

TRAUMATISMELE ABDOMENULUI

➡ Leziunile peretelui și viscerelor abdominale produse de acțiunea agenților vulneranți asupra abdomenului

PARTICULARITĂȚI:

- Poziția bipedă ⇒ abdomenul expus agenților vulneranți
- Viscerele abdominale ⇒ nu sunt protejate de pereți osoși
- Viscerele abdominale ⇒ zone topografice care depășesc limitele anatomice ale abdomenului (torace) ⇒ interesate în traumatismele toracice

Simple ⇒ 10%

TRAUMATISME
ABDOMINALE

Asociate ⇒ 90%
Craniu ⇒ 70%
Torace ⇒ 30%
Membre ⇒ 30%

CONTUZII
(TA ÎNCHISE)

- ➔ Leziuni parietale
- ➔ Leziuni viscerale
- ➔ Mixte

PLĂGI
(TA DESCHISE)

nepenetrante ⇒ Simple
⇒ Leziuni viscerale

penetrante ⇒ Simple
⇒ Leziuni viscerale

ETIOPATOGENIE

INCIDENȚĂ

- ➔ 10-14%
- ➔ Bărbați (80,9%)
- ➔ Decadele I-IV, maxim în decada III

CIRCUMSTANȚE ETIOLOGICE:

- Accidente de circulație: rutieră, feroviară, maritimă, aeriană, etc.
- Accidente de muncă: industrie, agricultură, construcții, etc.
- Accidente de sport și joacă
- Accidente casnice
- Marile catastrofe naturale: cutremure, inundații, alunecări de teren
- Agresiuni individuale – arme de foc sau arme albe
- Tentative de suicid
- Traumatologia de război

MECANISME DE PRODUCERE

CONTUZIILE ABDOMINALE

AGENTUL VULNERANT

- Percuție
- Compresie (zdrobire)
- Contralovitură
- Suflu de explozie
- ↑ Bruscă a P. intraabdominale
- complexe



LEZIUNILE VISCERELOR

☐ Cavitare

- Zdrobire
- Explozie
- Smulgere pediculi vasculari

☐ Parenchimatoase

- Zdrobire
- Smulgere - contralovitură

PLĂGILE ABDOMINALE

LEZIUNILE PRIN ARMĂ ALBĂ

- Mai benigne $\Rightarrow$ mortalitate = 2%
- 35% $\Rightarrow$ nepenetrante
- 35-40% $\Rightarrow$ leziuni viscerale unice sau multiple (stomac, intestin, ficat, colon)

LEZIUNILE PRIN ARME DE FOC $\Rightarrow$ grave și complexe

- Interesare pluriviscerală
- Mare variabilitate lezională
- Cumul energetic

ANATOMIE PATOLOGICĂ

I. LEZIUNI PARIETALE

- Revărsatul sero-hematic Morell-Lavalle
- Hematomul subaponevrotic
- Eventrația posttraumatică
- Plăgile parietale
- Eviscerația posttraumatică



II. LEZIUNILE VISCERELOR CAVITARE

STOMACUL

- Relativ protejat, interesat rar ⇨ 3% (pace) – 13% (război)
- Leziuni asociate – splină, rinichi, colon, ficat, diafragm, etc.
- Contuzii ⇨ Antru
 - Hematom intramural ⇨ rupturi
- Plăgi

DUODENUL

Profund retroperitoneal ⇨ rar interesat (1-2%)

❑ Contuzia simplă

❑ Hematomul intramural.

➤ Obstrucție

➤ Escară ⇨ detașare secundară

❑ Ruptura

❖ Incompletă

❖ Completă

➤ Parțială

➤ Totală

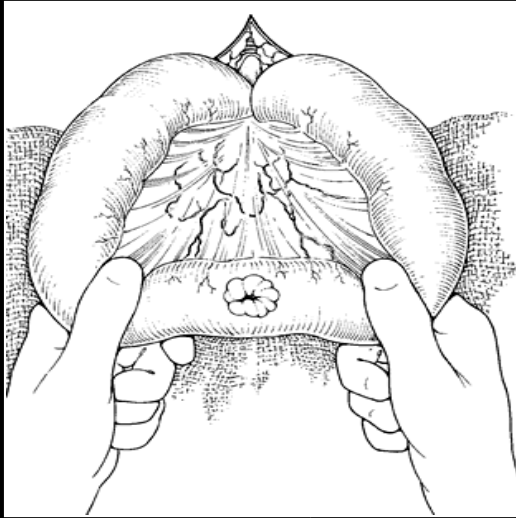
Intraperitoneal
↓
peritonită

↓
Retroperitoneal → celulită retroperitoneală
Pata WINWATER ⇨ sânge, gaz, bilă, suc pancreatic

INTESTIN SUBȚIRE ȘI MEZENTER



Cel mai frecvent
interesate



❑ Hematomul parietal: echimoză ⇒ hematom intramural voluminos ocluziv

❑ Rupturi: complete/incomplete, parțiale/totale

❑ Plăgi ⇒ mare varietate: punctiforme ⇒ distrucții tisulare întinse

❑ Leziunile mezenterului:

➤ Hematom

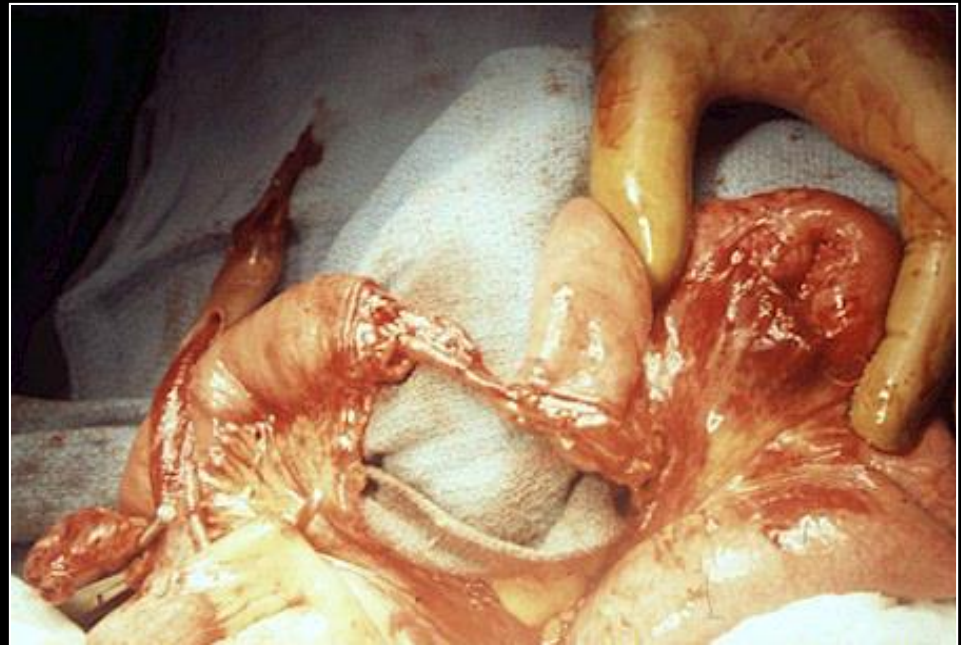
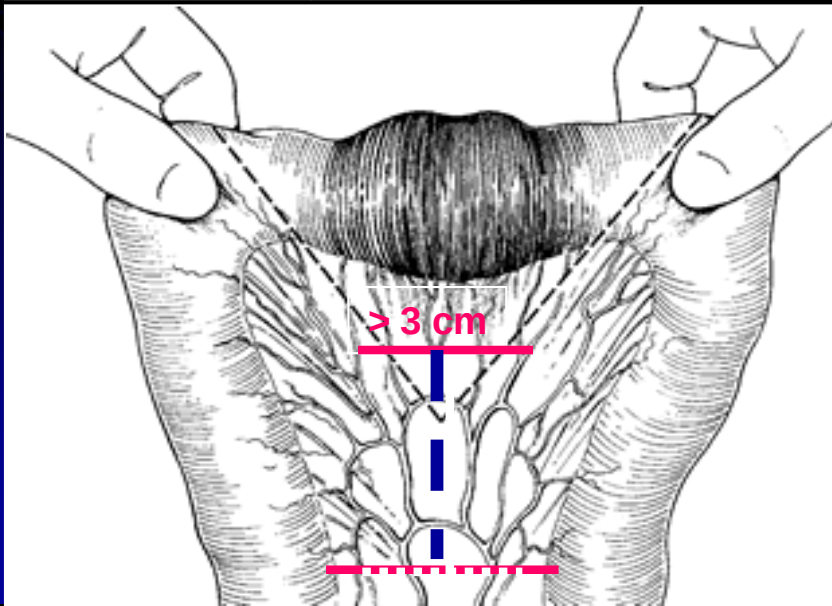
➤ Rupturi verticale (mai puțin grave) sau orizontale ⇒ compromiterea vitalității ansei (sediu/întindere)

