

## Χειρουργική αντιμετώπιση

### Β. Λαοπόδης

Το καρκίνωμα του παχέος εντέρου είναι μία από τις πλέον συχνές κακοήθειες στην χειρουργική πρακτική και η πλειονότητα των ασθενών που αντιμετωπίζονται γι' αυτό έχει απόλυτη ή σχετική ένδειξη εξαιρέσεως του όγκου με απαραίτητη προϋπόθεση την τήρηση ορισμένων κανόνων τόσο προεγχειρητικά όσο και διεγχειρητικά.

Οι αρχές που διέπουν την εξαίρεση του όγκου έχουν 2 στόχους.

α) Η άμεση νοσηρότητα και θνητότητα να μην υπερβαίνει το 5% στις εκλεκτικές εγχειρήσεις και το 25% στις επείγουσες.

β) Ελαχιστοποίηση των τοπικών υποτροπών και την αύξηση των πιθανοτήτων για 5 έτη επιβίωσης.

### Γενικές αρχές

- A) Σαφής προσδιορισμός της τοπογραφίας του όγκου (βαριούχος υποκλυσμός-κολονοσκόπηση).
- B) Προεγχειρητικός προσδιορισμός τυχόν μεταστάσεων (CT άνω και κάτω κοιλίας. Ακτινογραφικός έλεγχος πνευμόνων - έλεγχος ουροποιητικού).
- Γ) Προεγχειρητική εκτίμηση της θρεπτικής κατάστασης του ασθενούς καθώς και της αιματολογικής του εικόνας (Λευωματίνες-Ht-ουρία-κρεατινίνη-ιοντόγραμμα-test ηπατικής λειτουργίας).
- Δ) Προεγχειρητική αποστείρωση παχέος εντέρου δια χορηγήσεως διαίτης με χαμηλό υπόλειμμα και δυσασποροφύτων σουλφοναμιδών.  
(Azulfidin 2x3 Per os για 3 ημέρες τουλάχιστον) την παραμονή της επέμβασης χορηγείται καθαρτικό (καστορέλαιο) 3-4 υψηλοί υποκλυσμοί ή χορήγηση από του στόματος διαλύματος Golytely 4 lLtr) και 3 gr

Neomycin + 3 gr Flaggy! Per os, σε δόση 1gr φαρμάκου ανά 2ωρο από τις 12 το μεσημέρι έως τις 12 το βράδυ). Παράλληλα και κατά την διάρκεια της νύκτας χορηγείται ε.φ. Ringer's lactate και τοποθετείται καθετήρας foley λίγο πριν την έναρξη της επεμβάσεως.

### Εγχειρητικές τεχνικές

Η προπαρασκευή του δέρματος της κοιλίας γίνεται με διάλυμα 10% Betadine. Η κοιλία διανοίγεται με μία μέση τομή. Το τμήμα του εντέρου με τον όγκο ελέγχεται χωρίς ψηλάφηση (No Touch Isolation) ενώ γίνεται πλήρης ψηλαφητικός έλεγχος όλου του παχέος εντέρου, του ήπατος, των ωσθηκών εφ' όσον η επέμβαση αφορά γυναίκα, και γενικώς όλων των οργάνων της κοιλίας.

Η πρόοδος της εγχείρησης εξαρτάται από την τοπική διήθηση παρακειμένων οργάνων από τις ελεγχόμενες μεταστάσεις κυρίως στο ήπαρ και στο περιτόναιο. Γενικές αρχές που πρέπει να ισχύουν σε αυτή την φάση της επέμβασης είναι η όσον το δυνατόν μεγαλύτερη προσπάθεια εξαίρεσης και του όγκου και εντοπισμένων μονήρων μεταστάσεων με στόχο την αφαίρεση της μεγαλύτερης δυνατής καρκινικής μάζας, για καλύτερη ανταπόκριση στην χημειοθεραπεία - ακτινοθεραπεία αφ' ενός και στην βελτίωση των υποκειμενικών συμπτωμάτων αφ' ετέρου.

