

Κακώσεις Προσώπου και Τραχήλου

Χ. Κ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

3ο Συνέδριο Αναισθησιολογίας και Εντατικής
 Ιατρικής Στρογγυλό Τραπέζι:
 "Πολυτραυματίες: Οι αναισθησιολόγοι και οι άλλοι"
 Εισήγηση: "Οι ειδικότητες"
 22-25/9/1994 Πόρτο Καρράς Χαλκιδική

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι τραυματισμοί του προσώπου και του τραχήλου είναι καθημερινοί στις εφημερίες των Νοσοκομείων και η βαρύτητά τους εξαρτάται κυρίως από το αίτιο που τους προκάλεσε. Τα τροχαία ατυχήματα ευθύνονται για την πλειοψηφία των τραυματισμών και αφορούν συνήθως νέα άτομα ηλικίας από 18-24 χρονών και για τα δύο φύλλα. Δεύτερη σε συχνότητα αιτία σοβαρών τραυματισμών αποτελούν τα εργατικά ατυχήματα. (1, 2, 7, 8)

Κάθε τραυματίας κυρίως μετά από τροχαίο ατύχημα πρέπει να θεωρείται πολυτραυματίας. Ο ένας στους τρεις πολυτραυματίες έχει και κάποιο σοβαρό τραυματισμό στο πρόσωπο (5,6)

Το πρόσωπο και ο τράχηλος αποτελούν την ανατομική περιοχή από την οποία αρχίζει η αναπνευστική οδός, η διασφάλιση της οποίας είναι η κύρια προτεραιότητα στην αντιμετώπιση του πολυτραυματία.

Σε αναδρομική στατιστική μελέτη των αιτιών και άλλων παραμέτρων οι οποίες ευθύνονται για την πρόκληση των τραυματισμών του προσώπου στους τραυματίες τους οποίους αντιμετωπίσαμε στο ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ από το 1985-1993 φάνηκε ότι το 62% των τραυματισμών οφείλονταν στα τροχαία ατυχήματα. Η μη χρήση της ζώνης ασφαλείας από το 91% των επιβατών των ΙΧΕ και η μη χρήση του κράνους ασφαλείας από το 99% των οδηγών δικύκλων ήταν η αιτία των τραυματισμών προσώπου.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο της έρευνάς μας ήταν ότι ο μέσος όρος χρόνου πρώτης εξέτασης του πολυτραυματία από τον ειδικό τραυματολόγο προσώπου

ήταν 2.4 ημέρες με εύρος από 1-36 ημέρες (!). Σε μελέτες άλλων ερευνητών η πλειοψηφία των τραυματιών εξετάστηκε και αντιμετωπίστηκε σε λιγότερο από 12 ώρες.

ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Οι τραυματισμοί του προσώπου αφορούν τα μαλακά μόρια (δέρμα, βλεννογόνοι, μύες, αγγεία, νεύρα, πόροι, αδένες) και τα κατάγματα των χόνδρων και των οστών.

Τα κατάγματα μπορεί να ταξινομηθούν σε:

- α. Κατάγματα του άνω τριτημορίου του προσώπου και αφορούν το μετωπιαίο οστό και κόλπο, το άνω τοίχωμα του κόγχου και την βάση του κρανίου.
- β. Κατάγματα του μέσου τριτημορίου του προσώπου. Εδώ περιλαμβάνονται τα κατάγματα της ρινικής πυραμίδας (ρινικών οστών, ρινοκογχικά, ρινοηθμοειδικά, ρινογναθικά), τα κατάγματα του ζυγωματικού οστού και τόξου, τα κατάγματα του κόγχου (κάτω-έσω-έξω τοίχωμα), τα κατάγματα της άνω γνάθου οδοντοφαρνιακά, οφελιαία, ρινογναθικά, τύπου Le Fort I.) και τα κατάγματα τύπου Le Fort II, και III.
- γ. Κατάγματα του κάτω τριτημορίου του προσώπου τα οποία αφορούν αποκλειστικά την Κάτω Γνάθο.

Από αυτούς τους τραυματισμούς ιδιαίτερα ενδιαφέρουν τα κατάγματα τα οποία έχουν άμεση σχέση με το ενδοκράνιο μέσω ενός ή περισσότερων παραρρινικών κόλπων. Και αυτό γιατί η άμεση επικοινωνία του ενδοκράνιου με το σηπτικό περιεχόμενο των παραρρινικών κόλπων μπορεί να προκαλέσει ενδοκρανιακές φλεγμονώδεις επιπλοκές. Τα κατάγματα αυτά είναι:

- Τα κατάγματα τύπου Le Fort II και III
- Τα Ρινοηθμοειδικά κατάγματα,
- Τα κατάγματα Μετωπιαίου οστού και κόλπου,

- Τα Μετωποκογχικά κατάγματα,
- Τα κατάγματα της βάσης του κρανίου (σφηνοειδούς οστού και κόλπου).

