



Σύνδρομο πρόσθιας εκτομής: Συχνότητα, πρήληψη και θεραπευτικές προκλήσεις

Άρτεμις Σ. Λιάπη, MSc, ειδικευόμενη Γενικής Χειρουργικής
Α΄ Χειρουργική κλινική ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ

Δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων για αυτή την παρουσίαση

Εισαγωγή

- Ο καρκίνος του ορθού είναι ο τρίτος σε συχνότητα καρκίνος παγκοσμίως
 - Η πρόοδος στην χειρουργική τεχνική και η εξέλιξη στην χορήγηση επικουρικής και νεο-επικουρικής θεραπείας, έχει οδηγήσει στην αύξηση των σφιγκτηροσωστικών επεμβάσεων σε ασθενείς με καρκίνο του ορθού
 - Κατ' επέκταση, περισσότεροι ασθενείς βιώνουν το φάσμα της μετεγχειρητικής εντερικής δυσλειτουργίας· το σύνδρομο χαμηλής πρόσθιας εκτομής (σχΠΕ)
- ❑ 60% συμπτώματα > 2έτη – 30% με σοβαρή συμπτωματολογία

Σφιγκτηροσωστικές επεμβάσεις για καρκίνο ορθού

- ◉ Όγκοι του ανώτερου ορθού

Χαμηλή Πρόσθια Εκτομή

4-5 cm περιφερικό όριο
Επαρκής εκτομή μεσοορθού
Κατιο-ορθική αναστόμωση

- ◉ Όγκοι του κατώτερου τριτημορίου του ορθού

Πολύ Χαμηλή Πρόσθια Εκτομή

1-2 cm περιφερικό όριο
Ολική Εκτομή Μεσοορθού
(Nerve sparing TME)
Κολο-πρωκτική αναστόμωση

- ◉ Μεσοσφιγκτηριακή Εκτομή
Η πλέον ακραία περίπτωση σφιγκτηροσωστικής επεμβάσεως, που εκτελείται υπό προϋποθέσεις

Παθοφυσιολογία

Συμπτώματα

Ερωτηματολογία

Παράγοντες κινδύνου

Εξέλιξη του συνδρόμου - Πρόληψη

Θεραπευτική προσέγγιση

Σύνδρομο χαμηλής πρόσθιας εκτομής

-Απώλεια ορθικού reservoir

-Λιγότερο ευένδοτο κατιόν ή σιγμοειδές

Απώλεια RAIR (recto-anal inhibitory reflex)

-Ασυνέχεια του μυϊκού χιτώνα & ενδοτοιχωματικών νευρικών πλεγμάτων → διαταραχή των συντονισμένων κολονικών μαζικών κινήσεων (mass movements)

-Τραυματισμός έσω σφιγκτήρα: Stapler, mucosectomy, ΑΚΘ, διατομή-διάταση νεύρων χ/ο

-Υπερδραστήριο μεταγευματικό αντανακλαστικό

Αυξημένη συχνότητα κενώσεων

Έπειξη για αφόδευση

- αδυναμία αναβολής κένωσης για 15', **urgency**

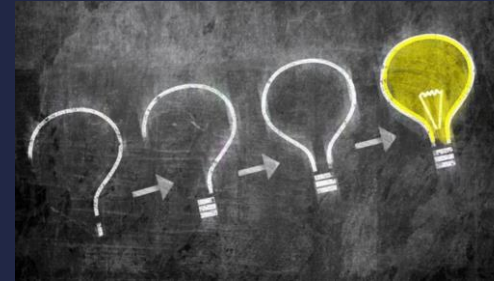
Τεινεσμός

Διαβροχή

Κατάτμηση και πολλαπλότητα συχνών, μικρών κενώσεων

- *stool fragmentation/clustering*

- Η βιβλιογραφία βρίθει μελετών που αφορούν την επίπτωση του σΧΠΕ, τους παράγοντες κινδύνου και την εξέλιξη αυτού
- Ετερογένεια στη συλλογή και καταγραφή της πληροφορίας (εργαλείο ανίχνευσης)
- Αδυναμία ένταξης αποτελεσμάτων σε μια μετα-ανάλυση
- Ερωτηματολόγια ακράτειας που έχουν χρησιμοποιηθεί:
 - ✓ Cleveland Clinic Florida (CCF)
 - ✓ Wexner incontinence score
 - ✓ St. Mark's Incontinence Score
 - ✓ Fecal Incontinence Severity Index (FISI)



- ❖ Wells CJ J Gastrointest Surg. 2015;19:350-359
- ❖ Chen TY Curr Colorectal Cancer Rep. 2015;11:37-43
- ❖ Scheer AS Dis Colon Rectum. 2011;54:1589-1597
- ❖ Jorge JM Dis Colon Rectum. 1993;36:77-97
- ❖ Vaizey CJ Gut. 1999;44:77-80
- ❖ Rockwood TH Dis Colon Rectum. 1999;42:1525-1532

➤ Εγκυροποίηση και συγκριτική αξιολόγηση ερωτηματολογίων του Συνδρόμου Χαμηλής Πρόσθιας Εκτομής σε Έλληνες ασθενείς με καρκίνο ορθού.

Λιάπη Α¹, Μαυραντώνης Κ², Λαζαρίδης Π², Κουρκούνη Ε³, Γεττίμης Ε¹, Θεοδωρόπουλος Γ⁴

LARS score (Emmertsen KJ, Laurberg S, 2012, Δανία)

- Διεθνώς εγκυροποιημένο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση του συνδρόμου ΧΠΕ
- 5 ερωτήσεις
- Υψηλό σκορ = κακή εντερική λειτουργία

COREFO (Bakx R, Sprangers M, 2005, Γερμανία)

- 27 ερωτήσεις και 5 υποκλίμακες (Ακράτεια, Κοινωνική λειτουργικότητα, Συχνότητα κενώσεων, Χαρακτηριστικά κενώσεων, Ανάγκη για φαρμακευτική αγωγή)
- Υψηλό σκορ = κακή εντερική λειτουργία

MSKCC-BFI (Temple LK, Bacik j, 2005, ΗΠΑ)

- Το πρώτο ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε με σκοπό την αξιολόγηση της εντερικής δυσλειτουργίας μετά από ΧΠΕ.
- 18 ερωτήσεις, 3 υποκλίμακες (Συχνότητα κενώσεων, Δίαιτα και ακράτεια) και 4 μεμονωμένες ερωτήσεις
- Υψηλό σκορ = καλή εντερική λειτουργία

ΣΚΟΡ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΧΑΜΗΛΗΣ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΕΚΤΟΜΗΣ (LARS-score)-

οδηγίες βαθμολόγησης

Με την πρόσθεση του βαθμού κάθε απάντησης εκ των 5 προκύπτει μια συνολική βαθμολογία

Σας συμβαίνει να μην μπορείτε να ελέγξετε την αποβολή των αερίων σας;

- | | |
|--|---|
| ☐ Όχι, ποτέ | 0 |
| ☐ Ναι, λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα | 4 |
| ☐ Ναι, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα | 7 |

Σας συμβαίνει να έχετε αποβολή υγρών κοπράνων χωρίς να το αντιληφθείτε;

- | | |
|--|---|
| ☐ Όχι, ποτέ | 0 |
| ☐ Ναι, λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα | 3 |
| ☐ Ναι, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα | 3 |

Πόσο συχνά έχετε κενώσεις;

- | | |
|--|---|
| ☐ Περισσότερο από 7 φορές την ημέρα (24ωρο) | 4 |
| ☐ 4-7 φορές την ημέρα (24ωρο) | 2 |
| ☐ 1-3 φορές την ημέρα (24ωρο) | 0 |
| ☐ Λιγότερο από μία φορά την ημέρα (24ωρο) | 5 |

Σας συμβαίνει να χρειάζεται μέσα σε μία ώρα από την τελευταία σας κένωση να χρειάζεται να έχετε ξανά κένωση;

- | | |
|--|----|
| ☐ Όχι, ποτέ | 0 |
| ☐ Ναι, λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα | 9 |
| ☐ Ναι, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα | 11 |

Σας συμβαίνει να έχετε τόσο έντονη ανάγκη για κένωση ώστε να πρέπει να σπεύσετε στην τουαλέτα;

- | | |
|--|----|
| ☐ Όχι, ποτέ | 0 |
| ☐ Ναι, λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα | 11 |
| ☐ Ναι, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα | 16 |

Συνολική Βαθμολογία:

0-20: Καθόλου LARS

21-29: Μέτριο LARS

30-42: Υψηλό LARS

1. Πόσες κενώσεις είχατε κατά την διάρκεια της ημέρας; (μέσος όρος)
0-1 2-4 5-7 8-10 >11
2. Πόσες κενώσεις είχατε κατά την διάρκεια της νύχτας; (μέσος όρος)
0 1-2 3-4 5-6 >7
3. Όταν θέλετε έντονα να κάνετε κένωση, έχετε πρόβλημα στο να την καθυστερήσετε για πάνω από δεκαπέντε λεπτά;
4. Είχατε την ανάγκη για κένωση, χωρίς τελικά να έχετε κένωση;
5. Είχατε πόνο κατά την κένωση;
6. Είχατε απώλεια αίματος κατά την κένωση;
7. Πέρασατε αέρια χωρίς να το καταλάβετε;
8. Είχατε **υδαρή** κόπρανα χωρίς να το καταλάβετε κατά την διάρκεια της ημέρας;
9. Είχατε **υδαρή** κόπρανα χωρίς να το καταλάβετε κατά την διάρκεια της νύχτας;
10. Είχατε **στερεά** κόπρανα χωρίς να το καταλάβετε κατά την διάρκεια της ημέρας;
11. Είχατε **στερεά** κόπρανα χωρίς να το καταλάβετε κατά την διάρκεια της νύχτας;
12. Λερώθηκε με κόπρανα το εσώρουχό σας κατά την διάρκεια της ημέρας;
13. Λερώθηκε με κόπρανα το εσώρουχο ή το νυχτικό σας κατά την διάρκεια της νύχτας;
14. Σας είναι δύσκολο να ξεχωρίσετε αν έχετε ανάγκη για να περάσετε αέρια ή αν έχετε ανάγκη για κένωση;
15. Όταν είστε στην τουαλέτα χρειάζεστε πάνω από δεκαπέντε λεπτά για να ολοκληρώσετε την κένωση;
16. Αισθάνεστε ότι δεν έχει αδειάσει το έντερό σας μετά την κένωση;
17. Μετά από μια κένωση, έχετε την ανάγκη μέσα στην επόμενη μια ώρα να έχετε ξανά κένωση;
18. Χρησιμοποιείτε φάρμακα για να γίνουν πιο συμπαγή τα κόπρανά σας;
19. Χρησιμοποιείτε φάρμακα για να γίνουν πιο αραιά τα κόπρανά σας;
20. Καταναλώνετε συγκεκριμένα τρόφιμα **με σκοπό να** γίνουν τα κόπρανά σας πιο συμπαγή ή πιο αραιά;
21. Αποφεύγετε **σκοπίμως** να καταναλώνετε συγκεκριμένα τρόφιμα για να γίνουν τα κόπρανά σας πιο συμπαγή ή πιο αραιά;
22. Έχετε ερεθισμένο δέρμα γύρω από τον πρωκτό σας;
23. Χρησιμοποιείτε κάποιο είδος σερβιέτας για να προστατέψετε το εσώρουχό σας;
24. Προσαρμόσατε τις δραστηριότητές σας ανάλογα με την διαθεσιμότητα τουαλέτας;
25. Περιορίσατε τις καθημερινές σας δραστηριότητες (εργασία-οικιακά), εξαιτίας προβλημάτων με τις κενώσεις σας;
26. Περιορίσατε τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (επισκέψεις-εξόδους στο θέατρο, φαγητό), εξαιτίας προβλημάτων με τις κενώσεις σας;
27. Περιορίσατε την σεξουαλική σας δραστηριότητα (με ή χωρίς ερωτική επαφή), εξαιτίας

1. Πόσες κενώσεις είχατε κατά την διάρκεια ενός 24ώρου, κατά μέσο όρο τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

Κατά τις τελευταίες 4 βδομάδες:

πάντα συνήθως μερικές φορές σπάνια ποτέ

2. Μήπως ορισμένες στερεές τροφές αυξάνουν τον αριθμό των κενώσεων σε μια ημέρα;
3. Μήπως ορισμένα υγρά που πίνετε αυξάνουν τον αριθμό των κενώσεων σε μία μέρα;
4. Νιώθετε ότι έχει αδειάσει εντελώς το έντερό σας μετά από μια κένωση;
5. Προλαβαίνετε να πάτε εγκαίρως στην τουαλέτα;
6. Εντός 15 λεπτών από την τελευταία κένωση, έχετε ξανά κένωση;
7. Καταλαβαίνετε τη διαφορά μεταξύ του να έχετε αέριο ή ανάγκη για κένωση;
8. Έχετε χρησιμοποιήσει φάρμακα για να μειώσουν τον αριθμό των κενώσεων (Imodium®, Lomotil®);
9. Είχατε διάρροια (μη σχηματισμένα, υδαρή κόπρανα);
10. Είχατε μαλακά κόπρανα (σαν πολτό);
11. Έχετε τη δυνατότητα να περιμένετε 15 λεπτά για να φτάσετε στην τουαλέτα όταν αισθάνεστε ότι έχετε ανάγκη για αφόδευση;
12. Έχετε τη δυνατότητα να ελέγχετε την αποβολή αερίων;
13. Έχετε περιορίσει τους τύπους των στερεών τροφίμων που τρώτε για να ελέγχετε τις κενώσεις σας;
14. Έχετε περιορίσει τους τύπους των υγρών που πίνετε για να ελέγχετε τις κενώσεις σας;
15. Είχατε λεκέδες από κόπρανα στο εσώρουχό σας κατά τη διάρκεια της ημέρας?
16. Έχετε χρησιμοποιήσει ένα πανί/σερβιέτα στο εσώρουχό σας κατά τη διάρκεια της ημέρας λόγω διαρροής κοπράνων;
17. Είχατε λεκέδες από κόπρανα στο εσώρουχό σας κατά την διάρκεια του ύπνου;
18. Έχετε αλλάξει τις δραστηριότητές σας, λόγω της λειτουργίας του εντέρου σας;

Η Μέθοδος εγκυροποίησης - Validation

Η Επαναληψιμότητα → Test re-test reliability

Η Εσωτερική συνοχή → Internal consistency

Η Δομή → Construct validity

Η Συγκλίνουσα εγκυρότητα → Convergent validity

- Συσχετισμοί με τα ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Έρευνας και Θεραπείας καρκίνου (EORTC)
- QLQ-C30 και QLQ-CR29

Η Διακριτική ισχύς → Discriminative validity

Η πρώτη μελέτη εγκυροποίησης και συγκριτικής ανάλυσης σε Έλληνες ασθενείς

Οι Ελληνικές εκδοχές των LARS score, COREFO και MSKCC-BFI έχουν καλές ψυχομετρικές ιδιότητες

Το LARS score μπορεί να θεωρηθεί ως το απλούστερο, ταχύτερο και πλήρες εργαλείο

Δεν αποκαλύφθηκαν πλεονεκτήματα των εκτεταμένων ερωτηματολογίων COREFO και MSKCC BFI

► **LARS score** (Emmertsen KJ, Laurberg S, 2012, Δανία)

Τα πιο σημαντικά στοιχεία, από ένα ευρύ φάσμα ερωτήσεων:

- Ακράτεια αερίων
- Ακράτεια υγρών κοπράνων
- Συχνότητα κενώσεων
- Κατάτμηση κενώσεων
- Επιτακτικότητα κενώσεων
- Σημαντικό αντίκτυπο στην **ποιότητα ζωής** - βαθμολόγηση ανάλογα με τον σχετικό κίνδυνο (risk ratio, RR)

► Διεθνώς εγκυροποιημένο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση του σΧΠΕ

- ❖ Juul T Ann Surg. 2014;259:728-234
- ❖ Emmertsen KJ Ann Surg. 2012;255:922-928

ΣΚΟΡ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΧΑΜΗΛΗΣ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΕΚΤΟΜΗΣ (LARS-score)-

οδηγίες βαθμολόγησης

Με την πρόσθεση του βαθμού κάθε απάντησης εκ των 5 προκύπτει μια συνολική βαθμολογία

Σας συμβαίνει να μην μπορείτε να ελέγξετε την αποβολή των αερίων σας;

☐ Όχι, ποτέ	0
☐ Ναι, λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα	4
☐ Ναι, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα	7

Σας συμβαίνει να έχετε αποβολή υγρών κοπράνων χωρίς να το αντιληφθείτε;

☐ Όχι, ποτέ	0
☐ Ναι, λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα	3
☐ Ναι, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα	3

Πόσο συχνά έχετε κενώσεις;

☐ Περισσότερο από 7 φορές την ημέρα (24ωρο)	4
☐ 4-7 φορές την ημέρα (24ωρο)	2
☐ 1-3 φορές την ημέρα (24ωρο)	0
☐ Λιγότερο από μία φορά την ημέρα (24ωρο)	5

Σας συμβαίνει να χρειάζεται μέσα σε μία ώρα από την τελευταία σας κένωση να χρειάζεται να έχετε ξανά κένωση;

☐ Όχι, ποτέ	0
☐ Ναι, λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα	9
☐ Ναι, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα	11

Σας συμβαίνει να έχετε τόσο έντονη ανάγκη για κένωση ώστε να πρέπει να σπεύσετε στην τουαλέτα;

☐ Όχι, ποτέ	0
☐ Ναι, λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα	11
☐ Ναι, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα	16

Συνολική Βαθμολογία:

0-20: Καθόλου LARS

21-29: Μέτριο LARS

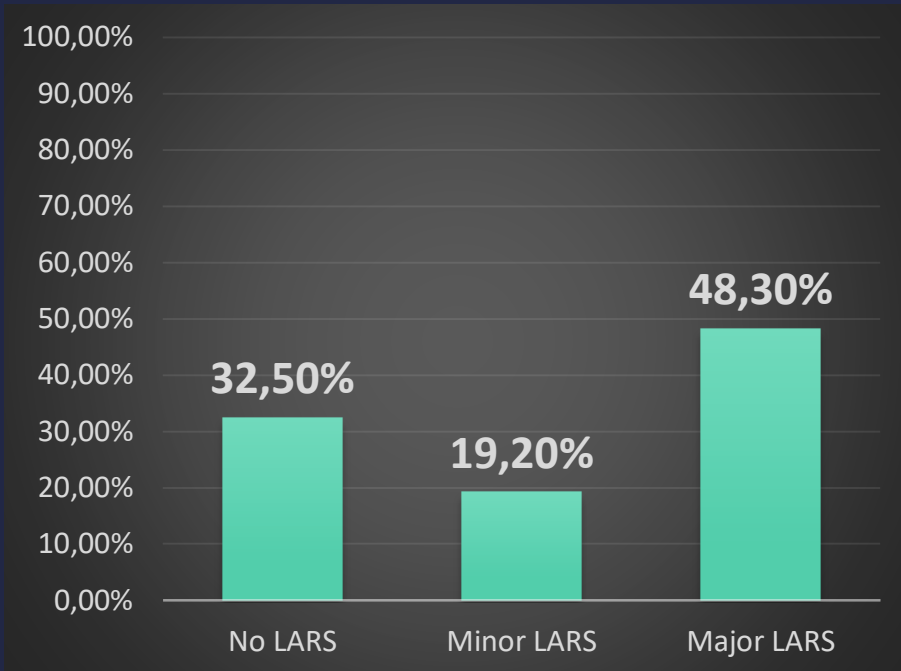
30-42: Υψηλό LARS

➤ **Διερεύνηση παραγόντων κινδύνου για το σύνδρομο χαμηλής πρόσθιας εκτομής σε Έλληνες ασθενείς με καρκίνο του ορθού**

Λιάπη Α¹, Μαυραντώνης Κ², Λαζαρίδης Π², Κουρκούνη Ε³, Θεοδωρόπουλος Γ⁴

Αναδρομική με μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση - 120 ασθενείς : 2012-2017

Η επίπτωση του συνδρόμου



❖ Στην μετα-ανάλυση του 2018, η επίπτωση του σΧΠΕ υπολογίστηκε σε 41%

Διακύμανση επίπτωσης 17,8 έως 56%

Οι συσχετίσεις του
LARS score με τα
χαρακτηριστικά των
ασθενων

	Χωρίς σχΠΕ	Μέτριο σχΠΕ	Υψηλό σχΠΕ	
	N (%)	N (%)	N (%)	p-value
Φύλο				0,167
Γυναίκες	8(22,2%)	6(16,7%)	22(61,1%)	
Άντρες	31(36,9%)	17(20,2%)	36(42,9%)	
Απόσταση όγκου				0,001
<5εκ	7(17,1%)	4(9,8%)	30(73,2%)	
5-10εκ	7(17,1%)	14(34,1%)	20(48,8%)	
>10εκ	25(65,8%)	5(13,2%)	8(21,1%)	
TNM				-
Στομία				0,123
Όχι	20(43,5%)	8(17,4%)	18(39,1%)	
Ναι	19(25,7%)	15(20,3%)	40(54,1%)	
Συμπτώματα				0,681
Τυχαίο εύρημα σε κολονοσκόπηση	3(20,0%)	3(20,0%)	9(60,0%)	
Αιμορραγία	27(37,0%)	11(15,1%)	35(47,9%)	
Αποφρακτικά συμπτώματα	2(20,0%)	2(20,0%)	6(60,0%)	
Αλλαγή συνθηκών εντέρου	4(36,4%)	3(27,3%)	4(36,4%)	
Αιμορραγία + αποφρακτικά συμπτώματα	2(50,0%)	1(25,0%)	1(25,0%)	
Αιμορραγία + αλλαγή συνθηκών εντέρου	1(14,3%)	3(42,9%)	3(42,9%)	

Οι συσχετίσεις του
LARS score με τα
χαρακτηριστικά των
ασθενών

	<u>Χωρίς</u> σχΠΕ	<u>Μέτριο</u> σχΠΕ	<u>Υψηλό</u> σχΠΕ	
	N (%)	N (%)	N (%)	p-value
Στάδιο νόσου				0,125
I	12(32,4%)	9(24,3%)	16(43,2%)	
II	15(48,4%)	5(16,1%)	11(35,5%)	
III	12(23,1%)	9(17,3%)	31(59,6%)	
Επικουρική θεραπεία				0,213
Όχι	21(39,6%)	11(20,8%)	21(39,6%)	
Ναι	18(26,9%)	12(17,9%)	37(55,2%)	
Είδος επικουρικής θεραπείας				0,003
Χημειοθεραπεία	17(41,5%)	6(14,6%)	18(43,9%)	
Χημειο + Ακτινοθεραπεία	1(3,8%)	6(23,1%)	19(73,1%)	
Νέο-επικουρική θεραπεία				0,520
Όχι	34(34,0%)	20(20,0%)	46(46,0%)	
Ναι	5(25,0%)	3(15,0%)	12(60,0%)	
Ακτινοθεραπεία				0,001
Όχι	33(43,4%)	15(19,7%)	28(36,8%)	
Ναι	6(13,6%)	8(18,2%)	30(68,2%)	

Οι συσχετίσεις του
LARS score με τα
χαρακτηριστικά των
ασθενων

	<u>Χωρίς</u> σχΠΕ	<u>Μέτριο</u> σχΠΕ	<u>Υψηλό</u> σχΠΕ	
	N (%)	N (%)	N (%)	p-value
Χειρουργική προσπέλαση				0,890
Ανοιχτά	22(34,4%)	11(17,2%)	31(48,4%)	
Λαπαροσκοπικά	17(31,5%)	11(20,4%)	26(48,1%)	
Είδος αναστόμωσης				0,001
Κολο-ορθική	32(41,0%)	21(26,9%)	25(32,1%)	
Κολο-πρωκτική	7(16,7%)	2(4,8%)	33(78,6%)	
Επιπλοκές της επέμβασης				0,064
Όχι	38(34,9%)	22(20,2%)	49(45,0%)	
Ναι	1(9,1%)	1(9,1%)	9(81,8%)	
	<u>Διάμεσος</u> (IQR)	<u>Διάμεσος</u> (IQR)	<u>Διάμεσος</u> (IQR)	
Ηλικία	71(60-77)	69(59-75)	63(55-75)	0,190
BMI	25(23-28)	28(25-29)	25(23-29)	0,143
Διάστημα σύγκλεισης στομίας	2(2-7)	4(2-5)	7(3-11,5)	0,003
Ύψος της αναστόμωσης	7(5-8)	5(4-7)	3(2-4)	0,001
Μετεγχειρητικό διάστημα	12(6-36)	12(12-36)	12(6-18)	0,068

Αποτελέσματα απλής και πολλαπλής παλλινδρόμησης

	Απλή Παλλινδρόμηση		Πολλαπλή Παλλινδρόμηση	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
Φύλο				
Γυναίκες	Ref. Cat.			
Άντρες	0.48(0.21-1.06)	0.069		
Απόσταση του όγκου				
<5εκ	Ref. Cat.		Ref. Cat.	
5-10εκ	0.35(0.14-0.88)	0.026	0,59 (0,11-3,12)	0,593
>10εκ	0.10(0.03-0.28)	0.001	-*	-
Στομία				
Όχι	Ref. Cat.			
Ναι	1.83(0.87-3.87)	0.113		
Στάδιο της νόσου				
I	Ref. Cat.			
II	0.72(0.27-1.93)	0.515		
III	1.94(0.83-4.55)	0.129		

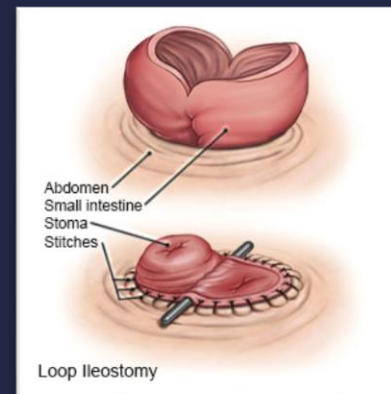
	Απλή Παλλινδρόμηση		Πολλαπλή Παλλινδρόμηση	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
Νέο-επικουρική θεραπεία				
Όχι	Ref. Cat.			
Ναι	1.76(0.66-4.68)	0.256		
Επικουρική θεραπεία				
Όχι	Ref. Cat.			
Ναι	1.88(0.90-3.90)	0.091		
Είδος επικουρικής θεραπείας				
Χημειοθεραπεία	Ref. Cat.		Ref. Cat.	
Χημειο+Ακτινοθεραπεία	3.47 (1.20-10.04)	0.022	0,50 (0,11-2,19)	0,359
Ακτινοθεραπεία				
Όχι	Ref. Cat.		Ref. Cat.	
Ναι	3.67(1.67-8.07)	0.001	2,79 (0,60-12,88)	0,189

