

Μετεγχειρητικές Επιπλοκές Γενικής Χειρουργικής.

Ενδοκοιλιακές Επιπλοκές.

Παπασταματίου Μιλτιάδης¹, Πάσχος Νικόλαος², Νικολόπουλος Δημήτρης³

1: Διευθυντής Β΄ Χειρουργικής Κλινικής ΓΝΝΙ Κωσταντοπούλειο η " Αγ.Ολγα " παρ/μα
Καυτατζόγλου

2: τ. Ειδικευόμενος Χειρουργικής 7^{ου} Νοσοκ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

3: Επιμελητής Κεντρικής Κλινικής Αθηνών, Διδάκτων Πανεπιστημίου Αθηνών

Περίληψη.

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές σήμερα αποτελούν συχνό φαινόμενο στην κλινική πράξη. Όσο ασήμαντες κι αν είναι δεν παύουν να δυσχεραίνουν το έργο του θεράποντα ιατρού. Η εισήγηση αυτή πραγματεύεται την ύπαρξη περιθωρίων βελτίωσης στην άσκηση της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας με σκοπό την αποφυγή ορισμένων από αυτές που φαίνεται να μπορούν να αποφευχθούν. Επιχειρείται επίσης μια αδρή προσέγγιση του διαγνωστικού προβλήματος του μετεγχειρητικού πυρετού. Τέλος, γίνεται λόγος για τις μετεγχειρητικές λοιμώξεις και τις οξείες καταστάσεις που δύναται να εμφανιστούν μετεγχειρητικά, αποσκοπώντας σε καλύτερη ενημέρωση και προετοιμασία του σύγχρονου χειρουργού, στα «χέρια» του οποίου βρίσκεται η υγεία του ασθενή του.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.

Στην καθημερινή κλινική πράξη, στην προσπάθεια του ιατρού να θεραπεύσει τον ασθενή από την υποκείμενη πάθηση του, ασκεί ένα σύνολο θεραπευτικών ενεργειών. Η άσκηση της ιατρικής πράξης σήμερα διέπεται από ένα σύνολο κανόνων στα πλαίσια της λεγόμενης «ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις». Από την άλλη πλευρά, κάθε ιατρική πράξη, όσο απλή κι αν φαίνεται, εμπεριέχει κάποιο βαθμό επέμβασης στην αυτόνομη λειτουργία του οργανισμού. Γίνεται εύκολα αντιληπτό πως η χειρουργική ιατρική πράξη είναι από το χαρακτήρα της και μόνο αρκετά πιο άμεσα παρεμβατική από κάθε άλλη. Ο χαρακτήρας αυτός απαιτεί να εφαρμόζεται σε κρίσιμες καταστάσεις για την υγεία και εν γένει για την ίδια τη ζωή του ασθενούς.

Από τα πρώτα βήματα της άσκησης της ιατρικής πράξης ίσχυε πάντοτε σαν γενικά παραδεκτή αρχή πως το αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης είναι αυτονόητο πως υπερिσχύει της δυνητικά αρνητικής επίδρασής του στον οργανισμό. Σήμερα, με το πλήθος

χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιείται καθημερινά καθώς και με την εφαρμογή σύγχρονων τεχνικών μέσων και πρακτικών καθιστά επίκαιρο το ερώτημα της συχνότητας και ποιότητας των μετεγχειρητικών επιπλοκών ως αναγκαίου κακού στην επεμβατική κλινική πράξη.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές. Αναγκαίο κακό;

Μετεγχειρητικές με την ευρεία έννοια του όρου, θεωρούνται οι επιπλοκές εκείνες που προκαλούνται χρονικά μετά την χειρουργική πράξη, με την προϋπόθεση όμως, ότι σχετίζονται αιτιολογικά με αυτή.

Διακρίνονται κατά κύριο λόγο σε τοπικές, όταν επικεντρώνονται στο σημείο του σώματος όπου επεμβαίνει ο χειρουργός και σε συστηματικές, όταν πλέον επηρεάζουν τη λειτουργία συστημάτων του οργανισμού, που δεν θίγονται άμεσα ούτε από τη νόσο αλλά ούτε και από την επέμβαση.

