

8η Διημερίδα ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

ΙΦΝΕ στην καθημερινή κλινική πράξη

Στρογγυλή τράπεζα: ΙΦΝΕ και εγχείρηση

Θέμα: Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με ελκώδη κολίτιδα (επείγουσα – προγραμματισμένη κολεκτομή).

Εισηγητής: Τσιώνης Θεοχάρης
Γαστρεντερολόγος – Σέρρες
tsionisx@hotmail.com

ΑΘΗΝΑ 2-3 Οκτωβρίου 2010





Η θεραπευτική πυραμίδα στις ΙΦΝΕ



Ενεργότητα της νόσου

Θεραπευτική επιλογή



Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με ΕΚ
(επείγουσα – προγραμματισμένη κολεκτομή).



25-30% των ασθενών με ΕΚ θα χρειαστεί την χειρουργική παρέμβαση:

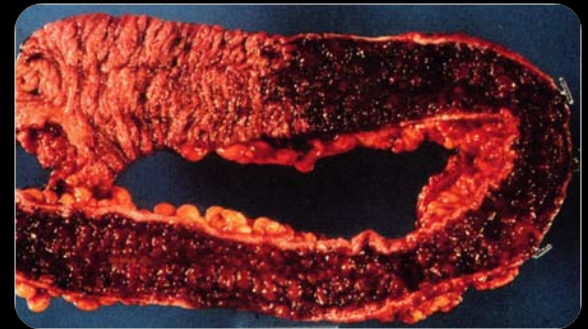
- γιατί δεν ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή ή δεν την ανέχονται
- για την αντιμετώπιση επιπλοκών της νόσου (οξείες και χρόνιες)

Η χειρουργική παρέμβαση μπορεί να είναι επείγουσα ή προγραμματισμένη

Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με ΕΚ (επείγουσα – προγραμματισμένη κολεκτομή).

Επείγουσα κολεκτομή

- Σε μη ανταπόκριση στην συντηρητική φαρμακευτική αγωγή
- Στις επιπλοκές της βαριάς ΕΚ
 - τοξικό megacolon
 - διάτρηση (ελεύθερη ή περιχαρακωμένη)
 - μαζική αιμορραγία





Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με ΕΚ (επείγουσα – προγραμματισμένη κολεκτομή).

Η έκταση και η βαρύτητα της νόσου παίζουν καθοριστικό ρόλο στην διαχείριση των ασθενών με ΕΚ

-- η έκταση της νόσου (στην κατά Montreal ταξινόμηση) ορίζεται ως:
ορθίτιδα, αριστερή κολίτιδα και εκτεταμένη κολίτιδα ή πανκολίτιδα

-- η βαρύτητα καθορίζεται από κλινικούς, βιοχημικούς, απεικονιστικούς, ενδοσκοπικούς, και ιστολογικούς δείκτες και βέβαια από αρκετές κλίμακες αξιολόγησης



Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με ΕΚ (επείγουσα – προγραμματισμένη κολεκτομή).



Στις κλινικές δοκιμές χρησιμοποιείται το τροποποιημένο Mayo score (www.gastrojournal.org)

Mayo index	0	1	2	3
Συχνότητα κενώσεων	κ.φ	1-2/ημ > κ.φ	3-4/ημ > κ.φ	5/ημ > κ.φ
Αιμορραγία ορθού	--	Ίχνη	εμφανής	κυρίως αιματηρή κένωση
Βλεννογόνος	κ.φ	ήπια εύθρυπτος	μέτρια εύθρυπτος	αυτόματα εύθρυπτος
Συνολική εκτίμηση του ειδικού	κ.φ	ήπια	μέτρια	βαριά



Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με ΕΚ (επείγουσα – προγραμματισμένη κολεκτομή).



Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή ομοφωνία ECCO 2008 τα περισσότερα κέντρα, στην καθημερινή πράξη, χρησιμοποιούν την κατά Truelove Witts ταξινόμηση της βαρύτητας

	Ήπια	Μέτρια	Βαριά	
Αιματηρές κενώσεις / ημ.	< 4	4-6	> 6	και
Σφυγμός	< 90/min	< ή = 90/min	> 90/min	ή
Θερμοκρασία	< 37,5 οC	< ή = 37,8 οC	> 37,8 οC	ή
Αιμοσφαιρίνη	> 11,5 gr%	> ή = 10,5 gr%	< 10,5 gr%	ή
ΤΚΕ	< 20 mm/1h	< ή = 30 mm/1h	> 30 mm/1h	ή
ή CRP	κ.φ	< ή = 30 mg/L	> 30 mg/L	



Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με ΕΚ (επείγουσα – προγραμματισμένη κολεκτομή).

Εισαγωγή στο νοσοκομείο και διερεύνηση του ασθενούς με χαρακτηρισμένη βαριά ελκώδη κολίτιδα

- Γεν. αίματος, ΤΚΕ, CRP, ηλεκτρολύτες, ηπατική βιοχημεία και έλεγχος κοπράνων με καλλιέργεια και έλεγχο για τοξίνη Cl. Difficile.
- Απλή α/α κοιλίας σε όρθια θέση (έλεγχος για διάταση παχέος εντέρου)
- Σιγμοειδοσκόπηση (δεν συνιστάται η πλήρης κολονοσκόπηση σε ασθενείς με βαριά κολίτιδα)





Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με ΕΚ (επείγουσα – προγραμματισμένη κολεκτομή).

- Η οξεία βαριά ΕΚ είναι δυνητικά θανατηφόρος νόσος.
- Ο ασθενής που με βάση τα κριτήρια βαρύτητας πάσχει από βαριά ενεργό ΕΚ χρήζει νοσοκομειακής εντατικής θεραπείας.
- Τα κορτικοειδή χορηγούμενα i.v. παραμένουν η βάση της θεραπείας στην βαριά ΕΚ
- Τα ποσοστά ανταπόκρισης στην θεραπεία με κορτικοειδή είναι υψηλά και παραμένουν σταθερά κατά την διάρκεια των τελευταίων 50 ετών ενώ τα ποσοστά κολεκτομής φτάνουν το 29%
- Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τα κορτικοειδή αλλά δεν εξαντλείται σε αυτά



Η προσθήκη νέων φαρμάκων (κυκλοσπορίνη, tacrolimus, infliximab) είναι δυνατό να αυξήσουν τον χρόνο που μπορεί να οδηγηθεί ο ασθενής στο χειρουργείο



Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με ΕΚ (επείγουσα – προγραμματισμένη κολεκτομή).

Το σημαντικότερο κλινικό δίλημμα για τον γιατρό να καθορίσει έγκαιρα

- Ποιος ασθενής θα χρειαστεί τελικά κολεκτομή
- Ποια είναι η χρονική στιγμή για την έναρξη θεραπείας διάσωσης
- Ποια είναι η χρονική στιγμή που θα οδηγηθεί τελικά στο χειρουργείο



Στα διλήμματα αυτά απαιτείται υψηλού επιπέδου και σταθμισμένη κρίση από τον κλινικό γιατρό (γαστρεντερολόγο) από κοινού με εξειδικευμένο χειρουργό ώστε να εξαντληθούν τα όρια της συντηρητικής αγωγής αλλά και να μην οδηγηθεί ο ασθενής στο χειρουργείο καθυστερημένα

Είναι δύσκολες αποφάσεις και πρέπει να λαμβάνονται με κριτήριο την μέγιστη ασφάλεια του ασθενούς



Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με ΕΚ (επείγουσα – προγραμματισμένη κολεκτομή).