Αποτελέσματα απλής και πολλαπλής παλινδρόμησης

	Απλή Παλινδρόμηση		Πολλαπλή Παλινδρόμηση	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
Χειρουργική προσπέλαση				
Ανοιχτά	Ref. Cat.			
Λαπαροσκοπικά	0.99(0.48-2.04)	0.975		
Είδος αναστόμωσης				
Κολο-ορθική	Ref. Cat.		Ref. Cat.	
Κολο-πρωκτική	7.73 (3.23-18.68)	0.001	0,85 (0,10-8,17)	0,860
Επιπλοκές της επέμβασης				
Όχι	Ref. Cat.		Ref. Cat.	
Ναι	5.51 (1.14-26.69)	0.034	1,80 (0,12-23,56)	0.658
Ηλικία	0.97 (0.94-1.01)	0.063		
BMI	0.98 (0.91-1.07)	0.737		
Διάστημα σύγκλεισης στομίας	1.23 (1.07-1.41)	0.003	1,31(1,06-1,61)	0,011
Ύψος της αναστόμωσης	0.58 (0.47-0.72)	0.001	0,45(0,12-1,79)	0,260
Μετεγχειρητικό διάστημα	0.98 (0.96-0.1.04)	0.062		

Προστατευτική στομία

- Η ύπαρξη ή όχι στομίας και το διάστημα έως τη σύγκλειση αυτής, φαίνεται να μην σχετίζονται με το σΧΠΕ
- Η ύπαρξη **υποκλινικής διαφυγής** από την αναστόμωση, στους ασθενείς που έχουν στομία εκτροπής, μπορεί να επηρεάσει την εντερική λειτουργία, που θα γίνει εμφανής μετά τη σύγκλειση της στομίας
- ▶ Επομένως, η όποια συσχέτιση της ύπαρξης στομίας εκτροπής με το σΧΠΕ, μπορεί τελικά να αντανακλά στην ύπαρξη αναστομωτικής διαφυγής
 - Η σύγκλειση της στομίας πρέπει να καθυστερεί και να γίνεται μετά το πέρας της επικουρικής θεραπείας
- ▶ Η διαφυγή είναι παράγοντας κινδύνου για σΧΠΕ



- ❖ Jiménez-Rodríguez RM Colorectal Dis. 2017;19:485-490
- ❖ Pucciani F Updates Surg. 2013;65:257-263
- ❖ Tulchinsky H J Surg Oncol. 2014;109:266-269
- ❖ Ashburn JH Int J Colorectal Dis. 2014;29:459-67

ΝΕΟ-ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- ▶ Η επιβλαβής επίδραση της **ακτινοβολίας** έχει επιβεβαιωθεί, είτε όταν χορηγείται προεγχειρητικά (short/long course) είτε μετεγχειρητικά, ακόμα και σε PME
- ▶ 10-60% → διαταραχές ούρησης και σεξουαλικής λειτουργίας, υποδεικνύοντας νευρολογική αιτιολογία
- ▶ Νευροφυσιολογικές μελέτες με χρήση ηλεκτρομυογραφήματος → αλλαγές στην **αυτόνομη λειτουργία** του σφιγκτηριακού συμπλέγματος
- ▶ Διορθικός υπερήχος → αυξημένη **ουλοποίηση** του σφιγκτηριακού συμπλέγματος



- ❖ Emmertsen KJ Acta Oncol. 2008;47:994-1003
- ❖ Sterk P Int J Colorectal Dis. 2005;20:423-427
- ❖ Maurer CA Recent Results Cancer Res. 2005;165:196-204
- ❖ Romaniszyn M Pol Przegl Chir. 2012;84:177-183
- ❖ Pollack J 2006;49:345-352
- ❖ Bondeven P Eur J Surg Oncol. 2015;41:1493-9
- ❖ Peeters KC J Clin Oncol. 2005;23:6199-206

ΝΕΟ-ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- ▶ Το 2015 → ανεξάρτητος κακός προγνωστικός παράγοντας η χορήγηση επικουρικής **χημειοθεραπείας (;)**
- ▶ Η επίδραση αυτού του παράγοντα , δεν φάνηκε να ξεπερνά το πρώτο μετεγχειρητικό έτος, και αποδόθηκε στην **προκαλούμενη από την χημειοθεραπεία εντερική δυσλειτουργία**



ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- ▶ Η **ηλικία**, το **φύλο** και ο **δείκτης μάζας σώματος** (BMI) έχουν διερευνηθεί ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου Αντικρουόμενα αποτελέσματα μελετών
- ▶ **Ηλικία <64 ;**
 - Πιό επιθετική θεραπεία, πιό επιθετική νόσος;
- ▶ **Ηλικία >70 ;**
 - στατιστικά σημαντική συσχέτιση έχει βρεθεί μέχρι στιγμής σε μία μόνο μελέτη που χρησιμοποιεί το LARS score ως ερωτηματολόγιο
- ▶ **Γυναικείο φύλο** → υποκείμενος τραυματισμός σφιγκτήρων στον τοκετό
- ▶ **Ανδρικό φύλο** → στενή ανδρική πυέλος = ευκολότερος τραυματισμός υπογάστριων νεύρων
 - Καμία από τις μελέτες που χρησιμοποίησαν ως εργαλείο το LARS score δεν ανέδειξε το γυναικείο ή το ανδρικό φύλο ως παράγοντα κινδύνου για το σχΠΕ

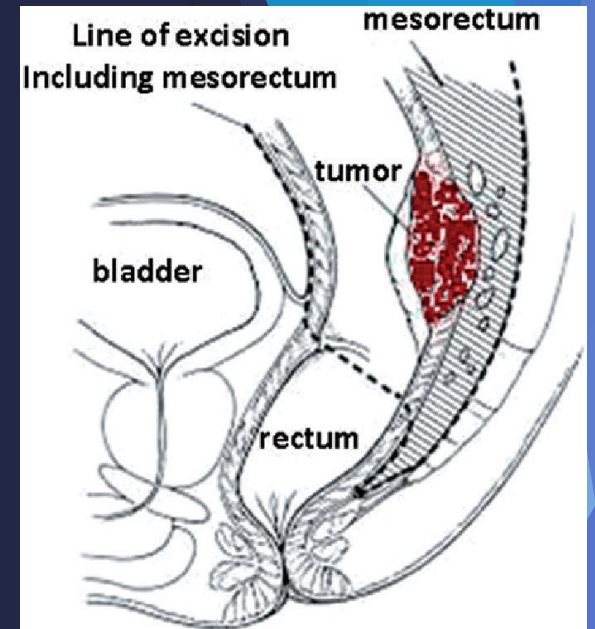
- ❖ Jiménez-Rodríguez RM Colorectal Dis. 2017;19:485-490
- ❖ Bregendahl S Colorectal Dis. 2013;15:1130-1139
- ❖ Sturiale A Int J Colorectal Dis. 2017 ;32:83-88
- ❖ Targarona EM Ann Surg. 2008;247:642-649

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

- ▶ Η **απόσταση του όγκου** παίζει καθοριστικό ρόλο και στο ύψος της αναστόμωσης
 - Bondeven et al, αναστόμωση στα 4εκ, 42% υψηλό σΧΠΕ
 - Ekkarat et al, αναστόμωση <5εκ μεγάλη πιθανότητα για υψηλό σΧΠΕ
- ▶ Το **στάδιο** της νόσου, η ταξινόμηση **TNM**, ο αριθμός των **λεμφαδένων** και τα **συμπτώματα** με τα οποία ο όγκος παρουσιάζεται (αιμορραγία, απόφραξη, αλλαγή συνηθειών εντέρου), είναι παράγοντες που έχουν διερευνηθεί λιγότερο σε σχέση με την εκδήλωση του σΧΠΕ
 - Σε μια μελέτη 277 ασθενών που δημοσιεύθηκε το 2015, ως ανεξάρτητος κακός προγνωστικός παράγοντας αναδείχθηκε η παρουσία αποφρακτικών συμπτωμάτων προεγχειρητικά

Χειρουργική τεχνική

- ▶ Προσεκτική εισαγωγή των **αυτόματων συρραπτικών** διαπρωκτικά
- ▶ Αποφυγή **βλεννογονεκτομής** (mucosectomy)
- ▶ Αποφυγή εκτομής ενός ελάχιστου μήκους ορθού → διατήρηση ακέραιου ορθοπρωκτικού αντανακλαστικού (rectoanal inhibitory reflex, **RAIR**), ανακτάται στο 2^ο μετεγχειρητικό χρόνο
- ▶ Οξεία παρασκευή του **μεσοορθού** στο ανάγγειο πλάνο, με διατήρηση της αυτόνομης νεύρωσης του ορθού και αποφυγή της υπερβολικής πλευρικής έλξης κατά την παρασκευή
- ▶ Τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής και της ρομποτικής χειρουργικής στην διατήρηση των αυτόνομων νεύρων, έχουν εκθιαστεί αλλά δεν έχουν αποδειχθεί

