάσεων. Γενικά, θα μπορούσε να αποτελέσει γέφυρα πριν από την προγραμματισμένη επέμβαση εκτομής και σίγουρα δεν έχει θέση σε ανοσοκατεσταλμένους, σε ασθενείς με υψηλό ASA ή σε ασθενείς υπό χημειοθεραπεία.

Χρόνια επιπλεγμένη εκκολπωματίτιδα

Αναφερόμαστε σε περιπτώσεις πολλαπλών επεισοδίων ή μετά από εμφάνιση σοβαρής επιπλοκής, όπως στένωση ή απόφραξη του εντέρου, καθώς και συριγγίου (συνήθως με την ουροδόχο κύστη ή τον κόλπο). Σε αυτές τις προγραμματισμένες επεμβάσεις χρόνιας εκκολπωματίτιδας, η εκτομή του πάσχοντος τμήματος του παχέος εντέρου θα πρέπει να γίνεται λαπαροσκοπικά (Εικόνα 8).

Με τη μέθοδο αυτή εξασφαλίζονται πολύ καλύτερα



Εικ. 8. Λαπαροσκοπική επέμβαση σε περιστατικό χρόνιας επιπλεγμένης εκκολπωματίτιδας.

βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα: λιγότερος μετεγχειρητικός πόνος, λιγότερες επιπλοκές και γρηγορότερη επάνοδος στις δραστηριότητες. Κατά την επέμβαση της κολεκτομής θα πρέπει να αφαιρείται το πάσχον τμήμα του παχέος εντέρου με εγγύς όριο υγιές κατιόν ή εγκάρσιο κόλον και άπω όριο πάντα το άνω ορθό.

Γενικά, παρότι δεν υπάρχουν ογκολογικές ανησυχίες, η επέμβαση θα πρέπει να τυποποιείται και να ακολουθούνται όλοι οι χειρουργικοί κανόνες για τη μείωση των διεγχειρητικών επιπλοκών.

Σε περιπτώσεις χρόνιας φλεγμονής, για την αποφυγή τραυματισμών των ουρητήρων στο χειρουργείο, είναι πολλές φορές απαραίτητο πριν από την έναρξη της κολεκτομής να τοποθετούνται stents στους ουρητήρες ή, αν υπάρχει η κατάλληλη υποδομή, να σκιαγραφούνται με τη χρησιμοποίηση της τεχνολογίας ICG.

Συμπέρασμα

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι σήμερα για την οξεία εκκολπωματίτιδα υπάρχει στροφή προς τη συντηρητική αντιμετώπιση. Η χειρουργική αντιμετώπιση εφαρμόζεται σε περίπτωση αποτυχίας της συντηρητικής.

Η απόφαση για την επέμβαση δεν εξαρτάται από τον αριθμό των επεισοδίων, αλλά εξαστομικεύεται. Όταν υπάρχει εξειδίκευση, υπάρχει ισχυρή σύσταση η κολεκτομή να γίνεται λαπαροσκοπικά.

Abstract

Panoussis G. Diverticulitis and surgical treatment. Iatrika Analekta, 2022; 21: 1.029-1.033

The initial evaluation of a new patient with suspected acute diverticulitis should include: specific history, physical examination, complete blood count, plain abdominal x-ray and ultra sound. If patient needs hospitalization computerized tomography is necessary in order to diagnose the exact stage of diverticulitis and to decide further treatment. Nonoperative management typically includes dietary modification and oral or iv antibiotics. After resolution of an initial episode the colon should be adequately evaluated to confirm diagnosis. Colonoscopy or contrast enema x-ray is appropriate to exclude other diagnosis primarily cancer, ischemia or IBD. Urgent sigmoid colectomy is required for patients with diffuse peritonitis as for those who fail nonoperative management. The decision to recommend elective sigmoid colectomy after recovery from acute diverticulitis should be made on a case by case basis. Elective resection should typically be advised if an episode of complicated diverticulitis is treated nonoperatively. The resection should be carried proximally to compliant bowel and extent distally to the upper rectum. Laparoscopic colectomy is advised when expertise exist.

Βιβλιογραφία

1. van Dijk ST, Rottler SJ, van Geloven AAW, et al. *Conservative treatment of acute colonic diverticulitis*. Intra abdominal infections, 2017 Sept.
2. Kohl A, Rosenberg J, Bock D. *Two-year results of randomized clinical trial DILALA comparing laparoscopic lavage with resection as treatment for perforated diverticulitis*. 2018.
3. Nally DM, Kavanagh DO. *Current controversies in the management of diverticulitis: A Review*. Karger 2018.
4. Lanás A, Abad-Baroja D, Lanás-Gimeno A. *Progress and challenges in the management of diverticular disease: which treatment? Therapeutic advances in gastroenterology*, 2018.
5. WSES. *Guidelines for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting*. World Journal of Emergency Surgery, 2016.
6. Biffi WL, Moore FA, Moore EE. *What is the current role of laproscopic lavage in perforated diverticulitis?* J Trauma Acute Care Surg, 2017.
7. Beck D, Roberts PL, Rombeau JL, et al. *The ASCRS Manual of colon and Rectal Surgery*. Springer, 2009.

Αιμορροϊδοπάθεια

Γεώργιος Γιαννόπουλος

Γενικός Χειρουργός, Χειρουργική Κλινική Ομίλου ΥΓΕΙΑ

ggiannopoulos@hygeia.gr

Η αιμορροϊδοπάθεια αποτελεί μία από τις συχνότερες παθήσεις, γίνεται συχνότερη με την πάροδο της ηλικίας και προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλα. Εκτιμάται ότι το 50% του πληθυσμού θα έχει αιμορροΐδες μέχρι την ηλικία των 50 ετών.

Ταξινόμηση

Οι εξωτερικές δερματικές πτυχές είναι αναδιπλώσεις του δέρματος που δημιουργούνται στην πρωκτική σχισμή. Αυτές οι δερματικές πτυχές μπορεί να είναι αποτέλεσμα θρόμβωσης εξωτερικών αιμορροΐδων.

Οι εξωτερικές αιμορροΐδες αποτελούνται από το πλέγμα των διατεταμένων φλεβών, που βρίσκονται κάτω από το επίπεδο της οδοντωτής γραμμής και καλύπτονται από πλακώδες επιθήλιο.

Οι εσωτερικές αιμορροΐδες μπορεί να συνοδεύονται από συμπτώματα και αποτελούνται από τις διατεταμένες φλέβες του υποβλεννογόνιου φλεβικού πλέγματος, που βρίσκονται πάνω από την οδοντωτή γραμμή και που καλύπτονται από μεταβατικό και κυλινδρικό επιθήλιο.

Οι εσωτερικές αιμορροΐδες είναι δυνατόν να διακριθούν σε τέσσερις κατηγορίες (Εικόνα 1):

► Οι πρώτου βαθμού εσωτερικές αιμορροΐδες προβάλλουν στον αυλό του πρωκτικού σωλήνα και μπορεί να

προκαλέσουν ανώδυνη απώλεια αίματος.

► Οι δευτέρου βαθμού εσωτερικές αιμορροΐδες προπίπτουν από τον δακτύλιο μόνο κατά την αφόδευση, αλλά ανατάσσονται στη συνέχεια αυτόματα.

► Οι τρίτου βαθμού εσωτερικές αιμορροΐδες προπίπτουν από τον δακτύλιο αυτόματα κατά την αφόδευση, αλλά για την ανάταξή τους απαιτούνται χειρισμοί με το χέρι.

► Οι τέταρτου βαθμού εσωτερικές αιμορροΐδες βρίσκονται μόνιμως σε κατάσταση πρόπτωσης και δεν είναι δυνατόν να αναταχθούν (μη ανατασσόμενες αιμορροΐδες). Οι μεικτές αιμορροΐδες αποτελούνται τόσο από εσωτερικές όσο και από εξωτερικές αιμορροΐδες.

Οι συνηθέστερες θέσεις των αιμορροΐδων είναι μία πρόσθια δεξιά (11h ώρα), μία οπίσθια δεξιά (7h ώρα) και μία οπίσθια αριστερή (3h ώρα). Μεταξύ των τριών αυτών κύριων αιμορροΐδων υπάρχουν και μερικές μικρότερες.

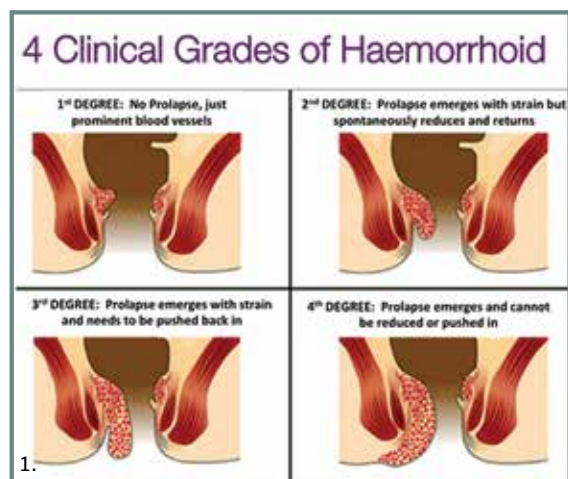
Αιτιολογία

Η δυσκοιλιότητα επιδεινώνει τα συμπτώματα που οφείλονται στην ύπαρξη αιμορροΐδων. Ο τεινεσμός που οφείλεται στη διάρροια, αποτελεί έναν επιπλέον προδιαθεσικό παράγοντα. Η εγκυμοσύνη χωρίς αμφιβολία επιδεινώνει τις προϋπάρχουσες αιμορροΐδες και προδιαθέτει στην ανάπτυξη αιμορροΐδων σε ασυμπτωματικούς ασθενείς. Η κληρονομική προδιάθεση φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόκληση των αιμορροΐδων.

Κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα των αιμορροΐδων μοιάζουν αρκετά με τα συμπτώματα των σοβαρών παθήσεων της περιοχής (φλεγμονώδεις και νεοπλασματικές) και για τον λόγο αυτό θα πρέπει να αναλύονται προσεκτικά πριν γίνει η διάγνωση.

Το κύριο σύμπτωμα των εσωτερικών αιμορροΐδων είναι η αιμορραγία. Η αιμορραγία συνήθως είναι μικρή (σταγόνες αίματος αποβαλλόμενες στην τουαλέτα μετά την έξοδο των κοπράνων, σπανίως είναι μεγάλη με τη μορφή πίδακα). Συνήθως είναι διαλείπουσα παρά σταθερή μετά από κάθε κένωση. Η χρόνια απώλεια αίματος οδηγεί σε σιδηροπενική αναιμία. Δυσφορία και πόνος οφείλονται



Εικ. 1. Κλινική ταξινόμηση αιμορροΐδων.

στη διόγκωση των εξωτερικών αιμορροΐδων λόγω της διάταξης του δέρματος στην περιοχή.

Κνησμός παρουσιάζεται σε ασθενείς με ευμεγέθεις εξωτερικές αιμορροΐδες ή εσωτερικές με πρόπτωση. Η ανώμαλη δερματική επιφάνεια του πρωκτού καθιστά δύσκολη την πλήρη απομάκρυνση των κοπράνων που παραμένουν στην περιοχή, με αποτέλεσμα την εμφάνιση του περιπρωκτικού κνησμού. Επίσης, εμφανίζεται εκροή βλέννης που οφείλεται σε ερεθισμό του βλεννογόνου που επικαλύπτει τις εσωτερικές αιμορροΐδες

Διάγνωση

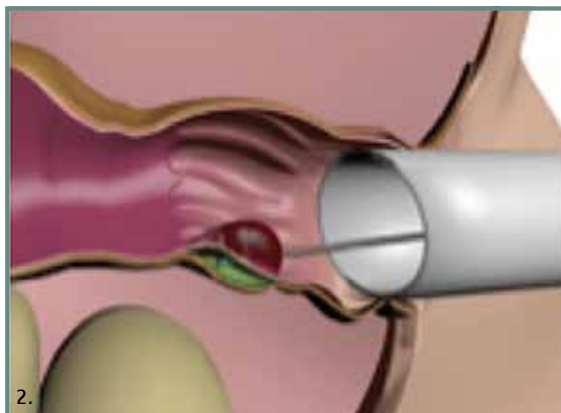
Η διάγνωση γίνεται από το ιστορικό και την επισκόπηση της περιοχής. Επιπροσθέτως μπορεί να γίνει δακτυλική εξέταση, πρωκτοσκόπηση και ορθοσιγμοειδοσκόπηση για τον εντοπισμό ή τον αποκλεισμό άλλων παθήσεων.

Θεραπεία

Η αντιμετώπιση των αιμορροΐδων μπορεί να είναι συντηρητική, παρεμβατική ή χειρουργική. Η λογική της θεραπευτικής αντιμετώπισης εξαρτάται από τον βαθμό των αιμορροΐδων.

Συντηρητική

Η δίαιτα που είναι πλούσια σε φυτικές ίνες βοηθά τα κόπρανα να είναι μαλακά και την αποφυγή δυσκοιλιότητας. Συνιστάται, μετά από κάθε κένωση, πλύσιμο με σαπούνι και νερό και η αποφυγή χρήσης χαρτιού. Αποφυγή μακροχρόνιας ορθοστασίας και πολύωρη χρήση της τουαλέτας (με χρήση περιοδικών, κινητών κ.λπ.). Είναι σημαντικό να τονιστεί στον ασθενή ότι δεν θα πρέπει να καθυστερεί την απόδευση όταν αισθάνεται την ανάγκη για κένωση.



Εικ. 2. Έγχυση τοπικού αναισθητικού υποβλεννογονίως.

Παρεμβατική αντιμετώπιση

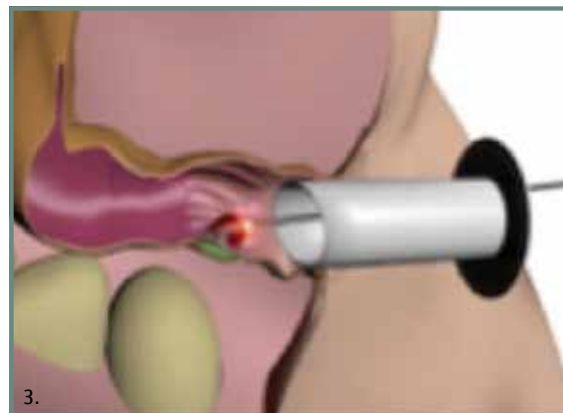
Η χορήγηση σκληρυντικών ουσιών στον υποβλεννογόνο συνδετικό ιστό γύρω από τα αιμορροϊδικά πλέγματα, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη ινώδους ιστού, ο οποίος θρομβώνει τα πλέγματα αυτά. Η εφαρμογή της μεθόδου ενδείκνυται σε αιμορροΐδες 1ου και 2ου βαθμού. Η απολίνωση των αιμορροΐδων με ελαστικό δακτύλιο είναι μια απλή, γρήγορη και αποτελεσματική, ελάχιστα επεμβατική (μη χειρουργική) μέθοδος θεραπείας των ασθενών με αιμορροΐδες 1ου και 2ου βαθμού και επιλεγμένων ασθενών με 3ου βαθμού αιμορροϊδοπάθεια.

Χειρουργικές θεραπευτικές τεχνικές

► Αιμορροϊδεκτομή κατά Milligan-Morgan, με την οποία αφαιρούμε τους τρεις κύριους αιμορροϊδικούς όζους στις ώρες 3, 7 και 11 μαζί με τον βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνο και το δέρμα. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στη διατήρηση δερματοβλεννογονικών κρημών μεταξύ των τραυματικών επιφανειών (πιθανότητα στένωσης).

► Τεχνική Longo με τη χρήση κυκλικού αναστομωτήρα, με την οποία επιτυγχάνεται η αφαίρεση του πλεονάζοντος βλεννογόνου και υποβλεννογονίου χιτώνα από την κάτω μοίρα του ορθού. Με αυτή την τεχνική δεν γίνεται αφαίρεση των εσωτερικών αιμορροΐδων. Επίσης, και οι εξωτερικές αιμορροΐδες παραμένουν στη θέση τους και στη συνέχεια υποστρέφονται.

► Αιμορροϊδοπλαστική με χρήση Laser, όπου χρησιμοποιούμε την εξελιγμένη τεχνική της θερμοκαυτηρίασης των αιμορροΐδων με τη χρήση ειδικών καθετήρων laser. Με τη χρήση του laser έχουμε τη πλήρη αποκατάσταση της ανατομίας της περιοχής, χωρίς την ανάγκη χειρουργικής αφαίρεσης ιστού με ελάχιστη πιθανότητα εμφάνισης



Εικ. 3. Εφαρμογή ραδιοσυχνότητας στον αιμορροϊδικό όζο.

κάκωσης των σφιγκτήρων και ακράτειας.

