

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE CONTUSION ET PLAIE ABDOMINALE

DEFINITION- GENERALITES

- La contusion abdominale est définie comme un traumatisme abdominal sans solution de continuité pariétale.
- Augmentation constante : AVP
- Difficulté Diagnostic : le plus souvent
- Association lésionnelle abdominale et extra abdominale
- Mortalité : élevée, due dans la moitié des cas aux erreurs diagnostic et au retard thérapeutique
- Pronostic : grave, mis en jeu, conditionné en pratique par la rapidité du diagnostic et par la prise en charge thérapeutique.

INTÉRÊT DE LA QUESTION

- Augmentation constante : AVP
- Difficulté Diagnostic : le plus souvent
- Association lésionnelle abdominale et extra abdominale
- Mortalité : élevée, due dans la moitié des cas aux erreurs diagnostic et au retard thérapeutique
- Pronostic : grave, mis en jeu, conditionné en pratique par la rapidité du diagnostic et par la prise en charge thérapeutique.

EPIDEMIOLOGIE

- **Fréquence** : 80 % des accidents de la circulation
- **Age** : Adulte jeune +++
- **Sexe** : Masculin ++
- **Causes** :
 - Ac +++ (ceinture de sécurité)
 - AVP
 - Accidents de travail
 - Accidents sportifs
 - Chutes

MÉCANISMES

1-Phénomène d'écrasement de la colonne vertébrale, et de la cage thoracique

2-Phénomène d'arrachement, décélération : pédicule vasculaire

3-Phénomène d'éclatement : organes creux

RECHERCHER LES FACTEURS DE GRAVITE

A/ Etat de choc hémorragique :

Diagnostic : pâleur, polypnée, soif intense, tachycardie, pouls filant, collapsus tensionnel et extrémités froides.

- État de choc :** TA < 10 mm Hg
Pouls > 120/mn
PVC < 10 cm H2O
- Instabilité hémodynamique :** dégradation de l'état hémodynamique dès qu'on réduit le débit des perfusions.

Et c'est après perfusion de 1 à 1.5 L de macromolécule que l'on peut conclure.

RECHERCHER LES FACTEURS DE GRAVITE

CAT: Réanimation

- Voie d'abord périphérique
 - Remplissage vasculaire (macromolécules)
 - Transfusion isogroupe isoRh
 - Voie d'abord centrale
 - Sonde urinaire
 - Sonde d'oxygène
 - Groupage + bilan biologique
- La surveillance est clinique et biologique.
- Entre temps, rechercher les lésions associées nécessitant un traitement urgent.

RECHERCHER LES FACTEURS DE GRAVITE

Décisions opératoires:

Le TRT chirurgical est immédiat et aucune investigation ne doit retarder l'intervention +++

- **1^{er} cas** : Si malgré un remplissage adéquat, le patient est toujours choqué.
- **2^{ème} cas** : Si Diagnostic d'un hémopéritoine massif avec état de choc hémorragique: réaliser une PLP si celle-ci est positive
- **3^{ème} cas** : Syndrome péritonéal :
 - Douleurs abdominales intenses
 - Contracture abdominale
 - Disparition de la matité préhépatique
 - Toucher rectal douloureux

RECHERCHER LES FACTEURS DE GRAVITE

B/ Bilan clinique chez un patient non choqué: en bon état HD :

- Faire uriner le patient ou mise en place d'une sonde urinaire
- SNG

Interrogatoire :

- Circonstances de l'accident
- Heure de l'accident
- Point d'impact
- Dernier repas
- Dernière miction
- Antécédents pathologiques : rate, rein, médicaments (Ac)
- Douleurs rapportées
- Mécanisme du traumatisme
- Délai écoulé entre l'accident et les premiers soins.

