

# COMPLICAȚIILE HEMATOMULUI RETROPERITONEAL ÎN TRAUMATISMUL PELVIOABDOMINAL

Irina Paladii

Catedra chirurgie №1 "Nicolae Anestiadi", Laboratorul de chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară  
USMF „Nicolae Testemițanu”

## Summary

### *The complications of retroperitoneal hematoma in the pelvio-abdominal trauma*

The authors present the literature review regarding the complications of retroperitoneal hematomas in patients with pelvic trauma. According to the literature data, the main aim in this group of patients is prevention of retroperitoneal bleeding and its complications.

## Rezumat

Este prezentat reviu literaturii temei investigate: complicațiile hemoragiilor retroperitoneale în traumatismul pelvioabdominal. Analizând datele diferitor autori, poate fi constatat, că problema de bază a conduitei pacienților cu patologia dată, este preîntâmpinarea apariției hemoragii retroperitoneale și profilaxia complicațiilor.

## Actualitatea temei

În pofida realizărilor chirurgiei abdominale, perfecționării tehnicii chirurgicale, complicațiile hematomului retroperitoneal prezintă una dintre redutabilele probleme și sunt într-o ascensiune continuă, atât prin incidența lor, cât și prin progresile minore în asistența lor medicală.

Hematomul retroperitoneal în trauma asociată se întâlnește în 74% cazuri [2] și este cauzat de fracturile oaselor bazinului [1,5,8]. După datele literaturii de specialitate, letalitatea în traumatismul pelvioabdominal corespunde 60%, unde hematomul retroperitoneal deține 23%[8]. Complicațiile hematomului retroperitoneal dețin 6,13%[4]. Letalitatea în hemoragiile retroperitoneale postraumatice formează 25-70% [3], în flegmonul retroperitoneal 90%[4]. Gravitatea lezărilor în traumatismul pelvioabdominal, dificultățile în tratament și reabilitare, erorile și complicațiile, induc în primii 2 ani la invalidizare 67% [5]. Autorii de specialitate, analizând letalitatea spitalicească în trauma asociată, evidențiază 2 momente principale: în primele 24 ore din momentul traumei- 35,8%,(cauza mortalității fiind hemoragia acută și șoc); de la 4 zile- 53,3 %, (letalitatea fiind cauzată de complicațiile infecțioase) [1, 4, 8]. Diversitatea complicațiilor hemoragiilor retroperitoneale, letalitatea și invaliditatea înaltă condiționează actualitatea studierii acestei patologii.

Hematomul retroperitoneal- acumularea limitată a sîngelui, în rezultatul lezării oaselor bazinului, coloanei vertebrale, țesutului spațiului retroperitoneal. Clasificarea hematomului depinde de localizarea; poziția referitor către luminul vasului sangvin (pulsativă, nepulsativă); starea sîngelui (coagulat, infectat, purulent). Hematomul retroperitoneal provacă febră, agravarea stării pacientului și poate simula „abdomenul acut”[1,2,3,5,6,7] și flegmon, intervenția chirurgicală nejustificată provoacă înrăutățirea stării [5].

Cel mai frecvent rezultat al hematomului retroperitoneal- reabsorbția; posibilă incapsularea hematomului cu formarea chistului fals [6]; supurarea sîngelui acumulat. Complicațiile hematomului retroperitoneal mai frecvent sunt în cazul hemoragiilor masive, răspîndite, fiind mediu nutritiv favorabil pentru microorganismele. În cazul supurării hematomului este indicat deschiderea și drenarea focarului [2,3,5,6]. În hematomul retroperitoneal necomplicat, prognosticul este favorabil. Complicațiile hemoragiilor retroperitoneale pot fi precoce, tardive; cu caracter infecțios și neinfecțios. Clinica, evoluția și complicațiile hematomului retroperitoneal depind de cantitatea sîngelui revărsat, caracterul lezării oaselor și organelor interne. În traumele închise a bazinului în 25-30% survin hemoragii masive în țesuturile înconjurătoare, cu volumul de 2,5-3 litre [1,3,5,7]. În hemoragiile masive sîngele se răspîndește pe spațiile celulare în regiunea lombară, fesieră, perineu, femur. O porțiune de sînge

