

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ  
ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
70 ΧΡΟΝΙΑ (1928-1998)**

**XXI  
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ  
ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**

*Στην Αυγή της 3ης Χιλιετίας*



**Αθήνα  
13-17 Νοεμβρίου 1998  
Ξενοδοχείο HILTON**

**ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**



### 537A ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΡΗΞΕΙΣ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Κ. Αθανασιάδη, Γ. Καλαβρουζιώτης, <sup>4</sup>Μ. Αθανασίου, <sup>1</sup>Α. Πουλτσίδου, <sup>2</sup>Γ. Σκρέκας, <sup>3</sup>Π. Βερνίκος, <sup>4</sup>Σ. Στυλογιάννης, <sup>4</sup>Σ. Πρίγκουρης, Ι. Μπελλένης, <sup>3</sup>Γ. Διαμαντόπουλος, <sup>2</sup>Π. Γιαννόπουλος, <sup>4</sup>Δ. Κιντζονίδης, <sup>1</sup>Ε. Χατζηγιαννάκης

*Κλινική Χειρουργικής Θώρακος - Αγγείων και <sup>1</sup>Α', <sup>2</sup>Β', <sup>3</sup>Γ' & <sup>4</sup>Δ' Χειρουργικές Κλινικές, Π.Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα*

Σκοπός: Η εντόπιση των παραγόντων α) που επηρεάζουν την έκβαση και β) που συντελούν στην καθυστέρηση της διάγνωσης των κλειστών ρήξεων του διαφράγματος (ΚΡΔ).

Ασθενείς - Μέθοδος: Ανασκοπήθηκαν οι φάκελλοι 41 ασθενών με ΚΡΔ, που αντιμετωπίστηκαν στο νοσοκομείο μας τη δεκαετία 1988-1997. Επρόκειτο για 35 άνδρες (85%) και 6 γυναίκες ηλικίας 17-71 (μ.ό.: 41) ετών.

Αποτελέσματα: Η ΚΡΔ αφορούσε το αριστερό ημιδιάφραγμα σε 24 περιπτώσεις (58%), το δεξιό σε 15 (36%) και αμφότερα σε 2 (5%). Οι ασθενείς διακρίνονται σε δύο ομάδες, την ομάδα Α (ν=36, 88%) με οξεία ΚΡΔ και την ομάδα Β (ν=5, 12%) με μετατραυματική διαφραγματοκήλη (ΤΔΚ). Στην ομάδα Α, η διάγνωση τέθηκε αμέσως μετά την εισαγωγή σε 35 περιπτώσεις (96%), αλλά μόνο σε 26 (72%) προεγχειρητικώς. Σε μία περίπτωση η διάγνωση τέθηκε με καθυστέρηση 2 εβδομάδων. Συνοδές κακώσεις έφεραν 34 (94%) ασθενείς και εντοπιζόταν σε: σπλήνα (ν=18), πλευρές (ν=17), ήπαρ (ν=14), πνεύμονες (ν=11), έντερο (ν=7), νεφρούς (ν=5). Η χειρουργική αντιμετώπιση πραγματοποιήθηκε μέσω λαπαροτομίας (ν=22) ή θωρακοτομής (ν=10) ή συνδυασμού τους (ν=4). Η συνολική θνητότητα ήταν 16.6% (6/36). Οι δύο ασθενείς με αμφοτερόπλευρη ΚΡΔ κατέληξαν. Οι ασθενείς που κατέληξαν είχαν μεγαλύτερη ηλικία από τους επιζήσαντες (μέση ηλικία 54 έναντι 39 έτη,  $p<0.05$ ), ήταν πιο σοβαρά τραυματισμένοι (μέση τιμή ISS 46 έναντι 31,  $p<0.05$ ) και βρίσκονταν σε ολιγαμική καταπληξία (100% έναντι 23%,  $p<0.05$ ). Στην ομάδα Β με ΤΔΚ, η διάγνωση καθυστέρησε 7-16 μήνες μετά τον τραυματισμό. Η ΤΔΚ εντοπιζόταν δεξιά σε 3 περιπτώσεις και αριστερά σε 2. Η προσπέλαση για τη χειρουργική αντιμετώπιση της ΤΔΚ έγινε μέσω θωρακοτομής σε όλες τις περιπτώσεις. Δεν υπήρξε θνητότητα ή άξια λόγου νοσηρότητα.