- ▶ Υπέρηχοι HAL-RAR, όπου, με τη χρήση ειδικών ενδοσκοπικών υπερήχων, ανευρίσκονται και απολινώνονται τα αγγεία που τροφοδοτούν τις αιμορροΐδες, με αποτέλεσμα αυτές να συρρικνώνονται με ανώδυνο και αποτελεσματικό τρόπο. Η διεργασία αυτή πραγματοποιείται στο κατώτερο μέρος του πρωκτού, πάνω από την οδοντωτή γραμμή, όπου δεν υπάρχουν νεύρα, συνεπώς δεν υπάρχει πόνος. Δεν απαιτείται καμία τομή στο δέρμα ή στον βλεννογόνο.
- ▶ Αιμορροϊδοπλαστική με ραδιοσυχνότητες - Μέθοδος

RAFAELO, όπου με τη χρήση ειδικών καθετήρων ραδιοσυχνοτήτων επιτυγχάνεται η συρρίκνωση και τελικά η εξαφάνιση των αιμορροΐδων, προστατεύοντας, όμως, τους γύρω ιστούς, καθώς χρησιμοποιούνται χαμηλότερες θερμοκρασίες σε σχέση με τη χρήση του laser. Η μέθοδος είναι απόλυτα ασφαλής, χωρίς μετεγχειρητικές επιπλοκές, ανώδυνη (μέθνη ή τοπική αναισθησία) και πραγματοποιείται με παραμονή λίγων ωρών στην κλινική. Ο ασθενής εξέρχεται χωρίς πόνο και επιστρέφει άμεσα στις καθημερινές του δραστηριότητες (Εικόνες 2, 3).

Abstract

Giannopoulos G. Haemorrhoidal disease. *Iatrika Analekta*, 2022; 21: 1.034-1.036

The prevalence of haemorrhoidal disease is high in general population, and many treatments are proposed for the management of hemorrhoids. Hemorrhoids are the third most common outpatient gastrointestinal diagnosis. The etiology of hemorrhoids is speculative. Symptoms commonly attributed to hemorrhoids include bleeding, pain, pruritus, fecal seepage, prolapse and mucus discharge. A number of office based interventions such as rubber band ligation, infrared coagulation are widely used from practitioners. Surgical procedures are effective at eliminating hemorrhoids but may be painful. Newer techniques promise to be less painful. Nowadays, surgeons could use ultrasound or laser beam or even radiofrequency ablation to treat hemorrhoids. Conventional haemorrhoidectomy remains an important part of hemorrhoid management, and offers favorable long-term cure rates. However, it is associated with consideration pain and occasional severe complications. A patient with symptomatic hemorrhoids should counselled regarding the advantages and disadvantages of each surgical approach, and surgeons managing hemorrhoids should be skilled in a variety of techniques to offer a tailored management strategy for each patient.

Βιβλιογραφία

1. Hassan S, McGrath D, Barnes R, et al. *Radiofrequency ablation (Rafaleo Procedure) for the treatment of Hemorrhoids: a case series in the United Kingdom*. *Ann Coloproctol* 2021; 18. DOI: 10.3393/ac.2021.00276.0039.
2. Kheng-Seong Ng, Holzgang M, Young C. *Still a Case of "No Pain, No Gain"? An Updated and Critical Review of the Pathogenesis, Diagnosis, and Management Options for Hemorrhoids in 2020*. *Ann Coloproctol* 2020; 36: 133-147.
3. Chen M, Tang TC, He TH, et al. *Management of hemorrhoids: protocol of an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses*. *BMJ Open*. 2020; 10: e035287. doi: 10.1136/bmjopen-2019-035287.
4. Sandler RS, Peery AF. *Rethinking What We Know About Hemorrhoids*. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019; 17: 8-15.
5. Thomis S, Verbrughe P, Milleret R, et al. *Steam ablation versus radiofrequency and laser ablation: an in vivo histological comparative trial*. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2013; 46: 378-382.
6. Davis BR, Lee-Kong SA, Migaly J, et al. *The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids*. *Dis Colon Rectum*. 2018; 61: 284-292.

Περιεδρικά και περιορθικά αποστήματα και συρίγγια

Περικλής Χρυσοχέρης

Χειρουργός MD, FACS, Διευθυντής Α΄ Χειρουργικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ

pchrysoheris@gmail.com

Τα περιορθικά και περιεδρικά αποστήματα παρουσιάζονται με ιδιαίτερη συχνότητα (κοντά στις 100.000 ανά χρόνο στις ΗΠΑ) και αποτελούν λοιμώξεις-φλεγμονές που ξεκινούν συνήθως από πτυχώσεις του βλεννογόνου στην περιοχική της οδοντωτής γραμμής στις λεγόμενες κρύπτες του Morgani. Ακολουθεί η δημιουργία αποστήματος, το οποίο και επεκτείνεται στα μαλακά μόρια της περιοχής γύρω από το ορθό. Η θέση του μπορεί να είναι κάτω ή και πάνω από τους ανελκτήρες μύες του ορθού. Οι ασθενείς παρουσιάζουν έντονο πόνο, δυσκολία βάδισης και πυρετό.

Τα αποστήματα θεραπεύονται με τη διάνοιξη και παροχέτευσή τους. Η τομή παροχέτευσης συνήθως είναι σε σχήμα σταυρού (cruciate incision) και πρέπει να είναι κοντά στον πρωκτό για να αποφύγουμε ένα μακρύ σε μήκος συρίγγιο. Ανάλογα με την κοιλότητα που έχει δημιουργηθεί στο τραύμα, γίνονται αλλαγές (packing) για να επιτύχουμε σύγκλιση κατά 2ο σκοπό.

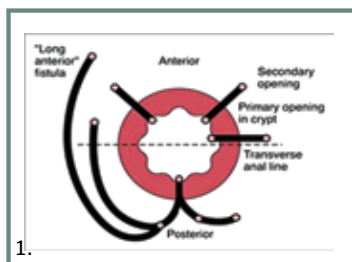
Περιεδρικά συρίγγια

Το 50% των ασθενών που παρουσίασαν περιεδρικό απόστημα, θα αναπτύξουν περιεδρικό συρίγγιο. Άλλες πιθανές αιτίες είναι:

- ▶ Νόσος του Crohn (όπου μπορούμε να δούμε συρίγγια σε πολλαπλά σημεία ταυτόχρονα).
- ▶ Τραυματισμός στην περιοχική του περιναίου.
- ▶ Τοπική ακτινοβολία.
- ▶ Λοιμώδεις παράγοντες, όπως φυματίωση, τράχωμα (λοίμωξη από Chlamydia trachomatis), ακτινομύκωση, HIV

Κλινική εικόνα

Οι ασθενείς με περιεδρικό συρίγγιο συνήθως παρουσιάζουν



Εικ. 1. Ταξινόμηση συριγγίων σύμφωνα με τον κανόνα GOODSHALL.

ζουν εκκρίσεις, με πυώδη, αιματηρά ή και κοπρανώδη χαρακτηριστικά εκ του συριγγώδους πόρου. Επίσης, μπορεί να αναφέρουν πόνο κατά τη διάρκεια της αφόδευσης.

Με τη φυσική εξέταση διακρίνουμε το έξω στόμιο ή στόμια του συριγγίου με τον πιθανό κοκκιώδη ιστό. Με την ψηλάφηση μπορεί να αισθανθούμε τον αυλό του συριγγώδους πόρου σαν μια χορδή και να υπολογίσουμε αδρά την πορεία του. Η πορεία των συριγγίων ακολουθεί συχνά, αλλά όχι πάντα, τον κανόνα του Goodsall, ο οποίος καθορίζει την πορεία του και την τοποθεσία του έξω στομίου αναλόγως της τοποθεσίας του έξω στομίου.

Αν το έξω στόμιο βρίσκεται στο πρόσθιο ημιμόριο από μια εγκάρσια νοπή γραμμής, η οποία χωρίζει σε δύο ημιμόρια το περίνεο, τότε το συρίγγιο ακολουθεί ακτινωτή πορεία, με κέντρο τον αυλό του πρωκτού. Αν το έξω στόμιο βρίσκεται στο οπίσθιο ημιμόριο, τότε το συρίγγιο ακολουθεί καμπύλη τροχιά και το έξω στόμιο καταλήγει στην 6η ώρα στην οπίσθια μέση γραμμή.

Απεικονιστικές εξετάσεις

Η μαγνητική τομογραφία και ο ενδοσκοπικός υπέρηχος είναι οι εξετάσεις με τη μεγαλύτερη ευαισθησία και αξιοπιστία στην απεικόνιση της πορείας των συριγγίων. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμα, ιδιαίτερα στη χαρτογράφηση πολύπλοκων - σύμπλοκων συριγγίων, που μπορεί να φέρουν αρκετές διακλαδώσεις. Ενίοτε η διενέργεια μανομετρίας για την εκτίμηση της λειτουργικότητας του σφιγκτήρα είναι απαραίτητη.

Επίσης απαραίτητη είναι η διενέργεια κολονοσκόπησης, ειδικά για ασθενείς όπου υπάρχει υποψία νόσου Crohn.

Ταξινόμηση συριγγίων

Η ταξινόμηση από τον Allan Parks είναι η πιο διαδεδομένη.

1. Μεσοσφιγκτηριακά: Τα μεσοσφιγκτηριακά συρίγγια είναι και τα πιο συχνά (55%-70%) περνούν διαμέσω του έξω σφιγκτήρα εντός του μεσοσφιγκτηριακού χώρου και από εκεί στο δέρμα του περιναίου. Προέρχονται συνήθως από περιπρωκτικά αποστήματα.
2. Διασφιγκτηριακά: Τα διασφιγκτηριακά συρίγγια είναι τα

δεύτερα πιο συχνά (20%-25%) και διαπερνούν και τους δύο σφιγκτήρες πριν καταλήξουν στο δέρμα του περινέου. Προέρχονται συνήθως από αποστήματα του ευθυσσιακού βόθρου.

3. Υπερσφιγκτηριακά: Τα υπερσφιγκτηριακά συρίγγια είναι σχετικά σπάνια. Ξεκινούν πάνω από τον ηβοορθικό μυ και διέρχονται επί τα εκτός και παράλληλα από τους σφιγκτήρες στο δέρμα.

4. Εξωσφιγκτηριακά: Τα εξωσφιγκτηριακά συρίγγια επίσης σπάνια ξεκινούν με το έσω στόμιο ψηλά, κεντρικά της οδοντωτής γραμμής και πάνω το επίπεδο των ανελεκτών και το έξω στόμιο καταλήγει στο περιπρωκτικό δέρμα, αφού έχει διαπεράσει τους ανελεκτές. Η πορεία του συριγγίου περικλείει όλο τον σφιγκτηριακό μηχανισμό.

Τα συρίγγια είναι επίσης δυνατόν να ταξινομηθούν ως απλά ή σύμπλοκα. Τα σύμπλοκα συρίγγια έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- ▶ Περιλαμβάνουν >30% του έξω σφιγκτήρα.
- ▶ Είναι ψηλά διασφιγκτηριακά συρίγγια.
- ▶ Υπερσφιγκτηριακά - εξωσφιγκτηριακά και συρίγγια, τα οποία οφείλονται σε νόσο Crohn, ακτινοβολία, κακοήθεια ή σε περιπτώσεις που προϋπάρχει ακράτεια.

Αντιμετώπιση

Ο στόχος της χειρουργικής θεραπείας είναι η εξάλειψη του συριγγώδους πόρου με την αποφυγή τραυματισμού του σφιγκτηριακού μηχανισμού. Με τη χρήση μύλης από το έξω στόμιο, είναι δυνατή η ανάδειξη της πορείας του συριγγώδους πόρου, ιδιαίτερα στα πρόσθια συρίγγια. Η χρήση μύλης είναι πολύ σημαντική, αλλά πρέπει να γίνεται με πολλή προσοχή, επειδή υπάρχει ο κίνδυνος δημιουργίας

ιατρογενούς συριγγώδους πόρου (false route).

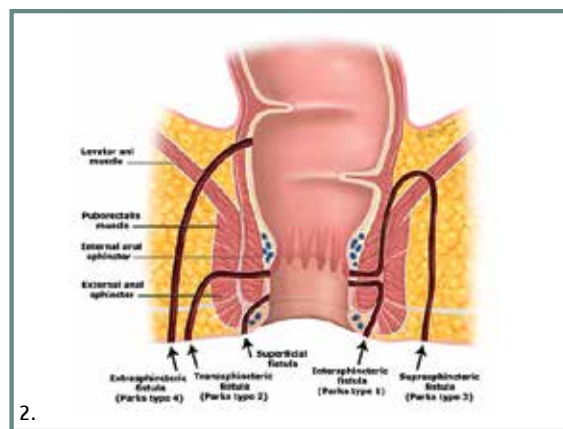
Χειρουργικές μέθοδοι θεραπείας

1. Η πλέον απλή χειρουργική τεχνική για την αντιμετώπιση απλών περιεδρικών συριγγίων (είτε μεσοσφιγκτηριακά είτε και χαμηλά διασφιγκτηριακά) είναι η διατομή του συριγγώδους πόρου (fistulotomy) κατά μήκος μήλης (σαν μαρσιποποίηση του πόρου) ή η ολική αφαίρεση του τοιχώματος του πόρου (fistulectomy). Και οι δύο τεχνικές έχουν κάποιο ποσοστό ακράτειας και χρειάζονται χρόνο επούλωσης (κατά 2ο σκοπό). Δεν προτιμώνται αν ο συριγγώδης πόρος διαπερνά μεγάλο μέρος σφιγκτηριακού μηχανισμού, διότι τα ποσοστά ακράτειας αυξάνονται.

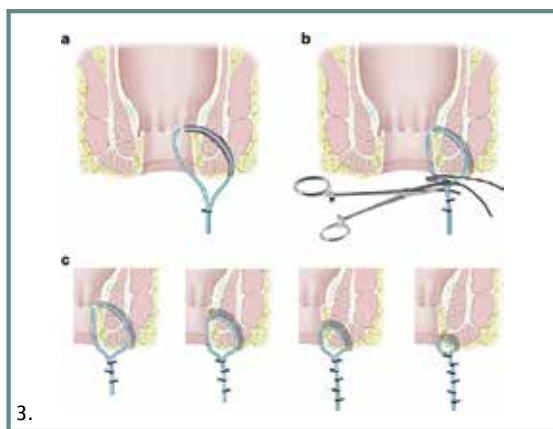
2. Απόξεση του συριγγώδους πόρου και η έγχυση βιολογικής κόλλας (fibrin glue). Τα ποσοστά υποτροπής με αυτή τη μέθοδο διαφέρουν σημαντικά στις μελέτες (30%-80%).

3. Απόξεση του συριγγώδους πόρου και τοποθέτηση βιολογικού βύσματος (plug). Και εδώ καταγράφονται ποσοστά υποτροπής κοντά στο 50%.

4. Χρήση διασύρτη (setton) ή Ιπποκράτειος μέθοδος. Σαν setton χρησιμοποιούμε συνήθως vessel loop ή και οποιαδήποτε μη απορροφήσιμο μαλακό, μη τραυματικό υλικό. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι η χρήση τραυματικού διασύρτη (cutting setons) έχει εγκαταλειφθεί λόγω των μεγάλων ποσοστών ακράτειας. Το seton περιλάβει το τμήμα του σφιγκτήρα που περικλείεται από τον συριγγώδη πόρο και δένεται. Ανά τακτά χρονικά διαστήματα σφίγγεται με σκοπό την προοδευτική εξωτερίκευση του συριγγώδους πόρου διαμέσω των μυϊκών ινών του σφιγκτήρα και χωρίς τον τραυματισμό του. Η μέθοδος αυτή παρουσιάζει χαμηλά ποσοστά υποτροπής (περίπου 10%), αλλά υψηλά ποσοστά



Εικ. 2. Ταξινόμηση συριγγίων.



Εικ. 3. Θεραπεία συριγγίου με χρήση διασύρτη (setton) ή Ιπποκράτειο μέθοδο.

ακράτειας (ανάλογα με την περίπτωση). Οι ενδείξεις του seton (ειδικά χωρίς τη διαδικασία σφιξίματος) είναι:

- ▶ Για την παροχέτευση αποστηματικής κοιλότητας και την αποφυγή περινεϊκής σήψης.
- ▶ Σε ασθενείς με ανεπαρκείς σφιγκτήρες, προεχειρητικά βάση μανομετρίας.
- ▶ Για την ανάδειξη της ανατομίας του συριγγώδους πόρου.
- ▶ Σε σύμπλοκα συρίγγια, με σκοπό την ανάπτυξη ινώδους ιστού.
- ▶ Σε πρόσθια υψηλά διασφιγκτηριακά συρίγγια σε γυναίκες.
- ▶ Σε ασθενείς με νόσο του Crohn για να ελεγχθεί η σήψη και να μειώσουμε τις πιο επιθετικές παρεμβάσεις που αυξάνουν το ποσοστό ακράτειας.
- ▶ Ασθενείς με πολλαπλά συρίγγια, με ιστορικό επεμβάσεων στην περιοχή και υποτροπών.

