

Traumatismes abdominaux (Situation de *Damage Control*) UE 2.4 Processus Traumatiques

Dr Eric J. VOIGLIO

*PAM Urgences - UMR T 9405
Service de Chirurgie d'Urgence
Centre Hospitalier Lyon-Sud
F69495 Pierre-Bénite*

2015/2016

OBJECTIFS

- Définir la notion de triade létale et de cercle vicieux hémorragique
- Citer les principes et l'intérêt de l'échographie FAST
- Définir le concept de la laparotomie de damage control

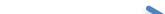
PLAN

- Traumatismes abdominaux et ABCDE
- Echographie FAST
- Damage Control
- Triade létale
- Laparotomie écourtée

CONNAISSANCES ANTERIEURES

- Anatomie de l'abdomen
- Physiopathologie du choc hémorragique

TRAUMATISMES ABDOMINAUX ET ABCDE

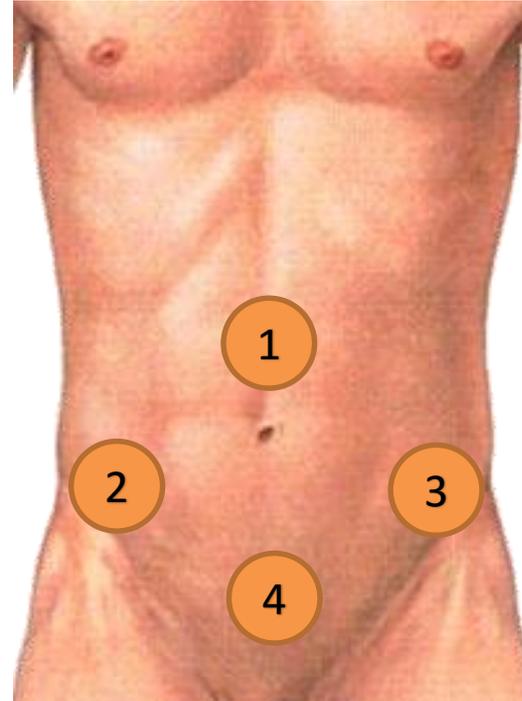
- Bilan initial
 - A
 - B  Rx Thorax
 - C  Rx Bassin, **Echographie FAST**
Hémorragie externe, déformation des membres
 - D
 - E
- Bilan secondaire  Examen clinique et **Scanner**

PATIENT HÉMODYNAMIQUEMENT INSTABLE

1. Hémorragie externe ?
2. Rx Thorax (hémothorax ?)
3. Echographie FAST (épanchement ?)
4. Rx Bassin (fracture du bassin en open book ?)
5. Déformation des membres ?