➤ Angajarea unei anse în breșă ⇒ ocluzie

❑ Posibilități evolutive particulare:

➤ Desprindere tardivă a unei escare

➤ Stenoză secundară (ruptură incompletă/hematom)





COLONUL ȘI MEZOURILE SALE

- ➔ Leziuni similare cu intestinul subțire
- ➔ Particularități legate de:
 - Segmente colice fixe, parțial retroperitoneale
 - Conținutul hiperseptic

RECTUL

- ➔ Patologie traumatică particulară în circumstanțe diferite:
 - ❑ Plăgi penetrante ale rectului perineal și/sau peritoneal
 - Contuzii violente ale pelvisului cu fracturi de bazin
 - Plăgi prin arme de foc
 - Căderi pe corpuri dure ⇒ leziuni viscerale complexe
 - ❑ Traumatisme rectale iatrogene:
 - Obstetricale
 - Intraoperatorii
 - Investigații sau manevre terapeutice (clisme. Irigografie, etc)
 - ❑ Traumatisme rectale particulare:
 - Corpi străini deglutiți
 - Psihopați, alcoolici, devieri sexuale
 - Efort de defecație
 - Explozie ⇒ insuflare de aer sub presiune

III. LEZIUNILE VISCERELOR PARENCHIMATOASE

FICATUL

Leziuni primare ale parenchimului hepatic:

- Hematomul subcapsular
- Plăgile și rupturile ficatului
- Cavitataea centrală

Leziuni primare ale pediculului hepatic

*Leziuni ale CB extrahepatice
(colecist, CBP)*

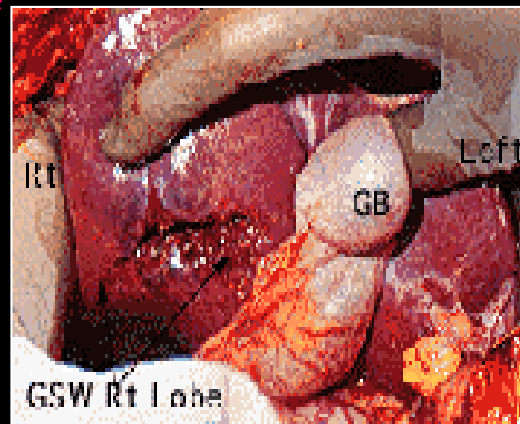
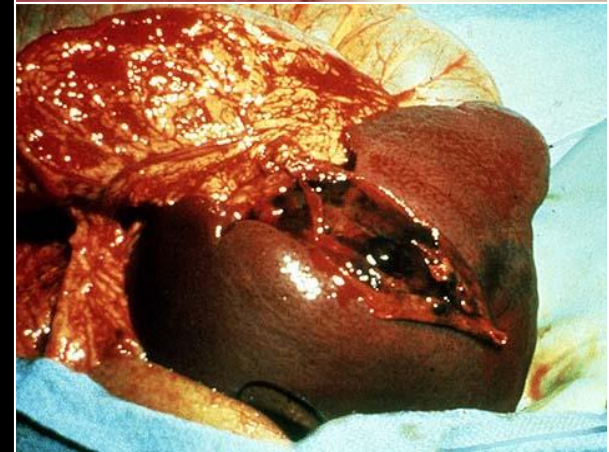


Hemo- coleperitoneu

Leziuni ale elementelor vasculare

*a. hepatică
v. portă*

Leziuni ale v. suprahepatice

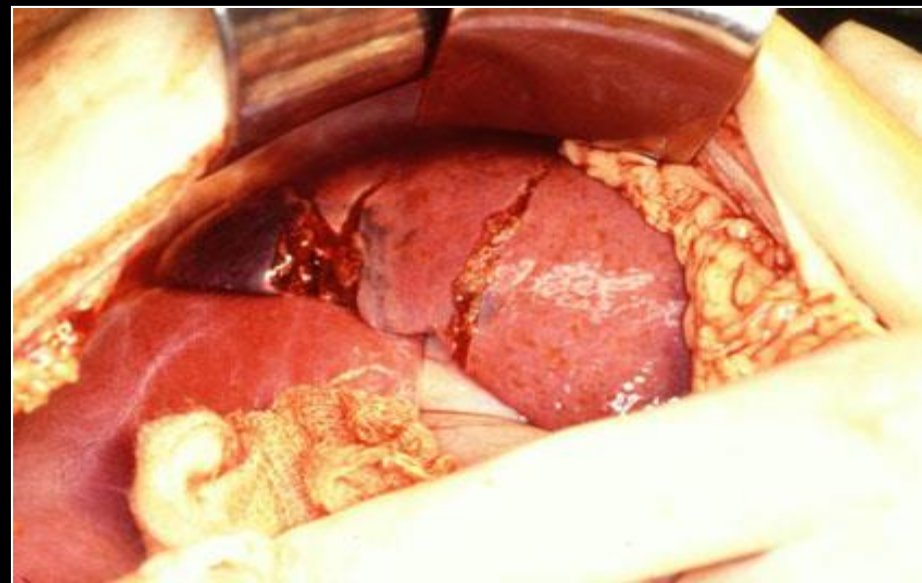
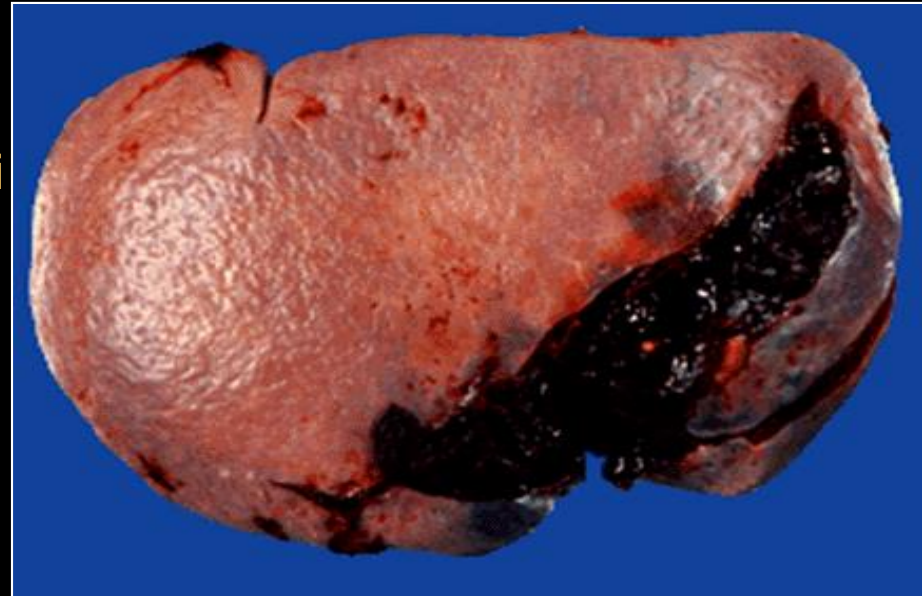


