



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ-ΠΡΩΚΤΟΥ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου ως αίτιου αποφρακτικού ειλεού στο Γ.Ν. Κατερίνης. Μια αναδρομική μελέτη 10ετίας (2012 -2022)»

Κουντούρη Ισμήνη

Ειδικευόμενη Γενικής Χειρουργικής

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δημήτριος Συμεωνίδης, Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής, Επιβλέπων Καθηγητής,
Γεώργιος Τζοβάρας, Καθηγητής Χειρουργικής, Μέλος τριμελούς επιτροπής,
Ιωάννης Μπαλογιάννης, Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής, Μέλος Τριμελούς
επιτροπής.

Λάρισα, 05/06/2024



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ-ΠΡΩΚΤΟΥ**

“The surgical management of acute colonic obstruction as a result of colonic malignancy at the General Hospital of Katerini. A 10-year retrospective study (2012 – 2022)”

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	ΣΕΛΙΔΑ
Περιεχόμενα	3
Πρόλογος	4
Ευχαριστίες	5
Περίληψη	6
Summary	7
Εισαγωγή	8
Γενικό Μέρος	9-14
1. Αποφρακτικός ειλεός	9
2. Καρκίνος παχέος εντέρου και ορθού	10
3. Καρκίνος δεξιού κόλου	11
4. Καρκίνος αριστερού κόλου και ορθού	12
5. Περιτονιακή καρκινωμάτωση	14
Ειδικό Μέρος	15-27
1. Σκοπός	15
2. Πληθυσμος Μελέτης/ Μέθοδος	16
3. Αποτελέσματα	18
4. Συμπεράσματα/ Συζήτηση	25
Βιβλιογραφία	28

Πρόλογος

Η παρούσα αναδρομική μελέτη αφορά σε ασθενείς οι οποίοι υπεβλήθησαν σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση λόγω αποφρακτικού ειλεού στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης και εστιάζει κυρίως στις περιπτώσεις όπου το αίτιο της απόφραξης ήταν η κακοήθεια του κόλου, καθώς και στην επιλογή του τρόπου αντιμετώπισης του.

Στόχος της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να αναδείξει τη συχνότητα εμφάνισης κακοήθειας του κόλου ως αίτιο του αποφρακτικού ειλεού και να συγκρίνει τις χειρουργικές επιλογές επείγουσας αντιμετώπισης σε ένα περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο της Ελλάδας, με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Προβλέπεται, λοιπόν, αυτή η έρευνα να αναδείξει το αν τελικά απέχει η πραγματικότητα στα περιφερικά ελληνικά νοσοκομεία από αυτά που προβλέπονται από την διεθνή βιβλιογραφία, σε σχέση με την επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση του αποφρακτικού ειλεού, καθώς και να αναδείξει εκείνες τις ελλείψεις των περιφερικών νοσοκομείων που ουσιαστικά προδιαθέτουν στο να υιοθετείται ένα συγκεκριμένο μοτίβο αντιμετώπισης τέτοιων περιστατικών, πολλές φορές ενάντια στα προβλεπόμενα από τη βιβλιογραφία και τα ογκολογικά κριτήρια.

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνησή της.

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέπων καθηγητή μου, κύριο Συμεωνίδη Δημήτριο, για την επιστημονική του καθοδήγηση, τις υποδείξεις του και ενδιαφέρον που έδειξε από την αρχή μέχρι το τέλος.

Επίσης, ευχαριστώ τον καθηγητή, κύριο Τζοβάρα Γεώργιο και τον επίκουρο καθηγητή, κύριο Μπαλογιάννη Ιωάννη, για την πολύτιμη συμβολή τους στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας, ως μέλη της τριμελούς επιτροπής.

Επιπλέον, ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στην Διευθύντρια Γενικής Χειρουργικής του Γ.Ν. Κατερίνης, κα Μανωλακάκη Δήμητρα και στον επιμελητή Γενικής Χειρουργικής του Γ.Ν. Κατερίνης κο Δημάση Περικλή για την πολύτιμη βοήθεια τους στην συλλογή των δεδομένων.

Τέλος, θα ήθελα εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένειά μου και το σύζυγό μου για όλη τη στήριξη, τη συμπαράσταση και την κατανόησή τους, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί μια αναδρομική έρευνα δεκαετίας, σκοπός της οποίας είναι να αναδείξει τη συχνότητα εμφάνισης κακοήθειας του κόλου ως αίτιο του αποφρακτικού ειλεού και να συγκρίνει τις χειρουργικές επιλογές αντιμετώπισης του σε ένα περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο της Ελλάδας, με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν με βάση την ημερομηνία επέμβασης, το φύλο τους, το ηλικιακό τους γκρουπ (με ηλικίες από 26 έως 92 ετών), την αιτιολογία της απόφραξης του εντέρου και σε περιπτώσεις κακοήθειας, τον εντοπισμό του αποφρακτικού όγκου, το αν έγινε εκτομή του όγκου ή όχι, αν διενεργήθηκε και τί είδους αναστόμωση, αν πραγματοποιήθηκε η επέμβαση κατά Hartmann, αν δημιουργήθηκε στομία εκτροπής και τι είδους και σε περιπτώσεις όπου διεγχειρητικά ανευρέθει γενικευμένη καρκινωμάτωση, ποιά ήταν η επέμβαση εκλογής.

Μελετήθηκε δείγμα 197 ασθενών που χειρουργήθηκαν επειγόντως στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, λόγω αποφρακτικού ειλεού. Από αυτούς βρέθηκε ότι στους 73(37%) η αιτία της απόφραξης ήταν ο κολοορθικός καρκίνος, ενώ μόνο στους 46 από αυτούς (63%) πραγματοποιήθηκε εκτομή του όγκου και στους 27 (37%) εγκατάσταση κάποιου είδους στομίας εκτροπής. Παράλληλα στους 17 από τους 39 συνολικά ασθενείς, οι οποίοι έπασχαν από κάποιου είδους ορθοσιγμοειδικού καρκίνου, επιλέχθηκε η επέμβαση κατά Hartmann's. Από τους ασθενείς στους οποίους δεν έγινε εκτομή του όγκου, οι 13 είχαν ήδη περιτοναικές εμφυτεύσεις κατά τη στιγμή της επέμβασης.

Η κακοήθεια του κόλου φαίνεται να αποτελεί μια αρκετά συχνή αιτία αποφρακτικού ειλεού, που οδηγεί τον ασθενή σε επείγον χειρουργείο. Η εγκατάσταση στομίας εκτροπής (είτε κολοστομίας, είτε ειλεοστομίας) φαίνεται να επιλέγεται από τους χειρουργούς του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης καθ' όλη τη διάρκεια της δεκαετίας και η επέμβαση κατά Hartmann's φαίνεται πως είναι συχνά η επέμβαση εκλογής για τις κακοήθειες του ορθοσιγμοειδούς κόλου.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ : Κολοορθικός καρκίνος; Αποφρακτικός ειλεός; Χειρουργική αντιμετώπιση.

Summary

This thesis is a ten-year retrospective study, the purpose of which is to highlight the incidence of colon malignancy as a cause of bowel obstruction and to compare the surgical treatment options in a General Hospital of Greece, with the international literature.

Patients were classified based on the date of operation, their sex, their age group (ranging from 26 to 92 years), the etiology of the bowel obstruction and in cases of malignancy, the localization of the obstructing tumor, whether the tumor was resected or not, what kind of anastomosis was performed, whether the Hartmann operation was performed, whether a diverting stoma was created and what kind, and in cases where carcinomatosis was found intraoperatively, what was the operation of choice.

A sample of 197 patients who underwent emergency surgery at the General Hospital of Katerini due to bowel obstruction was studied. Of these, it was found that in 73 (37%) the cause of the obstruction was colorectal cancer, in only 46 of them (63%) the tumor was resected and in 27 (37%) some kind of diverting stoma was installed. In 17(43,5%) of the 39 total patients, who suffered from some kind of rectosigmoid cancer, Hartmann's surgery was chosen. Of the patients in whom the tumor was not resected, 13 already had peritoneal implantations at the time of the operation.

Colonic malignancy appears to be a common cause of bowel obstruction that leads the patient to emergency surgery. The installation of stoma diversion (either colostomy or ileostomy) seems to be chosen by the surgeons of the General Hospital of Katerini throughout the decade and Hartmann's operation seems to often be the operation of choice for rectosigmoid colon malignancies.

Key Words: Bowel Obstruction; Colonic Cancer; Surgical treatment

Εισαγωγή

Η κακοήθεια του κόλου μπορεί να οδηγήσει σε απόφραξη του κατώτερου πεπτικού σε ποσοστό 10-19% [1],[2]. Η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί παραδοσιακά τον συνηθισμένο τρόπο αντιμετώπισης του αποφρακτικού καρκίνου του παχέος εντέρου σε περιπτώσεις οξείας απόφραξης. Άλλες μέθοδοι αντιμετώπισης έχουν προταθεί, όπως η ενδοσκοπική αντιμετώπιση με χρήση αυτοδιαστελλόμενου μεταλλικού στεντ (SEMS) [7], ωστόσο δεν χρησιμοποιούνται ευρέως σε περιφερικά Νοσοκομεία της Ελλάδας, όπως το Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, λόγω ελλείψεων, γεγονός που καθιστά την επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση αναγκαία λύση του προβλήματος. Η επιλογή του τρόπου αντιμετώπισης του αποφρακτικού καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτάται από τη θέση και από το στάδιο του όγκου, τη γενική κατάσταση του ασθενούς αλλά και από την εμπειρία του χειρουργού [1]. Η επείγουσα χειρουργική επέμβαση έχει αναγνωριστεί ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου θνησιμότητας σε έρευνα της Γαλλικής Ένωσης Χειρουργών (AFC) [1],[3].

