

Επείγουσες Χειρουργικές Επεμβάσεις στους Ασθενείς της ΜΕΘ



Written by Παπασταματίου Μ., Νικολόπουλος Δ.

Παρασκευή, 23 Ιανουάριος 2009

Μ. Παπασταματίου*, Δ. Νικολόπουλος**

*Αναπληρωτής Διευθυντής Χειρουργικής 7ου Νοσοκομείου ΙΚΑ, Σύμβουλος Χειρουργός «Ωνάσειου» Καρδιοχειρουργικού Κέντρου, [Ταμίνας Δ.Σ. Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας](#)

**Ιατρός Δ' Ορθοπαιδικής Κλινικής Ασκληπείου Βούλας, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής, Γ. Ν. Λαϊκό.

Η εργασία παρουσιάστηκε ως διάλεξη στο 26ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ (Αθήνα, "Hilton" 12-15/11/08)

1. Εισαγωγή

Σήμερα στην Ευρώπη έχουν αναγνωρισθεί 14 ανεξάρτητες υπο-ειδικότητες της Εντατικολογίας που επανδρώνουν τις ΜΕΘ και αφορούν τους εξής τομείς: Νεογνολογία, Παιδιατρική, Αιματολογία, Νεφρολογία, Πνευμονολογία, Γενική Χειρουργική, Νευροχειρουργική, Καρδιοχειρουργική και Τραυματολογία. Ανεξάρτητα από τις Πολυδύναμες ΜΕΘ λειτουργούν επίσης ειδικές μονάδες Εγκαυμάτων, Καρδιολογικές ΜΕΘ, Μονάδες Μεταμοσχεύσεων Οργάνων και Ψυχιατρικές Μονάδες.

Επιπλέον στην Ελβετία και Σουηδία πρόσφατα έχει δρομολογηθεί η οργάνωση μονάδων που αφορούν τις ειδικότητες της Γυναικολογίας, της Ουρολογίας και της Ορθοπαιδικής. Ειδικότερα στο Νοσοκομείο της Ουψάλα έχει ήδη ενταχθεί στο Κέντρο Τραύματος που λειτουργεί και ειδική Νευροχειρουργική Μονάδα από το 1996 με αποτέλεσμα τη **βελτίωση του δείκτη θνητότητας** των νοσηλευομένων. Στους ασθενείς που νοσηλεύονται σε κάποια από τις προαναφερθείσες Μ.Ε.Θ, ελλοχεύει καθημερινά ο **κίνδυνος σοβαρών χειρουργικών επιπλοκών** που απαιτούν άμεση παρέμβαση, και συχνά είναι αυτές, που **ουσιαστικά καθορίζουν την τελική έκβαση της νόσου**.

Η εκδήλωση τους σχετίζεται, με τη βαρύτητα της υποκείμενης παθολογίας, την παρουσία συνοδών νοσημάτων, την κατάρτιση και ικανότητα του εμπλεκόμενου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την επάρκεια του εξοπλισμού των Μ.Ε.Θ και την ύπαρξη όπως και την πιστή εφαρμογή μιας σειράς εφαρμοζόμενων πρωτοκόλλων.

Οι ασθενείς αυτοί, **αναρρώνουν με βραδύτερο ρυθμό, ο χρόνος νοσηλείας τους είναι μεγαλύτερος και καθίστανται ευάλωτοι σε σοβαρές λοιμώξεις** οι οποίες προάγουν την ενεργοποίηση των κυττοκινών και άλλων παραγόντων φλεγμονώδους αντίδρασης, η οποία προδιαθέτει στην εμφάνιση του συνδρόμου πολυοργανικής ανεπάρκειας. Το σύνδρομο αυτό όπως είναι γνωστό συνοδεύεται συχνά από αλιθιασική χολοκυστίτιδα, εντεροραγία, αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού και φλεγμονή του παγκρέατος. **Η αδυναμία επικοινωνίας με τον ασθενή, η συνύπαρξη άλλων προβλημάτων και η εμπειρική ευρεία χρήση αντιβιοτικών**, είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην **συγκάλυψη της κλινικής εικόνας** και στην **καθυστέρηση της διάγνωσης**.

Η έγκαιρη διαγνωστική προσέγγιση και η άμεση θεραπευτική παρέμβαση, μπορούν να περιορίσουν τη συστηματική φλεγμονώδη αντίδραση πριν καταστεί ο ασθενής βαρέως πάσχων και η κατάσταση του μη αναστρέψιμη. **Σε καμία άλλη κατάσταση δεν έχει ο κλινικός γιατρός τη διπλή ευκαιρία να αποδείξει** άμεσα την ορθότητα της διαγνωστικής συλλογιστικής του και να προσφέρει έγκαιρα στον ασθενή την θεραπεία του, **σύμφωνα πάντα με τον Ιπποκρατικό αφορισμό "ωφελέειν ή μη βλάπτειν"**.

2. Κατηγοριοποίηση χειρουργικών επιπλοκών.

Οι χειρουργικές επιπλοκές κατηγοριοποιούνται ως εξής:

Στάδιο I Οποιαδήποτε επιπλοκή η οποία δεν χρήζει φαρμακευτικής, χειρουργικής ή άλλης θεραπείας π.χ. Διαρροϊκή συνδρομή μη λοιμώδους αιτιολογίας

Στάδιο II Επιπλοκή η οποία χρήζει θεραπευτικά σχήματα όπως αντιπυρετικά, αναλγητικά, διουρητικά, ηλεκτρολύτες και φυσιοθεραπεία. Αυτό το στάδιο συμπεριλαμβάνει λοιμώξεις τραύματος που αντιμετωπίζονται στον θάλαμο με παροχέτευση π.χ. Διαρροϊκή συνδρομή λοιμώδους αιτιολογίας που χρήζει αντιβιοτικών

Στάδιο III Επιπλοκές που χρήζουν χειρουργικής, ενδοσκοπικής ή ακτινολογικής επεμβατικής θεραπείας

Στάδιο IIIα Χωρίς γενική αναισθησία π.χ. σύγκλιση τραύματος μετά από διάσπαση υπό τοπική αναισθησία.

Στάδιο IIIβ Υπό γενική αναισθησία π.χ. διάσπαση εντερικής αναστόμωσης χρήζουσα λαπαροτομή

Στάδιο IV Επιπλοκές που απειλούν την ζωή του ασθενούς (συμπεριλαμβανομένων επιπλοκών ΚΝΣ) που χρήζουν νοσηλεία σε ΜΕΘ.

Στάδιο IVα Ανεπάρκεια ενός οργάνου (συμπεριλαμβανομένης αιμοκάθαρσης) π.χ. νεκρωτική παγκρεατίτιδα.

Στάδιο IVβ Πολυοργανική ανεπάρκεια π.χ. νεκρωτική παγκρεατίτιδα με αιμοδυναμική αστάθεια.

Στάδιο V Θάνατος

Η σήψη αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στις Μ.Ε.Θ με θνητότητα 25% - 80%.¹⁻³

3. Προσέγγιση ασθενούς ΜΕΘ που χρήζει χειρουργικής αντιμετώπισης;

Στην Μ.Ε.Θ οι ασθενείς που βρίσκονται υπό **αναλγησία, καταστολή** και πολλές φορές **μυοχάλαση**, δεν μπορούν να προσφέρουν στον ιατρό πλήρη στοιχεία για την κλινική διερεύνηση του χαρακτήρα και της εντόπισης της χειρουργικής επιπλοκής, καθώς επίσης αρκετές φορές δεν μπορεί να ληφθεί αναλυτικό ιστορικό από τον ίδιο τον ασθενή. Επομένως πώς προσεγγίζεται ένας τέτοιος ασθενής που χρήζει χειρουργικής αντιμετώπισης;

3.1. Κλινικά - Παρακλινικά - Εργαστηριακά

Καταρχάς κλινικά με **επισκόπηση** της κοιλιάς, του δέρματος, των σωλήνων (levin, ουροκαθετήρα). Πιο συγκεκριμένα:

A) Levin: Παρατηρούμε την ποσότητα και την ποιότητα του υγρού που παροχετεύεται. Είναι γαστροπληγικό ή εντερικό το περιεχόμενο;

B) Κοιλία: Αναζητούμε διάταση, μετεωρισμό και πιθανή ύπαρξη περισφιγμένων κηλών.

