

Traumi addominali nello sport

Dott. David Di Mattia



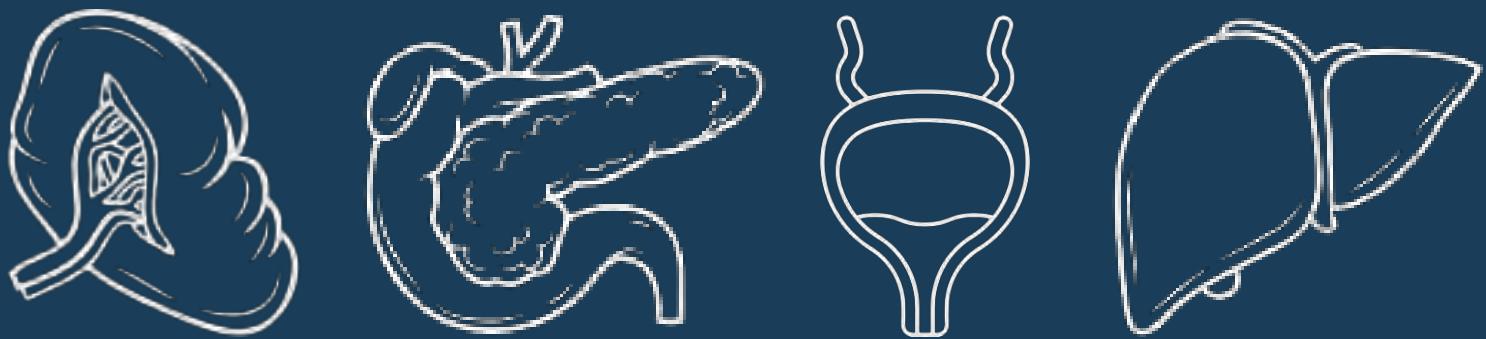
Trauma: prima causa di morte nei giovani

- Il trauma è la principale causa di morte nei giovani.
- I traumi addominali possono essere:
 - Aperti (macroscopicamente evidenti)
 - Chiusi (non evidenti)



Organi più colpiti nei traumi chiusi

- Milza
- Fegato
- Vasi mesenteriali
- Reni
- Organi cavi (vescica)
- Pancreas
- Organi ginecologici



Classificazione delle lesioni spleniche

| Grado | Lesione |
|--------------|---|
| 1 | Ematoma sottocapsulare < 10% della superficie.Lacerazione < 1 cm di profondità. |
| 2 | Ematoma sottocapsulare 10–50% della superficie, ematoma intraparenchimale < 5 cm.Lacerazione di 1–3 cm di profondità e che non coinvolge un vaso trabecolare. |
| 3 | Ematoma sottocapsulare > 50% della superficie, ematoma intraparenchimale \geq 5 cm, qualsiasi ematoma in espansione o rottura.Lacerazione > 3 cm di profondità o che coinvolge un vaso trabecolare. |
| 4 | Lacerazione che coinvolge i vasi segmentari o ilari e che devascularizza > 25% della milza. |
| 5 | Milza completamente distrutta.Lesioni vascolari ilari che devascularizzano la milza. |

Classificazione delle lesioni epatiche

| Grado | Lesione |
|--------------|---|
| 1 | Ematoma sottocapsulare < 10% della superficie. Lacerazione < 1 cm di profondità. |
| 2 | Ematoma sottocapsulare 10–50% della superficie, ematoma intraparenchimale < 10 cm. Lacerazione profonda 1–3 cm e lunga < 10 cm. |
| 3 | Ematoma sottocapsulare > 50% della superficie, ematoma intraparenchimale > 10 cm o qualsiasi ematoma in espansione o rottura. Lacerazione > 3 cm di profondità. |
| 4 | Rottura del parenchima che coinvolge il 25–75% di un lobo epatico o 1–3 segmenti di Couinaud all'interno di un unico lobo. |
| 5 | Interruzione parenchimale che coinvolge > 75% di un lobo epatico o > 3 segmenti di Couinaud. Lesioni venose iuxtaepatiche (vena cava retroepatica o grandi vene epatiche centrali). |
| 6 | Avulsione epatica. |

Lesioni mesenteriali

Frequenza

- Terze per frequenza nei traumi addominali chiusi

Sedi principali

- 70% a carico del digiuno-ileo, in particolare nelle zone di fissità (Treitz)
- 20% colon
- 10% duodeno

Meccanismo lesivo

- Lesioni da compressione
- Lesioni da stiramento su aderenze

Classificazione dei traumi renali

| Grado | Lesione |
|--------------|---|
| 1 | Ematoma sottocapsulare e/o contusione renale. |
| 2 | Lacerazione \leq 1 cm di profondità senza stravaso urinario. |
| 3 | Lacerazione $>$ 1 cm senza stravaso urinario. |
| 4 | Lacerazione che coinvolge il sistema collettore con stravaso urinario.Qualsiasi lesione vascolare renale segmentale.Infarto renale.Lacerazione della pelvi renale e/o ostruzione uretero-pelvica. |
| 5 | Rene in frantumi o devascularizzato con sanguinamento attivo.Lacerazione vascolare renale principale o avulsione. |

Traumi chiusi addominali

Rischi:

- Sottovalutazione del danno
- Miglioramento momentaneo dei sintomi
- Ritardi diagnostici → conseguenze fatali

Complicanze

- Emoperitoneo massivo
 - Rapida instabilità emodinamica
 - Shock ipovolemico
 - Trattamento urgente (minuti, non ore)

Cosa fare:

- **Identificazione accurata della dinamica del trauma**

(eventualmente oltre alla testimonianza dell'infortunato anche dei testimoni)

- **Ricerca di segni macroscopici del trauma**

(ecchimosi, edemi, iperemie cutanee)

- **Controllo accurato dei parametri vitali**

(frequenza cardiaca, pressione arteriosa, saturazione di O₂)

Cosa fare:

- **Eseguire Eco Fast o, se possibile, E-FAST**
- **In caso di dubbi, in attesa dell'ambulanza:**
 - continuare a monitorare PA, FC e SpO₂
 - predisporre un accesso venoso, possibilmente di calibro adeguato

- Ricordarsi:

è meglio essere assertivi e venire considerato un medico “troppo scrupoloso”
che rischiare gravi conseguenze per il paziente e anche per se stessi.