FAST : FOCUSED ASSESSMENT WITH SONOGRAPHY FOR TRAUMA

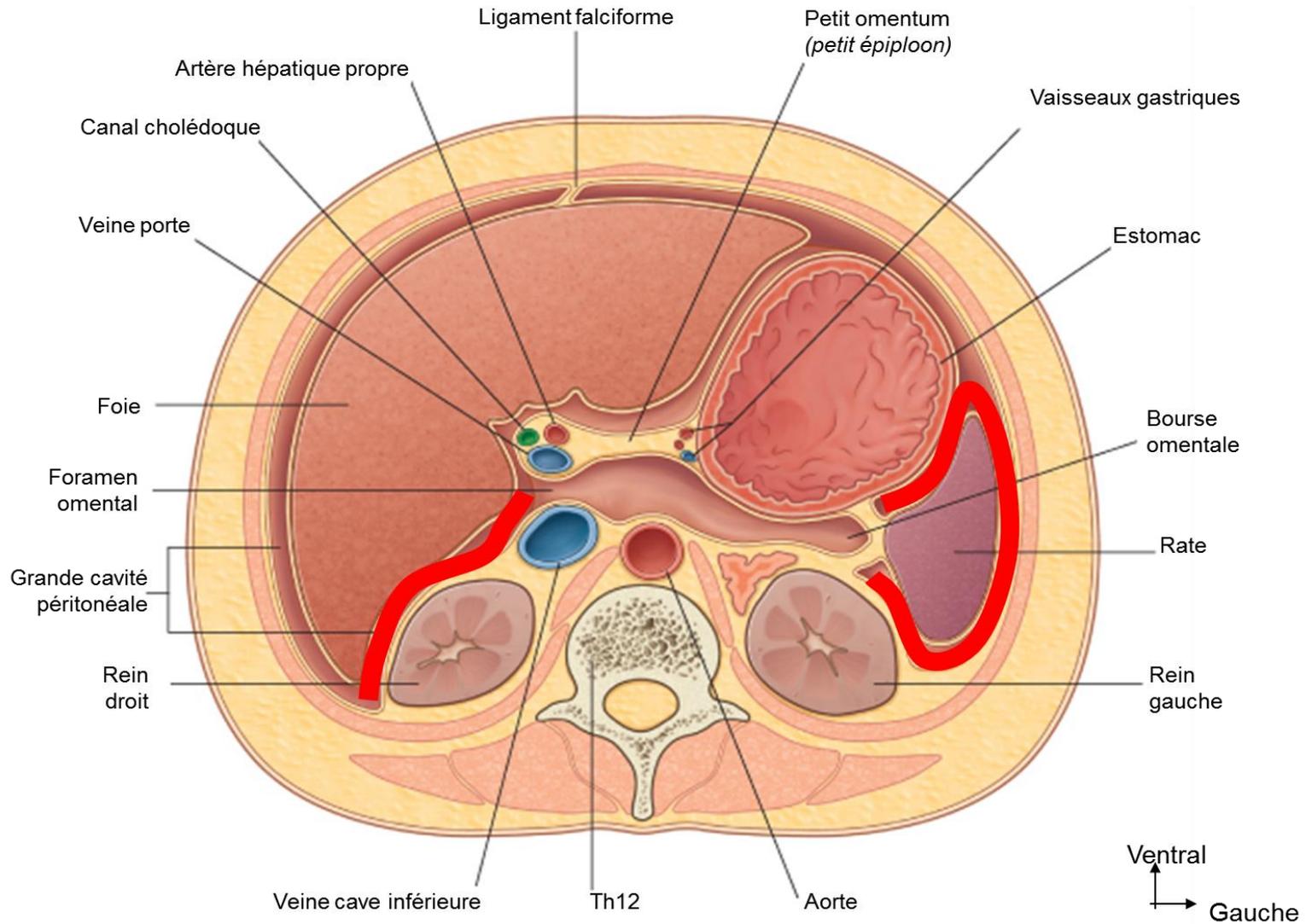
- Péricardique
- Péri hépatique
- Péri splénique
- Pelvien



