**ΜΑΧΑΙΡΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ**

**Αναπλ. Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών**

**Αμεσες Επιπλοκές Γαστρικής Χειρουργικής: Αναγνώριση, αποφυγή και αντιμετώπιση (Αιμορραγία, Παγκρεατίτιδα, Ίκτερος & Λόξυγκας)**

Η χορήγηση αναστολέων των υποδοχέων ισταμίνης την δεκαετία του 80, ακολούθως η ανακάλυψη του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού και η ενοχοποιησή του ως αιτιολογικού παράγοντα του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκου, η ευρεία χορήγηση των αναστολέων της αντλίας πρωτονίων και η εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου είχαν ως αποτέλεσμα την δραματική μείωση των χειρουργικών επεμβάσεων για την αντιμετώπιση μιας καλοήθους πάθησης όπως το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος. Ως επακόλουθο μειώθηκε και ο αριθμός των χειρουργικών πεμβάσεων για την διόρθωση των επιπλοκών της χειρουργικής θεραπείας του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους.

Σήμερα η γαστρική χειρουργική έχει θέση:

Στην αντιμετώπιση των κακοήθων νεοπλασμάτων του στομάχου.

Αξίζει να σημειωθεί οτι γαστρεκτομή γιά κακοήθεια πρέπει να συνοδεύεται από ευρύ λεμφαδενικό καθαρισμό ( Γαστρεκτομή D2 υπέρτερη της D1)

Στην αντιμετώπιση καλοήθων παθήσεων, επιπλοκών συνήθως γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους η χορήγησης φαρμάκων, που δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν με συντηρητική αγωγή, όπως διάτρησης, αιμορραγίας η στένωσης

Η ανάπτυξη της τεχνολογίας, η ευρεία χρήση των σκοπικών τεχνικών και μέσων, η καλύτερη εκπαίδευση των χειρουργών και η τάση γιά μικρότερης βαρύτητας χειρουργικές παρεμβάσεις είχε ως αποτέλεσμα να αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των λαπαροσκοπικών χειρουργικών επεμβάσεων στην Γαστροοισοφαγική περιοχή ( Μυοτομή για αχαλασία, Θολοπλαστικές για ΓΟΠ) όπως και για την αντιμετώπιση της κακοήθους παχυσαρκίας (Δακτύλιος, διαμερισματοποίηση, παράκαμψη, εκτομή)

Ολες οι χειρουργικέ επεμβάσεις συνοδεύονται από άλλοτε άλλου βαθμού και είδους επιπλοκές.

Αναφέρονται η μετεγχειρητική αιμορραγία, η μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα, ο μετεγχειρητικός ίκτερος και ο μετεγχειρητικός λόξυγκας

**Μετεγχειρητική Αιμορραγία**

Η απώλεια αίματος είναι ενδοαυλική η ενδοπεριτοναίκή

- Η ενδοαυλική απώλεια προέρχεται από τις γραμμές σύγκλεισης των ιστών η από τις αναστομωτικές γραμμές. Μικρή απώλεια εκδηλώνεται με την αιματηρή χρώση του περιεχομένου του ρινογαστρικού σωλήνα η με αποβολή μέλαινας. Μεγαλύτερης βαρύτητας αιμορραγία μπορεί να εκδηλωθεί με αποβολή καθαρού αίματος, πτώση του αιματοκρίτου και σημειολογία ολιγαιμικής καταπληξίας.

Η πρόληψη της ενδοαυλικής αιμορραγίας απαιτεί πιστή εφαρμογή των γενικών κανόνων σύγκλεισης ιστών και δημιουργίας αναστομώσεων, όπως και τον τοπικό έλεγχο η συμπληρωματικών ραφών

Αναφέρονται χαρακτηριστικά: ΟΙ προς σύγκλειση και κυρίως προς αναστόμωση ιστοί πρέπει να είναι υγιείς, χωρίς στοιχεία νεοπλασίας, φλεγμονής, ισχαιμίας η κάκωσης. Να εξασφαλίζεται βλεννογονοβλεννογονική αντιπαράθεση, να μην υπάρχει τάση, η απιούσα οδός να είναι ελεύθερη και η τεχνική να είναι άρτια

Πρίν την περάτωση αναστόμωσης, χειροποίητης η με ευθύγραμμο αναστομωτήρα απαιτείται έλεγχος πιθανής αιμορραγίας και συμπληρωματικών ραφών. Στις αναστομώσεις με κυκλικό αναστομωτήρα επειδή αυτή η δυνατότητα, του άμεσου ελέγχου δεν παρέχεται, επιβάλεται ο έλεγχος της αρτιότητας και της ακεραιότητας της αναστόμωσης με επισκόπηση της ακαιρεότητας των εκτομηθέντων δακτυλίων .

