

***Marginalii la primul Simpozion Național cu participare internațională
“Traumatologia Viscerală – Noi Concepte Terapeutice”
Buzău, 10-11 oct 2005***

1. Traumatologia viscerală, o entitate specifică în plină expansiune.

Traumatologia viscerală accede încet dar sigur la un veritabil statut și în România. Această evoluție importantă a mentalităților, pentru o bună parte dintre chirurgii generalişti, educați și ancorați conceptual în « filozofia » chirurgiei programate, a fost posibilă prin entuziasmul și activitatea de « pionierat » a unor șefi de servicii clinice universitare dar și din câteva spitale județene, ce au avut curajul să afirme că principiile chirurgiei electivă, pot fi înlocuite în chirurgia de urgență cu atitudini incomplete, temporare, ce au drept scop final aducerea pacientului politraumatizat în altă condiție fiziopatologică și biologică, la operația radicală, definitivă.

Aceste imperative explică numeroasele schimburi de informații, dintre chirurgii digestivi și alți actori din sfera urgențelor traumatică, fie ei reanimatori, radiologi sau medici urgențiști. Sunt confruntări de opinii și strategii terapeutice, totdeauna fructuoase, în fața unui bolnav al cărui prognostic vital este angajat și unde fiecare minut contează, orgoliile personale făcând loc tratamentului consensual.

Simpozionul recent încheiat la Buzău și-a propus prin organizarea tematică a lucrărilor, prin reprezentativitate și calitatea intervențiilor, o nouă abordare a priorităților diagnostice și terapeutice ale bolnavului traumatizat, evaluarea rapidă și precisă a nevoilor sale biologice, reanimarea specifică și personalizată a acestuia, precum și organizarea după principiile traumatologiei moderne a cadrului logistic și decizional de transport medicalizat, primire și tratament a pacientului cu urgență majoră.

În majoritatea țărilor occidentale dar și într-un mare număr de țări în curs de dezvoltare, se avansează ideea unei epidemii traumatică, în care accidente de circulație sunt la originea a 60% din leziuni și responsabile de 10 până la 30% din decesele consemnate. Leziunile prin arme albe sau arme de foc sunt mai puțin frecvente în arealul nostru geografic. O pondere importantă o dețin căderile accidentale sau voluntare (defenestrările) și în mai mică măsură accidentele de muncă. Repartiția pe criterii de vârstă și sex a traumatismelor abdominale, evidențiază că jumătate din pacienții traumatizați au mai puțin de 45 de ani și că sexul masculin este reprezentat în proporție de 75-80%. În replică, în SUA, etiologia traumatică abdominală este majoritar violentă prin arme de foc sau arme albe (60-65%).

Abdomenul este în ordinea frecvenței, a 3-a regiune anatomică interesată în accidente. Aproximativ 25% din traumatismele penetrante ale abdomenului și 6-10% din cele închise necesită o laparotomie.

2. Asistența de urgență prespitalicească, între empiric și modernitate.

Organizarea sistemului de asistență calificată a bolnavului traumatizat este o ecuație complexă dependentă de o serie de factori precum personalul medical disponibil și formarea acestuia în tehnicile chirurgiei de urgență, voința politică, cadrul legislativ și resursele financiare alocate.

În intervenția sa **Dr. Raed Arafat (SMURD Mures)** sublinia problemele reale din teren ale asistenței de urgență: distanțele foarte mari parcurse de politraumatizații gravi pentru a ajunge la un spital clinic sau județean, absența transportului medicalizat, un platou tehnic spitalicesc insuficient și indisponibil 24/24 ore, absența personalului calificat în traumatologia de urgență.

Gestionarea politraumatizatăului în faza prespitalicească comportă două vopete care sunt pe de o parte stabilizarea (mise en condition) pacientului în stare critică, respectiv asigurarea unui transport rapid și medicalizat.