din spațiul retroperitoneal, poate diapeda în cavitatea abdominală, provocând tabloul „abdomenului acut”. Hemoragia retroperitoneală erită câmpul receptor a spațiului retroperitoneal, schimbând procesul de redistribuire a sîngelui în organe, condiționînd evoluția îndelungată a șocului traumatic și pareza rezistentă a tractului digestiv [6]. În formarea hematomului retroperitoneal, au loc schimbări în ganglionii intestinali, dereglări în microcirculație și motorica intestinală. Hematomul mezoului ori peretelui intestinal poate fi localizat în orice strat, provocînd lezări și micșorarea tonusului până la paralizie totală. Apariția parezei intestinale (78,77%)[3,7], este condiționată de dificultăți în tratament, terapia neadecvată poate provoca schimbări ireversibile a intestinului, condiționînd moartea pacientului. Letalitatea traumatismului pelvioabdominal cu hematom retroperitoneal, în staționar, poate surveni după 7-10 zi, fiind în 25% cauzată de pareza tractului digestiv [3,7]. Resorbția produselor de dezintegrare a sîngelui revarsat, condiționează endotoxicoza, care se evidențiază în primele 6 ore după traumă [3,7]. După datele literaturii, complicațiile bronho-pulmonare sunt cele mai frecvente și precoce, ducînd la 80% cazuri letale. Aceste date sunt confirmate de Socolov: la pacienții posttraumatici în primele zile s-au constatat complicații: pleuro-pulmonare 39,9%, anemii posthemoragice 17,1%, infecții căilor urinare 10,6%, pareza intestinală 7,2% [8].

Un rol important în apariția complicațiilor aparatului respirator îl deține intoxicația și pareza intestinală. Dereglările funcției respiratorii se află într-o dependență de funcția motorică a intestinului [3,7]. Poate fi accentuat, că o parte a pneumoniilor pot fi preîntîmpinate cu tratarea și profilaxia parezei intestinale.

Complicațiile precoce a hematomului retroperitoneal sunt: anemia posthemoragică, pareza intestinală, pseudoperitonita, hemoragiile intraabdominale. Acțiunea mecanică asupra organelor tractului digestiv provoacă ocluzia intestinală, neuropatia nervelor compresate, schimbări de poziție și funcție aparatului urinar. Acționînd asupra întregului organism, hematomul retroperitoneal este un factor ce provoacă: șocul; endotoxicoza precoce; complicații bronho-pulmonare; insuficiența suprarenalilor, renală; flebotromboza; tromboembolia arterei pulmonare; eruperea hematomului în cavitatea abdominală; peritonita; ocluzia intestinală acută a duodenului[6]; SID; insuficiență poliorganică; sepsis și alte[ 1,2,3,4,5,6,7,8]. În traumatismul asociat se evidențiază sindromul agravării reciproce. După datele literaturii de specialitate, 1/3 a decesurilor în traumatismul asociat, se află în concordanță cu dezvoltarea decompensăției funcțiilor organelor vitale, care provacă dezvoltarea insuficienței poliorganice și este drept cauză apariția imunodeficienței, provocînd un număr mare de complicații în diferite perioade a maladiei [1,2,3,4,5,6,7,8]. Resorbția hematomului retroperitoneal determină dezvoltarea insuficienței renale acute și complicațiilor inflamatorii, clinic manifestându-se prin icter îndelungat, urmat de insuficiența hepato-renală. În traumatismul asociat, perioada postoperatorie, viteza progresării dereglărilor sistemice și intoxicației se majorează, terapia contemporană intensivă nu e în totdeauna în stare să sisteze procesul patologic 10% - 25% [1,3,5,7].

Complicațiile purulente în hematomul retroperitoneal posttraumatic sunt condiționate de: șoc, anemii, limfopenii, pareza intestinală rebelă, endotoxicoză și alt [1,3,4,5,6,7,8]. Așa dar, urmările hemoragiilor retroperitoneale sunt factori de bază a complicațiilor.

Procesele purulent-inflamatorii în hematomul retroperitoneal sunt complicații tardive. Infecția în traume are capacitatea spre o generalizarea sporită. Procesele purulent-inflamatorii în hematomul retroperitoneal au caracter: seros, purulent, putrificat. În dependența de localizarea afecțiunii se diferenciază: paranefrita, paracolita și procesul inflamator a țesutului retroperitoneal. Frecvența supurării țesutului retroperitoneal corespunde la 1,0-1,2% [3,4,6] și este una din cele mai grave complicații în chirurgie, letalitatea ajungînd la 90% [4].