SPLINA

**Smulgerea pediculului
splenic**

Hematomul subcapsular

Rupturi și plăgi ⇒ fața convexă
Unice sau multiple
Forme și profunzimi variabile
Explozie cu detașarea fragmentelor



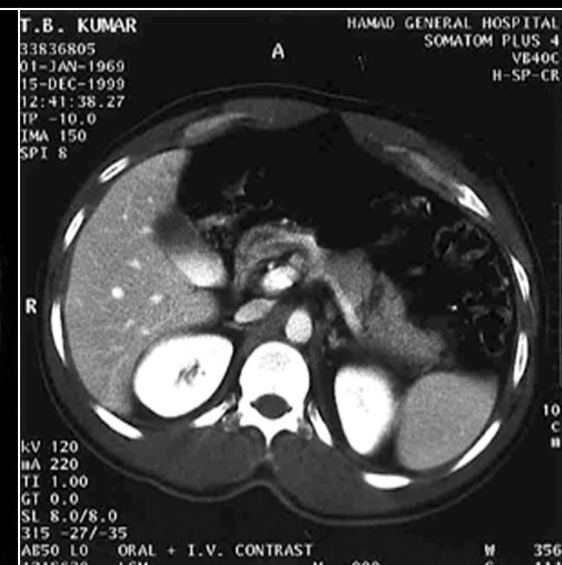
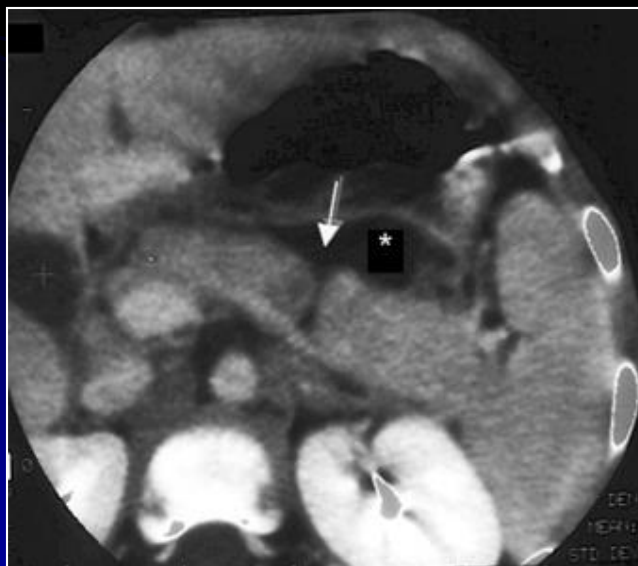
PANCREAS

- profund, retroperitoneal, protejat de plastronul sterno-costal
- rar interesat (1-2%):
 - ✧ plăgi (arme albe sau de foc)
 - ✧ contuzii abdominale (strivire de coloană)

CLASIFICARE (Herve și Arrishi):

- Contuzia simplă cu integritatea capsulei
- Ruptura pancreasului cu rupturi canalare superficiale
- Ruptura pancreasului cu secțiunea Wirsungului
- Zdrobirea pancreasului interesând întreaga structură glandulară

Spasmul sfincterului Oddi → scurgerea și difuziunea intra- și extraglandulară a sucului pancreatic → PANH



DIAGNOSTIC LEZIONAL ÎN TRAUMATISMELE ABDOMINALE

INCIDENȚA LEZIUNILOR VISCERALE DIFERĂ ÎN FUNCȚIE DE ETIOPATOGENIA TRAUMATISMULUI*

CONTUZII

1 Splină	26%
2 Intestin subțire	16%
3 Rinichi	24%
4 Ficat	15%

PLĂGI

1 Ficat	37%
2 Intestin subțire	26%
3 Stomac	19%
4 Colon	14%
5 Oment	10%
6 Splină	7%

*MANUALUL EUROPEAN DE TRAUMA

EXAMENUL CLINIC ȘI ÎNGRIJIREA PACIENTULUI ÎNCEP DE LA LOCUL ACCIDENTULUI

OBIECTIVELE EXAMENULUI CLINIC:

Evaluarea funcțiilor vitale

Evaluează prezența și amploarea șocului

**Bilanț lezional cât mai complet: leziuni parietale/viscerale
care sunt viscerele lezate**

Evidențieze prezența sindroamelor abdominale majore:
Peritonitic
Hemoragie internă

Leziuni viscerale extraabdominale asociate

ANAMNEZA

- Timpul accident $\Rightarrow$ momentul examinării
 - Tipul accidentului, natura agentului vulnerant, condițiile în care a acționat, poziția corpului în momentul impactului
 - Momentul traumatismului în raport cu diverse acte fiziologice
 - Localizarea, iradierea și evoluția în timp a durerii
 - Semne obiective sesizate de bolnav sau aparținători: hematemeză, melenă, hematurie, rectoragii, etc
 - Af. abdominale/extraabdominale preexistente traumatismului:
Favorizează ruptura unor viscere $\Rightarrow$ splenomegalie, ciroză hepatică, tumori hepatice, chist de ovar, piosalpinx
- Factori agravanți $\Rightarrow$ Boli cronice: pulmonare, cardiace, renale

EXAMENUL OBIECTIV

- ❑ Prezența și amploarea șocului**

- ❑ Bilanț lezional cât mai complet: leziuni parietale/viscerale
care sunt viscerele lezate**

- ❑ Prezența sindroamelor abdominale majore:**
 - **Peritonitic**
 - **Hemoragie internă**

- ❑ Leziuni viscerale extraabdominale asociate**

INSPECȚIA

Leziuni tegumentare (echimoze, escoriații) ⇒ “marca traumatismului”

Caracterele morfologice ale plăgilor abdominale:

- Număr, dimensiune, direcție, profunzime
- Caracterul penetrant / nepenetrant
- Localizarea orificiilor de intrare și ieșire
- Eviscerație posttraumatică
- Scurgere de conținut patologic prin plagă

Bombarea circumscrișă a tegumentelor

- Revărsat sero-hematic Morrel-Lavalle
- Hematom parietal subaponevrotic
- Eventrație posttraumatică
- Glob vezical

Aspectul de ansamblu al abdomenului: retractat, destins

Modificarea excursiilor respiratorii abdominale

- Abolirea respirației ⇒ peritonită
- Limitarea mișcărilor respiratorii ⇒ traumatisme toracice asociate, rupturi musculare

Leziuni traumatiche asociate: torace, bazin, membre, etc

PALPAREA

- ❑ Bombare circumscripă + fluctuență ⇒ revărsat Morrel-Lavalle
- ❑ Împăstare subaponevrotică + contractură ⇒ hematom teaca dreptului
- ❑ Tumefacție reductibilă (zonă herniară sau în afara ei) ⇒ hernie sau eventrație posttraumatică
- ❑ Contractură sau apărare musculară ⇒ sindrom peritonitic

❖ Hemoperitoneu ⇒ apărare

❖ Contractură/apărare în leziuni care nu aparțin viscerelor abdominale:

- Ruptura m. drept abdominal
- Traumatisme ale bazei toracelui
- Traumatisme vertebro-medulare
- Traumatisme craniene
- Hematoame retroperitoneale întinse

PERCUȚIE

Semnul clopoțelului (Mandel)

Dispariția matității hepatice ⇒ pneumoperitoneu

Matitate deplasabilă pe flancuri

Matitate anormală ⇒ hematom retroperitoneal sau perivisceral

ASCULTAȚIA

➔ puține date:

- ❑ Absența zgomotelor intestinale ➔ peritonită neglijată
- ❑ Zgomote intestinale pe torace ➔ ruptură diafragm

TUȘEUL RECTAL ȘI/SAU VAGINAL ➔ OBLIGATORIU !!!

