



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ  
Β' ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

## **ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**«Μετεγχειρητικές επιπλοκές και Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής μετά από Ορθοτοπική Μεταμόσχευση Ήπατος και μείζονες ογκολογικές επεμβάσεις για πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς όγκους γαστρεντερικού συστήματος, σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας»**

**ΚΑΡΟΥΝΗ ΧΡΥΣΑΪΔΑ**

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc

ΑΘΗΝΑ 2016



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ  
Β' ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

## **ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**«Μετεγχειρητικές επιπλοκές και Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής μετά από Ορθοτοπική Μεταμόσχευση Ήπατος και μείζονες ογκολογικές επεμβάσεις για πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς όγκους γαστρεντερικού συστήματος, σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας»**

**ΚΑΡΟΥΝΗ ΧΡΥΣΑΪΔΑ**

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc

ΑΘΗΝΑ 2016



Ημερομηνία κατάθεσης αίτησης εκπόνησης διδακτορικής διατριβής : 09/03/2012  
Ημερομηνία ορισμού τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής : 09/05/2012  
Ημερομηνία καθορισμού θέματος διδακτορικής διατριβής : 10/12/2012

## ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΜΑΝΤΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ (Επιβλέπων)  
Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών

ΚΟΥΡΑΚΛΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ  
Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών

ΑΝΤΩΝΙΟΥ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ  
Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών



# ΟΡΚΟΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

---

"Ορκίζομαι στον Απόλλωνα τον Ιατρό και στον Ασκληπιό και στην Υγεία και στην πανάκεια και σ' όλους τους Θεούς επικαλούμενος την μαρτυρία τους, να τηρήσω πιστά κατά τη δύναμη και την κρίση μου αυτό τον όρκο και το συμβόλαιό μου αυτό. Να θεωρώ αυτόν που μου δίδαξε αυτή την τέχνη ίσο με τους γονείς μου και να μοιραστώ μαζί του τα υπάρχοντά μου και τα χρήματά μου αν έχει ανάγκη φροντίδας. Να θεωρώ τους απογόνους του ίσους με τ' αδέρφια μου και να τους διδάξω την τέχνη αυτή αν θέλουν να τη μάθουν, χωρίς αμοιβή και συμβόλαιο και να μεταδώσω με παραγγελίες, οδηγίες και συμβουλές όλη την υπόλοιπη γνώση μου και στα παιδιά μου και στα παιδιά εκείνου με δίδαξε και στους άλλους μαθητές που έχουν κάνει γραπτή συμφωνία μαζί μου και σ' αυτούς που έχουν ορκισθεί στον ιατρικό νόμο και σε κανέναν άλλο και να θεραπεύω τους πάσχοντες κατά τη δύναμή μου και την κρίση μου χωρίς ποτέ, εκουσίως, να τους βλάψω ή να τους αδικήσω. Και να μη δώσω ποτέ σε κανένα, έστω κι αν μου το ζητήσει, θανατηφόρο φάρμακο, ούτε να δώσω ποτέ τέτοια συμβουλή. Ομοίως να μη δώσω ποτέ σε γυναίκα φάρμακο για ν' αποβάλει. Να διατηρήσω δε τη ζωή μου και την τέχνη μου καθαρή και αγνή. Και να μη χειρουργήσω πάσχοντες από λίθους αλλά ν' αφήσω την πράξη αυτή για τους ειδικούς. Και σ' όποια σπίτια κι αν μπω, να μπω για την ωφέλεια των πασχόντων αποφεύγοντας κάθε εκούσια αδικία και βλάβη και κάθε γενετήσια πράξη και με γυναίκες και με άνδρες, ελεύθερους και δούλους. Και ό,τι δω ή ακούσω κατά την άσκηση του επαγγέλματός μου, ή κι εκτός, για τη ζωή των ανθρώπων, που δεν πρέπει ποτέ να κοινοποιηθεί, να σιωπήσω και να το τηρήσω μυστικό. Αν τον όρκο μου αυτό τηρήσω πιστά και δεν τον αθετήσω, είτε ν' απολαύσω για πάντα την εκτίμηση όλων των ανθρώπων για τη ζωή μου και για την τέχνη μου, αν όμως παραβώ και αθετήσω τον όρκο μου να υποστώ τα αντίθετα από αυτά".

ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ Ο ΚΩΟΣ (460-370 π.Χ)

«Η έγκριση Διδακτορικής Διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών δεν σημαίνει και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα» (νόμος 5343/1932, άρθρο 202, παράγραφος 2).

*«Νιώθω σαν να χτυπάμε τα κεφάλια  
μας στα σίδερα.  
Πολλά κεφάλια θα σπάσουν.  
Μα κάποια στιγμή, θα σπάσουν και τα σίδερα.»*  
Νίκος Καζαντζάκης





*Στο Νίκο...*



# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

---

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ.....	15
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	21
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. Εισαγωγή.....	25
2. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ.....	29
2.1 Γενικά.....	30
2.2 Ενδείξεις Μεταμόσχευσης Ήπατος.....	31
2.3 Προγνωστικά μοντέλα.....	34
2.4 Ορθοτοπική Μεταμόσχευση Ήπατος.....	37
2.4.1 Λεπτή παρασκευή του μοσχεύματος.....	37
2.4.2 Τοποθέτηση του μοσχεύματος.....	38
3. ΟΓΚΟΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	45
3.1 Γενικά.....	46
3.2 Νεοπλάσματα Στομάχου.....	48
3.3 Νεοπλάσματα Δωδεκαδακτύλου.....	50
3.4 Νεοπλάσματα Λεπτού Εντέρου.....	51
3.5 Νεοπλάσματα Παχέος Εντέρου.....	52
3.6 Νεοπλάσματα Ήπατος.....	55
3.7 Νεοπλάσματα Παγκρέατος.....	59
4. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	63
4.1 Επιπλοκές από το θερμορυθμιστικό σύστημα.....	64
4.2 Επιπλοκές από το τραύμα.....	65
4.3 Επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα.....	67
4.4 Καρδιολογικές επιπλοκές.....	68
4.5 Επιπλοκές από το ουροποιητικό σύστημα.....	69
4.6 Γαστρεντερικές επιπλοκές.....	70
4.7 Ενδοπεριτοναϊκές επιπλοκές.....	71
4.8 Επιπλοκές από τα χοληφόρα.....	74
4.9 Επιπλοκές από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.....	75
4.10 Μετεγχειρητικές επιπλοκές ειδικές για τη Μεταμόσχευση Ήπατος.....	76

5.	ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ (Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ) .....	81
5.1	Ορισμοί .....	82
5.2	Όργανα μέτρησης της Ποιότητας Ζωής .....	83
5.2.1	Δείκτης λειτουργικότητας Karnofsky.....	83
5.2.2	Δείκτης λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.....	83
5.2.3	Δείκτης Katz των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής .....	83
5.2.4	Δείκτης Spitzer για τη ποιότητα Ζωής.....	84
5.2.5	Ερωτηματολόγιο McGill για το πόνο .....	84
5.2.6	Επισκόπηση υγείας του Nottingham .....	84
5.2.7	Ερωτηματολόγιο γενικής υγείας .....	84
5.2.8	Κλίμακα ψυχολογικής προσαρμογής στην ασθένεια .....	85
5.2.9	Επισκόπηση της επίδρασης της ασθένειας.....	85
5.2.10	Επισκόπηση Υγείας SF-36 .....	85
5.2.11	Επισκόπηση Υγείας EQ-5D.....	86
5.2.12	Επισκόπηση Υγείας EQ-15D .....	86

#### ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6.	Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	89
6.1	Ο Σκοπός της μελέτης .....	90
6.2	Υλικό και μέθοδος.....	90
6.3	Το ερωτηματολόγιο της μελέτης .....	90
6.4	Ηθικά ζητήματα.....	91
6.5	Στατιστική ανάλυση .....	91
7.	ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	93
7.1	Δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία νοσηλείας.....	94
7.2	Μετεγχειρητικές επιπλοκές .....	96
7.3	Συσχέτιση των επιπλοκών με το θάνατο μετεγχειρητικά και το θάνατο στα 7 χρόνια.....	104
7.3.1	Μεταμόσχευση Ήπατος.....	104
7.3.2	Όγκοι Γαστρεντερικού Συστήματος .....	106
7.4	Μεταμόσχευση Ήπατος: Συσχέτιση MELD score και MELD-Na score με τις επιπλοκές.....	108
7.5	Μεταμόσχευση Ήπατος: Συσχέτιση εγκεφαλοπάθειας και ασκίτη με τις επιπλοκές .....	109
7.6	Μεταμόσχευση Ήπατος: Συσχέτιση υπονατριάιμιας και πυλαίας υπέρτασης με τις επιπλοκές .....	110
7.7	Συσχέτιση της διάμεσης διάρκειας διασωλήνωσης με τις επιπλοκές και για τις δύο ομάδες ασθενών .....	111
7.8	Συσχέτιση της διάμεσης διάρκειας νοσηλείας στη ΜΕΘ με τις επιπλοκές .....	113
7.9	ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ .....	114

7.9.1	Διαστάσεις της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής για τις δύο ομάδες ασθενών .....	114
7.9.2	Συσχέτιση των διαστάσεων της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών που υποβλήθηκαν σε Μεταμόσχευση Ήπατος.....	117
7.9.3	Συσχέτιση των διαστάσεων της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών που χειρουργήθηκαν για όγκο του Γαστρεντερικού Συστήματος.....	120
7.9.4	Σύγκριση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΜΗ, με το γενικό πληθυσμό.....	128
7.9.5	Σύγκριση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής των ασθενών που χειρουργήθηκαν για όγκο του Γαστρεντερικού, με το γενικό πληθυσμό.....	130
8.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	133
9.	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	139
10.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	143
	ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	147
	ABSTRACT.....	150
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	153
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	167



# ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

---

## ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

<b>Όνοματεπώνυμο</b>	Καρούνη Χρυσαΐδα
<b>Πατρώνυμο</b>	Μάρκος
<b>Ημ/νία Γέννησης</b>	25/02/1979
<b>Διεύθυνση</b>	Πηγείου 2-4, Τ.Κ 18757, Κερατσίνι
<b>Τηλέφωνο</b>	210-4914856 / 6978684951
<b>E-mail</b>	c.karounis@gmail.com

## ΣΠΟΥΔΕΣ

**2012- έως σήμερα:** Υποψήφια Διδάκτορας, Τμήμα Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Θέμα Διδακτορικής Διατριβής:  
«Μετεγχειρητικές επιπλοκές και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μετά από ορθοτοπική Μεταμόσχευση Ήπατος και μείζονες ογκολογικές επεμβάσεις για πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς όγκους γαστρεντερικού συστήματος, σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.»

**2008-2011:** Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης. Τμήμα Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Τίτλος : «ΜΕΘ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ». Βαθμός : 8.35, Λίαν Καλώς.

**1997-2002:** Πτυχίο Νοσηλευτικής , Τμήμα Νοσηλευτικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

## ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ

1. ΑΓΓΛΙΚΑ : Πολύ καλή γνώση – Advanced , TOEIC HELLENIC AMERICAN UNION.
2. ΓΕΡΜΑΝΙΚΑ : Πολύ καλή γνώση – MITTELSTUFE , GOETHE INSTITUT.

## ΕΙΔΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ

### ΧΡΗΣΗ Η/Υ

-Γενικές Γνώσεις : Λειτουργικά συστήματα, Windows Ms Office (Word, Excell, Acess, Power Point), Χρήση Διαδικτύου, Προγραμματισμός με γλώσσα προγραμματισμού Pascal. (Εισαγωγή στη Πληροφορική, ΕΚΠΑ, Τμήμα Νοσηλευτικής)



-Πληροφορική της Υγείας : Συστήματα Διαχείρισης Βάσεων Δεδομένων, Αναζήτηση Πληροφοριών Υγείας μέσω διαδικτύου, Πηγές πληροφοριών, Έμπειρα συστήματα, Εφαρμογές Πολυμέσων. (1.Πληροφορική της Υγείας: ΕΚΠΑ, Τμήμα Νοσηλευτικής, 2.Πληροφορική της Υγείας: ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΠΜΣ: ΜΕΘ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ )

-SPSS (Βιοστατιστική: ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΠΜΣ: ΜΕΘ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ)

-Ηλεκτρονικό Εμπόριο, Πρόγραμμα Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης 400 ωρών. ΚΕΚ ΜΕΝΤΩΡ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ.

## ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

**11/2005 - έως σήμερα:** ΠΕ Νοσηλεύτρια στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στο ΓΝΑ Λαϊκό.

**02/2004 - 12/2005:** ΠΕ Νοσηλεύτρια στη Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο.

**09/2003 - 01/2004:** ΠΕ Νοσηλεύτρια στη Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στο ΓΝΑ Ιπποκράτειο, με σύμβαση απόκτησης εργασιακής εμπειρίας στα πλαίσια του προγράμματος STAGE του ΟΑΕΔ.

## ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

2008-2010 Μέλος της Επιτροπής Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης του ΓΝΑ ΛΑΪΚΟ

## ΣΥΓΓΡΑΦΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

2011: «ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ», Διπλωματική εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος : «ΜΕΘ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ».

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Ακαδημαϊκό εξάμηνο 2007-2008 : Συμμετοχή στη Κλινική διδασκαλία του μαθήματος «Επείγουσα Νοσηλευτική και Εντατική Νοσηλεία» διάρκειας 52 ωρών σε φοιτητές του τμήματος της Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

## ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

1. Quality of Life After Liver Transplantation or Surgery for Cancers of the Digestive System. D.Mantas, C.Karounis, I.D.Kostakis, E.Antoniou, G.kouraklis. Hellenic Journal of Surgery(2014)86:5,257-264

2. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μετά από μεταμόσχευση ήπατος και επεμβάσεις για όγκους γαστρεντερικού συστήματος. Χ.Καρούνη, Δ.Μαντάς, Ε.Αντωνίου, Γ.Κουράκλης. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2014,31(3):278-285

3. Complications and long-term Quality of Life following Liver Transplantation and major Gastrointestinal surgery. D.Mantas, C.Karounis, E.Antoniou, Z.Garoufalia, J.Spyropoulos, G.Kouraklis. Archives of Hellenic Medicine, 2016, accepted

## ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

2011 :

-Αντιμετώπιση ασθενούς με κίρρωση (HCV) ήπατος, Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ) και σύγχρονο Ca παχέος εντέρου. Αντωνίου Ε. και συν. 16<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Μεταμοσχεύσεων, Θεσσαλονίκη.

-De novo χρήση του αναστολέα Mtor Everolimus (ERL) σε συνδυασμό με Mycophenolate Sodium (MPS) σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Ορθοτοπική Μεταμόσχευση Ήπατος (ΟΜΗ). Αντωνίου Ε. και συν. 16<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Μεταμοσχεύσεων, Θεσσαλονίκη.

-Επιβίωση ασθενών μετά από Ορθοτοπική Μεταμόσχευση Ήπατος (ΟΜΗ). Καρούνη Χ. και συν. 16<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Μεταμοσχεύσεων ,Θεσσαλονίκη.

2008 :

- Changes in Epidemiology of ICU patients in the last 15 Years. Kourti M., Mega A.M., Karouni CH., Floros I., Christofilou E., Papadopoulou A. 12<sup>th</sup> State-of-the-Art, Αθήνα.

-Επιδημιολογική ανάλυση βακτηριαμίας και καντινταιμίας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Κούρτη Μ., Καρούνη Χ., Σκιαδά Α., Παπαδοπούλου Α., Χριστοφίλου Ε., Παυλέας Ι., Θωμόπουλος Γ., Φλώρος Ι. 8<sup>ο</sup> Παμπελοποννησιακό Ιατρικό Συνέδριο, Νεάπολη Λακωνίας.

-Παρακολούθηση και αντιμετώπιση Σακχαρώδους Διαβήτη σε χειρουργικούς ασθενείς της ΜΕΘ υπό τεχνητή διατροφή. Κούρτη Μ., Καρούνη Χ., Χριστοφίλου Ε. 35<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα.

-Αντιμετώπιση ασθενούς με οξεία νεφρική ανεπάρκεια στη ΜΕΘ. Κούρτη Μ., Καρούνη Χ. και συν. 4<sup>ο</sup> Συμπόσιο Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής, Θεσσαλονίκη.

2007 :

-Τεχνητή διατροφή σε χειρουργικούς διαβητικούς τύπου ΙΙ βαριά πάσχοντες ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Κούρτη Μ., Καρούνη Χ. και συν. 10<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Διαβητολογικό Συνέδριο, Αθήνα.

-Αντιμετώπιση ασθενούς με Μεταμόσχευση Ήπατος στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.  
Κούρτη Μ. και συν. 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Μεταμοσχεύσεων, Θεσσαλονίκη.

## ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

2016: Σεμινάριο εξειδίκευσης στον έλεγχο των Λοιμώξεων, ΕΕΕΛ

2010: BLS / AED PROVIDER COURSE, European Resuscitation Council in Konstantopouleio General Hospital Athens Greece.

2008: «Αναπνευστική Ανεπάρκεια: Διαγνωστική Προσέγγιση και Θεραπευτική Αντιμετώπιση», 13<sup>ο</sup> Διατομεακό Μεταπτυχιακό Σεμινάριο, Αθήνα.

2006: Σακχαρώδης διαβήτης στη Πράξη, Διαβητολογικό κέντρο της Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και Νοσηλευτική Υπηρεσία του ΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα.

2000: «Τεχνικές Μοριακής Βιολογίας», 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Φοιτητών Νοσηλευτικής, Αθήνα.

1999: «Εντατική Νοσηλεία – Ισοβαρική και Υπερβαρική Οξυγονοθεραπεία», Κλινική Εντατικής Νοσηλείας – Πνευμονικών Νόσων και Εργαστήριο Υπερβαρικής Οξυγονοθεραπείας του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι άγιοι Ανάργυροι».

## ΣΥΝΕΔΡΙΑ

2011

- 16<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Μεταμοσχεύσεων, Θεσσαλονίκη.

2009

- 13<sup>th</sup> State-of-the-Art, Αθήνα.

- Διημερίδα με θέμα: Διεθνείς οδηγίες για την αύξηση της επιβίωσης στη Σήψη, Surviving Sepsis Campaign, Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας, Αθήνα.

2008

- 12<sup>th</sup> State-of-the-Art, Αθήνα.

- 35<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα.

- 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο και 1<sup>ο</sup> Πανευρωπαϊκό Επιστημονικό και Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο, Ρόδος.

- Εντατική Θεραπεία και Επείγουσα Ιατρική, Κλινικές Περιπτώσεις και σπάνια Νοσήματα, Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Νοσηλείας (ΜΕΘ), ΓΝΑ ΚΑΤ, Αθήνα.

- 8<sup>ο</sup> Παμπελοποννησιακό Ιατρικό Συνέδριο, Νεάπολη Λακωνίας.

2007

- 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Μεταμοσχεύσεων, Θεσσαλονίκη.
- 34<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Χανιά Κρήτη.
- 10<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Διαβητολογικό Συνέδριο, Αθήνα.

2000

- 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Φοιτητών Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σύλλογος Φοιτητών Νοσηλευτικής, Αθήνα.

1999

- 1<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Φοιτητών Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σύλλογος Φοιτητών Νοσηλευτικής, Αθήνα.



# ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

---

Πρίν τη παρουσίαση της διδακτορικής μου διατριβής, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που στάθηκαν αρωγοί καθ'όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διατριβής μου.

Πρώτον απ'όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τον επιβλέποντα καθηγητή της διδακτορικής μου διατριβής, Αναπληρωτή Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, κο Μαντά Δημήτριο. Στάθηκε δίπλα μου σε κάθε βήμα με υπομονή, μου προσέφερε πολύτιμη καθοδήγηση και ανεκτίμητη βοήθεια. Ανταποκρίθηκε άμεσα και ουσιαστικά όταν συνάντησα δυσκολίες και με την επιστημονική του γνώση με βοήθησε να ολοκληρώσω τη διατριβή μου. Η εμπιστοσύνη και η εκτίμηση που μου έδειξε αποτελούσαν για μένα κινητήριο δύναμη για να συνεχίσω.

Στη συνέχεια θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στο Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, κο Κουράκλη Γρηγόριο, μέλος της συμβουλευτικής επιτροπής της διατριβής μου. Η συνεργασία μας, ήταν για μένα ιδιαίτερη τιμή, καθώς πρόκειται για έναν σπουδαίο επιστήμονα με εξαιρετική πορεία και καταξίωση.

Τις βαθύτατες ευχαριστίες μου θα ήθελα να εκφράσω στον Επίκουρο Καθηγητή της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, κο Αντωνίου Ευστάθιο. Ο κος Αντωνίου βρίσκεται πάντα δίπλα μου, με στηρίζει και με εμπιστεύεται. Η συνεργασία μας ήταν πάντα άψογη, ευχάριστη και δημιουργική. Η βοήθεια του ήταν ανεκτίμητη.

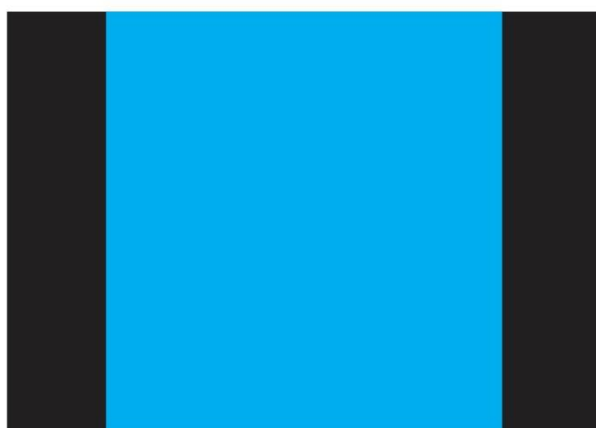
Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τη συμφοιτήτρια στο Πανεπιστήμιο, τη συνάδελφο στη συνέχεια και πρόσφατα σημαντική φίλη, κα Ζώη Χριστίνα, Διδάκτορα της Ιατρικής Σχολής Του Πανεπιστημίου Αθηνών, επειδή στο τελευταίο και πιό δυσκολο κομμάτι της συγγραφής, έδρασε πολλές φορές πυροσβεστικά στις κρίσεις πανικού, με στήριξε σε στιγμές απογοήτευσης και με παρότρυνε συνεχώς.

Τις ευχαριστίες μου θα ήθελα επίσης να απευθύνω στο συνάδελφο και κουμπάρο μου, κο Γιάννη Σπυρόπουλο, Νοσηλεύτη ΜΕΘ για τη καθοριστική του βοήθεια και στήριξη.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τους γονείς μου και τα αδέρφια μου, για την ανεξάντλητη αγάπη και ηθική συμπαράσταση.

Τέλος, ένα τεράστιο ευχαριστώ και απέραντη ευγνωμοσύνη χρωστάω στην οικογένεια μου, τον Νίκο και τον Μάριο. Ευχαριστώ το σύζυγο μου Νίκο για την ατελείωτη υπομονή και για την συνεχή υποστήριξη. Ένα μεγάλο συγγνώμη στο γιό μου Μάριο, εάν αισθάνθηκε ότι στερήθηκε κάποιες στιγμές τη μητέρα του.





## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ









# ΕΙΣΑΓΩΓΗ

---



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

---

**Κ**αθώς τα τελευταία χρόνια σημειώνεται σημαντική βελτίωση στις χειρουργικές τεχνικές, στα τεχνολογικά μέσα και στον ιατρικό τομέα γενικότερα, παρατηρείται αντίστοιχη βελτίωση στα ποσοστά επιβίωσης μετά από μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις, είτε πρόκειται για Μεταμόσχευση Ήπατος (ΜΗ), είτε για μείζονες επεμβάσεις για όγκους του γαστρεντερικού συστήματος, θα πρέπει να είναι επαρκώς και κατάλληλα ενημερωμένοι για την επέμβαση, για τις πιθανές επιπλοκές, αλλά και τη μετέπειτα ποιότητα ζωής τους. Όπως κάθε χειρουργική επέμβαση ή ιατρική πράξη, έτσι και περισσότερο ακόμα αυτού του είδους οι επεμβάσεις, είναι αποτέλεσμα συνεργασίας του ιατρικού, του νοσηλευτικού και του τεχνικού προσωπικού ενός μεγάλου νοσοκομείου. Το προσωπικό θα πρέπει συνεχώς να εκπαιδεύεται και να ενημερώνεται για τις τελευταίες εξελίξεις, ώστε να είναι σε θέση να παρέχει τη καλύτερη δυνατή φροντίδα. Η κατάλληλη κατάρτιση και η άψογη συνεργασία των ομάδων που εμπλέκονται σε μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις, τόσο στη διεγχειρητική, όσο και στη μετεγχειρητική παρακολούθηση, είναι στοιχεία που συνεπάγονται το σχεδιασμό κατάλληλης και αποτελεσματικής θεραπείας, αλλά και έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης των επιπλοκών που δυνητικά μπορεί να παρουσιαστούν.

Ο προσδιορισμός της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ) μετά από την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας κατά περίπτωση, καθίσταται εξίσου σημαντικός και αναγκαίος<sup>(1)</sup>. Αρκετοί είναι οι ασθενείς που πέρα από την ίαση της νόσου τους, εκδηλώνουν έντονο ενδιαφέρον για τη μετέπειτα ποιότητα ζωής τους και πολλές φορές τη θεωρούν και πιο σημαντική από τη μακροβιότητα<sup>(2,3)</sup>. Κατά συνέπεια όταν το σχέδιο θεραπείας βασίζεται αποκλειστικά και μόνο στην επιμήκυνση της ζωής, δεν αντιπροσωπεύει πάντα την επιθυμία του εκάστοτε ασθενούς<sup>(4)</sup>. Οι επαγγελματίες υγείας που ενημερώνονται για τις συνεχείς εξελίξεις στο προσδιορισμό της Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ των ασθενών μετά από μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις, έχουν σημαντικό πλεονέκτημα στην σωστή και πλήρη ενημέρωση του ασθενούς για τη νόσο του, το σχέδιο θεραπευτικής αντιμετώπισης και τη πιθανή μετέπειτα ποιότητα ζωής τους. Κατ' αυτό το τρόπο οι ασθενείς διευκολύνονται στη λήψη των αποφάσεων για την υγεία τους, αλλά και προετοιμάζονται για τη μετεγχειρητική περίοδο, κατά την οποία θα κληθούν να αντιμετωπίσουν πιθανώς διάφορες προκλήσεις στη καθημερινότητα τους<sup>(5)</sup>.





# ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

---

2.1 ΓΕΝΙΚΑ

2.2 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ

2.3 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ

2.4 ΟΡΘΟΤΟΠΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

# ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

## 2.1 ΓΕΝΙΚΑ

Ο T.Starzl το Μάρτιο του 1963 επιχείρησε για πρώτη φορά στο Πανεπιστήμιο του Colorado να πραγματοποιήσει ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος (ΟΜΗ) σε άνθρωπο. Η μεταμόσχευση ήπατος ήταν ανεπιτυχής και ο ασθενής απεβίωσε. Την ίδια κατάληξη είχαν και οι τέσσερις ασθενείς οι οποίοι μεταμοσχεύθηκαν κατά τους ακόλουθους επτά μήνες. Παρόμοιες ανεπιτυχείς προσπάθειες ακολούθησαν τον Σεπτέμβριο του 1963 στη Βοστώνη και τον Ιανουάριο του 1964 στο Παρίσι<sup>(6)</sup>. Τον Ιούλιο του 1967 επιτυγχάνεται για πρώτη φορά παρατεταμένη επιβίωση μετά από μεταμόσχευση ήπατος σε ένα παιδί, από τον Starzl και τους συνεργάτες του στο Denver των ΗΠΑ. Το παιδί έζησε για περισσότερο από 13 μήνες και κατέληξε λόγω μεταστάσεων. Το 1968 οι Calne και Williams στο Cambridge δημοσίευσαν τις πρώτες πέντε επιτυχείς μεταμοσχεύσεις ήπατος που διενήργησαν<sup>(6)</sup>, ενώ το 1972 αναφέρεται η πρώτη επιτυχής ετεροτοπική μεταμόσχευση ήπατος στο Memorial Hospital<sup>(7)</sup>.

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80, μικρός μόνο αριθμός ασθενών είχε μεταμοσχευτεί, καθώς η μεταμόσχευση ήπατος παρέμενε σε ερευνητικό επίπεδο. Με τη πάροδο των χρόνων η συνεχής έρευνα, η βελτίωση των χειρουργικών τεχνικών και της μετεγχειρητικής παρακολούθησης, η πρόοδος στον ιατρικό και τεχνολογικό τομέα, η εισαγωγή νέων αποτελεσματικότερων φαρμάκων ανοσοκαταστολής και της φλεβοφλεβικής παρακάμψης, οδήγησαν σε αντίστοιχη βελτίωση των αποτελεσμάτων<sup>(6)</sup>. Καταλυτικό ρόλο τέλος, στη καθιέρωση της ΟΜΗ, έπαιξε το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξε το National Institute of Health των ΗΠΑ στο Consensus Development Conference, τον Ιούνιο του 1983, ότι η ΟΜΗ αποτελεί ένα είδος πλέον θεραπείας, και όχι ερευνητικής μεθόδου και δύναται να εφαρμόζεται σε ασθενείς που πάσχουν από τελικού σταδίου ηπατική ανεπάρκεια<sup>(8)</sup>. Η πρώτη ΜΗ στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη από τον Καθηγητή κ.Α.Αντωνιάδη το 1990 και το ίδιο έτος στην Αθήνα από τον Καθηγητή κ.Ι.Παπαδημητρίου και τους συνεργάτες του<sup>(9)</sup>. Στο πίνακα 2.1 απεικονίζονται συνοπτικά οι σταθμοί της ιστορίας των μεταμοσχεύσεων.

Έκτοτε τα μεταμοσχευτικά κέντρα αυξάνονται και παράλληλα και ο αριθμός των ασθενών που έχει μεταμοσχευθεί σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα αποτελέσματα είναι αρκετά ενθαρρυντικά και ως εκ τούτου οι έρευνες συνεχίζονται για τη περαιτέρω εξέλιξη των μεθόδων, των φαρμάκων και της φροντίδας. Τα τελευταία 15 χρόνια η επιβίωση μετά από ΟΜΗ έχει βελτιωθεί σημαντικά, κάτι που συνεπάγεται τη διεύρυνση του φάσματος των ενδείξεων για υποβολή του ασθενούς σε μεταμόσχευση, με συνακόλουθη διεύρυνση της λίστας αναμονής<sup>(10)</sup>. Το ποσοστό επιβίωσης των ενηλίκων ασθενών τον 1<sup>ο</sup> χρόνο μετά από μεταμόσχευση ήπατος, όπως αναφέρεται από τα

περισσότερα κέντρα, κυμαίνεται από 80-90%<sup>(11,12)</sup>, ενώ τον 9<sup>ο</sup> χρόνο φτάνει το 55-60%<sup>(13,14)</sup>.

### Πίνακας 2.1

#### Σημαντικοί σταθμοί στην ιστορία των μεταμοσχεύσεων

<b>1771</b> Μεταμόσχευση ιστών (Hunter)
<b>1804</b> Ελεύθερη δερματική αυτομεταμόσχευση (Baronio)
<b>1902</b> Αγγειοραφή (Carell)
<b>1906</b> Πρώτη πειραματική μεταμόσχευση νεφρού (Ullman-De Castello)
<b>1906</b> Πρώτη κλινική μεταμόσχευση νεφρού με ξένο-μόσχευμα (Jaboulay)
<b>1924</b> Η απόρριψη αναγνωρίζεται ως ένα "αφυλακτικό φαινόμενο" (Hollman)
<b>1936</b> Πρώτη κλινική μεταμόσχευση νεφρού από πτωματικό δότη (Voronoy)
<b>1944</b> Καλύτερη αναγνώριση του φαινομένου της απορρίψεως (Medawar)
<b>1950-1953</b> Αλληπάλληλες μεταμοσχεύσεις νεφρού χωρίς ανοσοκαταστολή (Kuss-Dubost-Hume)
<b>1951</b> Χρήση της κορτιζόνης ως ανοσοκατασταλτικού φαρμάκου (Billingham-Krohn-Medawar)
<b>1953</b> Πρώτη νεφρική μεταμόσχευση από ζώντα συγγενή δότη (Michon)
<b>1954</b> Πρώτη νεφρική μεταμόσχευση μεταξύ μονοωογενών διδύμων (Murray)
<b>1958</b> Αναγνώριση των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας (Dausset)
<b>1959</b> Χρήση της ακτινοβολίας ως ανοσοκατασταλτικού (Murray-Hamburger-Kuss)
<b>1960</b> Εφαρμογή του φαρμάκου 6-μερκαπτοπουρίνης στην πειραματική και κλινική μεταμόσχευση νεφρού (Calne 1960, Kuss 1962)
<b>1963</b> Συνδυασμένη εφαρμογή της κορτιζόνης και αζαθειοπρίνης, καθώς και της ακτινοβολίας ως ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων (Hume-Murray-Starzl-Woodruff)
<b>1967</b> Κλινική χρήση της αντιλεμφοκυτταρικής σφαιρίνης (ALG-ALS-ATG)
<b>1977</b> Πειραματική χρήση της κυκλοσπορίνης (Κωστάκης)
<b>1978</b> Κλινική χρήση της κυκλοσπορίνης (Calne)
<b>1981</b> Κλινική εφαρμογή των μονοκλωνικών αντισωμάτων (Cosimi)

Πηγή: Κωστάκης Α. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;2:784

## 2.2 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ

Η κίρρωση του ήπατος ή οποιαδήποτε άλλη σοβαρή πάθηση του ήπατος, δυνητικά καθιστούν τον ασθενή υποψήφιο για μεταμόσχευση ήπατος. Οι απόψεις συχνά διίστανται και κατά το παρελθόν έχουν μεταβληθεί τα κριτήρια, ειδικά όσον αφορά ασθενείς με λοιμώδη, κακοήγη ή σχετιζόμενη με αλκοόλ πάθηση<sup>(6)</sup>. Για ασθενείς με ηπατοκυτταρικό καρκίνο (ΗΚΚ) η επιλογή γίνεται με τα κριτήρια του Μιλάνου/UNOS, κατά τα οποία θεωρούνται υποψήφιοι για μεταμόσχευση ήπατος ασθενείς με μονήρη όγκο μέχρι 5cm, ή με δύο ή τρεις όγκους, μέχρι 3cm ο καθένας<sup>(15,16)</sup>.

Οι διάφορες μεταμοσχευτικές ομάδες, λαμβάνουν υπ'όψιν και τις υπάρχουσες αντενδείξεις για μεταμόσχευση ήπατος. Οι καταστάσεις αυτές διαφοροποιούνται ανάλογα την ομάδα, κατά κανόνα όμως συμφωνούν, πώς η μη ελεγχόμενη εξωηπατική σήψη, η θρόμβωση της πυλαίας φλέβας, οι εξωηπατικοί κακοήθεις όγκοι και τα σοβαρά,



απειλητικά για την επιτυχία της μεταμόσχευσης, καρδιοαναπνευστικά προβλήματα συνιστούν αντενδείξεις στη διενέργεια μεταμόσχευσης ήπατος<sup>(17)</sup>.

Πολύ σημαντικό κριτήριο κατά την αξιολόγηση των ασθενών για ΜΗ είναι και η ηλικία του ασθενούς. Αρχικά είχε οριστεί ως ανώτατο όριο ηλικίας, η ηλικία των 50 ετών, στα τέλη του 1980- αρχές του 1990 όμως αυξήθηκαν τα όρια ηλικίας >60 έτη με ικανοποιητικά αποτελέσματα<sup>(18)</sup>. Ακολούθησαν αρκετές μελέτες που επιβεβαίωσαν ότι η ηλικία μόνο δεν θα πρέπει να αποτελεί αντένδειξη για ΜΗ, αφού η επιβίωση σε επιλεγμένους ασθενείς >60 ετών είναι παρόμοια με εκείνη των νεώτερων<sup>(18,19)</sup>.

Στο πίνακα 2.2 απεικονίζονται ορισμένα από τα αίτια της ηπατικής βλάβης που συνήθως οδηγούν σε ηπατική ανεπάρκεια και ανάγκη για ΜΗ στον ασθενή.

Οι ενδείξεις για ΟΜΗ μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:<sup>(6)</sup>

1. Χρόνια ηπατική νόσος τελικού σταδίου
2. Επιπλοκές από παρεγχυματική νόσο
3. Μη ανεκτή ποιότητα ζωής
4. Κακοήθης νόσος του ήπατος
5. Μεταβολική νόσος του ήπατος
6. Οξεία ή υποξεία ηπατική ανεπάρκεια

Στο πίνακα 2.3 απεικονίζονται τα κριτήρια που καθορίζουν τη χρονική στιγμή κατά την οποία πρέπει να υποβληθεί ο ασθενής με χρόνια ηπατική νόσο και οξεία ηπατική ανεπάρκεια σε ΜΗ.

**Πίνακας 2.2****Αίτια ηπατικής βλάβης σε ενήλικες**

Πρωτοπαθής χολική κίρρωση
Πρωτοπαθής σκληρυντική κίρρωση
Δευτεροπαθής χολική κίρρωση
Κίρρωση Laënnec
Αυτοάνοση ηπατίτιδα
Κρυπτογενής κίρρωση
Κίρρωση από λοιμώδη ηπατίτιδα (A/B/C, non A/B/C, οξεία ή χρόνια)
Τραυματισμοί χοληδόχου πόρου ή απολίνωση ηπατικής αρτηρίας
Οξεία ηπατική κεραυνοβόλος ηπατική ανεπάρκεια, αγνώστου αιτιολογίας
Κίρρωση ή οξεία ηπατίτιδα από φάρμακα (πχ παρακεταμόλη)
Αλκοολική κίρρωση
Μεταβολικές νόσοι (κυρίως σε παιδιά)
Ανεπάρκεια A1-αντιθρυψίνης
Νόσος του Wilson
Αμυλοείδωση
Πολυκυστική νόσος του ήπατος
Πρωτοπαθή κακοήθη νεοπλάσματα ήπατος
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα</li> <li>• Χολαγγειοκαρκίνωμα</li> <li>• Ινοπεταλειώδες ηπάτωμα</li> </ul>
Σαρκοείδωση
Ινοκυστική νόσος του ήπατος
Αιμοχρωμάτωση

Πηγή: Κωστάκης Α. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;2:812

**Πίνακας 2.3****Χρονική στιγμή για ΜΗ**

<b>Χρόνια ηπατική νόσος</b>	<b>Οξεία ηπατική ανεπάρκεια</b>
Εγκεφαλοπάθεια	Παρατεταμένος χρόνος προθρομβίνης >100
Λεύκωμα ορού <25g/l	Όταν πληρούνται 3 από τα ακόλουθα κριτήρια:
Επιμένων ασκίτης	Ανεπάρκεια οφειλόμενη σε ηπατίτιδα ή σε
Επανελημμένες κισσορραγίες	φαρμακευτική αντίδραση
Κακή σίτιση	Ηλικία <10 ετών ή >40 ετών
Νεφρική δυσλειτουργία	Εμφάνιση ασκίτη >7ημέρες πριν την
Υπονατριάμια	εγκεφαλοπάθεια
Υποτροπιάζουσα βακτηριακή	Χρόνος προθρομβίνης >50sec
περιτονίτιδα	Χολερυθρίνη >300μmol/l

Πηγή: Κωστάκης Α. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;2:812

Συνοψίζοντας, η μεταμόσχευση ήπατος, θα πρέπει να αποτελεί τη θεραπεία εκλογής σε ασθενείς με τελικού σταδίου ηπατική ανεπάρκεια, όταν ο αναμενόμενος χρόνος ζωής είναι λιγότερο από ένα έτος και όταν η ποιότητα ζωής τους δεν είναι πλέον ανεκτή. Κάποιες επιπλοκές, όπως ασκίτης, κίρσορραγία, νεφρική ανεπάρκεια κ.λ.π, έχουν βαρύτητα στη λήψη της απόφασης για επιτάχυνση των διαδικασιών που αφορούν τη μεταμόσχευση.

## 2.3 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ

Προκειμένου να προσδιοριστεί η καλύτερη χρονική στιγμή για την υποβολή ενός ασθενούς σε ΜΗ έχουν δημιουργηθεί κάποια προγνωστικά μοντέλα, τα οποία αξιολογούν τη βαρύτητα της ηπατικής νόσου. Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα είναι το Child-Turcotte-Pugh(CTP) και το Model for End-Stage Liver Disease (MELD).

Το CTP προκύπτει βάσει 5 παραγόντων που έχουν επιλεγεί εμπειρικά και είναι η τιμή της λευκωματίνης και της χολερυθρίνης του ορού, η παρουσία εγκεφαλοπάθειας και ασκίτη και η τιμή του χρόνου προθρομβίνης<sup>(20)</sup>. Για κάθε έναν από αυτούς τους παράγοντες δίνονται από 1 έως 3 βαθμοί και προκύπτει μια βαθμολογία βάσει της οποίας ταξινομούνται οι ασθενείς σε ένα από τα τρία επίπεδα κινδύνου (Πίνακας 2.4).

**Πίνακας 2.4**

**Κατάταξη των κίρρωτικών ασθενών με βάση τα προγνωστικά κριτήρια κατά CTP**

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ		
Ασκίτης	-	±	+
Εγκεφαλοπάθεια	-	I-II	III-IV
Χολερυθρίνη mg/dL	1-2	2-3	>3
(σε PBC)	1-4	4-10	>10
Λευκωματίνη σε g/L	>35	28-35	<28
Παράταση χρόνου Quick σε sec	<4	4-6	>6
Βαθμοί	1	2	3
Στάδιο (βαθμοί)	A:5-6	B:7-9	C:>10

Πηγή: Ντουράκης Σ.Π. Μεταμόσχευση ήπατος σε ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2009;26(1):11

Το 1999 η UNOS (United Network for Organ Sharing) πρότεινε τη διαφοροποίηση των κανόνων που διέπουν τη κατανομή των οργάνων από πτωματικούς δότες σε ασθενείς με χρόνια ηπατική νόσο, σε ανταπόκριση των κατευθυντήριων γραμμών που είχε εκδώσει το Department of Health and Human Services και του Institute of Medicine (IOM). Οι νέοι κανόνες πρότειναν την αντικατάσταση του CTP από το MELD, ένα μοντέλο που δημιουργήθηκε από τη Mayo Clinic.

Το MELD score βασίζεται στις τιμές της χολερυθρίνης ορού, το χρόνο προθρομβίνης υπολογιζόμενο ως INR (International Normalized Ratio) και στη κρεατινίνη του ορού. Αργότερα προστέθηκε από την UNOS επιπλέον μία παράμετρος, η οποία συνίσταται,

στο αν ο ασθενής είχε υποβληθεί σε αιμοδιάλυση τουλάχιστον δύο φορές τη τελευταία εβδομάδα.

Τα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει αυτό το μοντέλο, είναι: α) ότι χρησιμοποιεί αντικειμενικές παραμέτρους, β) οι αντικειμενικές παράμετροι επηρεάζονται λιγότερο από κέντρο σε κέντρο απ'ότι η κατάταξη κατά Child και γ) η βαθμολόγηση MELD αυξάνει καθώς οι παράμετροι που τη συνιστούν χειροτερεύουν<sup>(21)</sup>. Το MELD score παρουσιάζει σαφή ανωτερότητα ως σύστημα ταξινόμησης, παρ'όλα αυτά, για ένα ποσοστό ασθενών 15 - 25 %, δεν είναι δυνατό να εκτιμηθεί με ακρίβεια η πρόβλεψη για την επιβίωση τους<sup>(22)</sup>.

Το MELD score είναι πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενο για τη κατάταξη των ασθενών στις λίστες αναμονής μοσχεύματος, εκτός από τις περιπτώσεις της κεραυνοβόλου ηπατίτιδας και της επαναμεταμόσχευσης, όπου ούτως ή άλλως δίνεται προτεραιότητα<sup>(23)</sup>. Οι ασθενείς κατηγοριοποιούνται βάσει του MELD score τους ως εξής:  $Meld < 15$ ,  $15 < Meld < 24$  και  $Meld > 25$ <sup>(24)</sup>. Κάποια κέντρα θεωρούν υψηλό MELD score = 25<sup>(25)</sup>, ενώ άλλα θεωρούν υψηλό score όταν  $\geq 30$ , ενώ σαν όριο τίθεται το MELD score = 15, αφού κάτω από αυτό το όριο η θνητότητα από την επέμβαση είναι μεγαλύτερη από αυτής της νόσου<sup>(26)</sup>.

Διάφοροι ερευνητές ασχολήθηκαν με το ρόλο της τιμής του Na ως προγνωστικού παράγοντα και κατέληξαν σε διάφορα συμπεράσματα όπως ότι τιμή Na ορού  $< 126$  mEq/L αποτελεί ανεξάρτητο δείκτη 3μηνιαίας και 6μηνιαίας θνησιμότητας στους ασθενείς με κίρρωση του ήπατος<sup>(27)</sup>, είτε ότι η θνησιμότητα αυξάνεται κατά 12% για κάθε μονάδα μείωσης της τιμής του Na, για τιμές από 120-135 mEq/L<sup>(28)</sup>. Βασιζόμενοι στις έρευνες το 2006 οι Biggins et al πρότειναν να τροποποιηθεί ο υπολογισμός του MELD score, προσθέτοντας τη τιμή του Na<sup>(29)</sup>.

Τον Ιανουάριο του 2016 το MELD score ενημερώθηκε, συμπεριλαμβάνοντας τη τιμή του Na ορού ως μία επιπλέον παράμετρο υπολογισμού του. Η προσθήκη αυτή επηρεάζει τα scores των υποψήφιων προς μεταμόσχευση με διαφορετικούς τρόπους. Ορισμένα scores δε θα αλλάξουν καθόλου, ενώ άλλα μπορεί να αυξηθούν από μερικούς πόντους έως και 11 πόντους, ιδιαίτερα σε υποψηφίους με τιμή Na  $< 128$  mEq/L<sup>(30)</sup>. Στο πίνακα 2.5 απεικονίζεται ο αριθμός των επιπλέον πόντων που θα λάβουν οι υποψήφιοι προς μεταμόσχευση, βασιζόμενος στο πρό-μεταμόσχευσης MELD score και στη τιμή του Na ορού.

