

# Laparotomie écourtée : quand, comment et pourquoi ?

Cécile Caillard

DESC-SCVO

Nantes, Janvier 2003

# Pourquoi ?

- Chez tout polytraumatisé grave, il existe un **cercle vicieux hémorragique** :  
triade hypothermie, acidose, coagulopathie
- Le risque de décès par défaillance métabolique peropératoire est supérieur au risque lié à l'échec de réparation des lésions
- But de la **laparotomie écourtée** ou « damage control » : interrompre ce cercle vicieux

# Hypothermie

- Variable indépendante dans la prédiction du risque de décès.
- Seuil significatif : **34 °**
- Causes d'hypothermie :
  - choc hypovolémique
  - gradient de température avec extérieur
  - protection corporelle insuffisante
  - perfusion avec liquides non chauffés
  - ouverture abdominale ...

# Acidose métabolique

- pH artériel < 7,2

Rarement isolée

- Causes :

- choc hypovolémique

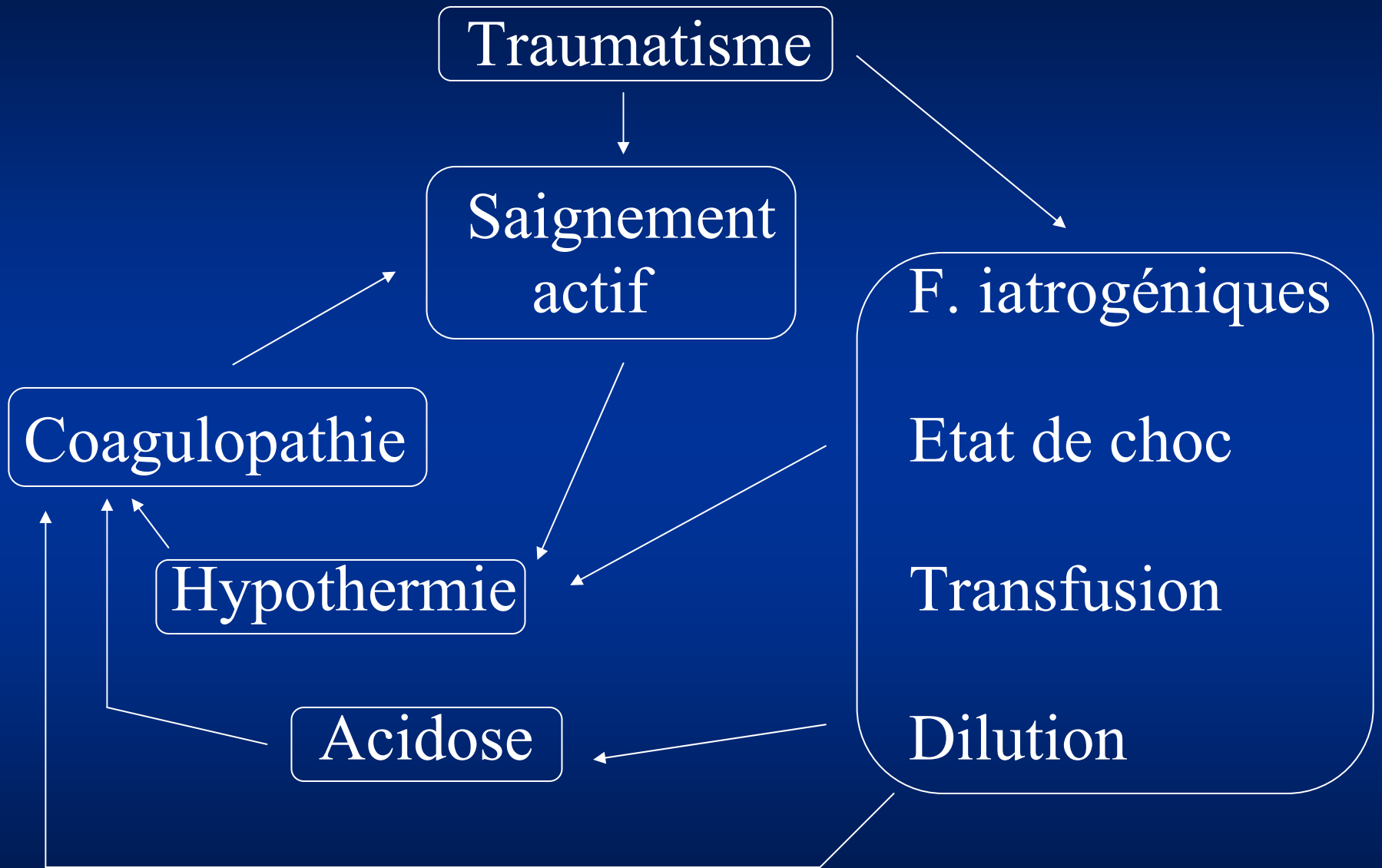
- hypoperfusion tissulaire

- troubles du rythme

- résistances aux amines

# Coagulopathie

- **Biologiquement :**
  - Thrombocytopénie
  - Modification de la fibrinolyse
  - Atteinte des enzymes de la coagulation
- **Cliniquement :**
  - Hémorragies en nappe
  - Saignements orificiels
  - Hématomes géants



# Comment ?

- Faire le minimum chirurgical pour la réanimation
- Arrêter l'hémorragie :
  - geste direct sur les vaisseaux
  - packing, tamponnement
  - embolisation sélective
  - splénectomie totale si traumatisme splénique

- **Limiter la contamination :**
  - agrafage ou ligature de segments digestifs
  - résection de segments digestifs nécrosés
  - drainage externe des voies biliaires
  - drainage lésions pancréatiques ou urétérales
- **Fermeture temporaire de l'abdomen :**
  - uniquement la peau, sans drainage
  - pour protéger les viscères

# Réévaluation peropératoire

- Après **fermeture abdominale** et 30 mn de délai, en cas de packing abdominal pour lésion hémorragique
- Si patient **stabilisé, traitement complet** des lésions