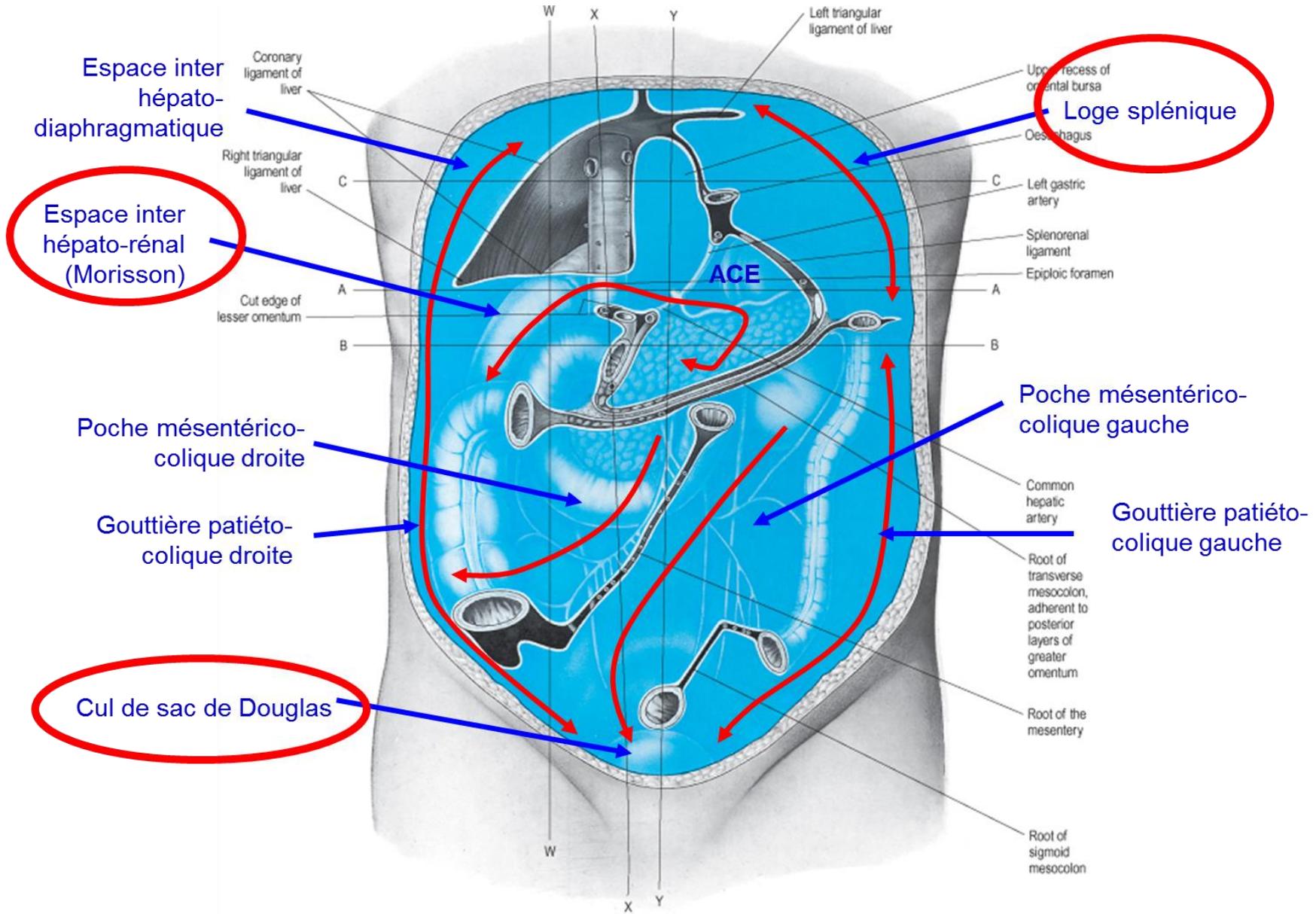
Épanchement **oui** / **non**

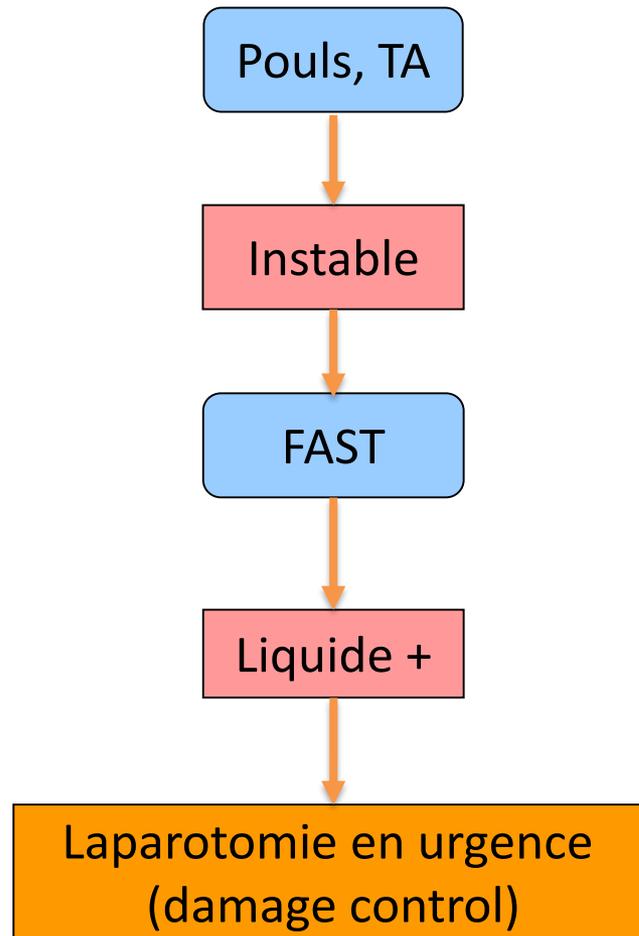