RECHERCHER LES FACTEURS DE GRAVITE

□ EXAMEN PHYSIQUE:

1) Inspection :

- Respiration abdominale
- Distension
- Eviscération
- Ecchymose

2) Palpation :

- Hyperéthésie cutanée
- Défense – contracture abdominale
- Hématome ou empâtement lombaire

3) Percussion :

- Matité des flancs
- Disparition de la matité préhépatique

4) TR :

- Douleur
- Comblement du CDS Douglas

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1) PLP :

- ++ hémopéritoine et lésions d'organes creux
- Sensibilité dans 95 %

2) Echographie abdominale :

- Diagnostic d'un hémopéritoine +++
- Diagnostic d'une lésion d'un organe creux

3) T D M : Diagnostic d'hémopéritoine: 40-74 %

- Diagnostic d'une lésion d'organe creux: 47 %
- Diagnostic d'un organe plein: 90 %

4) Coelio diagnostic : Visée diagnostique validée.

- Visée thérapeutique en cours d'évaluation.
- Contre-indications:
 - Traumatisme crânien.
 - Hémodynamique instable.

5) Autres :

TLT, bassin, rachis, etc... selon le siège du traumatisme et les signes d'appels.

FORMES CLINIQUES

- Polytraumatisé : Diagnostic difficile → PLP +++
- Femme enceinte :
 - HRP : 3^{ème} trimestre
 - Rupture utérine

TRAUMATISMES DES VISCÈRES PLEINS

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE ET TRAITEMENT

1. Traumatismes spléniques :

1.1. Généralités

- La rate est l'organe abdominal plein, le plus souvent atteint lors des traumatismes fermés de L'abdomen.
- Le diagnostic clinique est évoqué devant : **une douleur de l'hypochondre gauche** associée à un **état de choc hémorragique +++**
- Facteurs favorisants : structure vasculaire, friabilité, fixité relative, siège thoraco-abdominal, rate pathologique
- Depuis plusieurs années, le risque d'infection fulminantes à fait décroître le nombre de splénectomie par traumatisme.
- Le traitement non opératoire a pris une place essentielle dans la prise en charge des traumatismes de la rate.

1.2. Classification

- **La tomodensitométrie (TDM)** réalisée chez un patient stable ou stabilisé permet de quantifier

L'hémopéritoine et de proposer une classification lésionnelle basée sur l'anatomie des lésions.

La classification la plus utilisée est celle de **l'American Association for the surgery of trauma (AAST)**

ou **classification de Moore**

Grade	Hématome	Fracture	Lésions vasculaires
1	Sous-capsulaire < 10 % de la surface	Capsulaire inférieure à 1 cm de profondeur	non
2	Sous-capsulaire entre 10 et 50 % de la surface Intraparenchymateux < 10 cm de diamètre	Parenchymateuse de 1 à 3 cm de profondeur et inférieur à 10 cm de longueur	non
3	Sous-capsulaire rompu ou > 50 % de la surface ou expansif Parenchymateux rompu Intraparenchymateux > 10 cm ou expansif	Parenchymateuse supérieure à 3 cm de profondeur	possible
4		Lacération concernant les vaisseaux dans le hile et entraînant une dévascularisation > 25 %	oui
5		Hématome intraparenchymateux rompu avec saignement actif. Lésion de vaisseaux segmentaires ou hilaires entraînant un infarctus complet	Pédicule splénique
6		WWW.ETUDE-AZ.COM	Avulsion splénique

