

TRAUMA DUODENULUI: CONSIDERAȚII GENERALE

Vitalii Lescov – asist. univ.

Catedra Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”, USMF „Nicolae Testemițanu”,
CNŞPMU, Chişinău, Moldova

GSM. +373 69666107, E-Mail: lescov.vitalie@mail.ru

Rezumat

Studiul are menirea de a scoate în evidență problemele nerezolvate a leziunilor traumatiche ale duodenului în vederea soluționării lor. Reieșind din particularitățile perioadei posttraumatice, riscul apariției complicațiilor severe, rata sporită a letalității în traumatismul duodenal, problema dată rămâne actuală și, necesită studiere continuă.

Cuvinte-cheie: trauma duodenului, considerații generale

Summary: Duodenal trauma: general considerations

The study has the aim to highlight the unsolved problems of traumatic duodenal lesions in order to solve them. According to the particularities of posttraumatic period, to the risk of severe complications, high rate of letality in the duodenal trauma, this problem remains current and requires a continuous study.

Key words: duodenal trauma, general considerations

Резюме: Травма 12-перстной кишки: общие положения

Целью работы является выявление нерешенных вопросов при повреждениях двенадцатиперстной кишки для их дальнейшего разрешения. Учитывая особенности посттравматического периода, риск возникновения тяжелых осложнений, высокий уровень летальности при травме двенадцатиперстной кишки, данная тема остается по-прежнему актуальной и требует дальнейшего изучения.

Ключевые слова: травма 12-перстной кишки, общие положения

Introducere

Experiența a mai mult de 100 de ani de tratament a leziunilor traumatiche ale duodenului, demonstrează că problema rămâne nerezolvată până în prezent în chirurgia de urgență și, mai ales, pentru fiecare chirurg în parte din cauza incidenței joase 1,2-10% în

structura traumatismelor organelor digestive [7,19]. Majoritatea publicațiilor se referă la trauma închisă duodenală, însă probleme de diagnostic, greșeli de tactică se întâlnesc și în leziunile deschise, ce nu e de neglijat [10,12,15,17]. Ca urmare, acestea duc la dezvoltarea complicațiilor intra-abdominale preoperator,

dar mai ales la complicații severe postoperator cu incidența de 25,0-72,2% [1,2,3,16] și letalitate înaltă 16,6 - 90,5% [6], iar în caz de flegmon retroperitoneal -100%. Letalitatea în leziunile izolate de duoden constituie 11,8-30,5%, iar în caz de leziuni asociate 46,6-80,0% [13,17]. Letalitatea în trauma deschisă este de 3 ori mai mică, decât în ce-a închisă [18,21] constituind după Aherne ș.a (2003) 6-25% [1]. Cauzele letalității înalte sunt insuficiența suturilor, fistulele duodenale, pancreatita posttraumatică urmate de flegmonul retroperitoneal, peritonită și septicemie [13,17]. Letalitatea sporită este rezultatul greșelilor de diagnostic în cazul când recunoașterea leziunilor nu este stabilită sau, se stabilește tardiv și, mai ales, în prezența asocierii cu alte leziuni ce se suprapun.

Diagnosticul leziunii traumatiche duodenale prezintă o ecuație complicată, greu de rezolvat, atât din cauza particularităților anatomo-topografice; dimensiunilor mici ale duodenului, poziției adânci, fiind apărat de mușchi masivi și organele adeseante anterior și coloana vertebrală posterior. Toate acestea ne indică mecanismele de producere, cel mai frecvent în cazul traumatismelor abdominale închise ce constă în comprimarea duodenului pe coloana vertebrală, mărinđ presiunea intraluminală brusc, mai ales, în cazul unui duoden plin și blocat proximal de sfincterul piloric și distal de augulația ligamentului Treiz, totodată de ruptura ce se produce prin tracțiunea exercitată de porțiunea mobilă ale tubului digestiv. În trauma deschisă cu leziune duodenală se produce o soluție de continuitate la nivelul peretelui duodenal.

Raritatea leziunilor duodenale ne indică faptul că, acestea trebuie căutate în orice traumatism care a acționat la etajul superior abdominal. Majoritatea leziunilor se produc în segmentul D2 și D3.

