**AMEΣΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ. ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ, ΑΠΟΦΥΓΗ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.**

Βουλημενέας Ι., Βαγιανός Κ.

Ά Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας - Πειραιώς

Οι επιπλοκές εξακολουθούν να αποτελούν ένα μείζον πρόβλημα στον τομέα της γαστρικής χειρουργικής, καθώς το εύρος τους είναι αρκετά μεγάλο, ενώ, όταν παρατηρούνται, αυξάνουν σημαντικά τη νοσηρότητα και θνητότητα των χειρουργικών ασθενών. Εξέχουσα θέση μεταξύ των επιπλοκών αυτών κατέχουν τα προβλήματα προσιούσης έλικας, το σύνδρομο γαστρικής κατακράτησης και Roux, η ρήξη του δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος καθώς και η διάσπαση της αναστόμωσης με τη συνοδό σήψη που δύναται να επιφέρει.

Καταρχάς, το σύνδρομο προσιούσης έλικας (ΣΠΕ), που πρωτοπεριγράφηκε το 1942 από τον ΜcNealy, συνίσταται σε παρεμπόδιση της διόδου του 12δακτυλικού περιεχομένου από την προσιούσα στην απιούσα έλικα λόγω πλήρους ή μερικής μηχανικής απόφραξης της πρώτης. Υπολογίζεται ότι το 1% των ασθενών που υποβάλλονται σε γαστρεκτομή και Billroth II αποκατάσταση θα αναπτύξουν το σύνδρομο, ενώ τα ποσοστά είναι σαφώς χαμηλότερα για αποκατάσταση κατά Roux-en-Y.

Tα αίτια εμφάνισης του συνδρόμου θα μπορούσαν να χωριστούν σε καθαρά μηχανικά και σε αυτά που αφορούν στη χειρουργική τεχνική. Οι σημαντικότεροι λόγοι μηχανικής απόφραξης της προσιούσας είναι η παρουσία συμφύσεων, εσωτερικών κηλών, αναστομωτικών ελκών, πιλημάτων και πίεσης από το μεσόκολο στις διαμεσοκολικές αναστομώσεις. Ταυτόχρονα, σε ό,τι αφορά στη χειρουργική τεχνική, η κατασκευή μακράς προσιούσας (>15 εκ) φαίνεται ότι προδιαθέτει σε γωνίωση ή συστροφή αυτής, ενώ έχει παρατηρηθεί αυξημένη επίπτωση του συνδρόμου σε εμπροσθοκολικές αναστομώσεις και μετά από ανεπαρκή σύγκλειση του μεσοκολικού ανοίγματος σε διαμεσοκολική αναστόμωση.

Το σύνδρομο μπορεί να εκδηλωθεί με την οξεία του μορφή την 1η ή 2η  μετεγχειρητική εβδομάδα, αποτελώντας ένα επείγον χειρουργικό πρόβλημα. Η αύξηση των πιέσεων στην προσιούσα συμβάλλει στην ανάπτυξη ισχαιμίας και νέκρωσης με επακόλουθη ρήξη του 12δακτυλικού κολοβώματος ή του 12δακτύλου. Επίσης, το σύνδρομο μπορεί να εκδηλωθεί οξέως με τη μορφή ανιούσας χολαγγειίτιδας, ικτέρου και αιμορραγικής παγκρεατίτιδας. Ωστόσο, σε μερική απόφραξη της έλικας, συνήθως αναπτύσσεται το λεγόμενο χρόνιο σύνδρομο προσιούσης που εκδηλώνεται με ρουκετοειδείς εμέτους λίγο μετά από γεύμα λόγω αιφνίδιας κένωσης της προσιούσας στο γαστρικό κολόβωμα. Ακόμα, η στάση χολής, παγκρεατικών υγρών και 12δακτυλικών εκκρίσεων συμβάλλει στην υπερανάπτυξη βακτηριδίων και σε μεταβολικές διαταραχές όπως στεατόρροια, δυσθρεψία και έλλειψη βιταμίνης Β12. Κυρίαρχο ρόλο στη διάγνωση του ΣΠΕ παίζει η σωστή εκτίμηση της κλινικής εικόνας του ασθενούς, ενώ οι απεικονιστικές εξετάσεις, όπως οι κοιλιακοί υπέρηχοι, η ακτινογραφία της κοιλίας και η αξονική τομογραφία, καθώς και ο ενδοσκοπικός έλεγχος πάντα συνεπικουρούν.