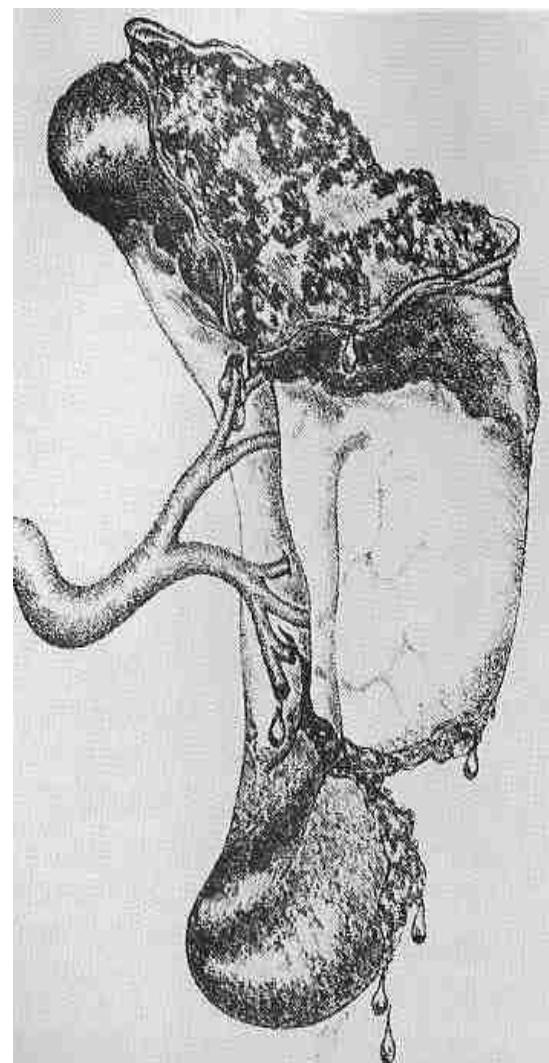
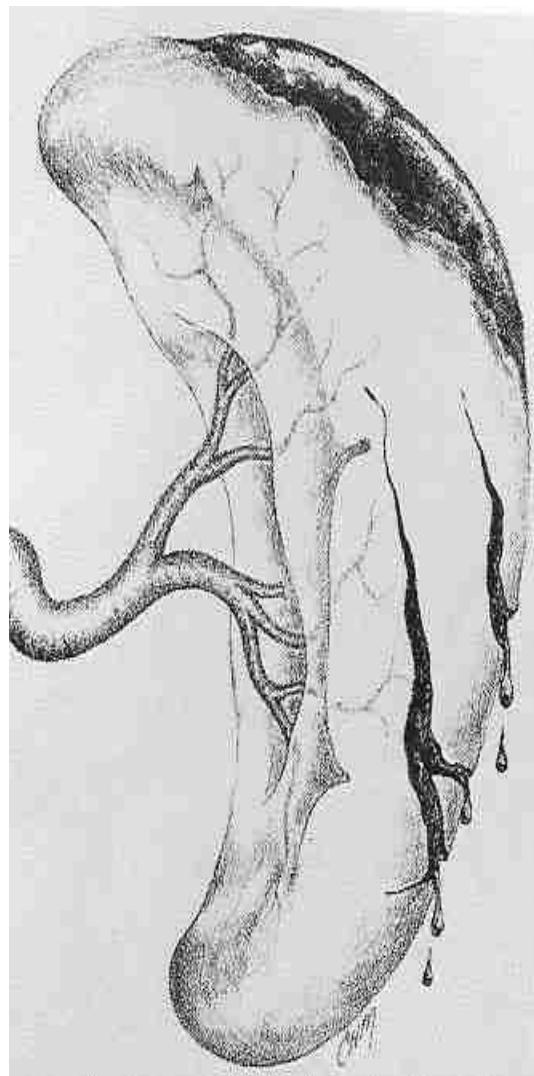
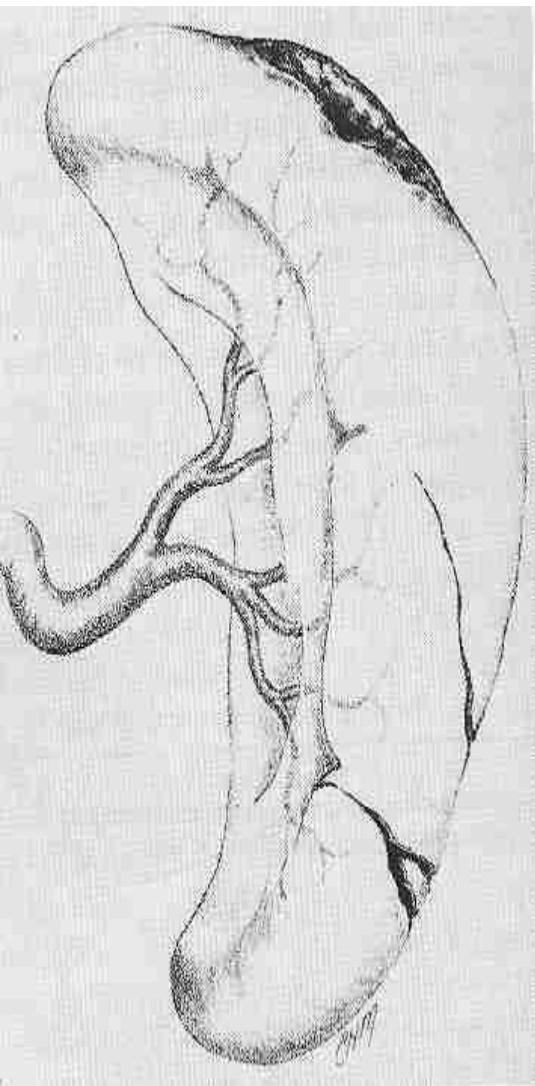
DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE ET TRAITEMENT

