CEFPAS

OBIETTIVO Trauma

REGIONE SICILIANA

La splenectomia in un ospedale di periferia

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

Luca Fabris
Chirurgia Generale
Ospedale Valli del Noce – Cles (TN)

Nonostante il proliferare di studi che esaminino le possibilità di gestione del trauma splenico, studi sulla gestione del trauma splenico in condizioni di distanza dal *trauma centre* sono scarsi e ormai datati

D'altra parte la milza rappresenta l'organo addominale colpito più frequentemente da trauma contusivo

PubMed®

splenic trauma AND remote setting

Search

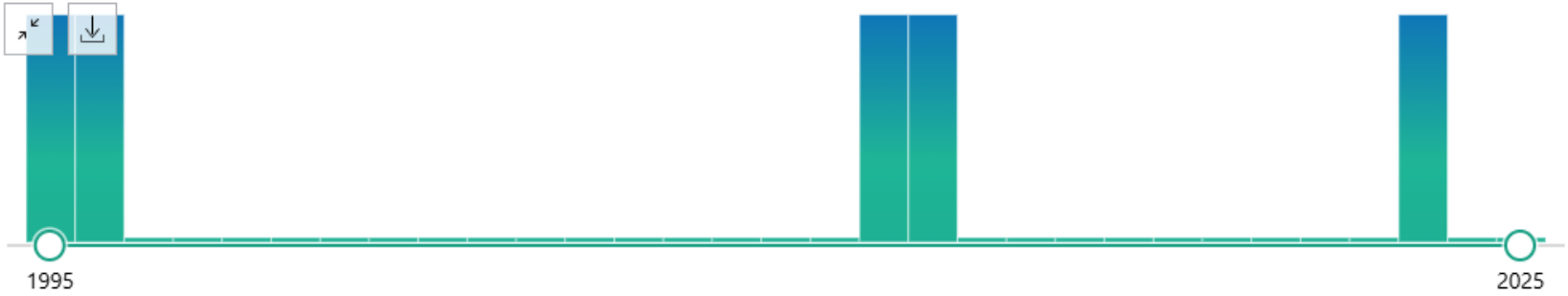
Advanced Create alert Create RSS User Guide

