

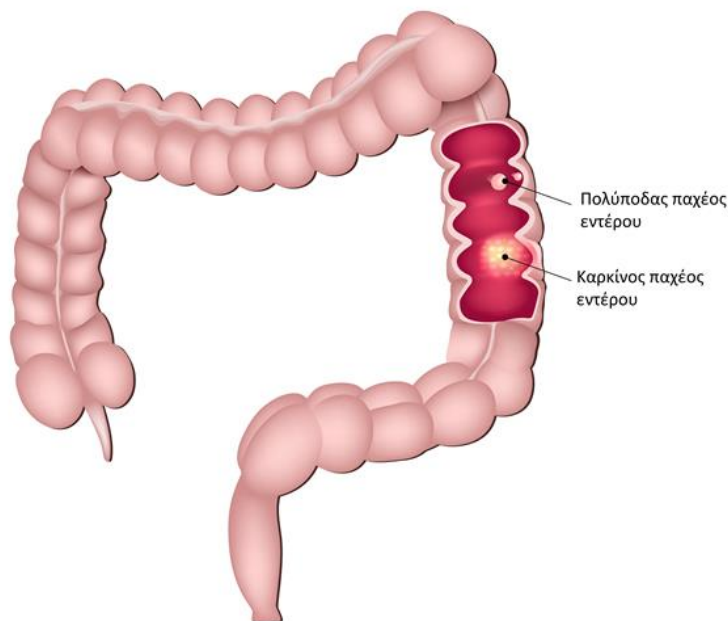


Λαπαροσκοπική χειρουργική & Καρκίνος του παχέος εντέρου και ορθού

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού αποτελεί την τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο στην Κύπρο και παγκοσμίως. Η πάθηση αυτή επηρεάζει το κατώτερο τμήμα του εντέρου. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου προκύπτει όταν τα κύτταρα του εντερικού τοιχώματος εμφανίζουν σφάλματα στο γενετικό τους υλικό (DNA), τα οποία με το πέρασμα του χρόνου συσσωρεύονται και οδηγούν σε ανεξέλεγκτο κυτταρικό πολλαπλασιασμό που ξεφεύγει από τους ρυθμιστικούς μηχανισμούς του οργανισμού.

Οι περισσότεροι ορθοκολικοί καρκίνοι ξεκινούν από μικρές μη καρκινικές μάζες κυττάρων που αναπτύσσονται πάνω στο τοίχωμα του εντέρου (**αδενωματώδεις πολύποδες**). Σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών κάποια σφάλματα DNA κληρονομούνται από τους γονείς τους, ενώ σε άλλους ασθενείς τα σφάλματα DNA οδηγούν στη δημιουργία μεγάλου αριθμού πολυπόδων στο έντερο, αυξάνοντας σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου. Οι περισσότεροι πολύποδες, ιδίως στα αρχικά στάδια εξέλιξής τους, είναι ασυμπτωματικοί, γι' αυτό και συνιστάτε ο προσυμπτωματικός έλεγχος (screening), συμπεριλαμβανομένης της **κολονοσκόπησης**.

Πολύποδας & Καρκίνος παχέος εντέρου





Αιτίες

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι συχνότερος σε:

- άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (άνω των 50),
- ασθενείς με προηγούμενους πολύποδες ή προηγούμενο καρκίνο του παχέος εντέρου,
- ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου
- άτομα με οικογενειακό ιστορικό ορθοκολικού καρκίνου· γενικά, ο κίνδυνος είναι υψηλότερος όσο περισσότεροι είναι οι συγγενείς που έχουν προσβληθεί, όσο μικρότερη η ηλικία τους, και όσο περισσότερες γενεές προς τα πίσω έχουν εμφανίσει τη νόσο.

Παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής όπως:

- διατροφή δυτικού τύπου, πλούσια σε λίπη και πτωχή σε φυτικές ίνες,
- το κάπνισμα,
- η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ,
- η καθιστική ζωή και
- παθήσεις όπως ο διαβήτης και η παχυσαρκία

επίσης αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου.

Συμπτώματα

Τα συνήθη συμπτώματα του ορθοκολικού καρκίνου περιλαμβάνουν:

- a) επίμονη αλλαγή (για περισσότερες από 6 εβδομάδες) στις εντερικές συνήθειες, με εμφάνιση διάρροιας ή δυσκοιλιότητας,
- b) αιμορραγία από το ορθό ή αίμα στα κόπρανα,
- c) επίμονο κοιλιακό πόνο,
- d) ανεξήγητη απώλεια βάρους,
- e) κάποιες μορφές αναιμίας,
- f) παρουσία διόγκωσης στην κοιλιά,
- g) αίσθημα πληρότητας του εντέρου ή
- h) εικόνα εντερικής απόφραξης

Διάγνωση

Η διαδικασία της διάγνωσης ξεκινάει από τη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού των συμπτωμάτων και την κλινική εξέταση. Αυτό σημαίνει εξέταση της κοιλιάς και του ορθοπρωκτικού σωλήνα, και μπορεί να περιλαμβάνει **σιγμοειδοσκόπηση με άκαμπτο ενδοσκόπιο**, που επιτρέπει επισκόπηση του κατώτερου τμήματος του εντέρου. Στα πλαίσια διερεύνησης του παχέος εντέρου, συνήθως χρειάζεται η διενέργεια αιματολογικών εξετάσεων και, συνήθως, **κολonosκόπηση** ή αξονική τομογραφία.

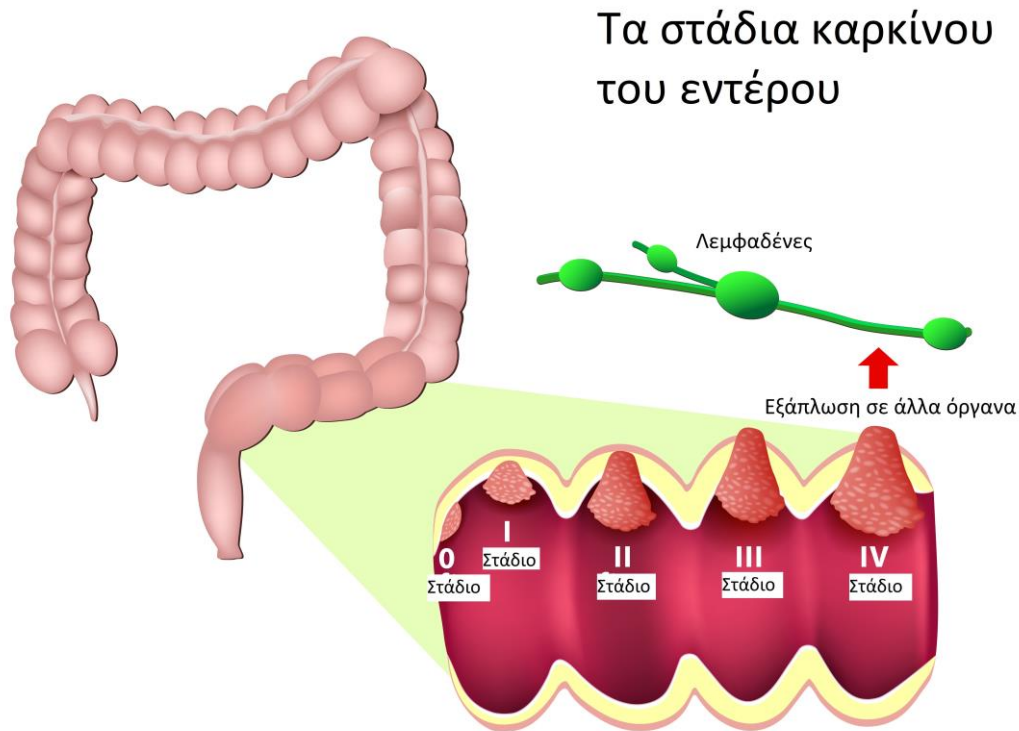
Αν κατά την ενδοσκόπηση τεθεί η υποψία ορθοκολικού καρκίνου, τότε λαμβάνονται βιοψίες και γίνεται ενδοδερμική χρώση (τατουάζ) της ύποπτης περιοχής του εντερικού τοιχώματος. Χρειάζονται επίσης επιπλέον απεικονιστικές εξετάσεις με τη μορφή της αξονικής τομογραφίας θώρακα, άνω και κάτω κοιλιάς, για να διερευνηθεί κατά πόσο ο καρκίνος έχει επεκταθεί εκτός του παχέος εντέρου.