- les indications d'une intervention d'urgence :
 - Instabilité hémodynamique
 - Lésions de grade 5
- Pour les patients opérés dans les conditions favorables, les techniques chirurgicales de conservation splénique peuvent être utilisées (filet péri splénique, splénectomie partielle).
- Le risque d'infection fulminante post splénectomie, impose de vacciner les patients contre le pneumocoque et hémophilus influenza. Il est également recommander d'instituer une antibioprophylaxie pendant une durée prolongée.

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE ET TRAITEMENT

1.3. Le traitement conservateur a pris une place croissante. Les conditions pour la réalisation d'un traitement conservateur sont :

- Patient à l'état hémodynamique stable, sans suspicion de péritonite
- Lésion splénique isolée
- Possibilité d'un bilan initial par une TDM
- Lésions spléniques de grade 1, 2, ou 3 à la TDM
- Indication d'un traitement conservateur posé par un chirurgien viscéral
- Présence d'une équipe chirurgicale pouvant à tout moment réalisée une chirurgie d'urgence
- Possibilité de surveiller le patient en réanimation



DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE ET TRAITEMENT

2. Traumatismes hépatiques:

2.1. Généralités :

- Les traumatismes hépatiques représentent environ un tiers des traumatismes abdominaux.
- Les mécanismes des fractures hépatiques sont multiples. Par ordre de fréquence, nous distinguons :
 - Les compressions directes
 - Le cisaillement dans l'axe du ligament falciforme et du ligament rond
 - L'avulsion hépatique lors d'une brusque décélération avec arrachement des veines sus hépatiques

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE ET TRAITEMENT

2.2. Classification :

- La classification des traumatismes hépatiques, selon les critères de l'AAST, est la plus utilisée :

Grade	Hématome sous-scapulaire	Lacération
1	< 10% de la surface	< 1 cm de profondeur
2	10–50% de la surface	1–3 cm
3	> 50% ou > 10 cm	> 3 cm
4	25 – 75% d'un lobe hépatique	
5	> 75% d'un lobe hépatique	
6	Avulsion hépatique	

