

# ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝ ΤΡΑΥΜΑ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΝΥΣΣΟΝ ΟΡΓΑΝΟ

Μπότζας Θωμάς<sup>1</sup>, Χατζηαντωνίου Αικατερίνη<sup>1</sup>, Μπαζίνας Ζήσης Μάριος<sup>1</sup>, Νταούτης Ανδρέας<sup>1</sup>, Βησσαρία Τάτση<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Τμήμα Χειρουργικής, Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αναφορά περιστατικού νεαρού ασθενή που προσήλθε με θλαστικό τραύμα μήκους δύο εκατοστών δεξιού υποχονδρίου από μαχαίρι. Στην παρούσα εργασία αναδύκεται η διαχείριση νεαρού ασθενούς με κάκωση ήπατος από νύσσον όργανο και οι αποφάσεις που ελήφθησαν με γνώμονα πρωτίστως τη βέλτιστη αντιμετώπιση του, ελαχιστοποιώντας στο μέγιστο τους κινδύνους για τη ζωή του, συνυπολογίζοντας παράλληλα όμως και τους περιορισμούς των επαρχιακών νοσοκομείων.

## ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς, 52100 Καστοριά  
 Email: xk@kastoriahospital.gr  
 Τηλέφωνο: 2467350712  
 Website: <https://www.kastoriahospital.gr/>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

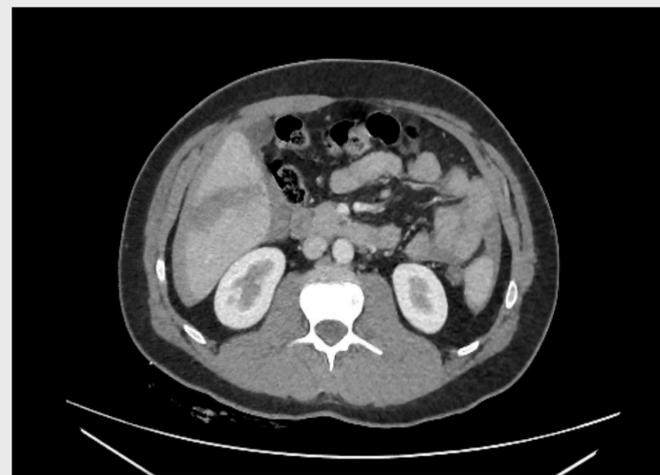
Οι διατιτραίνουσες κοιλιακές κακώσεις έχουν συμμετοχή του ήπατος στο 40% των περιπτώσεων. Η αντιμετώπισή τους διαφέρει ανάλογα με το αιμοδυναμικό προφίλ του ασθενή και τις συνυπάρχουσες κακώσεις.

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 24 ετών προσεκομίσθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ύστερα από διατιτραίνων τραύμα δεξιάς θωρακοκοιλιακής χώρας από μαχαίρι. Ο ασθενής κατά την προσέλευση ήταν αιμοδυναμικά σταθερός με βατό αεραγωγό. Έφερε τραύμα δύο εκατοστών στο δεξιό υποχόνδριο που επισκοπικά φαινόταν περιορισμένου βάθους, ενώ υπήρχε ευαισθησία αποκλειστικά στο δεξιό υποχόνδριο κατά την ψηλάφηση. Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος/κοιλίας. Κατά την απεικόνιση, αναγνωρίστηκε Grade III/IV τραυματισμός ήπατος τμήματος VI με ενεργό εξαγγείωση σκιαγραφικού και συλλογή αίματος ενδοπεριτοναϊκά, χωρίς κακώσεις λοιπών οργάνων (Εικόνες1&2). Ο ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός με μία μονάδα πτώσης της αιμοσφαιρίνης σε δύο επαναληπτικούς ελέγχους.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου διενεργήθηκε Kocher τομή με σκοπό την καλύτερη ανάδειξη των οπίσθιων τμημάτων του ήπατος και αποφυγή μέσης τομής δεδομένης της ηλικίας του ασθενή. Διεγχειρητικά, επιβεβαιώθηκαν τα ευρήματα της αξονικής. Έγινε συρραφή του αιμορραγικού αγγείου και της σχάσης του ήπατος (Εικόνα3). Έγινε σχολαστικός έλεγχος των λοιπών ενδοκοιλιακών σπλάχνων για κρυφές κακώσεις. Ο ασθενής διακομίσθηκε σε ΜΕΘ σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, δεδομένης της αδυναμίας εικοσιτετράωρης παρακολούθησης του ασθενούς και της πιθανότητας επαναιμορραγίας και ανάγκης δεύτερης λαπαροτομής. Δύο ημέρες μετά αποσωληνώθηκε και μεταφέρθηκε σταθερός στη Χειρουργική Κλινική, όπου παρέμεινε για επτά ημέρες, οπότε και εξήλθε.

