

Οξεία χειρουργική κοιλία σε ασθενείς με νεφρική μεταμόσχευση

Β. Παπανικολάου, Δ. Τακούδας, Γ. Ίμβριος, Δ. Γάκης Δ, Α. Παπαγιάννης, Ι. Φούζας, Δ. Βροχίδης, Μ. Μαντέλας, Α. Αντωνιάδης

Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Α.Π.Θ., "Ιπποκράτειο" Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης

Περίληψη. Η εμφάνιση οξείας χειρουργικής κοιλίας σε ασθενείς υπό ανοσοκαταστολή μετά από νεφρική Μεταμόσχευση παρουσιάζει ιδιαιτερότητες τόσο όσον αφορά στην κλινική εκδήλωση όσο και στη θεραπευτική τακτική. Κατά τη χρονική περίοδο από τον Ιούνιο του 1980 μέχρι το Δεκέμβριο του 1998 επί 655 νεφρικών Μεταμοσχεύσεων, που διενεργήθηκαν στη Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων του Α.Π.Θ., εμφανίσθηκε οξεία χειρουργική κοιλία σε 9 ασθενείς. Σε δύο ασθενείς, οξεία σκοληκοειδίτιδα, σε δύο συμφυτικός ειλεός, σε ένα διάτρηση λεπτού εντέρου, σε ένα ουροπεριτόναιο, σε ένα ενδοκοιλιακό απόστημα, σε ένα παγκρεατικό απόστημα και σε ένα οπισθοουροπεριτόναιο. Για όλους τους ασθενείς η έκβαση ήταν ίαση. Στη μελέτη αυτή επισημαίνονται οι ιδιαιτερότητες που υπάρχουν στην ομάδα των ανοσοκατασταλμένων ασθενών και η ανάγκη αντιμετώπισης τους από ομάδα χειρουργών, οι οποίοι είναι εξοικειωμένοι με τα προβλήματα των Μεταμοσχευμένων ασθενών.

Papanikolaou V, Takoudas D, Imvrios G, Gakis D, Papagiannis A, Fouzas J, Vrochides D, Mantelas M, Antoniadis A. Acute abdomen in renal graft recipients. Organ Transplant Surgical Unit, Aristotle University of Thessaloniki, Greece, *Organ & Tissue Transplant* 1999, 1-3:42 - 45.

The appearance of acute abdomen in immunosuppressed renal graft recipients, presents particularities so much with regard to the clinical presentation as well as with the therapeutic approach. At the time period from June 1980 up to December 1998 on 655 kidney transplantations performed in the Organ Transplant Surgical Unit, Univ. of Thessaloniki, acute surgical abdomen was presented in 9 patients. In 2 patients acute appendicitis, in 2 intestinal obstruction caused by adhesions, in 1 small bowel perforation, in 1 urinoperitoneum, in 1 abdominal abscess, in 1 pancreatic abscess and in 1 retroperitoneal urine collection. For all the patients the end result was cure. In this study the particularities that exist in the immunosuppressed patients are pointed out and the need of their confrontation from team of surgeons familiarized with the transplant patient is emphasized.

Η ανοσοκαταστολή στους ασθενείς με νεφρική μεταμόσχευση, ακόμη και όταν το Μόσχευμα λειτουργεί ικανοποιητικά, ελαττώνει την άμυνα του οργανισμού με αποτέλεσμα η εξέλιξη μιας παθολογικής εξεργασίας να είναι ταχύτερη και να διαδράμει με ιδιαίτερα αβληχρή κλινική σημειολογία.

Όταν πρόκειται περί περιπτώσεων οξείας χειρουργικής κοιλίας τα δύο αυτά δεδομένα έχουν σαν αποτέλεσμα την καθυστέρηση της διάγνωσης.

Λόγω της ιδιαιτερότητας που παρουσιάζουν οι διάφορες χειρουργικές επιπλοκές που εμφανίζονται εκτός του μεταμοσχευμένου οργάνου, οι

ασθενείς αυτοί θα πρέπει να εκτιμώνται και να αντιμετωπίζονται από τη μεταμοσχευτική χειρουργική ομάδα, η οποία είναι εξοικειωμένη με τη συμπεριφορά των ανοσοκατασταλμένων ασθενών στις διάφορες επιπλοκές, γιατί είναι καθοριστική η έγκαιρη αντιμετώπιση για την έκβαση της οξείας χειρουργικής κοιλίας.