Γ) Δέρμα: Από την επισκόπηση του δέρματος είναι δυνατό να ανευρεθούν διάφορα σημεία που εστιάζουν σε διάφορες νοσολογικές οντότητες. Ιδιαίτερα εστιάζουμε την προσοχή μας στις εκχυμώσεις / αιματώματα και πληροφορούμαστε για τον **μηχανισμό πήξης**.

Ακολουθώντας με την επισκόπηση ελέγχουμε την ύπαρξη ή όχι διάτασης και μετεωρισμού της κοιλιάς, γεγονός που αναδεικνύει πιθανή εντερική δυσλειτουργία. Επίσης με την ψηλάφηση, γίνεται προσπάθεια αναζήτησης πιθανής ψηλαφητής μάζας (*ύδρωπας - εμπύημα χοληδόχου κύστεως, σφύζουσα μάζα στην κοιλιά* κλπ). **Υπάρχει μυϊκή σύσπαση; Περιτοναϊσμός;** Η ανεύρεση μυϊκής σύσπασης βέβαια, **δεν είναι πάντα εφικτή**, ενώ θα μπορούσε να υπάρχει και υποκρύπτεται λόγω της καταστολής και της μυοχάλασης που πιθανόν να συνυπάρχουν. Μπορεί εάν υφίσταται να διακοπεί για λίγο η καταστολή, προκειμένου, να εξεταστεί κλινικά ο ασθενής. Δεν πρέπει να ξεχνάμε βέβαια, ότι υπάρχουν και καταστάσεις που ενώ υφίσταται οξεία κοιλία η μυϊκή σύσπαση δεν υπάρχει: όπως σε υπερήλικες, βαριές τοξικές καταστάσεις, λήψη κορτιζόνης, διαβητικοί, κ.λπ. Αντίθετα μπορεί να υφίσταται μυϊκή σύσπαση μη οφειλόμενη σε οξεία κοιλία και οφειλόμενη σε εξωκοιλιακές καταστάσεις, όπως σε κακώσεις σπονδυλικής στήλης, κατάγματα πλευρών, πνευμονία, μεταβολικά νοσήματα, μεταμοσχευτική μονάδα? μεταμόσχευση πνεύμονα (ίδια εμπειρία).

Ακολουθεί **ακρόαση της κοιλιάς**. Ο φυσιολογικός περισταλτισμός είναι 5-10 περισταλτικά κύματα κάθε 1min. Τα ευρήματα από την ακρόαση δεν θα πρέπει να υπερεκτιμηθούν και θα βοηθήσουν στη διάγνωση μόνο εάν συνδυασθούν με όλη την κλινική εικόνα.

Τέλος η κλινική εξέταση ολοκληρώνεται με τη δακτυλική εξέταση, η οποία μπορεί να μας δώσει σημαντικά στοιχεία για τον ασθενή (ψηλαφητή μάζα, έλεγχος δου글ασσείου, χρώμα και σύσταση κοπράνων).

Πρέπει να έχουμε στο μυαλό μας, ότι η οξεία χειρουργική κοιλία που διερευνούμε σε αυτή την κατηγορία των ασθενών, **είναι μια δυναμική κατάσταση που εξελίσσεται**, γι' αυτό και η συχνή παρακολούθηση έχει ιδιαίτερη σημασία στην διαγνωστική προσέγγιση της νόσου, **όσον αφορά την παρατήρηση τυχόν μεταβολών** που είτε διέφυγαν κατά την πρώτη εξέταση είτε για κλινικά σημεία που επιπροστέθηκαν.

3.2. Παρακλινικός Έλεγχος

Η πρώτη και πιο απλή εξέταση περιλαμβάνει τη **A/a θώρακος - κοιλιάς** από την οποία είναι δυνατό να συλλέξουμε

σημαντικότερες πληροφορίες. Συνοψίζοντας και υπενθυμίζοντας:

- Άνωση διαφραγμάτων (υποδιαφραγματικές συλλογές)
- Ατελεκτασία - ελεύθερος αέρας υποδιαφραγματικά (διάτρηση)
- Υδραερικά επίπεδα (ειλεός)
- Διάταση εντέρου προ πιθανού κωλύματος
- Απεικόνιση αέρα στα χοληφόρα (χολαγγειίτιδα ή χολοπεπτικό συρίγγιο)
- Αέρας στην πυλαία (πυλαιοφλεβίτιδα ή γάγγραινα εντέρου)
- Ασβεστώσεις στο πάγκρεας ή τοιχώματος αορτής (παγκρεατίτιδα ή ανεύρυσμα αορτής αντίστοιχα)
- Λίθους (χολολιθίαση, νεφρολιθίαση)
- Εγκυστωμένη σκιά αέρα εκτός εντέρου (τοπική διάτρηση).

Η **υπερηχοτομογραφία** ενέχει το πλεονέκτημα της ευκολίας της εκτέλεσης της εξέτασης και της σημαντικότητας των πληροφοριών που παρέχει.

Η **αξονική τομογραφία** με ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού, είναι συνήθως και η βασική απεικονιστική εξέταση που ζητείται και εκτελείται με χορήγηση ή μη σκιαγραφικού και συνήθως θέτει την διάγνωση της επιπλοκής.

Άλλες εξετάσεις που μπορεί να γίνουν αλλά θεωρούνται πιο ειδικές είναι η **αρτηριογραφία συνδυαζόμενη με εμβολισμό** για τη διάγνωση οξείας εντερικής ισχαιμίας ή τον εντοπισμό εστίας αιμορραγίας και την ενδεχόμενη επίσχεσή της.

Οι **ραδιοϊσοτοπικές μέθοδοι** ενδείκνυνται για διερεύνηση αιμορραγιών και αποστημάτων του πεπτικού αλλά δεν χρησιμοποιούνται ιδιαίτερα.

3.3 Αιματολογικές και Βιοχημικές Εξετάσεις

Χρήσιμες εξετάσεις: Λευκά αιμοσφαίρια, αιματοκρίτης, αιμοπετάλια, αμυλάση αίματος, SGOT/SGPT, χολερυθρίνη, πηξολογικός έλεγχος, έλεγχος διάχυτης ενδαγγειακής πήξης, λευκώματα ορού, γενική ούρων, αμυλάση ούρων.

4. Η οξεία κοιλία στη Μ Ε Θ παρουσιάζεται με αυξημένη συχνότητα σε ορισμένες κατηγορίες ασθενών και κάθε κατηγορία παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο οξείας χειρουργικής κοιλίας από συγκεκριμένες αιτίες:

4.1. Πολυτραυματίες

Αιμορραγίες: είτε ενδοκοιλιακές είτε οπισθοπεριτοναϊκές. Ενδοκοιλιακές αιμορραγίες συμβαίνουν από ρήξεις συμπαγών οργάνων ή κακώσεις του μεσεντερίου. Η πτώση του Hct, η λευκοκυττάρωση, η αιμοδυναμική αστάθεια και η απεικονιστική ταυτοποίηση της αιμορραγίας οδηγεί τον άρρωστο στο χειρουργείο. Οπισθοπεριτοναϊκά αιματώματα συνυπάρχουν με κατάγματα πυέλου ή σπονδυλικής στήλης ή **ακόμα και ιατρογενείς κακώσεις από καθετήρες καθετηριασμού** και οφείλονται σε κακώσεις αγγείων, νεφρών ή και παγκρέατος. Η θεραπεία τους είναι συντηρητική εκτός και αν επισημαίνεται ρήξη του οπίσθιου περιτοναίου με αιμοδυναμική αστάθεια, οπότε ο ασθενής οδηγείται ταχέως στο χειρουργείο. Παραμένει όμως πρακτικά ένα θέμα το πότε παρεμβαίνουμε στα αιματώματα αυτά.