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE ET TRAITEMENT

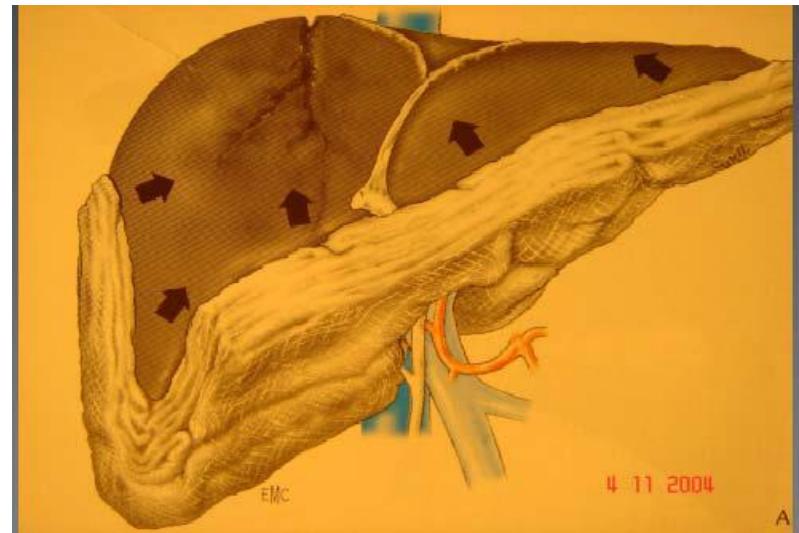
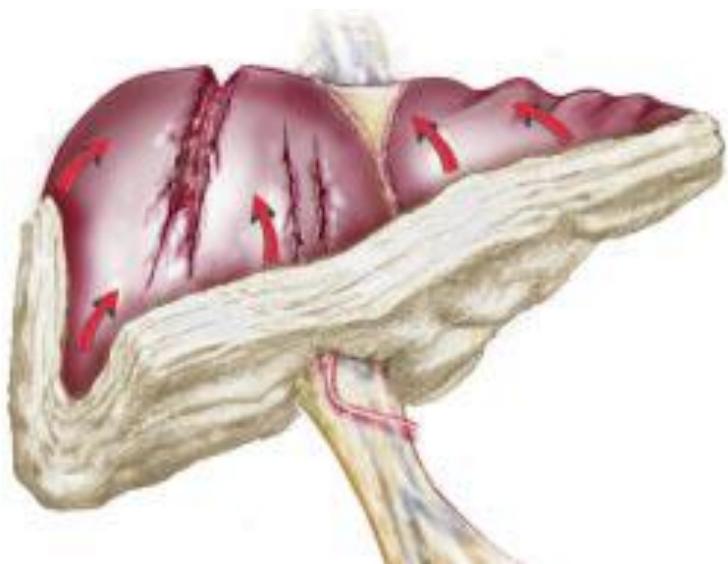
2.3. Traitement:

- Les traumatismes hépatiques sont graves. La mortalité actuelle est estimée à 4 % dans les lésions de grade 3 et de 12 % dans les lésions de grade 5 de la classification de Moore .
- Lorsque les lésions sont découvertes en per opératoire, les gestes à réaliser sont limités au maximum.
 - Aucun geste ne doit être réalisé en présence d'une lésion qui ne saigne plus
 - Les petites fractures hépatiques seront traitées par tamponnement, électrocoagulation..
 - Les sutures traumatiques sont à éviter
 - Les résections hépatiques sont exceptionnelles car greffées d'une mortalité importante
 - Les gros points de rapprochement hépatiques ne sont plus réalisés

« **Le Packing hépatique** » est de loin la technique la plus utilisée. Il s'agit d'un tamponnement péri hépatique qui permet le contrôle de l'hémorragie hépatique dans la majorité des cas. En tassant autour du foie des champs ou des grandes compresses, le foie est comprimé vers le haut et contre le diaphragme. la fermeture abdominale se fait champs en place et la réanimation du patient peut être poursuivie. Une seconde intervention est réalisée entre la 24 h et la 72 h afin d'ôter les champs et de rajouter un geste complémentaire si besoin.

Figure 7 : Tamponnement péri hépatique lors d'un traumatisme du foie

- Ce procédé simple a permis de modifier le pronostic des traumatismes graves du foie. D'autant plus, que ce geste permet de transférer au besoin, le patient vers un centre spécialisé.