J Trauma 1999, 46(3), 466-472

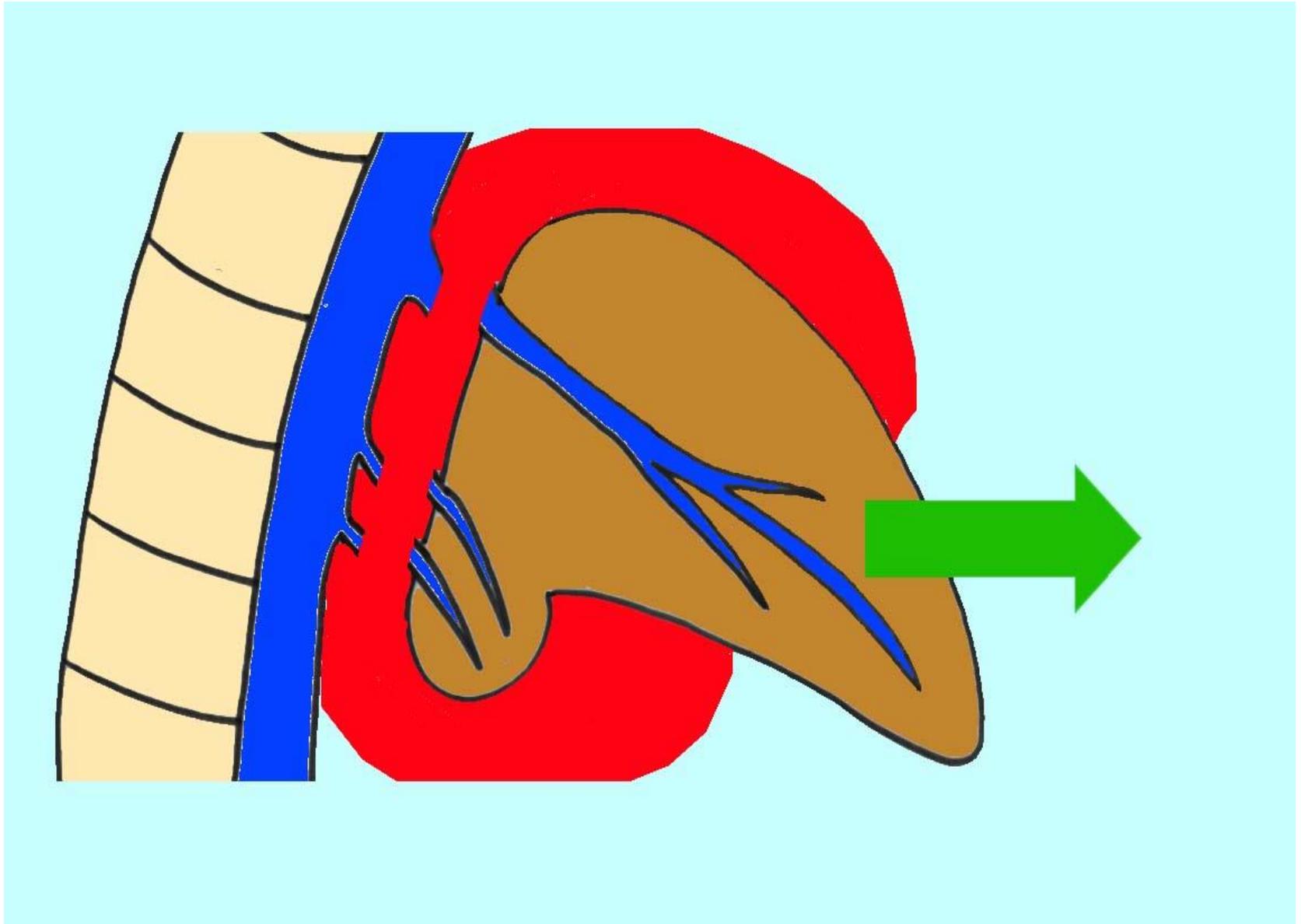
ESPACE INTERHÉPATO-RÉNAL (MORRISON)