- ❑ Integritatea anusului, rectului inferior, uretrei și prostatei
- ❑ Deformări caracteristice fracturilor de bazin
- ❑ Sensibilitate, bombare, fluctuență sau împănare Douglas

GESTURI COMPLEMENTARE EXAMENULUI CLINIC ➔ OBLIGATORII

- Sondă de aspirație digestivă superioară
- Sondă vezicală

- ➔ Bolnav șocat + leziune viscerală certă (clinic și/sau biologic) ⇒ laparatomie de urgență
- ➔ Bolnav șocat + leziune viscerală incertă:
 - Laparatomie de urgență
 - Deșocare urmată de investigație radiologică
- ➔ Stare generală bună, funcții vitale stabile ⇒ investigație amplă, nuanțată

INVESTIGAȚII PARACLINICE

- Diagnostic lezional
- Bilanț biologic
- Adaptate la caz
- Urmărite în dinamică

INVESTIGAȚII BIOLOGICE

❑ Grup sanghin + Rh ⇒ obligatoriu

❑ Hemoleucograma

- ❖ Hb, Ht ⇒ aprecierea gravității hemoragiei
- ❖ Hiperleucocitoza
 - Sindroamele peritonitice
 - Hemoperitoneu prin ruptură de ficat sau splină

❑ Examenul de urină ⇒ hematurie

❑ Amilazele serice și urinare ↑ ⇒ leziuni pancreatice, duodenale și intestinale

❑ Rezerva alcalină + gazele sanghine

❑ Uree

❑ Ionogramă

❑ Glicemie

NU AU VALOARE ESENȚIALĂ ÎN EVALUARE
SUNT CONSIDERATE ADJUVANTE

RADIOGRAFIA ABDOMINALĂ SIMPLĂ $\Rightarrow$ ortostatism, decubit lateral stâng

- Pneumoperitoneu $\Rightarrow$ plăgile abdominale penetrante $\pm$ leziuni viscere cavitare
 $\Rightarrow$ contuzii abdominale + leziuni viscere cavitare
- $\uparrow$ Opacități splenice + deplasarea mării tuberozități spre dreapta $\Rightarrow$ hematom subcapsular splenic
- Retropneumoperitoneu $\Rightarrow$ duoden sau segmente fixe ale colonului
- Ștergerea umbrei psoasului $\Rightarrow$ hematom retroperitoneal
 $\Rightarrow$ revărsat intraperitoneal masiv
- Nivele hidroaerice $\Rightarrow$ ileus dinamic
 $\Rightarrow$ peritonită în stadiu oclusiv
- Corpi străini intraabdominali
- Fractură de coloană sau bazin

TOMOGRAFIA COMPUTERIZATĂ

- Metodă valoroasă, indicată la pacientul stabilizat hemodinamic
- Evidențiază leziunile viscerelor parenchimotoase și cavitare
- Constituie baza evaluării inițiale și a controalelor ulterioare în vederea tratamentului non-operator în leziunile grad I-III ale viscerelor parenchimotoase

ECHOGRAFIA

- Poate diagnostica
 - leziunea de organ parenchimatos
 - prezența de fluid in cavitate

Metoda FAST – Focussed Assessment with Sonography for Trauma (2-3 min.)

- se caută doar prezența fluidului
- nu necesita deplasarea bolnavului din departamentul de urgență
- nu necesita o experienta echografica bogata a examinatorului
- este inclusă protocolul european de trauma (ATLS)

RADIOGRAFIA TORACICĂ SIMPLĂ ⇒ obligatorie

- **Fracturi costale**
- **Hernie diafragmatică traumatică**
- **Leziuni pleuro-pulmonare asociate**

ALTE INVESTIGAȚII – la pacienții cu stare generală bună

- **Examenul baritat gastro-duodenal**
- **Urografia**
- **Cistografia**
- **Arteriografia selectivă**
- **Scintigrafia**
- **Colecisto-colangiografia**
- **Explorarea cu contrastant a plăgilor**

PUNCȚIA PERITONEALĂ

- Linia bispinoasă $\Rightarrow$ unirea $1/3$ medii cu $1/3$ externă stângă
- Simplă sau puncție-lavaj
- Indicații:
 - Bolnavi șocați cu semne locale incerte
 - Politraumatizați cu semne locale greu de interpretat

LAPAROSCOPIA EXPLORATORIE

MAX: FRANȚA,

CONTROVERSE:

STUDII MULTICENTRICE - 65-75% LAPAROTOMII SUNT NON-TERAPEUTICE

SE RAPORTEAZĂ UN MARE NUMĂR DE LEZIUNI OMISE

INDICAȚIILE SOCIETĂȚII EUROPENE DE TRAUMĂ:

- SEMNE ABDOMINALE INCERTE
- COMĂ
- FRACTURISEVERE DE BAZIN
- EPISOD IZOLAT DE HIPOTENSIUNE
- PLAGĂ PENETRANTĂ TORACO-ABD. CU CONSTANTE VITALE STABILE

LAPAROTOMIA EXPLORATORIE

- **Indicațiile Societății Europene de Traumă:**
- **HIPOTENSIUNE FARA RASPUNS LA MIJLOACELE DE REECHILIBRARE**
- **PERITONITĂ**
- **PNEUMOPERITONEU**
- **LEZIUNE DE DIAFRAGM**
- **RUPTURA INTRAPERITONEALĂ A V.U.**
- **DG. DE LEZIUNI PANCREAS, SPLINĂ, FICAT, RINICHI, TRACT GASTROINTESTINAL**

TABLOUL CLINIC GENERAL

ȘOCUL PRIMAR

- ❖ Domină tabloul clinic la debut
- ❖ Gravitate variabilă, || cu severitatea leziunilor viscerale + factori de teren, vârstă, reactivitatea organismului
- ❖ Inițial ⇒ reflex (inhibiția reflexă a plexului solar) + psihic → cedează la sedative + reechilibrare hidro-electrolitică
- ❖ Poate masca semnele de leziuni viscerale
- ❖ semnele șocului primar pot fi atribuite eronat leziunilor viscerale ⇒ laparatomie intempestivă
- ❖ Răspunsul sau lipsa de răspuns la terapia de deșocare ⇒ indicație terapeutică
- ❖ Atitudine → 3-4 ore terapie de deșocare + observație
 - Ameliorarea tabloului clinic = absența leziunilor viscerale
 - Leziuni viscerale ⇒ conturarea sindroamelor abdominale majore
 - ✓ Sindromul peritonitic
 - ✓ Sindromul de hemoragie internă
- ❖ În perioada de deșocare, până la stabilirea bilanțului lezional
 - ⇒ terapia de deșocare → exclusiv volemică
 - ⇒ antialgicele majore → contraindicate !!!

