

Traumi addominali

S. Hamada, C. Paugam-Burtz

I traumi addominali rappresentano il 30-40% dei traumi gravi. In Francia, sono soprattutto traumi chiusi. Che siano chiusi o penetranti, è l'esistenza di uno shock emorragico associato che guiderà immediatamente la strategia diagnostica e terapeutica di queste lesioni. L'organizzazione nell'ambito delle reti regionali della presa in carico delle lesioni gravi consente un rapido orientamento del traumatizzato verso l'ospedale più adatto. In caso di estrema urgenza, è la presenza di un emoperitoneo, diagnosticato con l'ecografia, che indica la presenza di lesioni addominali e impone una laparotomia in urgenza. È probabile che un trattamento chirurgico "abbreviato" tipo damage control debba essere applicato in questi pazienti. Il ritardo con cui viene effettuata l'emostasi è un importante fattore prognostico, cosa che giustifica che la presa in carico sia organizzata in reti e con procedure di assistenza pre- intraospedaliere per migliorare la prognosi di queste lesioni. In assenza di shock emorragico, la TC addominale perfusionale permette una valutazione completa delle lesioni. Nel complesso, le strategie chirurgiche si sono orientate verso un trattamento chiamato "conservativo" applicato solo o in associazione con l'arterioembolizzazione. Sotto l'influenza dell'esperienza nordamericana, il trattamento dei traumi addominali aperti ha subito un'evoluzione. Tuttavia, non bisogna esitare a effettuare esplorazioni chirurgiche al minimo dubbio perché la diagnosi ritardata delle lesioni digestive è responsabile di un eccesso di mortalità.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Traumatologia; Trauma addominale; Trauma addominale aperto; Eco FAST; Laparotomia abbreviata; Shock emorragico

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Richiamo anatomico	2
■ Traumi chiusi	2
Meccanismi delle lesioni	2
Diagnosi	3
Strategie terapeutiche	4
■ Traumi penetranti	6
Meccanismi delle lesioni	6
Presa in carico	6
Strategia di trattamento preospedaliero	7
Strategia di gestione ospedaliera	7
■ Traumi specifici	8
Traumi epatici	8
Strategia terapeutica	8
Traumi della milza	9
Traumi pancreaticoduodenali	11
■ Conclusioni	12

■ Introduzione

I traumi addominali costituiscono il 20-30% delle lesioni osservate in traumatologia^[1]. Sono associati a un'alta mortalità, nell'ordine del 10%, non solo a causa della gravità delle lesioni addominali, ma anche per altre lesioni comunemente associate nei pazienti politraumatizzati^[2]. L'esistenza di uno shock emorragico aumenta in modo significativo la mortalità, che può, allora, superare il 40%^[2].

La gestione dei traumi addominali è gradualmente cambiata con lo sviluppo delle tecniche di imaging, consentendo uno spostamento verso strategie non chirurgiche. Questa presa in carico è guidata principalmente dalla presentazione clinica del traumatizzato. In caso di shock emorragico, la gestione iniziale si basa sulla diagnosi delle cause del sanguinamento e sulla realizzazione, il prima possibile, dell'emostasi per via chirurgica o endovascolare. Al contrario, in assenza di shock, i pazienti possono trarre beneficio da una TC addominale con mezzo di contrasto in grado di effettuare una valutazione della lesione completa e una strategia di trattamento appropriata^[3].

I traumi addominali possono essere separati in due distinti quadri nosologici: i traumi chiusi e i traumi penetranti (aperti), che verranno trattati separatamente.

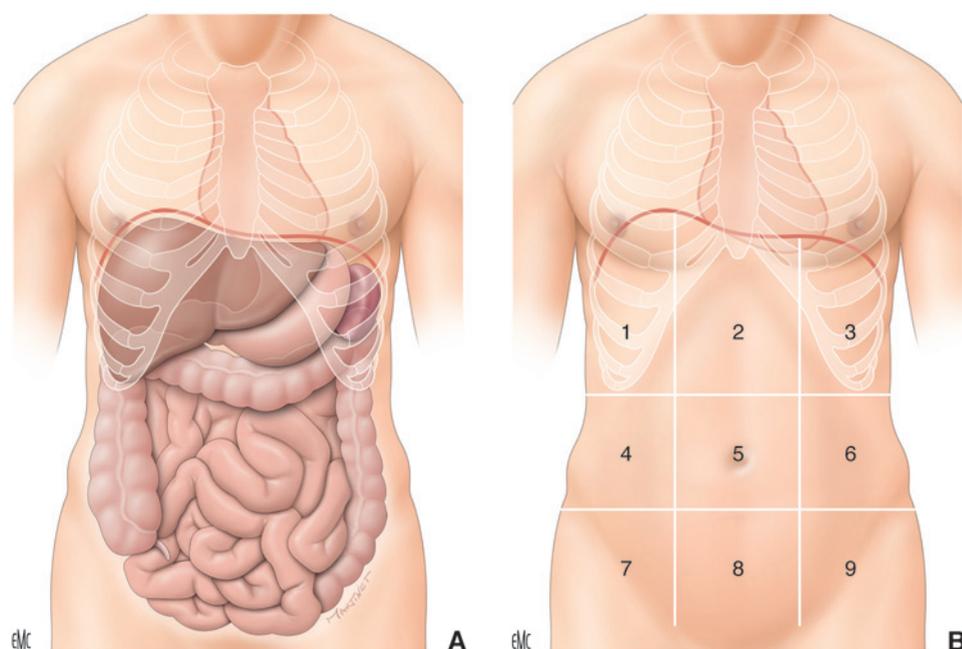


Figura 1. Anatomia addominale (A, B).
1. Ipocondrio destro; 2. epigastrio; 3. ipocondrio sinistro; 4. fianco destro; 5. zona periumbelicale; 6. fianco sinistro; 7. fossa iliaca destra; 8. ipogastrio; 9. fossa iliaca sinistra.