© Elsevier. Drake et al: Gray's Anatomy for Students - www.studentconsult.com

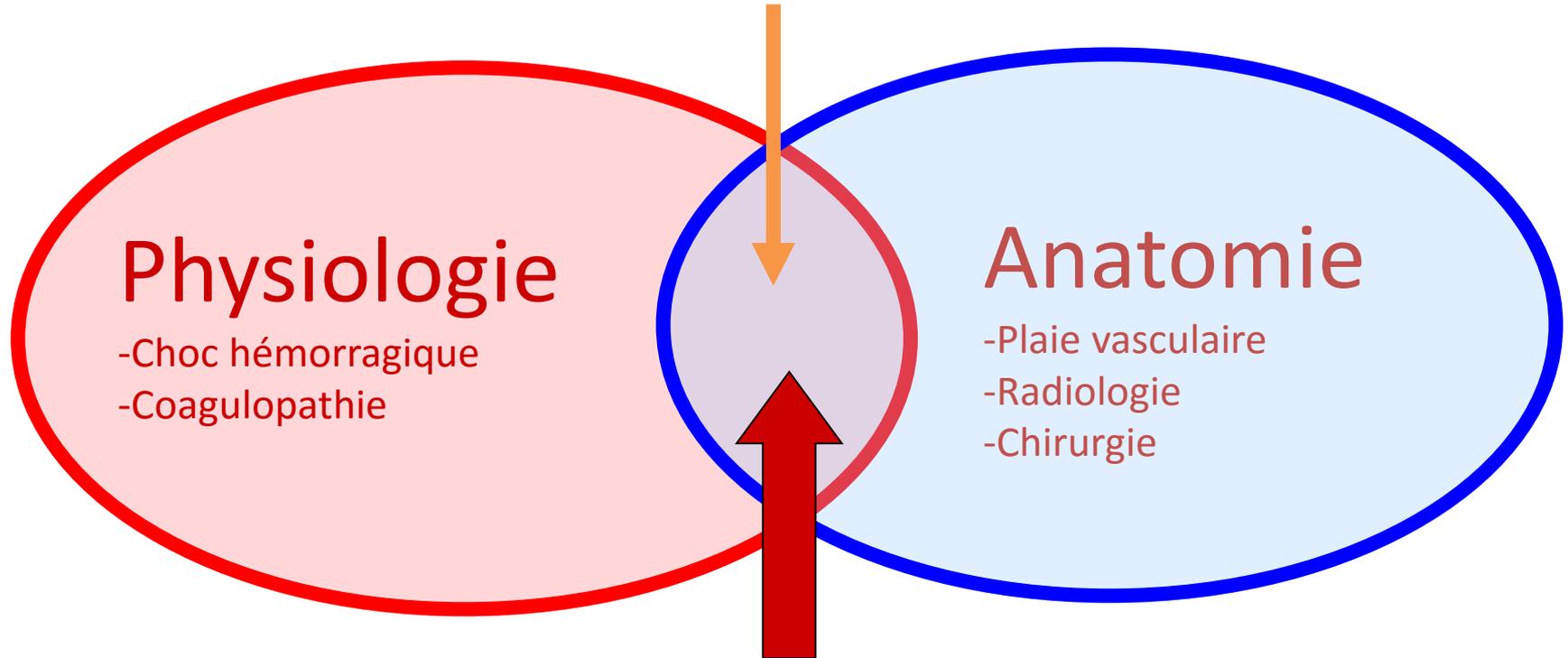








Traumatisme grave



DAMAGE CONTROL

Prise de décision en EQUIPE

DAMAGE CONTROL LAPAROTOMY LAPAROTOMIE ÉCOURTÉE



USS Cole 12 oct 2000, Yemen