Όσον αφορά τον χρόνο εγκατάστασης τους σε σχέση με την επέμβαση, μια αδρή διάκριση είναι σε άμεσες, όταν εμφανίζονται πριν την πλήρη επούλωση του τραύματος (χρονικό διάστημα ημερών) και σε αψότερες, όταν εγκαθίστανται μετά από την πλήρη αποκατάσταση της λειτουργίας του οργανισμού στις νέες συνθήκες που προκύπτουν μετεγχειρητικά (χρονικό διάστημα μηνών ή/και ετών).

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ
<p style="text-align: center;">Από την κοιλιά (γαστρεντερικό και μη)</p> <p>Διάχυτη περιτονίτιδα Τοπική συλλογή – απόστημα (υποδιαφραγματικό, υφηπατικό, ενδοπυελικό, ενδοκοιλιακό) Οξεία μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα Οξεία μετεγχειρητική χολοκυστίτιδα Μετεγχειρητικός ίκτερος Οξεία μετεγχειρητική ηπατική ανεπάρκεια Οξεία μετεγχειρητική νεφρική ανεπάρκεια Ιδιοπαθής έμετος</p>
<p style="text-align: center;">Από το θώρακα(καρδιαγγειακό – αναπνευστικό)</p> <p>Πνευμονική εμβολή Αρρυθμία -ταχυκαρδία Ισχαιμία του μυοκαρδίου Πνευμονικό οίδημα</p>

Ατελεκτασία-βρογχοπνευμονία Πλευρίτιδα-εμπύημα Πνευμονικό απόστημα
Γενικότερες
Πυρετός Διαταραχές του πηκτικού μηχανισμού(ινωδόλυση, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη)
ΤΟΠΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ
Άμεσες
<u>ΤΡΑΥΜΑ</u> Αιμορραγία – αιμάτωμα Διαπύηση τραύματος - απόστημα Ορώδης συλλογή Διάσπαση του τραύματος
<u>ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝ ΟΡΓΑΝΟ</u> Αιμορραγία Διαφυγή αναστόμωσης Δυσλειτουργία –κατάργηση της λειτουργίας
Απώτερες
Μετεγχειρητική κήλη Δυσφαγία (οισοφάγος) Dumping , διάρροιες , ειλεός (έντερο) Ίκτερος , Χολαγγειίτιδα (χοληφόρα) Ψευδοκύστη παγκρέατος (πάγκρεας)

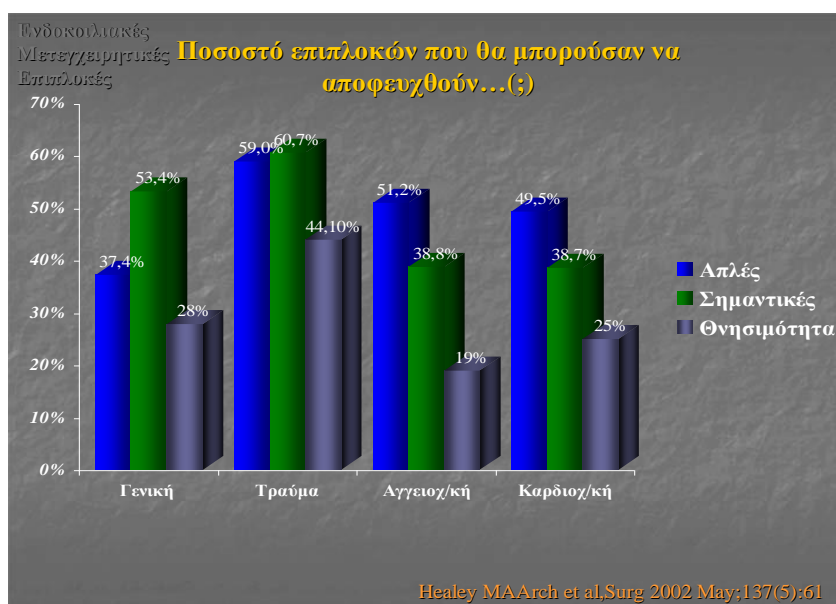
Πίνακας 1. Ταξινόμηση των συχνότερων μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Η συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών ποικίλει σημαντικά από μελέτη σε μελέτη κάτι που εξαρτάται από το είδος των επιπλοκών που μελετούνται κάθε φορά, το είδος του χειρουργείου που επιτελείται αλλά και το δείγμα του πληθυσμού που χρησιμοποιείται. Το ποσοστό των ασθενών που εμφανίζει επιπλοκές σε μια ενεργό Χειρουργική Κλινική στις περισσότερες δημοσιευμένες έρευνες ανέρχεται σήμερα στο 20% περίπου.(Patient complication rate %) Με άλλα λόγια 1 στους 5 ασθενείς θα εμφανίσει κατά την διάρκεια της νοσηλείας του κάποια επιπλοκή! Οι διαστάσεις του προβλήματος γίνονται ακόμη μεγαλύτερες, αν προσδιορίσουμε το ποσοστό των επιπλοκών ανεξάρτητα από το αν κάποιες από αυτές εμφανίζονται στον ίδιο ασθενή.(Total complication rate %) Εδώ βέβαια