Πίνακας 2.5

		Τιμές Νατρίου Ορού (mEq / L)												
		<=125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	>=137
MELD Score	<=11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	12	11	10	9	8	7	6	6	5	4	3	2	1	0
	13	11	10	9	8	7	6	5	4	4	3	2	1	0
	14	10	9	9	8	7	6	5	4	3	3	2	1	0
	15	10	9	8	7	7	6	5	4	3	2	2	1	0
	16	10	9	8	7	6	6	5	4	3	2	2	1	0
	17	9	8	8	7	6	5	5	4	3	2	2	1	0
	18	9	8	7	7	6	5	4	4	3	2	1	1	0
	19	8	8	7	6	6	5	4	3	3	2	1	1	0
	20	8	7	7	6	5	5	4	3	3	2	1	1	0
	21	8	7	6	6	5	4	4	3	3	2	1	1	0
	22	7	7	6	5	5	4	4	3	2	2	1	1	0
	23	7	6	6	5	4	4	3	3	2	2	1	1	0
	24	6	6	5	5	4	4	3	3	2	2	1	1	0
	25	6	5	5	4	4	3	3	2	2	1	1	0	0
	26	6	5	5	4	4	3	3	2	2	1	1	0	0
	27	5	5	4	4	3	3	3	2	2	1	1	0	0
	28	5	4	4	4	3	3	2	2	2	1	1	0	0
	29	4	4	4	3	3	3	2	2	1	1	1	0	0
	30	4	4	3	3	3	2	2	2	1	1	1	0	0
	31	4	3	3	3	2	2	2	1	1	1	1	0	0
	32	3	3	3	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0
	33	3	3	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0	0
	34	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	0	0	0
	35	2	2	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
	36	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
	37	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
	38	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Πηγή: <https://optn.transplant.hrsa.gov/news/meld-serum-sodium-policy-changes/>

Πίνακας 2.6

## ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ MELD ΚΑΙ MELD-NA

Τιμή INR  (mg/dl)

Τιμή χολερυθρίνης  (mg/dl)

Τιμή κρεατινίνης  (mg/dl)

Τιμή Νατρίου  (mEq/L)

Υποβλήθηκε ο ασθενής σε αιμοκάθαρση  No

τουλάχιστον 2 φορές τη περασμένη εβδομάδα;  Yes

MELD score:

MELD-NA score:

Πηγή: Mayo Clinic. Available at: <http://www.mayoclinic.org/medical-professionals/model-end-stage-liver-disease/meld-na-model>

Το σύστημα MELD απευθύνεται κυρίως σε ενήλικες, και σε περιπτώσεις αξιολόγησης ασθενών με πρωτοπαθή κακοήθεια του ήπατος ή οξεία ηπατική ανεπάρκεια, πα'όλα αυτά για τους ασθενείς με ηπατοκυτταρικό καρκίνο, κυριαρχεί η επιλογή βάσει των

κριτηρίων του Μιλάνου/UNOS. Σύμφωνα με αυτά τα κριτήρια υποψήφιοι για ΟΜΗ είναι ασθενείς με μονήρη όγκο μέχρι 5cm, ή με δύο ή τρεις όγκους μέχρι 3cm ο καθένας<sup>(15)</sup>. Βέβαια σε μια πρόσφατη μελέτη σχετικά με την επίδραση του MELD στη κατανομή των μοσχευμάτων σε σχέση με τη μεταμόσχευση ήπατος σε ασθενείς με ΗΚΚ, φέρεται να έχει θετικά αποτελέσματα.<sup>(31)</sup>

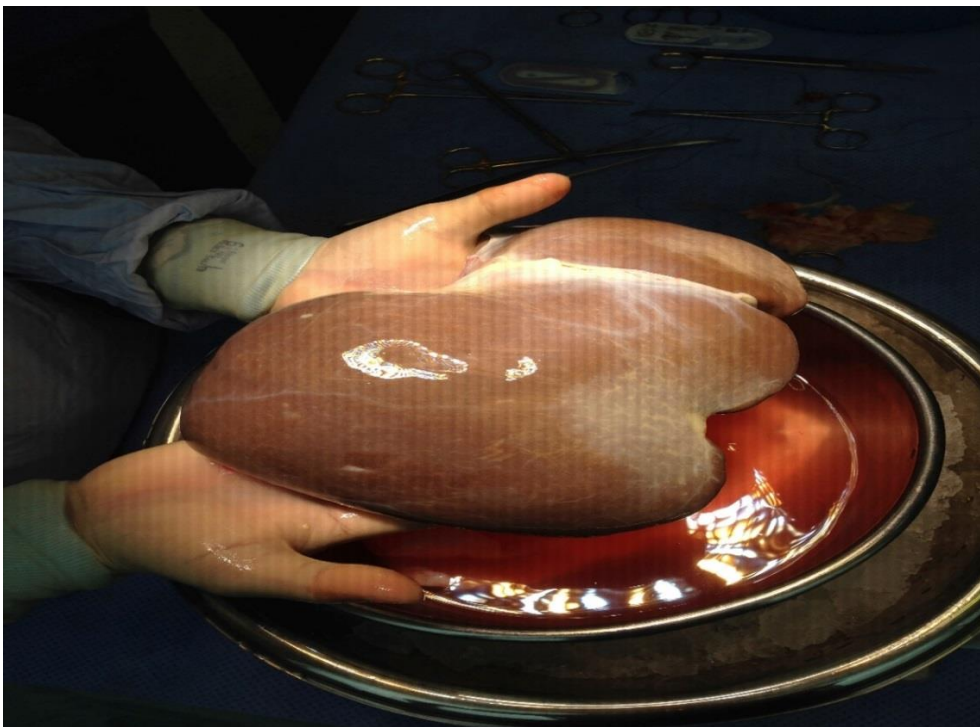
## 2.4 ΟΡΘΟΤΟΠΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

### 2.4.1 ΛΕΠΤΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

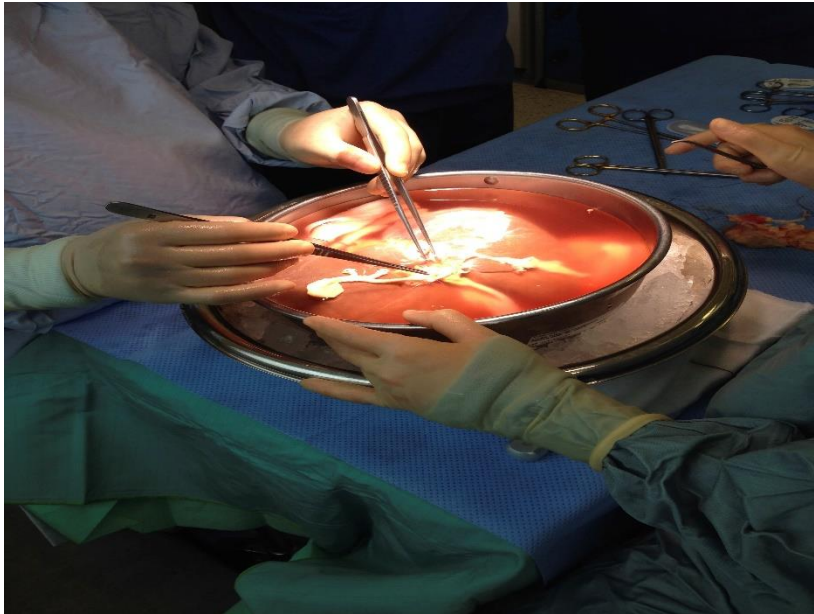
Η λεπτή παρασκευή του ηπατικού μοσχεύματος ξεκινά λίγη ώρα πριν την εισαγωγή του ασθενούς - λήπτη στην αναισθησία. Η προετοιμασία του μοσχεύματος εκτελείται σε ένα ξεχωριστό αποστειρωμένο τραπέζι της χειρουργικής αίθουσας. Το ήπαρ τοποθετείται σε μία αποστειρωμένη λεκάνη, η οποία περιέχει παγωμένο διάλυμα διατήρησης και περιβάλλεται από αποστειρωμένο πάγο (είτε σακούλα με πάγο, είτε τοποθετείται μέσα σε άλλη λεκάνη που περιέχει πάγο) (Εικόνα 2.1). Στη συνέχεια διενεργείται η προπαρασκευή του μοσχεύματος και ο έλεγχος του (έλεγχος της κάτω κοίλης φλέβας, της πυλαίας φλέβας και της ηπατικής αρτηρίας για διαφυγή και έλεγχος του χοληδόχου πόρου για πιθανή βλάβη κατά τη λήψη του μοσχεύματος), ώστε να είναι έτοιμο προς μεταμόσχευση (Εικόνα 2.2)<sup>(32)</sup>.

**Εικόνα 2.1**

#### **Διατήρηση του μοσχεύματος**



Πηγή: [http://www.vasileiosdrakopoulos.com/wp-content/uploads/2015/09/IMG\\_5044.jpg](http://www.vasileiosdrakopoulos.com/wp-content/uploads/2015/09/IMG_5044.jpg)

**Εικόνα 2.2****Προπαρασκευή του μοσχεύματος**

Πηγή: [http://www.vasileiosdrakopoulos.com/wp-content/uploads/2015/09/IMG\\_5041.jpg](http://www.vasileiosdrakopoulos.com/wp-content/uploads/2015/09/IMG_5041.jpg)

**2.4.2 ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ**

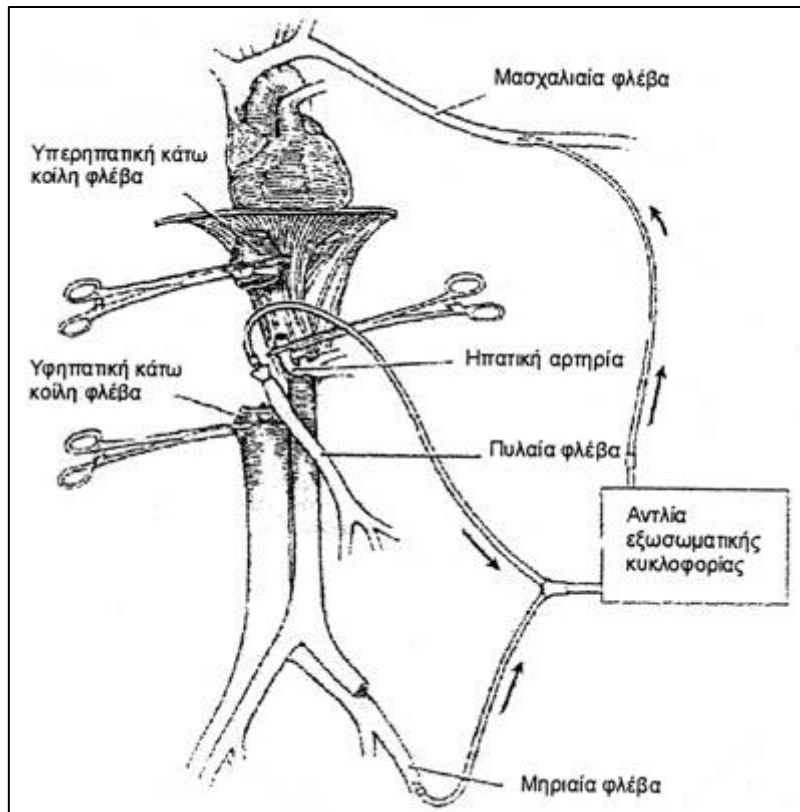
Η ΟΜΗ μπορεί να εκτελεστεί είτε με ολόκληρο ηπατικό μόσχευμα, είτε με τμήμα ηπατικού μοσχεύματος μετά από μείωση (cut down liver) ή μετά από διαίρεση ηπατικού μοσχεύματος (split liver), είτε με ηπατικό μόσχευμα από ζώντα δότη<sup>(32)</sup>.

Η διαδικασία ξεκινά με τη προετοιμασία του ασθενούς και τη χορήγηση αναισθησίας. Τοποθετούνται δύο μεγάλες περιφερικές φλέβες, ένας μεγάλος κεντρικός καθετήρας έγχυσης υγρών, καθετήρας Swan-Ganz, αρτηριακή γραμμή και ουροκαθετήρας. Εάν η εμπειρία του αναισθησιολόγου και η πηκτικότητα του αίματος του ασθενούς το επιτρέπουν, θα τοποθετηθεί μεγάλος καθετήρας στην αριστερή υποκλείδια φλέβα για φλέβο-φλεβική (Φ-Φ) παράκαμψη, διαφορετικά θα παρασκευαστεί η αριστερή μασχαλιαία φλέβα και η δεξιά σαφηνής φλέβα (όχι πάντα) και θα εισαχθούν ειδικοί ηπαρηνισμένοι καθετήρες (Εικόνα 2.3)<sup>(32)</sup>.



**Εικόνα 2.3**

**Σχηματική παράσταση της Φ-Φ παράκαμψης**



Πηγή: [http://www.iatrikionline.gr/Gastro\\_16/teknolog.htm](http://www.iatrikionline.gr/Gastro_16/teknolog.htm)

Στη συνέχεια εκτελείται αμφοτερόπλευρη υποχόνδρια τομή με μέση άνω προέκταση (Εικόνα 2.4).

**Εικόνα 2.4**

**Τομή λήπτη**



Πηγή: Αντωνίου Ε. Μεταμόσχευση ήπατος, ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ, Αλκ. Κωστάκης, Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε., Αθήνα 2004. σελ. 402-403



Αφού γίνει η χάραξη του δέρματος με το νυστέρι, χρησιμοποιείται η διαθερμία και ολοκληρώνεται η τομή και γίνεται απολίνωση και διατομή του στρογγυλού συνδέσμου<sup>(33)</sup>. Κατά τη διάρκεια της ΟΜΗ είναι απαραίτητη η χρήση της διαθερμίας για τον έλεγχο της αιμορραγίας που είναι συχνό φαινόμενο, λόγω των διαταραχών της πήκτικότητας που παρουσιάζουν οι ασθενείς αυτοί<sup>(33)</sup>. Κατά την είσοδο στη περιτοναϊκή κοιλότητα, ελέγχονται τα ενδοκοιλιακά όργανα και ψηλαφάται το ήπαρ για πιθανή κακοήθεια. Διατέμνονται οι ηπατικοί σύνδεσμοι: ο δρεπανοειδής, ο αριστερός τρίγωνος, ο στεφανιαίος και δεξιός τρίγωνος. Ακολουθώς παρασκευάζονται ανατομικά οι πύλες του ήπατος κατά το δυνατόν εγγύτερα στο ήπαρ. Γίνεται απολίνωση και διαίρεση του χοληδόχου πόρου και της ηπατικής αρτηρίας. Στη συνέχεια πραγματοποιείται παρασκευή της πυλαίας μετά το διχασμό της σε δεξιό και αριστερό κλάδο, τοποθετείται ατραυματική λαβίδα στο ανώτερο τμήμα της και περιφερικά, στους δύο κλάδους των οποίων τα άκρα κλείνονται με συνεχή ραφή. Διενεργείται κεντρική παρασκευή της πυλαίας φλέβας και ετοιμασία της για Φ-Φ παράκαμψη. Το ήπαρ κινητοποιείται ακόμη περισσότερο με την ανατομική παρασκευή της υπο- και υπερ-ηπατικής κάτω κοίλης φλέβας και την απολίνωση και διατομή της δεξιάς επινεφριδικής φλέβας. Γίνεται έλεγχος στους καθετήρες της Φ-Φ παρακάμψεως για πιθανό θρόμβο και συνδέονται με τους σωλήνες της αντλίας. Τοποθετούνται δύο ισχυρές αιμοστατικές λαβίδες στη κάτω κοίλη φλέβα, μία υφηπατικά και μία υπερηπατικά. Ακολουθεί διατομή της κάτω κοίλης φλέβας και αφαίρεση του ήπατος. Εκτελείται επιμελής αιμόσταση και ξεκινά η ετοιμασία της κάτω κοίλης φλέβας για την υπερηπατική αναστόμωση<sup>(32)</sup>.

Σειρά των αναστομώνσεων (Εικόνα 2.5):

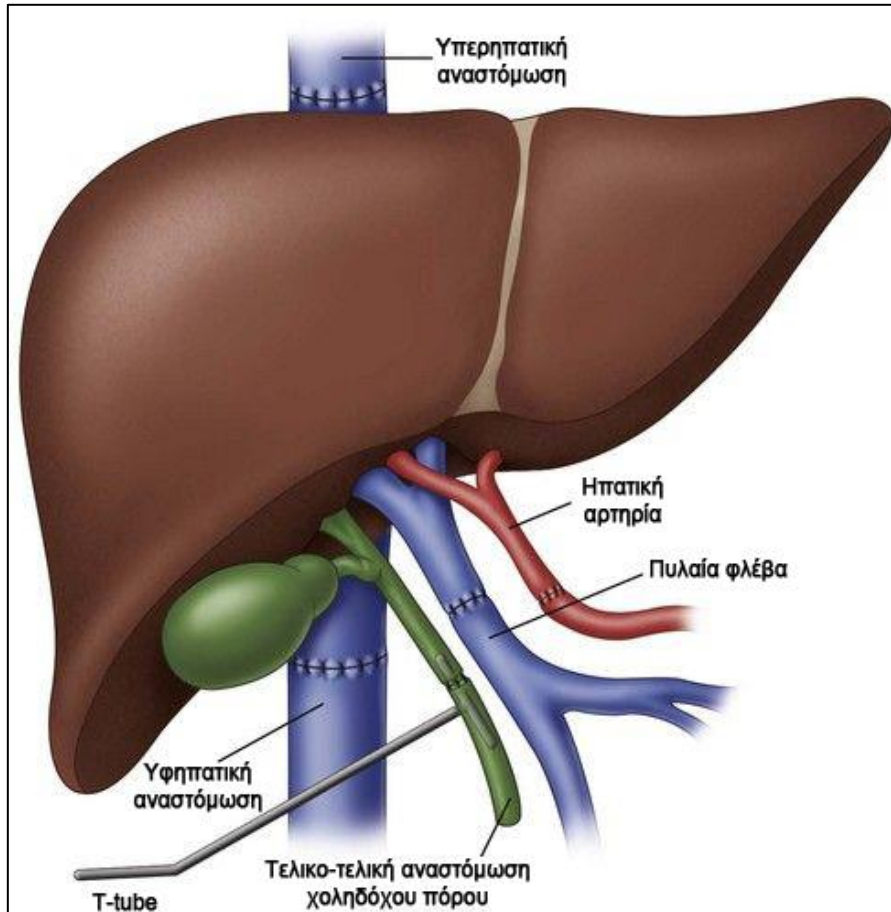
1. Υπερηπατική αναστόμωση
2. Υφηπατική αναστόμωση κάτω κοίλης φλέβας και τοποθέτηση μικρού καθετήρα για την έκπλυση του μοσχεύματος μετά τη δημιουργία των αναστομώνσεων.
3. Διακοπή της Φ-Φ παράκαμψης και αναστόμωση της πυλαίας φλέβας

Προκειμένου να αφαιρεθεί το υγρό διατήρησης από το ήπαρ, γίνεται έκπλυση αυτού με Dextrose 5% σε θερμοκρασία δωματίου ή με αίμα του λήπτη, μέσω του μικρού καθετήρα έκπλυσης, οπότε και αφαιρείται και δένονται τα ράμματα. Σχεδόν ταυτόχρονα ελευθερώνεται η πυλαία φλέβα, η υφηπατική κάτω κοίλη φλέβα και η υπερηπατική κάτω κοίλη φλέβα. Κατά τη διαδικασία της επαναιμάτωσης χρειάζεται διαρκής επαγρύπνηση και συνεργασία του χειρουργού και του αναισθησιολόγου, λόγω επικείμενων αιμοδυναμικών και μεταβολικών διαταραχών. Μετά την αιμοδυναμική σταθεροποίηση του ασθενούς, ακολουθεί η αιμόσταση. Κατόπιν διενεργείται η αναστόμωση της ηπατικής αρτηρίας και ολοκληρώνεται η πλήρης επαναιμάτωση του ήπατος. Ακολουθεί η αποκατάσταση της συνέχειας του χοληδόχου πόρου μέσω χολοκυστεκτομής και τελικοτελικής αναστόμωσης του. Σε περίπτωση που η ηπατική βλάβη του ασθενούς προκλήθηκε από πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειΐδα ή ο χοληδόχος πόρος δεν είναι κατάλληλος, τότε διενεργείται αναστόμωση του χοληδόχου πόρου με έλικα λεπτού εντέρου κατά Roux en Y<sup>(32)</sup>.

Τελειώνοντας της διαδικασία γίνεται ο τελικός έλεγχος αιμόστασης και τοποθετούνται μία ή δύο παροχετεύσεις. Λαμβάνεται βιοψία ήπατος (βιοψία χρόνου μηδέν, time zero biopsy) με βελόνα Maggini. Με ισχυρό ράμμα σε συνεχή ραφή γίνεται η σύγκλειση του κοιλιακού τοιχώματος, ενώ η σύγκλειση του δέρματος γίνεται με υποδόρια ραφή ή με μεταλλικά συρραπτικά<sup>(32)</sup>.

Εικόνα 2.5

## Αναστομώσεις ΟΜΗ



Πηγή: <http://pocketdentistry.com/21-organ-and-bone-marrow-transplantation/>

## "Piggyback" Τεχνική

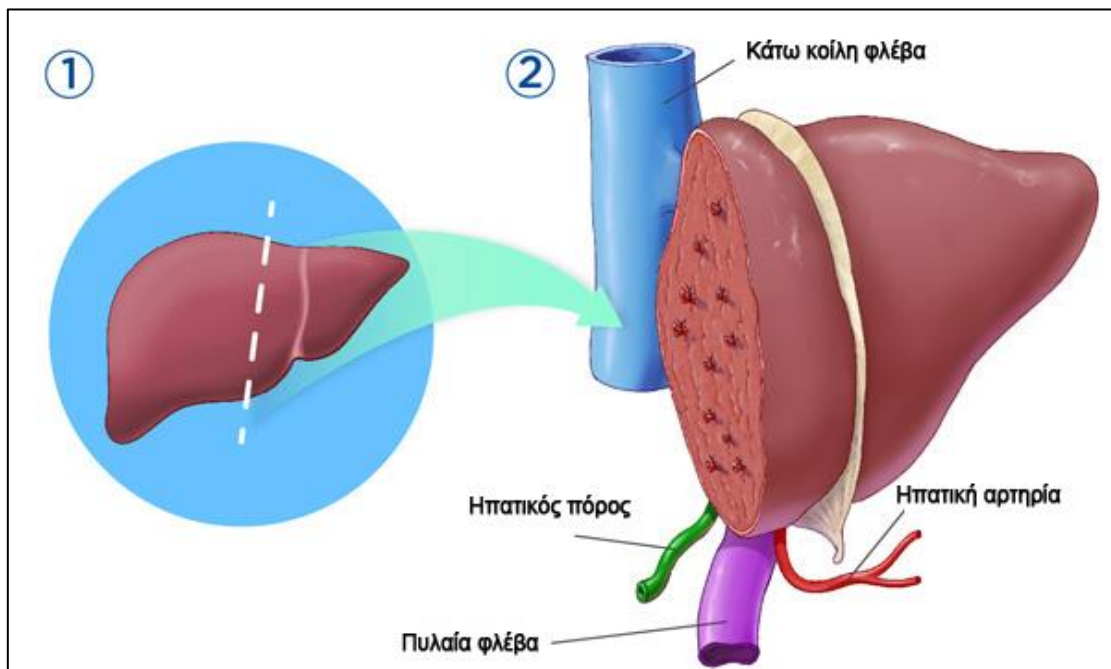
Κατά τη Piggyback τεχνική η συνέχεια της κάτω κοίλης φλέβας του λήπτη διατηρείται, το κάτω άκρο της κάτω κοίλης φλέβας του μοσχεύματος συρράπτεται και το άνω άκρο της αναστομώνεται στο σημείο συνάντησης των ηπατικών φλεβών. Με την τεχνική αυτή εξασφαλίζεται ασφαλής αναστόμωση, (ειδικά σε μη ανάλογου μεγέθους μοσχεύματα), του άνω άκρου της κάτω κοίλης φλέβας του δότη με αυτή του λήπτη, χωρίς να αποκλείεται η κάτω κοίλη φλέβα του λήπτη. Παράλληλα, εξίσου σημαντικό στοιχείο είναι ότι με αυτή τη τεχνική, αίμα από τη περιφέρεια παροχετεύεται μέσω της κάτω κοίλης φλέβας, καθ'όλη τη διάρκεια της επέμβασης<sup>(32)</sup>.

### Τεχνική ελαττωμένου μεγέθους ηπατικού μοσχεύματος (cut down liver)

Η τεχνική αυτή εφαρμόζεται στα παιδιά. Με αυτή τη τεχνική ο χειρουργός χρησιμοποιεί μόνο ένα τμήμα από το μόσχευμα, έτσι ώστε το παιδί-λήπτης να λάβει το σωστό μέγεθος μοσχεύματος, αποφεύγοντας την αναμονή για ολόκληρο μόσχευμα. Πιο συχνά επιλέγονται τα τμήματα I και III που συνιστούν τον αριστερό λοβό του μοσχεύματος και διατηρούνται η ηπατική αρτηρία, η πυλαία φλέβα και η κάτω κοίλη φλέβα. Η εμφύτευση του ήπατος γίνεται με την αναστόμωση στα αντίστοιχα αγγεία του λήπτη<sup>(32)</sup>. Μετά το χειρουργείο το σημείο του μοσχεύματος όπου έγινε η τομή ξεκινά την επούλωση, μέχρι πλήρους επουλώσεως. Το μόσχευμα θα συνεχίσει να μεγαλώνει παράλληλα με την ανάπτυξη του παιδιού. (Εικόνα 2.6)

Εικόνα 2.6

#### Τεχνική ελαττωμένου μεγέθους ηπατικού μοσχεύματος



Πηγή: <http://www.childrenscolorado.org/departments/transplant/liver/segmental-liver-transplant>

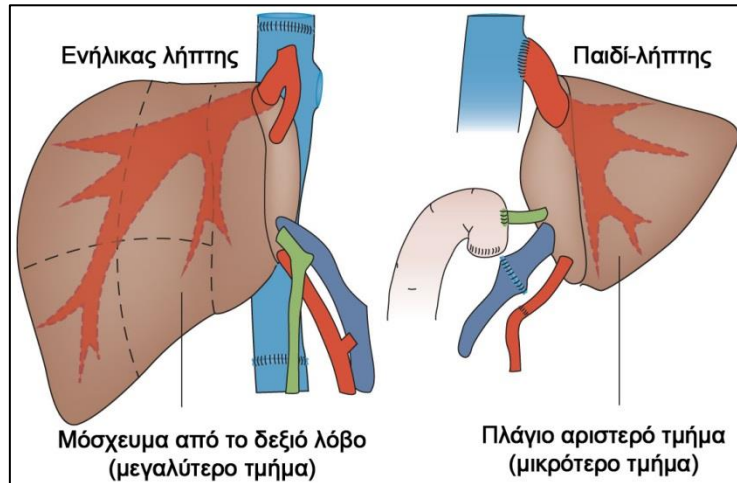
### Τεχνική διαίρεσης ηπατικού μοσχεύματος (split liver)

Λόγω της αυξανόμενης ζήτησης για ηπατικά μοσχεύματα, επινοήθηκε η διαίρεση ενός ηπατικού μοσχεύματος ενήλικα και η δημιουργία δύο μοσχευμάτων. Συνιστάται η διαίρεση να γίνεται ενώ το μόσχευμα βρίσκεται στο δότη, κατά τη λήψη του μοσχεύματος. Το μικρότερο τμήμα (αριστερό πλάγιο) μεταμοσχεύεται σε παιδί-λήπτη και διατηρεί την ιδίως ηπατική αρτηρία, το κύριο στέλεχος της πυλαίας φλέβας και τη κάτω κοίλη φλέβα. Το μεγαλύτερο (μόσχευμα από το δεξιό λοβό) μεταμοσχεύεται σε ενήλικα-λήπτη και διατηρεί τη δεξιά ηπατική αρτηρία, τη δεξιά πυλαία φλέβα, το δεξιό ηπατικό πόρο και τη δεξιά ηπατική φλέβα. Πέρα από τις αναστομώσεις που γίνονται

στα αντίστοιχα αγγεία του λήπτη, συχνά είναι αναγκαία και η χρήση αγγειακών μοσχευμάτων από τα λαγόνια αγγεία του δότη<sup>(33)</sup>. (Εικόνα 2.7)

**Εικόνα 2.7**

**Διαίρεση ηπατικού μοσχεύματος**



Πηγή: Gridelli B. Partial liver grafts are safe for young children. *Nat.Rev.Gstroenterol. Hepatol.* 2013;10:450-451





# 3

## ΟΓΚΟΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

---

- 3.1 ΓΕΝΙΚΑ
- 3.2 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ
- 3.3 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ
- 3.4 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ
- 3.5 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ
- 3.6 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ
- 3.7 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

# ΟΓΚΟΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

## 3.1 ΓΕΝΙΚΑ

**Η** χειρουργική ανέκαθεν κατείχε τη πρώτη θέση στη διάγνωση και θεραπεία των συμπαγών κυρίως όγκων. Με τη συνεχή εξέλιξη των διαγνωστικών και χειρουργικών τεχνικών, και επικουρικών θεραπειών (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ανοσοθεραπεία) επιτυγχάνονται πολύ καλά ποσοστά επιβίωσης και αποκατάσταση σε μεγάλο βαθμό της λειτουργικότητας του ασθενούς που πάσχει από καρκίνο.

Με τον όρο νεοπλασία αναφερόμαστε σε μία μάζα που έχει δημιουργηθεί λόγω ανώμαλης κυτταρικής ή ιστολογικής ανάπτυξης. Η νεοπλασία αναφέρεται σε διάφορους τύπους, συμπεριλαμβανομένων των μη καρκινικών ή καλοήθων όγκων, προκαρκινικών όγκων, in situ καρκινωμάτων και κακοήθων ή καρκινικών όγκων.

Ένας ευρέως χρησιμοποιούμενος ορισμός για το νεόπλασμα είναι αυτός που περιγράφηκε από τον Βρετανό Ογκολόγο R.A Willis το 1952 σύμφωνα με τον οποίο: *Όγκος είναι μία ανώμαλη μάζα ιστού, η ανάπτυξη της οποίας υπερβαίνει και δεν συντονίζεται με την ανάπτυξη του φυσιολογικού ιστού και η οποία εξακολουθεί να υπάρχει και μετά τη κατάργηση των ερεθισμάτων που την προκάλεσαν.*<sup>(34)</sup>

Για πρώτη φορά ο όρος "όγκος" περιγράφηκε στον πάπυρο του Ebers το 1500 π.Χ. Στη συνέχεια ο Ιπποκράτης (460-375 π.Χ) αναφέρθηκε σε "μορφώματα" και ο Γαληνός (131-203 μ.Χ) προσπάθησε να ταξινομήσει τους όγκους. Το 1660 ο Malpighi εξέτασε στο μικροσκόπιο καρκινικό ιστό (Πίνακας 3.1)<sup>(35)</sup>.

### Πίνακας 3.1

#### Ιστορική αναδρομή 1500π.Χ-596 μ.Χ

1. Πάπυρος του Ebers 1500π.Χ: περιγράφει όγκους
2. Ιπποκράτης 460-375π.Χ: περιγράφει μορφώματα
3. Γαληνός 131-203μ.Χ : ταξινομεί τους όγκους
4. Malpighi 1660μ.Χ : εξέτασε στο μικροσκόπιο κακοήθη ιστό
5. Pott 1775 : ενοχοποιεί την αιθάλη για καρκίνο του οσχέου
6. Unna 1895 : ενοχοποιεί την ηλιακή ακτινοβολία για καρκίνο του δέρματος
7. Rehn 1895 : ενοχοποιεί την ανιλίνη για καρκίνο του νεφρού
8. Rous 1911 : περιγράφει ανάπτυξη σαρκώματος εξ ιού σε κοτόπουλα
9. Doll και Hammond 1956 : κάπνισμα και καρκίνο του πνευμόνα

Οι όγκοι κατατάσσονται σε καλοήθεις ή κακοήθεις, συσχετίζοντας τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης και της συμπεριφοράς τους, με το τύπο και τη διάταξη των κυττάρων που προκύπτει μετά από την ιστολογική εξέταση (Πίνακας 3.2)<sup>(35)</sup>.

**Πίνακας 3.2**

**Κριτήρια που καθορίζουν την κακοήθεια ή καλοήθεια των όγκων**

<b>Συμπεριφορά Εμφάνιση</b>	<b>Καλοήθη</b>	<b>Κακοήθη</b>
Δομή και διαφοροποίηση	Τυπική των ιστών από τους οποίους προέρχονται	Άτυπη: σε κύτταρα. (Ετερογένεια-μεγάλοι βαθιά χρωματισμένοι πυρήνες διαφόρου μεγέθους, μορφής και άτυπες πυρηνοκινησίες)
Ανάπτυξη: Ρυθμός Τρόπος	Αργός με αύξηση του μεγέθους	Ταχύς ή πολύ ταχύς, με διήθηση των πέριξ ιστών και αύξηση του μεγέθους, αλλά ποτέ με κάψα
Πολικότητα	Τακτική κυτταρική δομή	Άτακτη κυτταρική δομή
Επέκταση	Αργή και μπορεί να είναι προοδευτική ή στάσιμη	Προοδευτική και συνήθως θανατηφόρα, αν μείνει χωρίς θεραπεία
Μεταστάσεις	Δεν παρατηρούνται	Παρουσιάζονται και επί αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας
Υποτροπή	Σπανιότατη	Συνήθης
Νέκρωση-Εξέλκωση	Ασυνήθης	Συνήθης
Γενικευμένη εκδήλωση	Ασυνήθης	Συνήθη
Κυτταρολογικά χαρακτηριστικά:		
Κλάσμα: πυρήνια/κυτόπλασμα	Φυσιολογικό	Αυξημένο
Κλάσμα: πυρήνια/πυρήνας	Φυσιολογικό	Αυξημένο
Χρώση πυρήνων	Φυσιολογικό	Αυξημένη
Χρώση κυττοπλάσματος	Φυσιολογικό	Αυξημένη
Τύποι μιτώσεων	Φυσιολογικό	Συνήθως ανώμαλοι
Αριθμός μιτώσεων	Λίγοι συνήθως	Συχνοί συνήθως

Πηγή: Γολεμάτης Β. *ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ*. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 1996;509



## 3.2 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

### ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Από το σύνολο των νεοπλασμάτων του στομάχου, το 7% αφορά σε καλοήθη νεοπλάσματα ή καλοήθη νοσήματα που δίνουν την εικόνα όγκων. Το 40% του συνόλου των καλοήθων νεοπλασμάτων αφορά επιθηλιακούς πολύποδες, 40% αφορά σε λειομύματα, ενώ στο υπόλοιπο 20% συγκαταλέγονται άλλοι σπανιότεροι όγκοι (Πίνακας 3.3)<sup>(36)</sup>.

**Πίνακας 3.3**  
**Καλοήθεις όγκοι στομάχου**

Πολύποδες
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Υπερπλαστικοί-Φλεγμονώδεις</li> <li>2. Αδενωματώδεις</li> <li>3. Μικτοί</li> <li>4. Οικογενής πολυποδίαση</li> <li>5. Αμαρτωματοειδής (Peutz-Jeghers)</li> </ol>
Καλοήθης υπερπλαστική γαστροπάθεια
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Νόσος του Menetrier</li> <li>2. Αδενωματώδους τύπου χωρίς υπεργαστριναιμία</li> <li>3. Ψευδολέμφωμα</li> </ol>
Ενδοτοιχωματικοί όγκοι
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Λειομύωμα</li> <li>2. Άλλοι μεσεγχυματικοί όγκοι: Λίπωμα, ίνωμα, οστέωμα, οστεοχόνδρωμα, νευρογενείς και αγγειακοί όγκοι</li> <li>3. Έκτοπο πάγκρεας</li> <li>4. Αδενομύωμα</li> <li>5. Ξανθέλασμα</li> </ol>
Φλεγμονώδεις όγκοι
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ηωσινοφιλική γαστρίτιδα, διάχυτη ή εντοπισμένη</li> <li>2. Καλοήθης ιστοκύττωση X</li> <li>3. Κοκκιωματώδεις παθήσεις: Σαρκοείδωση, Νόσος του Crohn</li> <li>4. Φυματίωση</li> <li>5. Σύφιλη</li> </ol>
Κύστεις
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Βλεννογονικές (βλεννοκήλες)</li> <li>2. Υποβλεννογόνιες</li> <li>3. Διπλασιασμού</li> </ol>
Διάφορες παθολογικές καταστάσεις
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Γαστρικοί κίρσοι</li> <li>2. Νόσος του Dieulafoy (Νόσος των ευρείας διαμέτρου αγγείων)</li> <li>3. Πυλωρική τηλαγγειεκτασία (watermelon stomach)</li> </ol>

## ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Τα τελευταία 50 χρόνια, η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου στομάχου έχει μειωθεί σημαντικά σε ολόκληρο το κόσμο<sup>(37,38)</sup>. Ο καρκίνος του στομάχου κατέχει τη τέταρτη θέση σε συχνότητα και τη δεύτερη θέση στη κατανομή των καρκίνων που οδηγούν στο θάνατο παγκοσμίως<sup>(39,40)</sup>. Οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου περιλαμβάνουν το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (*Helicobacter pylori*)<sup>(41-43)</sup>, το κάπνισμα<sup>(44,45)</sup>, τη παχυσαρκία<sup>(46,47)</sup>, περιβαλλοντικούς<sup>(37,48)</sup>, διαιτητικούς<sup>(49-51)</sup> και γενετικούς παράγοντες<sup>(52,53)</sup>. Η εμφάνιση συμπτωμάτων συμβαίνει εφόσον το νεόπλασμα αναπτυχθεί αρκετά και αφορά διαταραχές κινητικότητας του στομάχου και πυλωρική απόφραξη. Τα συνήθη συμπτώματα είναι: άλγος (σε ποσοστό 96%), δυσπεψία, αίσθημα ταχείας πλήρωσης του στομάχου, απώλεια όρεξης, αδυναμία και απώλεια σωματικού βάρους. Η διάγνωση τίθεται με ακτινολογικό έλεγχο, ενδοσκόπηση και λήψη βιοψίας. Η προτεινόμενη αντιμετώπιση κατά κανόνα είναι η χειρουργική, ενώ η χειρουργική τεχνική που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από την ανατομική θέση του νεοπλασματος, το στάδιο του καρκινώματος και το βαθμό του εγχειρητικού κινδύνου και των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Κατά τη χειρουργική επέμβαση διενεργείται αφαίρεση του όγκου με συναφαίρεση τμήματος ή ολόκληρου του στομάχου με εγχειρητικά όρια ελεύθερα νεοπλασματικής διηθήσεως, συναφαίρεση λεμφαδένων και αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού σωλήνα<sup>(36)</sup>.

Τα κακοήθη νεοπλάσματα του στομάχου είναι:

1. Αδενοκαρκίνωμα (καρκίνος του στομάχου)
2. Λέμφωμα
3. Μεσεγχυματικοί όγκοι
  - Λειομυοσάρκωμα
  - Στρωματικοί όγκοι

**Αδενοκαρκίνωμα.** Το αδενοκαρκίνωμα του στομάχου είναι το πιο συχνό (90%) κακοήθες νεόπλασμα του στομάχου<sup>(37)</sup>. Περιορίζεται στο βλεννογόνο ή στην υποβλεννογόνια στοιβάδα, ανεξαρτήτως λεμφαδενικών μεταστάσεων. Εμφανίζεται κυρίως στη μέση ηλικία με μέσο όρο ηλικίας τα 69 έτη για τους άνδρες και τα 73 έτη για τις γυναίκες<sup>(54)</sup>, ενώ τα συμπτώματα μπορεί να είναι άλγος, δυσπεψία, ναυτία, έμετοι, ανορεξία και σημεία αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό<sup>(54)</sup>. Η διάγνωση τίθεται με ακτινολογικό έλεγχο και ενδοσκόπηση και επιβεβαιώνεται με τη λήψη πολλαπλών βιοψιών. Η χειρουργική τεχνική που συνίσταται είναι η υφολική γαστρεκτομή με εγχειρητικά όρια 5cm από το νεόπλασμα σε συνδυασμό με λεμφαδενικό καθαρισμό<sup>(36,54)</sup>.

### Μεσεγχυματικοί όγκοι:

**α) Σάρκωμα.** Το λειομυοσάρκωμα προέρχεται από τις λείες μυικές ίνες του στομάχου, είναι ο πιο συχνός κακοήθης μεσεγχυματικός όγκος και προσβάλλει περισσότερο τους άνδρες. Είναι μεγάλοι όγκοι, με μέση διάμετρο 11cm, με νεκρώσεις στο εσωτερικό τους,

με περιοχές αιμορραγικής διηθήσεως και εξελκώσεις του υπερκείμενου βλεννογόνου. Τα σαρκώματα διηθούν τους γύρω ιστούς και αιματογενώς μεθίστανται κυρίως στο ήπαρ. Τα συμπτώματα είναι άλγος, ναυτία, έμετοι, ανορεξία, απώλεια βάρους και αρκετά συχνά αιμορραγία. Η διάγνωση τίθεται με βαριούχο γεύμα, ενδοσκοπηση του ανώτερου πεπτικού, αξονική τομογραφία και ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα. Η χειρουργική τεχνική που συνιστάται είναι η υφολική γαστρεκτομή με εγχειρητικά όρια 2-4cm από το σάρκωμα, χωρίς απαραίτητα να γίνει λεμφαδενικός καθαρισμός<sup>(36)</sup>.

**β) Στρωματικοί όγκοι.** Οι στρωματικοί όγκοι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους ανευρίσκονται στο στόμαχο και το μέγεθος τους έχει εύρος από λίγα mm έως 15cm. Το συνηθέστερο σύμπτωμα τους είναι η αιμορραγία. Συνίσταται η χειρουργική αφαίρεση τους με ασφαλή όρια. Αρκετά συχνά υποτροπιάζουν τοπικά<sup>(36)</sup>.

**Λέμφωμα στομάχου.** Το λέμφωμα του στομάχου είναι ο πίο συχνός τύπος εξωλεμφαδενικού non-Hodgkin's λεμφώματος<sup>(55)</sup>, αποτελεί το δεύτερο σε συχνότητα κακοήθες νεόπλασμα του στομάχου και είναι πίο συχνό σε ηλικίες άνω των 50 ετών. Παρά το γεγονός ότι αποδεδειγμένα θεωρείται η λοίμωξη με ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, σημαντικός παράγοντας κινδύνου για το γαστρικό λέμφωμα<sup>(56,57)</sup>, δεν έχει ακόμα ξεκαθαριστεί εάν επιδρά στη καρκινογένεση όλων των υποτύπων του<sup>(58)</sup>. Ανάλογα τη μασκροσκοπική εμφάνιση του μπορεί να είναι διηθητικό, ελκωτικό, οζώδες, πολυποειδές ή μικτό. Τα πίο συχνά συμπτώματα είναι άλγος, ναυτίες, έμετοι και αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό. Η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική αντιμετώπιση που σκοπό έχει την εκτομή του όγκου και των λεμφαδενικών μεταστάσεων<sup>(36)</sup>. Πρώτη γραμμή θεραπείας για αρχικού σταδίου λέμφωμα και όταν η νεοπλασία περιορίζεται στο στομάχι και τους γύρω λεμφαδένες, είναι η εκκρίωση της λοίμωξης από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού<sup>(55,59,60)</sup>. Η μέθοδος αυτή προκαλεί ύφεση του λεμφώματος, παρ'όλα αυτά ένα ποσοστό 20-25% των ασθενών δεν ανταποκρίνεται. Στους ασθενείς αυτούς προτείνεται η εφαρμογή είτε χημειοθεραπείας, είτε ακτινοθεραπείας, από το European Society of Medical Oncology<sup>(59)</sup>. Σε συγκεκριμένες περιπτώσεις συστήνεται η χειρουργική θεραπεία<sup>(55)</sup>. Οι συνήθεις χειρουργικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι η ολική γαστρεκτομή με οισοφαγονηστιδική κατά Roux-en-Y αναστόμωση, ο λεμφαδενικός καθαρισμός και - σε περίπτωση διηθήσεως του σπληνός - η σπληνεκτομή<sup>(36)</sup>.

### 3.3 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

#### ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Τα καλοήθη νεοπλάσματα του δωδεκαδακτύλου αφορούν λιπώματα, ινώματα και λειομυώματα, τα οποία συνήθως δεν έχουν συμπτώματα. Αφαίρεση, είτε με

ενδοσκόπηση (τα έμμισχα), είτε με χειρουργική επέμβαση (αυτά που έχουν ευρεία βάση) συνίσταται για τα λαχνωτα θηλώματα, τα οποία προκαλούν αιμορραγία ή απόφραξη του φύματος του Vater. Σε περίπτωση κακοήθους εξαλλαγής των λαχνωτών θηλωμάτων συνίσταται η διενέργεια παγκρεατο-δωδεκαδακτυλεκτομής (Whipple)<sup>(36)</sup>.

### ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Τα κακοήθη νεοπλάσματα του δωδεκαδακτύλου περιλαμβάνουν αδenoκαρκινώματα, λειομυοσαρκώματα, λεμφώματα. Η συνήθης συμπτωματολογία περιλαμβάνει άλγος, αιμορραγία ή απόφραξη, διαγιγνώσκονται ακτινολογικά και με ενδοσκόπηση και η θεραπεία εκλογής είναι η παγκρεατο-δωδεκαδακτυλεκτομή (Whipple)<sup>(36)</sup>.

## 3.4 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

### ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Τα καλοήθη νεοπλάσματα του λεπτού εντέρου (Πίνακας 3.4) είναι σχετικά σπάνια (1-2% των νεοπλασμάτων του γαστρεντερικού συστήματος<sup>(61)</sup>) και ανακαλύπτονται σε τυχαίο έλεγχο, μιας και το 50% είναι ασυμπτωματικά, ενώ προκαλούν απόφραξη ή εντερορραγία<sup>(62)</sup>. Η απόφραξη ή εντερορραγία, το ενδεχόμενο εμφάνισης επιπλοκών, καθώς και η αδυναμία σίγουρης ιστολογικής διάγνωσης καθιστούν ως θεραπεία εκλογής τη χειρουργική αντιμετώπιση, κατά την οποία διενεργείται εντερεκτομή και αναστόμωση σε ένα χρόνο, ενώ σε μικρού μεγέθους νεοπλάσματα μπορεί να γίνει μόνο εντεροτομή και εκτομή των όγκων. Συστήνεται εκτεταμένος έλεγχος σε ολόκληρο το λεπτό έντερο, μέσω του οποίου θα αποκλειστεί η ύπαρξη άλλων νεοπλασμάτων σε άλλη θέση<sup>(37)</sup>.

#### Πίνακας 3.4

##### Καλοήθη νεοπλάσματα λεπτού εντέρου<sup>(61)</sup>

1. Αδενώματα (ποσοστό εμφάνισης 30-35%)
2. Λειομυώματα (ποσοστό εμφάνισης 22-43%)
3. Λιπώματα (ποσοστό εμφάνισης 8-20%)
4. Σύνδρομο Peutz-Jeghers
5. Αιμαγγειώματα (ποσοστό εμφάνισης 0.3%)

## ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Τα κακοήθη νεοπλάσματα εκδηλώνονται συνήθως με απόφραξη ή εντερορραγία και η χειρουργική αντιμετώπιση συνίσταται στην ευρεία εκτομή του πάσχοντος τμήματος του λεπτού εντέρου και συναφαίρεση των επιχωρίων λεμφογαγγλίων.

**Αδενοκαρκίνωμα.** Τα αδενοκαρκινώματα αφορούν το 30-50% των κακοήθων νεοπλασμάτων του λεπτού εντέρου<sup>(63,64)</sup>. Η συνήθης συμπτωματολογία περιλαμβάνει απώλεια βάρους, εντερορραγία, αναιμία, αποφρακτικό ειλεό, ίκτερο. Η χειρουργική αντιμετώπιση περιλαμβάνει εκτεταμένη εντερεκτομή και τελικοτελική αναστόμωση, ενώ σε περιπτώσεις εντοπισμού του αδενοκαρκινώματος στο άπω τμήμα του ειλεού συνιστάται η διενέργεια δεξιάς κολεκτομής<sup>(66)</sup>.

**Σάρκωμα-Λειομυοσάρκωμα.** Τα σαρκώματα αφορούν το 10-20% των κακοήθων νεοπλασμάτων του λεπτού εντέρου<sup>(61)</sup>. Μεθίστανται είτε κατά συνέχεια ιστού, είτε αιματογενώς, συνήθως στο ήπαρ, τους πνεύμονες ή τα οστά. Η χειρουργική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τμηματική εντερεκτομή μαζί με το ανάλογο μεσεντέριο<sup>(66)</sup>.  
**Λέμφωμα.** Το λέμφωμα αφορά το 15-20% των κακοήθων νεοπλασμάτων και συνήθως είναι non-Hodgkin λέμφωμα από Β-κύτταρα<sup>(61,63,65)</sup>. Η συμπτωματολογία περιλαμβάνει αδυναμία, εύκολη κόπωση, απώλεια βάρους και ακαθόριστο άλγος στη κοιλιακή χώρα. Λιγότερα συχνά παρατηρούνται σύνδρομο δυσαπορρόφησης ή συμπτώματα οξείας κοιλίας<sup>(63)</sup>. Εντοπίζεται κυρίως στον ειλεό, λόγω μεγαλύτερης συγκεντρώσεως λεμφικού ιστού στο εντερικό τοίχωμα. Η χειρουργική τεχνική αφορά την εκτομή του πάσχοντος τμήματος του λεπτού εντέρου με ευρύ τμήμα μεσεντερίου<sup>(66)</sup>.