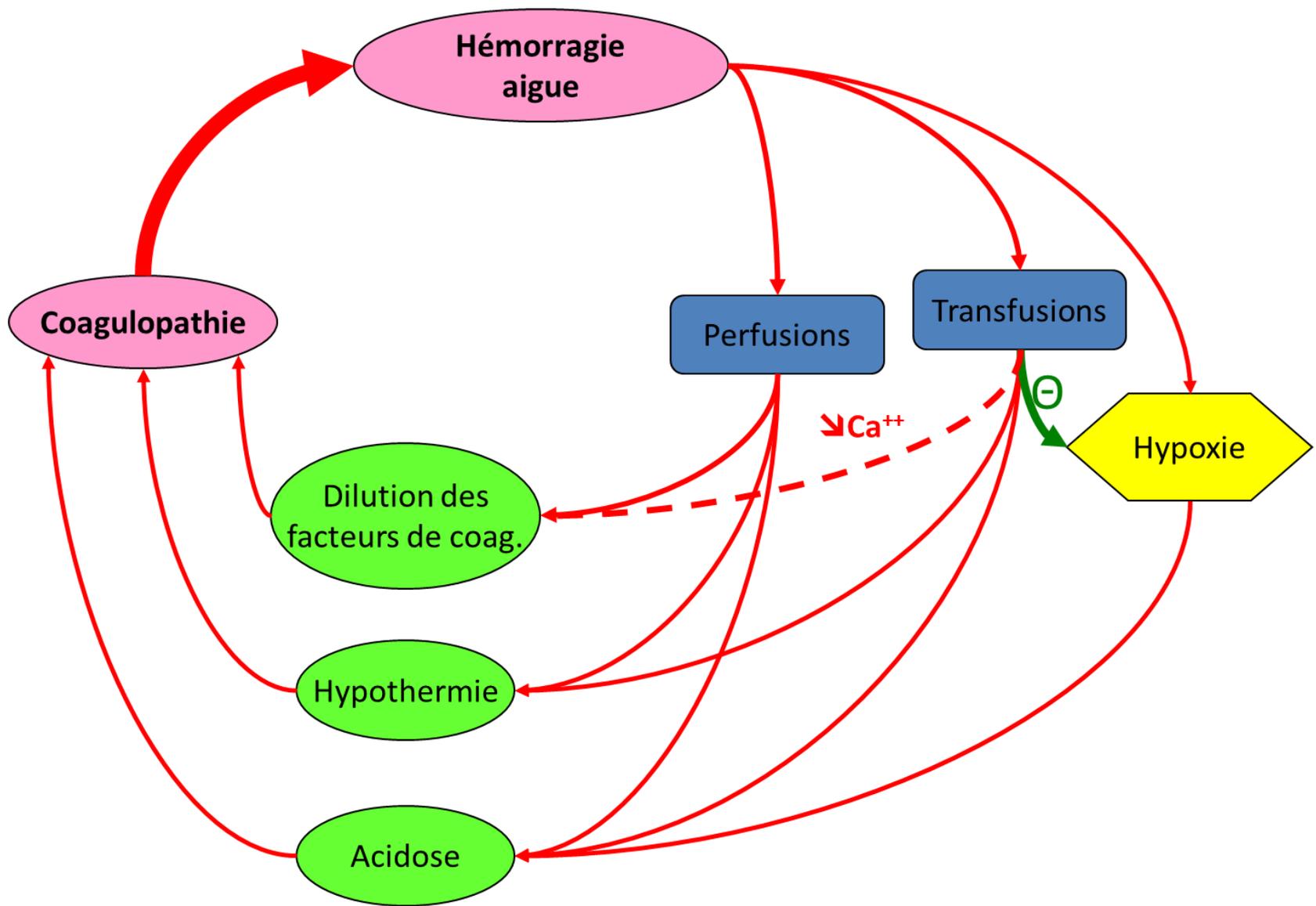
Burch JM et al. Abbreviated laparotomy and planned reoperation for critically injured patients. *Ann Surg* 1992;215:476-84.

Hirshberg A, Walden R. Damage control for abdominal trauma. *Surg Clin North Am* 1997;77:813-20.