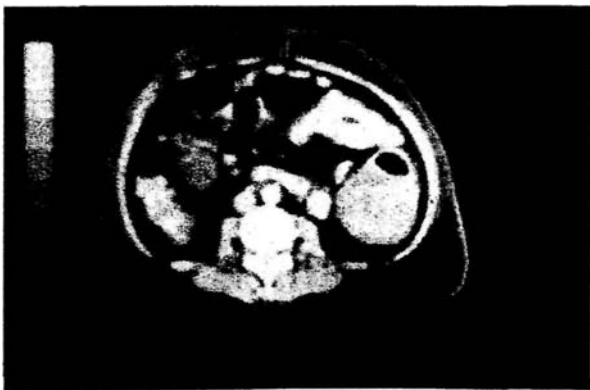
Κλινικό υλικό

Στη Χειρουργική κλινική Μεταμοσχεύσεων του Α.Π.Θ, από τον Ιούνιο του 1980 μέχρι το Δεκέμβριο του 1998 διενεργήθηκαν 655 Νεφρικές

μεταμοσχεύσεις. Εξ' αυτών οι 445 αφορούσαν μεταμοσχεύσεις από ζώντα συγγενή δότη και οι 210 από πτωματικό δότη.

Οξεία χειρουργική κοιλία εμφάνισαν και οδηγήθηκαν στο χειρουργείο 9 ασθενείς. Στον πίνακα αναφέρονται αναλυτικά η ηλικία των ασθενών, η προέλευση του μοσχεύματος, η αιτία της οξείας χειρουργικής κοιλίας, ο χρόνος μετά τη μεταμόσχευση, η εγχειρητική αντιμετώπιση και η έκβαση της νόσου.

Σε όλους τους ασθενείς η ανοσοκαταστολή ήταν τριπλή με Κορτιζόνη, Αζαθειοπρίνη και Κυκλοσπορίνη, εκτός από τον πρώτο στον οποίο ήταν διπλή με Αζαθειοπρίνη και Κορτιζόνη. Σε δύο ασθενείς διαγνώσθηκε και αντιμετωπίσθηκε έγκαιρα οξεία σκωληκοειδίτις. Σε έναν ασθενή διαπιστώθηκε ουροπεριτόναιο από αυτόματη ρήξη παραπυελικής κύστεως του Μοσχεύματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Σε μια ασθενή διαπιστώθηκε διάτρηση του τελικού ειλεού, χωρίς προεγχειρητικά να έχει τεθεί η διάγνωση. Σε μία ασθενή η αρχικά αδιάγνωστη οξεία παγκρεατίτις εξελίχθηκε σε παγκρεατικά αποστήματα, τα οποία διαγνώσθηκαν προεγχειρητικά και παροχετεύθηκαν. Σε μία ασθενή χωρίς εμφανή οξεία φάση διαγνώσθηκε και παροχετεύθηκε οπισθοκολικό απόστημα αριστερά, ως επακόλουθο εκκολπωματίτιδος του σιγμοειδούς (Εικ. 1). Δύο ασθενείς χειρουργήθηκαν για αποφρακτικό ειλέο από συμφύσεις λόγω προηγηθεισών περιτοναϊκών πλύσεων. Σε έναν ασθενή η διαφυγή ούρων από τη νέκρωση του σημείου εμφυτεύσεως του ουρητήρα δημιούργησε οπισθοουροπεριτόναιο το οποίο εκδηλώθηκε ως οξεία χειρουργική κοιλία. Σε όλα τα περιστατικά η έκβαση ήταν ίαση με βελτίωση της λειτουργίας του Νεφρικού Μοσχεύματος μετά την επέμβαση.



Εικ. 1. Οπισθοκολικό απόστημα αριστερά από εκκολπωματίτιδα του σιγμοειδούς.

