

Mattioli 1885

Vol. 49 / N. 2 / Settembre 2012

ISSN 0080 - 3243

RIVISTA DI Chirurgia della Mano



CHIRURGIA E RIABILITAZIONE DELLA MANO DELL'ARTO SUPERIORE E MICROCHIRURGIA
Organo ufficiale della Società Italiana di Chirurgia della Mano

2/2012

50° CONGRESSO NAZIONALE SICM
Società Italiana di Chirurgia della Mano

EMERGENZE-URGENZE:
ASPETTI CLINICI, ORGANIZZATIVI
E MEDICO LEGALI

Abano Terme (Padova), 10-13 Ottobre 2011



TRAUMI GESTIBILI IN URGENZA O IN URGENZA CON OPERAZIONE DIFFERITA

P. DI GIUSEPPE

Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano - Ospedale di Magenta, Magenta (MI)

SESSIONE 5: ASPETTI ORGANIZZATIVI DELL'URGENZA EMERGENZA

INTRODUZIONE

I traumi della mano devono essere trattati sempre in urgenza. Non esiste l'urgenza differita, esiste l'Urgenza con Operazione Differita, che è tutt'altra cosa.

Prima di entrare nel merito di quali traumi devono essere trattati in urgenza immediata e quali possono essere trattati in urgenza con operazione differita, definiamo i termini.

Il paziente con un trauma alla mano **deve essere preso in carico immediatamente**, deve essere esaminato e si deve fare immediatamente un bilancio delle lesioni riportate.

Come in ogni patologia si inizia con l'anamnesi, in particolare si indaga sul meccanismo traumatico e l'agente lesivo, nonché il tempo trascorso dal trauma. Già con queste tre notizie possiamo fare una prima valutazione.

L'esame obiettivo valuta globalmente l'entità del danno, in particolare il danno vascolare, principale discriminante delle successive scelte di trattamento.

Fatto un primo sommario bilancio lesionale e la valutazione generale del paziente, si procede con l'esame dettagliato delle varie funzioni e si completa con indagini strumentali.

Schematicamente possiamo distinguere due tipi di trauma: da taglio e da schiacciamento, perché le lesioni riportate sono sostanzialmente diverse.

Nelle ferite da taglio (FT) (nette o lacere come per esempio le lesioni da sega circolare) troviamo principalmente lesioni della dei vasi e nervi, dei

tendini flessori. Meno importanti sono le lesioni della cute, dei tendini estensori, dei legamenti. La forma più grave è l'amputazione netta.

Nelle ferite da schiacciamento (FS) avremo lesioni della cute, più o meno estese, delle ossa e delle articolazioni, dei tendini estensori, dei vasi. Meno importanti saranno le lesioni a carico dei nervi e dei tendini flessori. Può arrivare all'amputazione con distruzione della parte distale.

Ci sono poi lesioni particolari come quelle penetranti, da scoppio, le presso-ustioni, da strappamento (scuoimento) che possiamo in qualche modo assimilare alle ferite da taglio o da schiacciamento, utili per avere uno schema di riferimento.

Come si distinguono questi due gruppi dal punto di vista vascolare:

nelle FT la lesione è netta e riparabile, nelle FS i vasi sono lacerati o trombizzati oppure hanno danni intimi che determineranno una trombosi anche in più punti (necrosi primaria) ed entro certi limiti possono essere riparati, con il supporto di terapie antiaggreganti, ma con un elevato rischio di trombosi e quindi di necrosi secondaria.

È questa la discriminante nella scelta fra un trattamento in urgenza immediata o in urgenza con operazione differita. Tutte le altre motivazioni possono essere più o meno accettate ma non possono essere messe sullo stesso piano. Si può decidere di differire l'intervento ricostruttivo, ammesso che sia possibile senza recare danno al paziente, per motivi organizzativi, per operarlo in condizioni migliori (non è disponibile lo specialista esperto o la sala

operatoria, per esempio) oppure perché altre lesioni più gravi pongono in secondo piano quelle della mano.

IMPOSTAZIONE DEL TRATTAMENTO

All'arrivo del traumatizzato alla mano, fatta una prima anamnesi, che ovviamente deve comprendere anche notizie su patologie concomitanti, allergie, terapie in atto, traumi pregressi, ecc., esaminata la lesione, si valuta il danno vascolare e si procede, se necessario alle prime cure, che possono consistere nell'emostasi in caso di emorragia o nel porre l'indicazione ad una esplorazione chirurgica per una eventuale rivascolarizzazione in presenza di ischemia. La rivascolarizzazione può consistere nella decompressione, mediante fasciotomia o escarotomia, oppure mediante riduzione di lussazioni o fratture ampiamente dislocate o nella riparazione di vasi lesionati.