5. Σύγκλιση έσω στομίου με τη χρήση ενδοορθικού προωθητικού κρημνού. Ο κρημνός έχει σχήμα γλώσσας και περιλαμβάνει βλεννογόνο και υποβλεννογόνο και μυϊκή στιβάδα. Η μέθοδος αυτή μπορεί να συνδυαστεί με συριγγοτομή, έκχυση κόλλας, απολίνωση συριγγώδους πόρου ή και χρήση laser. Η μέθοδος αυτή παρουσιάζει καλά αποτελέσματα ίασης, με μικρά ποσοστά ακράτειας.

6. Η τεχνική LIFT (Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract). Απολίνωση και διατομή του συριγγώδους πόρου, εντός του μεσοσφιγκτηριακού χώρου. Συμπλησίαση του έσω

και έξω σφιγκτήρα και εκτομή του περιφερικού τμήματος του συριγγώδους πόρου.

7. Η χρήση Laser (FiLaC™ technique - Fistula Laser Closure). Με τη μέθοδο αυτή, χρησιμοποιούμε Διοδικό Laser (Diode Laser) μέσω μιας οπτικής ίνας laser και καυτηριάζουμε το εσωτερικό του συριγγίου. Η ίνα laser διαχέει την ενέργεια κυκλικά (360 μοίρες) σε όλο το μήκος του συριγγίου, χωρίς να καταστρέφει ή να τραυματίζει τους γύρω ιστούς. Δημιουργείται μια φωτοθερμική αντίδραση, που έχει σαν αποτέλεσμα την καταστροφή του τοιχώματος του συριγγίου και τη δημιουργία ουλώδους ιστού και κατά συνέπεια στη θεραπεία του συριγγίου. Το έσω στόμιο του συριγγίου μπορεί να συγκλεισθεί με ραφή ή με τη χρήση προωθητικού κρημνού (advancement-Flap).

8. Ενδοσκοπική μέθοδος VAAFT (Video Assisted Anal Fistula Treatment). Χρησιμοποιείται μικροκάμερα, με τη βοήθεια της οποίας βλέπουμε ενδοσκοπικά το εσωτερικό των τοιχωμάτων του συριγγίου. Μετά τη νεαροποίηση του συριγγίου, καυτηριάζεται το εσωτερικό του συριγγίου με διάφορες μορφές ενέργειας (laser, ραδιοσυχνότητες RF ή διαθερμία).

9. Δημιουργία κολοστομίας ή ειλεοστομίας. Αποτελεί την πιο επιθετική χειρουργική θεραπεία. Εφαρμόζεται συνήθως σε ασθενείς με πολλαπλές υποτροπές και επεισόδια σήψης. Η εκτροπή της ροής των κοπράνων, βοηθά στην επούλωση πολύπλοκων περιεδρικών συριγγίων.

Abstract

Chrysoheris PJ. Perianal and perirectal abscess. Iatrika Analekta, 2022; 21: 1.037-1.040

Perianal and perirectal abscesses are common anorectal problems. Approximately 100,000 cases of anorectal abscesses are seen in the US on a yearly basis. The infection originates most often from an obstructed anal crypt gland, with the resultant pus collecting in the subcutaneous tissue, intersphincteric plane, or beyond (ischioanal space or supralelevator space) where various types of anorectal abscesses form. Once diagnosed, anorectal abscesses should be promptly drained surgically. An undrained anorectal abscess can continue to expand into adjacent spaces as well as progress to generalized systemic infection. Anorectal abscesses and fistulas can be thought of as two sequential phases of the same anorectal infectious process: an abscess represents the acute phase of infection, while a fistula represents the chronic phase of suppuration and fistulization. Thus, it is not surprising that 30 to 70 percent of anorectal abscesses are associated with a concomitant anorectal fistula and that 30 to 40 percent of patients develop an anorectal fistula after undergoing treatment for an anorectal abscess. The primary treatment of anorectal abscess is surgical drainage. The incision is made as close to the anal verge as possible, in order to minimize the length of a possible future fistula. The overall goal of surgery for treating the fistula is to eradicate the fistula, preserve anal sphincter function, and prevent a recurrence. There are multiple surgical approaches to treat a fistula. From fistulotomy, ligation, fibrin glue, plug placement to advancement flaps and more recently to diode laser application.

Βιβλιογραφία

1. Rizzo JA, Naig AL, Johnson EK. *Anorectal abscess and fistula-in-ano: evidence-based management*. Surg Clin North Am 2010; 90: 45.
2. Barnett JL, Raper SE. *Anorectal diseases*. In: Yamada Textbook of Gastroenterology, 2nd ed, Yamada T, Alpers D, Owyang et al (Eds), JB Lippincott, Philadelphia 1995. p.2.027.
3. Whiteford MH, Killenny J 3rd, Hyman N, et al. *Practice parameters for the treatment of perianal abscess and fistula-in-ano (revised)*. Dis Colon Rectum 2005; 48: 1.337.
4. Garcia-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, et al. *Anal fistula surgery. Factors associated with recurrence and incontinence*. Dis Colon Rectum 1996; 39: 723.
5. Rizzo JA, Naig AL, Johnson EK. *Anorectal abscess and fistula-in-ano: evidence-based management*. Surg Clin North Am 2010; 90: 45.
6. Holzheimer RG, Siebeck M. *Treatment procedures for anal fistulous cryptoglandular abscess - how to get the best results*. Eur J Med Res 2006; 11: 501.
7. Patton V, Chen CM, Lubowski D. *Long-term results of the cutting seton for high anal fistula*. ANZ J Surg 2015; 85:720.
8. Rosen DR, Kaiser AM. *Definitive seton management for transsphincteric fistula-in-ano: harm or charm?* Colorectal Dis 2016; 18: 488.
9. Kelly ME, Heneghan HM, McDermott FD, et al. *The role of loose seton in the management of anal fistula: a multicenter study of 200 patients*. Tech Coloproctol 2014; 18: 915.
10. Westerterp M, Volkers NA, Poolman RW, et al. *Anal fistulotomy between Skylla and Charybdis*. Colorectal Dis 2003; 5: 549.
11. Lewis P, Bartolo DC. *Treatment of trans-sphincteric fistulae by full thickness anorectal advancement flaps*. Br J Surg 1990; 77: 1.187.
12. Browder LK, Sweet S, Kaiser AM. *Modified Hanley procedure for management of complex horseshoe fistulae*. Tech Coloproctol 2009; 13: 301.
13. Ustynoski K, Rosen L, Stasik J, et al. *Horseshoe abscess fistula. Seton treatment*. Dis Colon Rectum 1990; 33: 602.
14. Ellis CN. *Bioprosthetic plugs for complex anal fistulas: an early experience*. J Surg Educ 2007; 64: 36.
15. Bleier JI, Moloo H, Goldberg SM. *Ligation of the intersphincteric fistula tract: an effective new technique for complex fistulas*. Dis Colon Rectum 2010; 53: 43.
16. Zirak-Schmidt S, Perdawood SK. *Management of anal fistula by ligation of the intersphincteric fistula tract - a systematic review*. Dan Med J 2014; 61: A4977.
17. Madbouly KM, El Shazly W, Abbas KS, et al. *Ligation of intersphincteric fistula tract versus mucosal advancement flap in patients with high transsphincteric fistula-in-ano: a prospective randomized trial*. Dis Colon Rectum 2014; 57: 120
18. Yamamoto T, Allan RN, Keighley MR. *Effect of fecal diversion alone on perianal Crohn's disease*. World J Surg 2000; 24: 1,258.

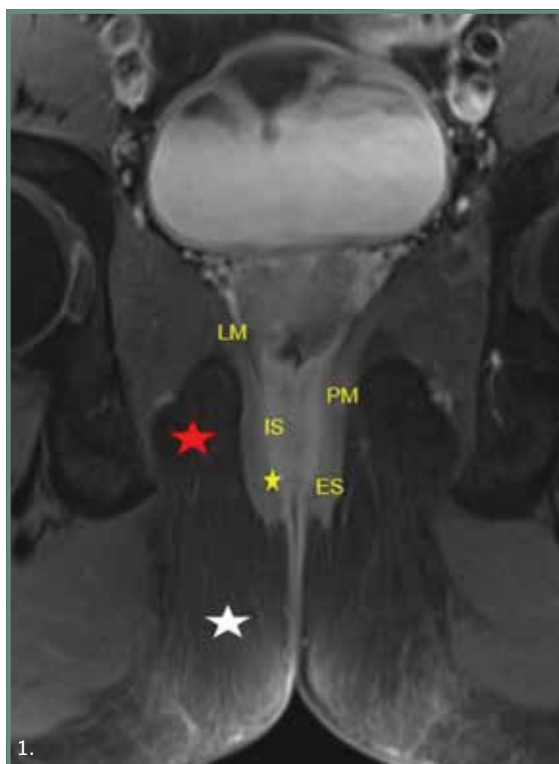
Ο ρόλος της μαγνητικής τομογραφίας στη χαρτογράφηση των περιεδρικών συριγγίων

Αθανάσιος Τσόχατζης

Ακτινολόγος, Επιμελητής Τμήματος Αξονικού - Μαγνητικού Τομογράφου ΥΓΕΙΑ

Thanasis.tsochatzis@hotmail.com

Το περιεδρικό συρίγγιο είναι μια φλεγμονώδης διεργασία, η οποία χαρακτηρίζεται από μια σύνδεση μεταξύ του πρωκτικού καναλιού και του δέρματος του περινέου. Είναι μια ασυνήθιστη διαδικασία με επιπολασμό 0,01%, που ωστόσο προκαλεί σημαντική νοσηρότητα και συχνά απαιτεί επαναλαμβανόμενες χειρουργικές θεραπείες, λόγω της μεγάλης τάσης υποτροπής της. Προσβάλλει κυρίως νεαρούς άνδρες, με αναλογία άνδρες προς γυναίκες 2:1. Τα πιο συχνά συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι το έκκριμα (65% των περιπτώσεων) και το τοπικό άλγος λόγω της φλεγμονής.



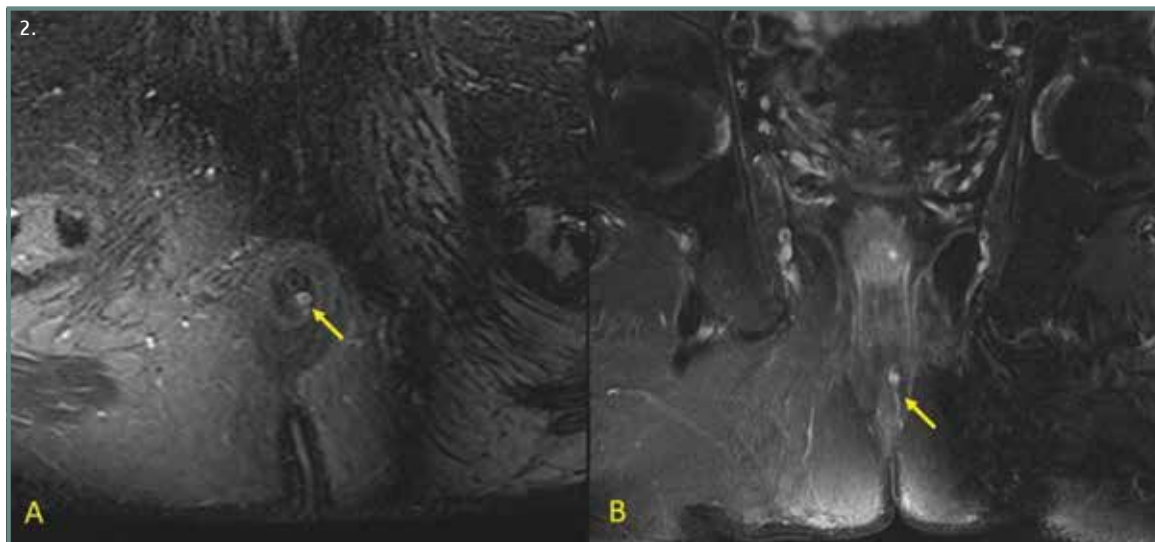
Εικ. 1. Επισήμανση ανατομικών ορθοπρωκτικών δομών σε στεφανιαία T1-FS εικόνα μετά από χορήγηση ενδοφλέβιας παραμαγνητικής ουσίας. IS: έσω σφιγκτήρας, ES: έξω σφιγκτήρας, PM: ηβοορθικός μυς, LM: ανελεκτήρας μυς, κίτρινος αστερίσκος: μεσοσφιγκτηριακός χώρος, κόκκινος αστερίσκος: ευθυϊσχιακός βόθρος, λευκός αστερίσκος: ισchioπρωκτικός βόθρος.

Η σωστή γνώση της ανατομίας του συμπλέγματος των σφιγκτήρων του πρωκτού και των επικώριων δομών είναι ζωτικής σημασίας για την ερμηνεία των απεικονιστικών ευρημάτων. Το πρωκτικό κανάλι έχει μήκος 2-5 εκατοστά και περιβάλλεται από δύο σφιγκτηριακούς μύες, τον έσω και τον έξω σφιγκτήρα. Ο έσω σφιγκτήρας είναι η καλύτερη προέκταση του έσω κυκλικού λείου μυός του ορθού και είναι κυρίως υπεύθυνος του ακούσιου πρωκτικού ελέγχου. Ο έξω σφιγκτήρας αποτελείται από γραμμωτό σκελετικό μυ, ο οποίος εφάπτεται προς τα άνω τόσο με τον ανελεκτήρα όσο και με τον ηβοορθικό μυ και είναι κυρίως υπεύθυνος για τον εκούσιο έλεγχο.

Σε απόσταση περίπου 2 cm στον πρωκτικό σωλήνα βρίσκεται η οδοντωτή γραμμή, στις αδενικές κρύπτες της οποίας εδράζονται οι πρωκτικοί αδένες. Οι αδένες εντοπίζονται κυρίως εντός του μεσοσφιγκτηριακού χώρου ή του έσω σφιγκτήρα (Εικόνα 1). Η λειτουργία των αδένων αυτών είναι η παραγωγή βλέννας, η οποία επαλείφει τα κόπρανα και διευκολύνει την αφόδευση. Η φλεγμονή και αποστηματοποίηση των αδένων αυτών, λόγω διείσδυσης μικροβίων ή απόφραξης του εκφορητικού τους πόρου, αποτελεί την κυριότερη αιτία ανάπτυξης του αποστήματος. Το περιεδρικό απόστημα θεωρείται οξεία εκδήλωση και το περιεδρικό συρίγγιο μια χρόνια κατάσταση της ίδιας νόσου.

Ο ρόλος της μαγνητικής τομογραφίας

Η μαγνητική τομογραφία (MT) αποτελεί αναγκαίο προεγχειρητικό εργαλείο, ιδίως σε σύνθετα συρίγγια. Αν και η αξονική τομογραφία πυέλου είναι χρήσιμη για την αξιολόγηση του υποκείμενου αποστήματος, είναι λιγότερο ευαίσθητη από τη μαγνητική τομογραφία στον εντοπισμό συριγγίων. Σε μια μελέτη των Garg et al. σε 229 ασθενείς, η χρήση της μαγνητικής τομογραφίας άλλαξε την προεγχειρητική διάγνωση στο ήμισυ των απλών και σε πάνω από το ένα τρίτο των σύνθετων συριγγίων. Είναι, επίσης, αποτελεσματική στον εντοπισμό μετεγχειρητικών επιπλο-



Εικ. 2. 1ου βαθμού. Εγκάρσια (A) και στεφανιαία (B) T2 με καταστολή του λίπους εικόνα. Απλό μεσοσφιγκτηριακό συρίγγιο (κίτρινα βέλη).

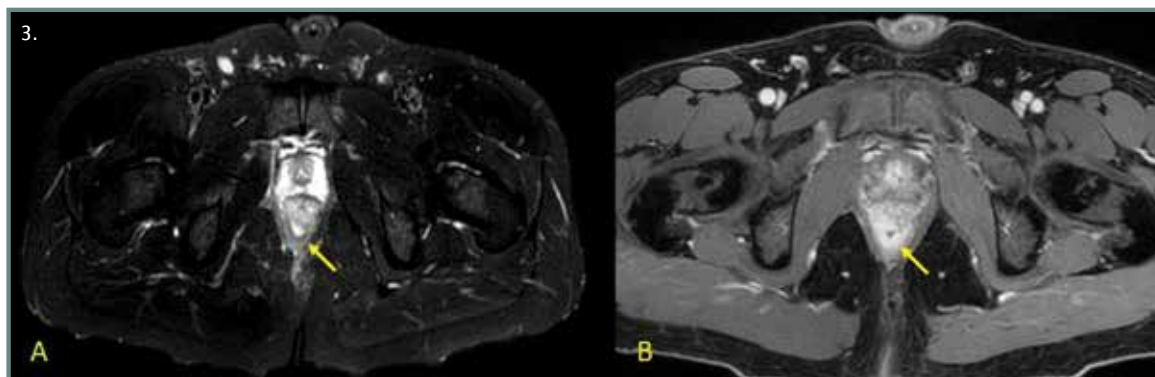
κών, όπως είναι το απόστημα ή το υποτροπιάζον συρίγγιο. Η σημαντικότερη ένδειξη MT στο περιπρωκτικό συρίγγιο είναι η προεχειρητική ταξινόμηση. Η MT επιτρέπει την άμεση απεικόνιση των συριγγίων και των αποστημάτων, σε συνδυασμό με την υψηλή ανάλυση των μαλακών μορίων, ενώ συμβάλλει στην ακριβή ταξινόμηση των συριγγωδών πόρων, αλλά και στον εντοπισμό ολόκληρης της έκτασης της νόσου, που πιθανότατα να διέφευγε.