Αν η νόσος εντοπίζεται στο ορθό, τότε η πιο ευαίσθητη εξέταση της συγκεκριμένης περιοχής είναι η





μαγνητική τομογραφία ορθού. Μερικές φορές, όταν υπάρχει υποψία πολύ μεγάλου πολύποδα ή πρώιμου ορθοκολικού καρκίνου, μπορεί να γίνει **ενδοορθικό υπερηχογράφημα**, ώστε να εκτιμηθεί καλύτερα τη βλάβη, η οποία ενδεχομένως να μπορεί να αφαιρεθεί με μια τοπική ελάχιστα επεμβατική τεχνική που ονομάζεται **TAMIS**.



Τα στάδια καρκίνου του εντέρου

Θεραπευτικές επιλογές

Όταν όλα τα αποτελέσματα των εξετάσεων είναι έτοιμα οι διαθέσιμες εναλλακτικές θεραπείες καθορίζονται ανάλογα με το στάδιο της νόσου, τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή και τις γενικότερες προσδοκίες του. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η θεραπεία συνίσταται σε χειρουργική αφαίρεση του όγκου, η οποία παρέχει και τη μεγαλύτερη πιθανότητα ίασης. Κατά κανόνα, επιλέγεται η **λαπαροσκοπική κολεκτομή** ή η **λαπαροσκοπική πρόσθια εκτομή**, με τις οποίες αφαιρείται το προσβεβλημένο τμήμα του παχέος εντέρου ή του ορθού αντίστοιχα, μαζί με την αγγειωσή του και τους περιοχικούς λεμφαδένες. Μερικές φορές χρειάζεται χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία ή συνδυασμός των δύο πριν από την επέμβαση, προκειμένου να συρρικνωθεί ο όγκος.

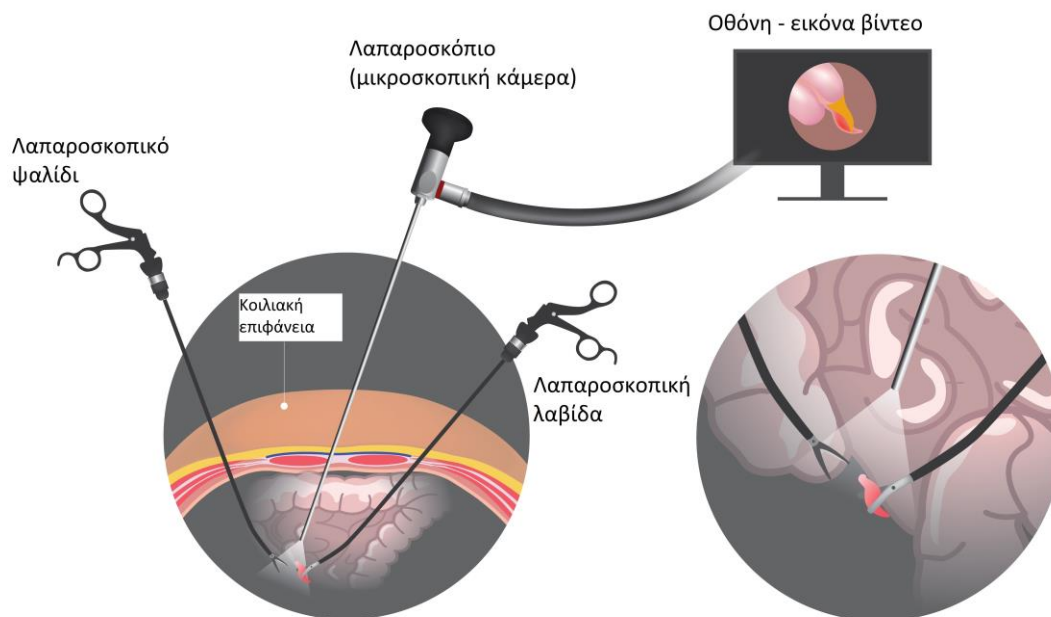
Κεντρική μεσοκολική εκτομή (CME) για τον καρκίνο του παχέος εντέρου & Ολική μεσοορθική αφαίρεση (TME) για τον καρκίνο του ορθού