**Καρκινοειδείς όγκοι.** Οι καρκινοειδής όγκοι αποτελούν το 20-40% των πρωτοπαθών κακοήθων νεοπλασμάτων του λεπτού εντέρου και η μέση ηλικία εμφάνισης είναι τα 60 έτη<sup>(63)</sup>. Εκκρίνουν νευροορμονικές ουσίες, κυρίως σεροτονίνη, και εντοπίζονται πίο συχνά στο τελικό ειλεό. Όγκοι διαμέτρου 2-3cm χορηγούν μεταστάσεις σε ποσοστό 50%, ενώ όγκοι >2cm σε ποσοστό 90%<sup>(37,63)</sup>. Η χειρουργική τεχνική αφορά την ευρεία τμηματική εντερεκτομή, όταν ο όγκος εντοπίζεται στο τελικό ειλεό συνίσταται και δεξιά κολεκτομή, ενώ σε εντόπιση στο δωδεκαδάκτυλο συνίσταται παγκρεατο δωδεκαδακτυλεκτομή<sup>(66)</sup>.

### 3.5 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

#### ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ

Ο πολύποδας αποτελεί μια μάζα που προβάλλει μέσα στον αυλό του εντέρου, παρουσιάζει αυξημένη συχνότητα και είναι δυνατό να εξαλλαγεί σε αδενοκαρκίνωμα ή να συνυπάρχει με αδενοκαρκίνωμα<sup>(67)</sup>. Οι περισσότεροι καρκίνοι του παχέος εντέρου

προέρχονται από αδενωματώδεις πολύποδες<sup>(68)</sup>. Όταν οι αδενωματώδεις πολύποδες ταξινομούνται βάσει ηλικίας και γεωγραφικής θέσης, η συχνότητα τους ποικίλλει ανάλογα με τη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του παχέος εντέρου<sup>(69)</sup>. Σε ποσοστό >33% των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική εκτομή του καρκίνου, συνυπάρχει τουλάχιστον ένας ή περισσότεροι πολύποδες<sup>(68)</sup>. Η ύπαρξη πολυπόδων στο παχύ εντέρο διπλασιάζει το κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου μεταγενέστερα<sup>(70)</sup>. Οι άμισχοι πολύποδες είναι πιά πιθανό να εξαλλαγούν σε κακοήθεια, απ'ότι οι έμισχοι<sup>(67)</sup>. Η πλειοψηφία των πολυπόδων είναι καλοήθης (π.χ αμάρτωμα, υπερπλαστικοί πολύποδες), γι' αυτό και είναι ιδιαίτερα σημαντική η διαφορική διάγνωση τους από τους προκαρκινικούς πολύποδες. Ο κίνδυνος εξαλλαγής ενός πολύποδα σε κακοήθεια συνδέεται με το μέγεθος του<sup>(68)</sup>. Πολύποδες <1cm σχετίζονται με συχνότητα εμφάνισης καρκίνου μικρότερη του 1%, ενώ πολύποδες >2cm σχετίζονται με συχνότητα εμφάνισης καρκίνου της τάξης του 50%<sup>(71)</sup>. Η θεραπεία εκλογής για τους πολύποδες είναι η εκτομή τους, καθώς μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα, να εξαλλαγούν σε κακοήθεια ή να είναι ήδη κακοήθεις (2-4%). Οι μικροί πολύποδες αφαιρούνται ενδοσκοπικά. Εάν δεν καθίσταται δυνατή η ενδοσκοπική αφαίρεση τους ή εάν δεν έχει πραγματοποιηθεί σε ασφαλή όρια, εάν οι βλάβες είναι μεγάλες και άμισχες, τότε συνίσταται ανοικτή ή λαπαροσκοπικώς υποβοηθούμενη κολεκτομή και αφαίρεση του πολύποδα<sup>(67)</sup>. Στο Πίνακα 3.5 παρουσιάζεται ο τύπος και η ιστολογική διάγνωση για τους πολύποδες.

Πίνακας 3.5

<b>ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ</b>	
<b>ΤΥΠΟΣ</b>	<b>ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</b>
Νεοπλασματικοί	Αδενωματώδεις Σωληνώδεις αδένωμα (ποσοστό εμφάνισης 5%) (αδενωματώδης πολύποδας) Σωληνολαχνωτό αδένωμα Λαχνωτό αδένωμα Καρκίνος
Αμαρτώματα	Νεανικοί πολύποδες Σύνδρομο Peutz-Jeghers
Φλεγμονώδεις	Φλεγμονώδεις πολύποδες (Ψευδοπολύποδες) Καλοήθεις λεμφικοί πολύποδες
Αταξινόμητοι	Υπερπλαστικοί πολύποδες
Διάφοροι	Λίπωμα, Λειομύωμα, Καρκινοειδή

Πηγή: Παπαχριστοδούλου Α. Παθήσεις του Παχέος Εντέρου. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Κωστάκης Α. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;2:1067

## ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί τη πιο συχνή κακοήθη πάθηση του γαστρεντερικού συστήματος και αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας παγκοσμίως<sup>(72)</sup>. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο τρίτος πιο κοινός καρκίνος και η τέταρτη πιο κοινή αιτία θανάτου παγκοσμίως<sup>(73)</sup>. Προσβάλλει ισότιμα άνδρες και γυναίκες. Στο δεξιό κόλο εμφανίζεται σε ποσοστό 25%, στο εγκάρσιο σε ποσοστό 10%, στο κατίον σε ποσοστό 15%, στο σιγμοειδές σε ποσοστό 20% και στο ορθό σε ποσοστό 30%. Ο καρκίνος του ορθοσιγμοειδούς είναι δυνατό να διαγνωσθεί μόνο με δακτυλική εξέταση και ορθοσιγμοειδοσκόπηση<sup>(67)</sup>. Στους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται οι μη τροποποιήσιμοι (ηλικία, προσωπικό ιστορικό αδενωμάτων πολυποδίασης, προσωπικό ιστορικό φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου κ.α) και οι περιβαλλοντικοί (δίαιτα, απουσία άσκησης, παχυσαρκία, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ)<sup>(72)</sup>.

Η πιο συχνή μορφή καρκίνου του παχέος εντέρου είναι το αδενοκαρκίνωμα, ακολουθεί ο κολλοειδής ή βλεννώδης καρκίνος και σε ποσοστό 5% ο αμετάπλαστος καρκίνος, ο οποίος έχει πολύ κακή πρόγνωση<sup>(67)</sup>.

Μακροσκοπικά εντοπίζονται οι εξής μορφές καρκίνου:

1. Πολυποειδής ή ανθοκραμβοειδής τύπος
2. Ελκωτικός καρκίνος
3. Δακτυλιοειδής ή στενωτικός τύπος καρκίνου
4. Διηθητικός καρκίνος
5. Κολλοειδής καρκίνος

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μεθίσταται κατά συνέχεια ιστών, δια της λεμφικής οδού, δια της αιματικής οδού, στη περιτοναϊκή κοιλότητα, περινευρικά και ενδοαυλικά. Η συμπτωματολογία διαφέρει αναλόγως της εντόπισης, του ιστολογικού τύπου και της έκτασης του καρκίνου. Ο καρκίνος του δεξιού κόλου προκαλεί αναιμία, με συνοδά ωχρότητα, εύκολη κόπωση, ζάλη, αδυναμία και δύσπνοια μετά από κόπωση, καθώς και διάφορα δυσπεπτικά ενοχλήματα ή και πόνο στη δεξιά κοιλία. Ο καρκίνος του αριστερού κόλου εκδηλώνεται με αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου, παρουσία αίματος και βλέννας στα κόπρανα, καθώς και πλήρη ή μερική εντερική απόφραξη. Τέλος, ο καρκίνος του ορθού προκαλεί επίμονη αποβολή καθαρού αίματος, τεινεσμό και αίσθημα ατελούς αφοδεύσεως<sup>(67,68)</sup>.

Η θεραπεία εκλογής για το καρκίνο του παχέος εντέρου είναι η χειρουργική αντιμετώπιση. Οι χειρουργικές επεμβάσεις που διενεργούνται μπορεί να είναι παρηγορητικές ή ριζικές.

Οι παρηγορητικές χειρουργικές επεμβάσεις επιλέγονται όταν δεν είναι δυνατή η εκτομή του πρωτοπαθούς όγκου ή όταν υπάρχουν μεταστάσεις. Παρ'όλα αυτά ο πρωτοπαθής όγκος θα πρέπει να αφαιρείται σε κάθε περίπτωση, αφού είναι δυνατό να προκαλέσει απόφραξη ή αιμορραγία.

Η ριζική χειρουργική επέμβαση συνίσταται στην εκτομή μεγάλου τμήματος του εντέρου με συναφαίρεση του μεσοκόλου. Κατά τη ριζική εκτομή αφαιρούνται 4cm υγιούς εντέρου περιφερικά του όγκου, ενώ για το ορθό συστήνεται η αφαίρεση 2cm υγιούς ιστού προκειμένου να διατηρηθεί ο σφιγκτηριακός μηχανισμός<sup>(67)</sup>.

### 3.6 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

#### ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Τα καλοήθη νεοπλάσματα του ήπατος ταξινομούνται ιστολογικά στο πίνακα 3.6.

Πίνακας 3.6

<b>ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΗΠΑΤΟΣ</b>	
<b>Ηπατοκυτταρικά νεοπλάσματα:</b>	Αδένωμα Εστιακή οζώδης υπερπλασία Οζώσης αναγεννητική υπερπλασία
<b>Χολαγγειοκυτταρικά νεοπλάσματα:</b>	Αδένωμα χοληδόχου πόρου Κυσταδένωμα των χοληφόρων
<b>Αγγειακά:</b>	Αιμαγγείωμα Νεογνικό αιμαγγειοενδοθηλίωμα Συγγενής αιμορραγική τηλεαγγειεκτασία
<b>Άλλα:</b>	Μεσεγχυματικό αμάρτωμα Λειομύωμα Ίνωμα Λίπωμα Λεμφαγγειομάτωση Όγκος επινεφριδικού υπολλείματος Έκτοπος παγκρεατικός ιστός Φλεγμονώδης ψευδοόγκος Τοπική υπερσυσσώρευση λίπους

ΠΗΓΗ: Καρατζάς Γ, Πατάπης Π. Παθήσεις του ήπατος και των χοληφόρων. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Κωστάκης Α. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;2:1126

**Αδένωμα.** Το αδένωμα είναι ένας ασυνήθιστος καλοήθης όγκος. Το 90% των ασθενών με αδένωμα είναι γυναίκες 20-40 ετών. Το μέγεθος του ποικίλλει από μερικά χιλιοστά έως μία μεγάλη μάζα που καταλαμβάνει σχεδόν ολόκληρο το ήπαρ. Παρουσιάζει υψηλή πιθανότητα αιμορραγίας, ενώ ένα ποσοστό <10% εξαλλάσσεται σε καρκίνο<sup>(74,75)</sup>. Τα αδενώματα σχετίζονται με τη χρήση αντισυλληπτικών, τη χρήση οιστρογόνων εκτός αντισυλληψέως, τη χρήση ανδρογόνων, το σακχαρώση διαβήτη, τις γλυκογονιώσεις και



την αιμοσιδήρωση<sup>(74-76)</sup>. Η συμπτωματολογία περιλαμβάνει κοιλιακό πόνο<sup>(74)</sup> και σε ποσοστό 33% αναφέρεται διαρραγή του αδενώματος και αιμορραγία<sup>(77)</sup>. Η θεραπεία συνίσταται στη διακοπή των αντισυλληπτικών χαπιών, εάν αναφέρεται η χρήση τους, καθώς έχει αναφερθεί πλήρης υποστροφή του αδενώματος μετά τη διακοπή των αντισυλληπτικών. Χειρουργική αφαίρεση προτείνεται για αδενώματα που προκαλούν συμπτώματα, που δεν υπέστρεψαν και που πρωτοεμφανίζονται με ενδοκοιλιακή αιμορραγία<sup>(76)</sup>.

**Αιμαγγείωμα.** Το αιμαγγείωμα αποτελεί τον πιο κοινό όγκο του ήπατος<sup>(75)</sup>. Τα περισσότερα αιμαγγείωματα είναι μικρού μεγέθους και ασυμπτωματικά, αναφέρονται δε και αρκετές περιπτώσεις αιμαγγειωμάτων μεγάλου μεγέθους, ενώ σε περιπτώσεις διάχυτης αιμαγγειωμάτωσης καταλαμβάνουν και ολόκληρο το ήπαρ. Μόνο το 10% των αιμαγγειωμάτων είναι πολλαπλά και μπορεί να φτάσουν τα 27cm<sup>(75,76)</sup>. Τα περισσότερα αιμαγγείωματα είναι ασυμπτωματικά, παρ' όλα αυτά τα μεγάλα σε μέγεθος μπορεί να προκαλέσουν κοιλιακή δυσφορία ή πόνο<sup>(75)</sup>. Επιπλοκές είναι δυνατό να συμβούν, όμως σπάνια, και περιλαμβάνουν: 1. φλεγμονή<sup>(78)</sup> 2. διαταραχές πήξεως 3. αιμορραγία 4. συμπίεση γειτονικών ιστών<sup>(75)</sup>. Χειρουργική αντιμετώπιση συνίσταται όταν το αιμαγγείωμα είναι συμπτωματικό (πυρετός, πόνος), όταν υπάρχει κίνδυνος ρήξης του ή όταν υπάρχει η υποψία κακοήθειας<sup>(39)</sup>.

**Εστιακή οζώδης υπερπλασία.** Η εστιακή οζώδης υπερπλασία αποτελεί τον δεύτερο πιο κοινό όγκο του ήπατος και είναι πιο συχνός σε γυναίκες στην αναπαραγωγική ηλικία <sup>(75)</sup>. Δεν προκαλεί συμπτώματα, παρά μόνο σε ένα ποσοστό 10% προκαλεί ήπιο χρόνιο διαλείποντα κοιλιακό πόνο. Εάν δεν είναι σαφής η διάγνωση και υπάρχει υποψία αδενώματος ή ηπατοκυτταρικού καρκινώματος, συνιστάται η διενέργεια ερευνητικής λαπαροτομίας. Σε αντίθετη περίπτωση ο περιοδικός απεικονιστικός έλεγχος είναι αρκετός<sup>(76)</sup>.

## ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Τα κακοήθη νεοπλάσματα του ήπατος δημιουργούνται από τα ηπατοκύτταρα, το ενδοθήλιο των χοληφόρων ή τα μεσεγχυματικά κυτταρικά στοιχεία του υποστρώματος του ήπατος. Το 95% των πρωτοπαθών κακοήθων νεοπλασμάτων αποτελεί το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ) , ενώ το 5% αποτελεί το χολαγγειοκαρκίνωμα<sup>(76)</sup>. Στο πίνακα 3.7 περιγράφονται τα είδη των κακοήθων νεοπλασμάτων του ήπατος.

Πίνακας 3.7

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ	
<b>Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Υπότυπος ινοπεταλιδώδες</li> </ul>
<b>Χολαγγειοκαρκίνωμα</b>	
<b>Μεσεγχυματογενείς:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αγγειοσάρκωμα</li> <li>• Αιμαγγειοενδοθηλίωμα</li> <li>• Εμβρυικό ραβδομυοσάρκωμα</li> <li>• Αδιαφοροποίητο σάρκωμα</li> </ul>
<b>Άλλα:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ινοσάρκωμα</li> <li>• Κακόηθες ινώδες ιστιοκύττωμα</li> <li>• Πρωτοπαθές λέμφωμα</li> <li>• Οικογενής ερυθροφαγοκυτταρική λεμφοιστιοκύττωση</li> <li>• Καρκινοειδές</li> <li>• Τερατοκαρκίνωμα</li> <li>• Πλακώδες καρκίνωμα</li> </ul>

Πηγή: Καρατζάς Γ, Πατάπης Π. Παθήσεις του ήπατος και των χοληφόρων. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Κωστάκης Α. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;2:1130

**Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα.** Το ΗΚΚ αναπτύσσεται συνήθως επί εδάφους κίρρωτικού ήπατος και αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου κίρρωτικών ασθενών. Ένα ήπαρ που χρόνια φλεγμαίνει, σε συνδυασμό με τη συνεχή αναγέννηση του ηπατικού παρεγχύματος, προκαλεί βλάβη στο DNA των ηπατοκυττάρων και τελικά την αρχή της νεοπλασματικής εξεργασίας<sup>(79)</sup>. Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ΗΚΚ αποτελούν η ηπατίτιδα Β, η ηπατίτιδα C, η αλκοολική κίρρωση ή η κίρρωση ανεξαρτήτου αιτίας, η αιμοσιδήρωση, τα αναβολικά στεροειδή, το ανδρικό φύλο και το πολυβυνιλοχλωρίδιο. Η συμπτωματολογία του ΗΚΚ περιλαμβάνει αδυναμία, εύκολη κόπωση, πόνο στο δεξιό υποχόνδριο ή στο δεξιό ώμο και απώλεια βάρους. Άλλα κλινικά σημεία είναι η ψηλαφητή κοιλιακή μάζα και ο ίκτερος<sup>(76)</sup>.

Στο πίνακα 3.8 περιλαμβάνονται οι τρόποι θεραπευτικής αντιμετώπισης του ΗΚΚ. Από αυτούς, η εκτομή και η μεταμόσχευση στοχεύουν στην ίαση της νόσου, ενώ οι υπόλοιπες μέθοδοι συχνά δεν δίνουν ικανοποιητικά αποτελέσματα<sup>(79)</sup>, παρ'όλα αυτά σε ορισμένες περιπτώσεις οι περιοχικές παρεμβάσεις, είναι δυνατό να οδηγούν σε καλά αποτελέσματα.<sup>(79-81)</sup>

Πίνακας 3.8

<b>ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΗΚΚ</b>	
<b>Απομάκρυνση του όγκου:</b>	Εκτομή Μεταμόσχευση
<b>Καταστροφή του όγκου</b>	
<b>Περιοχική:</b>	Εμβολισμός ± χημειοθεραπεία Έγχυση αλκοόλης Εφαρμογή ραδιοσυχνοτήτων
<b>Συστηματική χημειοθεραπεία</b>	

Πηγή: Ντουράκης Σ.Π. Μεταμόσχευση ήπατος σε ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2009;26(1):8

Η χειρουργική εκτομή του ΗΚΚ εφαρμόζεται κυρίως απουσία κίρρωσεως του ήπατος ή σε ασθενείς με κίρρωση που έχουν επαρκή ηπατική λειτουργία. Το 20-30% των ΗΚΚ είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν με χειρουργική εκτομή<sup>(79,82)</sup>. Καλύτερα αποτελέσματα προκύπτουν όταν η επιλογή των ασθενών έχει γίνει σύμφωνα με τα κριτήρια του Μιλάνου/UNOS (διάμετρος <3cm σε 3 όγκους, διάμετρος <5cm σε 1 όγκο, χωρίς αγγειακές διηθήσεις ή λεμφαδενικές ή αιματογενείς μεταστάσεις)<sup>(15)</sup>. Τα ποσοστά υποτροπής μετά από χειρουργική εκτομή εκτιμώνται στο 50%, γεγονός που μπορεί να οφείλεται σε πολυεστιακή ανάπτυξη του ΗΚΚ στο κίρρωτικό ήπαρ ή σε ενδοηπατική διασπορά πρίν την επέμβαση<sup>(79)</sup>.

Η ΜΗ αποτελεί τη θεραπεία εκλογής σε ασθενείς με τελικού σταδίου κίρρωση του ήπατος και οξεία ηπατική ανεπάρκεια. Κατά συνέπεια πέρα από την αφαίρεση του ΗΚΚ, συνεργεί και στην αντιμετώπιση της κίρρωσης, η οποία αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για εκδήλωση μελλοντικών όγκων και προλαμβάνει την εμφάνιση πιθανών επιπλοκών της<sup>(79)</sup>. Και στη ΜΗ καλύτερη πρόγνωση έχουν οι ασθενείς που έχουν επιλεγεί με τα κριτήρια του Μιλάνου<sup>(15)</sup>, ενώ οι πιθανές υποτροπές έχουν να κάνουν με μη ανιχνεύσιμες μικρομεταστάσεις του όγκου, με καρκινικά κύτταρα που διαφεύγουν κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης στο ήπαρ, την ανοσοκαταστολή, το μέγεθος του όγκου, τον αριθμό των βλαβών που έχει προκαλέσει το ΗΚΚ, την ιστολογική διαφοροποίηση των κυττάρων και την υπάρχουσα διήθηση, αγγειακή ή λεμφαδενική<sup>(79)</sup>.

**Ενδοηπατικό Χολαγγειοκαρκίνωμα.** Το χολαγγειοκαρκίνωμα συνήθως εντοπίζεται στη περιφέρεια του ηπατικού παρεγχύματος. Αποτελεί το 5% όλων των κακοήθων όγκων του ήπατος και έχει χαρακτηριστική κλινική εικόνα και συμπεριφορά<sup>(76)</sup>. Το χολαγγειοκαρκίνωμα σχετίζεται με τη πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα <sup>(83)</sup>, το κάπνισμα και τη κατανάλωση αλκοόλ<sup>(84)</sup>, την ηλικία, κίρρωση κ.α <sup>(84)</sup>. Η συμπτωματολογία μπορεί να περιλαμβάνει κοιλιακό πόνο, μείωση της όρεξης για φαγητό, απώλεια βάρους, δυσφορία και νυκτερινούς ιδρώτες<sup>(85)</sup>.

### 3.7 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Τα νεοπλάσματα του παγκρέατος διακρίνονται σε :

Αδενοκαρκίνωμα

Καρκίνος φύματος Vater

Νευροενδοκρινείς όγκοι →

Λειτουργικοί: -Καρκινοειδές

-Ινσουλίνωμα

-Γαστρίνωμα

-Γλυκαγόνωμα

-VIPωμα

-Σωματοστατίνωμα

Μη λειτουργικοί

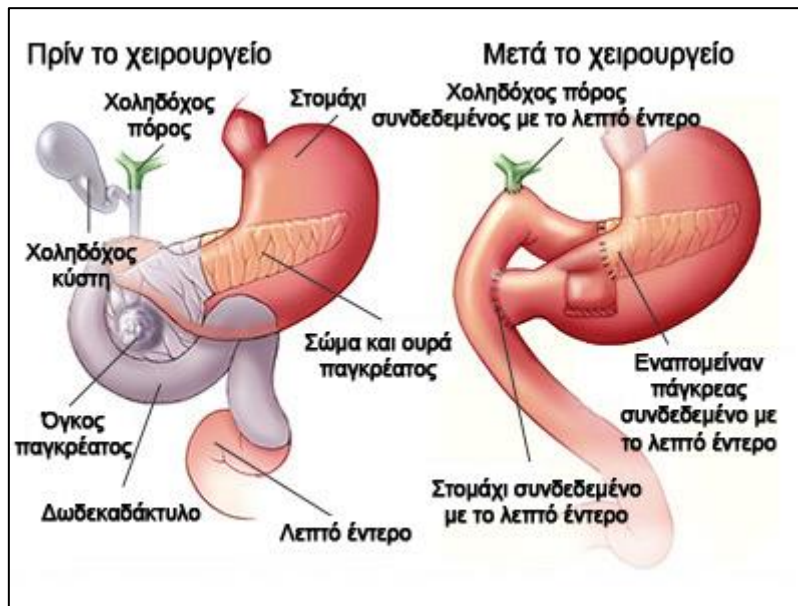
**Αδενοκαρκίνωμα.** Το αδενοκαρκίνωμα αποτελεί τη τρίτη αιτία θανάτου μετά το καρκίνο του πνεύμονα και του παχέος εντέρου. Είναι το πιο συχνό από τα νεοπλάσματα του παγκρέατος (>80% των νεοπλασμάτων)<sup>(86)</sup>. Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του σχετίζονται με γενετική προδιάθεση (κληρονομική παγκρεατίτιδα, σύνδρομο Peutz-Jeghers, κληρονομικό κακοήθες μελάνωμα κ.α)<sup>(86)</sup>, η κατάχρηση αλκοόλ και καπνού, ο διαβήτης και η έκθεση στην άσβεστο<sup>(87)</sup>. Σε ποσοστό 75% το αδενοκαρκίνωμα απαντάται στη κεφαλή του παγκρέατος, σε ποσοστό 15-20% απαντάται στο σώμα του παγκρέατος και σε ποσοστό 5-10% στην ουρά του παγκρέατος<sup>(86)</sup>. Η καθυστερημένη διάγνωση του αδενοκαρκινώματος συμβαίνει λόγω απουσίας συμπτωμάτων, αλλά ακόμα και τα συμπτώματα που εκδηλώνονται (κοιλιακός πόνος ή πόνος στη πλάτη) δεν είναι χαρακτηριστικά της νόσου<sup>(86)</sup>. Οι κλινικές εκδηλώσεις διαφέρουν αναλόγως τη θέση εντόπισης του. Κατά συνέπεια εάν η θέση εντόπισης είναι η κεφαλή του παγκρέατος, τα κύρια κλινικά σημεία συμβαίνουν λόγω της απόφραξης του χοληδόχου πόρου και προκαλείται ανώδυνος ίκτερος, συνοδευόμενος από ανορεξία και απώλεια βάρους. Εάν η θέση εντόπισης είναι το σώμα και η ουρά του παγκρέατος τότε τα κλινικά σημεία μπορεί να είναι απώλεια βάρους, καταβολή και βάρος ή άλγος στην οσφύ<sup>(87)</sup>.

Η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική αντιμετώπιση. Σε καρκίνο της κεφαλής του παγκρέατος διενεργείται μερική παγκρεατεκτομή. Προϋποθέσεις για τη διενέργεια της επέμβασης είναι η μη διήθηση της ηπατικής αρτηρίας, της πυλαίας φλέβας, της άνω μεσεντέριας αρτηρίας και φλέβας και η απουσία μεταστάσεων. Εφόσον πληρούνται οι παραπάνω προϋποθέσεις πραγματοποιείται η επέμβαση Whipple (Εικόνα 3.1). Σε πολυεστιακό καρκίνο παγκρέατος διενεργείται ολική παγκρεατεκτομή<sup>(86,87)</sup>.

**Καρκίνος φύματος Vater.** Ο καρκίνος του φύματος του Vater εκδηλώνεται σε πρώιμο στάδιο με ίκτερο, με αποτέλεσμα να είναι εγχειρήσιμος τις περισσότερες φορές, σε αντίθεση με το αδενοκαρκίνωμα του παγκρέατος. Εάν συμβεί νέκρωση και απόπτωση του όγκου, αποκαθίσταται η βατότητα του χοληδόχου πόρου και υφίεται ο ίκτερος. Κατά την αναγέννηση του όγκου στη συνέχεια, επανέμφανίζεται αποφρακτικός

ίκτηρος. Διαγιγνώσκεται με λήψη βιοψίας ενδοσκοπικά, ενώ η θεραπεία εκλογής είναι η επέμβαση Whipple. Σε ασθενείς υψηλού κινδύνου διενεργείται τοπική εκτομή<sup>(87)</sup>.

**Εικόνα 3.1 Η επέμβαση Whipple**



Πηγή: Mayo Clinic. Available at: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/pancreatic-cancer/multimedia/whipple-procedure/img-20008531>

**Νευροενδοκρινείς όγκοι του παγκρέατος (ΝΟΠ).** Οι νευροενδοκρινείς όγκοι του παγκρέατος προέρχονται από διάσπαρτα νευροενδοκρινή κύτταρα<sup>(88)</sup>. Υπάρχουν δύο πιθανές πηγές προέλευσης των ΝΟΠ, τα ώριμα ενδοκρινή κύτταρα του παγκρέατος και τα πολυδύναμα βλαστοκύτταρα τα οποία μπορούν να διαφοροποιηθούν σε ενδοκρινή και εξωκρινή κύτταρα του παγκρέατος<sup>(89,90)</sup>.

Οι νευροενδοκρινείς όγκοι μπορούν να ταξινομηθούν ως λειτουργικοί ή μη. Οι εκκρίσεις των μη λειτουργικών όγκων μπορεί να είναι ανενεργές και παρά την σημαντική ποσότητα που δημιουργείται, δεν προκαλούν κλινικά σημεία. Οι λειτουργικοί μπορεί να εκκρίνουν περισσότερα του ενός ενεργά πεπτίδια, τα οποία οδηγούν σε διάφορα κλινικά σύνδρομα. Οι συνηθέστεροι λειτουργικοί όγκοι είναι το καρκινοειδές, το γαστρίνωμα και το ινσουλίνωμα. Οι όγκοι αυτοί πολύ συχνά είναι κακοήθεις και δίνουν μεταστάσεις στο ήπαρ<sup>(87)</sup>.

#### **α) Λειτουργικοί όγκοι παγκρέατος.**

**Ινσουλίνωμα.** Το ινσουλίνωμα είναι ο πιο κοινός ΝΟΠ και παρουσιάζει ετήσια συχνότητα 4 περιστατικά σε κάθε ένα εκατομμύριο πληθυσμού<sup>(91)</sup>. Παρά το γεγονός ότι είναι σπάνιο, είναι πιθανό να προκαλέσει μεταβολικές διαταραχές, οι οποίες απαιτούν πρόωμη αναγνώριση και θεραπεία<sup>(92)</sup>.

Η διαγνωστική τριάδα του ινσουλινώματος περιγράφηκε από τους Whipple και Frantz το 1935 και έχει ως εξής:

- Συμπτώματα υπογλυκαιμίας προκαλούμενα από νηστεία

- Κυκλοφορούντα επίπεδα γλυκόζης <50mg/dl κατά το χρόνο εμφάνισης συμπτωμάτων
- Ανακούφιση των συμπτωμάτων με χορήγηση γλυκόζης<sup>(93)</sup>

Τα ινσουλινώματα αναπτύσσονται σποραδικά, μπορεί όμως να συσχετιστούν με σύνδρομο πολλαπλής ενδοκρινούς νεοπλασίας (MEN)-1<sup>(92)</sup>. Τα σποραδικά ινσουλινώματα έχουν μέγεθος <2cm (90% των περιπτώσεων), μεμονωμένα (90% των περιπτώσεων) και καλοήγη (90% των περιπτώσεων)<sup>(92,94,95)</sup>. Τα ινσουλινώματα τα σχετιζόμενα με το σύνδρομο MEN-1 αναπτύσσονται ταχύτερα και συχνά είναι πολυκεντρικά<sup>(91,94,96,97)</sup>. Ο κίνδυνος επανεμφάνισης είναι μεγαλύτερος σε ασθενείς με το σύνδρομο MEN-1 (21% στα 10 και 20 χρόνια), απ'ότι στους ασθενείς που δεν έχουν MEN-1 σύνδρομο (0-5% στα 10 χρόνια και 0-7% στα 20 χρόνια)<sup>(91,98)</sup>.

Τα περισσότερα ινσουλινώματα είναι καλοήγη και μεμονωμένα, οπότε όπου είναι δυνατό, θα πρέπει να γίνεται εκτομή του όγκου χωρίς να αφαιρείται παγκρεατικός ιστός<sup>(92,99)</sup>. Στις περιπτώσεις όπου δεν είναι δυνατή η πραγματοποίηση αυτής της μεθόδου, διενεργείται τμηματική εκτομή του παγκρέατος ή παγκρεατοδωδεκαδακτυλική εκτομή. Αυτές οι μέθοδοι θα πρέπει να χρησιμοποιούνται και σε περιπτώσεις όπου το ινσουλίνομα καταλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος του παγκρέατος ή υπάρχουν μορφές ύποπτες για κακοήθεια<sup>(92,99)</sup>.

**Γαστρίνωμα.** Το γαστρίνωμα συνήθως ανευρίσκεται στο δωδεκαδάκτυλο (duodenum) ή στο πάγκρεας, εκκρίνει γαστρίνη και προκαλεί το σύνδρομο Zollinger-Ellison (ZES)<sup>(100)</sup>. Το ZES χαρακτηρίζεται από υπερέκκριση γαστρικού οξέος, που συνεπάγεται σοβαρή σχετιζόμενη με τα οξέα πεπτική νόσο (π.χ γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση)<sup>(100,101)</sup> και διάρροια. Η ετήσια συχνότητα εμφάνισης των γαστρινωμάτων συνίσταται σε 0,5-3 περιπτώσεις σε ένα εκατομμύριο πληθυσμού<sup>(100)</sup>. Είναι οι πιά συχνόι λειτουργικοί και κακοήθεις νευροενδοκρινείς όγκοι του παγκρέατος και αποτελούν το 30% των όγκων αυτών<sup>(100)</sup>.

Ο ΠΟΥ χωρίζει τα γαστρινώματα σε τρεις γενικές κατηγορίες<sup>(100)</sup>:

1. Καλά διαφοροποιημένοι ενδοκρινείς όγκοι με καλοήγη ή αμφίβολη συμπεριφορά κατά τη στιγμή της διάγνωσης (10-30%)
2. Καλά διαφοροποιημένα ενδοκρινή καρκινώματα με χαμηλού βαθμού κακοήγη συμπεριφορά (50-80%)
3. Χαμηλής διαφοροποίησης ενδοκρινή καρκινώματα με υψηλού βαθμού κακοήγη συμπεριφορά (1-3%)

Τα γαστρινώματα είναι μεγάλα σε μέγεθος (Μ.Ο 3,8cm, 6%<1cm) και μπορεί να εμφανιστούν σε όλα τα τμήματα του παγκρέατος<sup>(100)</sup>. Η χειρουργική θεραπεία αποτελεί τη μόνη θεραπεία για την ίαση της νόσου, καθώς φαίνεται να μειώνει τη πιθανότητα μετάστασης στο ήπαρ, που αποτελεί το πιά σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για τη μακρόχρονη επιβίωση<sup>(102)</sup> και την αύξηση του ποσοστού επιβίωσης<sup>(103)</sup>.

**Σωματοστατίνωμα.** Το σωματοστατίνωμα εντοπίζεται συνήθως στη κεφαλή του παγκρέατος και σε ποσοστό 75% είναι κακοήθες νεόπλασμα. Κατά τη διάγνωση έχει συνήθως μέγεθος >5cm. Αντιμετωπίζεται χειρουργικά με επέμβαση Whipple<sup>(87)</sup>.

**VIPωμα.** Το VIPωμα περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1958 από τους Verner και Morisson<sup>(104)</sup>. Χαρακτηρίζεται από την έκκριση μεγάλων ποσοτήτων αγγειοδραστικού εντερικού πεπτιδίου (VIP), μια ορμόνη που ενεργοποιεί τη παραγωγή της cAMP από την εντερική οδό και έχει ως αποτέλεσμα ακατάσχετη διάρροια, που οδηγεί σε μεγάλη απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών, κυρίως καλίου. Έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος στη διαχείριση του VIPώματος, αφού ακόμα και σε μεταστατική νόσο η χειρουργική θεραπεία βρίσκεται στη πρώτη γραμμή, ενώ σε καλοήθεις όγκους ή σε μη μεταστατική νόσο, οδηγεί στην ίαση σε ποσοστό 40%<sup>(105)</sup>.

**Γλυκαγόνωμα.** Το γλυκαγόνωμα είναι αρκετά σπάνιος νευροενδοκρινής όγκος<sup>(106)</sup> και αναπτύσσεται σποραδικά (87%) ή ως μέρος του συνδρόμου πολλαπλής ενδοκρινούς νεοπλασίας τύπου 1 (MEN 1)(13%)<sup>(107)</sup>. Το γλυκαγόνωμα ανευρίσκεται σε ποσοστό 53,7% στην ουρά, σε ποσοστό 32,2% στο σώμα, σε ποσοστό 21,9% στη κεφαλή<sup>(107)</sup>, ενώ σε ένα ποσοστό 1,7% η θέση εντόπισης είναι αδιευκρίνιστη<sup>(108)</sup> ή άγνωστη<sup>(109)</sup>. Οι όγκοι είναι συνήθως μεγάλοι (Μ.Ο 5cm) και μεμονωμένοι. Στη πλειονότητα τους είναι κακοήθεις, ενώ παρουσιάζεται συσχέτιση μεταξύ του μεγέθους του όγκου και της κακοήθειας<sup>(107,108)</sup>. Μεθίστανται στο ήπαρ και στους λεμφαδένες. Η συμπτωματολογία περιλαμβάνει δερματικό εξάνθημα<sup>(107,110)</sup>, γλωσσίτιδα/στοματίτιδα/χειλίτιδα σε ποσοστό 33%<sup>(107,111)</sup>, απώλεια βάρους ή καχεξία<sup>(107,108)</sup> και θρομβοεμβολικά επεισόδια<sup>(112)</sup>. Η θεραπεία εκλογής και η μόνη πιθανότητα ίασης της νόσου είναι η χειρουργική αντιμετώπιση. Σε μικρούς και μεμονωμένους όγκους διενεργείται εκπυρήνιση του όγκου, ενώ σε μεγάλους και πολυκεντρικούς διενεργείται παγκρεατική εκτομή<sup>(107)</sup>.



# 4

## ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

---

- 4.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΡΜΟΥΘΜΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ
- 4.2 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ
- 4.3 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ
- 4.4 ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ
- 4.5 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ
- 4.6 ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ
- 4.7 ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ
- 4.8 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΑ ΧΟΛΗΦΟΡΑ
- 4.9 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ
- 4.10 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΙΔΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΗ



---

## ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

---

Η ομαδοποίηση των μετεγχειρητικών επιπλοκών μετά από μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις μπορεί να γίνει ως εξής:

### 4.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΡΜΟΥΘΜΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

**Περιεγχειρητική υποθερμία.** Πρίν και κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης ο ασθενής εκτίθεται σε διάφορους παράγοντες που προκαλούν υποθερμία. Τέτοιοι παράγοντες είναι η ψυχρή χειρουργική αίθουσα και το ψυχρό χειρουργικό τραπέζι, η χορήγηση αναισθησίας, η προετοιμασία με απολυμαντικά διαλύματα και τα κρύα – στεγνά αέρια που χρησιμοποιούνται για την αναισθησία. Σε φυσιολογικές συνθήκες ο οργανισμός με τη διαδικασία της θερμούθμισης αντισταθμίζει τις απώλειες θερμότητας, σε επείγουσες όμως καταστάσεις η λειτουργία αυτή καταργείται<sup>(113,114)</sup>.

Η υποθερμία (θερμοκρασία < 33°C) είναι πιθανό να προκαλέσει βλάβες σε διάφορες λειτουργίες του οργανισμού (νευρική, καρδιακή, νεφρική, ηπατική κ.α), οι οποίες όμως με αναθέρμανση του ασθενούς αναστρέφονται. Σε πύο σοβαρές περιπτώσεις υποθερμίας ο ασθενής μπορεί να περιέλθει σε κωματώδη κατάσταση, με χαμηλή αρτηριακή πίεση, βραδυκαρδία και μειωμένο αναπνευστικό ρυθμό. Η θεραπεία στις περιπτώσεις εκείνες συνίσταται στην αναθέρμανση του ασθενούς διατηρώντας αυξημένη θερμοκρασία δωματίου, χορηγώντας του θερμαινόμενα ενδοφλέβια υγρά και θερμά αναπνευστικά αέρια, ενώ παράλληλα μπορεί να γίνεται και πλύση διαφόρων κοιλιοτήτων με θερμά υγρά<sup>(113,114)</sup>.

**Κακοήθης υπερθερμία.** Η κακοήθης υπερθερμία εκδηλώνεται μετά τη χορήγηση ορισμένων εισπνεόμενων αναισθητικών ή μυοχαλαρωτικών και οφείλεται σε γενετικό έλλειμμα στο μεταβολισμό του ασβεστίου στο σαρκοπλασματικό δίκτυο του σκελετικού μυός. Το ποσοστό θνητότητας ανέρχεται στο 10%. Η εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων, η ενδοφλέβια χορήγηση δαντρολένης 2-10mg/kg και η ρύθμιση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών και της οξεοβασικής ισορροπίας αποτελούν τη βάση για τη θεραπεία της κακοήθους υπερθερμίας<sup>(113,115)</sup>.

**Μετεγχειρητικός πυρετός.** Θερμοκρασία σώματος  $\leq 38,5^{\circ}\text{C}$  παρατηρείται συχνά μετά από μία χειρουργική επέμβαση και μπορεί να οφείλεται σε κάτι απλό, όπως ατελεκτασία, φάρμακα, αφυδάτωση κ.α. Σε εμμένουσα θερμοκρασία  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω διερεύνηση και ο σχεδιασμός ειδικής αντιμετώπισης της

αιτίας<sup>(113,116,117)</sup>. Στο πίνακα 4.1 απεικονίζονται τα πιθανά αίτια μετεγχειρητικού πυρετού.

**Πίνακας 4.1**

**Αίτια μετεγχειρητικού πυρετού**

<b>ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΑ</b>	<b>ΜΗ ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΑ</b>
Απόστημα	Ατελεκτασία
Εμπύημα	Οξεία ηπατική νέκρωση
Αλιθιασική χολοκυστίτιδα	Επινεφριδιακή ανεπάρκεια
Μικροβιαμία	Αλλεργική αντίδραση
Κολίτιδα από κλωστηριδιο	Αφυδάτωση
Ενδοκαρδίτιδα	Αντίδραση σε φάρμακα
Ηπατίτιδα	Υπερθυρεοειδική κρίση
Μηνιγγίτιδα ή Εγκεφαλίτιδα	Λεμφοβλαστικές νόσοι
Οστεομυελίτιδα	Κακοήθεια
Παρωτίτιδα	Παγκρεατίτιδα
Περινεϊκές λοιμώξεις	Φαιοχρωμοκύτωμα
Περιτονίτιδα	Πνευμονική εμβολή
Φαρυγγίτιδα	Θρομβοφλεβίτιδα
Πνευμονία	Αντίδραση σε μετάγγιση
Ουρολοίμωξη	Σύνδρομο συστηματικής φλεγμονώδους αντίδρασης
Λοίμωξη τραύματος	

Πηγή: Κωστάκης Α. Μετεγχειρητικές επιπλοκές, ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;1:334

## 4.2 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ

**Διάσπαση.** Η διάσπαση είναι ο διαχωρισμός του απονευρωτικού πετάλου και των λοιπών πετάλων, αφορά συνήθως το κοιλιακό τοίχωμα, παρατηρείται κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο και αφορά το 0,5-3% του συνόλου των κοιλιακών επεμβάσεων. Κυρίως για την επιπλοκή ευθύνεται η κακή χειρουργική τεχνική, αλλά και άλλοι παράγοντες όπως η υποπρωτεϊναιμία, η κακή θρέψη, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η χρόνια χρήση στεροειδών φαρμάκων κ.α. Τοπικοί προδιαθεσικοί παράγοντες επίσης συμβάλλουν στην εξέλιξη της επιπλοκής και μπορεί να είναι αιμορραγία, ισχαιμία των χειλέων του τραύματος, επιμόλυνση κ.α.

Η διάσπαση εκδηλώνεται με εκροή οροαιματηρών υγρών από το τραύμα που δεν υποχωρεί με καθαρισμούς. Εφόσον η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει θα πρέπει να διενεργηθεί χειρουργική επανασύγκληση του τραύματος και να χορηγηθεί αντιβιοτική αγωγή προς αποφυγή επιμολύνσεων. Σε διαφορετική περίπτωση αντιμετωπίζεται συντηρητικά<sup>(113)</sup>.

**Αιμάτωμα-Σέρωμα.** Το αιμάτωμα δημιουργείται ως αποτέλεσμα αιμορραγίας προερχόμενης από ανεπαρκή αιμόσταση διεγχειρητικά, λόγω κακής χειρουργικής τεχνικής ή διαταραχών πήξεως και μπορεί να οδηγήσει σε κακή σύγκλιση των περιτονιών ή σε επιμόλυνση του τραύματος.

Μικρότερη πιθανότητα επιμόλυνσης εμφανίζει το σέρωμα, το οποίο δημιουργείται συνεπεία συγκεντρώσεως ορού και λέμφου λόγω απότομης ρήξης των υποδόριων λεμφικών οδών. Τα σέρωματα δεν εμφανίζουν ερυθρότητα και θερμότητα.

Και στις δύο παραπάνω καταστάσεις συνυπάρχει οίδημα και πόνος στη χειρουργική τομή. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει την αναρρόφηση και την πιεστική επίδεση του τραύματος. Σε εμμένουσες καταστάσεις ή επανεμφάνιση τοποθετείται μόνιμη παροχέτευση<sup>(113)</sup>.

**Λοίμωξη.** Η θρέψη του ασθενούς, η φλεγμονή, η θεραπεία με κορτικοστεροειδή και ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την επούλωση ενός τραύματος μετά από μια χειρουργική επέμβαση.

Ο μικροοργανισμός που ευθύνεται για την επιμόλυνση των τραυμάτων είναι συνήθως ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος, ενώ η επιμόλυνση συνήθως συμβαίνει μέσα στο χειρουργείο. Τα τραύματα κατατάσσονται σε 4 κατηγορίες: καθαρά, δυνητικά μολυσμένα, μολυσμένα και ρυπαρά. Η λοίμωξη του χειρουργικού τραύματος είναι παράγοντας επιβράδυνσης της επούλωσης του τραύματος και νοσηρότητας. Για τη διαπύηση του χειρουργικού τραύματος, κυρίως ευθύνεται η διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ των τοπικών παραγόντων του ασθενούς και των μικροβίων και όχι η παρουσία του μικροβίου αυτή καθ'αυτή<sup>(113,118)</sup>.

Η λοίμωξη εκδηλώνεται με ερυθρότητα, θερμότητα, οίδημα, πόνο και πιθανώς χαμηλή πυρετική κίνηση, συνήθως κατά την 5<sup>η</sup> ή 6<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα. Εάν δεν πραγματοποιηθεί διάνοιξη του τραύματος, η λοίμωξη θα προχωρά. Με τη διάνοιξη του τραύματος λαμβάνεται και υλικό για καλλιέργεια και αν απομονωθούν σ'αυτή >100.000 βακτήρια ανά gr, τότε είναι βέβαιο ότι δεν είναι δυνατή φυσιολογική επούλωση. Η θεραπεία εκλογής είναι σχολαστική και επαναλαμβανόμενη περιποίηση του τραύματος. Προληπτικά χορηγείται διεγχειρητικά αντιμικροβιακή χημειοπροφύλαξη, καθώς και μία ή περισσότερες δόσεις μετεγχειρητικά. Στα καθαρά τραύματα χορηγείται αντιβίωση μόνο εφ'όσον έχουν χρησιμοποιηθεί συνθετικά υλικά, ενώ στα μολυσμένα και ρυπαρά χορηγείται θεραπευτικό σχήμα. Η καλύτερη πρόληψη ωστόσο είναι η εφαρμογή των κανόνων ασηψίας και η καλή χειρουργική τεχνική<sup>(113,118)</sup>.

**Μετεγχειρητική κήλη.** Η μετεγχειρητική κήλη δημιουργείται συνεπεία έλλειψης επούλωσης ή δευτερογενούς ρήξεως των περιτονιακών στοιβάδων του τραύματος. Είναι μια δύσμορφη πρόπτωση, η οποία μπορεί να επιπλακεί με περίσφιξη του περιεχομένου της. Συνίσταται χειρουργική αντιμετώπιση<sup>(113)</sup>.

### 4.3 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

**Αναπνευστική ανεπάρκεια.** Αναπνευστική ανεπάρκεια είναι δυνατό να παρατηρηθεί κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες, μιας και ο ασθενής βρίσκεται ακόμη υπό την επήρεια μυοχαλαρωτικών φαρμάκων, τα οποία ελαττώνουν το εύρος των αναπνευστικών κινήσεων και κατά συνέπεια ελαττώνουν τη ζωτική χωρητικότητα. Σε περίπτωση διάγνωσης ανεπαρκούς αερισμού κατά την αντικειμενική εξέταση, ο ασθενής χρήζει διασωλήνωσης της τραχείας και μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής.

**Ατελεκτασία-Πνευμονία.** Η ατελεκτασία οφείλεται στη σύμπτωση των τοιχωμάτων των κυψελίδων λόγω ανεπαρκούς εκπτώξεως των διαφόρων τμημάτων του πνεύμονα και αποτελεί τη συχνότερη μετεγχειρητική επιπλοκή. Στη περίπτωση της παραμονής των εκκρίσεων στα τμήματα με ατελεκτασία πιθανό να προκύψει επιμόλυνση τους και ανάπτυξη πνευμονίας. Η ατελεκτασία εκδηλώνεται με πυρετό, ταχύπνοια, ταχυκαρδία και μειωμένους αναπνευστικούς ήχους στις βάσεις των πνευμόνων. Εάν αναπτυχθεί πνευμονία αυξάνονται τα λευκά αιμοσφαίρια, περαιτέρω άνοδος της θερμοκρασίας ενώ έχουμε και παραγωγή παχύρευστων εκκρίσεων<sup>(113)</sup>.

Επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση πνευμονικών επιπλοκών είναι ο πόνος στη τομή, εάν αυτός επηρεάζει την έκπτυξη του θώρακα, η παράλυση του φρενικού νεύρου, η ξήρανση των βρογχικών εκκρίσεων, η χορήγηση καταστολής και η παχυσαρκία. Εάν ο ασθενής έχει προϋπάρχουσα αναπνευστική νόσο ή είναι καπνιστής έχει μεγαλύτερη ευαισθησία στην ανάπτυξη αναπνευστικών λοιμώξεων<sup>(113,119)</sup>.

Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής, στη φυσικοθεραπεία και κάποιες φορές και στην οξυγονοθεραπεία. Προληπτικά συστήνεται διενέργεια ελέγχου της προεγχειρητικής αναπνευστικής λειτουργίας, διακοπή του καπνίσματος, χορήγηση φαρμάκων προεγχειρητικά, ενώ μετεγχειρητικά σημαντικό ρόλο παίζει η διαχείριση των βρογχικών εκκρίσεων<sup>(113,119)</sup>.

**Πνευμονικό οίδημα.** Το πνευμονικό οίδημα δημιουργείται λόγω της συγκέντρωσης υγρού στις κυψελίδες, οδηγεί σε υποξαιμία και αύξηση της αναπνευστικής προσπάθειας. Μπορεί να εκδηλωθεί κατά τη 2<sup>η</sup>-3<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα, καθώς κινητοποιούνται τα υγρά του τρίτου χώρου, αλλά και διεγχειρητικά εξαιτίας υπερβολικής χορήγησης υγρών σε ασθενείς με επηρεασμένη νεφρική ή καρδιακή λειτουργία.

Η συμπτωματολογία περιλαμβάνει ταχύπνοια, εργώδη αναπνοή, ταχυκαρδία, ορθόπνοια, διάταση των σφαγίτιδων, ελάττωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος και υγρούς ρόγχους στις βάσεις των πνευμόνων. Ακτινολογικά απεικονίζεται διήθηση του διάμεσου χώρου, διάταση της καρδιάς και αυξημένη πνευμονική αγγείωση. Η θεραπεία τις περισσότερες φορές είναι συντηρητική βάσει συμπτωμάτων, μερικοί όμως ασθενείς θα χρειαστούν διασωλήνωση και μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Στη θεραπεία περιλαμβάνεται και περιορισμός των χορηγούμενων υγρών και χορήγηση διουρητικών<sup>(113,120)</sup>.

**Σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας ενηλίκων (ARDS).** Κατά το ARDS παρατηρούνται διαταραχές στην ανταλλαγή αερίων, ταχύπνοια, υποξαιμία, διάχυτες πνευμονικές διηθήσεις και μειωμένη πνευμονική ευενδοτότητα. Σε ήπια συμπτωματολογία αντιμετωπίζεται υποστηρικτικά με χορήγηση οξυγόνου σε υψηλή πυκνότητα, ενώ σε πιο σοβαρές εκδηλώσεις μπορεί να απαιτείται διασωλήνωση και μηχανική υποστήριξη της αναπνοής<sup>(113,121)</sup>.

**Πνευμονική εμβολή.** Η πνευμονική εμβολή είναι αποτέλεσμα φλεβικής θρόμβωσης των λαγονομηριαίων αγγείων και προκαλεί αύξηση των πνευμονικών αντιστάσεων και μείωση της ευενδοτότητας των πνευμόνων αμφοτερόπλευρα, ανεξάρτητα από το σημείο της εμβολής. Τα συμπτώματα ποικίλουν και μπορεί να περιλαμβάνουν από δύσπνοια, πόνο πλευριτικού τύπου, αιματηρή απόχρεμψη, έως και ξαφνική καρδιοπνευμονική κάμψη και σοβαρό έλλειμμα οξυγόνωσης. Η διάγνωση τίθεται με τον προσδιορισμό των αερίων αίματος, ακτινολογικό έλεγχο του θώρακα, ΗΚΓ, σπινθηρογράφημα πνευμόνων και πνευμονική αγγειογραφία. Αναλόγως της βαρύτητας της πνευμονικής εμβολής, θα καθορισθεί και το σχέδιο θεραπείας, το οποίο περιλαμβάνει χορήγηση οξυγόνου, αντιπηκτικής αγωγής με ηπαρίνη, θρομβόλυση κ.α<sup>(113,122,123)</sup>

**Εισρόφηση.** Η εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου συμβαίνει πιο συχνά κατά τη διάρκεια της εισαγωγής στη γενική αναισθησία ή κατά το τερματισμό της και προκαλεί αναπνευστική δυσχέρεια. Σε σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια αντιμετωπίζεται με διασωλήνωση και μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, ενδοτραχειακή αναρρόφηση και χορήγηση αντιβιοτικών όπου απαιτείται<sup>(113,124)</sup>.

#### 4.4 ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

**Καρδιακή ανακοπή.** Καρδιακή ανακοπή αποκαλείται η αιφνίδια παύση της αποτελεσματικότητας της καρδιακής συστολής και αντιμετωπίζεται με καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και αποκατάσταση της αυτόματης κυκλοφορίας. Τα αίτια μπορεί να ποικίλουν (shock, υποαερισμός, αναισθητικά φάρμακα κ.α) ανάλογα και με το ατομικό ιστορικό του ασθενούς<sup>(113)</sup>.

**Οξύ πνευμονικό οίδημα.** Το οξύ πνευμονικό οίδημα είναι εκδήλωση οξείας συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, που μπορεί να οφείλεται σε μαζικές μεταγγίσεις παραγώγων αίματος και υγρών, σε αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια, σε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου κ.α. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται η δύσπνοια, η ωχρότητα, το ψυχρό δέρμα, η ταχύπνοια, ο βήχας, οι αφρώδεις εκκρίσεις κ.α. Αντιμετωπίζεται συντηρητικά με άμεση χορήγηση διουρητικών, οξυγόνου, αγγειοδιασταλτικών φαρμάκων κ.α<sup>(113)</sup>.

**Μετεγχειρητική υπέρταση.** Μπορεί να εκδηλωθεί μετεγχειρητικά και θα πρέπει να αντιμετωπιστεί έγκαιρα ,προκειμένου να προληφθούν πιθανές δευτερεύουσες επιπλοκές όπως αρρυθμίες, νεφρική ανεπάρκεια κ.α. Ασθενείς με γνωστό ιστορικό θα πρέπει να έχουν λάβει κατάλληλη θεραπεία πρό του χειρουργείου, ενώ για την αντιμετώπιση της υπέρτασης μετεγχειρητικά χορηγούνται αναστολείς των  $\alpha$  και  $\beta$  – υποδοχέων, ανταγωνιστές των διαύλων ασβεστίου, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης και αγγειοδιασταλτικά<sup>(113, 125)</sup>.

**Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ).** Το ΟΕΜ εκδηλώνεται με αιφνίδιο, έντονο, συσφικτικό οπισθοστερνικό ή προκάρδιο πόνο, που έχει αρκετή διάρκεια και συνοδεύεται από εφίδρωση, αγωνία και αίσθημα επικείμενου θανάτου. Αντιμετωπίζεται με χορήγηση οξυγόνου, αναλγητικών, αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων, θρομβολυτικής θεραπείας, αναστολέων των υποδοχέων ασβεστίου, διουρητικών και αντιαρρυθμικών φαρμάκων.

**Καρδιακές αρρυθμίες.** Οι καρδιακές αρρυθμίες κατά την μετεγχειρητική περίοδο μπορεί να οφείλονται σε ενδογενείς καρδιακές νόσους, επεμβάσεις θώρακα και οισοφάγου, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και σε φάρμακα. Οι πιο συχνά απαντούμενες αρρυθμίες είναι η κολπική μαρμαρυγή, ο κολπικός πτερυγισμός, η παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, η κοιλιακή μαρμαρυγή, ο κολποκοιλιακός αποκλεισμός και ο πλήρης αποκλεισμός του δεματίου του His<sup>(113,126)</sup>.

## 4.5 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

**Επίσχεση ούρων.** Επίσχεση ούρων μπορεί να προκληθεί λόγω του μετεγχειρητικού πόνου, της ενδοραχιαίας ή επισκληριδίου αναλγησίας, της προεπάρχουσας μερικής απόφραξης του αυχένα της ουροδόχου κύστεως και της μηχανικής απόφραξης από κάποιο επεκτεινόμενο αιμάτωμα ή συλλογή υγρού. Η συμπτωματολογία περιλαμβάνει αίσθημα έπειξης για ούρηση και δυσφορία<sup>(113,127)</sup>.

**Οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ΟΝΑ).** Με τον όρο ΟΝΑ εννοούμε την οξεία εμφάνιση βαριάς διαταραχής της νεφρικής λειτουργίας, έως και τη πλήρη διακοπή της. Η νεφρική δυσλειτουργία ορίζεται από τιμές κρεατινίνης  $>2-3\text{mg/dL}$ , ενώ η κλινική εικόνα περιλαμβάνει ολιγουρία (διούρηση  $<0,5\text{Ml/Kg/h}$ ), ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ασκίτη, οίδημα, οξεοβασικές διαταραχές<sup>(128)</sup>. Στη περίπτωση που η ΟΝΑ οφείλεται σε ήπια σωληναριακή νέκρωση είναι δυνατό να παρατηρηθεί αυξημένη παραγωγή ούρων, με διαταραχές ηλεκτρολυτών, οξέωση και υπερκαλιαιμία. Στην εκδήλωση της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας συμβάλλουν διάφοροι παράγοντες, κάποιοι από τους οποίους είναι: η κρίσιμη προμεταμοσχευτική κλινική κατάσταση (όταν πρόκειται για ΜΗ), διεγχειρητικές αιμοδυναμικές διαταραχές, μαζικές μεταγγίσεις και μερικά μετεγχειρητικά συμβάντα, όπως λοιμώξεις, χειρουργική επαναδιερεύνηση κ.α<sup>(129)</sup>. Όταν ο ασθενής έχει υποβληθεί σε ΜΗ, η νεφρική δυσλειτουργία μπορεί να οφείλεται επίσης

στη παρουσία ηπατονεφρωσικού συνδρόμου προμεταμοσχευτικά, σε δυσλειτουργία του μοσχεύματος, σε παρατεταμένη χορήγηση αγγειοδραστικών ουσιών και νεφροτοξικών φαρμάκων<sup>(129,130)</sup>. Αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση κολλοειδών διαλυμάτων και διουρητικών. Αν κριθεί απαραίτητο ο ασθενής υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση<sup>(128,131)</sup>.

## 4.6 ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

**Οξεία γαστρική διάταση.** Η οξεία γαστρική διάταση είναι η εμφάνιση υπερβολικής διάτασης του στομάχου και γαστροπληγίας. Αντιμετωπίζεται με γαστρικές πλύσεις από το Levin και χορήγηση ομεπραζόλης<sup>(113)</sup>.

**Μετεγχειρητικός ειλεός (παραλυτικός-αποφρακτικός).** Μετά από χειρουργικές επεμβάσεις κοιλίας, η αποκατάσταση της εντερικής λειτουργίας για το λεπτό έντερο είναι σχεδόν άμεση, το στομάχι ακολουθεί 2-3 ημέρες αργότερα, ενώ το παχύ έντερο ακολουθεί μετά από 3-5 ημέρες με αποβολή αερίων και κοπράνων<sup>(132)</sup>. Μετεγχειρητικός ειλεός προκαλείται από παύση του εντερικού περισταλτισμού και διακοπή της προωθήσεως του περιεχόμενου του, που οδηγούν σε εμέτους και μετεωρισμό. Είναι δύσκολη η διαφορική διάγνωση μεταξύ παραλυτικού και αποφρακτικού ειλεού. Σε κάθε περίπτωση παρατηρείται αύξηση της διατάσεως που προκαλεί βλάβη στο εντερικό τοίχωμα. Η διάταση, η στάση και η διαταραχή της απορρόφησης και της απέκκρισης καταλήγουν σε περιτονίτιδα και shock<sup>(113,132)</sup>.

Στη περίπτωση υψηλής αποφράξεως, παρατηρούνται έμετοι και γρήγορη αφυδάτωση, ενώ στη χαμηλή απόφραξη παρατηρούνται διάταση της κοιλίας, κολικοειδή άλγη, έμετοι, ευαισθησία στη ψηλάφηση, επίσχεση αερίων και κοπράνων<sup>(113,132)</sup>.

Ο μετεγχειρητικός ειλεός αντιμετωπίζεται με τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα, παρεντερική χορήγηση υγρών αναλόγως της απώλειας και ηλεκτρολυτών και με διόρθωση της οξεοβασικής ισορροπίας. Εάν δεν αντιμετωπιστεί συντηρητικά χρήζει επανεπέμβασης<sup>(113,132)</sup>.

**Μετεγχειρητική αιμορραγία.** Η διάγνωση της ενδοαυλικής αιμορραγίας τίθεται μετά από την έξοδο αιματηρού περιεχομένου από το ρινογαστρικό σωλήνα, την αιματέμεση και την εντερορραγία. Εάν μετά τη χορήγηση κατά το πρώτο 24ωρο 1500-2000ml αίματος δεν παρατηρείται αύξηση του αιματοκρίτη και εμμένουν τα σημεία της αιμορραγίας, θα πρέπει να υποβληθεί ο ασθενής σε νέα επέμβαση.

Η ενδοαυλική μετεγχειρητική αιμορραγία χωρίζεται σε 3 κατηγορίες: 1) αιμορραγία μετά από επεμβάσεις στομάχου-δωδεκαδακτύλου, 2) αιμορραγία από γαστρικές διαβρώσεις και 3) αιμορραγία μετά από επεμβάσεις λεπτού-παχέος εντέρου<sup>(113)</sup>.

## 4.7 ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

**Μετεγχειρητική περιτονίτιδα.** Τα αίτια της μετεγχειρητικής περιτονίτιδας παρουσιάζονται συνοπτικά στο πίνακα 4.2.

Πίνακας 4.2

ΑΙΤΙΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ
<p>A. Μετά από επεμβάσεις στομάχου-δωδεκαδακτύλου</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ρήξη του δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος</li> <li>2. Διαφυγή από την αναστόμωση</li> <li>3. Διάχυση σηπτικού περιεχομένου κατά τη διάρκεια της επεμβάσεως</li> </ol>
<p>B. Μετά από επεμβάσεις λεπτού-παχέος εντέρου</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Διάχυση σηπτικού περιεχομένου κατά τη διάρκεια της επεμβάσεως</li> <li>2. Ρήξη αναστομώσεως</li> <li>3. Διεγχειρητική κάκωση του εντέρου που διέλαθε της προσοχής</li> </ol>
<p>Γ. Μετά από επεμβάσεις στα χοληφόρα</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Λύση της απολινώσεως του κυστικού πόρου</li> <li>2. Διαφυγή χολής από επικουρικά λεμφαγγεία</li> <li>3. Τραυματισμός του χοληδόχου πόρου</li> <li>4. Ανεπάρκεια χολοπεπτικών αναστομωτικών ραφών</li> <li>5. Αλλαγή θέσεως του σωλήνα Kehr ή έξοδος του από το χοληδόχο πόρο</li> </ol>

Πηγή: Κωστάκης Α. Μετεγχειρητικές επιπλοκές. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;1:340

Θα πρέπει να γίνεται διαφορική διάγνωση των σημείων της μετεγχειρητικής περιτονίτιδας από άλλες καταστάσεις. Ο πυρετός και η λευκοκυττάρωση μπορεί να προέρχεται από το stress στο οποίο υποβάλλεται ο ασθενής με την επέμβαση. Ο πόνος μπορεί να είναι απόρροια της χειρουργικής τομής, ενώ η ταχύπνοια και η ταχυκαρδία μπορεί να εμφανιστεί συνεπεία αρχόμενης ενδοκοιλιακής σήψεως<sup>(113,133)</sup>.

Ο ασθενής που παρουσιάζει μετεγχειρητική περιτονίτιδα θα πρέπει να προετοιμαστεί για επανεπέμβαση, με την οποία θα γίνει προσπάθεια καταπολέμησης της λοίμωξης και τοποθέτησης λειτουργικών παροχετεύσεων. Η θνητότητα της μετεγχειρητικής περιτονίτιδας είναι αποτέλεσμα της καθυστερημένης διάγνωσης και εξαρτάται από το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από την εκδήλωση της περιτονίτιδας μέχρι και την επανεπέμβαση<sup>(113,133)</sup>.

Η χολοπεριτονίτιδα είναι απόρροια της παρουσίας χολής εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας, εκδηλώνεται με οξέα συμπτώματα, ενώ αν δε διαγνωστεί έγκαιρα μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο<sup>(113)</sup>.

**Ενδοκοιλιακά αποστήματα.** Απαντώνται συνήθως σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε επέμβαση στομάχου-δωδεκαδακτύλου, εξωηπατικών χοληφόρων, λεπτού-παχέος εντέρου και οφείλεται σε διεγχειρητική ή μετεγχειρητική διαφυγή περιεχομένου εντός



της περιτοναϊκής κοιλότητας. Οι τύποι των αποστημάτων είναι: 1) πυελικά, 2) υποδιαφραγματικά, 3) δεξιά και αριστερά παρακολικά και 4) δεξιά και αριστερά υφηπατικά<sup>(113)</sup>.

Τα συμπτώματα των αποστημάτων περιλαμβάνουν υποτροπιάζοντα ή εμμένον πυρετό, παραλυτικό ειλεό, κοιλιακή ευαισθησία και πόνο, ψηλαφητή μάζα, υποτροπιάζοντα ή επιδεινούμενο ίκτερο και σηπτική καταπληξία. Αντιμετωπίζονται είτε χειρουργικά, είτε με διαδερμική παροχέτευση και χορήγηση αντιβιοτικής θεραπείας<sup>(113,134)</sup>.

**Ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία.** Τα συχνότερα αίτια της ενδοπεριτοναϊκής αιμορραγίας παρουσιάζονται στο πίνακα 4.3.

### Πίνακας 4.3

#### Συνηθέστερα αίτια μετεγχειρητικής ενδοπεριτοναϊκής αιμορραγίας

A. Αιμορραγία μετά από επεμβάσεις στομάχου-δωδεκαδακτύλου
1. Ρήξη σπλήνα
2. Τραυματισμός ηπατικών φλεβών
3. Τραυματισμός των αγγείων της γαστροοισοφαγικής περιοχής
4. Ατελής αιμόσταση στο επίπλου
5. Χαλάρωση ή λύση απολινώσεων
6. Τραυματισμός του παγκρέατος
7. Αιμορραγία από τη τομή της εξόδου της παροχετεύσεως
B. Αιμορραγία μετά από επεμβάσεις λεπτού-παχέος εντέρου
1. Λύση απολινώσεων στην περιοχή της εκτομής
2. Αγγειακές ανωμαλίες
3. Ρήξη σπλήνα
4. Τραυματισμός του προϊερού φλεβικού πλέγματος
5. Αιμορραγία του προστάτη αδένος ή των εξαρτημάτων
Γ. Αιμορραγία μετά από επεμβάσεις ήπατος -χοληφόρων
1. Αιμορραγία κατόπιν ηπατεκτομών, κυστεκτομών κ.α
2. Αιμορραγία λόγω πλημμελούς αιμοστάσεως σε τραυματισμούς ήπατος
3. Αιμορραγία κατόπιν επεμβάσεων στο χοληφόρο δέντρο
4. Αιμορραγία από έλλειψη βιταμίνης Κ

Πηγή: Κωστάκης Α. Μετεγχειρητικές επιπλοκές. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;1:341

Εκδηλώνεται με τα ίδια κλινικά σημεία με την ενδοαυλική αιμορραγία και επιπρόσθετα μπορεί να συνυπάρχει περιτοναϊκή ευαισθησία, άλγος και έξοδος αίματος από τυχόν παροχετεύσεις. Αντιμετωπίζεται με επανεπέμβαση και αιμόσταση<sup>(113,134)</sup>. Για τους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ΜΗ, συνήθως αντιμετωπίζεται συντηρητικά, ενώ σε ένα ποσοστό 10-15% των περιπτώσεων απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση. Το αίτιο της αιμορραγίας ανευρίσκεται μόνο στο 50% των περιπτώσεων αυτών<sup>(128,135,136)</sup>.

**Σύνδρομο Αυξημένης Ενδοκοιλιακής Πίεσεως (ΣΑΕΠ) ή Σύνδρομο Κοιλιακού Διαμερίσματος.** Η φυσιολογική ενδοκοιλιακή πίεση είναι περίπου 0 στη στήλη Η<sub>2</sub>Ο. Διάφορες οξείες καταστάσεις είναι δυνατό να αυξήσουν κατά πολύ την ενδοκοιλιακή

πίεση (έως και 70cm H<sub>2</sub>O), εξ' αιτίας φλεγμονής, διάτασης του εντέρου, μαζική χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων κ.α<sup>(137)</sup>. (Πίνακας 4.4)

Πίνακας 4.4

<b>ΟΞΕΙΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ- ΑΙΤΙΑ ΣΑΕΠ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Περιτονίτιδα</li> <li>• Ειλεός</li> <li>• Παγκρεατίτιδα</li> <li>• Σοβαρά τραύματα</li> <li>• Πολύωρες εγχειρήσεις</li> <li>• Μαζική αιμορραγία (συλλογή αίματος)</li> <li>• Θρόμβωση μεσεντερίου</li> <li>• Μαζική χορήγηση υγρών</li> <li>• Ανάταξη μεγάλης κήλης</li> <li>• Τοποθέτηση αιμοστατικών γαζών</li> <li>• Σύγκλειση κοιλιάς υπό τάση</li> <li>• Μεταμόσχευση ήπατος</li> <li>• Εγκαύματα κοιλιακού τοιχώματος (ανελαστικότητα από εσχάρα)</li> </ul>

Πηγή: Βώρος Δ, Αργύρα Ε. Σύνδρομο αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσεως (ΣΑΕΠ) ή σύνδρομο κοιλιακού διαμερίσματος (Abdominal compartment syndrome). ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;2:910

Τα παθοφυσιολογικά επακόλουθα του ΣΑΕΠ (Πίνακας 4.5) ποικίλλουν και προκαλούν σημαντικές δυσλειτουργίες στα σπλάχνα και τις ζωτικές λειτουργίες.

Πίνακας 4.5

<b>Παθοφυσιολογικά επακόλουθα του ΣΑΕΠ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Άνωση διαφράγματος-Αναπνευστική ανεπάρκεια</li> <li>• Μείωση φλεβικής επαναφοράς στη καρδιά</li> <li>• Μειωμένη καρδιακή παροχή</li> <li>• Αύξηση περιφερικών αντιστάσεων</li> <li>• Ελάττωση σπλαχνικής κυκλοφορίας (Ήπαρ,έντερο)</li> <li>• Αύξηση ενδοκρανιακής πίεσης (εγκεφαλικό οίδημα και οπτική νευρίτιδα)</li> <li>• Φλεβική στάση κάτω άκρων</li> <li>• Έκπτωση νεφρικής λειτουργίας</li> <li>• Ανελαστικότητα κοιλιακού τοιχώματος</li> <li>• Ισχαιμία κοιλιακού τοιχώματος (επιγάστρια αγγεία)</li> <li>• Οξέωση</li> <li>• Αύξηση εντερικής διαπερατότητας (Translocation)</li> </ul>

Πηγή: Βώρος Δ, Αργύρα Ε. Σύνδρομο αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσεως (ΣΑΕΠ) ή σύνδρομο κοιλιακού διαμερίσματος (Abdominal compartment syndrome). ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;2:910

Η διάγνωση τίθεται με τη κλινική εξέταση, με μέτρηση της ενδοκοιλιακής πίεσης μέσω της ουροδόχου κύστεως και με αξονική τομογραφία. Ανάλογα με το στάδιο της αυξημένης πίεσεως καθορίζεται και το σχέδιο αντιμετώπισης (Πίνακας 4.6)

Πίνακας 4.6

**Διαβάθμιση της αυξημένης πίεσης**

Στάδιο I	<10mmHg	Παρακολούθηση
Στάδιο II	15mmHg	Πιθανό ΣΑΕΠ
Στάδιο III	20mmHg	Ανάγκη αποσυμπίεσης
Στάδιο IV	>20-25mmHg	Ενδείξεις για “Ανοικτή κοιλιά”

Πηγή: Βώρος Δ, Αργύρα Ε. Σύνδρομο αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσεως (ΣΑΕΠ) ή σύνδρομο κοιλιακού διαμερίσματος (Abdominal compartment syndrome). ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;2:912

Στο πίνακα 4.7 περιγράφονται συνοπτικά διάφοροι τρόποι μείωσης της ενδοκοιλιακής πίεσης.

Πίνακας 4.7

**Τεχνικές αποσυμπίεσεως**

- Κομπρέσες στο ανοικτό τραύμα
- Σύγκλειση δέρματος μόνο
- Πλάγιες τομές δέρματος και απονευρώσεως
- Διάφορα προσωρινά πλέγματα
- Φερμουάρ (Zipper)
- Κουλεπίδεσμος (Artificial Burr, Velcro-like)
- Bogoda bag
- Υποβοηθούμενη σύγκλειση κενού

Πηγή: Βώρος Δ, Αργύρα Ε. Σύνδρομο αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσεως (ΣΑΕΠ) ή σύνδρομο κοιλιακού διαμερίσματος (Abdominal compartment syndrome). ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;2:915

**4.8 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΑ ΧΟΛΗΦΟΡΑ**

**Κακώσεις χοληφόρων.** Οι κακώσεις των χοληφόρων περιλαμβάνουν τις κακώσεις του κυστικού πόρου, των εξωηπατικών (ρήξη χοληδόχου πόρου, διατομή ή εκτομή τμήματος του χοληδόχου πόρου) και των ενδοηπατικών χοληφόρων. Οι κακώσεις του κυστικού πόρου οφείλονται σε μη ασφαλή απολίνωση, σε κακώσεις του κολοβώματος και σε θερμικές κακώσεις. Οι στενώσεις των χοληφόρων διακρίνονται σε πρώιμες-όψιμες, ποικίλης διαμέτρου και διαφόρου μήκους, ενώ χωρίζονται σε τέσσερις βαθμούς ανάλογα με το ύψος της στένωσης. Η συμπτωματολογία περιλαμβάνει κοιλιακό άλγος κυρίως στο δεξιό υποχόνδριο, μετεγχειρητικό ειλεό, χαμηλή πυρετική κίνηση, ίκτερο και χολλαγείτιδα. Η αντιμετώπιση των κακώσεων και στενώσεων των χοληφόρων γίνεται είτε χειρουργικά, είτε ενδοσκοπικά ανάλογα με το είδος, τη θέση και την έκταση της βλάβης<sup>(113,138)</sup>.

**Αιμοχολία.** Η βαρύτητα της αιμορραγίας, το είδος της επέμβασης, η ηλικία και η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι οι παράγοντες που θα καθορίσουν το σχεδιασμό της θεραπείας. Συνήθως η θεραπεία συνίσταται σε εκλεκτική αρτηριογραφία και υπερεκλεκτικό καθετηριασμό και εμβολισμό του αιμορραγούντος αγγείου<sup>(113)</sup>.

**Επιπλοκές από τα χοληφόρα μετά από ΜΗ.** Οι επιπλοκές από τα χοληφόρα έχουν χαρακτηριστεί ως η “Αχίλλειος πτέρνα” της μεταμόσχευσης ήπατος. Πολλές περιπτώσεις αντιμετωπίζονται με επεμβατική ακτινολογία ή ενδοσκοπηση, ενώ ένα 10-20% θα χρειαστεί χειρουργική αντιμετώπιση<sup>(128)</sup>.

Η χολόρροια εκδηλώνεται πιά συχνά στη πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο και είναι συνέπεια νέκρωσης στη χειρουργική αναστόμωση, τεχνικών σφαλμάτων ή ισχαιμίας των χοληφόρων οδών. Είναι πολύ συχνή επιπλοκή σε περιπτώσεις ΜΗ με μόσχευμα από ζώντα δότη<sup>(129,139)</sup>. Μειωμένη παροχέτευση χολής, αύξηση των χολοστατικών ενζύμων και λευκοκυττάρωση είναι ενδεικτικά σημεία μιας επιπλοκής από τα χοληφόρα. Η διάγνωση τίθεται με υπερηχογράφημα ή αξονική τομογραφία κοιλίας, όπου φαίνεται συλλογή χολής ή διαστολή του χοληδόχου πόρου. Η διαρροή της χολής μπορεί να αντιμετωπιστεί συντηρητικά, ενδοσκοπικά ή χειρουργικά με κατασκευή νέας αναστόμωσης.

Η απόφραξη των χοληφόρων μπορεί να εκδηλωθεί συνεπεία στένωσης της αναστόμωσης, ενδοηπατικής στένωσης και χολολιθίασης. Η κλινική εικόνα του ασθενούς διαφέρει, από έναν ασυμπτωματικό ασθενή με αυξημένα χολοστατικά ένζυμα, σε έναν ασθενή με σηπτικό σοκ λόγω βακτηριακής χολαγγειίτιδας<sup>(128,140)</sup>. Η στένωση των χοληφόρων συνήθως αντιμετωπίζεται με ενδοσκοπική ή διαδερμική διαστολή με μπαλόνι, με τοποθέτηση stent ή χειρουργικά<sup>(129)</sup>.

## 4.9 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

**Ψύχωση.** Η ψύχωση περιλαμβάνει παραισθήσεις, ευερεθιστότητα και εχθρικότητα ή φόβο προς το νοσηλευτικό προσωπικό και αφορά πιά συχνά ηλικιωμένους ασθενείς, οι οποίοι εισάγονται εκτάκτως στο νοσοκομείο και υποβάλλονται σε μείζονα χειρουργική επέμβαση. Επιβαρυντικοί παράγοντες είναι ο μετεγχειρητικός πόνος, η έλλειψη ύπνου, η απομόνωση και το μη γνώριμο περιβάλλον. Μετά τη λήξη της νοσηλείας και της ανάρρωσης ο ασθενής επανέρχεται στη προηγούμενη διανοητική κατάσταση<sup>(113,141,142)</sup>.

**Επιληπτικές κρίσεις.** Οι επιληπτικές κρίσεις είναι δυνατό να προκληθούν είτε λόγω προϋπάρχουσας νόσου, είτε λόγω χορήγησης διαφόρων φαρμάκων (λιδοκαΐνης, αντιχολινεργικών ή αντικαταθλιπτικών κ.α). Περιλαμβάνουν ακράτεια, στροφή ή προσήλωση της κεφαλής και σύγχυση και αντιμετωπίζονται συντηρητικά<sup>(113)</sup>.

**Παροδικό ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο.** Το παροδικό ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να συμβεί λόγω προϋπάρχουσας κατάστασης ή λόγω μετεγχειρητικών επιπλοκών. Αντιμετωπίζεται συντηρητικά<sup>(113)</sup>.

**Νευρολογικές επιπλοκές μετά από ΜΗ.** Λόγω της χειρουργικής επέμβασης και των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων ο ασθενής είναι δυνατό να εμφανίσει διάφορες νευρολογικές επιπλοκές. Κατά συνέπεια μπορεί να εκδηλωθεί ενδοκρανιακή αιμορραγία λόγω διαταραχών πήκτικότητας ή υπέρτασης, ανοξική ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια λόγω αιμορραγίας ή υποξίας και σπασμοί λόγω της επίδρασης της κυκλοσπορίνης, του tacrolimus ή των αντιβιοτικών. Μυοπάθειες ή νευροπάθειες μπορεί επίσης να εκδηλωθούν, εξ' αιτίας της τοξικότητας των φαρμάκων ή προϋπάρχουσων επιβαρυντικών παραγόντων (αλκοόλ, διαβήτης). Παρ' όλα αυτά οι πιο συχνές επιπλοκές είναι ο αποπροσανατολισμός με επεισόδια ταραχής και σύγχυσης<sup>(143)</sup>, τα οποία και ανταποκρίνονται στη συντηρητική θεραπεία<sup>(128)</sup>.

#### 4.10 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΙΔΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΗ

**Θρόμβωση της ηπατικής αρτηρίας (ΘΗΑ).** Η θρόμβωση της ηπατικής αρτηρίας παρουσιάζει μεγαλύτερη επίπτωση στα παιδιά (1,5-25%) και σε μοσχεύματα όπου υπάρχει σημαντική διαφορά αγγειακού διαμετρήματος μεταξύ του λήπτη και του δότη<sup>(129,144)</sup>. Παράγοντες κινδύνου μπορεί να είναι η κακή αρτηριακή ροή, ο τραυματισμός κατά τη διατήρηση, η στένωση της αναστόμωσης και η υπερπηκτικότητα<sup>(129)</sup>. Τα συμπτώματα ποικίλουν και εξαρτώνται από τη χρονική στιγμή της ανάπτυξης και της διάγνωσης της επιπλοκής. Η πρόωμη ανάπτυξη της ΘΗΑ επιφέρει ισχαιμία και νέκρωση του μοσχεύματος, ενώ εάν συμβεί σε δεύτερο χρόνο οδηγεί σε επιπλοκές από τα χοληφόρα, με διατήρηση όμως της λειτουργίας του μοσχεύματος<sup>(128)</sup>. Η βατότητα της ηπατικής αρτηρίας αξιολογείται μέσω υπερηχογραφήματος Doppler, αλλά και αρτηριογραφίας εάν δεν είναι δυνατή η αξιολόγηση του αγγείου. Η θεραπεία συνίσταται σε αρτηριακή θρομβεκτομή είτε χειρουργικά, είτε μέσω επεμβατικής ακτινολογίας. Εάν αποτύχει η επαναγγείωση, κρίνεται απαραίτητη η επείγουσα επαναμεταμόσχευση<sup>(129,145)</sup>.

**Θρόμβωση της πυλαίας φλέβας.** Αποτελεί μια σπάνια επιπλοκή με επιπολασμό 2-3% και συνήθως σχετίζεται με προ-μεταμοσχευτική θρόμβωση της πυλαίας ή τεχνικών προβλημάτων<sup>(128)</sup>. Τα κλινικά σημεία περιλαμβάνουν επίμονο ασκίτη, εντερική συμφόρηση και αιμορραγία. Και σε αυτή τη περίπτωση η θεραπεία συνίσταται σε χειρουργική θρομβεκτομή ή μέσω της επεμβατικής ακτινολογίας. Σε παιδιά με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης θρόμβωσης χορηγείται προφυλακτικά ηπαρίνη ή βαρφαρίνη<sup>(129)</sup>. Σε περιπτώσεις απλής στένωσης της φλεβικής αναστόμωσης εφαρμόζεται διαδερμική αγγειοδιαστολή με αγγειογραφία ή χειρουργική εκτομή ακολουθούμενη από άμεση αναστόμωση με ή χωρίς τοποθέτηση φλεβικού μοσχεύματος<sup>(128,146,147)</sup>.

## ΑΠΟΡΡΙΨΗ

Η απόρριψη του μοσχεύματος διακρίνεται σε υπεροξεία, οξεία και χρόνια. Εδώ θα αναλυθεί η υπεροξεία και οξεία απόρριψη.

**Υπεροξεία απόρριψη.** Συμβαίνει εντός ολίγων λεπτών έως ωρών μετά τη ΜΗ και μεσολαβείται από αντισώματα του λήπτη έναντι ενδοθηλιακών κυττάρων του δότη (μόσχευμα). Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση πολύ έντονης ανοσοκαταστολής και στην υποβολή του ασθενούς σε πλασμαφαίρεση και είναι γενικά μη αναστρέψιμη<sup>(128)</sup>.

**Οξεία απόρριψη.** Συμβαίνει εντός των πρώτων 7-14 ημερών μετά τη ΜΗ, μεσολαβείται από τα Τ-λεμφοκύτταρα και τραυματίζει τις χοληφόρους οδούς και το αγγειακό ενδοθήλιο του ήπατος. Σχετίζεται με δυσλειτουργία του μοσχεύματος και επηρεάζει αρνητικά την επιβίωση του. Η χολερυθρίνη και οι τρανσαμινάσες είναι πάντα αυξημένες και μπορεί να συνυπάρχει μεταβολή στη ποιότητα της απεκκρινόμενης χολής (πίο ανοιχτόχρωμη) από τον σωλήνα *kehr*. Η διάγνωση τίθεται με βιοψία από το μόσχευμα, ενώ η θεραπεία εξαρτάται από τη σοβαρότητα της απόρριψης και την υποκείμενη διάγνωση του ασθενούς<sup>(129,148)</sup>. Ήπια απόρριψη μπορεί να ανταποκριθεί σε αύξηση των δόσεων της ανοσοκαταστολής, των ενδοφλέβιων στεροειδών, της μυκοφαινόλης και/ή αλλαγή σε *tacrolimus*, εάν ο ασθενής ήταν υπό κυκλοσπορίνη. Πιο σοβαρής μορφής απόρριψη απαιτεί επαναλαμβανόμενη χορήγηση στεροειδών και/ή αντιλεμφοκυτταρικής σφαιρίνης. Σπάνια απαιτείται επαναμεταμόσχευση συνεπεία οξείας απόρριψης<sup>(129)</sup>.

## ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Οι λοιμώξεις εξακολουθούν να είναι μία από τις κύριες επιπλοκές μετά από ΜΗ και αποτελούν μείζονα αιτία νοσηρότητας και θνητότητας κατά τη πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο. Περισσότερο από το 50% των μεταμοσχευμένων ασθενών θα εκδηλώσουν τουλάχιστον ένα είδος λοίμωξης και η λοίμωξη είναι υπεύθυνη για περισσότερους από τους μισούς θανάτους μεταξύ των ληπτών ηπατικού μοσχεύματος. Η πηγή προέλευσης του μολυσματικού μικροοργανισμού μπορεί να είναι: 1) το μόσχευμα του δότη και τα μεταγγιζόμενα παράγωγα αίματος (κυρίως ιογενείς λοιμώξεις, όπως κυτταρομεγαλοϊός, ιός Epstein-Barr, HBV, HCV), 2) η επανενεργοποίηση μιας προϋπάρχουσας λοίμωξης, 3) έκθεση σε εξωγενείς μικροοργανισμούς ή από την ενδογενή χλωρίδα. Στους επιβαρυντικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η ανάγκη για νέα χειρουργική παρέμβαση<sup>(128,149)</sup>, η εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος, υπερβολική έκθεση σε παθογόνους μικροοργανισμούς λόγω παρατεταμένης παραμονής στο νοσοκομείο, η κακή προμεταμοσχευτική κλινική κατάσταση του λήπτη, καθώς και η χορήγηση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων.

Κατά το πρώτο μήνα η λοίμωξη είναι κυρίως νοσοκομειακής προέλευσης. Κατά την ενδιάμεση περίοδο από το 2<sup>ο</sup>-6<sup>ο</sup> μήνα, απαντώνται πιο συχνά ιογενείς λοιμώξεις, παρά

βακτηριακές. Με φθίνουσα συχνότητα ακολουθούν οι λοιμώξεις από μύκητες (*Pneumocystis carinii*, *candida*, *aspergillus*, *Cryptococcus*), βακτήρια (*Mycobacteria*, *Nocardia*, *Listeria*) και παράσιτα<sup>(128,150)</sup>.

Ανάλογα με τη κάθε περίπτωση οι λοιμώξεις που σχετίζονται με τη χειρουργική τεχνική εκδηλώνονται στη κοιλιακή χώρα, στο ήπαρ και στις χοληφόρους οδούς και περιλαμβάνουν επιπολής και εν τω βάθει λοιμώξεις του χειρουργικού πεδίου (χειρουργικό τραύμα, ενδο- ή εξωηπατικό απόστημα, περιτονίτιδα, χολλαγγειίτιδα). Όλες οι ανωτέρω λοιμώξεις σχετίζονται με χειρουργικά προβλήματα. Η παρατεταμένη νοσηλεία συχνά οδηγεί σε νοσοκομειακές λοιμώξεις, οι οποίες περιλαμβάνουν πνευμονία, βακτηριαμία και λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. Αυτού του τύπου οι λοιμώξεις σχετίζονται με επεμβατικές διαδικασίες<sup>(128)</sup>. Οι παθογόνοι μικροοργανισμοί που απαντώνται πιο συχνά είναι αερόβια gram(+) βακτήρια και αερόβιοι gram(-) βάκιλοι. Ειδικότερα, για τις βακτηριαμίες τα *staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* and *Enterobacter* έχουν σχετισθεί με υψηλά ποσοστά θνητότητας. Μια σειρά μικροοργανισμών, όπως σταφυλόκοκκοι, εντεροκόκκοι, αναερόβια και gram-αρνητικά βακτήρια, όπως *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli* και *Enterobacter* είναι κοινά στα χειρουργικά τραύματα. Δεν φαίνεται όμως να επηρεάζουν την θνητότητα ή τη πορεία του μοσχεύματος. Τέλος, gram αρνητικά όπως *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Enterobacter* και *Serratia marcescens* είναι υπεύθυνα για τις πνευμονίες<sup>(151)</sup>.

Η προφύλαξη από βακτηριακή λοίμωξη περιλαμβάνει τις ακόλουθες στρατηγικές: 1) επιλεκτική απολύμανση του εντερικού σωλήνα, 2) χορήγηση αντιβιοτικών διεγχειρητικά, 3) χορήγηση αντιβιοτικής προφύλαξης πριν από την επεμβατική διερεύνηση της χοληφόρου οδού, 4) καλό πλύσιμο των χεριών από το προσωπικό σε συνδυασμό με τη τήρηση των κανόνων υψηλής αντισηψίας κατά τη διενέργεια επεμβατικών διαδικασιών<sup>(128,152,153)</sup>.

Οι μυκητιασικές λοιμώξεις συνήθως οφείλονται σε περιβαλλοντική έκθεση και στην ύφεση της άμυνας του ασθενούς. Ένας σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας για την εκδήλωση μυκητιασικής λοίμωξης είναι η αντιμετώπιση της οξείας απόρριψης με υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών ή αντιλεμφοκυτταρικών παραγόντων. Στους προδιαθεσικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η προεγχειρητική νεφρική δυσλειτουργία, ο αποικισμός από μύκητα, η σοβαρότητα της κίρρωσης του ήπατος, η επαναμεταμόσχευση, οι διεγχειρητικές μαζικές μεταγγίσεις, παρατεταμένη νοσηλεία στη ΜΕΘ κ.α. Συχνότερα απομονώνονται διάφορα είδη *Candida*, ενώ λιγότερο συχνά απομονώνεται ο *Aspergillus*. Εάν κάποιο είδος *Candida* απομονωθεί σε 2 ή περισσότερες πηγές, ακόμα και αν σε αυτές δεν περιλαμβάνεται το αίμα, η λοίμωξη αντιμετωπίζεται ως συστηματική<sup>(129)</sup>.

Ανεξάρτητα από την αιτία της ηπατικής νόσου, ο κυτταρομεγαλοϊός (CMV) είναι ο ιός που απομονώνεται πιο συχνά μετά από ΜΗ. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν τη μεταμόσχευση μοσχεύματος από έναν οροθετικό δότη σε έναν οροαρνητικό λήπτη, τις μαζικές μεταγγίσεις παραγώγων αίματος και τη χρήση αντιλεμφοκυτταρικών αντισωμάτων. Σε απουσία προφύλαξης, το ποσοστό των ασθενών που θα προσβληθούν από τον ιό κυμαίνεται από 23-85%, ενώ μόνο το 10-40% θα εκδηλώσουν τη νόσο. Η

λοίμωξη από CMV σχετίζεται με υψηλό ποσοστό θνησιμότητας και απώλειας του μοσχεύματος<sup>(128)</sup>.

Προκειμένου να αποφευχθεί η εκδήλωση λοίμωξης από CMV, κρίνεται απαραίτητο να αντιμετωπιστεί η νόσος στο προσυμπτωματικό στάδιο. Η προφύλαξη αποδεικνύεται χρήσιμη κυρίως στους ασθενείς υψηλού κινδύνου και πραγματοποιείται επιτυχώς με από του στόματος φάρμακα<sup>(128,154,155)</sup>.







## ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ (Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ)

---

5.1 ΟΡΙΣΜΟΙ

5.2 ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

# ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ (Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ)

## 5.1 ΟΡΙΣΜΟΙ

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά ως απουσία νόσου<sup>(156)</sup>. Ως εκ τούτου, στο σχεδιασμό της θεραπείας μιας νόσου, θα πρέπει να συνυπολογίζεται η επίδραση της νόσου, αλλά και των διαφόρων τεχνικών που πραγματοποιούνται για τη θεραπεία αυτής, στη ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η έννοια της ποιότητας ζωής χρονολογείται ακόμα από την εποχή του Αριστοτέλη (384-322 π.Χ), ο οποίος αναφερόταν στη «καλή ζωή» και στο «ευ ζείν»<sup>(157)</sup>.

Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος που περιλαμβάνει μια γενική αίσθηση ευημερίας, συμπεριλαμβανομένων των πτυχών της ευτυχίας και της ικανοποίησης με τη ζωή στο σύνολο της<sup>(158)</sup>. Οι πτυχές αυτές περιλαμβάνουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις ενός ατόμου σε διάφορες καταστάσεις της ζωής του, τη διάθεση του, την αίσθηση πληρότητας και την ικανοποίηση στην εργασία και στις προσωπικές του σχέσεις<sup>(159)</sup>.

Σημαντική εξέλιξη έχει επιτευχθεί από τη δεκαετία του '80 και μετά σχετικά με την έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, για να συμπεριλάβει τις πτυχές της συνολικής ποιότητας ζωής, που μπορεί να αποδειχθεί ότι επηρεάζουν την υγεία, είτε σωματική, είτε πνευματική<sup>(160)</sup>.

Σε ατομικό επίπεδο περιλαμβάνει τις αντιλήψεις της σωματικής και ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων και καταστάσεων που σχετίζονται με την υγεία, τη λειτουργική κατάσταση, τη κοινωνική στήριξη και τη κοινωνικοοικονομική κατάσταση<sup>(158)</sup>.

Σε επίπεδο κοινότητας η Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ περιλαμβάνει τους πόρους, τις συνθήκες, τις πολιτικές και τις πρακτικές που επηρεάζουν τις αντιλήψεις για την υγεία του πληθυσμού και τη λειτουργική του κατάσταση. Έτσι η Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ διευρύνει τη παραδοσιακή έννοια της υγείας, ώστε να καλύψει τις σωματικές και ψυχικές ανάγκες του πληθυσμού<sup>(158)</sup>. Επιπρόσθετα οι υπηρεσίες υγείας έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίζουν διάφορα θέματα που αφορούν τη δημόσια υγεία και τη πολιτική της υγείας, σε συνεργασία με άλλους φορείς, όπως είναι οι κοινωνικές υπηρεσίες, εμπορικές ομάδες κ.α<sup>(161)</sup>.

Η Σ.Υ.ΠΟΙ.Ζ είναι πλέον ένα αποδεκτό εργαλείο μέτρησης, αφού υποστηρίζει την επίβλεψη της υγείας και χορηγεί στοιχεία για τις ανάγκες του πληθυσμού, αλλά και για τα αποτελέσματα των διαφόρων παρεμβάσεων<sup>(158)</sup>. Επιπρόσθετα η μέθοδος της

αυτοαξιολόγησης των ατόμων έχει αποδειχθεί ένας σημαντικός προγνωστικός δείκτης νοσηρότητας και θνητότητας<sup>(162)</sup>.

## 5.2 ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής τα οποία συνοπτικά παρουσιάζονται ακολούθως, αποτελούν ένα δείγμα των οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία χρόνια για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε διάφορες κατηγορίες ασθενών.

### 5.2.1 Δείκτης λειτουργικότητας Karnofsky (Karnofsky Performance Index, KPI)

Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofsky<sup>(163)</sup> αξιολογεί τη σωματική λειτουργία. Η βαθμολογία για τα 10 επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητας πραγματοποιείται από ιατρό σε μια ποσοστιαία κλίμακα από το 0 έως το 100. Το 100% καταδεικνύει σωματική λειτουργικότητα χωρίς περιορισμούς ή απουσία νόσου, ενώ το 0% αντιπροσωπεύει το θάνατο. Χαμηλή επί τοις εκατό βαθμολογία αντιστοιχεί σε κακή ποιότητα ζωής, ενώ υψηλή βαθμολογία σημαίνει καλή ποιότητα ζωής<sup>(164)</sup>.

