

.....

Διαγνωστική προσπάθεια των παθήσεων της ορθοπρωκτικής περιοχής

.....

Οι τεχνολογικές δυνατότητες κατασκευής περιστρεφόμενων κατά 360° ηχοβολέων υπερήχων και η βελτίωση των τεχνικών μέτρησης ενδοαυλικών πιέσεων έχουν κατά την πρόσφατη δεκαετία καταστήσει προσιτή στην ευρεία ιατρική πρακτική τη λεπτομερή διερεύνηση της ανατομίας και της φυσιολογίας του ορθοπρωκτικού σωλήνα. Η αντικειμενική τεκμηρίωση των διαταραχών της περιοχής έχει διευκολυνθεί σημαντικά, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της θεραπευτικής αντιμετώπισής τους (συντηρητικής ή χειρουργικής). Επιπλέον, η δυνατότητα λεπτομερούς διερεύνησης της λειτουργικότητας του πρωκτού, σε στατική και σε κινητική φάση, έχει φέρει στο φως σειρά κινητικών διαταραχών, οι οποίες προκαλούνται από πλημμελή λειτουργία ή κακό συντονισμό των επιμέρους φυσιολογικών μηχανισμών χωρίς πρωτοπαθείς παθολογοανατομικές αλλοιώσεις (λειτουργικές διαταραχές του ορθοπρωκτικού σωλήνα). Σε αυτές συγκαταλέγονται ορισμένες μορφές της ακράτειας κοπράνων, ο χρόνιος πόνος του περινέου και η ασυνέργεια των μυών του πυελικού εδάφους με κυρίαρχο σύμπτωμα τη δυσκοιλιότητα.

Οι σημαντικότερες παρακλινικές διαγνωστικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη διαγνωστική προσέγγιση των παθήσεων του ορθοπρωκτικού σωλήνα είναι η υπερηχοτομογραφία, οι λειτουργικές δοκιμασίες της ορθοπρωκτικής περιοχής, το αφοδευσιογράφημα και το ηλεκτρομυογράφημα του πρωκτού. Το υπερηχοτομογράφημα του πρωκτού απεικονίζει σαφώς τα ανατομικά στοιχεία της περιοχής σε ένα βάθος περί τα 5 cm, με πολύ ικανοποιητική απεικόνιση των αλλοιώσεων (τραυματισμοί σφιγκτήρων, αποστήματα, συρίγγια, νεοπλά-

σματα). Γι' αυτόν το λόγο, αποτελεί τη σημαντικότερη εξέλιξη που έχει σημειωθεί στην παρακλινική διερεύνηση των παθήσεων αυτών. Οι λειτουργικές δοκιμασίες υπολογίζουν τις ενδοπρωκτικές πιέσεις σε ηρεμία και σε εκούσια σύσπαση και αξιολογούν την αισθητικότητα με βάση τη δυνατότητα αντίληψης της διάτασης της ληκύθου. Επιπλέον, ελέγχονται ποικίλα αντανακλαστικά, η καταγραφή των οποίων αντανακλά την ακεραιότητα της νεύρωσης των μυϊκών ομάδων. Έτσι, σήμερα, οι δυσχερείς περιπτώσεις και οι υποτροπές ποικίλων παθήσεων (περιεδρικά συρίγγια, ακράτεια κοπράνων, δυσκοιλιότητα, κακοήθεις όγκοι με περιορισμένη διήθηση) δεν αντιμετωπίζονται επί τη βάση των δεδομένων της κλινικής εξέτασης μόνο, αλλά μετά από λεπτομερή απεικονιστική διερεύνηση των παθολογοανατομικών βλαβών και καταγραφή των παθοφυσιολογικών διαταραχών. Για παράδειγμα, καθορίζεται σαφώς η διήθηση των ανατομικών στοιχείων (σφιγκτήρες, μυϊκός χιτώνας του ορθού) από νεοπλάσματα, απεικονίζονται η επέκταση και οι διακλαδώσεις των περιεδρικών αποστημάτων και συριγγίων και υπολογίζονται οι εν ηρεμία πιέσεις του δακτυλίου πριν από τη χειρουργική αντιμετώπιση της ραγάδας του δακτυλίου.^{1,2} Ειδική διερεύνηση των νευρομυϊκών διαταραχών καθίσταται δυνατή με το ηλεκτρομυογράφημα της περιοχής.

Οι παραπάνω δοκιμασίες συμβάλλουν σημαντικά στη διερεύνηση και λεπτομερή καταγραφή της ακράτειας κοπράνων και της δυσκοιλιότητας. Κατά τη διαγνωστική διερεύνηση της ακράτειας κοπράνων, υπερηχοτομογραφικά ερευνάται εάν υπάρχει εντοπισμένη καταστροφή των σφιγκτήρων, οπότε επιτυγχάνεται η διαφορική διάγνωση μεταξύ νευρογενούς βλάβης (αιδοϊκή νευροπάθεια που οφείλεται σε προϊούσα εκφύλιση του έσω αιδοϊκού νεύρου με την πάροδο της ηλικίας, διαβητική νευροπάθεια κ.λπ.) και διατομής των σφιγκτήρων (π.χ. μαιευτικής, χειρουργικής ή τραυματικής αιτιολογίας). Η αιδοϊκή νευροπάθεια αντιμετωπίζεται συντηρητικά με τη βιοανάδραση, ενώ σε περίπτωση τραυματικών αλλοιώσεων, η χειρουργική

συρραφή του έξω σφιγκτήρα έχει πιθανότητες επιτυχίας πάνω από 70%.³ Η υπολογιστική μανομετρία παρέχει ένα τρισδιάστατο γράφημα, στο οποίο υπολογίζεται η συμμετρία των ενδοπρωκτικών πιέσεων. Η συμμετρική μείωση είναι ενδεικτική αιδοϊκής νευροπάθειας, ενώ το ασύμμετρο γράφημα είναι χαρακτηριστικό εντοπισμένου τραυματισμού των σφιγκτήρων. Η υπερηχοτομογραφική διερεύνηση υπερέρχει σημαντικά της υπολογιστικής μανομετρίας στη διαφορική διάγνωση της αιτιολογίας της ακράτειας κοπράνων.⁴ Η χαρτογράφηση των σφιγκτήρων του πρωκτού μπορεί να επιτευχθεί και ηλεκτρομυογραφικά. Η διαδικασία αυτή είναι επίπονη για τον ασθενή και έχει αντικατασταθεί από την υπερηχοτομογραφία του πρωκτού.

Η ακριβής διερεύνηση της αιτιοπαθογένειας της δυσκοιλιότητας έχει διευκολυνθεί με την εισαγωγή και σχετικά ευρεία χρήση δύο διαγνωστικών τεχνικών, της μέτρησης του χρόνου διέλευσης του παχέος εντέρου και του αφοδευσιογράφηματος. Με την πρώτη μέθοδο (μέτρηση της ταχύτητας διάβασης ακτινοσκοπιών δεικτών διά του παχέος εντέρου) εκτιμάται αντικειμενικά η βαρύτητα της δυσκοιλιότητας και ανευρίσκεται το τμήμα του παχέος εντέρου που δυσλειτουργεί. Το αφοδευσιογράφημα απεικονίζει σε δυναμική φάση τη λειτουργία της αφόδευσης. Με την τεχνική αυτή έχουν διευκρινιστεί πολλές πτυχές της παθοφυσιολογίας των ορθοκολποκηλών, του μονήρους έλκους και της πρόπτωσης του ορθού, που κλινικά εκδηλώνεται με το αίσθημα της ατελούς αφόδευσης. Η διευκρίνιση της αιτιοπαθογένειας και η ακριβής διάγνωση και τεκμηρίωση προσέδωσαν νέο ενδιαφέρον στη χειρουργική αντιμετώπιση των καταστάσεων αυτών. Π.χ., επανήλθαν στο προσκήνιο η περινεϊκή προσπέλαση για την αντιμετώπιση της πλήρους και της εσωτερικής πρόπτωσης του ορθού (εγχείρηση κατά Delorme) και οι εγχειρήσεις για την αντιμετώπιση των προσθίων ορθοκολποκηλών (οπίσθια κολπορραφή). Επίσης, κατέστη δυνατή η διάγνωση της ασυνέργειας των

μυών του πυελικού εδάφους, που συνίσταται στη σύσπαση του ηβσορθικού μυός αντί της φυσιολογικής χάλασης κατά την προσπάθεια αφόδευσης, με αποτέλεσμα την παραμονή οξείας ορθοπρωκτικής γωνίας και δυσχέρεια κατά την αφόδευση.⁵ Στην νόσο του Hirschprung, ο λειτουργικός έλεγχος αποδεικνύει την έλλειψη του ορθοπρωκτικού αντανακλαστικού, ενώ η διατασιμότητα του ορθού φτάνει σε πολύ υψηλά επίπεδα.

Ένα πολύ σημαντικό διαγνωστικό έλλειμμα παραμένει όσον αφορά στη διερεύνηση και αντιμετώπιση του ιδιοπαθούς πόνου του περινέου, ενός χρόνιου νοσήματος, το οποίο συχνά αποδιοργανώνει τη ζωή του πάσχοντος. Στη νόσο αυτή δεν έχει καταστεί δυνατό να καταγραφεί, πλην σπανίων περιπτώσεων, οποιαδήποτε αξία λόγου διαταραχή στην υπερηχοτομογραφική απεικόνιση, στη μέτρηση των ενδοπρωκτικών πιέσεων, στην κινητικότητα του πυελικού εδάφους ή στη νεύρωση των μυών της περιοχής. Εξίσου αναποτελεσματικές υπήρξαν και οι προσπάθειες θεραπευτικής παρέμβασης στην πάθηση αυτή.

A. Σταματιάδης

*Ε' Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών
Ευγενίδειο Θεραπευτήριο*

1. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ Α, ΦΙΛΙΠΠΑΚΗΣ Μ. Η υπερηχοτομογραφία του πρωκτού. Μια σημαντική εξέλιξη στη διάγνωση των παθήσεων του πρωκτού. *Ελλ Χειρουργ* 1995, 67:235-238
2. SANGWAN YP, SOLLA JA. Internal anal sphincter. *Dis Colon Rectum* 1998, 41:1297-1311
3. YOUNG CJ, MATHUR MN, EYERS AA, SOLOMON MJ. Successful overlapping anal sphincter repair. *Dis Colon Rectum* 1998, 41:344-349
4. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ Α, ΠΟΛΥΜΕΝΕΑΣ Γ, ΚΟΥΡΙΑΣ Ε. Οι διεγχειρητικοί τραυματισμοί του έξω και του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού-υπερηχοτομογραφική και μανομετρική διερεύνηση. *Ελλ Χειρουργ* (υπό δημοσίευση)
5. STARK MA. Challenging problems presenting as constipation. *Am J Gastroenterol* 1999, 94:567-574