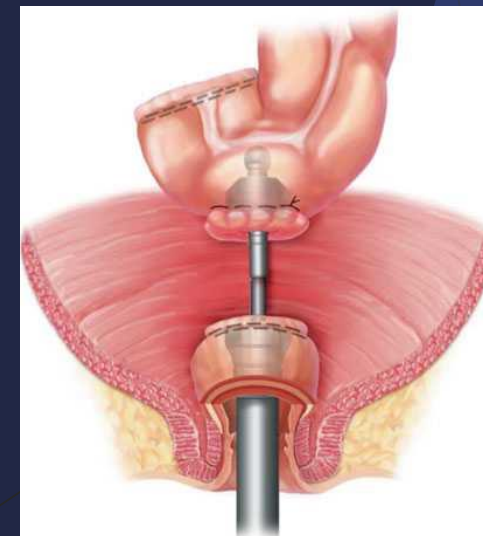
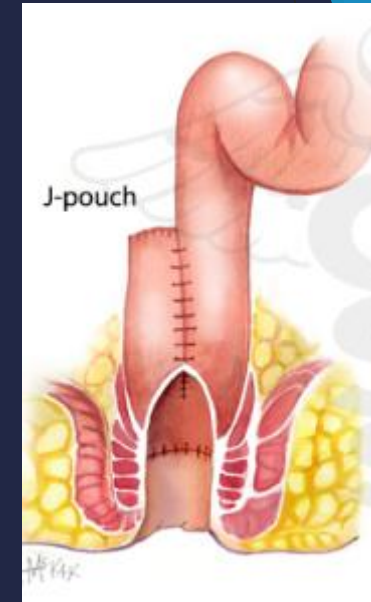


Χειρουργική τεχνική

- ▶ Η ισχαιμία της **αναστόμωσης**, το βραχύ μήκος του κατιόντος κόλου και η υπερβολική έλξη του μεσεντερίου του νεοορθού, είναι πιθανόν ότι δρουν συνεργικά στην δυσμενή μετεγχειρητική εντερική λειτουργία
- ▶ Η κινητοποίηση και η υψηλή απολίνωση των αγγείων, καταστρέφει την ανασταλτική συμπαθητική νεύρωση του κόλου → αύξηση της κινητικότητας του κόλου
- ▶ Η **κολινική δυσκινησία** (colonic dysmotility) είναι και ένας από τους παράγοντες που ευθύνονται για το σΧΠΕ
- ▶ Για την επίτευξη όμως της χαμηλής κολοπρωκτικής αναστόμωσης, είναι αναγκαία η **επαρκής κινητοποίηση του αριστερού κόλου**

Κολονική νεο-λήκυθος

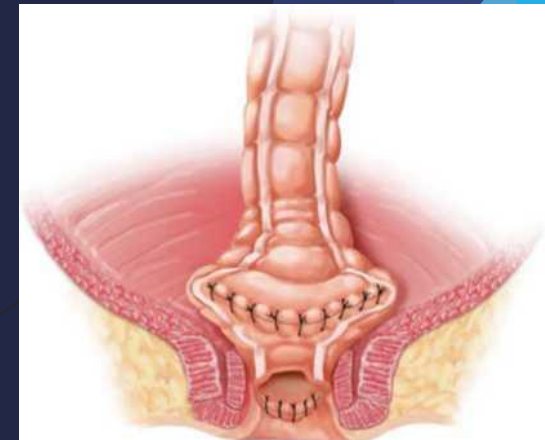
- ▶ 1986 → **J-pouch** των 8-12εκ προτάθηκε, αλλά λόγω ανεπαρκούς εκκένωσης αυτού, καθιερώθηκε το μέγεθος 5-6εκ
 - Καλύτερα βραχυπρόθεσμα λειτουργικά αποτελέσματα σε πολλές RCTs
 - Η προτιμότερη όταν είναι εφικτή (άνδρες - παχυσαρκία ;)
 - Απαραίτητη σε ISR
- ▶ Η **πλαγιο-τελική** αναστόμωση → αντιπερίσταλη του πλευρικού άκρου του παχέος εντέρου - ταχύτερη προσαρμογή του εντέρου σε υψηλότερους όγκους κοπράνων σε σχέση με το J-pouch
 - Τα λειτουργικά αποτελέσματα αυτής της χειρουργικής τεχνικής είναι παρόμοια με αυτά του J-pouch, σε μικρές RCTs



- ❖ Gamagami R Surgery. 2000;127:291-295
- ❖ Ziv Y Tech Coloproctol. 2013;17:151-162
- ❖ Parc R Br J Surg. 1986;73:139-41
- ❖ Ho YH Dis Colon Rectum. 2002;45:76-82
- ❖ Murphy J J Am Coll Surg. 2007;204:673-680

Κολονική νεο-λήκυθος

- ▶ 1994 → **Harder Pouch** (Ileocecal Interposition Graft) αντιμετάθεση του τελικού ειλεού και του τυφλού και ανιόντος κόλου για την ανακατασκευή του ορθού
 - Δεν έχει συγκριθεί σε μεγάλες RCTs με το J-pouch και ως εκ τούτου δεν χαίρει ευρείας αποδοχής από τους χειρουργούς
- ▶ 1999 → **Bern's Pouch** (Transverse Coloplasty) απλότητα τεχνικής, σύντομος χειρουργικός χρόνος και δυνατότητα κολοπρωκτικής αναστόμωσης, ιδιαίτερα σε ασθενείς παχύσαρκους με παχύ μεσόκολο
 - 2017 → τροποποιημένη εγκάρσια κολοπλαστική (Modified Transverse Coloplasty Pouch, MTCP), με τη δημιουργία ενός μικρότερου κολονικού θυλάκου, 5εκ
 - καλύτερα λειτουργικά αποτελέσματα και καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με το J-pouch ;



➤ **Προοπτική εκτίμηση του συνδρόμου χαμηλής πρόσθιας εκτομής και του ρόλου των σχετικών παραγόντων κινδύνου μετά από σφικτηροσωστικές επεμβάσεις για καρκίνο ορθού**

Α. Λιάπη¹, Γ. Θεοδωρόπουλος², Ε. Κουρκούνη³, Ε. Γεττίμης¹, Γ. Ζωγράφος²

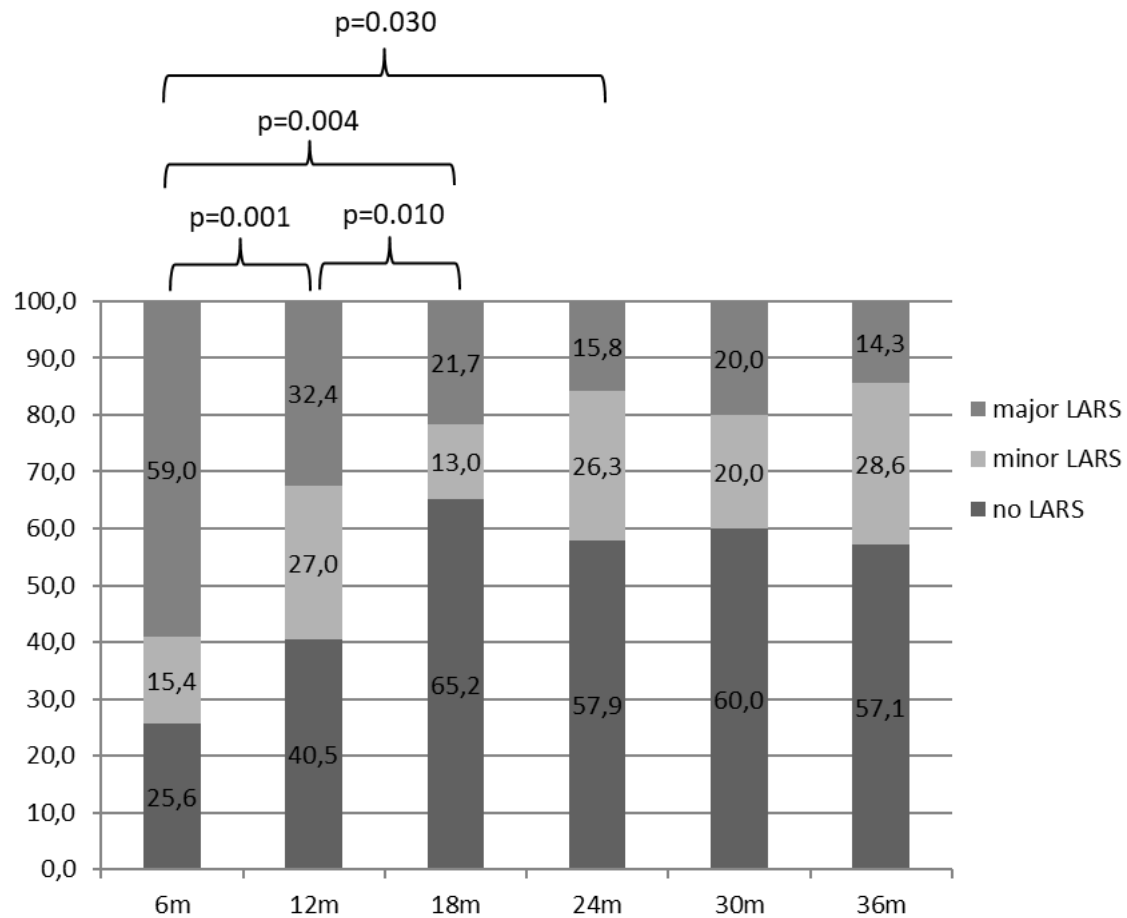
78 ασθενείς 2013-2017

Η μετεγχειρητική μεταβολή του συνδρόμου χαμηλής πρόσθιας εκτομής (σΧΠΕ) σύμφωνα με το LARS score

