

Plaies et contusions de l'abdomen

benizri.e@chu-nice.fr



E. BENIZRI
Service de Chirurgie générale et
Cancérologie digestive
Janvier 2012



DEFINITIONS

- Lésions engendrées par un traumatisme pariétal ou du contenu de la cavité abdominale.
- → diaphragme / plancher pelvien .
- En avant: projection de la cavité abdominale jusqu'au 5^{ème} EIC → **fréquence des traumatismes thoraco-abdominaux** (lésions hépatiques et spléniques en cas de fractures de côtes basses)
- Périnée : armes à feu, empalement : Lésions osseuses, urinaires, neurologiques, hémorragiques
- Rétropéritoine: gros vaisseaux, appareil urinaire .

EPIDEMIOLOGIE

- Contusions : 80% des traumatismes mortalité 10 à 30% .

Polytraumatismes dans 45 à 75 % des cas

- **2/3**: accidents de la voie publique (voiture: 50%, 2 roues: 18%)
- **1/3**: accidents de travail, chute d'une grande hauteur, sport, rixe et tentative de suicide.

Mécanismes

- Choc direct: lésions d'écrasement, d'éclatement
 - fracture d'un **viscère plein** (foie, rate) → syndrome hémorragique
 - perforation d'un **viscère creux** (grêle) → syndrome péritonéal
 - écrasement contre la paroi postérieure des viscères pleins rétro-péritonéaux (rein, pancréas)
 - hyperpression abdominale → lésions coupoles diaphragmatiques
- Décélération: rupture, déchirure, désinsertions vasculaires .

Mécanismes multiples et intriqués +++

Contusions : Incidence des organes lésés

- Rate: 46% .
- Foie : 33 % .
- Mésentère :10 %
- Rein-vessie : 9 %
- Grêle : 8 %
- Colon :7 %
- Duodénopancreas:5%
- Vaisseaux : 4%
- Estomac :2 %
- Vésicule : 2 %

MORTALITE

- 1 organe :6%
- 3 organes : 15%
- 4 organes :50%
- 5 organes :70 %

Prise en charge initiale

2 objectifs: **mise en condition** / **bilan lésionnel**

- 1) Evaluation des fonctions vitales: **Etat de Choc?**
 - pâleur, sueur, soif, extrémités froides, polypnée superficielle
 - pouls: rapide, filant; TA basse
- 2) Si nécessaire: Correction des troubles hémodynamiques: macromolécules, transfusions sanguines
- 3) Mise en condition
 - sonde vésicale, sonde gastrique en aspiration
 - O₂ nasal +/- ventilation assistée sur sonde trachéale
 - voies veineuses périphériques - PVC
 - monitoring: ECG, TA, SaO₂ en continu
- 4) Bilan biologique en urgence: Groupe sanguin, NFS, Iono Sang, coagulation, Bilan hépatique et pancréatique, Gaz du sang, Ethylémie.

Prise en charge initiale

Interrogatoire: éléments de gravité?
(SAMU, Pompier)

- Ejection d'un véhicule
- Autre passager décédé
- Désincarcération > 20mn
- Chute > 6 m
- Tonneau
- Vitesse > 80Km/h, décélération, trace d'impact
- Piéton renversé ou projeté
- Accident moto >40 Km/h avec chute

Examen clinique initial

- **Inspection:** Point d'impact, érosions cutanées, météorisme (évolutivité des signes++)
- **Palpation:**
 - signes d' **hémopéritoine** (rupture d'un viscère plein): douleur à irradiation scapulaire, défense, abdomen tendu, hoquet
 - signes de **péritonite** (rupture d'un viscère creux): défense, contracture
- **Percussion:**
 - Matité des flancs → épanchement
 - Disparition de la matité pré-hépatique → pneumopéritoine



CUFF ADULT LONG

ADULT LONG
LUNG PER 60 SEC
LONG PER 60 SEC
LUNG PER 60 SEC
LUNG PER 60 SEC

IMAGERIE

- **Radiographie pulmonaire +++**: hémopneumothorax
- **Bassin de face+++**: fracture du bassin (dysjonction sacro-iliaque , symphyse pubienne)
- **Echographie Abdominale+++** :
épanchement intrapéritoneal
Diagnostic lésionnel (Sensibilité: 50%)
- ASP : aucun intérêt .