- Sinon, **laparotomie écourtée** et transfert en **réanimation**

# Quand ?

- Pour tout blessé avec **traumatisme abdominal sévère et instable** :
  - Hypotension (TA < 70 mmHg)
  - Hypothermie (Température centrale < 34°)
  - Acidose (pH < 7,2)
  - Hémorragie active (Transfusion >10 CG ou = 2 CG/h)
- ou avec **Injury Severity Score (ISS) > 25** (traumatisme sévère avec risque vital)

*Garrison (1996) – Hirschberg et al (1995)*

# Indications

- Hémorragie massive d'origine hépatique
- Lésions veineuses majeures inaccessibles
- Lésions digestives ou vasculaires complexes
- Hémorragie en rapport avec des troubles de la coagulation
- Nécessité de corriger la lésion extra-abdominale menaçant le pronostic vital
- Impossibilité de fermer la paroi abdominale
- Souhait de réévaluer le contenu abdominal

# Réintervention

- En général dans les 72 heures
- Variable selon :
  - indication de la laparotomie écourtée
  - type des lésions
  - réponse physiologique à la réanimation
- Complication spécifique : **syndrome du compartiment abdominal (SCA)**

# Etapes de prise en charge (Moore)

- I **Sélection** des patients
- II **Laparotomie écourtée**
  - Constatactions peropératoires et Tt initial
  - Réexploration précoce éventuelle pour hémostase
- III **Réanimation intensive** et surveillance  
Laparotomie d'hémostase ou de décompression éventuelle
- IV **Réintervention programmée**
  - Ablation du tamponnement
  - Réparation définitive des lésions
- V **Reconstruction pariétale**

# Conclusion

- Concept de **chirurgie de réanimation**
- Remet en cause les comportements chirurgicaux habituels
- Nécessite étroite **collaboration avec l'anesthésiste**
- Doit être **systematisée**



# Injury Severity Score

AIS :

Abbreviated Injury Scale

- 1 : Minor
- 2 : Moderate
- 3 : Serious
- 4 : Severe
- 5 : Critical
- 6 : Maximum injury,  
virtually unsurvivable

ISS Body Regions

- Head or neck
- Abdominal
- Extremities
- Face
- Chest
- External