

TRAUMATISMES HEPATIQUES

place et modalités du traitement
chirurgical

DESC de chirurgie viscérale/ SCVO

Nantes janvier 2006

Stéphanie Darras (Nantes)

EPIDEMIOLOGIE

- TRAUMATISMES PENETRANTS (20%)
arme blanche (2/3), arme à feu (1/3)
- TRAUMATISMES FERMES (80%)
polytraumatisme le plus souvent
2ème organe touché lors traumatismes abdominaux
associé une fois sur deux à une lésion splénique
pronostic lié à la déperdition sanguine (Ascensio, J Trauma 2000)
- Complications > 50% si lésions sévères (Demetriades, BJS 2003)

Classification de MOORE (AAST)

GRADE	HEMATOME	FRACTURE	LESION VASCULAIRE
I	Sous-capsulaire < 10%	Capsulaire non hémorragique < 1 cm prof	
II	– sous-capsulaire < 10% – profondeur < 2 cm ø	Parenchymateuse 1 à 3 cm prof, < 10 cm longueur	
III	– sous-capsulaire > 50%, rompu hémorragique ou expansif – intraparenchymateux > 2 cm ø ou expansif	Parenchymateuse > 3 cm de profondeur	
IV	Parenchymateux rompu	Parenchymateuse de 25 à 75% d'un lobe	
V		Parenchymateuse > 75% d'un lobe	Veine cave rétrohépatique ou VSH centrales
VI			Avulsion hépatique

Classification de MIRVIS (tomodensitométrie)

GRADE

CRITERES

I

Avulsion capsulaire, fracture(s) superficielle de <1 cm de profondeur, hématome sous-capsulaire <1 cm d'épaisseur maximale, infiltration périportale

II

Fracture(s) de 1 à 3 cm de profondeur, hématome central ou sous-capsulaire de 1 à 3 cm de diamètre

III

Fracture(s) de > 3 cm de profondeur, hématome central ou sous-capsulaire de > 3 cm de diamètre

IV

Hématome central ou sous-capsulaire massif de >10 cm, destruction tissulaire lobaire ou dévascularisation

V

Destruction tissulaire bilobaire ou dévascularisation

PLACE DU TTT CHIRURGICAL (1)

traumatismes pénétrants

- Plaie antérieure => laparoscopie?
 - 100% de fiabilité diagnostic de pénétration péritonéale
 - Sensibilité pour le diagnostic des lésions
 - 88% lésions hépatospléniques
 - 97% plaies diaphragmatiques, 25 à 75% viscères creux
 - Évite les laparotomies blanches
 - Baisse la durée d'hospitalisation
 - Diminue la morbidité
 - Risque théorique d'embolie gazeuse si plaie hépatique (0 cas)

PLACE DU TTT CHIRURGICAL (2)

traumatismes fermés

« Injury Severity Scale » et « Abbreviated Injury Scale »