Γενικό Μέρος

(i) Αποφρακτικός ειλεός

Η απόφραξη του γαστρεντερικού συστήματος και η εκδήλωση αποφρακτικού ειλεού αποτελεί μια αρκετά συχνή επείγουσα χειρουργική κατάσταση, με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα [8]. Οι περιεσφιγμένες κήλες και οι μετεγχειρητικές συμφύσεις αποτελούν τα συχνότερα αίτια αποφρακτικού ειλεού, βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας [8].

Η απόφραξη του κατώτερου πεπτικού αντιπροσωπεύει το 2% έως 4% όλων των εισαγωγών σε χειρουργικές κλινικές και ενώ είναι τέσσερις έως πέντε φορές λιγότερο συχνή από την απόφραξη του λεπτού εντέρου, αντιπροσωπεύει τουλάχιστον το 25% όλων των εντερικών αποφράξεων [11].

Ο κολορθικός καρκίνος συναντάται επίσης αρκετά συχνά ως αίτιο αποφρακτικού ειλεού [8], καθώς η κακοήθεια του κόλου μπορεί να οδηγήσει σε απόφραξη του κατώτερου πεπτικού σε ποσοστό 10-19% [1],[2]. Άλλες αιτίες εντερικής απόφραξης είναι ο εγκολεασμός, η συστροφή και η φυματίωση [8].

Τα συχνότερα συμπτώματα του αποφρακτικού ειλεού είναι το κοιλιακό άλγος, ο μετεωρισμός, ο έμετος και η επίσχεση αποβολής αερίων και κοπράνων [8]. Τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα το αίτιο και το ύψος της εντερικής απόφραξης. Επιπλοκές όπως στραγγαλισμός και ισχαιμία, διάτρηση και περιτονίτιδα αυξάνουν την θνητότητα και αυξάνουν την ανάγκη για επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση.

Η απόφραξη του παχέος εντέρου μπορεί να προκαλέσει συστηματικές επιπλοκές επηρεάζοντας την αναπνευστική λειτουργία λόγω της αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης και της συμπίεσης του διαφράγματος, αυξάνοντας τον κίνδυνο λοιμώξεων λόγω ενδοαυλικού μικροβιακού πολλαπλασιασμού (ο οποίος μπορεί να συνοδεύεται από ενδοπεριτοναϊκή μετατόπιση βακτηρίων με σηπτικό σοκ), και προκαλώντας ηλεκτρολυτικές διαταραχές λόγω μετατόπισης των υγρών στον τρίτο χώρο και των πολλαπλών εμέτων που μπορεί να συνοδεύουν τον αποφρακτικό ειλεό [1].

Η απλή ακτινογραφία κοιλίας μπορεί να αναδείξει την ύπαρξη υδραερικών επιπέδων και να θέσει την υπόνοια ύπαρξης αποφρακτικού ειλεού. Η αξονική τομογραφία, όμως, είναι η απεικονιστική μέθοδος εκλογής, καθώς μπορεί να καθορίσει το αίτιο της απόφραξης και την ύπαρξη επιπλοκών κατά τη στιγμή της διάγνωσης. Η διάγνωση βασίζεται στην παρουσία ενός διατεταμένου εντέρου κεντρικότερα του σημείου μετάπτωσης και ενός αποσυμπιεσμένου εντέρου περιφερικότερα της απόφραξης [11]. Εάν η αξονική τομογραφία δεν είναι διαθέσιμη, ένα υδατοδιαλυτό σκιαγραφικό κλύσμα είναι μια έγκυρη εναλλακτική λύση για τον εντοπισμό της θέσης και της φύσης της απόφραξης [4].

Η ενδοσκόπηση του κατώτερου πεπτικού μπορεί να παρέχει άμεση όραση της θέσης της απόφραξης και να αποκλείσει άλλες πιθανές διαγνώσεις όπως συστροφή. Ωστόσο, δεν είναι πάντα διαθέσιμη, ειδικά σε επείγουσες περιπτώσεις [1].

Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει κυρίως από την οξεία ψευδοαπόφραξη του παχέος εντέρου, γνωστή και ως σύνδρομο Ogilvie, που είναι η οξεία διάταση του παχέος εντέρου λόγω αλλοιωμένης αυτόνομης νεύρωσης του [11].

Οι περισσότερες περιπτώσεις απόφραξης του λεπτού εντέρου υποχωρούν συντηρητικά [12], με ενδοφλέβια ενυδάτωση, διόρθωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών, ενδοφλέβια αντιβιοτικά, νηστεία και τοποθέτηση παροχετευτικού ρινογαστρικού καθετήρα [13], ενώ η χειρουργική αντιμετώπιση κρίνεται απαραίτητη επί αποτυχίας συντηρητικής αντιμετώπισης και επιμονή του ειλεού, διάτρηση του εντέρου, σοβαρή ισχαιμία ή κλινική επιδείνωση [13].

(ii) Καρκίνος παχέος εντέρου και ορθού

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι η 3^η πιο συχνά διαγνωσθείσα κακοήθεια, με περίπου 1,4 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις ετησίως. Αντιπροσωπεύει τον τρίτο συχνότερο καρκίνο στους άνδρες (746.000 περιπτώσεις, 10,0% του συνόλου) και τον δεύτερο στις γυναίκες (614.000 περιπτώσεις, 9,2% του συνόλου) παγκοσμίως [4].

Η απόφραξη του παχέος εντέρου αντιπροσωπεύει σχεδόν το 80% των επειγόντων περιστατικών που σχετίζονται με τον κολοορθικό καρκίνο, με την πιο κοινή εντόπιση απόφραξης να είναι το σιγμοειδές κόλον [4].

Για την σταδιοποίηση των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου βάσει της Αμερικανικής Μικτής Επιτροπής για τον Καρκίνο (AJCC), χρησιμοποιείται ευρέως η αξονική τομογραφία και το σύστημα TNM και περιλαμβάνει την αξιολόγηση της επέκτασης όγκου (T), της επέκτασης στους λεμφαδένες (N) και απομακρυσμένες μεταστάσεις (M) [11].

Το 2017 δημοσιεύτηκαν οι οδηγίες της Παγκόσμιας Εταιρείας Χειρουργικών Επειγόντων (WSES) για επείγουσες περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού, δηλαδή την απόφραξη και τη διάτρηση [4]. Βάσει αυτών η αντιμετώπιση του αποφρακτικού ειλεού λόγω κολοορθικού καρκίνου πρέπει να εξατομικεύεται και είναι διαφορετική για περιπτώσεις καρκίνου δεξιού και αριστερού κόλου.

(iii) Καρκίνος δεξιού κόλου

Η αντιμετώπιση του αποφρακτικού καρκίνου του δεξιού κόλου αναλύεται στη διεθνή βιβλιογραφία λιγότερο σε σχέση με του αριστερού κόλου [4], γεγονός που μπορεί να δικαιολογηθεί από διάφορους ανατομικούς λόγους (καλύτερη κινητοποίηση της δεξιάς κοιλικής καμπής σε σχέση με της αριστερής, ευκολότερη η ειλεοκολική αναστόμωση λόγω της κινητικότητας του λεπτού εντέρου, βέλτιστη παροχή αίματος στον τελικό ειλεό και το δεξιό κόλο σε σύγκριση με ορισμένες κρίσιμες ζώνες του αριστερού παχέος εντέρου και του ορθού, των οποίων η παροχή αίματος εξαρτάται από τη βατότητα της επιχειλίου αρτηρίας και των υπογαστρικών αγγείων) [4].

Σχετικά με τον αποφρακτικό καρκίνο του δεξιού κόλου, βάσει των οδηγιών του 2017 της WSES, η δεξιά κολεκτομή με πρωτογενή αναστόμωση είναι η επέμβαση εκλογής, ενώ μια έγκυρη εναλλακτική λύση, εάν μια πρωτογενής αναστόμωση θεωρείται μη ασφαλής είναι η κολεκτομή με τελική ειλεοστομία [4]. Σε περιπτώσεις που ο καρκίνος θεωρείται μη εξαιρέσιμος, μια ειλεοεγκάρσια αναστόμωση ή μια loop ειλεοστομία προτείνεται ως παρηγορική θεραπεία, με προτίμηση στην εσωτερική παράκαμψη, προς αποφυγή των ηλεκτρολυτικών διαταραχών που συνοδεύουν μια ειλεοστομία [4].

Η χρήση stent για περιπτώσεις αποφρακτικού καρκίνου του δεξιού κόλου προτείνεται ως παρηγορική θεραπεία σε περιπτώσεις μη εξαιρέσιμου όγκου τελικού σταδίου, ενώ δεν ενδείκνυται ως γέφυρα πριν το χειρουργείο [4].

Σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς η δεξιά κολεκτομή με τελική ειλεοστομία θα πρέπει να θεωρείται η επέμβαση εκλογής και σε σοβαρά ασταθείς ασθενείς προτείνεται η loop ειλεοστομία χωρίς εκτομή [4].

(iv) Καρκίνος αριστερού κόλου και ορθού

Η αντιμετώπιση του αποφρακτικού καρκίνου του αριστερού κόλου αναλύεται περισσότερο στην διεθνή βιβλιογραφία σε σχέση με του δεξιού και υπάρχουν περισσότερες διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές.

Γενικά η απόφραξη του αριστερού κόλου συναντάται συχνότερα σε σχέση με του δεξιού καθώς η ενδοαυλική διάμετρος του παχέος εντέρου είναι η στενότερη μεταξύ της σπληνικής καμπής και της ορθοσιγμοειδικής συμβολής [1].