Save Email Send to Sort by: Best match Display options

RESULTS BY YEAR

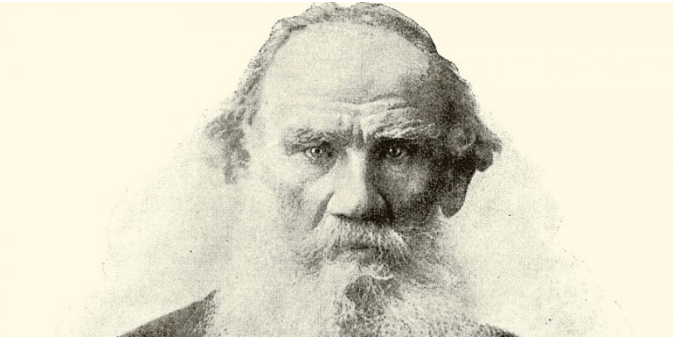
5 results

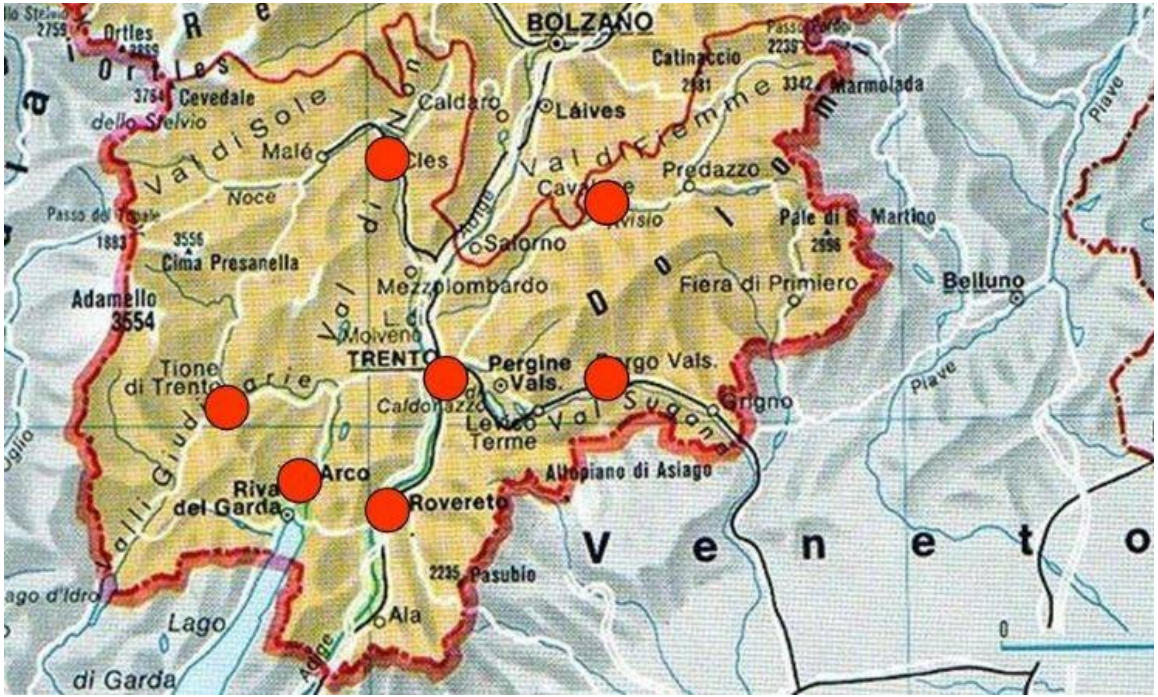
Page 1 of 1



Letteratura con condizioni peraltro non del tutto paragonabili a quella Italiana

“Ogni Trauma Centre maggiore si somiglia ma ogni ospedale periferico è periferico a modo suo”




BOLZANO
Ortles
Cevedale
Caldaro
Láives
Catinaccio
Marmolada
Malé
Cles
Predazzo
Noce
Cima Presanella
Salorno
Avisio
Pale di S. Martino
Adamello
3554
Mezzolombardo
Fiera di Primiero
Belluno
Moivenò
TRENTO
Pergine
Vals.
Borgo Vals.
Tione
di Trento
Grigno
Levico
Terme
Altopiano di Asiago
Arco
Riva
del Garda
Rovereto
Pasubio
Ala
Lago
di Garda
Venetto
Piave

CEFPAS

OBIETTIVO Trauma

REGIONE SICILIANA

Welcome by Time to Jump Dolomites

The Eden of Skydiving

Piccoli bias di popolazione

CROSS COUNTRY

DOWNHILL

4X PRO TOUR

XCC

ampionati Mondiali Juniores nowboard Cross & Ski Cross

a domenica 26 a venerdì 31 marzo, i talenti di snowboard oss e ski cross sono pronti a sfidarsi sulla pista Costabella del Passo San Pellegrino (Moena) per conquistare il gradino più alto dei Campionati Mondiali Juniores di specialità

Se si parla di paziente instabile la diagnosi può avvenire al tavolo operatorio

La splenectomia è la procedura più comune in caso di laparotomia per trauma addominale