Tête ou cou

Face

Abdomen ou pelvis

Membres ou bassin

Général

1:lésion mineure

2:lésion modérée

3:sévère sans menace vitale

4:sévère avec menace vitale

5:critique survie incertaine

6:lésion non viable

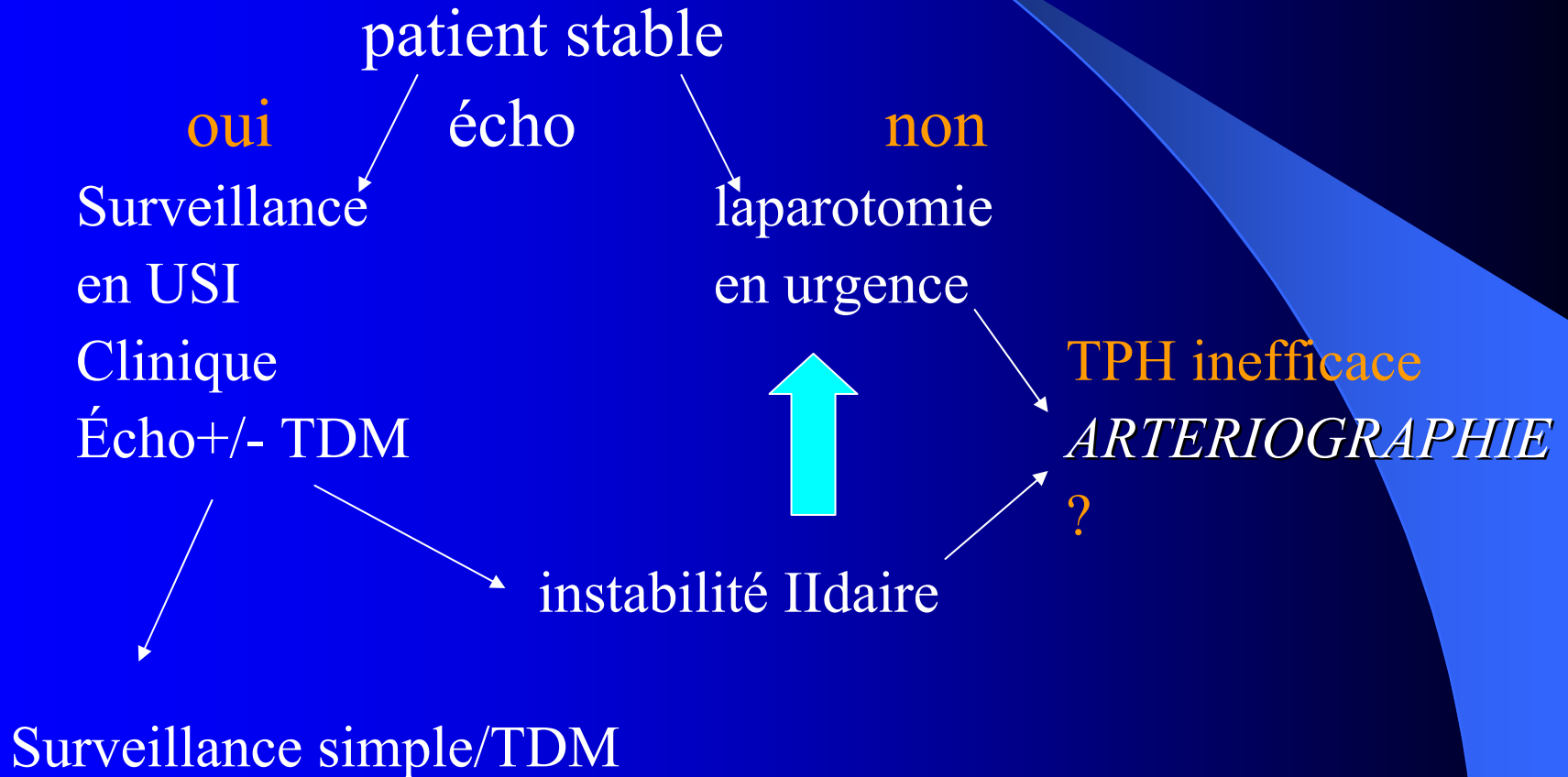


ISS >16:transfert en Trauma Center

Baker, J Trauma 1974

Létoublon, EMC 2003

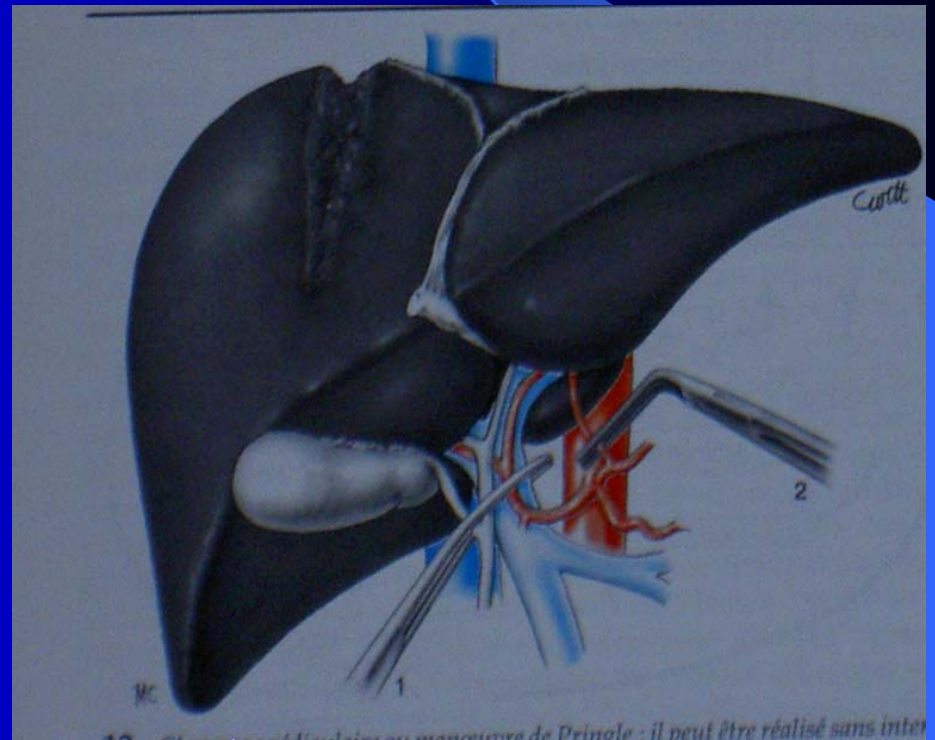
PLACE DU TTT CHIRURGICAL (3) traumatismes fermés