4.2 Χειρουργικοί Άρρωστοι

Άμεσα ή απώτερα μετεγχειρητικά προβλήματα.

Τα αίτια μπορεί να είναι αιμορραγίες, συλλογές, αποστήματα ή ρήξεις αναστομώνσεων ή και ακόμα ενδοκοιλιακές φλεγμονές. Η λευκοκυττάρωση, η οξέωση, η αδυναμία απογαλακτισμού από τον αναπνευστήρα, η αιμοδυναμική αστάθεια θέτουν την υπόνοια των επιπλοκών, ενώ η αντιμετώπιση τους είναι ανάλογη.

4.3. Ασθενείς Νοσηλεύόμενοι στη Μ.Ε.Θ.

Ασθενείς που δεν ανήκουν στις δύο προηγούμενες κατηγορίες ή που ανήκουν σ' αυτές αλλά νοσηλεύονται επί μακρόν

αναπτύσσουν οξεία κοιλία από τις ακόλουθες αιτίες:

• **Φλεγμονώδεις:**

Οξεία σκωληκοειδίτιδα, Οξεία χολοκυστίτιδα, Παγκρεατίτιδα, Διάτρηση έλκους, Εκκολπωματίτιδα, Τελική ειλεΐτιδα, Περιτονίτιδα, Κωλικός ήπατος/χοληφόρων.

• **Μη φλεγμονώδεις:**

Εντερική απόφραξη, Αιμορραγία πεπτικού, Αγγειακά επεισόδια, Ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής, Απόφραξη μεσεντερίου, Διαχωριστικό ανεύρυσμα.

Οι επιπλοκές του γαστρεντερικού σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ και τους οδηγούν στο χειρουργείο, είναι σχετικά σπάνιες και η **διάγνωση τις περισσότερες φορές τίθεται όψιμα**, συνοδεύονται όμως από **μεγάλη νοσηρότητα και θνητότητα**, ενώ σημαντική είναι η **παράταση του χρόνου νοσηλείας**.

Σύμφωνα με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα, η επίπτωση αυτών των επιπλοκών κυμαίνεται από **0.3% έως 2%**, ανάλογα με τη Μονάδα και τα κριτήρια ορισμού των επιπλοκών, ενώ η θνητότητα που τις συνοδεύει, παρουσιάζει διεθνώς ουσιώδεις διακυμάνσεις μεταξύ **11% και 59%**.

Παρά την βελτίωση της περιεγχειρητικής παρακολούθησης και φροντίδας των ασθενών και την πρόοδο της αναισθησίας όπως και των χειρουργικών τεχνικών, η **επίπτωση των γαστρεντερικών επιπλοκών δεν φαίνεται να αλλάζει**. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι υποψήφιοι ασθενείς είναι μεγαλύτερης ηλικίας και με σοβαρότερα υποκείμενα προβλήματα. Για το λόγο αυτό **η προσπάθεια εντοπισμού των ασθενών υψηλού κινδύνου και η ανίχνευση πρώιμων δεικτών διάγνωσης, είναι επιβεβλημένη**.

Η παθογένεια των γαστρεντερικών επιπλοκών είναι πολυπαραγοντική. Το πεπτικό σύστημα διαθέτει **μειωμένη ικανότητα ανταπόκρισης** στη ελάττωση της αιματικής ροής.

Προεγχειρητικές, διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές μεταβλητές - σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση - μπορεί να επηρεάσουν την σπλαχνική αιμάτωση. Καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν οι συνθήκες υποάρδευσης των ιστών κατά τη διεγχειρητική περίοδο. Παρά την τεχνολογική βελτίωση των οξυγονοτών, **η αιμάτωση των περιφερικών αγγείων επιτελείται μέσω συνεχούς και όχι παλμικής ροής**. Στις καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, οι παρατεταμένοι χρόνοι εξωσωματικής κυκλοφορίας και σύγκλεισης της αορτής, η χρήση, ινότροπων-αγγειοσυσπαστικών παραγόντων και ενδοαορτικής αντλίας, η εφαρμογή μηχανικής αναπνοής και η χρήση PEEP, συνδέονται **άμεσα με την αγγειοσύσπαση και υποξία του εντερικού βλεννογόνου**, με συνέπεια την άρση της ακεραιότητας και λειτουργικότητας του που οδηγεί σε νέκρωση.

5. Λαπαροσκοπική ή ανοικτή προσπέλαση;

Όσον αφορά τον ρόλο της λαπαροσκοπικής χειρουργικής σε σχέση με την κλασική ανοικτή προσπέλαση που συζητείται:

• Η διαγνωστική λαπαροσκόπηση στη ΜΕΘ παρέχει ακριβείς και αξιόπιστες πληροφορίες και παίζει σημαντικό ρόλο στη διάγνωση ενδοκοιλιακής παθολογίας και σχεδιασμού περαιτέρω θεραπευτικής αντιμετώπισης, χωρίς όμως τεκμηρίωση.⁴

• Η LAP έγινε με γενική αναισθησία και CO₂. Η ακρίβεια ήταν 96%. Δεν υπήρξαν σοβαρές αιμοδυναμικές αλλαγές κατά τη διάρκεια της. Επιπλοκές 8%. Η διαγνωστική λαπαροσκόπηση είναι ασφαλής.⁵

• Η διαγνωστική λαπαροσκόπηση με τοπική αναισθησία και ελαφρά ενδοφλέβια καταστολή με χρήση μάσκας χρησιμοποιώντας απλή τεχνική ανύψωσης των κοιλιακών τοιχωμάτων χωρίς τη δημιουργία πνευμοπεριτοναίου έχει πραγματοποιηθεί για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς με ασφάλεια σε ομάδες ασθενών υψηλού κινδύνου στους οποίους αποτελεί αντένδειξη η αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης καθώς και σε ασθενείς που δεν μπορούν να λάβουν γενική αναισθησία.⁶

• Κλασική λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή εκτελέστηκε επιτυχώς σε 2 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση ανοιχτής καρδιάς ταυτόχρονα. Λαπαροσκοπικές επεμβάσεις και εγχειρήσεις ανοιχτής καρδιάς προτείνεται να γίνονται στον ίδιο χρόνο για μείωση της θνητότητας και θνησιμότητας σε τέτοιους ασθενείς.⁷

• 12 ασθενείς με HLHS υποβλήθηκαν σε ένα σύνολο 13 επεμβάσεων (8 Nissen συνδυασμένες με γαστροστομία, 3 μεμονωμένες γαστροστομίες, 1 επέμβαση LADD και 1 Nissen συνδυασμένη με σύγκλιση εντεροδερματικού συριγγίου). Φαίνεται ότι η λαπαροσκόπηση μπορεί να εφαρμοστεί με ασφάλεια σε αυτούς τους ασθενείς. **Παρόλα αυτά χρειάζεται**

συστηματικότερη προσέγγιση που να περιλαμβάνει **έμπειρη ομάδα στην καρδιολογική αναισθησία** ώστε να βελτιστοποιηθεί η πρόγνωση σε αυτά τα βαρέως πάσχοντα παιδιά.⁸

6. Οξεία σκωληκοειδίτις:

Εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα όπως στο γενικό πληθυσμό. Τα κλινικά ευρήματα είναι γνωστά.

Διαφοροδιαγνωστικά: Ρήξη ωοθυλακίου, εξαρτηματίτιδα, ρήξη κύστεως ωοθήκης ή συστροφή, εξωμήτριος κύηση.

Κλινικά: Επιπλέον σωστή γυναικολογική εξέταση.

Απεικονιστικά: Ο U/S είναι εξέταση εκλογής λόγω της ευκολίας και της αξιοπιστίας στα κατάλληλα χέρια. Επί δυσχέρειας τέλεσης ή αξιολόγησης των ευρημάτων εκτελείται CT κάτω κοιλίας. Η ευαισθησία και η ειδικότητα της μεθόδου δεν είναι υψηλή.