Più comune nella popolazione più anziana

Più comune in ospedali periferici

In generale si può affermare:

- Il ricovero di un trauma splenico presso un centro periferico non è comune
- Spesso i pazienti si possono presentare da sé
- La maggior parte dei pazienti viene trasferita
- L'accettazione presso un ospedale periferico può determinare un ritardo nel trasferimento del paziente
- C'è ritardo anche nell'ingresso in sala operatoria

I pazienti che hanno i corretti criteri vanno trasferiti direttamente al Trauma Centre di livello 1 (--stabilità---)

Il tempo che trascorre tra l'evento traumatico e la gestione completa in un centro periferico è più prolungato con un tasso di mortalità 4 volte maggiore

Il tasso di mortalità si corregge e rientra dopo il trasferimento del paziente ad un livello 1

Tasso di mortalità cumulativo del 19% per ora di ambulanza

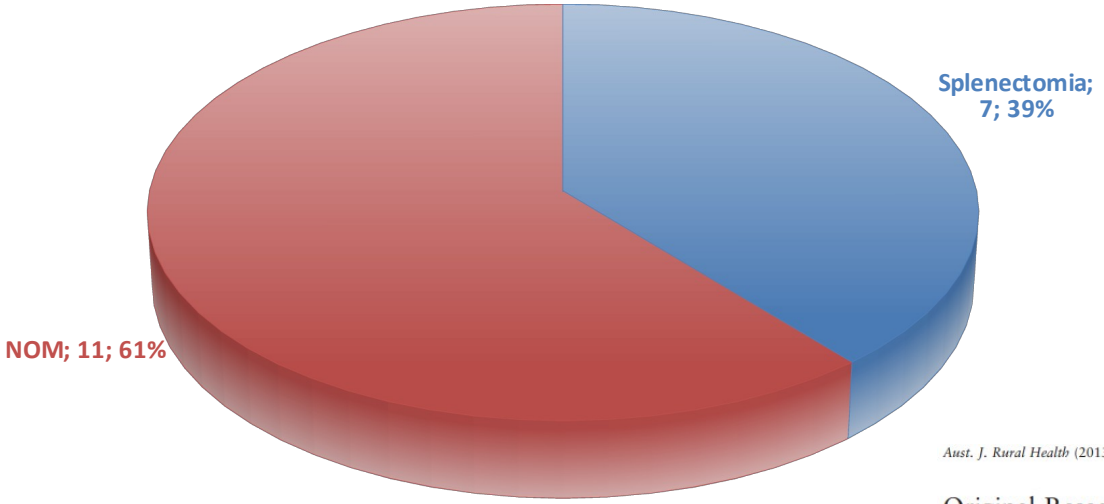
Aust. J. Rural Health (2013) **21**, 163–169

Original Research

Splenic injury admitted to a rural Level 3 trauma centre: A 10-year audit

11 anni di valutazione (2000-2011)

19 pazienti



Aust. J. Rural Health (2013) **21**, 163–169

Original Research

Splenic injury admitted to a rural Level 3 trauma centre: A 10-year audit

CEFPAS

OBIETTIVO Trauma

REGIONE SICILIANA

11 anni di valutazione (2000-2011)

