# ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ

**Κ.ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ**

**AN. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι μια συχνή και επείγουσα χειρουργική πάθηση με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, ενώ είναι η πιο συχνή αιτία οξείας κοιλίας στο γενικό πληθυσμό, με ελαφρά υπεροχή στους άνδρες από 15 έως 25 ετών. Σπάνια εμφανίζεται σε ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 3 ετών και μεγαλύτερης των 60. Διάτρηση της σκωληκοειδούς απόφυσης παρατηρείται σε ποσοστό 60-85% τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες.

Πολύ συχνά η κλινική της συμπτωματολογία αλληλοεπικαλύπτεται με άλλα νοσήματα όπως εκκολπωματίτιδα, εντερική απόφραξη, οξεία εντερική ειλεϊτιδα, φλεγμονή Μεκελείου απόφυσης, ρήξη έκτοπης κύησης, οξεία σαλπιγγίτιδα, κωλικός ουρητήρα, οξεία πυελονεφρίτιδα, οξεία χολοκυστίτιδα, διάτρηση 12δακτυλικού έλκους, λοιμώξεις κ.α. Η νοσηρότητα της νόσου είναι σημαντική ιδιαίτερα όταν καθυστερήσει η διάγνωση, καθώς κανένα κλινικό σημείο ή εργαστηριακό εύρημα δεν είναι παθογνωμονικό της φλεγμονής της σκωληκοειδούς απόφυσης. Στόχος θα πρέπει να είναι η σωστή διάγνωση με όσο το δυνατών μικρότερο ποσοστό αρνητικών σκωληκοειδεκτομών, χωρίς όμως αύξηση του ποσοστού ρήξεων της απόφυσης.

# ΘΕΣΕΙΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ

Η σκωληκοειδής απόφυση βρίσκεται συνήθως πίσω από το τυφλό (οπισθοτυφλική) ή στην είσοδο της πυέλου, περίπου 2 cm κάτω από την ειλεοτυφλική συμβολή. Ωστόσο, η εντόπισή της μπορεί να είναι επίσης πυελική κατιούσα, υποτυφλική (προς τα κάτω και δεξιά), ειλεοτυφλική (άνω και αριστερά) και ειλεοτυφλική (πίσω από τον ειλεό). Οι δύο πρώτες θέσεις είναι πιο συχνές, ενώ σπάνια μπορεί να είναι οπισθοπεριτοναϊκή.

# ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ- ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η φλεγμονή της σκωληκοειδούς απόφυσης συνήθως οφείλεται σε απόφραξη του αυλού της από κοπρόλιθους, υπερτροφία του λεμφικού ιστού, υπολείμματα φυτικών ινών ή παράσιτα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη διάταση του τοιχώματός της με ακόλουθη την ανάπτυξη τριχοειδικής φλεβικής στάσης, αλλά και ερεθισμό των σπλαχνικών νεύρων και την εμφάνιση πόνου, ενώ η επέκταση της φλεγμονής στο περιτόναιο προκαλεί άλγος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Η απόφραξη του αυλού της σκωληκοειδούς από συλλογή βλέννης προκαλεί στένωση και προάγει την ανάπτυξη μικροβίων. Η διάταση ή φλεγμονή του τοιχώματος της σκωληκοειδούς ή του μεσεντερίου οδηγούν σε θρόμβωση του τελικού τμήματος της σκωληκοειδικής αρτηρίας με αποτέλεσμα τη δημιουργία ισχαιμίας, νέκρωσης και τελικά διάτρησης.

# ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ

Τα παθολογοανατομικά στάδια είναι 3 :

α) καταρροϊκό β) παραγωγικό ή πυώδες και γ) γαγγραινώδες

Στην καταρροϊκή φλεγμονή οι βλάβες περιορίζονται στο βλεννογόνο όπου υπάρχει οίδημα, διήθηση από λεμφοκύτταρα και παραγωγή βλέννης. Το οίδημα και η υπεραιμία επεκτείνονται στον ορογόνο.