πρέπει να επιστήσουμε την προσοχή μας ώστε να μην χαρακτηρίζονται ως ανεξάρτητες, επιπλοκές που σχετίζονται αιτιολογικά μεταξύ τους, αφού κάτι τέτοιο θα υπερεκτιμούσε τον αριθμό τους. Η επί τοις εκατό αναλογία των επιπλοκών προσδιορίζεται στις περισσότερες μελέτες περίπου σε 30-35 %.

Τα τελευταία χρόνια στο πλαίσιο της συζήτησης που έχει ανοίξει για το λεγόμενο «ιατρικό λάθος» οι μετεγχειρητικές επιπλοκές έχουν βρεθεί συχνά στο στόχαστρο αρκετών ερευνητών και αναλυτών. Δεν είναι λίγες λοιπόν, οι φωνές εκείνες που υποστηρίζουν πως μεγάλο ποσοστό των μετεγχειρητικών επιπλοκών υπάρχει δυνατότητα να αποφευχθεί, ποσοστό που σε αρκετές μελέτες πλησιάζει το 50%! Θεωρείται πως μια επιπλοκή μπορεί να αποφευχθεί όταν αυτή αποτελεί συνέπεια είτε μη άρτιας εγχειρητικής τεχνικής είτε ελλιπής ή λανθασμένης παραϊατρικής φροντίδας.

Σημαντικός είναι επίσης ο διαχωρισμός των επιπλοκών σε μείζονος σημασίας (major) και σε μικρής σημασίας (minor). Ο διαχωρισμός γίνεται με βάση το αν αυτές παρατείνουν το χρόνο νοσηλείας (ή η αντιμετώπισή τους απαιτεί εισαγωγή σε Χειρουργική Κλινική). Πιο συγκεκριμένα σε μια Κλινική Γενικής Χειρουργικής οι σημαντικές και οι απλές επιπλοκές που θα μπορούσαν να αποφευχθούν είναι περίπου 37 και 53 % αντίστοιχα. Τα ανάλογα ποσοστά για μια Κλινική πρωτοβάθμιας αντιμετώπισης τραύματος, μιας αγγειοχειρουργικής και μιας καρδιοχειρουργικής Κλινικής είναι 59 και 61 %, 51 και 39 % και 50 και 39 % αντίστοιχως. Αξιοσημείωτος είναι και ο αριθμός των θανάτων που θα μπορούσαν να αποφευχθούν, σύμφωνα με τα ίδια κριτήρια όπως φαίνεται και στην εικόνα 1.



Εικόνα 1. Ποσοστό επιπλοκών που θα μπορούσαν να αποφευχθούν.

Μετεγχειρητικός πυρετός.

Η άνοδος της θερμοκρασίας πάνω από 38 °C μετεγχειρητικά, αποτελεί αναμφισβήτητα ένα από τα πιο απευκταία προβλήματα στην κλινική πράξη. Το διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα που ανακύπτει στις περιπτώσεις αυτές, χρήζει προσεκτικής προσέγγισης προκειμένου να αντιμετωπιστεί η πραγματική αιτία του πυρετού, δεδομένου πως εμφανίζεται αρκετά συχνά σε ποσοστά που κυμαίνονται από 5%- 53%, ανάλογα το ερευνητικό κέντρο. Θεωρείται σήμερα ξεκάθαρο πως οι χειρισμοί της επέμβασης δεν αρκούν για να επιμένει η άνοδος της θερμοκρασίας πάνω από 37,5 °C τόσο άμεσα μετεγχειρητικά, όσο και τις επόμενες ημέρες.