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΑΜΕΣΑ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ. ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ (σημεία ιδιαίτερης προσοχής.)

Οι προτεραιότητες στην αντιμετώπιση του πολυτραυματία αφορούν τον έλεγχο της αναπνοής και τον έλεγχο των αιμορραγιών. Στην συνέχεια ακολουθούν οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, οι οφθαλμολογικές κακώσεις, οι κακώσεις θώρακα και κοιλιάς, οι ορθοπαιδικές κακώσεις και τέλος οι κακώσεις του προσώπου στον βαθμό που δεν αφορούν την αναπνοή και την αιμορραγία.

Η διασφάλιση της αναπνοής γίνεται:

- α. Με την αφαίρεση αιμοπηγμάτων και ξένων σωμάτων από το στόμα τον στοματοφάρυγγα και τον υποφάρυγγα (τροφές, σπασμένα δόντια τμήματα προσθετικών οδοντιατρικών εργασιών κ.ά.)
- β. Με την τοποθέτηση στοματοφαρυγγικού αεραγωγού.
- γ. Με την διασωλήνωση με στοματοτραχειακό και σπανιότερο ρινοτραχειακό σωλήνα.
- δ. Με κωνικοτομή (γίνεται σπάνια)
- ε. Με τραχειοστομία
- στ. Με την ανάταξη και ακινητοποίηση προσωρινή ή μόνιμη παρεκτοπισθέντων δομών του μέσου προσώπου. (Κάτω γνάθος και γλώσσα, άνω γνάθος και μαλακή υπερώα.)

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στα κατάγματα της βάσης του κρανίου. Ακόμη και σε υποψία κατάγματος ποτέ δεν διασωληνώνουμε από την μύτη ούτε βάζουμε ρινογαστρικό σωλήνα γιατί υπάρχει κίνδυνος εισόδου στο ενδοκράνιο και αυξημένος κίνδυνος ενδοκρανιακής λοίμωξης.

Πότε πρέπει να γίνεται τραχειοστομία;

Η τραχειοστομία πρέπει να γίνεται στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. Σε κατάγματα του μέσου προσώπου και της κάτω γνάθου για τα οποία θα απαιτηθεί διαγνωστική ακινητοποίηση και πωματισμός των ρινικών θαλάμων.
2. σε κατάγματα του προσώπου με όχι πολύ καλό επίπεδο συνείδησης στα οποία θα απαιτηθεί διαγνωστική ακινητοποίηση και ο τραυματίας δεν θα μπο-

ρέσει να συνεργασθεί στην ανάνηψη.

3. Σε βαρείες κρανιοπροσωπικές ή κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις στις οποίες δεν αναμένεται να αποσωληνωθεί σύντομα ο τραυματίας και
4. Σε τραύματα του λάρυγγα και της τραχείας.

Στα τραύματα του λάρυγγα και της τραχείας πρώτα διασωληνώνουμε από το ανοικτό τραύμα και στην συνέχεια γίνεται τραχειοστομία

Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ

Το πρόσωπο και ο τράχηλος έχουν πλούσια αιμάτωση και γι' αυτό οι αιμορραγίες είναι εντυπωσιακές. Εύκολα όμως ελέγχονται και σε αυτό βοηθάει και το οίδημα του προσώπου.

Συνηθέστερη είναι η ρινορραγία για τον έλεγχο της οποίας θα απαιτηθεί πρόσθιος πωματισμός και σπανιότερα οπίσθιος. Στα κατάγματα της βάσης του κρανίου ο πωματισμός πρέπει να αφαιρείται όσο πιο σύντομα γίνεται (πρώτο 24ωρο) και πρέπει να χρησιμοποιούνται γάζες εμποτισμένες με αντισηπτικό ή αντιβιοτικό. Η στάση των εκκρίσεων στις γάζες θα μας οδηγήσει σε φλεγμονή και πιθανή ενδοκρανιακή επέκταση.

Αιμορραγία από την κάτω φατνιακή αρτηρία ελέγχεται αυτόματα με την ανάταξη του κατάγματος.

Το οίδημα του προσώπου βοηθάει στην αιμόσταση. Σπάνια απαιτείται απολίνωση της έξω καρωτίδας ή κλάδων της.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ. ΠΟΤΕ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΤΑΙ;

Σχεδιασμός αντιμετώπισης.

