

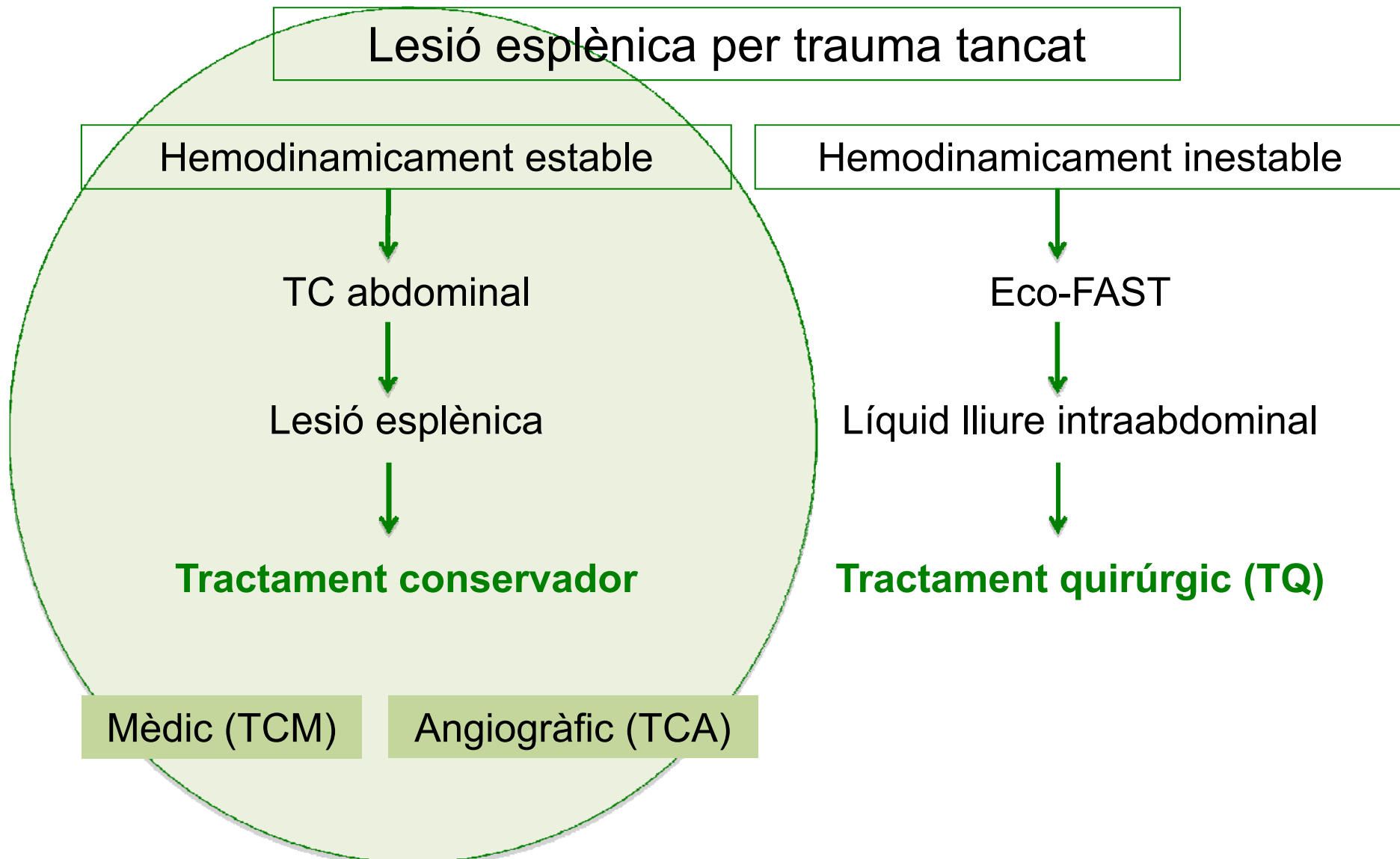
Anàlisi del fracàs terapèutic de les lesions esplèniques en trauma tancat

Anna Serracant*, Heura Llaquet*, Sandra Montmany*, Eva Ballesteros**,
Pere Rebasa*, Salvador Navarro*.