IMAGERIE: si l'état hémodynamique le permet ++++

- Radiographies osseuses orientées .
- TDM du corps entier (crâne, thorax, abdomen) sans et avec injection de PDC

Diagnostic d'hémopéritoine : Se 85%, Sp100%

Diagnostic lésionnel :

- Organes pleins Se Sp > 90%
- Organes creux : pneumopéritoine
- Saignement actif +++
- Hématomes pariétaux, rétropéritonéaux, pelviens

Artériographie

- Diagnostic : aucun intérêt
- Artériographie interventionnelle avec embolisation : trauma hépatique, splénique, bassin, rénal

Stratégie thérapeutique

GUIDEE PAR L'HEMODYNAMIQUE ET L'ETAT CLINIQUE

- Collapsus persistant ou dépendant :
laparotomie sans examen complémentaire
- Péritonite : laparotomie .
- Etat hémodynamique stable : TDM
 - Chirurgie : organes creux, diaphragme, pancréas
 - Surveillance : autres

Principes de la laparotomie

3 étapes

1. Contrôle de l'hémorragie
2. Arrêt de la contamination bactérienne
3. Réparation définitive des lésions

Laparotomie écourtée

- Pourquoi ?: la réduction de la durée d'intervention augmente les chances de survie .
- Pour qui ?: Triade hypothermie-acidose-coagulopathie :

Hypotension < 70 mm Hg

Hémorragie active : 2 culots /h

Polytransfusé : + 10 culots

Hypothermie < 34°

Acidose Ph < 7,25

Laparotomie écourtée : comment?

- Techniques de sauvetage : packing, drainage externe, pas d'anastomose, fermeture sommaire .
- Réintervention dans les 3 jours pour le traitement définitif des lésions .
- Permet la mutation vers un centre spécialisé avec possibilité d'artériographie .





Stratégie non opératoire (1)

- 60 à 80 % des traumatismes hépatiques ne saignent plus à l'intervention .
- Attitude proposée dans 70 % des traumatismes spléniques et 80 % des traumatismes hépatiques avec succès dans 90 % des cas

Stratégie non opératoire (2)

CRITERES

- Stabilité hémodynamique .
- Absence de lésions intra-abdominales imposant la chirurgie .
- Transfusion : rate 2 culots, foie 8 culots

POLYTRAUMATISME

1. Hiérarchiser les priorités diagnostiques et thérapeutiques .
2. Un Chef d'orchestre pour coordonner

Hiérarchiser(1)

1. Tout polytraumatisé est suspect d'une fracture du rachis
2. Quelle est l'origine du choc ?

Hiérarchiser(2)

1. Recherche d'une hémorragie thoraco-abdominale :
 - RP +/- drainage .Critères de thoracotomie:
drainage > 1.5 l, débit >250 ml/h sur 3 h .
 - Echographie abdominale .
2. Recherche d'une lésion intra-cranienne

.

Hiérarchiser(3)

- 3) Les fractures du bassin : 4 branches, ouverture antérieure de l'anneau pelvien > 2,5 cms + tr rotation postérieure, fractures bifocales de l'anneau pelvien ;
Fixateur externe + artériographie . (mortalité 10 %)
- 4) Les lésions traumatiques et vasculaires périphériques .
- 5) Les lésions osseuses et de la face .

Pertes sanguines

LESION	PERTES EN ML
Côte	100
Vertèbre avant-bras	250
Humérus	500
Tibia	1000
Fémur	2000
Bassin	500 à 5000