Το τυπικό πρωτόκολλο MT που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των περιεδρικών συριγγίων, περιλαμβάνει εγκάρσιες εικόνες T1 και T2-weighted FSE (fast spin echo), εγκάρσιες και στεφανιαίες fat-suppressed T1 και T2-weighted FSE, προσανατολισμένες κάθετα ή παράλληλα στον επιμήκη άξονα του πρωκτικού σωλήνα με μεγάλο και μικρό πεδίο απεικόνισης (field of view - FOV).

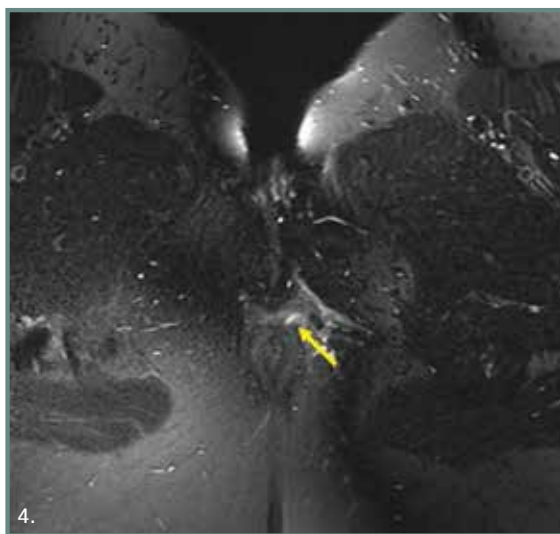
Οι T1 εικόνες παρέχουν εξαιρετική ανατομική απεικόνιση

του σφιγκτηριακού συμπλέγματος του ανεκκτήρα μύος και του ισχιοορθικού βόθρου. Οι συριγγώδεις πόροι, η φλεγμονή και τα αποστήματα εμφανίζονται ως περιοχές χαμηλής έως ενδιάμεσης έντασης σήματος και ενδέχεται να μη διακρίνονται από τις φυσιολογικές δομές.

Στις T2 εικόνες οι συριγγώδεις πόροι έχουν υψηλή ένταση σήματος και μπορούν να διακριθούν ευκρινώς από τους σφιγκτήρες και τους μύς που έχουν χαμηλή ένταση σήματος. Τα αποστήματα έχουν, επίσης, υψηλή ένταση σήματος, λόγω της παρουσίας υγρικού στοιχείου στην κοιλότητά τους. Οι ακολουθίες T1, μετά τη χορήγηση ενδοφλέβιας παραμαγνητικής σκιαγραφικής ουσίας και καταστολή του σήματος του λίπους, μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά στη διαφοροποίηση της φλεγμονής από το απόστημα. Παρότι η χρήση ενδοφλέβιου σκιαγραφικού μέσου παράγει εικόνες που είναι οπτικά ελκυστικές, μπο-



Εικ. 3 . 2ου βαθμού. Εγκάρσια T2 με καταστολή του λίπους (A) και εγκάρσια T1 μετά από χορήγηση ενδοφλέβιας παραμαγνητικής ουσίας (B) εικόνα. Μεσοσφιγκτηριακό συρίγγιο με ανάδειξη αποστηματικής κοιλότητας πεταλοειδούς μορφολογίας (κίτρινα βέλη).



Εικ. 4. 3ου βαθμού. Εγκάρσια T2 με καταστολή του λίπους εικόνα. Απλό διασφιγκτηριακό συρίγγιο (κίτρινο βέλος).

ρεί να μην είναι απαραίτητη για όλες τις περιπτώσεις και η πρόσθετη αξία της δεν έχει ακόμη καθοριστεί.

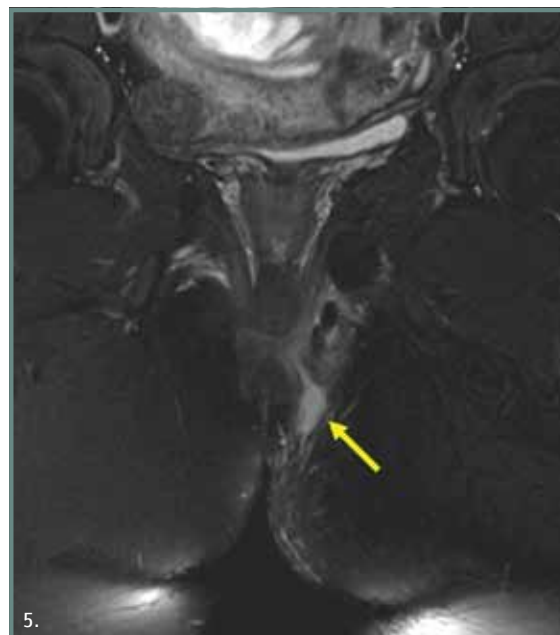
Η ταξινόμηση

Η αρχική ταξινόμηση των περιεδρικών συριγγίων βασίστηκε στη χειρουργική ανατομία που περιεγράφηκε από τους Parks et al. Περιέγραψαν την πορεία και τη σχέση των περιεδρικών συριγγίων με τον έξω και τον έσω σφιγκτήρα στο στεφανιαίο επίπεδο. Καθορίστηκαν τέσσερις κατηγορίες συριγγίων: μεσοσφιγκτηριακά, διασφιγκτηριακά, υπερσφιγκτηριακά και εξωσφιγκτηριακά.

Τα ευρήματα της MT δεν περιλαμβάνονται στην ταξινόμηση Parks, οπότε προτάθηκε μια ταξινόμηση με βάση την εξέταση αυτή.

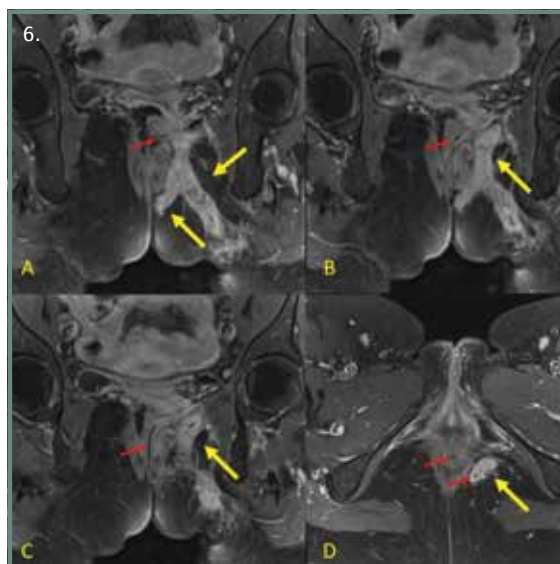
Η ταξινόμηση του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου St James του Ηνωμένου Βασιλείου, περιλαμβάνει πέντε βαθμίδες και συνδυάζει τη χειρουργική ταξινόμηση κατά Parks με την ανατομία που παρατηρείται στην απεικόνιση με MT τόσο σε εγκάρσιο όσο και σε στεφανιαίο επίπεδο. Η ταξινόμηση λαμβάνει υπόψη την κύρια διαδρομή του συριγγίου αλλά και τις δευτερογενείς διακλαδώσεις και τα ενδεχόμενα περιεδρικά αποστήματα.

- ▶ 1ου βαθμού: Απλό γραμμικό μεσοσφιγκτηριακό συρίγγιο, το οποίο εκτείνεται από τον πρωκτικό σωλήνα μέσω του μεσοσφιγκτηριακού χώρου έως το δέρμα του περινέου. Δεν υπάρχει διακλάδωση του πόρου εντός του σφιγκτηριακού συμπλέγματος. Ο συριγγώδης πόρος περιορίζεται πάντοτε στον μεσοσφιγκτηριακό χώρο (Εικόνα 2).
- ▶ 2ου βαθμού: Μεσοσφιγκτηριακό συρίγγιο με απόστη-

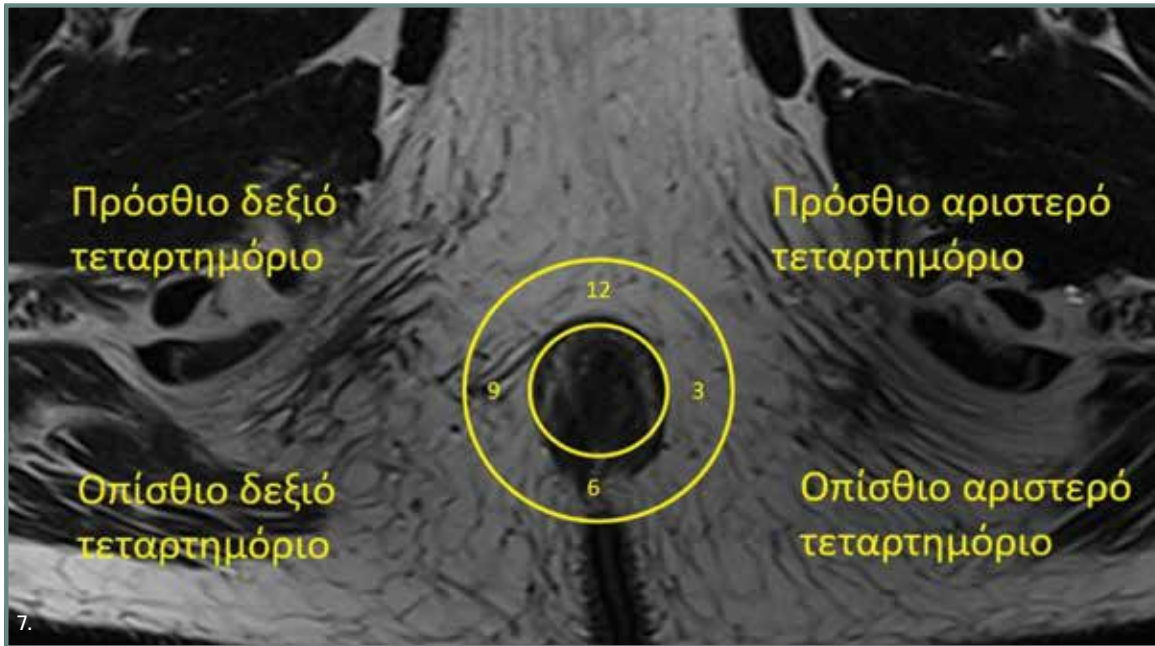


Εικ. 5. 4ου βαθμού. Στεφανιαία T2 με καταστολή του λίπους εικόνα. Διασφιγκτηριακό συρίγγιο με συνοδό αποστηματική κοιλότητα (κίτρινο βέλος).

μα ή δευτερογενή πόρο. Ο πρωτογενής πόρος και μια δευτερογενής διακλάδωσή του ή ένα απόστημα εμφανίζονται στον μεσοσφιγκτηριακό χώρο, ενώ δεν διασχίζουν ποτέ τον έξω σφιγκτήρα. Οι δευτερογενείς πόροι μπορεί να είναι πεταλοειδούς μορφολογίας και ενδέχεται να διαπερνούν τη μέση γραμμή ή να διακλαδίζονται στον



Εικ. 6. 5ου βαθμού. Στεφανιαίες (A, B, C) και εγκάρσια (D) T1 εικόνες μετά από χορήγηση ενδοφλέβιας παραμαγνητικής ουσίας. Υπερσφιγκτηριακό συρίγγιο με συνοδό δευτερογενές συρίγγιο (κίτρινα βέλη). Σημειώνεται η παρουσία seton (κόκκινα βέλη).



Εικ. 7. Σχηματισμός «πρωκτικού ρολογιού» σε εγκάρσια T1 εικόνα

αντίπλευρο μεσοσφιγκτηριακό χώρο (Εικόνα 3).

► 3ου βαθμού: Διασφιγκτηριακό συρίγγιο. Αυτά τα συρίγγια διεισδύουν και τα δύο στρώματα του σφιγκτηριακού συμπλέγματος και εκτείνονται στο δέρμα μέσω των ευθυϊσχιακών και ισχιοπρωκτικών βόθρων. Δεν περιπλέκονται από δευτερογενείς διακλαδώσεις ή αποστήματα (Εικόνα 4).

► 4ου βαθμού: Διασφιγκτηριακό συρίγγιο με απόστημα ή δευτερογενή πόρο μέσω του ευθυϊσχιακού και ισχιοπρωκτικού βόθρου. Τα συρίγγια αυτά είναι παρόμοια με εκείνα του 3ου βαθμού, αλλά επιπλέκονται από απόστημα ή δευτερογενή πόρο (Εικόνα 5).

► 5ου βαθμού: Υπερανελκτήριο και διανεκκτήριο συρίγγιο. Περιεδρικό συρίγγιο, το οποίο εκτείνεται πάνω από το επίπεδο εισόδου του ανελκτήρα μυός. Το υπερανελκτήριο συρίγγιο είναι παρόμοιο με το υπερσφιγκτηριακό και

το διανεκκτήριο με το εξωσφιγκτηριακό στην ταξινόμηση κατά Parks (Εικόνα 6).

Τόσο οι ακτινολόγοι όσο και οι χειρουργοί χρησιμοποιούν τον σχηματισμό «πρωκτικό ρολόι» (Εικόνα 7) για να περιγράψουν με ακρίβεια την εντόπιση του συριγγώδους πόρου σε σχέση με τον πρωκτικό σωλήνα και την κατεύθυνση/διαδρομή του συριγγίου.

Η μαγνητική τομογραφία παίζει καθοριστικό ρόλο στην προεγχειρητική αξιολόγηση του περιπρωκτικού συριγγίου, παρέχοντας ακριβή χαρτογράφηση του συριγγώδους πόρου, της επέκτασής του, της σχέσής του με τις πυελικές δομές και τον εντοπισμό δευτερογενών συριγγίων ή αποστημάτων. Παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την κατάλληλη χειρουργική θεραπεία, μειώνοντας τη συχνότητα υποτροπής και επιτρέποντας την αποφυγή επιπλοκών όπως η ακράτεια κοπράνων.

Abstract

Tsochatzis A. The role of magnetic resonance imaging in mapping perianal fistulas. *Iatrika Analekta*, 2022; 21: 1.041-1.045

A patient's quality of life can be adversely affected by perianal fistulas. Perianal fistulas are created by an inflammatory condition that causes abnormal connections between the canal and perineal skin. Men in their middle ages are at risk for perianal fistulas. Surgical treatment of perianal fistulas presents many challenges for the surgeon, including the possibility of recurrence and post-treatment incontinence after sphincter damage. The diagnostic mapping of a fistula provides the operating surgeon with a road map of the procedure. The use of MRI in preoperative evaluation of perianal fistula gives accurate definition of the fistulous track and, also, of its extension and location in relation to pelvic structures and identification of secondary fistulas or abscesses. According to Parks' classification, the course of the fistula and the relationship between it and the internal and external sphincter determine the classification in the coronal plane. In order to fully inform the referring clinician on possible complex disease may require expert surgical management to prevent recurrences, the radiologist can use St James's University Hospital classification, a MR imaging-based grading system validated by surgical exploration and long-term clinical outcome. This classification includes five grades and is based on both axial and coronal anatomy seen on MR imaging.

Βιβλιογραφία

1. Garros, A., et al. *Magnetic resonance imaging and clinical assessments for perianal Crohn's disease: gain and limits*. *Dig Liver Dis*, 2014; 46: 1.072-1.076.
2. Takiyama, H., et al. *Efficacy of magnetic resonance imaging in the diagnosis of perianal hidradenitis suppurativa, complicated by anal fistulae: A report of two cases and review of the literature*. *Int J Surg Case Rep*, 2015; 15: 107-111.
3. Garg P, Singh P, Kaur B. *Magnetic Resonance Imaging (MRI): Operative Findings Correlation in 229 Fistula-in-Ano Patients*. *World J Surg*. 2017; 41: 1.618-1.624.
4. Villa C, Pompili G, Franceschelli G, et al. *Role of magnetic resonance imaging in evaluation of the activity of perianal Crohn's disease*. *European Journal of Radiology*. 2012; 81: 616-622.
5. Baskan O, Koplay M, Sivri M, Erol C. *Our Experience with MR Imaging of Perianal Fistulas*. *Pol J Radiol*. 2014; 79: 490-497. doi: 10.12659/PJR.892098. eCollection 2014.
6. O'Malley, et al. *Rectal Imaging: Part 2, Perianal Fistula Evaluation on Pelvic MRI-What the Radiologist Needs to Know*. *AJR* 2012; 199: [W43-W53].