Aust. J. Rural Health (2013) **21**, 163–169

Original Research

Splenic injury admitted to a rural Level 3 trauma centre:

TABLE 3: *Mechanism, method of presentation, severity, time to theatre, major complications and length of stay for patients managed with splenectomy*

Mechanism	How present	Age	Trauma	Grade	ISS	ASA	Delay to theatre (hours)	Major complication	LOS
Car versus car at 80 km hour^{-1}	BIBA	42	HRM	IV	21	?	>4	Pneumonia	14
MBA: Fall at 100 km hour^{-1}	Transfer	43	Alert	II	14	2E	>4	Pneumonia, pleural effusion	11§
Thrown from quad bike at 20 km hour^{-1}	BIBA	31	HRM	IV	22	IE	>4	Pneumonia	5
MBA: Fall at 30 km hour^{-1}	Transfer	25	Call	V	16	3E	<4	Nil	8
Fall from 1.5 m	Transfer	54	Call	III	20	?	<4	Nil	7
Fell off push bike†	ED	43	Nil	V	17	?	>4	Pneumonia	7
Crushed by boulder†‡	Transfer	41	Alert	V	43	?	<4	Reoperation, AMI, collection	20§

TABLE 5: *Mechanism, severity, management and time to transfer for patients transferred to WHCG: Horsham Campus*

Mechanism	Age	Trauma	Grade	ISS	VSTS major trauma	Management	Time to transfer
MBA: fall at 100 km hour^{-1}	43	Alert	II	14	No	CT scan, splenectomy	Discharged day 2, represented, transferred, transferred back day 3, transferred day 4
MBA: fall at 30 km hour^{-1}	25	Call	V	16	Yes	CT scan, splenectomy	3 hours
Fall from 1.5 m	54	Call	III	20	Yes	CT scan, splenectomy	5 hours
Crushed by boulder	41	Alert	V	43	Yes	Splenectomy, thoracotomy	3 hours
High-speed car versus Tree	18	Call	II	34	Yes	Further ICC, non-operative spleen	5 hours
Fall from 1.5 m	8	Alert	III	16	Yes	CT scan, non-operative spleen	3 hours

CT, computed tomography; ICC, intercostal catheter; ISS, Injury Severity Score; MBA, motor bike accident; VSTS, Victorian State Trauma System; WHCG, Wimmera Health Care Group.

Aust. J. Rural Health (2013) **21**, 163–169

Original Research

Splenic injury admitted to a rural Level 3 trauma centre: A 10-year audit

Ci sono fattori predittivi per un trasferimento?

Escludiamo: instabilità emodinamica non responsiva alla resuscitation iniziale

NOM con osservazione: pazienti stabili con grado 3 e blush necessitano di ulteriore TAC ed eventuale SAE

Il fattore tempo rimane sempre un pivot della gestione del paziente

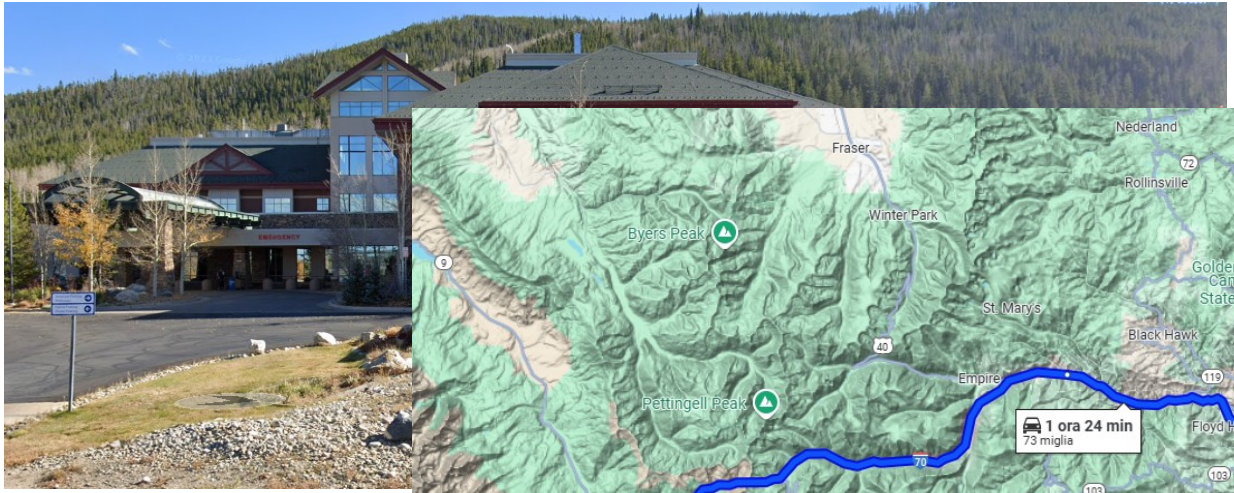
A maggior ragione i centri minori devono decidere RAPIDAMENTE chi trasferire al Centro maggiore

Allo stesso tempo il centro minore ha il compito di trattenere pazienti che non hanno necessità di trasferimento e che intaserebbe inutilmente il centro di 1 livello.