Ποιος ασθενής θα χρειαστεί τελικά κολεκτομή και αν υπάρχουν προγνωστικά κριτήρια

- Η ανταπόκριση στην i.v. Θεραπεία με κορτικοειδή πρέπει να εκτιμάται με αντικειμενικά κριτήρια (αριθμός κενώσεων, τιμή CRP, ευρήματα α/α κοιλίας..) την 3η ημέρα από την έναρξη της θεραπείας
- Σε οργανωμένη κλινική μονάδα μπορούν να χρησιμοποιηθούν θεραπείες 2ης γραμμής (κυκλοσπορίνη, infliximab, tacrolimus)
- Θεραπείες 3ης γραμμής επιτρέπονται μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα
- Εάν ο ασθενής δεν παρουσιάσει βελτίωση εντός 4-7 ημερών συστήνεται κολεκτομή
- Σε όλη αυτή την διαδικασία πρέπει να ενημερώνεται ο ασθενής για το ενδεχόμενο χειρουργικής αντιμετώπισης

Εννοείται ότι ο ασθενής θα πρέπει να ελέγχεται πολλές φορές την ημέρα





Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με ΕΚ (επείγουσα – προγραμματισμένη κολεκτομή).

Ποιος ασθενής θα χρειαστεί τελικά κολεκτομή και αν υπάρχουν προγνωστικά κριτήρια

Τα όποια κριτήρια πρέπει να είναι απλά και αντικειμενικά, έχουν εκτιμηθεί σε διάφορες μελέτες και είναι κλινικά, εργαστηριακά και ακτινολογικά

Κλινικά κριτήρια:

Αριθμός κενώσεων >12 /ημ. την 2η και >8 /ημ. την 3η ημέρα συσχετίζεται με 55% και 85%, αντίστοιχα, πιθανότητα κολεκτομής

Εργαστηριακά κριτήρια:

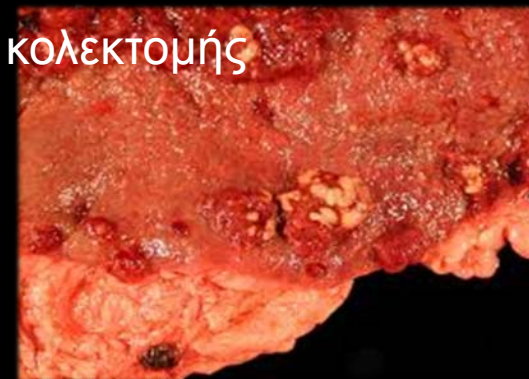
ΤΚΕ > 75 mm/1h σε συνδυασμό με θερμοκρασία $> 38^{\circ}\text{C}$ κατά την εισαγωγή συνδυάστηκε με 5-7πλάσια πιθανότητα κολεκτομής

Ακτινολογικά κριτήρια:

Διάταση του εντέρου $> 5,5$ εκ. συσχετίστηκε με 75% πιθανότητα κολεκτομής

Νησίδες βλεννογόνου με 75%

Παρουσία επιπέδων σε >3 έλικες λεπτού με 73%

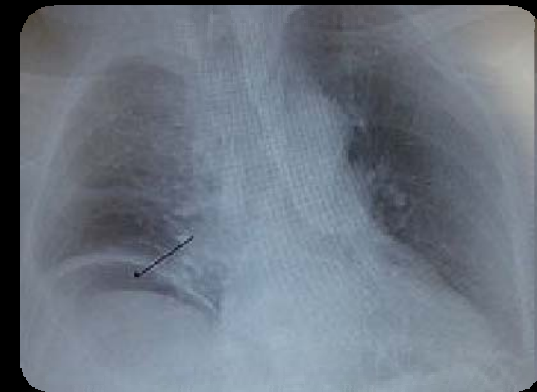
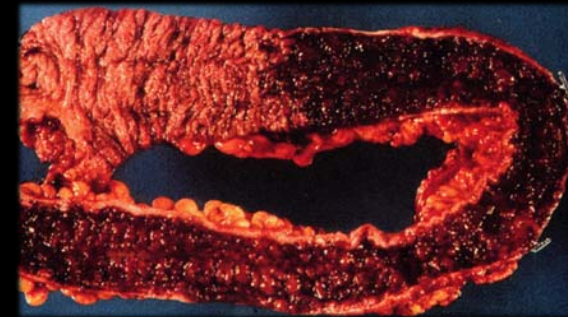




Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με ΕΚ
(επείγουσα – προγραμματισμένη κολεκτομή).