Σε περιπτώσεις αποφρακτικού καρκίνου του αριστερού κόλου και του ορθού η χειρουργική αντιμετώπιση μπορεί να είναι είτε κατευθείαν η πρωτογενής εκτομή του όγκου είτε η αρχική θεραπεία της απόφραξης και μετά του καρκίνου, με μια αρχική παρέμβαση και ογκολογική εκτομή του καρκίνου του παχέος εντέρου ως εκλεκτική διαδικασία σε δεύτερο χρόνο [1].

Βάσει των οδηγιών του 2017 της WSES οι θεραπευτικές επιλογές σε αποφρακτικό καρκίνο του αριστερού κόλου και του ορθού περιλαμβάνουν την loop κολοστομία εκτροπής, την εκτομή και αναστόμωση σε ένα χρόνο με ή χωρίς προφυλακτική ειλεοστομία, την εκτομή και κολοστομία (Hartmann's Procedure), το ενδοσκοπικό stenting παχέος εντέρου με αυτοδιαστελλόμενα μεταλλικά stents και την αποσυμφόρηση με χρήση ενδοσκοπικού διορθικού σωλήνα [4].

Η πρωτογενής εκτομή του όγκου έχει ως στόχο να επιτύχει μια ογκολογική εκτομή του καρκίνου και να αντιμετωπίσει την απόφραξη και τον ειλεό σε έναν χρόνο [1].

Σε περιπτώσεις που επιλέγεται η πρωτογενής εκτομή του όγκου, τα τελευταία χρόνια η πρωτογενής εκτομή με αναστόμωση σε πρώτο χρόνο με ή χωρίς ειλεοστομία, προτιμάται όλο και περισσότερο από τους χειρουργούς και προτείνεται ως επέμβαση εκλογής από τις οδηγίες του 2017 της WSES σε σχέση με την επέμβαση κατά Hartmann's, η οποία προτείνεται για περιπτώσεις ασθενών που θεωρείται ότι διατρέχουν υψηλό κίνδυνο και όταν αντιμετωπίζονται σε επείγουσα κατάσταση από μη εξειδικευμένους χειρουργούς.

Η επέμβαση κατά Hartmann's, ωστόσο, σε περιπτώσεις που η εκτομή και αναστόμωση σε έναν χρόνο θεωρείται επισφαλής, θα πρέπει να προτιμάται από την απλή κολοστομία εκτροπής, καθώς η κολοστομία φαίνεται να σχετίζεται με μεγαλύτερη συνολική παραμονή στο νοσοκομείο και ανάγκη για πολλαπλές επεμβάσεις, χωρίς μείωση της περιεγχειρητικής νοσηρότητας [4].

Στις περιπτώσεις αυτές έχει περιγραφεί ότι το 35 έως 44% των ασθενών δεν υπέστη ποτέ αποκατάσταση της συνέχειας, είτε επειδή δεν ήθελαν να χειρουργηθούν ξανά ή επειδή η γενική τους κατάσταση δεν το επέτρεπε, ακόμη και σε περιπτώσεις όπου το αίτιο της απόφραξης ήταν καλοήθεια [1].

Η απλή κολοστομία χωρίς εκτομή του όγκου θα πρέπει να προορίζεται για όγκους που δεν μπορούν να εξαιρεθούν, ή για βαρέως πάσχοντες ασθενείς που είναι πολύ ακατάλληλοι για μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις ή γενική αναισθησία [4].

Σε περιπτώσεις πρωτογενούς εκτομής και αναστόμωσης η απόφαση για εγκατάσταση ή όχι ειλεοστομίας εκτροπής εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Γενικά, δεν υπάρχουν ξεκάθαρα στοιχεία που να υποστηρίζουν ότι η ειλεοστομία μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο αναστομωτικής διαρροής και τη σοβαρότητά αυτής [4].

Η πρωτογενής εκτομή πρέπει να γίνεται με στόχο την ογκολογική εκτομή. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχουν δύο χειρουργικές στρατηγικές, η υφολική ή ολική κολεκτομή και η τμηματική εκτομή [1].

Σε περιπτώσεις όπου επιλέγεται η ολική ή υφολική κολεκτομή το τμήμα του παχέος εντέρου που περιέχει τον όγκο και το μεσεντέριό του αφαιρούνται μαζί με ολόκληρο το διευρυμένο εγγύς κόλον μέχρι την ειλεοτυφλική βαλβίδα [1], με σύγχρονη εγκατάσταση μιας ειλεοκολικής (ή ειλεορθικής) αναστόμωσης μεταξύ τμημάτων μη διατεταμένου εντέρου. Το πλεονέκτημα αυτής της επέμβασης είναι ότι αφαιρείται το ανεξερεύνητο εγγύς κόλον που μπορεί να περιέχει τυχόν σύγχρονες βλάβες (κακοήθεια στο 7% των περιπτώσεων). Παράλληλα πραγματοποιείται μια ειλεοκολική αναστόμωση, η οποία όπως προαναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα, έχει το πλεονέκτημα της αναστόμωσης με τον ευκίνητο και καλά αγγειούμενο τελικό ειλεό [1], [4]. Στα μειονεκτήματα συγκαταλέγεται η μεγαλύτερη διάρκεια της επέμβασης και η μεγαλύτερη μετεγχειρητική πορεία και η χρόνια διάρροια [1]. Σε κάθε περίπτωση, η εκτομή πρέπει να γίνεται με ογκολογικά κριτήρια, δηλαδή με κεντρική αγγειακή απολίνωση στην έκφυση των αγγειακών κλάδων από την αορτή και με πλήρη εκτομή του αντίστοιχου μεσοκόλου και των λεμφαδένων που αντιστοιχούν στον εν λόγω τμήμα του παχέος εντέρου [1].

Σε περιπτώσεις τμηματικής εκτομής του παχέος εντέρου που εμπεριέχει τον όγκο, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η κολο-κολική αναστόμωση, το εγγύς κόλον πρέπει να εκκενωθεί από το περιεχόμενό του από αέρια και κόπρανα, ώστε να μειωθεί η διάμετρος του, είτε μέσω διεγχειρητικής πλύσης του παχέος εντέρου είτε με μηχανική χειρωνακτική αποσυμπίεση. Και στις δύο περιπτώσεις ενδείκνυται η εγκατάσταση προφυλακτικής ειλεοστομίας [1].

Η WSES μέσω των οδηγιών του 2017 προτείνει ελλείψει ρήξης ή διάτρησης του τυφλού, ενδείξεων ισχαιμίας του εντέρου ή σύγχρονου καρκίνου του δεξιού παχέος εντέρου, η ολική κολεκτομή να μην προτιμάται από την τμηματική κολεκτομή, καθώς δεν μειώνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα και σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά διαταραχής της εντερικής λειτουργίας [4].

Η ολική ή υφολική κολεκτομή έχει απόλυτη ένδειξη όταν υπάρχει ισχαιμία του δεξιού παχέος εντέρου, ρήξεις τυφλού ή διάτρηση ή όταν υπάρχουν σύγχρονοι εγγύς κακοήθεις όγκοι [4].

Όσον αφορά στις μη χειρουργικές θεραπευτικές επιλογές, η διορθική αποσυμφόρηση με χρήση σωλήνα και η τοποθέτηση ενδοσκοπικού αυτοδιασταλλούμενου stent μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε ως γέφυρα για το χειρουργείο, είτε παρηγορικά [1], [4].

(v) Περιτοναική Καρκινωμάτωση

Σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, η παρουσία σύγχρονων ενδοπεριτοναικών μεστώσεων δεν είναι σπάνια. Η περιτοναική καρκινωμάτωση παραμένει συνδεδεμένη με κακή πρόγνωση [14].

Η χειρουργική επέμβαση, σε ασθενείς με γενικευμένη καρκινωμάτωση ενδείκνυται μόνο σε περιπτώσεις μη νεοπλασματικής απόφραξης από άλλα αίτια (συμφύσεις ή κήλες), οξείας συστροφής ή διάτρησης, σε περιπτώσεις όπου προεγχειρητικά μπορεί να αναγνωριστεί μέσω των απεικονιστικών ελέγχων το σημείο της απόφραξης, σε περιπτώσεις όπου δεν είναι δυνατή η ενδοσκοπική αντιμετώπιση με τοποθέτηση stent, η περιτοναική διήθηση είναι εντοπισμένη και δεν παρατηρείται μαζική διήθηση της ρίζας του μεσεντερίου, εκτεταμένη πυελική καρκινωμάτωση και μαζικός ασκίτης [15]. Γενικά, σε περιπτώσεις που αυτό είναι εφικτό, επιδιώκεται η εγκατάσταση ενδοσκοπικής ενδοπρόθεσης [15].

Σε περιπτώσεις που η χειρουργική παρέμβαση δεν ενδείκνυται, επιλέγεται η συντηρητική παρηγορική αντιμετώπιση με ενδοσκοπική τοποθέτηση stent και αν αυτό δεν είναι εφικτό, με νηστεία, ρινογαστρικό καθετήρα, αντιεμετικά, ανάλογα σωματοστατίνης, αναστολείς αντλίας πρωτονίων, στεροειδή και παυσίπονη αγωγή [15].

Ειδικό Μέρος

(i) Σκοπός

Στόχος της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να αναδείξει τη συχνότητα εμφάνισης κακοήθειας του κόλου ως αίτο του αποφρακτικού ειλεού και να συγκρίνει τις χειρουργικές επιλογές επείγουσας αντιμετώπισης αποφρακτικού ειλεού λόγω κακοήθειας του κόλου, που πραγματοποιούνται σε ένα περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο της Ελλάδας σε βάθος δεκαετίας, με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να αναδείξει το αν τελικά απέχει η πραγματικότητα στα περιφερικά ελληνικά νοσοκομεία, από αυτά που προβλέπονται από την διεθνή βιβλιογραφία, σε σχέση με την επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση του αποφρακτικού ειλεού, καθώς και να αναδείξει εκείνες τις ελλείψεις των περιφερικών νοσοκομείων, που ουσιαστικά προδιαθέτουν να υιοθετείται ένα συγκεκριμένο μοτίβο αντιμετώπισης τέτοιων περιστατικών, πολλές φορές ενάντια στα προβλεπόμενα από τη βιβλιογραφία και τα ογκολογικά κριτήρια.