CEFPAS

OBIETTIVO Trauma

REGIONE SICILIANA



CEFPAS

OBIETTIVO Trauma

REGIONE SICILIANA

Table 1 Overall characteristics by decision to admit or transfer

Variable, n (%)	Admitted, $N = 35$ (48%)	Transferred, $N = 38$ (52%)	*p*-value
Median age, years	28 (22–51)	24.5 (21–32)	0.07
Gender			**0.007**
Female	3 (8%)	13 (34%)	
Male	33 (92%)	25 (66%)	
Cause of injury			0.34
Bike	1 (3%)	4 (11%)	
Fall	4 (11%)	1 (3%)	
MVC	5 (14%)	9 (24%)	
Ski/Snowboard	24 (69%)	23 (61%)	
Other	1 (3%)	1 (3%)	
Comorbidities			0.23
Hypertension	3 (9%)	0 (0%)	
COPD	1 (3%)	0 (0%)	
Smoker	3 (9%)	4 (11%)	
None	28 (80%)	34 (89%)	
Admission GCS			0.24
14 to 15	35 (100%)	34 (89%)	
9 to 13	0 (0%)	1 (3%)	
3 to 8	0 (0%)	3 (8%)	
Extra-abdominal injuries AIS ≥ 3 (vs. < 3)			
Head or neck	15 (71%)	14 (88%)	0.42
Chest	18 (51%)	31 (86%)	**0.002**
Median (IQR) ISS	13 (9–16)	16 (16–22)	**0.008**
Transport mode			0.60
Ground	24 (69%)	28 (74%)	
Private	11 (31%)	9 (24%)	
Helicopter	0 (0%)	1 (3%)	

MVC motor vehicle crash, *COPD* chronic obstructive pulmonary disease, *GCS* Glasgow Coma Scale, *IQR* interquartile range, *RTS* Revised Trauma Score, *AIS* Abbreviated Injury Scale, *ISS* injury severity score, *LOS* length of stay, *ICU* intensive care unit. Bold *p*-values indicate statistical significance at $p < 0.05$

Predictors of transfer from a remote trauma facility to an urban level I trauma center for blunt splenic injuries: a retrospective observational multicenter study

Constance McGraw[1], Charles W. Mains[2], Jodie Taylor[3], Cecile D'Huyvetter[2], Kristin Salottolo[1] and David Bar-Or[1*]

McGraw *et al. Patient Safety in Surgery* (2022) 16:30

Table 4 Characteristics of transfer patients with splenic injury grades 3–5 by management

Characteristics	Observation, $N = 16$ (50%)	Procedure, $N = 16$ (50%)	*p*-value
Gender			0.13
Female	3 (19%)	7 (44%)	
Male	13 (81%)	9 (56%)	
AIS regions and scores			
Head ≥ 3	7 (100%)	5 (83%)	0.46
Chest ≥ 3	14 (88%)	16 (100%)	0.48
FAST exam results	8 (67%)	15 (94%)	0.13
ISS, median (IQR)	16 (14.5–17.5)	17 (16–25)	0.29
Blush on CT	1 (7%)	7 (44%)	**0.02**
Blush size			0.25
Small	1 (100%)	1 (14%)	
Moderate	0 (0%)	6 (86%)	
Hemoperitoneum	8 (50%)	11 (69%)	0.28
Hemoperitoneum size			0.38
Small	4 (50%)	8 (73%)	
Moderate	4 (50%)	3 (27%)	
Large	0 (0%)	0 (0%)	
Spleen grade, median (IQR)	3 (3–3.5)	4 (3–4)	**0.01**

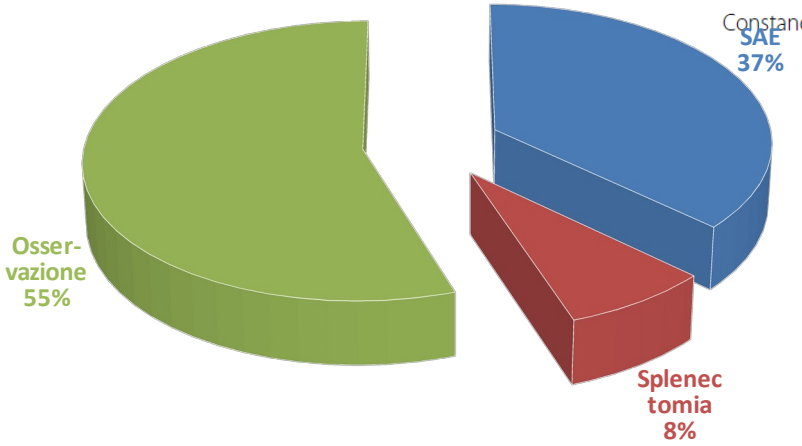
AIS abbreviated injury scale, *IQR* interquartile range, *CT* computed tomography; Bold *p*-values indicate statistical significance at $p < 0.05$

Predictors of transfer from a remote trauma facility to an urban level I trauma center for blunt splenic injuries: a retrospective observational multicenter study