Eruperea hematomului retroperitoneal în cavitatea abdominală, cu dezvoltarea peritonitei; flegmonului retroperitoneal în mediastin; apariția osteomielitei secundare a oaselor bazinului și coastelor; fistule intestinale; fuzarea purulentă în regiunea fesieră, femur; ocluzia intestinală- sunt alăturate la complicațiile grave purulent –inflamatorii a hematomului retroperitoneal [3,4,5,6]. Prezența hematomului; infecției; SID sindromului; imunodeficienței; insuficienței poliorganice induce la apariția și dezvoltarea sepsisului, letalitatea fiind destul de înaltă [2,3,4,6,8].

Ca rezultat a procesului purulent-inflamator a țesutului retroperitoneal poate fi provocată fibroza retroperitoneală, care induce la apariția hidronefrozei, hipoxiei țesutului renal, hipertонiei arteriale posttraumatice și atrofiei renale [3,6]. Drenarea neadecvată a hematomului retroperitoneal, poate fi cauza supurării plăgii postoperatorii, apariției eventrației anșelor intestinale și fistulelor intestinale [3,4,6,8].

Pericolul hematomului este în compresia vaselor și țesuturilor înconjurătoare, aducând la apariția necrozei. Ca pildă, hematumul retroperitoneal poate distruge complet porțiuni masive a oaselor lezate, mai ales unde sunt prezente hemoragiile periostale, manifestându-se prin escare [3,4,5,6,8]. În ultimii ani, una din cauzele sindromului insuficienței poliorganice este hipertonia intraabdominală (letalitatea 68%), factorul patogenetic fiind- hematumul posttraumatic retroperitoneal [1,8].

Complicațiile tardive în traumatismul pelvioabdominal poate fi grupat după coincidența cauzelor și mecanismului de dezvoltare a complicațiilor purulent-septice, care se dezvoltă nu numai în zona lezării (supurarea hematomului, plăgii, fracturilor, flebite, peritonite, eventrare, hemoragii secundare, fibroză retroperitoneală) dar și în afară limitei (pneumonii, plevrite, traheite, bronșite, cistite, pielite, sepsis); complicații toxice (insuficiența acută renală, suprarenală, hepatică, insuficiența poliorganică, dereglările psihice în urma intoxicației); dereglările funcției reologice a sîngelui în combinație cu schimbările trofice și microcirculatorii (tromboembolia, embolia lipidică, flebotromboza, edem pulmonar, cerebral, hipertenzia intraabdominală, escare, necroză); altele (acutizarea maladiilor cronice concomitente).

Analizând datele literaturii despre letalitate, complicațiile hematomului retroperitoneal, putem constata, că succesul tratamentului în traumatismul pelvioabdominal, în mare măsură depinde de profilaxia complicațiilor. Aceasta determină actualitatea studierii profunde tacticei medico-chirurgicale optime în trauma pelvioabdominală, complicată cu hemoragia retroperitoneală, orientată spre stoparea hemoragii și preîntîmpinarea formării hematomului retroperitoneal, definind profilaxia complicațiilor. Pornind de la acest fapt, am decis, că problemele referitor la profilaxie și tratament în complicațiile hematomului retroperitoneal, rămîn să fie actuale și specificate.

### **Bibliografie**

1. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук В.И. Повреждения живота при сочетанной травме. М., 2005., С. 173.
2. Горшков С.З. Закрытые повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Москва, Медицина, 2005, с. 224.
3. Доброквашин С.В. Виды посттравматических забрюшинных кровоизлияний, их интраоперационная верификация и лечение. Автор. дис. к.мед.наук, Казань, 1991, С. 20.
4. Кифус Ф.В., Пахомова Г.В. и др. Хирургическое лечение забрюшинных флегмон.//Вестник хирургии, 1997, Том 156, N4, с.49-52.
5. Кустуров В.И., Гидирим Г.П., Горня Ф., Повреждения костей таза. Кишинев, 2006, с.55-71.
6. Николаев Г. М., Войцехович, В. Н.и др. Лечение забрюшинных кровоизлияний, при закрытых травмах живота.// Хирургия им. Пирогова 1980, № 5-с.63-65.
7. Платошкин Э.Н. Роль посттравматических забрюшинных кровоизлияний в развитии пареза кишечника. Автореферат. дис. канд. мед. наук, Минск, 1993, С. 22.
8. Соколов В.А., Множественные и сочетанные травмы./Практическое руководство для врачей травматологов/ М., 2006, С. 514.