* Servei de Cirurgia general i de l'Àpares Digestiu. CSUPT.

** Servei de Radiodiagnòstic. CSUPT-UDIAT.

Introducció



Introducció

Avantatges del Tractament Conservador (TC)

- ↓ Morbi-Mortalitat en relació a esplenectomia
- ↓ Sepsis postesplenectomia

Èxit del 78-98%

Introducció

Fracàs del Tractament Mèdic Conservador

- Lesió vascular
- Edat > 55 anys (risc a partir de 40)
- OIS grau > 0 \geq III
- ISS \geq 25
- Abundant hemoperitoneu
- Necessitat de varis concentrats d'hematies
- Lesions associades

Molt important!
Detecció factors de risc
de fracàs del
Tractament Conservador

Introducció

Tractament conservador mèdic (TCM) o arteriogràfic (TCA)?

TCA indicat quan TC abdominal mostra:

- Extravasació
- Pseudoaneurismes
- Fístula arterio-venosa

No clar consens en la resta de troballes al TC per a indicar-lo!

↑ 43% Mortalitat per 1h de retràs en realització de TCA

Objectiu

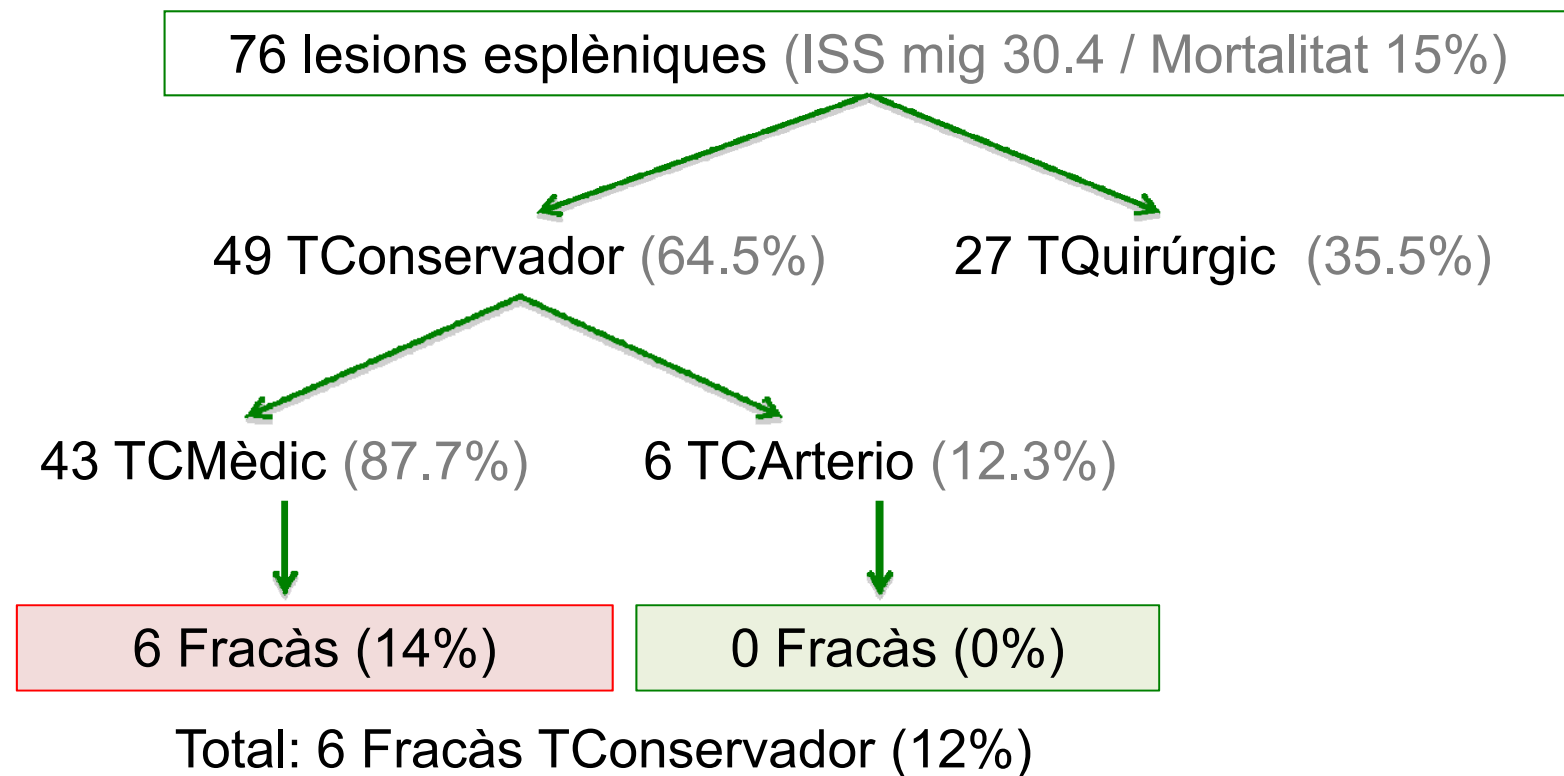
Determinar quines són
les causes del fracàs del
Tractament Conservador Mèdic
en el nostre centre