Επείγουσα κολεκτομή

- Σε μη ανταπόκριση στην συντηρητική φαρμακευτική αγωγή
- Στις επιπλοκές της βαριάς ΕΚ
 - τοξικό megacolon
 - διάτρηση (ελεύθερη η περιχαρακωμένη)
 - μαζική αιμορραγία





Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με ΕΚ (επείγουσα – προγραμματισμένη κολεκτομή).

Τοξικό megacolon στην βαριά ΕΚ

Μπορεί να προκύψει από καθυστέρηση στην διάγνωση, υποθεραπεία ή μη ανταπόκριση στην ενδεδειγμένη θεραπεία

Ορίζεται ως μη αποφρακτικής αιτιολογίας διάταση τμήματος ή όλου του παχέος εντέρου με $\Phi > 6$ εκ. σε συνδυασμό με σημεία συστηματικής τοξικότητας

Το 5% των ασθενών που εισάγονται με οξεία βαριά ΕΚ θα εμφανίσουν τοξικό megacolon

Η πιθανότητα να αναπτύξει ασθενής με ΕΚ τοξικό megacolon είναι 0,5 - 2,5% σε όλη την διάρκεια της ζωής του

Ασθενής και γιατρός πρέπει να γνωρίζουν ότι θεραπεία του τοξικού megacolon πέραν των 24 ωρών δεν δικαιολογείται





Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με ΕΚ (επείγουσα – προγραμματισμένη κολεκτομή).



Προγραμματισμένη κολεκτομή

- Αποτυχία θεραπευτικής αγωγής (παραμένει η κυριότερη ένδειξη)
 - παραμονή συμπτωμάτων παρά την βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή
 - έλεγχος συμπτωμάτων αλλά με μακροχρόνια ή και αυξημένη χρήση στεροειδών και εμφάνιση παρενεργειών εξ' αυτού
 - καθυστέρηση στην ανάπτυξη όταν πρόκειται για παιδιά ή εφήβους
- Με παρουσία καρκίνου
- Με υψηλόβαθμη δυσπλασία σε επίπεδο βλεννογόνο (στις τυχαίες βιοψίες)
- Με οποιοδήποτε βαθμό δυσπλασίας αν υπάρχει επηρμένη βλάβη σε περιοχή του εντέρου με νόσο (το γνωστό DALM – Dysplasia Associated Lesion or Mass)
- Με στένωση του εντέρου ειδικά αν δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί ενδοσκοπικά
- Με σοβαρές εξω-εντερικές εκδηλώσεις που σχετίζονται με τις εξάρσεις της νόσου



Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με ΕΚ (επείγουσα – προγραμματισμένη κολεκτομή).

Εξωεντερικές εκδηλώσεις που λόγω βαρύτητας (και εφόσον συσχετίζονται με την ενεργότητα της νόσου) μπορούν να οδηγήσουν στο χειρουργείο για προγραμματισμένη κολεκτομή

Δερματολογικές

- οζώδες ερύθημα
- γαγγραινώδες πυόδερμα

Οφθαλμολογικές

- επισκληρίτιδα
- πρόσθια ραγοειδίτιδα ή ιρίτιδα

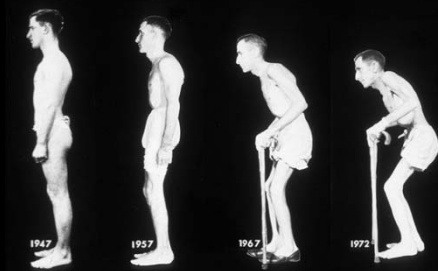
Ρευματολογικές

- περιφερική αρθροπάθεια
- αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα

Αγγειακές

- θρομβοεμβολική νόσο
- αγγειίτιδα

Ηπατοχοληφόρων -- πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα





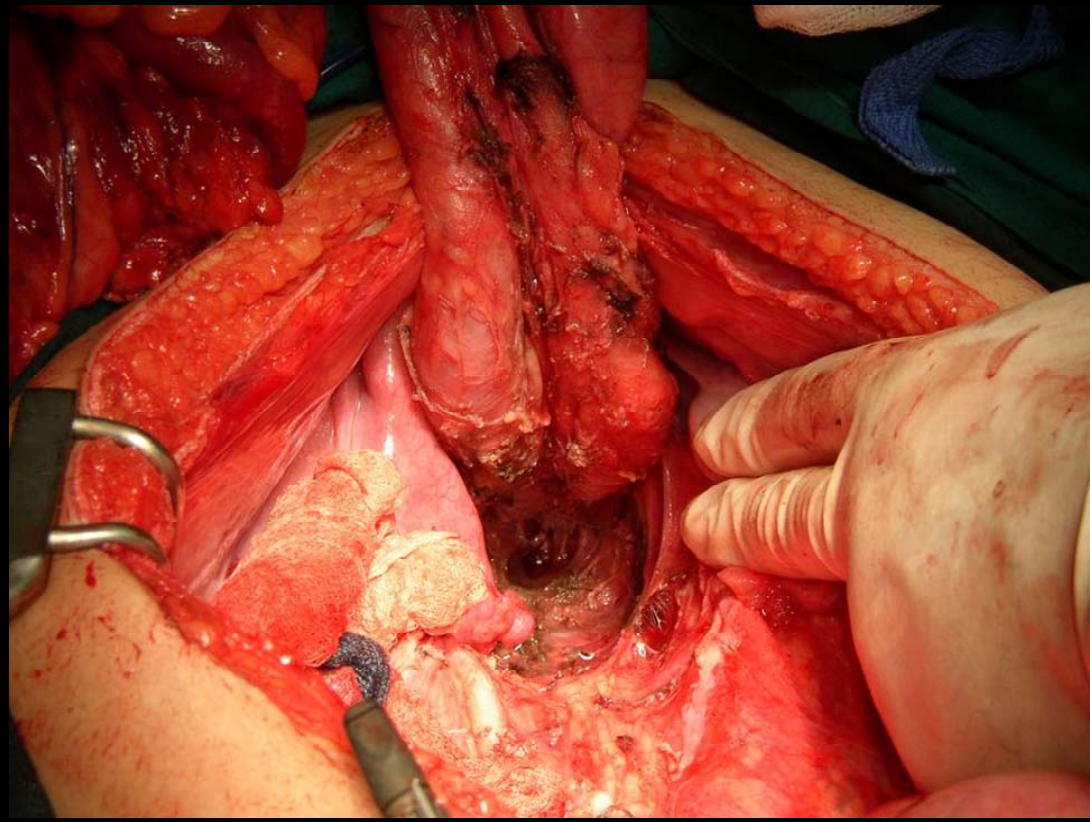
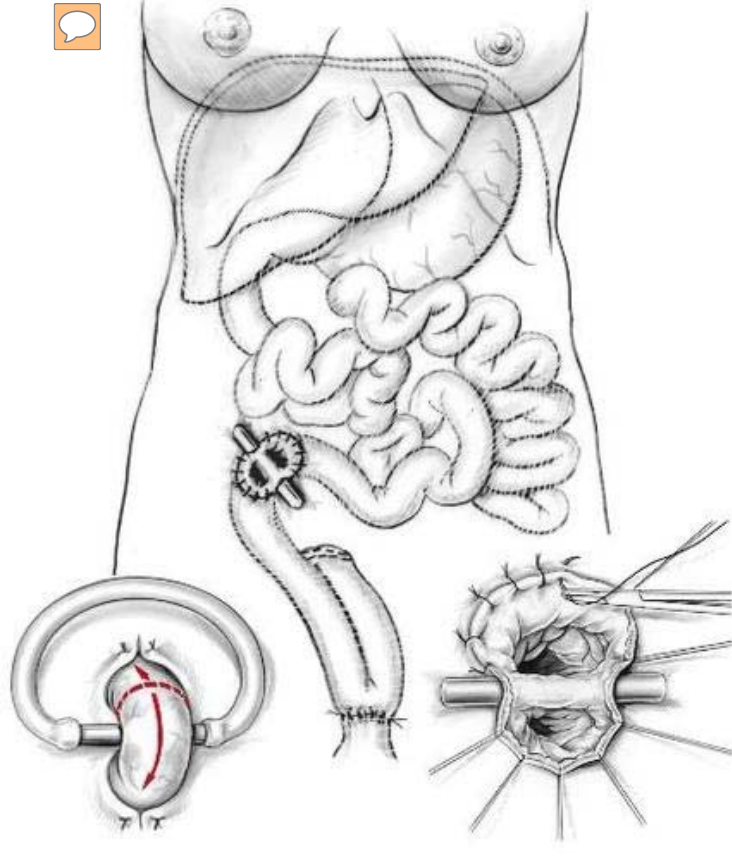
Η εξέλιξη της χειρουργικής στην Ελκώδη κολίτιδα