Η βασική ογκολογική αρχή που ακολουθείται κατά τη χειρουργική θεραπεία του **καρκίνου του παχέος εντέρου** συνίσταται σε αφαίρεση του πάσχοντος τμήματος παχέος εντέρου ή ορθού μαζί με τον αρχέγονο λιπώδη ιστό που το περιβάλλει, τα τροφικά αγγεία του και τους αντίστοιχους λεμφαδένες του, όσο πιο κεντρικά γίνεται και σε ένα ικανοποιητικό μήκος εντέρου με όρια υγιούς ιστού εκατέρωθεν του πάσχοντος τμήματος. Η εφαρμογή αυτής της αρχής φαίνεται ότι ελαττώνει



τον κίνδυνο υποτροπής, ενώ ταυτόχρονα παρέχει σημαντικές πληροφορίες για την πρόγνωση της νόσου και το πιθανό όφελος από επιπρόσθετες θεραπείες όπως η χημειοθεραπεία.

Οι περισσότερες επεμβάσεις στο παχύ έντερο μπορούν να γίνουν λαπαροσκοπικά. Πρόκειται για μια ελάχιστα επεμβατική μέθοδο που απαιτεί γενική αναισθησία σε συνδυασμό με τοπική νάρκωση. Αρχικά, εισάγεται αέρας (συνήθως CO₂) στο εσωτερικό της κοιλιάς, ώστε να υπάρξει ικανοποιητικός χώρος για να αυξηθεί η ορατότητα και η πρόσβαση προς τα ενδοκοιλιακά όργανα, ενώ μια μικροσκοπική τηλεσκοπική κάμερα (λαπαροσκόπιο) επιτρέπει την επισκόπηση της κοιλιακής κοιλότητας. Κατόπιν, μέσω μικρών τομών διαμέτρου συνήθως 0.5-1 εκ., εισέρχονται εξειδικευμένα λαπαροσκοπικά εργαλεία με τα οποία γίνεται η εκτομή του εντέρου, ενώ από μια λίγο μεγαλύτερη τομή περίπου 5 εκ. απομακρύνεται το τμήμα του εντέρου που έχει αφαιρεθεί και ενώνονται τα ελεύθερα άκρα του εντέρου που απομένει (αναστόμωση).