Στην παραγωγική φάση η σκωληκοειδής απόφυση είναι διογκωμένη, ο αυλός της περιέχει πύο και ο ορογόνος καλύπτεται από ινική (ψευδομεμβράνες). Η πυώδης φάση εξελίσσεται σε εστιακή ή καθολική γαγγραινοποίηση σκωληκοειδούς. Η διάτρηση είτε παραμένει εντοπισμένη υπό τη μορφή αποστήματος σε ΔΛΒ, δουγλάσειο, είτε μεταπίπτει σε γενικευμένη περιτονίτιδα ή δημιουργεί (με ή χωρίς διάτρηση) περισκωληκοειδικό φλέγμων, όπου το επίπλουν, έλικες του λεπτού εντέρου και το τυφλό συγκολλώνται γύρω από τη σκωληκοειδή απόφυση και σχηματίζουν μία μάζα που γίνεται αντιληπτή 3 έως 5 μέρες μετά την έναρξη της φλεγμονής (πλαστρόν).

# ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου είναι η ανάπτυξη άλγους κωλικοειδούς μορφής, αρχικά περιομφαλικά με σταδιακή εντόπιση στο δεξιό λαγόνιο βόθρο μετά από 6-8 ώρες με συνοδό ανορεξία. Ανάλογα με τη θέση της σκωληκοειδούς η εντόπιση του πόνου μπορεί να ποικίλει, σε οπισθοτυφλική θέση το άλγος εμφανίζεται στο πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα και στην οσφύ, ενώ σε πυελική θέση παρατηρείται ερεθισμός της ουροδόχου κύστεως και του θυρεοειδικού νεύρου. Ο πυρετός δεν είναι πάντα πρώιμο σημείο, ενώ σε διάτρηση η κλινική εικόνα είναι πιο δραματική με έντονο πόνο στο ΔΛΒ ή την κάτω κοιλία, πυρετό, ναυτία και έμετο. Όταν έχει αναπτυχθεί πυελικό απόστημα τότε παρατηρείται πυρετός, ευαισθησία άνωθεν της ηβικής σύμφυσης, διάρροια, συχνουρία καθώς και προπέτεια και ευαισθησία του δουγλασείου χώρου. Σε οπισθοτυφλικό απόστημα εμφανίζονται πυρετός, πόνος στο δεξιό πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα αλλά και συμπτώματα από το ουροποιητικό όπως πυουρία και αιματουρία. Επίσης είναι θετικά τα σημεία giordano και λαγονοψοϊτη. Στα παιδιά η κλινική εικόνα είναι πιο ύπουλη καθώς η διάγνωση τίθεται συνήθως το χρονικό διάστημα όπου έχει ήδη εγκατασταθεί γενικευμένη περιτονίτιδα , αφού λόγω σωματικής διάπλασης το μήκος του επιπλόου είναι κοντό με αποτέλεσμα να μην επαρκεί για να περιχαρακώσει τη φλεγμονή. Ομοίως συμβαίνει και στους ηλικιωμένους, στο 30% των περιπτώσεων οι ασθενείς εμφανίζονται με καθολική περιτονίτιδα. Στις εγκύους πρόβλημα στη διάγνωση παρατηρείται κατά το 2ο και 3ο τρίμηνο, όπου η κλινική εικόνα δεν είναι τυπική και συχνά εμφανίζεται περιτονίτιδα λόγω μη έγκυρης διάγνωσης ή μη περιχαράκωση της φλεγμονής από το επίπλουν.

# ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Στο 96% των περιπτώσεων παρατηρείται ευαισθησία του δεξιού λαγονίου βόθρου (σημείο McBurney), με αναπηδώσα ευαισθησία και πόνο κατά την επίκρουση ή τον βήχα. Πιο ειδικά σημεία για την διάγνωση είναι το σημείο Rovsing (πίεση στον αριστερό λαγόνιο βόθρο που προκαλεί άλγος στο ΔΛΒ), σημείο θυρεοειδούς (σε πυελική θέση) και σημείο ψοϊτου (άλγος κατά την παθητική έκταση του δεξιού ισχίου). Επίσης κατά τη δακτυλική εξέταση παρατηρείται ευαισθησία στο δουγλάσσειο. Η εξέταση αίματος είναι μη ειδική, παρόλα αυτά είναι επιβοηθητική. Το 80-85% των ενηλίκων με οξεία σκωληκοειδίτιδα παρουσιάζουν λευκά > 10.000/mm3 και το 78% ουδετεροφιλία (> 75% πολυμορφοπύρηνα), όμως, σε λιγότερο από 4% των περιπτώσεων με σκωληκοειδίτιδα έχουν λευκά < 10.000 και πολυμορφοπύρηνα < 75%. Στα παιδιά και στους ενήλικες τα αποτελέσματα της γενικής αίματος μπορεί να διαφέρουν, ενώ η CRP είναι ιδιαίτερα αξιόπιστη εξέταση για λοίμωξη. Στο 100% των περιπτώσεων εάν λευκά < 10.500, πολυμορφοπύρηνα < 75% και CRP φυσιολογική, τότε με βεβαιότητα δεν πρόκειται για οξεία σκωληκοειδίτιδα. Η διάγνωση τίθεται κλινικά και με R¨ο θώρακος όπου παρατηρείται αέρας υποδιαφραγματικά.

# ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

U/S ΔΕ λαγονίου βόθρου

Το υπερηχογράφημα του ΔΛΒ έχει ευαισθησία 85-90% και ειδικότητα 92- 96%. Τα ευρήματα που είναι συμβατά με φλεγμονή της απόφυσης είναι εξωτερική διάμετρος της σκωληκοειδούς >6 mm, μη δυνατότητα συμπίεσης της απόφυσης, απουσία περισταλτισμού και συλλογή υγρού περισκωληκοειδικά. Τα πλεονεκτήματα του U/S είναι πως είναι μια μη επεμβατική μέθοδος, χωρίς ακτινοβολία, άμεσα διαθέσιμη και επαναλαμβανόμενη με δυνατότητα διερεύνησης και άλλων νόσων ταυτόχρονα. Το μόνο μειονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι πως το αποτέλεσμα εξαρτάται από το χειριστή και την εμπειρία του.

CT κοιλίας

Η χρησιμότητα της είναι αδιαμφισβήτητη σε «δύσκολες» περιπτώσεις, λόγω της μεγαλύτερης ευκρίνειας στην αναγνώριση των δομών. Η ευαισθησία ελικοειδούς CT είναι 90% ενώ η ειδικότητα 97%. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι η αυξημένη διαγνωστική ακρίβεια, η δυνατότητα για διερεύνηση άλλων νόσων καθώς και το γεγονός πως είναι μη επεμβατική, εύκολα εκτελέσιμη και επαναλαμβανόμενη. Μειονεκτεί λόγω του γεγονότος πως ο ασθενής εκτίθεται σε ακτινοβολία ενώ μπορεί να υπάρξει κα αλλεργική αντίδραση στο IV σκιαγραφικό.

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αντιμετώπιση της οξείας σκωληκοειδίτιδας συνίσταται στην IV χορήγηση υγρών, ιδιαίτερα σε ασθενείς με εικόνα σήψης και αφυδάτωσης καθώς και στην χορήγηση τίποτα per os. H έναρξη της IV αντιβίωσης γίνεται προεγχειρητικά για μείωση της διαπύησης του τραύματος με ευρέως φάσματος αντιβιοτικά για gram αρνητικά και αναερόβια παθογόνα. Η μη χειρουργική αντιμετώπιση έχει νόημα μόνο όταν δεν μπορεί να γίνει σκωληκοειδεκτομή σε αυτή τη φάση, καθώς παρότι σε πολύ μεγάλο ποσοστό η φλεγμονή υποχωρεί περίπου στο 50% υποτροπιάζει. Η χειρουργική αντιμετώπιση μπορεί να είναι είτε ανοικτή είτε λαπαροσκοπική. Η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή πλεονεκτεί σε σχέση με την ανοικτή προσέγγιση στο ότι το αισθητικό αποτέλεσμα είναι καλύτερο, η επάνοδος στην εργασία συντομότερη καθώς και στο ότι πατρέχει στο χειρουργό τη δυνατότητα διαφοροδιάγνωσης. Μειονεκτεί λόγω του μεγαλύτερου κόστους και της μεγαλύτερης διάρκειας της χειρουργικής επέμβασης. Αμφίβολο είναι το αν το ποσοστό διαπύησης του χειρουργικού τραύματος είναι μικρότερο σε λαπαροσκοπική εκτομή. Συμπερασματικά, η λαπαροσκοπική εκτομή ενδείκνυται σε παχύσαρκες γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, όταν υπάρχει πιθανότητα άλλης παθολογίας.