Η αναζήτηση παραγόντων κινδύνου σε συγκεκριμένα χρονικά σημεία (6, 12, 18, 24, 30, 36 μήνες)

Η διερεύνηση της βελτίωσης προοπτικά στις ομάδες υψηλού κινδύνου

Lars score over time



Τα ποσοστά των ασθενών με μείζον και έλασσον ΣΧΠΕ ελαττώθηκαν σημαντικά κατά τις 3 πρώτες αξιολογήσεις (έως 18 μήνες)
(74,4% έναντι 59,4% έναντι 34,7%, $p<0,01$)

Έκτοτε δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές με **20% και 25%** ασθενών να παραμένουν με μείζον και έλασσον ΣΧΠΕ σταθερά μετά τους 18 μήνες

	No LARS N(%)	Minor LARS N(%)	Major LARS N(%)	p-value
Sex				0,227
Female	2(9,1%)	2(9,1%)	18(81,8%)	
Male	18(32,1%)	10(17,9%)	28(50,0%)	
Tumor distance				<u>0,033</u>
<5cm	4(15,4%)	0(0,0%)	22(84,6%)	
5-10cm	4(14,3%)	8(28,6%)	16(57,1%)	
>10cm	12(50,0%)	4(16,7%)	8(33,3%)	
STOMA				0,525
No	10(33,3%)	6(20,0%)	14(46,7%)	
Yes	10(20,8%)	6(12,5%)	32(66,7%)	
STAGE				<u>0,028</u>
I	10(71,4%)	0(0,0%)	4(28,6%)	-
II	10(45,5%)	4(18,2%)	8(36,4%)	-
III	6(14,3%)	8(19,0%)	28(66,7%)	-
Radiation				<u>0,004</u>
No	18(31,0%)	12(20,7%)	28(48,3%)	
Yes	2(10,0%)	0(0,0%)	18(90,0%)	
Chemotherapy				0,898
No	6(20,0%)	4(13,3%)	20(66,7%)	
Yes	14(29,2%)	8(16,7%)	26(54,2%)	
Type				0,673
Open	8(22,2%)	8(22,2%)	20(55,6%)	
Laparoscopic	12(30,0%)	4(10,0%)	24(60,0%)	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	
Age	69(60-75)	68(65-72)	61(55-75)	0.537
Height of anastomosis	7(5-8)	6(4-7)	3(2-6)	<u>0.006</u>