SINDROMUL PERITONITIC

Leziunile viscerelor cavitare



PERITONITĂ POSTTRAUMATICĂ

NUANȚĂRI SIMPTOMATICE

- Viscerul lezat
- Septicitatea revărsatului peritoneal
- Intervalul debut-internare
- Asocieri lezionale
- Vârsta
- Tare organice asociate

DIAGNOSTICUL:

- Durere
- Contractura musculară
- Pneumoperitoneu clinic/Rx

EVOLUȚIE



ȘOC TOXICO-SEPTIC

SINDROMUL DE HEMORAGIE INTERNĂ

- Viscere parenchimotoase
- Mezouri
- Hematom retroperitoneal

Semne comune cu șocul primar

Paloare accentuată
Transpirații reci
Tendință la lipotimie
Tahicardie
Hipotensiune
Dispnee
Sete imperioasă
Alterarea stării generale

Abdomen destins
Matitate deplasabilă
TR/TV ⇒ Douglas bombat, dureros

Anemie acută ⇒ Hb, Ht ↓
Echografia, Tomografia – ruptura org. Parenchimos + prezența fluidului în cavitate
Puncție peritoneală pozitivă

STOMAC

❖1% ⇨ Plăgi epigastrice, toraco-abdominale sau contuzii

❖Asocieri lezionale: ficat, pancreas, duoden, splină
pleură, plămân, diafragm

❖Clinic ⇨ sindrom peritonitic
⇨ Hematemeza ⇨ certitudine

❖Confirmarea leziunii:

- Radiografia abdominală simplă ⇨ pneumoperitoneu
- Radiografie cu contrastant
- Puncție abdominală

GRAD	LEZIUNE
I	HEMATOM PARIETAL
II	LEZIUNE PENETRANTĂ
III	DISTRUCȚIE PARIETALĂ MINIMĂ
IV	LEZIUNE CE NECESITĂ REZECȚIE MINIMĂ
V	LEZIUNE CE NECESITĂ REZECȚIE >35% DIN STOMAC

DUODEN

- **PARTICULARITĂȚI:**
 - **Viscer profund intra- și retroperitoneal**
 - **Tablou clinic polimorf ⇒ funcție de tipul leziunii**
 - **Diagnostic dificil**

RUPTURILE DUODENALE INTRAPERITONEALE

Supra- sau submezocolic

Clinic ⇒ asemănător cu ulcerul perforat

Radiografia abdominală simplă ⇒ pneumoperitoneu

RUPTURILE DUODENALE RETROPERITONEALE → 20%

Conținutul duodenal
(bilă, suc pancreatic, sânge, alimente)  **Spațiul retroperitoneal**

Sindrom clinic complex, grav, cu evoluție fazică:

⇒ Șocul inițial ⇒ manifestări superpozabile șocului primar

⇒ Interval liber (variabil) ⇒ contaminarea spațiului retroperitoneal cu lichidul

duodeno-bilio-pancreatic

⇒ Perioada de stare:

- febră, frison, vărsături
- durere lombară superioară/toracică joasă
- împăstare profundă epigastru și mezogastru

SINDROMUL KANAVEL

➤ Agitație psiho-motorie ⇒ delirium tremens

➤ Insuficiență circulatorie severă (puls accelerat și mic ⇒ lipotimie)

➤ Alterare rapidă a stării generale

Radiologie:

- retropneumoperitoneu
- trecerea substanței de contrast în spațiul retroperitoneal

CONTUZIA DUODENALĂ CU HEMATOM INTRAMURAL

- ❖ Asimptomatic la debut
- ❖ Interval liber
- ❖ Perioada de stare
 - Dureri în hipocondrul drept
 - Ocluzie înaltă
 - Compresiune pe coledoc sau Wirsung
- ❖ Tranzit baritat ⇒ imagine lacunară
- ❖ Tomografie computerizată
- ❖ Evoluție
 - rezorbție spontană
 - Escară ⇒ eliminare secundară (6-7 zile)

RUPTURILE INCOMPLETE

- ❖ Mucoasa ⇒ structura cea mai puțin rezistentă
- ❖ Clinic ⇒ HDS
- ❖ Remisiune sub tratament conservator
- ❖ Hemostază chirurgicală

CLASIFICAREA LEZIUNILOR DUODENULUI

GRAD	LEZIUNE
I	Hematom al unei singure porțiuni a dd Plagă incompletă
II	Hematom pe mai mult de o porțiune Plagă 50% din circumferință
III	Plagă pe 50-75% din circumf. D2 50-100% din circumf. D1, D3, D4
IV	Ruptură > 75% din circumf. D2 ce implică ampula
V	Ruptură masivă duodeno-pancreatică

COLONUL

- ❖ Peritonita fecaloidă hiperseptică
 - Semne locale foarte zgomotoase +
 - Sindrom toxico-septic grav
- ❖ Celulita/abcesul retroperitoneal (interesarea segmentelor fixe)
 - Tumefacție locală + emfizem subcutanat în flancuri
 - Pareză intestinală reflexă
 - Sindrom toxico-septic
 - Puncție ⇨ puroi cu aspect și miros fecaloid
- ❖ Sindromul de hemoragie intraperitoneală ⇨ leziuni mezouri
 - Șoc hemoragic + sindrom de iritație peritoneală

CLASIFICAREA LEZIUNILOR COLONULUI

● GRAD	LEZIUNE
● I	AF SEROASEI
● II	LEZIUNE PARIETALA UNICĂ
● III	AF < 25% DIN PERETE
● IV	AF >25% DIN PERETE
● V	AF MAJORĂ A PERETELUI

INTESTIN SUBȚIRE

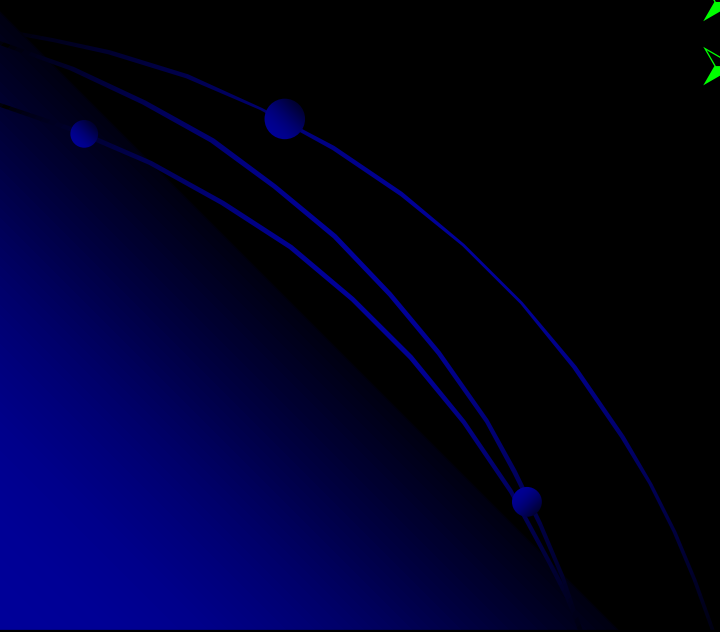
- **Sindrom peritonitic** ⇒ plăgi, rupturi
 - Pneumoperitoneul poate fi absent la debut
- **Sindrom de hemoragie intraperitoneală** ⇒ leziunile mezenterului
 - Semne de șoc hemoragic
 - Iritație peritoneală + revărsat peritoneal
 - Sindrom biologic ⇒ anemie acută
 - Puncție peritoneală pozitivă
- **Sindrom ocluziv** ⇒ angajarea unei anse într-o breșă mezenterică
 - Devitalizarea unui segment intestinal
 - Hematom intraparietal

RECTUL

**Abdominal PERITONITĂ FECALOIDĂ HIPERSEPTICĂ
HEMOPERITONEU**

Perineal CELULITĂ PELVINĂ

- Durere
- Împăstare suprapubiană ⇨ regiunea inghinală
- Sindrom septic
- Rectoragii ⇨ inconstat



SPLINA

HEMORAGIE CATACLISMICĂ

- Smulgerea pedicului splenic
- Ruptură ramuri principale în hil
- Explozia parenchimului

Rară. Mortalitate ➔ 50%

Șoc hemoragic grav
Iminență de stop cardiac

FORMA OBIȘNUITĂ cu șoc + hemoperitoneu 60-75%

Traumatism baza
hemitoracelui stâng

Contuzii lombare

Plăgi penetrante toraco-abdominale

Durere ➔ hipocondru ➔ umăr stâng

Apărare/contractură/împăstare

Biologic: Hb, Ht + hiperleucocitoză

Radiologie: ↑ opacității splenice, ascensionarea diafragmului stâng

Ecografie, Tomografia computerizata

❖ Puncție peritoneală pozitivă la pacienți în șoc hemoragic sau cu date clinico-paraclinice incerte