Στο ερώτημα πότε πρέπει να χειρουργείται ο τραυματίας η απάντηση είναι ΑΜΕΣΩΣ εφ' όσον αυτό είναι δυνατό. Δυστυχώς αυτό δεν γίνεται πάντα, με αποτέλεσμα να καθυστερεί πολλές φορές η αντιμετώπιση. Αυτό προκαλεί και αυξημένες πιθανότητες επιπλοκών, κυρίως φλεγμονωδών, και αυξημένο κόστος νοσηλείας.

Τα αίτια της καθυστερημένης αντιμετώπισης είναι πολλά

Τα κυριότερα από αυτά είναι:

- α. Η ελλιπής εκπαίδευση των μη ειδικών συναδέλφων και η αδυναμία πολλές φορές σωστής και έγκαιρης εκτίμησης,

- β. διαρθρωτικά προβλήματα στην λειτουργία των κλινικών (ποιός αποφασίζει και με ποιά κριτήρια),
- γ. Η αδυναμία του συστήματος υγείας για έγκαιρη μεταφορά σε τριτοβάθμια νοσοκομειακά κέντρα. (απομονωμένες περιοχές-νησιά κ.α)
- δ. Η έλλειψη ειδικών κλινικών, σε όλα τα νοσοκομεία τα οποία όμως δέχονται πολυτραυματίες. Έτσι αντιμετωπίζεται κατ' αρχήν ένα πρόβλημα του τραυματία στο πρώτο νοσοκομείο και στην συνέχεια διακομίζεται σε άλλο νοσοκομείο για την αντιμετώπιση άλλων προβλημάτων.
- ε. Και, το κυριότερο, η έλλειψη οργανωμένων τραυματολογικών μονάδων υποδοχής και αποκατάστασης τραυματιών σε όλα τα επίπεδα.
- Σε σπάνιες περιπτώσεις βαρύτατων τραυματισμών πρέπει να περιμένουμε την σταθεροποίηση της γενικής αιμοδυναμικής κατάστασης και μετά να ανατάσσουμε τα κατάγματα.

Η αντιμετώπιση των τραυματισμών έχει ως στόχο την:

- αποκατάσταση των λειτουργιών
- την αισθητική αποκατάσταση και
- την αποτροπή των λοιμώξεων

Αυτά επιτυγχάνονται με την ανάταξη και ακινητοποίηση των καταγμάτων, την συρραφή των μαλακών μορίων και την φροντίδα για την καλή λειτουργία των παραρρινικών κόλπων ή την εξάλειψή τους (πλήρωση - Κρανιοποίηση).

Ιδιαίτερα μας ενδιαφέρει η αποτροπή των ενδοκρανιακών λοιμώξεων. Όλοι οι κρανιοπροσωπικοί τραυματισμοί εφ' όσον το επιτρέπει η γενική κατάσταση του τραυματία πρέπει να χειρουργούνται αμέσως και να αποκλείεται η επικοινωνία του ενδοκράνιου με τους παραρρινικούς κόλπους.

Επίσης άμεσα πρέπει να ελέγχεται και να αποσυμπιέζεται το οπτικό νεύρο σε κάθε έκπτωση της οπτικής οξύτητας ή απώλεια της όρασης. Και αυτό δυστυχώς δεν γίνεται πάντα (2,8,9)

Για να επιτευχθεί αυτό πρέπει ταυτόχρονα ο τραυματίας να αντιμετωπίζεται από ομάδα ειδικών γιατρών οι οποίοι θα εκτιμούν και θα αντιμετωπίζουν τον τραυματία αμέσως και ταυτόχρονα. (4,9,10)

Φαρμακευτικά πρέπει να χορηγούνται πάντα προληπτικά αντιμικροβιακά χημειοθεραπευτικά, αποσυμφορητικές σταγόνες για τον ρινικό βλεννογόνο και στους βαρείς κρανιοπροσωπικούς τραυματισμούς πολυδύναμη ανοσοσφαιρίνη.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Αναφέρθηκαν οι αιτίες της καθυστερημένης αντιμετώπισης των τραυματισμών. Τα προβλήματα ή την μη αντιμετώπιση των τραυματισμών είναι πολλά και αφορούν τις διαταραχές στις λειτουργίες των διαφόρων οργάνων, τις δυσμορφίες και τις φλεγμονώδεις επιπλοκές.

Στις λειτουργικές διαταραχές μπορούμε να διακρίνουμε:

- α. Από την μύτη: Διαταραχές στην ρινική αναπνοή και στην όσφρηση.
- β. Από το στοματογναθικό σύστημα: Διαταραχές στην διάνοιξη και σύγκλειση του στόματος και στην μάσηση. Επίσης διαταραχές στην ομιλία.
- γ. Από την όραση: διπλωπία, ελλάτωση της οπτικής οξύτητας, απώλεια της όρασης.
- δ. από τον Λάρυγγα: διαταραχές στην φώνηση και στην αναπνοή κ.ά.