Η απόσταση του όγκου

Το ύψος αναστόμωσης

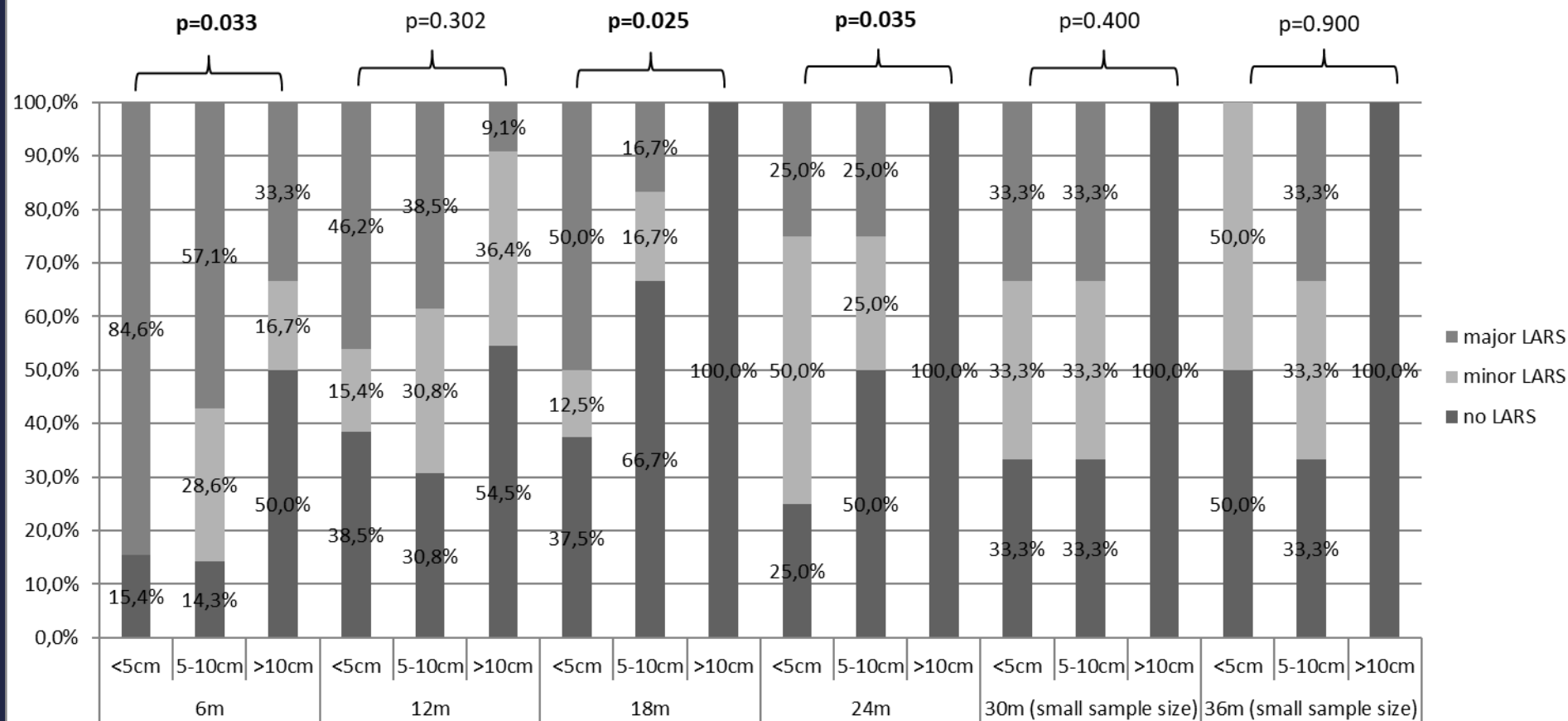
Η ακτινοθεραπεία

Το στάδιο νόσου

Αναδείχθηκαν παράγοντες κινδύνου
(υψηλό LARS score) στους **6 μήνες**

$p < 0,03$

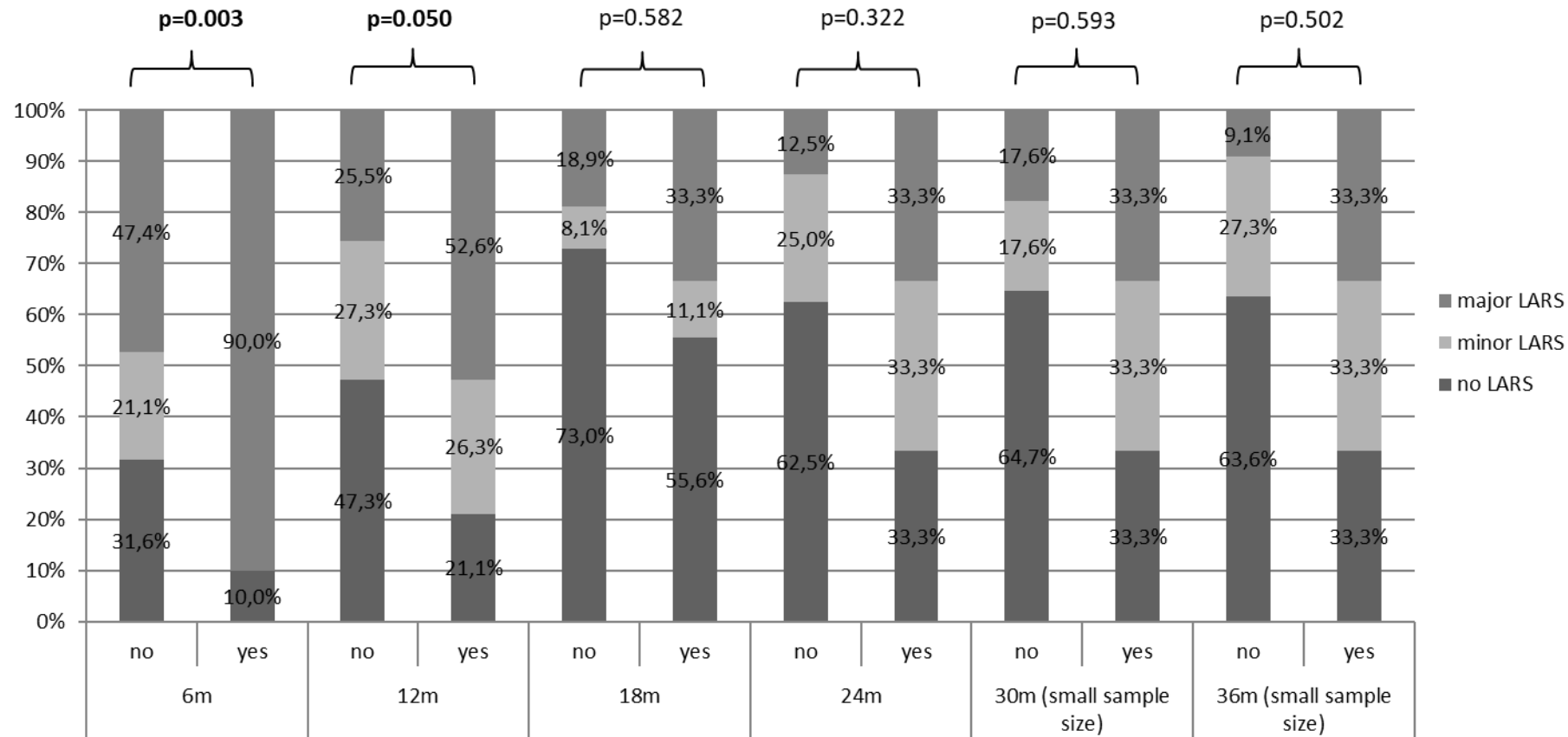
Tumor distance as a risk factor over time



Η απόσταση του όγκου και το ύψος της αναστόμωσης παρέμειναν ως παράγοντες κινδύνου σχεδόν καθ' όλη την παρακολούθηση,

Αν και οι ασθενείς με όγκο στα <5 εκ βελτιώθηκαν σημαντικά με την πάροδο του χρόνου

Radiation as a risk factor over time



Ασθενείς μετά ακτινοθεραπεία
εμφάνισαν υψηλό LARS score στο πρώτο
εξάμηνο (90%)

που βελτιώθηκε στο δεύτερο (52.6%)

και παρέμεινε σταθερό από του 18 μήνες και
μετά (33.3%)

Συμπεράσματα:



Το **σΧΠΕ** βελτιώνεται στην πλειοψηφία των ασθενών μετά τους **18 μήνες**



Η **απόσταση του όγκου** παραμένει ως παράγοντας κινδύνου για τουλάχιστον **24 μήνες**



Η **ακτινοβολία** φαίνεται να επηρεάζει το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών έως τους **πρώτους 18 μήνες**



1 στους 5 ασθενείς μακροπρόθεσμα θα υποφέρει από **σοβαρό σΧΠΕ**

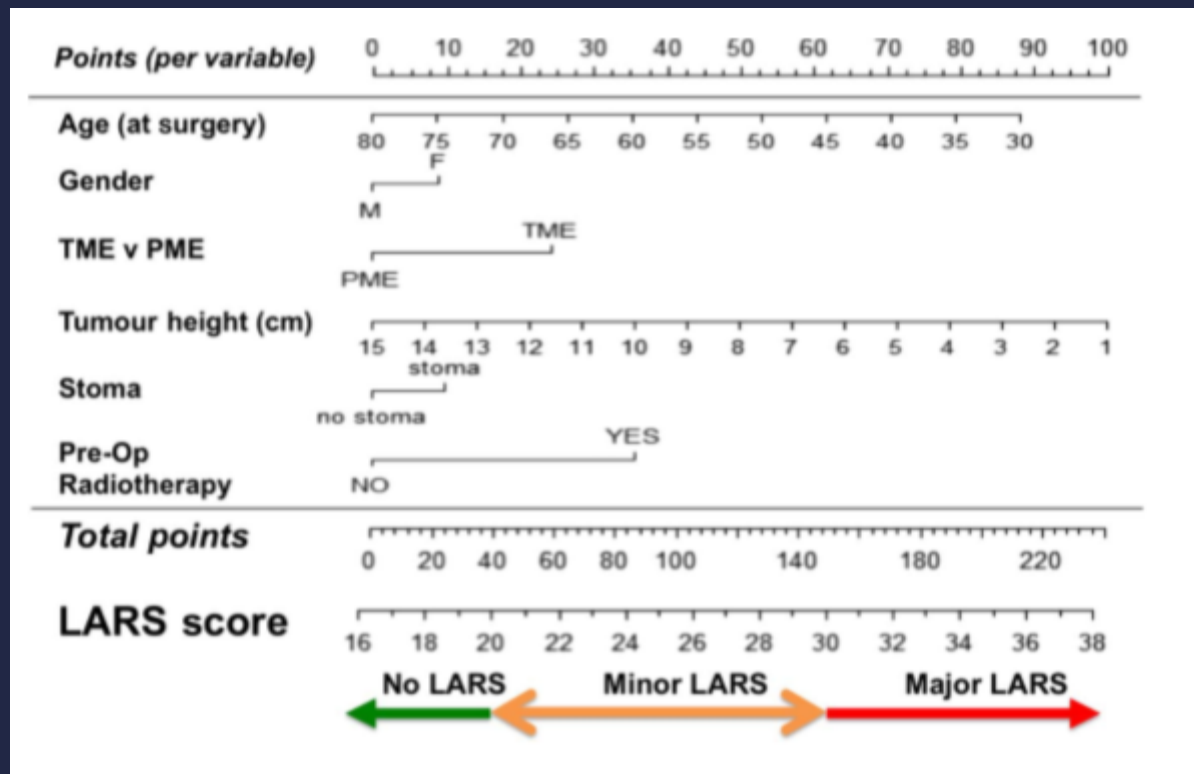
ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΧΑΜΗΛΗΣ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΕΚΤΟΜΗΣ

- ▶ 2012 → Προεγχειρητική MRI: το πάχος του ηβοορθικού μυός $<3,5$ χιλ = κακός προγνωστικός δείκτης της εντερικής λειτουργίας
- ▶ 2016 → προβλεπτικό μοντέλο, για την εξαρτόμενη από την επηρεασμένη εντερική λειτουργία, ποιότητα ζωής (impaired bowel-related quality of life – **BQoL**) μετά από σφιγκτηροσωστική επέμβαση για καρκίνο του ορθού
 - Κύριοι παράγοντες κινδύνου: η **νεο-επικουρική ακτινοθεραπεία** και η **απόσταση του όγκου από τον πρωκτικό δακτύλιο**



2018

Το πρώτο προβλεπτικό νομόγραμμα για το σΧΠΕ, το **POLARS** (Pre-Operative LARS-score)



What you should know about the low anterior resection syndrome - Clinical recommendations from a patient perspective.

van der Heijden JAG¹, Thomas G², Caers F³, van Dijk WA⁴, Slooter GD⁵, Maaskant-Braat AJG⁶.

‘survival mode’

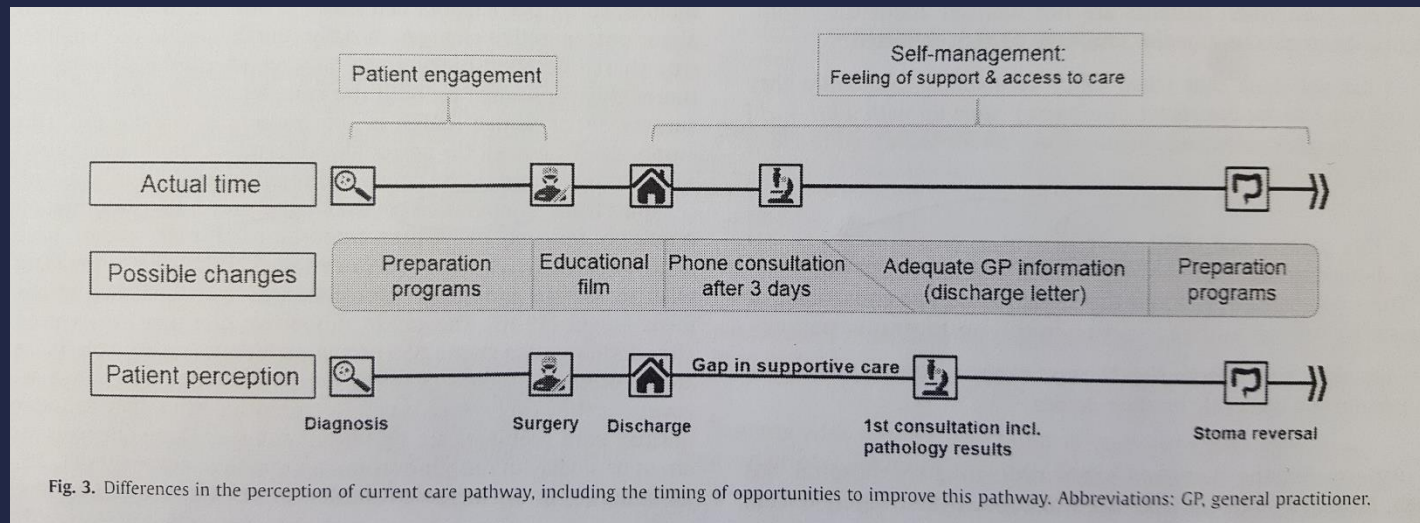
Ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα

Καταθληπτική συμπτωματολογία

Πόνος – σεξουαλική δυσλειτουργία

Κοινωνική υποστήριξη

Επίπτωση στους οικείους



Δίαιτα

↑ Πρόσληψη φυτικών ινών

Μείωση πρόσληψης λιπαρών

Μικρά και συχνά γεύματα

Αποφυγή πικάντικων φαγητών και γλυκαντικών

Φάρμακα

Κλύσματα, υπόθετα, διογκωτικοί παράγοντες

Loperamide ή αντιβιοτικά (neomicine, rifaximin) → υπερανάπτυξη χλωρίδας λεπτού εντέρου

5-HT3 ανταγωνιστές (ramosetron) σε ↑ μεταγευματικό αντανακλαστικό

Δεσμευτικά των χολικών οξέων (colesevelam)

Προβιοτικά, στεροειδή, ΜΣΑΦ → δεν έχουν ένδειξη

Διαπρωκτική ανάστροφη έκπλυση

Ακράτεια και αυξημένη συχνότητα κενώσεων

Από την προσωρινή στομία → rehabilitative effect

>250ml → colonic mass movements & functional responses



Αναδιαμόρφωση
πυελικού
εδάφους

Ακράτεια και αυξημένη συχνότητα κενώσεων

Ασκήσεις Kegel

Βιοανάδραση

Ηλεκτροδιέγερση

Ασκήσεις με ογκομετρικό ασκό



Sacral nerve
stimulation

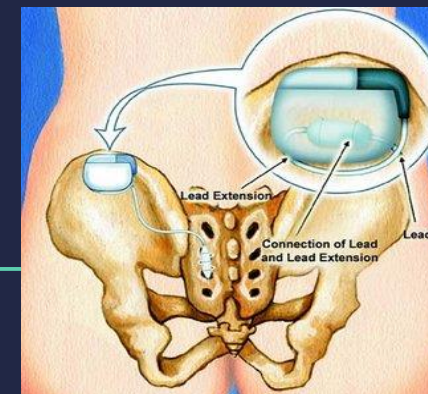
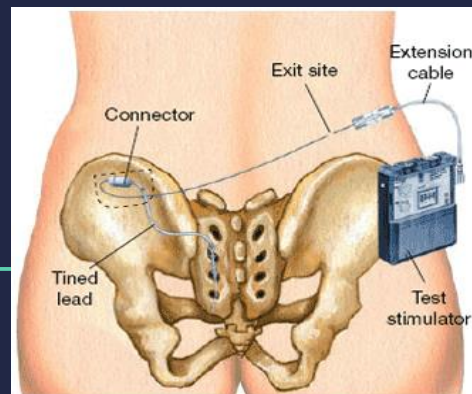
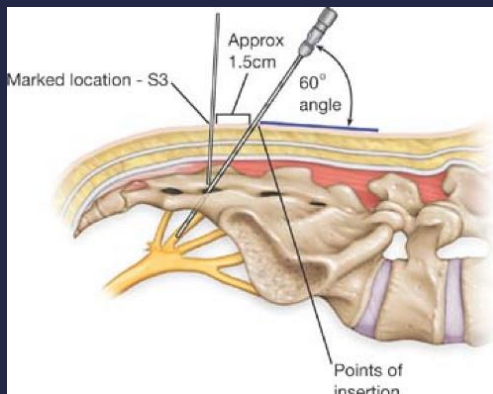
Ανθεκτική ακράτεια, >1έτος μείζον LARS score

2 stage, stimulation test (10-28 μέρες), >50% βελτίωση PNE, Seldinger τεχνική υπό
ακτινοσκόπηση, ηλεκτρόδια στα ιερά τρήματα I2-I4, 80% μόνιμη εμφύτευση

Intention to treat success 74.4% - **94.1%** βελτίωση συμπτωμάτων

Στομία

Σοβαρή συμπτωματολογία >2έτη



Low Anterior Resection Syndrome: A Treatment Algorithm.

Martellucci J¹.

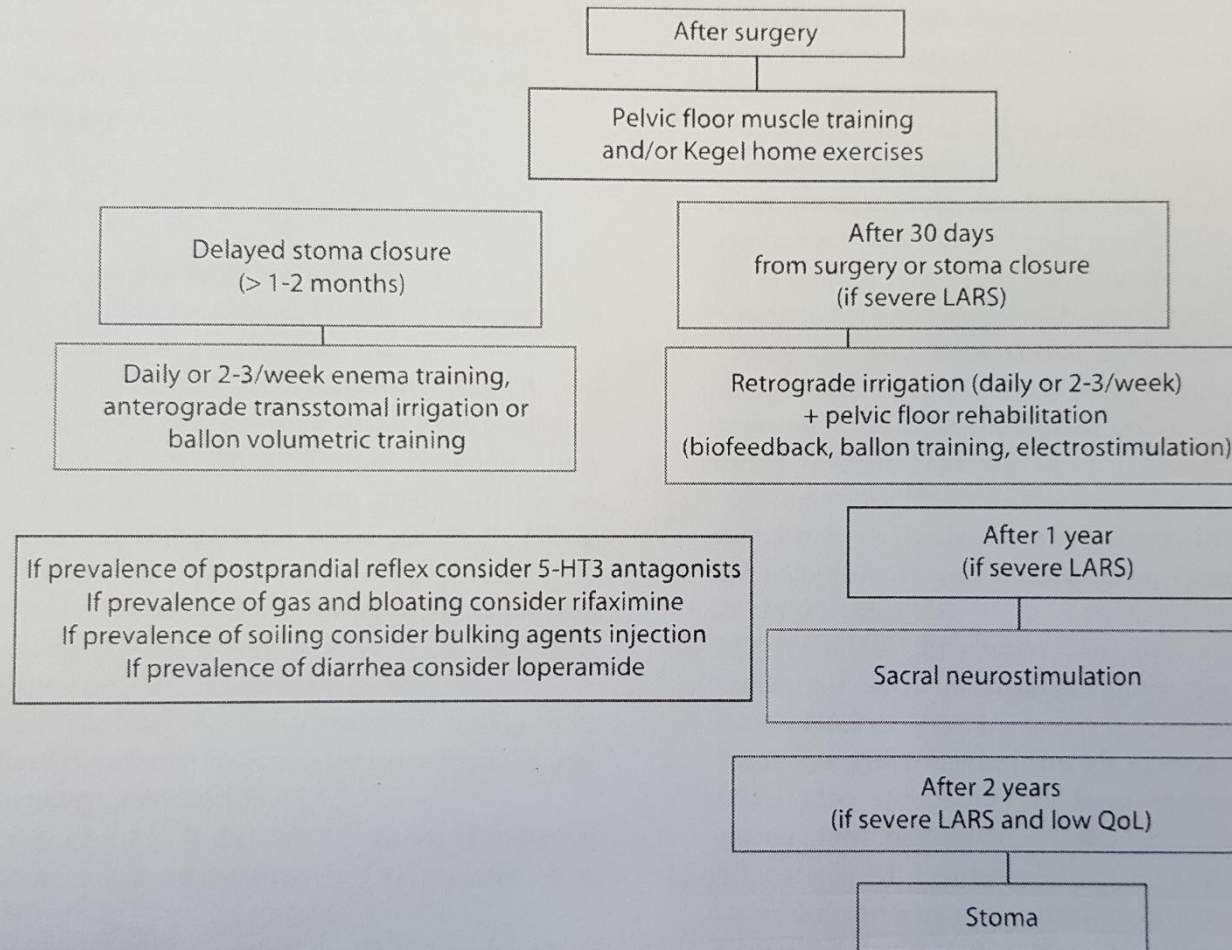


Figure 1. Treatment algorithm. LARS = low anterior resection syndrome; QoL = quality of life.

Ενημέρωση – Πρόληψη – Θεραπεία

- ❖ Καθιέρωση **LARS score** → εφικτή η μετα-ανάλυση
- ❖ Παράγοντες που καθιστούν μια ομάδα ασθενών **υψηλού κινδύνου**
- ❖ **Ολιστική προσέγγιση** ογκολογικού ασθενούς



1^ο Πανελλήνιο
Συνέδριο



Κολοπρωκτολογίας
Τεκμηριωμένη γνώση -
εξατομικευμένη προσέγγιση

Σας ευχαριστώ