(ii) Πληθυσμός Μελέτης/ Μέθοδος

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί μία αναδρομική μελέτη. Μελετήθηκε δείγμα 197 ασθενών, οι οποίοι χειρουργήθηκαν επειγόντως στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, λόγω αποφρακτικού ειλεού, από τον Ιανουάριο του 2012 έως τον Ιούλιο του 2022. Από την έρευνα εξαιρέθηκαν εκείνες οι περιπτώσεις ασθενών με αποφρακτικό ειλέο, όπου η ένδειξη για επέμβαση ήταν κάποιου είδους επιπλοκή της απόφραξης, όπως διάτρηση στο σημείο του όγκου ή εγκύτερα (παρουσία ελεύθερου αέρα υποδιαφραγματικά σε ακτινολογικό έλεγχο) ή η δημιουργία αποστήματος/φλεγμονής.

Η αρχική κατηγοριοποίηση έγινε με τη βοήθεια των Φορμών Google® (δομημένο ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις) και του προγράμματος Microsoft Excel®.

Οι ασθενείς, αρχικά, ταξινομήθηκαν με βάση το φύλο τους, την ημερομηνία της επέμβασης, το ηλικιακό τους γκρουπ (με ηλικίες από 26 έως 92 ετών) και την αιτιολογία της απόφραξης του εντέρου.

1	ΑΣΘΕΝΗΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΙΤΙΟ	ΗΛΙΚΙΑ
2	θη/ω	27/7/2022	CA ΤΥΦΛΟΥ	78
3	αρρεν	6/7/2022	ΣΥΜΦΥΣΕΙΣ	71
4	αρρεν	15/6/2022	CA ΔΕ ΚΟΛΟΥ	92
5	θη/ω	9/6/2022	ΚΗΛΗ	92
6	θη/ω	6/6/2022	ΚΗΛΗ	71
7	αρρεν	1/6/2022	ΣΥΜΦΥΣΕΙΣ	62
8	αρρεν	19/5/2022	CA ΔΕ ΚΟΛΟΥ	85
9	αρρεν	17/5/2022	ΣΥΜΦΥΣΕΙΣ	65
10	θη/ω	30/4/2022	CA ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ	76
11	αρρεν	16/4/2022	ΚΗΛΗ	73
12	θη/ω	12/4/2022	CA ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ	63
13	αρρεν	9/4/2022	CA ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ	76
14	θη/ω	3/4/2022	CA ΣΠΛΗΝΙΚΗΣ	60
15	θη/ω	2/4/2022	ΣΥΜΦΥΣΕΙΣ	76
16	αρρεν	23/3/2022	ΚΗΛΗ	83
17	αρρεν	22/3/2022	CA ΟΡΘΟΥ	76
18	αρρεν	2/3/2022	ΚΗΛΗ	91
19	αρρεν	12/1/2022	CA ΣΠΛΗΝΙΚΗΣ	82
20	θη/ω	23/11/2021	CA ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ	85
21	θη/ω	2/11/2021	ΚΗΛΗ	91
22	αρρεν	10/9/2021	CA ΟΡΘΟΥ	59
23	αρρεν	11/9/2021	CA ΤΥΦΛΟΥ	72
24	αρρεν	26/8/2021	CA ΤΥΦΛΟΥ	76
25	αρρεν	21/8/2021	ΣΥΜΦΥΣΕΙΣ	70
26	αρρεν	16/8/2021	ΚΗΛΗ	89
27	θη/ω	2/8/2021	ΚΗΛΗ	76

Εικόνα 1 : Αρχική κατηγοριοποίηση ασθενών

Στη συνέχεια μελετήθηκαν οι περιπτώσεις όπου το αίτιο της απόφραξης ήταν ο καρκίνος του παχέος εντέρου. Σε αυτούς τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε εκ νέου ταξινόμηση βάσει του εντοπισμού του αποφρακτικού όγκου, το αν έγινε εκτομή του όγκου ή όχι, αν διενεργήθηκε και τί είδους αναστόμωση, αν πραγματοποιήθηκε η επέμβαση κατά Hartmann, αν δημιουργήθηκε στομία εκτροπής και τι είδους και σε περιπτώσεις όπου διεγχειρητικά ανευρέθει γενικευμένη καρκινωμάτωση, ποιά ήταν η επέμβαση εκλογής.

	A	B	C	D	E	F	G
1	Φύλο	Ημερομηνία	Αίτιο	ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟ	Ηλικία	Επέμβαση	Εκτομή
2	αρρεν	15/6/2022	CA ΔΕ ΚΟΛΟΥ	ΟΧΙ	92	ΔΕ ΚΟΛΜΗ	ναι
3	αρρεν	19/5/2022	CA ΔΕ ΚΟΛΟΥ	ΟΧΙ	85	ΔΕ ΚΟΛΜΗ	ναι
4	αρρεν	9/4/2022	CA ΣΙΓΜΟΕΙΔΟ	ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟ	76	ΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΑ	οχι
5	αρρεν	22/3/2022	CA ΟΡΘΟΥ	ΟΧΙ	76	ΕΓΚΑΡΣΙΟΣΤΟΜΙΑ	οχι
6	αρρεν	12/1/2022	CA ΣΠΛΗΝΙΚΗ	ΟΧΙ	82	ΥΦΟΛΙΚΗ ΚΟΛΕΚΤΟ	ναι
7	αρρεν	10/9/2021	CA ΟΡΘΟΥ	ΟΧΙ	59	ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΤΟΜΙΑ	οχι
8	αρρεν	11/9/2021	CA ΤΥΦΛΟΥ	ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟ	72	ΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΑ	οχι
9	αρρεν	26/8/2021	CA ΤΥΦΛΟΥ	ΟΧΙ	76	ΔΕ ΚΟΛΜΗ	ναι
10	αρρεν	2/1/2021	CA ΟΡΘΟΥ	ΟΧΙ	78	HARTMANN'S	ναι
11	αρρεν	27/12/2020	CA ΕΓΚΑΡΣΙΟΥ	ΟΧΙ	73	ΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΑ	οχι
12	αρρεν	14/8/2020	CA ΣΙΓΜΟΕΙΔΟ	ΟΧΙ	70	HARTMANN'S	ναι
13	αρρεν	13/8/2020	CA ΔΕ ΚΟΛΟΥ	ΟΧΙ	78	ΔΕ ΚΟΛΜΗ	ναι
14	αρρεν	22/7/2020	CA ΟΡΘΟΥ	ΟΧΙ	86	HARTMANN'S	ναι
15	αρρεν	3/6/2020	CA ΔΕ ΚΟΛΟΥ	ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟ	69	ΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΑ	οχι
16	αρρεν	10/5/2020	CA ΣΠΛΗΝΙΚΗ	ΟΧΙ	71	ΑΡ ΚΟΛΜΗ	ναι
17	αρρεν	8/4/2020	CA ΣΙΓΜΟΕΙΔΟ	ΟΧΙ	80	ΕΓΚΑΡΣΙΟΣΤΟΜΙΑ	οχι
18	αρρεν	27/3/2020	CA ΔΕ ΚΟΛΟΥ	ΟΧΙ	74	ΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΑ	οχι
19	αρρεν	14/12/2019	CA ΟΡΘΟΥ	ΟΧΙ	79	ΕΓΚΑΡΣΙΟΣΤΟΜΙΑ	οχι
20	αρρεν	22/11/2019	CA ΣΙΓΜΟΕΙΔΟ	ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟ	90	HARTMANN'S	ναι
21	αρρεν	31/10/2019	CA ΣΙΓΜΟΕΙΔΟ	ΟΧΙ	63	HARTMANN'S	ναι
22	αρρεν	10/9/2019	CA ΚΑΤΙΟΝΤΟ	ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟ	76	ΕΓΚΑΡΣΙΟΣΤΟΜΙΑ	οχι
23	αρρεν	14/8/2019	CA ΣΙΓΜΟΕΙΔΟ	ΟΧΙ	55	ΣΙΓΜΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ναι
24	αρρεν	24/7/2019	CA ΟΡΘΟΥ	ΟΧΙ	72	ΧΑΜΗΛΗ ΠΡΟΣΘΙΑ	ναι
25	αρρεν	12/4/2019	CA ΕΓΚΑΡΣΙΟΥ	ΟΧΙ	76	ΕΓΚΑΡΣΙΕΚΤΟΜΗ	ναι
26	αρρεν	13/12/2019	CA ΣΙΓΜΟΕΙΔΟ	ΟΧΙ	43	HARTMANN'S	ναι
27	αρρεν	14/10/2017	CA ΣΙΓΜΟΕΙΔΟ	ΟΧΙ	76	ΣΙΓΜΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ναι