Ραγάδα πρωκτού

Παναγιώτης Λαζαρίδης

Χειρουργός, Επιμελητής Στ' Χειρουργικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ

panlazarides@gmail.com

Η ραγάδα του πρωκτού είναι επιμήκης λύση της συνέχειας του τοιχώματος του πρωκτικού σωλήνα, η οποία εκτείνεται από την οδοντωτή γραμμή μέχρι την πρωκτοδερματική σχισμή.

Στην οξεία ραγάδα, όπου τα συμπτώματα έχουν διάρκεια λιγότερο από 8 εβδομάδες, η λύση είναι επιπολής, ενώ στη χρόνια φάση αφορά σε όλο το πάχος του τοιχώματος. Για τον λόγο αυτό, η οξεία ραγάδα κλινικά εμφανίζεται ως μία απλή σχάση του πρωκτοδέρματος. Η χρόνια έχει επηρμένα άκρα, οίδημα και ίνωση των ιστών, ενώ οι ίνες του έσω σφιγκτήρα μπορεί να είναι ορατές στον πυθμένα της. Επιπλέον, μπορεί να συνυπάρχει εξαιτίας της χρονιότητας της φλεγμονής μία υπερτροφική πρωκτική θηλή στο εγγύς όριο της και μία δερματική πτυχή φρουρός («sentinel anal skin tag») στο άπω όριο της, η οποία μπορεί εσφαλμένα να εκληφθεί ως αιμορροΐδα.

Είναι συχνότατη πάθηση, με επίπτωση 7,8%. Είναι συχνότερη σε ασθενείς με νόσο του Crohn, HIV λοίμωξη και γυναίκες μετά τον τοκετό. Η ιδιοπαθής ραγάδα στο 90% των περιπτώσεων εντοπίζεται στην οπίσθια μέση γραμμή. Στο 25% των γυναικών και στο 8% των ανδρών μπορεί να εμφανιστεί στην πρόσθια μέση γραμμή, ενώ στο 3% συνυπάρχει στην οπίσθια και στην πρόσθια μέση γραμμή. Ραγάδες εντοπιζόμενες εκτός μέσης γραμμής, δηλαδή σε πλάγιες θέσεις, ή πολλαπλές ραγάδες, θεωρούνται άτυπες, είναι δευτεροπαθείς και αποτελούν κλινικό σημείο σοβαρότερων ασθενειών όπως νόσου του Crohn, HIV, σύφιλης, φυματίωσης, καρκίνου πρωκτού ή αιματολογικών κακοθειών.

Ο ακριβής παθοφυσιολογικός μηχανισμός εμφάνισης της ραγάδας είναι άγνωστος, ωστόσο ο τραυματισμός του βλεννογόνου, συνήθως ως αποτέλεσμα μιας δύσκολης κένωσης, θεωρείται η αρχή του προβλήματος. Κατά την επικρατούσα θεωρία, πλιν του τραυματισμού, πρέπει να συνυπάρχει υποκείμενη διαταραχή του έσω σφιγκτήρα, όπως υπερτονία και υπερτροφία, οι οποίες οδηγούν σε αυξημένη πίεση πρεμίας του πρωκτού. Η αυξημένη πίεση πρεμίας μειώνει την αιμάτωση του τοιχώματος του πρωκτού λόγω συμπίεσης των τελικών αρτηριδίων που δι-

απερνούν τον έσω σφιγκτήρα. Επίσης, μελέτες ανέδειξαν πτωχή αιμάτωση του οπίσθιου τοιχώματος του πρωκτού σε ασθενείς με ραγάδα και αυτό εξηγεί τη συνήθη εντόπισή της στην οπίσθια μέση γραμμή. Επιπλέον, ο πόνος που αναπαράγεται κατά την κένωση, επιτείνει τον σπασμό του έσω σφιγκτήρα δυσχεραίνοντας περαιτέρω την αιμάτωση και την επούλωση του τραυματισμού. Τέλος, η αναστολή των κενώσεων λόγω του πόνου επιδεινώνει περαιτέρω τη δυσκοιλιότητα, δημιουργώντας φαύλο κύκλο δυσκοιλιότητας, ραγάδας, πόνου κ.ο.κ.

Κλινική εικόνα και διάγνωση

Κύριο και παθογνωμονικό σύμπτωμα της ραγάδας είναι ο οξύς, καυστικός πόνος που αναπαράγεται στην κένωση και διαρκεί συνήθως 2-4 ώρες μετά από αυτή. Σε ποσοστό 70% συνυπάρχει απώλεια μικρής ποσότητας αίματος κατά την κένωση και στο 50% αναφέρεται πρωκτικός κνησμός.

Η ποιότητα του πόνου είναι τόσο χαρακτηριστική, που η διάγνωση τίθεται κυρίως από το ιστορικό και όχι από τη δακτυλική εξέταση του πρωκτού, που θα πρέπει να αποφεύγεται ή να είναι ήπια, καθώς είναι ιδιαίτερα επώδυνη. Προτιμάται να γίνεται μετά την αρχική θεραπεία, όταν τα συμπτώματα θα έχουν ελαττωθεί. Στη χρόνια ραγάδα η δακτυλική εξέταση είναι καλύτερα ανεκτή. Κατά την κλινική εξέταση με απλή απαγωγή των γλουτών και επισκόπηση του πρωκτού, η ραγάδα μπορεί να είναι ορατή, ιδίως σε αδύνατους ασθενείς, ενώ η ήπια δακτυλική εξέταση με πίεση στην οπίσθια μέση γραμμή αναπαράγει έντονο πόνο.

Συχνά, στη διαφορική διάγνωση της ραγάδας εμπλέκεται η αιμορροϊδοπάθεια, στην οποία οι ασθενείς αναφέρουν επίσης πόνο και αίμα στην κένωση. Ωστόσο, οι εσωτερικές αιμορροΐδες εκδηλώνονται με μεγαλύτερη αιμορραγία και ο πόνος έχει τον χαρακτήρα δυσφορίας. Οι θρομβωμένες εξωτερικές αιμορροΐδες εμφανίζονται με έντονο πόνο, αλλά σε κάθε περίπτωση προπύπτουσε εσωτερικές ή θρομβωμένες εξωτερικές αιμορροΐδες έχουν χαρακτηριστική εικόνα κατά την κλινική εξέταση.

Θεραπεία

Σχεδόν οι μισοί από τους ασθενείς με οξεία ραγάδα μπορούν να θεραπευθούν με ένα συνδυασμό συντηρητικών μέτρων, όπως διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες, τοπικά αναλγητικά και εδρόλουτρα με χλιαρό νερό μετά την κένωση, τα οποία ανακουφίζουν τοπικά και μειώνουν τον σπασμό του έσω σφιγκτήρα βελτιώνοντας την αιμάτωση του πρωκτού. Υπακτικά φάρμακα χορηγούνται σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.

Η προσθήκη κάποιου τοπικού φαρμακευτικού παράγοντα στα συντηρητικά μέτρα σε περίπτωση οξείας ραγάδας μπορεί να γίνει είτε από την αρχή είτε ως θεραπεία δεύτερης γραμμής σε περίπτωση αποτυχίας των συντηρητικών μέτρων είτε ως θεραπεία πρώτης γραμμής σε περίπτωση χρόνιας ραγάδας.

Η χρήση κρέμας νιτρογλυκερίνης 0,2% ή 0,4% μειώνει την πίεση ηρεμίας του έσω σφιγκτήρα, προκαλεί αγγειοδιαστολή και βελτιώνει τοπικά την αιμάτωση. Χορηγείται 2 φορές/ημέρα για 4-8 εβδομάδες. Μεγαλύτερη δόση ή διάρκεια χορήγησης δεν φαίνεται να βελτιώνει την επούλωση, αντιθέτως αυξάνει την πιθανότητα παρενεργειών. Οι κύριες παρενέργειες είναι υπόταση, έντονη κεφαλαλγία και ζάλη σε ποσοστό 30% και εμφανίζονται 10-15 λεπτά μετά τη λήψη. Για τον λόγο αυτό προτείνεται η χρήση να γίνεται παρουσία άλλου ή άμεσα πριν από τον ύπνο. Συνήθως υφίστανται μετά τις 2 πρώτες εβδομάδες θεραπείας. Ωστόσο, οδηγούν σε διακοπή της θεραπείας σε ποσοστό 20%. Σε χρόνια ραγάδα επιτυγχάνεται επούλωση στο 50% των ασθενών, όμως οι μισοί εξ αυτών θα υποτροπιάσουν.

Η χρήση ανταγωνιστών ασβεστίου με μορφή κρέμας νιφεδιπίνης ή διλτιαζέμης αναστέλλουν την είσοδο του ασβεστίου στο κυτταρόπλασμα των λείων μυϊκών ινών, ελαττώνοντας την πίεση ηρεμίας του έσω σφιγκτήρα. Κρέμα νιφεδιπίνης 0,2% ή διλτιαζέμης 2% χορηγούνται 2-4 φορές/ημέρα για 4-8 εβδομάδες. Συγκριτικά με τη νιτρογλυκερίνη εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επούλωσης (65%-95%) σε διάφορες μελέτες με ποσοστό θεραπείας 70%, μικρότερα ποσοστά παρενεργειών (20% κεφαλαλγία) και 10% διακοπή θεραπείας. Ωστόσο, η έλλειψη τυχαίοποιημένων μελετών αναγάγει τους ανταγωνιστές ασβεστίου εξίσου αποτελεσματικούς με τη νιτρογλυκερίνη, με ηπιότερες ίσως παρενέργειες. Η από του στόματος χορήγηση ανταγωνιστών ασβεστίου φαίνεται να έχει εξίσου καλά αποτελέσματα, όμως δεν προτείνεται λόγω περισσότερων συστηματικών παρενεργειών.

Η συνήθης διάρκεια χορήγησης τοπικών αλοιφών είναι 4 εβδομάδες. Στη συνέχεια ο ασθενής επανεκτιμάται και λαμβάνει επιπλέον 4 εβδομάδες αγωγή επί εμμονής συμπτωμάτων. Επί αποτυχίας της δίμηνης αγωγής ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε κολονοσκόπηση ώστε να αποκλειστεί το ενδεχόμενο νόσου του Crohn. Επί θετικής ενδοσκόπησης παραπέμπεται σε γαστρεντερολόγο, ενώ επί αρνητικής είναι υποψήφιος για θεραπεία με Botox ή χειρουργική θεραπεία.

Η αλλαντική τοξίνη τύπου A (Botox) είναι ισχυρός αναστολέας της απελευθέρωσης ακετυλοχολίνης από τις νευρικές απολήξεις με αποτέλεσμα την αναστολή της σύσπασης των μυϊκών ινών. Η θεραπεία με Botox σε έναν υπερτονικό έσω σφιγκτήρα προκαλεί χάλασα και προάγει την επούλωση στη χρόνια ραγάδα. Δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με τον αριθμό, τη θέση και τη δόση των ενέσεων. Συνήθως χορηγούνται 20IU σε 2 δόσεις εκατέρωθεν της ραγάδας στον έσω σφιγκτήρα και η επίδραση διαρκεί περίπου 3 μήνες. Το ποσοστό επούλωσης κυμαίνεται από 40%-80% σε διάφορες μελέτες με ποσοστό υποτροπής μεγαλύτερο του 45%. Συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι το λέκισμα 18% και η ακράτεια 5%. Οι περισσότερες μελέτες που συγκρίνουν το Botox με τοπικούς φαρμακευτικούς αγγειοδιασταλτικούς παράγοντες στη θεραπεία της χρόνιας ραγάδας δείχνουν παρόμοια αποτελέσματα επούλωσης, με μία μικρή υπεροχή στη μείωση του πόνου, αλλά με περισσότερες επιπλοκές και μεγαλύτερο κόστος. Στις κατευθυντήριες οδηγίες, η θεραπεία με Botox προτείνεται ως εναλλακτική των τοπικών φαρμακευτικών παραγόντων στη χρόνια ραγάδα ή επί αποτυχίας αυτών ως δεύτερης γραμμής θεραπεία, αλλά με φτωχά αποτελέσματα. Επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτική του χειρουργείου σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για ακράτεια, όπως ηλικιωμένοι και πολύτοκες γυναίκες.

Η χειρουργική θεραπεία στην αντιμετώπιση της χρόνιας ραγάδας προτείνεται σε περίπτωση αποτυχίας της συντηρητικής και της φαρμακευτικής αγωγής. Η πλάγια έσω σφιγκτηροτομή θεωρείται η επέμβαση εκλογής, με ποσοστά ίασης που κυμαίνονται από 88% μέχρι 100% και πιθανότητα υποτροπής περίπου 10%. Η σημαντικότερη επιπλοκή είναι η ακράτεια, που εμφανίζεται σε ποσοστό 8%-30%. Σε μία μεταανάλυση 22 προοπτικών και αναδρομικών μελετών, με 4.512 ασθενείς, σε >2 έτη follow up, το συνολικό ποσοστό ακράτειας ήταν 14%, με ακράτεια σε αέρια 9%, λέκισμα 6% και ακράτεια σε υγρά και

στερεά κόπρανα <1%. Ωστόσο, εξαιτίας της σημαντικής υπεροχής της μεθόδου συγκριτικά με τη φαρμακευτική αγωγή, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θεραπεία πρώτης γραμμής στην αντιμετώπιση της χρόνιας ραγάδας σε επιλεγμένους ασθενείς με επάρκεια του σφιγκτήρα.

Σχετικά με το μήκος της σφιγκτηροτομής, η παραδοσιακή σφιγκτηροτομή από τη μεσοσφιγκτηριακή αύλακα μέχρι την οδοντωτή γραμμή τείνει να αντικατασταθεί από συντηρητικότερη σφιγκτηροτομή με μικρότερο μήκος, ίσο με αυτό της ραγάδας. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται η πιθανότητα ακράτειας, αλλά μειώνεται και το ποσοστό επιτυχίας της μεθόδου.

Άλλες, πιο σπάνιες επιπλοκές μετά από σφιγκτηροτομή είναι η εκχύμωση, το αιμάτωμα, η διαπύση τραύματος και η εμφάνιση συριγγίου και αποστήματος. Η επιλογή της κλειστής ή ανοικτής μεθόδου σφιγκτηροτομής δεν φαίνεται να επηρεάζει το αποτέλεσμα, ούτε την πιθανότητα εμφάνισης τέτοιων επιπλοκών.

Εναλλακτική χειρουργική μέθοδος αντιμετώπισης της ραγάδας με διατήρηση του έσω σφιγκτήρα, αποτελεί η χρήση προωθητικού δερματικού κρημνού. Έχει λιγότερο καλά αποτελέσματα από την πλάγια έσω σφιγκτηροτομή, αλλά χαμηλότερο ποσοστό ακράτειας (0%-6%). Θεωρείται ενδεδειγμένη μέθοδος θεραπείας σε περιπτώσεις ασθενών με κίνδυνο εμφάνισης ακράτειας (πολύτοκες, ηλικιωμένοι) και σε περιπτώσεις ραγάδας που δεν σχετίζεται με υπερτονία του έσω σφιγκτήρα, όπως πρόσθιες ραγάδες και ραγάδες μετά από χειρουργικές επεμβάσεις του πρωκτού.