Asigurarea transportului în condiții optimale de securitate trebuie să raspundă celor trei obiective: restabilirea și menținerea parametrilor vitali (hemodinamica, respirația și activitatea cerebrală), prevenția agravării stării clinice a pacientului și ajustarea consecințelor transportului. Se disting 2 tipuri de transport: transportul primar cu dirijarea pacientului către structura spitalicească de proximitate și transportul secundar (interhospitalier) ce permite orientarea bolnavului către o unitate de referință, adaptată tehnic și profesional pentru o asistență înalt calificată.

Au fost subliniate și constrângerile legate de o asistență de urgență practică într-un mediu uneori ostil (teren accidentat, condiții meteo dificile), în spații urbane intens populate, cu « binevoitori » ce pot agrava prin ignoranță starea clinică a rănitului sau pot parazita actul calificat al echipei de descarcerare.

Au fost prezentate avantajele incontestabile ale transportului aerian (helicopter) în prezent cu acoperire regională dar încă restrâns ca accesibilitate, bugete alocate și număr de unități medicalizate. S-au discutat și comentat indicațiile majore ale transportului aerian: politraumatizatul grav (injury severity score > 16), politraumatizatul cranian, traumatologia pediatrică și traumatismul sever la pacienta gravidă.

Profesorul Eric Voiglio (CHU Lyon), secretarul Societății Franceze de Chirurgie de Urgență, a făcut o interesantă expunere asupra managementului pacientului politraumatizat ierarhizând manoperele diagnostice și terapeutice. A fost evidențiată controversa conceptuală între atitudinea anglo-saxonă “*Scoop and Run*” și cea europeană de asistență medicalizată pe teren “*Play and Stay*”. Neîndoielnic, atitudinea este adaptată gravității și tipului de patologie traumatică. Dacă în unele situații, factorul timp este crucial iar chirurgia devine cea mai bună reanimare, există și situații unde o medicalizare prealabilă transportului poate deveni salvatoare.

Gestionarea prespitalicească a unui traumatizat grav presupune existența unei echipe antrenate și calificate, realizând gesturi de securizare vitală a pacientului fără excese terapeutice ce pot întârzia transportul către unitatea spitalicească.

O evaluare rapidă și globală la locul accidentului poate fi făcută cu ajutorul unor scoruri, luând în calcul datele anatomoclinice și fiziologice ce orientează asupra tipului de spitalizare necesară (Trauma index), asupra probabilității de supraviețuire (Trauma score) sau asupra riscului de deces (Injury severity score) în funcție de criteriile de alertă traumatică (American College of Surgeons): presiune arterială sistolică < 90; scor Glasgow ≤ 12; frecvență respiratorie < 10 sau > 29; plagă penetrantă cap, gât, trunchi sau abdomen; arsură > 15% din suprafața corporală; deficit neurologic sau paralizie; pacient ejectat din autovehicul; pacient necesitând descarcerare; cădere de la o înălțime > 6m; soc pieton-vehicul la > 35 km/h.

În lipsa unor unități specializate orientate preponderent către tratamentul leziunilor traumatiche (echivalentul unităților “trauma center” din SUA), structurile spitalicești din România ar trebui să fie adaptate și dotate pentru rezolvarea continuă a bolnavilor politraumatizați, având centre de primire bine structurate, platou tehnic de imagerie disponibil 24/24h și încadrare cu personal format în specialitatea de urgență (trauma team).

3. Hematoamele retroperitoneale – „*noli me tangere*”

Conduita în fața unui hematom retroperitoneal de origine traumatică, după cum subliniau **Prof. C. Nica și Conf. Cristian Nica** (autorii unei valoroase și în același timp rare monografii tematice) rămâne dificilă și controversată, principala problemă constituind-o extrema variabilitate a leziunilor cauzatoare de HRP, de la injurii minimale până la leziuni ce pun în joc prognosticul vital imediat.

