

Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Γ. Μαράκης, Θ. Παπαβραμίδης

Τοπικές μετεγχειρητικές επιπλοκές	47
Άμεσες τοπικές μετεγχειρητικές επιπλοκές από το τραύμα	47
Άμεσες τοπικές μετεγχειρητικές επιπλοκές από το όργανο που εγχειρίστηκε	48
Απώτερες τοπικές μετεγχειρητικές επιπλοκές	50
Γενικές/συστημικές μετεγχειρητικές επιπλοκές	50
Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές από τον πεπτικό σωλήνα	50
Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές από το ήπαρ	51
Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές από το πάγκρεας και τα χοληφόρα	52
Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές από το ουροποιητικό σύστημα	52
Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα ...	52
Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα ...	53
Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές από το αίμα	54
Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές από τη διατροφή και τους ηλεκτρολύτες	54
Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές από τους ενδοκρινείς αδένες	55
Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές από το κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα	55
Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές από την ψυχική σφαίρα	55
Μετεγχειρητικός πυρετός	55
Σύνδρομο κοιλιακού διαμερίσματος	55
Μετεγχειρητικές λοιμώξεις	56

3

Τι πρέπει να ξέρουμε

- Τις τοπικές μετεγχειρητικές επιπλοκές
- Τις γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές
- Τις άμεσες και τις απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές
- Τη διάκριση των μειζόνων από τις ελάσσονες μετεγχειρητικές επιπλοκές

Τι πρέπει να κάνουμε

- Καλή προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς
- Επιλογή της ενδεικνυόμενης επέμβασης και καλή εγχειρητική τεχνική
- Προσεκτική μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς και αξιολόγηση των σημείων που πιθανόν να δηλώνουν επιπλοκή

Μετεγχειρητικές θεωρούνται οι επιπλοκές που προκαλούνται χρονικά μετά από μια χειρουργική πράξη. Διακρίνονται κατά κύριο λόγο σε **τοπικές**, όταν επικεντρώνονται στο σημείο του σώματος όπου επεμβαίνει ο χειρουργός, και σε **γενικές ή συστηματικές**, όταν επηρεάζουν τη λειτουργία συστημάτων του οργανισμού. Όσον αφορά τον χρόνο εγκατάστασής τους σε σχέση με την επέμβαση, χωρίζονται σε **άμεσες**, όταν εμφανίζονται πριν από την πλήρη επούλωση του τραύματος (χρονικό διάστημα ημερών), και σε **απώτερες**, όταν εγκαθίστανται μετά την πλήρη αποκατάσταση της λειτουργίας του οργανισμού (χρονικό διάστημα μηνών ή/και ετών). Επίσης, σημαντική είναι η κατηγοριοποίηση των επιπλοκών σε μειζονες (major) και ελάσσονες (minor). Ο διαχωρισμός γίνεται με βάση την επίδρασή τους στη νοσηρότητα και θνητότητα. Ο Πίνακας 3.1 παρουσιάζει επιγραμματικά τις τοπικές μετεγχειρητικές επιπλοκές, ενώ ο Πίνακας 3.2 τις γενικές.

Πίνακας 3.1 Τοπικές μετεγχειρητικές επιπλοκές

Άμεσες

Από το τραύμα

- Αιμορραγία – Αιμάτωμα
- Ορώδης συλλογή – Τήξη λίπους
- Διαπύση τραύματος – Λοιμώξεις χειρουργικού πεδίου
- Διάσπαση τραύματος
- Σπάνιες επιπλοκές

Από το όργανο που εγχειρίστηκε

- Εγχείρηση που προηγήθηκε
- Αιμορραγία (αιμοθώρακας, αιμοπεριτόναιο)
- Διαφυγή – Διάσπαση – Ρήξη
- Δυσλειτουργία ή ανεπάρκεια

Απώτερες

Μετεγχειρητική κήλη

Συμφύσεις

Ουλές

Ειδικά μετεγχειρητικά προβλήματα

Πίνακας 3.2 Γενικές/Συστημικές μετεγχειρητικές επιπλοκές

Της κοιλίας
<ul style="list-style-type: none"> • Από το γαστρεντερικό σύστημα • Από το ήπαρ • Από τα χοληφόρα • Από το πάγκρεας • Από το ουροποιητικό σύστημα
Του θώρακος
<ul style="list-style-type: none"> • Από το αναπνευστικό σύστημα • Από το καρδιαγγειακό σύστημα
Άλλων συστημάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Από το αίμα • Από τη διατροφή και τους ηλεκτρολύτες • Από τους ενδοκρινείς αδένες • Από το κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα • Από την ψυχική σφαίρα • Από λοιμώξεις