Συμπεράσματα: α. Προγνωστικοί παράγοντες θνητότητας σε ΚΡΔ είναι οι: ηλικία, βαρύτητα συνοδών κακώσεων (ISS) και αιμοδυναμική κατάσταση του τραυματία. β. Η καθυστέρηση στη διάγνωση δεν σχετίζεται με την εντόπιση της ΚΡΔ στο δεξιό ή αριστερό ημιδιάφραγμα. γ. Η ΚΡΔ μπορεί εύκολα να διαλάθει, όταν δεν υπάρχει ένδειξη για ερευνητική λαπαροτομία. Εγρήγορη του χειρουργού και επανειλημμένος ακτινολογικός έλεγχος είναι αναγκαίες συνθήκες για έγκαιρη διάγνωση.



### 538A ΑΝΟΙΚΤΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΘΩΡΑΚΟΣ: 97 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ι. Παπαχρήστος, Γ. Καστήριος, Π. Βαρβατσούλης, Α. Κίτσιου, Σ. Χατζηπαντελής, Κ. Γούρμος, Α. Τραμπάκλος  
*Π.Γ.Ν.Α. "ΚΑΤ", Κλινική Χειρουργικής Θώρακος – Αγγείων, Διευθυντής: Δρ. Αθ. Τραμπάκλος*

Σκοπός: Να ανασκοπηθεί η εμπειρία μας στις Ανοικτές Κακώσεις Θώρακος (ΑΚΘ).

Να εξετασθεί η αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της "χωρίς καθυστέρηση" αντιμετώπισης.

Υλικό & Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη 97 διαδοχικών περιπτώσεων ΑΚΘ διάμεσης ηλικίας 29 ετών (μέσης 31). Άνδρες ήταν 90, ημεδαποί 63.

Ανάλυση ευρημάτων κατά την εισαγωγή, αντιμετώπισης και έκβασης.

Αποτελέσματα: Νύσσοντα / τέμνοντα όργανα προκάλεσαν 75 ΑΚΘ (άνδρες 70, αριστερό ημιθώρακιο 43, άμφω 10).

Πυροβόλα όπλα προκάλεσαν 22 ΑΚΘ (άνδρες 20, αριστερά 14).

Κατά την εισαγωγή:

- η σημειολογία συχνότερα περιλάμβανε ταχυκαρδία (38%), υπόταση (13%), δύσπνοια (5%), αρρυθμία (4%) κ.ά.

- υπήρχε πνευμοθώρακας (51%), αιμοθώρακας (22%), αιμοπνευμοθώρακας (9%), αιμοπερικάρδιο (6%), εκσεσημασμένο υποδόριο εμφύσημα (4%), πνευμομεσοθωράκιο (3%)

· γινόταν εκτίμηση θέσεως / πορείας τραύματος

· συνοδές κακώσεις ήταν:

σκελετικές (10%), κρανιοεγκεφαλικές (3%) κ.ά.

Το κυριότερα διαγνωστικά μέσα, κατά σειρά άμεσης διαθεσιμότητας και παροχής καθοριστικών πληροφοριών ήταν: απλή ακτινογραφία θώρακος, γενική αίματος, αέρια αρτηριακού αίματος, ηλεκτροκαρδιογράφημα και Υπολογιστική Τομογραφία (CT). Σε χειρουργική θεραπεία υποβλήθηκαν 37 τραυματίες (κατεπίγουσα 2, επείγουσα 29, προγραμματισμένη 6). Διεγχειρητικώς βρέθηκε κάκωση αγγείων (20), πνευμονικού παρεγχύματος (15), καρδιάς (7), οισοφάγου (6), διαφράγματος (6) και τραχειοβρογχικού δένδρου (5). Σε 34 περιπτώσεις εφαρμόστηκε παροχέτευση θώρακος μόνον, χωρίς ανάγκη περαιτέρω επεμβατικής αντιμετώπισης.

Συντηρητική θεραπεία εφαρμόστηκε επιτυχώς σε 26 τραυματίες.

Η θνητότητα ήταν 4%.

Συμπέρασμα: Οι ΑΚΘ είναι δυνητικώς θανατηφόρες. Απαιτούν υψηλό επίπεδο διαγνωστικής υποψίας, αποφασιστικότητα και ταχεία εφαρμογή της ενδεικνυόμενης θεραπείας.