Gravitatea acestui « complex lezional » este imprimată, în accepțiunea actualelor interpretări fiziopatologice, de însumarea unor factori determinanți : hipovolemia împreună cu toate consecințele tisulare ale sindromului de hipoperfuzie periferică, la care se adaugă iritația bogatei inervații vagosimpatice a spațiului retroperitoneal, cu efecte metabolice și vasculare sistemice. Asocierea plurilezională atât de frecventă la pacientul politraumatizat, « diluează » sau maschează ceea ce este specific tabloului clinic și prin aceasta întârzie diagnosticul.

O altă dificultate subliniată de participanți (**Dr. S. Bageacu – CHU St. Etienne si Prof. V. Sarbu - Constanta**) este asocierea frecventă a hematomului retroperitoneal cu alte leziuni (i.peritoneale, osoase, toracice), ceea ce face dificilă descrierea unei conduite ce se vrea univocă.

Explorarea chirurgicală a unui HRP descoperit prin imagerie este dependentă de tipul traumatismului (contuzie sau plagă), de localizare și mai ales de starea hemodinamică a bolnavului. În cazul unei descoperiri fortuite per-operatorii, hematumul nu trebuie deschis, cu excepția cazului când este expansiv și starea hemodinamică o impune (doar traumatismele din zona I impun explorarea chirurgicală); în schimb laparotomia va fi adresată totdeauna leziunilor digestive (perforație de organ cavitărilor). Pentru leziunile osoase sau vasculare, arteriografia cu embolizare poate deveni o atitudine utilă, diagnostică dar și terapeutică.

4. Plăgile prin arme de foc – o etiologie în plină expansiune

După cum arăta în conferința sa **Prof. E.Voiglio (CHU Lyon)**, Europa nu poate concura SUA, considerată fără echivoc drept « model de violență urbană » cu cele 230 milioane de arme de foc în circulație, 24 mii persoane ucise și 300 de mii răniți pe an (echivalentul pierderilor americane pe toată durata conflictului din Vietnam), leziunile produse prin arme de foc în țările vest europene antrenând costuri considerabile din partea societății.

Traumatismele balistice necesită mult mai frecvent și mult mai rapid decât traumatismele închise, un gest chirurgical, aportul reanimatorului anestezișt fiind capital pe toată durata algoritmului decizional. Gravitatea acestor traumatisme este dependentă de topografia și mecanismul lezional. Astfel, răniții cu instabilitate hemodinamică, cu leziuni cervicale, de trunchi și în particular ale ariei cardiace, cu leziuni ale regiunii inghino-femorale, ca și cei răniți prin gloanțe de mare viteză sau arme de vânătoare la mică distanță, trebuie orientați direct în sala de operație pentru rezolvare chirurgicală.

Plăgile cardio-pericardice și ale vaselor mediastinale reprezintă 20-26% din plăgile toracice în seriile recente, cu o mortalitate ce variază între 20-80%.

Plăgile marilor vase abdominale pot impune o toracotomie anterolaterală stângă de maximă urgență pentru realizarea clampajului aortei descendente, în special la marii exanguinați, dar procentajul de supraviețuire nu depășește 2-7%.

Plăgile complexe hepatice a căror hemostază nu poate fi obținută în urgență decât cu sacrificii parenchimotoase importante, beneficiază în prezent de un gest minimal, de cele mai multe ori salvator, (tamponamentul i.abdominal temporar sau « packing »), componenta conceptului de « damage control surgery », reintervenția efectuându-se după stabilizarea pacientului într-un interval de 48-72 ore.

5. Traumatologia hepato-splenică, între intervențional și conservator.

O sesiune extrem de animată atât prin tematica abordată dar mai ales prin calitatea lucrărilor și reprezentativitatea delegațiilor prezente (Spitalul Clinic de Urgență Floreasca, Centrul de Chirurgie Generală și Transplant Hepatic Fundeni, Spitalul Clinic de Urgență Iași, AZ St.Jozeph Mortsel – Antwerpen), în care s-a dezbătut problematica actuală a traumatologiei hepato-splenice.