Τοπικές μετεγχειρητικές επιπλοκές

ΑΜΕΣΕΣ ΤΟΠΙΚΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ

Αιμορραγία – Αιμάτωμα

Το αιμάτωμα αποτελεί μία από τις συνηθέστερες επιπλοκές και αφορά στη συλλογή αίματος και πηγμάτων στο τραύμα. Συνήθως οφείλεται σε ατελή αιμόσταση και συνέχιση της αιμορραγίας μετά τη σύγκλειση του τραύματος. Παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης αιματώματος είναι η λήψη αντιπηκτικών, οι διαταραχές του πηκτικού μηχανισμού, η αύξηση της ενδοκοιλιακής και ενδοθωρακικής πίεσης (κυρίως λόγω βήχα) και η αρτηριακή υπέρταση. Τα αιματώματα προκαλούν οίδημα, δυσφορία και χρωματισμό του τραύματος (Εικ. 3.1). Κατά τεκμήριο αποτελούν ελάχιστονες επιπλοκές, με εξαίρεση τα αιματώματα που αφορούν τη χειρουργική του τραχήλου τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε αναπνευστική ανεπάρκεια λόγω συμπίεσης της τραχείας. Η αντιμετώπισή τους περιλαμβάνει επαναδιερεύνηση του τραύματος, παροχέτευση, έκπλυση, αιμόσταση και συρραφή

**Εικόνα 3.1** Αιμορραγία-εκτεταμένη εκκύμωση κοιλιακού τοιχώματος.

σε πρώτο σκοπό. Η παραμονή του αιματώματος χωρίς αντιμετώπιση μπορεί να οδηγήσει σε επιμόλυνσή του.

Ορώδης συλλογή – Τήξη λίπους

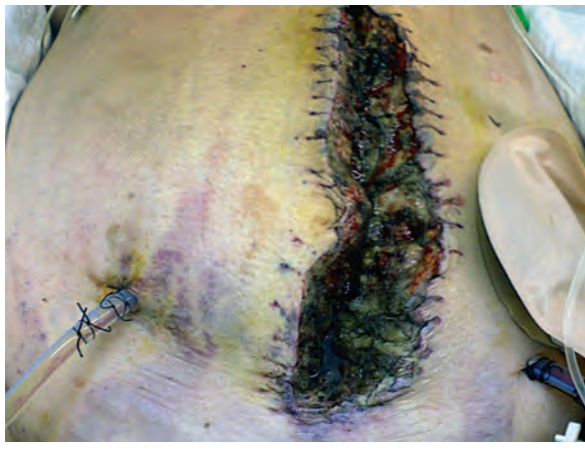
Ορώδης συλλογή είναι κάθε συλλογή που δεν περιλαμβάνει πύον ή αίμα. Οφείλεται σε διατομή μικρών λεμφαγγείων κατά την παρασκευή κρημνών κατά τη διάρκεια επεμβάσεων (π.χ. σε μαστεκτομές, σε μετεγχειρητικές κήλες κ.ά.). Στους παχύσαρκους ασθενείς μπορεί επιπλέον να οφείλεται σε τήξη λίπους. Πρόκειται για ελάχιστονες επιπλοκές, εκτός από την τραχηλική λεμφόρροια (μετά από λεμφαδενικούς καθαρισμούς τραχήλου) που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η αντιμετώπισή της περιλαμβάνει την παροχέτευση της συλλογής και την υπό πίεση περιείδηση της περιοχής, ώστε να αποτραπεί η υποτροπή. Σπάνια χρήζει εγχειρητικής διερεύνησης του τραύματος. Τυχόν παραμονή της ορώδους συλλογής μπορεί να οδηγήσει σε επιμόλυνσή της.

Διαπύση τραύματος – Λοιμώξεις χειρουργικού πεδίου

Περιγράφονται στο Κεφάλαιο 10, *Χειρουργικές Λοιμώξεις και Χρήση Αντιβιοτικών στον Χειρουργικό ασθενή*.

Διάσπαση – Εκσπλάχνωση τραύματος

Πρόκειται για μερική ή πλήρη διάνοιξη μίας ή περισσότερων στιβάδων του χειρουργικού τραύματος (Εικ. 3.2). Η πλήρης διάσπαση όλων των στιβάδων και η προβολή των σπλάχνων ονομάζεται



Εικόνα 3.2 Διάσπαση χειρουργικού τραύματος.