Το πρώτο πράγμα που θα πρέπει να αποκλεισθεί είναι η ύπαρξη αντίδρασης υπερευαισθησίας σε φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν κατά την αναισθησία. Συχνή αιτία πυρετού το πρώτο 24ωρο είναι η παρουσία αιματώματος. Φυσικά κάποιου βαθμού αιματώματος είναι αναμενόμενο εξαιτίας του τραυματικού χαρακτήρα της επέμβασης. Για να αποτελεί όμως την αιτία εμφάνισης μετεγχειρητικής πυρετικής αντίδρασης γίνεται κατανοητό πως θα πρέπει να είναι ικανοποιητικού μεγέθους. Η διάγνωση του είναι εύκολη όταν αφορά το κοιλιακό τοίχωμα, αφού στην περίπτωση αυτή είναι εμφανές με μια απλή επισκόπηση κατά την αλλαγή της επίδεσης του εγχειρητικού τραύματος του ασθενούς. Χωρίς να είναι απαραίτητο συχνά το αιμάτωμα συνοδεύεται από τοπικό πόνο και ταχυκαρδία, σημεία που μπορεί να βοηθήσουν διαγνωστικά όταν αυτό εντοπίζεται σε βαθύτερα στρώματα του κοιλιακού τοιχώματος(μυς) ή ακόμη και ενδοπεριτοναϊκά. Γίνεται κατανοητό επομένως πόσο σημαντική είναι η προσεκτική και συνεχής ρύθμιση της αντιπηκτικής αγωγής τόσο προεγχειρητικά αλλά και μετεγχειρητικά, ιδιαίτερα σε ασθενείς που θα παραμείνουν κλινήρεις ή έστω νοσηλευόμενοι για μεγάλο χρονικό διάστημα, λόγω της βαρύτητας (πχ. Κολεκτομή) ή του είδους του χειρουργείου (πχ. Αρθροπλαστική ισχίου).

Το ερώτημα όμως που βασανίζει κάθε χειρουργό στην εμφάνιση του πυρετού είναι πάντοτε η πιθανότητα μετεγχειρητικής λοίμωξης είτε αυτή αφορά στο τραύμα είτε όχι. Στην περίπτωση διαπύησης του τραύματος συνοδεύεται σχεδόν πάντοτε από ένα ή περισσότερα από τα τοπικά σημεία της φλεγμονής (πόνος, ερυθρότητα, οίδημα, κλυδασμός, δυσσομία και τοπική αύξηση της θερμοκρασίας). Ο χαρακτήρας του πυρετού μπορεί να βοηθήσει στην διάκριση μεταξύ μιας φλεγμονής που εντοπίζεται στο τραύμα και μιας τοπικής συλλογής – αποστήματος, αφού στην πρώτη περίπτωση κατά κανόνα είναι συνεχής ενώ στο απόστημα συνήθως είναι υφέσιμος ή και πλήρως απών τουλάχιστον στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Από τα εργαστηριακά ευρήματα έντονη λευκοκυττάρωση και πολυμορφοπυρήνωση

συνήθως συναντάται και στις δύο παραπάνω περιπτώσεις, η σημασία του ευρήματος αυτού για την εντόπιση της φλεγμονής είναι περιορισμένη.

Λοίμωξη του αναπνευστικού ή του ουροποιητικού συχνά αποτελούν την αιτία του πυρετού. Τα συνοδά σημεία και συμπτώματα (βήχας, δύσπνοια για το αναπνευστικό και ρίγος, δυσουρία, συχνουρία για το ουροποιητικό) ειδικά για το πάσχων σύστημα στρέφουν την διαγνωστική μας σκέψη προς τη σωστή κατεύθυνση. Η ύπαρξη θέσης που ευνοεί την εισρόφιση ή αντίστοιχα η παρουσία ουροκαθετήρα αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα. Παράλληλα όμως κρίνεται επιβεβλημένη για την ορθή αντιμετώπιση του όποιου συμβάματος, με την πρώτη υποψία να γίνεται μία ακτινογραφία θώρακος ή μια καλλιέργεια ούρων αντίστοιχα. Εάν παρόλο τον έλεγχο δεν ανευρίσκεται συγκεκριμένη αιτία επιβάλλεται να γίνει καλλιέργεια από το εσωτερικό άκρο κάθε είδους φλεβικού καθετήρα που φέρει ο άρρωστος κάτι που συχνά παραβλέπεται.

