

ABORDAREA NONOPERATORIE A LEZIUNILOR ÎNCHISE ALE SPLINEI ȘI FICATULUI LA POLITRAUMATIZAȚI

NONSURGICAL ENCLOSUREMENT OF HEPATIC AND SPLENIC BLOW TRAUMAS IN POLYTRAUMATISED PATIENTS

Radu GURGIȘ¹, Gheorghe ROJNOVEANU¹, Igor MIȘIN¹, Victor GAFTON², Stas ȚĂNȚARI²

¹ Laboratorul «Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară», Catedra Chirurgie Nr.1 "N. Anestiadi", Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”;

² Centrul Național Științifico-Practic de Medicină de Urgență

Rezumat

Sunt analizate 29 cazuri de MHO al TH (17) și TS (12) la politraumatizați pe perioada 2003-2007. Stabilitatea hemodinamică a fost criteriul de inițiere a MNO. Toți pacienții au fost inițial examinați USG. TC a fost examenul indispensabil pentru stabilirea gradului leziunii. MNO au fost supuși pacienții cu leziuni gr.I-III (AAST). S-a determinat corelarea dintre gradul leziunii, valoarea transaminazelor hepatice, volumul de transfuzie. Eșec al MNO s-a înregistrat în 2 cazuri (16,67%) de TS, rezolvate prin splenectomie. Mortalitatea generală a fost 3,44%, din cauza TCC grave la un pacient cu leziunea ficatului de gr.III.

Summary

The authors analyze 29 cases of NOT for hepatic and splenic traumas in polytraumatized, for the years 2003-2007. Hemodynamic stability was the initiation criterion for NOT. All the patients were initially USG examined. CT was the indispensable examination for the determination of lesions' grade. Conversion to surgical treatment has been registered in 2 cases of ST, treated by splenectomy. Registered mortality of 3,44% was present at 1 patient with cranio-cerebral trauma and IIIrd degree HT.

Introducere

Istoric, laparotomia exploratorie cu repararea sau înlăturarea organului au fost singurele metode chirurgicale anterior acceptate. Actualmente, între 71-90% dintre toți traumatizații cu traumatisme hepatice (TH) și lienale (TS) închise sunt tratați nonoperator, cu o rată a succesului de 85-94% [1], și respectiv 75-85% [2].

Material și metodă

Analizei au fost supuse cazurile politraumatizaților, rezolvate nonoperator în Clinica Chirurgie Nr.1 a CNȘPMU, cu TH (17) și TS (12). Raportul b/f-1,9:1, vârsta medie-33,28±3,76 ani. TH/TS a fost asociat cu traumatisme toracice 13(76%) / 12(100%), craniocerebrale-9(53%) / 6(50%), osteoarticulare-5(29%) / 4(33,3%) și șoc de gr.I-II la spitalizare la 10(52%) / 5(41%).

Rezultate

Severitatea leziunilor a fost clasificată conform Asociației Americane a Chirurgiei Traumei: TH gr.I-4(23,5%), gr.II-8(47%), gr.III-4(23,5%), gr.IV-1(6%), iar TS gr.II-7(58,3%), gr.III-4(33,3%), gr.IV-1(8,3%), cu RTS: 7,63±0,129, ISS: 20,44±2,95. Hemoperitoneu de 60-600ml la USG în TH - 5(33,3%), în TS -10(83,3%). Laparoscopia a fost efectuată pentru evidențierea specificității rezultatelor USG, concretizarea volumului hemoperitoneului și drenarea abdomenului. TC s-a efectuat în 9(53%) cazuri de TH și 11(91,7%) de TS. Conform TC TH s-au repartizat: gr.II-3, gr.III-4 și gr.IV-2, iar TS: gr.II-6, gr. III-4, gr.IV-1, în 3(10,3%) cazuri s-au constatat leziuni concomitente. Toți pacienții selectați au fost internați în secția ATI pentru 24-48 ore, cu urmărirea fizică și biologică. Eșec al MNO s-a înregistrat în 2 cazuri de TS de gr. III și IV, rezolvate cu succes prin splenectomie în primele 12 ore. Mortalitatea generală a fost 3,44%, din cauza TCC grave la un pacient cu TH.