Constance McGraw[1], Charles W. Mains[2], Jodie Taylor[3], Cecile D'Huyvetter[2], Kristin Salottolo[1] and David Bar-Or[1*]

McGraw *et al. Patient Safety in Surgery* (2022) 16:30

Gestione successiva



Predictors of transfer from a remote trauma facility to an urban level I trauma center for blunt splenic injuries: a retrospective observational multicenter study

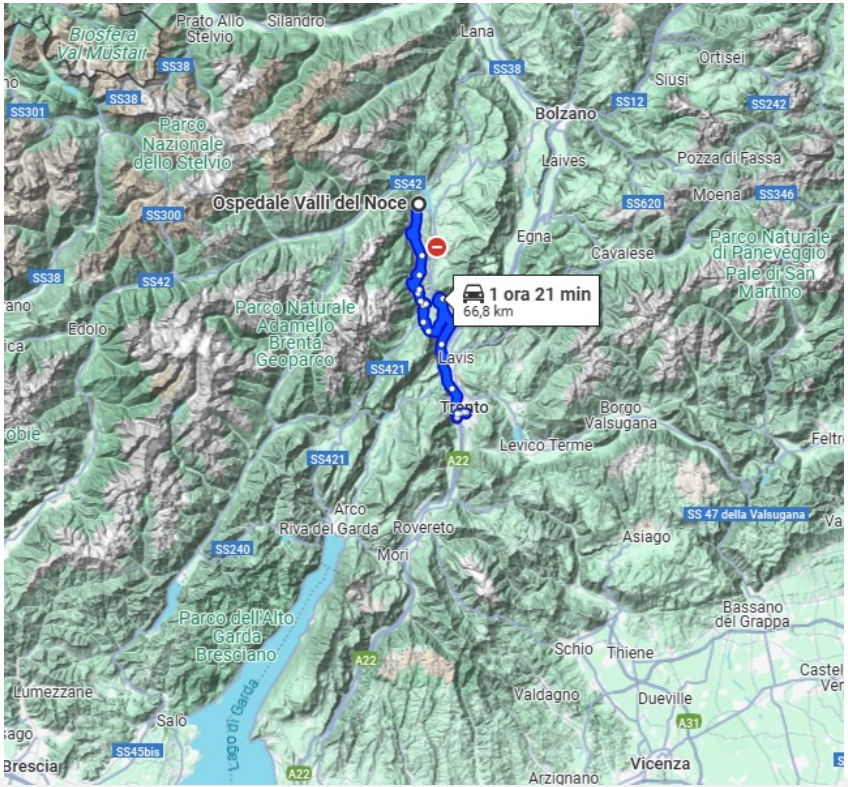
Constance McGraw[1], Charles W. Mains[2], Jodie Taylor[3], Cecile D'Huyvetter[2], Kristin Salottolo[1] and David Bar-Or[1*]

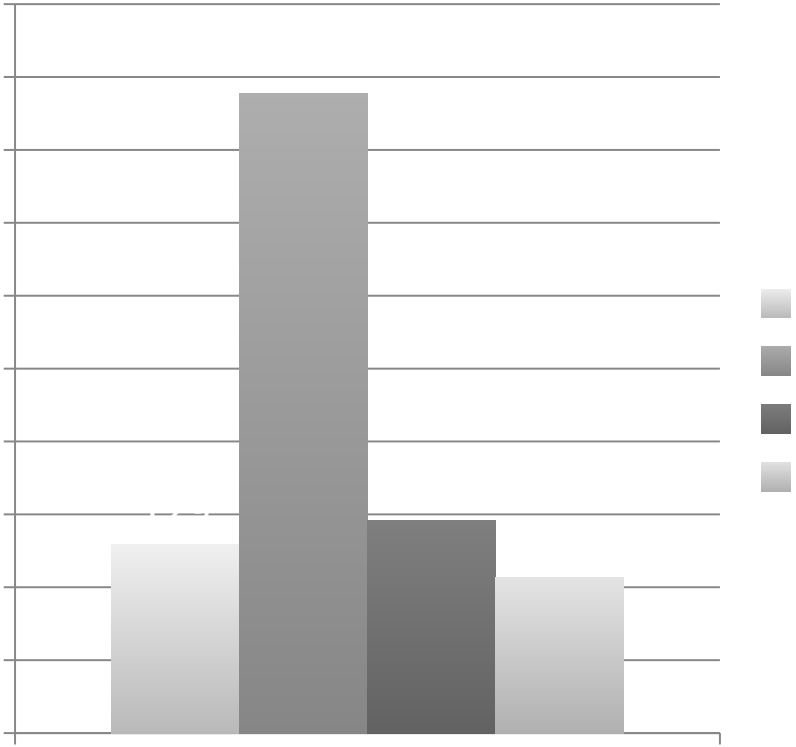
McGraw *et al. Patient Safety in Surgery* (2022) 16:30