Recunoașterea plăgilor abdominale ce intersec-tează peretele ventral este ușoară, această se explică prin faptul că revărsatul peritoneal gălbui-spumos este caracteristic, ce ne orientează de la bun început spre duoden și căile biliare extrahepatice. Deosebit de anevoiosă este recunoașterea leziunii duodenului în cazul când, este implicat peretele posterior inaccesibil exploarării fără manevră de decolare. În așa caz șansa de a trece cu vederea o astfel de leziune este favorizată de coexistența leziunilor altor viscere chiar și mai îndepărtate. Nu trebuie să fim siguri și, să ne lăsam înșelați chiar dacă acestea ar putea explica manifestările clinice.

Un criteriu orientativ de leziune duodenală constituie indentificarea unor leziuni pancreatice, explicația fiind corelația lor anatomică.

„Succesul-cheie” diagnostic-curativ în leziunile traumatiche ale duodenului poate fi influențat în marea măsură de anumite condiții spre o evoluție favo-

abilă așa ca: timpul traumă-spitalizare, examinarea multidisciplinară urgentă cu serviciu de reanimare și terapie intensivă cu un nivel înalt de diagnostic și tratament chirurgical individualizat de la caz la caz, într-un centru specializat, asigurând o rată minimă de greșeli diagnostico-curative și consecințe postoperatorii neplăcute.

Metodele clasice de diagnostic bazate pe acuze, anamneză, datele examinării obiective ale traumatizațiilor la internare nu sunt în stare să ofere informații complete, obiective și definitive a stării acestora, deoarece este condiționată de suma a mai multor factori, ca: mecanismul și caracterul traumei, timpul scurs de la traumă, starea de șoc, stare de ebrietate, influența stupefiantelor, leziuni asociate cu alte organe și sisteme, îndeosebi cranio-cerebrale, toraco-abdominale, ale locomotorului, coloanei vertebrale, starea hemodinamicii, care în ansamblu aduc la un polimorfism al tabloului clinic.

Un rol important constituie și factorii subiectivi: examinarea insuficientă a bolnavilor, aprecierea incorectă a datelor și semnelor acumulate, aprecierea incorectă a stării generale, urmate de supraveghere mai îndelungată și, din potrivă un hiperdiagnostic aduce la laparotomie exploratorie neargumentată, ce nu este indiferent pentru starea accidentatului.

Aceste circumstanțe îndreaptă spre ideea unui algoritm adecvat, individualizat diagnostic-curativ prin necesitatea aplicării succesive a metodelor paraclinice de diagnostic (radiografia, USG, TC, angiografie, FEGDS, laparocenteză, laparoscopie, vulnurografie) în raport cu sindromul predominant și starea hemodinamicii și optimizarea măsurilor curative în funcție de hemodinamică, gradul și porțiunea lezată. Preferință dețin metodele de investigație care răspund cerințelor stării bolnavului la moment: disponibilitate, simplitate, eficiență și informativitate înaltă.

Problemele de diagnostic în leziunile deschise și închise ale abdomenului rămân actuale până în prezent, deoarece frecvența erorilor de diagnostic, după datele diferitor autori, constituie până la 30% [3].

Radiografia de ansamblu a organelor cavității abdominale asigură evidențierea prezenței aerului în cavitatea peritoneală – pneumoperitoneum, accentuarea conturului rinichiului drept și estomparea marginilor mușchiului psoas drept. În caz de leziune a peretelui posterior duodenal, se determină prezența aerului retroperitoneal – retroperitoneum. Radiografia în serie a etajelor superioare ale abdomenului permit evidențierea dilatării lumenului duodenal cu apariția “arcurilor spiralate” în porțiunea verticală și orizontală a duodenului. În cazul lipsei rezultatelor informative, este necesar de recurs la radiografiile efectuate cu ajutorul substanțelor de contrast, care se

exteriorizează în caz de leziune. Informativitatea diagnostică nu depăşeşte 80-85% [14].

