

Item329-3-Traumatismes abdominaux.

Objectifs CNCI		
- Evaluation de la gravité et recherche des complications précoces chez un traumatisé abdominal - Identifier les situations d'urgence		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Aucune	- Rupture splénique +/- hémopéritoine - PA / hémocue® / choc hémorragique - Vitaux: cardioC / respiratoire / neuro - Matité / défense / contracture / TR - RTx / radio bassin / écho abdo +++ - Epanchement IP / hématomes SC - Rupture splénique II : surveiller > J15 - Laparotomie écourtée diag. et thérap. - Si perforant ou choc + épanchement - Rate = splénectomie / foie = packing - Si organe creux = bi-ABT / lavage	- Trauma abdo = polytrau JPDC - Gpe-Rh-RAI (x2) - Bodyscan ssi stabilité hémD - Pas de chir si rétro-péritonéal - MA-EduP post-splénectomie - Pas de choc = pas de chirurgie

Généralités

Dogme +++

- Tout traumatisé abdominal est un polytraumatisé JPDC (80%)
- Tout polytraumatisé est un traumatisé abdominal JPDC (1/3)

Définitions

- **Contusions abdominales:** traumatismes fermés / organes pleins → hémopéritoine ++
- **Traumatismes pénétrants:** traumatismes ouverts / organes creux → pneumopéritoine ++

Epidémiologie

- Etiologie = **AVP** dans 75% des cas +++ / homme jeune / mortalité = 30%
- **Rate** = organe le plus touché (50% des contusions abdominales) puis foie
- Principale complication menaçant le pronostic vital = **choc hémorragique** +++

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** âge / atcd / allergies / SAT-VAT si plaie
 - **Prises:** médicamenteuse (AVK-aspirine) / toxique (alcool)
 - **Anamnèse:** mécanisme lésionnel +++ / lésions associées
 - **Signes fonctionnels:** douleur / syndrome hémorragique
- **Examen physique**
 - **Constantes**
 - **PA / Hémocue®** / FC / température / FR / SpO2 / dextro
 - **Examen général = celui du polytraumatisé +++**
 - **Evaluation des axes vitaux (A savoir !)**
 - **hémodynamique:** PA (< 90) / FC (> 120) / signes de choc
 - **respiratoire:** FR (> 20/min) / SpO2 (< 90%) / tirage-cyanose-sueurs
 - **neurologique:** Glasgow / pupilles / signes de localisation / HTIC
 - **Recherche de lésions associées**
 - **uro-digestives:** défense / matité des flancs / BU pour hématurie
 - **ostéo-articulaires:** palpation du cadre osseux / déformations
 - **cutanées:** plaie cutanée / SAT-VAT / lavage-exploration-pansement
 - **Examen abdominal**

- Rechercher un hémopéritoine: **matité** des flancs / **défense** / contracture
- Recherche un pneumopéritoine: tympanisme / défense
- **Toucher rectal**: épanchement péritonéal / rectorragie

Examens complémentaires

- **Bilan 1ère intention = celui du polytraumatisé** (cf Polytraumatisme.)
 - **Bilan biologique immédiat**
 - Gpe-Rh-RAI / 2 déterminations (**A savoir !**)
 - NFS / GDS-lactates / iono-créat / BHC
 - **Imagerie en échocage (3)**
 - **Radio thorax / bassin**
 - Éliminent une autre cause de choc (hémothorax / fracture)
 - **Echographie abdominale +++**
 - Recherche **épanchement** intra-péritonéal (cul-de-sac / récessus)
 - Recherche un **hématome** sous-capsulaire splénique ou hépatique
 - **TDM corps entier: bodyscan (TAP injecté à défaut)**
 - Seulement si état de **stabilité** hémodynamique (**A savoir !**)
 - Recherche hémopéritoine (hyperdense) / pneumopéritoine (hypodense)
 - Recherche fracture-lésions-hématomes de la rate / du foie / du rein
- **Bilan spécifique en cas de suspicion de traumatisme abdominal**
 - **Bilan hépatique**: ASAT-ALAT / GGT / PAL / bilirubine
 - **Bilan pancréatique**: lipasémie-amylasémie +/- IRM pancréatique
- **Bilan pré-thérapeutique**
 - **Bilan pré-opératoire**: Gpe-Rh-RAI / ECG / TP-TCA

