

Κακοήθεις παθήσεις παχέος εντέρου



ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ε. ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ, FACS, FASCRS

ΑΝΑΠΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ



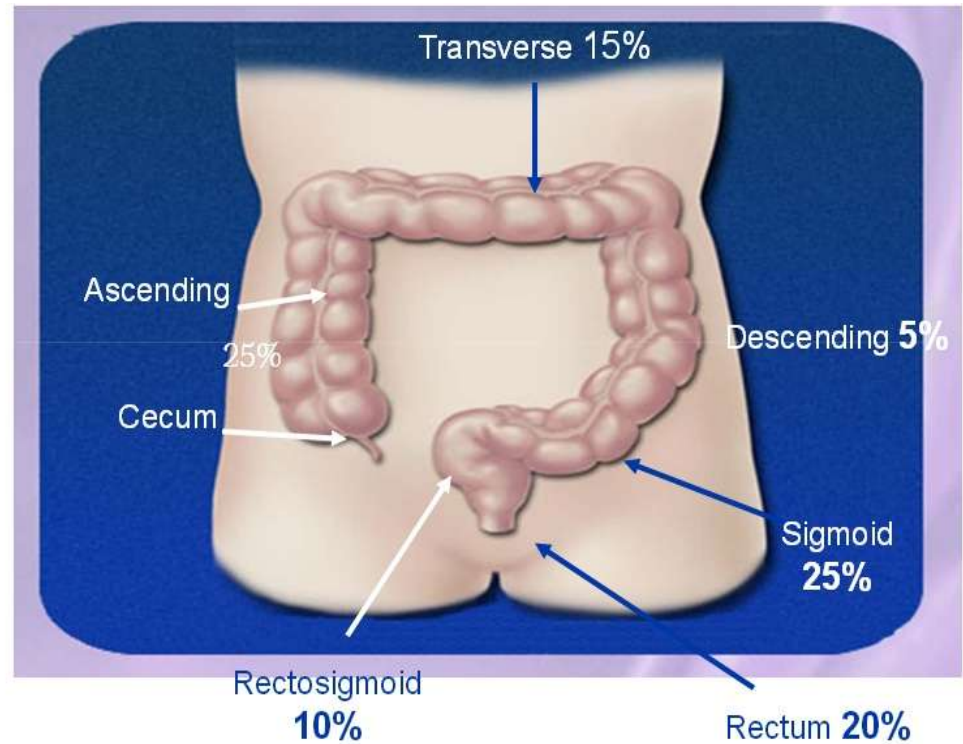
Ca παχέος εντέρου

A. Αδενοκαρκίνωμα (97%)

B. Άλλοι τύποι (3%)

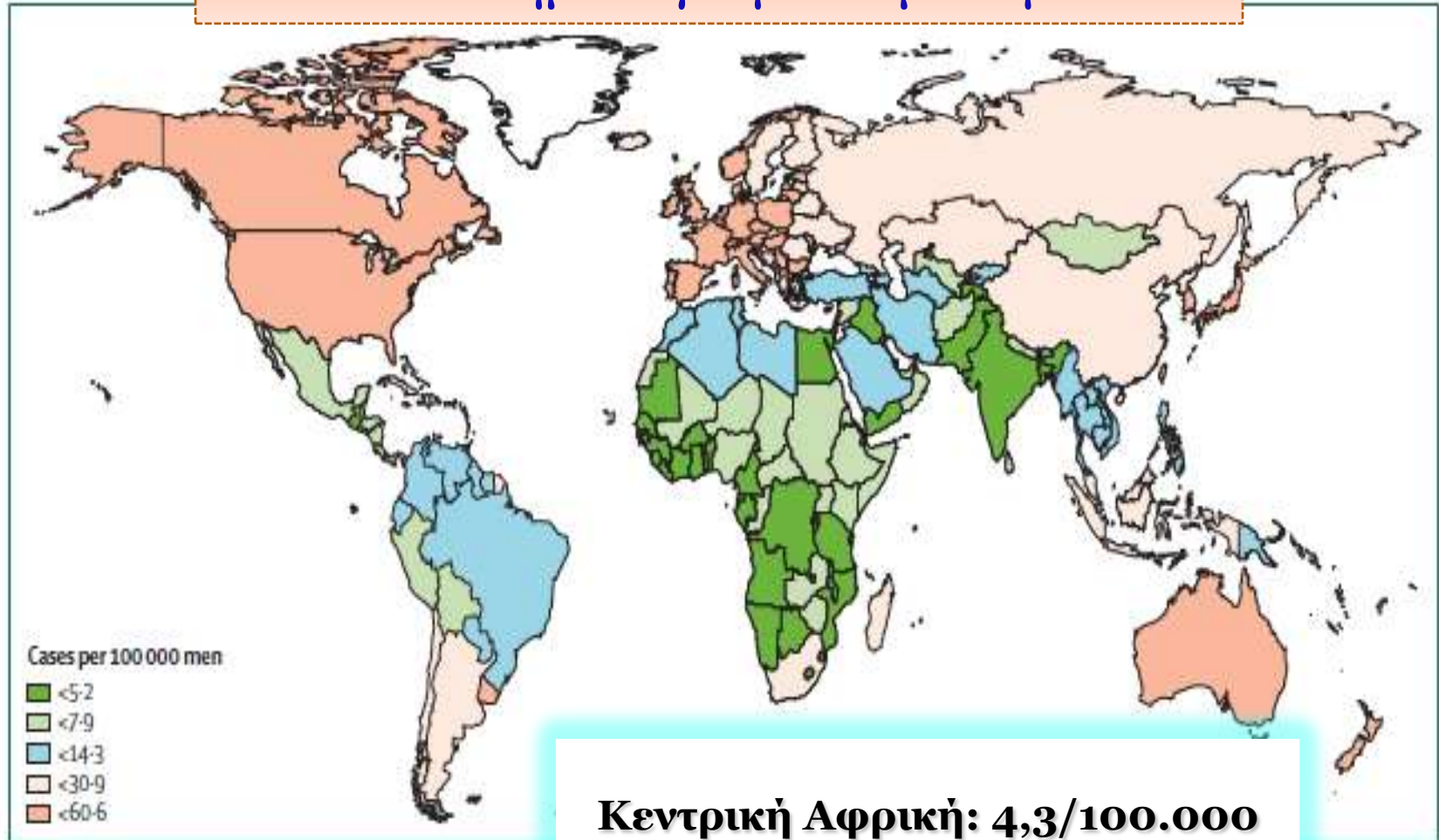
- Ακανθοκυτταρικά (34%)
- Καρκινοειδή (33%)
- Μεταβατικού επιθηλίου (17%)
- Λεμφώματα (11%)
- Σαρκώματα (4%)
- Μελανώματα (0,9%)

DiSario et al, Dis Colon & Rectum, 1994



Ca παχέος εντέρου

Επιδημιολογική διακύμανση

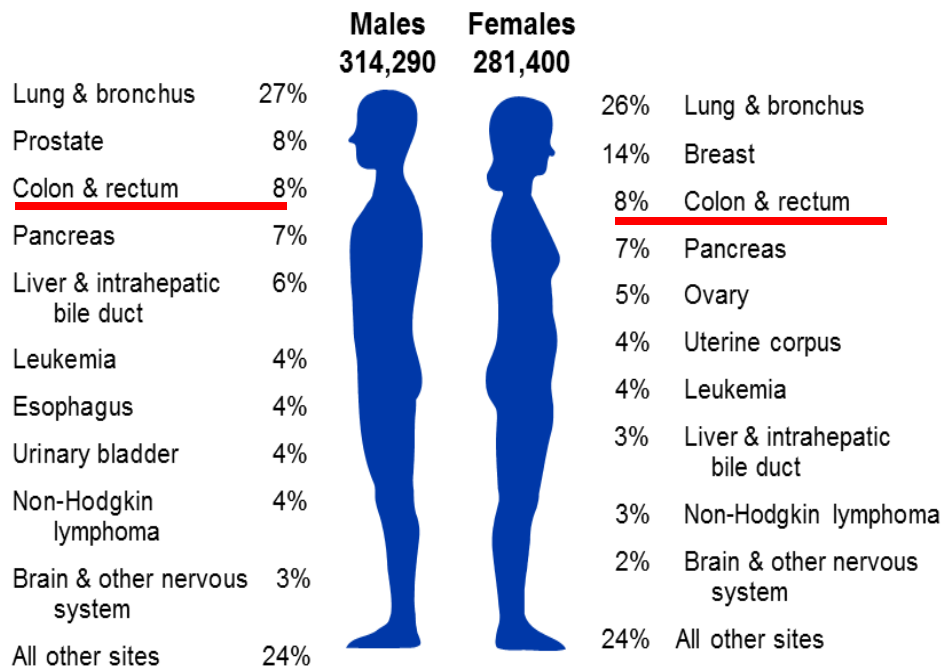
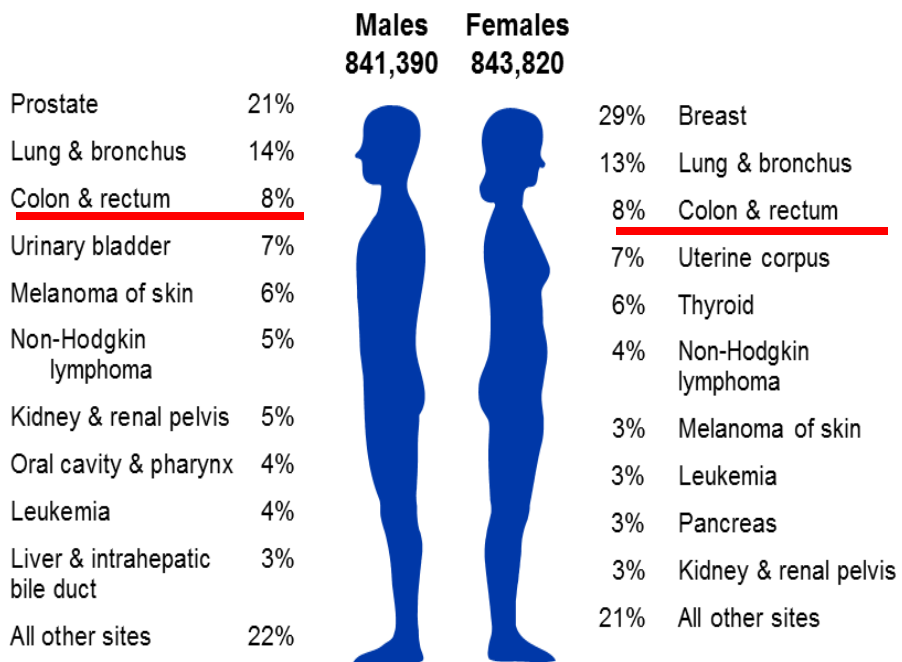


ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ



Estimated New Cancer Cases* in the US in 2016

Estimated Cancer Deaths in the US in 2016



*Excludes basal cell and squamous cell skin cancers and in situ carcinoma except urinary bladder.

- **10,5%** (άνδρες), **10,3%** (γυναίκες) όλων των καρκίνων

- **1.023.152** νέες περιπτώσεις παγκοσμίως

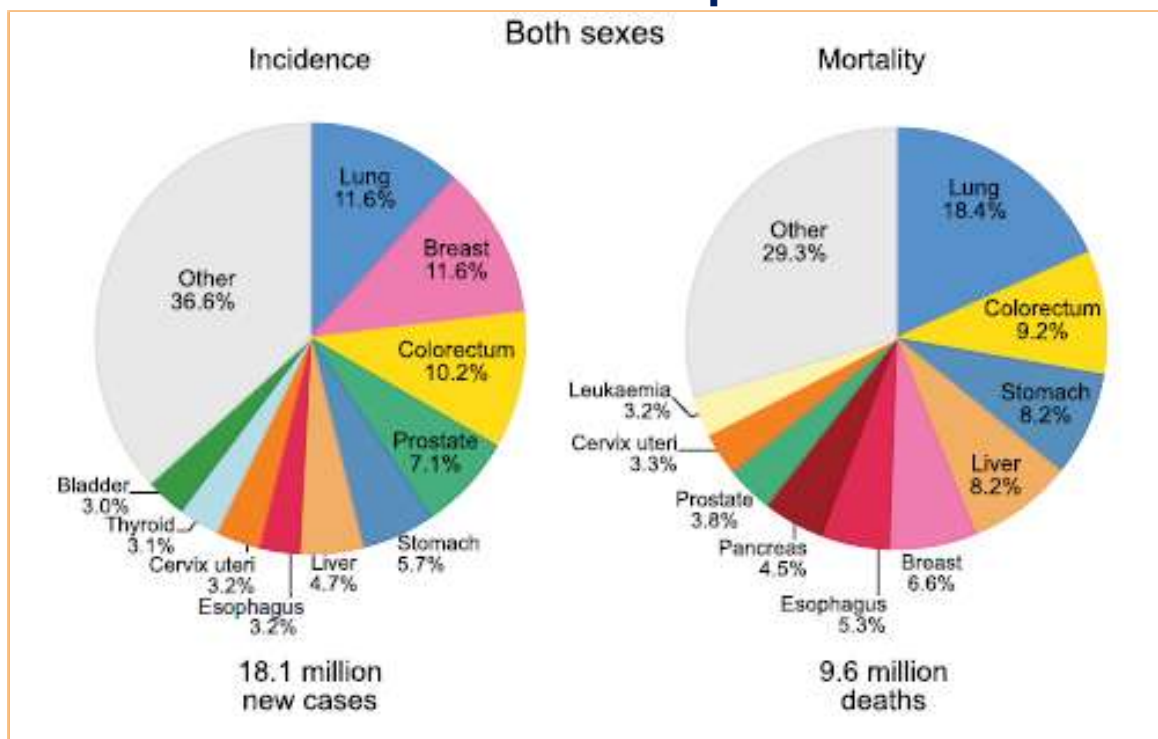
- **528.978** θάνατοι παγκοσμίως

- **Φύλο: άνδρες = γυναίκες**

- **304.000** νέες περιπτώσεις καρκίνου παχέος εντέρου στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα το χρόνο

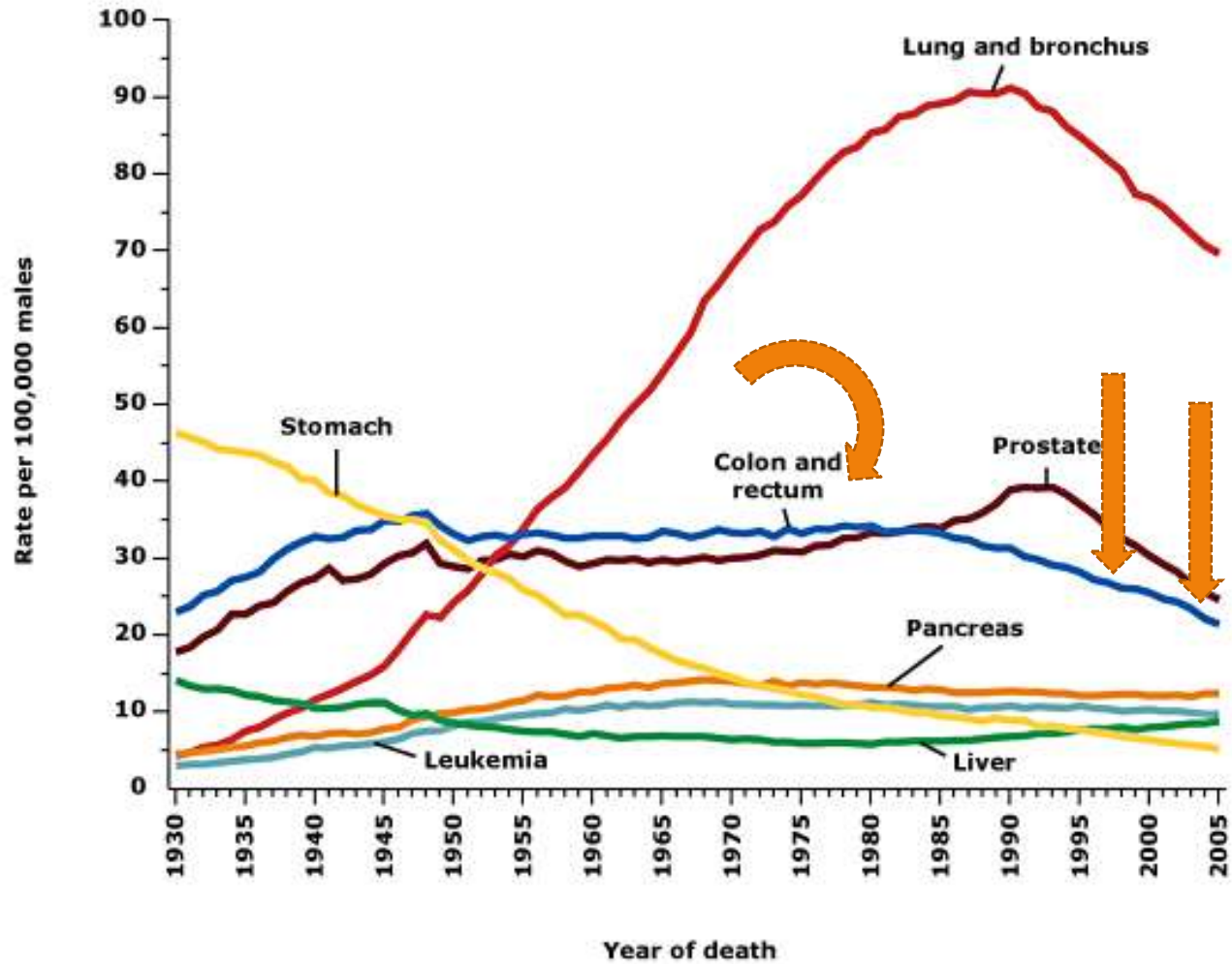
- **5%** των ενηλίκων θα αναπτύξουν καρκίνο παχέος εντέρου

- **40%** από αυτούς θα αποβιώσουν από τη νόσο



Ca παχέος εντέρου

Πτώση θνητότητας



ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Παράγοντες κινδύνου που μπορούν να αποφευχθούν (Πρόληψη α΄βαθμού)



ΔΙΑΙΤΑ

↓ κίνδυνος: δίαιτες ζωϊκής προέλευσης, κόκκινο κρέας,
ζωϊκό λίπος, πρωτεΐνες, ζάχαρη και χαμηλές σε φυτικές ίνες

Κορεσμένα λίπη → χολικά οξέα → αναερόβια → β΄γενή χολικά
Rainey et al, Brit J Cancer, 1984

Κόκκινο κρέας: καρκινογόνα προϊόντα πυρόλυσης (βενζοπυρένιο)

Thompson et al, Eur J Cancer Prev, 1999

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Παράγοντες κινδύνου που μπορούν να αποφευχθούν (Πρόληψη α΄βαθμού)



ΔΙΑΙΤΑ

- Προστατευτικός ρόλος φυτικών ινών:
 - όγκου κοπράνων & επιτάχυνση εντερικής διάβασης
 - διάλυση των εντερικών περιεχομένων
 - συγκέντρωσης χολικών οξέων λόγω μείωσης pH
 - τροποποίηση βακτηριακής δραστηριότητας

Burkitt DP, Proc Nutr Soc, 1973

- Τυχαιοποιημένες μελέτες απέτυχαν να επαληθεύσουν τον προστατευτικό ρόλο των φυτικών ινών

Alberts et al, N Engl J Med, 2000

Schatzkin et al, N Engl J Med, 2000

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Παράγοντες κινδύνου που μπορούν να αποφευχθούν (Πρόληψη α΄ βαθμού)



↓ κινδύνου δίαιτα: ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ

Trichopoulou et al , Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2000

Προστατευτικός ρόλος: ΕΛΑΙΟΛΑΔΟ

Gill et al, Int J Cancer, 2005



ΚΙΝΔΥΝΟΣ



Ασβέστιο
Βιταμίνη D
Φυλικό οξύ
Βιταμίνη A
β- κυτοστερόλη
Σελήνιο
ω-3-λιπαρά οξέα
Μεθυλοξανθίνη, καφές
Χοληστερόλη

Παχυσαρκία
Ελαττωμένη φυσική δραστηριότητα
Αλκοόλ (μπύρα)
Υπερινσουλιναίμια
IGF-1
Κάπνισμα (;)
Επαγγελματική έκθεση σε χημικά (;)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ιοί



- HPV, EBV (;)
- CMV (*Harkins et al, Lancet, 2002*)
- JC Polyoma (*Theodoropoulos et al, Dis Colon & Rectum, 2005*)



Assessment of JC Polyoma Virus in Colon Neoplasms

George Theodoropoulos, M.D., Ph.D.,¹ Dimitris Panoussopoulos, M.D., Ph.D.,¹
Ioannis Papaconstantinou, M.D.,² Maria Gazouli, Ph.D.,³ Marina Perdiki, M.D.,⁴
John Bramis, M.D., Ph.D.,² Andreas Ch. Lazaris, M.D., Ph.D.⁴

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ- ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Φαρμακευτικά σκευάσματα- Χημειοπροφύλαξη



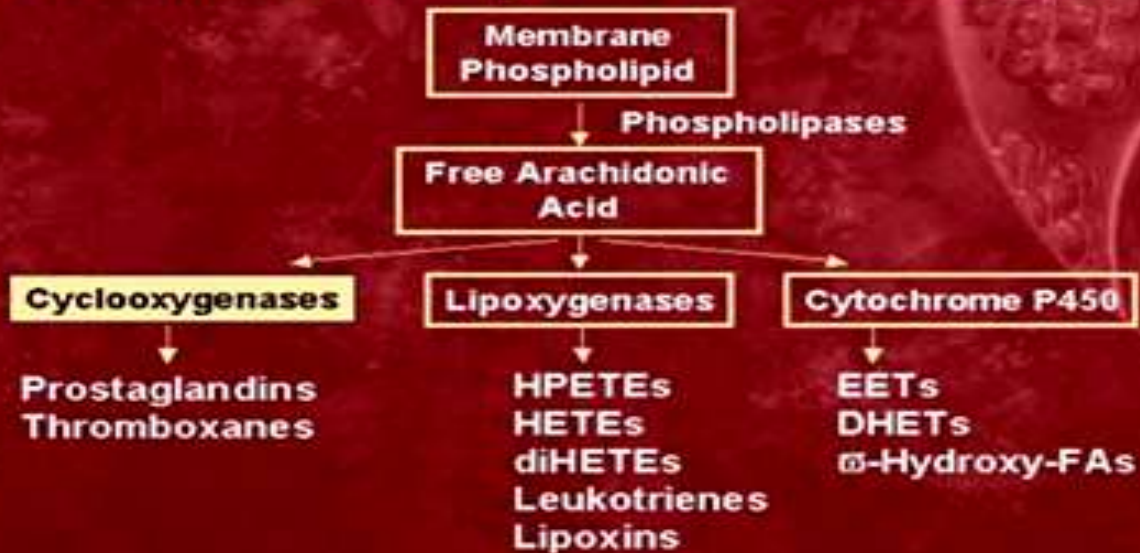
→ Ορμονική υποκατάσταση σε μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες

Grodstein et al, Am J Med, 2002

→ NSAIDs *Imperiale TF, N Engl J Med, 2003*

Σύνθεση προσταγλανδινών, καταστολή πολ/σμού κυττάρων
Διέγερση ανοσολογικής αντίδρασης

ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΜΟΝΟΠΑΤΙΑ ΑΡΑΧΙΔΟΝΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ



ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

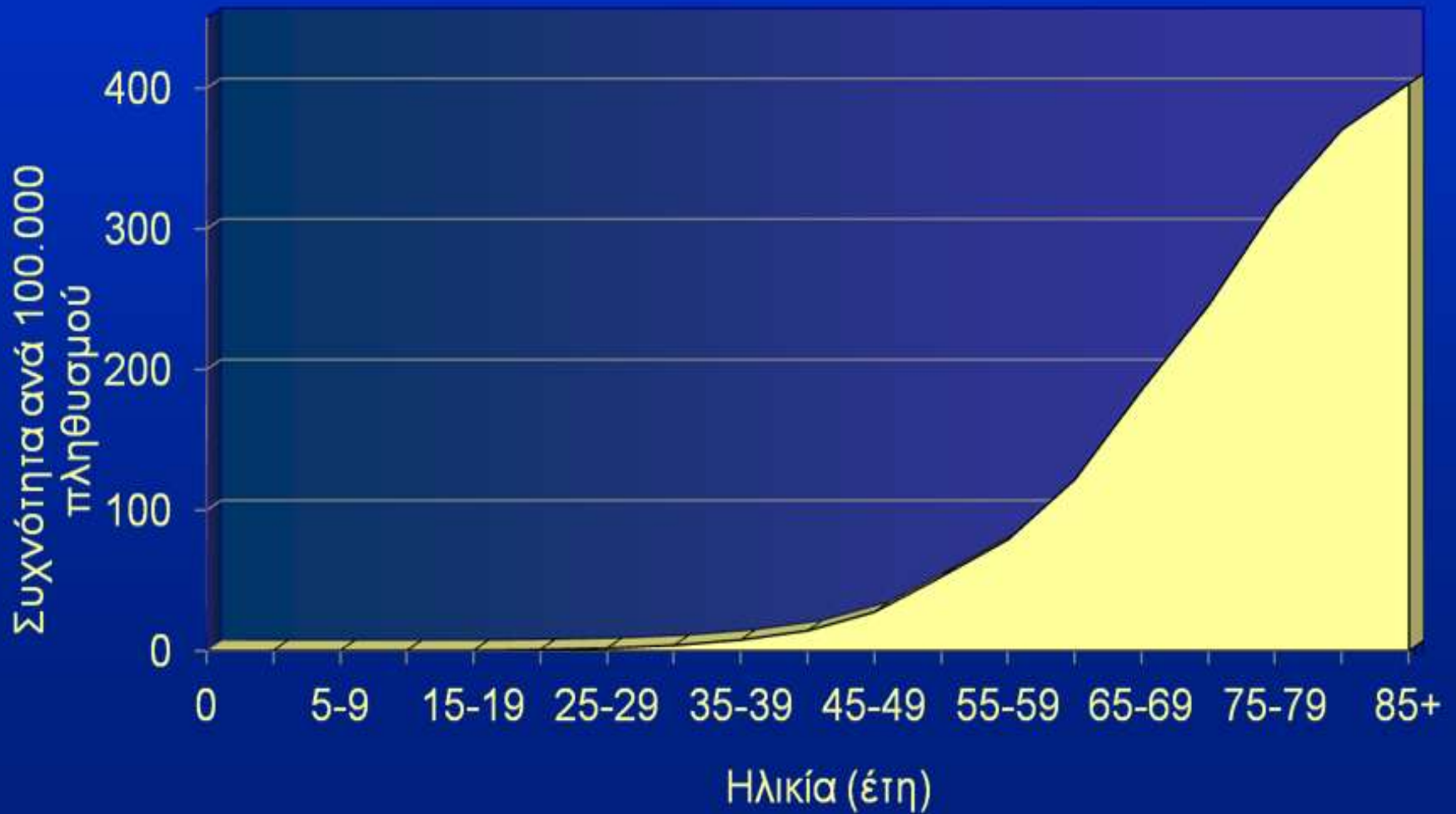
Αναπόφευκτοι παράγοντες κινδύνου



(Πρόληψη β' βαθμού- πληθυσμιακή αναζήτηση, σάρωση (screening) για μετρίου & υψηλού κινδύνου ομάδες)

- **Φύλο:** Προσβολή (ΔΕ) Π.Ε. Πιο συχνή σε γυναίκες
Πιο συχνός σε γυναίκες σε ηλικίες < 60 ετών
- **Ηλικία:** Ο πιο ισχυρός παράγοντας κινδύνου
Μόνο 3% σε <40 ετών
> 50 ετών μετρίου βαθμού κίνδυνος----- **SCREENING**
- **Οικογενειακό ιστορικό:**
Αν 1 συγγενής: RR=2,3
Αν 2 συγγενείς: RR=4,3
SCREENING από 40 ετών
- **Ιστορικό Ca ενδομητρίου, ωοθηκών και μαστού**

Ηλικία: ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου



ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Αναπόφευκτοι παράγοντες κινδύνου



(Πρόληψη β' βαθμού- πληθυσμιακή αναζήτηση, σάρωση (screening) για μετρίου & υψηλού κινδύνου ομάδες)

→ ΙΦΝΕ, Ελκώδης κολίτις:

SURVEILLANCE COLONOSCOPY

8 χρόνια μετά την εμφάνιση ενεργού νόσου

→ Αδενώματα: 3%, 8%, 24% ανάπτυξη Ca στα 5, 10, 20 έτη

SURVEILLANCE COLONOSCOPY σε 3 χρόνια

Πιο συχνά αν κακοήθης πολύποδας

→ Μετά δημιουργία ουρητηροσιγμοειδοστομίας

Δευτερογενής πρόληψη

Πρόληψη στο γενικό πληθυσμό

ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

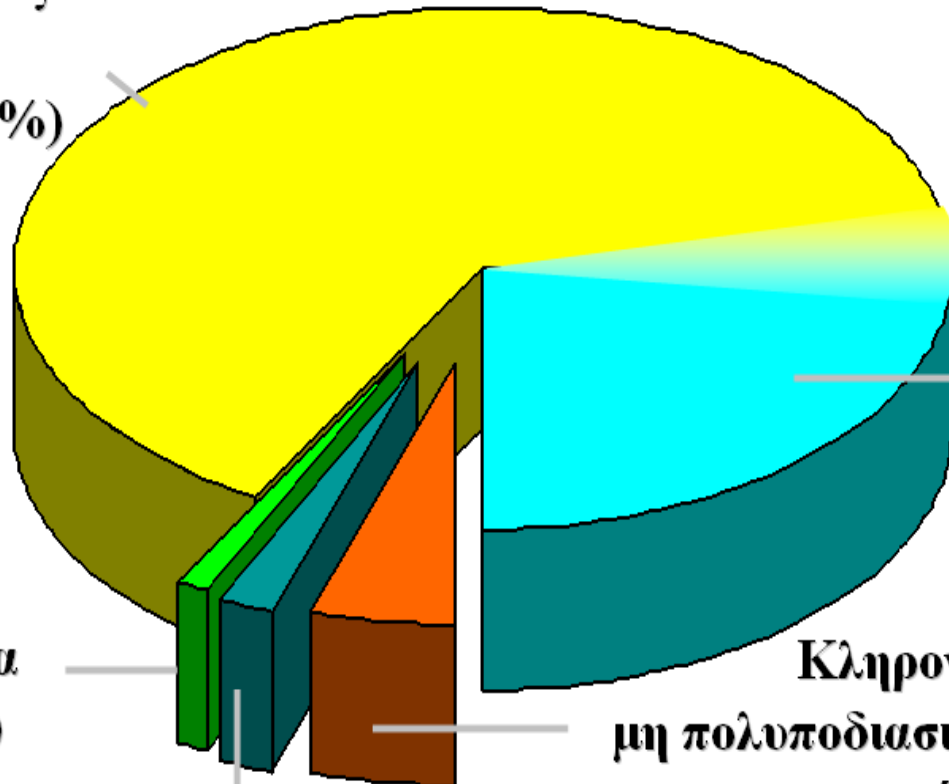


- Χαμηλού κινδύνου, χωρίς οικογενειακό ιστορικό: **50 ετών** και κάθε **10 έτη**
- Με οικογενειακό ιστορικό: **40 ετών** ή **10 έτη** πριν από τη διάγνωση του καρκίνου στο συγγενή και κάθε **5 έτη**

Η κολονοσκόπηση είναι η εξέταση εκλογής

- *Έχει την καλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα*
- *Μπορεί να αφαιρεθούν πολύποδες στη διάρκεια της εξέτασης*

**Σποραδικός
καρκίνος
(65%–85%)**



**Οικογενικό ιστορικό
(10%–30%)**

**Σπάνια
σύνδρομα
($<0.1\%$)**

**Κληρονομικό
μη πολυποδιασικό ορθοκολικό
καρκίνωμα**

**Οικογενής αδενωματώδης
πολυποδίαση
Familial adenomatous polyposis
(FAP) (1%)**

**Hereditary nonpolyposis colorectal
cancer (HNPCC) (5%)**

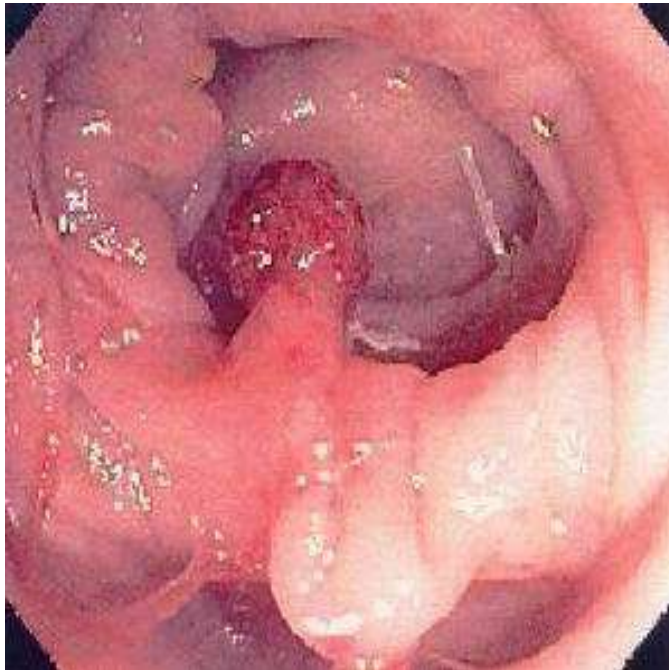
Πολύποδες

Πολύποδες	Μονήρεις	Πολλαπλοί
Νεοπλασματικοί	Αδένωμα - Σωληνώδες - Λανωτό - Σωληνολαχνωτό	Οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση
Αμαρτώματα	Νεανικοί Σύνδρομο Peutz - Jeghers	Σύνδρομο Peutz - Jeghers
Φλεγμονώδεις	Καλοήθης λεμφοειδής πολύποδας	Ελκώδης κολίτιδα Νόσος Crohn
Αταξινόμητοι	Υπερπλαστικοί	
Διάφοροι	Λειομύωμα Νευροϊνωμα Λίπωμα Αιμαγγείωμα	

ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

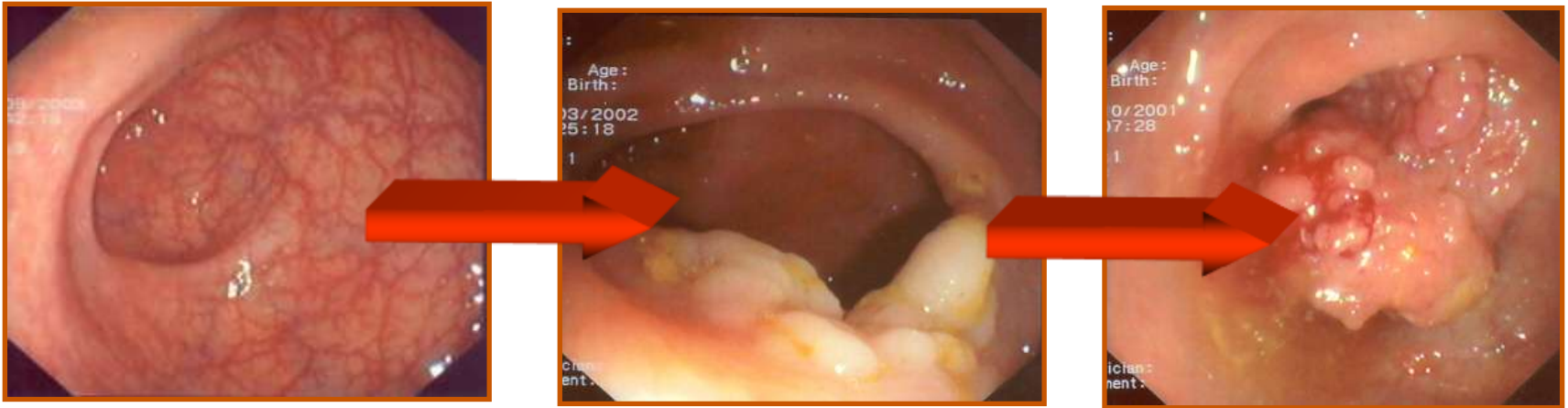


ΑΛΛΗΛΟΥΧΙΑ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ-ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ADENOMA-CARCINOMA SEQUENCE



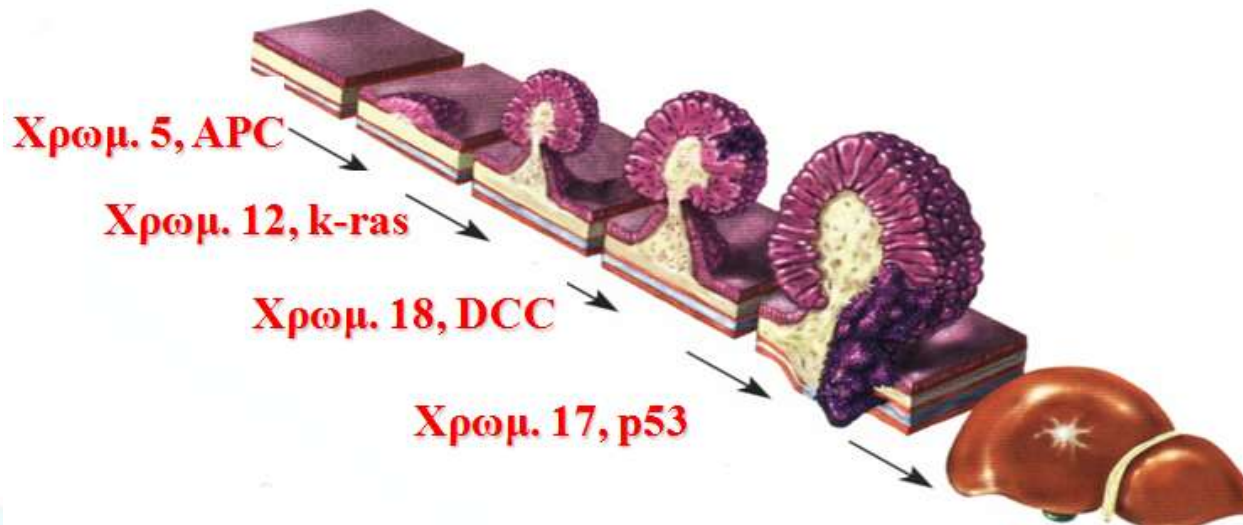
- Οι περισσότεροι Ca ξεκινούν από πολύποδες
- 25% των ενηλίκων > 50 ετών έχουν πολύποδες
- 5-10% των πολυπόδων γίνονται Ca σε 10 έτη (~2.5/1000/έτος)

Η καρκινογένεση στο παχύ έντερο

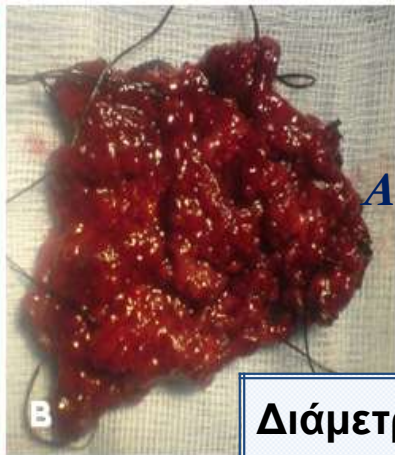


Εξελικτική διαδικασία από το φυσιολογικό βλεννογόνο σε πολύποδα και καρκίνο

- Συσσώρευση γονιδιακών μεταλλάξεων
- Αδυναμία του οργανισμού να αποκαταστήσει τις γονιδιακές βλάβες



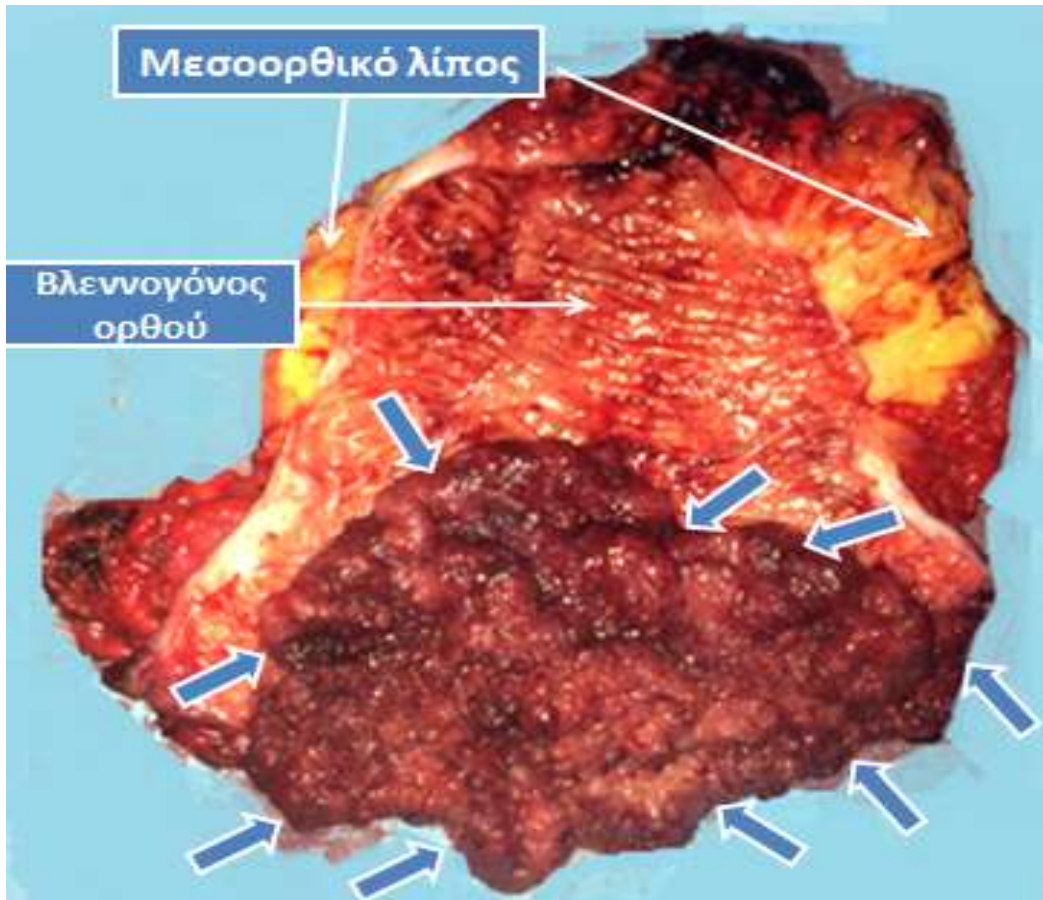
Πολύποδες παχέος εντέρου και καρκίνος



Ασθενής Α' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής ΕΚΠΑ

Διάμετρος αδενώματος	1εκ	1%
	1-2 εκ	10%
	>2 εκ	40%
Ιστολογικός τύπος	αδενωματώδεις	5%
	μεικτοί	20%
	λαχνωτά	40%
Βαθμός επιθηλιακής ατυπίας	Υψηλού βαθμού δυσπλασία > χαμηλού βαθμού δυσπλασία	
Μακροσκοπική εικόνα	Άμισχοι > έμμισχοι	

Πολύποδες παχέος εντέρου και καρκίνος



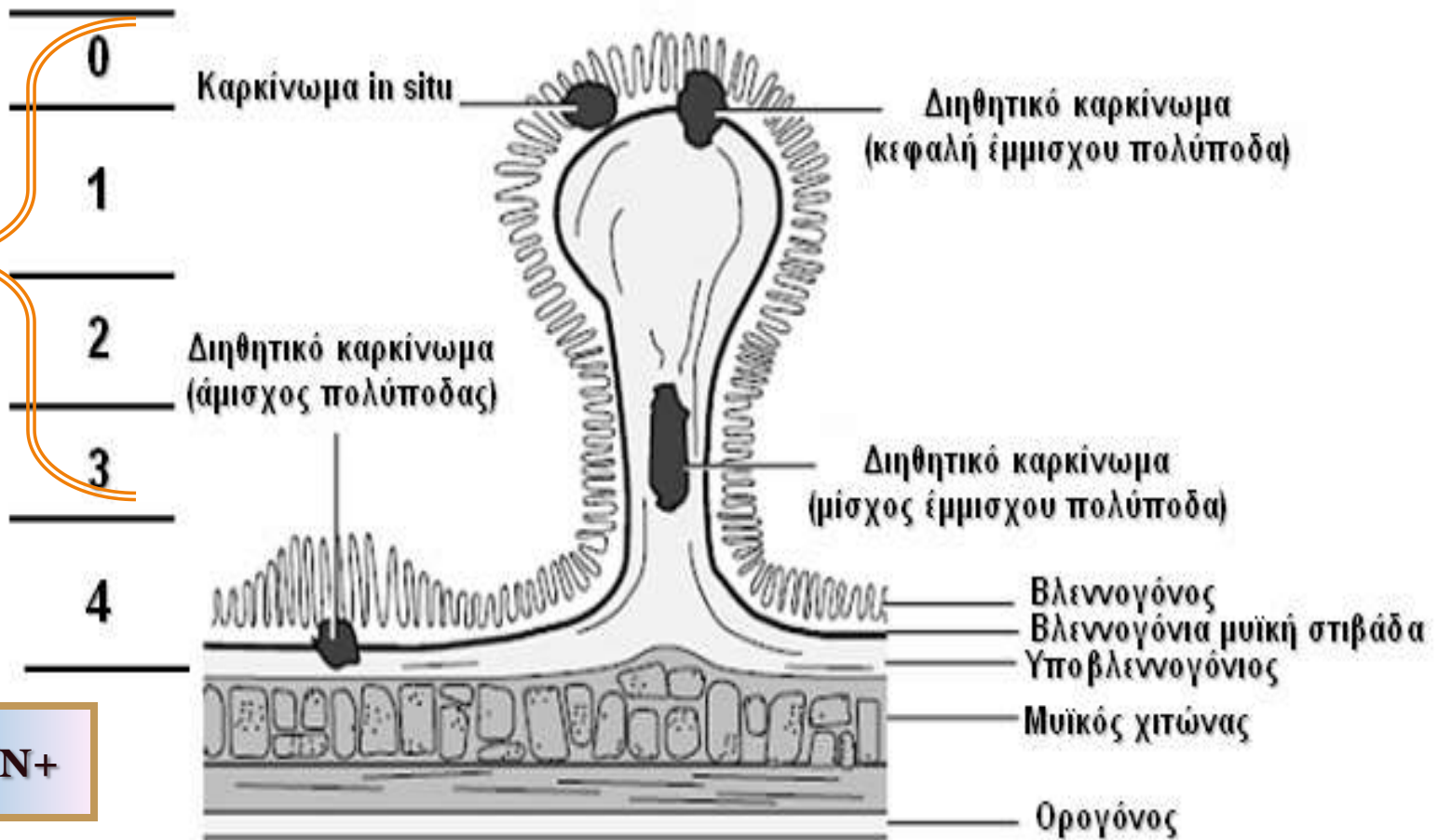
Ασθενής Α' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής ΕΚΠΑ

Κακοήθης σωληνώδης πολύποδας

Παθολογοανατομική ταξινόμηση

Haggitt

Ασφαλής ενδοσκοπική
αφαίρεση



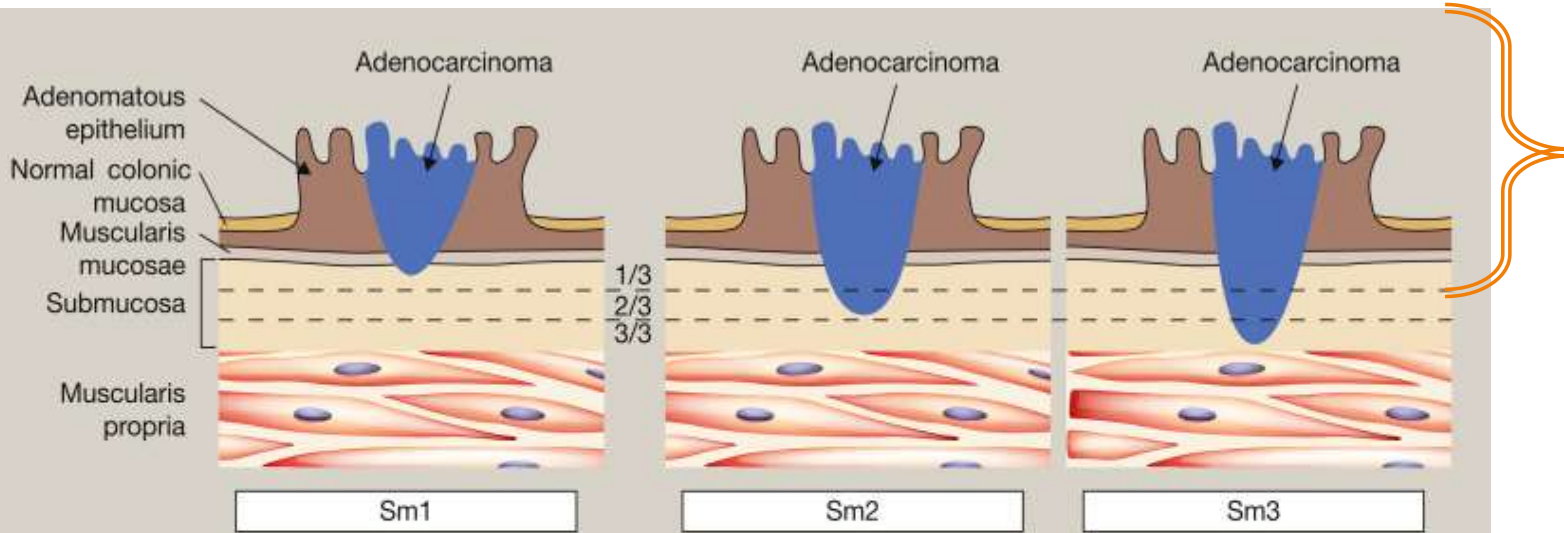
5-10% L/N+

Κακοήθης λαχνωτός πολύποδας

Παθολογοανατομική ταξινόμηση

Kikuchi

Ασφαλής ενδοσκοπική
αφαίρεση



Kikuchi classification

Sm1 - invasion into upper 1/3 of submucosa
Sm2 - invasion into upper 2/3 of submucosa
Sm3 - invasion into lower 1/3 of submucosa

1-3% L/N+

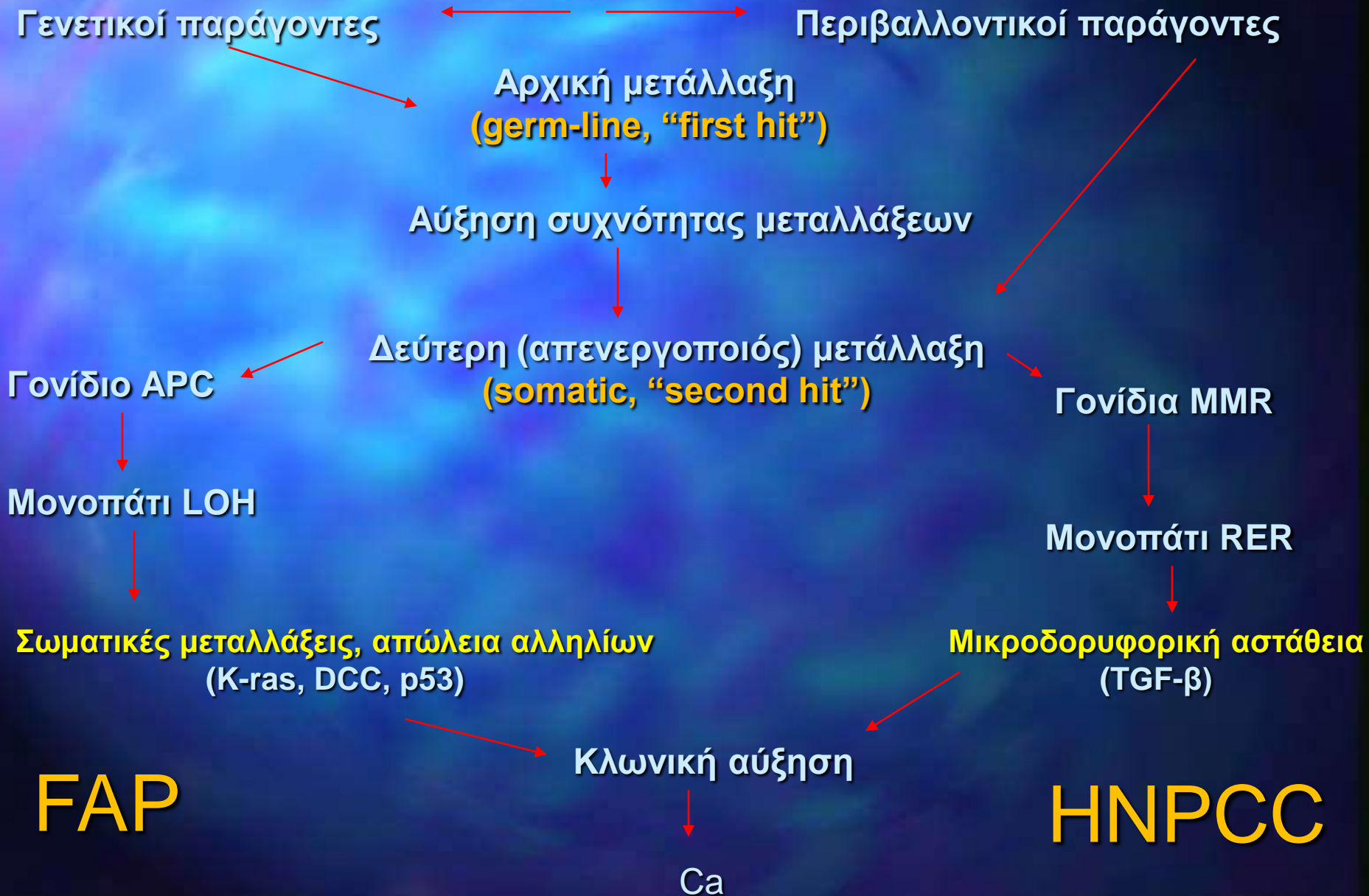
8% L/N+

23% L/N+

Kikuchi et al, Dis Colonn & Rectum 1995

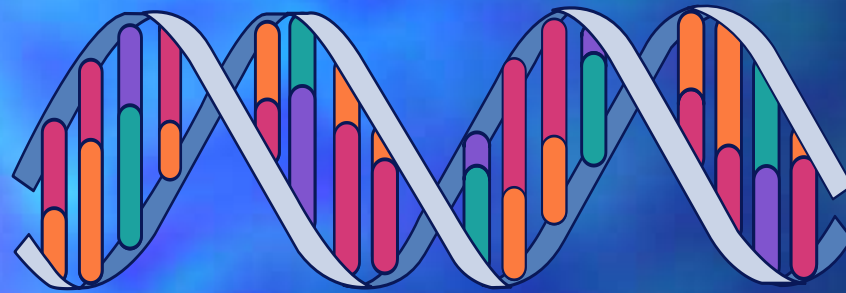
ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΑ ΓΟΝΙΔΙΑ, ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΜΟΝΟΠΑΤΙΑ

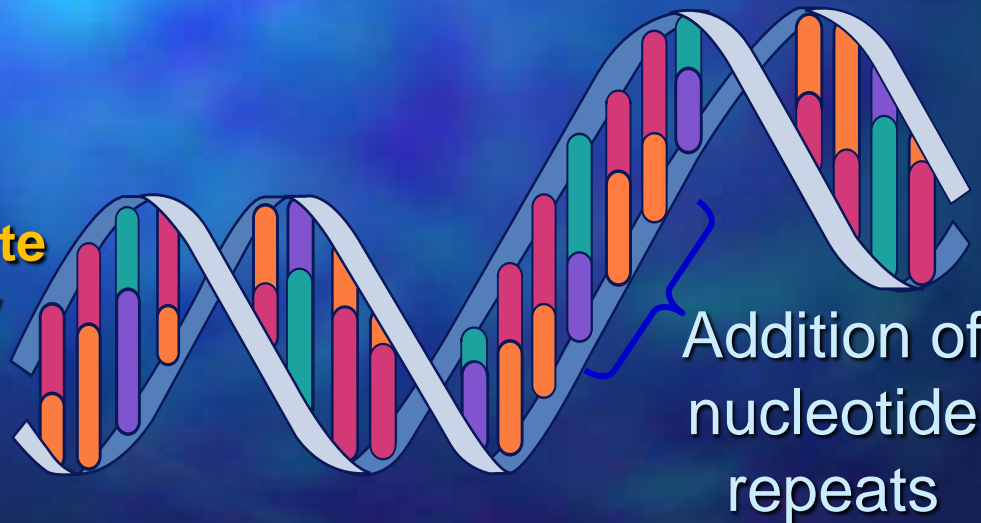


Η αδυναμία διόρθωσης λαθών
στον αναδιπλασιασμό βάσεων DNA
οδηγεί σε **μικροδορυφορική αστάθεια**

Normal



**Microsatellite
instability
(MSI)**

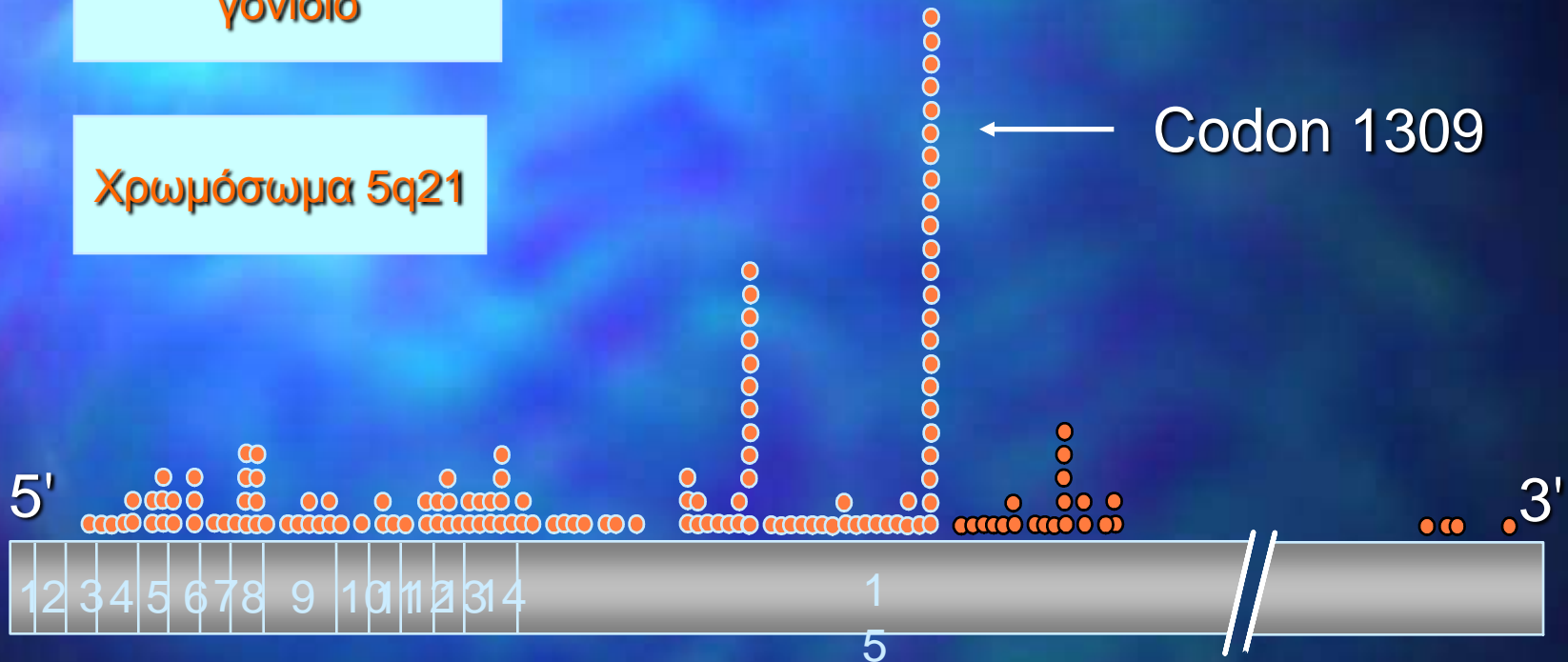


ΓΟΝΙΔΙΟ APC (Adenomatous Polyposis Coli)

Ογκοκατασταλτικό
γονίδιο

Χρωμόσωμα 5q21

← Codon 1309



Στο 70% των ασθενών με τυπική FAP ανιχνεύονται μεταλλάξεις του APC

ΚΛΗΡΟΝΟΜΟΥΜΕΝΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ Π.Ε. ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΓΟΝΙΔΙΑ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ Ca

ΣΥΝΔΡΟΜΑ

Οικογενής πολυποδίαση
(FAP)

(100% κίνδυνος Ca)

Κληρονομικός μη πολυποδιασικός
καρκίνος Π.Ε. (HNPCC)

Peutz- Jeghers

(40% κίνδυνος Ca)

Νεανική Πολυποδίαση
(Juvenile Polyposis)

(50% κίνδυνος Ca)

Σύνδρομο Cowden
(20% κίνδυνος Ca)

ΓΟΝΙΔΙΑ

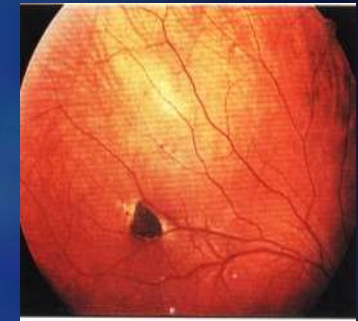
APC, MΥH (σπάνια)

MLH1, MSH2, MSH6,
PMS2

STK11

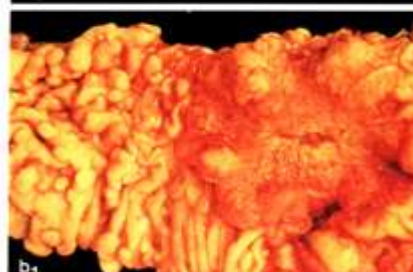
SMAD, BMPR1A

PTEN



ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗ FAMILIAL ADENOMATOUS POLYPOSIS (FAP)

- 1/10.000 γεννήσεις
- Αυτοσωματικός επικρατούντας τύπος κληρονομικότητας
- 20% χωρίς οικογενειακό ιστορικό
- Ποικίλη ηλικία έναρξης (10- 40 ετών)
- Μέσος χρόνος εμφάνισης πολύποδων: 16 ετών
- >100- >1000 πολύποδες
- Καλοήθεις και κακοήθεις εξωκολονικές εκδηλώσεις



Ηλικία εμφάνισης αδενωμάτων: 25
Ηλικία έναρξης συμπτωμάτων: 33
Ηλικία διάγνωσης αδενωμάτων: 36
Ηλικία διάγνωσης Ca: 39
Ηλικία θανάτου από Ca: 42

St Mark's Hosp Polyposis Registry

ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗ FAMILIAL ADENOMATOUS POLYPOSIS (FAP)



FAP και Ca Π.Ε.

100% κίνδυνος

Μέσος χρόνος διάγνωσης: 39 ετών

7% έχουν Ca Π.Ε. σε ηλικία 21 ετών

93% έχουν Ca Π.Ε. σε ηλικία 50 ετών

FAP και εξωκολονικές εκδηλώσεις (Σ. Gardner)

Γαστρικοί, 12/λικοί, περιλυκηθικοί πολύποδες

Οστεώματα, επιδερμοειδείς κύστεις, δεσμοειδείς όγκοι

Congenital Hypertrophy of Retinal Pigmented Epithelium (CHRPE)

Ca παγκρέατος, θυρεοειδούς, στομάχου, ΚΝΣ, ήπατος

ΓΑΡ & Δεσμοειδής όγκος



Ασθενής Α' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής ΕΚΠΑ

Λαπαροσκοπική ορθοκολεκτομή & ειλεϊκή λυκηθο-πρωκτική αναστόμωση (J-rouch) για FAP



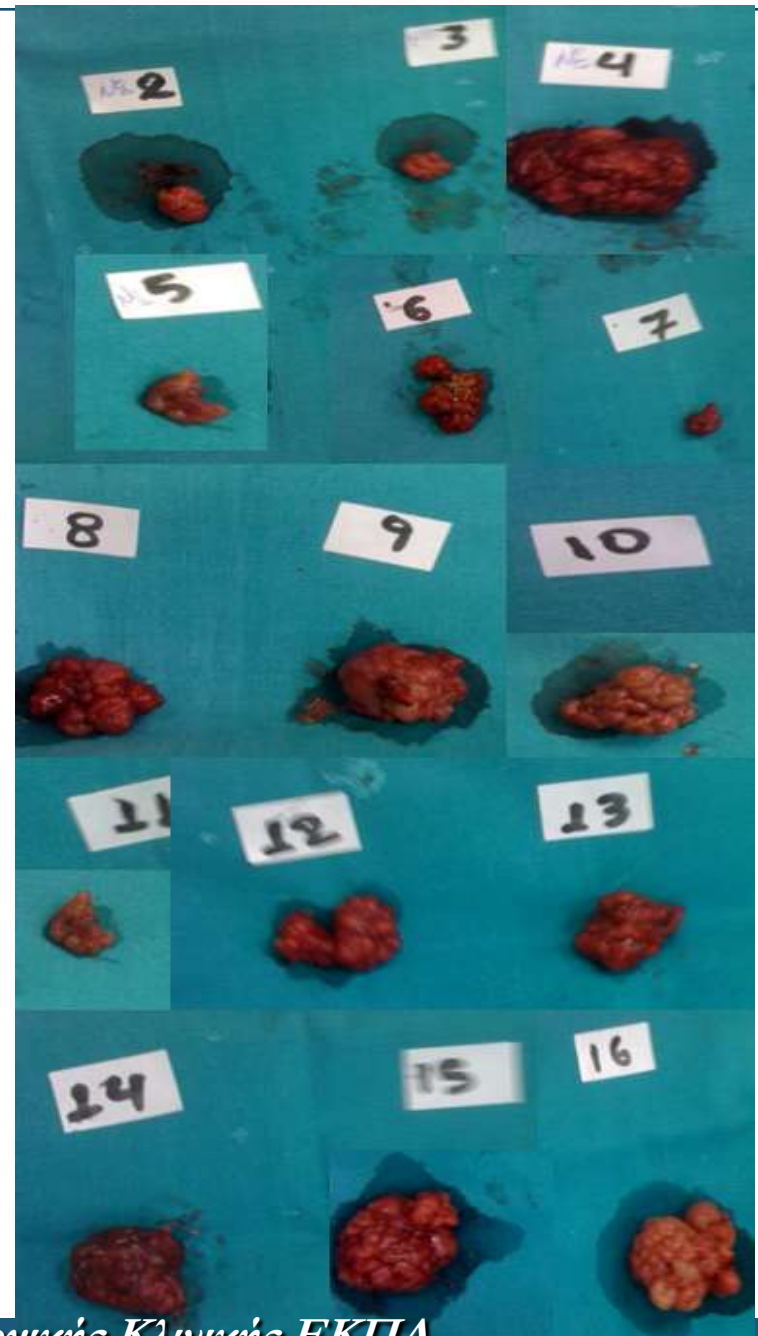
Ασθενής Α' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής ΕΚΠΑ



Ασθενής Α' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής ΕΚΠΑ



**Εγκολεασμός εντέρου
& πολλαπλά αδενώματα λεπτού εντέρου
σε σύνδρομο Peutz-Jeghers**



Σύνδρομο Lynch (Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer, HNPCC)

- Η ακολουθία αδενώματος-καρκινώματος είναι ταχεία
- Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου είναι **80%** και η μέση ηλικία εμφάνισης είναι **44 ετών**
- Τα κακοήθη νεοπλάσματα του **δεξιού κόλου** είναι πιο συχνά, ενώ συχνή είναι και η εμφάνιση σύγχρονων και **μετάχρονων** καρκίνων του παχέος εντέρου

Καρκίνος	Συχνότητα
Ενδομητρίου	40%
Στομάχου	18%
Ωοθήκης	12%
Χοληφόρων	17%
Ουροδόχου κύστεως	12%
ΚΝΣ	4%
Λεπτού Εντέρου	2%

Σύνδρομο Lynch (Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer, HNPCC)

- 1. Προσβολή το λιγότερο 2 διαδοχικών γενεών**
- 2. Το λιγότερο μία περίπτωση που διαγιγνώσκεται πριν την ηλικία των 50 ετών**
- 3. Το λιγότερο 3 συγγενείς με ορθοκολικό καρκίνο, ένας από τους οποίους πρέπει να έχει πρώτου βαθμού συγγένεια με τους άλλους δύο**

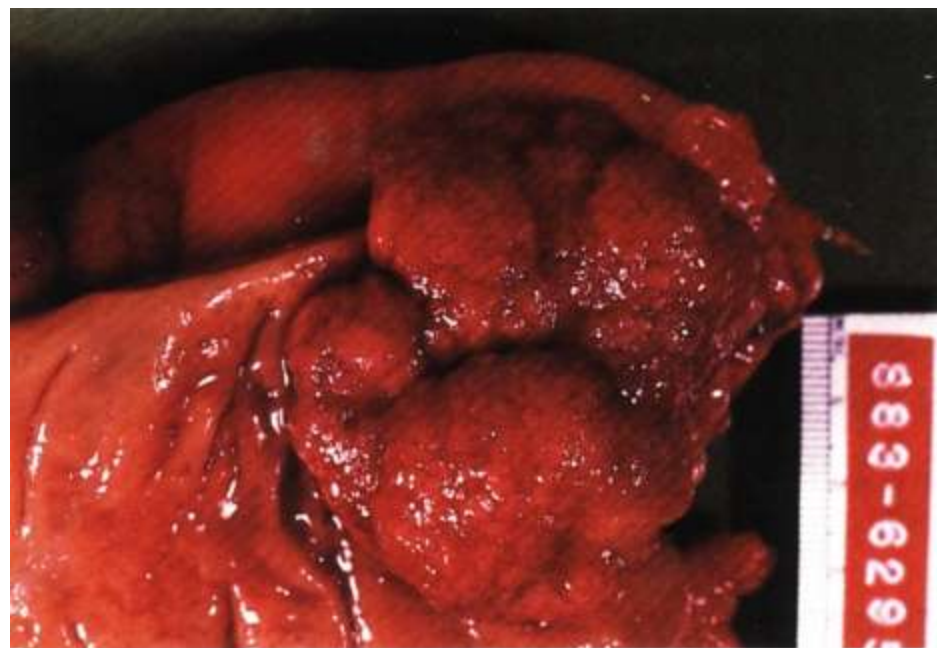
Κριτήρια Amsterdam

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ



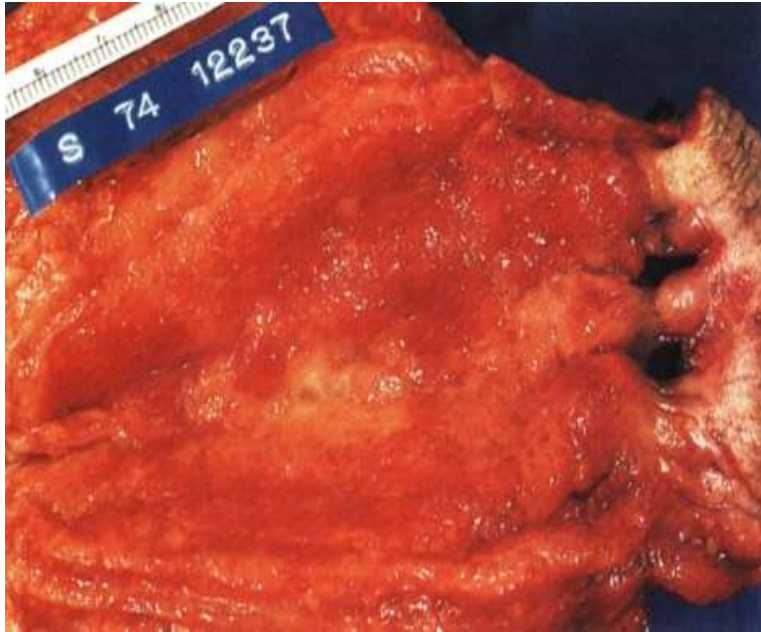
ΕΛΚΩΤΙΚΟ Ca
(πιο συχνό)



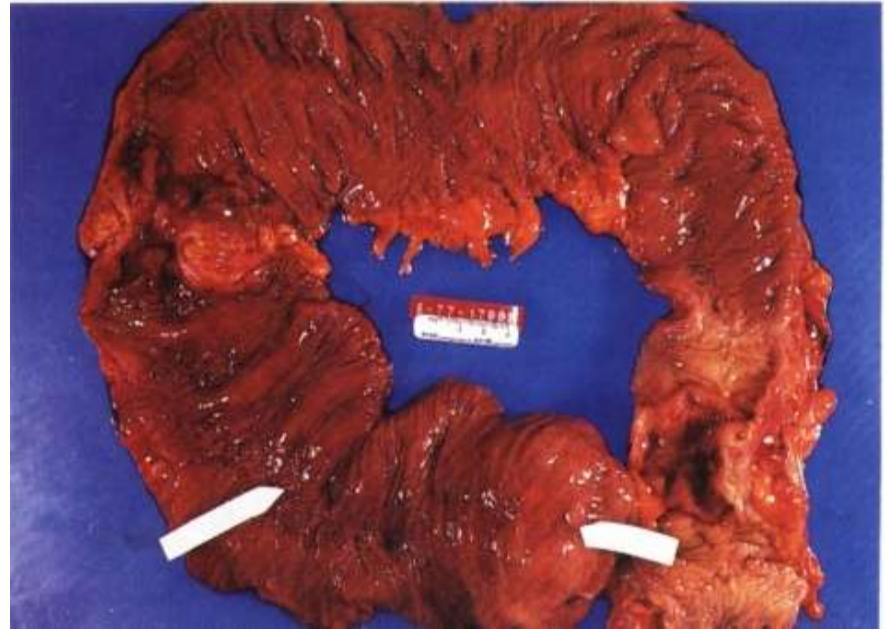
ΠΟΛΥΠΟΔΟΕΙΔΕΣ
(ΚΟΛΜΟΕΙΔΕΣ) Ca
(10%)

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ



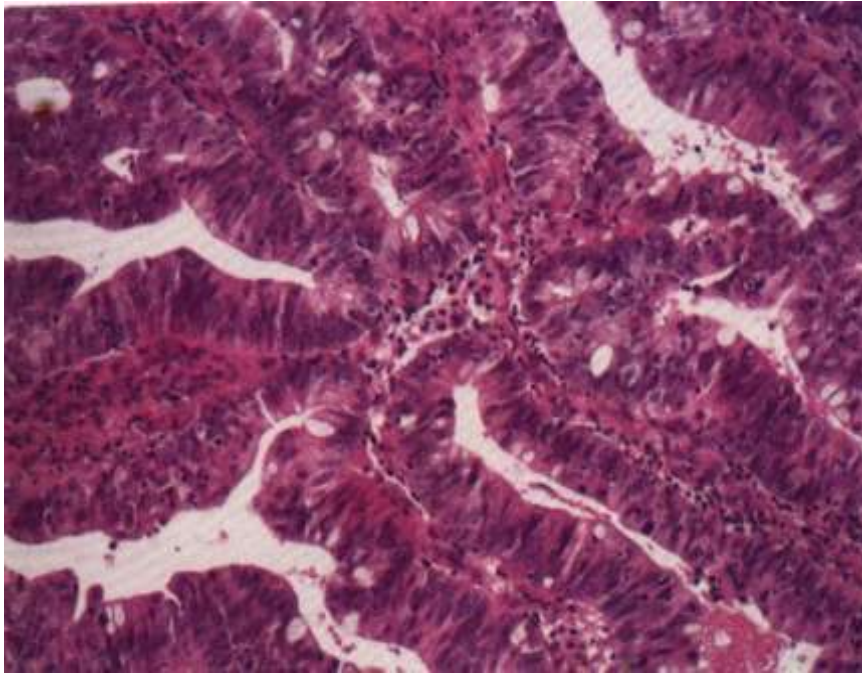
ΔΙΑΧΥΤΑ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ Ca
(Linitis plastica)
(Ελκώδης κολίτις)



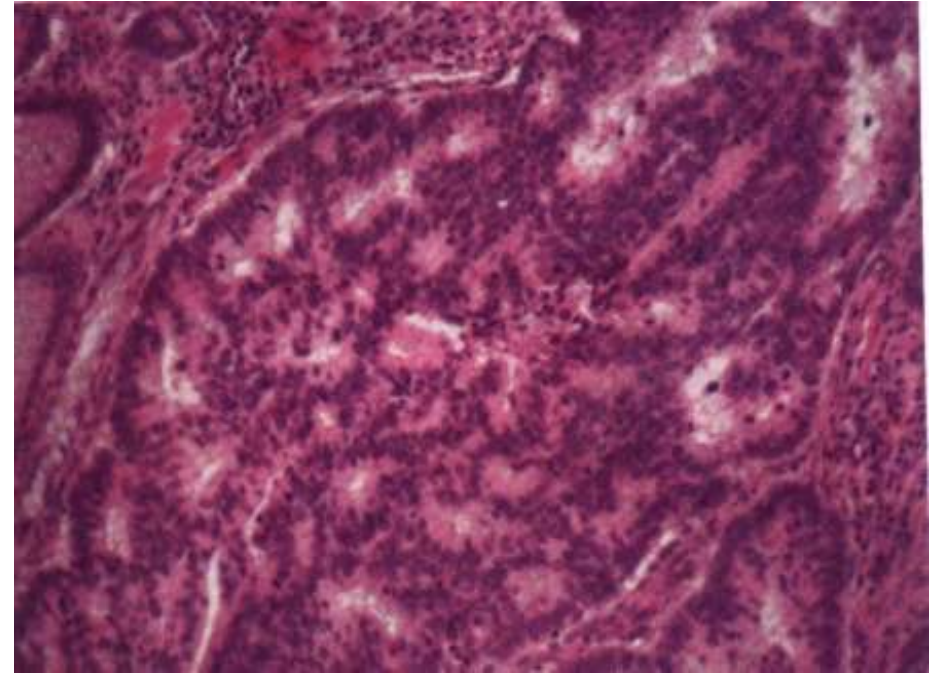
ΔΑΚΤΥΛΙΟΕΙΔΕΣ
(ΣΤΕΝΩΤΙΚΟ) Ca

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

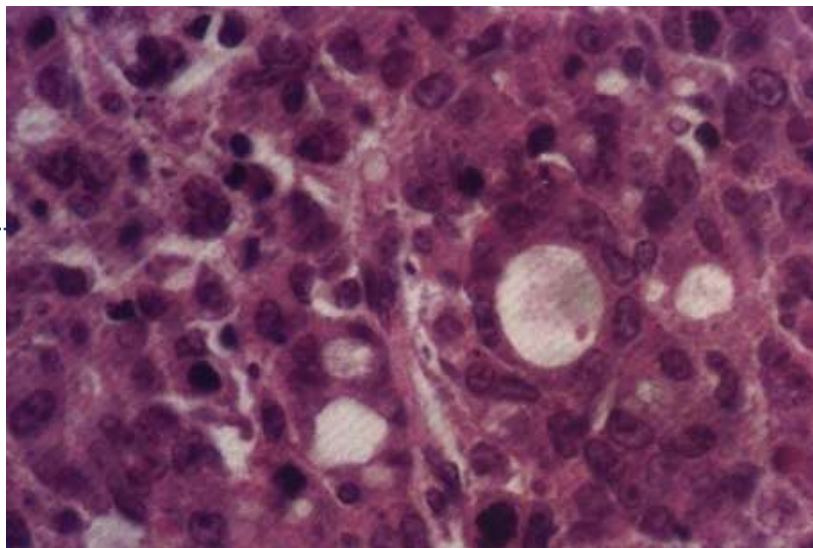
ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ



ΚΑΛΑ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΜΕΝΟ Ca
(Διατήρηση αρχιτεκτονικής
αδενίων)



ΜΕΤΡΙΑ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΜΕΝΟ Ca
(Διαταραχή αρχιτεκτονικής
αδενίων)



ΠΤΩΧΑ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΜΕΝΟ Ca



ΒΛΕΝΝΩΔΕΣ Ca

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ



ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ταξινόμηση Broders

(ποσοστό διαφοροποιημένων κυττάρων)

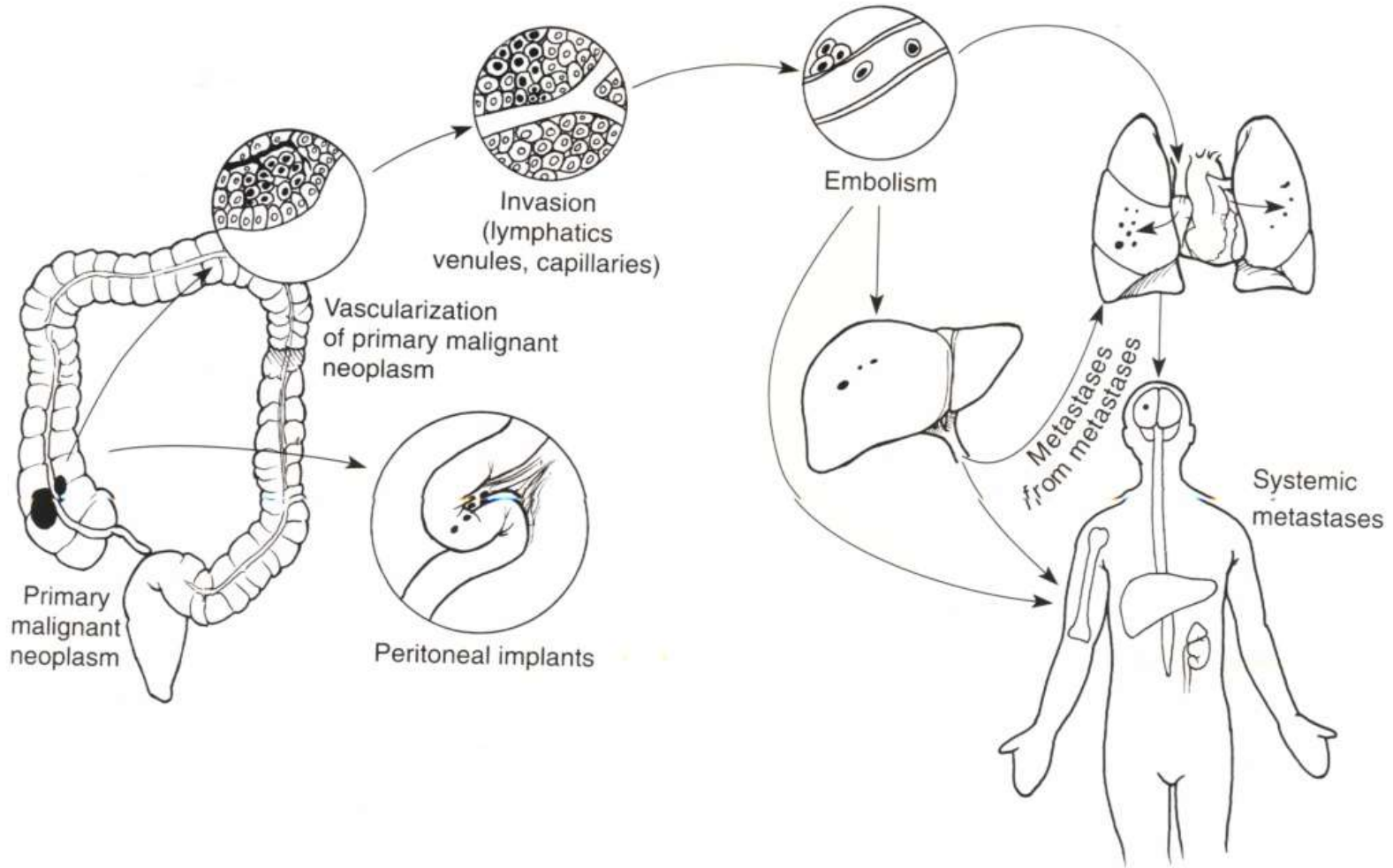
Grade I: 75-100%

Grade II: 50-75%

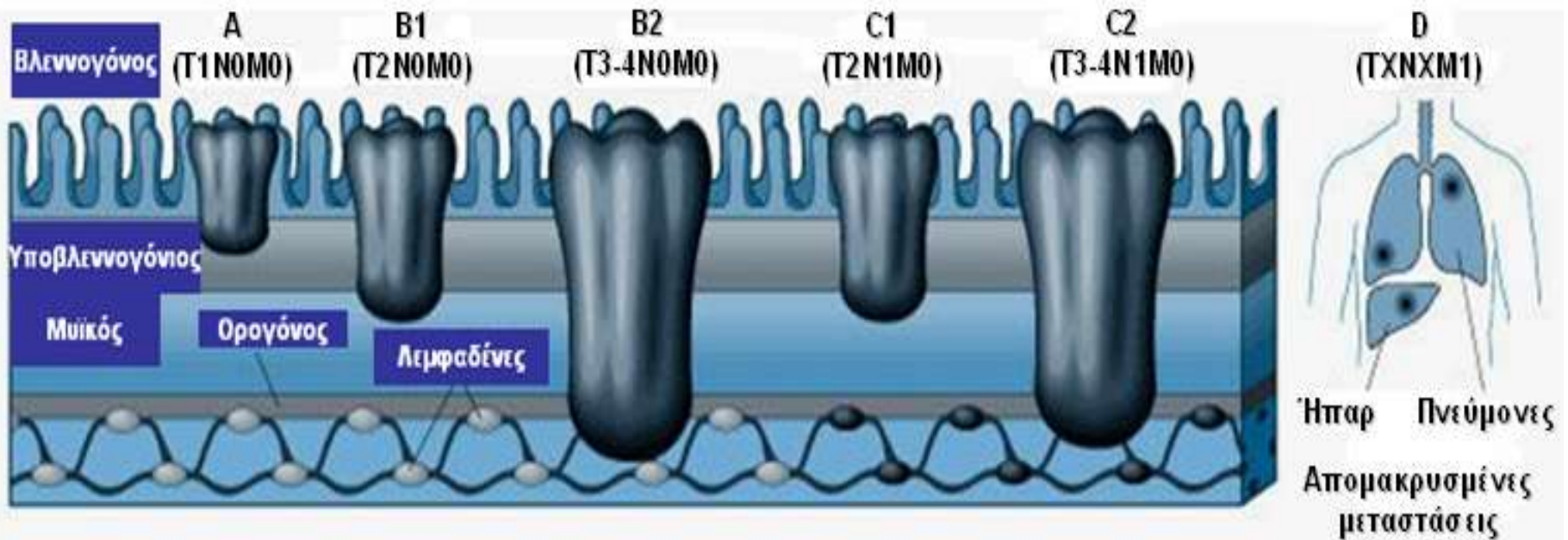
Grade III: 25-50%

Grade IV: 0-25%

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΕΣ ΟΔΟΙ



ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ



Στάδιο	T	N	M	Dukes	Τροποποίηση κατά Astler-Coller	5ετής επιβίωση (%)	
						Κόλον	Ορθό
0	Tis	N0	M0	-	-		
I	T1	N0	M0	A	A	99	90
	T2	N0	M0	A	B1		
IIA	T3	N0	M0	B	B2	80	60
IIB	T4	N0	M0	B	B3		
IIIA	T1-T2	N1	M0	C	C1	50	40
IIIB	T3-T4	N1	M0	C	C2/C3		
IIIC	Όποιο T	N2	M0	C	C1/C2/C3		
IV	Όποιο T	Όποιο T	M1	-	D	10	10

Κλινική εικόνα

Συνήθη ευρήματα

Κοιλιακό άλγος (40%)

Αλλαγή συνηθειών εντέρου (33%)

Απώλεια ορατού αίματος από το ορθό (30%) - ανεύρεση νεοπλασματος: 20% (50% αυτών: καρκίνος)

Μικροσκοπική απώλεια αίματος (35%)

Ασυνήθη ευρήματα

Συμπτωματολογία οξείας σκωληκοειδίτιδας

Συμπτωματολογία κολο-κυστικού συριγγίου

Οίδημα κάτω άκρων

Θρομβοφλεβίτιδα

Δερματομυοσίτιδα, πεμφιγοειδές, acanthosis nigricans

Υποκαλιαιμία από λαχνωτό όγκο

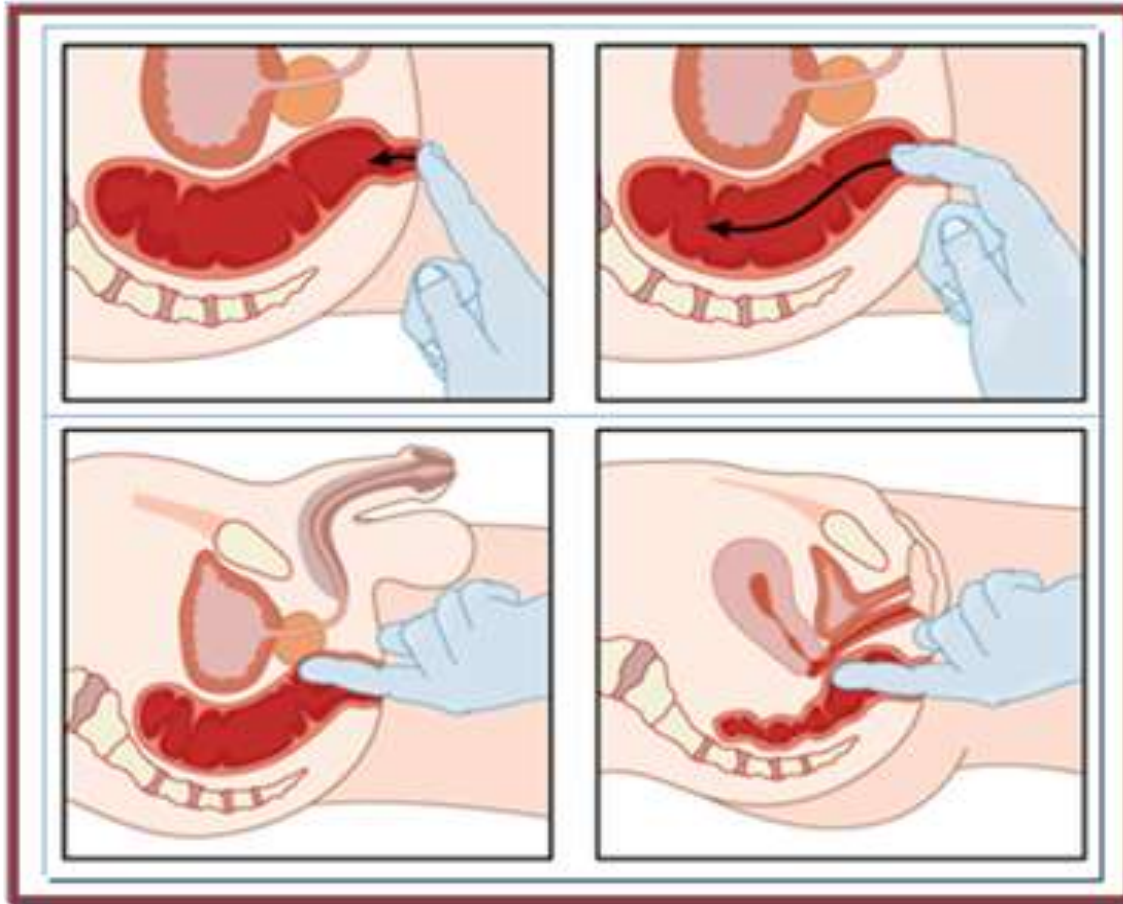
Καρκίνος δεξιού κόλου	Καρκίνος αριστερού κόλου	Καρκίνος ορθού
Βραδεία εγκατάσταση σιδηροπενικής αναιμίας: Μικροσκοπική αιμορραγία, το πιο συχνό εύρημα	Αλλαγές στις συνήθειες εντέρου και διαταραχές κενώσεων, κυρίως δυσκοιλιότητα ή εναλλαγές δυσκοιλιότητας με (ψευδο)διάρροιες ή αλλαγή σχήματος κοπράνων	Αιμορραγία από το ορθό: το αίμα είναι σκούρου ερυθρού χρώματος και αναμεμιγμένο με τα κόπρανα ή ζωηρού ερυθρού χρώματος και χωριστά από τα κόπρανα
Συστηματικά συμπτώματα: αδυναμία, καταβολή, πυρετός αγνώστου αιτιολογίας, από το φορτίο του όγκου ή εντοπισμένη μικροδιάτρηση ή την αναιμία	Αποφρακτικά φαινόμενα: ελάττωση συχνότητας κενώσεων, κοιλιακή διάταση, μετεωρισμός, κωλικοειδή κοιλιακά άλγη, ελάττωση διαμέτρου κοπράνων, επιθυμία για κένωση και μη ικανοποιητική αφόδευση	Αλλαγές στις συνήθειες εντέρου, όπως συχνές κενώσεις ή βλεννώδης διάρροια. Πλούσια σε κάλιο υπερπαραγωγή βλέννης από μεγάλο λαχνωτό αδένωμα ορθού (συχνά με κακοήθεις εστίες) οδηγεί σε υποκαλιαιμία
Αμβλύ επίμονο άλγος δεξιάς κοιλίας	Απώλεια αίματος ή/και βλέννης από το ορθό: η αιμορραγία είναι διαλείπουσα και περιέχει μικρές ποσότητες σκούρου ερυθρού αίματος αναμεμιγμένου με τα κόπρανα	Τεινισμός, δηλαδή επώδυνο αίσθημα για αφόδευση, συχνά με αίσθημα ατελούς κένωσης μετά την αφόδευση, συνεχής και επιτακτική επιθυμία για αφόδευση και αίσθημα πληρότητας: ενδεικτικά μεγάλου όγκου
Ψηλαφητή μάζα δεξιού λαγονίου	Ψηλαφητή μάζα αριστερού λαγονίου	Άλγος: πρωκτικό και περινεϊκό, αρχικά κατά την κένωση και έπειτα συνεχές σε όγκους του κατώτερου ορθού με διήθηση των σφιγκτήρων
Απόφραξη τελικού ειλεού (αργοπορημένη εκδήλωση)	Αδυναμία, απώλεια βάρους	Άλγος: ιερό, πυελικό με ακτινοβολία στα κάτω άκρα από διήθηση του ιερού και των πυελικών πλεγμάτων
Οξεία σκωληκοειδίτιδα: απόφραξη του στομίου σκωληκοειδούς από όγκο τυφλού	Κολο-κυστικό συρίγγιο: διήθηση ουροδόχου κύστης από καρκίνο ορθοσιγμοειδούς, πνευματουρία, κοπρανουρία	Ψηλαφητή μάζα ορθού στη δακτυλική εξέταση με ή χωρίς αίμα στο γάντι του εξετάζοντος δακτύλου
Τριάδα: αναιμία, αδυναμία, μάζα δεξιού λαγονίου		

Επιπλοκές

<p>Απόφραξη (15%)</p>	<p>Συχνότερη αιτία απόφραξης παχέος εντέρου Πιο συχνά στο αριστερό κόλον Το μέγεθος του ειλεού του λεπτού εντέρου εξαρτάται από την επάρκεια της ειλεοτυφλικής βαλβίδας Συνοδός ισχαιμική κολίτιδα εγγύς της απόφραξης</p>
<p>Διάτρηση (6-12%)</p>	<p>Πιο συχνά στη θέση του καρκίνου Συνυπάρχουσα διάτρηση εγγύς αποφρακτικού καρκίνου: 12-19% των αποφρακτικών καρκίνων</p>
<p>Αιμορραγία</p>	<p>Μαζική αιμορραγία σπάνια</p>
<p>Ασυνήθιστες λοιμώξεις σχετιζόμενες με καρκίνο παχέος εντέρου</p>	<p>Ενδοκαρδίτιδα (<i>Streptococcus bovis</i>), Μηνιγγίτιδα (<i>S. bovis</i>), Αεριογόνος γάγγραινα (<i>E. Coli</i>), Ηπατικό απόστημα (<i>Clostridium septicum</i>), Οπισθοπεριτοναϊκό απόστημα</p>

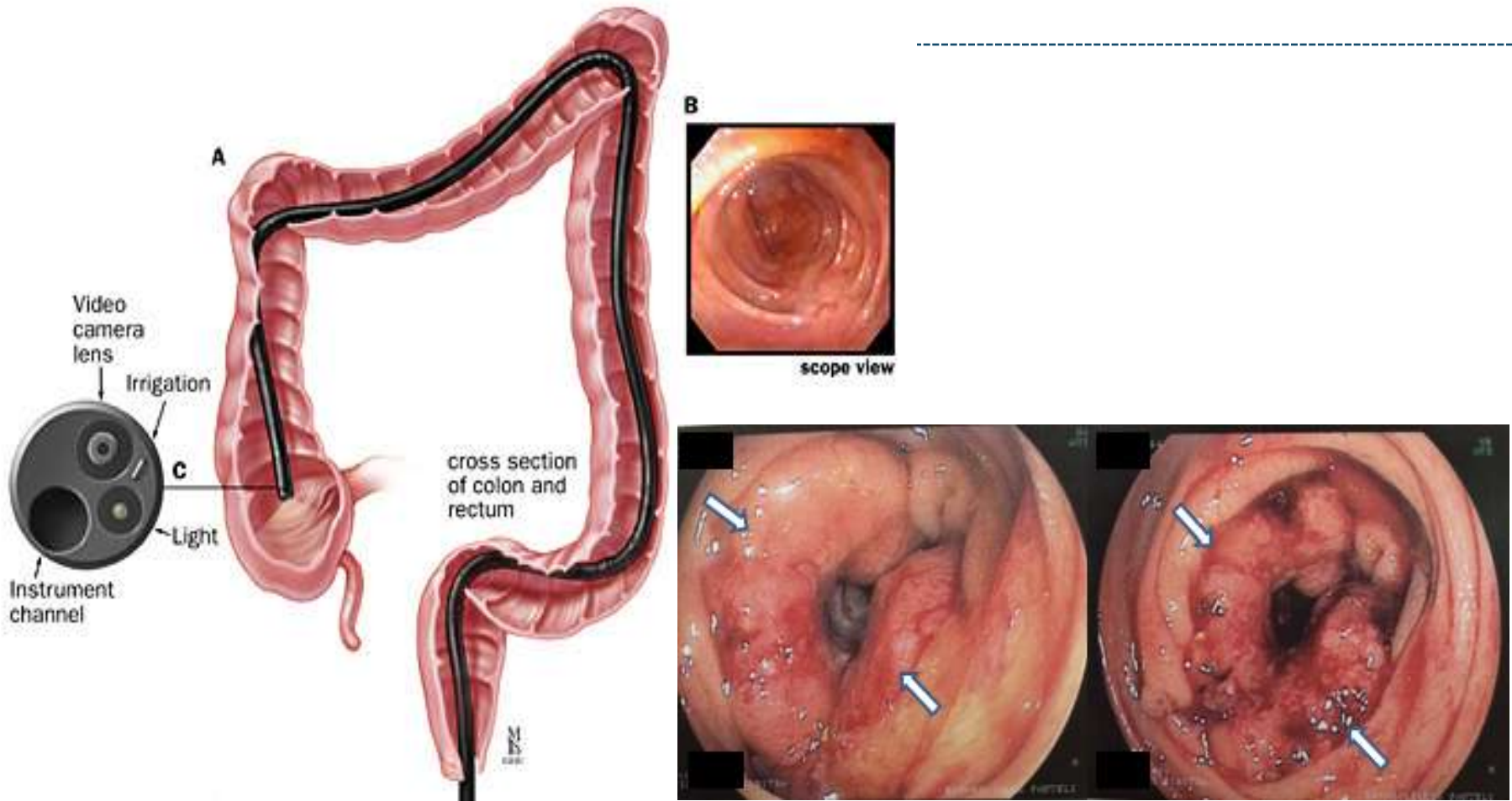
Διάγνωση

ΠΛΗΡΕΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ !!!



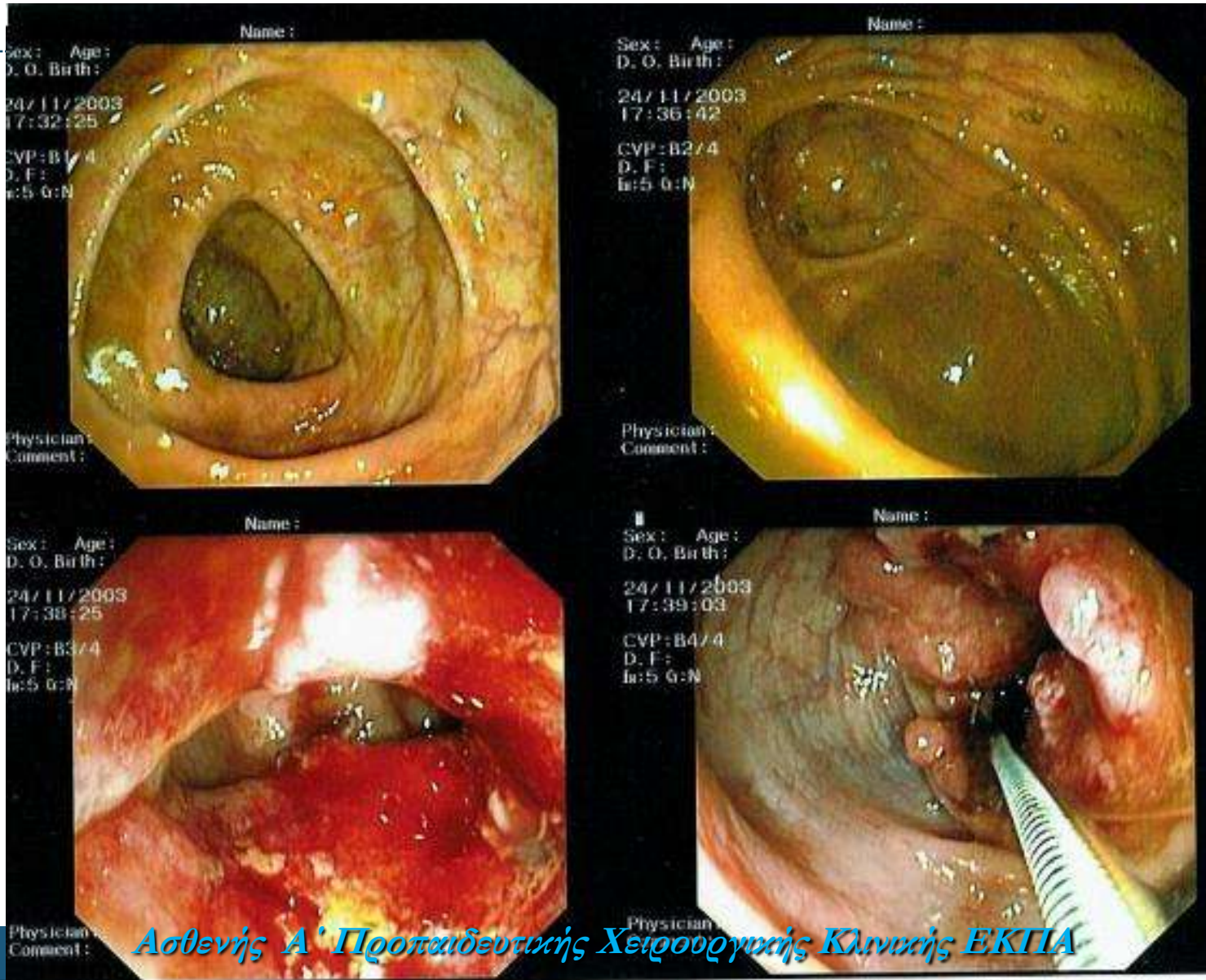
Διάγνωση

Κολonosκόπηση



Ασθενής Α' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής ΕΚΠΑ

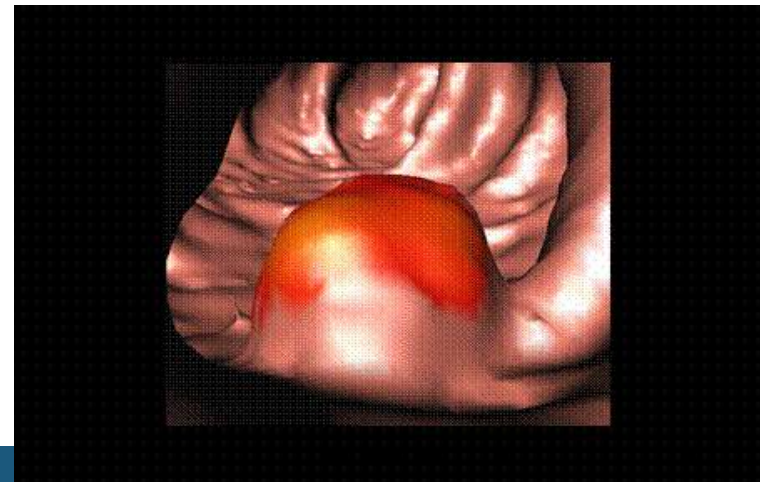
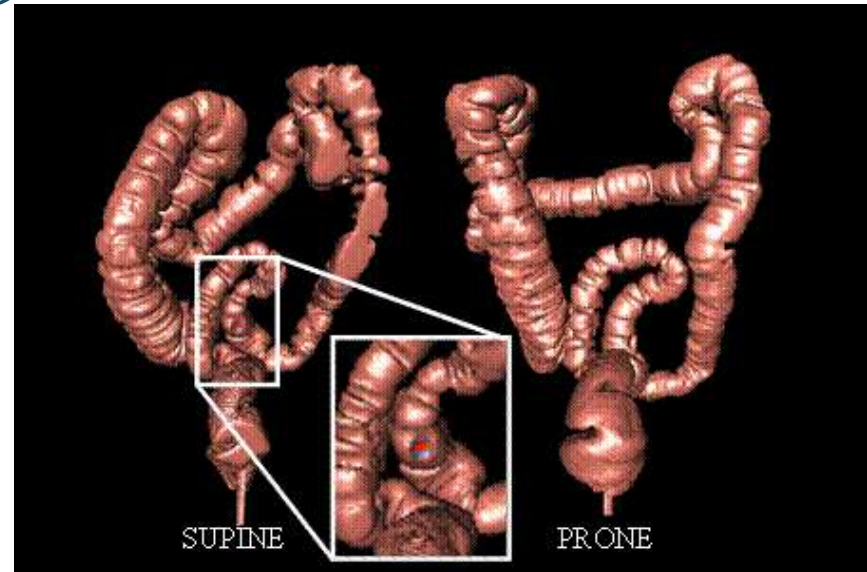
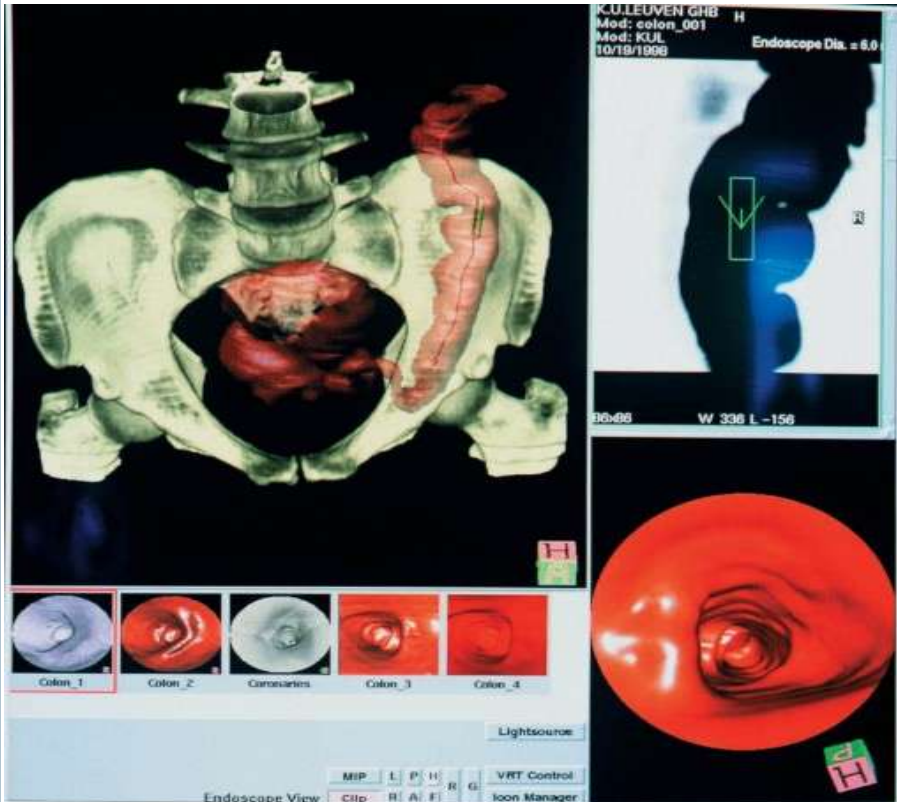
Διάγνωση Κολonosκόπηση



Ασθενής Α' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής ΕΚΠΑ

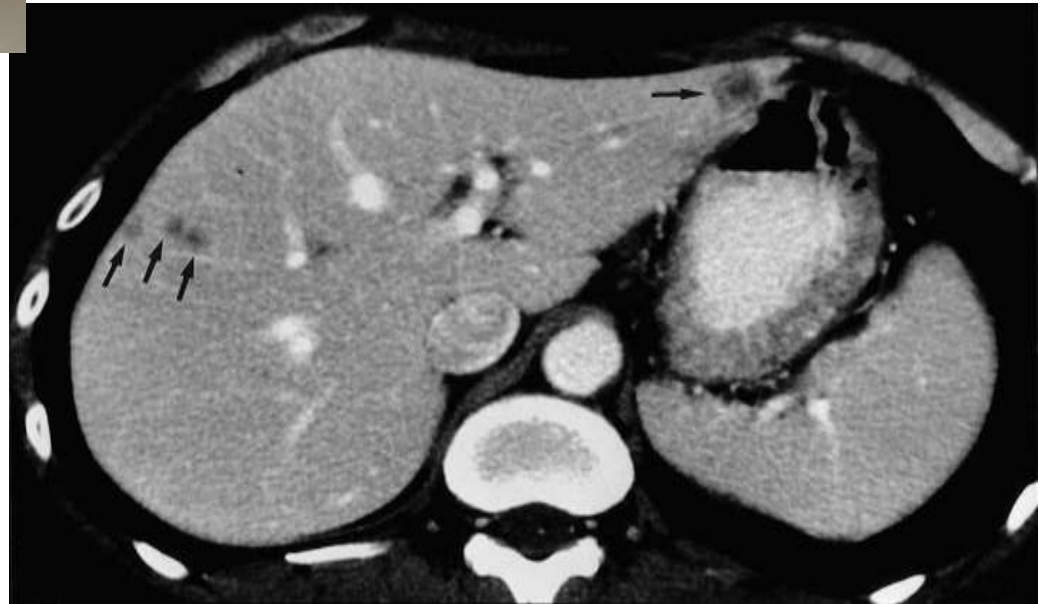
Διάγνωση

Αξονική κολονογραφία- Εικονική κολονοσκόπηση



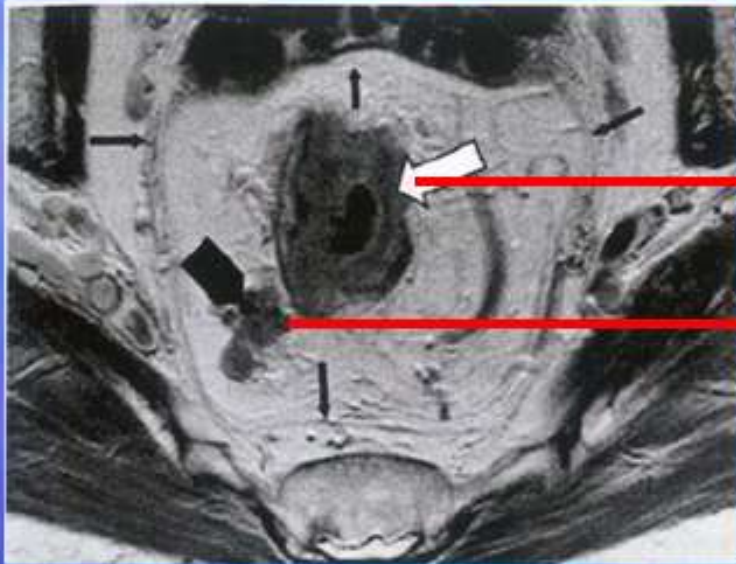
Διάγνωση- Σταδιοποίηση

Αξονική τομογραφία



Διάγνωση- Σταδιοποίηση

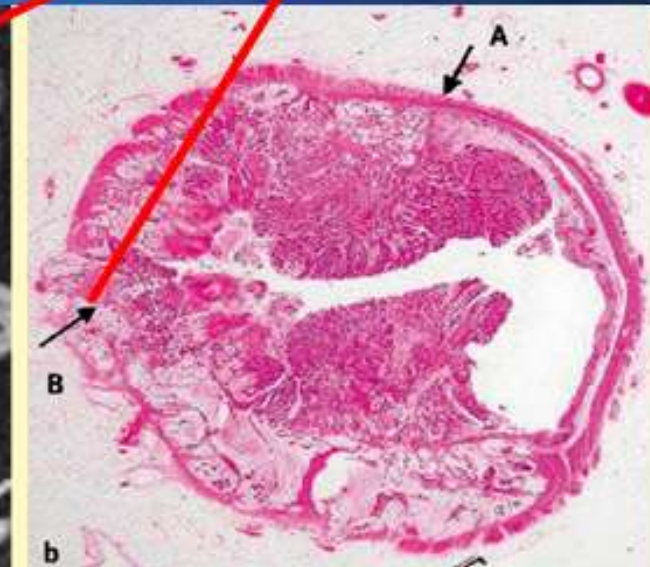
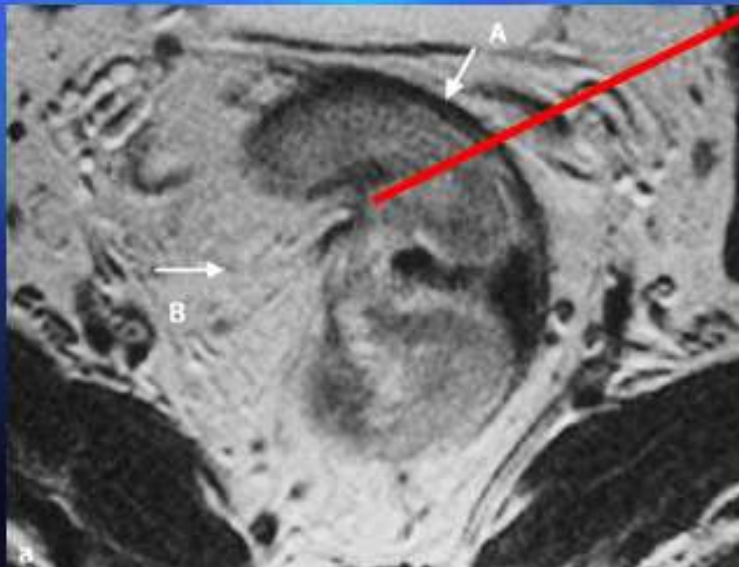
Μαγνητική τομογραφία



Διήθηση τοιχώματος ορθού

Λεμφαδένες

Προεγχειρητική πρόβλεψη του ιστολογικού βαθμού διήθησης



PET scan



CT scan

PET scan

Combined CT-PET scan

ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ



→ Γενική αίματος

→ Ηπατικά ένζυμα

→ Καρκινικοί δείκτες

CEA

Ογκοεμβρυϊκή γλυκοπρωτεΐνη υψηλού M.W.

Κ.Φ. 2,5- 5,0 ng/ml

80% Ca με αυξημένο CEA

Σχετίζεται ανάλογα με Grade

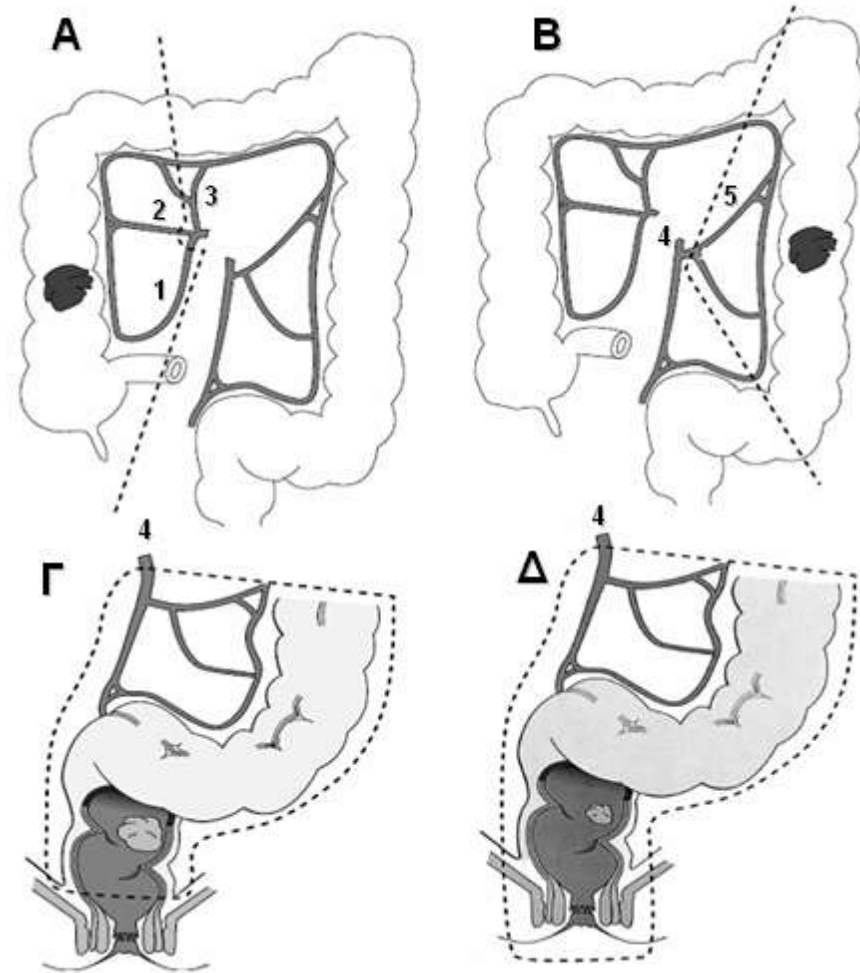
Σχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με Stage

Ελαττώνεται 1-4 μήνες μετά το χειρουργείο

Δείκτης υποτροπής

Χειρουργική θεραπεία καρκίνου παχέος εντέρου

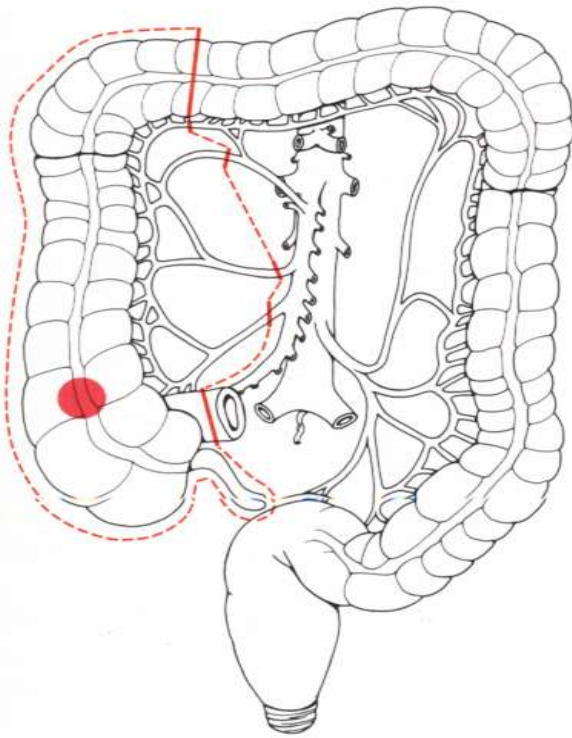
- Κύρια αντιμετώπιση του καρκίνου παχέος εντέρου
- Μερική **κολεκτομή** (αφαίρεση τμήματος παχέος εντέρου)
- Αφαιρείται το τμήμα του παχέος εντέρου που φέρει την κακοήθεια μαζί με τους λεμφαδένες της περιοχής
- Συνήθως η συνέχεια του εντερικού αυλού αποκαθιστάται με τη δημιουργία μιας **αναστόμωσης** (συνένωσης των υγιών τμημάτων του παχέος εντέρου που απομένουν)



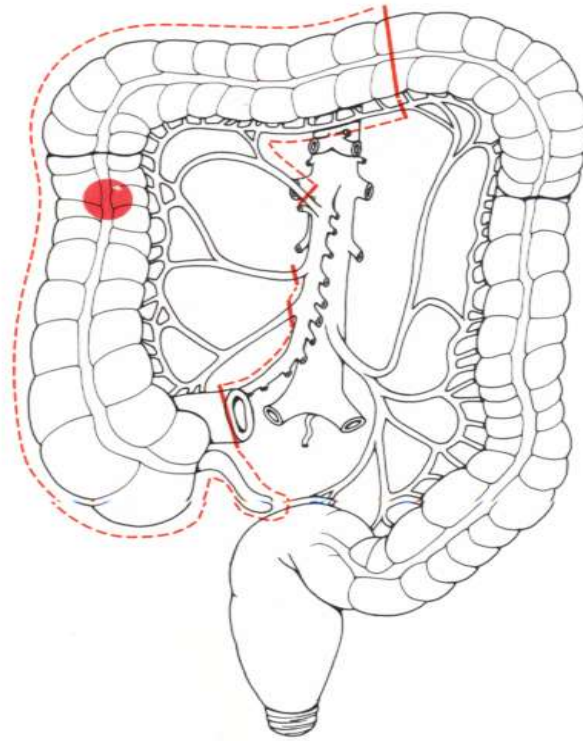
Κατευθυντήριες οδηγίες

- Το μήκος εκτομής του παχέος εντέρου πρέπει να αντιστοιχεί στη λεμφαγγειακή αποχέτευση του φέροντος τον όγκο τμήματος του παχέος εντέρου. Τουλάχιστον **5 εκ** φυσιολογικού εντέρου και από τις δύο πλευρές της πρωτοπαθούς κακοήθους εστίας είναι το ελάχιστο μήκος που απαιτείται.
- Η αφαίρεση των σύστοιχων λεμφαδενικών ομάδων έχει ιδιαίτερη προγνωστική και θεραπευτική αξία. Η σωστή λεμφαδενεκτομή πρέπει να εκτείνεται στην έκφυση του πρωτογενώς τροφοδοτούντος αγγειακού κλάδου. Τουλάχιστον **12 λεμφαδένες** πρέπει να έχουν αφαιρεθεί για να αποκλειστεί λεμφαδενική μετάσταση με ικανή ακρίβεια.
- Καρκίνοι παχέος εντέρου που διηθούν κατά συνέχεια ιστού παρακείμενα όργανα πρέπει να αφαιρούνται **en block** με τις παρακείμενες ανατομικές δομές, με στόχο τα ιστολογικά αρνητικά για κακοήθεια όρια.

ΔΕΞΙΑ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ

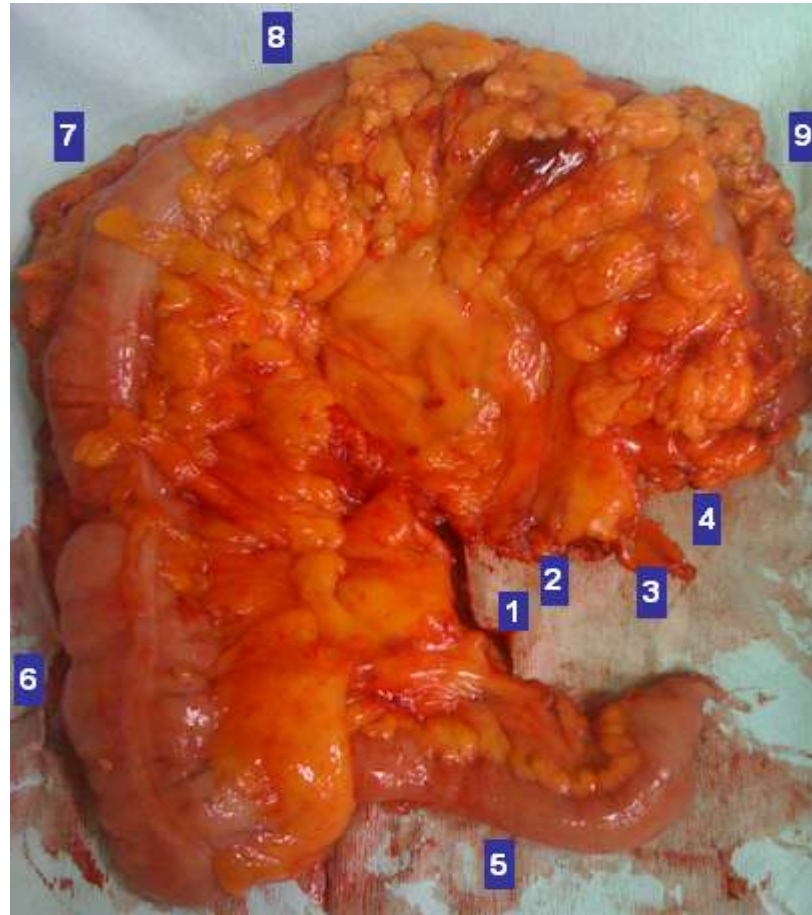


Ca τυφλού, ανιόντος



Ca ηπατικής καμπής

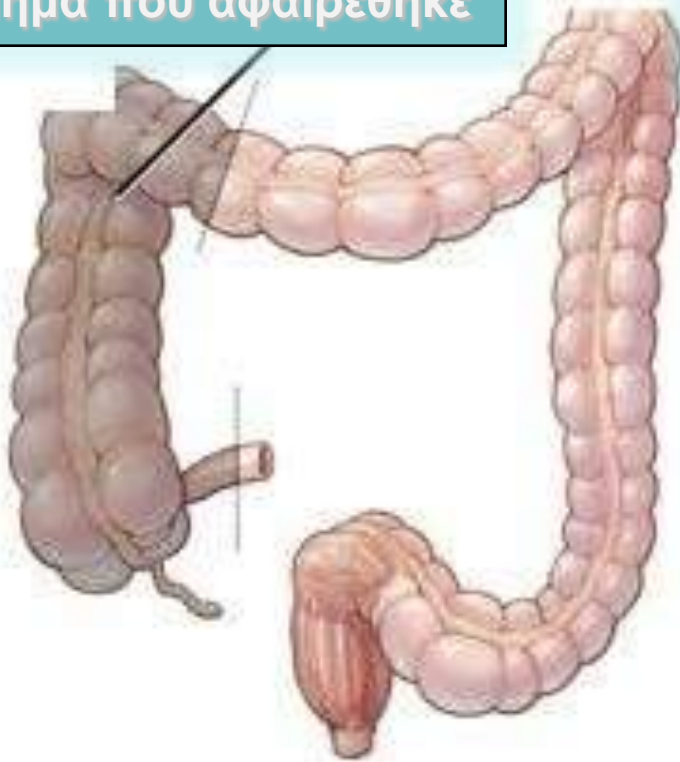
Εκτεταμένη δεξιά κολεκτομή για Ca ηπατικής καμπής



1. Ειλεοκολική αρτηρία. 2. Μέση κολική αρτηρία. 3. Ανιόν κλάδος αριστερής κολικής αρτηρίας. 4. Επιχειίλιος αρτηρία. 5. Τελικός ειλεός.
6. Δεξιό κόλον. 7. Ηπατική καμπή. 8. Εγκάρσιο κόλον. 9. Σπληνική καμπή

Αναστόμωση (ειλεο-εγκαρσία)

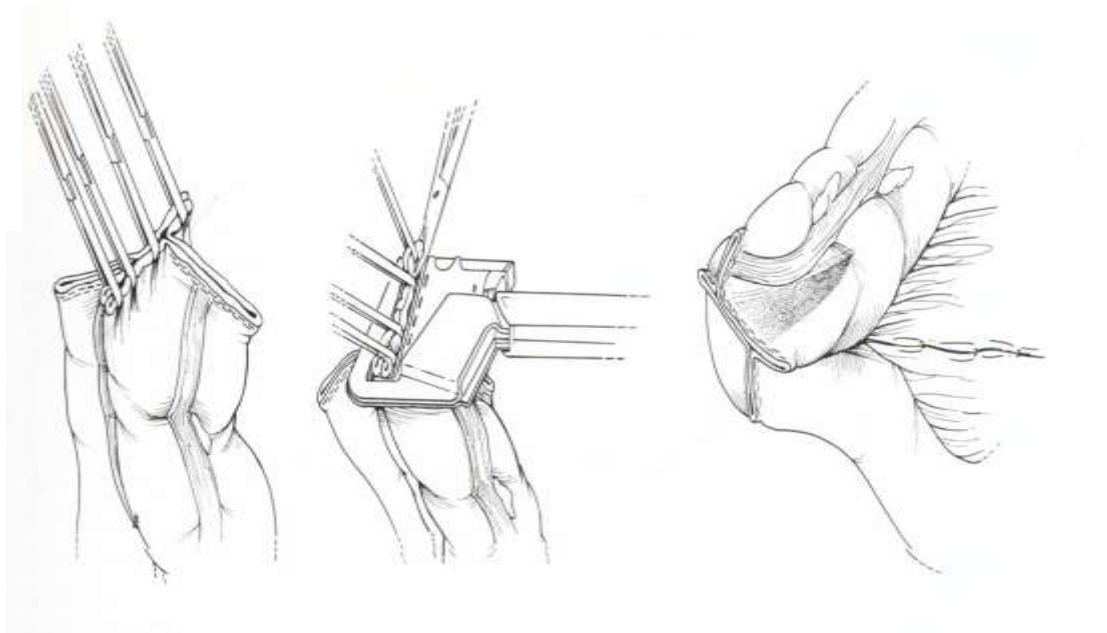
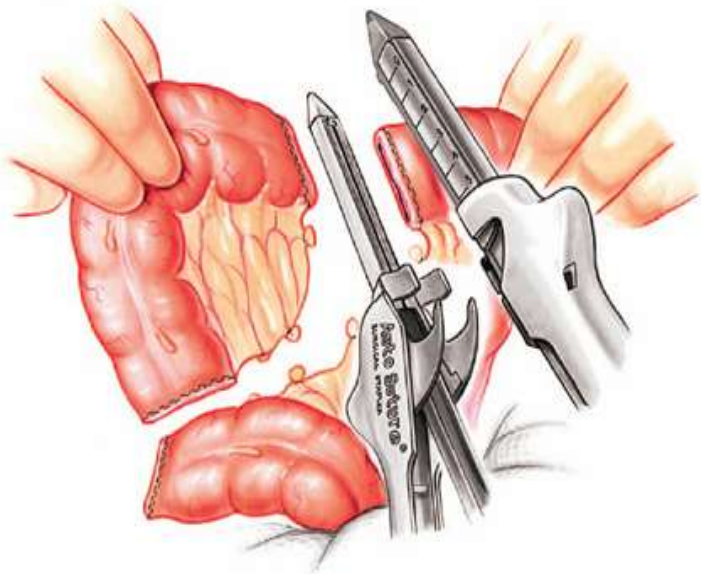
Τμήμα που αφαιρέθηκε



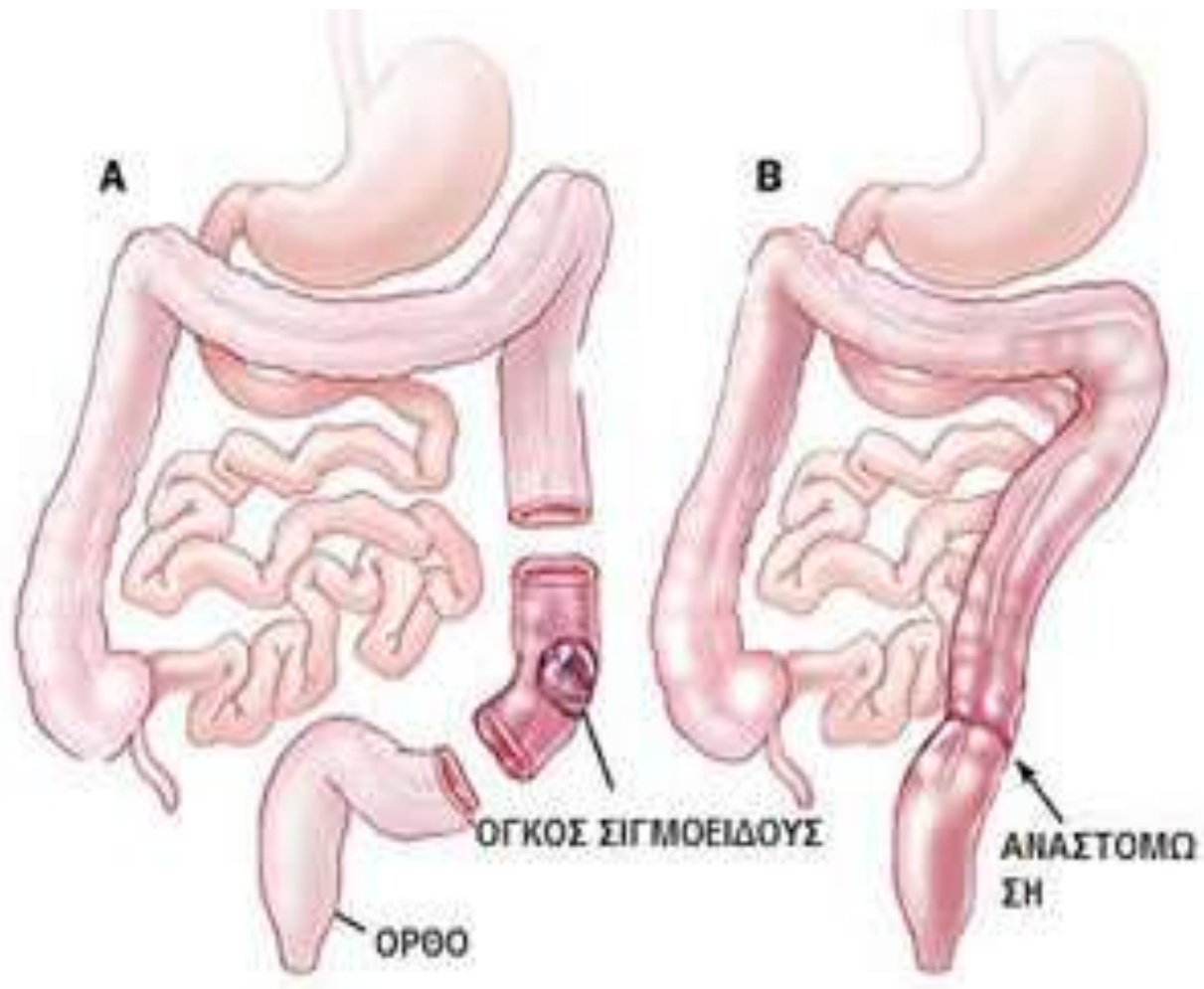
Αναστόμωση λεπτού με παχύ έντερο



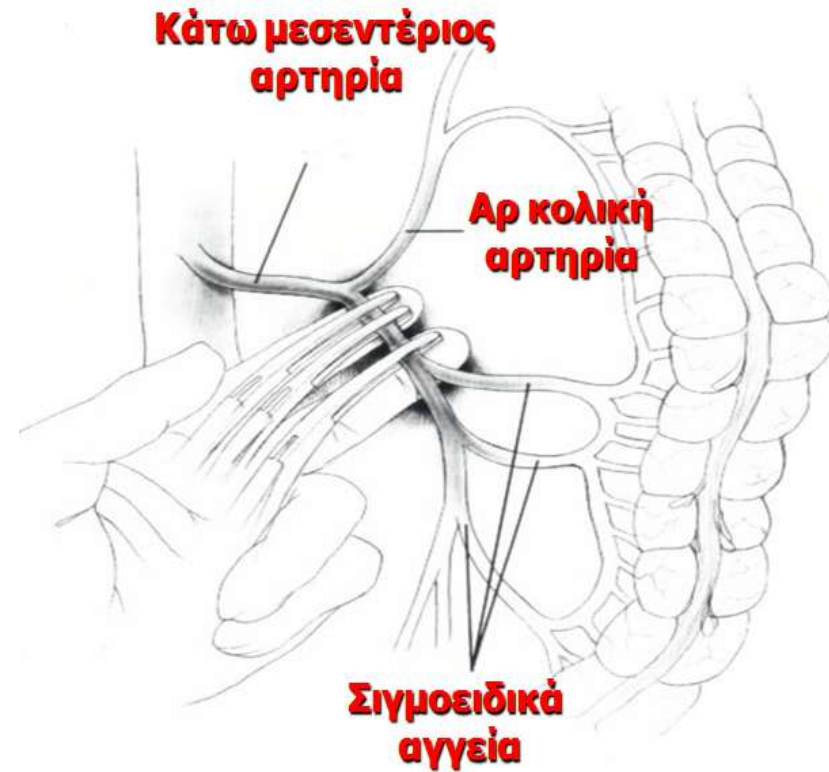
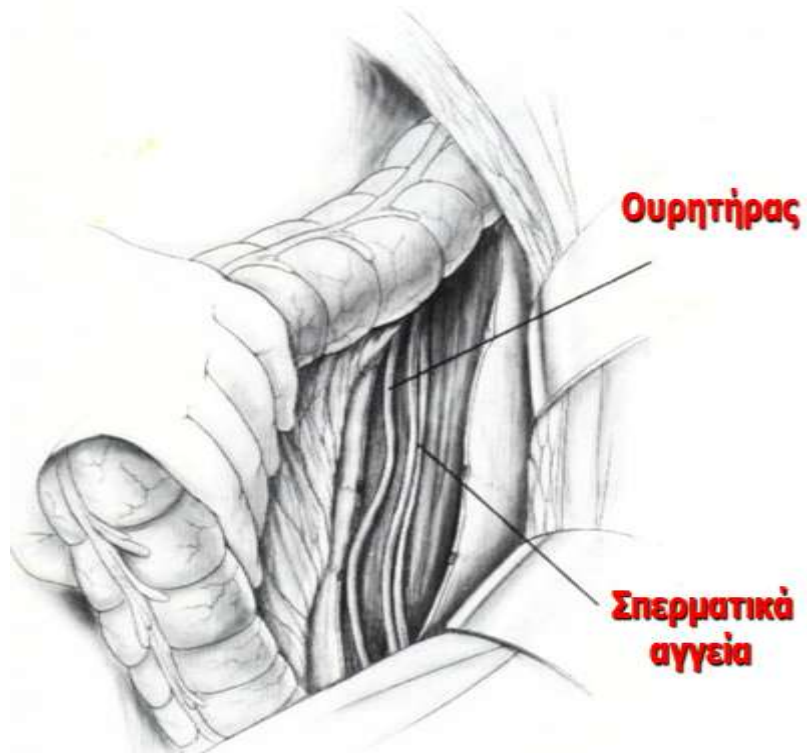
Συρραπτικά εργαλεία



Καρκίνος σιγμοειδούς



Καρκίνος σιγμοειδούς

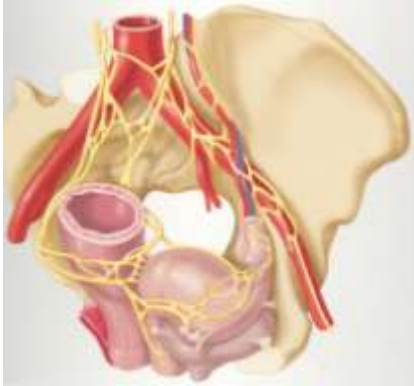


Ολική κολεκτομή για αποφρακτικό Ca σιγμοειδούς



Ασθενής Α' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής ΕΚΠΑ

Καρκίνος ορθού

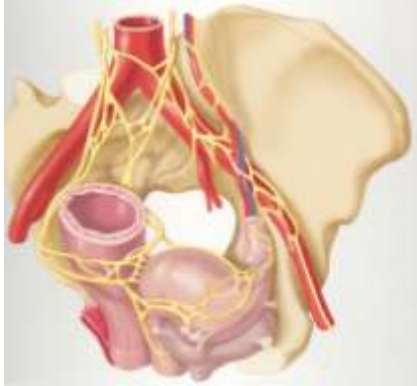


Δύσκολος
τοπικο-περιοχικός
έλεγχος

Τοπική
υποτροπή

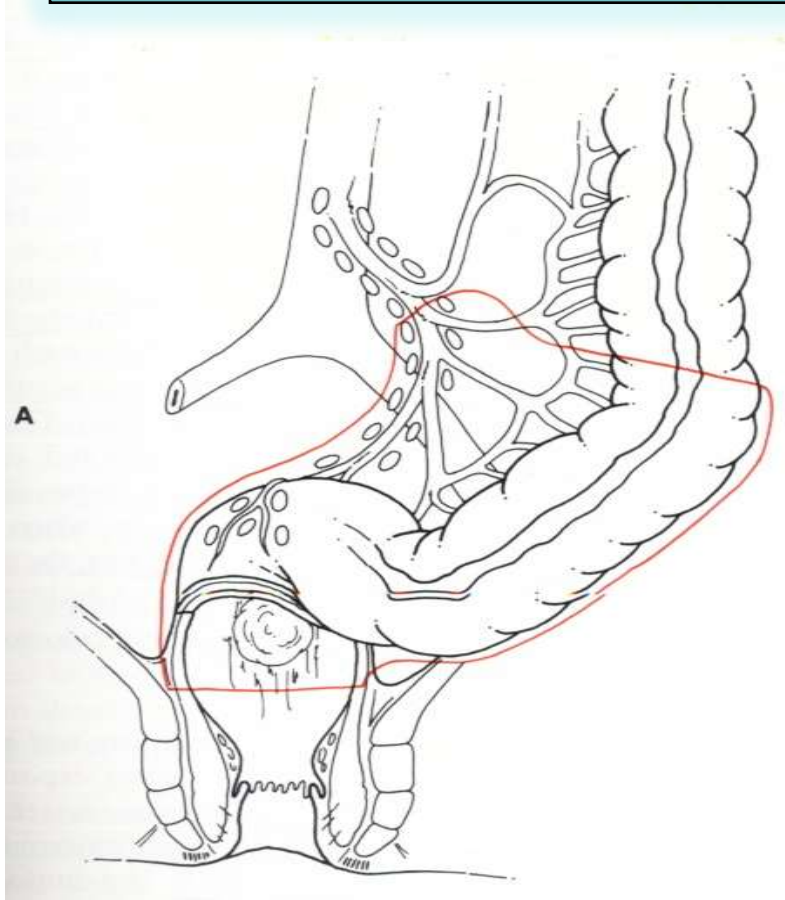
Σφιγκτηριακές
&
ουρογεννητικές
διαταραχές

Χειρουργική θεραπεία καρκίνου ορθού

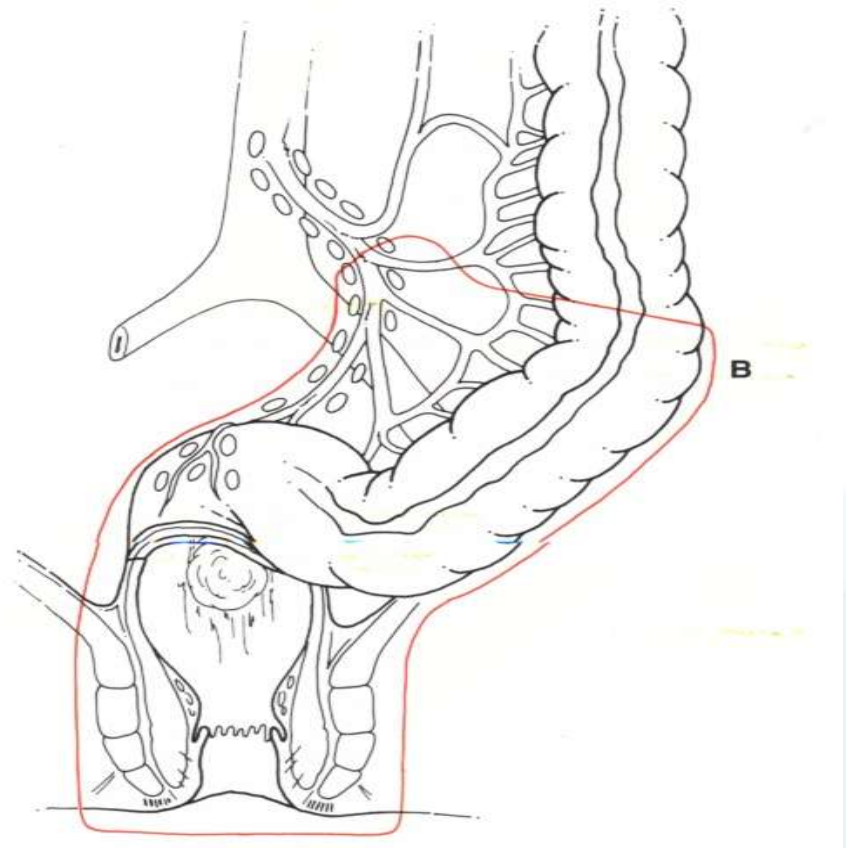


Χειρουργική θεραπεία καρκίνου ορθού

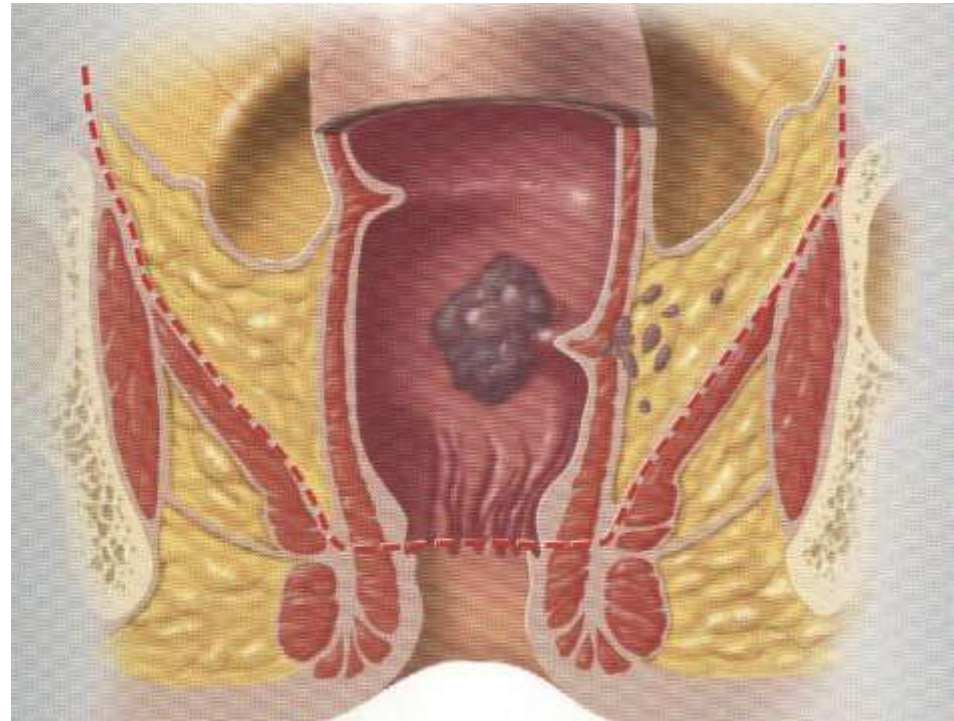
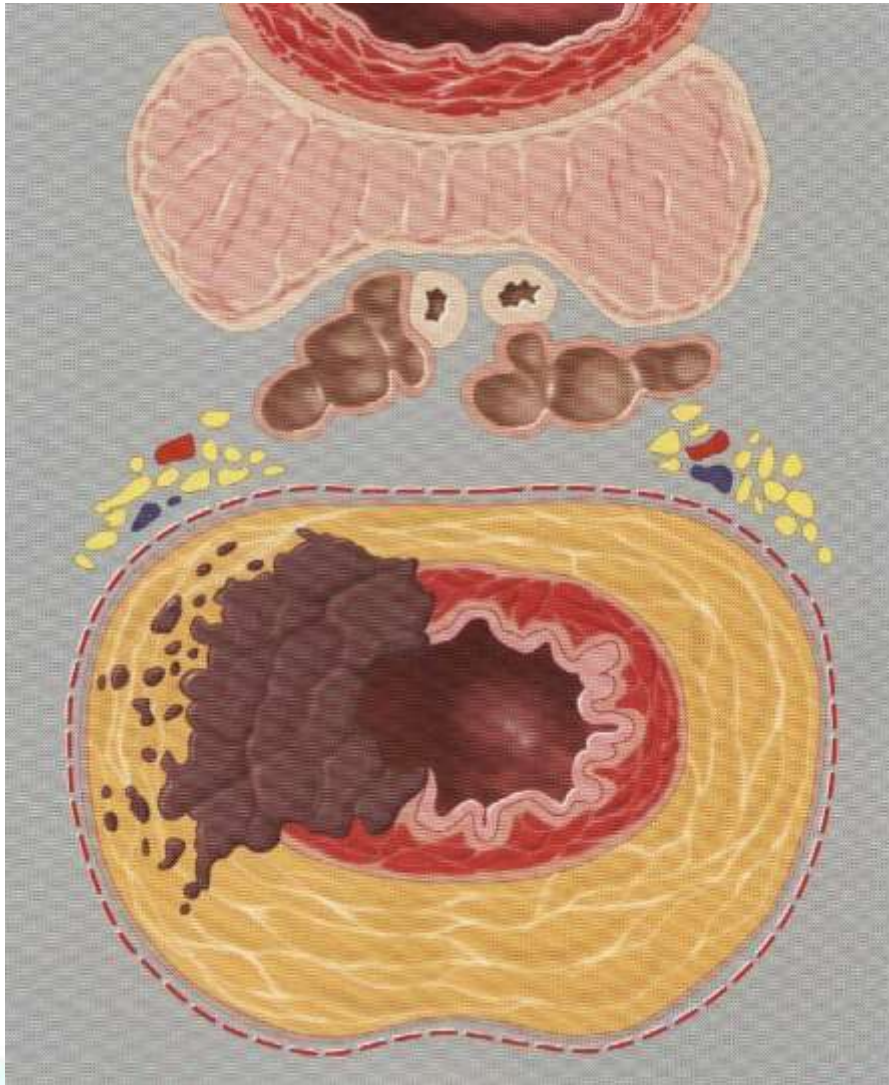
Χαμηλή πρόσθια εκτομή



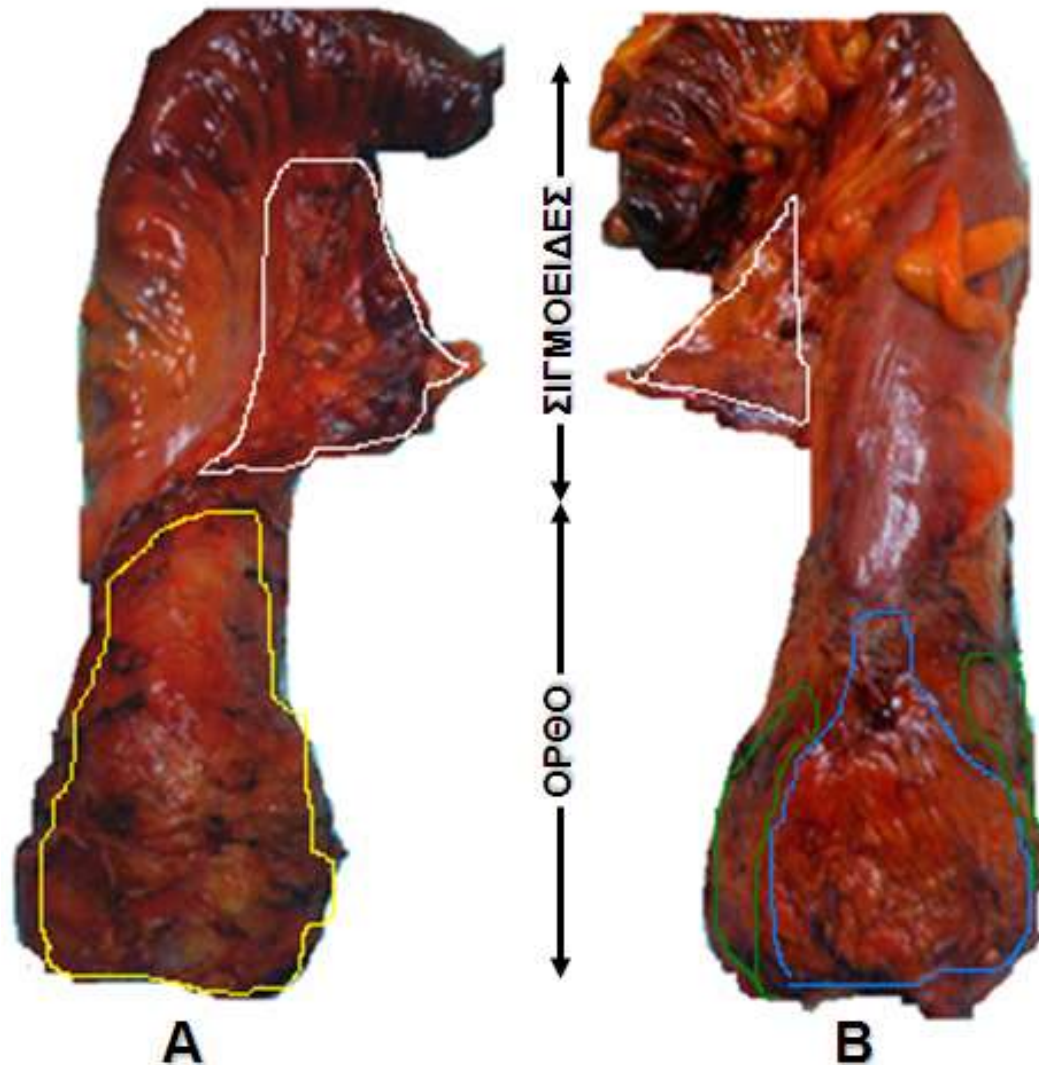
Κοιλοπερινεϊκή εκτομή



Ολική μεσοορθική εκτομή

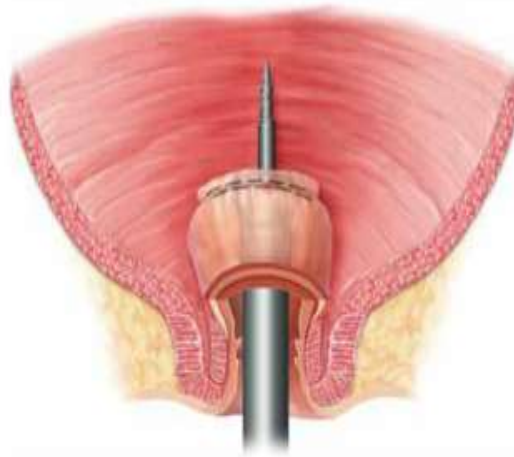
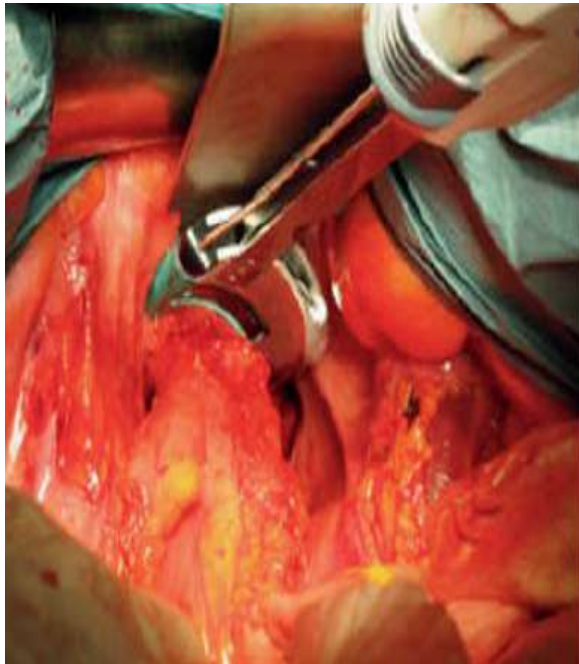


Ολική μεσοορθική εκτομή

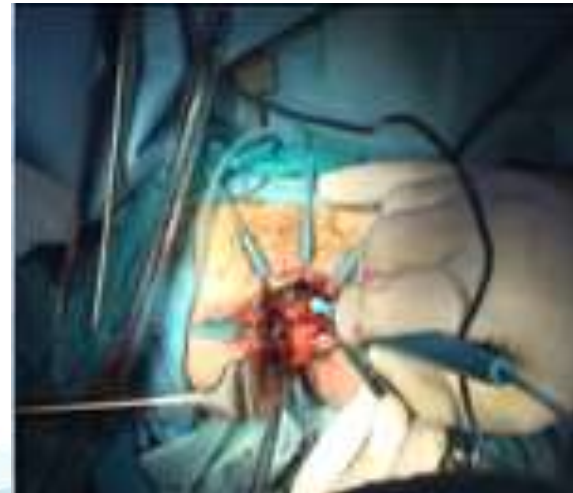
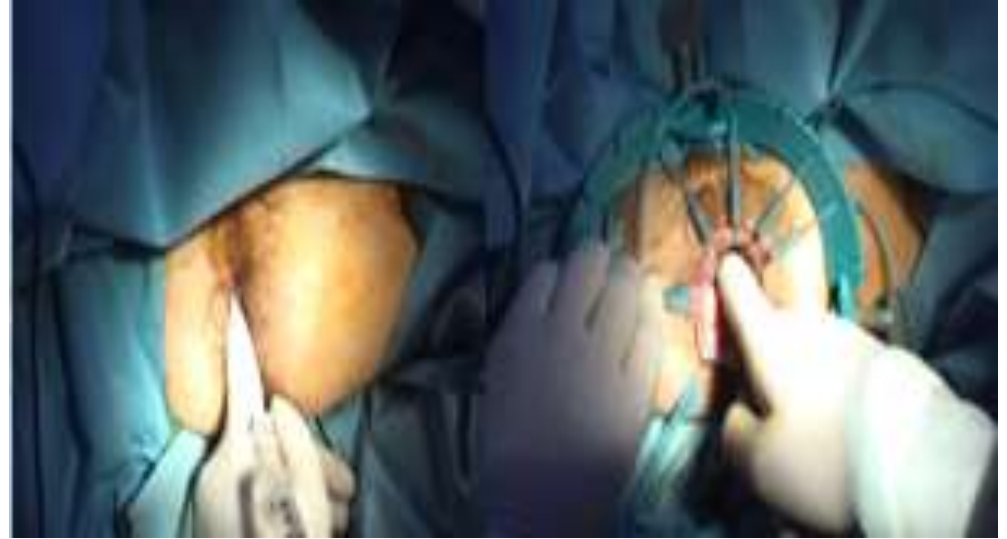
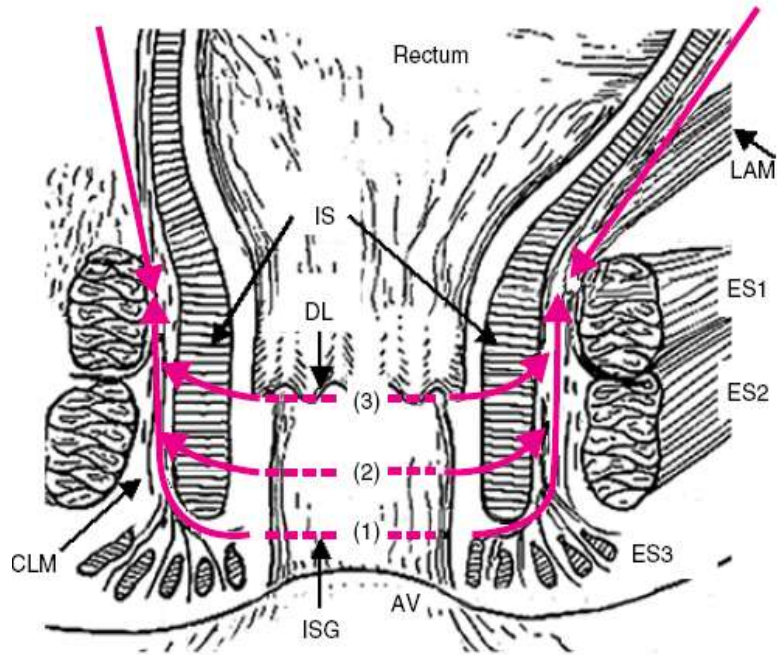


Ασθενής Α' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής ΕΚΠΑ

Σφιγκτηροσωστικές επεμβάσεις

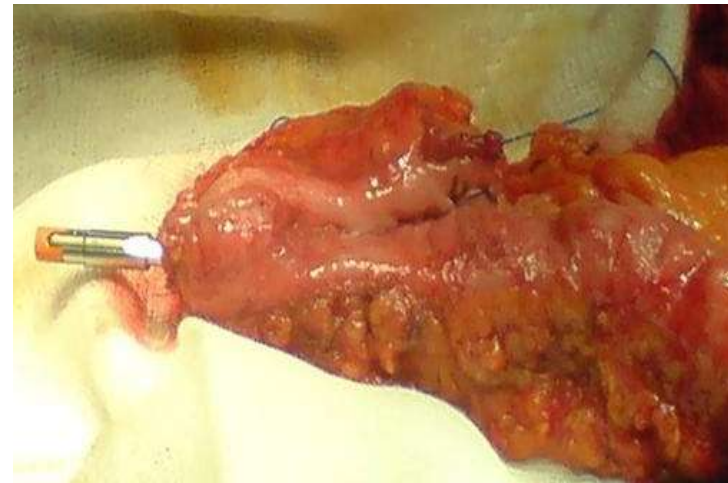
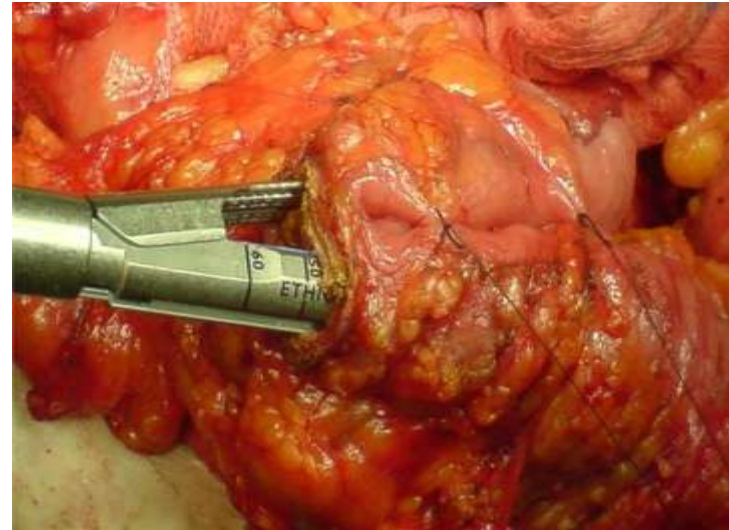
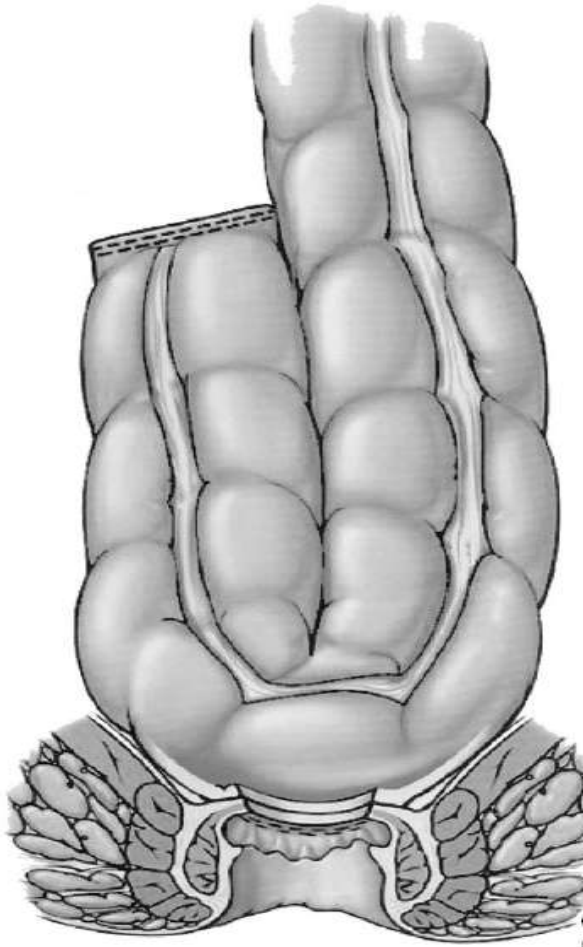


Σφιγκτηροσωστικές επεμβάσεις

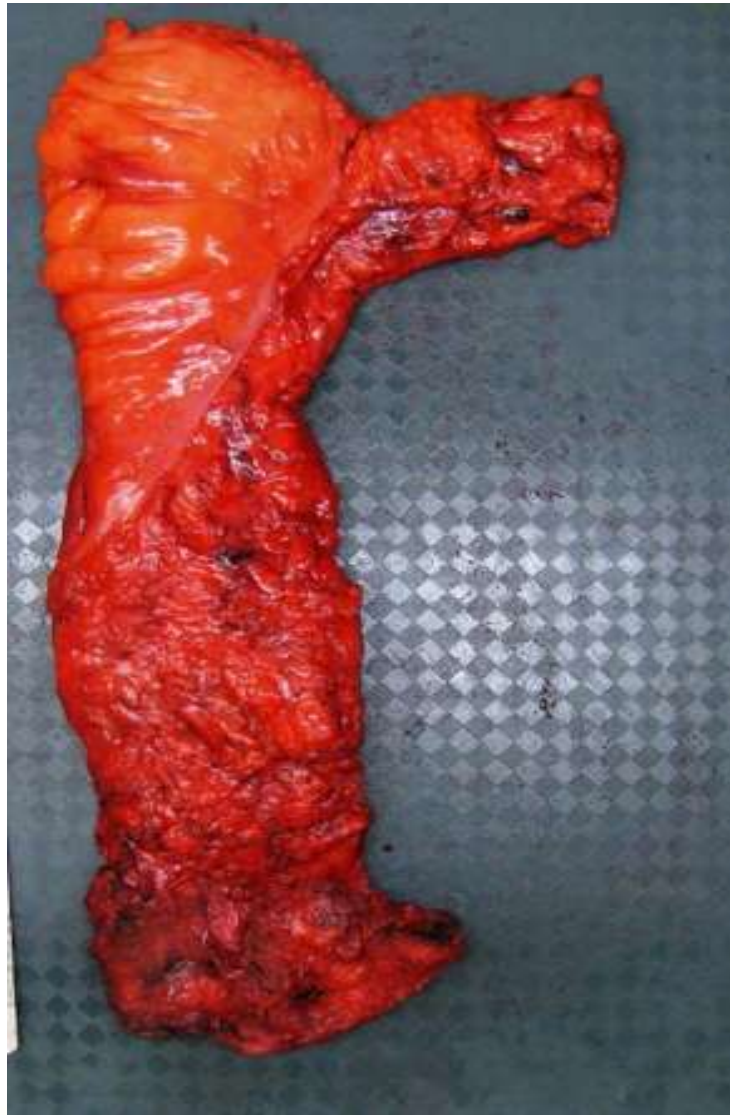


b Total (1), subtotal (2) and partial (3) ISR

Νεο-ορθό (κολονικό J-rouch) για καλύτερα λειτουργικά αποτελέσματα

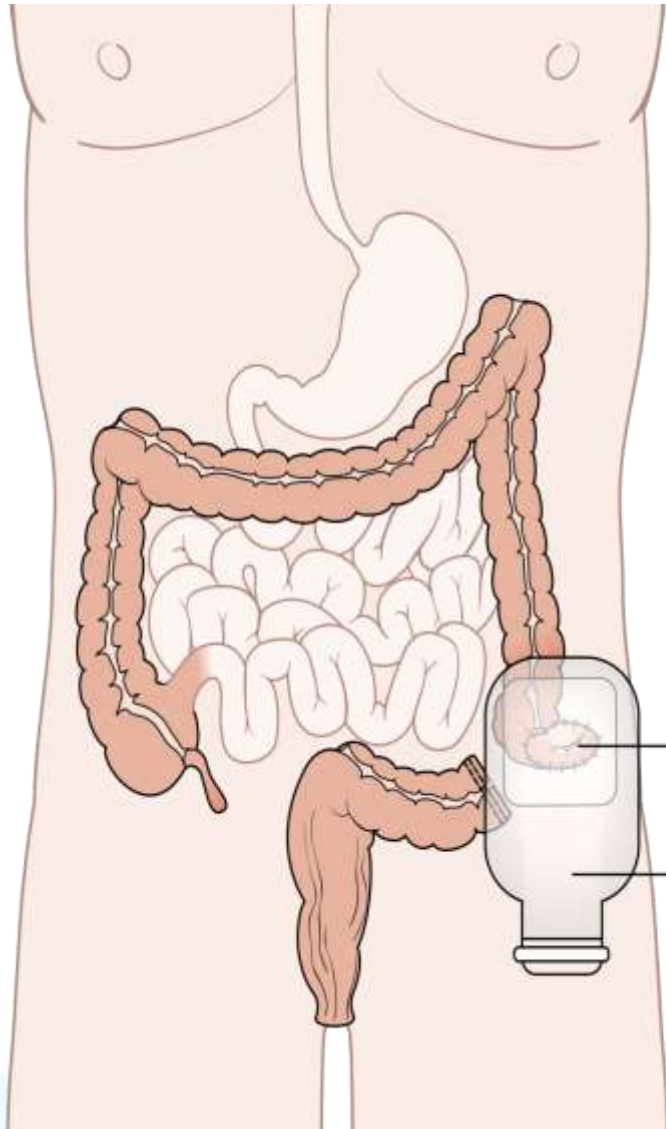


Εξωανελκθηριακή κοιλιοπερινεϊκή εκτομή



Ασθενής Α' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής ΕΚΠΑ

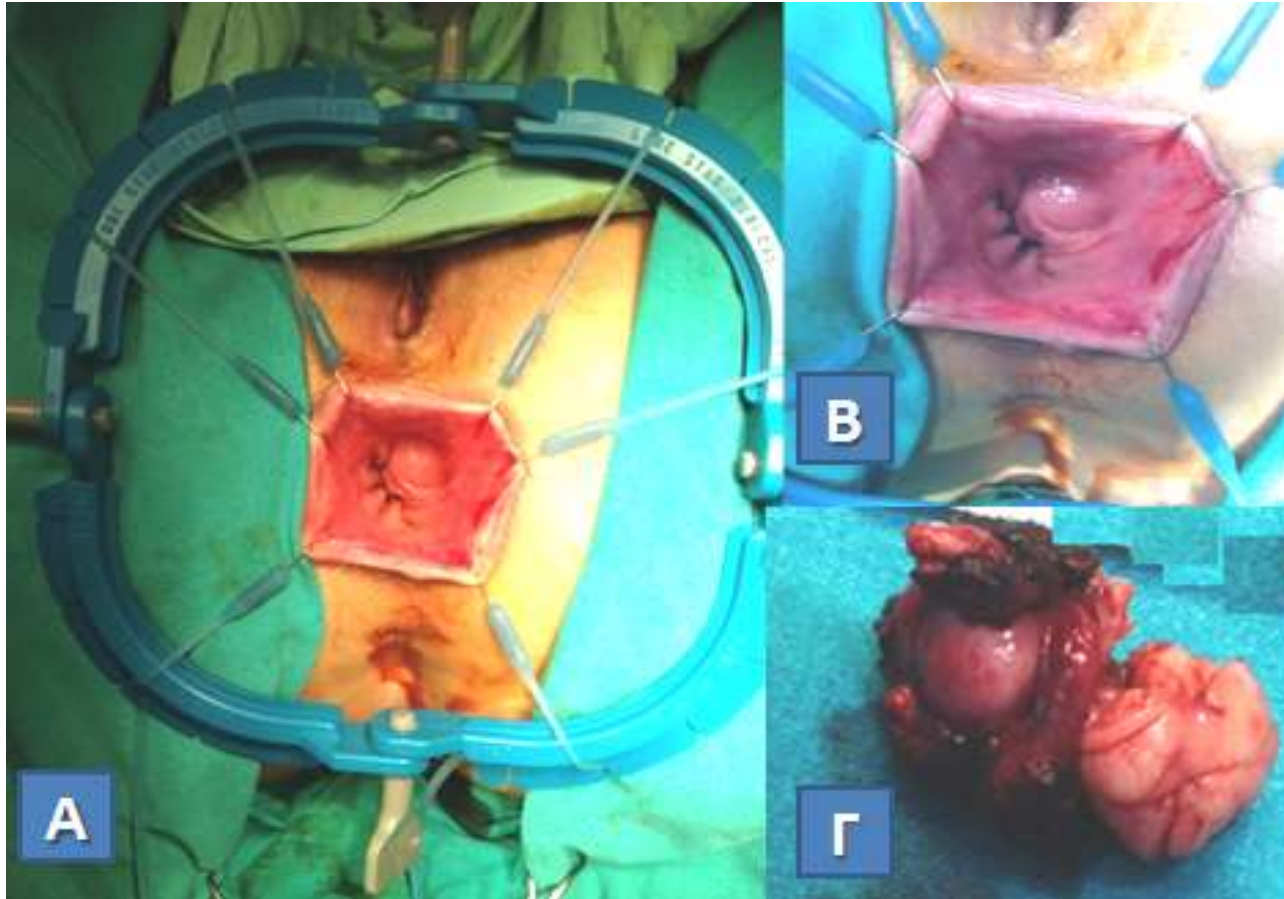
Κολοστομία



Κολοστομία

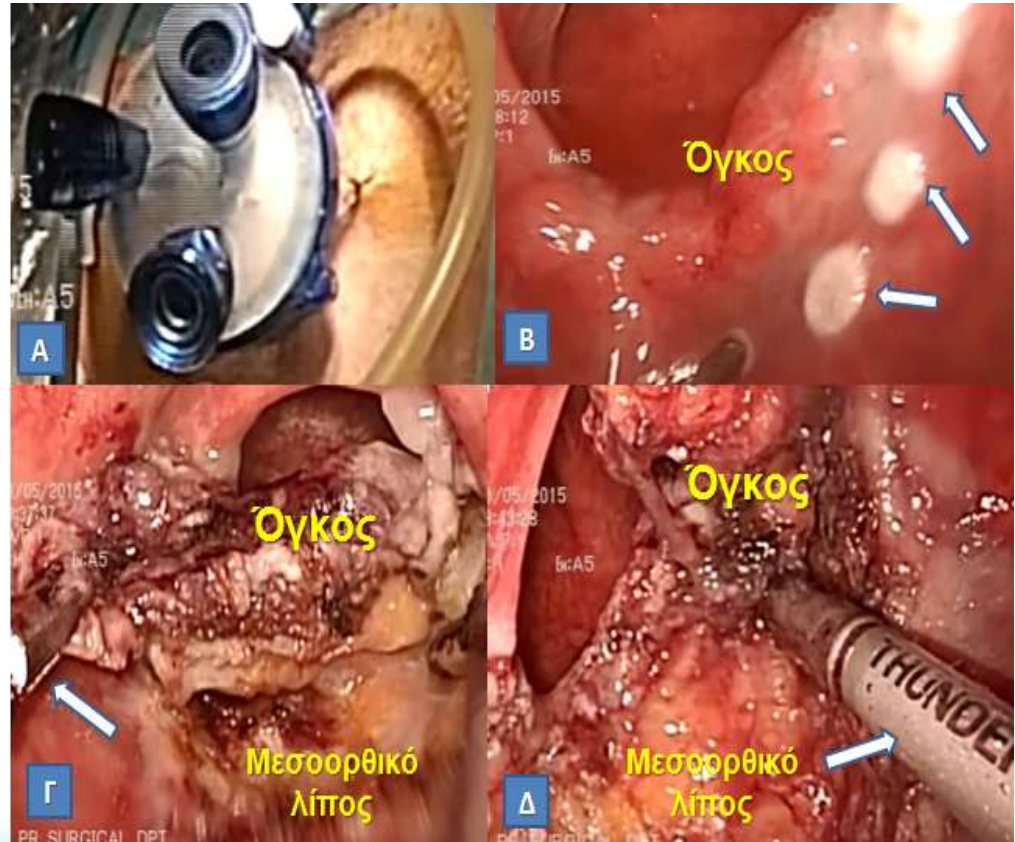
Σάκος στομίας

Διαπρωκτική εκτομή



Διαπρωκτική αφαίρεση (Α, Β) υποβλεννογονίου στρωματικού όγκου (Gastrointestinal Stromal Tumor, GIST) ορθού (Γ). Η χρήση αυτοσυγκρατούμενου συστήματος πλαισίου-αγκίστρων Lone Star διευκόλυνε την επέμβαση. (Από ασθενή που αντιμετωπίστηκε στην Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ)

Τοπική εκτομή για καρκίνο του ορθού

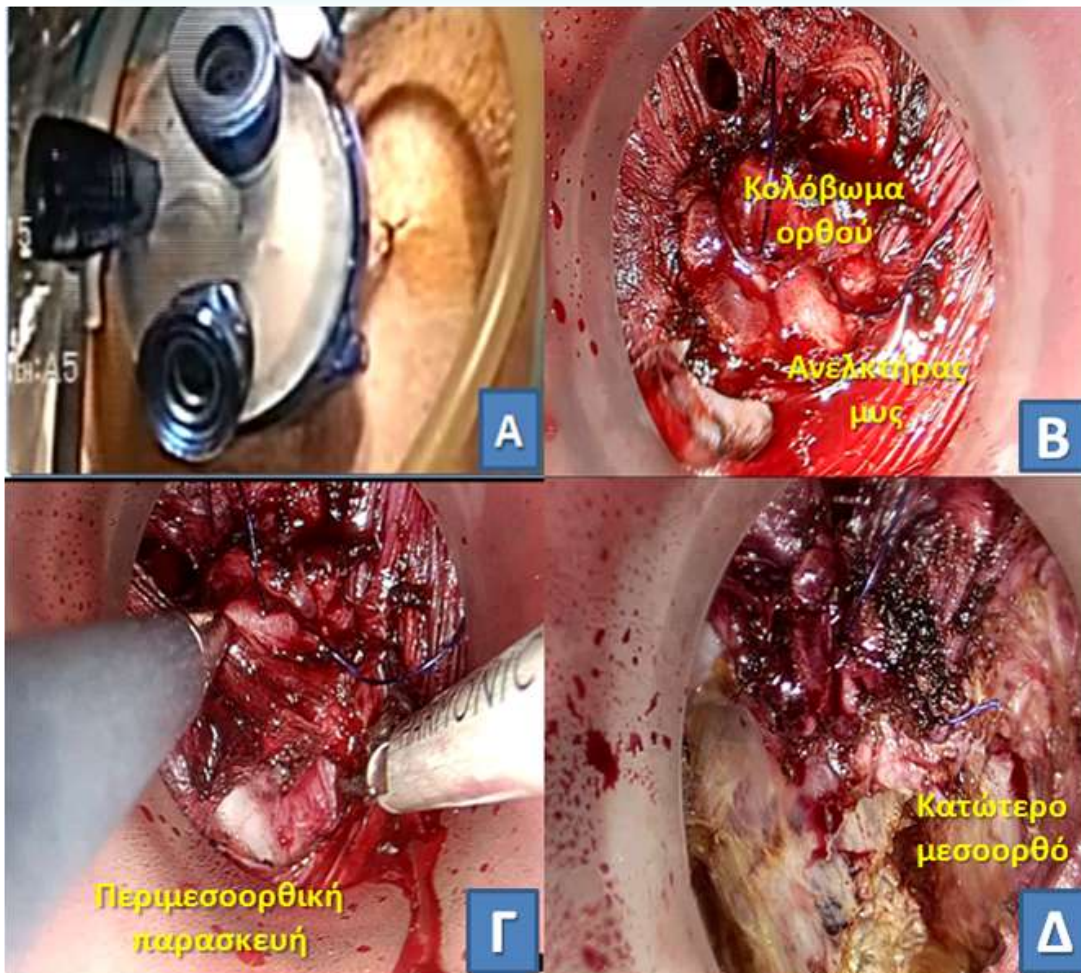


Transanal Minimally Invasive Surgery
TAMIS

Ασθενής Α' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής ΕΚΠΑ

Διαπρωκτική ολική μεσοορθική εκτομή

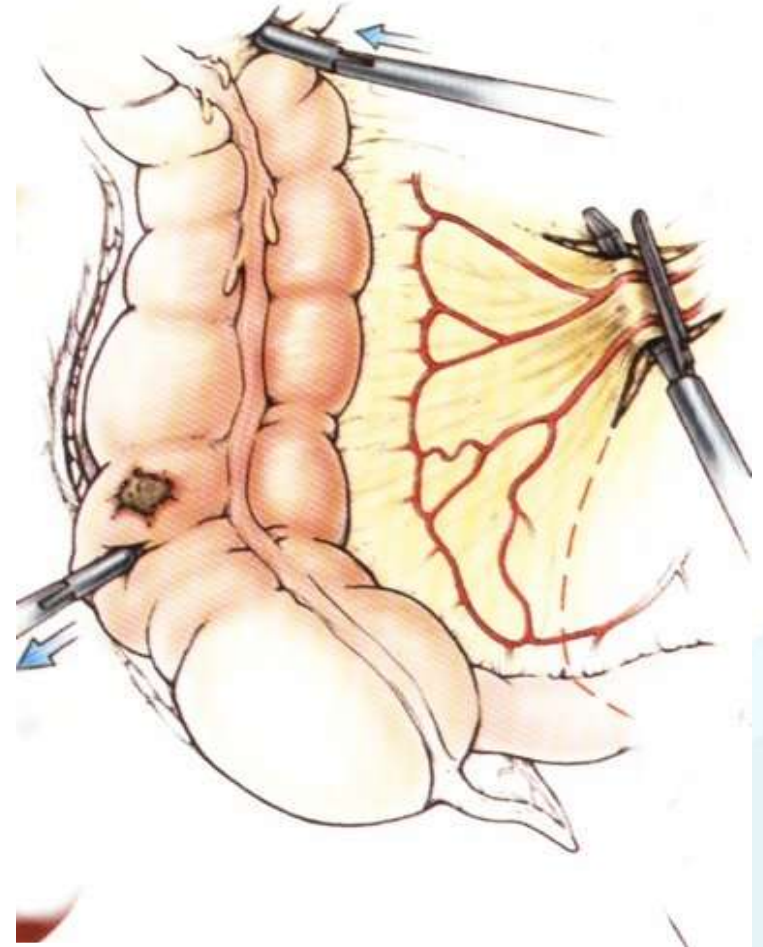
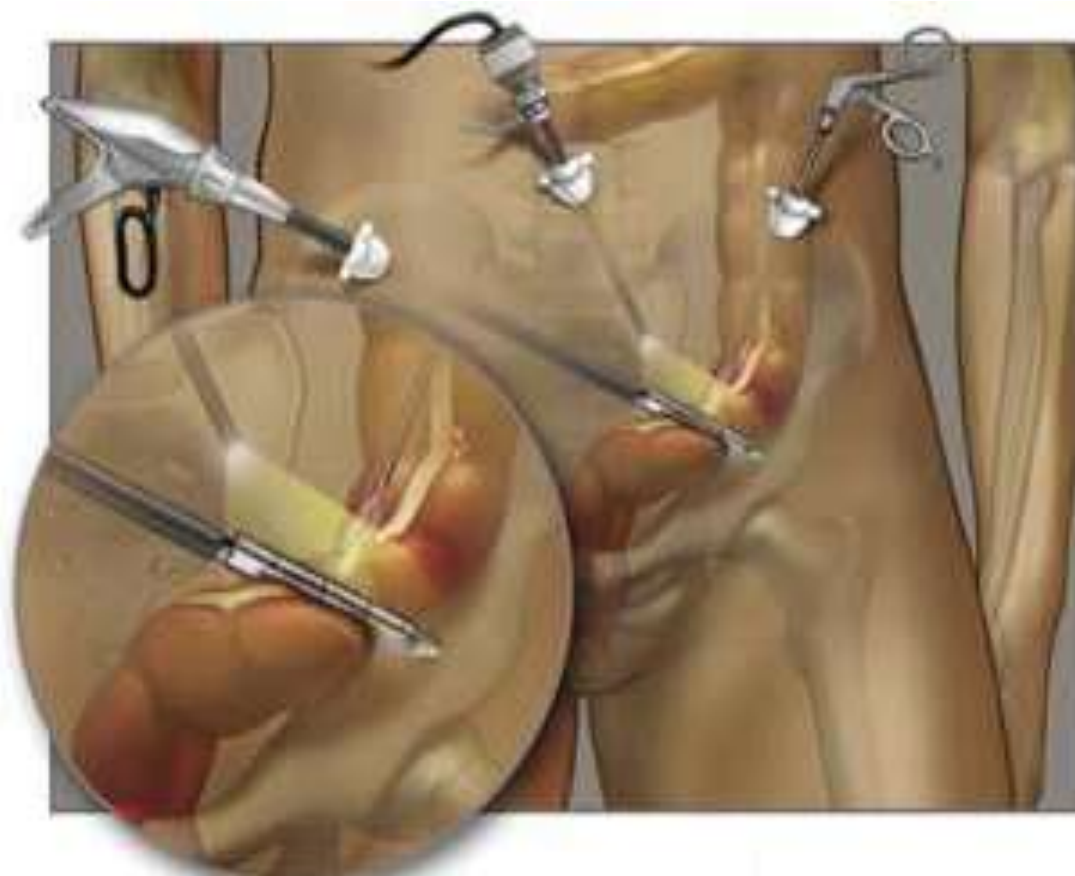
Transanal Total Mesorectal Excision Ta-TME



Πολυδύναμη αντιμετώπιση του καρκίνου του ορθού



Λαπαροσκοπική προσπέλαση



ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΑ ΙΣΟΔΥΝΑΜΗ ΜΕ ΤΗΝ «ΑΝΟΙΚΤΗ»