Υποτροπή της ραγάδας μετά από σφιγκτηροτομή μπορεί

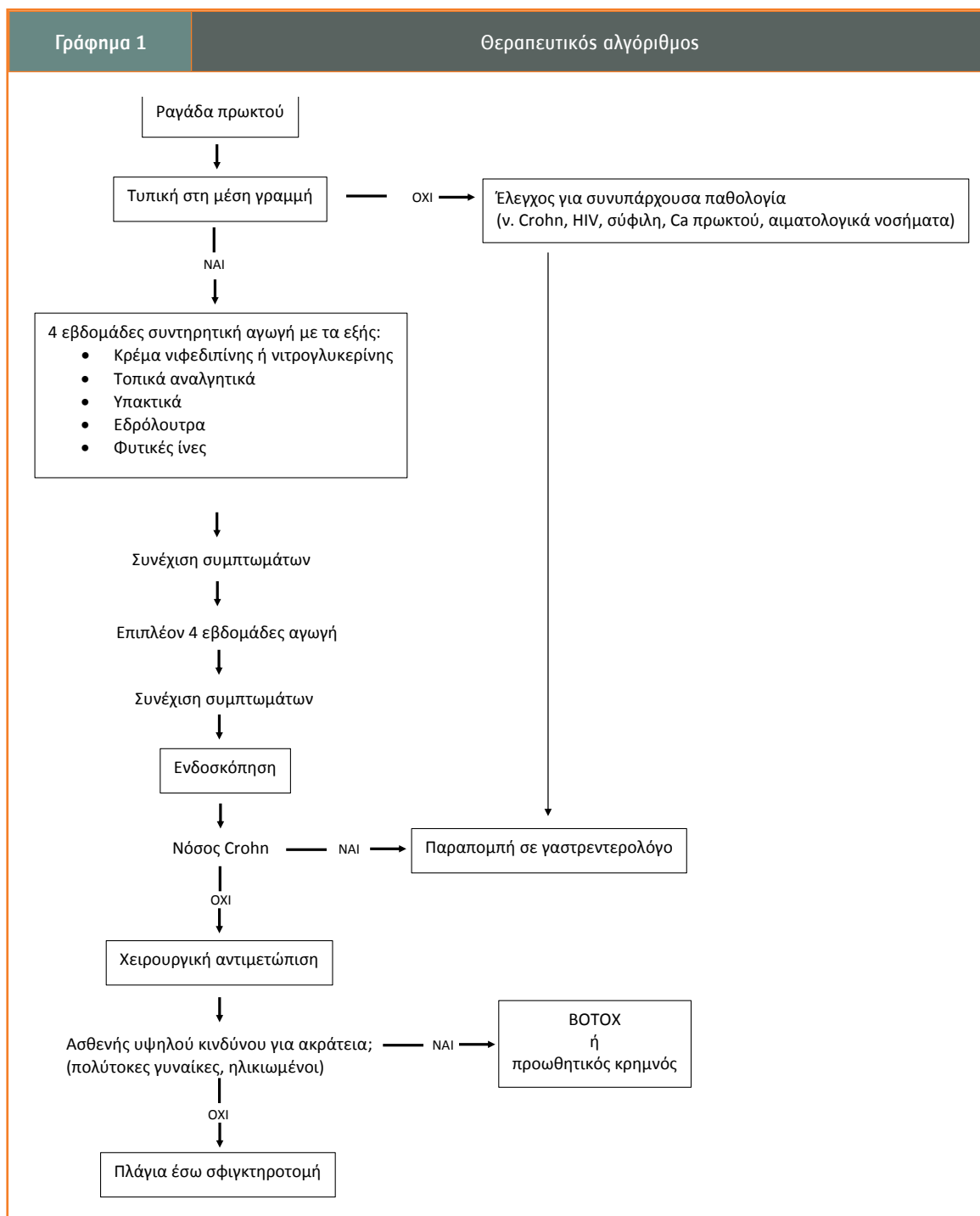
να οφείλεται ή σε ατελή σφιγκτηροτομή ή στις μορφολογικές αλλαγές της χρόνιας ραγάδας (ίνωση, δερματικά ράκη, επηρμένα χείλη), που συντηρούν τον πόνο. Στις περισσότερες περιπτώσεις αντιμετωπίζεται με συντηρητικά μέτρα. Αν αυτά αποτύχουν, τότε πρέπει να γίνει με ενδοπρωκτικό υπέρηχο. Σε περίπτωση ατελούς σφιγκτηροτομής μπορεί να γίνει επανεπέμβαση, ενώ σε περίπτωση πλήρους σφιγκτηροτομής γίνεται εκτομή της ραγάδας και χρήση προωθητικού κρημνού.

Τέλος, η διαστολή του πρωκτού ως μεθόδου αντιμετώπισης της ραγάδας, προκαλεί ανεξέλεγκτη κάκωση στους σφιγκτήρες και είναι πλέον μη αποδεκτή.

Συμπέρασμα

Η οξεία ραγάδα είναι συχνότατη πάθηση σε νέους και μέσης ηλικίας ασθενείς. Συνήθως προηγείται δυσκοιλιότητα. Ο τραυματισμός του πρωκτού από σκληρά κόπρανα σε συνδυασμό με προϋπάρχουσα υπερτονία του έσω σφιγκτήρα θεωρείται ο πιθανότερος μηχανισμός εμφάνισης. Η διάγνωση γίνεται από το ιστορικό του χαρακτηριστικού πόνου μετά την αφόδευση και την επισκόπηση του πρωκτού. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίνεται σε ραγάδες με άτυπη θέση, που παραπέμπουν σε υποκείμενη παθολογία.

Στην οξεία ραγάδα, τα συντηρητικά μέτρα με ή χωρίς τοπική φαρμακευτική αγωγή συνήθως αρκούν. Σε χρόνια ραγάδα, η πλάγια έσω σφιγκτηροτομή είναι η επέμβαση εκλογής, αλλά με πιθανότητα εμφάνισης κάποιου βαθμού ακράτειας. Η χρήση Botox και ο προωθητικός κρημνός προτείνονται σε περιπτώσεις ασθενών υψηλού κινδύνου εμφάνισης ακράτειας μετά από σφιγκτηροτομή.



Κατευθυντήριες οδηγίες: American College of Gastroenterology (ACG): Clinical guidelines for the management of benign anorectal disorders (2021). American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS): Clinical practice guideline for the management of anal fissures (2017). American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE): Standards of practice for the role of endoscopy in patients with anorectal disorders (2010). Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (ACPGBI): Position statement on the management of anal fissure (2008).

Abstract

Lazaridis P. Anal fissure. *Iatrika Analekta*, 2022; 21: 1.046-1.050

An anal fissure is a longitudinal tear in the lining of the anal canal distal to the dentate line. Acute fissure (<8 weeks) is a superficial tear, while a chronic fissure (>8 weeks) characterized by overhanging edges, edema and fibrosis, with fibers of the internal anal sphincter, which may be visible in the floor of the fissure. A fissure may be primary, resulting from local trauma, usually from constipation, or secondary from an underlying medical condition. A primary fissure is located in the posterior midline in 90% of patients. Fissures occurring off the midline, or multiple fissures, should raise the possibility of other bowel conditions (e.g., Crohn disease), infections, or cancer. The clinical hallmark of an anal fissure is pain during defecation that lasts 2-4 hours afterwards, often with associated anal bleeding. The diagnosis can be confirmed on physical examination by directly visualizing a fissure. Initial therapy with a combination of supportive measures (fiber, stool softener, sitz bath, topical analgesic) and one of the topical vasodilators for 1-2 months is recommended. Patients who fail 2 months of initial medical treatment are candidates for lateral internal sphincterotomy. For patients who are at a high risk of developing fecal incontinence (e.g., multiparous women or older patients), other options include botulinum toxin injection or advancement flap.

Βιβλιογραφία

1. Garg P, Garg M, Menon GR. *Long-term continence disturbance after lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure: a systematic review and meta-analysis*. *Colorectal Dis* 2013; 15: e104.
2. Dykes SL, Madoff RD. *Benign anorectal: Anal fissure*. In: *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*, Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, et al. (Eds), Springer Science + Business Media, New York 2007. p.178.
3. Sahebally SM, Ahmed K, Cerneveciute R, et al. *Oral versus topical calcium channel blockers for chronic anal fissure-a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *Int J Surg* 2017; 44: 87.
4. Perry WB, Dykes SL, Buie WD, et al. *Practice parameters for the management of anal fissures (3rd revision)*. *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 1.110.
5. Shao WJ, Li GC, Zhang ZK. *Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing botulinum toxin injection with lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure*. *Int J Colorectal Dis* 2009; 24: 995-1.000.
6. de Rosa M, Cestaro G, Vitiello C, et al. *Conservative versus surgical treatment for chronic anal idiopathic fissure: A prospective randomized trial*. *Updates Surg* 2013; 65: 197-200.
7. Najarian M. *Surgeons beliefs and experiences with the surgical treatment of anal fissure*. *Semin Colon Rectal Surg* 2006; 17: 116-119.
8. Ortiz H, Marzo J, Armendariz P, et al. *Quality of life assessment in patients with chronic anal fissure after lateral internal sphincterotomy*. *Br J Surg* 2005; 92: 881-885.
9. Nelson RL, Chattopadhyay A, Brooks W, et al. *Operative procedures for fissure in ano*. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 2011: CD002199.
10. Yiannakopoulou E. *Botulinum toxin and anal fissure: Efficacy and safety systematic review*. *Int J Colorectal Dis* 2012; 27: 1-9.
11. Arroyo A, Perez F, Serrano P, et al. *Long-term results of botulinum toxin for the treatment of chronic anal fissure: Prospective clinical and manometric study*. *Int J Colorectal Dis* 2005; 20: 267-271.
12. Bobkiewicz A, Francuzik W, Krokowicz L, et al. *Botulinum toxin injection for treatment of chronic anal fissure: Is there any dose-dependent efficiency? A meta-analysis*. *World J Surg* 2016;40:3064-72.

Πρόπτωση ορθού

Γεώργιος Σωτήριος Πανουσόπουλος

Χειρουργός, Συνεργάτης Στ' Χειρουργικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ
dr.panousopoulos@gmail.com

Κωνσταντίνος Μαυραντώνης

Χειρουργός, Διευθυντής Στ' Χειρουργικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ
KMavrantonis@hygeia.gr

Η πρόπτωση ορθού είναι μια πάθηση που χαρακτηρίζεται από εγκλοασμό του ορθού, το οποίο ακολούθως προπίπτει διά του πρωκτού. Σχετίζεται με ένα φάσμα συνυπαρχουσών ανατομικών διαμαρτιών, όπως διάσταση του ανεγκτήρα μυός, πολύ χαμηλή περιτοναϊκή ανάκαμψη, δολιχοσιγμοειδές, ατονία σφιγκτήρων και χάλαση των πλαγίων συνδέσμων του ορθού. Δεν είναι συχνή πάθηση - ο επιπολασμός της υπολογίζεται στο 0,5% του πληθυσμού. Συναντάται συχνότερα γυναίκες και ηλικιωμένους, ενώ σε ηλικίες άνω των 50 ετών η συχνότητα εμφάνισης είναι 6 φορές μεγαλύτερη σε γυναίκες απ' ό,τι σε άνδρες. Αν και πολλές φορές ακούγεται ότι η πρόπτωση ορθού στις γυναίκες σχετίζεται με την πολυτοκία, μία στις τρεις γυναίκες με πρόπτωση ορθού δεν αναφέρουν καμία κύηση στο ιστορικό τους. Συχνότερη ηλικία εμφάνισης είναι η έβδομη δεκαετία. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της πάθησης σε νέους ασθενείς και των δύο φύλων είναι η αυξημένη συχνότητα συνύπαρξης με αυτισμό, σύνδρομο καθυστερημένης διανοητικής διάπλασης ή ψυχιατρικές παθήσεις, που απαιτούν για την αντιμετώπισή τους χορήγηση πολλών φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Αν και καλοήθης πάθηση, η πρόπτωση ορθού μπορεί να είναι εξαιρετικά βασανιστική λόγω της συνεχούς αίσθησης του προπίπτοντος ιστού, τη σχετιζόμενη απώλεια βλεννης ή και αίματος, καθώς και τη συνήθη συνύπαρξη ακράτειας κοπράνων, δυσκοιλιότητας ή και των δύο. Ασθενείς με πρόπτωση ορθού αναφέρουν ακράτεια σε ποσοστό 50%-75% και δυσκοιλιότητα σε ποσοστό 25%-50%.

Η αρχική εκτίμηση του ασθενούς με πρόπτωση ορθού οφείλει να περιλαμβάνει πλήρες ιστορικό και φυσική εξέταση, με έμφαση στη μορφολογία της πρόπτωσης, τη δομή και λειτουργικότητα του σφιγκτηριακού μηχανισμού, καθώς και συνοδών συμπτωμάτων και παθήσεων. Η εξέταση αυτή θα βοηθήσει στη διάκριση μεταξύ πλήρους (αλθούς) και βλεννογονικής πρόπτωσης, αλλά θα δώσει και άλλες χρήσιμες πληροφορίες, όπως την ύπαρξη μονήρους ορθικού έλκους (10%-15%), τη συνύπαρξη α-

κράτειας κοπράνων ή και δυσκοιλιότητας, τη συνύπαρξη ακράτειας ούρων (20%-35%) ή τη συνύπαρξη πρόπτωσης του κόλπου (15%-30%). Μετά την αρχική εκτίμηση, σειρά έχουν δοκιμασίες όπως κολonosκόπηση, αφροδουσιογραφία, βαριούχος υποκλυσμός ή και ουρογραφία με σκοπό να τεθεί λεπτομερέστερη διάγνωση και περιγραφή του προβλήματος. Τέλος, η διερεύνηση των φυσιολογικών διαταραχών, όπως ακράτεια κοπράνων και δυσκοιλιότητα, μπορεί να συμπληρωθεί με μανομετρία του σφιγκτηριακού μηχανισμού.

Η αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση της πρόπτωσης ορθού είναι χειρουργική. Οι επεμβάσεις που έχουν περιγραφεί και εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση της πρόπτωσης ορθού μπορούν να χωριστούν σε δύο κύριες κατηγορίες: τις επεμβάσεις διακοιλιακής προσπέλασης -ανοιχτά, λαπαροσκοπικά ή ρομποτικά- και τις επεμβάσεις περινεϊκής προσπέλασης. Οι περινεϊκές επεμβάσεις αφορούν σε εκτομή του προπίπτοντος ορθού, ενώ οι διακοιλιακές επεμβάσεις βασίζονται σε καθήλωση του ορθού μετά από μερική κινητοποίησή του με την προσθήκη εκτομής τμήματος του παχέος εντέρου σε κάποιες περιπτώσεις. Αν και έχει προταθεί και έχει δοκιμαστεί και η τυπική χαμηλή πρόσθια εκτομή του ορθού για την αντιμετώπιση της πρόπτωσης του ορθού, η πρακτική αυτή έχει εγκαταλειφθεί λόγω υψηλών ποσοτών υποτροπής και νοσηρότητας.

Οι περινεϊκές επεμβάσεις, οι οποίες προηγούνται ιστορικά, υπερέρχουν σε σχέση με τις διακοιλιακές επεμβάσεις σε θνητότητα και νοσηρότητα, όντας κατά κανόνα καλά ανεκτές, ενώ είναι δυνατόν να επαναληφθούν εφόσον χρειαστεί. Παρουσιάζουν πολύ υψηλά ποσοστά υποτροπής, τα οποία φτάνουν μέχρι το 38% και δεν προσφέρουν βελτίωση της συνυπαρχουσας δυσκοιλιότητας. Για τον λόγο αυτό δεν είναι επεμβάσεις εκλογής για την αντιμετώπιση της πρόπτωσης ορθού.

Η χρήση τους προτείνεται κυρίως σε ασθενείς κακής

λειτουργικής κατάστασης λόγω ηλικίας ή και πολλαπλών συνοδών προβλημάτων υγείας.

Οι διακοιλιακές επεμβάσεις, που περιλαμβάνουν στοιχείο ορθοπξίας, δηλαδή καθήλωσης του ορθού μετά από κινητοποίησή του, είναι ο ενδεδειγμένος τρόπος χειρουργικής αντιμετώπισης της πρόπτωσης του ορθού. Η ορθοπξία μπορεί να είναι πρόσθια ή οπίσθια και μπορεί να γίνει με απλές ραφές ή με χρήση πλέγματος. Η επιλογή της προσέγγισης και πάλι εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά της πάθησης και του ασθενούς. Αν και σε επίπεδο αποτελεσματικότητας και υποτροπής δεν παρατηρούνται διαφορές στατιστικά σημαντικές, η οπίσθια ορθοπξία φαίνεται να υπερέχει στην αντιμετώπιση της συνοδού ακράτειας σε σχέση με την πρόσθια ορθοπξία, όμως παρουσιάζει σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο πρωτοεμφανιζόμενης δυσκοιλιότητας. Εξατομικεύοντας, λοιπόν, ένας ασθενής με πρόπτωση ορθού αλλά χωρίς ακράτεια, είναι προτιμότερο να υποβληθεί σε πρόσθια ορθοπξία, ώστε να προφυλαχθεί από τον κίνδυνο της εμφάνισης δυσκοιλιότητας ως αποτέλεσμα της επέμβασης.

Η προσθήκη στοιχείου κολεκτομής στην ορθοπξία σε έναν ασθενή με πρόπτωση του ορθού εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά της πάθησης και εξατομικεύεται και

αυτή. Η προσθήκη σιγμοειδεκτομής είναι συχνή στους ασθενείς που αναφέρουν δυσκοιλιότητα στα συμπτώματά τους. Εντούτοις, η κολεκτομή μπορεί να είναι εκτενέστερη, πάντα σε συνάρτηση με τα συμπτώματα και τη φυσιολογία του κάθε ασθενούς. Αναφέρεται ότι σε περιπτώσεις εξαιρετικά βραδείας διέλευσης του εντέρου, η έκταση της κολεκτομής φτάνει στην υφολική κολεκτομή.

Συμπέρασμα

Συνοψίζοντας, η χειρουργική προσέγγιση των ασθενών με αυτών θα πρέπει να έχει τρεις στόχους:

1. Την κατάργηση - επισκευή της πρόπτωσης.
2. Την αντιμετώπιση συνυπάρχουσας ακράτειας, δυσκοιλιότητας ή και των δύο.
3. Την αποφυγή εμφάνισης - δημιουργίας νέας εντερικής δυσλειτουργίας.