εκσπλάχνωση. Υπάρχει σειρά τοπικών και γενικών παραγόντων που μπορούν να οδηγήσουν σε εκσπλάχνωση (Πίν. 3.3). Η διάσπαση επισυμβαίνει μεταξύ 5ης και 10ης μετεγχειρητικής ημέρας και η συμπτωματολογία είναι αβληχρή. Η αντιμετώπισή της εξαρτάται από τη έκτασή της και από

Πίνακας 3.3 Προδιαθεσικοί παράγοντες εκσπλάχνωσης

Γενικοί
1. Ηλικία >60 έτη
2. Σακχαρώδης διαβήτης
3. Ουραιμία
4. Ανοσοκαταστολή
• Από υποκείμενη νόσο
• Από φαρμακευτικές ουσίες
5. Ίκτερος
6. Σήψη
7. Υποαλβουμιναιμία
8. Καρκίνος
9. Παχυσαρκία
10. Χαμηλή καρδιακή παροχή
11. Αυξημένη ενδοκοιλιακή/ενδοθωρακική πίεση
Τοπικοί
1. Ανεπαρκής σύγκλιση του τραύματος
• Κακή χειρουργική τεχνική
• Ανεπάρκεια των περιτονιών
2. Επιμόλυνση του τραύματος

τη γενική κατάσταση του ασθενούς και είναι είτε συντηρητική με περιποίηση του τραύματος και σύγκλεισή του κατά δεύτερο σκοπό, είτε χειρουργική με επιμελή καθαρισμό και επανασυρραφή του τραύματος. Η συμπτωματολογία της εκσπλάχνωσης είναι θορυβώδης (παρουσία εντερικών ελίκων εκτός περιτοναϊκής κοιλότητας) και αντιμετωπίζεται χειρουργικά με επανασυρραφή του τραύματος.

Σπάνιες επιπλοκές

Στην κατηγορία αυτή εμπίπτουν επιπλοκές όπως η διαφυγή ασκίτικού υγρού διά του τραύματος, τα κοκκιώματα και τα νευρινώματα.

ΑΜΕΣΕΣ ΤΟΠΙΚΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΟΡΓΑΝΟ ΠΟΥ ΕΓΧΕΙΡΙΣΤΗΚΕ

Σχέση με το είδος της εγχείρησης που προηγήθηκε

Ενδοαυλική αιμορραγία. Η ενδοαυλική αιμορραγία παρατηρείται σχεδόν άμεσα μετά το τέλος της επέμβασης, στην αίθουσα ανάνηψης ή στον θάλαμο του ασθενούς τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες. Συνήθεις αιτίες είναι η ανεπαρκής αιμόσταση των χειλέων της αναστόμωσης, η απόπτωση εσχαρών των τραυματικών επιφανειών συρραφής που συμβαίνει την 6η-9η μετεγχειρητική ημέρα, η παραμονή έλκους στο δωδεκαδακτυλικό κολόβωμα, στον θόλο, στην καρδιακή μοίρα ή στο κολόβωμα του στομάχου. Όταν η αιμορραγία εμφανίζεται στην αίθουσα ανάνηψης ή τη 2η-4η μετεγχειρητική ημέρα, είναι συνήθως μαζική και θεωρείται σοβαρή επιπλοκή. Εκδηλώνεται ως αιμορραγία από τον ρινογαστρικό σωλήνα, αιματέμεση ή μέλαινα.

Ισχαιμική νέκρωση γαστρικού κολοβώματος. Σπανιότατη επιπλοκή που συμβαίνει σε υψηλές γαστρεκτομές, όταν η αριστερή γαστρική αρτηρία έχει απολινωθεί στη βάση της και έχει γίνει ταυτόχρονα σπληνεκτομή. Κλινικά εμφανίζεται 24-72 ώρες μετεγχειρητικά με έντονο άλγος στην άνω κοιλία και συμπτώματα καταπληξίας.

Απόφραξη αναστόμωσης. Πρόκειται για μια σχετικά συχνή επιπλοκή μετά από Billroth I, Billroth II και Roux-en-Y γαστρεκτομή. Προδιαθέτει σε διάταση του γαστρικού κολοβώματος. Η πιο συνήθης αιτία είναι το οίδημα στην αναστόμωση. Κλινικά εκδηλώνεται την 3η με 4η μετεγχειρητική ημέρα, με διάταση της κοιλίας, βάρος, δυσφορία και πόνο στο επιγάστριο. Άλλα συμπτώματα είναι

ο λόξυγκας, οι δύσοσμες ερυσές, ακόμη και η υπογκαιμία. Ο ρινογαστρικός σωλήνας εμφανίζει πολύ αυξημένη παροχή γαστρικών υγρών και είναι θεραπευτικός, μέχρι να παρέλθει το οίδημα.

