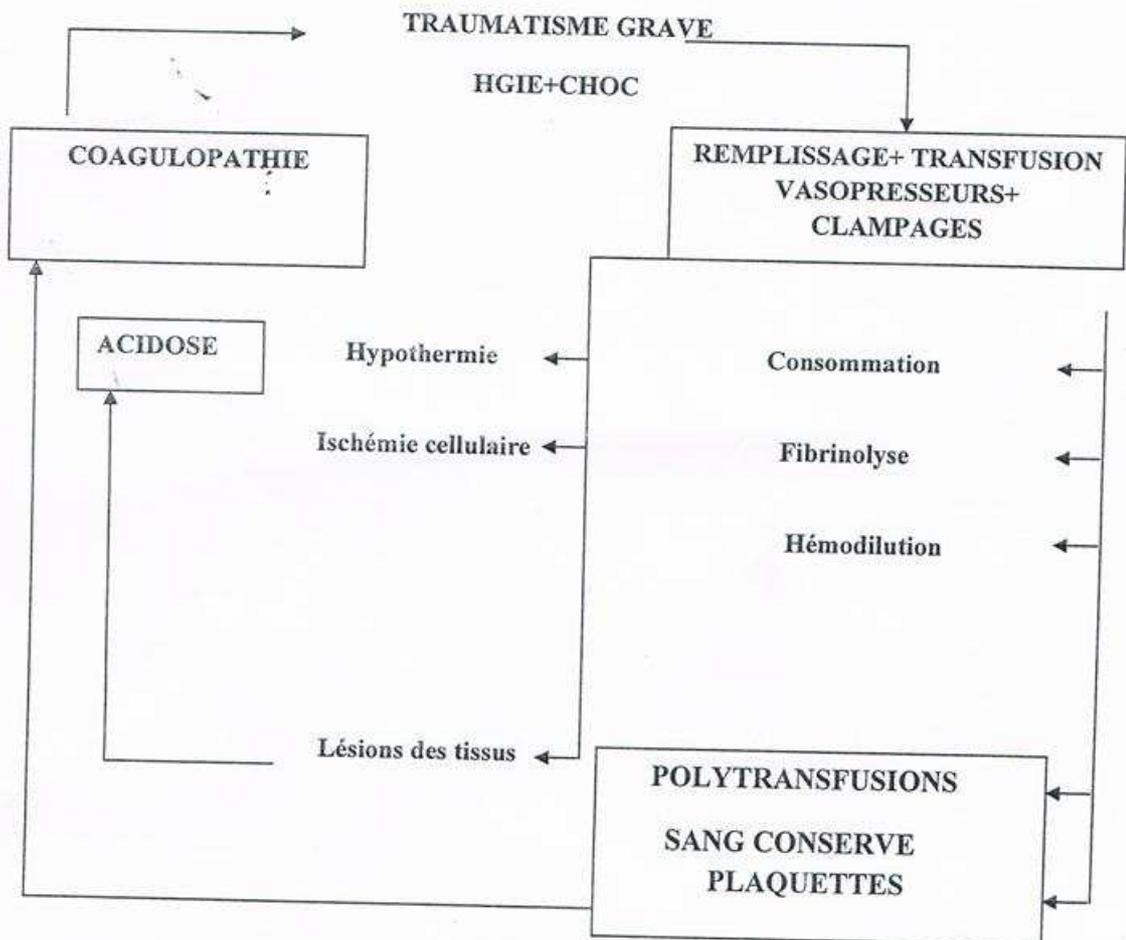


# CONTUSION ET PLAIES DE L'ABDOMEN

## I-INTRODUCTION



## II-TRAUMATISMES FERMES DE L'ABDOMEN

### > Causes

- Accident de la voie publique.
- Accident de sport.
- Accident de travail.
- Tentative de suicide : chute d'un lieu élevé.

OMS : Traumatisme de la voie publique  
1.2 Million de décès/an

Europe /mortalité ↓      pays s/s devel ↑  
USA

### > Critères de choix

#### A- Instabilité hémodynamique : (5% des patients sont dans un état grave)

Chez tout blessé présentant une suspicion de traumatisme abdominal fermé

Les critères suivants laissent passer la nécessité d'une laparotomie écourtée damage control

- Un remplissage > 1L de macromolécule pendant le transport.
- Une hypertension persistante.
- Un arrêt cardiaque massé.
- A l'arrivée des signes cliniques évocateurs d'hémorragie intra abdominale.
  - Gros ventre.
  - Pâleur conjonctivale.
  - Tachycardie.
  - Hypotension sévère.