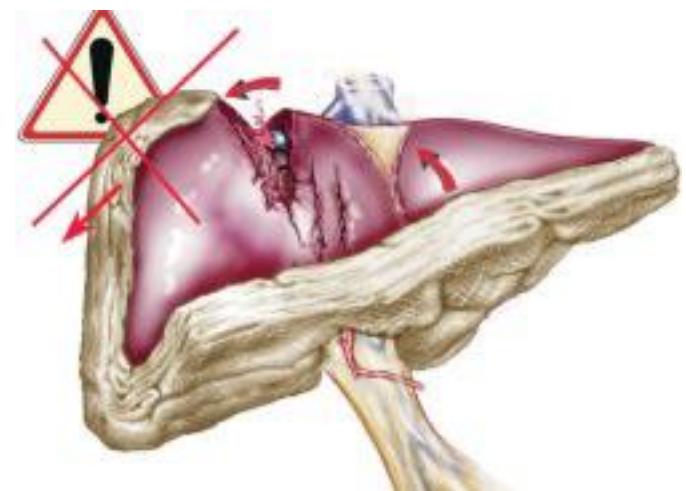
Mise en place du tamponnement péri hépatique

De grandes compresses sont tassées entre la loge rénale droite et la main gauche de l'aide, qui pousse le foie droit en dedans, en haut, et en avant. Du côté gauche, on réalise la même manoeuvre en tassant les compresses entre l'estomac et la face inférieure du lobe gauche.

A NE PAS FAIRE

ne pas faire : tamponner « sur » le foie

Si les compresses sont glissées entre la coupole diaphragmatique et le dôme hépatique, elles réalisent progressivement la même manœuvre que sur la figure précédente, et écartent la fracture au lieu de la refermer sur elle-même et contre le diaphragme.



NE JAMAIS TARDER A PRENDRE UNE DECISION DE TAMPONNEMENT

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE ET TRAITEMENT

3. Traumatismes pancréatiques :

3.1. Généralités :

- Les lésions pancréatiques observées en cas de traumatisme abdominal sont estimées entre 3% et 12 %.
- La rareté des atteintes pancréatiques peut s'expliquer par la localisation profonde de l'organe.
- Mais le plus souvent, l'atteinte pancréatique est associée à des lésions d'autres organes. Il s'agit du
 - duodénum et de la rate.
- Les accidents de la circulation ainsi que la classique chute à vélo ou à moto avec un impact du
 - guidon dans l'abdomen et fracture pancréatique corporéale, sont le plus souvent en cause.

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE ET TRAITEMENT

3.2. Diagnostic :

- Le diagnostic clinique est difficile. Le tableau clinique peut varier du patient asymptomatique vers le syndrome péritonéal franc.
- La gravité clinique est liée à l'atteinte du canal de Wirsung. L'utilisation du taux sérique des enzymes pancréatiques n'est ni sensible ni spécifique.
- Seule l'imagerie est essentielle au diagnostic de contusion pancréatique.
- La TDM apporte des réponses à la suspicion clinique. Cependant, il existe des faux négatifs les premières heures du traumatisme. Il faut la renouveler quelques heures plus tard.
- L'atteinte du canal de Wirsung a une valeur pronostic essentiel. Dans ce cas, l'imagerie par résonance magnétique (IRM), examen non invasif permet de faire le diagnostic. Elle est devenue une alternative à la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE).
- Dans certains centres spécialisés, la CPRE garde une place en urgence. Elle permet de faire le diagnostic de l'atteinte du Wirsung et mettre en place une endoprothèse.

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE ET TRAITEMENT

3.3. Classification :

- La classification utilisée des atteintes pancréatiques est celle par l'AAST:

Classe I	Classe II	Classe III	Classe IVa	Classe IVb
Contusion ou lacération pancréatique avec une atteinte parenchymateuse limitée. Wirsung intact. Pas d'atteinte duodénale associée	Lacération, perforation ou section complète du corps et de la queue. Suspicion de section du canal de Wirsung. Pas d'atteinte duodénale associée	Écrasement, perforation ou section complète de la tête pancréatique. Pas d'atteinte duodénale associée	Atteinte combinée duodéno- pancréatique. Atteinte pancréatique limitée.	Atteinte combinée duodéno- pancréatique. Atteinte pancréatique sévère (rupture du canal de Wirsung).

