

Καθυστερημένη τραυματική ρήξη λεπτού εντέρου μετά από τροχαίο ατύχημα

Δεδοπούλου Παρασκευή, Κίτσου Κωνσταντίνα-Σουλτάνα, Ρόδης Νικηφόρος, Γαραντζιώτη Βασιλική, Μπενετάτος Νικόλαος, Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό νοσοκομείο Πατρών (ΠΓΝΠ).



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η περίπτωση αφορά ασθενή 87 ετών, θύμα τροχαίου ατυχήματος υψηλού μηχανισμού, με απεγκλωβισμό του οδηγού. Η ασθενής δήλωσε ότι φορούσε τη ζώνη ασφαλείας κατά τη στιγμή του ατυχήματος. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η καθυστερημένη διάγνωση ρήξης του λεπτού εντέρου, μια κατάσταση που μπορεί να περάσει απαρατήρητη κατά την αρχική αξιολόγηση.

ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα παρουσίαση έχει ως στόχο την ανάδειξη των καθυστερημένων ενδοκοιλιακών κακώσεων, και συγκεκριμένα της διάτρησης του λεπτού εντέρου, σε ασθενείς μετά από τροχαία ατυχήματα υψηλού μηχανισμού. Επισημαίνεται η σημασία της συνεχούς παρακολούθησης και της επαναξιολόγησης των τραυματιών, καθώς οι καθυστερημένες διατρήσεις ενδέχεται να μην ανιχνεύονται άμεσα.

Υλικό & Μέθοδος

Η ασθενής προσήλθε στα ΤΕΠ αιμοδυναμικά σταθερή, με ζωτικά σημεία: ΑΠ 120/90 mmHg, σφύξεις 85/min και κορεσμό οξυγόνου 98%.

Από τη φυσική εξέταση παρατηρήθηκε σημείο ζώνης. Η κοιλιά ήταν μαλακή και ευπύεστη, χωρίς ευαισθησία. Απο F.A.S.T. Χωρίς ελεύθερο υγρό ή άλλες κακώσεις από τα συμπαγή όργανα, ενώ η ακτινογραφία θώρακος ήταν φυσιολογική, χωρίς εικόνα πνευμοθώρακα ή αιμοθώρακα. Η αξονική τομογραφία πλήρους σώματος (full-body CT) δεν ανέδειξε υγρό ή ελεύθερο αέρα, ενώ δεν καταγράφηκαν κακώσεις στα συμπαγή όργανα της κοιλίας.

Αποτελέσματα

Λόγω του υψηλού μηχανισμού του ατυχήματος, η ασθενής εισήχθη για παρακολούθηση, ασυμπτωματική. Οκτώ ώρες αργότερα, παρατηρήθηκε μεταβολή στην κλινική εικόνα της ασθενούς, με έναρξη αιφνίδιου και επιδεινούμενου κοιλιακού άλγους με κατανομή σε όλη την κοιλιακή χώρα, και θετικό σημείο rebound, από τη φυσική εξέταση. Οδηγήθηκε για επαναληπτική αξονική τομογραφία όπου αναδείχθη σημαντική ποσότητα ελεύθερου υγρού και φυσαλίδες αέρα στην κοιλιακή χώρα. Η ασθενής οδηγήθηκε για ερευνητική λαπαροτομία, κατά την οποία διαπιστώθηκε ρήξη του λεπτού εντέρου. Τα ευρήματα στο χειρουργείο ήταν ρήξη λεπτού εντέρου με περιχαράκωση από το μεσόκολο, σε απόσταση 50εκ από τον σύνδεσμο του Treitz. Εύρημα που δικαιολογεί την μη παρουσία αέρα στην 1η απεικόνιση. Διενεργήθη εντερεκτομή με πλαγιοπλάγια αναστόμωση. Η ασθενής έλαβε εξιτήριο μετά από 8 ημέρες.

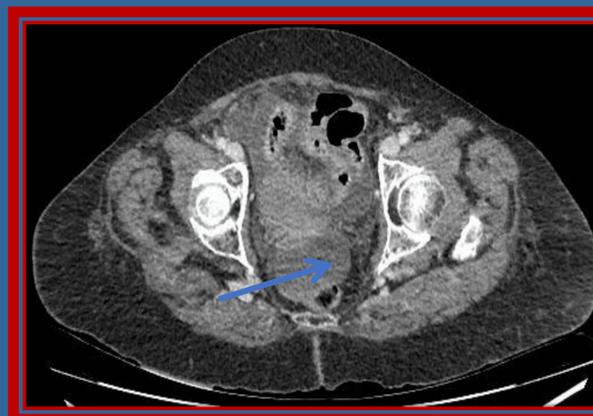
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι κακώσεις των συμπαγών οργάνων και του μεσεντερίου μετά από αμβλύ τραύμα εμφανίζονται σε περίπου 1% των περιπτώσεων¹. Η σπανιότητά τους και η δυσκολία στη διάγνυσή τους αποτελούν μία σημαντική πρόκληση για τον χειρουργό. Η αξονική τομογραφία με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό δεν αναδεικνύει τραυματισμό εντέρου στην αρχική απεικόνιση σε περίπου 1 στους 5 ασθενείς². Μηχανισμός υψηλής ενέργειας, και κλινικά σημεία όπως το «σημείο ζώνης» (seat-belt sign) πρέπει να θέτουν **υψηλή υποψία** για πιθανή κάκωση ενδοκοιλιακού οργάνου^{3,4}.

ΕΙΚΟΝΑ 1-Χωρίς ελεύθερο υγρό στον Δουγλάσσειο χώρο ή μεταξύ εντερικών ,στην 1^η απεικόνιση .



ΕΙΚΟΝΑ 2-Με ελεύθερο υγρό στο Δουγλάσσειο και μεταξύ εντερικών ελίκων .



ΕΙΚΟΝΑ 3—Χωρίς υγρό περιηπατικά ή περισπληνικά στην 1^η απεικόνιση



ΕΙΚΟΝΑ 4-Υγρό περιηπατικά και περισπληνικά λίγες ώρες αργότερα,στην επαναληπτική αξονική κοιλίας.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Smyth L, Bendinelli C, Lee N, et al. WSES guidelines on blunt and penetrating bowel injury: diagnosis, investigations, and treatment. *World J Emerg Surg.* 2022;17(1):13. Published 2022 Mar 4. doi:10.1186/s13017-022-00418-y
2. Loftus TJ, Morrow ML, Lottenberg L, et al. Occult bowel injury after blunt abdominal trauma. *Am J Surg.* 2019;218(2):266-270. doi:10.1016/j.amjsurg.2018.11.018
3. Sengar S, Rehmani B, Kumar N. Recognition and management of small bowel and mesenteric injuries in blunt abdominal trauma. *Int Surg J*2016;3:2135-40.
4. Chandler CF, Lane JS, Waxman KS. Seatbelt sign following blunt trauma is associated with increased incidence of abdominal injury. *American Surgeon.* 1997;63(10):885-888.