### 5.2.2 Δείκτης Λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO Performance Status)

Ο Δείκτης Λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας<sup>(165)</sup> ομοίως αξιολογεί τη σωματική λειτουργία και ικανότητα και η βαθμολογία τίθεται από τον ιατρό. Σε 5 κλίμακες από το 0 έως το 4, γίνεται κατάταξη 5 κατηγοριών σωματικής λειτουργίας και ικανότητας. Ασθενής που βρίσκεται στη βαθμίδα 0 θεωρείται ικανός χωρίς περιορισμούς να πραγματοποιεί όλες τις δραστηριότητες, ενώ ασθενής που βρίσκεται στη βαθμίδα 4 είναι ανίκανος να φροντίσει τον εαυτό του<sup>(164)</sup>.

### 5.2.3 Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (Katz Index of Activities of Daily Living)

Ο Δείκτης Katz<sup>(166)</sup> εκτιμάται από ιατρό ή νοσηλεύτη βάσει 6 ερωτήσεων που αφορούν τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας ηλικιωμένων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Η βαθμολογία τίθεται ανάλογα με την εξάρτηση ή μη των ασθενών σε συγκεκριμένα θέματα καθημερινής φροντίδας<sup>(164)</sup>.

#### 5.2.4 Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής (Spitzer Quality of Life Index)

Ο Δείκτης Spitzer<sup>(167)</sup> αρχικά προοριζόταν για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών, αλλά τελικά η χρήση του επεκτάθηκε και σε άλλες κατηγορίες ασθενών. Η εκτίμηση πραγματοποιείται σε 5 βασικούς τομείς : 1) δραστηριότητες, 2) καθημερινή ζωή, 3) αντίληψη της υγείας, 4) κοινωνική υποστήριξη και 5) άποψη για τη ζωή. Η βαθμολογία γίνεται σε μία κλίμακα 3 βαθμίδων, από το 0 έως το 2 και πραγματοποιείται είτε από τον ίδιο τον ασθενή (αυτοαξιολόγηση), είτε από τον ιατρό<sup>(164)</sup>.

#### 5.2.5 Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο (McGill Pain Questionnaire)

Το ερωτηματολόγιο McGill δημιουργήθηκε το 1971 από τους Melzack και Torgerson<sup>(168)</sup> για τη μέτρηση του πόνου και χρησιμοποιείται σε διάφορες κατηγορίες ασθενών στη κλινική έρευνα. Το ερωτηματολόγιο συνίσταται σε κατηγορίες καταστάσεων που περιγράφουν πως ένας ασθενής αντιλαμβάνεται και αισθάνεται το πόνο<sup>(164)</sup>.

#### 5.2.6 Επισκόπηση Υγείας του Nottingham (Nottingham Health Profile)

Η Επισκόπηση Υγείας του Nottingham δημιουργήθηκε το 1980 από τους Hunt και McEwen<sup>(169)</sup> με σκοπό την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των ιατρικών θεραπευτικών πράξεων. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 6 κατηγορίες προβλημάτων: ενέργεια-ενεργητικότητα, πόνος, συναισθηματικές αντιδράσεις, ύπνος, κοινωνική απομόνωση και σωματική κίνηση. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει 7 τομείς της καθημερινής ζωής: αμοιβώμενη εργασία, οικιακή εργασία, κοινωνική ζωή, προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική ζωή, ασχολίες ελεύθερου χρόνου, ενδιαφέροντα. Η κάθε ερώτηση απαντάται με ναι ή όχι, και η βαθμολογία προκύπτει βάσει ενός συντελεστή βαρύτητας για κάθε ερώτηση. Υψηλή βαθμολογία υποδηλώνει έντονα προβλήματα στον ασθενή. Συμπληρώνεται με τη μέθοδο της αυτοαξιολόγησης. Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί και σε υγιείς πληθυσμούς<sup>(164)</sup>.

#### 5.2.7 Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire)

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας δημιουργήθηκε το 1972 από τον Goldberg<sup>(170)</sup> και είναι διαθέσιμο σε 3 εκδόσεις, ανάλογα με τον αριθμό των ερωτήσεων. Η πρώτη έκδοση περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις, η δεύτερη 30 και η τρίτη 60 ερωτήσεις. Η πρώτη έκδοση αποτελείται από 4 κατηγορίες που αφορούν: τη κατάθλιψη, το άγχος, τη κοινωνική λειτουργία και τα σωματικά συμπτώματα. Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί και σε υγιείς πληθυσμούς<sup>(164)</sup>.

### 5.2.8 Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (Psychological Adjustment to Illness Scale)

Οι Morrow et al<sup>(171)</sup> δημιούργησαν το 1978 τη κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Ασθένεια, η οποία αποτελείται από 45 ερωτήσεις που αφορούν 7 τομείς της ποιότητας ζωής: α) φροντίδα υγείας (συμπεριφορές και προσδοκίες έναντι του ιατρού και της θεραπείας), β) επαγγελματικό-εργασιακό περιβάλλον (ικανοποίηση από το επάγγελμα-προσαρμογή στην εργασία), γ) οικιακό περιβάλλον (η επίδραση της ασθένειας στα οικονομικά της οικογένειας και την επικοινωνία), δ) σεξουαλικές σχέσεις (η επιρροή της ασθένειας στη συχνότητα και ικανοποίηση της σεξουαλικής δραστηριότητας), ε) ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις (προβλήματα από την ασθένεια στα μέλη του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος), στ) κοινωνικό περιβάλλον (η διατήρηση του ενδιαφέροντος στις κοινωνικές δραστηριότητες) και ζ) ψυχολογική κατάπτωση (άγχος, κατάθλιψη κ.α). Η κλίμακα χρησιμοποιείται σε διάφορες κατηγορίες χρόνιων ασθενών και μπορεί να συμπληρωθεί είτε από τον ίδιο τον ασθενή, είτε με συνέντευξη από επαγγελματία υγείας (ιατρό, νοσηλεύτη, κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο)<sup>(164)</sup>.

### 5.2.9 Επισκόπηση της Επίδρασης της Ασθένειας (Sickness Impact Profile)

Η Επισκόπηση της Επίδρασης της Ασθένειας δημιουργήθηκε το 1976 από τους Bergner et al<sup>(172)</sup>, είναι ευρέως χρησιμοποιούμενο όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής και χρησιμοποιείται σε διάφορες κατηγορίες ασθενών. Περιέχει 136 ερωτήσεις που αφορούν 12 υποκατηγορίες, οι οποίες συνθέτουν 2 τελικές ανεξάρτητες κατηγορίες: α) τη σωματική λειτουργία και β) τη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Οι ερωτήσεις απαντώνται με Ναι ή Όχι και η βαθμολογία προκύπτει βάσει σταθμισμένων δεικτών, σύμφωνα με τους οποίους έχει ληφθεί υπόψη η βαρύτητα της κάθε ερώτησης. Η τελική βαθμολογία εκφράζεται είτε ως συνολική, είτε ως βαθμολογία στις 2 κύριες κατηγορίες<sup>(164)</sup>.

### 5.2.10 Επισκόπηση Υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey)

Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware<sup>(173)</sup> και χρησιμοποιείται για τη σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών. Οι καταστάσεις της υγείας που εκφράζονται από την επισκόπηση υγείας SF-36 είναι γενικές και όχι ειδικές κάποιας ασθένειας ή θεραπείας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 36 ερωτήσεις, οι οποίες συνθέτουν 8 κλίμακες (2-10 ερωτήσεις η κάθε μία): α) σωματική λειτουργικότητα, β) ρόλος σωματικός, γ) σωματικός πόνος, δ) γενική υγεία, ε) ζωτικότητα, στ) κοινωνική λειτουργικότητα, ζ) ρόλος συναισθηματικός και η) ψυχική υγεία. Το ερωτηματολόγιο SF-36 συμπληρώνεται είτε με τη μέθοδο της αυτοαξιολόγησης, είτε με συνέντευξη

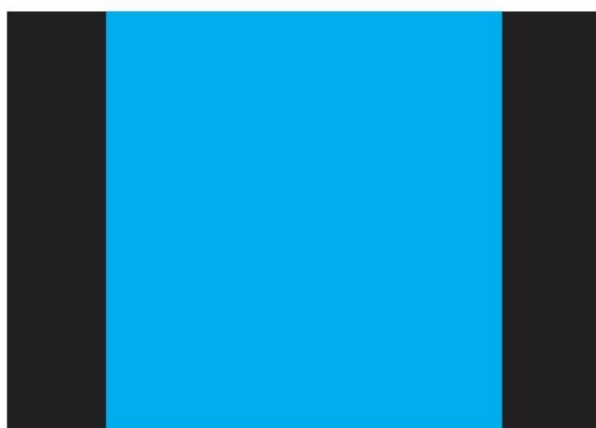
πρόσωπο με πρόσωπο, ή τηλεφωνική και αναφέρεται σε άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω<sup>(164)</sup>.

### 5.2.11 Επισκόπηση Υγείας EQ-5D (EuroQol)

Δημιουργήθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1980 από Ευρωπαίους ερευνητές και στην Ελλάδα έχει μεταφραστεί και σταθεροποιηθεί από την ομάδα του κου Υφαντόπουλου στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Η ποιότητα ζωής μετράται μέσω 5 διαστάσεων: α) κινητικότητα, β) αυτοεξυπηρέτηση, γ) συνήθειες δραστηριότητες, δ) πόνος και ε) άγχος-κατάθλιψη<sup>(164)</sup>.

### 5.2.12 Επισκόπηση Υγείας EQ-15D

Η Επισκόπηση Υγείας EQ-15D αναφέρεται σε 15 διαστάσεις της ποιότητας ζωής, οι οποίες είναι: 1) κινητικότητα, 2) όραση, 3) ακοή, 4) αναπνοή, 5) ύπνος, 6) φαγητό, 7) ομιλία, 8) αφόδευση, 9) συνήθειες δραστηριότητες, 10) νοητικές λειτουργίες, 11) δυσφορία και συμπτώματα, 12) κατάθλιψη, 13) εξάντληση, 14) ζωτικότητα και 15) σεξουαλική δραστηριότητα. Στην Ελλάδα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί από την ομάδα του κου Υφαντόπουλου στο Πανεπιστήμιο Αθηνών<sup>(164)</sup>.



## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ









## Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

---

- 6.1 Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ
- 6.2 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ
- 6.3 ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ
- 6.4 ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ
- 6.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

## Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

### 6.1 Ο σκοπός της μελέτης

**Σ**κοπός της μελέτης είναι α) η καταγραφή των μετεγχειρητικών επιπλοκών μετά από ΜΗ και μείζονες ογκολογικές επεμβάσεις για πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς όγκους του γαστρεντερικού συστήματος, β) η διερεύνηση συσχέτισης των επιπλοκών με τη προεγχειρητική κατάσταση των ασθενών για την ομάδα της ΜΗ, γ) η διερεύνηση συσχέτισης των επιπλοκών με το μετεγχειρητικό θάνατο, το θάνατο στα 7 έτη, το χρόνο διασωλήνωσης και παραμονής στη ΜΕΘ και για τις δύο ομάδες. Δεύτερος σκοπός της έρευνας είναι ο προσδιορισμός της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των δύο ομάδων σε χρονικό διάστημα 7 ετών μετά την χειρουργική επέμβαση, η σύγκριση των δύο ομάδων μεταξύ τους και με το γενικό πληθυσμό.

### 6.2 Υλικό και μέθοδος

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη που εξετάζει δύο ομάδες ασθενών, μία ομάδα 32 ασθενών που υποβλήθηκαν σε Ορθοτοπική Μεταμόσχευση Ήπατος και μία ομάδα 32 ασθενών που υποβλήθηκαν σε μείζονες ογκολογικές επεμβάσεις για πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς όγκου του γαστρεντερικού συστήματος. Οι ασθενείς που συμπεριλήφθησαν στην έρευνα, υποβλήθηκαν στις παραπάνω χειρουργικές επεμβάσεις κατά τη χρονική περίοδο 07/2006-07/2009 σε μεγάλο Γενικό Νοσοκομείο της Αθήνας και νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας μετά το χειρουργείο για τουλάχιστον 3 ημέρες. Εξετάστηκαν οι επιπλοκές κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους σε χρονικό διάστημα 7 ετών μετά την επέμβαση. Για το προσδιορισμό της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36, το οποίο συμπληρώθηκε μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης.

### 6.3 Το ερωτηματολόγιο της μελέτης

Το ερωτηματολόγιο της μελέτης αποτελείται από 36 ερωτήσεις, οι οποίες συνθέτουν 8 κλίμακες και περιέχουν 2-10 ερωτήσεις η κάθε μία. Οι 8 κλίμακες είναι: α) σωματική λειτουργικότητα, ΣΛ (physical functioning) με 10 ερωτήσεις, β) ρόλος σωματικός, ΡΣ (role physical) με 4 ερωτήσεις, γ) σωματικός πόνος, ΣΠ (bodily pain) με 2 ερωτήσεις, δ) γενική υγεία, ΓΥ (general health) με 5 ερωτήσεις, ε) ζωτικότητα, ΖΤ (vitality) με 4 ερωτήσεις, στ) κοινωνική λειτουργικότητα, ΚΛ (social functioning) με 2 ερωτήσεις, ζ) ρόλος συναισθηματικός, ΡΣΘ (role-emotional) με 3 ερωτήσεις και η) ψυχική υγεία, ΨΥ

(mental health) με 5 ερωτήσεις. Υπάρχει ακόμα μια ερώτηση, η οποία αφορά τη μεταβολή της υγείας και δε συμπεριλαμβάνεται στη κατασκευή κάποιας κλίμακας. Οι 8 αυτές επιμέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικές κλίμακες, στις κλίμακες της σωματικής και της ψυχικής υγείας.

## 6.4 Ηθικά ζητήματα

Για τη πραγματοποίηση της μελέτης, εξασφαλίστηκε η απαραίτητη έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου, καθώς και από την Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, προκειμένου να γίνει η συλλογή και η επεξεργασία δεδομένων που αφορούν την νοσηλεία των ασθενών που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα και να συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια. Εξασφαλίστηκε επίσης άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου SF-36 με αριθμό QM029657 από το Office of Scholarly Grants and Research (OGSR) της OptumInsight Life Sciences, Inc (f/k/a QualityMetric Incorporated) ("OPTUM"). Επιπρόσθετα οι συμμετέχοντες στην έρευνα διαβεβαιώθηκαν για την διατήρηση της ανωνυμίας τους, και τη προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων τους, ενώ επίσης ενημερώθηκαν και για το δικαίωμα απόσυρσης από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή.

## 6.5 Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's  $\chi^2$  test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ή ο μη παραμετρικός συντελεστής του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.





# 7

## ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

---

- 7.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
- 7.2 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ
- 7.3 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΜΕ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ  
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΣΤΑ 7 ΧΡΟΝΙΑ
- 7.4 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ MELD score  
και MELD-NA score ΜΕ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ
- 7.5 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ  
ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΚΙΤΗ ΜΕ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ
- 7.6 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ  
ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΠΥΛΑΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ  
ΜΕ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ
- 7.7 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΙΑΜΕΣΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗΣ  
ΜΕ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΥΟ ΟΜΑΔΕΣ  
ΑΣΘΕΝΩΝ
- 7.8 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΜΕΣΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ  
ΣΤΗ ΜΕΘ ΜΕ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ
- 7.9 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

## ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

### 7.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

**Τ**ο δείγμα αποτελείται από 32 ασθενείς με μεταμόσχευση ήπατος και 32 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργείο για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος. Στον πίνακα 7.1 περιλαμβάνονται τα δημογραφικά στοιχεία καθώς και στοιχεία που αφορούν στη νοσηλεία των ασθενών ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 7.1**

#### Δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία νοσηλείας

		Μεταμόσχευση ήπατος (N=32)		Όγκος γαστρεντερικού (N=32)		P
		N	%	N	%	
<b>Ηλικία, μέση τιμή (SD)</b>		51,2 (12,1)		64,0 (15,3)		<b>&lt;0,001+</b>
<b>Φύλο</b>	Άντρες	25	78,1	19	59,4	0,106*
	Γυναίκες	7	21,9	13	40,6	
<b>Διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ (ημέρες), μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)</b>		15,9 (23,3)	10 (8 - 14,5)	15,8 (32,1)	4,0 (3,0 - 11,5)	<b>0,002++</b>
<b>Επανεισαγωγή ΜΕΘ</b>	Όχι	28	87,5	28	87,5	1,000**
	Ναι	4	12,5	4	12,5	
<b>Διασωλήνωση, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)</b>		12,3 (21,2)	6,5 (4,0 - 11,0)	13,0 (29,7)	2 (1 - 10,5)	<b>0,003++</b>

\*Pearson's  $\chi^2$  test \*\*Fisher's exact test +Student's t-test ++Mann-Whitney test

Η μέση ηλικία των ασθενών με μεταμόσχευση ήπατος ήταν 51,2 έτη (SD=12,1 έτη), η οποία ήταν σημαντικά χαμηλότερη από την ηλικία των ασθενών με όγκο γαστρεντερικού που ήταν 64,0 έτη (SD=15,3 έτη). Η πλειοψηφία και των δύο ομάδων ήταν άντρες με τα ποσοστά να είναι 78,1% για τους ασθενείς με μεταμόσχευση ήπατος και 59,4% για τους ασθενείς με όγκο γαστρεντερικού. Επίσης, οι ασθενείς με μεταμόσχευση ήπατος νοσηλεύτηκαν για σημαντικά περισσότερες μέρες καθώς και διασωλήνώθηκαν για σημαντικά περισσότερες μέρες σε σύγκριση με τους ασθενείς με όγκο γαστρεντερικού. Τα ποσοστά επανεισαγωγής στη ΜΕΘ ήταν ίδια (12,5%) για τις δύο ομάδες ασθενών.

**Πίνακας 7.2**  
**Επέμβαση για όγκο γαστρεντερικού**

		N	%
<b>ΕΠΕΜΒΑΣΗ</b>	Ca ΕΝΤΕΡΟΥ	7	21,9
	Ca ΕΝΤΕΡΟΥ + ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗ	5	15,6
	Ca ΗΠΑΤΟΣ	5	15,6
	Ca ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	7	21,9
	Ca ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ + ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗ	1	3,1
	Ca ΣΤΟΜΑΧΟΥ	5	15,6
	ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ ΗΠΑΤΟΣ	1	3,1
	ΜΟΡΦΩΜΑ ΗΠΑΤΟΣ	1	3,1

Το 37,5% έκανε επέμβαση για Ca εντέρου και το 25,0% για Ca παγκρέατος.

Στον πίνακα 7.3 περιλαμβάνονται τα στοιχεία που αφορούν στους ασθενείς με μεταμόσχευση ήπατος.

**Πίνακας 7.3**  
**Αίτια ΜΗ και προεγχειρητική κατάσταση ασθενών**

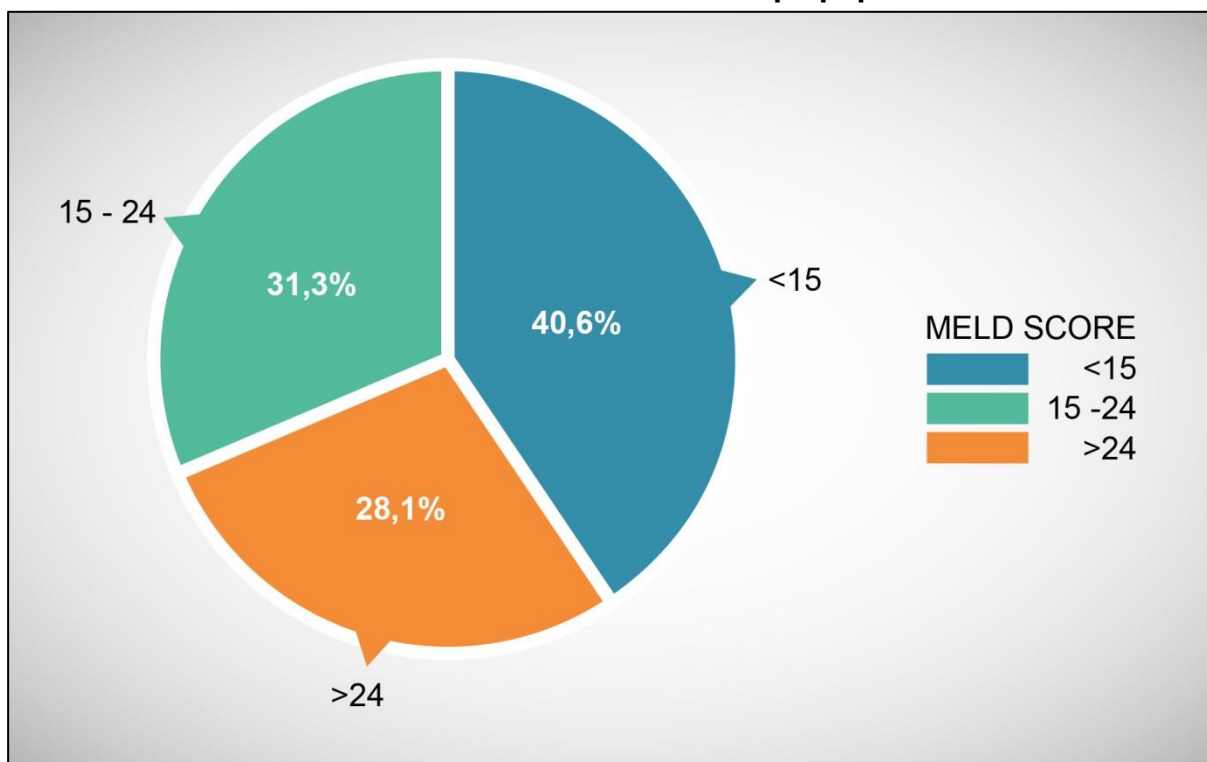
		N	%
<b>Αίτιο ΜΗ</b>	ALD	4	12,5
	HBV	4	12,5
	HBV+HCC	6	18,8
	HBV+HDV	1	3,1
	HCV+ALD	1	3,1
	HCV+HCC	4	12,5
	PBC	2	6,3
	PBC+HCC	1	3,1
	PSC	3	9,4
	Επιθηλιωειδές Αιμάγγειο-Ενδοθηλίωμα	2	6,2
	Κρυψιγενής κίρρωση	2	6,3
	ΟΗΑ	2	6,3
<b>Προεγχειρητική κατάσταση</b>	Εγκεφαλοπάθεια	14	43,8
	Ασκίτης	10	31,3
	Υπονατρίαμια	15	46,9
	Πυλαία υπέρταση	24	75,0
<b>MELD SCORE, Μέση τιμή (SD)</b>		20,1 (10,2)	
<b>MELD SCORE</b>	<15	13	40,6
	15-24	9	28,1
	>24	10	31,3
<b>MELD-NA, Μέση τιμή (SD)</b>		21,1 (10,7)	



Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων (34,4%), το αίτιο της μεταμόσχευσης ήταν η ηπατίτιδα Β. Προεγχειρητικά, το 75,0% των ασθενών είχε πυλαία υπέρταση, το 46,9% υπονατρίαμια και το 43,8% είχε εγκεφαλοπάθεια. Το μέσο MELD score ήταν 20,1 μονάδες (SD=10,2 μονάδες), ενώ το μέσο MELD-NA score ήταν 21,1 μονάδες (SD=10,7 μονάδες). Το 40,6% των ασθενών είχε λιγότερο από 15 μονάδες MELD score.

**Γράφημα 7.1**

**Τα MELD SCORE των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΜΗ**



## 7.2 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Μετεγχειρητικές επιπλοκές σε ασθενείς που χειρουργήθηκαν για όγκο γαστρεντερικού

**Χειρουργικές Επιπλοκές.** Οι χειρουργικές επιπλοκές αφορούσαν σε 10 ασθενείς. Σε χειρουργείο για Ca παγκρέατος διενεργήθηκε υπό U/S παρακέντηση κοιλίας και τοποθέτηση παροχέτευσης στο δουγλάσειο που απέδωσε σε 2 ώρες 1020cc αιματηρού υγρού(Ht=18%), το οποίο στάλθηκε για καλλιέργεια. Μετά από χειρουργική αφαίρεση όγκου σιγμοειδούς (σιγμοειδεκτομή,σπληνεκτομή) παροχετεύτηκε πυώδες υγρό από τη παροχέτευση κοιλίας, ενώ διαπιστώθηκε συλλογή υγρού στο πρόσθιο τοίχωμα και υποδιαφραγματική συλλογή στη σπληνεκτομή. Σε μετεγχειρητική παρακολούθηση για χειρουργική εκτομή Ca παγκρέατος διαγνώστηκε μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα, η

οποία έχρηζε εκ νέου χειρουργείου, ενώ προκειμένου να παροχετευθεί οπισθοπεριτοναϊκή συλλογή η ασθενής υποβλήθηκε σε ένα ακόμη χειρουργείο. Μετά από ΔΕ ημικολεκτομή για αντιμετώπιση Ca παχέος εντέρου, διαπιστώθηκε διάσπαση της ειλεοεγκάρσιας αναστόμωσης, η οποία αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με σύγκλειση του εγκαρσίου και δημιουργία ειλεοστομίας. Τέλος ύστερα από ολική κολεκτομή για Ca εντέρου, ο ασθενής εμφάνισε σημεία οξείας κοιλίας λόγω ρήξης-διάτρησης λεπτού εντέρου, το οποίο αντιμετωπίστηκε με νέο χειρουργείο. Διεγχειρητικά 4 ασθενείς (2 Ca παγκρέατος, 1 Ca ήπατος και 1 Ca καρδιοισοφαγικής μοίρας) παρουσίασαν αιμορραγία, η οποία αντιμετωπίστηκε ανάλογα με την έκταση της αιμορραγίας, με χορήγηση RBC, FFP, PLT και παραγόντων πήξεως (ινωδογόνο, novoseven). Ένας ασθενής που υποβλήθηκε σε ηπατεκτομή παρουσίασε αιμορραγική καταπληξία και κατέληξε στη ΜΕΘ.

**Λοιμώξεις.** Από τους 32 ασθενείς της παρούσας μελέτης, οι 11 παρουσίασαν κάποιου είδους λοίμωξη. Μικρόβια απομονώθηκαν στις βρογχικές εκκρίσεις σε 7 ασθενείς, στο αίμα σε 5 ασθενείς, στο άκρο κεντρικού καθετήρα σε 4 ασθενείς, στο τραύμα σε 3 ασθενείς, στο υγρό παροχέτευσης σε 3 ασθενείς, στο πλευριτικό υγρό σε 1 ασθενή, στο ασκίτικό υγρό σε 1 ασθενή, στα ούρα σε 1 ασθενή και στο ιγμόρειο σε 1 ασθενή. Τα μικρόβια που απομονώθηκαν στις καλλιέργειες ήταν η *Pseudomonas aeruginosa* σε 13 πηγές, το *Acinetobacter baumannii* σε 13 πηγές, η *Klebsiella pneumoniae* σε 11 πηγές, ο *Staphylococcus aerius* σε 3 πηγές, η *Stenotrophomonas maltophilia* σε 3 πηγές, το *Escherichia coli* σε 3 πηγές, ο *Enterococcus faecalis* σε 3 πηγές, ο *Staphylococcus coagulase* σε 3 πηγές, η *Candida spp* σε 2 πηγές, η *Candida trichosporin asahii* σε 1 πηγή, ο *Staphylococcus epidermitis* σε 1 πηγή και το *Acinetobacter baumannii haemolyticus* σε 1 πηγή (Πίνακες 7.4 και 7.5).

#### Πίνακας 7.4

##### Πηγή Λοίμωξης μετά από χειρουργική επέμβαση για όγκο γαστρεντερικού

Πηγή Λοίμωξης	Συχνότητα
Βρογχικές Εκκρίσεις	7
Αίμα	5
Άκρο Κεντρικού Καθετήρα	4
Τραύμα	3
Υγρό παροχέτευσης	3
Πλευριτικό Υγρό	1
Ασκίτικό Υγρό	1
Ούρα	1
Ιγμόρειο	1

**Πίνακας 7.5****Μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν μετά από χειρουργική επέμβαση για όγκο γαστρεντερικού**

<b>ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>
Acinetobacter Baumannii	13
Klebsiella pneumoniae	11
Staphylococcus aerius	3
Stenotrophomonas maltophilia	3
Escherichia coli	3
Enterococcus faecalis	3
Staphylococcus coagulase	3
Candida spp	2
Candida trichosporin asahii	1
Staphylococcus epidermitis	1
Acinetobacter baumannii haemolyticus	1

**Νευρολογικές Επιπλοκές.** Από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, ένας ασθενής παρουσίασε απώλεια συνείδησης. Δύο ασθενείς παρουσίασαν μειωμένο επίπεδο επικοινωνίας, το οποίο σταδιακά βελτιώθηκε και αποκαταστάθηκε.

**Γαστρεντερολογικές Επιπλοκές.** Από το γαστρεντερικό σύστημα, ασθενής που χειρουργήθηκε για Ca τυφλού παρουσίασε μέλαινες κενώσεις, ενώ έταιρος ασθενής με ολική κολεκτομή λόγω Ca εντέρου παρουσίασε ανεπαρκή περισταλιτισμό εντέρου με αποτέλεσμα αδυναμία εντερικής σίτησης.

**Νεφρολογικές Επιπλοκές.** Παροδική νεφρική ανεπάρκεια εμφάνισαν 15 ασθενείς, η οποία αποκαταστάθηκε με χορήγηση διουρητικών και ενυδάτωσης. Για την εγκατάσταση νεφρικής ανεπάρκειας, κριτήρια αποτελούν τα αυξημένα επίπεδα κρεατινίνης (>1,5 mg/dl) και η ανάγκη θεραπείας υποκαταστάσεως νεφρικής λειτουργίας με χρήση τεχνητού νεφρού ή φίλτρου συνεχούς αιμοδιήθησης. Εξωνεφρική κάθαρση χρειάστηκαν 3 ασθενείς, ενώ 1 εξ αυτών παρουσίασε και ασκτική συλλογή.

**Αναπνευστικές Επιπλοκές.** Από το αναπνευστικό 10 ασθενείς εμφάνισαν επιπλοκές με εκδηλώσεις όπως οξύ πνευμονικό οίδημα σε 1 ασθενή, αναπνευστική δυσχέρεια, βρογχόσπασμο, επαναδιασωλήνωση σε 4 ασθενείς. Πνευμοθώρακα εμφάνισαν 3 ασθενείς, εκ των οποίων ο ένας ήταν τραυματικός, ενώ έταιρος ασθενής εκ των 3 εμφάνισε και υποδόριο εμφύσημα θώρακα και άνω άκρων. Πλευριτική συλλογή απαντήθηκε σε 1 ασθενή, ενώ 1 ασθενής παρουσίασε οίδημα λάρυγγος με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της διαδικασίας του απογαλακτισμού από τον αναπνευστήρα, έως την υποχώρηση του οιδήματος.

**Καρδιαγγειακές Επιπλοκές.** Από τους 32 ασθενείς, οι 14 παρουσίασαν επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα. Αγγειοσυσπαστικά φάρμακα χρειάστηκε να χορηγηθούν σε 11 ασθενείς. Εξ αυτών σε 2 χορηγήθηκε εσμολόλη λόγω φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας και σε 1 χορηγήθηκε αμιοδαρόνη λόγω κολπικής μαρμαρυγής. Εσμολόλη χορηγήθηκε σε 2 ασθενείς λόγω αρτηριακής υπέρτασης και σε 2 ασθενείς χορηγήθηκαν ινότροπα φάρμακα.

### Μετεγχειρητικές επιπλοκές σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΜΗ

**Λοιμώξεις.** Από τους 32 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Μεταμόσχευση Ήπατος οι 25 ασθενείς παρουσίασαν κάποιου είδους λοίμωξη. Μικρόβια απομονώθηκαν στις βρογχικές εκκρίσεις σε 17 ασθενείς, στο αίμα σε 6 ασθενείς, σε άκρο κεντρικού καθετήρα σε 13 ασθενείς, στο τραύμα σε 3 ασθενείς, στα κόπρανα, στο ΕΝΥ και σε πλευριτικό υγρό σε 1 ασθενή, και τέλος στα ούρα σε 4 ασθενείς. Οι μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν είναι η *Pseudomonas aeruginosa* σε 10 πηγές, ο *Staphylococcus* sp. σε 10 πηγές, το *Acinetobacter baumannii* σε 9 πηγές, η *Klebsiella pneumoniae* σε 7 πηγές, η *Candida* sp σε 4 πηγές, ο *Enterococcus* σε 2 πηγές, η *Escherichia coli* σε 2 πηγές, το *Enterobacter aerogenes* σε 1 πηγή, ο *Proteus mirabilis* σε 1 πηγή, η *Stenotrophomonas maltophilia* σε 1 πηγή και τέλος το *Alcaligenes xylosoxidans* σε 1 πηγή (Πίνακες 7.6 και 7.7).

#### Πίνακας 7.6

##### Πηγή Λοίμωξης

Πηγή Λοίμωξης	Συχνότητα
Βρογχικές Εκκρίσεις	17
Άκρο Κεντρικού Καθετήρα	13
Αίμα	6
Ούρα	4
Τραύμα	3
Κόπρανα	1
ΕΝΥ	1
Πλευριτικό Υγρό	1

**Πίνακας 7.7****Μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν**

<b>Μικροοργανισμός</b>	<b>Συχνότητα</b>
Pseudomonas aeruginosa	10
Staphylococcus aerius	10
Acinetobacter Baumannii	9
Klebsiella Pneumoniae	7
Candida sp.	4
Enterococcus	2
Escherichia Coli	2
Enterobacter aerogenes	1
Proteus mirabilis	1
Stenotrophomonas maltophilia	1
Alcaligenes xylosoxidans	1

**Χειρουργικές Επιπλοκές.** Χειρουργικές επιπλοκές παρουσίασαν 7 από τους 32 ασθενείς. Τρεις ασθενείς παρουσίασαν στένωση αναστομώνσεων των αγγείων και ένας ισχαιμία ήπατος. Αιμορραγία παρουσίασαν 3 ασθενείς, η οποία αντιμετωπίστηκε με δεύτερη επέμβαση.

**Νευρολογικές Επιπλοκές.** Από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, 12 ασθενείς εκδήλωσαν διέγερση, σύγχυση, απώλεια προσανατολισμού, πτώση επιπέδου συνείδησης, κρίσεις E, εγκεφαλοπάθεια και παραλήρημα. Χορηγήθηκαν αντιψυχωσικά φάρμακα και βενζοδιαζεπίνες.

**Απόρριψη.** Σε έναν ασθενή παρατηρήθηκε πρωτοπαθή μη λειτουργία του μοσχεύματος, ενώ 5 ασθενείς εμφάνισαν οξεία απόρριψη μικρής έως μέσης βαρύτητας, η οποία διαγνώστηκε αρχικά από τη κλινική εικόνα των ασθενών και ακολούθησε βιοψία ήπατος.

**Γαστρεντερολογικές Επιπλοκές.** Σε 2 ασθενείς παρουσιάστηκαν επιπλοκές από το γαστρεντερικό σύστημα και συγκεκριμένα εντερική πάρεση και αποφρακτικός ειλεός.

**Νεφρολογικές Επιπλοκές.** Νεφρική ανεπάρκεια παρουσίασαν 21 ασθενείς και στο σύνολο τους έλαβαν διουρητικά. Εξ αυτών 9 υποβλήθηκαν σε εξωνεφρική κάθαρση, ενώ 6 παρουσίασαν συλλογή ασκίτικού υγρού.

**Αναπνευστικές Επιπλοκές.** Από το αναπνευστικό 17 ασθενείς εμφάνισαν επιπλοκές. Εξ αυτών 12 ασθενείς παρουσίασαν πλευριτική συλλογή, 9 ασθενείς ατελεκτασία, 3 ασθενείς πνευμονικό οίδημα και 1 ασθενής πνευμοθώρακα. Σε δύο ασθενείς κρίθηκε απαραίτητη η τοποθέτηση Billow, ενώ 4 ασθενείς χρειάστηκαν επαναδιασωλήνωση.

**Καρδιαγγειακές Επιπλοκές.** Τέλος από το καρδιαγγειακό σύστημα 14 ασθενείς παρουσίασαν αιμοδυναμική αστάθεια και τους χορηγήθηκαν αγγειοσυσπαστικά και ινóτροπα φάρμακα, ενώ 1 ασθενής εμφάνισε αρτηριακή υπέρταση και ταχυκαρδία.

Στον πίνακα 7.8 περιλαμβάνονται οι επιπλοκές των ασθενών ξεχωριστά για κάθε ασθένεια.

Πίνακας 7.8

## Μετεγχειρητικές επιπλοκές

		Μεταμόσχευση ήπατος (N=32)		Όγκος γαστρεντερικού (N=32)		P Pearson's $\chi^2$ test
		N	%	N	%	
Χειρουργικές	Όχι	25	78,1	22	68,8	0,396
	Ναι	7	21,9	10	31,3	
Λοιμώξεις	Όχι	7	21,9	21	65,6	<0,001
	Ναι	25	78,1	11	34,4	
Πρωτοπαθής Μη Λειτουργία (ΠΜΛ)	Όχι	31	96,9	-	-	_**
	Ναι	1	3,1	-	-	
Νευρολογικές	Όχι	20	62,5	29	90,6	<b>0,008</b>
	Ναι	12	37,5	3	9,4	
Απόρριψη	Όχι	27	84,4	-	-	_**
	Ναι	5	15,6	-	-	
Γαστρεντερολογικές	Όχι	30	93,8	30	93,8	1,000*
	Ναι	2	6,3	2	6,3	
Νεφρολογικές	Όχι	11	34,4	17	53,1	0,131
	Ναι	21	65,6	15	46,9	
Αιμοκάθαρση	Όχι	23	71,9	29	90,6	<b>0,050</b>
	Ναι	9	28,1	3	9,4	
Καρδιαγγειακές	Όχι	17	53,1	18	56,3	0,802
	Ναι	15	46,9	14	43,8	
Αναπνευστικές	Όχι	15	46,9	22	68,8	0,076
	Ναι	17	53,1	10	31,3	
Θάνατος	Όχι	25	78,1	26	81,3	0,756
	Ναι	7	21,9	6	18,8	
Τουλάχιστον μια επιπλοκή	Όχι	0	0,0	6	18,8	<b>0,024*</b>
	Ναι	32	100,0	26	81,3	
Θάνατος στα 7 έτη	Όχι	14	43,8	14	43,8	1,000
	Ναι	18	56,3	18	56,3	

\*Fisher's exact test \*\*Δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής

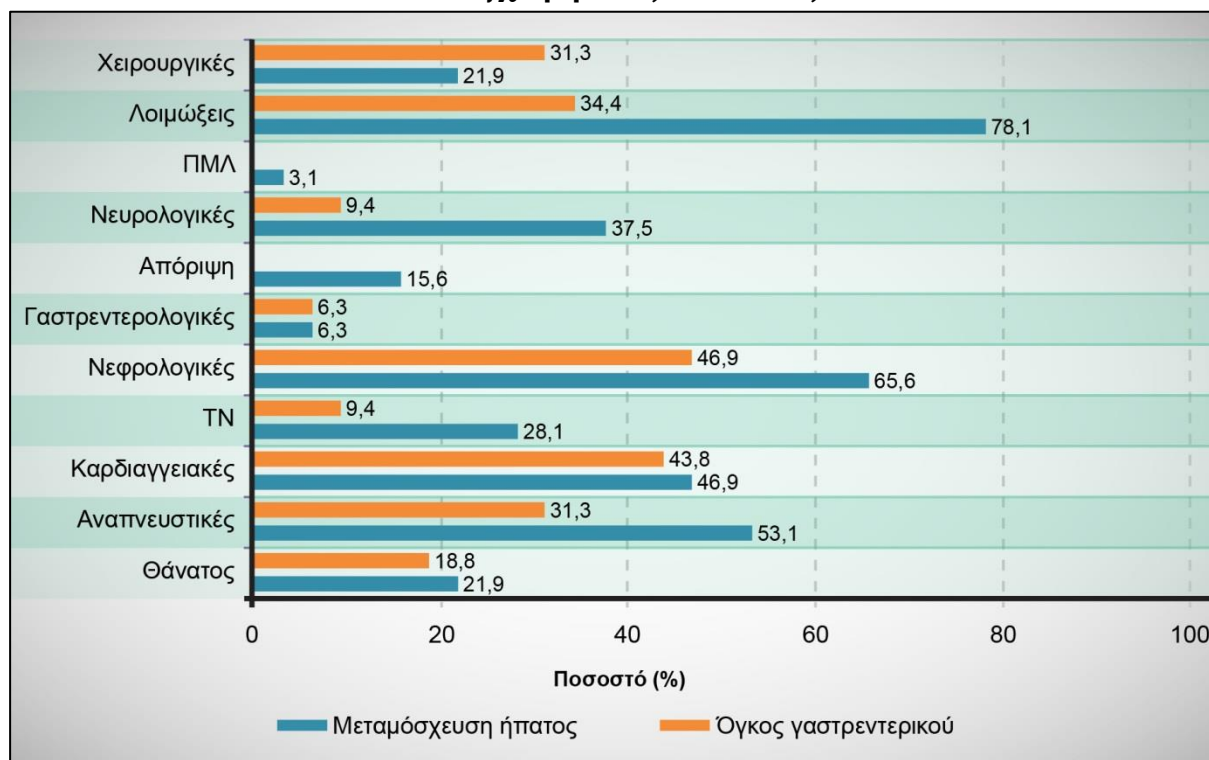
Οι συχνότερες επιπλοκές που παρουσίασαν οι ασθενείς με μεταμόσχευση ήπατος ήταν οι λοιμώξεις σε ποσοστό 78,1% και ακολουθούν οι νεφρολογικές και οι αναπνευστικές σε ποσοστά 65,6% και 53,1% αντίστοιχα. Απόρριψη του μοσχεύματος υπήρξε στο 15,6% των περιπτώσεων.

Οι συχνότερες επιπλοκές που παρουσίασαν οι ασθενείς με όγκο γαστρεντερικού ήταν οι νεφρολογικές σε ποσοστό 46,9% και ακολουθούν οι καρδιαγγειακές και οι λοιμώξεις, σε ποσοστά 43,8% και 34,4% αντίστοιχα.

Το ποσοστό των λοιμώξεων, καθώς και το ποσοστό των νευρολογικών επιπλοκών και αιμοκάθαρσης, ήταν σημαντικά υψηλότερα στους ασθενείς με μεταμόσχευση ήπατος. Ακόμα, όλοι οι ασθενείς με μεταμόσχευση ήπατος (100,0%) παρουσίασαν τουλάχιστον μια επιπλοκή, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ασθενών με όγκο γαστρεντερολογικού ήταν σημαντικά χαμηλότερο και ίσο με 81,3% (Γράφημα 7.3). Το ποσοστό θανάτου μετά το χειρουργείο ήταν 21,9% για τους ασθενείς με μεταμόσχευση ήπατος και 18,8% για τους ασθενείς με όγκο γαστρεντερικού, χωρίς ωστόσο να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους. Το ποσοστό θανάτου στα 7 χρόνια ήταν ίδιο και στις δύο ομάδες (56,3%). Στο γράφημα 7.2 απεικονίζονται οι επιπλοκές των ασθενών ξεχωριστά για κάθε ασθένεια.

Γράφημα 7.2

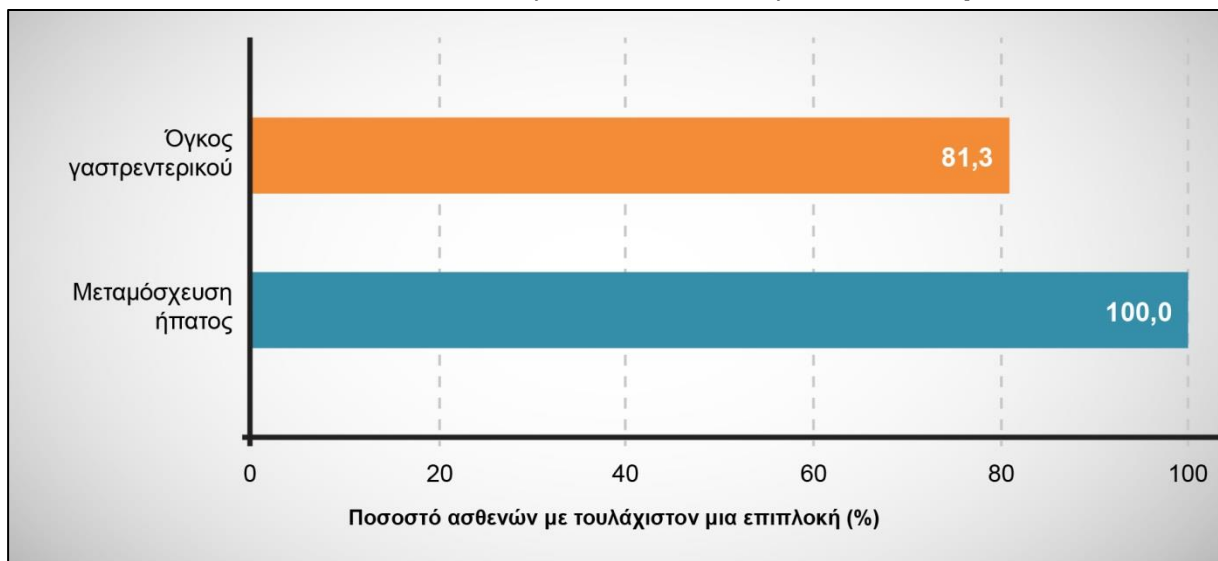
## Μετεγχειρητικές επιπλοκές



Στο γράφημα 7.3 απεικονίζονται τα ποσοστά των ασθενών με τουλάχιστον μια επιπλοκή, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Γράφημα 7.3**

**Ποσοστά ασθενών με τουλάχιστον μία επιπλοκή**





## 7.3 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΜΕ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΣΤΑ 7 ΧΡΟΝΙΑ

### 7.3.1 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

Πίνακας 7.9

Ποσοστά μετεγχειρητικού θανάτου ανάλογα με την ύπαρξη επιπλοκών.

		Θάνατος μετεγχειρητικά				P Fisher's exact test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Χειρουργικές	Όχι	19	76,0	6	24,0	1,000
	Ναι	6	85,7	1	14,3	
Λοιμώξεις	Όχι	4	57,1	3	42,9	0,157
	Ναι	21	84,0	4	16,0	
ΠΜΛ	Όχι	25	80,6	6	19,4	0,289
	Ναι	0	0,0	1	100,0	
Νευρολογικές	Όχι	15	75,0	5	25,0	0,683
	Ναι	10	83,3	2	16,7	
Απόρριψη	Όχι	20	74,1	7	25,9	0,560
	Ναι	5	100,0	0	0,0	
Γαστρεντερολογικές	Όχι	23	76,7	7	23,3	1,000
	Ναι	2	100,0	0	0,0	
Νεφρολογικές	Όχι	9	81,8	2	18,2	1,000
	Ναι	16	76,2	5	23,8	
Αιμοκάθαρση	Όχι	19	82,6	4	17,4	0,370
	Ναι	6	66,7	3	33,3	
Καρδιαγγειακές	Όχι	16	94,1	1	5,9	<b>0,033</b>
	Ναι	9	60,0	6	40,0	
Αναπνευστικές	Όχι	9	60,0	6	40,0	<b>0,033</b>
	Ναι	16	94,1	1	5,9	
Τουλάχιστον μια επιπλοκή	Όχι	0	0,0	0	0,0	-**
	Ναι	25	78,1	7	21,9	

\*\*δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής

Τα ποσοστά μετεγχειρητικού θανάτου ήταν σημαντικά υψηλότερα στους ασθενείς με καρδιαγγειακές επιπλοκές και σημαντικά χαμηλότερα σε εκείνους με αναπνευστικές επιπλοκές.

