

Συντηρητική αντιμετώπιση θλαστικών ηπατικών κακώσεων στον ενήλικα

Μέχρι την προηγούμενη δεκαετία, η αξιολόγηση ασθενών με θλαστική ηπατική κάκωση (ΘΗΚ) και η τελική απόφαση για λαπαροτομία, παράλληλα με την όλη κλινική εικόνα, έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στην ανάδειξη της παρουσίας αίματος ενδοπεριτοναϊκά. Αιμοδυναμικά σταθεροί τραυματίες, με αμφίβολη ή πιθανά καλυπτόμενη εικόνα, υποβάλλονταν σε διαγνωστική περιτοναϊκή πλύση, αξονική τομογραφία (ΑΤ) ή υπερηχογράφημα, η ανάδειξη δε αίματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα αποτελούσε απόλυτη ένδειξη λαπαροτομίας. Ωστόσο, με την πάροδο των ετών, η εμπειρία έδειξε ότι, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αυτών, κατά την εγχείρηση η αιμορραγία είχε ήδη αυτόματα ελεγχθεί και οι επεμβάσεις ήταν μη θεραπευτικές, με την έννοια ότι η εγχείρηση δεν συνέβαλλε στη θεραπεία.^{1,2} Παράλληλα, σημαντική ήταν η μετεγχειρητική νοσηρότητα η σχετιζόμενη με τη λαπαροτομία. Η συνειδητοποίηση, λοιπόν, του ακίνδυνου της παρουσίας αίματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα στον αιμοδυναμικά σταθερό ασθενή, σε συνδυασμό με την εμπειρία που αποκτήθηκε από τη συντηρητική αντιμετώπιση των ηπατικών κακώσεων στα παιδιά,³ οδήγησε σε βασική αλλαγή της φιλοσοφίας της αντιμετώπισης της ΘΗΚ στον ενήλικα, με κύρια κατεύθυνση προς τη συντηρητική, μη χειρουργική αντιμετώπιση.⁴ Αυτή αφορά αυστηρά τον αιμοδυ-

ναμικά σταθερό άρρωστο, συνίσταται δε στην προσπάθεια αποφυγής της χειρουργικής επέμβασης, υπό συνθήκες εντατικής κλινικοεργαστηριακής παρακολούθησης του ασθενούς και άμεσης χειρουργικής παρέμβασης επί ενδείξεων. Προϋποθέσεις συντηρητικής αντιμετώπισης αποτελούν αφενός η σωστή επιλογή ασθενών και αφετέρου η δυνατότητα ικανοποιητικής παρακολούθησης και αξιολόγησης του τραυματία στο συγκεκριμένο νοση-λευτικό χώρο. Κριτήρια επιλογής ασθενών για συντηρητική αντιμετώπιση είναι (α) η αιμοδυναμική σταθερότητα, (β) ο σταθερός αιματοκρίτης, (γ) η έλλειψη περιτοναϊσμού, (δ) η απουσία συνυπαρχουσών κακώσεων που αποτελούν ένδειξη λαπαροτομίας και (ε) η μη υπέρβαση του ορίου των δύο μονάδων αίματος, για μετάγγιση σχετιζόμενη με τη συγκεκριμένη ηπατική κάκωση.^{5,6}

Η συνεχής παρακολούθηση και αξιολόγηση, κατά προτίμηση από την ίδια ιατρική ομάδα, θα επιτρέψει την επισήμανση οποιασδήποτε επιδείνωσης και θα θέσει ένδειξη άμεσης χειρουργικής παρέμβασης. Η αδυναμία σωστής παρακολούθησης αποτελεί απόλυτη αντένδειξη συντηρητικής αντιμετώπισης αιμοπεριτοναϊού. Η ποσότητα του αιμοπεριτοναϊού και το μέγεθος της ηπατικής κάκωσης δεν αποκλείουν την καταρχήν συντηρητική αντιμετώπιση. Ενώ αρχικά η μέθοδος εφαρμοζόταν μόνο σε ηπατικές κακώσεις βαρύτητας έως ΙΙΙ, πρόσφατες μελέτες αναφέρουν τη δυνατότητα εφαρμογής της και σε κακώσεις βαρύτητας ΙV και V, με εντυπωσιακά ποσοστά, κυμαινόμενα από 21–38%.⁷

Η παρακολούθηση με απεικονιστικές μεθόδους (ΑΤ) θεωρείται απαραίτητη σε κακώσεις βαθμού ΙV και V. Στις περιπτώσεις αυτές, ο απεικονιστικός έλεγχος θα

δώσει πληροφορίες για την εξέλιξη της βλάβης, την αναγκαιότητα χειρουργικής παρέμβασης και τη δυνατότητα επανόδου σε φυσιολογική ζωή.⁵ Σε μικρότερες κακώσεις ο απεικονιστικός έλεγχος δεν φαίνεται να προσφέρει, η όλη δε αξιολόγηση θα στηριχθεί στην κλινική εικόνα και τον αιματοκρίτη.⁸