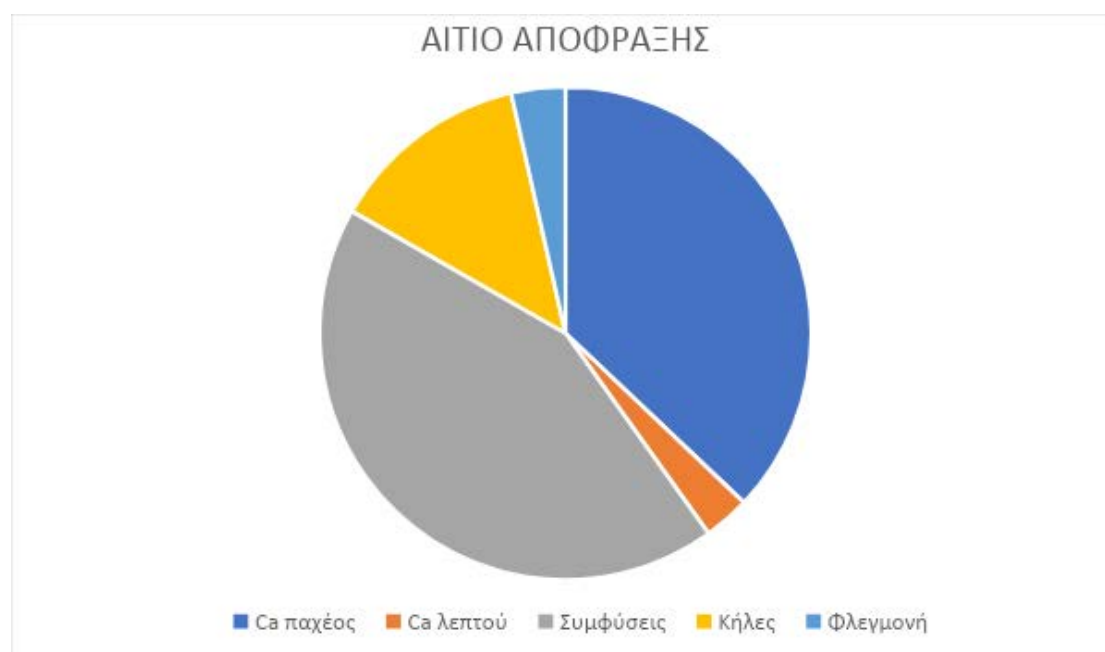
Εικόνα 2 : Περιπτώσεις καρκίνου παχέος εντέρου

(iii) Αποτελέσματα

Από το δείγμα των ασθενών που μελετήθηκε προέκυψαν συνολικά 197 περιπτώσεις ασθενών, ηλικίας από 26 έως 92 ετών, που χειρουργήθηκαν επείγοντως, από το 2012 έως το 2022 στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, λόγω αποφρακτικού ειλεού.

Αρχικά, έγινε διαχωρισμός των ασθενών, με βάση το αίτιο της απόφραξης.

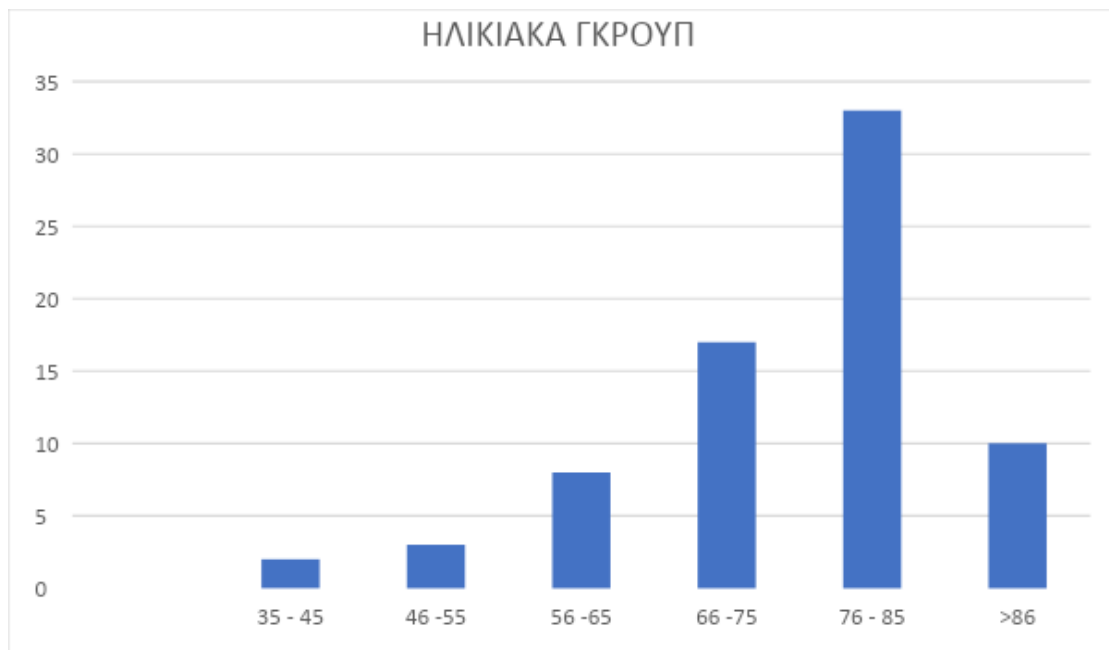
Από το δείγμα των 197 ασθενών, στους 73 (37%) το αίτιο της απόφραξης ήταν η κακοήθεια του κόλου. Λοιπά αίτια ήταν οι συμφύσεις (43%), η κακοήθεια του λεπτού εντέρου (3%), οι διάφορες κήλες (13%) και η φλεγμονή (3%).



Στη συνέχεια, μελετήθηκαν οι περιπτώσεις όπου το αποφρακτικό αίτιο ήταν η κακοήθεια του κόλου, δηλαδή το δείγμα των 73 ασθενών.

Από αυτούς, οι 39 (53%) ήταν άντρες και οι 34 (47%) γυναίκες.

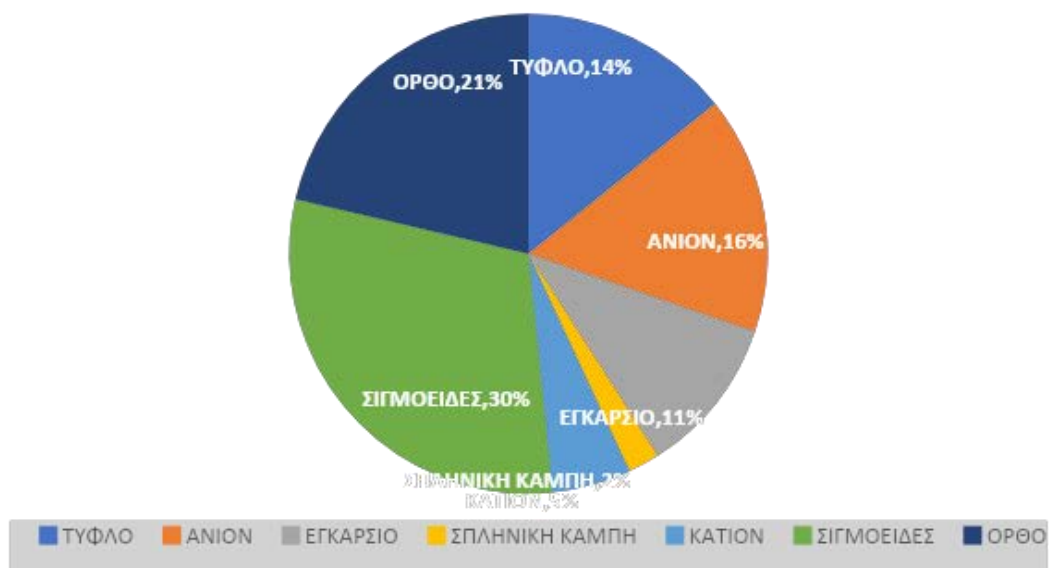
Στη συνέχεια, έγινε διαχωρισμός των ασθενών με βάση το ηλικιακό τους γκρουπ. Ο νεότερος ασθενής ήταν 43 ετών και ο γηραιότερος 92 ετών, ενώ η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 75 έτη.



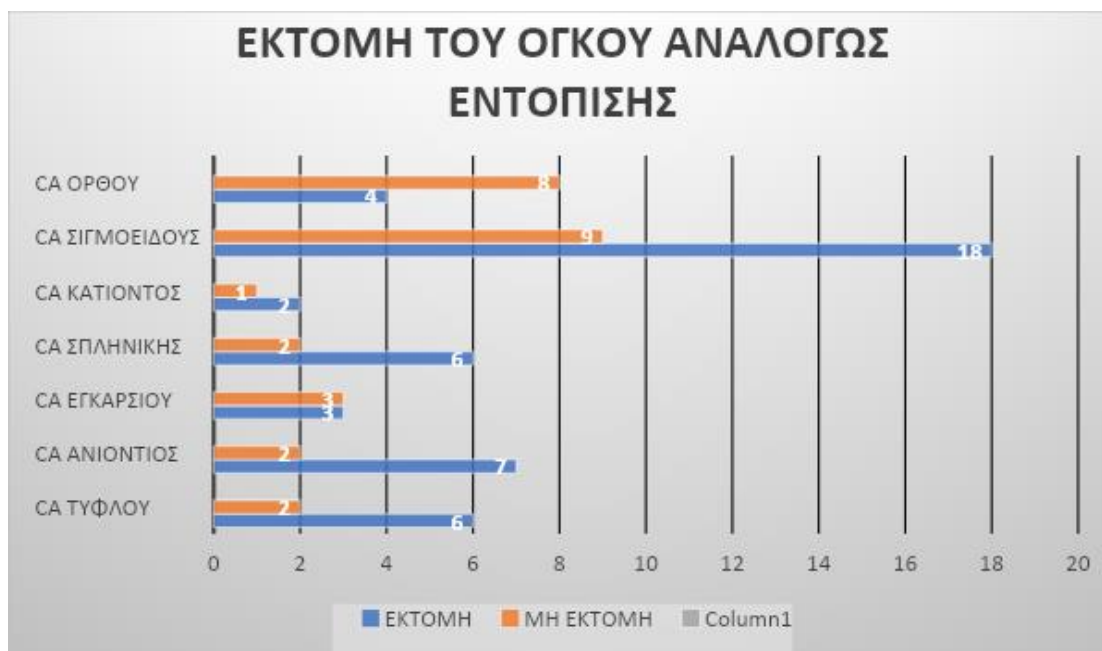
Στη συνέχεια, έγινε περαιτέρω διαχωρισμός με βάση την εντόπιση του όγκου, με τη συχνότερη εντόπιση να είναι στο σιγμοειδές (30%) και στο ορθό (22%).