Ultrasonografia scurtează timpul de examinare a pacienţilor traumatizaţi, permite depistarea lichidului (conţinut intestinal, sânge) în cavitatea peritoneală în 92-100% cazuri [8] şi lezarea organelor parenchimotoase, prezenţa hematomului retroperitoneal, ce presupune o eventuală leziune retroperitoneală ale duodenului. Sensibilitatea este de 83,4%, specificitatea – 100%.

Tomografia computerizată oferă o valoare diagnostică şi precizie de aproape 100% [5]. Reprezintă o metodă cu înaltă sensibilitate pentru depistarea lichidului şi aerului acumulat în spaţiul peritoneal şi retroperitoneal şi, mai ales prin administrarea substanţei de contrast, în leziunile organelor cavitare şi gradului de lezare a organelor parenchimotoase.

Angiografia permite precizarea leziunilor în cazul exteriorizării substanţei de contrast în afara limitelor vaselor.

Laparocenteza se utilizează în traumatismele abdominale cu o certitudine diagnostică de 91,6-99% [19], la bolnavii cu hemodinamică instabilă, în cazul prezenţei sindromului hemoragic şi peritoneal, ca metodă de confirmare înainte de a recurge la laparotomie. Neajunsul metodei date este informativitatea redusă în cadrul hematoamelor retroperitoneale, leziunilor retroperitoneale duodenale în stadiile incipiente, nu permite localizarea precisă a leziunii. Sensibilitatea este de 93,7%, specificitatea – 98% şi precizia – 96,5%.

Laparoscopia se aplică în urma eşuării altor metode de diagnostic, cu caracter neinvaziv la pacienţii cu hemodinamică stabilă. Poate releva prezenţa conţinutului intra-abdominal (intestinal, sânge), coloraţiei galben-verzuie a peritoneului posterior, ce vizează leziunea peretelui posterior duodenal, bule de aer retroperitoneal, hematom retroperitoneal masiv, pete de steatonecroză, leziuni ale altor organe intra-abdominale. Valoarea diagnostică a metodei date este de 98-100 [3].

Macroscopic, leziunile duodenului pot avea ca expresie contuzie parietală simplă, hematom intraparietal şi rupturi parietale (incomplete, complete parietale, complete totale).

Contuzia parietală simplă are o evoluţie benignă, autolimitată.

Hematomul intraparietal poate să se reabsorbe cu restabilirea integrităţii sau cu formarea stenozei duodenale. Însă este deosebit de important recunoaşterea şi aprecierea corectă a hematomului ţinând cont de condiţiile locale ce pot să favorizeze evoluţia spre necroza peretelui cu ruptură secundară completă parietală în cazul căreia se impune intervenţia chirurgicală.

Plăgile, rupturile parietale, în funcţie de localizare pot fi intraperitoneale cu implicarea peretelui anterior al duodenului, având ca expresie sindrom peritoneal în urma revărsării conţinutului bilio-digestiv în abdomen sau retroperitoneal cu implicarea peretelui posterior şi revărsarea conţinutului bilio-digestiv în loja duodeno-pancreatică, fie spre baza mezenterului, spaţiul mezenterico-colic drept sau să fistulizeze intraperitoneal, rezolvarea cărora este numai operatorie. La revizie identificăm un revărsat sanguin-bilios, crepitaţie-pata Winiwarter. E de remarcat faptul că în practică aspectul nu este întotdeauna caracteristic din cauza dimensiunilor reduse ale plăgilor şi a cantităţii variabile de revărsat patologic. În cazul mai puţin caracteristic, se impune căutarea altor semne indirecte: edemul lojei pancreatice, sufuziuni sanguine, enfizem în mezenter ori în mezocolonul transvers, sufuziuni pe traiectul vaselor centrale. Pentru aceasta este necesar-obligatoriu un înalt grad de suspiciune al acestora şi, mobilizarea duodenului după Koher, decolarea duodeno-pancreatică. În urma recunoaşterii leziunii, în funcţie de caracteristicile ei obiective, condiţiilor intraperitoneale în raport cu alte leziuni viscerale şi alte sisteme se impune o tactică medico-chirurgicală orientată – individualizată, deoarece până în prezent nu este stabilit un algoritm diagnostico-curativ unificat, lipseşte abordarea unică în aprecierea caracterului şi volumului intervenţiei chirurgicale, fiind dificil de stabilit chiar şi în timpul operaţiei.