Μία σπάνια σχετικά αιτία μετεγχειρητικού πυρετού αποτελεί η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση. Χρήζει όμως ιδιαίτερης αναφοράς ωστόσο λόγω των σοβαρών περαιτέρω επιπλοκών (πνευμονική εμβολή, εγκεφαλικό) που δύναται να επιφέρει εάν δεν διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί έγκαιρα. Η γρήγορη κινητοποίηση του ασθενούς είναι επιθυμητή σε κάθε χειρουργικό ασθενή. Η σοβαρότητα της νόσου, το είδος του χειρουργείου, άλλες μετεγχειρητικές επιπλοκές, ο βαθμός ανάκτησης της φυσικής δραστηριότητας ακόμη και η συμμόρφωση του ασθενή στις ιατρικές οδηγίες, είναι ορισμένοι από τους παράγοντες που παρατείνουν τον κλινοστατισμό ενός αρρώστου. Συνεπώς πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά το ενδεχόμενο της εγκατάστασής της σε παρουσία συναφών συμπτωμάτων (αδικαιολόγητο άλγος γαστροκνημίας, τοπική ερυθρότητα και θερμότητα) σε άτομα με προδιάθεση (παχυσαρκία, κάπνισμα, δυσλειτουργία του πηκτικού μηχανισμού).

Μετεγχειρητικές Λοιμώξεις.

Σύμφωνα με τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα, μετεγχειρητική λοίμωξη μπορούμε να χαρακτηρίσουμε την εγκατάσταση και τον πολλαπλασιασμό παθογόνων μικροοργανισμών στους ιστούς κατά τη διάρκεια ή μετά την χειρουργική επέμβαση, προκαλώντας δυσμενείς επιδράσεις σε αυτούς καθώς και την κινητοποίηση των αμυντικών μηχανισμών του οργανισμού για να τους αντιμετωπίσει.

Η εκδήλωσή τους γίνεται με τρεις κυρίαρχες μορφές, τη διαπύηση του τραύματος, το απόστημα και τη διάχυτη περιτονίτιδα – σπητική κατάσταση, μορφές που αλληλεπιδρούν αιτιολογικά αλλά δύναται απλά να συνυπάρχουν.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόκληση μιας μετεγχειρητικής λοίμωξης αφορούν κυρίως την εγχειρητική τεχνική, σημαντικότατο ρόλο, όμως φαίνεται να διαδραματίζουν η ιδιοσυγκρασία του ασθενούς, τα μέτρα υποστήριξης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η κατάλληλη αντιμικροβιακή θεραπεία, (όπως φαίνεται στην εικόνα 2)



Εικόνα 2. Παθογενετικοί παράγοντες των Χειρουργικών λοιμώξεων.

Το δέρμα αποτελεί φραγμό για την είσοδο μικροβίων στους ιστούς. Συνεπώς η διάνοιξη του δέρματος για την χειρουργική προσπέλαση των υποκείμενων ιστών δυνητικά μπορεί να αποτελέσει πύλη εισόδου για μικροοργανισμούς που βρίσκονται στην χλωρίδα του δέρματος. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης επιτελούνται απολινώσεις αγγείων που τροφοδοτούν τους παρακείμενους ιστούς. Η μείωση της αιμάτωσης τους είναι δυνατό σε ορισμένες περιπτώσεις να οδηγήσει σε ισχαιμία και νέκρωση, γεγονός που μετεγχειρητικά θα αυξήσει την πιθανότητα επιμόλυνσης των νεκρωμένων ιστών, δεδομένου πως τα αμυντικά συστήματα του οργανισμού θα είναι αδύνατο να προσπελάσουν τους ιστούς δια της φυσιολογικής αιματικής οδού.

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει για τις χειρουργικές παροχετεύσεις. Στην περίπτωση αυτή ο χειρουργός πρέπει να ζυγίσει το όφελος του να έχει τη δυνατότητα έμμεσου ελέγχου του εγχειρητικού τραύματος και την πιθανής αφαίρεσης εξιδρωμάτων από την μια, και της γενικά παραδεκτής πιθανότητας επιμόλυνσης του, δια μέσου της πύλης εισόδου της

παροχέτευσης, από την άλλη. Ξένα σώματα (βαλβίδες, τεχνητές αρθρώσεις) εμπεριέχουν πάντοτε τον κίνδυνο επιμόλυνσης με καταστρεπτικά αποτελέσματα. Τέλος η απαραίτητη σε ορισμένες διάνοιξη μικροβιοφόρων συστημάτων, ακόμη κι αν δεν υπάρχει σημαντική διαφυγή του περιεχομένου τους, αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιμόλυνσης.