7. Οξεία Χολοκυστίτιδα.

Επίπτωση:0,3%-0,5% // Θνητότητα:35%-45%

I. Λιθιασικής αιτιολογίας

Ίδια συχνότητα με τον γενικό πληθυσμό. Η εξέταση εκλογής είναι η υπερηχοτομογραφία. Ανεύρισκεται λίθος ή λάσπη στη χοληδόχο κύστη, πάχυνση του τοιχώματος 3mm διάταση, υγρό περιχολοκυστικά. Θεραπεία: Χολοκυστεκτομή.

II. Αλιθιασική χολοκυστίτιδα

Η συχνότητα εμφάνισης είναι 0,5-1,5% όταν η νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ υπερβαίνει τις 7 ημέρες.

Αίτια:

- Δυσλειτουργία του Γ.Ε.Σ με παρατεταμένη χορήγηση παρεντερικής διατροφής.
- Παρατεταμένη ισχαιμία σε πολυτραυματίες.
- Σηψαιμία-Θρόμβωση της κυστικής αρτηρίας λόγω διάχυτης ενδοαγγειακής πήξης.
- Χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών που ευνοούν την παλινδρόμηση εντερικού περιεχομένου ή παγκρεατικών υγρών προς το χοληφόρο δένδρο.

8. Ειλεός: Μηχανικός, Ισχαιμία Εντέρου

Στις περιπτώσεις μηχανικού ειλεού, υπάρχει έντονη κλινική εικόνα, συνήθως υπάρχει ιστορικό παλαιότερης χειρουργικής επέμβασης στην κοιλιακή χώρα με πιθανή ύπαρξη συμφύσεων ή κήλης καθώς και των χαρακτηριστικών ακτινολογικών ευρημάτων. Άλλης αιτιολογίας μηχανικός ειλεός που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε σπανιότερα όμως, είναι ο πρωτο-διαγνωσμένος καρκίνος του παχέος εντέρου και οι περισφιγμένες κήλες που οδηγούν σε εντερική νέκρωση.

ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ με τον παραλυτικό ειλεό.

Οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υποκαλιμία, υπομαγνησαιμία) και η χρησιμοποίηση οπιοειδών τα οποία μειώνουν την κινητικότητα του εντέρου ευνοούν την εμφάνιση παραλυτικού ειλεού.

Παρόμοια δράση με τα οπιοειδή έχει και η ντοπαμίνη η οποία σε δόση > 5 μg/kg/min μειώνει την κινητικότητα του γαστρεντερικού. Άλλα συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας τα οποία προκαλούν υποκινητικότητα του εντέρου είναι οι φαινοθειαζίνες, η διλτιαζέμη, η βεραπαμίλη και άλλες ουσίες με αντιχολινεργική δράση.

Εντερική Ισχαιμία:

Η ισχαιμία του εντέρου που παραμένει περισσότερο από 2-3 ώρες μπορεί να καταλήξει στη νέκρωση του. Η πρώιμη διάγνωση είναι σημαντική για την έγκαιρη και αποτελεσματική παρέμβαση. Τα φυσικά ευρήματα συχνά δεν είναι ειδικά και οι εργαστηριακές μεταβλητές, είναι περιορισμένης αξίας. Ο ακτινογραφικός έλεγχος κοιλίας μπορεί να αποκαλύψει θετικά σημεία πλήρους ή ατελούς ειλεού. Η αγγειογραφία των μεσεντέριων αγγείων είναι απαραίτητη για να αποκλείσει τυχόν έλλειμμα αιμάτωσης και να αποκαλυφθεί η περιφερική αγγειοσύσπαση που ευθύνεται για την ισχαιμία. Τα κολοσκοπικά ευρήματα είναι ιδιαίτερα αξιολογήσιμα στη φάση αυτή.

Το σύνδρομο της παρατεταμένης χαμηλής παροχής που αφορά καρδιακή ανεπάρκεια ή παρατεταμένο σοκ οποιασδήποτε Μ. Παπασταματίου*, Δ. Νικολόπουλος**

*Αναπληρωτής Διευθυντής Χειρουργικής 7ου Νοσοκομείου ΙΚΑ, Σύμβουλος Χειρουργός «Ωνάσειου» Καρδιοχειρουργικού

Κέντρου, Ταμίας Δ.Σ. Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας

****Ιατρός Δ' Ορθοπαιδικής Κλινικής Ασκληπείου Βούλας, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής, Γ. Ν. Λαϊκό.**

Η εργασία παρουσιάστηκε ως διάλεξη στο 26ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ (Αθήνα, "Hilton" 12-15/11/08)

1. Εισαγωγή

Σήμερα στην Ευρώπη έχουν αναγνωρισθεί 14 ανεξάρτητες υπο-ειδικότητες της Εντατικολογίας που επανδρώνουν τις ΜΕΘ και αφορούν τους εξής τομείς: Νεογνολογία, Παιδιατρική, Αιματολογία, Νεφρολογία, Πνευμονολογία, Γενική Χειρουργική, Νευροχειρουργική, Καρδιοχειρουργική και Τραυματολογία. Ανεξάρτητα από τις Πολυδύναμες ΜΕΘ λειτουργούν επίσης ειδικές μονάδες Εγκαυμάτων, Καρδιολογικές ΜΕΘ, Μονάδες Μεταμοσχεύσεων Οργάνων και Ψυχιατρικές Μονάδες.

Επιπλέον στην Ελβετία και Σουηδία πρόσφατα έχει δρομολογηθεί η οργάνωση μονάδων που αφορούν τις ειδικότητες της Γυναικολογίας, της Ουρολογίας και της Ορθοπαιδικής. Ειδικότερα στο Νοσοκομείο της Ουπάλα έχει ήδη ενταχθεί στο Κέντρο Τραύματος που λειτουργεί και ειδική Νευροχειρουργική Μονάδα από το 1996 με αποτέλεσμα τη **βελτίωση του δείκτη θνητότητας** των νοσηλευομένων. Στους ασθενείς που νοσηλεύονται σε κάποια από τις προαναφερθείσες Μ.Ε.Θ, ελλοχεύει καθημερινά ο **κίνδυνος σοβαρών χειρουργικών επιπλοκών** που απαιτούν άμεση παρέμβαση, και συχνά είναι αυτές, που **ουσιαστικά καθορίζουν την τελική έκβαση της νόσου**.

Η εκδήλωση τους σχετίζεται, με τη βαρύτητα της υποκείμενης παθολογίας, την παρουσία συνοδών νοσημάτων, την κατάρτιση και ικανότητα του εμπλεκόμενου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την επάρκεια του εξοπλισμού των Μ.Ε.Θ και την ύπαρξη όπως και την πιστή εφαρμογή μιας σειράς εφαρμοζομένων πρωτοκόλλων.

Οι ασθενείς αυτοί, **αναρρώνουν με βραδύτερο ρυθμό, ο χρόνος νοσηλείας τους είναι μεγαλύτερος και καθίστανται ευάλωτοι σε σοβαρές λοιμώξεις** οι οποίες προάγουν την ενεργοποίηση των κυττοκινών και άλλων παραγόντων φλεγμονώδους αντίδρασης, η οποία προδιαθέτει στην εμφάνιση του συνδρόμου πολυοργανικής ανεπάρκειας. Το σύνδρομο αυτό όπως είναι γνωστό συνοδεύεται συχνά από αλιθιασική χολοκυστίτιδα, εντερορραγία, αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού και φλεγμονή του παγκρέατος. **Η αδυναμία επικοινωνίας με τον ασθενή, η συνύπαρξη άλλων προβλημάτων και η εμπειρική ευρεία χρήση αντιβιοτικών**, είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην **συγκάλυψη της κλινικής εικόνας** και στην **καθυστέρηση της διάγνωσης**.