Consensual, toți oratorii s-au pronunțat către o schimbare de strategie în abordarea traumatismelor hepatice și/sau splenice, opțiunea non-operatorie fiind agreată în prezent la 50-56% din cazuri (AFC) față de doar 19% (1985).

Profesorul M. Beuran (Spitalul Urgenta Floreasca) a accentuat în expunerea sa, că stabilitatea hemodinamică nu este suficientă în algoritmul decizional al abstenției chirurgicale, o serie de alte exigențe fiind necesare: absența unei leziuni de organ cavităar, obținerea unei supravegheri “strânse” și continue, capacitatea de a dispune de imaginerie tomografică cu arteriografie embolizantă, acces nerestricțiv la blocul operator cu echipă antrenată în chirurgia hepatică.

Ceilalți prezentatori (**Dr. Eric Meir – Mortsel, Dr. S. Lunca – Iași**) au subliniat utilitatea unui procedeu intrat în arsenalul operator al traumatismelor hepatice grave la începutul anilor 90, ca un gest disperat de salvare extremă și reactualizat în prezent într-un protocol clar și individualizat. Este vorba de tamponamentul perihepatic (TPH) sau “packing-ul” autorilor anglo-saxoni. Indicațiile sale se adresează unor leziuni hemoragice grave ale ficatului la un politraumatizat cu acidoză și temperatură centrală sub 34°C, necesitând > 5 unități de sânge în primele ore de internare.

Sesiunea de traumatologie splenică a fost moderată de **Dr. M. Anastasiu (Spitalul Jud. Buzau)** și **Dr. Pierre Lê (Montargis – Franta)**

Au fost prezentate și comentate o serie de considerații terapeutice actuale în traumatologia splenică de Dr. M. Anastasiu (Spitalul Județean Buzău), Dr. V. Strâmbu (Spitalul Sf. Pantelimon București) și Prof. E. Târcoveanu (Spitalul Sf. Spiridon Iași).

Până la debutul anilor 80, splenectomia totală era la adult tratamentul de referință al leziunilor splenice traumatice. Evidențierea riscului infecției fulminante post-splenectomie (OPSI), succesele tratamentului conservator la copii, accesul la o imaginerie din ce în ce mai performantă cu posibilități de embolizare radiologică, au fost tot atâtea argumente ce au schimbat strategia terapeutică, bisturiul coborând în prezent « pavilionul » în fața procedurilor conservatoare și de supraveghere medicalizată « armată ».

Marele câștig al traumatologiei abdominale este preluarea unei clasificări lezionale reproductibile și corelată semiologiei imagistice (tomografice), clasificarea AAST (American Association for Surgery of Trauma).

În momentul de față 50-70% din leziunile splenice traumatice sunt tratate de manieră conservatoare, rata de eșec consemnată pe seriile recente fiind 10-20%.

6. Traumatologia iatrogenă – sinceritate și responsabilitate.

Pe parcursul manifestării au fost discutate într-o manieră sinceră și responsabilă unele aspecte de traumatologie indusă de actul terapeutic (traumatologie iatrogenă) sesiunea fiind moderată de **Prof. N. Angelescu (Spitalul Colțea)** și **Prof. St. Neagu (Spitalul Clinic Universitar de Urgență București)**.

Utilizarea tehnicilor miniinvazive (laparoscopice), dincolo de avantajele unanim cunoscute, poate induce unele accidente al căror determinism causal este o rezultată a contextului patologic inițial, a unor variante și anomalii anatomice dar și a unor erori legate de factorul uman sau de specificațiile tehnice ale dispozitivelor și instrumentelor utilizate.

Elementul esențial îl constituie recunoașterea precoce a accidentului și gestiunea terapeutică a acestuia (preferabil în cursul aceleași ședințe operatorii) cu minimum de consecințe morfofuncționale pentru pacient.

De multe ori incidentul survine prin forțarea unei indicații chirurgicale sau supraevaluarea competențelor individuale și de echipă. Ignorarea leziunii produse și întârzierea gestului reparator devin elementele agravante ce amplifică culpa medicală.

