

Traumi vascolari degli arti: forme topografiche e particolari

J.-B. Ricco, F. Schneider, T. Phong Le

Questo articolo completa l'esposizione precedente sui traumi vascolari degli arti, descrivendo alcuni aspetti importanti del loro trattamento, in particolare le aponeurotomie delle logge osteofibrose dell'avambraccio e della gamba, la gestione delle lesioni nervose associate e la copertura tissutale delle rivascularizzazioni. Tratteremo anche l'interesse delle tecniche endovascolari per i traumi arteriosi che si verificano in regioni anatomiche di accesso chirurgico difficile, come per i tronchi sovraortici. Descriveremo i problemi specifici posti dalla gestione dei traumi vascolari in ogni regione anatomica: vasi succlavi, ascellari e dell'arto superiore, quindi vasi dell'arto inferiore, femorali, poplitei e della gamba. Tratteremo i problemi posti dagli pseudoaneurismi e dalle fistole artero-venose traumatiche. Termineremo questo articolo raggruppando alcune forme particolari: i traumi arteriosi del bambino, dove il diametro dei vasi e la crescita del bambino pongono dei problemi specifici, e i traumi legati all'iniezione di sostanze illecite, dove la migliore soluzione di fronte a una rottura arteriosa infetta è, a volte, la doppia legatura arteriosa, e, infine, descriveremo i problemi specifici posti dai traumi arteriosi della mano, per i quali è spesso auspicabile una gestione multidisciplinare. In conclusione, questo articolo dimostra che la gestione dei traumi vascolari degli arti non si limita alla rivascularizzazione arteriosa. Occorre tenere conto, in ogni caso, dell'eziologia del trauma e della topografia della lesione arteriosa. Anche l'importanza della contusione tissutale associata e la gravità dell'ischemia arteriosa sono degli elementi essenziali da prendere in considerazione per ottenere un risultato funzionale accettabile.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Trauma arterioso; Aponeurotomia; Pseudoaneurisma; Fistola artero-venosa; Rottura arteriosa; Trauma della mano

Struttura dell'articolo

■ Tecniche chirurgiche ed endovascolari	1
Aponeurotomie	1
Lesioni nervose	3
Copertura tissutale	3
Tecniche endovascolari	4
■ Forme topografiche	4
Traumi degli arti superiori	4
Traumi degli arti inferiori	9
■ Forme particolari	20
Pseudoaneurismi	20
Fistola artero-venosa	21
Traumi arteriosi del bambino e del tossicomane	22
Traumi vascolari della mano	22
■ Conclusioni	22

■ Tecniche chirurgiche ed endovascolari

Aponeurotomie

Le aponeurotomie hanno lo scopo di aprire le logge osteofibrose inestensibili dell'avambraccio e della gamba. In queste logge, l'edema traumatico, ischemico o venoso induce un aumento della pressione tissutale che, quando diviene uguale alla pressione capillare, interrompe il flusso arterioso, aggrava l'ischemia e porta a una necrosi muscolare. Gli studi di Matsen^[1] hanno fissato a 45 mmHg questa pressione critica. L'aponeurotomia provoca un'ernia immediata del muscolo nella breccia aponeurotica con una caduta rapida della pressione nella loggia e il recupero della funzione neuromuscolare. La decisione di eseguire delle aponeurotomie è presa, in genere, in base a elementi clinici. Le incisioni di aponeurotomia sono semplici. All'avambraccio, l'aponeurotomia