Πολλοί είναι οι παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εγκατάσταση ή μη μιας χειρουργικής λοίμωξης. Πρόσφατα δεδομένα υπογραμμίζουν την κεφαλαιώδη σημασία της ηλικίας στην πρόκληση λοιμώξεων. Από την άλλη μεριά υποκείμενα νοσήματα, όπως σακχαρώδης διαβήτης, κακοήθειες, αναιμία, συμβάλλουν σημαντικά στην λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Γίνεται κατανοητό, επομένως, πως το υπόστρωμα του ασθενούς πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά προκειμένου να αποφευχθεί η πιθανότητα αυτή. Οι διάφοροι καθετηριασμοί των φλεβών δυνητικά αποτελούν πύλη εισόδου μικροβίων όπως επίσης και οι ουρηθρικοί καθετήρες. Το γεγονός αυτό επιβάλλει το συχνό έλεγχο της σωστής τοποθέτησης τους καθώς και την αλλαγή τους μέσα στα προβλεπόμενα όρια της καλής λειτουργίας τους.

Αντικείμενο πολλών συζητήσεων έχει γίνει και η αντιμικροβιακή θεραπεία. Τόσο η δοσολογία όσο και το φάσμα των αντιβιοτικών απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή προεγχειρητικά. Από εκεί και πέρα μετεγχειρητικά, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εγχειρητικά ευρήματα στην περαιτέρω συνέχιση της αντιβιοτικής θεραπείας. Κατά γενική ομολογία όμως, καμία αντιβίωση δεν μπορεί να διορθώσει μια κακή εγχειρητική τεχνική.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις διακρίνονται ανάλογα με τον κίνδυνο ανάπτυξης μετεγχειρητικά λοίμωξης σε καθαρές, δυνητικά μολυσμένες, μολυσμένες και ρυπαρές. Το ποσοστό εμφάνισης μετεγχειρητικής λοίμωξης είναι για τις καθαρές 2 %,για τις δυνητικά μολυσμένες 8 %,για τις μολυσμένες 20 % και τέλος για τις ρυπαρές το ποσοστό λοίμωξης μετεγχειρητικά ανέρχεται στο 38 % περίπου. Τόσο στις καθαρές όσο και στις δυνητικά μολυσμένες γενικώς αναγνωρίζεται ως μη αναγκαία η προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών. Για τις μολυσμένες και τις ρυπαρές ωστόσο, απαιτείται κατάλληλη αντιμικροβιακή θεραπεία πάντοτε όμως με βάση εξατομικευμένα στοιχεία.(Εικόνα 3).

Κατάταξη των Χειρουργικών Επεμβάσεων ανάλογα με τον κίνδυνο ανάπτυξης μετεγχειρητικής λοίμωξης.

Καθαρές	Δυνητικά Μολυσμένες	Μολυσμένες	Ρυπαρές
✓ Προτογενής σύγκλιση τραύματος,	✓ Μικρή εκτροπή άσηπτης τεχνικής,	✓ Μεγάλη εκτροπή άσηπτης τεχνικής,	✓ Εκτομή υγιών ιστών για προσπέλαση πύου,
✓ Απουσία φλεγμονής,	✓ Παροχέτευση,	✓ Φλεγμονή,	✓ Ανοικτές τραυματικές κακώσεις,
✓ Χωρίς διάνοιξη μικροβιοφόρων συστημάτων.	✓ Διάνοιξη μικροβιοφόρων συστημάτων, με μικρή διαφυγή περιεχομένου.	✓ Διαφυγή περιεχομένου μικροβιοφόρων συστημάτων.	✓ Διάτρηση κοίλου σπλάγχχου.

ΕΙΚΟΝΑ 3.Κατάταξη των χειρουργικών επεμβάσεων ανάλογα με τον κίνδυνο μετεγχειρητικής λοίμωξης.

Οξεία μετεγχειρητική κοιλία.

Σε έναν χειρουργικό ασθενή, υπάρχουν ορισμένες επείγουσες καταστάσεις που εμφανίζονται άμεσα μετεγχειρητικά και θέτουν σε σημαντικά μεγάλο κίνδυνο την ζωή του ασθενή, ιδιαίτερα αν διαφύγουν της κατάλληλης προσοχής από τον θεράποντα χειρουργό.