> Impose de recourir à la transfusion.

Le bilan d'imagerie :

Echographie abdominale fast.

RX pulmonaire.

RX du bassin.

Il faut éviter chez ces malades

Une chirurgie reconstructrice complexe ou des gestes multiples générateurs d'hémorragie et d'hypothermie.

#### B- Stabilité hémodynamique à la prise en charge : 90% des patients.

1/Critère clinique :

TA > 90 mmHg

Pouls > 100 pul/min

Les scores de réanimation sont utilisés comme IGS (III)

SAPS II (*simplified acute physiology score*)

Attitude non opératoire initiale adaptée d'abord pour les traumatismes du foie et élargie à plusieurs autres situations.

Des indications différentielles :

Embolisations

Geste radioguidé (ponction, drainage)

Intervention sous coelio sont susceptibles d'être posées

## 2/TDM

Avec injection sur le corps entiers body scan

Plus spécifique et plus sensible que l'écho et le Rx standard.

Son inconvénients : pose problème chez les insuffisants rénaux

Elle permet :

- De quantifier l'hémopéritoine.
- De voir le pneumopéritoine.
- De caractériser la sévérité du traumatisme d'un organe.
- de voir les extravasations artérielles et de discuter la possibilité d'embolisation.
- la classification AAST ou AIS.

L'ISS est calculé en faisant la somme du carré des organes atteints de régions anatomiques distinctes (abdomen, thorax, membre ...)

Ex : Trauma du foie Moore II et trauma de la rate Moore III aura un ISS à 9 ( $3^2$ ) ; un NISS à 13 ( $3^2+2^2$ ).

3/Embolisation artérielle : lorsqu'elle est possible permet de diminuer les transfusions et les laparotomies.

## III- LAPAROTOMIE ECOURTEE

### ➤ Organisation Pre-Op

- Réchauffement des patient (Matelas chauffait, couverture à air pulsée) pour lutter contre l'hypothermie.
- Mesure de la gravité grâce au thromboelastogramme administration de plaquettes.
- Mise en place d'un ballonnet intra-aortique pour clampage endovasculaire en cas d'atteinte retro péritonéale grave.

### ➤ Technique chirurgicale

Incision xyphopubienne

- Atteinte du foie  
Expliquer la compression hépatique manuelle remplacée par le tamponnement péri hépatique avec clampage temporaire du pédicule hépatique, sinon lier l'artère hépatique droite ou gauche selon le coté atteint.
- Atteinte splénique : splénectomie d'hémostase.
- Atteinte des organes creux ou de leurs mesos digestifs : résection rapide plus saturé paragrafage automatique si possible.
- Atteinte pancréatique grave :
  - Lésion caudale : splenopancréatectomie caudale.
  - Lésion céphalique : DPC sans rétablissement.
- Atteinte retropéritonéale :
  - Trauma rénal : hématome expansif (ne pas ouvrir le retropéritoine)
- Fermeture pariétale rapide et sans tension (fermeture simple utilisant des systèmes aspirative de la peau vacuum pack).

### ➤ Prise en charge post opératoire après damage control :

Décision pluridisciplinaire entre chirurgien, anesthésiste, réanimateur.

- Transfert en salle de Radiologie pour embolisation
- Programmation la reprise chirurgicale lors de la surveillance au cours des 36h

Attention particulière au syndrome du compartiment abdominal (15%)

Ces symptômes sont :

- Tension abdominale clinique
- Suffusion entre les points de fermeture.
- Apparition ou aggravation de l'oligurie.
- Une hypercapnie.
- Une baisse du débit cardiaque.
- Une augmentation de la pression de ventilation pulmonaire
- Une acidose.

Il est détecté par la mesure de la pression intra vésicale (PIV)

Si PIV > 15mmhg laparotomie de décompression.