Σύνδρομο οξείας αποφράξεως της προσιούσης έλικος. Η οξεία απόφραξη της προσιούσης έλικος είναι η συχνότερη αιτία διαφυγής από το δωδεκαδακτυλικό κολόβωμα. Όταν όμως η σύγκλιση του δωδεκαδακτύλου είναι ασφαλής, η προσιούσα έλικα δύναται να διαταθεί και να πάρει μεγάλες διαστάσεις. Στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο αυτό μπορεί να οφείλεται σε συστροφή ή γωνίωση της προσιούσης, σε εγχολεασμό της στο γαστρικό κολόβωμα κ.ά. Το αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η δημιουργία κλειστής έλικος, στην οποία συγκεντρώνονται χολή και εκκρίσεις, με συνέπεια τη διάτασή της. Η συμπτωματολογία αρχίζει αιφνίδια, με έντονο άλγος στο επιγάστριο με αντανάκλαση στην οσφύ, ευαισθησία και σύσπαση στην άνω κοιλία, λευκοκυττάρωση, ταχυκαρδία, σημεία καταπληξίας. Στην άνω κοιλία εμφανίζεται ψηλαφητή μάζα. Η κλινική εικόνα μοιάζει με αυτή της μετεγχειρητικής παγκρεατίτιδας με την οποία και συγχέεται. Το κατεξοχήν εύρημα που συνηγορεί για διάταση της προσιούσης είναι ένα εγκάρσια προσανατολισμένο τμήμα λεπτού εντέρου, εμπροσθεν της σπονδυλικής στήλης στη μέση κοιλιακή χώρα.

Χόλωμα – Χολοπεριτόναιο. Χόλωμα είναι η συλλογή χολώδους περιεχομένου συνήθως στην κοίτη του ήπατος, μετά από επέμβαση στο ήπαρ ή τα χοληφόρα. Πρόκειται για ελάχιστο επιπλοκή η οποία αντιμετωπίζεται με παροχέτευση, αντιβίωση και υποστηρικτική αγωγή. Σε περίπτωση που δεν παροχετευτεί και η ροή της χολής παραμένει, μπορεί να εξελιχτεί σε χολοπεριτόναιο που αποτελεί σοβαρότατη επιπλοκή.

Αιμορραγία (αιμοθώρακας, αιμοπεριτόναιο)

Η αιμορραγία αποτελεί τη συχνότερη αιτία καταπληξίας το πρώτο μετεγχειρητικό 24ωρο. Πρόκειται για μείζονα επιπλοκή από την οποία κινδυνεύει η ζωή του ασθενούς. Συνήθως οφείλεται σε τεχνικό ζήτημα που αφορά στην αιμόσταση, ωστόσο οι διαταραχές αιμόστασης (είτε ιδιοπαθείς είτε ιατρογενείς) μπορεί να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο. Η αιμορραγία είναι συνήθως εμφανής 4 με 6 ώρες μετά το πέρας του χειρουργείου. Εμφανίζεται με σημεία ολιγαϊμικής καταπληξίας, όπως ταχυσφυγμία, ταχύπνοια και υπόταση. Όταν η αι-

μορραγία αφορά τον θώρακα (είτε ως χειρουργείο είτε ως επιπλοκή από τοποθέτηση γραμμών), στην κλινική εικόνα προστίθεται αρχικά η δύσπνοια και στη συνέχεια η διαταραχή του κορεσμού. Θεραπευτικά σε μικρές ελεγχόμενες αιμορραγίες η παρακολούθηση είναι αρκετή, είτε συνοδεύεται είτε όχι από μεταγίσεις, ενώ σε μεγάλες αιμορραγίες απαιτείται χειρουργική παρέμβαση και αιμόσταση.

