

ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Βίρλος Ι.

Νοσοκομεία Derby & Burton University Hospitals, UK και Metropolitan General, Αθήνα

Η δυσκοιλιότητα αποτελεί μία συχνή κατάσταση, η οποία ταλαιπωρεί η έχει ταλαιπωρήσει μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Αποτελεί μία **χρόνια κατάσταση** κατά την οποία συνήθως:

- είτε η συχνότητα επίσκεψης στη τουαλέτα είναι μειωμένη λόγω έλλειψης επιθυμίας
- είτε υπάρχει μεγάλη προσπάθεια κατά τη διάρκεια της κένωσης
- είτε υπάρχει συνδυασμός των δυο καταστάσεων
- επίσης μπορεί να συνυπάρχει με κοιλιακό πόνο, φούσκωμα της κοιλιάς (ανακουφίζεται με την κένωση του έντερου) και η οποία μπορεί να αποτελέσει έκφραση μίας συχνής κατάστασης, του **ευερέθιστου έντερου**.

Μπορεί να συνυπάρχει με κενώσεις σκληρών κοπράνων η αίσθημα ατελούς κένωσης.

Είναι σημαντικό να αποκλειστεί οργανική νόσος του παχέος εντέρου, η οποία και μπορεί να ευθύνεται για την δυσκοιλιότητα.

Η **παροδική δυσκοιλιότητα** συνήθως οφείλεται σε μειωμένη λήψη φυτικών ινών και νερού, μειωμένη σωματική άσκηση και διορθώνεται τις περισσότερες φορές με την αλλαγή διατροφικών συνηθειών, δηλαδή λήψη αυξημένων φυτικών ινών όπως φρούτα και λαχανικά, λήψη αυξημένης ποσότητας νερού, εισαγωγή σωματικής άσκησης καθώς και διατήρησης καθημερινής ρουτίνας αναφορικά με τη λήψη γευμάτων και ειδικά σε μεγαλύτερες ηλικίες.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ

Εξαιρούμενης της παροδικής δυσκοιλιότητας οι δυο κύριες κατηγορίες χρόνιας δυσκοιλιότητας είναι:

A. Η δυσκοιλιότητα βραδείας διάβασης (slow transit constipation), η οποία οφείλεται σε δυσλειτουργία των κυττάρων που είναι υπεύθυνα για την κινητικότητα του εντέρου. Ο κυριότερος λόγος δυσκοιλιότητας βραδείας διάβασης είναι οι παρενέργειες φαρμάκων όπως κάποια αντιυπερτασικά, αντιόξινα, συμπληρώματα σιδήρου, αντιχολινεργικά ή μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Επίσης παρατηρείται σε κάποιες νευρολογικές καταστάσεις όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας, νόσος του Parkinson's, διαβητική νευροπάθεια καθώς και σε υποθυρεοειδισμό, υπερασβεστιαμία καθώς και υποκαλιαιμία.

B. Η δυσκοιλιότητα δυσλειτουργικής η αποφρακτικής απόδευσης (obstructive defecation syndrome) παρατηρείται μετά από χαλάρωση του πυελικού εδάφους λόγω τοκετών ή χρόνια αυξημένης πίεσης στη πύελο λόγω χρόνιας δυσκοιλιότητας. Αυτή η κλινική κατάσταση είναι σύνθετη και τα κύρια συμπτώματα είναι η παρατεταμένη προσπάθεια απόδευσης, δυσκολία απόδευσης, δυσφορίας στη περιοχή του ορθού, η αίσθηση ατελούς κένωσης καθώς και η ανάγκη βοήθειας από τον ασθενή – με τη βοήθεια του δακτύλου του - έτσι ώστε να επιτευχτεί η κένωση. Θα πρέπει επίσης να τονιστεί ότι τα συμπτώματα μπορεί να ποικίλλουν αφού μπορεί να συνυπάρχουν δυσκοιλιότητα βραδείας διάβασης, πρόπτωση γυναικολογικών οργάνων όπως επίσης άγχος ή κατάθλιψη.

Οι διάφορες μορφές της δυσκοιλιότητας δυσλειτουργικής η αποφρακτικής απόδευσης είναι:

1. **Το σύνδρομο της παράδοξης σύσπασης των ανελκτήρων και σφιγκτήρων μυών** η αλλιώς **δυσυνέργεια του πυελικού εδάφους**, όπου κατά τη διάρκεια της απόδευσης η αδυναμία των μυών αυτών να χαλαρώσουν έτσι ώστε να ευθιαστεί το ορθό έχει ως αποτέλεσμα να δυσκολεύεται και να εμποδίζεται η απόδευση (κένωση).

2. **Η ορθοκήλη (πρόσθια ορθοκήλη)**, η οποία αντιπροσωπεύει πρόπτωση (προεκβολή) του ορθού προς τον κόλπο και κατά τη διάρκεια αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης (βήχας, αφόδευση) δημιουργείται μία διαφορά πίεσης μεταξύ ορθού και κόλπου με αποτέλεσμα τη προβολή του ορθού στον κόλπο. Η ορθοκήλη μπορεί να είναι και τελείως ασυμπτωματική και ως αποτέλεσμα: τοπικής μυικής και νευρολογικής βλάβης κατά τη διάρκεια τοκετού/ων ή ορμονικών αλλαγών μετά την εμμηνόπαυση.
3. **Ο εγκολεασμός (εσωτερική πρόπτωση) του ορθού** αντιπροσωπεύει την κατάσταση κατά την οποία το ορθό κατά τη διάρκεια της αφόδευσης αναδιπλώνεται (εγκολεάζεται) μέσα στον ίδιο του τον αυλό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την κάθοδο του ορθού - κατά την αφόδευση – προς το πρωκτό με αποτέλεσμα ο εγκολεασμός είτε να παραμένει μέσα στο ορθό (εσωτερική πρόπτωση) η στη πιο ακραία του μορφή να εξωτερικεύεται (εξωτερική πρόπτωση του ορθού). Ο εγκολεασμός του ορθού μπορεί να συνοδεύεται από τα συμπτώματα που περιγράφηκαν πιο πάνω η να είναι ασυμπτωματικός.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ

Η παρουσία κάποιων συμπτωμάτων, όπως αιμορραγία από το ορθό, απώλεια βάρους ή μία μάζα στη κοιλιά που μπορεί να συνοδεύουν τη χρόνια δυσκοιλιότητα (ειδικά σε ηλικίες άνω των 50 ετών) πρέπει να διερευνούνται με **κολονοσκόπηση** μαζί με απεικονιστικές μεθόδους (αξονική τομογραφία της κοιλιάς και της πυέλου) έτσι ώστε να αποκλειστεί οργανική νόσος του παχέος εντέρου, η οποία και μπορεί να ευθύνεται για την δυσκοιλιότητα. Η καλή λήψη ιστορικού είναι σημαντική για την κατηγοριοποίηση της δυσκοιλιότητας (βραδείας διάβασης η αποφρακτικής αφόδευσης) αλλά και για να αποκλειστούν παθολογικές καταστάσεις ή φάρμακα τα οποία ευθύνονται για τη δυσκοιλιότητα. Επίσης πρέπει να ελέγχονται τα επίπεδα των θυρεοειδικών ορμονών, ασβεστίου και καλίου του αίματος. Από την άλλη μεριά υπάρχουν εξετάσεις με τις οποίες απεικονίζεται η ανωμαλία που ευθύνεται για την δυσκοιλιότητα.

Η δυσκοιλιότητα βραδείας διάβασης ελέγχεται με μία απλή εξέταση, τη **διάβαση του παχέος εντέρου (colonic transit study)**, κατά την οποία ελέγχεται ακτινολογικά η κινητικότητα του εντέρου.

Η δυσκοιλιότητα δυσλειτουργικής η αποφρακτικής αφόδευσης ελέγχεται:

- ανατομικά με το **πρωκτογράφημα** ή **αφοδεογράφημα** (είτε με τη χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας ή με τη βοήθεια μαγνητικού τομογράφου: μαγνητική πρωκτογραφία)
- από πλευράς φυσιολογίας με τη **μανομετρία του πρωκτού και του ορθού**

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ

Η θεραπευτική προσέγγιση της χρόνιας δυσκοιλιότητας πρέπει να εξατομικεύεται και περιλαμβάνει:

α) Αλλαγή διατροφικών συνηθειών και συνηθειών καθημερινής ρουτίνας

όπως λήψη αυξημένων φυτικών ινών (φρούτα και λαχανικά), λήψη αυξημένης ποσότητας νερού, εισαγωγή σωματικής άσκησης καθώς και διατήρησης καθημερινής ρουτίνας αναφορικά με τη λήψη γευμάτων.

β) Φάρμακα

Η πρώτη συμβουλή είναι να αποφεύγεται η υπερβολική χρήση των υπακτικών φαρμάκων (φαρμάκων που διευκολύνουν τις κενώσεις).

Τα **φάρμακα υποκατάστατα φυτικών ινών** πρέπει να δίνονται μόνο όταν οι ασθενείς δεν μπορούν να καταναλώσουν επαρκείς ποσότητες φυτικών ινών και συνίσταται για τη μέτριο βαθμού δυσκοιλιότητα. Σε πιο δύσκολες περιπτώσεις μπορούν να χορηγηθούν **ωσμωτικά υπακτικά** ενώ σε κάποιες περιπτώσεις δυσκολίας κένωσης (αφόδευσης) μπορούν να χορηγηθούν υπόθετα ή ένας χαμηλός υποκλυσμός (κλύσμα του εντέρου).

Αναφορικά με τη φαρμακευτική θεραπεία της δυσκοιλιότητας βραδείας διάβασης υπάρχει μία νεώτερη γενιά φαρμάκων, τα **προκινητικά φάρμακα του εντέρου**, με πιο σύγχρονη την **προυκαλοπρίδη**, η οποία επιδρά στους υποδοχείς της σεροτονίνης (νευροδιαβιβαστή) του εντέρου, με αποτέλεσμα την επιτάχυνση της κινητικότητας του εντέρου.

γ) Βιοανάδραση (biofeedback)

Η μορφή αυτή θεραπείας εφαρμόζεται σε περίπτωση αποφρακτικής αφόδευσης ή αποτυχίας φαρμακευτικής αγωγής στη δυσκοιλιότητα βραδείας διάβασης αφού βελτιώνει το συντονισμό των μυών του πυελικού εδάφους κατά τη διάρκεια της αφόδευσης αλλά και τη κινητικότητα του εντέρου. Και στις δύο αυτές μορφές δυσκοιλιότητας είναι αποτελεσματική στα δύο τρίτα των ασθενών περίπου.

Έχει αποτελεσματικότητα τόσο για τη μέτριο βαθμού δυσκοιλιότητα όσο και για τη δύσκολα αντιμετωπίσιμη δυσκοιλιότητα.

δ) Χειρουργική αντιμετώπιση

Η χειρουργική αντιμετώπιση πρέπει να αποτελεί το τελευταίο στάδιο θεραπείας και χρειάζεται προσεκτική επιλογή των ασθενών αφού η πλειοψηφία των ασθενών δεν χρειάζεται χειρουργική αντιμετώπιση. Η χειρουργική θεραπεία διαφέρει ανάλογα με το τύπο της δυσκοιλιότητας

Δυσκοιλιότητα βραδείας διάβασης

Μπορεί να εφαρμοστεί εφόσον έχουν αποτύχει οι μέθοδοι που προαναφέρθηκαν και κυρίως μακρά θεραπεία με υπακτικά και προκινητικά φάρμακα. Πρέπει να τονιστεί στους ασθενείς ότι υπάρχει μικρή πιθανότητα μη βελτίωσης της δυσκοιλιότητας ή και διάρροιας.

Η εγχείρηση επιλογής είναι η **λαπαροσκοπική ολική κολεκτομή** (αφαίρεση όλου του παχέος εντέρου και διατήρηση του ορθού) με ειλεο-ορθική αναστόμωση (ένωση του λεπτού εντέρου με το ορθό).

Μία άλλη επέμβαση είναι οι **πλύσεις (υποκλυσμός) του παχέος εντέρου** δια μέσω είτε ενός μικρού ανοίγματος της σκωληκοειδούς απόφυσης στο δέρμα είτε δια μέσω ενός μικρού σωλήνα που συνδέεται με το έντερο και μπορεί να τοποθετηθεί ενδοσκοπικά (Antegrade continent enema).

Δυσκοιλιότητα αποφρακτικής αφόδευσης

Σε αυτές τις περιπτώσεις και εφόσον η βιοανάδραση δεν έχει βοηθήσει τον ασθενή τότε η εγχείρηση επιλογής για τη διόρθωση της ορθοκλήης καθώς και του εγκολεασμού λόγω εσωτερικής πρόπτωσης του ορθού είναι η **λαπαροσκοπική ορθοπηξία** με καλά αποτελέσματα σε έμπειρα χέρια. Σε αυτή τη περίπτωση το ορθό επιστρέφει στη φυσική του θέση και «στερεώνεται» στο ιερό οστό έτσι ώστε να αποφεύγεται η πρόπτωση του.