Συζήτηση

Η οξεία χειρουργική κοιλία σε ασθενείς με λειτουργούν νεφρικό Μόσχευμα, αν και δεν εμφανίζεται σε μεγάλη συχνότητα, δύσκολα διαγιγνώσκεται πρώιμα, λόγω της αβληχρής συμπτωματολογίας από την ανοσοκαταστολή. Η διάγνωση είναι ιδιαίτερα δυσχερής όταν εμφανίζεται αμέσως μετά τη μεταμόσχευση όπου το χειρουργικό τραύμα δυσχεραίνει την κλινική εκτίμηση και η αυξημένη ανοσοκαταστολή καθιστά ιδιαίτερα αβληχρή την ανοσιακή απάντηση στη φλεγμονή.

Η οξεία σκωληκοειδίτις αποτελεί συχνή αιτία οξείας κοιλίας στον κοινό πληθυσμό, που φθάνει σε ποσοστό 7¹. Η συχνότητα της όμως δεν είναι ανάλογη σε ασθενείς με νεφρική μεταμόσχευση, ίσως επειδή η ηλικία των ασθενών με μεταμόσχευση είναι μεγαλύτερη από την ηλικία στην οποία συνήθως εμφανίζεται η οξεία σκωληκοειδίτις και είναι κάτω των 30 ετών².

Η κλινική έναρξη και εξέλιξη της οξείας σκωληκοειδίτιδος δεν παρουσιάσθηκε σε κανένα από τους ασθενείς μας με την τυπική έναρξη με περιομφαλικό άλγος που στη συνέχεια εντοπίζεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Αυτό αναφέρεται και από άλλους συγγραφείς³. Ενώ η κλινική σημειολογία είναι ήπια η αύξηση της θερμοκρασίας και των λευκών είναι συνήθης.

Λόγω της άτυπης και ήπιας συμπτωματολογίας η παραμικρή υπόνοια οξείας σκωληκοειδίτιδας θα πρέπει να θέτει την ένδειξη επέμβασης προτού εξελιχθεί σε βαριά περιτονίτιδα.

Η εντερική απόφραξη αναφέρεται ως αρκετά συχνή αιτία οξείας κοιλίας σε ασθενείς με νεφρική μεταμόσχευση⁴. Ως συχνότερος αιτιολογικός παράγοντας αναφέρεται προηγηθείσα ενδοκοιλιακή επέμβαση με αποτέλεσμα τη δημιουργία συμφύσεων, οι οποίες και προκαλούν την απόφραξη. Ακόμη περιγράφονται και περισφύξεις σε κήλες του χειρουργικού τραύματος της μεταμόσχευσης⁵. Στις δύο δικές μας περιπτώσεις ο ειλέος ήταν συμφυτικός από συμφύσεις που δημιουργήθηκαν από την περιτοναϊκή κάθαρση στην οποία υποβάλλονταν οι ασθενείς πριν από τη μεταμόσχευση.

Η διάτρηση του λεπτού εντέρου αν και σπάνια επιπλοκή δεν έχει εξηγηθεί αιτιολογικώς. Όπως και στη δική μας περίπτωση συνήθως πρόκειται περί διατρήσεως με άτονα μη φλεγμονώδη στοιχεία στα χείλη της διατρήσεως. Η υπόθεση ότι μπορεί να οφείλεται σε CMV εντερική λοίμωξη δεν επιβεβαιώνεται ούτε στο δικό μας περιστατι-