Discuții

Majoritatea studiilor efectuate pe MNO au exclus pacienții cu condiții extraabdominale, în particular cei cu statut neurologic precar [3,4,5]. În schimb, atât Archer [4] cât și Coburn [6] au demonstrat aceeași rată a succesului și morbidității la pacienții cu traumatisme multiple și asociate. Opțiunea de excludere a pacienților politraumatizați a fost dictată de incapacitatea efectuării examinărilor fizice de încredere, însă, motivul convertirii MNO în cel operator în studiile de mai sus, a fost deteriorarea hemodinamică și scăderea hematocritului, modificările examinărilor fizice jucând un rol mic în hotărârea tacticii, USG repetată sau TC fiind neconcludente în situațiile respective. Totuși, politraumatizații selectați pentru MNO cu hemodinamică stabilă sau ce răspunde repleției volemică, cu hemoperitoneu depistat la USG, este necesar să fie supuși TC pentru determinarea organelor specifice traumatizate și potențialul MNO[4]. Controversată rămâne problema necesității și volumului transfuziilor de sânge la

politraumatizați supuși MNO, eșecul fiind asociat cu gradul hemoperitoneului, cel al traumatismului și necesarul de transfuzii [7], ultimul fiind raportat ca un factor forte de risc [8].

Deși MNO al politraumatizațiilor cu TH și TS închise stabili hemodinamic a cucerit popularitate în ultimii ani, alegerea inițială a managementului chirurgical sau nonchirurgical rămâne controversată [3,4].

Bibliografie

1. RICHARDSON DJ, FRANKLIN GA, LUKAN JK, et al: *Evolution in the management of hepatic trauma: a 25-year perspective*. Ann Surg 2000; 232:324-330.
2. STEIN DM, SCALEA TM: *Nonoperative management of spleen and liver injuries*. J Intensive Care Med 2006; 21:296.
3. KIRSHTEN B, ROY-SHAPIRA A, LANTSBERG L, et al: *Nonoperative management of blunt splenic and liver injuries in adult polytrauma*. Indian J Surg 2007; 69:9-13.
4. ARCHER LP, ROGERS FB, SHACKFORD SR: *Selective nonoperative management of liver and spleen injuries in neurologically impaired adult patients*. Arch Surg 1996; 131:309-315.
5. RAPPAPORT W, MCINTYRE KE, CARMONA R: *The management of splenic trauma in the adult patient with blunt multiple injuries*. Surg Gynecol Obstet 1990; 170:204-208.
6. COBURN MC, PFEIFER J, DELUCA FG: *Nonoperative management of splenic and hepatic trauma in the multiple injured pediatric and adolescent patients*. Arch Surg 1995; 130:332-338.
7. HAAN JM, BOCCHICCHIO GV, KRAMER N, et al: *Nonoperative management of blunt splenic injury: a 5 year experience*. J Trauma 2005; 58:492-498.
8. VELMAHOS GC, TOUOUZAS KG, RADIN R, et al: *Nonoperative management of blunt injury to solid abdominal organs: a prospective study*. Arch Surg 2003; 138:844-851.

TRAUMATISMUL FACIAL ÎN CADRUL POLITRAUMEI FACIAL TRAUMATISM IN POLYTRAUMAS

Dumitru HÎȚU

Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială USMF "Nicolae Testemițanu"

Rezumat

Pe parcursul anului 2008 traumatismul maxilo-facial a ocupat locul doi după procesele inflamatorii. Traumatismul asociat al feței a alcătuit 37,25% din totalul bolnavilor cu traumă. Traumatismul craneo-cerebral asociat cu cel facial a alcătuit 79,26% și ebrietatea etilică 21,24%. Durata tratamentului cu traumatism facial asociat a fost de 7 zile-pat. Pe primul loc s-au clasat fracturile de mandibulă, urmate de plăgile faciale, locul trei a fost ocupat de fracturile complexului nazoetmoidal. Fracturile complexului zigomatic s-a clasat pe locul patru și pe ultimul loc maxilarul superior.

Summary

During 2008 year the maxillofacial traumas has taken the second place among the inflammatory processes. The associated maxillofacial traumas represented 37,25% of total patients. Craniocerebral traumas associated with the facial traumas represented 79,26% and traumas associated with alcoholism 21,24%. The treatment period of facial trauma is a 7 days of bed regimen. On the first place are the mandible of fracture are followed by facial lesions, and the of nasoethmoidal ones are placed on the third place. Zygomatic complex fractures of are on the fourth place and the last place is taken by those of the upper jaw.

Actualitatea temei

Traumatismul, în ultimul timp, a luat amploarea unei pandemii, depășind aspectele medicinei și devenind o problemă socială. Traumatismele reprezintă urgențe relativ frecvente cu tendința de creștere în timp și cu probleme importante de tratament, datorită complexității traumatismului și a complicațiilor posibile (1 - 12).

Traumatismele multiple, asociate și combinate se deosebesc printr-o gravitate deosebită în aspect clinic, fiind însoțite de dereglări serioase a funcțiilor vitale ale organismului, dificultăți diagnostice, dificultăți de tratament, procentaj major de invaliditate, letalitate sporită. Deseori aceste leziuni sunt însoțite de șoc traumatic, hemoragii masive, dereglări de circulație sanguină și de respirație, uneori de stări terminale. Aceste categorii de accidentați în Departamentul de Urgență constituie 15-20%. Despre gravitatea