

# Trauma Addominale

Il mancato riconoscimento di una lesione addominale rimane una causa di morte frequente.

La priorità nella diagnosi e nel trattamento di un trauma dell'addome non è l'accurata identificazione del tipo di lesione, ma piuttosto la determinazione dell'esistenza di una lesione intraaddominale che richiede un intervento terapeutico.

Il :

- fegato
- milza
- reni

sono gli organi più frequentemente lesionati nei traumi chiusi!

## Anatomia, Fisiologia e Fisiopatologia

### Regioni dell'addome

L'addome ha tre distinte sezioni anatomiche: il peritoneo, il retroperitoneo e la pelvi.

- La cavità peritoneale può essere ulteriormente suddivisa nella porzioni intra toracica ed addominale.  
L'addome intra toracico è quella parte ricoperta dalle ultime coste del torace e comprende il diaframma, il fegato, la milza, lo stomaco ed il colon trasverso. Il diaframma può risalire fino al quarto spazio intercostale nella inspirazione profonda, rendendo quegli organi a rischio nei traumi toracici inferiori, in particolare nei traumi penetranti. La presenza di fratture delle ultime coste dovrebbe aumentare il sospetto di lesioni di milza o di fegato.
- Il retroperitoneo contiene l'aorta, la vena cava, il pancreas, i reni, gli ureteri e segmenti del colon e del duodeno. Poiché questa regione anatomica è poco apprezzabile ad un esame obiettivo, le lesioni degli organi retroperitoneali sono spesso misconosciute.
- La pelvi contiene il retto, la vescica, i vasi iliaci e nella donna i genitali interni. Un precoce sospetto di lesioni traumatiche di questi organi non è facile per la loro localizzazione anatomica.

### Traumi chiusi

Per la valutazione della gravità di un trauma chiuso è di fondamentale importanza considerare la DINAMICA DELL'EVENTO. E' utile conoscere:

- l'ora dell'evento
- il meccanismo traumatico
- la velocità stimata di impatto
- i danni agli altri veicoli coinvolti nel sinistro

- l'uso ed il tipo dei dispositivi di sicurezza (cinture)
- le condizioni di eventuali altri feriti

### Traumi penetranti

I traumi penetranti (ad esempio ferite da arma da fuoco o arma bianca) sono più facilmente rilevabili. I fattori da considerare nella valutazione dei traumi penetranti comprendono:

- l'ora del trauma
  - il tipo e caratteristiche dell'arma
    - lunghezza del pugnale
    - calibro dell'arma da fuoco
    - la velocità iniziale del proiettile
    - la distanza della vittima dall'arma (in particolare per le ferite da fucile)
  - il numero di pugnalate tentate o di colpi di arma da fuoco sparati
  - la quantità di sangue sulla scena del delitto.
- 

## **Valutazione**

### Esame obiettivo

Il rilievo di segni clinici suggestivi di lesioni traumatiche intra-addominali all'esame obiettivo è molto importante

- **Ispezione:**  
Il paziente deve essere completamente svestito. L'addome anteriore e posteriori come pure il torace inferiore dovrebbero essere ispezionati alla ricerca di abrasioni, contusioni, ferite e traumi penetranti. Il paziente deve essere ruotato alla ricerca di eventuali lesioni presenti posteriormente; il dorso e il perineo sono molto frequentemente trascurati nell'esame obiettivo
- **Auscultazione**  
L'addome va auscultato alla ricerca della presenza o assenza di peristalsi. Un versamento intraperitoneale libero di sangue o di materiale enterico può provocare ileo, determinando una riduzione della peristalsi. Tuttavia è possibile la comparsa di ileo paralitico anche in presenza di lesioni extra addominali ( per esempio fratture delle coste, delle vertebre o della pelvi).
- **Percussione**  
La percussione dell'addome in un paziente traumatizzato è effettuata principalmente per suscitare una dolorabilità acuta al rilasciamento. Questa manovra produce un lieve movimento del peritoneo e scatena una risposta simile a quella ottenuta invitando il paziente a tossire.