87

ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

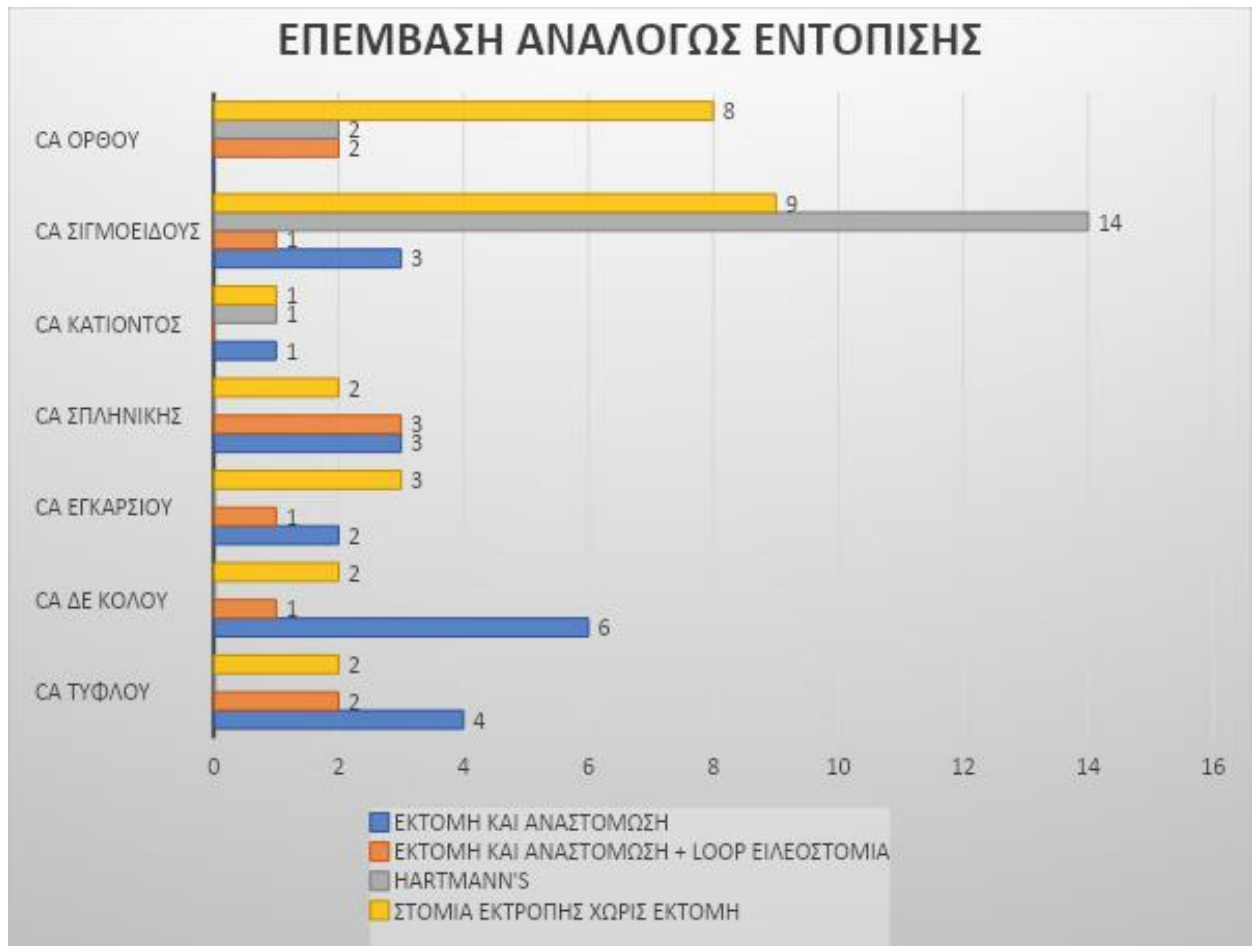


Εν συνέχεια, υπολογίστηκε το ποσοστό των περιπτώσεων εκτομής του όγκου. Προέκυψε ότι εκτομή πραγματοποιήθηκε στους 46 (63%) ασθενείς, ενώ στους υπόλοιπους 27 έγινε εγκατάσταση στομίας εκτροπής, χωρίς εκτομή του πρωτοπαθούς όγκου. Από αυτούς που έγινε εκτομή του όγκου, στους 29 (63%) πραγματοποιήθηκε εκτομή και αναστόμωση σε πρώτο χρόνο, ενώ στους 17 (36%) πραγματοποιήθηκε η επέμβαση κατά Hartmann.

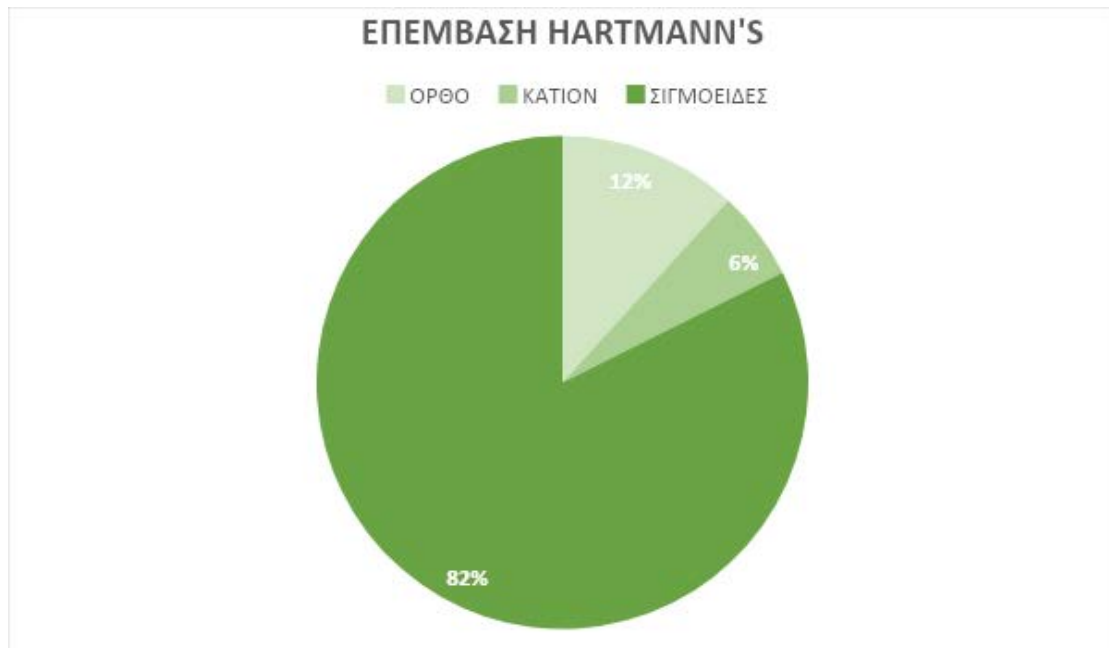


Από το σύνολο των ασθενών που πραγματοποιήθηκε εκτομή και αναστόμωση, στους 10 πραγματοποιήθηκε εγκατάσταση προφυλακτικής ειλεοστομίας. Ειδικότερα, πραγματοποιήθηκαν :

- 13 δεξιές κολεκτομές με αναστόμωση - 3 προφυλακτικές ειλεοστομίες,
- 4 αριστερές κολεκτομές με αναστόμωση - 1 προφυλακτική ειλεοστομία,
- 2 υφολικές κολεκτομές με αναστόμωση - 1 προφυλακτική ειλεοστομία,
- 4 σιγμοειδεκτομές με αναστόμωση - 1 προφυλακτική ειλεοστομία,
- 4 εγκαρσιεκτομές με αναστόμωση - 2 προφυλακτικές ειλεοστομίες και
- 2 χαμηλές πρόσθιες εκτομές με αναστόμωση με 2 προφυλακτικές ειλεοστομίες.



Η επέμβαση κατά Hartmann's επιλέχθηκε μόνο σε περιπτώσεις Ca του αριστερού κόλου και συγκεκριμένα σε 14 περιπτώσεις Ca σιγμοειδούς, 2 περιπτώσεις Ca ορθού και 1 περίπτωση Ca του κατιόντος κόλου.