Evolution

Complications de tout traumatisme abdominal

- **Choc hémorragique sur hémopéritoine +++** (cf État de choc. Principales étiologies : hypovolémique, septique (voir item 154), cardiogénique, anaphylactique.)
 - La principale cause de mortalité chez les traumatisés abdominaux
 - **!! Remarque**
 - choc hémorragique sur hématome rétro-péritonéal (fracture du bassin ++)
 - → CI formelle à la chirurgie (cataclysmique): faire artério-embolisation (**A savoir !**)
- **Complications infectieuses**
 - **Péritonite aiguë**
 - sur rupture d'un organe creux / syndrome infectieux +/- contracture
 - antibiothérapie +/- toilette péritonéale sur laparotomie
 - **Abcès sous-phrénique**
 - Collection purulente sous-diaphragmatique / à **distance** du trauma
 - Evoquer devant défense + Sd infectieux + dyspnée-hoquet (par irritation)
 - CAT = drainage percutané sous TDM + ABT (C3G + aminoside)

Complications spécifiques selon le type de traumatisme

- **Rupture splénique secondaire sur hématome sous-capsulaire**
 - Hématome contenu uniquement par le péritoine
 - Risque de rupture secondaire: max à **J15 post-trauma**
 - → surveillance en milieu hospitalier prolongé +++
- **Evolution post-splénectomie**
 - **Complications**: pancréatite aiguë / thrombocytose réactionnelle / infections
 - **Education et prophylaxie post-splénectomie (A savoir !)**
 - Port d'une carte de splénectomisé
 - Education du patient: consulter en urgence devant toute fièvre
 - **Vaccins**: pneumocoque / grippe / haemophilus / méningocoque
 - Antibio prophylaxie prolongée par oracilline (péni V 1 MUI 2x/j):
 - → 5ans (enfant) / 2ans (adulte) / au long cours si patient ID

Traitement

Mise en condition

- Hospitalisation / en urgence / en REA / pronostic vital
- Oxygénothérapie / monitoring cardio-tensionnel / pose 2VVP
- Repos au lit / maintien à **jeun** (urgence chirurgicale potentielle)

Traitement médical symptomatique (+++)

- **Maintien de la stabilité hémodynamique** (cf **État de choc**. Principales étiologies : hypovolémique, septique (voir item 154), cardiogénique, anaphylactique.)
 - **Remplissage**: cristalloïde ou colloïdes 500ml/15min IVL
 - **Amines vasoactives** : **Noradrénaline**
 - **Transfusion**: culots globulaires +/- plaquettaire selon NFS
- **Antalgiques / ventilation**
 - Antalgiques selon EVA: titration morphinique IV (cf **Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses**)
 - Si Glasgow < 8: sédation +/- intubation pour ventilation

Traitement chirurgical = laparotomie

- **Indication +++**
 - Indiquée dès que plaie **perforante** ou **choc** + épanchement intra-péritonéal
 - Laparotomie jamais indiquée si patient hémodynamiquement stable (**A savoir !**)
- **Laparotomie « écourtée » à visée diagnostique et thérapeutique**
 - **Quel que soit le traumatisme abdominal**
 - Laparotomie = incision médiane
 - 1er temps **exploratoire** / prélèvements pour ex. bactérié
 - Evacuation de l'hémopéritoine (système Cell-saver®)
 - Lavage (« toilette ») péritonéal au décours / drains
 - **En cas de traumatisme splénique**
 - Traitement chirurgical seulement si instabilité malgré plus de 2 CGR
 - **Splénectomie** d'hémostase / envoi de la pièce en anapath. / drains
 - **En cas de traumatisme hépatique**
 - **Packing**: tamponnement péri-hépatique par des champs +/- sutures
 - !! Ne pas mobiliser le foie: risque d'embolie gazeuse ou désarmorçage
 - Refermer en laissant les champs (!) / retrait à 24-48h par laparotomie
 - **En cas de traumatisme pancréatique**
 - Seulement si rupture du canal de Wirsung: pancréatectomie gauche
 - Si rupture chez un patient stable: CPRE pour prothèse endo-canalair ++

Mesures associées

- Si plaie cutanée: SAT-VAT
- Si péritonite: **antibiothérapie** = Augmentin® + Gentamicine
- Si splénectomie: éducation du patient / port de carte / ABP (**A savoir !**)
- P° des C° de décubitus (bas +/- HBPM) / ulcère de stress (IPP)

Surveillance +++

- **Clinique**: PA / FC / Hemocue® / T / transit / ex. abdo / s. de choc
- **Paraclinique**: NFS-P / TP-TCA / BHC / lipase / TDM abdo répétés

Synthèse pour questions fermées

Pour quelle raison faut-il limiter l'abord chirurgical du rétro-péritoine et du bassin chez le polytraumatisé ?

- **Hémostase difficile +++** (aboutit à des nephrectomies d'hémostase dans le retro-péritoine)

--> Artério-embolisation+++