DAMAGE CONTROL LAPAROTOMY LAPAROTOMIE ÉCOURTÉE



CERCLE VICIEUX HEMORRAGIQUE

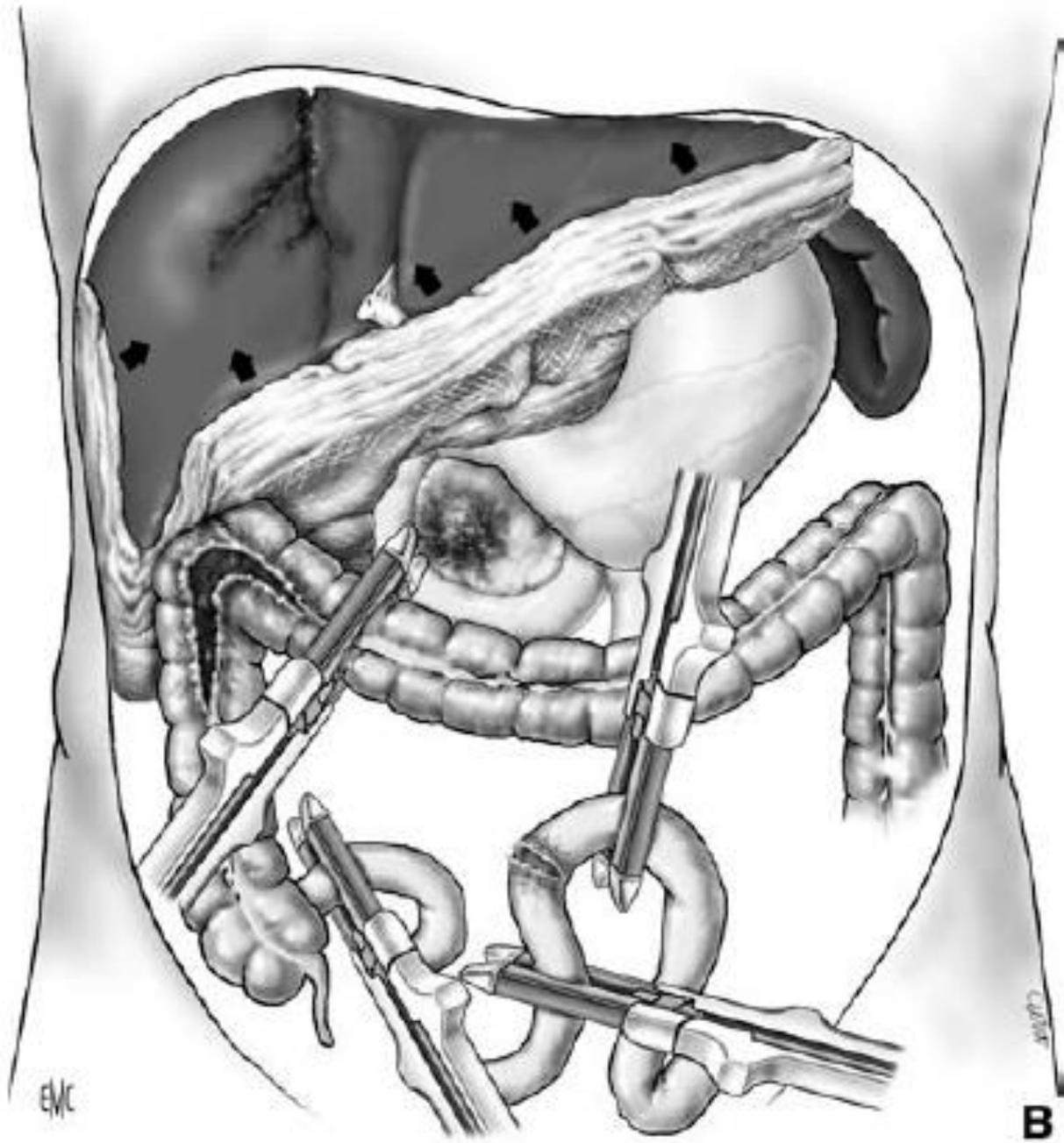


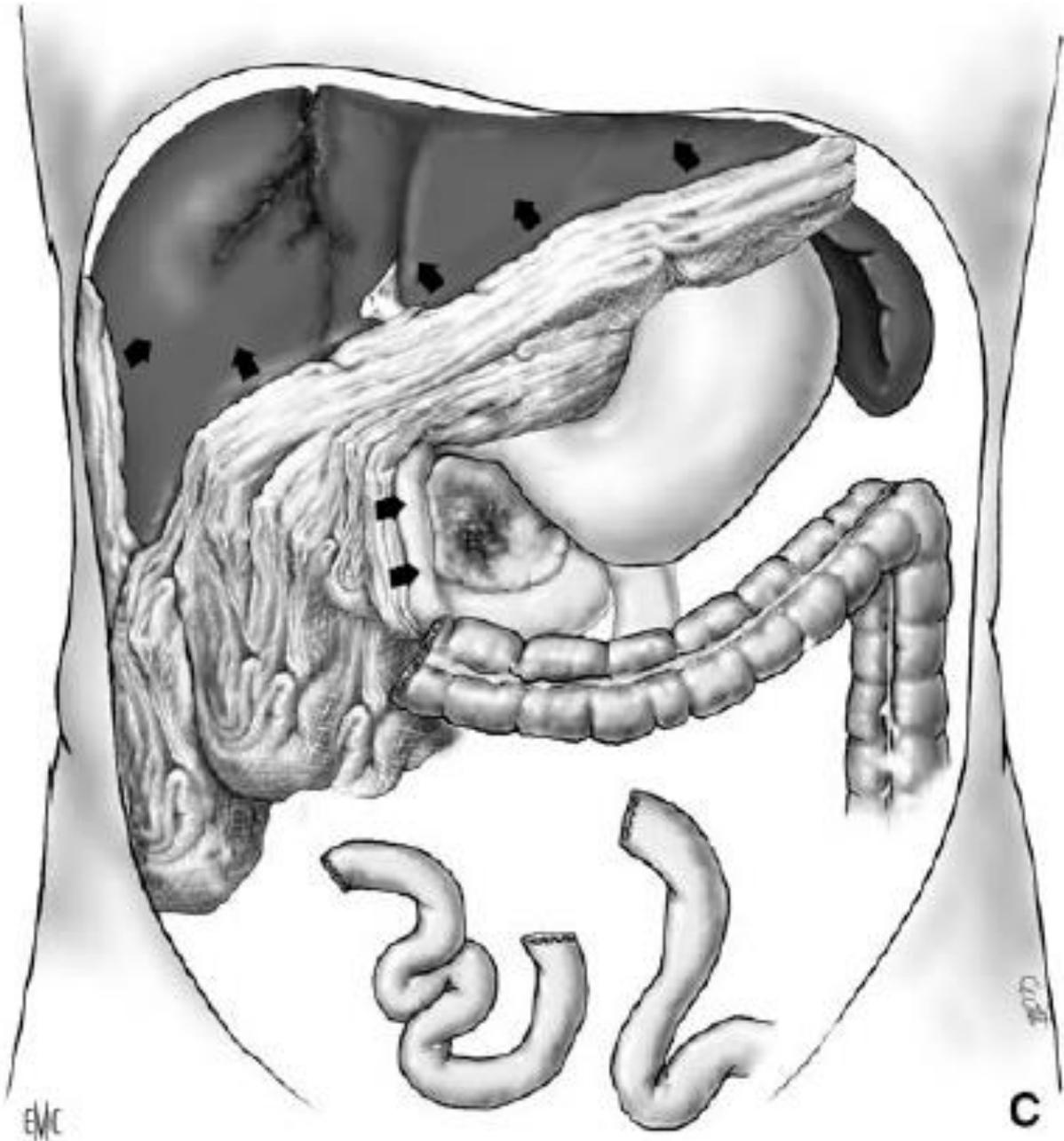
LAPAROTOMIE ÉCOURTÉE « LAPEC »

- Splénectomie si lésion splénique
- Packing hépatique si lésion hépatique *
- Ligature des déchirures mésentériques
- Résection à l'agrafeuse linéaire coupante des segments d'intestin non viables
- Suture directe des plaies du tube digestif
- Drainage au contact des lésions pancréatiques
- Néphrectomie d'hémostase si hématome rétropéritonéal expansif (UIV sur table) ou packing *
- Suture de vessie intra-péritonéale
- FE ou pelviclamp et packing pelvien si # du bassin *
- Laparostomie (VAC® ou équivalent)

*** artério en post-op immédiat**

Kushimoto S, et al.: J Trauma 2003;54:171-6.





SYNDROME DU COMPARTIMENT ABDOMINAL

- Augmentation de la pression intra-abdominale qui induit une ischémie des viscères
- Evoqué si:
 - Pression intra-vésicale > 20 mm Hg
 - Nécessité d'augmenter la Pression d'Insufflation Maximale > 40 cm H₂O,
 - Diurèse < 0.5 mL/kg/hr.

Meldrum D, et al. : Prospective characterization and selective management of the abdominal compartment syndrome. Am J Surg 1997;174:667-73.

Laparostomie



Sondes de Salem

Temps de réanimation

- 24 à 48 heures
- Restauration de la physiologie
 - Correction de l'acidose
 - Correction de l'hypothermie
 - Correction de la coagulopathie

- 48 heures après, lorsque le patient est stable pour réparation définitive des lésions

A RETENIR

- Triade létale = hypothermie, acidose, coagulopathie
- Echographie FAST : recherche de liquide dans le péricarde, en péri-hépatique, péri-splénique et dans le pelvis
- Intérêt de la laparostomie pour prévenir le syndrome du compartiment abdominal