Material i Mètodes

Estudi observacional i retrospectiu
d'una recollida de dades prospectiva
de pacients politraumatitzats amb
trauma abdominal tancat i lesió esplènica
entre Maig 2006-Desembre 2012

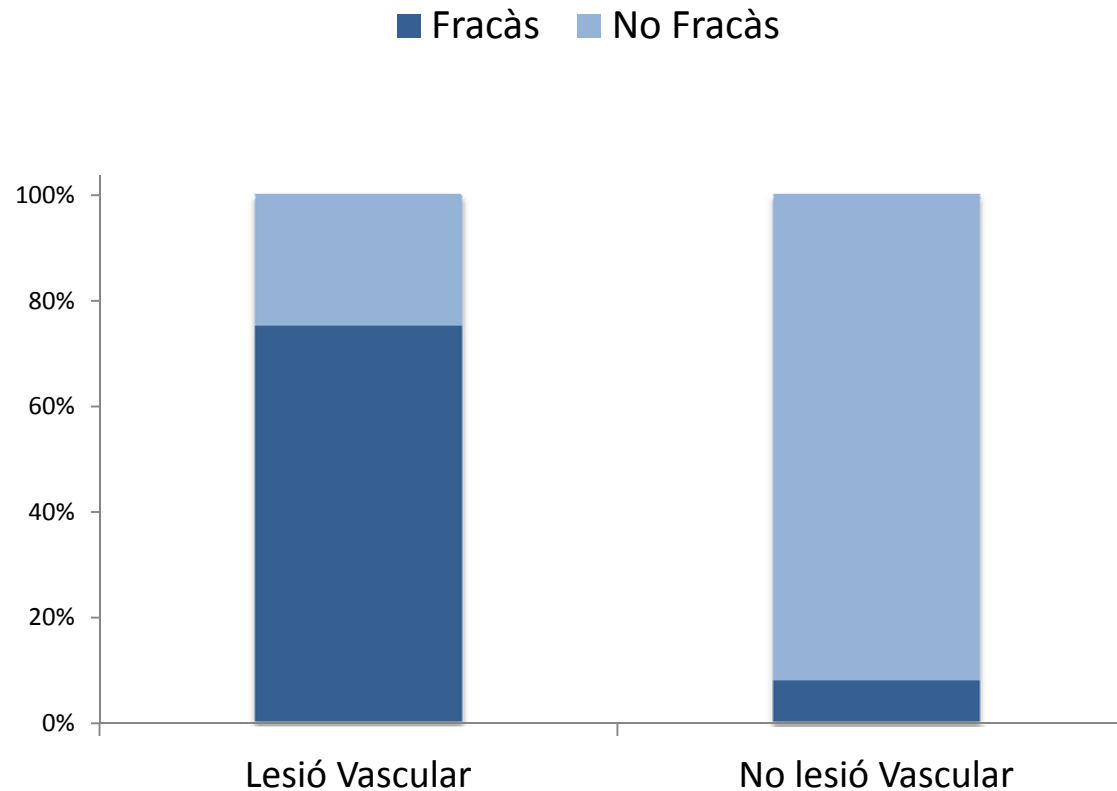
Resultats

898 PPT (ISS mig 22.5 / Mortalitat 10.3%)



Resultats

Anàlisi dels factors que poden ocasionar el fracàs del Tractament Conservador Mèdic



Lesió vascular al TC
(extravasació, fístules arterio-venoses o pseudoaneurismes)

Davant de lesió vascular al TC → TCA imperatiu

Resultats Anàlisi dels factors que poden ocasionar el fracàs del Tractament Conservador Mèdic

Classificació AAST del grau de lesió esplènica

Table 7 Spleen injury scale (1994 revision)

Grade ^a	Injury type	Description of injury	ICD-9	ICD-10	AIS-2005
I	Haematoma	Subcapsular, < 10% surface area	865.01/865.11	S36.0	2
	Laceration	Capsular tear, < 1 cm parenchymal depth	865.02/865.12	S36.0	2
II	Haematoma	Subcapsular, 10–50% surface area; intraparenchymal, < 5 cm in diameter	865.01/865.11	S36.0	2
	Laceration	Capsular tear, 1–3 cm parenchymal depth not involving a trabecular vessel	865.02/865.12	S36.0	2
III	Haematoma	Subcapsular, > 50% surface area or expanding; ruptured subcapsular or parenchymal haematoma; intraparenchymal haematoma \geq 5 cm or expanding	865.03	S36.0	3
	Laceration	> 3 cm parenchymal depth or involving trabecular vessels	865.03	S36.0	3
IV	Laceration	Laceration involving segmental or hilar vessels producing major devascularization (> 25% of spleen)	865.13	S36.0	4
V	Laceration	Completely shattered spleen	865.04	S36.0	5
	Vascular	Hilar vascular injury with devascularized spleen	865.14	S36.0	5

^aAdvance one grade for multiple injuries up to grade III.

From Moore et al.,⁴ with permission.

