

PUNCTE CHEIE IN MANAGEMENTUL TRAUMATISMULUI TORACIC

Ioana Grințescu, Cleopatra Vasilescu

Traumatismul toracic reprezintă o entitate frecvent întâlnită în cadrul traumei și este de gravat de o morbiditate și mortalitate semnificative. Este evaluat faptul că aproximativ 20% din decesele prin trauma se datorează leziunilor toracice, indiferent de mecanismul de producere.

Evaluarea primară a pacientului traumatizat toracic impune bilanțul leziunilor concomitent cu investigarea mecanismului de producere (contuzie, penetrare de mică și mare viteză, suflu) încă de la locul accidentului. Prin integrarea acestor date cu cele oferite ulterior de investigațiile clinice și paraclinice se pot suspecta o serie de leziuni asociate traumei toracice ce pot genera ulterior mari insuficiențe de organ.

Este obligatorie parcurgerea în ordinea standard a etapelor protocolului de evaluare primară, evitându-se astfel diagnosticul unei leziuni mai puțin grave înaintea uneia care poate face ca demersul diagnostic și terapeutic să nu mai aibă subiect.

Primul pas în resuscitarea pacienților cu traumatism toracic este reprezentat de asigurarea căilor aeriene și a unei ventilații adecvate. Pacienții cu traumatism toracic la care se dezvoltă insuficiența respiratorie severă au o rată mult mai mare de mortalitate. Asocierea șoc- insuficiența respiratorie acută are un potențial imediat letal.

Din punct de vedere al regiunii anatomice implicate, traumatismele toracice se clasifică în:

- traumatisme ale peretelui toracic și plămânilor
- traumatisme ale cordului și vaselor mari intratoracice
- traumatisme ale esofagului și ductului toracic

Protocolul de evaluare, diagnostic și tratament în traumatismul toracic este conceput în funcție de gravitatea leziunii.

Principiile de acțiune care stau la baza atitudinii în fața unui traumatizat toracic sunt similare cu cele din atitudinea față de pacientul politraumatizat, având în vedere riscul vital al regiunii anatomice.

Ierarhizarea priorităților

Prioritatea este dată de cele două etape ale procesului diagnostic, evaluarea primară și evaluarea secundară care împarte leziunile în:

Rapid letale:

1. obstrucție de cai aeriene,
2. pneumotorax deschis și/sau compresiv
3. volet costal (torace moale)
4. hemotorax masiv
5. hemoragie masivă externă/ internă
6. tamponadă cardiacă

Potențial letale:

1. dilacerarea traheo- bronșică,
2. contuzia pulmonară,
3. dilacerarea de vase mari,
4. contuzia miocardică,
5. ruptura de diafragm,
6. ruptura esofagiană)

Non letale:

1. hemotorax simplu
2. pneumotorax simplu
3. fracturi costale
4. fractura de stern
5. fractura de claviculă
6. fractura de scapula
7. luxația sterno-claviculară,
8. asfixia traumatică

Prezumția celei mai grave leziuni

Suspiciunea clinică a unei leziuni cu risc vital impune inițierea imediată a măsurilor terapeutice adecvate și numai excluderea diagnostică a acesteia determină suspendarea atitudinii terapeutice respective.

Protocolul de evaluare primară a pacientului traumatizat toracic trebuie urmat pas cu pas, acesta

fiind astfel conceput incat identificarea leziunilor sa fie facuta in ordinea impactului lor vital, permitand initierea terapiei gradual, in functie de gravitate.

Tratament concomitent cu diagnosticul

Initierea gesturilor terapeutice nespecifice de resuscitare si reechilibrare este necesara pe masura ce informatiile diagnostice sunt acumulate, temporizarea lor pana la obtinerea unui bilant lezional complet documentat paraclinic avand riscul ca asteptarea sa fie insotita de aparitia unei situatii ireversibile.

Examen sistematic

In circumstante traumatice prezenta unei leziuni nu exclude concomitenta altora si in acest context evaluarea si reevaluarea sistematica, pe regiuni anatomice prevaleaza fata de investigarea amanuntita a primei leziuni depistate.

Reevaluare frecventa

Modificarile rapide in dinamica evolutiei functiilor vitale si a leziunilor de organ la pacientul traumatizat toracic este un argument pentru verificarea frecventa a stabilitatii acestora.

Monitorizare continua

Parametrii masurabili paraclinic pot da de asemenea informatii asupra evolutiei statusului pacientului in sensul stabilizarii sau nu a leziunilor si a impactului lor asupra functiilor de organ si homeostaziei. Monitorizarea initiata inca de la locul accidentului, cu mijloace simple, creste in invazivitate pe masura ce ne apropiem de Sectia de Terapie Intensiva, fiind parte integranta a fiecarei trepte de protocol.

Abordarea in echipa organizata

Abordarea cazului se face in echipa organizata, special antrenata in managementul traumei, in care liderul echipei este responsabil atat de respectarea protocoalelor cat si a rolului fiecarui membru (culegerea de informatii, gesturi diagnostice, manevre terapeutice, investigatii).

In contextul traumatismului toracic exista **proceduri de diagnostic** adaptate acestei patologii, cat si **masuri terapeutice specifice** (toracotomie, pleurostomie etc.) caracteristice diverselor forme clinice, gravitatii cazului, momentului si locului de abordare a pacientului. Aceste tehnici trebuiesc insusite atat de medici de medicina de urgenta, cat si de anesteziști-reanimatori, gesturile simple fiind cele care de multe ori asigura supravietuirea.

Algoritmul terapeutic in STI pe langa masurile nespecifice de terapie, caracteristice pacientului critic are si o serie de elemente specifice traumatizantului toracic, un loc aparte ocupandu-l **metodele de analgezie**. Ca tendinta actuala se observa cresterea ponderii tehnicilor de **analgezie loco-regionala**.

BIBLIOGRAFIE

1. Rosen P, Barkin R. Emergency Medicine. Concepts and Clinical Practice, 3rd edition Mosby, 1996.
2. Roberts J, Hedges J. Clinical procedures in emergency medicine, 3rd edition, WB Saunders, 1998.
3. Civetta J. Critical Care, 3rd edition, Lippincott-Raven, 1997.
4. Oh TE. Intensive Care Manual, 4th edition, BH, 1998.
5. Morgan G. Clinical Anesthesiology, 3rd edition, Lange, 2002.
6. Wilson RF, Steiger Z. Management of trauma: pitfalls and practice, Philadelphia: Williams & Wilkins, 1996.