Οι δυσμορφίες προκαλούνται είτε από ατελή ή καμμία αντιμετώπιση είτε από φλεγμονώδεις επιπλοκές και ιστικές καταστροφές. Πολλές φορές όταν ο τραυματισμοί δεν αντιμετωπίζονται αμέσως χρειάζονται μία ή περισσότερες επανορθωτικές επεμβάσεις για την αποκατάσταση των δυσμορφιών. (7,9)

Το είδος του τραύματος μπορεί να προκαλέσει εκτεταμένες καταστροφές και την ανάγκη προσθετικών διορθωτικών επεμβάσεων.

Από τις φλεγμονώδεις επιπλοκές σημασία έχουν οι ενδοκρανιακές επιπλοκές (μηνιγγίτιδα - εγκεφαλικό απόστημα) οι οποίες μπορεί να είναι άμεσες είτε απώτερες. Οι τοπικές φλεγμονές οφείλονται συνήθως στην διαταραχή στην παροχέτευση των εκφορητικών πόρων των παραρρινικών κόλπων ή του ρινοδακρυϊκού πόρου και των πόρων των σιαλογόνων αδένων. (μετωπιαία κολπίτιδα, εμπύημα δακρυϊκού ασκού, σιαλαδενίτιδα κλπ).

Οι πολλές και σοβαρές επιπλοκές και η μικρή συνήθως ηλικία των τραυματιών δείχνει ξεκάθαρα το τεράστιο ατομικό, κοινωνικό και οικονομικό κόστος. (3)

ΠΡΟΤΑΣΗ

Τα τεράστια προβλήματα τα οποία προκαλούνται από τους τραυματισμούς θα μπορούσαν να μετρια-

σθούν εάν το κράτος φρόντιζε ώστε:

- α. Να εισαγάγει στην προπτυχιακή αλλά και την μεταπτυχιακή εκπαίδευση την γενική αλλά και την περιοχική τραυματολογία. (πχ. προσώπου και τραχήλου). Επιλεγόμενο μάθημα τραυματολογίας στο Ιατρικό τμήμα του ΑΠΘ καταργήθηκε!
- β. Να δημιουργηθεί δίκτυο οργανωμένων τραυματολογικών κέντρων τόσο πρωτοβάθμιας φροντίδας όσο και δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας αντιμετώπισης. Να επανδρωθούν τα κέντρα τριτοβάθμιας φροντίδας με όλες τις εμπλεκόμενες ειδικότητες

για άμεση και ταυτόχρονη αντιμετώπιση του πολυτραυματία.

- γ. Να χρησιμοποιηθούν κατάλληλα τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για την ενημέρωση και εκπαίδευση του κοινού σε θέματα ατυχημάτων.
- δ. Να εισαχθεί μάθημα για την πρόληψη των ατυχημάτων στην Δημοτική εκπαίδευση.
- ε. Να παρθούν τα κατάλληλα μέτρα για την πρόληψη των ατυχημάτων (βελτίωση οδικού δικτύου-συνεχής έλεγχος χρήσης ζώνης και κράνους ασφαλείας -έλεγχος χρήσης οιοπνεύματος κ.ά.)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Beck R., Blakeslee B.: The changing picture of Facial fractures. Five year review. Arch. Otolaryng. Head and Neck surg. 1989.115:826-829.
2. Converse J.M.: Plastic and Reconstructive Surgery. Saunders Philadelphia.1977.
3. Δημητρίου Χ.: Οι τραυματισμοί προσώπου και τραχήλου στον πολυτραυματία. Πρακτικά 7ου Βορειοελλαδικού ιατρικού συνεδρίου. σελ. 130-134. Θεσσαλονίκη.1993.
4. Fischer J.: Management of Facial trauma.:Teaching coloboration by exable. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 1985.43:305-306.
5. Huelke D, Compton D.: Facial Injuriens in automobile crashes. Journal of Oral and Maxillo-bacial suerg.1983.41:221-224.
6. Krantz.K.P.:Head and Neck injuries to motorcycle and moped riders with special regard to the effecto of protective helmets injury.1985.16:253-258.
7. Karison T.: The incidence of Hospital-treated facial injuries form vehicles. The Journal of taruma.1982.22,4:303-310.
8. Schultz C.R.: Facial Injuries. 3d edn. Year Book Medical publishers. Chicago.1988
9. Thaller S.Zarem H Kawamoto H.:Surgical correction of late sequelae form facial bone fractures. The American Journal of Surgery. 1987.154:149-153.