1893	Mayo-Robson	Στομία και πλύσεις
1913	Lilienthal	Ειλεοσιγμοειδοστομία
1933	Nissen	Ευθεία ειλεοπρωκτική αναστόμωση
1944	Strauss	Χρήση αυτοκόλλητου σάκου ειλεοστομίας
1931-1952	Brooke	Ολική πρωκτοκολεκτομή και μόνιμη ειλεοστομία
1947	Ravitch, Sabiston	Ειλεοπρωκτική αναστόμωση με διατήρηση του σφιγκτήρα
1951	Goligher	Δίθυρος ειλεοστομία για την προστασία της ειλεοπρωκτικής αναστομώσεως
1960-1981	Aylet, Bertrand, Ribet, Loygue	Ειλεορθική αναστόμωση
1969	Kock	Εγκράτης ειλεοστομία
1977	Martin	Ανανέωση του ενδιαφέροντος για τη βλεννογονεκτομή του πρωκτικού βλεννογόνου και το αποτέλεσμα της στη διατήρηση της εγκράτειας
1978	Parks-Nichols	Ολική κολεκτομή, βλεννογονεκτομή ορθικού κολοβώματος και ειλεοπρωκτική αναστόμωση με τεχνητή λήκυθο
1980	Utsunomiya	Λήκυθος σχήματος J
1989	Keighley	Ολική κολεκτομή και ειλεοπρωκτική αναστόμωση με τεχνητή λήκυθο χωρίς βλεννογονεκτομή του ορθικού κολοβώματος

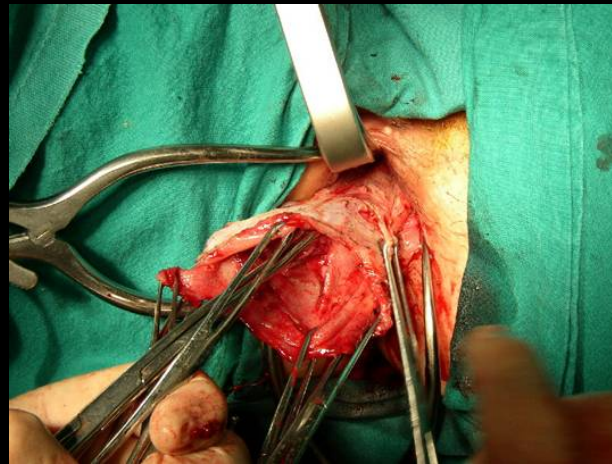
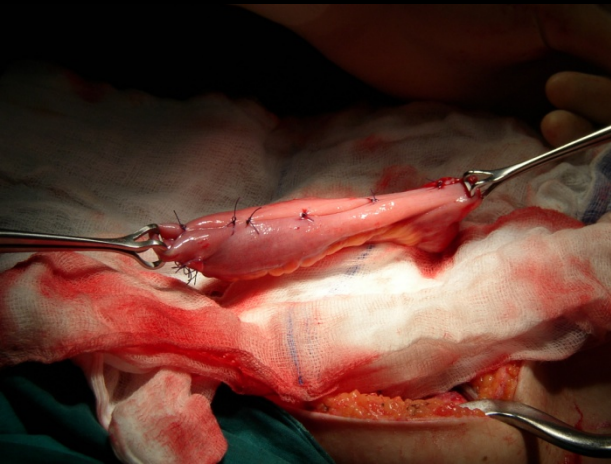