Διαφυγή – Διάσπαση – Ρήξη

Η διαφυγή από την αναστόμωση αποτελεί τη σημαντικότερη επιπλοκή της χειρουργικής του εντέρου. Οι ειλεοκολικές αναστομώσεις έχουν τη μικρότερη συχνότητα διαφυγής, ενώ τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στις κολοορθικές και κολοπρωκτικές αναστομώσεις. Η δημιουργία προφυλακτικής στομίας σε αναστομώσεις υψηλού κινδύνου ελαχιστοποιεί τις σοβαρές επιπτώσεις μιας διαφυγής, αν και δεν μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισής της. Η διαφυγή από την αναστόμωση μπορεί να παρουσιάζεται ως ασυμπτωματική, ως περιορισμένη ή ελεύθερη. Συνήθως συμβαίνει την 5η-7η μετεγχειρητική ημέρα. Ανάλογα με τον βαθμό διαφυγής παρατηρούνται συμπτώματα και σημεία όπως κοιλιακό άλγος, πυρετός, λευκοκυττάρωση και παραινόμενος μετεγχειρητικός ειλεός. Ο τρόπος αντιμετώπισης μιας αναστομωτικής διαφυγής εξαρτάται από το εάν η διαφυγή είναι ελεύθερη ή περιορισμένη. Η ασυμπτωματική διαφυγή ανευρίσκεται τυχαία κατά τη διάρκεια ακτινολογικού ή ενδοσκοπικού ελέγχου. Σε περίπτωση περιορισμένης διαφυγής δημιουργείται συνήθως απόστημα και είναι δυνατή μια πιο συντηρητική αντιμετώπιση. Αποστήματα μικρότερα από 3-4 cm αντιμετωπίζονται συνήθως με αντιβιοτικά ευρέος φάσματος. Επί αποτυχίας της θεραπείας ή σε μεγαλύτερα αποστήματα είναι δυνατή, σε μη σηπτικούς ασθενείς, η υπό ακτινολογική καθοδήγηση διαδερμική παροχέτευση. Διαφυγές που αντιμετωπίζονται συντηρητικά είναι δυνατόν να οδηγήσουν στη δημιουργία συριγγίου ή στένωσης της αναστόμωσης. Σε ελεύθερη διαφυγή κατά την οποία το κοπρανώδες περιεχόμενο διασπείρεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα, προκαλείται διάχυτη περιτονίτιδα και σήψη. Ασθενείς με ελεύθερη διαφυγή πρέπει να υποβάλλονται σε άμεση λαπαροτομία για τον έλεγχο της σήψης.

Δυσλειτουργία ή ανεπάρκεια

Η κατηγορία αυτή των επιπλοκών αφορά το σύνολο των οργάνων που χειρουργούνται και μπορεί να εμφανίσουν λειτουργικές διαταραχές με αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία ή την ανεπάρκειά τους. Σε περίπτωση δυσλειτουργίας η επιπλοκή είναι ελάσσονος σημασίας και συνήθως αυτοπεριορίζεται με τον χρόνο. Σε περίπτωση ανεπάρκειας η επιπλοκή κρίνεται ως σοβαρή και μπορεί να αποβεί ακόμα και μοιραία.

ΑΠΩΤΕΡΕΣ ΤΟΠΙΚΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Μετεγχειρητική κήλη

Πρόκειται για τη δημιουργία κήλης σε έδαφος μετεγχειρητικής ουλής. Η συχνότητά της κυμαίνεται από 0,5% έως 8%. Παράγοντες που έχουν ιδιαίτερη σημασία στην πρόκληση κήλης είναι η χειρουργική τεχνική, ο τύπος της τομής, η ποιότητα επούλωσης, η διαπύση του τραύματος, η νοσολογική και βιομετρική εικόνα του ασθενούς (Εικ. 3.3).

Συμφύσεις

Μετά από κάθε χειρουργική προσπέλαση της περιτοναϊκής κοιλότητας δημιουργούνται συμφύσεις, δηλαδή στέρεες ινώδεις ταινίες μεταξύ των σπλάχνων. Επιπλέον αύξηση της συχνότητάς τους υπάρχει σε επεμβάσεις με φλεγμονώδες στοιχείο. Το αν αυτές θα οδηγήσουν σε ειλεό είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, ενώ δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις συμφύσεων που διάγουν υποκλινικά. Ο συμφυτικός ειλεός υποτροπιάζει συχνά, γι' αυτό η προσκόλληση στους ορθούς κανόνες της εγχειρητικής πρακτικής, με σκοπό την πρόληψη της δη-



Εικόνα 3.3 Μετεγχειρητική κήλη.

μιουργίας τους, είναι το κυριότερο αποτελεσματικό μέσο.