Η έγκαιρη διαγνωστική προσέγγιση και η άμεση θεραπευτική παρέμβαση, μπορούν να περιορίσουν τη συστηματική φλεγμονώδη αντίδραση πριν καταστεί ο ασθενής βαρέως πάσχων και η κατάσταση του μη αναστρέψιμη. **Σε καμία άλλη κατάσταση δεν έχει ο κλινικός γιατρός τη διπλή ευκαιρία να αποδείξει άμεσα την ορθότητα της διαγνωστικής συλλογιστικής του και να προσφέρει έγκαιρα στον ασθενή την θεραπεία του, σύμφωνα πάντα με τον Ιπποκρατικό αφορισμό "ωφελείν ή μη βλάπτειν"**.

2. Κατηγοριοποίηση χειρουργικών επιπλοκών.

Οι χειρουργικές επιπλοκές κατηγοριοποιούνται ως εξής:

Στάδιο I Οποιαδήποτε επιπλοκή η οποία δεν χρήζει φαρμακευτικής, χειρουργικής ή άλλης θεραπείας π.χ. Διαρροϊκή συνδρομή μη λοιμώδους αιτιολογίας

Στάδιο II Επιπλοκή η οποία χρήζει θεραπευτικά σχήματα όπως αντιπυρετικά, αναλγητικά, διουρητικά, ηλεκτρολύτες και φυσιοθεραπεία. Αυτό το στάδιο συμπεριλαμβάνει λοιμώξεις τραύματος που αντιμετωπίζονται στον θάλαμο με παροχέτευση π.χ. Διαρροϊκή συνδρομή λοιμώδους αιτιολογίας που χρήζει αντιβιοτικών

Στάδιο III Επιπλοκές που χρήζουν χειρουργικής, ενδοσκοπικής ή ακτινολογικής επεμβατικής θεραπείας

Στάδιο IIIα Χωρίς γενική αναισθησία π.χ. σύγκλιση τραύματος μετά από διάσπαση υπό τοπική αναισθησία.

Στάδιο IIIβ Υπό γενική αναισθησία π.χ. διάσπαση εντερικής αναστόμωσης χρήζουσα λαπαροτομή

Στάδιο IV Επιπλοκές που απειλούν την ζωή του ασθενούς (συμπεριλαμβανομένων επιπλοκών ΚΝΣ) που χρήζουν νοσηλεία σε ΜΕΘ.

Στάδιο IVa Ανεπάρκεια ενός οργάνου (συμπεριλαμβανομένης αιμοκάθαρσης) π.χ. νεκρωτική παγκρεατίτιδα.

Στάδιο IVb Πολυοργανική ανεπάρκεια π.χ. νεκρωτική παγκρεατίτιδα με αιμοδυναμική αστάθεια.

Στάδιο V Θάνατος

Η σήψη αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στις Μ.Ε.Θ με θνητότητα 25% - 80%.¹⁻³

3. Προσέγγιση ασθενούς ΜΕΘ που χρήζει χειρουργικής αντιμετώπισης;

Στην Μ.Ε.Θ οι ασθενείς που βρίσκονται υπό **αναλγησία, καταστολή** και πολλές φορές **μυοχάλαση**, δεν μπορούν να προσφέρουν στον ιατρό πλήρη στοιχεία για την κλινική διερεύνηση του χαρακτήρα και της εντόπισης της χειρουργικής επιπλοκής, καθώς επίσης αρκετές φορές δεν μπορεί να ληφθεί αναλυτικό ιστορικό από τον ίδιο τον ασθενή. Επομένως πώς προσεγγίζεται ένας τέτοιος ασθενής που χρήζει χειρουργικής αντιμετώπισης;

3.1. Κλινικά - Παρακλινικά - Εργαστηριακά

Καταρχάς κλινικά με **επισκόπηση** της κοιλιάς, του δέρματος, των σωλήνων (levin, ουροκαθετήρα). Πιο συγκεκριμένα:

A) Levin: Παρατηρούμε την ποσότητα και την ποιότητα του υγρού που παροχετεύεται. Είναι γαστροπληγικό ή εντερικό το περιεχόμενο;

B) Κοιλία: Αναζητούμε διάταση, μετεωρισμό και πιθανή ύπαρξη περισφιγμένων κηλών.

Γ) Δέρμα: Από την επισκόπηση του δέρματος είναι δυνατό να ανευρεθούν διάφορα σημεία που εστιάζουν σε διάφορες νοσολογικές οντότητες. Ιδιαίτερα εστιάζουμε την προσοχή μας στις εκχυμώσεις / αιματώματα και πληροφορούμαστε για τον **μηχανισμό πόνου**.

Ακολουθώντας με την επισκόπηση ελέγχουμε την ύπαρξη ή όχι διάτασης και μετεωρισμού της κοιλιάς, γεγονός που αναδεικνύει πιθανή εντερική δυσλειτουργία. Επίσης με την ψηλάφηση, γίνεται προσπάθεια αναζήτησης πιθανής ψηλαφητής μάζας (*ύδρωπας - εμπύημα χοληδόχου κύστεως, σφύζουσα μάζα στην κοιλιά* κλπ). **Υπάρχει μυϊκή σύσπαση; Περιτοναϊσμός;** Η ανεύρεση μυϊκής σύσπασης βέβαια, **δεν είναι πάντα εφικτή**, ενώ θα μπορούσε να υπάρχει και υποκρύπτεται λόγω της καταστολής και της μυοχάλασης που πιθανόν να συνυπάρχουν. Μπορεί εάν υφίσταται να διακοπεί για λίγο η καταστολή, προκειμένου, να εξεταστεί κλινικά ο ασθενής. Δεν πρέπει να ξεχνάμε βέβαια, ότι υπάρχουν και καταστάσεις που ενώ υφίσταται οξεία κοιλία η μυϊκή σύσπαση δεν υπάρχει: όπως σε υπερήλικες, βαριές τοξικές καταστάσεις, λήψη κορτιζόνης, διαβητικοί, κ.λπ. Αντίθετα μπορεί να υφίσταται μυϊκή σύσπαση μη οφειλόμενη σε οξεία κοιλία και οφειλόμενη σε εξωκοιλιακές καταστάσεις, όπως σε κακώσεις σπονδυλικής στήλης, κατάγματα πλευρών, πνευμονία, μεταβολικά νοσήματα, μεταμοσχευτική μονάδα? μεταμόσχευση πνεύμονα (ίδια εμπειρία).

Ακολουθεί **ακρόαση της κοιλιάς**. Ο φυσιολογικός περισταλισμός είναι 5-10 περισταλτικά κύματα κάθε 1min. Τα ευρήματα από την ακρόαση δεν θα πρέπει να υπερεκτιμηθούν και θα βοηθήσουν στη διάγνωση μόνο εάν συνδυασθούν με όλη την κλινική εικόνα.

Τέλος η κλινική εξέταση ολοκληρώνεται με τη δακτυλική εξέταση, η οποία μπορεί να μας δώσει σημαντικά στοιχεία για τον ασθενή (ψηλαφητή μάζα, έλεγχος δουλασσείου, χρώμα και σύσταση κοπράνων).

Πρέπει να έχουμε στο μυαλό μας, ότι η οξεία χειρουργική κοιλία που διερευνούμε σε αυτή την κατηγορία των ασθενών, **είναι μια δυναμική κατάσταση που εξελίσσεται**, γι' αυτό και η συχνή παρακολούθηση έχει ιδιαίτερη σημασία στην διαγνωστική προσέγγιση της νόσου, **όσον αφορά την παρατήρηση τυχόν μεταβολών** που είτε διέφυγαν κατά την πρώτη εξέταση είτε για κλινικά σημεία που επιπροστέθηκαν.

