

TRAUMA SPLENICO

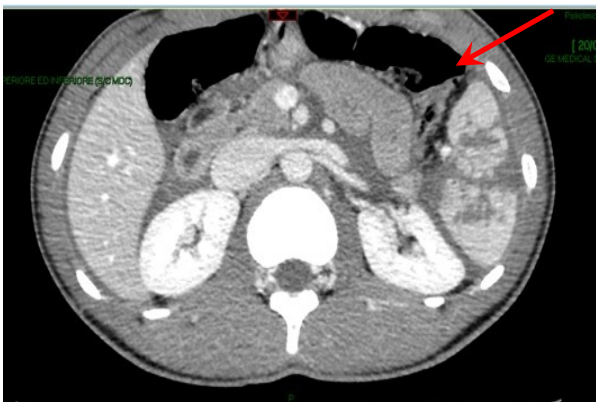
Cosa è?

Il politrauma è la più comune causa di morte nel bambino dopo il primo anno di vita. Nel trauma addominale l'organo più frequentemente lesionato è la milza (30-40% dei casi), seguita dal fegato e meno frequentemente da rene, pancreas e tratto gastroenterico. La causa più comune di trauma splenico è rappresentata dagli incidenti stradali, ma anche da incidenti domestici, sportivi, colluttazioni con altri bambini, cadute dall'alto, ferite penetranti, maltrattamenti o abusi.

Come si presenta:

Il sintomo principale è rappresentato da dolore intenso, prevalentemente in ipocondrio sinistro, che si irradia alla spalla omolaterale e si accentua alla palpazione (*segno di Kehr*). L'addome può apparire disteso per accumulo di sangue nella cavità addominale (v. Fig 1) e le pareti muscolari contratte. Con il passare del tempo il sanguinamento porterà ad uno stato di shock emorragico, con comparsa di pallore, tachicardia, sudorazione fredda, polso piccolo e frequente e riduzione del livello di coscienza.

Non sempre, però, le manifestazioni cliniche della rottura splenica si instaurano precocemente. A volte l'esame obiettivo può



essere del tutto negativo, pur essendo

Figura 1-TC Addome. Trauma splenico con emoperitoneo

presenti lesioni a carico degli organi parenchimali se pur di grado minore.

In altri casi l'emorragia può non essere immediata ma verificarsi in un secondo tempo, con una latenza di qualche giorno dal trauma ed insorgenza tardiva dei disturbi, anche a distanza di 6-7 giorni dall'incidente.

In anamnesi indagare sulla dinamica dell'incidente, eventuali disturbi congeniti della coagulazione, vomito, perdita di coscienza.

All' esame obiettivo valutare le condizioni cliniche generali, ricercare eventuali segni di instabilità emodinamica, presenza di contusioni della parete addominale, escoriazioni, lacerazioni o ferite penetranti dell'addome, distensione addominale, dolore addominale o alla spalla, segni d'irritazione peritoneale.

Quali esami di laboratorio e strumentali fare:

- Esami ematochimici: emocromo (per valutare l'entità dell' eventuale perdita ematica), gruppo sanguigno (nel caso sia necessaria una trasfusione), azotemia, glicemia, elettroliti plasmatici, transaminasi

(aumentate nei traumi epatici, AST>400 e ALT>250), lipasi e amilasi (che possono risultare elevate nelle lesioni pancreatiche).

- Ecografia: esame di rapida esecuzione, non invasivo, senza radiazioni, ripetibile e che consente di esaminare organi sia endo che retroperitoneali. Può essere FAST nei pazienti emodinamicamente instabili. Un segno importante è rappresentato dal versamento libero endoperitoneale soprattutto nelle zone più declivi della cavità addominale.
- Radiografie: l’RX del torace può evidenziare fratture costali, che a volte si accompagnano a traumi splenici; l’RX diretta addome può mostrare segni di pneumoperitoneo dovuti a perforazione traumatica del tratto gastroenterico.

- TC: è l’esame di prima scelta, tuttavia dovrebbe essere eseguita solo nei bambini emodinamicamente stabili o nel caso in cui l’ecografia non sia stata diagnostica (v. Fig 2). Consente una classificazione più precisa delle lesioni e permette di indirizzarci verso un trattamento conservativo o verso un intervento chirurgico (v. Tab I).