Ουλές

Ο σχηματισμός των ουλών είναι φυσιολογικό μέρος της διαδικασίας επούλωσης και εμφανίζεται, όταν το δέρμα αναπλάθει τα χειρουργικά τραύματα. Δύο τύποι ουλών αποτελούν μετεγχειρητικές επιπλοκές: οι υπερτροφικές ουλές και τα χηλοειδή. Οι δύο αυτοί ανώμαλοι τύποι επούλωσης τραύματος προκαλούν αισθητικές κυρίως παραμορφώσεις και η διόρθωσή τους απαιτεί αισθητικού τύπου παρεμβάσεις.

Ειδικά μετεγχειρητικά προβλήματα

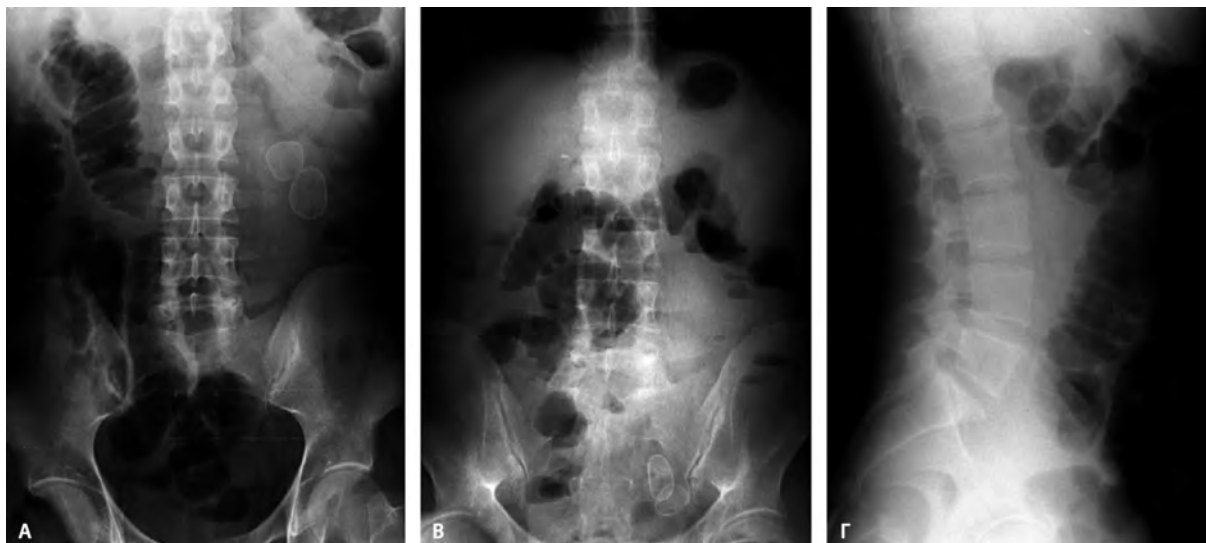
Τα προβλήματα αυτά σχετίζονται με το όργανο που έχει χειρουργηθεί. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το λεμφοίδημα άνω άκρου που ακολουθεί τον λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης επί μαστεκτομής. Στην κατηγορία αυτή εντάσσεται επίσης το σύνδρομο μετά από σπληνεκτομή, η παγκρεατική δυσλειτουργία μετά από παγκρεατεκτομή, το σύνδρομο βραχέος εντέρου μετά από εκτεταμένη εντερεκτομή κ.ά.

Γενικές/συστημικές μετεγχειρητικές επιπλοκές

ΓΕΝΙΚΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ

Μετεγχειρητικός ειλεός (παραλυτικός, αποφρακτικός)

Θα πρέπει να διακριθεί η παραλυτική ή η αποφρακτική φύση του μετεγχειρητικού ειλεού. Ο μετεγχειρητικός παραλυτικός ειλεός είναι φυσιολογική συνέπεια τόσο των εγχειρητικών χειρισμών, όσο και των αναισθησιολογικών φαρμάκων. Παράγοντες που μπορούν να τον επιτείνουν είναι τα οπιοειδή, οι διαταραχές ηλεκτρολυτών, οι φλεγμονώδεις καταστάσεις (όπως η παγκρεατίτιδα και η περιτονίτιδα) και ο πόνος. Υπό φυσιολογικές συνθήκες η περισταλτικότητα του εντέρου επιστρέφει εντός 24 ωρών στις εξωκοιλιακές επεμβάσεις και στις πρώτες 48 ώρες στις κοιλιακές επεμβάσεις. Τυπικά παρουσιάζεται ως μικρή διάταση της κοιλίας και μείωση ή απουσία των εντερικών ήχων. Η διάγνωση και στις δύο καταστάσεις τίθεται με ακτινογραφία κοιλίας σε ορθία θέση, οπότε διαπιστώνονται υγραερικά επίπεδα (Εικ. 3.4). Δεν χρή-



Εικόνα 3.4 Α/α κοιλίας. Εικόνες μετεγχειρητικού ειλεού.