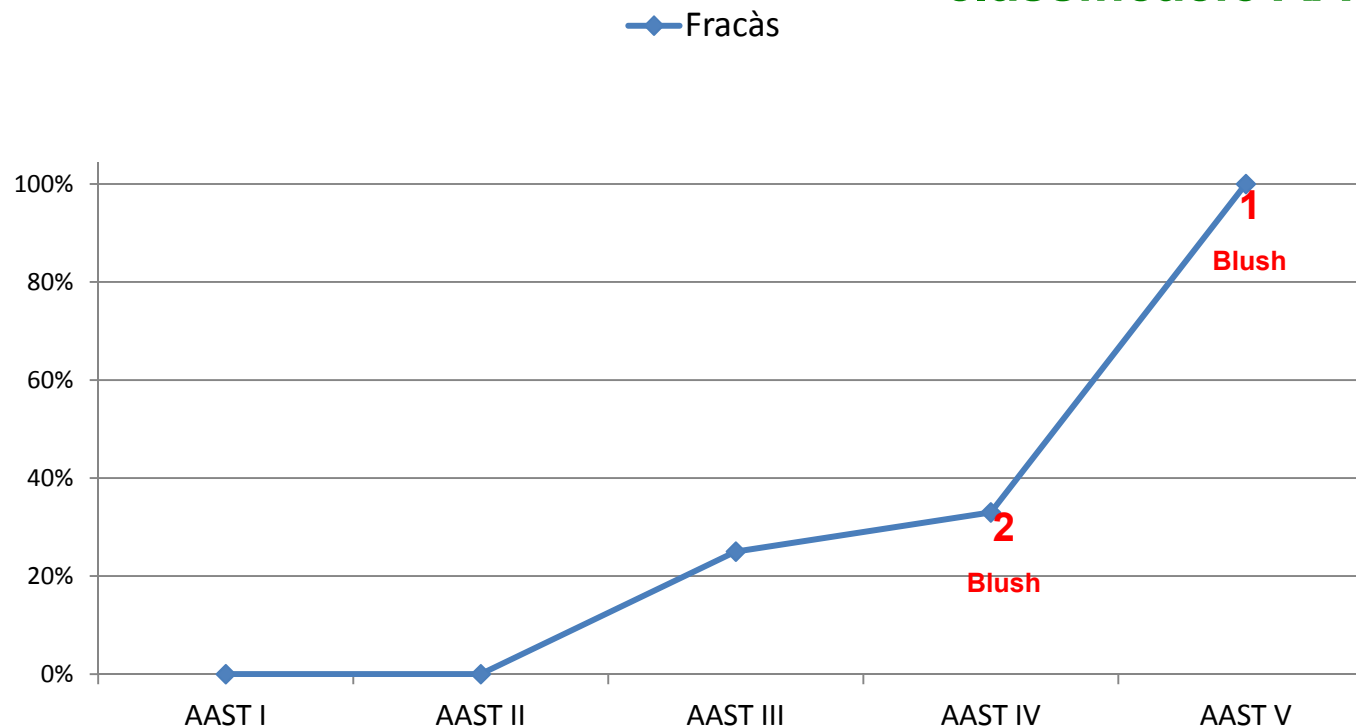
With ICD-10 use supplementary character: 0 without open wound into abdominal cavity; 1 with open wound into abdominal cavity.

Manual of Definitive Surgical Trauma Care. Appendix B: Trauma scores and scoring systems. B.7. Scaling system for organ-specific injuries. Table 7(201). 2nd Edition; 2007.

Resultats

Anàlisi dels factors que poden ocasionar el fracàs del Tractament Conservador Mèdic