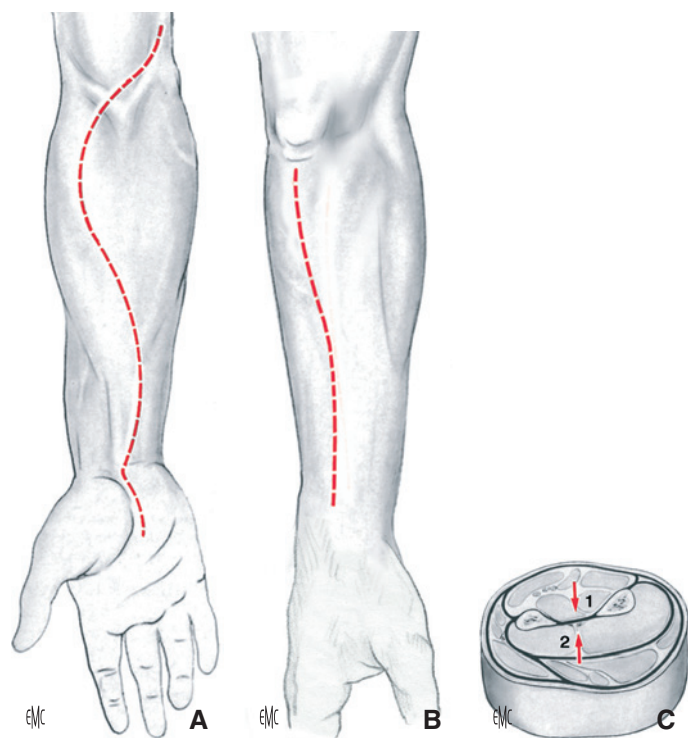


Figura 1. Aponeurotomia dell'avambraccio, vie d'accesso.
A, B. Aponeurotomia anteriore (A) e posteriore (B) a livello dell'avambraccio.
C. Aponeurotomia anteriore con apertura del tunnel carpale (1); aponeurotomia posteriore (2).

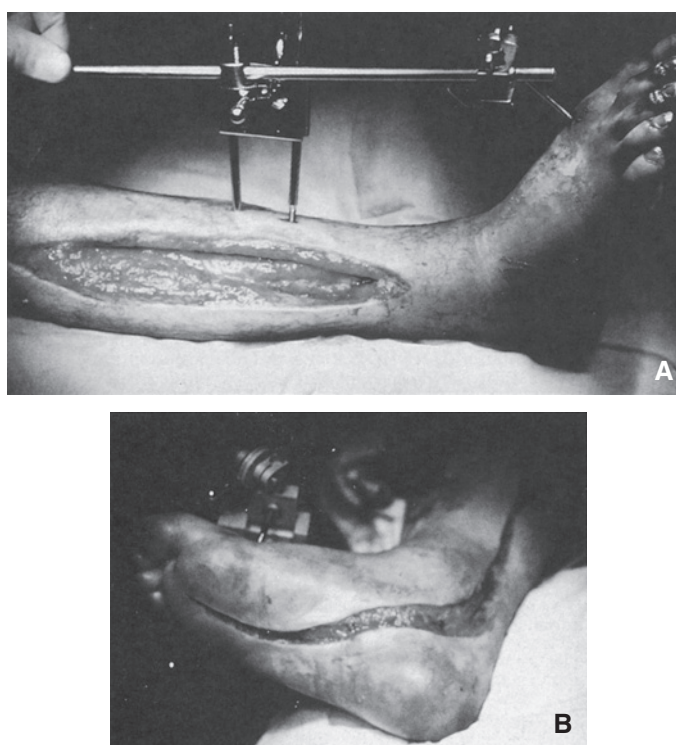


Figura 3. Vista operatoria di un'aponeurotomia anteroesterna di gamba.
A. Aponeurotomia della loggia anteroesterna.
B. Aponeurotomia interna con estensione sulla loggia muscolare plantare.