ζει ιδιαίτερης θεραπευτικής προσέγγισης. Ο **μετεγχειρητικός αποφρακτικός (μηχανικός) ειλεός** οφείλεται σε δύο κυρίως καταστάσεις: τις εσωτερικές κήλες και τις συμφύσεις. Και στις δύο καταστάσεις διαπιστώνεται μια φαινομενικά ομαλή μετεγχειρητική περίοδος, πριν εκδηλωθούν τα αποφρακτικά φαινόμενα. Η αποκατάσταση είναι εγχειρητική.

Γαστρική διάταση

Αφορά στη μαζική διάταση του στομάχου από αέρα και υγρά. Αποτελεί μείζονα επιπλοκή και απειλεί τη ζωή του ασθενούς. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι το άσθμα, η ασπληνία, η περιφερική απόφραξη του στομάχου και η αναξωογόνηση. Η γαστρική διάταση προκαλεί ισχαιμία στον ίδιο τον στόμαχο, σύνδρομο άνω κοιλιακού διαμερίσματος και πρόβλημα στην καρδιακή επαναφορά. Η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα λύνει το πρόβλημα.

Κοπρόσταση

Είναι η αδυναμία αποβολής κοπράνων. Συνήθως αφορά ηλικιωμένους ασθενείς, αλλά και νεαρούς με παραπληγία ή χρόνια δυσκοιλιότητα. Η κατάσταση μπορεί να επιδεινωθεί από οπιοειδή αναλγητικά και αντιχολινεργικά φάρμακα. Η θεραπεία περιλαμβάνει υπόθετα γλυκερίνης και υπακτικά.

Οξεία παρωτίτιδα

Πρόκειται για σπανιότατη σταφυλοκοκκική λοίμωξη της παρωτίδας που εμφανίζεται σχεδόν απο-

κλειστικά στους ηλικιωμένους, υποθρεπτικούς και με πτωχή υγιεινή ασθενείς. Εμφανίζεται τη 2η μετεγχειρητική εβδομάδα και σχετίζεται με τον ρινογαστρικό σωλήνα. Θεραπευτικά συνιστάται απαλό μασάζ στον αδένα και χορήγηση βανκομυκίνης, μέχρι να ληφθούν τα αποτελέσματα της καλλιέργειας.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΗΠΑΡ

Προηπατικός ίκτερος

Οφείλεται κυρίως σε “υπερφόρτωση” με χολερυθρίνη από απορρόφηση αιματομάτων ή αιμόλυση. Παράγοντες όπως η νηστεία, η καχεξία, τα ηπατοτοξικά φάρμακα και η αναισθησία μπορεί να μειώσουν την ικανότητα απέκκρισης του ήπατος.

Ηπατοκυτταρική δυσλειτουργία/ανεπάρκεια

Η ηπατοκυτταρική δυσλειτουργία είναι η συχνότερη αιτία μετεγχειρητικού ίκτερου και είναι αποτέλεσμα ηπατοκυτταρικής καταστροφής, φλεγμονής ή εκτομής. Ενοχοποιούνται επίσης παράγοντες όπως τα φάρμακα, η ολική παρεντερική διατροφή, η υπόταση, η υποξία και η σήψη.

Καλοήθης ενδοηπατική χολόσταση

Παρατηρείται αύξηση της άμεσης χολερυθρίνης, χωρίς άλλη σημειολογία, σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση με πολλαπλές μεταγγίσεις και με συνθήκες υπότασης. Συνήθως υποχωρεί την 3η μετεγχειρητική εβδομάδα και η

διάγνωσή της τίθεται εξ αποκλεισμού από τα άλλα αίτια χολερυθριναιμίας.

