**ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ**

**ΛΟΥΚΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

**ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ Α’ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ “Γ.Ν.Α. Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ”**

**ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**

Οι ασθενείς με κακώσεις ήπατος είναι συνήθως πολυτραυματίες που φέρουν και άλλες συνοδές κακώσεις. Μάλιστα όσο μεγαλύτερη είναι η βαρύτητα της κάκωσης ενός πολυτραυματία τόσο περισσότερες οι πιθανότητες να φέρει και κάκωση του ήπατος. Για το λόγο αυτό η αρχική αξιολόγηση και αντιμετώπιση αυτών των ασθενών είναι αυτή που εφαρμόζεται στους πολυτραυματίες με βάση τις αρχές του ATLS. (εξασφάλιση αεραγωγών και επαρκούς αερισμού του ασθενούς, έλεγχος της αιμοδυναμικής κατάστασης και εξασφάλιση αιμοδυναμικής σταθερότητας κλπ). Σε περιπτώσεις σοβαρά τραυματισμένων ασθενών είναι αναγκαία η τοποθέτηση κεντρικών γραμμών για έλεγχο της ΚΦΠ, χορήγηση των απαιτούμενων υγρών σε σύντομο χρονικό διάστημα και επαρκή ποσότητα και την αποκατάσταση ικανοποιητικής διούρησης. Σημαντικό επίσης είναι η αντιμετώπιση της λεγόμενης και τριάδας του θανάτου, δηλαδή της οξέωσης, της υποθερμίας και των διαταραχών της πήξης. Η αρχική αξιολόγηση των ασθενών αυτών ξεκινά με την επισκόπηση.

Εκτός των περιπτώσεων όπου η κάκωση του οργάνου είναι εμφανής, όπως π.χ. σε εκροή χολώδους υγρού από διατιτραίνον τραύμα, υποψία κάκωσης του ήπατος τίθεται και σε ασθενείς που φέρουν κακώσεις στην περιοχή του θώρακα και της κοιλίας και ειδικότερα σε όσους έχουν κάκωση του δεξιού θωρακοκοιλιακού τοιχώματος και είναι σε κατάσταση shock. Ακολουθεί η κλινική εξέταση. Τα κύρια ευρήματα της κάκωσης του ήπατος είναι η ευαισθησία στην κοιλιά και η αιμοδυναμική αστάθεια. Όπως μάλιστα φαίνεται και από κλινικές μελέτες το 25% των πολυτραυματιών με ευαισθησία στην κοιλιά και το 20% αυτών που έφεραν το seta belt sign έφεραν σοβαρές ενδοκοιλιακές κακώσεις. Το ίδιο δε διαπιστώνεται και για το 40% των πολυτραυματιών με σοβαρή υπόταση και ταχυκαρδία.

Μετά την αρχική αξιολόγηση και αντιμετώπιση του ασθενούς θα πρέπει να ληφθεί άμεσα η απόφαση για το ποιοι από αυτούς πρέπει να οδηγηθούν επειγόντως στο χειρουργείο. Αυτό καθορίζεται αποκλειστικά και μόνο από την αιμοδυναμική κατάσταση των ασθενών. Έτσι όσοι από αυτούς είναι αιμοδυναμικά ασταθείς πρέπει να οδηγηθούν επειγόντως στο χειρουργείο χωρίς καμία άλλη διαγνωστική εξέταση να γίνει. Αντίθετα όσοι είναι αιμοδυναμικά σταθεροί μπορούν να υποβληθούν σε περαιτέρω εξετάσεις προκειμένου να διαπιστωθούν επακριβώς οι κακώσεις που φέρουν.(1)

Οι συνιστώμενες εξετάσεις για αυτούς τους ασθενείς είναι:

***Α. Διαγνωστική περιτοναϊκή πλύση***. Η εξέταση γίνεται με παρακέντηση του πλαγίου κοιλιακού τοιχώματος με βελόνη και θεωρείται θετική για κάκωση ενδοκοιλιακού οργάνου αν αναρροφηθούν περισσότερα από > 5 ml καθαρού αίματος, αν το υγρό που αναρροφάτε φέρει RBC > 100.000/mm3 ή WBC > 500/mm3, και τέλος σε περιπτώσεις που υπάρχει σε αυτό παρουσία χολής, συγκριμάτων τροφής, βακτηρίων κι εξόδου του διαλύματος έγχυσης από Foley ή Bilow μειονέκτημα της μεθόδου αποτελεί επεμβατική μέθοδο με κίνδυνο κάκωσης κοίλου σπλάχνου κατά την παρακέντηση, καθώς και ότι δεν εντοπίζει το όργανο που έχει υποστεί την κάκωση.

