

Τραυματισμός σπληνός: Είναι πάντοτε απαραίτητη η σπληνεκτομή ή πρέπει να γίνεται προσπάθεια διάσωσης του σπληνός;

Κ. Χριστοδούλου*
Ε. Δουϊτσής*
Ν. Τζαφέστας*
Χ. Χαράλαμπος*
Α. Κοσκινά**
Π. Χρήστου**

*Χειρουργικό Τμήμα
**Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Ν.Κ.

Εισαγωγή

Στο Γ.Ν.Ν.Κέρκυρας αντιμετωπίζονται ετησίως περί τα 9.500 ατυχήματα εκ των οποίων ένα μεγάλο ποσοστό αφορά κλειστές κακώσεις της κοιλίας, με ιδιαίτερη επίπτωση στον τραυματισμό του σπληνός.

Το κακό οδικό δίκτυο, ο ελλειπής, φωτισμός των δρόμων, η οδήγηση υπό την επήρεια οινόπνευματος, η οδήγηση τροχοφόρων από ανηλίκους και η αύξηση του πληθυσμού κατά τη θερινή περίοδο, συμβάλλουν σε ένα υψηλό δείκτη τροχαίων ατυχημάτων.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παραθέσουμε την εμπειρία μας στη διάγνωση και αντιμετώπιση των κακώσεων του σπληνός με πρώτο μέλημα τη διάσωση του τραυματία και δεύτερο τη διάσωση του συγκεκριμένου οργάνου καθώς είναι γνωστός ο βασικός του ρόλος:

- στο δικτυοενδοθηλιακό σύστημα,
- στην ανοσοβιολογία του οργανισμού,
- στην αιμοποίηση ιδίως για τα πρώτα έτη της ζωής.

Υλικό και μέθοδος

Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν στο Νοσοκομείο μας κατά τα έτη 1987 - 1997 και οι οποίοι παρουσίαζαν τραυματισμό του σπληνός. Κατεγράφησαν ο συνολικός αριθμός, το φύλλο, η ηλικία, η αιτία τραυματισμού, ο τρόπος διάγνωσης, η αντιμετώπιση και οι μετεγχειρητικές επιπλοκές (άμεσες και απώτερες).

Αντιμετώπιστηκαν συνολικά 49 περιπτώσεις τραυματισμού σπληνός οι οποίες οδηγήθηκαν στο Χειρουργείο. Το εύρος της ηλικίας ήταν από 3 - 81 έτη με μέση ηλικία τα 27,9 έτη.

Επρόκειτο για 36 άνδρες (73%) με εύρος ηλικίας από 10 - 81 έτη (μέση ηλικία 29,4 έτη) και 13 γυναίκες (27%) με εύρος ηλικίας από 3 - 49 έτη (μέση ηλικία τα 23,8 έτη) (πίνακας 1).

Φύλλο	Αριθμός	Εύρος Ηλικίας	Μέσος Όρος ηλικίας
Άνδρες	36	10 - 81	29,4 έτη
Γυναίκες	13	3 - 49	23,8 έτη

Η αιτία τραυματισμού σε 42 (86%) περιστατικά ήταν τα τροχαία ατυχήματα, σε 4 (8%) ήταν η πτώση από ύψος, σε 2 (4%) ο ξυλοδαρμός και σε 1 (2%) το ατύχημα σε πλοίο. Εκ του συνόλου 3 ασθενείς ήταν πολυτραυματίες (πίνακας 2).

Αίτια τραυματισμού του Σπληνός	Αριθμός	Ποσοστό
Τροχαία ατυχήματα	42	86%
Πτώση από ύψος	4	8%
Ξυλοδαρμός	2	4%
Ατύχημα σε Πλοίο	1	2%
Σύνολο:	49	100%

Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε παρακέντηση κοιλίας ενώ μερικοί υποβλήθηκαν επιπλέον σε υπερηχοτομογραφικό έλεγχο ή CT - κοιλίας.

Σε 42 περιστατικά πραγματοποιήθηκε σπληνεκτομή, λόγω πλήρους καταστροφής του οργάνου, σε 6 έγινε συρραφή και αιμόσταση με Helistat και σε 1 ετέθη σάκος Vicryl.

Σε δύο σπληνεκτομηθέντες έγινε αυτομεταμόσχευση στο μείζον επίπλου (πίνακας 3).

Αντιμετώπιση του Τραυματισμού του Σπληνός

42	Σπληνεκτομές
6	Συρραφή - Αιμόσταση
1	Τοποθέτηση σάκου Vicryl

Όλοι οι ασθενείς επέζησαν και χορηγήθηκε σε όλους 1.500.000 IV Penicillin 1 x 1 για ένα χρόνο και αντιπνευμονιοκοκκικός εμβολιασμός.

Οι ασθενείς που παρουσίαζαν αιμοπετάλια άνω των 500.000/ml, έλαβαν σαλκυλικικά ως αντιαιμοπεταλιακά για ένα μήνα. Μετά ένα μήνα ο αριθμός των αιμοπεταλίων επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα.

Επιπλοκές παρατηρήθηκαν σε δύο περιπτώσεις (4%). Η πρώτη περίπτωση παρουσίασε αιμορραγία 2 ώρες μετά από την σπληνεκτομή και έτσι οδηγήθηκε εκ νέου στο Χειρουργείο για απολίνωση αρτηριδίου της ουράς του παγκρέατος. Το δεύτερο περιστατικό παρουσίασε συμφυτικό ειλεό μεταξύ του αυτομοσχεύματος και έλικας λεπτού εντέρου ένα χρόνο μετά την σπληνεκτομή. Οδηγήθηκε εκ νέου στο Χειρουργείο για αφαίρεση του μοσχεύματος και λύση των συμφύσεων (πίνακας 4).

