

ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΡΗΞΗ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ



Δέσποινα Παπαγεωργούλη, Ιωάννα Μαλαπάνη, Μαριάνθη Παναρίτη, Μαγδαληνή Κολλάτου, Παρασκευή Καστανιώτη, Γεώργιος Μπούντλας, Γεώργιος Κουκούλης, Κλέα Πηνελόπη Σουλικιά, Ματθαίος Ευθυμίου
Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας «Κουτλιμπάνειο και Τριανταφύλλειο»

Εισαγωγή

Οι κακώσεις του λεπτού εντέρου μετά από αμβλύ κοιλιακό τραύμα είναι σχετικά σπάνιες, αντιπροσωπεύοντας περίπου 1-5 % όλων των κοιλιακών κακώσεων. Στα τροχαία ατυχήματα, ιδιαίτερα σε άτομα που φορούν ζώνη ασφαλείας, οι δυνάμεις επιβράδυνσης προκαλούν συμπίεση του εντέρου ανάμεσα στη ζώνη και τη σπονδυλική στήλη. Αυτό οδηγεί σε διάταση, ισχαιμία, μερική ρήξη του τοιχώματος ή τραυματισμό του μεσεντερίου, με αποτέλεσμα καθυστερημένη νέκρωση και διάτρηση.

Η καθυστέρηση στην εμφάνιση των συμπτωμάτων (από μερικές ώρες έως και εβδομάδες) καθιστά τη διάγνωση δύσκολη και μπορεί να οδηγήσει σε σηψαιμία, περιτονίτιδα και αυξημένη θνητότητα, εάν δεν υπάρξει έγκαιρη υποψία και επαναξιολόγηση.

Σκοπός

Η παρουσίαση περιστατικού καθυστερημένης ρήξης λεπτού εντέρου μετά από τροχαίο ατύχημα που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς στο νοσοκομείο μας με στόχο την ανάδειξη μιας σχετικά σπάνιας κλινικής οντότητας, την υπογράμμιση της σημασίας της συνεχούς κλινικής παρακολούθησης και της επαναληπτικής απεικόνισης και την ενίσχυση της εγρήγορσης των χειρουργών απέναντι σε πολυτραυματίες.

Υλικό και Μέθοδος

Γυναίκα 50 ετών με ατομικό αναμνηστικό δυσλιπιδαιμίας και ιλίγγου διακομίστηκε στα επείγοντα σε ημέρα γενικής εφημερίας μετά από τροχαίο ατύχημα. Πιο συγκεκριμένα η ασθενής αναφέρει ότι ήταν συνοδηγός σε αυτοκίνητο το οποίο συγκρούστηκε πλαγιομετωπικά με άλλο όχημα. Η ασθενής φέρεται να φορούσε ζώνη ασφαλείας και άνοιξαν οι αερόσακοι του αυτοκινήτου. Κατά την παραμονή της στο ΤΕΠ έγινε η αρχική αναζωογόνηση και σταθεροποίηση σύμφωνα με τις αρχές αντιμετώπισης του πολυτραυματία κατά ATLS. Δεν προέκυψαν ιδιαίτερα ευρήματα από τον εργαστηριακό έλεγχο. Από τον αρχικό απεικονιστικό έλεγχο (ολόσωμη αξονική τομογραφία με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό και πρωτόκολλο τραύματος) αναδείχθηκαν οι ακόλουθες κακώσεις: μικρός πνευμοθώρακας δεξιά, κάταγμα στέρνου, κάταγμα 1^{ης} πλευράς δεξιά, 1^{ης}, 2^{ης} και 4^{ης}-9^{ης} πλευράς αριστερά, κάταγμα ωμοπλάτης αριστερά, κάταγμα Θ11, grade I κάκωση σπληνός και αιμάτωμα ορθού κοιλιακού αριστερά, χωρίς εικόνα ρήξης κοίλου σπλάγχου. Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την κλινική εξέταση της κοιλίας διαπιστώθηκε επισκοπικά το «seat-belt sign». Η ασθενής εισήλθε στη Χειρουργική Κλινική για παρακολούθηση με συντηρητική αντιμετώπιση σε συνεργασία με ορθοπεδικούς και νευροχειρουργούς (οξύγονο, αναλγησία, σταδιακή σίτιση και κινητοποίηση). Την 6^η ημέρα νοσηλείας εμφάνισε σταδιακή κλινική επιδείνωση με νέο κοιλιακό άλγος, διάταση κοιλίας και αιμοδυναμικά. Η επαναληπτική αξονική τομογραφία έδειξε μικρή συλλογή υγρού στη μεσότητα της κατώτερης κοιλιακής χώρας σε επαφή με έλικα λεπτού θέτοντας την υπόνοια συγκεκριμένης διάτρησης (εικόνα 1).