### 1) Traumatisme splénique

Classification des traumatismes de la rate

Grade	Hématome sous capsulaire	Hématome intra parenchymateux	Déchirure capsulaire	Devascularisation	Score AIS
I	<10% non expansif	non	Profondeur <1cm	0	1
II	10-50% non expansif	Evolutif ou diamètre 5 cm	Entr 1 et 3cm	0	2
III	>50% ou expansif ou saignement	/	>3cm	<25%	3
IV		rompu	Saignement des vx segmentaires ou hilaires	>25%	4
V		Rate avulsée	Lésion hilaires entraînant une devascularisation de la rate	100%	5

#### 1- Traitement non opératoire

95% des traumatismes spléniques sont traités de façon non opératoire entre moins de 80% chez l'adulte

Surveillance en milieu chirurgical

#### 2- Embolisation splénique

#### 3- Splénectomie totale d'hémostase : Instabilité hémodynamique, âge, terrain, polytraumatisme ect...

Cpo post opératoire : -abcès de la loge splénique

- pancréatite.

-Cpo thrombotiques.

-Altération des fonctions immunitaires : Infection (meningococcique, hémophilus, pneumococcique) d'où la nécessité de vaccination voir antibiophylaxie.

## 2) Traumatisme pancréatique

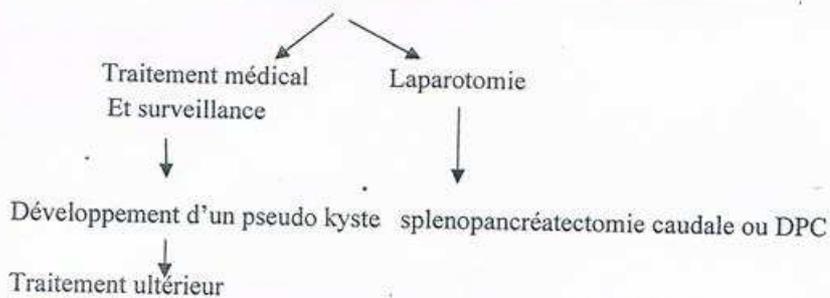
### Classification AAST

Grade	Hématome	Lacération	Score AIS
I	Contusion mineure sans atteinte du Wirsung	Superficielle sans atteinte du Wirsung	1
II	Contusion majeure sans atteinte du Wirsung	Lacération majeur sans atteinte du Wirsung sans perte tissulaire	2
III		Transsection distale du Wirsung ou atteinte parenchymateuse avec atteinte du Wirsung	3
IV		Transsection proximale ou atteinte parenchymateuse du Wirsung proximal	4
V		Atteinte massive du pancréas céphalique	5

Chez le blessé non opéré :

Lors de la rupture du canal de Wirsung mise en place d'une prothèse par voie endoscopique d'une prothèse endocanalaire.

Si ce geste est impossible : 2 alternatives



## 3) Traumatisme hépatique classification AAST

Grade	Hématome	fracture	Lésion vasculaire	Score AIS
I	S/Scapsulaire < 10% de la surface	Capsulaire non hémorragique < 1cm		1
II	S/S capsulaire entre 10 et 50% profondeur < 2cm	Parenchymateuse entre 1 et 3 cm de profondeur < 10cm de longueur		2
III	S/S capsulaire rompu ou > 50% intra parenchymateux > 2cm ou expansif	Parenchymateuse > 3cm de profondeur		3
IV	Parenchyme rompu	Parenchymateuse de 25 à 75% d'un lobe		4

V		Parenchymateuse > 75% d'un lobe	Veine cave ou veine Sus hépatiques	5
VI			Avulsion hépatique	5

Traitement un opératoire dans les grades I et II a amélioré la survie.

Les grades III – V le patient est en soins intensifs (laparotomie, drainage control ...)

Traitement chirurgical d'emblée

Grade : I, II : respect des lésions.

Grade III, IV, spléno pancréatectomie caudale ou DPC. Selon l'atteinte caudale ou céphalique.

Traumatisme des viscères creux : classification peu utilisé.

#### CONCLUSION :

La prise en charge d'une contusion abdominale dépend étroitement du statut hémodynamique.  
Les technique du damage control visent à réaliser l'hémostase de façon la plus rapide possible,  
souvent, en deux temps sont choisies en cas de risque de coagulopathie.

- AAST : AMERICAN ASSOCIATION FOR SURGERY OF TRAUMA
- ISS : INJURY SEVERITY SCORE.
- AIS : ABBREVIATED INJURY SCALE.

**Bon courage**