Figura 2-TC Addome. Rottura splenica

TABELLA I – Classificazione dell’American Association for the Surgery of Trauma

I GRADO	Ematoma sottocapsulare, <10% della superficie; Lacerazione della capsula o del parenchima <1 cm di profondità
II GRADO	Ematoma sottocapsulare dal 10% al 50% della superficie o intraparenchimale <5 cm; Lacerazione del parenchima di 1-3 cm di profondità, che non coinvolge i vasi trabecolari.
III GRADO	Ematoma sottocapsulare, > 50 % della superficie o in espansione, oppure ematoma sottocapsulare o parenchimale rotto, oppure ematoma parenchimale in espansione o > 5 cm; Lacerazione >3 cm di profondità o interessante i vasi trabecolari.
IV GRADO	Ematoma intraparenchimale rotto, con emorragia in atto; Lacerazione coinvolgente i vasi segmentari o ilari comportante devascularizzazione >25% della milza.

Tab. I - Classificazione dell’American Association for the Surgery of Trauma

Come trattarlo in PS:

Se il bambino con trauma addominale chiuso si trova in condizioni di instabilità emodinamica, anche dopo il primo trattamento rianimatorio, è opportuno eseguire rapidamente una ecografia; se da questa risulta la presenza di un versamento endoperitoneale si procede direttamente alla laparotomia, in caso contrario si deve pensare a un'altra causa di ipovolemia (es. frattura pelvica).

Quando il bambino è invece emodinamicamente stabile ma l'esame obiettivo dell'addome evidenzia qualche reperto anomalo (es. ecchimosi o ematoma dei tessuti superficiali, dolore o contrattura di difesa della parete addominale), oppure quando il trauma è stato particolarmente violento, o quando i risultati degli esami di laboratorio non rientrano nei valori normali (es. diminuzione dell'emoglobina, aumento dell'amilasemia o delle transaminasi) viene

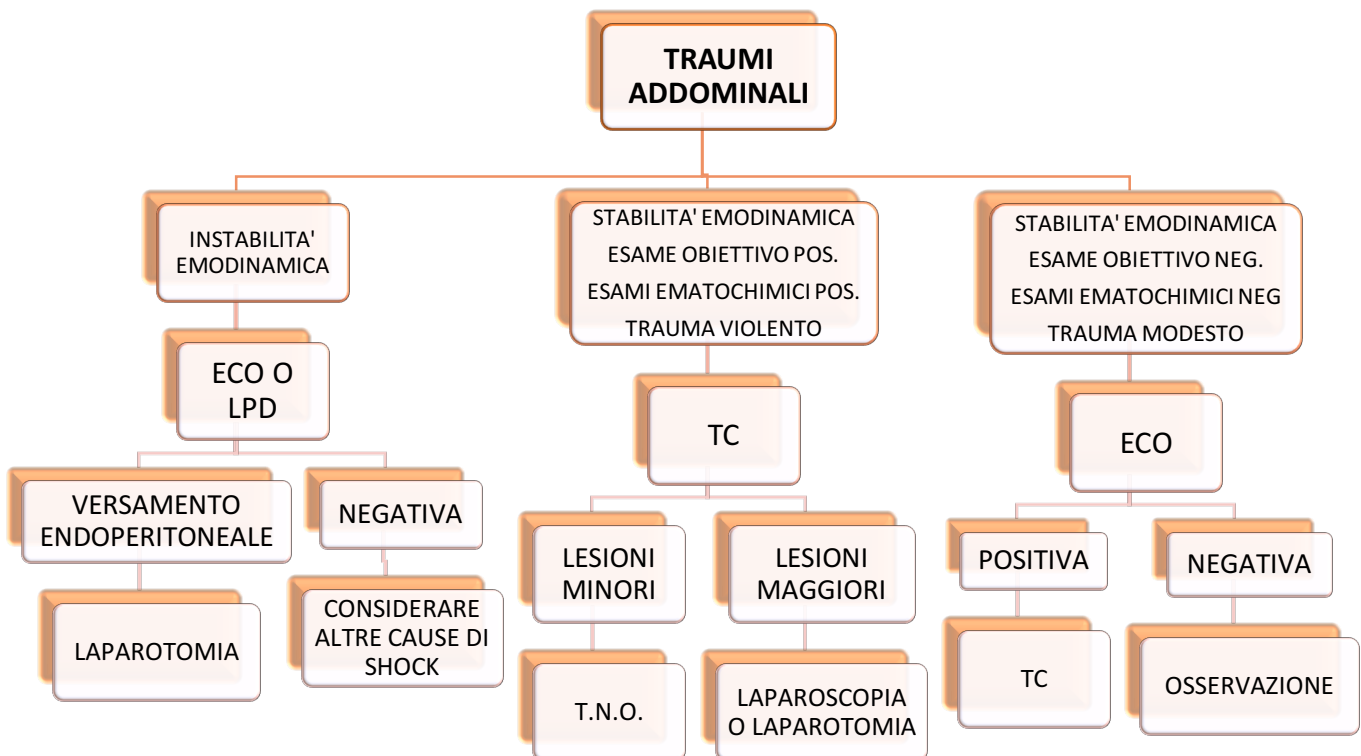
eseguita una TC addome-pelvi. Se questa ci mostra lesioni di minima o media entità, attuiamo il trattamento non operatorio (T.N.O.). Quando invece le lesioni sono di grado maggiore preferiamo sottoporre il paziente ad intervento chirurgico.