Concluzie

Reieşind din particularităţile perioadei posttraumatice, riscul apariţiei complicaţiilor severe, rata sporită a letalităţilor problema traumatismului duodenal rămâne actuală şi necesită o studiere continuă în vederea elaborării unui algoritm adecvat, individualizat tactic-curativ, de la caz la caz, în funcţie de gradul şi porţiunea lezată a duodenului.

Bibliografie

1. Aherne N.J., Kavanagh E.G., Condon E.T. Coffey JC, El Sayed A, Redmond HP. *Duodenal perforation after a blunt abdominal sporting injury: the importance of early diagnosis*. J. Trauma. 2003; 54(4): 791-794.
2. Jansen M., Du Toit D.F., Warren B.L. *Duodenal injuries surgical management adapted to circumstances*. Injury. 2002; 33(7): 611-615.
3. Kaplan L. *Abdominal trauma*. Med. J. 2001; 2(5):11.
4. Velmahos GC, Kamel E, Chan LS, Hanpeter D, Asensio JA, Murray JA, Berne TV, Demetriades D. *Complex repair for the management of duodenal injury*. Am.Surg. 1999; 65(10): 972-975.
5. Zissin R., Osadchy A., Grayer G., Shapiro-Felberg M. *Pictorial review. CT of duodenal pathology*. Br j. Radiol. 2002;75(889): 78-84.

6. Абакумов М.М., Владимирова Е.С., Берсенева Э.А. Особенности диагностики и хирургического лечения повреждений 12-перстной кишки. Вестн. хир. 1989; 142(2): 116-120.
7. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук В.И. Диагностика и лечение повреждений живота. Хирургия. 2001; 6: 24-28.
8. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук В.И. Объективная оценка тяжести травмы у пострадавших с сочетанными повреждениями // Вестн. Хир. 2001; 160(6): 42-45.
9. Абакумов М.М., Ложкин А.В., Хватов В.Б. Оценка объема и степени кровопотери при травме груди и живота. Хирургия. 2002; 11: 4-7.
10. Александрович Г.Л., Верник В.С., Топалов К.П. Диагностика и лечение травматических повреждений органов брюшной полости. Хирургия. 1981; 6: 3-6.
11. Беркутов А.Н., Закурдаев В.Е. Диагностика травм живота // Воен. Мед. Журн. -1992; 12:26-30.
12. Бочаров А.А. Повреждения живота. М., 1967: с. 164.
13. Доброквашин С.В., Давлетшин А.Х., Нечунаев Л.М. Сочетанная и множественная травма: сборник статей. Казань. 1988: 62-67.
14. Ермолов А.С., Абакумов М.М., Соколов В.А., Картавенко В.И. Принципы организации медицинской помощи при сочетанных и множественных травмах// Диагностика и лечение политравм. Ленинск-Кузнецкий: Изд. отдел ГНКЦОЗШ, 1999: с. 27-28.
15. Зыков Ю.А., Гартман Е. Г. Повреждения двенадцатиперстной кишки Хирургия. 1980; 2: 40-44.
16. Иванов П.А., Гришин А.В., Корнеев Д.А. Повреждения органов панкреатодуоденальной зоны. Хирургия. 2003; 12: 39-43.
17. Кулаженков С. А., Семенов В.В. Хирургия повреждений двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 1982; 11: 12-15.
18. Михайлов А.П., Сигуа Б.В., Данилов А.М. Повреждения двенадцатиперстной кишки (Клиника, диагностика, лечение). Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2007; 6: 36-40.
19. Молитвословов А.Б., Ерамишанцев А.К., Марков А.Э. Диагностическая и лечебная тактика при травме 12-перстной кишки. Хирургия. 2004; 8: 46-51.
20. Резницкий М.И. Травматическая интестинальная гематома двенадцатиперстной кишки. Вестник хирургии. 1976; 2: 134-135.
21. Сигуа Б.В. Диагностика и лечение повреждений двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2008: с. 16.