Είδη χειρουργικής επέμβασης σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα

Επέμβαση		Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
✘ Ολική πρωκτοκολεκτομή και τελική ειλεοστομία		Πλήρης εξάλειψη της νόσου του παχέος εντέρου	Παρουσία στομίας στο σώμα του ασθενούς
			Πλήρης ακράτεια στο επίπεδο της στομίας
			Μόνιμος σάκος συλλογής
✘ Ολική πρωκτοκολεκτομή και εγκρατής ειλεοστομία		Πλήρης εξάλειψη της νόσου του παχέος εντέρου	Παρουσία στομίας στο σώμα του ασθενούς
		Διατήρηση της εγκράτειας στο επίπεδο της στομίας	Κίνδυνος ληκυθίτιδας και πιθανά αναγκαία επανακατασκευή της ληκύθου
		Δε φέρουν εξωτερικό σάκο	
✘ Υφολική κολεκτομή και ειλεορθική αναστόμωση		Διατηρείται η εγκράτεια και η φυσιολογική οδός αφοδεύσεως	Παραμένει το ορθό το οποίο χρειάζεται θεραπεία και υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος αναπτύξεως νεοπλασίας
		Δεν υπάρχει εξωτερική στομία	
✘ Ολική κολεκτομή και ειλεοπρωκτική ή αναστόμωση με τεχνητή λήκυθο	Με βλεννογονεκτομή του ορθού	Πλήρης εξάλειψη της νόσου	Απαιτούνται συνήθως δύο επεμβάσεις
		Αφόδευση από τις φυσιολογικές οδούς και διατήρηση της εγκράτειας	Κίνδυνος ληκυθίτιδας
		Δεν υπάρχει ειλεοστομία	Δεν είναι ικανοποιητική η νυκτερινή εγκράτεια
	Με διατήρηση μικρού ορθικού κολοβώματος με το βλεννογόνο του, στο επίπεδο της μεταβατικής ζώνης (totally stapled ileorouch-anal anastomosis)	Αφόδευση από τις φυσιολογικές οδούς και εξαιρετική εγκράτεια	Θεωρητικά υπάρχει κίνδυνος ληκυθίτιδας ή και αναπτύξεως καρκίνου στον υπολειπόμενο ορθικό βλεννογόνο
		Δεν υπάρχει ειλεοστομία	
		Σχετικά ευκολώτερη επέμβαση	