Η θεραπεία της ενδοαυλικής αιμορραγίας συνίσταται σε υποστηρικτική αγωγή και αναμονή αν είναι μικρής βαρύτητας εντός των 1-4 πρώτων 24ώρων. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος απαιτεί εμπειρη γαστρεντερολογική μονάδα και θεωρείται δύσκολος λόγω μη ευχερούς παροχής αέρα για την έκπτυξη του προς έλεγχο ‘γαστρεντερικού σωλήνα’ . Επι μη αδυναμίας ελεγχου συνιστάται χειρουργική αντιμετώπιση. Αιμορραγία ενδοαυλική μετά την πρώτη μετεγχειρητική εβδομάδα αντιμετωπίζεται σχετικά ευκολότερα ενδοσκοπικά. Και πάλι επι αδυναμίας ελέγχου συνιστάται χειρουργική αντιμετώπιση.

- Η εξωαυλική- ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία προέρχεται είτε απο την κοίτη εκτομής είτε από τραυματισμό οργάνου.

H αιμορραγία από την κοίτη εκτομής προέρχεται, κατά κανόνα, από μη ασφαλή απολίνωση αγγείων και κυρίως φλεβικών στελεχών, όπως γαστροεπιπλοϊκών, περιπαγκρεατικών η βραχέων γαστρικών. Τά όργανα που μπορεί να υποστούν τραυματισμό είναι ο σπλήν, το ήπαρ η το πάγκρεας.

Η ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία μικρής βαρύτητας εκδηλώνεται χωρίς ιδιαίτερη σημειολογία, με πτωση του αιματοκρίτη και ενδεχομένως αποβολή αιματηρού υγρού στην παροχέτευση κοιλίας. Μεγαλύτερης βαρύτητας αιμορραγία μπορεί να εκδηλωθεί με σημειολογία ολιγαιμικής καταπληξίας.

Σημαντική βοήθεια στην ανάδειξη της ενδοπεριτοναϊκής αιμορραγίας, αν δεν είναι άμεσα αντιληπτή με την αποβολή αίματος η αιματηρού υγρού απο ενδοκοιλιακό παροχετευτικό σωλήνα, προσφέρουν οι απεικονιστικές εξετάσεις (Echo, CT)

Η πρόληψη της ενδοπεριτοναϊκής αιμορραγίας απαιτεί χειρουργική επέμβαση με ενδείξεις, σεβασμό των ιστών, αποφυγή άσκοπων χειρισμών, σχολαστική εφαρμογή των κανόνων ορθής χειρουργικής εκτομών και αποκατάστασης.

Η θεραπεία της ενδοπεριτοναϊκής αιμορραγίας μικρής βαρύτητας συνίσταται σε υποστηρικτική αγωγή και αναμονή. Σε αιμορραγία μέσης και μεγάλης βαρύτητας κρίνεται αναγκαία η χειρουργική παρέμβαση.

**Μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα**

Οφείλεται κατά κανόνα σε τραύμα ελάσσονος παγκρεατικού πόρου, κατά μήκος του σώματος και της ουράς του οργάνου, και σπανιότερα σε τραύμα μεγάλου πόρου, όπως του Santorini σε εργώδεις χειρισμούς στο όριο πυλωρού-δωδεκαδακτύλου.

Αλλα λιγότερα συχνά αίτια μετεγχειρητικής παγκρεατίτιδας είναι το οξύ σύνδρομο προσιούσης και η χορήγηση φαρμάκων, όπως κορτικοειδών, θειαζιδών, τετρακυκλίνης, κ.ά

Η κλινική εικόνα της μετεγχειρητικής παγκρεατίτιδας δεν είναι ειδική, αν ληφθεί υπ όψιν η πρόσφατη εγχείρηση και τραύμα στην άνω κοιλία, ο μετεγχειρητικός πόνος, ο περιορισμός της κινητικότητας του διαφράγματος, η χορήγηση αναλγητικών κ.ά. Εκείνο που είναι χαρακτηριστικό της μετεγχειρητικής παγκρεατίτιδας είναι η μεγάλη επιβάρυνση της γενικής κατάστασης του ασθενούς. Η διάγνωση, επι υποψίας της, στηρίζεται στον κλασσικό έλεγχο με προσδιορισμό της αμυλάσης ορού και ούρων και σε απεικόνιση της κοιλίας με CT (Πρωτόκολλο παγκρέατος) η MRI. Η βαρύτητα της παγκρεατίτιδας και η πιθανή πρόγνωση εκτιμώνται με διάφορα κριτήρια (Ranson, APACHE, SOFA, Glascow).