Η ενδοκοιλιακή αιμορραγία μετεγχειρητικά συνήθως είναι αποτέλεσμα είτε διαφυγής κάποιας απολίνωσης, είτε κάποιου διεγχειρητικού τραυματισμού αγγείου η συμπαγούς οργάνου (ήπαρ, σπλήνας) είτε αρκετά συχνά σε κακή – αναποτελεσματική ρύθμιση του πηκτικού μηχανισμού του οργανισμού. Μία πρώτη υποψία μπορεί να τεθεί από την παρακολούθηση των ζωτικών σημείων αλλά και από την έξοδο αίματος από την παροχέτευση. Η εκτίμηση του μεγέθους της αιμορραγίας μπορεί να επιτελεστεί από την ταχυκαρδία, αλλά και ο ρυθμός διούρησης πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Απεικονιστικές τεχνικές όπως το υπερηχογράφημα ή η υπολογιστική τομογραφία μπορούν να αναδείξουν την παρουσία συλλογής επί αμφιβολιών.

Η μετεγχειρητική εντερική ισχαιμία οφείλεται κατά κανόνα σε κάκωση απολίνωση, ή θρόμβωση των μεσεντέριων αγγείων. Παρατηρείται συνήθως σε επεμβάσεις του παχέος εντέρου αλλά και σε αγγειακές επεμβάσεις που επηρεάζεται σημαντικά η ροή του αίματος στο έντερο. Λόγω της άτυπης κλινικής εικόνας με την οποία εμφανίζεται, καθώς και της

έλλειψης χρόνου προκειμένου να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, απαιτείται εντατική παρακολούθηση και λεπτομερής έλεγχος όταν τεθεί η υποψία της νόσου.

Η διαφυγή από μια εντεροαναστόμωση συνήθως εκδηλώνεται όταν εξελιχθεί σε απόστημα ή ακόμη χειρότερα λάβει την μορφή περιτονίτιδας. Εκδηλώνεται ως σηπτική κατάσταση με τα σημεία και τα συμπτώματα που την χαρακτηρίζουν. Παθογνωμονική για την διάγνωση είναι η έξοδος εντερικού περιεχομένου από την παροχέτευση και η παρουσία ελεύθερου αέρα ενδοκοιλιακά στην ακτινογραφία θώρακος. Η ύπαρξη μετεγχειρητικού παραλυτικού ειλεού, η γαγγραινώδης μη λιθιασική χολοκυστίτιδα και η παγκρεατίτιδα είναι καταστάσεις που μπορούν να εκδηλωθούν ως οξείες καταστάσεις.

Απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Μετεγχειρητική κοιλιοκήλη.

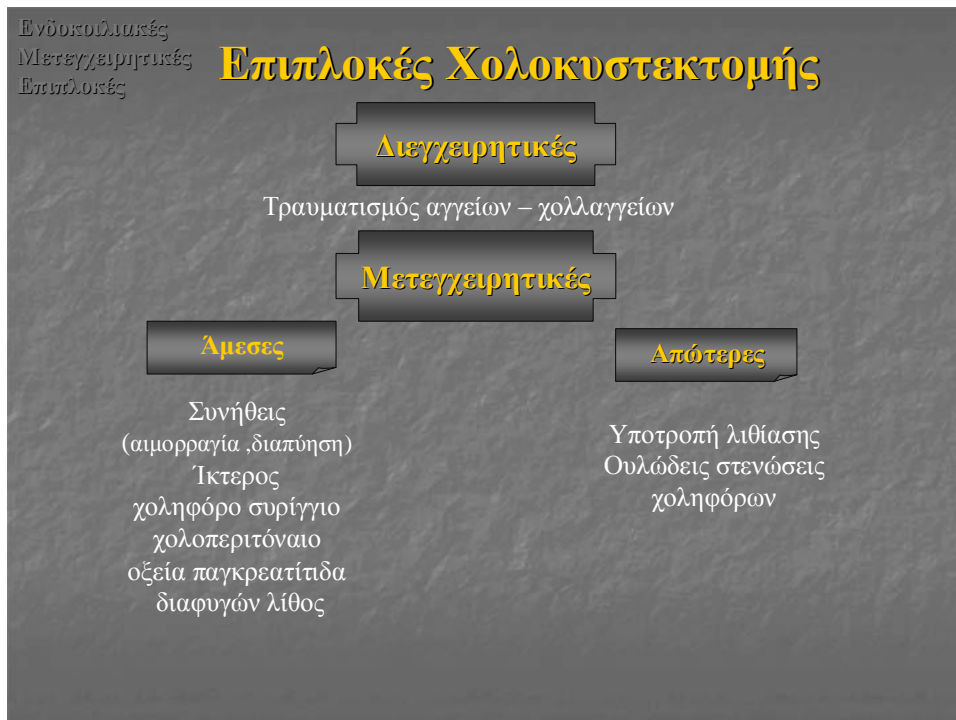
Η συχνότητα της κυμαίνεται από 0,5 έως και 8 % ανάλογα με το ερευνητικό κέντρο. Η διαπύση του τραύματος ενοχοποιείται σε πολλές περιπτώσεις κήλης σε βαθμό που έως και 5 φορές συχνότερα να δημιουργείται κήλη σε διαπυθθέντα τραύματα! Η τεχνική και τα υλικά συρραφής φαίνεται να διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην πρόκληση κήλης. Ο τύπος της τομής, το προφίλ του ασθενή, και η ποιότητα επούλωσης τελευταία κατέχουν σημαντικό ρόλο στην παθογενετική προσέγγιση της κήλης.