❖ **Accidentul inițial ➔ șoc; răspuns terapeutic favorabil**

❖ **Perioada de latență ➔ 3-14 zile**

- **Paloare, Subicter, Subfebrilități**
- **Tahicardie permanentă**
- **Jenă/impăstare în hipocondrul drept**
- **Matitate splenică ↑**
- **Anemie**
- **Hiperleucocitoză**

❖ **Ruptura hematomului**

- **Șoc**
- **Semne de hemoperitoneu**

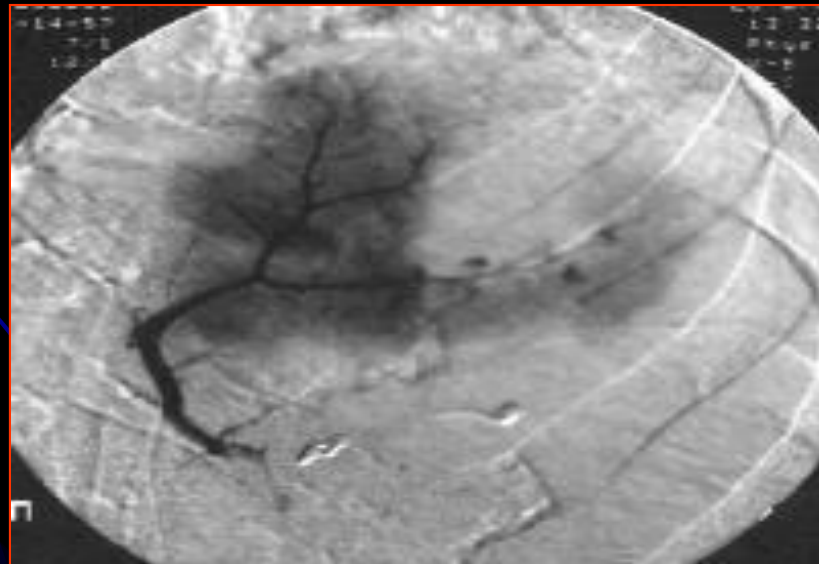
Ecografie

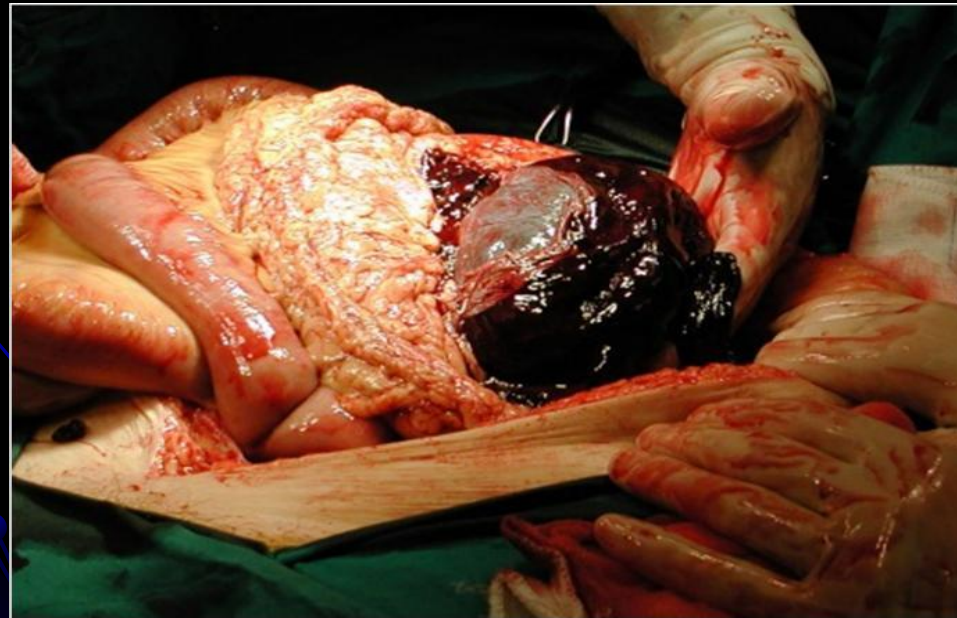
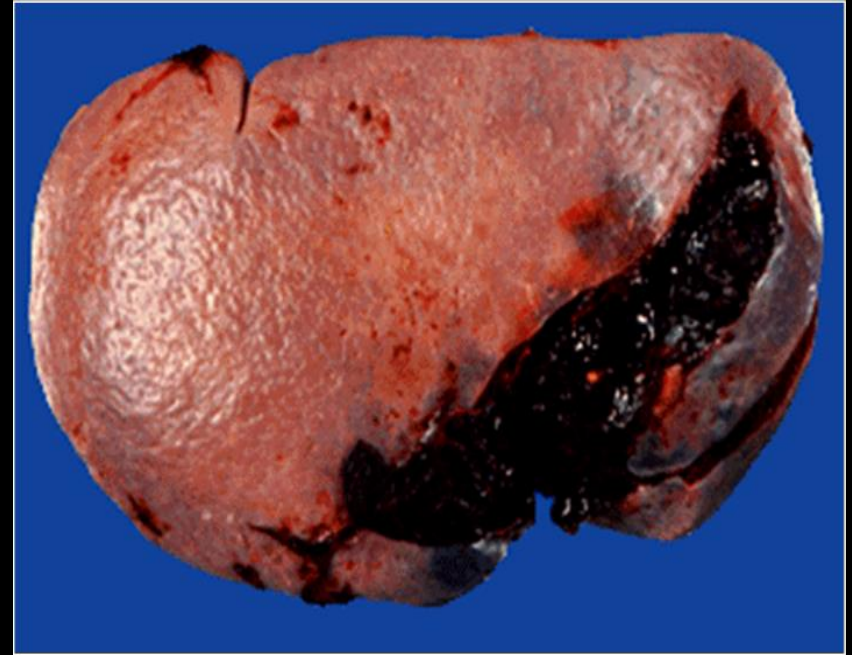
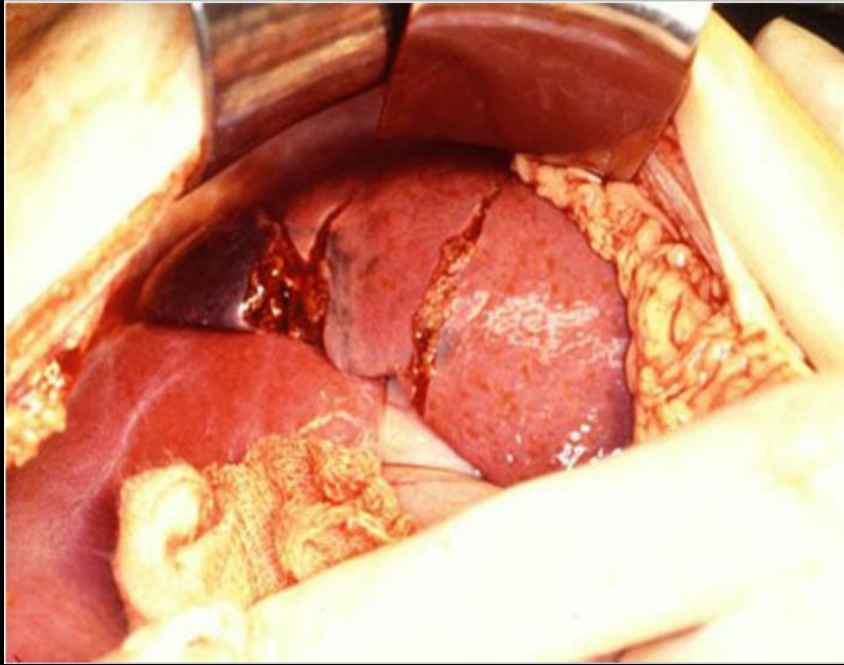
Arteriografie selectivă