Η πρόληψη της μετεγχειρητικής παγκρεατίτιδας απαιτεί και σε αυτή την περίπτωση χειρουργική επέμβαση με ενδείξεις, σεβασμό των ιστών, αποφυγή άσκοπων χειρισμών, σχολαστική εφαρμογή των κανόνων ορθής χειρουργικής εκτομών και αποκατάστασης.

Η θεραπεία είναι κατα κανόνα συντηρητική. Χειρουργική παρέμβαση απαιτείται συνήθως γιά την παροχέτευση επιμολυσμένων συλλογών, αφαίρεση νεκρωμάτων η την διαφυγή αναστομωτικών γραμμών.

**Μετεγχειρητικός ίκτερος**

Ικτερος που εμφανίζεται εντός των πρώτων 48 ωρών οφείλεται κατά κανόνα σε αιμόλυση (μαζικές μεταγγίσεις, αντίδραση σε χορηγηθέν αίμα και παράγωγα) η σε προϋπάρχουσα αιμολυτική νόσο και έλλειψη ενζύμων ( Gilbert, Dubin - Johnson)

Iκτερος εντός της πρώτης εβδομάδος οφείλεται συνήθως σε διεγχειρητική υπόταση και υποξία του ήπατος, όπως επίσης και σε πλειάδα φαρμάκων (πίνακας 1)



Ικτερος εντός δυο εβδομάδων οφείλεται σε ενδοπεριτοναϊκή σήψη, στην ολική παρεντερική θρέψη, σε λιθίαση των χοληφόρων και σε βλάβη της χοληφόρου οδού. Η διάγνωση του μετεγχειρητικού ικτέρου επιβεβαιώνεται με την αύξηση της χολερυθρίνης και των αποφρακτικών ενζύμων, ενώ η ηπατική δυσπραγία-βλάβη με την αύξηση των τρανσαμινασών. Περαιτέρω έλεγχος του ικτέρου γίνεται με απεικονιστικές μεθόδους, όπως Echo, CT, MRI, MRCP, PTC. Η χρήση της ERCP είναι προβληματική λόγω αλλαγής της οδού πρόσβασης στην δεύτερη μοίρα του δωδεκαδακτύλου.

Η πρόληψη εμφάνισηςμετεγχειρητικού ικτέρου απαιτεί χειρουργική επέμβαση με ενδείξεις, σεβασμό των ιστών, αποφυγή άσκοπων χειρισμών, σχολαστική εφαρμογή των κανόνων ορθής χειρουργικής εκτομών και αποκατάστασης, εξασφάλιση διεγχειρητικής αιμοδυναμικής σταθερότητας, έγκαιρη αντιμετώπιση κάθε ενδοκοιλιακής εστίας λοίμωξης και προσοχή-έλεγχο των χορηγουμένων φαρμάκων.

Η θεραπεία του μετεγχειρητικού ικτέρου ειναι πάντοτε αιτιολογική.

**Μετεγχειρητικός λόξυγκας**

Οφείλεται σε ερεθισμό του διαφράγματος (Εγχειρήσεις στην άνω κοιλία και θώρακα, Υποδιαφραγματική και διαφραγματική συλλογή), σε διάταση του στομάχου, σε απόφραξη και διάταση του οισοφάγου και σε υπεραερισμό. Ανάλογα με την συχνότητα εμφάνισης του λόξυγκα διαμορφώνεται και η κλινική συμπτωματολογία. Σε έντονο και συχνό λόξυγκα προκαλούνται εξάντληση του ασθενούς, διαταραχές ύπνου και σίτισης, δύσπνοια, ατελεκτασία, λοίμωξη του αναπνευστικού και διαταραχές επούλωσης του κοιλιακού τραύματος.

Η πρόληψη εμφάνισης μετεγχειρητικού λόξυγκα απαιτεί ήπιους χειρισμούς στην περί το διάφραγμα περιοχή, κένωση του στομάχου (Levin) και παροχέτευση κάθε εστίας λοίμωξης.

Η θεραπεία περιλαμβάνει ενεργοποίηση των εγκεφαλικών συζυγιών VIII, IX, X, την αύξηση του εισπνεομένου CO2 και φάρμακα, όπως Χλωροπρομαζίνη, καρπαμαζεπίνη, μετοχλωπραμίνη, κεταμίνη, φαινιτοϊνη, λιδοκαϊνη, κ.ά.

Η απενεργοποίηση του φρένικού λειτουργική η ανατομική σπανίως είναι αναγκαία