

Traumatisk *décollement*-læsion af thorax og abdomen

Reservelæge Lisbet Tokkesdal Jensen,
afdelingslæge Kell Robertsen &
overlæge Uffe Steen Landsfeldt

Århus Sygehus, Anæstesiologisk Afdeling og Ortopædkirurgisk Afdeling

Décollement betyder løsnings/afrivning og anvendes til at beskrive skader på hud og subcutis. Skaden ses hyppigst i forbindelse med trafikulykker, hvor en ekstremitet fanges mellem f.eks. dæk og asfalt. Ud over den direkte læsion af hud og subcutis ses ofte komplikationer i form af underliggende læsioner på knogler og indre organer samt diffus blødning og sekundær infektion [1]. *Décollement* af henholdsvis thorax og abdomen er beskrevet i enkelte kasuistikker [2-4]. Kombinationen af både torakal og abdominal *décollement* er således sjældent forekommende.

I denne kasuistik beskrives en patienthistorie med åben *décollement*-læsion torakalt og abdominalt, hvor patienten overlever med ganske få sequelae.

Sygehistorie

En 22-årig mand kom under arbejdet på et automobilværksted i klemme mellem en lastbil og en anhænger, således at krogen på anhængerens rev thoraxvæg og hud op fra sternum og ned til symfyse. Patienten sad herefter fastspændt.

En ambulance og en lægebil var til stede fire minutter efter 112-opkald. Ved ambulancens ankomst var patienten vågen (Glasgow Coma Score (GCS) 10), men mistede kort tid efter bevidstheden. Respirationen var overfladisk, og man kunne ikke komme til luftvejene, så længe patienten var fastspændt. På grund af bevidstløshed og hypoksi intuberedes patienten straks efter frigørelse fra anhængerens. Patienten blev bedøvet med propofol, suxamethon og fentanyl. I alt blev der givet 2.500 mikrogram fentanyl før ankomsten til sygehuset. De først målte værdier (efter intubation) viste: saturation 88%, blodtryk 130/54 mmHg og puls 120.

Huden på thorax og abdomen var revet af fra sternum til symfyse, og thoraxvæggen var flækket til venstre for sternum. Umiddelbart kunne hjerte og lunger ses direkte gennem thoraxlæsionen (**Figur 1**). Abdominalt var kun subcutis synligt. Den delvist afrevne hudlap blev lagt tilbage over abdomen og thorax, dog ikke dækkende proksimalt. Der sås smørefedt fra lastbilen overalt på huden og i mindre grad på slimhinderne. Udbredelsen af skaderne vurderedes til at være ca. 18% (thorax 9% og abdomen 9%). Injury Severity Score var 35 (maks. 75).

Ved ankomsten til traumecenteret var patienten primært respiratorisk stabil (saturation 96), men det systemiske blodtryk var lavt (80/40 mmHg), på trods af at der var givet store mængder væske (4.500 ml NaCl + hydroxyethylenstivelse). Da blodtrykket fortsat faldt (laveste *mean arterial pressure* (MAP)) 35), blev der opsat dopamin 5-8 mikrogram pr. kg pr. minut med god effekt, således at blodtrykket kunne holdes med MAP > 60.

En røntgenundersøgelse af thorax viste, at tuben var placeret i højre hovedbronchus. Placeringen blev bibeholdt efter thoraxkirurgisk vurdering for at undgå overtryksventilation af venstre lunge med protrusion ud i thoraxvæggen, hvor der var flere skarpe costafrakture. En computertomografi af thorax viste total læsion ved den kostokondrale overgang på venstre side med 5 cm's dislokation mellem sternum og costae samt multiple bilaterale costafrakture og venstresidig lungekontusion.

Patienten blev herefter overflyttet til en thoraxkirurgisk operationsafdeling. Ved primæroperation blev der foretaget *débridement*, og der blev fjernet enkelte ikkevital områder. Costae og klavikel blev stabiliseret. Vacuumsug og bilaterale pleuradræn blev ilagt. Herefter blev endotrakealtuben trukket tilbage med henblik på ventilation af begge lunger.

Der blev påbegyndt antibiotikabehandling med cefuroxim, metronidazol og gentamicin. Postoperativt var blodhæmoglobin på 6 mmol/l. På dette tidspunkt var der i alt givet seks portioner SAG-M blod, seks portioner frisk frosset plasma og 6.500 ml NaCl, hydroxyethylenstivelse og infusionsvæske (Ringer-lactat).

Huddefekten på øverste del af thorax blev behandlet med hudtransplantation på andendagen, hvor der også blev fore-



Figur 1. Patienten ved ankomsten til traumecenteret.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

taget sekundær sutur af hudlappen. Størstedelen af denne var vital.

Patienten opholdt sig 15 dage på intensivafdelingen, og han blev respiratorbehandlet i de første 12 dage. Indtil 13.-dagen var han febril (temperatur på 38,4-40,0°C) på trods af behandling med bredspektret antibiotika. C-reaktivt protein var maksimalt 1.700 nmol/l. Der blev ikke fundet bakterier ved dyrkning fra venyler, spids fra central venekateter eller ekspektorat.

På 17.-dagen blev der foretaget endnu en hudtransplantation proksimalt på thorax. Patienten blev udskrevet til hjemmet på 27.-dagen fra plastikkirurgisk afdeling.

Diskussion

Skaden var særdeles livstruende pga. en fuldstændig overreven thoraxvæg, da der ikke var nogen mulighed for at danne pleuralt undertryk. Uden mulighed for hurtig intubation er det tvivlsomt, om patienten kunne have overlevet den efterfølgende transport (ca. 30 minutter) til traumecentret. Da han allerede kort efter ambulancens ankomst mistede bevidstheden – formentlig pga. hypoksi – var det livreddende, at lægeambulancen kun var fire minutter fra skadestedet.

Den initiale behandling bestod (ud over intubation) af væskebehandling, behandling med store mængder smertestillende medicin (fentanyl) og sedering med propofol. Begge midler kan forårsage vasodilatation. Dette kan være forklaringen på, at der var behov for dopamininfusion, på trods af at den mest sandsynlige årsag til hypotension var hypovolæmi.

Den underliggende skade kunne meget vel have været uforenelig med overlevelse, hvis anhængerkrogen var gået i dybden og havde ødelagt hjerte, kar og indholdet i abdomen. Den skade, der skete i form af løsning af hud fra thorax og abdomen, afrykning af clavícula og costae fra venstre side af sternum og lungekontusion, kunne behandles (dels med intubation, dels ved primæroperation), og patienten overlevede. Eneste fysiske men var cikatricen ved hudlæsionen proksimalt på thorax.

Korrespondance: *Lisbet Tokkesdal Jensen*, Anæstesiologisk Afdeling, Århus Sygehus, DK-8000 Århus. E-mail: lisbet-j@dadlnet.dk

Antaget: 29. november 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Tak for lån af billedmateriale fra overlæge *Keld Hougaard*, Ortopædkirurgisk Afdeling, Århus Sygehus.

Litteratur

1. Boesen M, Larsen CL, Elberg JJ. Decollement. *Ugeskr Læger* 2004;166:139-43.
2. Sönmez A, Bayramicli M, Numanoglu A. Degloving injury of the anterior abdominal wall. *Plast Reconstr Surg* 2002;110:363.
3. Pezzi C, Brotman S, Deitrick J. Massive degloving injury of the trunk. *Am J Emerg Med* 1986;4:233-4.
4. Denz C, Luiz T, Merkel G et al. Horizontales Dezelerationstrauma mit diffuser Decollementeinblutung. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 1999;34:105-9.