Η θεραπεία του ΣΠΕ είναι χειρουργική. Η ανάπτυξη της οξείας μορφής του συνδρόμου αποτελεί ένδειξη άμεσης παρέμβασης, ενώ σε διαφορετική περίπτωση θα πρέπει να προηγείται η διόρθωση της υποθρεψίας και αναιμίας που συνήθως παρατηρούνται. Στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς κρίνεται σκόπιμη η ενδοσκοπική παροχέτευση της προσιούσας. Οι επεμβάσεις που κατά κανόνα προτείνονται είναι η μετατροπή της ΒΙΙ σε ΒΙ ή Roux-en-Y ή η προσθήκη πλαγιοπλάγιας νηστιδονηστιδικής αναστόμωσης κατά Braun.Η προσθήκη στελεχιαίας βαγοτομής κρίνεται σκόπιμη για την αποφυγή εμφάνισης αναστομωτικού έλκους.

Κάποιας μορφής οξεία γαστρική κατακράτηση σημειώνεται στο 50% περίπου των ασθενών μετά γαστρική επέμβαση. Αν και είναι δυσχερής ο αντικειμενικός καθορισμός, το σύνδρομο γαστρικής κατακράτησης (ΣΓΚ) εμφανίζεται κλινικά, όταν 7 εως 14 ημέρες μετά γαστρική επέμβαση, ο ασθενής δεν ανέχεται per os τροφή. Η δυσκολία σαφούς καθορισμού έγκειται στο γεγονός ότι όλοι οι ασθενείς μετά από μείζονες κοιλιακές επεμβάσεις εμφανίζουν κάποιου βαθμού γαστρική ατονία λόγω υπεροχής της συμπαθητικής έκκρισης. Υπό την πίεση των καταστάσεων, ο χειρουργός πρέπει να μπορεί να επισημαίνει τις λίγες περιπτώσεις που χρειάζονται περαιτέρω φαρμακευτική ή χειρουργική αντιμετώπιση, αφού η μεγάλη πλειοψηφία επανέρχεται συντηρητικά.

Προδιαθεσικοί παράγοντες εμφάνισης ΣΓΚ είναι ο σακχαρώδης διαβήτης και η ύπαρξη πυλωρικής στένωσης με γαστρική διάταση. Ιδιαίτερα για την τελευταία περίπτωση συνιστάται ρινογαστρική αποσυμφόρηση για αρκετές ημέρες προεγχειρητικά, καθώς αναμένεται ένα ποσοστό εμφάνισης του συνδρόμου 40-50% λόγω μειωμένης συσταλτικότητας των λείων γαστρικών μυϊκών ινων. Η αξιολόγηση των ασθενών με ΣΓΚ οφείλει να περιλαμβάνει τη διερεύνηση μεταβολικών και λειτουργικών αιτίων. Ηλεκτρολυτικές διαταραχές που σχετίχονται με το σύνδρομο είναι η υποκαλιαιμία, η υπομαγνησιαιμία και η υπερασβεστιαιμία, ενώ από τις ενδικρινικές διαταραχές επισημαίνεται ο υποθυρεοειδισμός και η υπεργλυκαιμία. Τα οπιοειδή αναλγητικά και οι b-blockers έχουν επίσης ενοχοποιηθεί. Από τα λειτουργικά αίτια σημαντική φαίνεται πως είναι η επίπτωση της στελεχιαίας βαγοτομής, κυρίως στη δίοδο στερεών τροφών καθώς και η προαναφερθείσα προεγχειρητική χρόνια απόφραξη της γαστρικής εξόδου. Ωστόσο, τα συχνότερα αίτια ΣΓΚ είναι τα μηχανικά, και συγκεκριμένα η απόφραξη της αναστόμωσης ή της απιούσας έλικας, όπως μπορεί να συμβεί επί υπάρξεως συμφύσεων, αιματωμάτων, εγκολεασμου ή εκεταμένου αναστομωτικού οιδήματος.