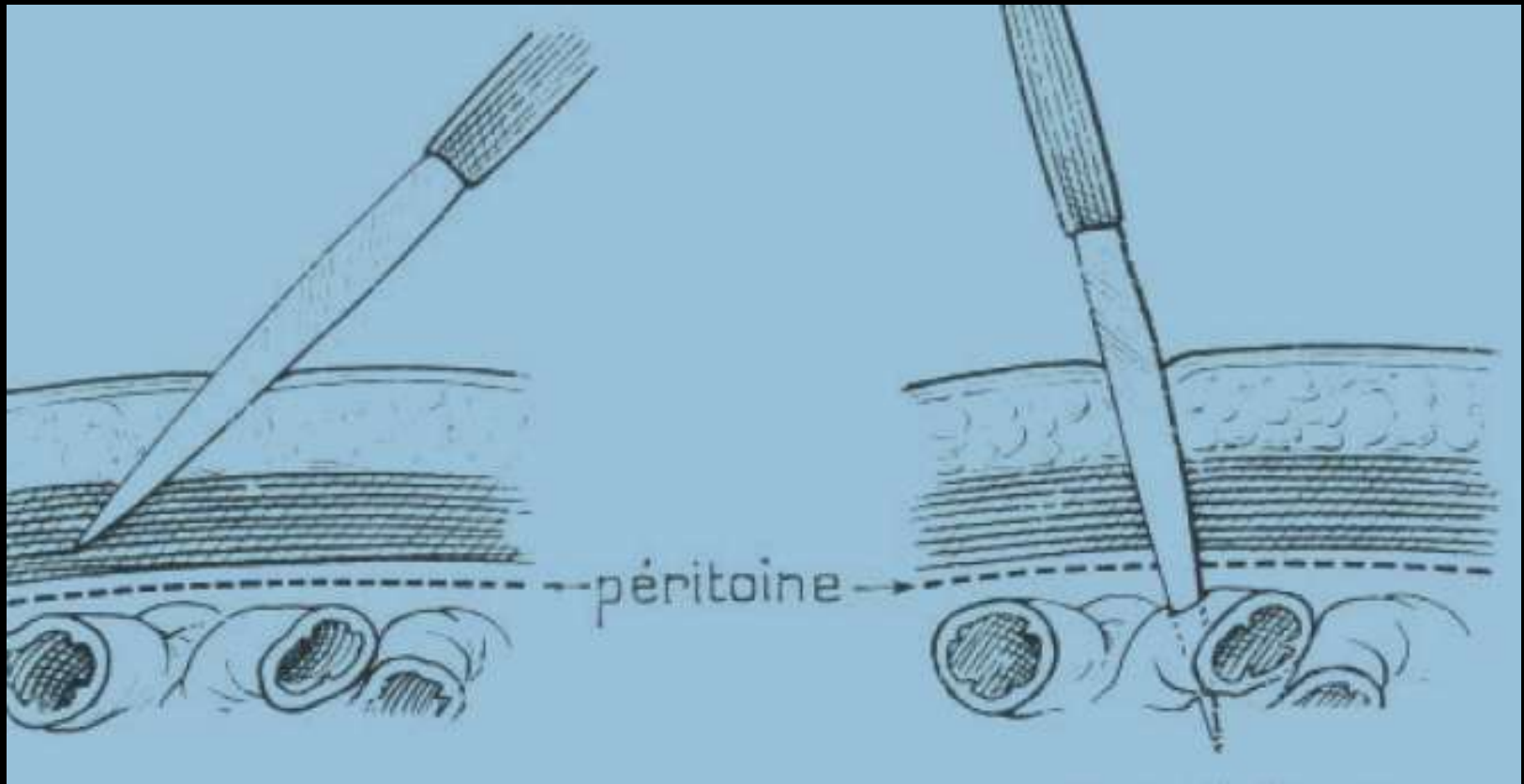
Une contusion de l'abdomen peut tuer

- En quelques minutes par choc et hémorragie foudroyante;
- En quelques heures, par hémorragie interne plus lente;
- En vingt-quatre heures / quarante-huit heures, par péritonite généralisée ou hémorragie en deux temps .

H. Mondor (*Diagnostics urgents, 1928*)

Plaies de l'abdomen

La plaie est elle pénétrante?



La plaie est elle pénétrante?

- Éviscération du contenu abdominal
- Extériorisation de gaz, de liquide digestif, d'urine
- Signes hémorragiques et d'irritation péritonéale
- Rectorragie au TR, sang dans la sonde gastrique

Examens complémentaires

- Biologie non contributive
- Imagerie moins sensible, stratégie superposable aux traumatismes fermés
 - TDM++
- Importance de l'examen clinique +/- exploration sous anesthésie locale

Conduite à tenir pratique

- **Laparotomie :**
 - si choc ou péritonite
 - plaie par armes à feu pénétrante
 - défaut de la paroi abdominale
- **Laparoscopie :**
 - plaie par arme blanche
 - plaie possiblement pénétrante
- **Surveillance :**
 - patient conscient
 - examen clinique normal
- **Vaccination antitétanique**

Ne pas induire de perte de chance pour le patient:

- Savoir prendre une décision opératoire rapide sans examen complémentaire .
- Faire le geste simple, rapide pour laisser la place à la réanimation, à la radiologie interventionnelle, à un transfert vers un plateau technique adapté .