Πίνακας 7.10

Ποσοστά θανάτου στα 7 έτη ανάλογα με την ύπαρξη επιπλοκών

		Θάνατος στα 7 έτη				P Fisher's exact test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Χειρουργικές	Όχι	10	40,0	15	60,0	0,669
	Ναι	4	57,1	3	42,9	
Λοιμώξεις	Όχι	4	57,1	3	42,9	0,669
	Ναι	10	40,0	15	60,0	
ΠΜΛ	Όχι	14	45,2	17	54,8	1,000
	Ναι	0	0,0	1	100,0	
Νευρολογικές	Όχι	9	45,0	11	55,0	0,854*
	Ναι	5	41,7	7	58,3	
Απόρριψη	Όχι	12	44,4	15	55,6	1,000
	Ναι	2	40,0	3	60,0	
Γαστρεντερολογικές	Όχι	13	43,3	17	56,7	1,000
	Ναι	1	50,0	1	50,0	
Νεφρολογικές	Όχι	4	36,4	7	63,6	0,712
	Ναι	10	47,6	11	52,4	
Αιμοκάθαρση	Όχι	11	47,8	12	52,2	0,694
	Ναι	3	33,3	6	66,7	
Καρδιαγγειακές	Όχι	8	47,1	9	52,9	0,688*
	Ναι	6	40,0	9	60,0	
Αναπνευστικές	Όχι	5	33,3	10	66,7	0,265*
	Ναι	9	52,9	8	47,1	
Τουλάχιστον μια επιπλοκή	Όχι	0	0,0	0	0,0	-**
	Ναι	14	43,8	18	56,3	

\*Pearson's  $\chi^2$  test \*\*δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής

Δεν διέφεραν σημαντικά τα ποσοστά θανάτου ανάλογα με τις διάφορες επιπλοκές.

## 7.3.2 ΟΓΚΟΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Πίνακας 7.11

Ποσοστά μετεγχειρητικού θανάτου ανάλογα με την ύπαρξη επιπλοκών

		Θάνατος μετεγχειρητικά				P Fisher's exact test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Χειρουργικές	Όχι	18	81,8	4	18,2	1,000
	Ναι	8	80,0	2	20,0	
Λοιμώξεις	Όχι	20	95,2	1	4,8	<b>0,011</b>
	Ναι	6	54,5	5	45,5	
Νευρολογικές	Όχι	23	79,3	6	20,7	1,000
	Ναι	3	100,0	0	0,0	
Γαστρεντερολογικές	Όχι	25	83,3	5	16,7	0,345
	Ναι	1	50,0	1	50,0	
Νεφρολογικές	Όχι	16	94,1	1	5,9	0,076
	Ναι	10	66,7	5	33,3	
Αιμοκάθαρση	Όχι	23	79,3	6	20,7	1,000
	Ναι	3	100,0	0	0,0	
Καρδιαγγειακές	Όχι	17	94,4	1	5,6	0,064
	Ναι	9	64,3	5	35,7	
Αναπνευστικές	Όχι	17	77,3	5	22,7	0,637
	Ναι	9	90,0	1	10,0	
Τουλάχιστον μια επιπλοκή	Όχι	6	100,0	0	0,0	0,564
	Ναι	20	76,9	6	23,1	

Τα ποσοστά μετεγχειρητικού θανάτου ήταν σημαντικά υψηλότερα στους ασθενείς που παρουσίασαν λοιμώξεις.

Πίνακας 7.12

Ποσοστά θανάτου στα 7 έτη ανάλογα με την ύπαρξη επιπλοκών

		Θάνατος στα 7 έτη				P Fisher's exact test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Χειρουργικές	Όχι	12	54,5	10	45,5	0,124
	Ναι	2	20,0	8	80,0	
Λοιμώξεις	Όχι	13	61,9	8	38,1	<b>0,008</b>
	Ναι	1	9,1	10	90,9	
Νευρολογικές	Όχι	14	48,3	15	51,7	0,238
	Ναι	0	0,0	3	100,0	
Γαστρεντερολογικές	Όχι	14	46,7	16	53,3	0,492
	Ναι	0	0,0	2	100,0	
Νεφρολογικές	Όχι	11	64,7	6	35,3	<b>0,011*</b>
	Ναι	3	20,0	12	80,0	
Αιμοκάθαρση	Όχι	14	48,3	15	51,7	0,238
	Ναι	0	0,0	3	100,0	
Καρδιαγγειακές	Όχι	11	61,1	7	38,9	<b>0,025*</b>
	Ναι	3	21,4	11	78,6	
Αναπνευστικές	Όχι	11	50,0	11	50,0	0,446
	Ναι	3	30,0	7	70,0	
Τουλάχιστον μια επιπλοκή	Όχι	5	83,3	1	16,7	0,064
	Ναι	9	34,6	17	65,4	

\*Pearson's  $\chi^2$  test

Σημαντικά υψηλότερα ήταν τα ποσοστά θανάτου στους ασθενείς που παρουσίασαν λοιμώξεις, νεφρολογικές και καρδιαγγειακές επιπλοκές.

## 7.4 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ MELD score και MELD-NA score ΜΕ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Πίνακας 7.13

Συσχέτιση MELD score και MELD-NA score με τις επιπλοκές

		MELD SCORE			MELD-NA		
		Mean	SD	P*	Mean	SD	P*
<b>Χειρουργικές</b>	Όχι	20,1	10,2	0,963	20,8	10,9	0,805
	Ναι	20,3	10,9		22	11,1	
<b>Λοιμώξεις</b>	Όχι	19,6	10,7	0,847	19,9	11,3	0,736
	Ναι	20,3	10,2		21,4	10,8	
<b>Νευρολογικές</b>	Όχι	20,5	10,3	0,82	21,3	10,7	0,891
	Ναι	19,6	10,4		20,8	11,3	
<b>Απόρριψη</b>	Όχι	20,2	10,4	0,94	21,4	10,8	0,741
	Ναι	19,8	10,2		19,6	11,6	
<b>Γαστρεντερολογικές</b>	Όχι	20,1	10,3	0,948	20,9	10,8	0,759
	Ναι	20,5	12		23,5	13,4	
<b>Νεφρολογικές</b>	Όχι	17,2	10,3	0,243	17,5	10,4	0,169
	Ναι	21,7	10		23	10,6	
<b>Αιμοκάθαρση</b>	Όχι	17	8,6	<b>0,004</b>	18	9,2	<b>0,008</b>
	Ναι	28	10		28,9	10,9	
<b>Καρδιαγγειακές</b>	Όχι	20,1	10,8	0,997	21,1	10,8	0,985
	Ναι	20,1	9,8		21,1	11,1	
<b>Αναπνευστικές</b>	Όχι	18,5	11,6	0,415	18,5	12,2	0,21
	Ναι	21,5	8,9		23,4	9,1	
<b>Θάνατος</b>	Όχι	18,3	8,8	0,057	19,7	9,4	0,163
	Ναι	26,6	12,7		26,1	14,2	
<b>Θάνατος στα 7 έτη</b>	Όχι	18,4	8,4	0,415	19,9	8,6	0,574
	Ναι	21,4	11,4		22,1	12,3	

\*Student t-test

Από τη διερεύνηση της συσχέτισης των τιμών του MELD score και του MELD-Na με τις επιπλοκές για τους ασθενείς που έκαναν ΜΗ, προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με νεφρολογικές επιπλοκές που έχρηζαν την υποβολή του ασθενούς σε αιμοκάθαρση μετά τη ΜΗ ( $p=0.004$  για το MELD score και  $p=0.008$  για το MELD-Na).

## 7.5 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΚΙΤΗ ΜΕ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Πίνακας 7.14

Ποσοστά επιπλοκών ανάλογα με την ύπαρξη εγκεφαλοπάθειας και ασκίτη

		Εγκεφαλοπάθεια				Ασκίτης			
		Όχι		Ναι		Όχι		Ναι	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Χειρουργικές</b>	Όχι	16	88,9	9	64,3	17	77,3	8	80
	Ναι	2	11,1	5	35,7	5	22,7	2	20
<b>Λοιμώξεις</b>	Όχι	4	22,2	3	21,4	5	22,7	2	20
	Ναι	14	77,8	11	78,6	17	77,3	8	80
<b>ΠΜΛ</b>	Όχι	17	94,4	14	100	21	95,5	10	100
	Ναι	1	5,6	0	0	1	4,5	0	0
<b>Νευρολογικές</b>	Όχι	11	61,1	9	64,3	15	68,2	5	50
	Ναι	7	38,9	5	35,7	7	31,8	5	50
<b>Απόρριψη</b>	Όχι	16	88,9	11	78,6	19	86,4	8	80
	Ναι	2	11,1	3	21,4	3	13,6	2	20
<b>Γαστρεντερολογικές</b>	Όχι	16	88,9	14	100	20	90,9	10	100
	Ναι	2	11,1	0	0	2	9,1	0	0
<b>Νεφρολογικές</b>	Όχι	8	44,4	3	21,4	8	36,4	3	30
	Ναι	10	55,6	11	78,6	14	63,6	7	70
<b>Αιμοκάθαρση</b>	Όχι	13	72,2	10	71,4	16	72,7	7	70
	Ναι	5	27,8	4	28,6	6	27,3	3	30
<b>Καρδιαγγειακές</b>	Όχι	11	61,1	6	42,9	13	59,1	4	40
	Ναι	7	38,9	8	57,1	9	40,9	6	60
<b>Αναπνευστικές</b>	Όχι	10	55,6	5	35,7	12	54,5	3	30
	Ναι	8	44,4	9	64,3	10	45,5	7	70
<b>Θάνατος</b>	Όχι	13	72,2	12	85,7	17	77,3	8	80
	Ναι	5	27,8	2	14,3	5	22,7	2	20
<b>Τουλάχιστον μια επιπλοκή</b>	Όχι	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ναι	18	100	14	100	22	100	10	100
<b>Θάνατος στα 7 έτη</b>	Όχι	6	33,3	8	57,1	9	40,9	5	50
	Ναι	12	66,7	6	42,9	13	59,1	5	50

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των επιπλοκών ανάλογα με την ύπαρξη εγκεφαλοπάθειας ή ασκίτη ( $p>0.05$ ).

## 7.6 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΠΥΛΑΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Πίνακας 7.15

Ποσοστά επιπλοκών ανάλογα με την ύπαρξη υπονατρίαμίας και πυλαίας υπέρτασης

		Υπονατρίαμια				Πυλαία υπέρταση			
		Όχι		Ναι		Όχι		Ναι	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Χειρουργικές	Όχι	14	82,4	11	73,3	7	87,5	18	75
	Ναι	3	17,6	4	26,7	1	12,5	6	25
Λοιμώξεις	Όχι	6	35,3	1	6,7	1	12,5	6	25
	Ναι	11	64,7	14	93,3	7	87,5	18	75
ΠΜΛ	Όχι	16	94,1	15	100	8	100	23	95,8
	Ναι	1	5,9	0	0	0	0	1	4,2
Νευρολογικές	Όχι	11	64,7	9	60	4	50	16	66,7
	Ναι	6	35,3	6	40	4	50	8	33,3
Απόρριψη	Όχι	13	76,5	14	93,3	6	75	21	87,5
	Ναι	4	23,5	1	6,7	2	25	3	12,5
Γαστρεντερολογικές	Όχι	17	100	13	86,7	8	100	22	91,7
	Ναι	0	0	2	13,3	0	0	2	8,3
Νεφρολογικές	Όχι	8	47,1	3	20	4	50	7	29,2
	Ναι	9	52,9	12	80	4	50	17	70,8
Αιμοκάθαρση	Όχι	14	82,4	9	60	5	62,5	18	75
	Ναι	3	17,6	6	40	3	37,5	6	25
Καρδιαγγειακές	Όχι	9	52,9	8	53,3	5	62,5	12	50
	Ναι	8	47,1	7	46,7	3	37,5	12	50
Αναπνευστικές	Όχι	11	64,7	4	26,7	5	62,5	10	41,7
	Ναι	6	35,3	11	73,3	3	37,5	14	58,3
Θάνατος	Όχι	13	76,5	12	80	6	75	19	79,2
	Ναι	4	23,5	3	20	2	25	5	20,8
Τουλάχιστον μια επιπλοκή	Όχι	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ναι	17	100	15	100	8	100	24	100
Θάνατος στα 7 έτη	Όχι	7	41,2	7	46,7	3	37,5	11	45,8
	Ναι	10	58,8	8	53,3	5	62,5	13	54,2

Στις περιπτώσεις ασθενών που προεγχειρητικά παρουσίαζαν υπονατρίαμια, τα ποσοστά αναπνευστικών επιπλοκών βρέθηκαν να είναι σημαντικά υψηλότερα ( $p=0.041$ ).

## 7.7 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΙΑΜΕΣΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗΣ ΜΕ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΥΟ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Πίνακας 7.16

Διάμεση διάρκεια διασωλήνωσης ανάλογα με τις επιπλοκές

		Διάρκεια διασωλήνωσης					
		Μεταμόσχευση ήπατος			Όγκος γαστρεντερικού		
		Media n	Percentile 25	Percentile 75	Median	Percentile 25	Percentile 75
Χειρουργικές	Όχι	6,0	4,0	9,0	1,5	1,0	6,0
	Ναι	9,0	5,0	19,0	5,0	1,0	17,0
Λοιμώξεις	Όχι	4,0	3,0	6,0	1,0	1,0	2,0
	Ναι	8,0	5,0	14,0	17,0	6,0	45,0
ΠΜΛ	Όχι	7,0	4,0	11,0	.	.	.
	Ναι	4,0	4,0	4,0	.	.	.
Νευρολογικές	Όχι	6,0	3,0	11,0	1,0	1,0	6,0
	Ναι	8,0	5,0	12,0	45,0	13,0	155,0
Απόρριψη	Όχι	6,0	4,0	11,0	.	.	.
	Ναι	7,0	6,0	19,0	.	.	.
Γαστρεντερο-λογικές	Όχι	6,5	4,0	11,0	1,5	1,0	8,0
	Ναι	9,0	3,0	15,0	80,5	6,0	155,0
Νεφρολογικές	Όχι	6,0	4,0	8,0	1,0	1,0	2,0
	Ναι	8,0	4,0	15,0	6,0	1,0	32,0
Αιμοκάθαρση	Όχι	6,0	3,0	8,0	1,0	1,0	6,0
	Ναι	15,0	14,0	23,0	65,0	45,0	155,0
Καρδιαγγειακές	Όχι	7,0	4,0	9,0	1,0	1,0	2,0
	Ναι	6,0	3,0	14,0	4,5	2,0	26,0
Αναπνευστικές	Όχι	6,0	4,0	8,0	1,0	1,0	2,0
	Ναι	9,0	6,0	15,0	10,5	3,0	45,0
Θάνατος	Όχι	6,0	4,0	9,0	1,0	1,0	6,0
	Ναι	8,0	4,0	14,0	11,5	3,0	26,0
Τουλάχιστον μια επιπλοκή	Όχι	.	.	.	1,0	1,0	1,0
	Ναι	6,5	4,0	11,0	2,5	1,0	13,0
Θάνατος στα 7 έτη	Όχι	6,0	3,0	9,0	1,0	1,0	2,0
	Ναι	8,0	4,0	14,0	7,0	1,0	26,0

Στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση ήπατος: Εκείνοι που έκαναν αιμοκάθαρση είχαν σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια διασωλήνωσης σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν έκαναν αιμοκάθαρση ( $p < 0,001$ ).



Στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για όγκο γαστρεντερικού: Εκείνοι που παρουσίασαν λοιμώξεις, νευρολογικές, νεφρολογικές, καρδιαγγειακές, αναπνευστικές επιπλοκές και υποβλήθηκαν σε αιμοκάθαρση είχαν σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια διασωλήνωσης σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν παρουσιάσει τέτοιες επιπλοκές ( $p < 0.001$ ,  $p = 0.009$ ,  $p = 0.008$ ,  $p = 0.011$ ,  $p = 0.001$  και  $p = 0.003$  αντίστοιχα). Επίσης, στις περιπτώσεις που υπήρξε θάνατος (είτε ενδονοσοκομειακός, είτε απώτερος), η διάρκεια διασωλήνωσης ήταν σημαντικά μεγαλύτερη σε σύγκριση με τις περιπτώσεις που δεν υπήρξε θάνατος ( $p = 0.020$  και  $p = 0.003$ ). Ακόμα, οι ασθενείς που είχαν εμφανίσει τουλάχιστον μια επιπλοκή είχαν σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια διασωλήνωσης σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν εμφανίσει καμία επιπλοκή ( $p = 0,009$ ).

## 7.8 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΜΕΣΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΕΘ ΜΕ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Πίνακας 7.17

Διάμεση διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ ανάλογα με τις επιπλοκές

		Διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ (ημέρες)					
		Μεταμόσχευση ήπατος			Όγκος γαστρεντερικού		
		Media n	Percenti le 25	Percenti le 75	Media n	Percenti le 25	Percenti le 75
<b>Χειρουργικές</b>	Όχι	10,0	7,0	13,0	4,0	3,0	6,0
	Ναι	15,0	8,0	23,0	7,0	4,0	17,0
<b>Λοιμώξεις</b>	Όχι	8,0	4,0	8,0	4,0	3,0	4,0
	Ναι	11,0	8,0	15,0	17,0	6,0	51,0
<b>ΠΜΛ</b>	Όχι	10,0	8,0	15,0	.	.	.
	Ναι	4,0	4,0	4,0	.	.	.
<b>Νευρολογικές</b>	Όχι	8,5	7,0	13,0	4,0	3,0	6,0
	Ναι	12,0	9,0	16,0	51,0	15,0	157,0
<b>Απόρριψη</b>	Όχι	9,0	8,0	14,0	.	.	.
	Ναι	10,0	10,0	23,0	.	.	.
<b>Γαστρεντερο- λογικές</b>	Όχι	9,5	8,0	14,0	4,0	3,0	9,0
	Ναι	19,5	11,0	28,0	81,5	6,0	157,0
<b>Νεφρολογικές</b>	Όχι	8,0	6,0	10,0	3,0	3,0	4,0
	Ναι	13,0	8,0	17,0	6,0	4,0	32,0
<b>Αιμοκάθαρση</b>	Όχι	8,0	6,0	10,0	4,0	3,0	6,0
	Ναι	23,0	14,0	28,0	99,0	51,0	157,0
<b>Καρδιαγγειακές</b>	Όχι	10,0	8,0	14,0	3,5	3,0	5,0
	Ναι	9,0	6,0	15,0	5,5	4,0	26,0
<b>Αναπνευστικές</b>	Όχι	8,0	5,0	10,0	3,0	3,0	5,0
	Ναι	14,0	10,0	23,0	11,5	4,0	51,0
<b>Θάνατος</b>	Όχι	10,0	8,0	15,0	4,0	3,0	7,0
	Ναι	8,0	4,0	14,0	11,5	3,0	26,0
<b>Τουλάχιστον μια επιπλοκή</b>	Όχι	.	.	.	3,0	3,0	3,0
	Ναι	10,0	8,0	14,5	5,0	4,0	15,0
<b>Θάνατος στα 7 έτη</b>	Όχι	9,5	8,0	15,0	3,0	3,0	4,0
	Ναι	10,0	7,0	14,0	7,5	4,0	26,0

Στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση ήπατος: Εκείνοι που παρουσίασαν λοιμώξεις, αναπνευστικές επιπλοκές και υποβλήθηκαν σε αιμοκάθαρση, είχαν σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν τέτοιες επιπλοκές ( $p=0.006$ ,  $p=0.001$  και  $p<0.001$ ).

Στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για όγκο γαστρεντερικού: Εκείνοι που παρουσίασαν λοιμώξεις, νευρολογικές, νεφρολογικές, καρδιαγγειακές, αναπνευστικές επιπλοκές και υποβλήθηκαν σε αιμοκάθαρση, είχαν σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν παρουσιάσει τέτοιες επιπλοκές ( $p=0.001$ ,  $p=0.011$ ,  $p=0.009$ ,  $p=0.049$ ,  $p=0.002$  και  $p=0.004$  αντίστοιχα). Επίσης, στις περιπτώσεις που υπήρξε θάνατος στα 7 έτη, η διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ ήταν σημαντικά μεγαλύτερη σε σύγκριση με τις περιπτώσεις που δεν υπήρξε θάνατος ( $p=0.006$ ). Ακόμα, οι ασθενείς που είχαν εμφανίσει τουλάχιστον μια επιπλοκή είχαν σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν εμφανίσει καμία επιπλοκή ( $p=0.005$ ).

## 7.9 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

### 7.9.1. ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΥΟ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στον πίνακα 7.18 απεικονίζονται οι διαστάσεις ποιότητας ζωής των ασθενών ξεχωριστά για κάθε ασθένεια. Οι μετρήσεις έγιναν σε χρονικό διάστημα 7 ετών από την επέμβαση. Στο ερωτηματολόγιο απάντησε το 43,75% (14/32) των ασθενών από κάθε ομάδα, καθ'ότι οι υπόλοιποι είχαν πεθάνει.

Πίνακας 7.18

Διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής για τις δύο ομάδες ασθενών

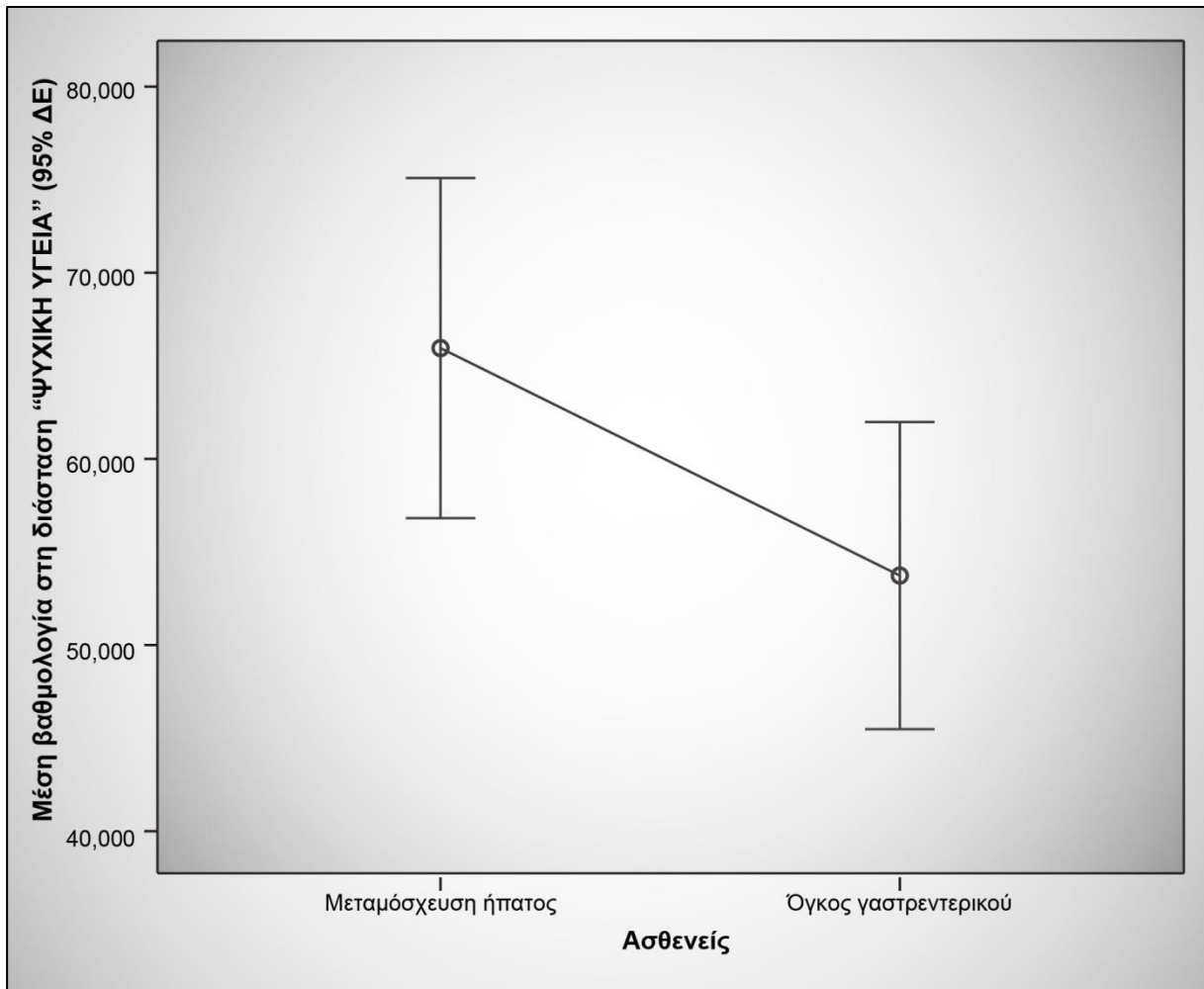
	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ		ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΟΓΚΟΥΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ		P Student t-test
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	76,8	28,1	58,6	22,1	0,068
2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	57,1	43,2	57,1	33,1	1,000
3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	79,4	31,3	71,6	22,4	0,456
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	65,1	17,9	58,4	18,6	0,335
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	63,6	17,6	58,6	14,3	0,417
6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	76,8	25,4	71,4	15,8	0,509
7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	69,0	44,3	42,9	42,2	0,121
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	66,0	15,7	53,7	14,4	<b>0,040</b>
A. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	47,6	11,1	45,3	8,8	0,551
B. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	47,0	9,0	41,3	8,9	0,102

Υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων μόνο αναφορικά με τη διάσταση «Ψυχική υγεία». Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση ήπατος είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη ψυχική υγεία, σε σύγκριση με τους ασθενείς που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος. Η ποιότητα ζωής στις υπόλοιπες διαστάσεις ήταν παρόμοια μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών.

Στο γράφημα 7.4 απεικονίζεται η βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Ψυχικής υγείας», ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

## Γράφημα 7.4

## Βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «Ψυχική Υγεία»



### 7.9.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΜΗ

Στον πίνακα 7.19, απεικονίζονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ανάλογα με το φύλο των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΜΗ.

**Πίνακας 7.19**

**Βαθμολογίες στις διαστάσεις ποιότητας ζωής ανάλογα με το φύλο των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΜΗ**

	ΦΥΛΟ				P Student's t-test
	ΑΝΤΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
<b>1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ</b>	76,3	29,8	80,0	21,2	0,869
<b>2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ</b>	56,3	44,1	62,5	53,0	0,859
<b>3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ</b>	80,9	31,4	70,5	41,7	0,681
<b>4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</b>	64,8	17,5	67,0	28,3	0,882
<b>5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	64,2	18,6	60,0	14,1	0,770
<b>6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ</b>	78,1	26,2	68,8	26,5	0,648
<b>7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ</b>	72,2	42,2	50,0	70,7	0,533
<b>8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</b>	69,0	13,3	48,0	22,6	0,079
<b>A. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	47,0	11,4	51,0	11,8	0,651
<b>B. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	48,5	7,8	38,1	14,2	0,137

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 7.19, δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής μεταξύ αντρών και γυναικών που υποβλήθηκαν σε ΜΗ.

Στον πίνακα 7.20, απεικονίζονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ανάλογα με το MELD score των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΜΗ.

## Πίνακας 7.20

Βαθμολογίες στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής ανάλογα με το MELD score των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΜΗ

	MELD SCORE				P Student's t-test
	<15		≥15		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	64,2	38,5	86,3	12,7	0,152
2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	45,8	45,9	65,6	42,1	0,418
3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	66,5	39,2	89,1	21,8	0,192
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	64,3	25,8	65,8	11,0	0,890
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	59,2	22,9	66,9	13,1	0,439
6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	66,7	30,3	84,4	19,8	0,209
7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	44,4	45,5	87,5	35,4	0,069
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	62,0	14,9	69,0	16,7	0,432
A. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	44,1	15,7	50,2	5,9	0,331
B. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	43,2	8,3	49,9	8,9	0,181

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 7.20, δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ανάλογα με το MELD score των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΜΗ.

Στον πίνακα 7.21 απεικονίζονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman της διάρκειας νοσηλείας και διασωλήνωσης των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΜΗ, με τις διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής τους.

Πίνακας 7.21

Συντελεστές συχέτισης του Spearman της διάρκειας νοσηλείας στη ΜΕΘ και διασωλήνωσης των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΜΗ, με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής τους

		ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΕΘ (ΗΜΕΡΕΣ)	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗΣ
1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	r	0,29	0,04
	P	0,316	0,891
2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	r	0,20	0,13
	P	0,483	0,648
3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	r	0,24	-0,06
	P	0,408	0,838
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	r	-0,10	-0,44
	P	0,731	0,112
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	r	-0,13	-0,28
	P	0,660	0,324
6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	r	0,33	0,19
	P	0,256	0,520
7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	r	0,20	0,08
	P	0,499	0,798
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	r	-0,05	-0,10
	P	0,876	0,741
Α. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	r	0,19	-0,12
	P	0,520	0,678
Β. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	r	-0,06	-0,09
	P	0,839	0,763

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 7.21, δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της διάρκειας νοσηλείας στη ΜΕΘ και διασωλήνωσης των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΜΗ, με τις διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής τους.

Ελέγχθηκε στη συνέχεια εάν οι διαστάσεις ποιότητας ζωής διαφέρουν ανάλογα με την ύπαρξη των επιμέρους καταγεγραμμένων επιπλοκών και δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές.



### 7.9.3 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΗΚΑΝ ΓΙΑ ΟΓΚΟΥΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Στον πίνακα 7.22 απεικονίζονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, ανάλογα με το φύλο των ασθενών που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος.

**Πίνακας 7.22**

**Βαθμολογίες στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής ανάλογα με το φύλο των ασθενών που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος**

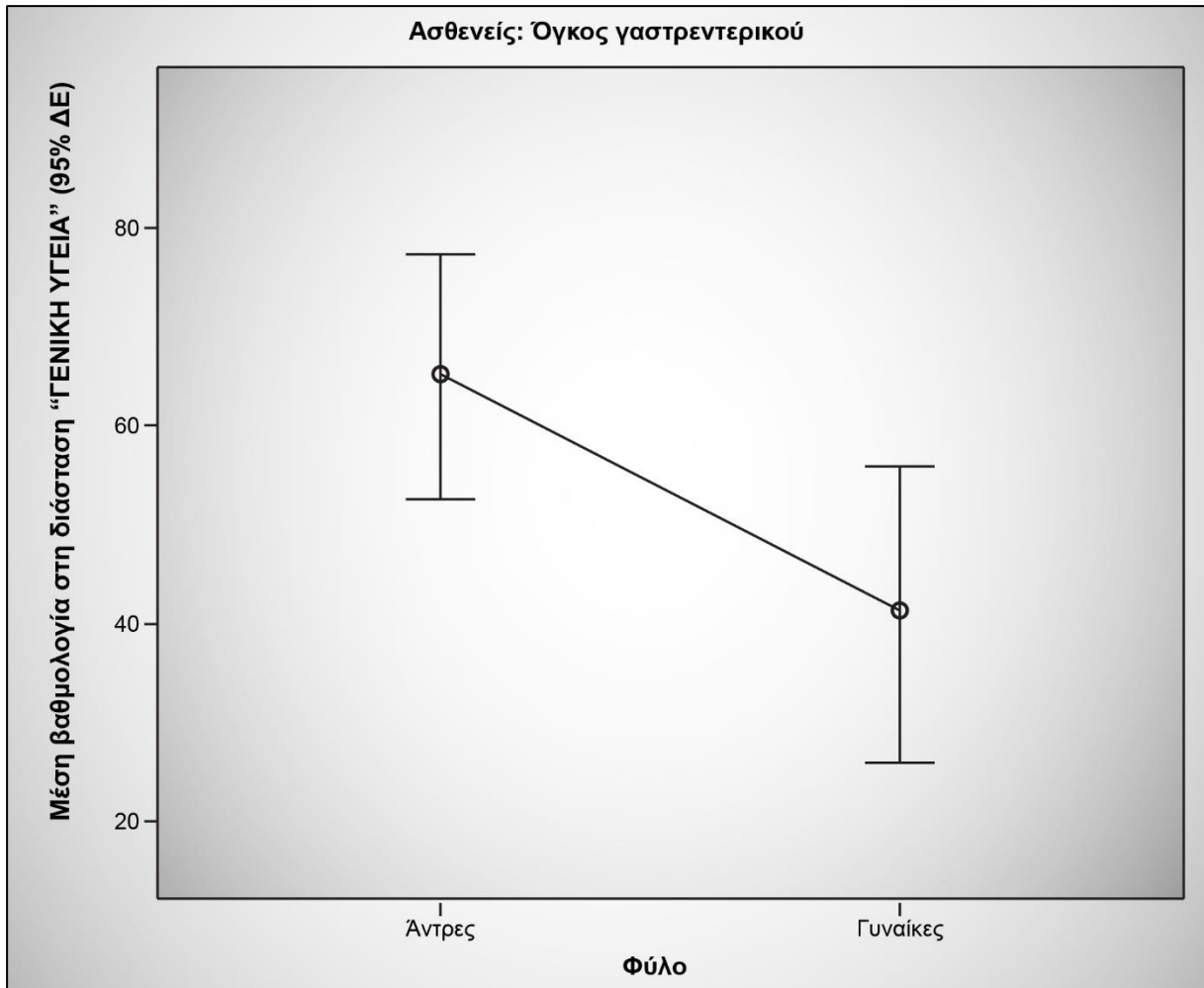
	ΦΥΛΟ				P Student's t-test
	ΑΝΤΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
<b>1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ</b>	71,3	15,5	41,7	18,3	<b>0,007</b>
<b>2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ</b>	62,5	32,7	50,0	35,4	0,507
<b>3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ</b>	74,3	14,2	68,2	31,5	0,634
<b>4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</b>	68,6	14,9	44,7	14,2	<b>0,010</b>
<b>5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	68,1	5,9	45,8	12,0	<b>0,001</b>
<b>6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ</b>	75,0	18,9	66,7	10,2	0,350
<b>7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ</b>	75,0	23,6	0,0	0,0	<b>&lt;0,001</b>
<b>8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</b>	64,0	4,8	40,0	10,4	<b>&lt;0,001</b>
<b>A. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	46,8	8,7	43,3	9,4	0,480
<b>B. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	48,1	4,4	32,1	2,4	<b>&lt;0,001</b>

Όπως προκύπτει από το πίνακα 7.22, οι άντρες είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις «Σωματική Λειτουργικότητα», «Γενική Υγεία», «Ζωτικότητα», «Ρόλος Συναισθηματικός», «Ψυχική Υγεία» και στη «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας», που υποδηλώνει καλύτερη ποιότητα ζωής στους τομείς αυτούς, σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Στο γράφημα 7.5 απεικονίζεται η βαθμολογία στη διάσταση «Γενική υγεία» ανάλογα με το φύλο των ασθενών που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος.

**Γράφημα 7.5**

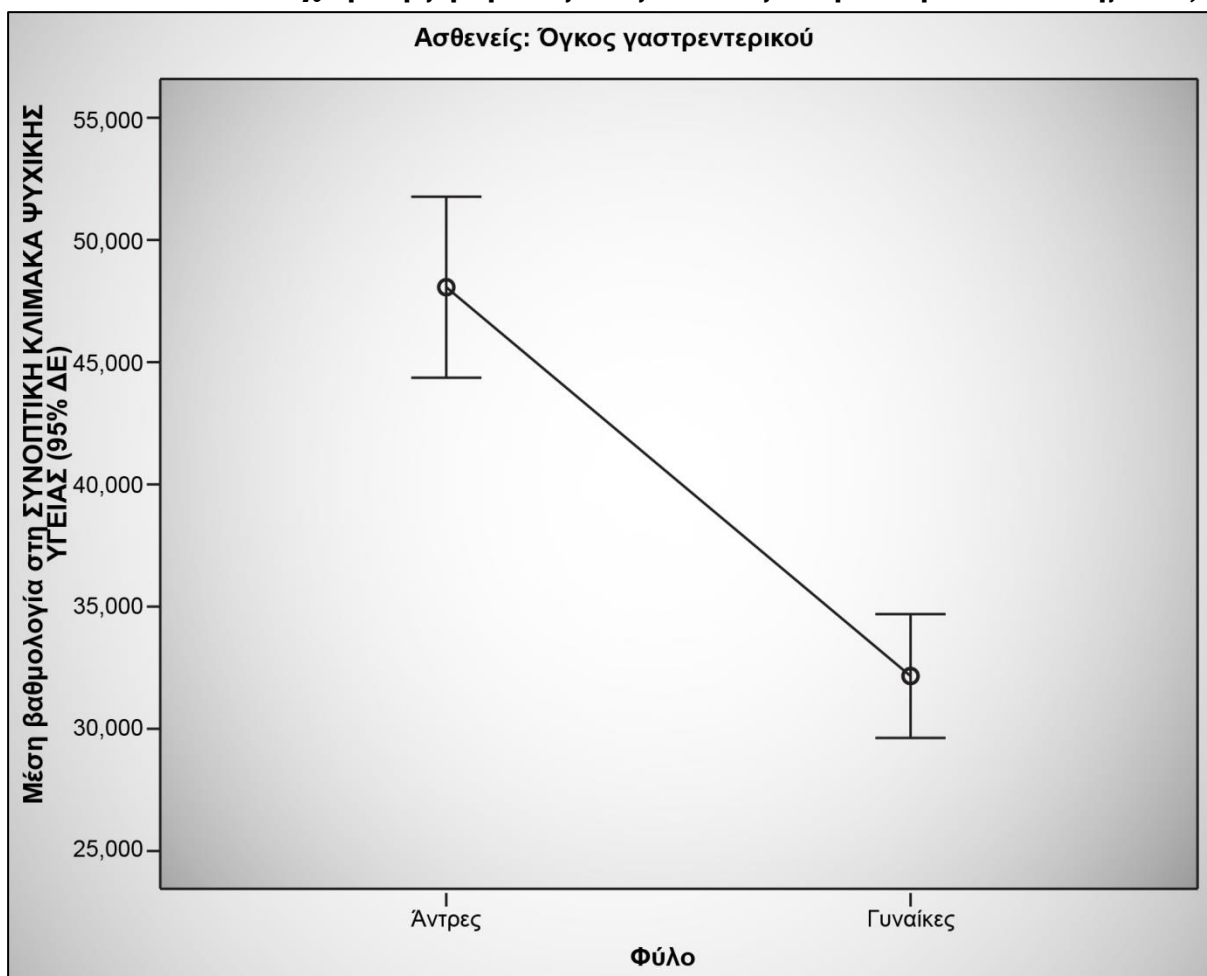
**Βαθμολογία στη διάσταση «Γενική Υγεία» ανάλογα με το φύλο των ασθενών που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος**



Στο γράφημα 7.6 απεικονίζεται η βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας ανάλογα με το φύλο των ασθενών που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος.

**Γράφημα 7.6**

**Βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας ανάλογα με το φύλο των ασθενών που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος**



Στον πίνακα 7.23 απεικονίζονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, ανάλογα την ύπαρξη τουλάχιστον μίας επιπλοκής των ασθενών που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος.

## Πίνακας 7.23

Βαθμολογίες στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής ανάλογα με την ύπαρξη τουλάχιστον μίας επιπλοκής των ασθενών που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος

	ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΜΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ				P Student's t-test
	ΌΧΙ		ΝΑΙ		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	59,0	12,4	58,3	26,8	0,959
2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	50,0	30,6	61,1	35,6	0,569
3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	85,2	21,7	64,1	19,9	0,091
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	59,6	15,4	57,7	21,1	0,861
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	59,0	8,9	58,3	17,1	0,937
6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	75,0	17,7	69,4	15,5	0,551
7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	46,7	44,7	40,7	43,4	0,813
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	56,8	10,0	52,0	16,6	0,570
A. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	46,0	10,1	44,9	8,6	0,832
B. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	42,7	10,1	40,4	8,8	0,668

Όπως προκύπτει από το πίνακα 7.23, δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ανάλογα με την ύπαρξη τουλάχιστον μίας επιπλοκής.

Ελέγχθηκε στη συνέχεια, εάν οι διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διαφέρουν ανάλογα με την ύπαρξη των επιμέρους καταγεγραμμένων επιπλοκών και δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές.

Στον πίνακα 7.24 απεικονίζονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της ηλικίας των ασθενών που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος με τις διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής τους.

Πίνακας 7.24

Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της ηλικίας των ασθενών που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος, με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής τους

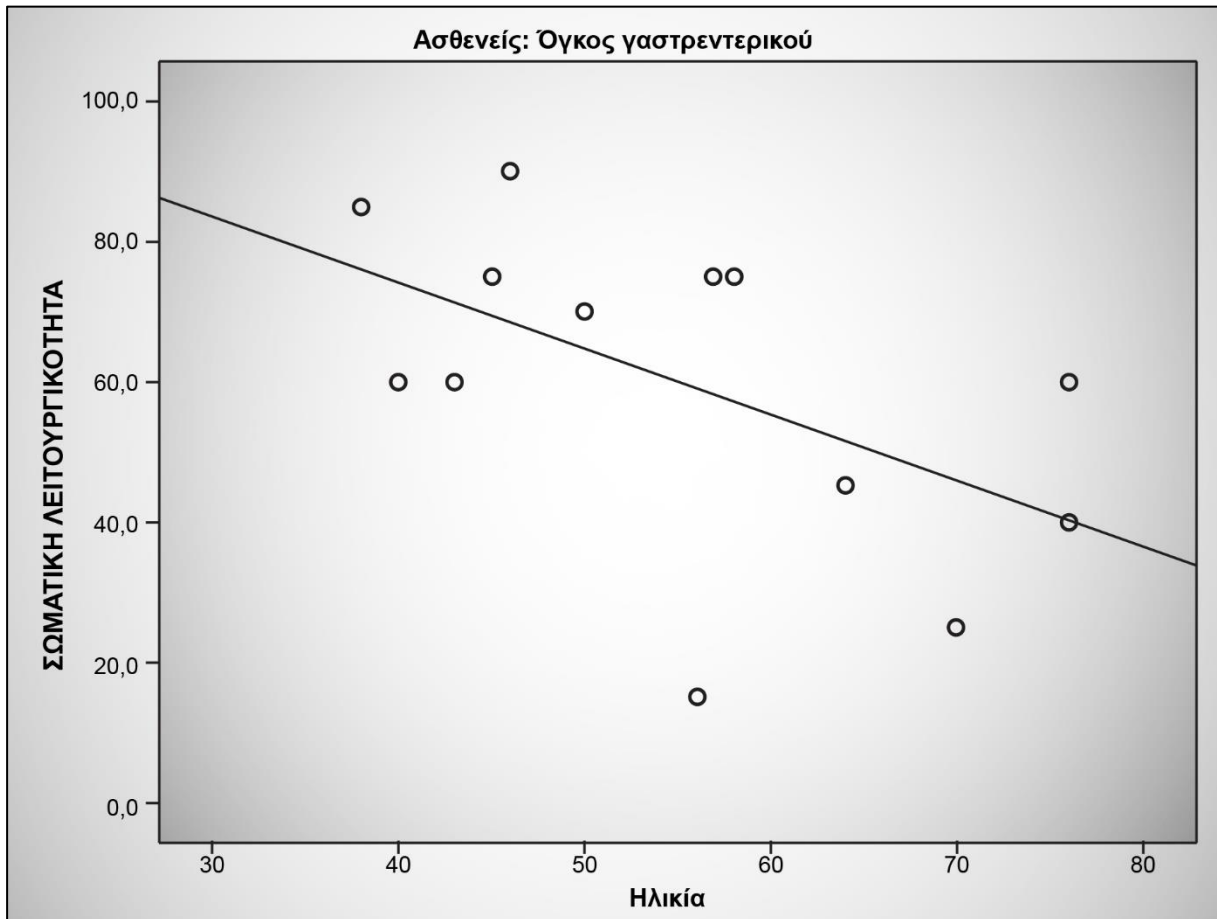
		Ηλικία
1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	r	-0,54
	P	<b>0,050</b>
2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	r	-0,39
	P	0,193
3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	r	-0,14
	P	0,639
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	r	-0,58
	P	<b>0,038</b>
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	r	-0,18
	P	0,553
6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	r	-0,45
	P	0,119
7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	r	-0,41
	P	0,169
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	r	-0,32
	P	0,284
Α. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	r	-0,43
	P	0,143
Β. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	r	-0,31
	P	0,308

Όπως προκύπτει από το πίνακα 7.24, υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση των διαστάσεων «Σωματική λειτουργικότητα» και «Γενική υγεία» με την ηλικία των ασθενών. Συνεπώς, όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι ασθενείς, τόσο χειρότερη ήταν η σωματική τους λειτουργικότητα και η γενική τους υγεία.

Στο γράφημα 7.7 απεικονίζεται η συσχέτιση της διάστασης «Σωματική λειτουργικότητα» με την ηλικία των ασθενών που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος.

**Γράφημα 7.7**

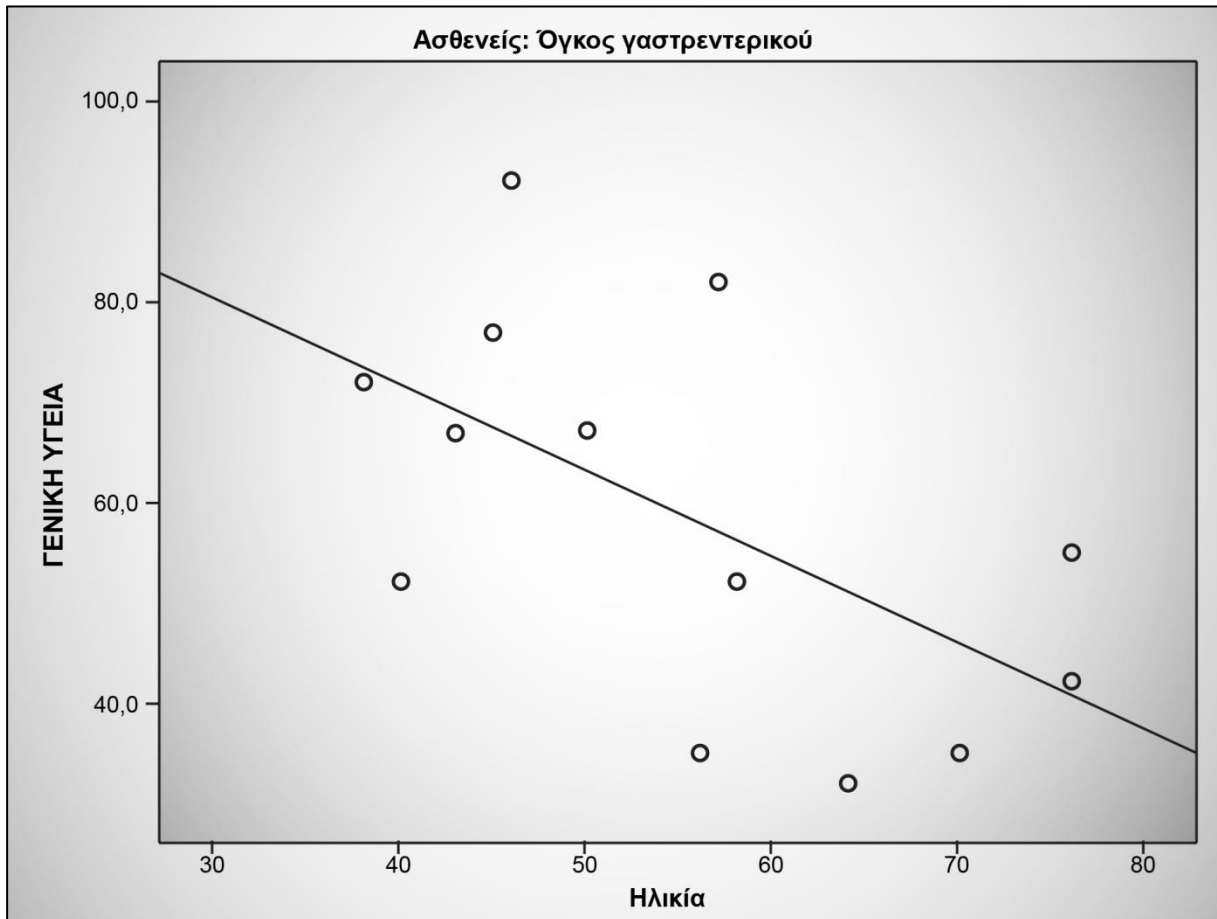
**Συσχέτιση της διάστασης «Σωματική Λειτουργικότητα» με την ηλικία των ασθενών που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος**



Στο γράφημα 7.8 απεικονίζεται η συσχέτιση της διάστασης «Γενική υγεία» με την ηλικία των ασθενών που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος.