Η διάγνωση του ΣΓΚ μπορεί να καταστεί δυσχερής γιατί δεν υπάρχουν σαφώς διαγνωστικές εξετάσεις. Η διάβαση με αραιό βάριο προτιμάται από αυτή με γαστρογραφίνη διότι η τελευταία μπορεί να προκαλέσει βαριά χημική πνευμονίτιδα. Ο σπινθηρογραφικός έλεγχος αναδεικνύει την καθυστερημένη κένωση, όχι όμως και το αίτιο, ενώ η ενδοσκόπηση θέτει τη διάγνωση αναδεικνύοντας τη βατότητα ή μη της αναστόμωσης. Ωστόσο, η χρήση της θα πρέπει να γίνεται τουλάχιστον δυο εβδομάδες μετεγχειρητικά.

Σε πρώτη φάση η αντιμετώπιση του ΣΓΚ είναι συντηρητική. Σε αυτήν περιλαμβάνεται η αποσυμφόρηση του στομάχου με Levin tube, η διόρθωση ελλειμμάτων ύδατος και ηλεκτρολυτών ακόμα και η θρεπτική υποστήριξη με feeding tube. Η υπομονή αποτελεί καλό σύμβουλο για το χειρουργό σε συνδυασμό με την προσπάθεια διαφοροδιάγνωσης του αιτίου, και κυρίως του αποκλεισμού μηχανικής απόφραξης με ενδοσκοπικό έλεγχο. Από τους φαρμακευτικούς προκινητικούς παράγοντες, η ερυθρομυκίνη, αγωνιστής της μοτιλίνης, φαίνεται ότι διεγείρει την κινητικότητα του άντρου. Η χειρουργική διερεύνηση έχει θέση μετά από 3-4 εβδομάδες ανεπιτυχούς συντηρητικής αντιμετώπισης. Συνήθως εκτελείται μείζων εκτομή του άτονου γαστρικού κολοβώματος, εκτός και αν ανευρεθούν άλλα αίτια διεγχειρητικά.

Το σύνδρομο Roux, το οποίο εκδηλώνεται στο 25-30% των ασθενών μετά από αποκατάσταση κατά Roux-en-Y εκδηλώνεται κλινικά με ναυτίες, εμέτους, επιγαστραλγία. Η παθοφυσιολογία του συνδρόμου φαίνεται πως περιλαμβάνει ένα συνδυασμό γαστρικής ατονίας και διαταραχής της κινητικότητας της έλικας Roux. Η διατομή της νήστιδας πιθανολογείται ότι επιφέρει διακοπή της φυσιολογικής διατοιχωματικής βηματοδότησης αυτής από το 12 δακτυλικό βηματοδότη. Η διερεύνηση του συνδρόμου προσομοιάζει με αυτή για το ΣΓΚ με χαρακτηριστική την πλήρη αδυναμία διόδου σκιαγραφικού στην απιούσα σε ενδοσκοπικά βατή αναστόμωση. Και εδώ η αντιμετώπιση περιλαμβάνει διατροφική υποστήριξη, προκινητικά φάρμακα και υπομονή από πλευράς του χειρουργού. Η χειρουργική αντιμετώπιση συνίσταται σε εκτομή του γαστρικού κολοβώματος και αποκατάσταση με νέα Roux ή ΒΙΙ. Σημαίνοντα ρόλο στην πρόληψη του συνδρόμου έχει η αποφυγή χρήσης της Roux-en-Y σαν ρουτίνα μέθοδο αποκατάστασης και ο συνδυαμός αυτής με στελεχιαία βαγοτομή.