■ Richiamo anatomico

La cavità addominale è delimitata superiormente dal diaframma, in basso dalla pelvi e dalle ossa del bacino, in avanti dall'ultimo arco costale e dalla muscolatura addominale, posteriormente dalla colonna vertebrale dorso-lombo-sacrale e dal bacino e, lateralmente, dall'alto in basso, dall'ultimo arco costale, dai muscoli addominali e dorsolombari e dalle creste iliache. Gli organi solidi (fegato, milza, pancreas, reni) godono di una protezione relativa e parziale della gabbia toracica. Infatti, in profonda espirazione, il diaframma può risalire fino al quarto spazio intercostale. Qualsiasi lesione al torace, in particolare le fratture costali, deve fare ricercare un interessamento degli organi intra-addominali. La divisione anatomica classica separa l'addome in nove regioni, permettendo di sospettare l'interessamento di certi organi secondo l'esame clinico (Fig. 1).

Gli organi nel terzo inferiore dell'addome (vescica, sigma, retto, utero) godono di una protezione relativa grazie alle ossa del bacino. La gravità delle lesioni pelviche è condizionata essenzialmente dalle fratture del bacino, che possono essere penetranti all'interno e molto emorragiche.

Il terzo medio dell'addome è il meno protetto (protezione muscolare e non ossea). Contiene le piccole anse intestinali in avanti e i grandi assi vascolari posteriormente. La sua conformazione permette che le sue lesioni siano rare nei traumi chiusi anteriori, ma rapidamente letali quando sono lese l'aorta e la vena cava inferiore.

Il retroperitoneo è una subregione addominale. È delimitato superiormente dal diaframma, in basso dalle ossa del bacino, in avanti dal peritoneo parietale posteriore e dietro dal rachide dorso-lombo-sacrale. Contiene l'aorta addominale, la vena cava inferiore, la maggior parte del duodeno, il pancreas, i reni, gli ureteri e il colon destro e sinistro. Le lesioni di questi organi possono essere difficili da rilevare all'esame fisico perché sono lontane dalla parete addominale.

■ Traumi chiusi

Meccanismi delle lesioni

Le principali cause delle lesioni addominali gravi sono gli incidenti stradali (75-80%), seguiti dalle cadute da altezze elevate

(10%). Qualunque sia il meccanismo della lesione, il principale determinante dell'incidenza e della gravità delle lesioni è la velocità. Infatti, la violenza dell'impatto è determinata dall'energia cinetica trasferita (E_c) data dalla formula: $E_c = \frac{1}{2} \times \text{massa} \times \text{velocità}^2$, in cui la velocità è l'unico fattore elevato al quadrato. Inoltre, a seconda del contesto, tre meccanismi principali possono essere implicati nei traumi addominali chiusi: il trauma diretto, la brusca decelerazione e l'esplosione.

I colpi diretti causano una contusione degli organi prossimi alla zona di percussione o lesioni da contraccolpo per gli organi più distanti. Le lesioni viscerali sono proporzionali all'energia cinetica dell'oggetto contundente, alla sua portata e alla durata della compressione. Gli impatti anteroposteriori o laterali sono responsabili delle contusioni degli organi solidi (fegato, milza, rene, pancreas) e, più raramente, degli organi cavi, più distensibili. Gli organi cavi sono più sensibili agli effetti della pressione causata dalla compressione tra la parete muscolare anteriore comprimibile e la parete posteriore rigida (rachide). Tale meccanismo può essere responsabile di una rottura della parete degli organi quanto più sono pieni (stomaco, duodeno, vescica). I colpi obliqui possono causare la lacerazione degli organi pedunculati (fegato, milza, rene, intestino tenue). Le compressioni violente possono causare lesioni intra-addominali emorragiche da lesioni di laceramento dei tessuti o da lesioni dei grossi assi vascolari^[4]. L'esistenza di lesioni intra- e retroperitoneali simultanee è frequente in caso di colpo anteroposteriore (20%).

La decelerazione improvvisa provoca un movimento inerziale intra-addominale asincrono tanto più importante se gli organi sono pieni, pesanti e pedunculati. Questi movimenti causano onde di taglio che possono esercitare una trazione sui peduncoli fino alla rottura. Le onde da stiramento agiscono a distanza stirando la parete degli organi cavi, causando dei versamenti parietali all'origine di perforazioni secondarie.

Le lesioni primarie causate da un'esplosione (*blast*) corrispondono alle lesioni provocate dall'onda d'urto che nasce da un picco di pressione causato dal rilascio di una grande quantità di energia e dalla produzione di un grande volume di gas in un tempo estremamente breve. Riguardano principalmente gli organi a contenuto di gas con un meccanismo di pressione che può causare perforazioni. Le lesioni secondarie (proiezioni di altri oggetti) o terziarie (proiezione della vittima o collasso delle strutture adiacenti) riconducono ai meccanismi succitati. In uno studio retrospettivo che analizza le lesioni presentate da 154 pazienti vittime di traumi

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3236369>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3236369>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)