Κύριες επιπλοκές της συντηρητικής αντιμετώπισης είναι οι διαφυγούσες κακώσεις άλλων ενδοκοιλιακών σπλάχνων, που συνυπάρχουν στο 5% των περιπτώσεων αιμοπεριτοναίου,⁹ η συνέχιση της αιμορραγίας και ο σχηματισμός χολώματος. Η επαναλαμβανόμενη κλινική εξέταση, η αξιολόγηση της μείωσης της τιμής του αιματοκρίτη και η διενέργεια ΑΤ από πεπειραμένο ακτινολόγο θα συμβάλουν στην έγκαιρη διάγνωση πιθανής επιπλοκής και θα θέσουν τις ενδείξεις χειρουργικής παρέμβασης. Συνεχιζόμενη αιμορραγία σε αιμοδυναμικά σταθερό ασθενή, σε εξειδικευμένα κέντρα, αποτελεί ένδειξη εκλεκτικού ηπατικού αγγειοεμβολισμού ή και θεραπευτικής λαπαροσκόπησης, με άμεση όμως χειρουργική επέμβαση σε περίπτωση επιδείνωσης.⁵⁻¹⁰ Ενδοηπατικά και περιηπατικά χολώματα αναφέρονται στο 0,5–20% των περιπτώσεων συντηρητικής αντιμετώπισης ΘΗΚ,⁷ χωρίς ωστόσο να δημιουργούν ιδιαίτερο πρόβλημα, καθώς στη μεγάλη πλειοψηφία τους απορροφώνται από το περιτόναιο ή παροχετεύονται ευχερώς διαδερμικά.⁸

Μετά από συντηρητική αντιμετώπιση ΘΗΚ συνιστάται αποχή από την πλήρη φυσική δραστηριότητα για χρονικό διάστημα έως δύο μηνών, καθώς πειραματικά δεδομένα δείχνουν πλήρη ηπατική επούλωση μετά το χρόνο αυτόν.¹¹

Συμπερασματικά, η συντηρητική αντιμετώπιση ΘΗΚ σε ενήλικες, υπό αυστηρές προϋποθέσεις σωστής επιλογής ασθενών και ύπαρξης δυνατοτήτων συνεχούς κλινικοεργαστηριακής παρακολούθησης, αποτελεί μέθοδο εκλογής εφαρμοζόμενη σήμερα διεθνώς σε περισσότερο από το 50% των

περιπτώσεων,¹² μειώνοντας σημαντικά τις επιπλοκές μιας λαπαροτομίας, τις μεταγίσεις και το συνολικό οικονομικό κόστος.

Κ. Βαγιανός

*Χειρουργική Κλινική
Πανεπιστήμιο Πατρών*

- CARMONA RH, LIM RC Jr, CLARK GC. Morbidity and mortality in hepatic trauma: A 5-year study. *Am J Surg* 1982, 144:88–94
- HOLLANDS MJ, LITTLE JM. Non-operative management of blunt liver injuries. *Br J Surg* 1994, 78:968–972
- CYWES S, RODE H, MILLAR AJW. Blunt liver trauma in children: non-operative management. *J Pediatr Surg* 1985, 20:14–18
- STRONG RW. The management of blunt liver injuries. *Aust N Z Surg* 1999, 69:609–616
- PACHTER HL, FELICIANO DV. Complex hepatic injuries. *Surg Clin North Am* 1996, 76:763–782
- HIATT JR, HARRIER HD, KOENIG BV, RANSOM KJ. Nonoperative management of major blunt liver injury with hemoperitoneum. *Arch Surg* 1990, 125:101–103
- CROCE MA, FAABIAN TC, MENKE PG, WADDLE-SMITH L, MINARD G, KUDSK KA ET AL. Nonoperative management of blunt hepatic trauma is the treatment of choice for hemodynamically stable patients: Results of a prospective trial. *Ann Surg* 1995, 221:744–753
- PACHTER HL, KNUDSON MM, ESRIG B, ROSS S, HOYT D, COGBILL T ET AL. Status of nonoperative management of blunt hepatic injuries in 1995: A multicenter experience with 404 patients. *J Trauma* 1996, 40:31–38
- BUCKMAN RF, PIANO G, DUNHAAM CM, SOUTTER I, RAMZY A, MILITELLO PR. Major bowel and diaphragmatic injuries associated with blunt spleen or liver rupture. *J Trauma* 1988, 28:1317–1321
- CHEN RJ, FANG JF, LIN BC, HSU YB, KAO JL, KAO YE ET AL. Selective application of laparoscopy and fibrin glue in failure of nonoperative management of blunt abdominal trauma. *J Trauma* 1988, 44:691–695
- DULCHAVSKY SA, LUCAS CE, LEDGERWOOD AM, GRABOW D, AN T. Efficacy of liver wound healing by secondary intend. *J Trauma* 1990, 30:44–48
- CARRILLO EH, PLATZ A, MILLER FB, RICHARDSON JD, POLK HC Jr. Non-operative management of blunt hepatic trauma. *Br J Surg* 1998, 85:461–468