Infine se le condizioni di circolo sono buone, l'esame obiettivo è negativo e gli esami ematochimici sono nella norma, viene eseguita un'ecografia. Se è completamente negativa sottoponiamo il piccolo a un periodo di osservazione (T.N.O.), se evidenzia qualche lesione eseguiamo una TC per classificarne meglio il tipo.

Quali sono le indicazioni al ricovero:

Tutti i bambini che hanno subito un trauma addominale necessitano di ricovero.

In caso di T.N.O. il paziente deve restare a digiuno e a riposo per alcuni giorni, durante i



quali va sottoposto a continui controlli clinici (es. obiettivo e misura dei parametri vitali), esami ematochimici e strumentali (ecografia addome). Il T.N.O. può essere attuato solo in ambienti in cui è disponibile una équipe operatoria, nel caso in cui le condizioni del bambino si dovessero deteriorare.

Invece in caso di instabilità emodinamica è indicato subito il ricovero presso la Terapia Intensiva Pediatrica.

Quali sono le raccomandazioni domiciliari:

Una volta raggiunta la stabilizzazione del quadro clinico, dopo un eventuale intervento chirurgico o dopo circa una settimana di osservazione, il piccolo può essere dimesso con la raccomandazione ai genitori di evitare l'attività fisica per circa 3 mesi e di sottoporlo ad un'ecografia o TC di controllo a uno-due mesi di distanza dalla dimissione.

Iarrobino, E. Borsi. Ann. Ital. Chir. 2008; 79: 129-134.

5. Abdominal and pelvic trauma in children. Critical Care Medicine. Gaines B.A. Ford. HR. 2002; 30 Suppl 11: 416-423.

BIBLIOGRAFIA

1. Initial assessment and management of pediatric trauma patients. J Grant McFadyen, Ramesh Ramaiah, and Sanjay M Bhananker. Int J Crit Illn Inj Sci 2012; 2: 121–127.
2. Traumi chirurgici addominali in età pediatrica. G. Basile, P. Di Mari, S. Chiarenza, A. Magrì, A. Primus, V. Catania, A. Buffone. Ann Ital. Chir. 2005; LXXVI: I.
3. Closed trauma of the spleen. Indications to surgical treatment. M. Barbuscia, C. Praticò, F.P. Pergolizzi, R. Lizio, A. Ilacqua, C. Minniti, L. Sofia, S. Gorgone. G Chir 2007; Vol. 28- n 5: 217-221.
4. Treatment of splenic trauma in pediatric age. L. Capasso, U. M. Cuomo, R. D'Ambrosio, S. Buonincontro, G.