### Γράφημα 7.8

**Συσχέτιση της διάστασης «Γενική υγεία» με την ηλικία των ασθενών που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος.**



Στον πίνακα 7.25 απεικονίζονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman της διάρκειας νοσηλείας στη ΜΕΘ και διασωλήνωσης των ασθενών που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος, με τις διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής τους.

**Πίνακας 7.25**

**Συντελεστές συσχέτισης του Spearman της διάρκειας νοσηλείας στη ΜΕΘ και διασωλήνωσης των ασθενών που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος, με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής τους**

		<b>ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΕΘ(ΗΜΕΡΕΣ)</b>	<b>ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ</b>
<b>1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ</b>	r	0,36	0,14
	P	0,206	0,642
<b>2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ</b>	r	0,09	-0,16
	P	0,768	0,593
<b>3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ</b>	r	-0,22	-0,21
	P	0,442	0,470
<b>4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</b>	r	0,36	0,07
	P	0,211	0,803
<b>5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	r	0,27	0,15
	P	0,353	0,605
<b>6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ</b>	r	0,23	0,17
	P	0,431	0,568
<b>7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ</b>	r	0,08	-0,03
	P	0,787	0,921
<b>8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</b>	r	-0,10	-0,26
	P	0,734	0,362
<b>A. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	r	0,15	-0,04
	P	0,619	0,896
<b>B. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	r	-0,04	-0,07
	P	0,900	0,800

Όπως προκύπτει από το πίνακα 7.25, δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της διάρκειας νοσηλείας στη ΜΕΘ και διασωλήνωσης των ασθενών με τις διαστάσεις ποιότητας ζωής τους.



### 7.9.4 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΜΗ, ΜΕ ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Στον πίνακα 7.26 απεικονίζονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων στη μελέτη που υποβλήθηκαν σε ΜΗ και του γενικού πληθυσμού.

**Πίνακας 7.26**

**Βαθμολογίες στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων που υποβλήθηκαν σε ΜΗ και του γενικού πληθυσμού.**

	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ			ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ*			P Student's t-test
	N	Μέση τιμή	SD	N	Μέση τιμή	SD	
<b>ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ</b>	14	76,8	28,1	1007	80,76	25,62	0,566
<b>ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ</b>	14	57,1	43,2	1007	79,74	37,72	<b>0,026</b>
<b>ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ</b>	14	79,4	31,3	1007	72,98	31,66	0,892
<b>ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</b>	14	65,1	17,9	1007	67,46	23,54	0,704
<b>ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	14	63,6	17,6	1007	66,53	22,39	0,805
<b>ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ</b>	14	76,8	25,4	1007	82,05	28,12	0,487
<b>ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ</b>	14	69,0	44,3	1007	81,53	36,31	0,201
<b>ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</b>	14	66,0	15,7	1007	68,23	21,26	0,695

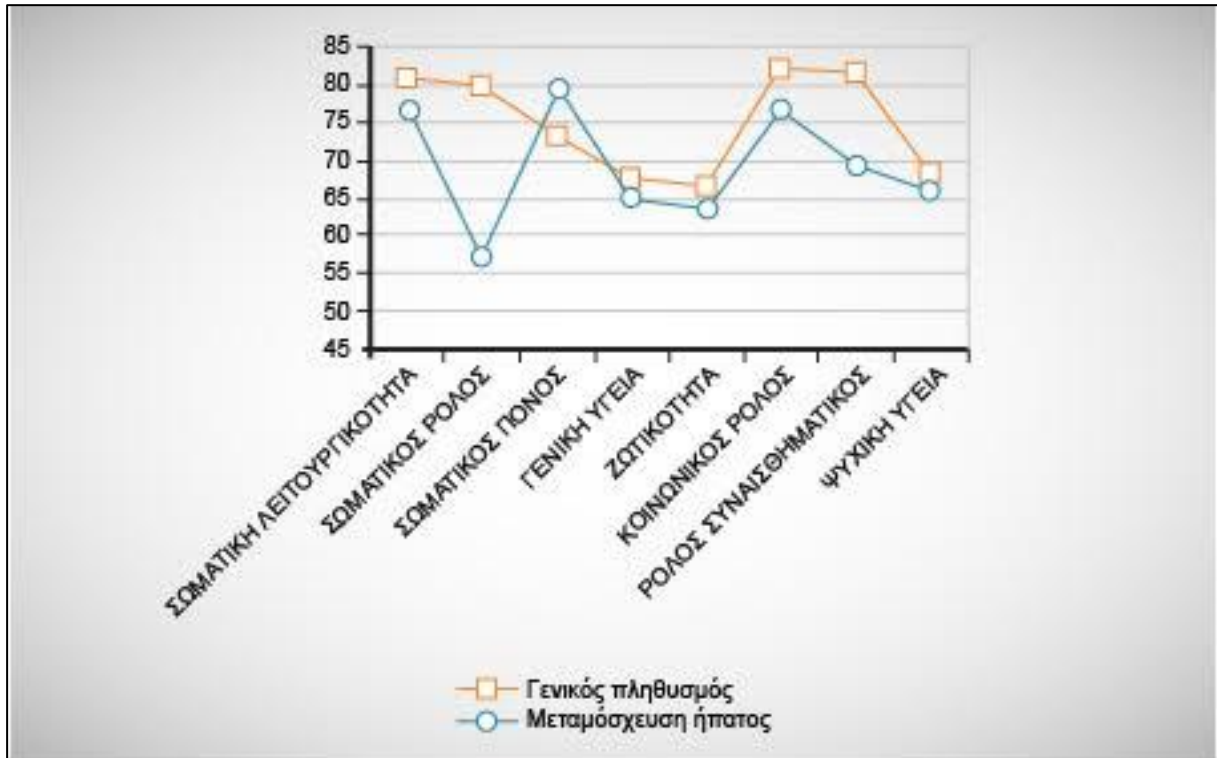
\*βάσει άρθρου «Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey», Evelina Pappa, Nick Kontodimopoulos & Dimitris Niakas

Στην παρούσα μελέτη για ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΜΗ, η βαθμολογία στην διάσταση «Σωματικός Ρόλος» ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε σύγκριση με του γενικού πληθυσμού. Σε όλες τις υπόλοιπες διαστάσεις οι βαθμολογίες δεν διέφεραν σημαντικά.

Στο γράφημα 7.9, απεικονίζονται οι μέσοι δείκτες ποιότητας ζωής στο γενικό πληθυσμό και στην ομάδα που υποβλήθηκε σε ΜΗ.

## Γράφημα 7.9

Μέσοι δείκτες ποιότητας ζωής στο γενικό πληθυσμό και στην ομάδα που υποβλήθηκε σε ΜΗ



### 7.9.5 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΗΚΑΝ ΓΙΑ ΟΓΚΟ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Στον πίνακα 7.27 απεικονίζονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων στη μελέτη που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος και του γενικού πληθυσμού.

**Πίνακας 7.27**

**Βαθμολογίες στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος και του γενικού πληθυσμού**

	Όγκος γαστρεντερικού			Γενικός πληθυσμός*			P Student's t-test
	N	Μέση τιμή	SD	N	Μέση τιμή	SD	
<b>ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ</b>	14	58,6	22,1	1007	80,76	25,62	<b>0,001</b>
<b>ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ</b>	14	57,1	33,1	1007	79,74	37,72	<b>0,025</b>
<b>ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ</b>	14	71,6	22,4	1007	72,98	31,66	0,872
<b>ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</b>	14	58,4	18,6	1007	67,46	23,54	0,152
<b>ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	14	58,6	14,3	1007	66,53	22,39	0,186
<b>ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ</b>	14	71,4	15,8	1007	82,05	28,12	0,157
<b>ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ</b>	14	42,9	42,2	1007	81,53	36,31	<b>&lt;0,001</b>
<b>ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</b>	14	53,7	14,4	1007	68,23	21,26	<b>0,011</b>

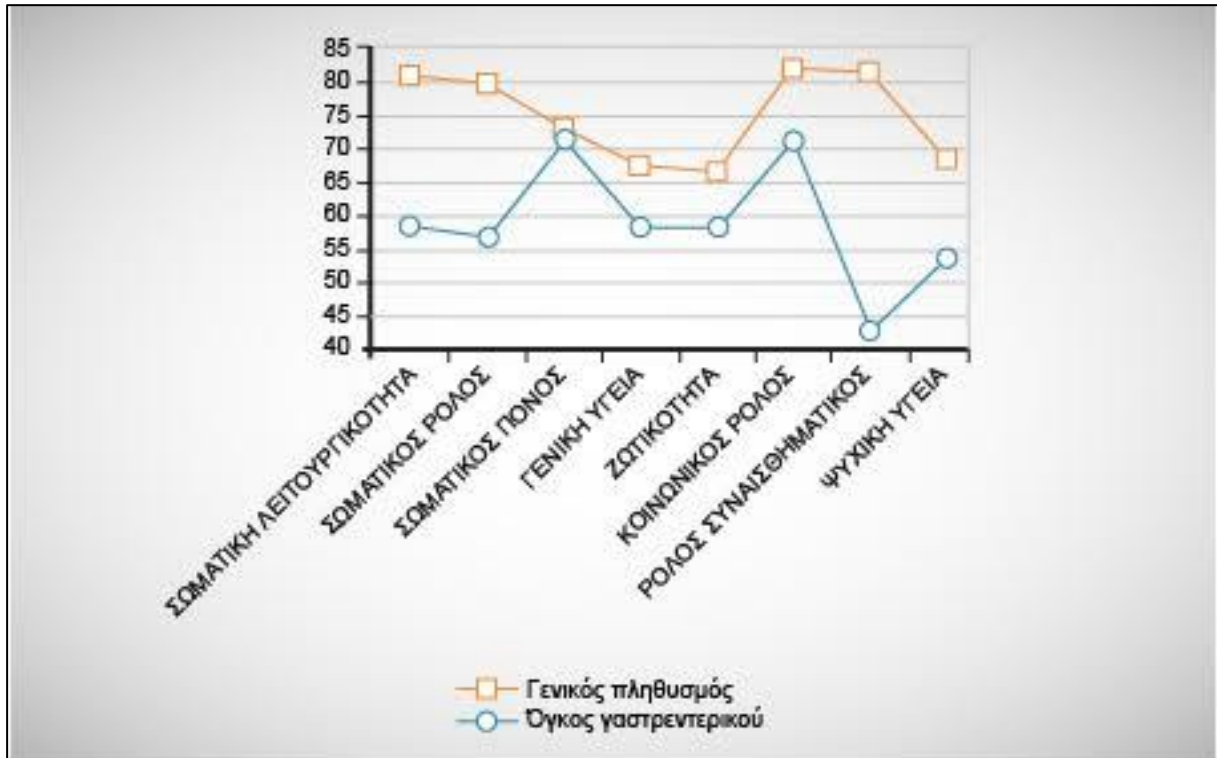
\*βάσει άρθρου «Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey», Evelina Pappa, Nick Kontodimopoulos & Dimitris Niakas

Στην παρούσα μελέτη για τους συμμετέχοντες που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος η βαθμολογία στις διάστασεις «Σωματική Λειτουργικότητα», «Σωματικός Ρόλος», «Ρόλος Συναισθηματικός» και «Ψυχική Υγεία», ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε σύγκριση με του γενικού πληθυσμού. Σε όλες τις υπόλοιπες διαστάσεις οι βαθμολογίες δεν διέφεραν σημαντικά.

Στο γράφημα 7.10 απεικονίζονται οι μέσοι δείκτες ποιότητας ζωής στο γενικό πληθυσμό και στην ομάδα που χειρουργήθηκε για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος.

Γράφημα 7.10

Μέσοι δείκτες ποιότητας ζωής στο γενικό πληθυσμό και στην ομάδα που χειρουργήθηκε για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος







## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

---

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

**Τ**α ποσοστά επιβίωσης μετά από μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις συνεχώς βελτιώνονται, καθώς εξελίσσονται τόσο τα τεχνικά μέσα, όσο και οι χειρουργικές τεχνικές. Παρ'όλα αυτά εξακολουθούν να υφίστανται διάφοροι προβλέψιμοι παράγοντες που οδηγούν σε κακή πρόγνωση. Η κατανόηση των επιπλοκών αυτών, μπορεί να συνεισφέρει στη βελτιστοποίηση της διαχείρισης των περιστατικών, συμβάλλοντας έτσι στη περαιτέρω βελτίωση των ποσοστών επιβίωσης και της ποιότητας ζωής των ασθενών<sup>(174)</sup>.

Στη παρούσα μελέτη, οι συχνότερες επιπλοκές που καταγράφηκαν μετά από ΜΗ ήταν κατά σειρά οι λοιμώξεις, οι νεφρολογικές και οι αναπνευστικές επιπλοκές. Στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αιμοκάθαρση καταγράφηκε μεγαλύτερη διάρκεια διασωλήνωσης ( $p < 0.001$ ), ενώ όσοι παρουσίαζαν υπονατρίαμια προεγχειρητικά, παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αναπνευστικών επιπλοκών ( $p = 0.041$ ). Επίσης προέκυψε ότι οι τιμές του Meld score και Meld-Na συσχετίζονται με την υποβολή του ασθενούς σε αιμοκάθαρση ( $p = 0.004$  και  $p = 0.008$  αντίστοιχα). Τέλος οι ασθενείς που παρουσίασαν λοιμώξεις, αναπνευστικές επιπλοκές και υποβλήθηκαν σε αιμοκάθαρση είχαν σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ ( $p = 0.006$ ,  $p = 0.001$  και  $p < 0.001$  αντίστοιχα).

Όπως προέκυψε από τη παρούσα έρευνα, η συχνότερη επιπλοκή στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΜΗ ήταν οι λοιμώξεις. Παρά το γεγονός ότι πλέον εφαρμόζονται διάφορες προφυλακτικές μέθοδοι, όπως αντιμικροβιακή προφύλαξη, εμβολιασμός κ.α, οι λοιμώξεις εξακολουθούν να αποτελούν έναν από τους κύριους παράγοντες νοσηρότητας και θνητότητας μετά από μεταμόσχευση ήπατος<sup>(174)</sup>. Περίπου το 80% των ληπτών ηπατικού μοσχεύματος, θα αναπτύξει τουλάχιστον μία λοίμωξη κατά το πρώτο χρόνο μετά τη ΜΗ, εκ των οποίων κάποιες θα οδηγήσουν σε θάνατο του λήπτη<sup>(175)</sup>.

Η πιο μεγάλη συχνότητα βακτηριακών λοιμώξεων μετά από ΜΗ απαντάται κατά το 1<sup>ο</sup> μήνα μετεγχειρητικά και τα σημεία εντόπισης είναι το χειρουργικό τραύμα, η κοιλιακή χώρα, το αίμα, το ουροποιητικό σύστημα και το αναπνευστικό σύστημα<sup>(176-179)</sup>. Οι βακτηριακές λοιμώξεις, ειδικά εκείνες που οφείλονται σε gram αρνητικά βακτήρια εμφανίζονται σε ποσοστό 20-80% και ευθύνονται για αυξημένη παραμονή στο νοσοκομείο και υψηλότερο κόστος νοσηλείας<sup>(180,181)</sup>. Ομοίως και από τη παρούσα μελέτη προκύπτει ότι οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς που παρουσίασαν λοίμωξη παρέμειναν για περισσότερες μέρες στη ΜΕΘ ( $p = 0.006$ ). Μικρότερη παραμονή στη ΜΕΘ έχει συσχετιστεί με λιγότερες επιπλοκές λοίμωξης<sup>(182,183)</sup>.

Το ποσοστό εμφάνισης νεφρολογικών επιπλοκών μετά από ΜΗ που έχει αναφερθεί, κυμαίνεται από 17-94%, ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται σε κάθε κέντρο

για το καθορισμό της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας<sup>(184-187)</sup>. Στη μελέτη μας χρησιμοποιήθηκε η τιμή της κρεατινίνης  $>1,5\text{mg/dl}$  ως διαγνωστικό κριτήριο για τη νεφρική δυσλειτουργία και προέκυψε ότι το 65,6% των μεταμοσχευμένων παρουσίασαν νεφρολογικές επιπλοκές. Ο Campell et al το 2005<sup>(188)</sup> και ο Lebron Gallardo et al το 2004<sup>(189)</sup> αναφέρουν ποσοστό νεφρολογικών επιπλοκών που φτάνει το 64%, χρησιμοποιώντας ως διαγνωστικό κριτήριο τιμή κρεατινίνης  $>1,5\text{mg/dl}$ . Οι Jung et al το 2006<sup>(190)</sup> κατέγραψαν ένα χαμηλό ποσοστό οξείας νεφρικής ανεπάρκειας της τάξης του 11,9%, χρησιμοποιώντας όμως σα κριτήριο τιμή κρεατινίνης  $>2,5\text{mg/dl}$  τη πρώτη εβδομάδα μόνο. Στη πραγματικότητα η επίπτωση της επιπλοκής μπορεί να διαφέρει ακόμα και στο ίδιο κέντρο εάν χρησιμοποιούνται διαφορετικά κριτήρια<sup>(191)</sup>. Οι Barry et al το 2009<sup>(192)</sup>, πραγματοποίησαν μία μελέτη που συμπεριέλαβε 1050 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΜΗ, χρησιμοποιώντας τις μεταβολές της τιμής της κρεατινίνης ορρού από τη τιμή αναφοράς, ως το κύριο κριτήριο για το καθορισμό της επιπλοκής. Χρησιμοποίησαν τρεις διαφορετικούς ορισμούς για να ορίσουν την νεφρική δυσλειτουργία. Όταν χρησιμοποίησαν ως κριτήριο την αύξηση της τιμής κρεατινίνης  $>0,5\text{mg/dl}$ , το ποσοστό της επιπλοκής ήταν πάρα πολύ υψηλό και ίσο με 78%. Για αύξηση της τιμής της κρεατινίνης  $>1\text{mg/dl}$ , το ποσοστό της νεφρικής ανεπάρκειας ήταν 46%, ενώ για αύξηση της τιμής κρεατινίνης  $>50\%$  από τη τιμή αναφοράς και  $>2\text{mg/dl}$ , καταγράφηκε το χαμηλότερο ποσοστό οξείας νεφρικής βλάβης της τάξης του 14%.

Ο Faenza et al<sup>(193)</sup> το 2006 και ο Contreras et al το 2002<sup>(194)</sup> αναφέρουν ότι το 8-10% των μεταμοσχευμένων ασθενών θα χρειαστεί να υποβληθούν σε εξωνεφρική κάθαρση στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο, ενώ οι Lewandowska & Matuszkiewicz-Rowinska το 2011<sup>(195)</sup> αναφέρουν ότι το ποσοστό αυτό φτάνει το 17%. Στη παρούσα έρευνα το 28,1% υποβλήθηκε σε αιμοκάθαρση.

Από την ανάλυση προέκυψε ότι υψηλότερα Meld score και Meld-Na score συσχετίζονται στατιστικά με την ανάγκη για αιμοκάθαρση, κάτι που προκύπτει και από τις έρευνες των Sanchez et al 2004<sup>(196)</sup>, Campell et al 2005<sup>(188)</sup>, Tinti et al 2010<sup>(197)</sup> και Sezer et al 2011<sup>(198)</sup>.

Μετά από μεταμόσχευση ήπατος η εμφάνιση των αναπνευστικών επιπλοκών αποτελούν μία σημαντική πηγή νοσηρότητας, η οποία συχνά καθυστερεί την ανάκαμψη<sup>(199-202)</sup>. Στη παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι αναπνευστικές επιπλοκές συσχετίζονται με την αύξηση της παραμονής στη ΜΕΘ. Οι αναπνευστικές επιπλοκές αποτέλεσαν τη τρίτη πιο συχνή επιπλοκή μετά από μεταμόσχευση ήπατος σε ποσοστό 53,1%. Ο Hong et al<sup>(203)</sup> το 2006 αναφέρουν ποσοστό αναπνευστικών επιπλοκών 68%, ο Jiang et al<sup>(204)</sup> το 2008 ποσοστό 46,77% και ο Bozbas et al<sup>(205)</sup> το 2008 ποσοστό 42,1%.

Στη παρούσα μελέτη οι συχνότερες επιπλοκές που καταγράφηκαν μετά από χειρουργική επέμβαση για όγκο του γαστρεντερικού, ήταν οι νεφρολογικές σε ποσοστό 46,9%, οι καρδιαγγειακές σε ποσοστό 43,8% και οι λοιμώξεις σε ποσοστό 34,4%. Οι ασθενείς που παρουσίασαν λοίμωξη ή νεφρολογικές, νευρολογικές, καρδιαγγειακές, αναπνευστικές επιπλοκές και εκείνοι που υποβλήθηκαν σε αιμοκάθαρση είχαν μεγαλύτερη διάρκεια διασωλήνωσης, καθώς και μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ. Τουλάχιστον 1 επιπλοκή παρουσίασε το 81,3%.



Η θνητότητα μετά από μείζονες επεμβάσεις για όγκους του γαστρεντερικού συστήματος, όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, μπορεί να φτάσει το 17%<sup>(33)</sup>, ενώ συνήθως κυμαίνεται μεταξύ 3-7%<sup>(206-208)</sup>. Στη παρούσα μελέτη η θνητότητα έφτασε στο 18,8%. Το γεγονός ότι το ποσοστό αυτό είναι σχετικά υψηλό πιθανώς οφείλεται στο ότι η έρευνα έχει συμπεριλάβει μόνο εκείνους τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ μετά το χειρουργείο και ως εκ τούτου ανήκαν σε ομάδα πιο υψηλού κινδύνου. Για τον ίδιο λόγο οι ασθενείς στη παρούσα έρευνα παρουσίασαν σε ποσοστό 81,3% τουλάχιστον μία επιπλοκή, ενώ σε έρευνα του Jacobson et al<sup>(209)</sup> το 2014 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 33,5%. Στην έρευνα του Jacobson et al η συχνότερη επιπλοκή ήταν το παραλήρημα σε ποσοστό 12,8%, ενώ στη δική μας έρευνα ήταν η 8<sup>η</sup> σε συχνότητα επιπλοκή με ποσοστό 9,4%, αποτέλεσμα που συμφωνεί με άλλες βιβλιογραφικές αναφορές.<sup>(210,211)</sup> Τέλος ο Jacobson et al<sup>(209)</sup> αναφέρει ότι η παραμονή στη ΜΕΘ μετά το χειρουργείο για όγκο γαστρεντερικού ήταν 4,4 μέρες, όπως και στη μελέτη μας ήταν 4 μέρες.

Όπως προέκυψε και από τη μελέτη, η παρουσία τουλάχιστον 1 επιπλοκής παρατείνει το χρόνο παραμονής στη ΜΕΘ. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και άλλες μελέτες. Ο Martos-Benítez et al το 2016<sup>(212)</sup> μετά από έρευνα που συμπεριέλαβε 179 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση στο θώρακα ή στο γαστρεντερικό σύστημα για καρκίνο, αναφέρουν ότι ασθενείς με μία μόνο επιπλοκή είναι πιά πιθανό να παραμείνουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο. Ομοίως και άλλες έρευνες συμφωνούν με αυτό το αποτέλεσμα. Οι Borja-Cacho et al<sup>(213)</sup> το 2010 αναφέρουν ότι το 56% των ασθενών που χειρουργήθηκαν για θωρακικό ή κοιλιακό καρκίνο και είχαν παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο, είχαν εμφανίσει κάποιου είδους επιπλοκή. Οι Davies et al<sup>(214)</sup> το 2013 χρησιμοποίησαν ένα δείγμα 362 ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργείο κοιλίας, από τους οποίους το 75% υποβλήθηκε σε χειρουργείο στο γαστρεντερικό σύστημα, και κατέληξε στο ίδιο αποτέλεσμα, ότι δηλαδή η εμφάνιση επιπλοκών παρατείνει και τη παραμονή στο νοσοκομείο.

Από τη παρούσα μελέτη προέκυψε ότι τα ποσοστά μετεγχειρητικού θανάτου ήταν σημαντικά υψηλότερα στους ασθενείς που παρουσίασαν λοιμώξεις. Οι Martos-Benítez et al<sup>(212)</sup> το 2016 συμφωνούν με το εύρημα αυτό, αφού αναφέρουν ότι οι λοιμώξεις σχετίζονται με την ενδονοσοκομειακή θνητότητα.

Οι αρνητικές επιπτώσεις των μετεγχειρητικών επιπλοκών δεν είναι απαραίτητα άμεσες ή βραχυπρόθεσμες. Στη μελέτη μας βρέθηκε ότι οι ασθενείς στους οποίους καταγράφηκαν λοιμώξεις, νεφρολογικές και καρδιαγγειακές επιπλοκές είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά θανάτου στα 7 έτη. Οι Moonesinghe et al<sup>(215)</sup> το 2014 χρησιμοποίησαν το POMS (Postoperative Morbidity Survey) για να αξιολογήσουν τις μετεγχειρητικές επιπλοκές που ακολουθούν διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις και ανακάλυψαν ότι αυτές οι επιπλοκές σχετίζονται με θνησιμότητα στα 3 χρόνια. Στη δική μας μελέτη στους ασθενείς που υπήρξε θάνατος στα 7 έτη, υπήρξε και μεγαλύτερη παραμονή στη ΜΕΘ μετεγχειρητικά.

Κατά τη σύγκριση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά από μεταμόσχευση ήπατος βρέθηκε ότι η βαθμολογία στη διάσταση «Σωματικός ρόλος» ήταν σημαντικά χαμηλότερη με αυτή του γενικού πληθυσμού, όπως αυτή παρουσιάζεται από τους

Pappa E et al<sup>(216)</sup> το 2005. Οι Painter et al<sup>(217)</sup> το 2001 σε έρευνα τους καταλήγουν ότι οι κύριες διαφορές στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής των ληπτών ηπατικού μοσχεύματος με το γενικό πληθυσμό, αφορούσαν στο σωματικό ρόλο. Παρόμοια αποτελέσματα προκύπτουν και από τους Hellgreen et al<sup>(218)</sup> το 1998, Hunt et al<sup>(219)</sup> το 1996 και Duffy et al<sup>(220)</sup> το 2010, ενώ οι Bryan et al<sup>(221)</sup> το 1998 χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι παρ'όλο που οι λήπτες ηπατικού μοσχεύματος επιτυγχάνουν ένα αρκετά ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας ζωής, σε γενικές γραμμές και ειδικά για τις σωματικές δραστηριότητες, τα επίπεδα της ποιότητας ζωής που επιτυγχάνονται παραμένουν χαμηλότερα από αυτά του γενικού πληθυσμού.

Από τη συσχέτιση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για όγκους του γαστρεντερικού συστήματος, προέκυψε ότι οι άντρες παρουσιάζουν καλύτερη βαθμολογία στις διαστάσεις «Σωματική Λειτουργικότητα», «Γενική Υγεία», «Ζωτικότητα», «Ρόλος Συναισθηματικός», «Ψυχική Υγεία» και στη «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας». Οι Trentham-Dietz et al<sup>(222)</sup> το 2003 σε μελέτη που μελετούσαν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στα 9 έτη, σε γυναίκες ασθενείς που επιβίωσαν από καρκίνο του παχέος εντέρου, αναφέρουν ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν χαμηλότερες βαθμολογίες σε διάφορες κλίμακες σε σχέση με τους άντρες. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Mosconi et al<sup>(223)</sup> το 2002. Όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία οι γυναίκες έχουν τη τάση να αναφέρουν μεγαλύτερη νοσηρότητα σε σχέση με τους άντρες, λόγω των διαφορών που παρουσιάζουν ως προς τη συμπεριφορά απέναντι στη νόσο και όχι λόγω ουσιαστικών διαφορών στην ασθένεια αυτή καθ'αυτή.<sup>(224,225)</sup> Άλλες μελέτες επιχείρησαν να καταρρίψουν αυτή την υπόθεση υποστηρίζοντας ότι οι διαφορές στη νοσηρότητα οφείλονται σε ουσιαστική διαφοροποίηση στοιχείων που αφορούν την υγεία<sup>(226,227)</sup> και είναι αποτέλεσμα κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων<sup>(228,229)</sup>.

Από τη παρούσα μελέτη προέκυψε ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργείο για όγκο του γαστρεντερικού είχαν χειρότερη βαθμολογία στις διαστάσεις «Γενική Υγεία» και «Σωματική Λειτουργικότητα». Οι Trentham-Dietz et al<sup>(222)</sup> το 2003 και οι Wu et al<sup>(230)</sup> το 2008, επίσης συμφωνούν ότι η ηλικία θέτει περιορισμούς στη σωματική δραστηριότητα.

Λίγες έρευνες υπάρχουν που να εξετάζουν μακροπρόθεσμα τη ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις για όγκους του γαστρεντερικού συστήματος και τη σύγκριση αυτής με το γενικό πληθυσμό. Στη παρούσα έρευνα σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό οι ασθενείς μετά από χειρουργική επέμβαση για όγκο γαστρεντερικού συστήματος παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις «Σωματική Λειτουργικότητα», «Σωματικός Ρόλος», «Ρόλος Συναισθηματικός» και «Ψυχική Υγεία». Σύμφωνα με ανασκοπικό άρθρο του Shan B et al<sup>(231)</sup> το 2015, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μετά από γαστρεκτομή για καρκίνο του στομάχου, μπορεί να βελτιώνεται μεταξύ του 6<sup>ου</sup> μήνα και του 1<sup>ου</sup> χρόνου μετά το χειρουργείο, παρ'όλα αυτά μετά τα 5 χρόνια δεν διατηρείται στα ίδια επίπεδα. Σε έρευνα του Schag et al<sup>(232)</sup> το 1994, αναφέρεται ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών που επιζούν του καρκίνου παχέος εντέρου τείνει να βελτιώνεται όσο παρατείνεται η επιβίωση, ενώ από άλλη έρευνα προέκυψε ότι το 10-26% των ασθενών είναι

δυσσαρεστημένοι με τη σωματική τους απόδοση, τη πνευματική τους λειτουργία, την οικονομική τους κατάσταση και τη σεξουαλική τους λειτουργία.<sup>(233)</sup> Οι Ramsey et al<sup>(234)</sup> το 2000 κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αρνητική επίδραση του καρκίνου του παχέος εντέρου ήταν πιο σημαντική κατά τα 3 πρώτα χρόνια μετά τη διάγνωση.

Σε έρευνες που εξετάζουν τη ποιότητα ζωής μετά από ηπατεκτομή για κακοήθη νόσο<sup>(235-237)</sup> και μετά από χειρουργείο για καρκίνο του παχέος εντέρου<sup>(222)</sup>, αναφέρεται ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφορές από αυτή του γενικού πληθυσμού. Παρόλα αυτά σε ανασκοπική μελέτη του Marventano et al<sup>(238)</sup> το 2013, η οποία συμπεριέλαβε μελέτες για τη ποιότητα ζωής μετά από επέμβαση για καρκίνο του παχέος εντέρου, αναφέρεται ότι αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν περισσότερη αγωνία, κατάθλιψη και άγχος απ'ότι ο γενικός πληθυσμός. Όλες οι έρευνες συμφωνούν ότι η ποιότητα ζωής μπορεί να επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως συνοδά προβλήματα, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, επανεμφάνιση της νόσου, το στάδιο της νόσου κ.α, παράγοντες που δεν εξετάστηκαν από τη παρούσα μελέτη.

Όπως προέκυψε από τη μελέτη, οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΜΗ αναφέρουν καλύτερη ψυχική υγεία απ'ότι οι ασθενείς που χειρουργήθηκαν για όγκο του γαστρεντερικού. Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς είχαν τη τάση να συγκρίνουν τη ζωή τους προ και μετά μεταμόσχευσης και ως εκ τούτου αισθάνονταν ιδιαίτερα ευεργετημένοι και τυχεροί που ήταν εν ζωή, που ακόμα και συνοδά νοσήματα να υπήρχαν ή να υστερούσαν σε κάποια σημεία (σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο) δεν τα αξιολογούσαν ή δεν επηρέαζαν αρνητικά τη διάθεση τους, τις διαπροσωπικές τους σχέσεις κ.λ.π.



## ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

---



---

## ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

---

**Τ**ο μικρό δείγμα των ασθενών από κάθε ομάδα αποτελεί τον βασικό περιορισμό της μελέτης. Η μία ομάδα περιλαμβάνει 32 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση ήπατος, και είναι οι μοναδικές μεταμοσχεύσεις που πραγματοποιήθηκαν σ' αυτό το κέντρο, καθώς λειτούργησε μόνο για 3 χρόνια. Ως εκ τούτου και το δείγμα της δεύτερης ομάδας ασθενών περιελάμβανε 32 ασθενείς.

Το γεγονός ότι το δείγμα ήταν μικρό οδήγησε και σε άλλους περιορισμούς κατά τον έλεγχο των συσχετίσεων. Για παράδειγμα, δεν ήταν δυνατό να εξεταστεί για την ομάδα των ασθενών με όγκο του γαστρεντερικού, πως επηρεάζει η χειρουργική επέμβαση την εμφάνιση επιπλοκών, την επιβίωση κ.α. Το ίδιο ισχύει και για το τύπο του νεοπλάσματος και το στάδιο της νόσου.

Όσον αφορά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, το δείγμα της μελέτης μειώνεται και άλλο, και παρ'όλο που υπήρξε ανταπόκριση από τους συμμετέχοντες της μελέτης, τελικά το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από 14 ασθενείς από κάθε ομάδα που ήταν εν ζωή. Επιπρόσθετα δεν λήφθηκαν υπόψη άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη ποιότητα ζωής, όπως είναι τα συνοδά προβλήματα, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η επανεμφάνιση της νόσου, η υποβολή του ασθενούς σε χημειοθεραπεία κ.α.

Συμπερασματικά, λόγω των παραπάνω περιορισμών τα αποτελέσματα της μελέτης δεν είναι δυνατό να γενικοποιηθούν, αλλά αποτελούν αποτελέσματα ενός μεμονωμένου κέντρου.





## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

---



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

**Η** συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη, η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και οι περιορισμένοι πόροι, έχουν πυροδοτήσει το ενδιαφέρον για τη μέτρηση και τη βελτίωση της ποιότητας της παροχής υγειονομικής περίθαλψης<sup>(239)</sup>. Για αξιολόγηση της ποιότητας, σχετικά στοιχεία με την έκβαση θα πρέπει να παρατηρηθούν με έναν συγκεκριμένο και αναπαραγόμενο τρόπο, έτσι ώστε να καταστεί δυνατή η σύγκριση μεταξύ των διάφορων κέντρων και μεταξύ των διάφορων θεραπειών μέσα σε ένα κέντρο<sup>(239-241)</sup>. Ασθενείς και χρηματοδότες (κυβέρνηση, ιδιωτική ασφάλιση) ζητούν αντικειμενικά και αξιόπιστα στοιχεία για την έκβαση, ώστε να αξιολογήσουν τη ποιότητα και το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης<sup>(239)</sup>.

Για την εξασφάλιση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, πολύ σημαντικό είναι να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνητότητα για κάθε νόσο, ενώ παράλληλα βαρύτητα θα πρέπει να δοθεί στην εξασφάλιση όσο το δυνατό καλύτερης ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

Η νοσηρότητα και η θνητότητα των ασθενών μπορεί να επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες, κάποιους από τους οποίους δε μπορεί να ελέγξει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (ηλικία, υποκείμενη νόσος, κληρονομικό νόσημα κ.α) και κάποιους τους οποίους μπορεί να προβλέψει, να προλάβει και έγκαιρα να αντιμετωπίσει (επιπλοκές). Η μελέτη είχε ως σκοπό να επισημανθούν και να διερευνηθούν οι επιπλοκές, οι οποίες παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκεια, αλλά και μετά την εκάστοτε επέμβαση. Το προσωπικό ενός νοσοκομείου θα πρέπει να εκπαιδεύεται και να ενημερώνεται συνεχώς, ώστε να είναι ικανό να προλαμβάνει και να χειρίζεται οποιαδήποτε επιβαρυντική επιπλοκή προκύψει. Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει συνεργασία και επικοινωνία όλων των ομάδων που εμπλέκονται στο σχεδιασμό της θεραπείας και να υπάρχει πλήρης συμμόρφωση στις οδηγίες ελέγχου και πρόληψης των λοιμώξεων. Οι μελέτες από διάφορα κέντρα προάγουν κατά πολύ την εκπαίδευση και ενημέρωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, καθώς εξάγονται συμπεράσματα για τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται, χειρουργικές ή μή, για τους διάφορους σχεδιασμούς θεραπείας και αντιμετώπισης καταστάσεων επιβαρυντικών της εκβάσεως κ.α<sup>(239)</sup>.

Ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται και η εκπαίδευση των ίδιων των ασθενών, ώστε να είναι σε θέση οι ίδιοι να αναγνωρίζουν σημεία, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε επιπλοκές ή σε κρίσιμες για την υγεία τους καταστάσεις και να είναι πιο εύκολο σε αυτούς να συμμορφωθούν με συγκεκριμένες οδηγίες. Με τη βοήθεια έμπειρου και εξειδικευμένου προσωπικού σύμμαχο τους, καθ'όλη τη διάρκεια της μετέπειτα ζωής τους, είναι εφικτό να βελτιωθεί το προσδόκιμο επιβίωσης, αλλά και κατά το δυνατό η ποιότητα ζωής τους, κομμάτι εξ΄ίσου σημαντικό για τους ασθενείς.

Παράλληλα κρίνεται ουσιαστικό να βελτιώνονται συνεχώς οι ειδικότερες συνθήκες, το υλικό και οι υποδομές, ώστε να μπορούν να νοσηλευτούν τέτοια ιδιαίτερα περιστατικά, αποφεύγοντας την έκθεση σε παράγοντες επικίνδυνους για την έκβαση τους.

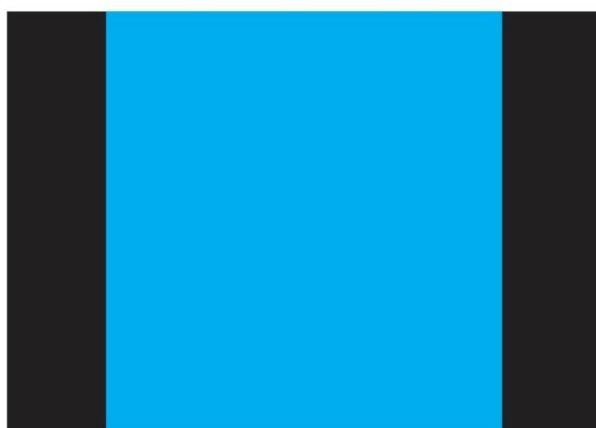
Σε συνάρτηση με τα παραπάνω θα πρέπει να δίνεται μεγάλη βαρύτητα στη διενέργεια σωστού και επαρκούς προεγχειρητικού ελέγχου, ώστε να είναι προετοιμασμένο και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να αντιμετωπίσει πιθανές επιπλοκές, ενώ παράλληλα, θα εξασφαλίζεται ότι ο ασθενής είναι έτοιμος ψυχολογικά να προχωρήσει στην επέμβαση και να συμμορφωθεί σε οποιαδήποτε οδηγία του δοθεί από τους θεράποντες ιατρούς.

Για τη βελτιστοποίηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε μείζονα χειρουργεία, είναι πολύ σημαντικό καταρχήν να αναγνωρίζεται ο ασθενής που παρουσιάζει μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσει χαμηλή ποιότητα ζωής και να γίνεται παρέμβαση στους τροποποιήσιμους παράγοντες που την επηρεάζουν<sup>(239)</sup>.

Υπάρχουν παράγοντες που δεν επιδέχονται τροποποίησης όπως είναι η ηλικία και το φύλο και παράγοντες στους οποίους μπορούμε να παρέμβουμε, για τους οποίους υπάρχει διαθέσιμο ένα εκτεταμένο εύρος παρεμβάσεων για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η βελτίωση της ποιότητας ζωής μπορεί να πραγματοποιηθεί με μείωση της ψυχολογικής νοσηρότητας, μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων, ομάδων αυτοθεραπείας, ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, θεραπειών συμπεριφοράς και φαρμακευτικής αγωγής<sup>(239)</sup>.

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μπορούν να υλοποιηθούν μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων και ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων. Μέσω της εκπαίδευσης ο ασθενής ενημερώνεται για την ασθένεια του και το τρόπο θεραπείας, με αποτέλεσμα να βελτιώνονται οι ψυχολογικές του αντιδράσεις ως προς αυτήν. Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, μεμονωμένες ή σε ομάδες, βοηθούν τον ασθενή στην έκφραση των συναισθημάτων του και στην άντληση εσωτερικής δύναμης, βελτιώνουν την επικοινωνία και την ανάκτηση του έλεγχου. Αυτές οι παρεμβάσεις συμβάλλουν στη μείωση του σωματικού πόνου και τη βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή<sup>(242)</sup>.





ΠΕΡΙΛΗΨΗ

---

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός της μελέτης:** Να καταγραφούν οι μετεγχειρητικές επιπλοκές μετά από μεταμόσχευση ήπατος και μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις στο γαστρεντερικό σύστημα, να καθοριστεί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των δύο ομάδων 7 χρόνια μετά τη χειρουργική επέμβαση και να γίνει σύγκριση με αυτή του γενικού πληθυσμού.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η μελέτη εξετάζει δύο ομάδες ασθενών, 32 ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος και 32 ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μείζονα χειρουργική επέμβαση για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος. Οι ασθενείς εισήχθησαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας μετά το χειρουργείο και παρέμειναν για τουλάχιστον 3 μέρες. Μελετήθηκαν οι άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής 7 χρόνια μετά την επέμβαση.

**Αποτελέσματα:** Η πιο συχνή επιπλοκή στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Μεταμόσχευση Ήπατος ήταν οι λοιμώξεις σε ποσοστό 78,1%, ενώ στη δεύτερη ομάδα, οι πιο συχνές επιπλοκές ήταν οι νεφρολογικές σε ποσοστό 46,9%, ακολουθούμενες από τις καρδιαγγειακές επιπλοκές και τις λοιμώξεις σε ποσοστό 43,8% και 34,4% αντίστοιχα. Τα ποσοστά μετεγχειρητικού θανάτου στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση ήπατος ήταν σημαντικά υψηλότερα στους ασθενείς με καρδιαγγειακές επιπλοκές και σημαντικά χαμηλότερα σε εκείνους με αναπνευστικές επιπλοκές. Στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μείζονα χειρουργείο για όγκο του γαστρεντερικού και παρουσίασαν λοιμώξεις, νεφρολογικές και καρδιαγγειακές επιπλοκές, τα ποσοστά θανάτου στα 7 έτη ήταν σημαντικά υψηλότερα, ενώ τα ποσοστά μετεγχειρητικού θανάτου ήταν υψηλότερα σ'αυτούς που παρουσίασαν λοιμώξεις. Όσον αφορά τη ποιότητα ζωής το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε σε ποσοστό 43,75% (14/32) των ασθενών από κάθε ομάδα. Μόνο η διάσταση «Ψυχική Υγεία» παρουσίασε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση ήπατος σημείωσαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργείο για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος. Δε σημειώθηκαν σημαντικές διαφορές στις υπόλοιπες διαστάσεις της ποιότητας ζωής μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών. Σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, η βαθμολογία στη διάσταση «Σωματικός ρόλος» ήταν σημαντικά χαμηλότερη στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση ήπατος. Σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, η βαθμολογία στις διαστάσεις «Σωματική Λειτουργικότητα», «Σωματικός ρόλος», «Ρόλος συναισθηματικός» και «Ψυχική υγεία» ήταν σημαντικά χαμηλότερη στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργείο για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος.

**Συμπεράσματα:** Η αναγνώριση των επιπλοκών είναι σημαντική, έτσι ώστε να ξεκινήσει άμεσα ο σχεδιασμός αντιμετώπισης και θεραπείας και να μειωθεί με αυτό το τρόπο η νοσηρότητα και η θνητότητα. Αντίστοιχα η καταγραφή της σχετιζόμενης με

την υγεία ποιότητα ζωής είναι ιδιαίτερα σημαντική, μιας και η επιλογή της κάθε πιθανής θεραπείας επηρεάζει τη μετέπειτα ζωή των ασθενών.

# ABSTRACT

---

**Aim of the study:** To record postoperative complications after liver transplantation and major gastrointestinal procedures and to determine the health-related quality of life of the two groups seven years after surgery in comparison with the general population.

**Material and Methods:** The study examines two groups, 32 patients who have undergone orthotopic liver transplantation and 32 patients who have undergone major surgery for gastrointestinal diseases. The patients admitted to the Intensive Care Unit after surgery for at least three days. The complications during the immediate postoperative period, and the health-related quality of life after 7 years postoperatively were examined.

**Results:** Most common complications related to patients with liver transplantation were infections, representing 78.1% of cases, while on the second group, the most common complications were nephrological at 46.9%, followed by cardiovascular complications and infections at rates of 43.8% and 34.4% respectively. The rates of postoperative death in patients undergoing liver transplantation was significantly higher for patients with cardiovascular complications and significantly lower in those with respiratory complications. In patients undergoing major surgery for gastrointestinal tumor and developed infection, renal and cardiovascular complications, the rates of death at 7 years was significantly higher, while the postoperative death rates were higher in those with infections. Concerning quality of life, the specific questionnaire was answered by 43.75% (14/32) of patients in each group. Only the unit of "Mental Health" revealed significant differences between the two patients' groups. Specifically, patients with liver transplantation demonstrated a significantly higher score, compared to patients with gastrointestinal tumor surgery. The quality of life in other aspects of the survey was similar between the two groups of patients. Compared with the general population, the score on the unit "Role Physical" was significantly lower in patients who underwent liver transplantation. Compared with the general population, the score on the units "Physical Functioning", "Role Physical", "Role Emotional" and "Mental Health" were significantly lower in patients who underwent surgery for gastrointestinal tumor.

**Conclusions:** Recognition of complications is essential in order to plan treatment immediately and thus decrease the morbidity and mortality. Accordingly, the determination of the health-related quality of life is particularly important, since the choice of any possible treatment affects the patients' later life.







# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Mantas D, Karounis C, Kostakis I.D, Antoniou E, Kouraklis G. Quality of Life After Liver Transplantation or Surgery for Cancers of the Digestive System. *Hellenic Journal of Surgery* 2014;86:5,257-264
2. Gage BF, Cardinalli AB, Owens DK. The effect of stroke and stroke prophylaxis with aspirin or warfarin on quality of life. *Arch Intern Med* 1996;156:1829–1836
3. McNeil BJ, Weichselbaum R, Pauker SG. Speech and survival: Tradeoffs between quality and quantity of life in laryngeal cancer. *N Engl J Med* 1981;305:982–987
4. Owens DK. In the eye of the beholder: Assessment of health-related quality of life. *Hepatology* 1998;27:292–293
5. Bravata DM, Olkin I, Barnato AE, Keeffe EB, Owens DK. Healthrelated quality of life after liver transplantation: A meta-analysis. *Liver Transpl Surg* 1999;5:318–331
6. Κωστάκης Α. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;2:810-813
7. Παπαδημητρίου Ι. Μεταμοσχεύσεις Ιστών και Οργάνων. Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ.Παρισιανός 2003;7-9.
8. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Liver Transpl 1983; 4(1):107-110
9. Κωστάκης Α. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;2:784
10. Magee JC, Bucuvalas JC, Farmer DG, Harmon WE, Hulbertshearon TE, Mendeloff EN. Pediatric transplantation. *Am J Transplant* 2004;4( 9):54–71
11. Smith CM, Davies DB, McBride MA. Liver transplantation in the United States: A report from the UNOS Liver Transplant Registry. *Clin Transpl* 1999:23–34
12. NORDIC LIVER TRANSPLANTATION GROUP. Annual report 2011. NLTG, 2012. Available at: [http://www.scandiatransplant.org/members/nltr/ANNUAL\\_REPORT\\_2011.pdf](http://www.scandiatransplant.org/members/nltr/ANNUAL_REPORT_2011.pdf)
13. Seaberg EC, Belle SH, Beringer KC, Schivins JL, Detre KM. Liver transplantation in the United States from 1987–1998: Updated results from the Pitt-UNOS Liver Transplant Registry. *Clin Transpl* 1998:17–37
14. Seaberg EC, Belle SH, Beringer KC, Schivins JL, Detre KM. Longterm patient and retransplantation-free survival by selected recipient and donor characteristics: An update from the PittUNOS Liver Transplant Registry. *Clin Transpl* 1997:15–28
15. Mazzaferro V, Regalia E, Doci R, Andreola S, Pulvirenti A, Bozzeti F, Montalto F, Ammatuna F, Morabito A, Gennari L. Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis. *NEJ of M* 1996;334(11);693-699.
16. Durand F, Belghiti J. Liver transplantation for hepatocellular Carcinoma. Should we push the limits? *Liver transplantation* 2003;9(7);697-699.
17. Κατεργιαννάκης Β. Μεταμοσχεύσεις Οργάνων. 1996:145-154
18. Keswani RN, Ahmed A, Keeffe EB. Older Age and Liver Transplantation: A Review. *Liver Transplantation* 2004;10(8);957-967
19. Cross T, Antoniadis C, Muiesan P, Al-Chalabi T, Aluihare V, Agarwal K, Portmann B,Rela M, Heaton N, O’Grady J, Heneghan M. Liver Transplantation in Patients Over 60 And 65 Years: an Evaluation on Long-Term Outcomes and Survival. *Liver Transplantation*,2007;13:1382-1388

20. Pugh RN, Murray-Lyon IM, Dawson JL, Pietroni MC, Williams R. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. *Br J Surg* 1973;60:646-649
21. Samuel D. MELD-Na as a prognostic score for cirrhotic patients: Hyponatremia and ascites are back in the game. *J Hepatol*. 2009; 50(4):836-838
22. . Wiesner RH, Freeman RB, Mulligan DC. Liver transplantation for hepatocellular cancer: the impact of the MELD allocation policy. *Gastroenterology* 2004;127(1):261-267
23. Gitto S, Lorenzini S, Biselli M, Conti F, Andreone P, Bernardi M. Allocation priority in non-urgent liver transplantation: An overview of proposed scoring systems. *Digestive and Liver Disease* 2009;41:700-706
24. Onaca N, Levy M, Sanchez E, Chinnakotla S, Fasola C, Thomas M, Weinstein J, Murray N, Goldstein R, Klintmalm G. A Correlation Between the Pretransplantation MELD Score and Mortality in the First Two Years After Liver Transplantation. *Liver Transplantation* 2003;9(2):117-123
25. Onaca N, Levy M, Thomas M, Sanchez E, Chinakotla S, Fasola C, Weinstein J, Murray N, Goldstein R, Klintmalm G. Pretransplant MELD Score As a Predictor of Outcome After Liver Transplantation for Chronic Hepatitis C. *American Journal of Transplantation* 2003;3:626-630
26. David AI, Coehlo MP, Paes AT, Leite AK, Guardia BP, Almeida MD, Meira SP, Rezende MB, Afonso RC, Ferraz-Neto BH. Liver transplant outcome: a comparison between high and low MELD score recipients. *Einstein* 2012;10(1):57-61
27. Biggins SW, Rodriquez HJ, Bacchetti P, Bass NM, Roberts JP, Terrault NA. Serum sodium predicts mortality in patients listed for liver transplantation. *Hepatology* 2005;41(1):32-9
28. Londoño MC, Cardenas A, Guevara M, Quinto L, Heras D, Navasa M, Rimola A, Garcia-Valdecasas JC, Arroyo V, Gines P. MELD score and serum sodium in the prediction of survival of patients with cirrhosis awaiting liver transplantation. *Gut* 2007;56(9):1283-1290
29. Biggins SW, Kim WR, Terrault NA, Saab S, Balan V, Schiano T, Benson J, Therneau T, Kremers W, Wiesner R, Kamath P, Klintmalm G. Evidence-based incorporation of serum sodium concentration into MELD. *Gastroenterology* 2006;130(6):1652-60
30. MELD Serum Sodium policy changes. Available at: <https://optn.transplant.hrsa.gov/news/meld-serum-sodium-policy-changes/>
31. Ντουράκης Σ Π. Κλινική Ηπατολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, 2005;29-31
32. Κωστάκης Α. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;2:815-818
33. Αντωνίου Ε. Μεταμόσχευση ήπατος, ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ, Αλκ. Κωστάκης, Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε., Αθήνα 2004;402-403
34. Willis RA. The Spread of Tumours in the Human Body. Butterworth and Co., London 1952
35. Γολεμάτης Β. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 1996;510
36. Λιακάκος Θ. Παθήσεις Στομάχου-Δωδεκαδακτύλου. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Κωστάκης Α. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;2:1004-1025
37. Crew KD, Neugut AI. Epidemiology of gastric cancer. *World J Gastroenterol* 2006;12(3):354-362
38. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of eighteen major cancers in 1985. *Int J Cancer* 1993;54:594-606
39. Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur J Cancer* 2001; 37 (8): S4-66
40. Parkin DM. International variation. *Oncogene* 2004; 23: 6329-6340

41. Parsonnet J, Friedman GD, Vandersteen DP, Chang Y, Vogelman JH, Orentreich N, Sibley RK. Helicobacter pylori infection and the risk of gastric carcinoma. *N Engl J Med* 1991; 325: 1127-1131
42. Forman D, Newell DG, Fullerton F, Yarnell JW, Stacey AR, Wald N, Sitas F. Association between infection with Helicobacter pylori and risk of gastric cancer: evidence from a prospective investigation. *BMJ* 1991; 302: 1302-1305
43. Nomura A, Stemmermann GN, Chyou PH, Kato I, PerezPerez GI, Blaser MJ. Helicobacter pylori infection and gastric carcinoma among Japanese Americans in Hawaii. *N Engl J Med* 1991; 325: 1132-1136
44. Koizumi Y, Tsubono Y, Nakaya N, Kuriyama S, Shibuya D, Matsuoka H, Tsuji I. Cigarette smoking and the risk of gastric cancer: a pooled analysis of two prospective studies in Japan. *Int J Cancer* 2004; 112: 1049-1055
45. González CA, Pera G, Agudo A, Palli D, Krogh V, Vineis P, Tumino R, Panico S, Berglund G, Simán H, Nyrén O, Agren A, Martinez C, Dorronsoro M, Barricarte A, Tormo MJ, Quiros JR, Allen N, Bingham S, Day N, Miller A, Nagel G, Boeing H, Overvad K, Tjonneland A, Bueno-De-Mesquita HB, Boshuizen HC, Peeters P, Numans M, Clavel-Chapelon F, Helen I, Agapitos E, Lund E, Fahey M, Saracci R, Kaaks R, Riboli E. Smoking and the risk of gastric cancer in the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition (EPIC). *Int J Cancer* 2003; 107: 629-634
46. Chow WH, Blot WJ, Vaughan TL, Risch HA, Gammon MD, Stanford JL, Dubrow R, Schoenberg JB, Mayne ST, Farrow DC, Ahsan H, West AB, Rotterdam H, Niwa S, Fraumeni JF. Body mass index and risk of adenocarcinomas of the esophagus and gastric cardia. *J Natl Cancer Inst* 1998; 90: 150-155
47. Vaughan TL, Davis S, Kristal A, Thomas DB. Obesity, alcohol, and tobacco as risk factors for cancers of the esophagus and gastric cardia: adenocarcinoma versus squamous cell carcinoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1995; 4: 85-92
48. Thompson DE, Mabuchi K, Ron E, Soda M, Tokunaga M, Ochikubo S, Sugimoto S, Ikeda T, Terasaki M, Izumi S. Cancer incidence in atomic bomb survivors. Part II: Solid tumors, 1958-1987. *Radiat Res* 1994; 137: S17-S67
49. Lee SA, Kang D, Shim KN, Choe JW, Hong WS, Choi H. Effect of diet and Helicobacter pylori infection to the risk of early gastric cancer. *J Epidemiol* 2003; 13: 162-168
50. Kim HJ, Chang WK, Kim MK, Lee SS, Choi BY. Dietary factors and gastric cancer in Korea: a case-control study. *Int J Cancer* 2002; 97: 531-535
51. Kono S, Hirohata T. Nutrition and stomach cancer. *Cancer Causes Control* 1996; 7: 41-55
52. Palli D, Galli M, Caporaso NE, Cipriani F, Decarli A, Saieva C, Fraumeni JF, Buiatti E. Family history and risk of stomach cancer in Italy. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1994; 3: 15-18
53. La Vecchia C, Negri E, Franceschi S, Gentile A. Family history and the risk of stomach and colorectal cancer. *Cancer* 1992; 70: 50-55
54. Kumar RK, Raj SS, Shankar EM, Ganapathy E, Ebrahim AS, Farooq SM. Gastric Carcinoma: A Review on Epidemiology, Current Surgical and Chemotherapeutic Options. Available at: <http://repository.um.edu.my/22648/1/CHAPTER.pdf>
55. Zullo A, Hassan C, Ridola L, Repici A, Manta R, Andriani A. Gastric MALT lymphoma: old and new insights. *Annals of Gastroenterology* 2014;27:1-7
56. Ullrich A, Fischbach W, Blettner M. Incidence of gastric B-cell lymphomas: a population-based study in Germany. *Annals of Oncology* 2002;13:1120-1127
57. Parsonnet J, Hansen S, Rodriguez L, Gelb AB, Warnke RA, Jellum E, Orentreich N, Vogelman JH, Friedman GD. Helicobacter pylori infection and gastric lymphoma. *N Engl J Med* 1994;330:1267-1271
58. Bouzourene H, Haeflinger T, Delacretaz F, Saraga E. The role of Helicobacter Pylori in primary gastric MALT lymphoma. *Histopathology* 1999;34:118-123

59. Zucca E, Dreyling M. Gastric marginal zone lymphoma of MALT type: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2010;21 (5):175-176
60. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Atherton J, Axon ATR, Bazzoli F, Gensini GF, Gisbert JP, Graham DY, Rokkas T, El-Omar E, Kuipers EJ. Management of Helicobacter pylori infection - the Maastricht IV/Florence Consensus Report. *Gut* 2012;61:646-664
61. Sailer J, Zacheri J, Schima W. MDCT of small bowel tumors. *Cancer imaging* 2007;7:224-233
62. Wilson JM, Melvin DB, Gray G, Thorbjarnarson B. Benign small bowel tumor. *Annals of Surgery* 1975;181(2):247-250
63. Xynopoulos D, Mihas AA, Paraskevas E, Dimitroulopoulos D, Heuman DM, Mihas AA. Small bowel tumors. *Annals of Gastroenterology* 2002;15(1):18-35
64. Al Samman M, Zuckerman MJ, Mohandas A, Ting S, Hoffpauir JT. Intestinal nodular lymphoid hyperplasia in a patient with chronic diarrhea and recurrent sinopulmonary infections. *Am J Gastroenterol* 2000;95:2147-2148
65. Chiotasso PJ, Fazio VW. Prognostic factors of 28 leiomyosarcomas of the small intestine. *Surg Gynecol Obstet* 1982; 155:197-202
66. Κωστάκης Α. Παθήσεις Λεπτού εντέρου. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Κωστάκης Α. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;2: 1027-1040
67. Παπαχριστοδούλου Α. Παθήσεις του Παχέος Εντέρου. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Κωστάκης Α. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;2:1041-1088
68. Sack J, Rothman MJ. Colorectal Cancer: Natural History and Management. *Hospital Physician* 2000:64-73
69. Clark JC, Collan Y, Eide TJ, Estéve J, Ewen S, GibBs NM, Jensen OM, Koskela E, MacLennan R, Simpson JG et al. Prevalence of polyps in an autopsy series from areas with varying incidence of large-bowel cancer. *Int J Cancer* 1985;36:179-186
70. Atkin WS, Morson BC, Cuzick J. Long-term risk of colorectal cancer after excision of rectosigmoid adenomas. *N Engl J Med* 1992;326:658-662
71. Muto T, Bussey HJ, Morson BC. The evolution of cancer of the colon and rectum. *Cancer* 1975;36:2251-2270
72. Hagggar FA, Boushey RP. Colorectal Cancer Epidemiology: Incidence, Mortality, Survival, and Risk Factors. *Clinics in Colon and Rectal Surgery* 2009;22(4):191-197
73. World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington, DC: American Institute for Cancer Research; 2007
74. Ronald S. Chamberlain and Kim Oelhafen (2013). Benign Hepatic Neoplasms, Hepatic Surgery, Prof. Hesham Abdeldayem (Ed.), InTech, DOI: 10.5772/53848. Available from: <http://www.intechopen.com/books/hepatic-surgery/benign-hepatic-neoplasms>
75. Coehlo JCU, Claus CMP, Balbinot P, Nitische R, Haida VM. Indication and treatment of benign Hepatic Tumors. *ABCD Arq Cir Dig* 2011;24(4):318-323
76. Καρατζάς Γ, Πατάπης Π. Παθήσεις του ήπατος και των χοληφόρων. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Κωστάκης Α. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;2:1125-1141
77. Little JM, Kenny J, Hollands MJ. Hepatic incidentaloma: a modern problem. *World J Surg* 1990;14(4): 448-51
78. Takayasu K. Computed tomography of a rapidly growing hepatic hemangioma. *J Comput Assist Tomogr* 1990;14:143145
79. Ντουράκης Σ.Π. Μεταμόσχευση ήπατος σε ηπατοκυτταρικό καρκίνο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2009;26(1):7-22

80. Llovet JM, Bruix J. Systematic review of randomized trials for unresectable hepatocellular carcinoma: Chemoembolization improves survival. *Hepatology* 2003, 37:429–442
81. Ebara M, Okabe S, Kita K, Sugiura N, Fukuda H, Yoshikawa M, Kondo F, Saisho H. Percutaneous ethanol injection for small hepatocellular carcinoma: Therapeutic efficacy based on 20-year observation. *J Hepatol* 2005;43:458–464
82. Tsuzuki T, Sugioka A, Ueda M, Iida S, Kanai T, Yoshii H et al. Hepatic resection for hepatocellular carcinoma. *Surgery* 1990;107:511-520
83. Razumilava N , Gores GJ , Lindor KD . Cancer surveillance in patients with primary sclerosing cholangitis . *Hepatology* 2011;54:1842 – 1852
84. Rimola J, Forner A, Reig M, Vilana R, de Lope CR, Ayuso C, Bruix J. Cholangiocarcinoma in cirrhosis: absence of contrast washout in delayed phases by magnetic resonance imaging avoids misdiagnosis of hepatocellular carcinoma . *Hepatology* 2009;50:791 –798
85. Marrero JA, Ahn J, Reddy KR. ACG Clinical Guideline: The Diagnosis and Management of focal Liver lesions. *Am J Gastroenterol* 2014; 109:1328–1347; doi:10.1038/ajg.2014.213; published online 19 August 2014
86. Senfferlein T, Bachet JB, Van Cutsem E, Rougier P. Pancreatic adenocarcinoma: ESMO-ESDO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* (2012) 23 (suppl 7): vii33-vii40 doi:10.1093/annonc/mds224
87. Κουράκλης Γ. Παθήσεις Παγκρέατος. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Κωστάκης Α. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2005;2:1165-1184
88. Zhon C, Zhang J, Zheng Y, Zhenggang Z. Pancreatic neuroendocrine tumors: A comprehensive review. *International Journal of Cancer* 2012;131(5):1013-1022
89. Eehalt F, Saeger HD, Schmidt CM, Grutzmann R. Neuroendocrine tumors of the pancreas. *Oncologist* 2009;14:456–67
90. Kloppel G, Perren A, Heitz PU. The gastroenteropancreatic neuroendocrine cell system and its tumors: the WHO classification. *Ann N Y Acad Sci* 2004;1014:13–27
91. Service FJ, McMahon MM, O'Brien PC, Ballard DJ. Functioning insulinoma – incidence, recurrence, and long-term survival of patients: a 60-year study. *Mayo Clin Proc.* 1991; 66:711– 719
92. Shin JJ, Gorden P, Libutti SK. Insulinoma, localization and management. *Future Oncol* . 2010 February ; 6(2): 229–237. doi:10.2217/fon.09.165
93. Whipple AO, Frantz VK. Adenoma of islet cells with hyperinsulinism: a review. *Ann Surg.* 1935; 101:1299–1335
94. Demeure MJ, Klonoff DC, Karam JH, Duh QY, Clark OH. Insulinomas associated with multiple endocrine neoplasia type I: the need for a different surgical approach. *Surgery.* 1991; 110:998– 1005
95. Finlayson E, Clark OH. Surgical treatment of insulinomas. *Surg Clin N Am.* 2004; 84:775–785
96. Callender GG, Rich TA, Perrier ND. Multiple endocrine neoplasia syndromes. *Surg Clin N Am.* 2008; 88:863–895
97. Boukhan MP, Karam JH, Shaver J, Siperstein AE, Duh QY, Clark OH. Insulinoma – experience from 1950 to 1995. *West J Med.* 1998; 169:98–104
98. Anlauf M, Bauersfeld J, Raffel A, Koch CA, Henopp T, Alkatout I, Schmitt A, Weber A, Kruse ML, Braunstein S, Kaserer K, Brauckhoff M, Dralle H, Moch H, Heitz PU, Komminoth P, Knoefel WT, Perren A, Klöppel G. Insulinomatosis: a multicentric insulinoma disease that frequently causes early recurrent hyperinsulinemic hypoglycemia. *Am J Surg Pathol.* 2009; 33:339–346
99. Grant CS. Insulinoma. *Baillieres Clin Gastroenterol.* 1996; 10:645–671

100. Jensen R, Niederle B, Mitry E, Ramage JK, Steinmüller T, Lewington V, Scarpa A, Sundin A, Perren A, Gross D, O'Connor JM, Pauwvels S, Klöppel G. Gastrinoma (Duodenal and Pancreatic). *Neuroendocrinology* 2006;84:173-182
101. Rindi G, Klöppel G. Endocrine tumors of the gut and pancreas tumor biology and classification. *Neuroendocrinology* 2004;80:12-15
102. Fraker DL, Norton JA, Alexander HR, Venzon DJ, Jensen RT. Surgery in Zollinger-Ellison syndrome alters the natural history of gastrinoma. *Ann Surg* 1994;220:320-330
103. Norton JA, Fraker DL, Alexander HR, Gibril F, Liewehr DJ, Venzon DJ, Jensen RT. Surgery increases survival in patients with gastrinoma. *Ann Surg* 2006;244:410-419
104. Verner JV, Morrison AB. Islet cell tumor and a syndrome of refractory watery diarrhea and hypokalemia. *Am J Med* 1958; 25:374-80
105. Adam N, Lim SS, Aranda V, Chan SP. VIPoma syndrome: challenges in management. *Singapore Med J* 2010;5(17):129-132
106. Frankton S, Bloom SR. Glucagonomas. *Baillieres Clin Gastroenterol* 1996; 10:697-705
107. Economopoulos P, Christopoulos C. Glucagonoma. *Annals of Gastroenterology* 2001;14(2):99-108
108. Soga J, Yakuwa Y. Glucagonomas/diabetico-dermatogenic syndrome (DDS): a statistical evaluation of 407 reported cases. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 1998; 5:312-319
109. Gleeson M, Bloom SR, Polak JM, et al. Endocrine tumour in kidney affecting small bowel structure, motility, and absorptive function. *Gut* 1971; 12:773-782
110. Wilkinson DS. Necrolytic migratory erythema with pancreatic carcinoma. *J Proc Roy Soc Med* 1971; 64:1197-1198
111. Leichter SB. Clinical and metabolic aspects of glucagonoma. *Medicine* 1980; 59:100-113
112. Boden G. Glucagonomas and insulinomas. *Gastroenterol Clin North Am* 1989; 18:831-845
113. Κωστάκης Α. Μετεγχειρητικές επιπλοκές. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης 2005;1:331-344
114. Reynolds L, Beckmann J, Kurz A. Perioperative complications of hypothermia. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2008;22(4):645-57
115. Halsall PJ, Hopkins PM. Malignant hyperthermia. *BJA CEPD Reviews* 2003;3(1):5-9
116. Pile JC. Evaluating postoperative fever: a focused approach. *Cleve Clin J Med* 2006;73(1):62-66
117. Jin S, Fu Q, Wuyun G, Wuyun T. Management of post-hepatectomy complications. *World J Gastroenterol* 2013;19(44):7983-7991
118. Rathore P. Difficult Infected Wound After Colorectal Surgery. *Contemporary Issues in Colorectal Surgical Practice*. Edited by Dr. Yik-Hong Ho. ISBN: 978-953-51-0257-1. Available from: <http://www.intechopen.com/books/contemporary-issues-in-colorectal-surgical-practice/-difficult-infected-wound-after-colorectal-surgery->
119. Kollef MH. Prevention of Postoperative Pneumonia. *Hospital Physician* 2007;64:47-60
120. Singh Bajwa SJ, Kulshrestha A. Diagnosis, Prevention and Management of Postoperative Pulmonary Edema. *Ann Med Health Sci Res*. 2012;2:180-185
121. Silversides JA, Ferguson ND. Clinical review: Acute respiratory distress syndrome-clinical ventilator management and adjunct therapy. *Silversides and Ferguson Critical Care* 2013;17:225
122. Rudra A, Das S. Postoperative pulmonary complications. *Indian J Anaesth* 2006;50(2):89-98

123. Kostadima E, Zakyntinos E. Pulmonary Embolism: Pathophysiology, Diagnosis, Treatment. *Hellenic J Cardiol* 2007;48:94-107
124. Robinson M, Davidson A. Aspiration under anaesthesia: risk assessment and decision-making. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain* 2013;14(4):171-175
125. Haas CE, LeBlanc JM. Acute postoperative hypertension: a review of therapeutic options. *Am J Health Syst Pharm* 2004;61(16):1661-1673
126. Gajulapalli RD, Rader F. (2012). Post Operative Arrhythmias, Special Topics in Cardiac Surgery, Prof. Cuneyt Narin (Ed.), ISBN: 978-953-51-0148-2, InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/special-topics-in-cardiac-surgery/post-operative-arrhythmias>
127. Baldini G, Bagry H, Aprikian A, Carli F. Postoperative Urinary Retention. *Anesthetic and Perioperative Considerations. Anesthesiology* 2009;110:1139-1157
128. Moreno R, Berenguer M. Post-liver transplantation medical complications. *Annals of Hepatology* 2006;5(2):77-85
129. Feltracco P, Barbieri S, Galligioni H, Michieletto E, Carolo C, Ori C. Intensive care management of liver transplanted patients. *World J Hepatol* 2011;3(3):61-71
130. Gabezuelo JB, Ramírez P, Ríos A, Acosta F, Torres D, Sansano T, Pons JA, Bru M, Montoya M, Bueno FS, Robles R, Parrilla P. Risk factors of acute renal failure after liver transplantation. *Kidney int* 2006;69:1073-1080
131. Bilbao I, Charco R, Balsells J, Lazaro JL, Hidalgo E, Llopart E, Murio E, Margarit C. Risk factors for acute renal failure requiring dialysis after liver transplantation. *Clin Transplant* 1998;12:123-129
132. Vather R, O'Grady G, Bissett IP, Dinning PG. Pathophysiologic, translational and clinical aspects of postoperative ileus – A review. *Proceedings of the Australian Physiological Society* 2013;44:85-99
133. Holzheimer RG. Holzheimer RG, Mannick JA, editors. Management of secondary peritonitis. Surgical Treatment: Evidence-Based and Problem-Oriented. Munich: Zuckschwerdt, 2001
134. Ho CK, Kleeff J, Friess H, Büchler MW. Complications of pancreatic surgery. *HPB* 2005;7:99-108
135. Motschman TL, Taswell HF, Brecher ME, Rakela J, Grambsch PM, Larson-Keller J, et al. Intraoperative blood loss and patient and graft survival in orthotopic liver transplantation: their relationship to clinical and laboratory data. *Mayo Clin Proc* 1989; 64: 346-55
136. De Boer MT, Molenaar IQ, Hendriks HG, Slooff MJ, Porte RJ. Minimizing blood loss in liver transplantation: progress through research and evolution of techniques. *Dig Surg* 2005; 22: 265-75
137. Βώρος Δ, Αργύρα Ε. Σύνδρομο αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσεως (ΣΑΕΠ) ή σύνδρομο κοιλιακού διαμερίσματος (Abdominal compartment syndrome). *ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ* 2005;2:907-919
138. Mercado MA, Domínguez I. Classification and management of bile duct injuries. *World J Gastrointest Surg* 2011;3(4):43-48
139. Duailibi DF, Ribeiro MAF. Biliary complications following deceased and living donor liver transplantation: A Review. *Transplant Proc* 2010; 42: 517-520
140. Moser MA, Wall WJ. Management of biliary problems after liver transplantation. *Liver Transpl* 2001; 7(1): 46-52
141. Robinson TN, Eiseman B. Postoperative delirium in the elderly: diagnosis and management. *Clinical Interventions in Aging* 2008;3(2):351-355
142. Abdullah MS, Al-Waili NS, Baban NK, Butler GJ, Sultan L. Postsurgical psychosis: Case report and review of literature. *Advances in Therapy* 2006;23(2):325-331
143. Lewis M, Howdle P. Neurologic complications of liver transplantation in adults. *Neurology* 2003; 61: 1174-1



144. Crippin J. Pathogenesis/pathology of organ dysfunction. In: Norman DJ, Suki WN, eds. *Primer on Transplantation*. Mt Laurel, NJ: American Society of Transplant Physicians, 1998: 321–327
145. Bellido CB, Martínez JM, Gómez LM, Artacho GS, DiezCanedo JS, Pulido LB, Acevedo JM, Bravo MA. Indications for and survival after liver retransplantation. *Transplant Proc* 2010; 42: 637-640
146. Pastacaldi S, Teixeira R, Montalto P, Rolles K, Burroughs AK. Hepatic artery thrombosis after orthotopic liver transplantation: a review of nonsurgical causes. *Liver Transpl* 2001; 7: 75-81
147. Vivarelli M, Cucchetti A, La Barba G, Bellusci R, De Vivo A, Nardo B, Cavallari A, Pinna AD. Ischemic arterial complications after liver transplantation in the adult: multivariate analysis of risk factors. *Arch Surg* 2004; 139: 1069-74
148. Kemmer N, Neff G. Recipient-based approach to tailoring immunosuppression in liver transplantation. *Transplant Proc* 2010; 42: 1731-1737
149. Gayowski T, Marino IR, Singh N, Doyle H, Wagener M, Fung JJ, Starzl TE. Orthotopic liver transplantation in high-risk patients: risk factors associated with mortality and infectious morbidity. *Transplantation* 1998; 65: 499-50
150. Singh N. The current management of infectious diseases in the liver transplant recipient. *Clin Liver Dis* 2000; 4: 657-73
151. Blair J, Kusne S. Bacterial, Mycobacterial, and Protozoal Infections After Liver Transplantation—Part I, *Liver Transplantation* 2005;11(12):1452-1459
152. Arnow PA. Antibiotic prophylaxis: the role of selective bowel decontamination. *Curr Opin Organ Transplant* 2001; 6: 301-4
153. Paterson DL, Rihs JD, Squier C, Gayowski T, Sagnimeni A, Singh N. Lack of efficacy of mupirocin in the prevention of infections with *Staphylococcus aureus* in liver transplant recipients and candidates. *Transplantation* 2003; 75: 194-8
154. Seehofer D, Rayes N, Tullius SG, Schmidt CA, Neumann UP, Radke C, Settmacher U, Muller AR, Steinmuller T, Neuhaus P. CMV hepatitis after liver transplantation: incidence, clinical course, and long-term follow-up. *Liver Transpl* 2002; 8: 1138-46
155. Singh N, Wannstedt C, Keyes L, Wagener MM, Cacciarelli TV. Who among cytomegalovirus-seropositive liver transplant recipients is at risk for cytomegalovirus infection? *Transpl* 2005; 11: 700-704
156. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution in basic documents. WHO, Geneva, 1948
157. Bell, David A., Hamilton, Christine and Scullion, Adrienne “Quality of Life and Well-Being: Measuring The Benefits Of Culture And Sport: Literature Review And Thinkpiece.” The Scottish Government web publication: <http://www.gov.scot/resource/doc/89281/0021350.pdf>
158. Centers for Disease Control and Prevention. *Measuring Healthy Days*. Atlanta, Georgia: CDC, November 2000
159. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin* 1999;125(2):276-302
160. McHorney CA. Health status assessment methods for adults: past accomplishments and future directions. *Annual Rev Public Health* 1999; 20:309-35
161. Stokols D. Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion. *Amer Psychol* 1992; 47(1):6-22.
162. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38:21-37
163. Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents. In: McLeod (ed) *Cancer in Evaluation of Chemotherapeutic Agents*. Columbia University Press, New York, 1949

164. Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001;18(3):218-229
165. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Handbook for reporting results of cancer treatment. WHO Offset Publ., No 48, Geneva, 1979
166. Katz ST, Ford AB, Mosowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. JAMA 1963;185:914-919
167. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J. Measuring the quality of life of cancer patients. J Chron Dis 1981;34:595-597
168. Melzack R, Torgerson WS. On the language of pain. Anaesthesiology 1971;34:50-59
169. Hunt SM, McEwen J. The development of a subjective health indicator. Sociol Health Illness 1980;2:231-246
170. Goldberg D. Detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford University Press, Oxford, 1972
171. Morrow GR, Chiarello RJ, Derogatis LR. A new scale for assessing patients' psychological adjustment to medical illness. Psychol Med 1978;8:605-610
172. Bergner M, Bobbit RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. Med Care 1981;19:787-805
173. Ware JE. The SF-36 Health Survey: A Manual and Interpretation Guide. The Health Institute, New England Medical Center, Boston, 1993
174. Romero FA, Razonable RR. Infections in liver transplant recipients. World J Hepatol 2011;3(4):83-92
175. Kawecki D, Chmura A, Pacholczyk M, Lagiewska B, Adadynski L, Wasiak D, Czerwinski J, Malkowski P, SawickaGrzelak A, Kot K, Wroblewska M, Rowinski W, Durlik M, Paczek L, Luczak M. Bacterial infections in the early period after liver transplantation: etiological agents and their susceptibility. Med Sci Monit 2009;15: CR628-CR637
176. Moreno A, Cervera C, Gavaldá J, Rovira M, de la Cámara R, Jarque I, Montejo M, de la Torre-Cisneros J, Miguel Cisneros J, Fortún J, López-Medrano F, Gurguí M, Muñoz P, Ramos A, Carratalá J. Bloodstream infections among transplant recipients: results of a nationwide surveillance in Spain. Am J Transplant 2007; 7: 2579-2586
177. Bert F, Larroque B, Paugam-Burtz C, Janny S, Durand F, Dondero F, Valla DC, Belghiti J, Moreau R, Nicolas-Chanoine MH. Microbial epidemiology and outcome of bloodstream infections in liver transplant recipients: an analysis of 259 episodes. Liver Transpl 2010; 16: 393-401
178. Fishman JA. Infection in solid-organ transplant recipients. N Engl J Med 2007; 357: 2601-2614
179. Kawecki D, Chmura A, Pacholczyk M, Lagiewska B, Adadynski L, Wasiak D, Czerwinski J, Malkowski P, SawickaGrzelak A, Kot K, Wroblewska M, Rowinski W, Durlik M, Paczek L, Luczak M. Bacterial infections in the early period after liver transplantation: etiological agents and their susceptibility. Med Sci Monit 2009; 15: 628-637
180. Rubin RH. The direct and indirect effects of infection in liver transplantation: pathogenesis, impact and clinical management. Curr Clin Top Infect Dis 2002;22:125-154
181. Fagioli S, Colli A, Bruno R, Craxí A, Gaeta GB, Grossi P, Mondelli MU, Puoti M, Sagnelli E, Stefani S, Toniutto P, Burra P. Management of infections pre- and post-liver transplantation: Report of an AISF consensus conference. Journal of Hepatology 2014;60:1075-1089
182. Mor E, Cohen J, Erez E, Grozovsky A, Shaharabani E, BarNathan N, et al. Short intensive care unit stay reduces septic complications and improves outcome after liver transplantation. Transplant Proc 2001;33:2939-2940
183. Blair J, Kusne S. Bacterial, Mycobacterial and Protozoal Infections after Liver Transplantation-Part I. Liver Transplantation 2005;11(12):1452-1459
184. Duvoux C, Pageaux GP. Immunosuppression in liver transplant recipients with renal impairment. Journal of Hepatology 2011;54:1041-1054

185. Cabezuolo JB, Ramirez P, Rios A, Acosta F, Torres D, Sansana T, Pons JA, Bru M, Montoya M, Bueno FS, Robles R, Parrilla P. Risk factors of acute renal failure after liver transplantation. *Kidney Int* 2006;69:1073-1080
186. Lima EQ, Zanetta DM, Castro J, Massaro PC, Mies S, Machado MM, Yu L. Risk factors for development of acute renal failure after liver transplantation. *Ren Fail* 2003;25:553-560
187. Karie-Guigues S, Janus N, Saliba F, Dumortier J, Duvoux C, Calmus Y, Lorho R, Deray G, Launay-Vacher V, Paqueaux GP. Long-term renal function in liver transplant recipients and impact of immunosuppressive regimens [calcineurin inhibitors alone or in combination with mycophenolate mofetil]: the TRUE study. *Liver Transpl* 2009;15:1083-1091
188. Campbell M, Kotlyar D, Brensinger M, Lewis JD, Shetty K, Bloom RD, Markmann JF, Olthoff KM, Shaked A, Reddy KR. Renal function after orthotopic liver transplantation is predicted by duration of pretransplantation creatinine elevation. *Liver Transplantation* 2005;11:1048-1055
189. Lebrón Gallardo M, Gutierrez H ME, Seller PG, Balsera CE, Ortega F JF, García Q G. Risk factors for renal dysfunction in the postoperative course of liver transplant. *Liver Transplantation* 2004;10(11): 1379-1385
190. Junge G, Schewior LV, Kohler S, Neuhaus R, Langrehr JM, Tullius S, Kahl A, Frei U, Neuhaus, P. Acute renal failure after liver transplantation: incidence, etiology, therapy, and outcome. *Transplantation Proceedings* 2006;38(3):723-724
191. Naglaa Allam (2012). Renal Dysfunction and Liver Transplantation, *Liver Transplantation - Technical Issues and Complications*, Prof. Hesham Abdeldayem (Ed.), ISBN: 978-953-51-0015-7, InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/liver-transplantation-technical-issues-and-complications/renal-dysfunctionand-liver-transplantation>
192. Barri YM, Sanchez Q, Jennings W, Melton LB, Hays S, Levy MF, Klintmalm GB. (2009): Acute kidney injury following liver transplantation: definition and outcome. *Liver Transplantation* 2009;15:475-483
193. Faenza S, Santoro A, Mancini E, Pareschi S, Siniscalchi A, Zanzani C, Pinna AD. Acute Renal Failure Requiring Renal Replacement Therapy After Orthotopic Liver Transplantation. *Transplantation Proceedings* 2006;38:1141-1142
194. Contreras G, Garces G, Quartin A, Cely C, LaGatta MA, Barreto GA, Roth D, Gomez E. An epidemiologic study of early renal replacement therapy after orthotopic liver transplantation. *Journal of the American Society of Nephrology* 2002;13:228-333
195. Lewandowska, L & Matuszkiewicz-Rowinska, J. Acute kidney injury after procedures of orthotopic liver transplantation. *Annals of Transplantation* 2011;16(2):103-108
196. Sanchez E, Gonwa T, Levy MF, Goldstein RM, Mai ML, Hays SR, Melton LB, Saracino G, Klintmalm GB. Preoperative and Perioperative Predictors of the Need for Renal Replacement Therapy After Orthotopic Liver Transplantation, *Transplantation* 2004;78: 1048-1054
197. Tinti F, Umbro I, Meçule A, Rossi M, Merli M, Nofroni I, Corradini SG, Poli L, Pugliese F, Ruberto F, Berloco PB, Mitterhofer AP. RIFLE criteria and hepatic function in the assessment of acute renal failure in liver transplantation. *Transplantation Proceedings* 2010;42(4):1233-1236.
198. Sezer S, Karakan S, Erişmiş B, Çolak T, Haberal M. Risk factors for kidney impairment and differential impact of liver transplantation on renal function. *Transplantation Proceedings* 2011;43(2):609-611
199. Krowka MJ, Cortese DA. Pulmonary aspects of liver disease and liver transplantation. *Clin Chest Med* 1989;10:593-615.
200. O'Brien JD, Ettinger NA. Pulmonary complications of liver transplantation. *Clin Chest Med* 1996;17:99-114
201. Snowden CP, Hughes T, Rose J, Roberts DRD. Pulmonary edema in patients after liver transplantation. *Liver Transplantation* 2000;6(4):466-470

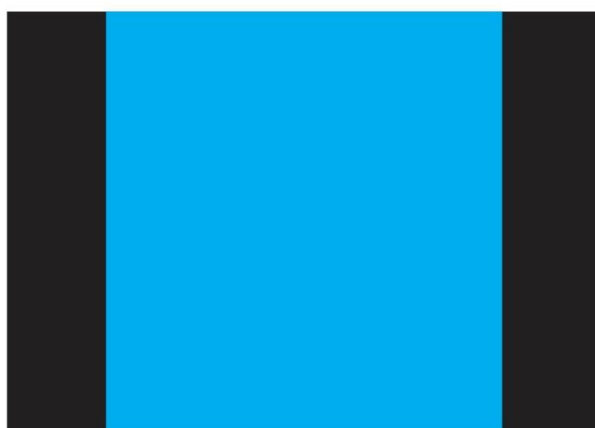
202. Feltracco P, Carollo C, Barbieri S, Pettenuzzo T, Ori C. Early respiratory complications after liver transplantation. *World J Gastroenterol* 2013;19(48):9721-9281
203. Hong SK, Hwang S, Lee SG, Lee LS, Ahn CS, Kim KH, Moon DB, Ha TY. Pulmonary complications following adult liver transplantation. *Transplant Proc* 2006;38: 2979-2981
204. Jiang GQ, Peng MH, Yang DH. Effect of perioperative fluid therapy on early phase prognosis after liver transplantation. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2008;7: 367-372
205. Bozbas SS, Eyuboglu FO, Ozturk Ergur F, Gullu Arslan N, Sevmis S, Karakayali H, Haberal M. Pulmonary complications and mortality after liver transplant. *Exp Clin Transplant* 2008;6: 264-270
206. Dimick JB, Cowan JA, Upchurch GR, Colletti LM. Hospital volume and surgical outcomes for elderly patients with colorectal cancer in the United States. *J Surg Res* 2003;114: 50-6
207. Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. Variation in hospital mortality associated with inpatient surgery. *N Engl J Med* 2009;361: 1368-75
208. Noordzig PG, Poldermans D, Schauten O, Bax JJ, Schreiner FA, Boersma E. Postoperative mortality in the Netherlands: a population-based analysis of surgery-specific risk in adults. *Anesthesiology* 2010;112: 1105-15
209. Jakobson T, Karjaqin J, Vipp L, Pador M, Parik AH, Starkopf L, Kern H, Tammik O, Starkopf J. Postoperative complications and mortality after major gastrointestinal surgery. *Medicina* 2014;50(2): 111-7
210. Aldemir M, Ozen S, Kara IH, Sir A, Baç B. Predisposing factors for delirium in the surgical intensive care unit. *Crit Care* 2001;5:265-70
211. Serafim RB, Dutra MF, Saddy F, Tura B, de Castro JE, Villarinho IC. Delirium in postoperative nonventilated intensive care patients: risk factors and outcomes. *Ann Intensive Care* 2012;2:51
212. Martos-Benítez FD, Gutiérrez-Noyola A, Echevarría-Vítores A. Postoperative complications and clinical outcomes among patients undergoing thoracic and gastrointestinal cancer surgery: Aprospective cohort study. *Rev Bras Ter Intensiva* 2016;28(1):40-48
213. Borja-Cacho D, Parsons HM, Habermann EB, Rothenberger DA, Henderson WG, Al-Refaie WB. Assessment of ACS NSQIP's predictive ability for adverse events after major cancer surgery. *Ann Surg Oncol.* 2010;17(9):2274-82
214. Davies SJ, Francis J, Dilley J, Wilson RJ, Howell SJ, Allgar V. Measuring outcomes after major abdominal surgery during hospitalization: reliability and validity of the Postoperative Morbidity Survey. *Perioper Med (Lond).* 2013;2(1):1
215. Moonasinghe SR, Harris S, Mythen MG, Rowan KM, Haddad FS, Emberton M, et al. Survival after postoperative morbidity: a longitudinal observational cohort study. *Br J Anaesth.* 2014;113(6):977-84
216. Pappa E, Kontodimopoulos N, Niakas D. Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research* 2005;14:1433-1438
217. Painter P, Krasnoff J, Paul S.M, Ascher N. Physical Activity and Health-Related Quality of Life in Liver Transplant Recipients. *Liver Transplantation* 2001;7:213-219
218. Hellgren A, Berglund B, Gunnarsson U, Hansson K, Norberg U, Backman L. Health-related quality of life after liver transplantation. *Liver Transpl Surg* 1998;4:215-221
219. Hunt CM, Tart JS, Dowdy E, Bute BP, Williams DM, Clavien PA. Effect of orthotopic liver transplantation on employment and health status. *Liver Transpl Surg* 1996;2:148-153
220. Duffy JP, Kao K, Ko CY, Farmer DG, McDiarmid SV, Hong JC, Venick RS, Feist S, Goldstein L, Saab S, Hiatt JR, Busuttill RW. Long -term patient outcome and Quality of Life after liver transplantation: analysis of 20-year survivors. *Ann Surg* 2010;252:652-661

221. Bryan S, Ratcliffe J, Neuberger JM, Borroughs AK, Gunson BK, Buxton MJ. Health-related quality of life following liver transplantation. *Qual Life Res* 1998;7:115-120
222. Trentham-Dietz A, Remington PL, Moinpour CM, Hampton JM, Sapp AL, Newcomb PA. Health-Related Quality of Life in Female Long Term Colorectal Cancer Survivors. *The Oncologist* 2003;8:342-349
223. Mosconi P, Apolone G, Barni S, Secondino S, Sbanotto A, Filiberti A. Quality of life in breast and colon cancer long-term survivors: an assessment with the EORTC QLQ-C30 and SF-36 questionnaires. *Tumor* 2002;88:110-116
224. Verbrugge LM. Females and illness: Recent trends in sex differences in the United States. *J Health Soc Behav* 1976;17:387-403
225. Verbrugge LM. Sex differentials in morbidity and mortality in the United States. *Soc Biol* 1976;23:275-296
226. Cleary PD, Mechanic D, Greenley JR. Sex differences in medical care utilization: An empirical investigation. *J Health Soc Behav* 1982;23:106-119
227. Marshall JR, Gregorio DI, Walsh D. Sex differences in illness behavior: Care seeking among cancer patients. *J Health Soc Behav* 1982;23:197-204
228. Nathanson CA. Illness and the feminine role: A theoretical review. *Soc Sci Med* 1975;9:57-62
229. Gove WR, Hughes M. Possible causes of the apparent sex differences in physical health: An empirical investigation. *Am Sociol Rev* 1979; 44:126-146
230. Wu C-W, Chiou J-M, Ko F-S, Lo S-S, Chen J-H, Lui W-Y, Whang-Peng J. Quality of life after curative gastrectomy for gastric cancer in a randomized controlled trial. *British Journal of Cancer* 2008;98:54-59
231. Shan B, Shan L, Morris D, Golani S, Saxena A. Systematic review on quality of life outcomes after gastrectomy for gastric carcinoma. *J Gastrointest oncol* 2015;6(5):544-560
232. Schag CA, Ganz PA, Wing DS, Sim MS, Lee JJ. Quality of life on adults survivors of lung, colon and prostate cancer. *Qual Life Res* 1994;3(2):127-41
233. Muthny FA, Koch U, Stump S. Quality of life in oncology patients. *Psychother Psychosom* 1990;54:145-160
234. Ramsey SD, Andersen MR, Etzioni R, Moinpour C, Peacock S, Potosky A, Urban N. Quality of life in survivors of colorectal carcinoma. *Cancer* 2000;88:1294-1303
235. Bruns H, Krätschmer K, Hinz U, Brechtel A, Keller M, Büchler MW, Schemmer P. Quality of life after curative liver resection: A single center analysis. *World J Gastroenterol* 2010;16(19):2388-2395
236. Kamphues C, Engel S, Denecke T, Bova R, Hippler-Benscheidt M, Puhl G, Neuhaus P, Seehofer D. Safety of liver resection and effect on quality of life in patients with benign hepatic disease: Single center experience. *BMC Surgery* 2011;11:16
237. Egger ME, Ohlendorf JM, Scoggins CR, McMasters KM, Martin II RCG. Assessment of the reporting of quality of life and outcome measures in hepatic resections: a call for 90-day reporting in all hepatectomy series. *HPB* 2015;17:839-845
238. Marventano S, Forjaz MJ, Grosso G, Mistretta A, Giorgianni G, Platania A, Gangi S, Basile F, Biondi A. Health-related quality of life in colorectal cancer patients: state of the art. *BMC Surgery* 2013;13(2):15
239. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications. A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Annals of Surgery* 2004;240(2):205-213
240. Khuri SF, Daley J, Henderson W, Hur K, Demakis J, Aust JB, Chong V, Fabri PJ, Gibbs JO, Grover F, Hammermeister K, Irvin G, McDonald G, Passaro E, Phillips L, Scamman F, Spencer J, Stremple JF. The Department of Veterans Affairs' NSQIP: the first national, validated, outcome-based, risk-adjusted, and peer-controlled program for the measurement and enhancement of the quality of surgical care. National VA Surgical Quality Improvement Program. *Ann Surg* 1998;228:491-507

241. Clavien P, Sanabria J, Strasberg S. Proposed classification of complication of surgery with examples of utility in cholecystectomy. *Surgery*. 1992;111:518–526

242. Pugliese P, Perrone M, Nisi E, Garufi C, Giannarelli D, Bottomley A, Terzoli E: An integrated psychological strategy for advanced colorectal cancer patients. *Health Qual Life Outcomes* 2006;4:9





# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ







---

# Η υγεία και η ευημερία σας

---

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου!

Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με  το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

## 1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3 Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνατε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;**

Ναί, με περιορίζει πολύ	Ναί, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
▼	▼	▼

- a Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ .....  1 .....  2 .....  3
- b Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία .....  1 .....  2 .....  3
- c Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά .....  1 .....  2 .....  3
- d Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια .....  1 .....  2 .....  3
- e Όταν ανεβαίνετε μια σειρά από σκαλοπάτια .....  1 .....  2 .....  3
- f Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο .....  1 .....  2 .....  3
- g Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο .....  1 .....  2 .....  3
- h Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα .....  1 .....  2 .....  3
- i Όταν περπατάτε εκατό μέτρα .....  1 .....  2 .....  3
- j Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε .....  1 .....  2 .....  3

**4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;**

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼

- a Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- b Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- c Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας.....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- d Δυσκολευτήκατε να επιτελέσετε την εργασία ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια) .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

**5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος);**

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼

- a Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- b Κάνατε λιγότερα από όσα θα θέλατε.....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- c Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως.....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

Καθόλου	Πολύ ήπιο	Ηπιο	Μέτριο	Εντονο	Πολύ έντονο
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα...

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου	
a	Αισθανόσασταν γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b	Είχατε πολύ εκνευρισμό; .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c	Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι; .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d	Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e	Είχατε πολλή ενεργητικότητα;.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f	Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία; .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g	Αισθανόσασταν εξάντληση; .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h	Ήσασταν ευτυχισμένος/ ευτυχισμένη;.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i	Αισθανόσασταν κούραση; .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;**

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;**

	Εντελώς Αλήθεια	Τις περισσότερες φορές αλήθεια	Δεν ξέρω	Τις περισσότερες φορές ψέμα	Εντελώς ψέμα	
	▼	▼	▼	▼	▼	
a	Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b	Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c	Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d	Η υγεία μου είναι εξαιρετική .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

***Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας!***