TRAITEMENT CHIRURGICAL (1)

situation « favorable »

- Evacuation de l'hémopéritoine, manœuvre de PRINGLE
- Exploration de la plaie hépatique, sutures hémostatiques intra-parenchymateuses
 - pas de fermeture à larges points
 - Discuter achèvement hépatectomie traumatique atypique si rapide



TRAITEMENT CHIRURGICAL (2)

situation « défavorable »

 ***LAPAROTOMIE ECOURTEE avec tamponnement péri-hépatique (TPH)***

➤ Triade

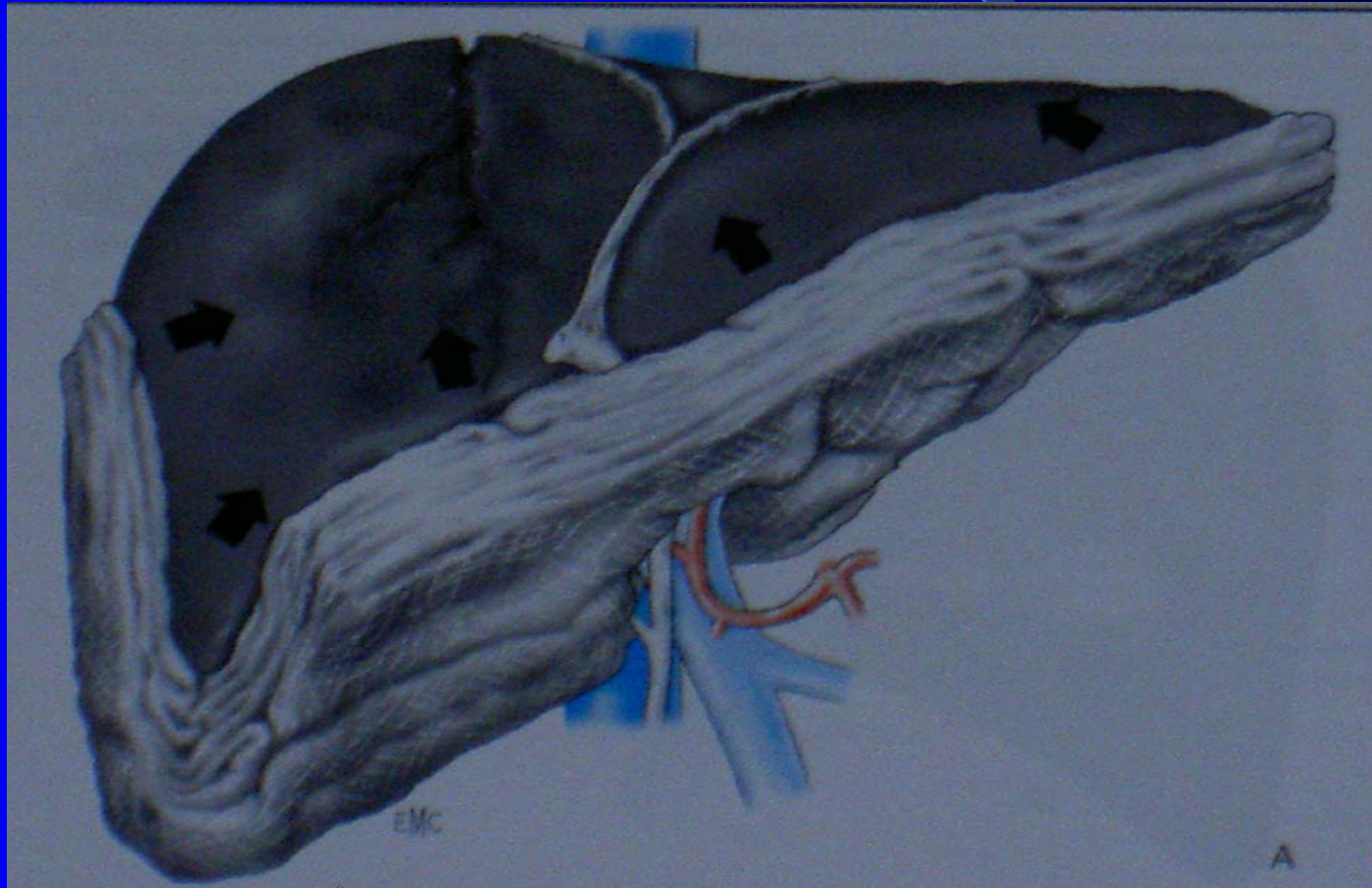
- hypothermie
- acidose
- coagulopathie
- hémorragie active (transfusion $>10\text{CG}$ ou $=2\text{CG/h}$)