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE ET TRAITEMENT

3.4. Traitement :

- Traitement non opératoire initial:

- La mise en évidence précoce d'une atteinte du canal de Wirsung chez un blessé non opéré, justifie la mise en place d'une prothèse endo canalaire par voie endoscopique.
- Quel que soit le siège de la lésion, ce geste a produit des résultats satisfaisants.
- Si la mise en place d'une endoprothèse est impossible, une alternative est possible. En premier lieu, un traitement médical et une surveillance en milieu chirurgical sont recommandés.
- Le traitement médical comprend un apport hydro électrolytique, des antalgiques et l'administration d'octéotride®. Celui-ci a pour but de diminuer la sécrétion exocrine pancréatique.
- La survenue d'un pseudokyste pancréatique est observée chez 80 % des patients présentant une atteinte du canal de Wirsung.

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE ET TRAITEMENT

- Traitement chirurgical d'emblée:

- Si une laparotomie est décidée d'emblée, une exploration chirurgicale du pancréas est réalisée.
- Une lésion pancréatique de classe un et deux seront traitées par un simple drainage.
- Pour les lésions de classe 3 la plupart des auteurs proposent une pancréatectomie distale.
- Les lésions de classe quatre sont traitées par un drainage suivi par une CPRE.
- En cas d'atteinte du canal de Wirsung, une prothèse est mise en place.
- La duodénopancréatectomie céphalique (DPC) réalisée en urgence, en cas de lésions massives de la tête du pancréas et du duodénum.

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE

4) Traumatisme du diaphragme : 2 % Téléthorax ++

5) Traumatisme du rein :

- Hématurie, douleurs lombaires, empâtement, état de choc
- Echographie +++, scanner, UIV
- Traitement : - le plus souvent conservateur
 - Néphrectomie

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE

6) Lésions de l'urètre post :

Fracture complexe du bassin , Urétrorragie inconstante, hématurie, Globe vésical

Pas de sondage vésical

Doute : UCR : cystostomie

□ Cas particuliers:

- **Lésions du polytraumatisé** : Diagnostic difficile, pronostic grave
Hiarchie des examens complémentaires et des gestes thérapeutiques+++.

1) Contusion + traumatisme crânien :

PLP ; Rx crâne, scanner cérébral

2) Contusion abdominale, contusion thoracique :

- Clinique : - emphysème sous cutanée, respiration paradoxale Hémothorax et PNO
- Rx : gril costal, TLT

3) Plurivescicale : fréquente : examen complet, le pronostic est grave

4) Gros Vaisseaux : Mortelle

TRAUMATISMES DES VISCÈRES CREUX

TRAUMATISMES DES VISCÈRES CREUX

1. Généralités :

Les lésions de l'intestin grêle sont observées le plus souvent, suivies par les lésions du colon. Les patients atteints d'une plaie abdominale non pénétrante et stable, le risque de survenue d'une lésion d'un organe creux est de 30% AVEC la nécessité d 'un geste thérapeutique dans 15% des cas. La précocité du diagnostique et du traitement des lésions intestinales est un facteur pronostic essentiel. En cas de perforation isolée de l'intestin grêle, la mortalité est de l'ordre de 6%. alors que celle de lésions coliques est de 19%.

TRAUMATISMES DES VISCÈRES CREUX

3.Traitemet:

- Chez un patient en état hémodynamique stable ou stabilisée, un bilan complet doit être réalisé.
- Une forte suspicion d'une lésion d'un organe creux impose une laparotomie d'urgence.
- Le traitement chirurgical des lésions gastriques, intestinales privilège les réparations immédiates (Suture simple, Résection-anastomose)
- Le traitement des lésions coliques est controversé.

TRAUMATISMES DES VISCÈRES CREUX

- Le diagnostic est évident lorsqu'il existe des signes de péritonites.
- L'examen clinique initiale est difficile.
- Le signe de la ceinture de sécurité est un élément d'orientation.
- L'ASP peut montrer la présence de pneumopéritoine.
- La TDM peut faire défaut pour le Dg précoce de lésions digestives.
- La PIP peut être utilisée: présence de liquide digestif.
- La cœlioscopie exploratrice est une alternative à la recherche d'une lésion d'un organe creux.