Αποτελέσματα

Εφόσον η ασθενής ήταν σταθερή αποφασίστηκε αρχικά συντηρητική αντιμετώπιση με ενδοφλέβια αντιβίωση και νηστεία υπό τακτική παρακολούθηση. Στον επαναληπτικό απεικονιστικό έλεγχο μετά από λίγες ημέρες φάνηκε πάχυνση και στρωματοποίηση του τοιχώματος της νήστιδας σε επαφή με συλλογές υγρού στην αριστερή κοιλία, χωρίς ελεύθερο αέρα, υπέρ συγκεκριμένης διάτρησης (εικόνες 2 και 3). Τελικά αποφασίστηκε η διενέργεια χειρουργείου. Η ασθενής υπεβλήθη σε ερευνητική λαπαροτομία, κατά την οποία διαπιστώθηκαν περιτονίτιδα με εντοπισμένο απόστημα, διάτρηση της νήστιδας, φλεγμονώδεις συμφύσεις και ισχαιμικές αλλοιώσεις του μεσεντερίου. Αποφασίστηκε και διενεργήθηκε τμηματική εντερεκτομή του πάσχοντος τμήματος του λεπτού εντέρου με πλαγιοπλάγια αναστόμωση, παροχέτευση των ενδοκοιλιακών συλλογών και επιμελείς πλύσεις της περιτοναϊκής κοιλότητας. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, με σταδιακή αποκατάσταση της εντερικής λειτουργίας, μείωση των αναγκών σε οξύγονο και αναλγησία και έναρξη κινητοποίησης βάσει και των καταγμάτων. Η ασθενής εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση τη 10^η μετεγχειρητική ημέρα προς κέντρο αποκατάστασης για περαιτέρω αποθεραπεία.

Συζήτηση

Η καθυστερημένη ρήξη λεπτού εντέρου μετά από αμβλύ τραυματισμό λόγω τροχαίου ατυχήματος μπορεί να εμφανιστεί 24 ώρες έως και 3 εβδομάδες μετά το συμβάν. Οι κυριότεροι παθογενετικοί μηχανισμοί είναι η ισχαιμία του εντερικού τοιχώματος λόγω μεσεντερικής κάκωσης ή αιματώματος, διατοχωματικό οίδημα που οδηγεί σε νέκρωση, καθυστερημένη διάτρηση μετά από αρχικό μικροτραυματισμό. Οι δυνάμεις απότομης επιβράδυνσης μπορεί να προκαλέσουν τράβηγμα του κινητού λεπτού εντέρου από σταθερά σημεία όπως το Treitz ή η ειλεοτυφλική περιοχή και να προκαλέσουν σχάσεις στο μεσεντέριο που τελικά οδηγούν σε απαγγείωση και ισχαιμία του εντέρου. Η ζώνη ασφαλείας μπορεί επίσης να δημιουργήσει συμπίεση του λεπτού εντέρου μεταξύ της ζώνης και της σπονδυλικής στήλης ή απορογονισμούς. Κλινικά η καθυστερημένη τραυματική ρήξη λεπτού εντέρου μπορεί να παρουσιαστεί με εμμένον ή νεοεμφανισθέν σταδιακά επιδεινούμενο κοιλιακό άλγος ή δυσφορία, ναυτία, έμετο, μετεωρισμό, εμπύρετο και σε καθυστέρηση της διάγνωσης μπορεί να εκδηλωθεί με την εικόνα της οξείας κοιλίας λόγω της περιτονίτιδας. Η αξονική τομογραφία κοιλίας με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό έχει υψηλή διαγνωστική αξία, αλλά σε αρχικό στάδιο μπορεί να είναι ψευδώς αρνητική. Για το λόγο αυτό, η επαναληπτική αξονική σε ασθενείς με επιμονή ή επιδείνωση των συμπτωμάτων είναι κρίσιμη. Η ύπαρξη «seat-belt sign», ελεύθερου υγρού χωρίς εμφανή πηγή ή παχύνσεων εντερικού τοιχώματος, πρέπει να εγείρει ισχυρή υποψία εντερικής κάκωσης. Έχει φανεί ότι το «seat-belt sign» συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για ενδοκοιλιακή κάκωση και ειδικότερα κάκωση λεπτού εντέρου και μεσεντερίου. Η αντιμετώπιση έγκειται αρχικά στην σταθεροποίηση του περιστατικού και ακολούθως η χειρουργική τεχνική ποικίλει ανάλογα με τα ευρήματα.

Επιλεγμένοι αιμοδυναμικά σταθεροί ασθενείς, χωρίς σημεία γενικευμένης περιτονίτιδας δύναται να αντιμετωπιστούν συντηρητικά με στενή κλινική και απεικονιστική παρακολούθηση με χαμηλό ουδό για τελική χειρουργική παρέμβαση. Το χειρουργείο μπορεί να περιλαμβάνει πρωτογενή συρραφή της ρήξης, εκτομή του πάσχοντος τμήματος και αναστόμωση ή δημιουργία στομίας ή σε εξαιρετικά επιβαρυσμένους ασθενείς damage control τεχνικές με έκπλυση και παροχέτευσεις.