CEFPAS

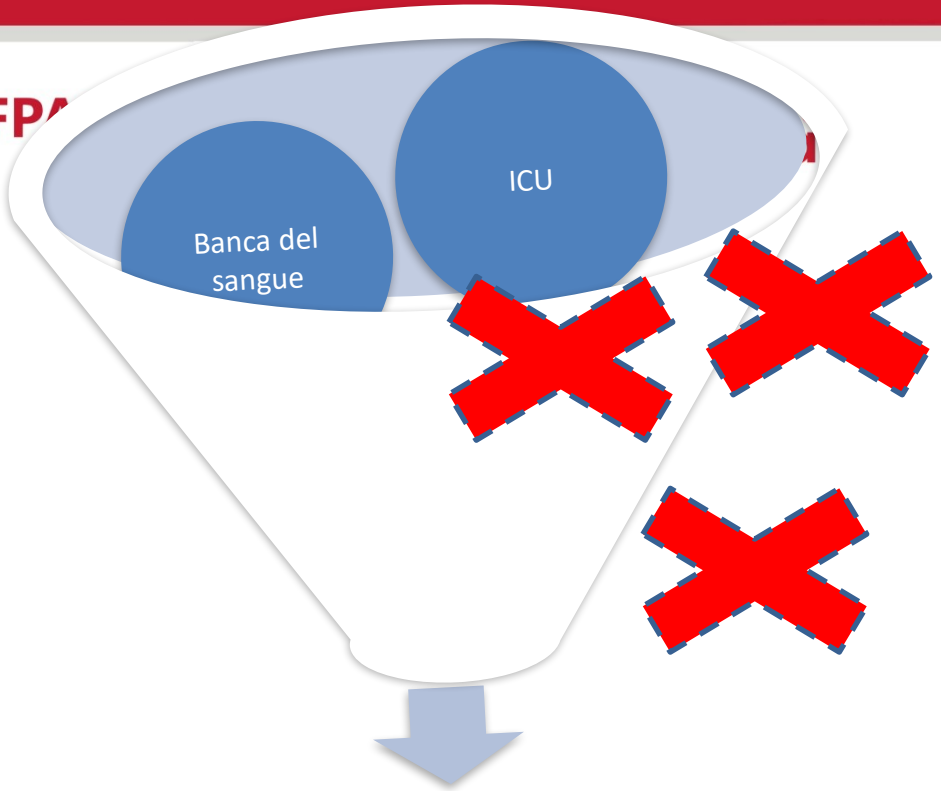
OBIETTIVO Trauma

REGIONE SICILIANA

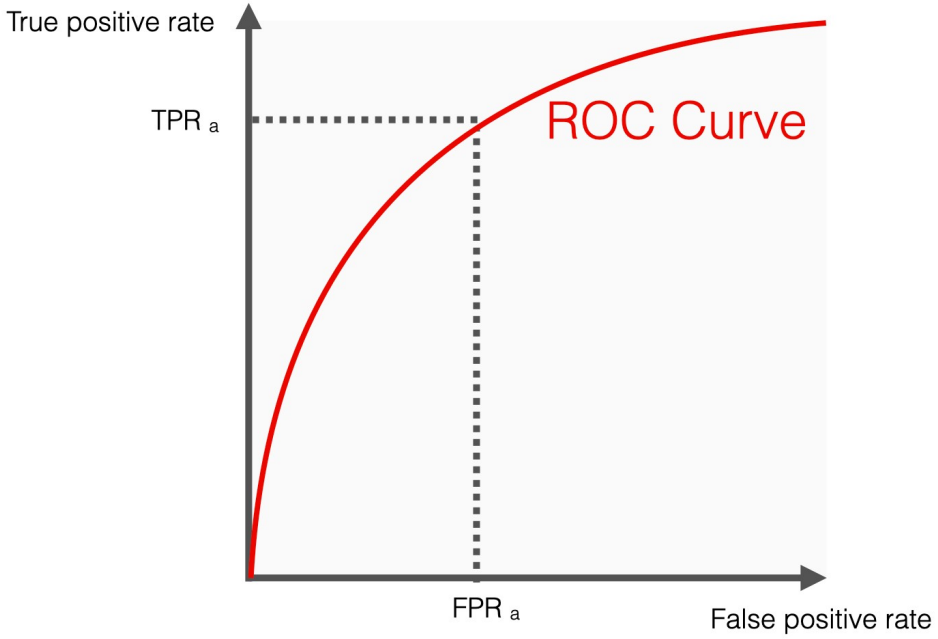




2370
interventi



GESTIONE DEL TRAUMA

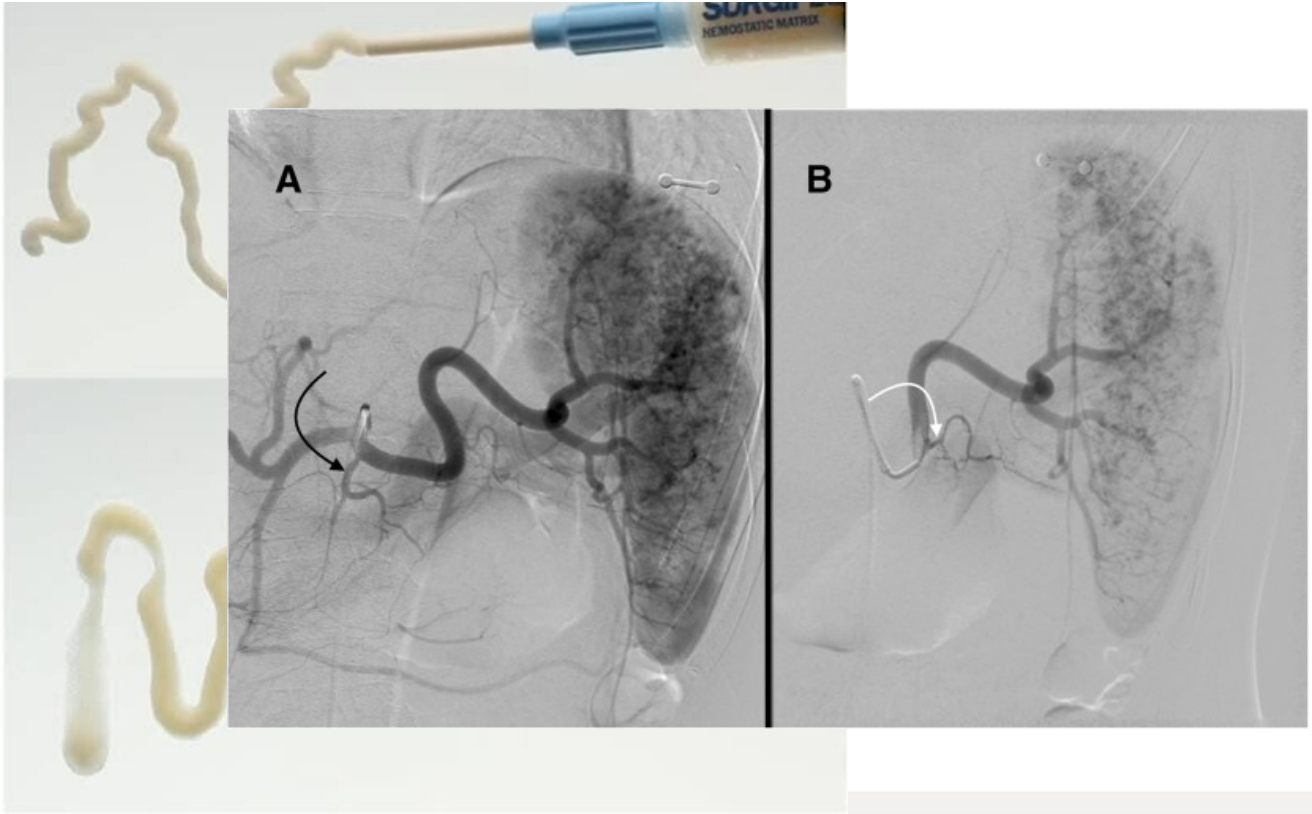


Stiamo lavorando bene?

Qual è il nostro obiettivo di salute per il paziente?

Stiamo creando un vuoto esperenziale?