CONCLUSION

- La contusion abdominale reste une urgence fréquente.
- Le diagnostic et le traitement doivent être entrepris rapidement
- Les examens complémentaires ont permis de limiter les laparotomies blanches
- L'abstention thérapeutique avec surveillance clinique et para clinique est l'atteinte la plus adoptée, en dehors de l'urgence vitale.

LES PLAIES ABDOMINALES

DÉFINITION

Une plaie abdominale est définie comme un traumatisme ouvert avec ou sans solution de continuité de la paroi abdominale.

INTRODUCTION

- La plaie abdominale correspond soit à un orifice d'entrée soit à un orifice de sortie.
- Si le trajet de la plaie est constitué de plusieurs régions anatomiques, on parle de plaie thoraco-abdominale, abdomino-pelvienne, lombo-abdominale etc.
- Il faut distinguer les plaies par arme à feu et les plaies par arme blanche. Les armes blanches provoquent des plaies punctiformes ou linéaires avec un trajet le plus souvent direct. Par contre, les armes à feu associent plusieurs mécanismes lésionnels selon le type d'arme, le calibre, la munition et la vitesse du projectile.
- L'incidence des lésions intestinales est de 80 % en cas d'armes à feu et de 30 % en cas d'arme blanche. Aux États-Unis, les plaies de l'abdomen représentent 40 % des traumatismes abdominaux dont plus de 50 % sont dus à des plaies par arme à feu.
- À l'inverse en France, les plaies de l'abdomen représentent 10 à 15 % des traumatismes abdominaux.

EXAMEN CLINIQUE

- L'examen clinique doit apprécier en premier l'état hémodynamique du blessé.
- Il faut rechercher les signes de choc hémorragique ou de péritonite qui conduisent vers une laparotomie d'urgence.
- L'examen physique est réalisé sur le corps entier, à la recherche d'autres points d'entrée ou de sortie. En effet, lors d'une agression, il peut exister des points d'entrées multiples.
- L'examen cardiopulmonaire ne doit pas être négligé car des lésions thoraciques peuvent être associées.
- Le caractère pénétrant de la plaie abdominale doit être précisé.

Le caractère pénétrant de la plaie est parfois évident :

- Extériorisation d'une anse intestinale
- Extériorisation d'épiploon
- Hémopéritoine abondant
- Issu de liquide digestif par l'orifice d'entrée ou de sortie.

TRAITEMENT DES PLAIES ABDOMINALES

- En pratique clinique deux tableaux peuvent être distingués selon l'état hémodynamique du blessé.

1. Patient admis avec un état hémodynamique instable:

- L'intervention chirurgicale doit se faire en extrême urgence chez le blessé, en état de choc hémorragique grave. Le but est d'arrêter l'hémorragie. La laparotomie médiane est de principe.
- Un bilan lésionnel est réalisé rapidement, à la recherche d'une lésion parenchymateuse ou vasculaire.
- Le foyer hémorragique est individualisé et l'hémostase est effectuée.

2. Patient admis avec un état hémodynamique stable :

- Le dogme de la réalisation d'une laparotomie systématique devant toute plaie abdominale n'est plus admis. Plusieurs séries ont rapporté un taux élevé de laparotomies blanches, entre 50 % et 80 % .
- De ce fait, le caractère pénétrant ou non de la plaie abdominale doit être précisé, chez un patient à L'état hémodynamique stable.

Quel type d'exploration à la recherche d'une pénétration ou non d'une plaie abdominale ?

- Même si la tomodensitométrie (TDM) est l'examen de référence en traumatologie abdominale ses performances à la recherche de la pénétration ou non est faible.
- La plupart des équipes s'accordent depuis quelques années sur la haute valeur diagnostique apportée par la laparoscopie pour faire la preuve du caractère pénétrant ou non d'une plaie abdominale. Elle est supérieure à l'exploration sous anesthésie locale.