

# Ενδείξεις Διενέργειας και Θνητότητα Χειρουργικών Επεμβάσεων για Μη Ηπατικές Παθήσεις σε Ασθενείς με Ηπατική Νόσο

Δ. Βρογίδης

## Εισαγωγή

Η συνύπαρξη ηπατοπάθειας και μη ηπατικής χειρουργικής νόσου είναι ένα πιο δύσκολο πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο σύγχρονος ηπατολόγος. Παραδείγματος χάριν, αν υποθέσουμε ότι παρακολουθούμε μία γυναίκα 38 ετών με πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα και ελκώδη κολίτιδα, διαπιστωμένη εδώ και 15 χρόνια. Η βαθμολογία MELD της ασθενούς μας είναι 16 και επιπλέον διαπιστώνονται όλο και συχνότερα επεισόδια χολαγγειίτιδας. Η νεαρή γυναίκα εντάσσεται στη λίστα προς μεταμόσχευση ήπατος (ΜΗ). Ωστόσο, κατά την κολονοσκόπηση που υφίσταται η ασθενής στα πλαίσια της προεγχειρητικής εκτίμησης, διαπιστώνεται υψηλού βαθμού δυσπλασία σε έναν επίπεδο πολύποδα του ανιόντος κόλου. Δεδομένου ότι στο 30% των δυσπλασιών υψηλού βαθμού συνυπάρχει καρκίνος<sup>1</sup> και με βάση το γεγονός ότι η νεαρή γυναίκα είναι κίρρωτική, ποιό θα πρέπει να είναι το επόμενο βήμα; να πραγματοποιηθεί κολεκτομή και μετά ΜΗ; να πραγματοποιηθεί ΜΗ και μετά κολεκτομή; να διαγραφεί η ασθενής από τη λίστα; Για να απαντήσουμε στο κλινικό αυτό πρόβλημα, θα συστηματοποιήσουμε τις βιβλιογραφικές πληροφορίες και θα παρουσιάσουμε ένα σχετικό αλγόριθμο αντιμετώπισης, ο οποίος βασίζεται στην εμπειρία του μεταμοσχευτικού κέντρου του πανεπιστημίου McGill.

## Κατηγοριοποίηση ηπατικών παθήσεων και επεμβάσεων

Τρεις είναι οι βασικές κατηγορίες ηπατοπαθειών που μπορεί να συνυπάρχουν με μη ηπατική χειρουργική νόσο: 1) Η οξεία ηπατίτιδα. 2) Η χρόνια ηπατική νόσος χωρίς κίρρωση. 3) Η χρόνια ηπατική νόσος με κίρρωση.

Όσον αφορά στην οξεία ηπατίτιδα, η μετεγχειρητική θνητότητα για συνυπάρχουσα μη ηπατι-

κή χειρουργική νόσο εξαρτάται από το είδος της οξείας ηπατίτιδας. Πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση της ιογενούς ηπατίτιδας η μετεγχειρητική θνητότητα υπερβαίνει το 10%<sup>2</sup>, ενώ στην οξεία αιθανολική ηπατίτιδα η μετεγχειρητική θνητότητα ανέρχεται στο 50%<sup>3</sup>, πιθανόν λόγω της συχνής συνύπαρξης με κίρρωση. Επιπλέον, όταν διαπιστώνεται κεραυνοβόλος ηπατική ανεπάρκεια, τότε η μετεγχειρητική θνητότητα για μη ηπατική χειρουργική νόσο φτάνει στο 90%<sup>4</sup>. Ευτυχώς, η συνύπαρξη οξείας ηπατίτιδας και μη ηπατικής χειρουργικής νόσου είναι εξαιρετικά σπάνια και δεν αποτελεί πραγματικό πρόβλημα της καθημερινής κλινικής πράξης.

Όσον αφορά στη χρόνια ηπατική νόσο χωρίς κίρρωση, η μετεγχειρητική θνητότητα για συνυπάρχουσα μη ηπατική χειρουργική νόσο δεν είναι αυξημένη<sup>5</sup>, οπότε, στη συγκεκριμένη περίπτωση, δεν υφίσταται κλινικό πρόβλημα. Απλώς χρειάζεται προσοχή στη νοσηρότητα και θνητότητα που μπορεί να προκύψει από τα συνοδά ιατρικά προβλήματα, όπως η καρδιομυοπάθεια και ο σακχαρώδης διαβήτης στην αιμοχρωμάτωση, οι νευροψυχιατρικές διαταραχές στη νόσο του Wilson και η φαρμακευτική επινεφριδική καταστολή στις αυτοάνοσες ηπατοπάθειες<sup>6,7</sup>.

Το πραγματικό και αρκετά συχνό κλινικό πρόβλημα βρίσκεται στη συνύπαρξη κίρρωσης με μη ηπατική χειρουργική νόσο. Το 10% των κίρρωτικών ασθενών εντεταγμένων ή μη στη λίστα προς μεταμόσχευση θα υποβληθούν σε κάποιο είδος μη ηπατικής χειρουργικής επέμβασης κατά τα δύο τελευταία χρόνια της ζωής τους<sup>8</sup>. Τρεις είναι οι κατηγορίες των χειρουργικών επεμβάσεων στις οποίες υποβάλλονται οι κίρρωτικοί<sup>9</sup>: 1) Οι επείγουσες (π.χ. η περιφικμένη κήλη). 2) Οι απαραίτητες για την ένταξη στη λίστα της ΜΗ, οι οποίες υποδιαιρούνται σε επεμβάσεις καρδιοχειρουργι-