

**PLACE ET LIMITES
DE L'ABORD COELIOSCOPIQUE
DANS LES PLAIES ET
TRAUMATISMES DE L'ABDOMEN**

M. Barussaud

Nantes

DESC-SCVO - Janvier 2003

PLAIES ABDOMINALES

EPIDEMIOLOGIE :

- âge : 20-40 ans
- sexe : masculin
- Alcool, toxiques, antécédents psychiatriques
- En France : plaies = 20 % des lésions viscérales
 - 1/3 par armes à feu
 - 2/3 par armes blanches
- Armes blanches : pénétrantes dans 65 à 75 % des cas
- Armes à feu : lésions viscérales dans plus de 90 % des cas

BUT DE LA COELIOSCOPIE

- Éviter les laparotomies blanches
- Établir si la plaie est pénétrante ou non +++
- Identifier les lésions abdominales
- Les traiter si possible
- Guider la laparotomie si besoin

- Baisser la durée d'hospitalisation
- Diminuer la morbidité

PLAIES PENETRANTES

- **PLAIES ANTERIEURES :**

- 100 % de fiabilité pour le diagnostic de pénétration péritonéale
- Diagnostic des lésions
 - 97 % de sensibilité pour les plaies du diaphragme
 - 88 % pour les lésions hépato-spléniques
 - 25 à 75 % pour les viscères creux
- Plaies thoraco-abdominales

- **PLAIES POSTERIEURES :**

- Diagnostic de pénétration plus difficile
- 50 % de sensibilité pour les lésions des organes rétro-péritonéaux

- **PLAIES PERINEALES :**

Enfant ++ exploration locale +/- coelio

PLACE DANS LES TRAUMATISMES FERMES

BUT DE LA COELIOSCOPIE :

- Exploration et bilan des lésions de la cavité abdominale
- Traitement des lésions si réalisable
- Rate : traitement conservateur (éviter la laparotomie et la splénectomie en cas de rupture secondaire)

INDICATIONS

- **EXPLORATION SI :**
 - La clinique est évocatrice de lésions abdominales
 - La ponction lavage du péritoine est positive
 - Le scanner visualise des lésions
- **CONDITION +++ :**
 - Patient stable hémodynamiquement
 - Pas d'autre contre-indication
- Même sensibilité de diagnostic et possibilité de traitement

LIMITES DE LA COELIOSCOPIE (I)

- **LIMITES ANESTHESIQUES :**
 - Instabilité hémodynamique
 - Traumatisme crânien grave associé
 - Lésions pulmonaires graves associées
 - Femmes enceintes

- **LIMITES TECHNIQUES :**
 - Saignement : mauvaise visibilité
 - Équipe peu entraînée

LIMITES DE LA COELIOSCOPIE (II)

- **LIMITES DIAGNOSTIQUES :**

- Viscères creux, faces postérieures estomac, foie
- Rétro-péritoine +++
- Vessie (extra-péritonéale)

- **LIMITES DU TRAITEMENT :**

- Sutures digestives ou vasculaires
- Péritonite stercorale
- Lésions complexes
- Temps opératoire

QUELS RESULTATS ?

- **PLAIES** : *L Zantut, J Trauma 1997 (510 patients)*
 - > 50 % de laparotomies évitées
 - > 90 % des traitements tentés sous coelioscopie ont pu être réalisés (sélection +++)
 - Baisse de la durée d'hospitalisation
 - Mais : 25 % des laparotomies étaient non thérapeutiques
- => La place de la coelioscopie dans l'exploration des plaies abdominales n'est plus à démontrer mais il reste à déterminer sa place exacte dans le traitement des lésions*

RESULTATS (II)

- **TRAUMATISMES FERMES :**

- Peu d'études, peu de patients (habitudes, lésions associées)

DC Elliott, Int Surg 1998 : étude comparative coelio/laparotomie

- 100 % des conversions théoriques étaient justifiées
- 100 % des cœlioscopies « négatives » débouchaient sur une laparotomie « négative »
- Le nombre de lésions vues par laparotomie était plus important mais ne changeait pas le traitement

=> La cœlioscopie dans les traumatismes fermés devrait trouver sa place en tant que moyen diagnostique et thérapeutique.

STRATÉGIE DÉCISIONNELLE