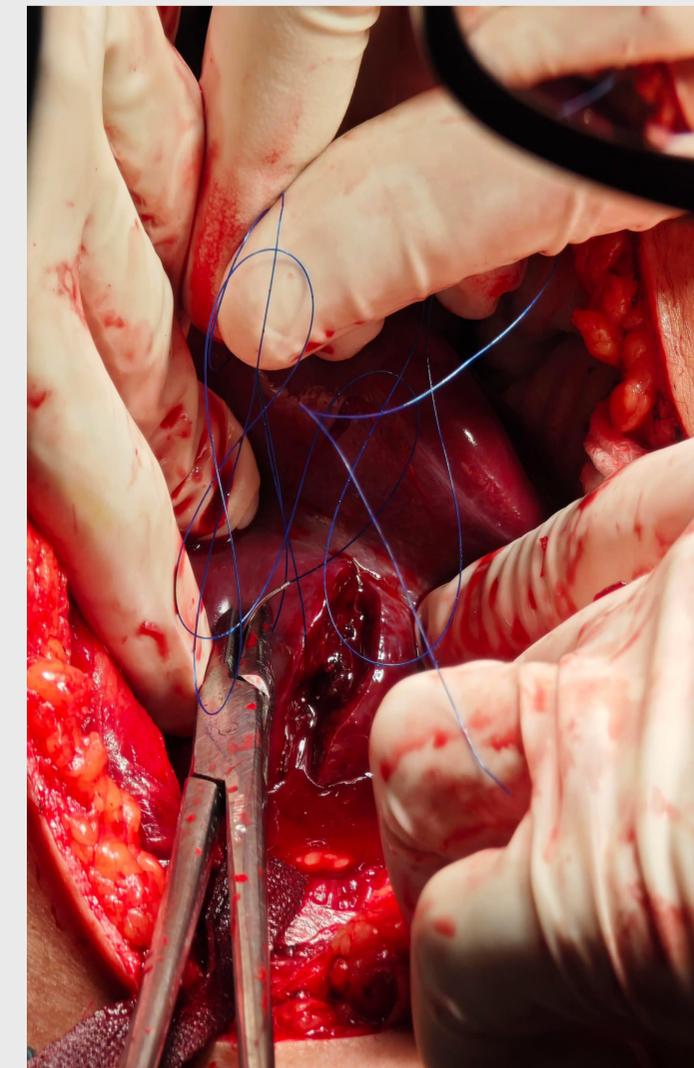


Εικόνα1: Εγκάρσια τομή αξονικής τομογραφίας προεγχειρητικά με εικόνα ρήξης στο τμήμα VI.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο διατιτραίνουσες κακώσεις κοιλίας, μπορεί να είναι παραπλανητικές, αν έχουν μικρό μέγεθος και απουσιάζουν ευρήματα αιμοδυναμικής αστάθειας. Η διαχείριση τέτοιων κακώσεων απαιτεί υψηλή υποψία από το χειρουργό, με τον απεικονιστικό έλεγχο να αποτελεί το gold standard της διάγνωσης και του περαιτέρω πλάνου αντιμετώπισης. Η αντιμετώπιση αυτών των κακώσεων σε επαρχιακά δευτεροβάθμια νοσοκομεία, σπανίως είναι συντηρητική εξαιτίας των μειωμένων πόρων και της αδυναμίας εικοσιτετράωρης παρακολούθησης.

Εικόνα2(Κάτω): Στεφαναϊά τομή αξονικής τομογραφίας προεγχειρητικά όπου αναγνωρίζεται η πύλη εισόδου με κόκκινο βέλος και η ρήξη στο τμήμα VI του ήπατος.



Εικόνα3: Διεγχειρητική εικόνα κατά τη συρραφή της ηπατικής θλάσης.