Πλεονεκτήματα λαπαροσκοπικής εκτομής

Τα γενικότερα οφέλη μιας λαπαροσκοπικής τεχνικής σε σύγκριση με την ανοιχτή μέθοδο είναι:

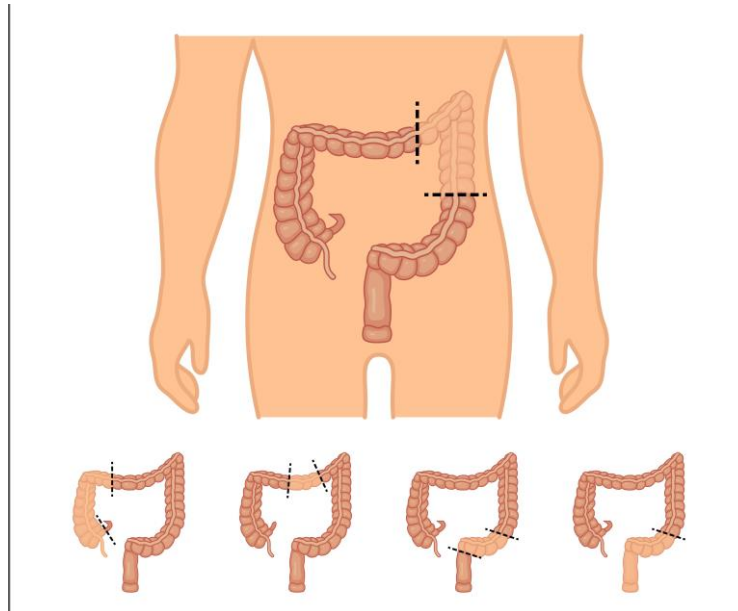
- λιγότερος μετεγχειρητικός πόνος και ταχύτερη επάνοδος στη φυσιολογική δραστηριότητα
- μικρότερος κίνδυνος αιμορραγίας και μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος
- λιγότερες μετεγχειρητικές συμφύσεις (ουλώδεις ιστός), και άρα μικρότερος κίνδυνος εντερικής απόφραξης
- μικρότερες ουλές επί του κοιλιακού τοιχώματος, συνεπώς καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα και μικρότερη πιθανότητα ανάπτυξης μετεγχειρητικής κήλης

Λαπαροσκοπική δεξιά κολεκτομή

Πρόκειται για την αφαίρεση του πρώτου τμήματος του παχέος εντέρου ή του τελικού τμήματος του λεπτού εντέρου στη δεξιά πλευρά της κοιλιάς, και την ένωση των ελεύθερων άκρων του εντέρου που απομένει με ράμματα ή χειρουργικό συρραπτικό.

Λαπαροσκοπική αριστερή κολεκτομή/σιγμοειδεκτομή

Πρόκειται για την αφαίρεση του αριστερού τμήματος του παχέος εντέρου και την αναστόμωση των ελευθέρων άκρων του εντέρου που απομένει. Κάποιες φορές, μετά την αφαίρεση μπορεί να δημιουργηθεί **κολοστομία** (παρά φύσιν έδρα), ανάλογα με τη γενικότερη κατάσταση της υγείας του ασθενή, καθώς και το αν η επέμβαση πραγματοποιείται σε επείγουσα βάση λόγω διάτρησης του εντέρου.



Λαπαροσκοπική υφολική κολεκτομή

Η επέμβαση αυτή επιλέγεται συνήθως για ασθενείς με κολίτιδα, και συνίσταται σε αφαίρεση ολόκληρου του παχέος εντέρου εκτός από το τελικό του τμήμα, το ορθό.

Λαπαροσκοπική πρόσθια εκτομή

Σε αυτή την επέμβαση αφαιρείται το σιγμοειδές κόλον και μέρος του πάσχοντος ορθού μαζί με ένα τμήμα υγιούς ιστού στα άκρα. Συνήθως, τα εναπομείναντα υγιή τμήματα παχέος εντέρου και ορθού ενώνονται. Όσο πιο κοντά βρίσκεται αυτή η ένωση προς τον πρωκτό όμως τόσο αυξάνει ο κίνδυνος διαρροής από το σημείο της αναστόμωσης με επακόλουθη ενδοκοιλιακή μόλυνση. Προκειμένου να ελαττωθεί η βαρύτητα της συγκεκριμένης πιθανής επιπλοκής, μπορεί να δημιουργηθεί μια προσωρινή **στομία** υψηλότερα στο έντερο, ώστε να μπορέσει να επουλωθεί το σημείο της αρχικής ένωσης. Σε δεύτερο χρόνο, κάποια στιγμή μετά την επέμβαση, μπορεί να καταργηθεί η στομία και να αποκατασταθεί η συνέχεια του εντέρου.