Η έκβαση του κάθε περιστατικού εξαρτάται από τις συνοδές χρόνιες παθήσεις και τη γενική κατάσταση του ασθενούς, τις συνοδές κακώσεις καθώς μετά από τροχαία ατυχήματα αντιμετωπίζουμε ασθενείς πολυτραυματίες, το είδος της κάκωσης του λεπτού εντέρου (έκταση και εντόπιση βλάβης) και το βαθμό επιμόλυνσης της περιτοναϊκής κοιλότητας. Η νοσηρότητα και θνητότητα των καθυστερημένων ρήξεων παραμένει σημαντική, κυρίως λόγω διαφυγής περιεχομένου και περιτονίτιδας ειδικά αν η διάγνωση καθυστερήσει.

Συμπεράσματα

Η καθυστερημένη τραυματική ρήξη λεπτού εντέρου είναι σπάνια αλλά δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή μετά από τροχαίο ατύχημα. Η απουσία ευρημάτων στην αρχική απεικόνιση δεν αποκλείει την ύπαρξη κάκωσης. Η διαρκής κλινική παρακολούθηση, η υποψία με βάση τον μηχανισμό τραυματισμού και η έγκαιρη επαναληπτική απεικόνιση αποτελούν τους βασικούς παράγοντες για την έγκαιρη διάγνωση και επιτυχή αντιμετώπιση.

Βιβλιογραφία

1. Hamidian Jahromi A, Johnson L, Youssef AM. Delayed small bowel perforation following blunt abdominal trauma: A case report and review of the literature. Asian J Surg. 2016 Apr;39(2):109-12. doi: 10.1016/j.asjsur.2013.01.006. Epub 2013 Mar 6. PMID: 27016786.
2. Pimenta de Castro J, Gomes G, Mateus N, Escrevente R, Pereira L, Jácome P. Small bowel perforation and mesentery injury after an unusual blunt abdominal trauma-Case report. Int J Surg Case Rep. 2015;7C:51-3. doi: 10.1016/j.ijscr.2014.12.029. Epub 2014 Dec 24. PMID: 25576959; PMID: PMC4336400.
3. Al-Ozaibi L, Adnan J, Hassan B, Al-Mazroui A, Al-Badri F. Seat belt syndrome: Delayed or missed intestinal injuries, a case report and review of literature. Int J Surg Case Rep. 2016;20:74-6. doi: 10.1016/j.ijscr.2016.01.015. Epub 2016 Jan 22. PMID: 26826929; PMID: PMC4818312.
4. Smyth L, Bendinelli C, Lee N, Reeds MG, Loh EJ, Amico F, Balogh ZJ, Di Saverio S, Weber D, Ten Broek RP, Abu-Zidan FM, Campanelli G, Beka SG, Chiarugi M, Shelat VG, Tan E, Moore E, Bonavina L, Latifi R, Hecker A, Khan J, Coimbra R, Tebala GD, Soreide K, Wani I, Inaba K, Kirkpatrick AW, Koike K, Sganga G, Biffi WL, Chiara O, Scalea TM, Fraga GP, Peitzman AB, Catena F. WSES guidelines on blunt and penetrating bowel injury: diagnosis, investigations, and treatment. World J Emerg Surg. 2022 Mar 4;17(1):13. doi: 10.1186/s13017-022-00418-y. PMID: 35246190; PMID: PMC8896237.
5. McGuigan A, Brown R. Early and delayed presentation of traumatic small bowel injury. BMJ Case Rep. 2016 Mar 9;2016:ber2016214586. doi: 10.1136/ber-2016-214586. PMID: 26961562; PMID: PMC4785441.
6. O'Dowd V, Kiernan C, Lowery A, Khan W, Barry K. Seatbelt injury causing small bowel devascularisation: case series and review of the literature. Emerg Med Int. 2011;2011:675341. doi: 10.1155/2011/675341. Epub 2011 Apr 7. PMID: 22046543; PMID: PMC3200117.
7. Fakhry SM, Allawi A, Ferguson PL, Michetti CP, Newcomb AB, Liu C, Brownstein MR; EAST small bowel perforation (SBP) Multi-Center Study Group. Blunt small bowel perforation (SBP): An Eastern Association for the Surgery of Trauma multicenter update 15 years later. J Trauma Acute Care Surg. 2019 Apr;86(4):642-650. doi: 10.1097/TA.0000000000002176. PMID: 30633100.
8. Masudi T, McMahon HC, Scott JL, Lockey AS. Seat belt-related injuries: A surgical perspective. J Emerg Trauma Shock. 2017 Apr-Jun;10(2):70-73. doi: 10.4103/0974-2700.201590. PMID: 28367011; PMID: PMC5357874.
9. Yamamoto Y, Miyagawa Y, Kitazawa M, Takahata S, Aoyagi S, Hondo N, Koyama M, Nakamura S, Tokumaru S, Muranaka F, Soejima Y. Types and site distributions of intestinal injuries in seat belt syndrome. Traffic Inj Prev. 2020;21(7):442-446. doi: 10.1080/15389588.2020.1774565. Epub 2020 Jun 17. PMID: 32886011.