Πίνακας 1. Οξεία χειρουργική κοιλία σε ασθενείς με νεφρική μεταμόσχευση

α/α	Όνομα Ηλικ-Φύλο	Πρωτοπ. νόσος	Προέλευση μεσγ/ματος	Αιτιολογία	Χρον. μετά τη μετ/ση	Αντιμετ/ση	Έκβαση
1	Κ.Ι.42 (αρ.)	Διαβ/κή Νεφρ.	ΖΣΔ	Οξ. σκολ/δίτις	11 ημ.	Σκολ/μή	Ίαση
2	Γ.Π. 43 (θηλ.)	ΧΣΝ	ΖΣΔ	Διάτρ. ειλεού	6 ημ.	Συρραφή	Ίαση
3	Ψ.Θ. 25 (αρ.)	ΧΣΝ	ΖΣΔ	Οξ. Σκολ/δίτις	5 ημ.	Σκολ/μή	Ίαση
4	Α.Δ. 30 (αρ.)	ALPORT	ΖΣΔ	Ουροπεριτόναιο	70 ημ.	Νεφροστομία	Ίαση
5	Τ.Ε. 33 (θηλ.)	ΧΣΝ	ΖΣΔ	Ενδοκοιλιακό απόστημα	1 ετ. 40 ημ.	Παροχέτευση	Ίαση
6	Π.Ρ. 32 (θηλ.)	ΧΣΝ	ΖΣΔ	Παγκρεατικό απόστημα	83 ημ.	Παροχέτευση	Ίαση
7	Α.Α. 39 (αρ.)	ΧΣΝ	ΠΔ	Συμφυτικός ειλεός	1 ετ. 10 ημ.	Συμφυσίωση	Ίαση
8	Π.Α. 43 (αρ.)	ΧΣΝ	ΠΔ	Συμφυτικός ειλεός	25 ημ.	Συμφυσίωση	Ίαση
9	Μ.Κ. 55 (αρ.)	Πολ/κοί νεφροί	ΠΔ	Οπισθοουρο- περιτόναιο	22 ημ.	Επανεμφύτευση	Ίαση

ΖΣΔ = Ζων συγγενής δότης, ΠΔ = Πτωματικός δότης, ΧΣΝ = Χρόνια σπειραματονεφρίτις.

κό ούτε από άλλες δημοσιευθείσες περιπτώσεις⁴.

Η πρόκληση οξείας χειρουργικής κοιλίας από διάτρηση του παχέος εντέρου ή ισχαιμική νεκρωτική κολίτιδα είναι επιπλοκή που αναφέρεται συχνά στη δεκαετία του 70 με αυξημένη μάλιστα θνητότητα⁶⁻⁹. Ίσως η ανοσοκατασταλτική αγωγή ευνοούσε την επιπλοκή αυτή για την εποχή εκείνη.

Στη δεκαετία του 80 η συχνότερη αιτία ήταν η διάτρηση εκκολπώματος του παχέος και στα δυο τρίτα των περιπτώσεων αφορούσε το σιγμοειδές¹⁰. Συνήθως η διάγνωση τίθεται όταν ήδη δημιουργηθεί παρακολικό απόστημα, όπως συνέβη και στη δική μας περίπτωση, οπότε απαιτείται εκτός από την ευρεία παροχέτευση και διενέργεια κολοστομίας κεντρικότερα της διατήσεως για πλήρη εκτροπή των κοπράνων. Εξυπακούεται ότι η ανοσοκαταστολή ελαττώνεται στα κατώτερα δυνατά όρια¹¹.

Η οξεία παγκρεατίτις μετά από νεφρική μεταμόσχευση αποτελεί βαριά επιπλοκή και είναι εν πολλοίς θανατηφόρος¹². Από τις 5 περιπτώσεις που αναφέρονται από τους Santiago-Delpin και συν.⁴ κατέληξαν όλοι. Τα υψηλά επίπεδα κυκλοσπορίνης και η CMV λοίμωξη αποτελούν τους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες. Η παχυσαρκία είναι το χαρακτηριστικό των ασθενών που εμφάνισαν την επιπλοκή, όπως συνέβη και στη δική μας ασθενή, που η οξεία φάση διέδραμε με αβληχρή κλινική συνδρομή και εξελίχθηκε σε ανάπτυξη παγκρεατικών αποστημάτων τα οποία όταν παροχετεύτηκαν ευρέως η ασθενής ανένηψε πλήρως. Στη δική μας ασθενή δεν υπήρχε CMV λοίμωξη ούτε τα επίπε-

δα της κυκλοσπορίνης ήταν υψηλά.