può interessare la loggia anteriore o posteriore (Fig. 1). Alla gamba, saranno aperte secondo necessità, le logge muscolari della gamba. La loggia anteriore è aperta con una lunga incisione cutanea estesa dal ginocchio alla caviglia e delle incisioni aponeurotiche corrispondenti aprono i compartimenti anteriore ed esterno (Fig. 2). La loggia posteriore è decompressa con un'incisione interna, aprendo il compartimento superficiale di questa loggia, quindi il compartimento profondo mediante il distacco delle inserzioni tibiali del muscolo soleo. L'aponeurotomia della loggia anteriore

ed esterna di gamba (Fig. 3A) può essere estesa sulla loggia plantare (Fig. 3B). L'aponeurotomia posterointerna (Fig. 4A) cicatrizzerà per seconda intenzione in diversi mesi (Fig. 4B). L'interesse delle aponeurotomie che coinvolgono i quattro compartimenti della gamba e, in particolare, la loggia posteriore profonda è illustrato dall'esame TC della Figura 5, che mostra una necrosi del compartimento profondo della loggia posteriore in un paziente che era stato sottoposto solamente a un'aponeurotomia del compartimento superficiale della loggia posteriore della gamba.

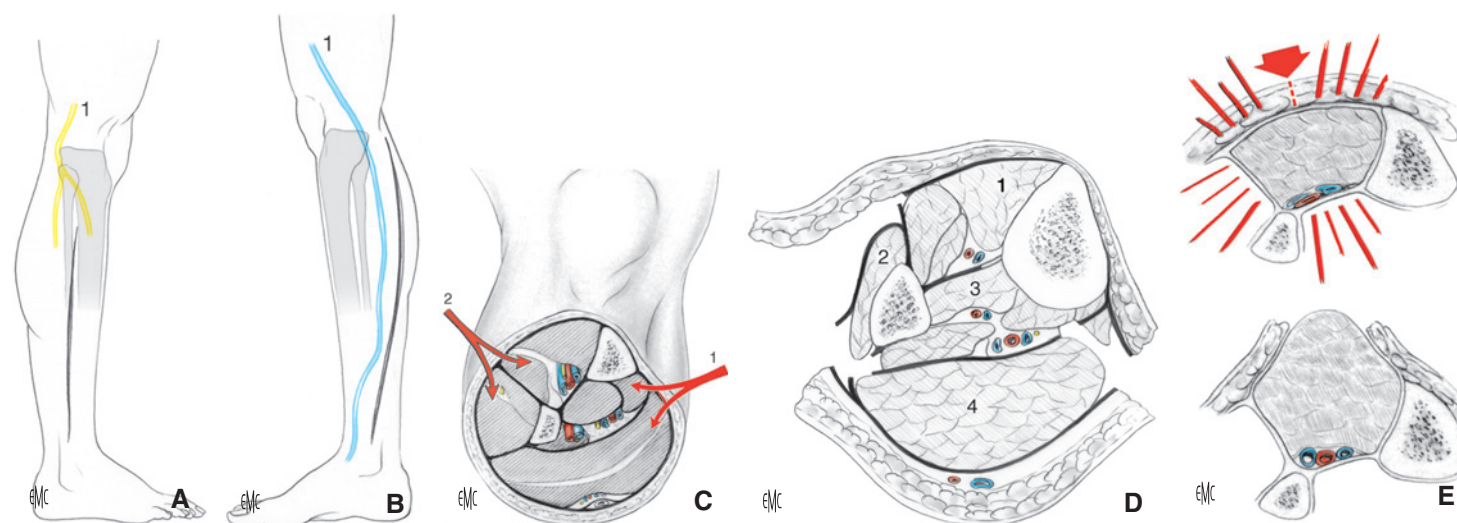


Figura 2. Aponeurotomia di gamba, vie d'accesso.
A. Aponeurotomia di gamba laterale (incisione cutanea). 1. Nervo sciatico popliteo esterno.
B. Aponeurotomia di gamba mediale (incisione cutanea). 1. Vena safena interna.
C. Aponeurotomia della loggia posteriore superficiale e della loggia posteriore profonda con sezione dell'arcata del soleo (freccia 1). Aponeurotomia della loggia anterointerna e anteroesterna (freccia 2).
D. Aponeurotomia delle quattro logge. 1. Loggia anteriore; 2. loggia laterale; 3. loggia posteriore profonda; 4. loggia posteriore superficiale.
E. Aponeurotomia che induce una decompressione della loggia muscolare.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4284830>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4284830>

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