Το κύριο στάδιο της επέμβασης αρχίζει με την απομόνωση του εντέρου εκατέρωθεν του όγκου ώστε να αποφευχθούν οι ενδοαυλικές εμφυτεύσεις καρκινικών εμβόλων. Στην συνέχεια γίνεται απολίνωση των αγγείων που αρδεύουν την περιοχή της εκτομής με πρώτη αυτήν των φλεβών. Για όγκο τυφλού και

ανιόντος απολινώνεται η ειλεο-κολική, δεξιά κολική και δεξιός κλάδος της μέσης κολικής αρτηρίας και αφαιρείται 20-50cm τελικού ειλεού το φυφλό το ανιόν και το δεξιό τμήμα του εγκαρσίου. Για όγκο του περιφερικού εγκαρσίου και του αρ. κόλου απολινώνεται η κάτω μεσεντέριος και αρ. κλάδος της μέσης κολικής αρτηρίας και αφαιρείται το αρ. ήμισυ του εγκαρσίου έως το ορθοσιγμοειδές στο ύψος του ακρωτηρίου των μαιευτήρων.

Όσον αφορά τα καρκινώματα του ορθού και εφόσον η απόσταση του όγκου είναι μεγαλύτερη των 8cm από τον δακτύλιο επιχειρείται χαμηλή πρόσθια εκτομή με την βοήθεια συρραπτικού αναστομωτήρα. Για απόσταση του όγκου μικρότερη των 8cm απαιτείται κοιλιοπερινεϊκή εξαίρεση και μόνιμη κολοστομία, αν και υπάρχουν απόψεις που οριοθετούν την ανάγκη κοιλιοπερινεϊκής εκτομής σε όγκους που απέχουν από το δακτύλιο 4-5 cm. Η γνώμη μας είναι ότι η τόσο χαμηλή εκτομή εξαρτάται τόσο από την φυσική κατάσταση του ασθενούς (φύλο-παχυσαρκία κ.λπ.) όσο και από την εμπειρία του χειρουργού.

Η αναστόμωση των 2 τμημάτων του εναπομείναντος παχέος εντέρου ή ειλείου - παχέος εντέρου γίνεται ή με ένα συνεχές ράμμα Vicryl 2.0 ή με την χρή-

ση μηχανικών συρραπτικών.

Η αφαίρεση μονήρων μεταστάσεων στο ήπαρ πρέπει να αποτελεί στόχο του χειρουργού όπως και η αφαίρεση των ωοθηκών στις γυναίκες για να αποφευχθεί η ανάπτυξη μεταστατικού καρκίνου λόγω εμφυτεύσεων καρκινικών εμβόλων σ' αυτές.

Τέλος η σταδιοποίηση της νόσου γίνεται με αφαίρεση του μείζονος επιπλοου και κάθε υπόπτου λεμφαδένου με τάση να γίνεται όλο και πιο λεπτομερής λεμφαδενικός καθαρισμός των αγγείων της περιοχής. Τυχαίες βιοψίες κυρίως από το περιτόναιο είναι επιβεβλημένες καθώς και εκείνες των εγχειρητικών ορίων πριν την διενέργεια της αναστόμωσης. Τέλος η τοποθέτηση κλειστής παροχετεύσεως της κοιλίας (ή του περινεϊκού τραύματος εφόσον πρόκειται για κοιλιοπερινεϊκή εξαίρεση) κρίνεται αναγκαία.

Η χορήγηση αντιβιοτικών ε.φ. κατά την διάρκεια της επέμβασης μειώνει την πιθανότητα λοίμωξης η δε ταχεία κινητοποίηση μετεγχειρητικά του αρρώστου συμβάλλει στην πρώιμη λειτουργία του εντέρου και στην αποφυγή επιπλοκών. Συνιστάται επίσης η χορήγηση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους για την αποφυγή εμβόλων κυρίως στην κοιλιοπερινεϊκή εξαίρεση.

## Συμπληρωματική χημειοθεραπεία

**Μ. Ξυδάκης**

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου - ορθού (ΠΕΟ), είναι η δεύτερη σε συχνότητα νεοπλασματική νόσος, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και του μαστού αντίστοιχα και το 15% όλων των νεοπλασμάτων.

Η χειρουργική εξαίρεση, είναι η θεραπεία εκλογής. Το 80% των ασθενών περίπου, εμφανίζουν τοπική νόσο κατά

τον χρόνο της διάγνωσης και μπορούν να υποβληθούν σε ριζική («θεραπευτική») χειρουργική επέμβαση. Ωστόσο, η πενταετής επιβίωση αυτών των ασθενών, είναι μόνο 50%. Το άλλο 50% θα εμφανίσουν υποτροπή που θα τους οδηγήσει στο θάνατο.

Έχουν αναγνωρισθεί πολλοί παράγοντες με προγνωστική αξία όσον αφορά την πιθανότητα υποτροπής μετά τη χει-