Σε ρήξη σκωληκοειδούς απόφυσης η κλασσική προσέγγιση είναι η άμεση σκωληκοειδεκτομή. Σήμερα σε περιπτώσεις ανάπτυξης αποστήματος, υπάρχει η δυνατότητα παροχέτευσης αυτού υπό CT καθοδήγηση και η θεραπεία με IV αντιβίωση (ποσοστό επιτυχίας 88-100%). Τότε η σκωληκοειδεκτομή αναβάλλεται για 4-8 εβδομάδες, όταν έχει υποχωρήσει η ενδοπεριτοναϊκή φλεγμονώδης αντίδραση. Παρότι αναφέρεται η δυνατότητα μη διενέργειας σκωληκοειδεκτομής, η πιθανότητα υποτροπής (5-40%) καθιστά αυτή την πρακτική προβληματική.

# ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι κύριες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι η διαπύηση τραύματος, η διάσπαση τραύματος, η εντερική απόφραξη, το ενδοκοιλιακό / πυελικό απόστημα, η πυελοφλεβίτιδα και το ηπατικό απόστημα (σπάνια). Θάνατος παρατηρείται πολύ σπάνια μετά από σκωληκοειδεκτομή.

# ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

* Η οξεία σκωληκοειδίτιδα παραμένει συχνή νόσος
* Η θεραπεία της είναι χειρουργική
* Η διάγνωση στηρίζεται κατά κύριο λόγο στην κλινική εξέταση και στην εμπειρία

**ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΚΟΙΛΟΥ ΣΠΛΑΧΝΟΥ**

Η διάτρηση κοίλου σπλάχνου αναφέρεται σε ρήξη / διάτρηση ενδοπεριτοναϊκού κοίλου οργάνου, δηλ. οργάνου που περιέχει αέρα. Τα κοίλα όργανα είναι ο κοιλιακός οισοφάγος, ο στόμαχος, το 12/δάκτυλο, το λεπτό έντερο και το παχύ έντερο. Χαρακτηρίζεται συνήθως από την παρουσία αέρα ενδοπεριτοναϊκά (πνευμοπεριτόναιο).

# ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ

Η διάτρηση κοίλου σπλάχνου μπορεί να οφείλεται σε καλόηθες έλκος, καρκίνο, τραύμα, φλεγμονής του τοιχώματος ή ακόμα και σε ιατρικούς χειρισμούς/ παρεμβάσεις.

# ΙΣΤΟΡΙΚΟ- ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η διάτρηση κοίλου σπλάχνου χαρακτηρίζεται από την αιφνίδια έναρξη άλγους μεγάλης ή προοδευτικά αυξανόμενης έντασης, ενώ πάντα θα πρέπει να ληφθεί υπ’όψιν το ιστορικό του ασθενούς για την ανεύρεση του αιτίου (π.χ. έλκος, τραύμα). Η κλινική εικόνα είναι αυτή της οξείας κοιλίας. Ο ασθενής έχει όψη πάσχοντος, με κατάργηση της ηπατικής αμβλύτητας στην επίκρουση και μειωμένους ή απόντες εντερικούς ήχους. Κατά την ψηλάφηση παρατηρείται έντονη ευαισθησία, σύσπαση και αναπηδώσα ευαισθησία. Προσοχή θα πρέπει να δοθεί σε ηλικιωμένα άτομα όπου η κλινική εικόνα είναι πιο ασαφής.

# ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Πέρα από τη φυσική εξέταση για τη διάγνωση της διάτρησης κοίλου σπλάχνου χρήσιμη είναι η Α/α θώρακος σε όρθια θέση όπου παρατηρείται μηνοειδής διαύγαση σε ποσοστό ~70%. Η εμφύσηση αέρα μέσω ρινογαστρικού σωλήνα μπορεί να αυξήσει τη διαγνωστική ακρίβεια. Επιπλέον μπορεί να πραγματοποιηθεί Α/α κοιλίας σε ύπτια – πλάγια θέση **(**decubitus). Εάν δεν υπάρχει εικόνα γενικευμένης περιτονίτιδας, τότε ενδείκνυται CT όπου αναδεικνύεται περιχαρακωμένη διάτρηση.

