

**Journées Scientifiques  
de la Société Française  
de Médecine d'Urgence**

**et Journée Régionale des Infirmiers et Personnels de l'Urgence**



# **URGENCES VITALES**

## **TRAUMATISME ABDOMINO-PELVIEN**

Sophie HAMADA\*,  
Catherine PAUGAM-BURTZ\*,  
Tomislav PETROVIC\*\*

\*Université Paris VI. Service d'anesthésie-réanimation chirurgicale-SMUR. Hôpital BEAUJON

\*\* Université Paris XIII. SAMU 93 – Hôpital AVICENNE

**CLERMONT-FERRAND** Octobre 2010

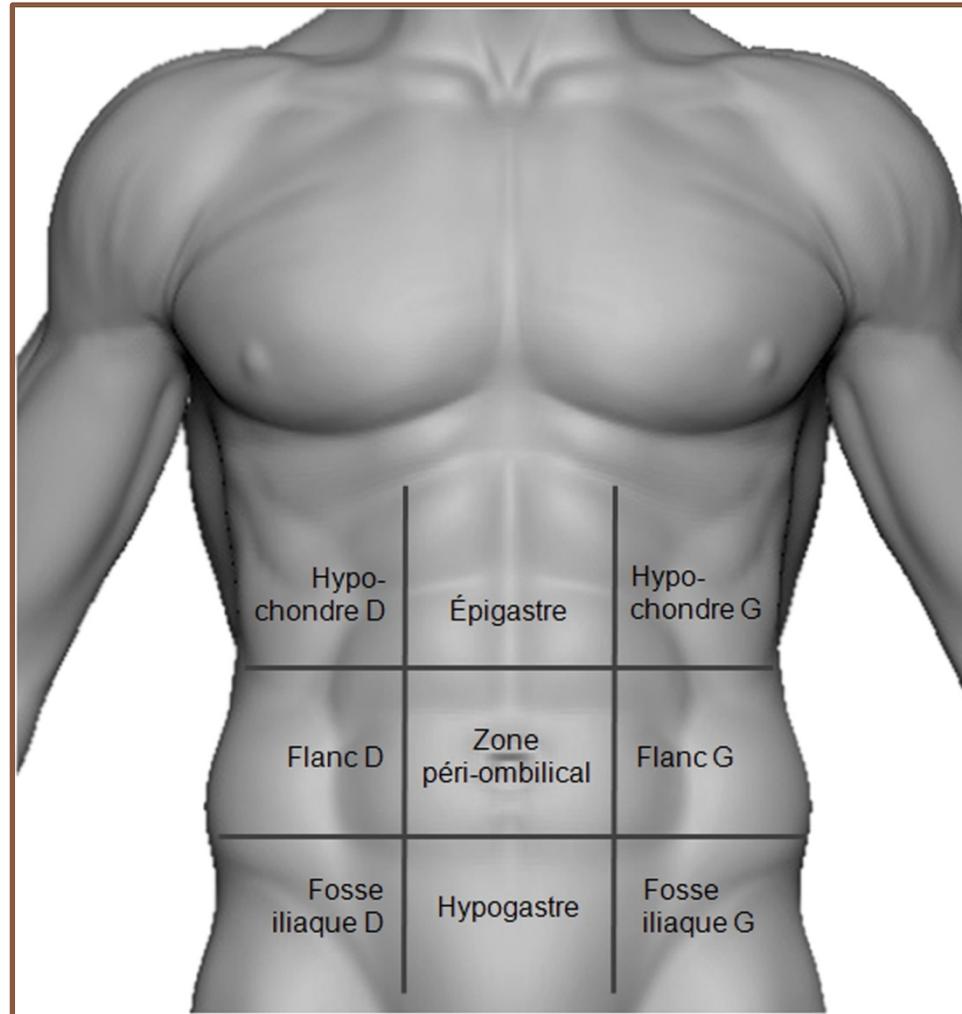
- Mortalité globale TAP = 10 % (2)
- Mortalité TAP + lésion extra-abdo = 17–20 % (3, 4)
- Mortalité TAP + lésions associées + choc hémorragique = 40% et + (2)
- Choc hémorragique du polytraumatisé = lésion abdominale !

2) Suzuki T, Smith WR, Moore EE. Pelvic packing or angiography: competitive or complementary? Injury 2009;40:343-53.

3) Cox EF. Blunt Abdominal Trauma. A 5-year Analysis of 870 Patients Requiring Celiotomy. Ann Surg. 1984;199:4-10.

4) Lorgeron P, Parmentier G, Katz A, Fermanian J, Chaloux G, Faure D, Remond P, Andreassian B. The abdomen in multiple-injured patients. Comparative study on 225 multiple-injured patients with and without abdominal lesions. Incidence of abdominal complications. J Chir. 1983;120(2):85-93.

