

TRAUMI ADDOMINALI

Si distinguono in:

TRAUMI CHIUSI

TRAUMI PENETRANTI

TRAUMI CHIUSI

Si verificano per:

- Brusca decelerazione (incidenti automobilistici, cadute con impatto su superfici dure, ecc...)
- Impatto con corpi contundenti
- Percosse

La milza è l'organo più frequentemente interessato, seguita da fegato e reni.

Gravi lesioni del pancreas sono generalmente associate a fratture con spostamento di frammenti delle prime vertebre lombari

Più raramente avviene la lacerazione di vasi o la perforazione di visceri cavi per scoppio

Un aumento improvviso e brusco della pressione endoaddomianle può portare ad una rottura del diaframma.

Lesioni della milza, del fegato e dei loro peduncoli vascolari portano ad emoperitoneo e ad un grave shock emorragico

Lesioni dei reni, del pancreas e dei rispettivi peduncoli vascolari generano vasti ematomi retroperitoneali.

TRAUMI APERTI

Nei traumi penetranti gli agenti lesivi sono per lo più rappresentati da lame o da proiettili di arma da fuoco.

Mentre nei traumi chiusi la lesione splenica è quella che ricorre con maggiore frequenza, nei traumi aperti è il fegato l'organo più frequentemente colpito, seguito dall'intestino.

FASE PREOSPEDALIERA

In questa fase bisogna effettuare provvedimenti per garantire la stabilizzazione delle funzioni vitali, secondo lo schema ABCDE

In presenza di segni e sintomi di ipovolemia, considerare l'eventualità di un emoperitoneo ed iniziare l'infusione di cristalloidi/colloidi attraverso due accessi venosi periferici, con ago cannule di grosso calibro.

L'obiettivo è quello di mantenere una PAS di almeno 70 mmHg, in caso di lesione penetrante e, di almeno 90 mmHg, in caso di trauma chiuso.

In caso di eviscerazione, non va effettuata alcuna manovra di riposizionamento dei visceri all'interno della cavità addominale, ma ci si deve limitare a proteggerli con un telo sterile umidificato da soluzione fisiologica

FASE INTRAOSPEDALIERA

Valutazione primaria

Prevede il perfezionamento dei provvedimenti attuati per garantire la stabilizzazione delle funzioni vitali, secondo lo schema ABCDE.

Valutazione secondaria

Prevede:

Anamnesi

Attraverso cui si ricercano informazioni circa:

- Dinamica del trauma
- Meccanismi di lesione
- Pre-esistenza di patologie addominale (epato/splenomegalia)

Esame obiettivo dell'addome

Si attua dopo aver spogliato completamente il pz , prevenendone l'ipotermia.

Consiste in:

- *Ispezione dell'addome*, alla ricerca di ecchimosi, ematomi, abrasioni, ferite.
- *Palpazione dell'addome*, attraverso cui si valuta la presenza di dolorabilità e tensione della parete. Il dolore causato dal brusco rilascio della pressione esercitata dalla mano esploratrice (segno di Blumberg) depone per irritazione peritoneale.
La presenza di dolorabilità, mobilità preternaturale o di rumore di scroscio alla palpazione delle basi degli emitoraci, deve far sospettare la presenza di lesioni degli organi addominali da fratture costali.
Il rilievo di un'anomala mobilità alla palpazione del bacino, in corrispondenza delle ali iliache e del pube, deve far sospettare la presenza di una frattura pelvica
- *Percussione*
Attraverso cui si valuta l'eventuale scomparsa delle aree di ottusità epatica e splenica, segno di perforazione di visceri cavi e la presenza di versamenti endoperitoneali mobili.
- *Auscultazione*
Attraverso cui si valuta la presenza o meno di peristalsi.

L'EO deve essere completato con l'esplorazione rettale e vaginale, cercando eventuali segni di versamento all'interno della cavità addominale.

Si procede quindi al posizionamento di un sondino gastrico e di un catetere vescicale.

Il sondino gastrico viene di solito introdotto attraverso il naso.

Lo svuotamento dello stomaco, oltre a prevenire l'inalazione del contenuto gastrico ed a facilitare la respirazione spontanea, consente di verificare la presenza di emorragie da lesione traumatica del tratto digestivo prossimale.

Il catetere vescicale, oltre a consentire il controllo della diuresi, permette lo svuotamento della vescica, facilitando la rivalutazione dell'addome. La presenza di sangue nell'urina, è indice di lesioni dell'apparato genito-urinario.

Si procede quindi ad accertamenti radiologici:

Rx del torace, dell'addome e del bacino in proiezione AP che permettono di evidenziare la presenza di fratture costali, ernie diaframmatiche, aria libera in peritoneo, scomparsa del profilo dello psoas per versamento, ingrandimento delle ombre renali, fratture del cingolo pelvico o delle vertebre lombo-sacrali.

A questo punto il percorso diagnostico-terapeutico si diversifica **a seconda che il pz sia o meno emodinamicamente stabile**.

Pz con instabilità emodinamica			Pz con stabilità emodinamica		
TRAUMA APERTO ↓ Intervento chirurgico	TRAUMA CHIUSO ↓ <u>Ecografia FAST</u>			<u>Ecografia (tradizionale o FAST) o lavaggio peritoneale diagnostico</u>	
				Presenza di versamento peritoneale ?	
	Positiva ↓ Laparotomia d'urgenza	Negativa ↓ Osservazione Ripetere FAST	Non diagnostica o non eseguibile ↓ <u>Lavaggio peritoneale diagnostico</u>	No ↓ Osservazione con eventuali ecografia e TC di controllo	Si ↓ Laparotomia d'urgenza/ TC, meglio se spirale con mdc che consente di: – Dirimere dubbi emersi durante l'ecografia (per enfisema sottocutaneo e meteorismo intestinale) – Evidenziare il coinvolgimento vascolare in lesioni parenchimali addominali – Studiare organi, come il pancreas, scarsamente definibili con l'ecografia