Chirurgia biliară (prin abord coelioscopic) va rămâne în continuare alături de chirurgia bariatrică grevată de mult mai multe leziuni iatrogene decât cele întâlnite în chirurgia clasică.

7. Traumatismele toracice complexe – elementul agravant al politraumatizatului în stare critică.

Traumatismele toracice sunt frecvente și potențial grave prin sumarea efectelor lezionale și prin angajarea rapidă a unui deficit cardiorespirator. Ele reprezintă o treime din totalul internărilor traumatologice și se identifică la 50% din decesele prin accidente rutiere, constituind cauza primară de deces la 25% dintre acestea.

Prezentările acestei sesiuni tematice au fost moderate de profesorii **L. Kiss (Sibiu), A. Cucu (Brașov), V. Păunescu (Spitalul Bagdasar – București)**. Interesante expuneri au prezentat și colectivele celor două servicii chirurgicale ale Spitalului Județean de Urgență Ploiești (Dr. Fl. Georgescu respectiv Dr. S. Dudus) precum și Dr. F. Chirculescu (Spitalul Clinic Universitar de Urgență București) și Conf. N. Galie (Institutul Pneumoftiziologie „Marius Nasta” București).

Gravitatea acestor traumatisme depinde de prezența hemo și/sau pneumotoraxului, susceptibile de a antrena un sindrom de compresiune endotoracică cu impact hemodinamic și severitate corelată gradului de hipovolemie.

Pneumotoraxul compresiv constituie a doua cauză de stop cardiac după șocul hemoragic dar perfect curabilă printr-un gest simplu și rapid de exsufție.

Contuziile pulmonare pot antrena leziuni alveolare, hemoragice prin rupturi capilare și tromboze vasculare sau se pot complica cu embolii gazoase prin efracții alveolo-venoase.

Nu trebuie omise din algoritmul diagnostic nici leziunile cardio-pericardice, rupturile traheobronșice, leziunile vaselor mari prin decelerări brutale și nu în ultimul rând rupturile diafragmatice.

Prof. A. Cucu (Brasov) sublinia în prezentarea sa cele două mecanisme patogenice ale rupturilor diafragmatice: o creștere brutală a presiunii abdominale în timpul unui impact toraco-abdominal sau o strivire bazi-toracică laterală cu fracturi de coaste și forfecarea inserțiilor diafragmatice. Leziunile bilaterale sunt rare (5%) dar ascensiunea intratoracică a viscerelor abdominale este frecventă (85%).

Dr. Pierre Lê (Franta) a prezentat o lucrare foarte interesantă – traumatologia „lap belt” inspirată din specificul accidentelor de circulație la pacienții purtători de centura. *Lap belt sign* este prezent la cca. 30-35% din cazurile cu leziuni toraco-abdomino-pelvine (rupturi entero-mezenteriale cu hemoperitoneu secundar, leziuni pancreato-duodenale, fractura vertebrala tip „Chance”, disecție de aorta abdominală).

Prof. V. Păunescu (Spitalul Bagdasar – București) arăta că un traumatism toracic grav este înainte de toate un politraumatism și pe o serie reprezentativă de cazuri asociind leziuni cranio-cerebrale sunt analizate elemente de morbi-mortalitate în corelație directă cu severitatea contuziilor cerebrale.

Tulburările de conștiență antrenează dificultăți de adaptare și reglare a volumelor ventilatorii și cresc riscul inhalării conținutului digestiv; în sens invers, hipoxia, consecința traumatismului toracic, mărește edemul cerebral agravând astfel leziunile encefalice.

Leziunile toracice de multe ori „zgomotoase” pot masca un traumatism abdominal cu hemoperitoneu sau hematom retroperitoneal. Au fost discutate și criteriile de intubație la politraumatizatului toracic, reținându-se ca indicații standard: frecvența respiratorie > 25/min, TA < 100mmHg, hipoxemie < 60mmHg, hipercapnie > 45mmHg, pH < 7,2 leziuni neurologice și abdominale asociate.