Προς την επίτευξη του τριπλού αυτού στόχου, έχουν αναπτυχθεί αρκετές διαφορετικές επεμβάσεις, η καθεμία με πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Είναι σαφές ότι αποκτά τεράστια σημασία η σωστή αξιολόγηση, ενημέρωση και συμβουλευτική προσέγγιση του ασθενούς με πρόπτωση ορθού για τη βέλτιστη χειρουργική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Abstract

Panoussopoulos GS, Mavrantonis K. Surgical management of rectal prolapse. *Iatrika Analekta*, 2022; 21: 1.051-1.053

Rectal prolapse is a condition characterized by rectal intussusception, which subsequently prolapses through the anus. It is associated with a variety of anatomical findings and functional defects, such as levator ani diastasis, redundant sigmoid colon, deep peritoneal recess, loss of anal sphincter tone and rectal sacral attachment insufficiency. Although a benign condition, it can be debilitating due to the sensation of the prolapsing tissue and the commonly co-existent constipation and/or fecal incontinence. Treatment of rectal prolapse is surgical, with a variety of approaches and techniques being available. These range from minimally invasive perineal surgery to trans-abdominal procedures with rectum fixation and colectomy components. Due to the wide spectrum functional characteristics and patient-specific symptom occurrence, surgical approach for these patients varies significantly, and it should be tailored to the needs of each patient with three specific goals: first, to eliminate the prolapse, second, to correct possible co-existing constipation and/or incontinence, and third, to avoid the appearance of new-onset bowel dysfunction.

Βιβλιογραφία

1. Brodin B, Snellman B. *Procidencia of the rectum studied with cineradiography: a contribution to the discussion of causative mechanism.* Dis Colon Rectum. 1968; 11: 330-347.
2. Collinson R, Cunningham C, D'Costa H, et al. *Rectal intussusception and unexplained faecal incontinence: findings of a proctographic study.* Colorectal Dis. 2009; 11: 77-83.
3. Sun WM, Read NW, Donnelly TC, et al. *A common pathophysiology for full thickness rectal prolapse, anterior mucosal prolapse and solitary rectal ulcer.* Br J Surg. 1989; 76: 290-295.
4. Gourgiotis S, Baratsis S. *Rectal prolapse.* Int J Colorectal Dis. 2007; 22: 231-243.
5. Kairaluoma MV, Kellokumpu IH. *Epidemiologic aspects of complete rectal prolapse.* Scand J Surg. 2005; 94: 207-210.
6. Madiba TE, Baig MK, Wexner SD. *Surgical management of rectal prolapse.* Arch Surg. 2005; 140: 63-73.
7. Marceau C, Parc Y, Debroux E, et al. *Complete rectal prolapse in young patients: psychiatric disease a risk factor of poor outcome.* Colorectal Dis. 2005; 7: 360-365.
8. Bordeianou L, Hicks CW, Kaiser AM, et al. *Rectal prolapse: an overview of clinical features, diagnosis, and patient-specific management strategies.* J Gastrointest Surg. 2014; 18: 1.059-1.069.
9. Madoff RD, Mellgren A. *One hundred years of rectal prolapse surgery.* Dis Colon Rectum. 1999; 42: 441-450.
10. Glasgow SC, Birnbaum EH, Kodner IJ, et al. *Preoperative anal manometry predicts continence after perineal proctectomy for rectal prolapse.* Dis Colon Rectum. 2006; 49: 1.052-1.058.
11. Snooks SJ, Henry MM, Swash M. *Anorectal incontinence and rectal prolapse: differential assessment of the innervation to puborectalis and external anal sphincter muscles.* Gut. 1985; 26: 470-476.
12. Birnbaum EH, Stamm L, Rafferty JF, et al. *Pudendal nerve terminal motor latency influences surgical outcome in treatment of rectal prolapse.* Dis Colon Rectum. 1996; 39: 1.215-1.221.
13. Schultz I MA, Nilsson BY, Dolk A, et al. *Preoperative electrophysiologic assessment cannot predict continence after rectopexy.* Dis Colon Rectum. 1998; 41: 1.392-1.398.
14. Tou S, Brown SR, Malik AI, et al. *Surgery for complete rectal prolapse in adults.* Cochrane Database Syst Rev. 2008; (4): CD001758.
15. Gunner CK, Senapati A, Northover JM, et al. *Life after PROSPER: what do people do for external rectal prolapse?* Colorectal Dis. 2016; 18: 811-814.
16. Raftopoulos Y, Senagore AJ, Di Giuro G, et al. *Rectal Prolapse Recurrence Study Group. Recurrence rates after abdominal surgery for complete rectal prolapse: a multicenter pooled analysis of 643 individual patient data.* Dis Colon Rectum. 2005; 48: 1.200-1.206.
17. Hsu A, Brand MI, Saclarides TJ. *Laparoscopic rectopexy without resection: a worthwhile treatment for rectal prolapse in patients without prior constipation.* Am Surg. 2007; 73: 858-861.
18. Dulucq JL, Wintringer P, Mahajna A. *Clinical and functional outcome of laparoscopic posterior rectopexy (Wells) for full-thickness rectal prolapse: a prospective study.* Surg Endosc. 2007; 21: 2.226-2.230.
19. D'Hoore A, Penninckx F. *Laparoscopic ventral recto(colpo) pexy for rectal prolapse: surgical technique and outcome for 109 patients.* Surg Endosc. 2006; 20: 1.919-1.923.
20. Boons P, Collinson R, Cunningham C, et al. *Laparoscopic ventral rectopexy for external rectal prolapse improves constipation and avoids de novo constipation.* Colorectal Dis. 2010; 12: 526-532.
21. Samaranyake CB, Luo C, Plank AW, et al. *Systematic review on ventral rectopexy for rectal prolapse and intussusception.* Colorectal Dis. 2010; 12: 504-512.

Πρόσφατες εξελίξεις στη διαχείριση της ακράτειας των κοπράνων - Προκλήσεις και λύσεις

Σπυρίδων Χριστοδούλου

Χειρουργός, Συνεργάτης Χειρουργικής Κλινικής Ομίλου ΥΓΕΙΑ

spyridon.christodoulou@yahoo.gr

Η εγκράτεια είναι μία από τις θεμελιώδεις λειτουργίες μας και βασικό στοιχείο ποιότητας ζωής. Η εγκράτεια είναι το αποτέλεσμα μιας ισορροπημένης αλληλεπίδρασης μεταξύ του συμπλέγματος των σφιγκτήρων του πρωκτού, της σύστασης των κοπράνων, της λειτουργίας δεξαμενής του ορθού και της νευρολογικής λειτουργίας.

Ως ακράτεια κοπράνων ορίζεται η ακούσια απώλεια του περιεχομένου του ορθού μέσω του πρωκτικού σωλήνα και η αδυναμία αναβολής της κένωσης. Στον ορισμό επισυνάπτεται μια συνιστώσα χρόνου και ηλικίας, που περιλαμβάνει τη διάρκεια του συμπτώματος για τουλάχιστον ένα μήνα και η ηλικία τουλάχιστον 4 ετών με προηγούμενως φυσιολογική εγκράτεια.

Ανάλογα με τα συμπτώματα, η ακράτεια των κοπράνων συνήθως ταξινομείται ως:

1. Παθητική ακράτεια (ακούσια αποβολή κοπράνων χωρίς καμία επίγνωση).
2. Επιτακτική ακράτεια (αποβολή κοπράνων παρά τις ενεργές προσπάθειες διατήρησης του περιεχομένου).
3. Διαρροή κοπράνων (διαρροή κοπράνων με φυσιολογική εγκράτεια και κένωση).

Οι επιπτώσεις της ακράτειας είναι σημαντικές και σε πολλαπλά επίπεδα:

1. Οι ασθενείς μπορεί να αναπτύξουν δευτεροπαθείς ιστρικές νοσηρότητες, όπως η διαβροχή του δέρματος, οι ουρολοιμώξεις, τα έλκη κατάκλισης.
2. Υπάρχουν σημαντικές άμεσες και έμμεσες οικονομικές επιπτώσεις για τους ασθενείς (πάνες ακράτειας, επιπτώσεις στην παραγωγικότητα, αναρρωτικές άδειες).
3. Σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής (χαμηλή αυτοεκτίμηση, αμηχανία, ντροπή, κατάθλιψη, ανάγκη οργάνωσης της ζωής γύρω από την εύκολη πρόσβαση στο μπάνιο, αποφυγή ευχάριστων δραστηριοτήτων κ.λπ.).

Σκοπός της ανασκόπησής μας είναι να αναλύσουμε την πολυπλοκότητα και τους περιορισμούς της διαχείρισης της ακράτειας κοπράνων και να συσχετίσουμε τις βασικές έννοιες της αιτιοπαθογένεσης από τη μια με τις θεραπευτι-

κές επιλογές από την άλλη.

Επιδημιολογία

Η ακράτεια των κοπράνων είναι μια πολύ συχνή πάθηση, αλλά λόγω της σχετιζόμενης αμηχανίας και μιας κοινής φύσης ταμπού συχνά δεν αναφέρεται ως σύμπτωμα και ο πραγματικός επιπολασμός της είναι δύσκολο να εκτιμηθεί αξιόπιστα. Η ανάλυση 14.759 συμμετεχόντων στην Εθνική Έρευνα Εξέτασης Υγείας και Διατροφής των Ηνωμένων Πολιτειών κατέδειξε επιπολασμό ακράτειας των κοπράνων 8,4% μεταξύ μη ιδρυματοποιημένων ενηλίκων των Ηνωμένων Πολιτειών, με αύξηση εξαρτώμενη από την ηλικία με την πάροδο του χρόνου. Διεθνείς μελέτες με βάση τον πληθυσμό έδειξαν επιπολασμό ακράτειας κοπράνων 0,4%-18%.

Αιτιολογία

Ένας τεράστιος αριθμός αιτιών έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη ακράτειας κοπράνων, συμπεριλαμβανομένων επίκτητων δομικών ανωμαλιών ή συγγενών δυσπλασιών, εκφυλιστικών και λειτουργικών καταστάσεων ή νευρολογικών διαταραχών. Τα πιο συνηθισμένα δομικά αίτια, ωστόσο, είναι ο μαιευτικός τραυματισμός (συχνά δεκαετίες πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων), οι χειρουργικές επεμβάσεις ορθού (αιμορροϊδεκτομή, συριγγοτομή, σφιγκτηροτομή), η πρόπτωση, η σεξουαλική επαφή από τον πρωκτό ή μετά από χειρουργική επέμβαση με κολο-πρωκτική ή ειλεο-πρωκτική αναστόμωση.

Ανάλυση συμπτωμάτων

Τα πρωταρχικά συμπτώματα της ακράτειας κοπράνων περιλαμβάνουν την επιδεινούμενη έλλειψη ελέγχου για τις διάφορες συστάσεις των κοπράνων εντός του ορθού.

Δευτερεύοντα συμπτώματα ακράτειας κοπράνων μπορεί να αναπτυχθούν ως αποτέλεσμα διαρροής κοπράνων και περιλαμβάνουν κνησμό, ερεθισμό του περιπρωκτικού δέρματος και λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος.

Διαγνωστικός έλεγχος

Ο λεπτομερής διαγνωστικός έλεγχος είναι απαραίτητος στην αρχή της αντιμετώπισης της ακράτειας. Υπάρχει ανάγκη για διακριτική λήψη προσεκτικού και εμπειριστωμένου ιστορικού σε κάθε ασθενή. Η προσοχή πρέπει να επικεντρωθεί στις υποκείμενες ασθένειες (διαβήτης, εγκεφαλικό επεισόδιο, χημειοθεραπεία), στα τρέχοντα φάρμακα, στη δυναμική των κινήσεων του εντέρου και στα σχετικά συμπτώματα.

Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει την επισκόπηση, τη δακτυλική εξέταση του ορθού (ακεραιότητα σφιγκτήρα, τόνος σφιγκτήρα, αντισταθμιστική βοηθητική μυϊκή σύσπαση, μήκος ορθού, ορθοκήλη, ψηλαφητή μάζα), καθώς και την πρωκτοσκόπηση.

Οι μελέτες της φυσιολογίας του ορθού προσπαθούν να συσχετίσουν τα υποκειμενικά παράπονα και τα ευρήματα των κλινικών εξετάσεων με αντικειμενικές παραμέτρους.

► Το διορθικό υπερηχογράφημα είναι γενικά αποδεκτό ως το πιο ευαίσθητο εργαλείο για την αξιολόγηση του συμπλέγματος των σφιγκτήρων για την παρουσία ή απουσία οποιουδήποτε ελαττώματος ή δομικής αλλοίωσης.

► Η πρωκτική μανομετρία, συμπεριλαμβανομένης της αισθητικότητας του πρωκτού και του ορθού, της ανοχής του όγκου κοπράνων, καθώς και του προσδιορισμού της συμμόρφωσης του ορθού στοχεύουν στην αντικειμενική αξιολόγηση της μυϊκής δύναμης και της λειτουργίας της δεξαμενής του ορθού.

► Μελέτες νεύρων: Η μέτρηση της αγωγιμότητας του αιδοϊκού νεύρου, γνωστή και ως λανθάνουσα κίνηση του αιδοϊκού νεύρου (PTNML), χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό της νευροπάθειας, που μπορεί να προκύψει από άμεση ή έμμεση πρόκληση βλάβης (π.χ. μαιευτικό τραυματισμό, περιεδρικό απόστημα, χειρουργική επέμβαση ή ακτινοβολία) ή συστηματικών παραγόντων (χημειοθεραπεία, διαβήτης κ.λπ.).

Μη χειρουργική θεραπεία

Η αντιμετώπιση ασθενών με ακράτεια κοπράνων ξεκινά πάντα με μη χειρουργικά μέτρα. Οι πιο επιτακτικοί στόχοι είναι:

1. η βελτιστοποίηση της συνέπειας των κενώσεων,
2. η επιβράδυνση της κινητικότητας του εντέρου, και
3. η ελαχιστοποίηση του μέσου φορτίου κοπράνων στο ορθό, ιδιαίτερα πριν από την αποχώρηση από την ασφάλεια του ιδιωτικού χώρου.

λεια του ιδιωτικού χώρου.

Συγκεκριμένες φλεγμονώδεις καταστάσεις θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με τη δέουσα προσοχή και για τη διόρθωση πιθανώς διαρροϊκών κενώσεων.

Η συνήθεια του εντέρου και η εκπαίδευση συμπεριφοράς είναι σημαντικά για την ανάπτυξη κανονικών συνθηκών, αποφεύγοντας εμμονικά μοτίβα. Τα υποστηρικτικά μέτρα περιλαμβάνουν την εφαρμογή κρεμών φραγμού του ερεθισμού στο περιπρωκτικό δέρμα. Το φορτίο κοπράνων μπορεί να μειωθεί μέσω εκπλύσεων του ορθού (προγραμματισμένα κλύσματα). Τα φάρμακα χρησιμοποιούνται, αν απαιτείται, για την επιβράδυνση του εντέρου (αντιδιαρροϊκά φάρμακα), τη δέσμευση των χολικών οξέων (χολεστυραμίνη) ή για τη μείωση της χαλάρωσης του σφιγκτήρα (αντικαταθλιπτικά όπως η αμιτριπυλίνη).

Η φυσικοθεραπεία και η προπόνηση βιοανάδρασης στοχεύουν στην ενίσχυση και τον συντονισμό της λειτουργίας του πυελικού εδάφους και του σφιγκτήρα ως απάντηση στη διάταση του ορθού, συνήθως σε συνδυασμό με άλλα προαναφερθέντα συντηρητικά μέτρα.

Στρατηγικές χειρουργικής θεραπείας

Οι χειρουργικές επιλογές φυλάσσονται για ασθενείς με σημαντική ακράτεια κοπράνων που δεν ανταποκρίνονται στη συντηρητική αντιμετώπιση, ενώ συγχρόνως αποφεύγονται τα εμμονικά μοτίβα. Οι εμφανείς και διορθώσιμες δομικές παραμορφώσεις που προσφέρονται για χειρουργική επέμβαση, θα πρέπει πάντα να αντιμετωπίζονται χειρουργικά. Παραδείγματα περιλαμβάνουν η παραμόρφωση τύπου κλοάκας, η αιμορροϊδική ή πλήρους πάχους πρόπτωση του ορθού, η παραμόρφωση δίκην κλειδαρότρυπας (μετά από συριγγοτομή ή άλλες χειρουργικές επεμβάσεις) ή εκτρόπιο βλεννογόνου. Άλλες καταστάσεις που μπορεί να μιμούνται το σύμπτωμα της ακράτειας (περιορθικό συρίγγιο, ορθοκολπικό συρίγγιο) αναμφισβήτητα θα πρέπει να διορθωθούν πριν εστιάσουμε στη διαχείριση της «ακράτειας» καθαυτής.

Εάν η βαριά μορφολογική παθολογία απουσιάζει ή έχει διορθωθεί, υπάρχουν διαθέσιμες στρατηγικές χειρουργικής αντιμετώπισης της ακράτειας.

Διόρθωση μορφολογικών παραμορφώσεων

Αναμόρφωση και διόρθωση μεγάλων παραμορφώσεων και παθολογιών.