Λαπαροσκοπική κοιλιοπερινεϊκή εκτομή (APER) & ELAPE

Η επέμβαση πραγματοποιείται όταν το κατώτερο τμήμα του ορθού και/ή του πρωκτού πρέπει να αφαιρεθεί λόγω επέκτασης του καρκίνου σε αυτές τις θέσεις. Ανάλογα με τη μορφή και την ακριβή εντόπιση της βλάβης, το χειρουργείο μπορεί να γίνει λαπαροσκοπικά ή ανοιχτά, και περιλαμβάνει συρραφή του δέρματος στην περιοχή του πρωκτού με δημιουργία μόνιμης κολοστομίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν ο καρκίνος εντοπίζεται πολύ χαμηλά και έχει επεκταθεί τοπικά, εκτελείται μια τεχνική που ονομάζεται εξωανελκτήρια κοιλιοπερινεϊκή εκτομή (extralevator abdominoperineal excision, ELAPE), κατά την οποία αφαιρείται μεγαλύτερο τμήμα περιπρωκτικού ιστού συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, με κυλινδρική εκτομή, που εγκαταλείπει μεγαλύτερο



έλλειμμα. Προκειμένου να καλυφθεί αυτό το έλλειμμα, μερικές φορές τοποθετείται συνθετικό πλέγμα ή κινητοποιείται τμήμα του δέρματος του γλουτού.

Λαπαροσκοπική παν-πρωκτοκολεκτομή (ολική κολεκτομή)

Όπως υπονοεί η ονομασία της, η επέμβαση αυτή αφορά την αφαίρεση ολόκληρου του παχέος εντέρου και του ορθού.

Μετά την επέμβαση, το τμήμα εντέρου που αφαιρείτε, μαζί με τους λεμφαδένες, εξετάζεται από ιστοπαθολόγο για να γίνει η τελική σταδιοποίηση του καρκίνου και έτσι να αποφασιστούν τα επόμενα βήματα αντιμετώπισης της νόσου. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν απλή παρακολούθηση ή χημειοθεραπεία μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλα είδη θεραπείας.

Ανάρρωση

Τα χειρουργεία του παχέος εντέρου ανήκουν στις μείζονες επεμβάσεις. Μετά το πέρας της χειρουργικής διαδικασίας, ο ασθενής ξυπνάει στο θάλαμο νοσηλείας, κατά πάσα πιθανότητα σε Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας και ακολουθείται πρωτόκολλο προωθημένης μετεγχειρητικής ανάνηψης (enhanced recovery programme, ERP). Μετά από μια λαπαροσκοπική επέμβαση ο ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο για λίγες ημέρες, ενώ η ανοιχτή επέμβαση απαιτεί νοσηλεία μεγαλύτερης διάρκειας. Υπό φυσιολογικές συνθήκες, χρειάζονται κάποιες εβδομάδες για να επέλθει πλήρης ανάρρωση από ένα χειρουργείο του παχέος εντέρου, αλλά ο χρόνος αυτός ποικίλει από άτομο σε άτομο, ανάλογα με τη γενική κατάσταση της υγείας του και τη φύση της δουλειάς του. Η άρση βάρους και η έντονη σωματική άσκηση πρέπει να αποφεύγεται για τουλάχιστον 6 εβδομάδες μετά την επέμβαση, ώστε να μειώνετε ο κίνδυνος εμφάνισης μετεγχειρητικής κήλης.

Για περισσότερες πληροφορίες: www.drmarkides.com

