

TRAUMI APERTI
O
FERITE DELL'ADDOME

**TRAUMI APERTI O FERITE
DELL'ADDOME:**

****FERITE NON PENETRANTI***

****FERITE PENETRANTI***

****LACERE***

****LACEROCONTUSE***

****DA PUNTA***

****DA TAGLIO***

****DA PUNTA E TAGLIO***

****DA PROIETTILE***

SINTOMATOLOGIA

SHOCK

(NON SEMPRE PER LESIONI GRAVI)

DOLORE ----- SPONTANEO O PROVOCATO

****CONTRATTURA ADDOMINALE***

****SCOMPARSA AIA OTTUSITA' EPATICA***

****PRESENZA FALCE D'ARIA
SOTTODIAFRAMMATICA***

****EMATEMESI E/O MELENA***

****RETTORRAGIA***

****ANEMIA ACUTA***

DIAGNOSI

TERAPIA

SECONDA UNIVERSITA' DI NAPOLI

Sindrome Compartimentale
Addominale (ACS)

Prof. Andrea Masella

A.A. 2005/2006

DEFINIZIONE

Per ACS si intende una condizione nella quale un aumento di pressione in uno spazio anatomico chiuso interferisce negativamente con la funzionalità e vitalità degli organi ivi contenuti

INTRODUZIONE

- L'ipertensione intra-addominale (IAH) associata alla disfunzione organica definisce la Sindrome del Compartimento Addominale (ACS). L'elevata pressione intra-addominale (IAP) ha un effetto dannoso sulla

ANATOMIA

La cavità addominale è delimitata dalla parete addominale anteriormente, dai muscoli psoas e dalla colonna vertebrale posteriormente, dal diaframma superiormente e dalla pelvi inferiormente; vi è, pertanto, incluso il retroperitoneo

INCIDENZA

La reale incidenza della ACS è difficilmente precisabile, perché scarsi sono gli studi prospettici, i soli dati disponibili riguardano i gravi traumatismi addominali e le lesioni dell'aorta addominale.

In letteratura i dati variano dal 14-15% per i politraumi al 4-34% per la chirurgia vascolare.

ETIOPATOGENESI

CAUSE

Retroperitoneale: pancreatite acuta, trauma
addominopelvico, chirurgia dell'aorta

Intraperitoneale: occlusione intestinale, trombosi
mesenterica, pneumoperitoneo

Parietale: chiusura della parete addominale sotto forte
pressione

FISIOPATOLOGIA

L'IAH ha delle conseguenze locali e generali che, in assenza di un trattamento corretto, conducono inesorabilmente a morte per insufficienza multiorgano (MOF). Il quadro clinico è talvolta subdolo, potendo le manifestazioni respiratorie, l'oligoanuria o le conseguenze circolatorie presentarsi *ab initio*

EFFETTI LOCOREGIONALI

Intestinali: ripercussioni sulla circolazione venosa e linfatica con edema, ispessimento parete intestinale.

Se ↑ ulteriormente la pressione ripercussioni sui vasi arteriosi con ischemia.

Epatico: ↓ flusso portale, successivamente quello arterioso

Renale: oliguria segue anuria, sino alla necrosi tubulare

Cardiovascolari: ↓ precarico; ↑ postcarico; ↓ compliance cardiaca; ↓ flusso ematico locale.

Polmonari: ↓ ventilazione polmonare.

Altri effetti: raddoppiamento della cortisolemia, ↑ aldosterone, renina e catecolamine; ipoperfusione parete addominale con edema e conseguente deiscenza ferita, erniazione visceri

CLASSIFICAZIONE

I Grado: 10-15 cm H₂O. → Modesta acidificazione pH arterioso.

II Grado: 15-25 cm H₂O. → Alterazioni pressione inspiratoria.

III Grado: 25-35 cm H₂O. Deterioramento di tutti gli organi e strutture intraaddominali dovuto ad una forte ↓ flusso ematico splancnico.

IV Grado: > 35 cm H₂O. Se non si interviene tempestivamente con una decompressione addominale exitus del paziente.

METODI DI MISURAZIONE DELLA IAP

Metodi diretti:

Puntura addome con ago di Verres o tipo Abbocath
raccordati ad un manometro.