Μετεγχειρητικές Επιπλοκές	Ποσοστό %
1 αιμορραγία δύο ώρες μετά τη σπληνεκτομή	
1 συμφυτικός ειλεός ένα χρόνο μετά τη σπληνεκτομή και αυτομεταμόσχευση	4%

Συζήτηση

Η πρώτη σπληνεκτομή έγινε το 1849 από τον Zaccarelli και φαίνεται ότι δεν ακολουθήθηκε από σοβαρές τουλάχιστον επιπλοκές διότι ο άρρωστος είχε αποθεραπευτεί μετά από 24 ώρες. Αν και από το 1680 ο Morgagni ανέφερε ότι η αφαίρεση του σπλήνα δεν προκαλεί προβλήματα στην υγεία του σπληνεκτομηθέντα, πρόσφατες εν τούτοις μελέτες αποδεικνύουν ότι μπορούν να ακολουθήσουν επιπλοκές όπως:

1. Τοπικές: αιμορραγία, υποδιαφραγματική συλλογή, συρίγγια με τα γύρω όργανα, και
2. Γενικές: θρόμβωση, ατελεκτασία, πνευμονία, γαστρορραγία και σήψη.

Από τους σπληνεκτομηθέντες φαίνεται ότι τα μικρά παιδιά είναι πιο επιρρεπή σε λοιμώξεις και σηπτικές καταστάσεις αφού το 8% παρουσίασε τουλάχιστον μια σοβαρή φλεγμονή στη μετέπειτα ζωή του, ενώ το 50 - 75% σε σηπτική κατάσταση έχει μοιραία κατάληξη.

Τα τελευταία χρόνια, βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας, γίνεται προσπάθεια διάσωσης του

σπληνικού παρεγχύματος, είτε με αυτομεταμόσχευση, είτε με αιμοστατικούς σπόγγους κολλαγόνου, είτε με τη χρήση ειδικών πλεγμάτων.

Συμπεράσματα

Από την εμπειρία μας προκύπτει ότι όλοι οι ασθενείς επέζησαν και σε 7 περιπτώσεις (14,2%) καταφέραμε να διατηρήσουμε το όργανο, χάρη:

1. στην έγκαιρη διάγνωση με τη χρήση της διαγνωστικής παρακέντησης κοιλίας και των περιτοναϊκών πλύσεων,
2. στη σωστή διεγχειρητική και μετεγχειρητική αντιμετώπιση που απέτρεψε τον περιεγχειρητικό και μετεγχειρητικό θάνατο,
3. στην σωστή, κατά τη γνώμη μας, αντιπνευμονιοκοκκική και μακρόχρονη αντιβιοτική κάλυψη.
4. Η διάσωση του σπληνός θα πρέπει να είναι πάντοτε κύριο μέλημα του Χειρουργού, χωρίς όμως να θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του τραυματία.

Περίληψη Εργασίας

Τραυματισμός του σπληνός: Είναι πάντοτε απαραίτητη η σπληνεκτομή ή πρέπει να γίνεται προσπάθεια διάσωσης του σπληνός;

Κ. Χριστοδούλου, Ε. Δουϊτσής, Ν. Τζαφέστας, Χ. Χαραλάμπους, Π. Χρήστου

Χειρουργικό Τμήμα - Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Ν.Κέρκυρας.

Στο Γ.Ν.Ν.Κέρκυρας προσέρχονται ετησίως περί τα 9.500 ατυχήματα εκ των οποίων ένα μεγάλο ποσοστό αφορά κλειστές κακώσεις της κοιλίας, με ιδιαίτερη επίπτωση στον τραυματισμό του σπληνός.

Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν οι ασθενείς των ετών από 1987 - 1997 οι οποίοι παρουσίαζαν τραυματισμό του σπληνός.

Στην παρούσα μελέτη παραθέτουμε την εμπειρία μας από την οποία προκύπτει ότι όλοι οι ασθενείς επέζησαν και σε 7 περιπτώσεις (14,2%) καταφέραμε να διατηρήσουμε το όργανο, χάρη:

1. στην έγκαιρη διάγνωση με τη χρήση της διαγνωστικής παρακέντησης κοιλίας και των περιτοναϊκών πλύσεων,
2. στη σωστή διεγχειρητική και μετεγχειρητική αντιμετώπιση που απέτρεψε τον περιεγχειρητικό και μετεγχειρητικό θάνατο,
3. στην σωστή, κατά τη γνώμη μας, αντιπνευμονιοκοκκική και μακρόχρονη αντιβιοτική κάλυψη.

Συμπεραίνουμε πως η διάσωση του σπληνός θα πρέπει να είναι πάντοτε κύριο μέλημα του Χειρουργού, χωρίς όμως να θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του τραυματία.

Abstract

In our hospital we encounter annually about 9.500 persons at the casualty department, a great number of them represent blind abdomen traumas.

In this trial 49 patients were presenting trauma of the spleen, at 7 of them (14,2%) we managed to maintain the spleen with sutures and collagen or with polyglactin mesh (vicryl).

All of the patients survived due to:

1. early diagnosis of the internal hemorrhage with peritoneal lavage,
2. certain perioperative and post-operative care,
3. well anti - pneumococcal antibiotics therapy in combination with vaccination.

In conclusion the maintenance of the spleen must always be in the surgeons mind without putting in danger the patient' s life.

Βιβλιογραφία

1. Dickerman J.D.: Splenectomy and Sepsis: A warning. Paediatrics 63: 938, 1979
2. Παπαδημητρίου Ι. : Επιπλοκές στη Χειρουργική, Αθήνα 1986
3. Pearce R.M et al: The Spleen and Anaemia, Philadelphia J.P. Lippincott Co.