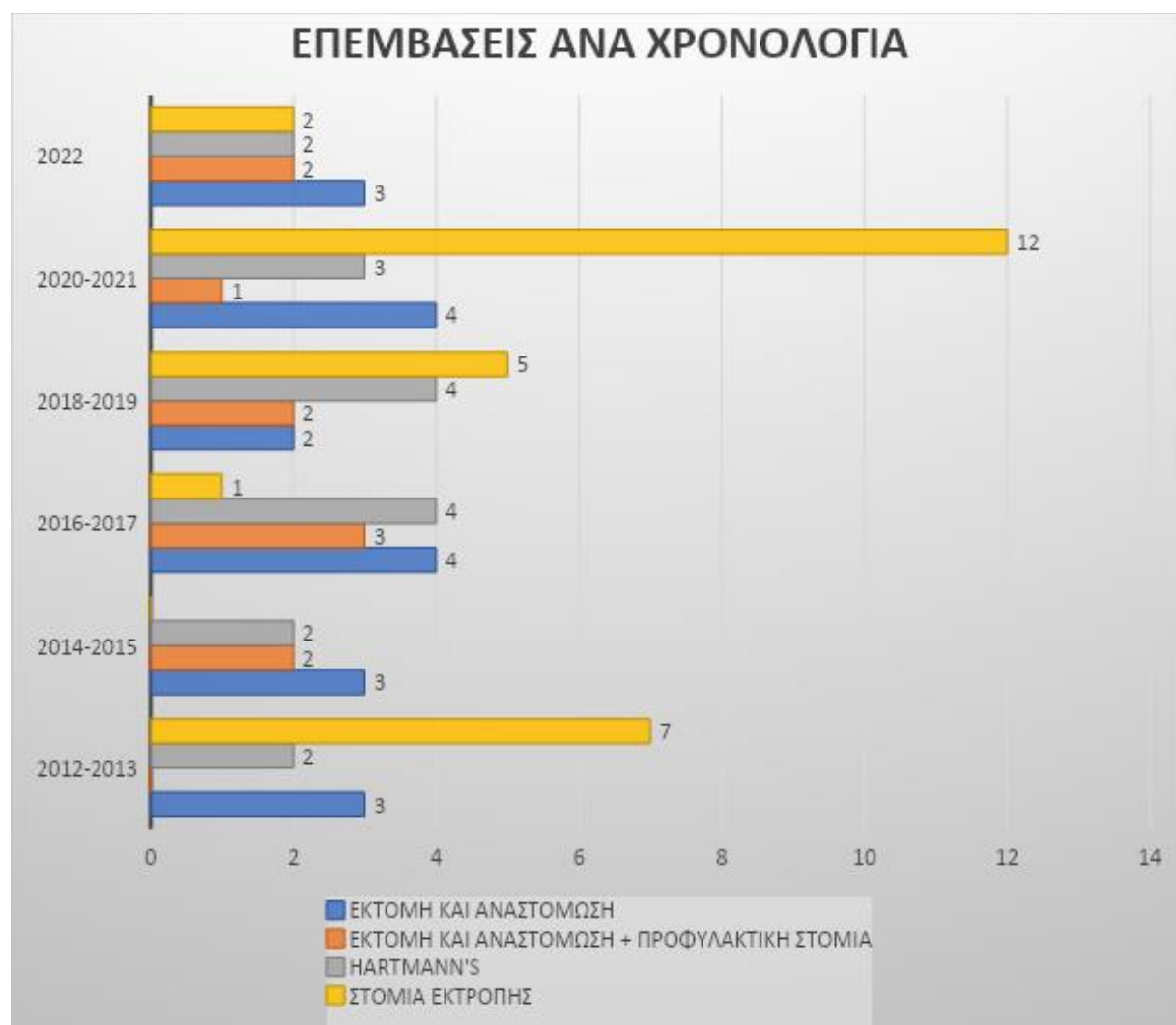


Στις περιπτώσεις όπου δεν πραγματοποιήθηκε εκτομή του πρωτοπαθούς όγκου, επιλέχθηκε η εγκατάσταση κάποιου είδους στομίας εκτροπής. Συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκαν 12 εγκάρσιοστομίες, 11 ειλεοστομίες και 4 σιγμοειδοστομίες.



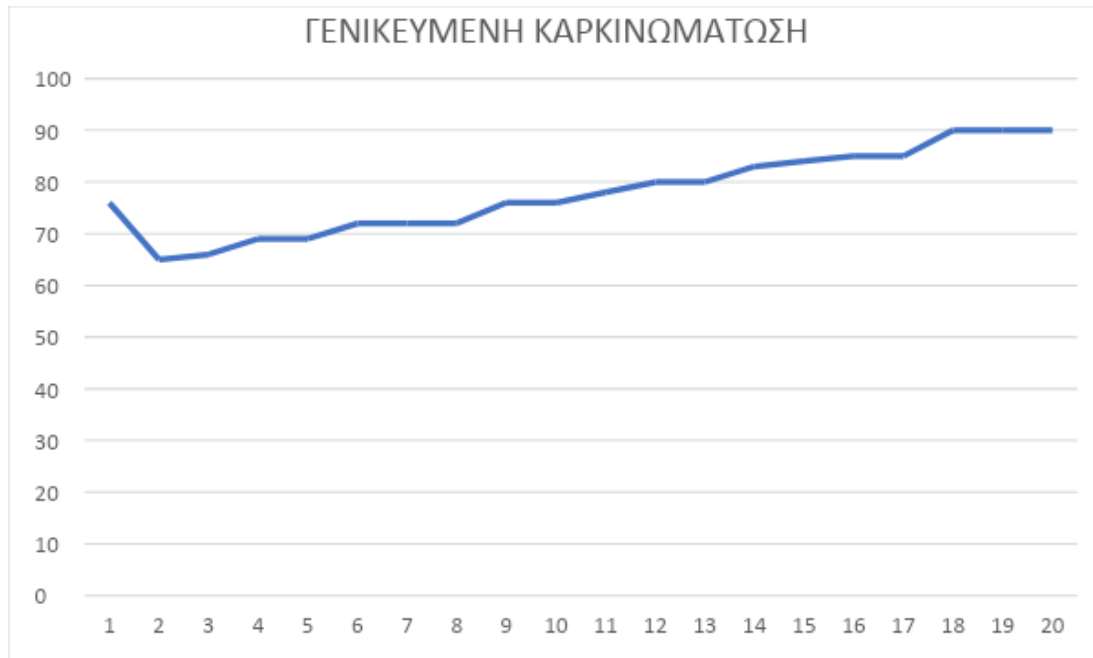
Συνολικά, επομένως, από τους 73 ασθενείς οι 17 κατέληξαν με στομία κατα Hartmann's, οι 27 με απλή στομία εκτροπής και οι 10 με προφυλακτική στομία και αναστόμωση, δηλαδή είχαμε 54 στομίες στο σύνολο (73% των ασθενών με στομία μετά το χειρουργείο).

Επίσης, πραγματοποιήθηκε συσχέτιση των επεμβάσεων που εκτελούνταν στο Νοσοκομείο και της χρονολογίας της επέμβασης. Συγκεκριμένα, μελετήθηκε η συχνότητα εκτομής ή όχι του όγκου και η συχνότητα αναστόμωσης με ή χωρίς στομία, σε σχέση με τον χρόνο.



Επιπλέον, έγινε περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων σχετικά με τις περιπτώσεις γενικευμένης περιτοναϊκής καρκινωμάτωσης.

Έγινε διαχωρισμός των ασθενών με γενικευμένη καρκινωμάτωση βάσει της ηλικίας τους. Συνολικά 20 ασθενείς είχαν περιτοναϊκές εμφυτεύσεις κατά την στιγμή της χειρουργικής επέμβασης, ηλικιών από 76 έως 92 ετών.



Τέλος, έγινε συσχέτιση της ύπαρξης περιτοναϊκών εμφυτεύσεων και της επέμβασης που επιλέχθηκε σε κάθε περίπτωση.



(iv) Συζήτηση

Μετά τα αποτελέσματα της έρευνάς μας προκύπτουν αρκετά ενδιαφέροντα συμπεράσματα σχετικά με την διαχείριση των περιστατικών αποφρακτικού ειλεού σε ένα περιφερειακό ελληνικό νοσοκομείο.

Συγκεκριμένα, φαίνεται πως μετά τον συμφυτικό ειλέο, η κακοήθεια του κόλου αποτέλεσε ένα αρκετά συχνό αίτιο επείγουσων χειρουργικών επεμβάσεων στο ΓΝ Κατερίνης (37% των ασθενών στην έρευνα μας), ποσοστό αρκετά μεγαλύτερο σε σχέση με αυτό που περιγράφεται από την διεθνή βιβλιογραφία (25%).

Αυτό το γεγονός θα μπορούσε ίσως να δικαιολογηθεί από την έλλειψη προληπτικού ενδοσκοπικού ελέγχου στον πληθυσμό του Νομού.

Στο εθνικό σχέδιο δράσης για τον καρκίνο 2011-2015 περιγράφονται τα εξής :

5. Ελλείψεις του Συστήματος Υγείας

- Έλλειψη ολοκληρωμένης και συνεκτικής παρέμβασης - κατακερματισμένες υπηρεσίες και αποσπασματικά προγράμματα και νησίδες αριστείας.
- Έλλειψη αξιόπιστων στοιχείων για την αποτύπωση του πραγματικού μεγέθους του προβλήματος στη χώρα (ζήτημα που θα επιλύσει η λειτουργία του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών).
- Απουσία εθνικού σχεδιασμού προγραμμάτων πληθυσμιακού (προσυμπτωματικού) ελέγχου – μεμονωμένες και συχνά πρόχειρες προσπάθειες.
- Απουσία εξειδικευμένων κέντρων.
- Σημαντική υστέρηση και της Παρηγορητικής - Ανακουφιστικής Ιατρικής (κατ' οίκον νοσηλείας και μη), παρά τις φιλότιμες αλλά αποσπασματικές προσπάθειες.

Δεν παρατηρήθηκε ιδιαίτερη διαφοροποίηση ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες, ενώ φαίνεται πως οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούσαν ηλικίες 76-85 ετών.

Βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας, η απόφραξη του αριστερού κόλου συναντάται συχνότερα σε σχέση με του δεξιού, καθώς η ενδοαυλική διάμετρος του παχέος εντέρου είναι η στενότερη μεταξύ της σπληνικής καμπής και της ορθοσιγμοειδικής συμβολής. Αυτό επιβεβαιώνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας μας, από τα οποία προκύπτει πως η συχνότερη αιτία αποφρακτικού καρκίνου, που οδήγησε τους ασθενείς στο χειρουργείο, ήταν στο σιγμοειδές και το ορθό και έπειτα στο ανιόν κόλο και το τυφλό.

Αναλόγως της εντόπισης του όγκου, παρατηρούμε μια διακύμανση όσον αφορά στην επιλογή της επέμβασης ανά περίπτωση. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε πως εκτομή του όγκου διενεργείται σε μεγαλύτερο ποσοστό στις περιπτώσεις κακοήθειας του σιγμοειδούς και σε μικρότερο ποσοστό στην κακοήθεια του ορθού.