3.2. Παρακλινικός Έλεγχος

Η πρώτη και πιο απλή εξέταση περιλαμβάνει τη **A/a θώρακος - κοιλιάς** από την οποία είναι δυνατό να συλλέξουμε σημαντικότερες πληροφορίες. Συνοψίζοντας και υπενθυμίζοντας:

- Άνωση διαφραγμάτων (υποδιαφραγματικές συλλογές)
- Ατελεκτασία - ελεύθερος αέρας υποδιαφραγματικά (διάτρηση)
- Υδραερικά επίπεδα (ειλεός)

- Διάταση εντέρου προ πιθανού κωλύματος
- Απεικόνιση αέρα στα χοληφόρα (χολαγγειίτιδα ή χολοπεπτικό συρίγγιο)
- Αέρας στην πυλαία (πυλαιοφλεβίτιδα ή γάγγραινα εντέρου)
- Ασβεστώσεις στο πάγκρεας ή τοιχώματος αορτής (παγκρεατίτιδα ή ανεύρυσμα αορτής αντίστοιχα)
- Λίθους (χολολιθίαση, νεφρολιθίαση)
- Εγκυστωμένη σκιά αέρα εκτός εντέρου (τοπική διάτρηση).

Η **υπερηχοτομογραφία** ενέχει το πλεονέκτημα της ευκολίας της εκτέλεσης της εξέτασης και της σημαντικότητας των πληροφοριών που παρέχει.

Η **αξονική τομογραφία** με ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού, είναι συνήθως και η βασική απεικονιστική εξέταση που ζητείται και εκτελείται με χορήγηση ή μη σκιαγραφικού και συνήθως θέτει την διάγνωση της επιπλοκής.

Άλλες εξετάσεις που μπορεί να γίνουν αλλά θεωρούνται πιο ειδικές είναι η **αρτηριογραφία συνδυαζόμενη με εμβολισμό** για τη διάγνωση οξείας εντερικής ισχαιμίας ή τον εντοπισμό εστίας αιμορραγίας και την ενδεχόμενη επίσχεσή της.

Οι **ραδιοϊσοτοπικές μέθοδοι** ενδείκνυνται για διερεύνηση αιμορραγιών και αποστημάτων του πεπτικού αλλά δεν χρησιμοποιούνται ιδιαίτερα.

3.3 Αιματολογικές και Βιοχημικές Εξετάσεις

Χρήσιμες εξετάσεις: Λευκά αιμοσφαίρια, αιματοκρίτης, αιμοπετάλια, αμυλάση αίματος, SGOT/SGPT, χολερυθρίνη, πηξολογικός έλεγχος, έλεγχος διάχυτης ενδοαγγειακής πήξης, λευκώματα ορού, γενική ούρων, αμυλάση ούρων.

4. Η οξεία κοιλία στη Μ Ε Θ παρουσιάζεται με αυξημένη συχνότητα σε ορισμένες κατηγορίες ασθενών και κάθε κατηγορία παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο οξείας χειρουργικής κοιλίας από συγκεκριμένες αιτίες:

4.1. Πολυτραυματίες

Αιμορραγίες: είτε ενδοκοιλιακές είτε οπισθοπεριτοναϊκές. Ενδοκοιλιακές αιμορραγίες συμβαίνουν από ρήξεις συμπαγών οργάνων ή κακώσεις του μεσεντερίου. Η πτώση του Hct, η λευκοκυττάρωση, η αιμοδυναμική αστάθεια και η απεικονιστική ταυτοποίηση της αιμορραγίας οδηγεί τον άρρωστο στο χειρουργείο. Οπισθοπεριτοναϊκά αιματώματα συνυπάρχουν με κατάγματα πυέλου ή σπονδυλικής στήλης ή **ακόμα και ιατρογενείς κακώσεις από καθετήρες καθετηριασμού** και οφείλονται σε κακώσεις αγγείων, νεφρών ή και παγκρέατος. Η θεραπεία τους είναι συντηρητική εκτός και αν επισυμβαίνει ρήξη του οπίσθιου περιτοναίου με αιμοδυναμική αστάθεια, οπότε ο ασθενής οδηγείται ταχέως στο χειρουργείο. Παραμένει όμως πρακτικά ένα θέμα το πότε παρεμβαίνουμε στα αιματώματα αυτά.

4.2 Χειρουργικοί Άρρωστοι

Άμεσα ή απώτερα μετεγχειρητικά προβλήματα.

Τα αίτια μπορεί να είναι αιμορραγίες, συλλογές, αποστήματα ή ρήξεις αναστομών ή και ακόμα ενδοκοιλιακές φλεγμονές. Η λευκοκυττάρωση, η οξέωση, η αδυναμία απογαλακτισμού από τον αναπνευστήρα, η αιμοδυναμική αστάθεια θέτουν την υπόνοια των επιπλοκών, ενώ η αντιμετώπιση τους είναι ανάλογη.

4.3. Ασθενείς Νοσηλεύόμενοι στη Μ.Ε.Θ.

Ασθενείς που δεν ανήκουν στις δύο προηγούμενες κατηγορίες ή που ανήκουν σ' αυτές αλλά νοσηλεύονται επί μακρόν αναπτύσσουν οξεία κοιλία από τις ακόλουθες αιτίες:

• Φλεγμονώδεις:

Οξεία σκωληκοειδίτιδα, Οξεία χολοκυστίτιδα, Παγκρεατίτιδα, Διάτρηση έλκους, Εκκολπωματίτιδα, Τελική ειλειτίδα, Περιτονίτιδα, Κωλικός ήπατος/χοληφόρων.

• Μη φλεγμονώδεις:

Εντερική απόφραξη, Αιμορραγία πεπτικού, Αγγειακά επεισόδια, Ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής, Απόφραξη μεσεντερίου, Διαχωριστικό ανεύρυσμα.

Οι επιπλοκές του γαστρεντερικού σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ και τους οδηγούν στο χειρουργείο, είναι σχετικά σπάνιες και η **διάγνωση τις περισσότερες φορές τίθεται όψιμα**, συνοδεύονται όμως από **μεγάλη νοσηρότητα και θνητότητα**, ενώ σημαντική είναι η **παράταση του χρόνου νοσηλείας**.

Σύμφωνα με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα, η επίπτωση αυτών των επιπλοκών κυμαίνεται από **0.3% έως 2%**, ανάλογα με τη Μονάδα και τα κριτήρια ορισμού των επιπλοκών, ενώ η θνητότητα που τις συνοδεύει, παρουσιάζει διεθνώς ουσιώδεις διακυμάνσεις μεταξύ **11% και 59%**.

Παρά την βελτίωση της περιεγχειρητικής παρακολούθησης και φροντίδας των ασθενών και την πρόοδο της αναισθησίας όπως και των χειρουργικών τεχνικών, η **επίπτωση των γαστρεντερικών επιπλοκών δεν φαίνεται να αλλάζει**. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι υποψήφιοι ασθενείς είναι μεγαλύτερης ηλικίας και με σοβαρότερα υποκείμενα προβλήματα. Για το λόγο αυτό η **προσπάθεια εντοπισμού των ασθενών υψηλού κινδύνου και η ανίχνευση πρώιμων δεικτών διάγνωσης, είναι επιβεβλημένη**.

Η παθογένεια των γαστρεντερικών επιπλοκών είναι πολυπαραγοντική. Το πεπτικό σύστημα διαθέτει **μειωμένη ικανότητα ανταπόκρισης** στη ελάττωση της αιματικής ροής.

Προεγχειρητικές, διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές μεταβλητές - σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση - μπορεί να επηρεάσουν την σπλαχνική αιμάτωση. Καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν οι συνθήκες υποάρδευσης των ιστών κατά τη διεγχειρητική περίοδο. Παρά την τεχνολογική βελτίωση των οξυγονοτών, η **αιμάτωση των περιφερικών αγγείων επιτελείται μέσω συνεχούς και όχι παλμικής ροής**. Στις καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, οι παρατεταμένοι χρόνοι εξωσωματικής κυκλοφορίας και σύγκλεισης της αορτής, η χρήση, ινότροπων-αγγειοσυσπαστικών παραγόντων και ενδοαορτικής αντλίας, η εφαρμογή μηχανικής αναπνοής και η χρήση PEEP, συνδέονται **άμεσα με την αγγειοσύσπαση και υποξία του εντερικού βλεννογόνου**, με συνέπεια την άρση της ακεραιότητας και λειτουργικότητας του που οδηγεί σε νέκρωση.