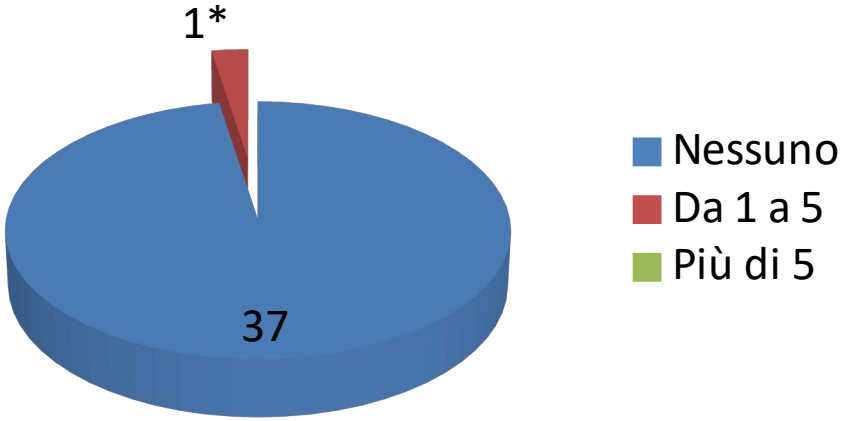
SCUOLA DI
SPECIALIZZAZION
INFORMAZIONI BASE
PEER 4 MED


HEMOSTATIC MATRIX
A
B

Sondaggio presso Scuole di Specialità

A quanti interventi di SOLO splenectomia ho partecipato come primo operatore

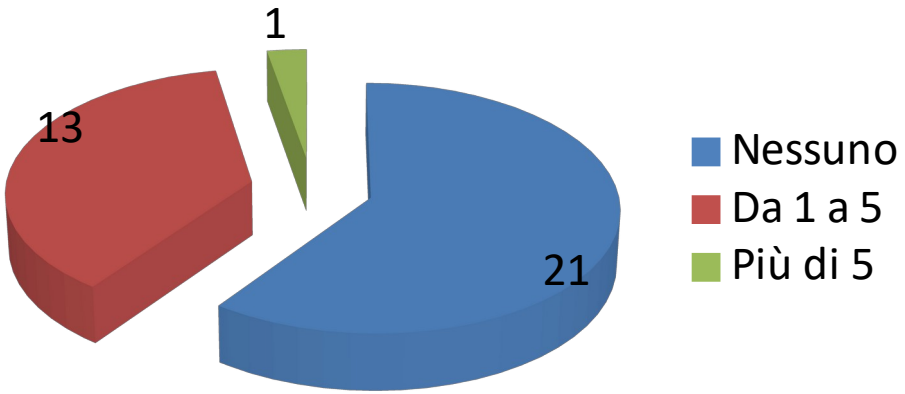
Campione 38 specializzandi



Sondaggio presso Scuole di Specialità

A quanti interventi di SOLO splenectomia IN URGENZA ho partecipato

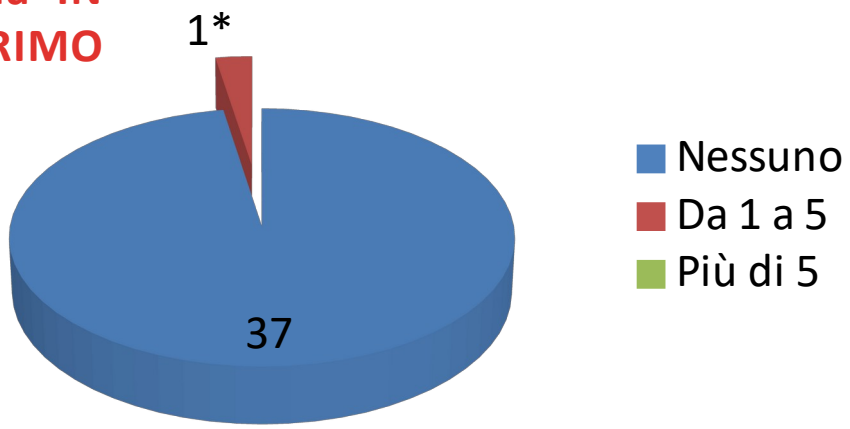
Campione 38 specializzandi



Sondaggio presso Scuole di Specialità

A quanti interventi di SOLO splenectomia IN URGENZA ho partecipato COME PRIMO OPERATORE

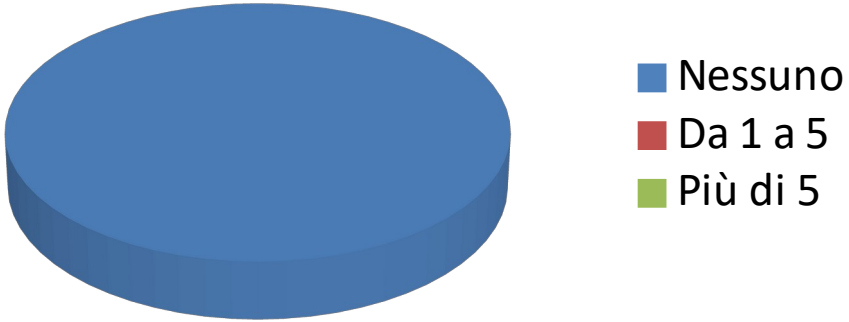
Campione 38 specializzandi



Sondaggio presso Scuole di Specialità

Quanti interventi di SPLENECTOMIA LAPAROSCOPICA o RIPARAZIONE SPLENICA in regime di URGENZA ho visto

Campione 38 specializzandi



Laparoscopic Splenectomy in Hemodynamically Stable Blunt Trauma

Gregory S. Huang, MD, Elisha A. Chance, BSAS, CCRC, Barbara M. Hileman, BA, CCRC, Eric S. Emerick, MA, Emily A. Gianetti, BS

JAMA Network | Open

Original Investigation | Surgery

Surgical Repair vs Splenectomy in Patients With Severe Traumatic Spleen Injuries

Dominik A. Jakob, MD; Martin Müller, MD; Apostolos Kolitsas, MD; Aristomenis K. Exadaktylos, MD; Demetrios Demetriades, MD, PhD

Key Points

Question Is splenic repair associated with better outcomes compared with splenectomy in patients with traumatic splenic injury undergoing laparotomy?

Findings In this cohort study of 11 247 patients, splenic repair was independently associated with lower mortality compared with splenectomy during laparotomy.

Meaning These findings suggest that efforts to preserve the spleen should be made in selected cases of patients with traumatic splenic injuries undergoing laparotomy.

In generale il centro periferico:

- Ha meno risorse in quantità (anche di personale)
- Ha per meno tempo le risorse disponibili
- Può avere esperienza chirurgica settoriale inferiore
- Può determinare un ritardo nella gestione del paziente

MA TUTTO PUO' ACCADERE

Paziente maschio di 71 anni

In APR prostatectomia per k e iperuricemia in trattamento medico, pregresso TIA

Non terapia anticoagulante, cardioASA

In lista operatoria per alloplastica inguinale destra

1° in lista operatoria

MA TUTTO PUO' ACCADERE

Anestesia spinale

Ipotensione

Instabilità emodinamica

Reperto intraoperatorio

Decisioni…

MA TUTTO PUO' ACCADERE

Dimissione in 6 pod

2 anni dopo…

MA TUTTO PUO' ACCADERE

ERNIOPLASTICA INGUINALE A SINISTRA

GRAZIE PER L'ATTENZIONE