- **Palpazione**  
La palpazione dell'addome evidenzia reperti sia soggettivi che oggettivi. I reperti soggettivi sono costituiti dalla localizzazione da parte del paziente della sede del dolore e della sua intensità. Inizialmente il dolore precoce è generalmente di tipo viscerale e successivamente scarsamente localizzato. la contrattura volontaria della muscolatura addominale può essere indotta dalla paura del dolore e può non rappresentare un significativo segno di lesione. Al contrario, la contrattura di difesa è un significativo segno di irritazione peritoneale. Allo stesso modo un'inequivocabile dolorabilità al rilasciamento è indicativa di una peritonite franca.
- **Esporazione rettale ed esplorazione vaginale**

Sono elementi fondamentali della valutazione obiettiva addominale da effettuarsi in momenti successivi da parte del personale medico in Pronto Soccorso.

---

## Trattamento

- **Valutazione iniziale**  
La valutazione iniziale e la rianimazione seguono le priorità di trattamento già descritte (ABC):
  - A- Mantenimento della pervietà delle vie aeree con controllo della colonna cervicale
  - B- Ventilazione
  - C- Controllo della stabilità emodinamica con controllo delle emorragie

Il trattamento specifico delle lesioni addominali non deve interferire con la messa in atto di queste prioritarie manovre utili all'ottimizzazione del trasporto di ossigeno ed alla perfusione tissutale.

- **Trattamento dello shock**  
Devono venir messe in atto le normali procedure antishock, compresa la somministrazione di ossigeno ( $FiO_2 > 0.85$ )
- **Prelievi di sangue**  
Un prelievo di sangue dovrebbe essere ottenuto dal primo catetere posizionato come accesso venoso. L'esecuzione di prelievi di sangue sulla sede d'intervento extraospedaliera non è uniformemente accettata da tutti, pertanto si rimanda ai protocolli in uso presso il proprio Servizio. Gli esami di laboratorio in un sospetto trauma dell'addome prevedono:
  - ematocrito
  - conta dei globuli bianchi con formula
  - amilasemia
  - gruppo sanguigno e prove crociate per i gravi politraumatizzati

- **Sondino nasogastrico**  
Il posizionamento di un SNG è una manovra fondamentale nel traumatizzato. L'obiettivo primario è la rimozione del contenuto gastrico, la riduzione di pressione e di volume dello stomaco e pertanto del rischio di inalazione di materiale gastrico. La presenza di sangue nel contenuto gastrico è indicativa di lesioni del tratto digerente alto.  
N.B. Il sondino gastrico dovrebbe essere introdotto attraverso la bocca in presenza di gravi lesioni maxillo facciale per non incorrere nel rischio di dislocazione del sondino nel cranio in caso di una frattura dell'etmoide.
- **Catetere vescicale**  
Il posizionamento di un catetere vescicale ha un duplice scopo. La funzione principale è quella di decomprimere la vescica e permettere il monitoraggio della diuresi oraria come indice di perfusione periferica. L'ematuria è in importante segno di un potenziale trauma dell'apparato genitourinario.

### **Oggetti conficcati**

Siccome la rimozione di un oggetto conficcato può causare ulteriori lesioni e la parte conficcata può tamponare un eventuale emorragia, l'esecuzione di tale manovra è sconsigliata in ambiente extraospedaliero.

L'oggetto dovrà essere immobilizzato, meccanicamente o manualmente, per impedirne la dislocazione durante il trasporto.

### **Eviscerazione**

Da una lesione della parete addominale possono eviscerare tratti di intestino od organi addominali. La protezione di questi organi protusi presenta un problema particolare. NON bisogna assolutamente tentare di riposizionare in addome gli organi fuoriusciti. Bisogna lasciare questi organi così come vengono trovati, ricoprirli con teli sterili inumiditi con soluzione fisiologica sterile. Questi teli vanno mantenuti umidi con successive applicazioni di soluzione fisiologica.

### **Emorragie da fratture del bacino e da lesioni associate**

Le gravi emorragie secondarie a fratture del bacino sono un problema clinico estremamente difficile da gestire. le grandi ossa del bacino ricevono un notevole flusso ematico e le fratture esposte in questa sede sanguinano copiosamente ed i gruppi muscolari più importanti che circondano queste ossa sono anch'essi riccamente vascolarizzati.

Nelle fratture esposte del bacino la mortalità supera il 50 %.

L'esame obiettivo dovrebbe includere l'ispezione accurata del peritoneo alla ricerca di ecchimosi, o di ferite penetranti, e la compressione sistematica delle ossa della pelvi.

Lesioni del retto o dell'apparato genito-urinario devono essere sospettate in tutti i pazienti con traumi del bacino. le emorragie locali più gravi sono generalmente associate con fratture del bacino.