Grau de lesió segons la classificació AAST

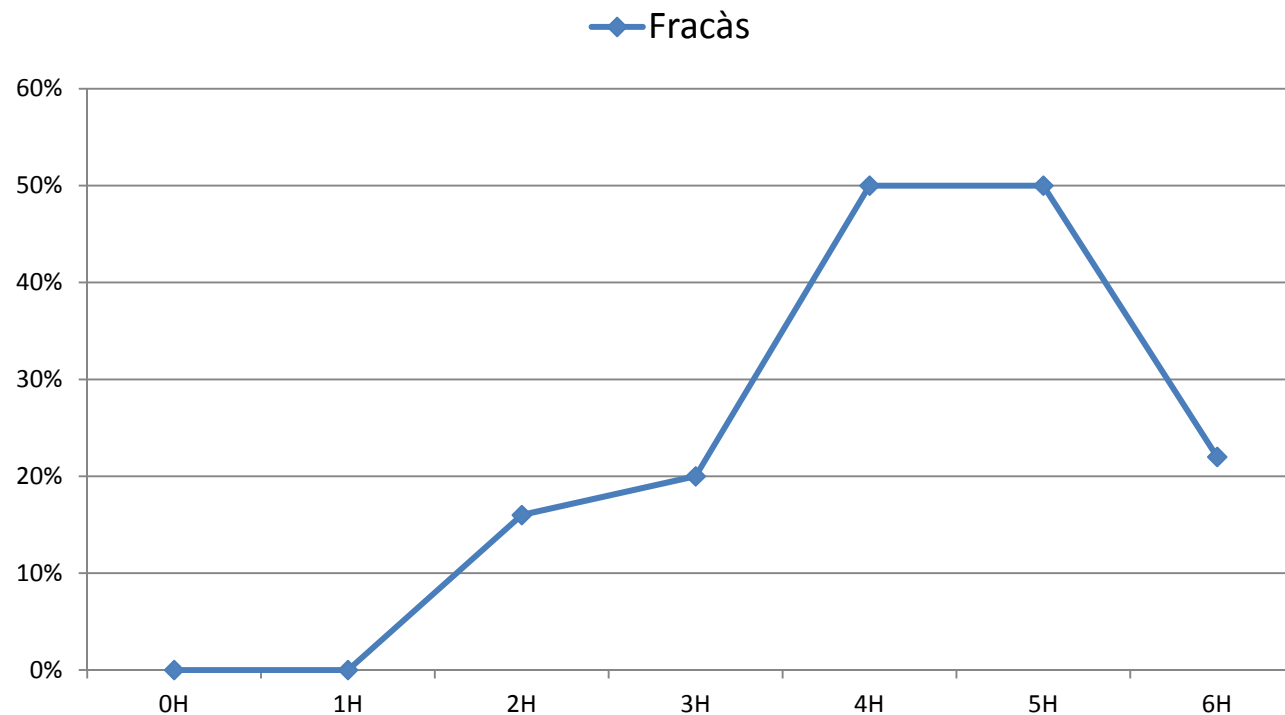


Suggerim que a partir de AAST \geq III \rightarrow TCA

Resultats

Anàlisi dels factors que poden ocasionar el fracàs del Tractament Conservador Mèdic

Grau d'hemoperitoneu



No podem indicar TCA en funció del grau d'hemoperitoneu

Conclusions

1. S'ha de fer Tractament Conservador Arteriogràfic en pacients amb lesió esplènica en trauma tancat:

Lesió vascular (extravasació de contrast, fístula arterio-venosa, imatge de pseudoaneurisme)

Lesió esplènica AAST \geq grau III

.....

2. No podem treure conclusions sobre el grau d'Hemoperitoneu i la indicació de **Tractament Conservador Arteriogràfic**

Bibliografia

- D.C. Olthof, P. Joosse, C.H. van der Viles, R.J. de Haan, C. Goslings. Prognostic factors for failure of nonoperative management in adults with blunt splenic injury: A systematic review. *J. Trauma Acute Care Surg.* 2013; 73(2): 546-557.
- M. Bala, Y. Edden, Y. Mintz, D. Kisselgoff, I. Gercenstein, A.I. Rivkind, et al. Blunt Splenic Trauma: Predictions for Successful Non-Operative Management. *IMAJ.* 2007; 9: 857-861.
- A. Bosack, K. Shanmugathan. Splenic Trauma: What is New? *Radiol Clin N Am.* 2012; 50: 105-122.
- L.K. McIntyre, M. Schiff, G.J. Jurkovich. Failure of Nonoperative Management of Splenic Injuries. Causes and Consequences. *Arch Surg.* 2005; 140: 563-569.
- K. Martin, L. VanHouwelingen, A. Bütter. *Journal of Pediatric Surgery.* 2011; 46: 933-937.
- N.A. Stassen, I. Bhullar, J.D. Cheng, M.L. Crandall, R.S. Friese, O.D. Guillamondegui, et al. Selective nonoperative management of blunt splenic injury: An Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012; 73(5, suppl.4): 294-300.
- J.A. Requarth, R.B. D'Agostino, P.R. Miller. Nonoperative Management of Adult Blunt Splenic Injury With and Without Splenic Artery Embolotherapy: A Meta-analysis. *The Journal of Trauma.* 2011; 71 (4): 898-903.
- Brief Reports: Splenic Artery Embolization in a 7-Year-Old with Blunt Traumatic Splenic Rupture. *The American Surgeon* 2012; 78: E297-298.



MOLTES GRÀCIES