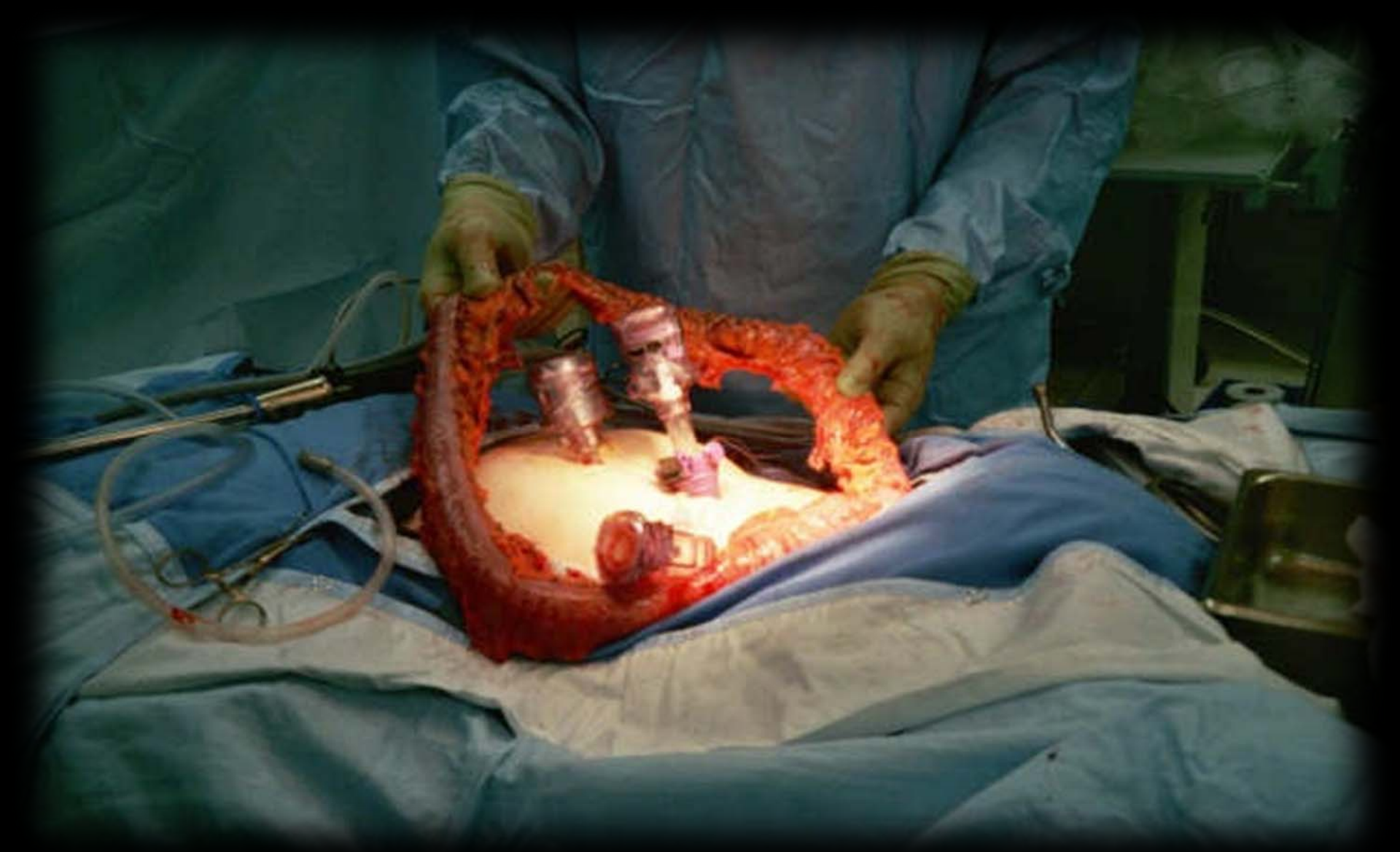
Α' Χειρουργικό τμήμα Π.Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός» Δ. Μαγγανάς, Ι. Μπολάνης, Σ. Μπαράτσης



Συμπεράσματα



- Αυξημένη παρακολούθηση και φροντίδα
- 1ης ή/και 2ης γραμμής θεραπεία διάσωσης με βάση την υπάρχουσα εμπειρία και εξάντληση όλων των συντηρητικών μέσων χωρίς να καθυστερούμε
- Συνεχή εκτίμηση του κινδύνου επιπλοκών άρα και απόφασης για κολεκτομή
- Συνεχή επικοινωνία του γαστρεντερολόγου με τον ασθενή και τον χειρουργό
- Σωστή ενημέρωση του ασθενούς για τις εναλλακτικές επιλογές και τα μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα κάθε μίας από αυτές
- Η βαριά ΕΚ απαιτεί νοσηλεία σε οργανωμένη κλινική γαστρεντερολογική μονάδα
- Η απόφαση για κολεκτομή και το είδος αυτής πρέπει να λαμβάνει υπόψη σοβαρά και την επιθυμία του ασθενούς



Ευχαριστώ για την προσοχή σας