5. Λαπαροσκοπική ή ανοικτή προσπέλαση;

Όσον αφορά τον ρόλο της λαπαροσκοπικής χειρουργικής σε σχέση με την κλασική ανοικτή προσπέλαση που συζητείται:

- Η διαγνωστική λαπαροσκόπηση στη ΜΕΘ παρέχει ακριβείς και αξιόπιστες πληροφορίες και παίζει σημαντικό ρόλο στη διάγνωση ενδοκοιλιακής παθολογίας και σχεδιασμού περαιτέρω θεραπευτικής αντιμετώπισης, χωρίς όμως τεκμηρίωση.⁴
- Η LAP έγινε με γενική αναισθησία και CO₂. Η ακρίβεια ήταν 96%. Δεν υπήρξαν σοβαρές αιμοδυναμικές αλλαγές κατά τη διάρκεια της. Επιπλοκές 8%. Η διαγνωστική λαπαροσκόπηση είναι ασφαλής.⁵
- Η διαγνωστική λαπαροσκόπηση με τοπική αναισθησία και ελαφρά ενδοφλέβια καταστολή με χρήση μάσκας χρησιμοποιώντας απλή τεχνική ανύψωσης των κοιλιακών τοιχωμάτων χωρίς τη δημιουργία πνευμοπεριτοναίου έχει πραγματοποιηθεί για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς με ασφάλεια σε ομάδες ασθενών υψηλού κινδύνου στους οποίους αποτελεί αντένδειξη η αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης καθώς και σε ασθενείς που δεν μπορούν να λάβουν γενική αναισθησία.⁶
- Κλασική λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή εκτελέστηκε επιτυχώς σε 2 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση ανοιχτής καρδιάς ταυτόχρονα. Λαπαροσκοπικές επεμβάσεις και εγχειρήσεις ανοιχτής καρδιάς προτείνεται να γίνονται στον ίδιο χρόνο για μείωση της θνητότητας και θνησιμότητας σε τέτοιους ασθενείς.⁷
- 12 ασθενείς με HLHS υποβλήθηκαν σε ένα σύνολο 13 επεμβάσεων (8 Nissen συνδυασμένες με γαστροστομία, 3 μεμονωμένες γαστροστομίες, 1 επέμβαση LADD και 1 Nissen συνδυασμένη με σύγκλιση εντεροδερματικού συριγγίου). Φαίνεται ότι η λαπαροσκόπηση μπορεί να εφαρμοστεί με ασφάλεια σε αυτούς τους ασθενείς. **Παρόλα αυτά χρειάζεται συστηματικότερη προσέγγιση** που να περιλαμβάνει **έμπειρη ομάδα στην καρδιολογική αναισθησία** ώστε να βελτιστοποιηθεί η πρόγνωση σε αυτά τα βαρέως πάσχοντα παιδιά.⁸

6. Οξεία σκωληκοειδίτις:

Εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα όπως στο γενικό πληθυσμό. Τα κλινικά ευρήματα είναι γνωστά.

Διαφοροδιαγνωστικά: Ρήξη ωοθυλακίου, εξαρτηματίτιδα, ρήξη κύστεως ωοθήκης ή συστροφή, εξωμήτριος κύηση.

Κλινικά: Επιπλέον σωστή γυναικολογική εξέταση.

Απεικονιστικά: Ο U/S είναι εξέταση εκλογής λόγω της ευκολίας και της αξιοπιστίας στα κατάλληλα χέρια. Επί δυσχέρειας τέλεσης ή αξιολόγησης των ευρημάτων εκτελείται CT κάτω κοιλίας. Η ευαισθησία και η ειδικότητα της μεθόδου δεν είναι υψηλή.

7. Οξεία Χολοκυστίτιδα.

Επίπτωση:0,3%-0,5% // Θνητότητα:35%-45%

I. Λιθιασικής αιτιολογίας

Ίδια συχνότητα με τον γενικό πληθυσμό. Η εξέταση εκλογής είναι η υπερηχοτομογραφία. Ανεύρισκεται λίθος ή λάσπη στη χοληδόχο κύστη, πάχυνση του τοιχώματος 3mm διάταση, υγρό περιχολοκυστικά. Θεραπεία: Χολοκυστεκτομή.

II. Αλιθιασική χολοκυστίτιδα

Η συχνότητα εμφάνισης είναι 0,5-1,5% όταν η νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ υπερβαίνει τις 7 ημέρες.

Αίτια:

- Δυσλειτουργία του Γ.Ε.Σ με παρατεταμένη χορήγηση παρεντερικής διατροφής.
- Παρατεταμένη ισχαιμία σε πολυτραυματίες.
- Σηψαιμία-Θρόμβωση της κυστικής αρτηρίας λόγω διάχυτης ενδοαγγειακής πήξης.
- Χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών που ευνοούν την παλινδρόμηση εντερικού περιεχομένου ή παγκρεατικών υγρών προς το χοληφόρο δένδρο.

8. Ειλεός: Μηχανικός, Ισχαιμία Εντέρου

Στις περιπτώσεις μηχανικού ειλεού, υπάρχει έντονη κλινική εικόνα, συνήθως υπάρχει ιστορικό παλαιότερης χειρουργικής επέμβασης στην κοιλιακή χώρα με πιθανή ύπαρξη συμφύσεων ή κήλης καθώς και των χαρακτηριστικών ακτινολογικών ευρημάτων. Άλλης αιτιολογίας μηχανικός ειλεός που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε σπανιότερα όμως, είναι ο πρωτοδιαγνωσμένος καρκίνος του παχέος εντέρου και οι περισφιγμένες κήλες που οδηγούν σε εντερική νέκρωση.

ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ με τον παραλυτικό ειλεό.

Οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υποκαλιαιμία, υπομαγνησαιμία) και η χρησιμοποίηση οπιοειδών τα οποία μειώνουν την κινητικότητα του εντέρου ευνοούν την εμφάνιση παραλυτικού ειλεού.

Παρόμοια δράση με τα οπιοειδή έχει και η ντοπαμίνη η οποία σε δόση > 5 µg/kg/min μειώνει την κινητικότητα του γαστρεντερικού. Άλλα συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας τα οποία προκαλούν υποκινητικότητα του εντέρου είναι οι φαινοθειαζίνες, η διλτιαζέμη, η βεραπαμίλη και άλλες ουσίες με αντιχολινεργική δράση.

Εντερική Ισχαιμία:

Η ισχαιμία του εντέρου που παραμένει περισσότερο από 2-3 ώρες μπορεί να καταλήξει στη νέκρωση του. Η πρώιμη διάγνωση είναι σημαντική για την έγκαιρη και αποτελεσματική παρέμβαση. Τα φυσικά ευρήματα συχνά δεν είναι ειδικά και οι εργαστηριακές μεταβλητές, είναι περιορισμένης αξίας. Ο ακτινογραφικός έλεγχος κοιλίας μπορεί να αποκαλύψει θετικά σημεία πλήρους ή ατελούς ειλεού. Η αγγειογραφία των μεσεντέριων αγγείων είναι απαραίτητη για να αποκλείσει τυχόν έλλειμμα αιμάτωσης και να αποκαλυφθεί η περιφερική αγγειοσύσπαση που ευθύνεται για την ισχαιμία. Τα κολοσκοπικά ευρήματα είναι ιδιαίτερα αξιολογήσιμα στη φάση αυτή.

Το σύνδρομο της παρατεταμένης χαμηλής παροχής που αφορά καρδιακή ανεπάρκεια ή παρατεταμένο σοκ οποιασδήποτε αιτιολογίας, οδηγεί σε εντερική ισχαιμία και έκπτωση πολλών οργάνων.