Παρ’ όλα αυτά, η πλέον επίφοβη των επιλοκών μετά γαστρεκτομή είναι η ρήξη του 12δακτυλικού κολοβώματος (ΡΔΚ). Εμφανίζεται συχνότερα σε γαστρεκτομές λόγω 12δακτυλικού έλκους λόγω ουλοποίησης του κολοβώματος και, όπως είναι αναμενόμενο, μετά από επείγουσες επεμβάσεις. Η κλινική εικόνα της ΡΔΚ μπορεί να περιλαμβάνει αιφνίδιο άλγος (δε) υποχονδρίου και επιγαστρίου, πυρετό, shock καθώς και σημεία περιτονίτιδας. Η βαρύτητα της όλης εικόνας εξαρτάται από το μέγεθος της ρήξης, την παρουσία ή όχι παροχέτευσης και την περιχαράκωση με επίπλουν.

Στα συστηματικά αίτια ΡΔΚ περιλαμβάνονται παράγοντες που προκαλούν μειωμένη επούλωση από τον οργανισμό. Η λήψη κορτιζόνης και ανοσοκατασταλτικών, ο διαβήτης, η κίρρωση και η γενικότερη δυσθρεψία κατέχουν εξέχουσα θέση. Σε ό,τι αφορά στα τοπικά αίτια, η ύπαρξη φλεγμονής, όπως σε χρόνιο 12δακτυλικό έλκος, η υπολλειμματική νόσος στα όρια εκτομής για καρκίνο, το σύνδρομο προσιούσης και η διενέργεια κάποιου τεχνικού σφάλματος είναι τα κυριότερα.

Λόγω της υψηλής νοσηρότητας και θνητότητας που προκαλεί η ΡΔΚ είναι κρίσιμη η προσπάθεια αποφυγής και πρόληψης. Πρώτα πρώτα θα πρέπει να γίνεται προεγχειρητική αποκατάσταση των ελλειμμάτων θρέψης, όπου αυτό είναι δυνατό. Επίσης, η δημιουργία 12δακτυλικού κολοβώματος θα πρέπει να αποφεύγεται κατά το δυνατό σε παρουσία φλεγμονής, με τη ΓΕΑ να αποτελεί πιο προσιτή λύση, ενώ είναι πάντα χρήσιμη η τοποθέτηση παροχετέυσεων υφηπατικά. Η αντιμετώπιση της ρήξης καθορίζεται από την όλη κλινικοεργαστηριακή εικόνα. Επί οξείας περιτονίτιδας χρειάζεται άμεση χειρουργική επέμβαση με πολλαπλές χρήσεις και τοποθέτηση παροχετεύσεων. Μετά από σχηματισμό αποστήματος εκτελείται διαδερμική παροχέτευση υπό απεικονιστική καθοδήγηση. Τέλος, ένα εντεροδερματικό συρίγγιο χωρίς σημεία σήψης αντιμετωπίζεται κλασσικά με συντηρητικό τρόπο και διατροφική υποστήριξη.

Οι αναστομωτικές διαφυγές μετά γαστρεκτομή περιλαμβάνουν αυτές μετά Billroth I, Billroth II και οισοφαγονηστιδική αναστόμωση. Η διαφυγή μετά ΒΙΙ είναι σπάνια λόγω της καλής αιμάτωσης στομάχου και νήστιδας, εκδηλώνεται άμεσα μετεγχειρητικά και οφείλεται σε τεχνικό σφάλμα. Συνήθως εκδηλώνεται με εικόνα περιτονίτιδας και απαιτεί άμεση χειρουργική ή λαπαροσκοπική αποκατάσταση με συρραφή ή νέα γαστρεκτομή. Η διαφυγή μετά ΒΙ είναι συχνότερη και σχετίζεται με τεχνικό λάθος στη συρραφή ή ισχαιμική νέκρωση 12δακτύλου λόγω απαγγείωσης. Αντιμετωπίζεται αναλόγως της κλινικής εικόνας χειρουργικά ή συντηρητικά. Η αυξημένη συχνότητα (6-20%) διαφυγών μετά οισοφαγονηστιδική αναστόμωση δικαιολογείται από τη σχετικά μειωμένη αιμάτωση και έλλειψη ορογονικής επικάλυψης του οισοφάγου. Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στην τεχνική χωρίς να αναφέρονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ manual και stapled αναστόμωσης.