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία είναι κυρίως ενυδάτωση και IV αντιβίωση ευρέως φάσματος (Gram αρνητικά + αναερόβια), η βαρύτητα της κλινικής εικόνας εξαρτάται από το διάστημα που έχει παρέλθει από τη διάτρηση. Η χειρουργική αντιμετώπιση συνίσταται στην λήψη καλλιέργειας, το πλύσιμο της περιτοναϊκής κοιλότητας με μεγάλες ποσότητες ορρού και στην αναζήτηση και αντιμετώπιση του διατρηθέντος κοίλου σπλάχνου. Η χρησιμότητα της συντηρητικής αντιμετώπισης περιορίζεται σε επιλεγμένες περιπτώσεις όπου υπάρχει αδυναμία χειρουργικής επέμβασης ή η διαφυγή είναι περιχαρακωμένη και συνίσταται στη στενή παρακολούθηση και στο συχνό έλεγχο με CT για πιθανή παροχέτευση συλλογών. Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς, από το διάστημα που έχει παρέλθει από τη διάτρηση, από το εάν η διαφυγή είναι περιχαρακωμένη ή έχει οδηγήσει σε γενικευμένη περιτονίτιδα, από τη βαρύτητα της περιτονίτιδας και από το κοίλο όργανο που έχει διατρηθεί.

Όσο πιο καθυστερημένα οδηγηθεί ο ασθενής στο χειρουργείο, τόσο πιο μεγάλη είναι η περιεγχειρητική νοσηρότητα και θνητότητα.

# ΔΙΑΤΡΗΣΗ 12ΔΑΚΤΥΛΟΥ-ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Είναι η πιο συχνή αιτία διάτρησης κοίλου σπλάχνου εξαιτίας διάτρησης οξέος ή χρόνιου έλκους 12/δακτύλου( 2-4%) και σπανιότερα στομάχου. Σχετίζεται με λήψη ΜΣΑΦ, ενώ εγκαθίσταται με κλινική εικόνα οξείας κοιλίας. Στο 75-80% των περιπτώσεων αναφέρεται ιστορικό άλγους, στο 15% παρατηρείται έκρηξη των συμπτωμάτων 1 με 2 εβδομάδες πριν τη διάτρηση, ενώ στους υπόλοιπους δεν εμφανίζεται άλγος. Πολύ σπάνια (2%) εκδηλώνεται ταυτόχρονα με αιμορραγία και οφείλεται σε έλκος του οπισθίου τοιχώματος ( kissing ulcers). Η έναρξη γίνεται με την εμφάνιση αιφνιδίου , διαπεραστικού άλγους αρχικά στο επιγάστριο που μπορεί να επεκτείνεται στον ώμο (σημείο Kehr). Το άλγος σύντομα επεκτείνεται σ’όλη την κοιλιά ή προκαλεί νευρογενή καταπληξία που υποχωρεί σύντομα. Ο ασθενής παραμένει ακίνητος με τους μηρούς σε κάμψη, ωχρός με εφιδρώσεις, κατάργηση κοιλιακής αναπνοής και έντονη σύσπαση του κοιλιακών τοιχωμάτων. Περίπου 2-6 ώρες αργότερα προκαλείται χυμική περιτονίτιδα με μερική υποχώρηση των συμπτωμάτων, μετά από 12 ώρες μικροβιακή περιτονίτιδα με την κλασσική εικόνα της οξείας χειρουργικής κοιλίας. Σε ορισμένους ασθενείς δεν παρατηρείται γενικευμένη περιτονίτιδα καθώς η διάτρηση περιχαρακώνεται από το επίπλουν. Επίσης είναι πιθανό να προκύψει ως επιπλοκή μετά ERCP (0.35%), οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο διάτρησης είναι η δυσλειτουργία του σφιγκτήρα του Oddi, σφιγκτηροτομή, η μεγάλη διάρκεια της ERCP και η μεγάλη ηλικία του ασθενούς τότε πρόκειται συνήθως για μικρού εύρους διατρήσεις (οφειλόμενες στο οδηγό σύρμα), που οι περισσότερες μπορούν να αντιμετωπισθούν συντηρητικά. Κάποιες περιπτώσεις περιχαρακωμένης διάτρησης 12/δακτύλου μπορούν να αντιμετωπισθούν συντηρητικά (IV αντιβίωση +/- διαδερμική παροχέτευση συλλογής).. Η αντιμετώπιση της διάτρησης έλκους αρχικά είναι συντηρητική ( ανάνηψη) με IV χορήγηση υγρών, ιδιαίτερα σε ασθενείς με εικόνα σήψης και αφυδάτωσης, τοποθέτηση Levin και Folley και στην έναρξη της IV αντιβίωσης προεγχειρητικά για μείωση της διαπύησης του τραύματος (με ευρέως φάσματος αντιβιοτικά για gram αρνητικά και αναερόβια παθογόνα) και θεραπεία εκρίζωσης του H.pylori όπου απαιτείται. Η χειρουργική αντιμετώπιση συνίσταται σε πλύσεις της περιτοναϊκής κοιλότητας και συρραφή της ρήξης με επιπωματισμό με επίπλουν. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις απαιτείται ριζική θεραπεία που περιλαμβάνει στελεχιαία βαγοτομή ή αντρεκτομή.

# ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η διάτρηση του λεπτού εντέρου είναι σπάνια οντότητα με συχνότητα εμφάνισης ~1% και σχετίζεται με ισχαιμία εντέρου, περισφιγμένη κήλη, νόσο Crohn, δευτεροπαθείς εντοπίσεις νεοπλασμάτων, τραύμα. Η κλινική εικόνα διάτρησης του λεπτού εντέρου είναι πιο αμβλυχρή. Οι ασθενείς συνήθως προσέρχονται στο νοσοκομείο όταν έχει ήδη εμφανισθεί περιτονίτιδα. Η διάγνωση δεν τίθεται εύκολα καθώς στην απλή ακτινογραφία δεν υπάρχει παρουσία αέρα, αφού ο αυλός του Λ.Ε δεν περιέχει μεγάλη ποσότητα, ωστόσο στη διάγνωση βοηθά η αξονική τομογραφία όπου διακρίνονται μικροφυσαλίδες αέρα. Η αντιμετώπιση είναι χειρουργική και συνίσταται σε εντερεκτομή και αναστόμωση με ταυτόχρονη αντιμετώπιση του αιτίου.

# ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

 Συνήθως αφορά μεγαλύτερη ποσότητα ελεύθερου αέρα, εάν η διάτρηση δεν έχει περιχαρακωθεί. Η διάγνωση τίθεται με βάση την κλινική εικόνα και απλή α/α θώρακος σε όρθια θέση. Σε περιχαρακωμένες διατρήσεις προτιμάται CT κοιλίας. Σχετίζεται με επιπλεγμένη εκκολπωματίτιδα, καρκίνο παχέος εντέρου, ισχαιμική κολίτιδα, συστροφή σιγμοειδούς, τραύμα, φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, ενώ είναι πιθανό να εμφανιστεί μετά από κολονοσκόπηση. Η πλέον συχνή αιτία είναι η επιπλεγμένη εκκολπωματίτιδα. Η αντιμετώπιση είναι ανάλογη του σταδίου, στα στάδια Ι και ΙΙ (κατά Hinchey) είναι απαραίτητη IV αντιβίωση, εάν χρειάζεται παροχέτευση αποστήματος υπό CT και χειρουργική εκτομή με αναστόμωση σε 2ο χρόνο. Στα στάδια ΙΙΙ και IV (κατά Hinchey) πρέπει να είναι άμεση η χειρουργική αντιμετώπιση με εκτομή και κολοστομία (η πιο συνήθης πρακτική).

# ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η διάτρηση κοίλου σπλάχνου:

* + Χειρουργική νόσοςΣυνήθως απαιτεί άμεση χειρουργική αντιμετώπιση
	+ Η διάγνωση είναι κατά κύριο λόγο κλινική και βασίζεται στη θορυβώδη κλινική εικόνα
* Η πρόγνωση σχετίζεται με το πόσο γρήγορα τίθεται η διάγνωση και το πόσο γρήγορα αρχίζει η οριστική αντιμετώπιση