***Β. FAST***. Προσδιορίζει πολύ γρήγορα την παρουσία ελεύθερου υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα χωρίς ωστόσο να μπορεί να καθορίσει την προέλευση του. Έχει το πλεονέκτημα ότι γίνεται ακόμη και σε αιμοδυναμικά ασταθείς ασθενείς χωρίς να καθυστερήσει το χειρουργείο.(2)

***Γ. Υπερηχογράφημα κοιλίας***. Είναι μη επεμβατική άμεσα προσβάσιμη και φθηνή μέθοδος που μπορεί να μας πληροφορήσει για την ύπαρξη ελεύθερου υγρού στην κοιλιά και για πιθανές κακώσεις συμπαγών οργάνων. Αρνητικό U/S και φυσιολογική κλινική εξέταση σχεδόν αποκλείει το τραύμα ήπατος. Μειονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι η ευαισθησία κυμαίνεται στο 63-100%, η ειδικότητα στο 95-100%ενώ επίσης δεν καθορίζει την έκταση της ηπατικής βλάβης

***Δ. Αξονική τομογραφία***. Σε αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς αποτελεί το gold standard για προσδιορισμό ηπατικών κακώσεων. Η ευαισθησία κυμαίνεται στο 92-97%, η ειδικότητα στο 98.7%, και έχει αρνητική προγνωστική αξία 99,6%. Μπορεί να εντοπίσει με ακρίβεια τον τύπο (υποκάψια / ενδοπαρεγχυματικά αιματώματα και θλάσεις / αγγειακές κακώσεις) & την έκταση (grade) κάκωσης ήπατος να προσδιορίσει αν υπάρχει αιμοπεριτόναιο ή ενεργός αιμορραγία καθώς και συνοδές κακώσεις άλλων οργάνων.(3)

***Ε. Αγγειογραφία***. Εντοπίζει την αιμορραγία σε ποσοστό 68-87%. Ενδείκνυται κυρίως σε ασθενείς με αγγειακές κακώσεις, δύσκολα προσβάσιμες κακώσεις & ενεργό αιμορραγία.

***Συμπέρασμα***

Κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στη διάγνωση και την αντιμετώπιση των κακώσεων του ήπατος. Παλαιότερα η απόφαση για χειρουργείο στηριζόταν στην κλινική εξέταση και την διαγνωστική περιτοναϊκή πλύση. Σήμερα η απόφαση να οδηγηθεί ο ασθενής στο χειρουργείο είναι ποιο δύσκολη καθώς πολλές από τις κακώσεις αντιμετωπίζονται συντηρητικά.

***Βιβλιογραφία***

1. [Norrman G](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Norrman%20G%22%5BAuthor%5D&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVAbstract), [Tingstedt B](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Tingstedt%20B%22%5BAuthor%5D&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVAbstract), [Ekelund M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Ekelund%20M%22%5BAuthor%5D&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVAbstract), [Andersson R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Andersson%20R%22%5BAuthor%5D&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVAbstract). Non-operative management of blunt liver trauma: feasible and safe also in centres with a low trauma incidence. Department of Surgery, Clinical Sciences Lund, Lund University Hospital Lund, Sweden. [HPB (Oxford).](javascript:AL_get(this,%20'jour',%20'HPB%20(Oxford).');) 2009;11(1):50-6

2. Nira Beck-Razi, MD\*, DianaGaitini, MD. Focused Assessment with

Sonography forTrauma. Ultrasound Clin 3 (2008) 23–31

3. Pierre A. Poletti, MD Stuart E. Mirvis, MD Kathirkamanathan Shanmuganathan, MD Karen L. Killeen, MD Douglas Coldwell, MD CT Criteria for Management of Blunt Liver Trauma: Correlation with Angiographic and Surgical Findings1Radiology 2000; 216:418–427