Nelle FS invece spesso l'emorragia e le possibilità di rivascolarizzazione sono limitate dalla trombosi dei vasi danneggiati. Qui si pone il problema di scelta fra le metodiche dell'urgenza immediata e l'urgenza con operazione differita.

Superata la fase dell'urgenza vascolare si procede a completare la valutazione con esami radiologici, alla valutazione funzionale e quindi al completamento della diagnosi delle lesioni riportate dal paziente. Talvolta, come nelle ferite penetranti, la diagnosi si perfeziona con l'esplorazione chirurgica.

Qualora si opti per un trattamento "in differita", pessimo termine, fonte di malintesi storici, si decide in realtà di attuare una metodica ben definita. Questo va ben spiegato al paziente. Per contro differire l'intervento non significa rinviare, tanto meno al giorno dopo, il peggior momento per operare una mano edematosa e sofferente, bensì preparare il paziente per un intervento ricostruttivo globale, tutto in un tempo, scegliendo il momento migliore per eseguirlo.

L'esperienza di oltre trent'anni di applicazione della metodica mi permette di affermare che se ben attuata consente un risparmio di tessuti, una semplificazione dell'intervento ricostruttivo, una ridu-

zione delle complicazioni e degli interventi secondari. Il problema è stabilire il momento migliore per operare, e questo corrisponde alla demarcazione chiara delle necrosi e alla riduzione o regressione dell'edema. In questo momento è possibile eseguire una escissione delle necrosi, quello che gli anglosassoni chiamano debridement, in modo netto, trasformando la ferita traumatica in una ferita chirurgica.

L'errore più comune è quello di operare troppo presto, e ciò comporta, anche se in misura minore, lo stesso rischio di complicazioni (necrosi secondaria e infezione) che si verifica negli schiacciamenti operati in urgenza immediata. In urgenza ci si mette al riparo di queste complicazioni solo con la sostituzione dei tessuti contusi dopo ampia escissione, o come fanno alcuni con un intervento a due tempi.

LA METODICA DELLA UOD

La UOD prevede un tempo in urgenza, la preparazione all'intervento e l'intervento ricostruttivo definitivo.

Primo tempo: in urgenza

Presenza in carico, valutazione e scelta di trattamento.

Emostasi.

Detersione delle ferite, rimozione di corpi estranei.

Riduzione di lussazioni e allineamento di fratture molto scomposte.

Medicazione e immobilizzazione in posizione di protezione.

Terapia analgesica, profilassi antibiotica e antitrombotica.

Secondo tempo: la preparazione

Medicazioni giornaliere mediante immersione in soluzioni antisettiche.

Valutazione dell'evoluzione dell'edema e della demarcazione delle necrosi.

Medicazioni sterili e immobilizzazione.

Colloquio col paziente e approfondimento delle sue problematiche, personali e lavorative, delle sue

esigenze funzionali e aspettative. Elaborazione di un programma di trattamento, dall'intervento alla riabilitazione.

Terzo tempo: l'intervento ricostruttivo globale, suddiviso schematicamente in tre fasi di pari importanza:

1. Escissione delle necrosi.
2. Riparazione delle lesioni.
3. Copertura cutanea.

Sulla base di quanto esposto è possibile elencare a titolo esemplificativo i traumi che richiedono un intervento definitivo in urgenza immediata e quelli che traggono vantaggio della metodica dell'UOD.

A. Interventi in urgenza immediata - Urgenza vascolare

1. Reimpianto e rivascolarizzazione per amputazione o subamputazione.
2. Escarotomia o fasciotomia per sindrome compartimentale.
3. Neurorrafia e arteriorrafia per ferita da taglio o penetranti con lesione neurovascolare.
4. Tenorrafia per lesione di tendini flessori in zona 2.
5. Ferite penetranti per necessità di esplorazione.
6. Rivascolarizzazione nello scuoiamento da anello e nello sguantamento (quando possibile).
7. Lussazioni e fratture ampiamente scomposte (rischio vascolare secondario).

B. Interventi in UOD - Danno tissutale

1. Schiacciamenti.
2. Ferite da scoppio.
3. Presso-ustioni.
4. Ferite infette o molto inquinate.

Altri traumi possono essere gestiti indistintamente in urgenza immediata o in UOD, senza rischi o vantaggi, purché i criteri di scelta siano quelli esposti prima e la metodica venga applicata con rigore.