8. Multidisciplinaritate și nevoia unei orchestrații unice.

Nu poate fi conceput un serviciu modern de primire urgențe fără o colaborare strânsă chirurg, terapeut reanimator, radiolog, medic urgentist. Fiecare ocupă un loc distinct în protocolul de evaluare și decizie terapeutică. Chiar dacă în multe situații gestul chirurgical

devine salvator prin restabilirea parametrilor vitali, există și momente în care „vioara întâi” o deține terapeutul reanimator. Forța acestei echipe rezidă în multidisciplinaritate și colegialitatea deciziilor. Exemplul cel mai concludent este starea de șoc hemoragic posttraumatic, care impune un dublu demers: un demers terapeutic inițial simptomatic orientat către supraviețuirea imediată și altul etiologic pentru a adapta tratamentul cauzal, de regulă chirurgical, și a defini prognosticul vital.

În acest sens, **Dr. V. Ioniță (ATI – Spitalul Jud. Buzău)** a subliniat în prezentarea sa, că prima cauză de șoc hemoragic rămâne în continuare traumatismul. În gestiunea acestuia, faza prespitalicească ar trebui să reprezinte un moment crucial. Nu ar trebui să fie omise nici unele particularități semiologice: la adultul tânăr valorile tensionale pot rămâne normale până la 30% hipovolemie. Frecvența cardiacă poate deveni uneori de interpretare dificilă, căci o tahicardie poate ascunde o insuficiență analgezie, iar în sens invers, o bradicardie „fals liniștitoare” poate fi în fapt un semn de rău augur.

Repleția vasculară rămâne baza reanimării hemoragiilor acute. O lipsă de răspuns hemodinamic la o administrare rapidă de cca 2000 ml coloizi certifică o hemoragie activă, impunând urgența hemostazei chirurgicale.

Adepții conceptului american „*scoop and run*” consideră că în etapa pre-hospitalieră umplerea patului vascular este inutilă și periculoasă în condițiile în care sursa hemoragiei nu este controlată chirurgical și unde creșterea tensiunii arteriale conduce la accentuarea hemoragiei.

O serie de studii recente au demonstrat că până la 30% din decesele pacienților traumatizați ar putea să fie evitate printr-o mai bună gestiune a acestei etape inițiale.

La finalul celor două zile de sesiuni tematice au putut fi formulate o serie de concluzii bazate pe fapte clinice, experiența personală și referințele actuale din literatură:

- gravitatea leziunilor nu se sumează ci se multiplică prin potențializarea efectelor lezionale
- subestimarea gravității acestora poate constitui o eroare fatală
- ignorarea unor leziuni traumatice poate conduce la evoluții complicate și dramatice
- soluțiile terapeutice pot deveni în unele momente contradictorii și dificil de gestionat.

Cu ocazia acestui eveniment național a fost constituită Societatea Română de Chirurgie de Urgență și Traumatologie, al cărui obiectiv principal este focalizat pe domeniul asistenței medicale de urgență, elaborarea de programe și protocoale terapeutice, fondarea unei reviste de profil, colaborarea cu organismele naționale și internaționale similare și organizarea de manifestări regionale sau naționale cu tematică specifică.

Componența celor dintâi organe de conducere este următoarea: președinte în exercițiu Prof. C. Nica (Timișoara); președinte ales Prof. M. Beuran (București); vicepreședinți Prof. L. Kiss (Sibiu) și Prof. D. Niculescu (Iași); secretar dr. M. Anastasiu (Buzău), trezorier dr. C. Bostan (Buzău); membrii Consiliului director Prof. A. Cucu (Brașov), Prof. St. Neagu (București), Prof. S. Bancu (Tg. Mureș), Prof. D. Vâlceanu (Timișoara) și dr. I. Lică (București).

În următoarea perioadă de timp, activitatea societății va fi orientată către constituirea filialelor județene și pregătirea primului Congres Național de Chirurgie de Urgență și Traumatologie.