Tomografie computerizată

CLASIFICAREA LEZIUNILOR SPLINEI

GRAD	LEZIUNE
I	H SUBCAPSULAR < 10% S / PLAGA FARA SANGERARE <1CM LUNGIME
II	H SUBCAPSULAR 10-15% S / INTRAPARENCHIMATOS CU D< 2CM LEZIUNE CAPSULARA CU SANGERARE ACTIVA LEZ PARENCH. CU ADANCIME 1-3CM - NU IMPLICA VV TRABECULARE
III	H SUBCAPSULAR >50% S / EXPANSIV H INTRAPARENCHIMATOS CU D > 2CM / EXPANSIV LEZ PARENCH. > 3CM / CU LEZAREA VV TRABECULARE
IV	H INTRAPARENCH. RUPT CU SANGERARE ACTIVA LEZ ALE VV SEGMENTARE / HILARE CU DEVASCULARIZARE >25% SPLINA
V	ZDROBIREA SPLINEI AVULSIE





FICATUL

3 forme clinice fundamentale:

HEMORAGIA CATACLISMICĂ ⇒ smulgere pediculi vasculari
⇒ explozie, zdrobire a parenchimului

FORMA CU ȘOC ȘI REVĂRSAT SANGHIN INTRAPERITONEAL ➔ obișnuită
Semne de șoc hemoragic + semne de hemoperitoneu

Particular ➔ bilă în peritoneu

- ❖ apărare/contractură musculară
- ❖ Vărsături
- ❖ Ileus paralytic

• TRIADA FINSTERER

- Bradicardie paradoxală
- Șoc cu hipotensiune
- icter

HEMORAGIA ÎN DOI TIMPI (HEMATOMUL SUBCAPSULAR)



COMPLICAȚII ȘI/SAU LEZIUNI PARTICULARE

HEMOBILIA ⇒ comunicare între sistemul vascular și canalar al ficatului ⇒ eliminarea de sânge prin CBP

➔ **Primitivă** ⇒ hematom intraparenchimatous

➔ **Secundară** ⇒ cavitate centrală apărută după chirurgia leziunilor traumatice hepatice

CLINIC ⇒ triada **SENDBLOM**

➤ Durere colicativă în hipocondrul drept

➤ Icter obstructiv cu remisii

➤ HDS ⇒ melenă

⇒ Distensie abdominală

⇒ Hepatomegalie

PARACLINIC ⇒ ecografie, CT, arteriografie selectivă

PERITONITA BILIARĂ ⇒ traumatisme ale colecistului și CBP

FISTULE BILIARE EXTERNE ⇒ postoperatorii

SECHESTRUL HEPATIC ⇒ fragment de parenchim necrozat

hepatomegalie dureroasă

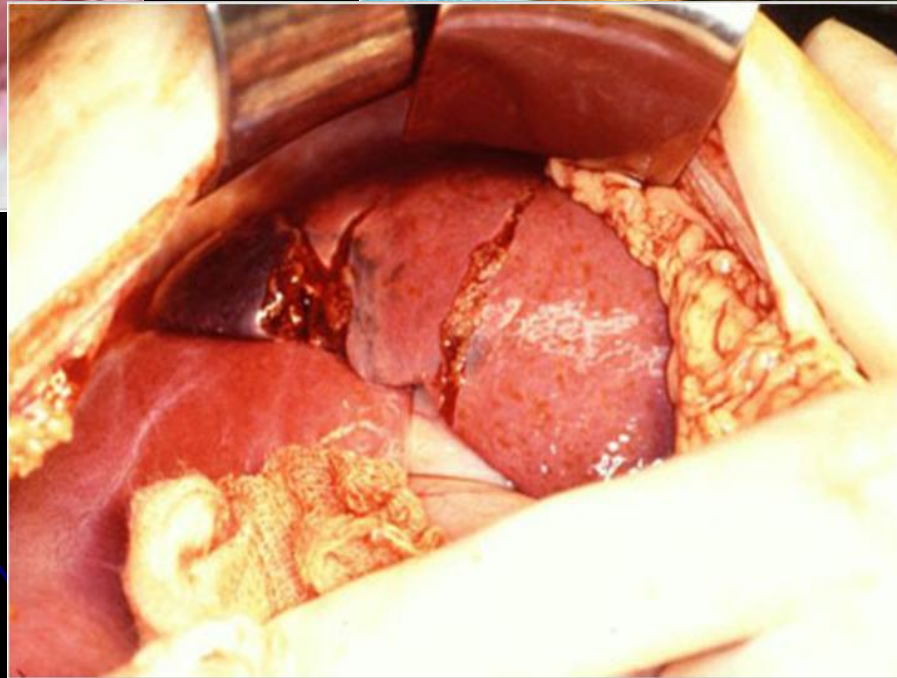
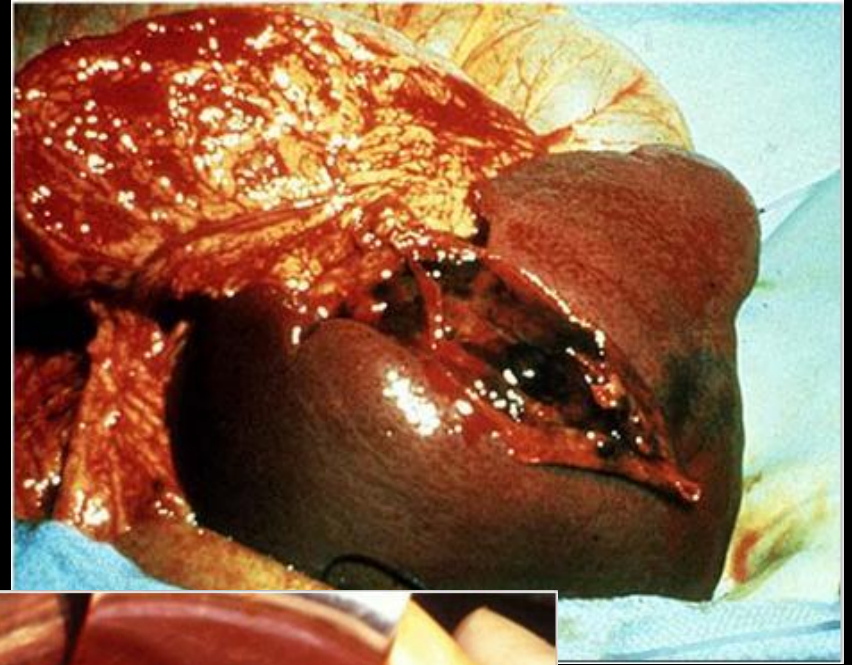
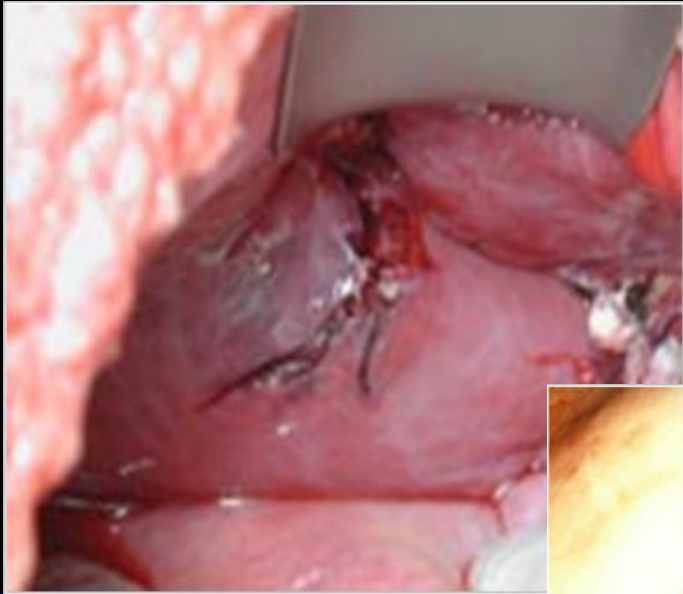
sindrom de supurație profundă