COMMENTO

Perché parlare ancora di Urgenza con Operazione Differita in epoca microchirurgica? Perché l'urgenza U.O.D. è una metodica, mentre la microchirurgia è una tecnica e come tale è al servizio anche dell'U.O.D. La metodica dell'U.O.D. è alternativa alla metodica dell'urgenza immediata (sei ore dal trauma così come definito dalla SIOT) e prevede la scelta del momento migliore per l'intervento, non il rinvio al giorno dopo. È utile parlarne per due ragioni: perché è ancora una metodica utile in determinate situazioni e perché spesso è stata male interpretata e peggio applicata. La sua indicazione si può estendere o delimitare anche sulla base di scelte personali del chirurgo o di esigenze persino organizzative - come ad esempio la disponibilità di chirurghi esperti ad eseguire interventi su traumi complessi, che si può verificare in condizioni di guerra o in tempo di pace in situazioni territoriali disagiate - purché la metodica sia applicata correttamente. In centri bene attrezzati che dispongono di mezzi e di personale sufficienti ad eseguire interventi in urgenza correttamente in ogni momento, l'indicazione sarà certamente più limitata ma anche in queste condizioni, nei gravi schiacciamenti, in casi di ferite nelle quali è difficile in urgenza una precisa delimitazione dei tessuti vitali dai tessuti destinati alla necrosi e nei quali un intervento ricostruttivo microchirurgico immediato non appare indicato, ecco che l'U.O.D. diventa uno strumento utile al paziente. Se si sceglie questa strada, la metodica deve essere applicata con lo stesso scrupolo con cui si esegue un intervento microchirurgico, tenendo presente che al momento dell'intervento ricostruttivo le più moderne tecniche di osteosintesi o di ricostruzione tegumentaria possono trovare la loro migliore applicazione. L'esperienza di questi trent'anni ci ha portato a limitare l'indicazione a quelle che ora stiamo delineando, in particolare le ferite da schiacciamento e lesioni assimilabili come le presso-ustioni, le ferite da scoppio e le ferite inquinate.

L'aspetto più difficile di questa metodica è la *scelta del momento* in cui praticare l'intervento ricostruttivo, in quanto l'esperienza gioca un ruolo im-

portante nel determinare questa scelta. In genere, nelle ferite non particolarmente complesse, occorrono circa tre-quattro giorni di preparazione della ferita, anche se in casi di lesioni prevalentemente cutanee a lembi multipli senza lesioni dei tendini abbiamo operato anche a sette giorni di distanza dal trauma. In questi casi abbiamo osservato un decorso post-operatorio particolarmente positivo, per la totale assenza di edema e con tempi di cicatrizzazione estremamente veloci. Al contrario, le poche complicazioni post-operatorie le abbiamo avute per due principali cause: l'intervento troppo precoce quando la demarcazione dei tessuti sofferenti non era definitiva con conseguente insufficiente escissione, oppure una escissione tendenzialmente troppo conservativa nell'intento di semplificare la ricostruzione.

CONCLUSIONI

1. I traumi della mano devono essere trattati in urgenza.
2. L'intervento ricostruttivo può essere differito adottando la metodica dell'UOD per alcuni tipi di lesione.
3. Differire l'intervento comporta una scelta fatta dopo aver esaminato il paziente in urgenza.
4. La discriminante nella scelta è il danno vascolare.
5. L'UOD è una metodica che consente di preparare la mano ed il paziente all'intervento ricostruttivo definitivo allo scopo di eseguirlo in condizioni migliori.
6. Le ferite da schiacciamento e da scoppio e le ferite inquinate sono la miglior indicazione alla metodica dell'UOD.
7. In alcuni casi la scelta può essere condizionata da lesioni concomitanti o necessità organizzative. La presa in carico in urgenza e la corretta applicazione della metodica sono essenziali.

BIBLIOGRAFIA

1. Codega G, Afanassieff A. Il metodo dell'urgenza con operazione differita nella chirurgia della mano. *Osp. d'Italia Chirurgia* 1963; 9(4).
2. Codega G, Di Giuseppe P, Fassi P. Il problema della copertura secondaria nella chirurgia della mano. Caso clinico. *Riv Ital Chir Mano* 1980; 17(2).
3. Codega G. Principi generali nel trattamento delle lesioni traumatiche della mano. *Riv Ital Chir Plast* 1984; 16: 107-9.
4. Nonnenmacher J, Gebauer C. Coloration vitale au bleu de disulphine en chirurgie réparatrice d'urgence de la main. - *Ann Chir Plast* 1980; 25 (1): 76-80.
5. Iselin M, Iselin F. *Traité de chirurgie de la main*. Editions Medicales Flammarion, 1967.
6. Rotolo G, Codega G. Il metodo dell'Urgenza con Operazione Differita nelle gravi ferite lacero contuse degli arti. *Ospedali d'Italia Chirurgia* 1965; 13 (3).