Οξεία χειρουργική κοιλία σχετιζόμενη με την εγχείρηση της μεταμόσχευσης, αν και σπάνια, επισυνέβη σε δύο ασθενείς μας σε έναν με ουροπεριτόναιο από όνιμη ρήξη παραπυελικής κύστεως του μοσχεύματος λόγω στενώσεως της ουρητηροκυστικής εμφυτεύσεως και στον άλλο με οπισθοουροπεριτόναιο από διαφυγή ούρων αμέσως μετεγχειρητικά στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο.

Στις περιπτώσεις αυτές η διάγνωση γίνεται σχετικά ταχέως λόγω της αιφνίδιας διακοπής της ουρήσεως και την ευχερή απεικόνιση της διαφυγής των ούρων με νεφρόγραμμα.

Από την εμπειρία μας στα περιστατικά αυτά προκύπτει ότι η διαγνωστική προσέγγιση σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς, που παρουσιάζουν κοιλιακά άλγη, πρέπει να είναι ενδεδειγμένη και λεπτομερειακή, επειδή συνήθως η συμπτωματολογία της οξείας κοιλίας είναι αβληχρή και άτυπη και τα εργαστηριακά ευρήματα παρουσιάζονται αλλοιωμένα από την ανοσοκαταστολή. Η αντιμετώπιση δε να είναι άμεση χειρουργική παρέμβαση.

Άξιο παρατηρήσεως από την εμπειρία μας αυτή είναι ότι, ενώ από το 1980 έως το 1988 επί 157 μεταμοσχεύσεων είχαμε τα περιστατικά που αναφέρονται στην εργασία αυτή, από το 1989 μέχρι το τέλος του 1998 επί 498 μεταμοσχεύσεων δεν είχαμε κανένα περιστατικό οξείας χειρουργικής κοιλίας. Η πιθανότερη εξήγηση που μπορεί να δοθεί είναι η βελτίωση της ανοσοκαταστολής και η πρόληψη για την πιθανή εμφάνιση επιπλοκών.

Βιβλιογραφία

1. *Francfort JW, Perloff LJ*. "Acute appendicitis. In: Conn RB ed. Current diagnosis". Philadelphia: Saunders 1985.
2. *Lewis FR, Halcroft JW, Boey J, Dunphy JE*. "Appendicitis: a critical review of diagnosis and treatment in 1.000 cases". *Arch Surg* 1975,110: 677.
3. *Roza AM, Perloff LJ, Naji A, Jorkasky D, Grossman RA, Tomaszewski JE, Barker CF*. "Acute appendicitis in renal allograft recipient". *Transplantation* 1987,44: 715.
4. *Santiago-Delpin EA, Morales-Otero LA, Gonzalez ZA*. "Gastrointestinal complications and appendicitis after kidney transplantation". *Transplant Proc*. 1989, 21: 3745.
5. *Burke DD, Fleischer AC, Richie RE*. "Sonographic diagnosis of perirenal transplant bowel hernia". *J. Ultrasound Med*. 1985, 4: 677.
6. *Penn I, Brettschneider L, Simpson K, Martin A, Starzl TE*. "Major colonic problems in human homotransplant recipients". *Arch Surg* 1970,100: 61.
7. *Arvanitakis C, Maler G, Vehling D, Morrissey JF*. "Colonic complications after renal transplantation". *Gastroenterology* 1973, 64: 533.
8. *Bernstein WC, Nivatvangs S, Tallent MB*. "Colonic and rectal complications of kidney transplantation in man". *Dis. Colon. Rectum* 1973,16: 255.
9. *Dembing RH, Salvatierra O, Belzer FO*. "Intestinal necrosis and perforation after renal transplantation". *Arch Surg* 1975,110: 251.
10. *Church JM, Fazio VW, Braun WE, Novick AQ, Steinhilber DR*. "Perforation of the colon in renal homograft recipients". *Ann Surg* 1986, 203: 69.
11. *Rigotti P, VanBuren CT, Payne WD*. "Gastrointestinal perforations in renal transplant recipients immunosuppressed with cyclosporin". *World J Surg* 1986, 10:137.
12. *Taft PM, Jones AC, Collins GM*. "Acute pancreatitis following renal allotransplantation: a lethal complication". *Ann I Dig Dis* 1978, 23: 541.