Μεθηπατικός ίκτερος

Πρόκειται για σοβαρή μετεγχειρητική επιπλοκή η οποία οφείλεται σε ιατρογενή κάκωση των χοληφόρων, σε υπολεμμματικό χολόλιθο εντός του χοληδόχου πόρου, σε όγκο ή σε μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα. Εάν δεν επηρεάζονται οι ζωτικές λειτουργίες του ασθενούς, η συντηρητική αντιμετώπιση είναι θεμιτή. Στην αντίθετη περίπτωση η παρέμβαση αποσκοπεί στην άρση του αιτίου.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΓΚΡΕΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΧΟΛΗΦΟΡΑ

Οξεία χολοκυστίτιδα

Πρόκειται για υποκατηγορία της οξείας χολοκυστοπάθειας με βαριά κλινική εικόνα και πρόγνωση. Συνήθως είναι αλιθιασική και συχνότερα εμφανίζεται στους άντρες. Η πρόοδος της είναι ταχεία και οδηγεί σε νέκρωση. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η βαριά κατάσταση του ασθενούς, η χημειοθεραπεία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παναγγειοπάθεια και τα νεοπλάσματα. Θεραπεία εκλογής η χολοκυστεκτομή και όταν αυτή δεν είναι εφικτή λόγω της κατάστασης του ασθενούς, η διαδερμική χολοκυστοστομία.

Οξεία παγκρεατίτιδα

Επισυμβαίνει στο 1-3% των ασθενών που έχουν υποστεί επεμβάσεις σε όργανα γειτονικά του παγκρέατος. Συχνά πρόκειται για νεκρωτική παγκρεατίτιδα, ενώ η επιμόλυνση αυτής είναι 3 με 4 φορές συχνότερη από ό,τι στις άλλες μορφές. Η παθογένειά της φαίνεται να σχετίζεται με μηχανική κάκωση ή με ισχαιμία του παγκρέατος. Η θεραπεία της είναι όμοια όπως στις υπόλοιπες οξείες παγκρεατίτιδες.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οξεία νεφρική δυσλειτουργία - ανεπάρκεια

Πρόκειται για απώλεια της νεφρικής λειτουργίας την εβδομάδα που ακολουθεί τη χειρουργική επέμβαση. Η αιτιολογία της είναι πολλαπλή και οφείλεται σε καταστροφή του νεφρικού παρεγχύματος λόγω ισχαιμίας, νεφροτοξικών φαρμάκων, φλεγμονής, αποφράξεως των ουρητήρων κ.ά. Διαγιγνώσκεται εργαστηριακά από την αύξηση της

ουρίας και της κρεατινίνης στο πλάσμα, κλινικά από την αδυναμία των νεφρών να παράγουν επαρκή ούρα και μπορεί να οδηγήσει σε σειρά επιπλοκών με κυριότερες τη νεφρική ανεπάρκεια και τον θάνατο.

Επίσχεση ούρων

Αιτίες της είναι η αδυναμία κένωσης της ουροδόχου κύστεως κυρίως μετά από καθετηριασμούς, επεμβάσεις με επισκληρίδιο ή ραχιαία αναισθησία και επεμβάσεις επί του πυελικού εδάφους. Αποτελεί ελάσσονα επιπλοκή και αντιμετωπίζεται με καθετηριασμό της κύστεως.

Ουρολοίμωξη

Είναι η συχνότερη νοσοκομειακή λοίμωξη. Μπορεί να εμφανιστεί κλινικά με ποικίλη εικόνα από απλή ουρηθρίτιδα έως πυελονεφρίτιδα. Η αντιμετώπισή της περιλαμβάνει ενυδάτωση και αντιβιοτική θεραπεία.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ατελεκτασία

Πρόκειται για τη συχνότερη επιπλοκή από το αναπνευστικό και εμφανίζεται έως και στο 25% των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις κοιλίας. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η ηλικία, το κάπνισμα, η παχυσαρκία και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Εμφανίζεται στις πρώτες 48 ώρες μετά τη χειρουργική επέμβαση και της αποδίδεται το 90% των πυρετικών κυμάτων της αντίστοιχης περιόδου. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι αυτοπεριοριζόμενη ελάσσων επιπλοκή. Προληπτικά θα πρέπει ο ασθενής να κινητοποιηθεί ταχέως, να αλλάζει συχνά θέσεις και να βήχει. Η ατελεκτασική περιοχή, όταν παραμένει κλειστή για πάνω από 72 ώρες, κινδυνεύει να επιμολυνθεί και να εξελιχθεί σε πνευμονία. Σε σπάνιες περιπτώσεις απόφραξης μεγάλων βρόγχων απαιτείται ενδοσκοπική τουαλέτα με τη βοήθεια βρογχοσκοπίου.

Εισρόφηση

Είναι η είσοδος στην αναπνευστική οδό υγρών του στοματοφάρυγγα ή/και του στομάχου. Το 50% των εισροφίσεων ακολουθείται από πνευμονίτιδα, της οποίας η θνητότητα αγγίζει το 50%. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η παχυσαρκία, το τραύμα, η