# RAPPEL ANATOMIQUE



## Examen clinique

- Circonstances de l'accident (décélération brutale, choc violent, etc.),
- Hématome pariétal.
- Douleur spontanée ou à la palpation,
- Défense voire contracture de l'abdomen,
- Instabilité/douleur à la mobilisation du bassin.
- Douleur abdominale irradiant dans les épaules

**La clinique est peu performante**

# Examen morphologique : échographie

- Bases scientifiques solides (> 20 ans pour certaines indications)
- Apprentissage court
- Améliore la précision diagnostique
- Valeur ajoutée pour le patient
- Intégration dès la phase préhospitalière
- Monitoring +++ (du début à la fin de la prise en charge)

## **L'utilisation de la FAST ou E-FAST echo par les médecins urgentistes**

- **doit être favorisée tant en pré-hospitalier qu'en intra-hospitalier, notamment dans la recherche d'un épanchement intra-péritonéal.**
- **peut permettre d'accélérer la prise en charge, notamment le choix de l'orientation, que ce soit celui de l'hôpital (proximité vs centre de traumatologie), mais aussi dans l'orientation intra-hospitalière (bloc opératoire direct, TDM ou SAUV).**
- **nécessite des critères de formation et elle ne doit pas retarder la prise en charge définitive.**

**L'examen doit être répété pour apprécier l'évolutivité au même titre que l'examen clinique.**

## **LESIONS SPECIFIQUES : RATE**

### **Splénectomie Traitement conservateur: surveillance clinique et scannographique**

- lésions spléniques isolées
- patient stable hémodynamiquement sans suspicion de péritonite par perforation d'organe creux
- possibilité de bilan initial par scanner avec un opérateur entraîné
- lésions spléniques de grades 1, 2 ou 3 au scanner chirurgien viscéral pouvant à tout moment décider et réaliser sans délai une laparotomie
- surveillance le patient en réanimation/ USC avec une équipe médicale rôdée à la traumatologie

## LESIONS SPECIFIQUES : RATE

- Succès du traitement conservateur : 60 à 98%.
  - traitement chirurgical dans les 24 h pour 60% de ces échecs,
  - pour 8% d'entre eux après un délai de 9 jours ou plus après la survenue du traumatisme

## LESIONS SPECIFIQUES : RATE

- Facteurs d'échec du traitement conservateur

extravasation de produit de contraste

faux anévrisme

lésions de grade 3 avec hémopéritoine abondant

lésions de grade 4

présence d'un traumatisme crânien

- Artériographie splénique avec embolisation de l'artère splénique

En cas de facteurs d'échec décrits

Taux de succès du traitement : 77 % à 97 %

Traitement d'appoint qui pourrait permettre d'élargir les indications du traitement non chirurgical et d'augmenter le taux de réussite de non-intervention.

## LESIONS SPECIFIQUES : FOIE

- Traitement chirurgical en urgence :
  - hémostase par packing
  - Eviter résection
- Principe même du damage control

## LESIONS SPECIFIQUES : FOIE

- Evolution vers traitement non chirurgical
  - arterio-embolisation
  - surveillance scannographique
- Succès 80 à 100 %
- Facteurs d'échec de ce traitement :
  - atteintes les plus sévères
  - lésions extrahépatiques,
  - âge,
  - extravasation de produit de contraste au scanner
  - nécessité d'une transfusion.

## **LESIONS SPECIFIQUES : BASSIN**

- Contention par ceinture ou drap voire pantalon anti g
- Saignement artériel : artério-embolisation
- Saignement veineux : stabilisation orthopédique et/ou packing extra-péritonéal
- Aller vite aux techniques d'hémostase (chaque heure perdue x 3 la mortalité)
  
- Radio de bassin : ne montre que 50% des fractures postérieures
- Plus il y a de fractures, plus il y a risque de saignement notamment artériel mais une fracture isolée n'élimine pas l'existence d'un saignement artériel

## **Anticipation**

- **Réseau régional ou interrégional**
- **protocoles**
- **procédures**

**Communication (parler le même langage)**

**Equipe pluridisciplinaire**

**Rôle du Médecin Régulateur et conférence à 3**

# STRATEGIE THERAPEUTIQUE

## CAT 1

Choc persistant  
*In extremis*

## CAT 1

CH le plus proche  
Ayant les capacités  
adaptées minimales  
(damage control)

## CAT 2

Instabilité hémodynamique  
persistante

## CAT 2

CH adapté  
Ou Centre de trauma

## CAT 3

Stabilité hémodynamique  
d'emblée ou stabilisée

## CAT 3

Centre de trauma

# ALGORITHME GENERAL