Συμφυτικός ειλεός.

Είναι λογικό να δημιουργούνται συμφύσεις μετά κάθε χειρουργική προσπέλαση της ενδοπεριτοναϊκής κοιλότητας. Πρόσφατες μελέτες καταδεικνύουν σημαντική αύξηση της συχνότητας τους σε επεμβάσεις με φλεγμονώδες στοιχείο, σε παχύσαρκους ασθενείς. Ο αριθμός των επεμβάσεων φαίνεται να αυξάνει με γεωμετρική πρόοδο την πιθανότητα εμφάνισης συμφύσεων. Το αν αυτές θα οδηγήσουν σε ειλεό είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων. Άλλωστε δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις συμφύσεων που διάγουν υποκλινικά και αποτελούν τυχαίο νεκροτομικό εύρημα. Δυστυχώς, ο συμφυτικός ειλεός υποτροπιάζει συχνά, γι' αυτό η προσκόλληση στους κανόνες της εγχειρητικής πρακτικής με σκοπό την πρόληψη της δημιουργίας τους είναι το μόνο αποτελεσματικό μέσο στην θεραπευτική προσέγγιση του συχνού αυτού προβλήματος.

Ειδικές επιπλοκές.

Αξίζει να αναφερθεί πως ορισμένες επιπλοκές εμφανίζονται μόνο σε ορισμένες επεμβάσεις, κυρίως λόγω της ανατομικής σχέσης των οργάνων που εμπλέκονται. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της χολοκυστεκτομής όπως φαίνεται στην εικόνα 4.



Εικόνα 4.Επιπλοκές Χολοκυστεκτομής

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Healey MA; Shackford SR; Osler TM; Rogers FB; Burns E Complications in surgical patients. Arch Surg 2002 May;137(5):611-7; discussion 617-8
2. Di Carlo A; Andtbacka RH; Shrier I; Belliveau P; Trudel JL; Stein BL; Gordon PH; Vasilevsky CA The value of specialization--is there an outcome difference in the management of fistulas complicating diverticulitis Dis Colon Rectum 2001 Oct;44(10):1456-63
3. Gollin G; Moores D; Baerg JC Getting residents in the game: an evaluation of general surgery residents' participation in pediatric laparoscopic surgery J Pediatr Surg 2004 Jan;39(1):78-80
4. Galati G; Giuliani A; Fiori E; Tiziano G; Sammartino F; Benvenuto E; Montone G Considerations and results of the use of paramomycin in the prevention of infectious complications in colorectal surgery] G Chir 2002 Apr;23(4):154-6
5. Scott DA, Beilby DS, McClymont C Postoperative analgesia using epidural infusions of fentanyl with bupivacaine. A prospective analysis of 1,014 patients. Anesthesiology. (4):727-37

6. Thomas S; Balasubramanian KA Role of intestine in postsurgical complications: involvement of free radicals [In Process Citation] Free Radic Biol Med 2004 Mar 15;36(6):745-56
7. Matocha DL Postsurgical complications Emerg Med Clin North Am 2000 Aug;18(3):549-64
8. Fazel S, Everson EA, Stitt LW, Smith C, Quantz M, McKenzie FN, Novick RJ. J Am Coll Surg. 2001 Jul;193(1):52-9. Predictors of general surgical complications after heart transplantation.
9. Perlino CA Postoperative fever. Med Clin North Am 2001 Sep;85(5):1141-9
10. Frank SM; Kluger MJ; Kunkel SL Elevated thermodynamic setpoint in postoperative patients Anesthesiology 2000 Dec; 93(6):1426-31.