Στις περιπτώσεις όπου δεν πραγματοποιήθηκε εκτομή του πρωτοπαθούς όγκου, επιλέχθηκε η εγκατάσταση κάποιου είδους στομίας εκτροπής. Συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκαν 12 εγκαρσιοστομίες, 11 ειλεοστομίες και 4 σιγμοειδοστομίες, με τα περισσότερα περιστατικά να αφορούν ασθενείς με καρκίνο του αριστερού κόλου.

Όσον αφορά στην εγκατάσταση προφυλακτικής στομίας εκτροπής μετά από μία εκτομή και αναστόμωση, φαίνεται ότι υπάρχει μία υπεροχή στην προτίμηση εγκατάστασης προφυλακτικής στομίας εκτροπής από του χειρουργούς του ΓΝ Κατερίνης σε ασθενείς με αριστερές κολεκτομές και αναστομώσεις, σε σχέση με

αυτούς με δεξιές κολεκτομές και ειλεοεγκάρσιες αναστομώσεις. Το γεγονός αυτό έρχεται σε συνάφεια με τα προβλεπόμενα από τη διεθνή βιβλιογραφία, όπου η προφυλακτική ειλεοστομία σε ειλεοκολικές αναστομώσεις προτείνεται σπανιότερα και σε συγκεκριμένες περιπτώσεις.

Η επέμβαση κατά Hartmann's επιλέχθηκε μόνο σε περιπτώσεις Ca του αριστερού κόλου και κυρίως του σιγμοειδούς. Συγκεκριμένα στις περιπτώσεις αποφρακτικού καρκίνου του σιγμοειδούς παρατηρείται ότι υπάρχει μια ξεκάθαρη προτίμηση στην εν λόγω επέμβαση.

Όσον αφορά στη διακύμανση των θεραπευτικών χειρουργικών επιλογών για τους ασθενείς με αποφρακτικό καρκίνο του παχέος εντέρου στο ΓΝ Κατερίνης σε σχέση με την χρονολογία της επέμβασης, αξίζει να σημειωθεί πως κατά την χρονική περίοδο 2020-2021 και επομένως της πανδημίας COVID, εμφανίζεται μια αύξηση στην συχνότητα διενέργειας απλής στομίας εκτροπής χωρίς εκτομή του πρωτοπαθούς όγκου. Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον και ίσως θα μπορούσε να αποδοθεί στην καθυστερημένη προσέλευση των ασθενών στο Νοσοκομείο λόγω φόβου της πανδημίας, καθώς και στην πίεση στους χειρουργούς για διενέργεια μιας γρήγορης αποσυμφορητικής επέμβασης. Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι κατά την διάρκεια της πανδημίας στο ΓΝ Κατερίνης είχαν παύσει όλες οι προγραμματισμένες επεμβάσεις και για ένα χρονικό διάστημα και οι επείγουσες.

Στις περιπτώσεις γενικευμένης καρκινωμάτωσης παρατηρείται πως οι χειρουργοί του ΓΝ Κατερίνης επιλέγουν σε μεγαλύτερο ποσοστό την εγκατάσταση στομίας εκτροπής και την μη εκτομή του πρωτοπαθούς όγκου.

Αξίζει να σημειωθεί πως σε όλες τις περιπτώσεις των ασθενών με αποφρακτικό ειλεό λόγω κακοήθειας του κόλου, η χειρουργική αντιμετώπιση ήταν η μόνη θεραπευτική επιλογή, καθώς κατά τη διάρκεια της δεκαετίας δεν ήταν εφικτή η εγκατάσταση ενδοσκοπικής ενδοπρόθεσης, λόγω έλλειψης προσωπικού και εξειδίκευσης.

Όλα τα παραπάνω έχουν σαν τελικό αποτέλεσμα το 73% των ασθενών τελικά να καταλήξουν με κάποιο είδος στομίας μετά την επέμβαση.

Συμπερασματικά, λοιπόν, από την ερευνά μας προκύπτει ότι υπάρχει μια τάση από τους χειρουργούς του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης να επιλέγουν την εκτομή του όγκου κατά την πρώτη χειρουργική επέμβαση, στην οποία οδηγείται ο ασθενής επειγόντως λόγω του αποφρακτικού ειλεού. Το γεγονός αυτό ενδεχομένως να σχετίζεται και με την έλλειψη της δυνατότητας γεφύρωσης προς το χειρουργείο μέσω ενδοπροθέσεων. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί πως η απόφαση αυτή επηρεάζεται και από άλλες ελλείψεις, όπως αδυναμία πλήρους σταδιοποίησης με τομογράφους, ειδικών ακτινολογικών και ορολογικών εξετάσεων αλλά και η απουσία ειδικών ιατρών, όπως ογκολόγων (άρα και ογκολογικού συμβουλίου). Ο χειρουργός επομένως είναι αυτός που εν τέλει θα αποφασίσει για το είδος της επέμβασης που θα πραγματοποιηθεί και επομένως θα επηρεάσει τόσο το τελικό ογκολογικό αποτέλεσμα όσο και την ποιότητα ζωής του ασθενούς, καθώς στην πλειοψηφία των περιπτώσεων οι ασθενείς καταλήγουν με στομία.

Επομένως, με την παρούσα διπλωματική εργασία αποτυπώνεται η ανάγκη δημιουργίας ενός συγκεκριμένου προτύπου αντιμετώπισης τέτοιων περιστατικών στα ελληνικά

περιφερειακά νοσοκομεία , το οποίο να έρχεται σε συνάφεια με τα προβλεπόμενα από τη βιβλιογραφία. Η δημιουργία περαιτέρω μελετών στα υπόλοιπα περιφερειακά νοσοκομεία της χώρας ίσως βοηθήσει στην καλύτερη αποτύπωση των αναγκών που υπάρχουν και στη διαμόρφωση των κατευθυντήριων οδηγιών επείγουσας αντιμετώπισης αποφρακτικού καρκίνου του παχέος εντέρου στην ελληνική περιφέρεια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Gainant A, Emergency management of acute colonic cancer obstruction, *Journal of Visceral Surgery*, 2012 Volume 149, Issue 1: 1-10.
2. Kim YJ, Surgical treatment of obstructed left-sided colorectal cancer patients. *Ann Coloproctol*, 2014, Dec,30 :245-6.
3. Luca Ansaloni, Roland E Andersson, Franco Bazzoli, Fausto Catena, Vincenzo Cennamo, Salomone Di Saverio, Lorenzo Fuccio, Hans Jeekel, Ari Leppäniemi, Ernest Moore, Antonio D Pinna, Michele Pisano, Alessandro Repici, Paul H Sugarbaker & Jean-Jaques Tuech, Guidelines in the management of obstructing cancer of the left colon: consensus conference of the world society of emergency surgery (WSES) and peritoneum and surgery (PnS) society, *World J Emerg Surg*, 2010, Issue 5, Article number: 29:1749-7922 .
4. Pisano M, Zorcolo L, Merli C et al., 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation, *World J Emerg Surg*, 2018, 13, no 36
5. Yoo RN, Cho HM, Kye BH. Management of obstructive colon cancer: Current status, obstacles, and future directions, *World J Gastrointest Oncol*, 2021 Dec 15,13 :1850-1862.
6. Cortet M, Grimault A, Cheynel N, Lepage C, Bouvier AM, Faivre J, Patterns of recurrence of obstructing colon cancers after surgery for cure: a population-based study, *Colorectal Dis* 2013, 15: 1100-1106
7. Seo SY, Kim SW, Endoscopic Management of Malignant Colonic Obstruction. *Clin Endosc.* 2020 Jan, 53,1:9-17.
8. Udo IA, Ugochukwu O. Acute Intestinal Obstruction: A 1-Year Prospective Audit into Causes, *J West Afr Coll Surg*, 2023 Jul-Sep,13,3:6-9.
9. Tong, JWV, Lingam P and Shelat VG, Adhesive small bowel obstruction – an update, *Acute Med. Surg.*, 7: 587.
10. Biondo S, Gálvez A, Ramírez E, Frago R, Kreisler E, Emergency surgery for obstructing and perforated colon cancer: patterns of recurrence and prognostic factors, *Tech Coloproctol* , 2019 Dec,23,12:1141-1161.
11. Verheyden C, Orliac C, Mill. I, Taourel P, Large-bowel obstruction: CT findings, pitfalls, tips and tricks, *Eur J Radiol*, 2020 Sep,130:109155.
12. Bower KL, Lollar DI, Williams SL, Adkins FC, Luyimbazi DT, Bower CE, Small Bowel Obstruction, *Surg Clin North Am*, 2018 Oct,98,5:945-971.
13. Rami Reddy SR, Cappell MS. A Systematic Review of the Clinical Presentation, Diagnosis, and Treatment of Small Bowel Obstruction. *Curr Gastroenterol Rep.* 2017 Jun,19,6:28.
14. Quere P, Facy O, Manfredi S, Jooste V, Faivre J, Lepage C, Bouvier AM. Epidemiology, Management, and Survival of Peritoneal Carcinomatosis from Colorectal Cancer: A Population-Based Study. *Dis Colon Rectum*, 2015 Aug;58,8:743-52.
15. Laval G, Marcelin-Benazech B, Guirimand F, Chauvenet L, Copel L, Durand A, Francois E, Gabolde M, Mariani P, Rebischung C, Servois V, Terrebonne E,

Arvieux C, French Society for Palliative Care, French Society for Digestive Surgery; French Society for Gastroenterology, French Association for Supportive Care in Oncology, French Society for Digestive Cancer, Recommendations for bowel obstruction with peritoneal carcinomatosis, J Pain Symptom Manage, 2014 Jul;48,1:75-91.