arteriografie, scintigrafie, ecografie, CT

ABCESUL HEPATIC ⇒ suprainfecție sechestrului sau cavitate centrală

● GRAD LEZIUNE

- I Hematom subcapsular <10% din suprafață sau plagă sub 1 cm profunzime
- II Hematom subcapsular 10-50% din suprafață sau intraparenchimatos <10cm diametru; plagă 1-3 cm profunzime și <10 cm lungime.
- III Hematom subcapsular >50% din suprafață sau în creștere; hematom subcapsular sau intraparenchimatos rupt; hematom intraparenchimatos >10cm. Plagă >3cm profunzime.
- IV Plagă sau ruptură a parenchimului ce implică 25-75% dintr-un lob sau 1-3 segmente Couinaud dintr-un singur lob.
- V Plagă sau ruptură a parenchimului implicând >75% dintr-un lob sau mai mult de 3 segmente Couinaud dintr/un singur lob ; leziuni de vene suprahepatice, vena cavă, vene majore centrohepatice.
- VI Avulsia hepatică



PANCREASUL

PLĂGILE PENETRANTE ⇒ laparatomia exploratorie stabilește diagnosticul

CONTUZIILE ABDOMINALE ⇒ diagnostic dificil

❖ Tabloul clinic ⇒ dominat de leziunile asociate

❖ Evoluție fazică:

❑ **Șocul primar** ⇒ fără elemente de specificitate
exceptând ⇒ amilazemie ↑

❑ **Interval liber < 24 ore** ⇒ remisiune parțială a
șocului primar sub terapie volemică

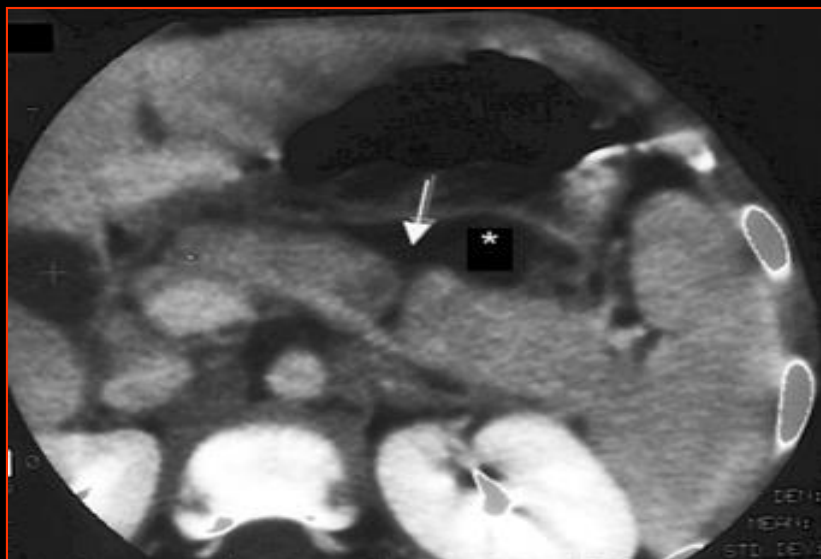
❑ **PANH**

- Durere epigastrică violentă
- Vărsături bilioase incoercibile ⇒ deshidratare
- Ileus dinamic precoce, rezistent
- Reapariția și agravarea șocului

➤ Sindromul biologic al PA

➤ Puncția peritoneală ⇒ lichid sero-hematic
cu amilaze

❖ Ecografie, CT



T.B. KUMAR
33836805
01-JAN-1969
15-DEC-1999
12:41:38.27
TP -10.0
IMA 150
SPI 8

HAMAD GENERAL HOSPITAL
SOMATOM PLUS 4
VE40C
H-SP-CR



kV 120
mA 220
TI 1.00
GT 0.0
SL 8.0/8.0
315 -27/-35
AB50 LO
1215620

ORAL + I.V. CONTRAST

W 356
C 114

CLASIFICAREA LEZIUNILOR PANCREASULUI

- **GRAD** **LEZIUNE**
- **I** **CONTUZIE , PLAGĂ MINORĂ FĂRĂ LEZIUNE DUCTALĂ**
- **II** **CONTUZIE, PLAGĂ MAJORĂ FĂRĂ LEZIUNE DUCTALĂ**
- **III** **TRANSECȚIE, LEZ. PARENCHIMATOASĂ DISTALĂ CU LEZ. DUCTALĂ**
- **IV** **TRANSECȚIE PROXIMALĂ, LEZIUNE IMPLICÂND DUCTUL SAU AMPULA**
- **V** **RUPTURA MASIVĂ A CAPULUI PANCREASULUI**

IERARHIZAREA LEZIUNILOR ÎN FUNCȚIE DE GRAVITATE

GRUPA I (10%)

- ❖ Tulburări majore ale funcțiilor vitale:
 - obstrucție CRS
 - hemoragie masivă
- ❖ Restabilirea funcțiilor vitale ⇒ prioritate absolută:
 - Managementul CRS
 - Controlul sângerării
- ❖ Investigații biologice ⇒ strictul necesar
- ❖ Radiologia ⇒ inutilă și periculoasă

GRUPA II (70%)

- ❖ Leziuni viscerale importante
- ❖ Funcții vitale stabile, fără risc vital imediat
- ❖ Reanimare preoperatorie eficientă concomitent cu investigații detaliate

GRUPA III (20%)

- ❖ Leziunile viscerale nu sunt evidente de la început
- ❖ Examinare clinică și paraclinică detaliată în dinamică

TRATAMENTUL

LA LOCUL ACCIDENTULUI ȘI PE TIMPUL TRANSPORTULUI

- ❑ Scoaterea traumatizatului de sub influența factorilor nocivi
- ❑ Evaluarea primară a funcțiilor vitale
- ❑ Restabilirea și menținerea funcțiilor vitale
 - Asigurarea libertății CRS
 - Hemostaza provizorie a unei hemoragii vizibile
 - Autotransfuzia (ridicarea membrelor inferioare, Trendelenburg)
 - Refacerea volemiei ⇒ lichide izotone, plasmă, substituenți
 - Oxigenoterapie
 - Antialgice. Nu antialgice majore

UPU -CAMERA DE GARDĂ

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| ❖ Grup sanghin, Rh | ❖ Imobilizarea fracturilor |
| ❖ 2 căi de acces venos sigure | ❖ ADS |
| ❖ Restabilirea funcției respiratorii | ❖ Sondă vezicală |
| ❖ Corectarea hipovolemiei | ❖ Antibioterapie profilactică |
| ❖ Examen neurologic | ❖ Seroprofilaxie antitetanică |

INDICAȚII OPERATORII

CONTUZII ABDOMINALE

- ❖ Sindrom peritonitic cert
- ❖ Pneumoperitoneu clinic și radiologic
- ❖ Retropneumoperitoneu clinic și radiologic
- ❖ Sindrom de hemoragie intraperitoneală cert
- ❖ Absența răspunsului la deșocare
- ❖ Puncția peritoneală pozitivă
- ❖ Masă abdominală ⇒ ↑ rapid
- ❖ Diagnostic incert

PLĂGI ABDOMINALE

❑ Abstinență ⇒ absența leziunilor viscerale la examinare în dinamică

❑ Indicații absolute:

- Hipotensiune rezistentă la tratament
- Sângerare prin plagă sau sonda ADS
- Eviscerație
- Sindrom peritonitic
- Puncție pozitivă
- Incertitudine

OPERAȚIA

- ❑ Anestezie generală IOT
- ❑ Cale de abord largă
- ❑ Explorare minuțioasă
- ❑ Rezolvarea leziunilor
- ❑ Toaletă și drenaj larg