9. Οξεία παγκρεατίτιδα.

Η αναγνώριση τεσσάρων δυσμενών προγνωστικών παραγόντων επιταχύνει τη χειρουργική αντιμετώπιση. Πιο συγκεκριμένα:

A] Η έκταση της παγκρεατικής νέκρωσης: η θνητότητα κυμαίνεται από 7% (εάν ο νεκρωμένος ιστός είναι λιγότερος από το 30% του αδένου), έως 50% (εάν η παγκρεατική νέκρωση είναι ολική ή υφολική).

B] Η ύπαρξη εξωπαγκρεατικής νέκρωσης (διπλασιάζεται η θνητότητα από 15% σε 34%).

Γ) Η βακτηριακή επιμόλυνση (τριπλασιάζεται η θνητότητα από 10% σε 32%).

Δ) Η ανάπτυξη παγκρεατικού ασκίτη (τετραπλασιάζεται η θνητότητα από 9% σε 36%).

Οι Κλινικές Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης είναι:

1. Η πτωχή απάντηση στην εντατική υποστηρικτική αγωγή
2. Η κλινική αποδιοργάνωση του ασθενούς, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη πολυοργανικής ανεπάρκειας.

10. Άλλες Παθήσεις

Περισφιγμένες βουβωνοκήλες, μηροκήλες, διάτρηση 12δακτύλου,συμφυτικός ειλεός, καρκίνος παχέος εντέρου, νόσοι του πρωκτικού σωλήνα (Αιμορροΐδες θρομβωθείσες, Ραγάδα πρωκτικού δακτυλίου, Περιεδρικό απόστημα). Ακόμη και θυρεοειδεκτομή σε παθήσεις του θυρεοειδούς, όταν δεν μπορεί να γίνει διαδερμική τραχειοτομή. Ενδιαφέρουσα περίπτωση ο χυλοθώρακας που προέρχεται από θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις.

Πίνακας 1: Επιπλοκές Γαστρεντερικού σε καρδιοχειρουργικούς ασθενείς. Εμπειρία 55 μηνών.

	1 ^η ομάδα	2 ^η ομάδα	Σύνολο		1 ^η ομάδα	2 ^η ομάδα	Σύνολο
Χοληφόρα	14	17	31	Αιμορραγία κατ. Πεπτικού	2	4	6
Ισχαμική νέκρωση εντέρου	11	10	21	Διάτρηση κοίλου σπλάχνου ανώτ. Γαστρεντερικού	0	2	2
Παραλυτικός ειλεός	11	5	16	Γαστροστομία	0	2	2
Αποφρακτικός ειλεός	3	1	4	Παγκρεατίτιδα	2	2	4
Αιματώματα διάφορα	5	4	9	Ηπατική συμφόρηση	4	3	7
Οπισθοπεριτοναϊκά αιματώματα	3	3	6	Πνευμοπεριτόναιο	1	2	3
Περίσφιξη κήλης	3	1	4	Έμφρακτο, απόστημα σπληνός	1	0	1
Διάτρηση εντερικού αυλού	3	3	6	Άτυπα κοιλιακά ενοχλήματα	13	19	32
Αιμορραγία ανώτ. πεπτικού	2	3	5	Ερευνητικές λαπαροτομίες,	0	3	3

Πηγή: Μ. Παπασταματίου, Ι. Κριαράς, Α. Μαστοράκη, Δ. Βελεχέρης, Σ. Μαστοράκη, Σ. Γερονιάνος Μ.Ε.Θ. ΩΝΑΣΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ, ΧΧV ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ, Αθήνα, 22-26 Νοεμβρίου 2006

Πίνακας 2: Επιπλοκές Χαλτηφάρων μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις. Εμπειρία 55 μηνών.

Χαλτηφάρα	1η ομάδα	2η ομάδα	Σύνολο
Οξεία αλιθιασική χολοκυστίτιδα	4	4	8
Αλιθιασική διάταση χοληδόχου πόρου	3	2	5
Χολολιθιασική χολοκυστίτις	7	11	18

*Πηγή: Μ. Παπασταματίου, Κ. Παπαδόπουλος, Α. Μαστοράκη, Π. Βλασταράκος, Δ. Βελεχέρης, Σ. Γερουλάνος, Μ.Ε.Θ. ΩΝΑΣΣΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ, XXV ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ, Αθήνα, 22-26 Νοεμβρίου 2006

Πίνακας 3: Επιπλοκές Γαστρεντερικού σε καρδιοχειρουργικούς ασθενείς.

Πληθυσμός	3827	72	p
Άνδρες/Γυναίκες	2870/957	47/25	
Ηλικία	63.5	67	<0.0001
Κλάσμα εξώθησης <40 (%)	14.5	18.1	
Χρόνος εξωσωματικής κυκλοφορίας (min)	80	143	<0.0001
Χρόνος σύγκλισης αορτής (min)	53	102	<0.0001
Ενδοαορτικός ασκός (n)	153	7	<0.005
Διάρκεια μηχανικής αναπνοής (μέρες)	0.6	5.2	<0.0001
Διάρκεια νοσηλείας στην ΜΕΘ (μέρες)	1.9	11.8	<0.0001
Διάρκεια νοσηλείας στα νοσοκομεία (μέρες)	9.2	17.3	
Κόστος νοσηλείας (Ευρώ)	15083	33885*	
Θνητότητα % (n)	2.5	30	<0.0001

Πηγή: Κριαράς Ι, Παπασταματίου Μ, Μαστοράκη Α, Μαστοράκη Σ, Τάσσιος Π, Γερουλάνος Σ. Μ.Ε.Θ. ΩΝΑΣΣΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ, XXIV ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 2-5 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2004

Βιβλιογραφία:

1. Bossi P. Candidemia as a cause of septic shock and multiple organ failure. Presse Med. 2004 Feb 28;33(4):262-4.
2. Hadley S, Lee WW, Ruthazer R, Nasraway SA Jr. Crit. Care Med. 2002 Aug;30(8):1808-14 [PubMed]
3. Συστηματικές μυκητιάσεις σε Χειρουργικούς ασθενείς ΜΕΘ. Βερνίκος Π., 8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικών Λοιμώξεων 2003.
4. Danny Rossin, Yael Haviv, Joseph Kuriansky, Eran Segal, Oscar Bradesco, Raul Rosenthal, Moshe Shabtal, Amram Ayalon. JOURNAL OF LAPAROSCOPY AND ADVANCED SURGICAL TECHNIQUES. VOLUME 11, NUMBER 5, 2001.

5. Christopher P Brandt, Paul P Priebe, Marc L Eckhauser. DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY IN THE ICU PATIENTS. *Surgical Endoscopy* (2005)7.168-172.

6. Ν.Γατσούλης, Π.Χυτήρης, Κ.Παγκράτης. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΧΩΡΙΣ ΠΝΕΥΜΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟ. *Ιατρικά χρονικά Β.Δ. ΕΛΛΑΔΑΣ*. Νοέμβριος 2000. Τόμος 1-Τεύχος 2. Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Ν Κέρκυρας

7. Manouchehr Heumat, Hamid Reza Taghipoor, Mohammad Rezuan Nobahar. LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AND OPEN-HEART SURGERY AT THE SAME TIME. *Journal of cardiac surgery*. Vol.20-Issue6-Pg 557-559. Cardiac Surgery Ward Of Modarres Hospital, Beheshiti University Of Medical Sciences Tehran Iran. [[PubMed](#)]

8. Slater Bethany, Rangel Shawn, Ramamoorthy Chandra, Abrajano Claire, Albanese Craig. OUTCOMES AFTER LAPAROSCOPY SURGERY IN NEONATES WITH HYPOPLASTIC LEFT HEART SYNDROME. *Journal of Pediatric Surgery*. Vol.42, 2007, pb 1118-1121 [[PubMed](#)]

Last Updated (Τρίτη, 27 Ιανουάριος 2009)

Close Window