Επισκευή σφιγκτήρα

Η επιδιόρθωση σφιγκτήρα (σφιγκτοπλαστική) φαίνεται να είναι μια ορθολογική και ίσως η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη προσέγγιση, εάν εντοπιστεί ένα τμηματικό ελάττωμα στο σφιγκτήρα. Τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα είναι γενικά καλά, με εκτιμώμενη βελτίωση κατά 75%-86% των επεισοδίων ακράτειας. Ωστόσο, η έπειξη για αφόδευση μπορεί να επιμείνει και έχει σημειωθεί ότι με την πάροδο του χρόνου η λειτουργία επιδεινώνεται, με ορισμένες μελέτες να αναφέρουν πως μόνο το 0%-50% των ασθενών που εξακολουθούν να είναι πλήρως εγκρατείς μετά από 5-10 χρόνια.

Ενίσχυση της μειωμένης λειτουργίας του σφιγκτήρα

► **SNS:** Αυτή είναι η έννοια και η χειρουργική μέθοδος που τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχει μεταμορφώσει τη διαχείριση της ακράτειας κοπράνων με τον πιο δραστικό τρόπο. Το SNS πιστεύεται ότι διεγείρει εκ νέου τη λειτουργία του πυελικού εδάφους και του μονοπατιού του υποδοχέα από τη μία πλευρά και από την άλλη ότι ενεργοποιεί την οδό προσαγωγών οδών του εγκεφάλου που σχετίζονται με τον μηχανισμό της εγκράτειας. Επιπλέον, υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι μπορεί να επηρεάσει τη βηματοδότηση του παχέος εντέρου και ενδεχομένως να προκαλέσει ακόμη και ανάστροφη περισταλτική δραστηριότητα.

► **Διέγερση κνημιαίου νεύρου:** Μια άλλη σχετική μέθοδος νευρικής διέγερσης που χρησιμοποιείται για τη διαχείριση της ακράτειας κοπράνων, είναι η διαδερμική διέγερση κνημιαίου νεύρου (PTNS). Πιστεύεται ότι επηρεάζει τον έλεγχο των κοπράνων μέσω της ενεργοποίησης του κεντρικού νευρικού συστήματος και των υπεριορών νευρικών κέντρων μέσω των προσαγωγών ινών του περιφερικού νευρικού συστήματος.

► **Έγχυση/εμφύτευση διογκωτικών παραγόντων:** Με στόχο τον όγκο του πρωκτικού καναλιού ή των περιπρωκτικών ιστών και την αύξηση της αντίστασης στην παθητική έξοδο, έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες τεχνικές για την

έγχυση ή την εμφύτευση μιας ποικιλίας υλικών. Μία συστηματική ανασκόπηση για τα συμβατικά ενέσιμα με 16 μελέτες (13 σειρές περιπτώσεων, 1 προοπτική δοκιμή με και 2 χωρίς δεδομένα) και μια συνολική ομάδα 420 ασθενών (5-73 ασθενείς ανά μελέτη) βρήκε λίγα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα στην παθητική ακράτεια κοπράνων. Βελτίωση μεγαλύτερη από 50% επιτεύχθηκε μόνο σε 2 μελέτες, ενώ οι άλλες ανέφεραν βελτίωση 15%-50% στη διαρκέστερη παρακολούθηση.

Εκτροπή κοπράνων

Όταν οι άλλες θεραπείες έχουν αποτύχει ή όταν πιστεύεται ότι τελικά είναι αναπόφευκτο να αποτύχουν ή εάν οι συννοσηρότητες αποκλείουν μια πιο επιθετική ή χρονοβόρα στρατηγική, η εκτροπή κοπράνων με τη δημιουργία μιας καλά κατασκευασμένης κολοστομίας σε μια προσεκτικά επιλεγμένη περιοχή παραμένει περισσότερο μια ικανοποιητική εναλλακτική λύση. Ακόμα κι αν δεν αποκαθιστά την εγκράτεια με την αυστηρή έννοια και έχει αντίκτυπο στην εικόνα του σώματος, παρέχει στον ασθενή την πολυτέλεια της ελεγχόμενης διαχείρισης των κοπράνων και, ως εκ τούτου, επιτρέπει την επανέναρξη ενός φυσιολογικού τρόπου ζωής. Οι ασθενείς που διστάζουν πριν από τη χειρουργική επέμβαση, θα πρέπει να ενθαρρύνονται και να αναφέρονται σε αυτούς τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα.

Συμπέρασμα

Η ακράτεια κοπράνων είναι το τελευταίο κοινό σύμπτωμα της οδού μιας ποικιλίας καταστάσεων, αλλά επηρεάζει δυσανάλογα τις γυναίκες ως αποτέλεσμα της βαρύτητας και της τεκνοποίησης. Η αναγνώριση, ο διαγνωστικός έλεγχος και η θεραπεία παραμένουν μια τεράστια πρόκληση, καθώς οι λειτουργικές πτυχές δεν συσχετίζονται αυστηρά με τα μορφολογικά ευρήματα. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει ούτε κάποια τεχνική που να εγγυάται τέλεια αποτελέσματα χωρίς νοσηρότητες. Πρέπει να υποθέσει κανείς ότι η επιτυχής θεραπεία χρειάζεται σχεδόν πάντα έναν συνδυασμό διαφορετικών προσεγγίσεων.

Abstract

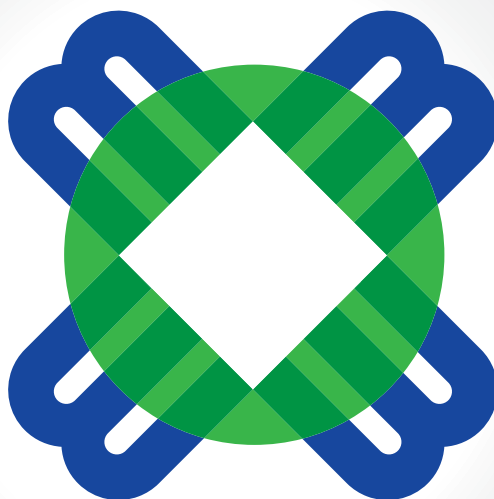
Christodoulou S. Recent advances in managing fecal incontinence - Challenges and Solutions. *Iatrika Analekta*, 2022; 21: 1.054-1.058

Fecal incontinence is a frequent and debilitating common final pathway symptom resulting from numerous different causes. Incontinence, impacts the patient's self-esteem and quality of life and may result in significant secondary morbidity, disability, and cost. Treatment is difficult without any panacea and an individualized approach should be chosen that frequently combines different modalities. Several new technologies have been developed and their specific roles will have to be defined. The aim of this review is outline the evaluation and treatment of patients with fecal incontinence.

Βιβλιογραφία

1. Wald A. *Clinical practice. Fecal incontinence in adults*. N Engl J Med 2007; 356: 1.648-1.655 [PMID: 17442907 DOI: 10.1056/NEJMcp067041].
2. Rao SS. *Diagnosis and management of fecal incontinence*. American College of Gastroenterology Practice Parameters Committee. Am J Gastroenterol 2004; 99: 1.585-1.604 [PMID: 15307881 DOI: 10.1111/j.1572-0241.2004.40105.x].
3. Paquette IM, Varma MG, Kaiser AM, et al. *The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guideline for the Treatment of Fecal Incontinence*. Dis Colon Rectum 2015; 58: 623-636 [PMID: 26200676 DOI: 10.1097/DCR.0000000000000397].
4. Kaiser AM. *McGraw-Hill Manual: Colorectal Surgery*. 2009 Available from: URL: <http://accesssurgery.com/resourceTo.aspx?resourceID=211>.
5. Xu X, Menees SB, Zochowski MK, Fenner DE. *Economic cost of fecal incontinence*. Dis Colon Rectum 2012; 55: 586-598 [PMID: 22513438 DOI: 10.1097/DCR.0b013e31823dfd6d].
6. Kamm MA. *Faecal incontinence*. BMJ 1998; 316: 528-532 [PMID: 9501717 DOI: 10.1136/bmj.316.7130.528].
7. Meyer I, Richter HE. *Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women*. Womens Health (Lond) 2015; 11: 225-238 [PMID: 25776296 DOI: 10.2217/whe.14.66].
8. Bharucha AE, Dunivan G, Goode PS, et al. *Epidemiology, pathophysiology, and classification of fecal incontinence: state of the science summary for the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) workshop*. Am J Gastroenterol 2015; 110: 127-136 [PMID: 25533002 DOI: 10.1038/ajg.2014.396].
9. Ditah I, Devaki P, Luma HN, et al. *Prevalence, trends, and risk factors for fecal incontinence in United States adults, 2005-2010*. Clin Gastroenterol Hepatol 2014; 12: 636-643.e1-2 [PMID: 23906873 DOI: 10.1016/j.cgh.2013.07.020].
10. Nelson RL. *Epidemiology of fecal incontinence*. Gastroenterology 2004; 126: S3-S7 [PMID: 14978632 DOI: 10.1053/j.gastro.2003.10.010].
11. Faltin DL, Sangalli MR, Curtin F, et al. *Prevalence of anal incontinence and other anorectal symptoms in women*. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2001; 12: 117-120; discussion 121 [PMID: 11374509 DOI: 10.1007/PL00004031].
12. Johanson JF, Lafferty J. *Epidemiology of fecal incontinence: the silent affliction*. Am J Gastroenterol 1996; 91: 33-36 [PMID: 8561140].
13. Shin GH, Toto EL, Schey R. *Pregnancy and postpartum bowel changes: constipation and fecal incontinence*. Am J Gastroenterol 2015; 110: 521-529; quiz 530 [PMID: 25803402 DOI: 10.1038/ajg.2015.76].
14. Erment CA, Fleming F, Welton ML, et al. *Clinical Practice Guideline for Ambulatory Anorectal Surgery*. Dis Colon Rectum 2015; 58: 915-922 [PMID: 26347962 DOI: 10.1097/DCR.0000000000000451].
15. Wallenhorst T, Bouguen G, Brochard C, et al. *Long-term impact of full-thickness rectal prolapse treatment on fecal incontinence*. Surgery 2015; 158: 104-111 [PMID: 25869649 DOI: 10.1016/j.surg.2015.03.005].
16. Markland AD, Dunivan GC, Vaughan CP, et al. *Anal Intercourse and Fecal Incontinence: Evidence from the 2009-2010 National Health and Nutrition Examination Survey*. Am J Gastroenterol 2016; 111: 269-274 [PMID: 26753893 DOI: 10.1038/ajg.2015.419].
17. Walma MS, Kornmann VN, Boerma D, et al. *Predictors of fecal incontinence and related quality of life after a total mesorectal excision with primary anastomosis for patients with rectal cancer*. Ann Coloproctol 2015; 31: 23-28 [PMID: 25745623 DOI: 10.3393/ac.2015.31.1.23].
18. Gooneratne ML, Scott SM, Lunniss PJ. *Unilateral pudendal neuropathy is common in patients with fecal incontinence*. Dis Colon Rectum 2007; 50: 449-458 [PMID: 17279299 DOI: 10.1007/s10350-006-0839-0].
19. Fitzpatrick M, O'Brien C, O'Connell PR, et al. *Patterns of abnormal pudendal nerve function that are associated with postpartum fecal incontinence*. Am J Obstet Gynecol 2003; 189: 730-735 [PMID: 14526303 DOI: 10.1067/S0002-9378(03)00817-2].
20. Szilleabhain CB, Horgan AF, McEnroe L, et al. *The relationship of pudendal nerve terminal motor latency to squeeze pressure in patients with idiopathic fecal incontinence*. Dis Colon Rectum 2001; 44: 666-671 [PMID: 11357026 DOI: 10.1007/BF02234563].
21. Rasmussen OO, Christiansen J, Tetzschner T, et al. *Pudendal nerve function in idiopathic fecal incontinence*. Dis Colon Rectum 2000; 43: 633-636; discussion 636-637 [PMID: 10826423 DOI: 10.1007/BF02235577].
22. Santoro GA, Eitan BZ, Pryde A, et al. *Open study of low-dose amitriptyline in the treatment of patients with idiopathic fecal incontinence*. Dis Colon Rectum 2000; 43: 1.676-1.681; discussion 1681-1682 [PMID: 11156450].

23. Sjødahl J, Walter SA, Johansson E, et al. *Combination therapy with biofeedback, loperamide, and stool-bulking agents is effective for the treatment of fecal incontinence in women - a randomized controlled trial.* Scand J Gastroenterol 2015; 50: 965-974 [PMID: 25892434 DOI: 10.3109/00365521.2014.999252].
24. Brown SR, Wadhawan H, Nelson RL. *Surgery for faecal incontinence in adults.* Cochrane Database Syst Rev 2013; (7): CD001757 [PMID: 23821339 DOI: 10.1002/14651858.CD001757.pub4].
25. Kaiser AM. *Cloaca-like deformity with faecal incontinence after severe obstetric injury-technique and functional outcome of ano-vaginal and perineal reconstruction with X-flaps and sphincteroplasty.* Colorectal Dis 2008; 10: 827-832 [PMID: 18205849 DOI: 10.1111/j.1463-1318.2007.01440.x].
26. Madoff RD, Parker SC, Varma MG, et al. *Faecal incontinence in adults.* Lancet 2004; 364: 621-632 [PMID: 15313364 DOI: 10.1016/S0140-6736(04)16856-6].
27. Johnson E, Carlsen E, Steen TB, et al. *Short- and long-term results of secondary anterior sphincteroplasty in 33 patients with obstetric injury.* Acta Obstet Gynecol Scand 2010; 89: 1.466-1.472 [PMID: 20955101 DOI: 10.3109/00016349.2010.519019].
28. Zutshi M, Tracey TH, Bast J, et al. *Ten-year outcome after anal sphincter repair for fecal incontinence.* Dis Colon Rectum 2009; 52: 1.089-1.094 [PMID: 19581851 DOI: 10.1007/DCR.0b013e3181a0a79c].
29. Rothbarth J, Bemelman WA, Meijerink WJ, et al. *Long-term results of anterior anal sphincter repair for fecal incontinence due to obstetric injury / with invited commentaries.* Dig Surg 2000; 17: 390-393; discussion 394 [PMID: 11053947 DOI: 10.1159/000018883].
30. Lundby L, Mxller A, Buntzen S, et al. *Relief of fecal incontinence by sacral nerve stimulation linked to focal brain activation.* Dis Colon Rectum 2011; 54: 318-323 [PMID: 21304303 DOI: 10.1007/DCR.0b013e31820348ac].
31. Michelsen HB, Thompson-Fawcett M, Lundby L, et al. *Six years of experience with sacral nerve stimulation for fecal incontinence.* Dis Colon Rectum 2010; 53: 414-421 [PMID: 20305440 DOI: 10.1007/DCR.0b013e3181ca7dc2].
32. Patton V, Wiklendt L, Arkwright JW, et al. *The effect of sacral nerve stimulation on distal colonic motility in patients with faecal incontinence.* Br J Surg 2013; 100: 959-968 [PMID: 23536312 DOI: 10.1002/bjs.9114].
33. Luo C, Samaranayake CB, Plank LD, et al. *Systematic review on the efficacy and safety of injectable bulking agents for passive faecal incontinence.* Colorectal Dis 2010; 12: 296-303 [PMID: 19320664 DOI: 10.1111/j.1463-1318.2009.01828.x].
34. Hendren S, Hammond K, Glasgow SC, et al. *Clinical practice guidelines for ostomy surgery.* Dis Colon Rectum 2015; 58: 375-387 [PMID: 25751793 DOI: 10.1097/DCR.0000000000000347].



ΜΗΤΕΡΑ.

κατάλληλο για όλους

Ένα νοσοκομείο όχι μόνο για τη μητέρα και τη γυναίκα, αλλά για κάθε ασθενή, όποιο ζήτημα υγείας αντιμετωπίζει. Διαθέτοντας τρεις άρτια οργανωμένες κλινικές, τη Μαιευτική/ Γυναικολογική, την Παιδιατρική και τη Γενική Κλινική, παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας 24/7, 365 ημέρες το χρόνο.



Μαιευτική/
Γυναικολογική
Κλινική



Παιδιατρική
Κλινική



Γενική
Κλινική

ΜΗΤΕΡΑ Ερυθρού Σταυρού 6, 151 23 Μαρούσι, Τ: 210 6869 000

www.mitera.gr |    



Με ευθύνη για τη ζωή

ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΗΗΓ

ΥΓΕΙΑ



Μια υπογραφή που μας δεσμεύει!

Η συνεχής εξέλιξη με γνώμονα τον σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια, για μια υγεία που αξίζουμε όλοι, είναι για μας κάτι περισσότερο από στόχος. Είναι δέσμευση.

ΥΓΕΙΑ Ερυθρού Σταυρού 4 & Κηφισίας, 151 23 Μαρούσι www.hygeia.gr
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 210 6867000



υγεία

Με ευθύνη για τη ζωή
ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΗΗΓ