

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΚΤΟΜΗΣ

Ορισμοί – Συχνότητα

Η Ενδοσκοπική Πολυποδεκτομή είναι μια επεμβατική μέθοδος που συνίσταται στην ανεύρεση, σύλληψη, εκτομή και αφαίρεση του πολύποδα δια μέσου του ενδοσκοπίου. Αφορά τόσο στο ανώτερο όσο και στο κατώτερο πεπτικό, λόγω της συχνότερης όμως ανεύρεσης πολυπόδων στο παχύ έντερο, σε συνδυασμό με τα προγράμματα screening και πολυποδεκτομής του εντέρου όπως έχουν οριστεί από τις διεθνείς Γαστρεντερολογικές κοινότητες, οι μελέτες περί της πολυποδεκτομής και των επιπλοκών τους έχουν βασιστεί στην ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου.

Η ενδοσκοπική πολυποδεκτομή στηρίζεται στον βρόχο και τη διαθερμία. Η βασική αρχή είναι ο περιβροχισμός του πολύποδα, η μερική σύνθλιψη του μίσχου και ο ηλεκτροκαυτηριασμός της βάσης. Ουσιαστικός συμπληρωματικός χειρισμός είναι η υποβλεννογόνιος διήθηση του εντερικού τοιχώματος στη θέση του πολύποδα με φυσιολογικό ορό με ή χωρίς αδρεναλίνη για ευκολότερη, πληρέστερη και ασφαλέστερη εκτομή του πολύποδα.

Εναλλακτικά μικροί πολύποδες μέχρι 5mm αφαιρούνται με τη λαβίδα hot biopsy.

Η ενδοσκοπική πολυποδεκτομή αποτυγχάνει όταν: 1) ο πολύποδας δεν αφαιρείται πλήρως 2) παρατηρείται αιμορραγία ή διάτρηση που μπορεί να χρειαστούν και χειρουργική αντιμετώπιση, 3) παρατηρείται διάτρηση μετά από πολυποδεκτομή κακοήθους πολύποδα με κίνδυνο περιτοναϊκής εμφύτευσης και 5) ο ασθενής αποβιώνει από την πολυποδεκτομή. Αυτές είναι και οι δυνητικές επιπλοκές της πολυποδεκτομής. Οι κύριες όμως και κλασσικές επιπλοκές είναι η αιμορραγία και η διάτρηση [1].

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Η αιμορραγία είναι η συχνότερη επιπλοκή μετά από πολυποδεκτομή και συμβαίνει είτε γιατί η υποβλεννογόνια αρτηρία δεν έχει επαρκώς καυτηριαστεί, είτε κυρίως όταν αποπίπτει η νεκρωτική εσχάρα σε δεύτερο χρόνο. Μπορεί να παρατηρηθεί μετά από τη χρήση βρόχου πολυποδεκτομής αλλά και λαβίδας hot biopsy. Η εκδήλωση της αιμορραγίας μετά από πολυποδεκτομή κλασσικά περιγράφεται ως άμεση, κατά τη διάρκεια της πολυποδεκτομής ή αψώτερη (μέχρι και 14 ημέρες μετά). Οι κλινικές συνέπειες σπάνια είναι σοβαρές αλλά πρέπει να αντιμετωπισθεί άμεσα αφού μπορεί να οδηγήσει σε shock, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η συχνότητα της αιμορραγίας μετά από πολυποδεκτομή κυμαίνεται από 0.66 έως 3.4% των πολυποδεκτομών (μέσος όρος 1.2%) [2,3].

Δεν έχουν όλοι οι πολύποδες τον ίδιο κίνδυνο αιμορραγίας. Οι παράγοντες κινδύνου είναι:

1) Θέση: Πολύποδες με μεγαλύτερο κίνδυνο αιμορραγίας είναι του δεξιού κόλου, γιατί το τοίχωμα του εντέρου είναι λεπτότερο και οι υποβλεννογόνιες αρτηρίες είναι πλησιέστερα στο βρόχο ή στη ζώνη της ηλεκτροπηξίας [5]. Επίσης οι υποβλεννογόνιες αρτηρίες φαίνεται να είναι αφθονότερες στο δεξί κόλον χωρίς όμως να υπάρχουν επαρκή βιβλιογραφικά δεδομένα.

2) Μέγεθος και Σχήμα: Η συχνότητα αιμορραγίας των μεγάλων πολυπόδων (>2εκ) είναι περί 5.4% [2]. Όσο περισσότερος ιστός περιβροχίζεται τόσο περισσότερες υποβλεννογόνιες αρτηρίες παγιδεύονται και αυξάνεται ο κίνδυνος αιμορραγίας. Κατά

συνέπεια, η τμηματική πολυπεκτομή όταν εφαρμόζεται δεν πρέπει να αφαιρεί τμήματα >2εκ. Οι έμμισχοι πολύποδες με παχύ μίσχο επίσης αιμορραγούν συχνότερα.

3) Παράγοντες που αφορούν τον Ασθενή: Η λήψη αντιπηκτικών φαρμάκων (κουμαρινικά, ασπιρίνη, αντιαιμοπεταλιακά) ή ιστορικό διαταραχής της πήκτικότητας αποτελούν παράγοντες υψηλού κινδύνου για αιμορραγία μετά από πολυποδεκτομή [5]. Έχει επίσης αναφερθεί ότι ηλικία (>65ετών) και το ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης επίσης αυξάνουν τον κίνδυνο αιμορραγίας μετά από πολυποδεκτομή [6].

4) Τεχνική: Η χρήση hot biopsy ενέχει τον ίδιο κίνδυνο αιμορραγίας μετά από πολυπεκτομή με το βρόχο παρά το μικρότερο μέγεθος των πολυπόδων που αφαιρεί [7]. Και αυτό γιατί ο καυτηριασμός επεκτείνεται κάθετα στον υποβλεννογόνιο καταστρέφοντας το τοίχωμα των αγγείων οπότε και αυξάνεται ο κίνδυνος της απώτερης αιμορραγίας όταν η εσχάρα απομακρυνθεί. Αντίθετα, με τη χρήση του βρόχου που κατευθύνει τον καυτηριασμό παράλληλα με το τοίχωμα καταστρέφονται μόνο τα αγγεία που περιβροχίζονται.

ΔΙΑΤΡΗΣΗ

Αποτελεί την πιο σοβαρή πρόωμη επιπλοκή της πολυποδεκτομής. Η διάτρηση μετά από πολυπεκτομή, περιλαμβάνει την απλή διεκβολή στο τοίχωμα της βελόνης έγχυσης οπότε και εκδηλώνεται με πόνο και πυρετό, μέχρι την αφαίρεση τμήματος τοιχώματος εντέρου με κλινική εκδήλωση οξείας χειρουργικής κοιλίας.

Η διάτρηση μπορεί να εκδηλωθεί άμεσα όταν έχει εκταμεί εντερικό τοίχωμα σε όλο του το πάχος ή όψιμα όταν η νεκρωτική εσχάρα αποπίπτει. Περιβροχισμός της ειλεοτυφλικής βαλβίδας ή εκκολπώματος οδηγεί επίσης σε διάτρηση.

Η συχνότητα της διάτρησης μετά από πολυποδεκτομή κυμαίνεται ευρέως από 1 στις 100 μέχρι 1 στις 1000 πολυποδεκτομές ή 0.4% ανά ασθενή που υποβάλλεται σε πολυποδεκτομή [2]. Ο κίνδυνος διάτρησης αυξάνει με το μέγεθος του πολύποδα, με τους άμισχους πολύποδες και με τους πολύποδες του δεξιού κόλου, περισσότερο δε του τυφλού. Στο τυφλό ο κίνδυνος διάτρησης είναι υψηλότερος αφού εκεί είναι συχνότεροι οι επίπεδοι και άμισχοι πολύποδες και το τοίχωμα του εντέρου είναι λεπτό. Αντίθετα η διάτρηση είναι σπανιότερη στο ορθό που το τοίχωμα είναι παχύτερο.

Με σκοπό την ακριβή καταγραφή της συχνότητας και των παραγόντων κινδύνου των δύο βασικών επιπλοκών της πολυποδεκτομής (αιμορραγία και διάτρηση), δημοσιεύτηκε πρόσφατα προοπτική πολυκεντρική μελέτη με 4000 πολυποδεκτομές [8]. Επιπλοκές παρουσίασαν 9.7% των ασθενών (6.1% των πολυπόδων), 75% αυτών ήταν ήπιες (αιμορραγία που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά χωρίς μετάγγιση) και η θνησιμότητα ήταν μηδενική. Μετά από στατιστική ανάλυση ευρέθη ότι το μέγεθος του πολύποδα κυρίως αλλά και η θέση (δεξί κόλον) και το σχήμα του (άμισχος), καθώς και ο αριθμός των πολυπόδων είναι οι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για αιμορραγία και για διάτρηση του εντέρου. Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι πολύποδες >1cm στο δεξί και >2cm στο αριστερό κόλον ή οι πολλαπλοί πολύποδες διατρέχουν μεγαλύτερο του 3% κίνδυνο σημαντικών επιπλοκών μετά από πολυποδεκτομή.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΟΛΥΠΟΔΕΚΤΟΜΗ

Αντιπροσωπεύει μία «κλειστή», αυτοπεριοριζόμενη διάτρηση και προκύπτει όταν η ηλεκτροπηξία επεκτείνεται στο μυϊκό και ορογόνο χιτώνα του εντερικού τοιχώματος. Ο ασθενής παρουσιάζει όλα τα συμπτώματα και σημεία της εντερικής φλεγμονώδους

διεργασίας όπως σκωληκοειδίτιδας ή εκκολπωματίτιδας με τη διαφορά ότι η φλεγμονή δεν είναι μικροβιακής αλλά θερμικής ενέργειας προέλευσης. Η κλινική συμπτωματολογία περιλαμβάνει εντοπισμένο πόνο, τοπική ευαισθησία και πυρετό με ή χωρίς σημεία περιτονισμού 12-24 ώρες μετά την επέμβαση. Συνήθως ανταποκρίνεται στη θεραπεία με ενδοφλέβια αντιβίωση. Το σύνδρομο μετά από πολυποδεκτομή αποτελεί τη 2η συχνότερη επιπλοκή με συχνότητα 1% των πολυποδεκτομών [9]. Εμφανίζεται συνήθως μετά από μία δύσκολα τεχνικά πολυποδεκτομή όπου εφαρμόστηκε για μεγάλη διάρκεια ηλεκτροκαυτηριασμός όπως στους μεγάλους (>2mm) έμμισχους πολύποδες, ή μετά από τμηματική εκτομή μεγάλου άμισχου πολύποδα του δεξιού κόλου όπου μπορεί να περιβροχίσθηκε και φυσιολογικός ιστός πέριξ του πολύποδα.

ΕΝΣΦΗΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΟΛΥΠΟΔΑ ΣΤΟ ΒΡΟΧΟ

Αυτό μπορεί να συμβεί όταν ο βρόχος εισάγεται βαθιά στο μίσχο ή στον ιστό του πολύποδα, δίνεται ηλεκτροπηξία και κατόπιν ο ενδοσκόπος αποφασίζει να απομακρύνει το βρόχο διακόπτοντας την πολυπεκτομή. Αντιμετωπίζεται με κατάλληλους χειρισμούς.

ΠΟΛΥΠΟΔΕΚΤΟΜΗ ΣΤΟ ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ

Οι επιπλοκές της πολυποδεκτομής στο στομάχο ή 12δακτύλο είναι ίδιες με αυτές στο κόλον. Συχνά η πολυποδεκτομή είναι πιο εκτεταμένη αλλά και το τοίχωμα του 12δακτύλου και λεπτού εντέρου είναι λεπτότερο για αυτό και ο κίνδυνος αιμορραγίας ή διάτρησης μεγαλύτερος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Fatima H, Douglas KR. Minimizing endoscopic complications: Colonoscopic polypectomy. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am* 2007;17:145-156
2. Wayne JD, Kahn O, Auerbach ME. Complications of colonoscopy and flexible sigmoidoscopy. *Gastroendosc Clin N Am* 1996;6:343-377
3. Uno Y, Morita T. Colonic perforation and serosal tears associated with colonoscopy. *Lancet* 1997;349:1888
4. Church JM. Experience in the endoscopic management of large colonic polyps. *ANZ J Surg.* 2003 Dec;73(12):988-95
5. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO et al. Guideline on the management of anticoagulation and antiplatelet therapy for endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc* 2002 Jun;55(7):775-9.
6. Hirotugu W, Yutaka Y, Makoto O et al. Risk assessment for delayed hemorrhagic complication of colonic polypectomy: polyp-related factors and patient-related factors. *Gastrointest Endosc* 2006;64:73-78
7. Weston AP, Campbell DR. Diminutive colon polyps. Histopathology, spatial distribution, concomitant significant lesions and treatment complications. *Am J Gastroenterol* 1995;90:24-28
8. Heldwein W, Dollhopf M, Rosch T et al. The Munich Polypectomy study (MUPS): Prospective analysis of complications and risk factors in 4000 colonic snare polypectomies. *Endoscopy* 2005;37:1116-1122
9. Wayne JD, Lewis BS, Yessayan S. Colonoscopy. A prospective report of complications. *J CLIN Gastroenterol* 1992;15:347-351