Metodi indiretti:

Pressione VCI con catetere intravenoso (poco pratica
poiché potrebbe provocare trombosi venosa).

Pressione intragastrica con SNG.

Pressione vescicale: catetere di Foley (gold standard).

Pressione rettale: catetere tipo stetoscopio
endoesofageo (usato in pz con patologie vescicali).

QUADRO CLINICO ACS

Primi sintomi: aggravamento o comparsa oligo-anuria, distensione addominale, modificazioni respiratorie e circolatorie (diminuzione GC, acidosi, ipercapnia, ipossiemia).

Sintomi tardivi: shock ipovolemico, cardiogeno e settico (quest'ultimo per trasudazione batterica dall'intestino alla cavità addominale) con insufficienza renale grave.

In assenza di decompressione, la prognosi è sempre fatale, a causa di una MOF.

DIAGNOSI I

- 1) Esami di laboratorio
- 2) Rx torace
- 3) Rx addome diretto
- 4) TC addome
- 5) LPD (Lavaggio peritoneale diagnostico)
- 6) Ecografia addominale
- 7) LD (laparoscopia diagnostica)
- 8) Misurazione pressione intra-addominale
- 9) Gradiente di perfusione addominale

DIAGNOSI II

- 1) Es. emocoagulativi, enzimatici, tossicologici, gruppo sanguigno, EGA, markers di perfusione (lattato, pH), es delle urine.
- 2) Può evidenziare: sollevamento diaframmatico, atelettasia basale, congestione vascolare polmonare.
- 3) Può evidenziare: livelli idroaerei, falci d'aria sottodiaframmatiche, segni indiretti di versamento intraperitoneale o subfrenico.

DIAGNOSI III

- 4) La TC con triplo m.d.c. è l'esame "*gold standard*" (tre limiti: uso di 3 m.d.c.; possibile contaminazione peritoneale; scarsa sensibilità per intestino, diaframma, pancreas).
- 5) LPD è una metodica per escludere la laparotomia (omette la possibilità di lesioni retroperitoneali).
- 6) L'ecografia è una metodica rapida, non invasiva, ripetibile, efficace ed è possibile farla al letto del pz).

DIAGNOSI IV

- 7) La LD è una metodica che ci permette la visualizzazione diretta degli organi solidi (limiti: costosa, necessità di anestesia generale, pneumoperitoneo, limitata visualizzazione intestino, incapacità di visualizzare il retroperitoneo).
- 8) La metodica più usata per la IAP è il cateterismo intravescicale

TRATTAMENTO I

LAPAROTOMIA DECOMPRESSIVA



Miglioramento quasi immediato dei parametri respiratori, emodinamici e renali.

POI

- Adeguate sedazione del dolore
- Abbondante infusione di bicarbonato di sodio, mannitolo per bilanciare l'instabilità emodinamica post-decompressione, bilanciare i prodotti del metabolismo anaerobico.

TRATTAMENTO II

- Stretto monitoraggio della capacità ventilatoria
- Uso di vasocostrittori per evitare l'ipotensione

La decompressione può essere di due tipi:

DECOMPRESSIONE NON CHIRURGICA

DECOMPRESSIONE CHIRURGICA

TRATTAMENTO III

La decompressione non chirurgica può realizzarsi con:

- impiego di SNG
- sonda rettale
- paracentesi evacuativa
- Radiologia interventistica (tubi di Kehr, drenaggi percutanei, ecc.)

Tali trattamenti sono consigliabili in pz con cirrosi scompensata per i quali una laparotomia sarebbe estremamente pericolosa.

TRATTAMENTO IV

La decompressione chirurgica è il trattamento di scelta nella IAP di III e IV grado. Per la ricostruzione della parete addominale vengono usate diverse metodiche:

- Reti assorbibili (*Vicryl / Dexon*)
- Reti non assorbibili (*Gore-Tex, Marlex*)
- “*Bogota bag*” (film di materiale plastico)
- “*Vacuum pack*” (trattamento di scelta della laparostomia)

E' opportuno se possibile evitare suture digestive, altrimenti effettuare sempre stomie temporanee di scarico.