➤ ou avec ISS >25 (trauma sévère avec risque vital)

➤ nécessité correction lésion extra-abdominale menaçant le pronostic vital

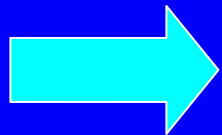
TRAITEMENT CHIRURGICAL (3)

procédure du TPH



TRAITEMENT CHIRURGICAL (4)

situation « défavorable »



En cas de TPH inefficace = gravité ++

➤ Si amélioration après clampage pédiculaire =
plaie artérielle

ligature élective artère hépatique

ou +++ clampage par lacs sortant par incision =>
transfert en radiologie interventionnelle

➤ exclusion vasculaire du foie exceptionnelle =
en attendant renfort / shunt et CEC = pas en
urgence

TRAITEMENT CHIRURGICAL (5)

fermeture de la paroi et drainages

- Prévention du Syndrome de Compartiment Abdominal (SCA) par fermeture cutanée
- Pas de drainage de la région hépatique
- Après exploration systématique de la cavité abdominale
 - Résection de segments digestifs nécrosés
 - Drainage lésions pancréas ou urétérales

TRAITEMENT CHIRURGICAL (6)

réintervention programmée

- *Entre 12ème heure et 7ème jour +/- transfert*
- *Variable selon:*
 - Réponse physiologique à la réanimation
 - Cholépéritoine
- *Modalités*
 - Ablation TPH
 - Coagulation hémorragie de surface ou nécrosectomie
 - Drainage d'une fuite biliaire
 - Si hémorragie:
 - Clampage pédiculaire
 - Si persistance hémorragie=VSH=>TPH à nouveau
=>TRANSFERT EN CENTRE SPECIALISE

SURVEILLANCE des COMPLICATIONS clinique et tomодensitométrique

TTT NON CHIRURGICAL

- ***Reprise ou poursuite de l'hémorragie***
→ surveillance 12 premières heures , radiologie interventionnelle si possible
- ***Hémobilie, anévrisme post-traumatique*** → radiologie interventionnelle
- ***Complications septiques*** (15%): surinfection hématome, biliome, nécrose parenchymateuse → ponction-drainage percutanée

TTT CHIRURGICAL

- ***Cholépéritoine ou péritonite biliaire*** (entre 2 et 5 j postop)
ponction sous écho
→ laparotomie
- ***Syndrome du compartiment abdominal (SCA)***

CONCLUSION

⌘ **Prise en charge multidisciplinaire**: chirurgien, anesthésiste, réanimateur, radiologue interventionnel

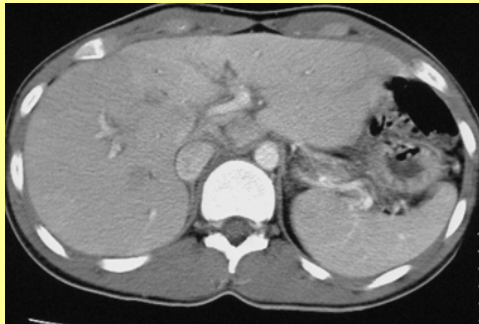
⌘ **Prise en charge chirurgicale**: concept de chirurgie de réanimation précoce pour contrôler l'hémorragie et rapide avec le TPH

⌘ **Place de l'artériographie et de l'embolisation sélective** « en plus » ou « à la place » de la chirurgie

⌘ **Intervention chirurgicale secondaire**: soit après ttt non opératoire soit réintervention programmée

⌘ **Complications possibles** mais peu de séquelles: place du traitement percutané (TDM)

Traumatisme par écrasement



- écrasement abdominal haut et basi-thoracique droit (chute cheval)
- fracture 5^{ème} et 8^{ème} côtes droites
- scanner abdominal à J1 :
 - fracture hépatique droite (du dôme au pédicule)
 - respect des branches portales
 - probable atteinte artérielle D
 - pas d'épanchement abdominal
- suites simples

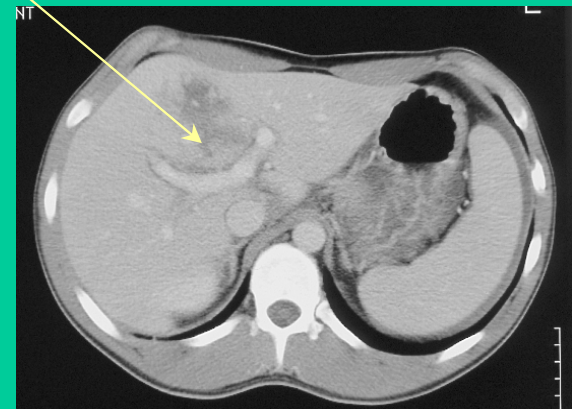
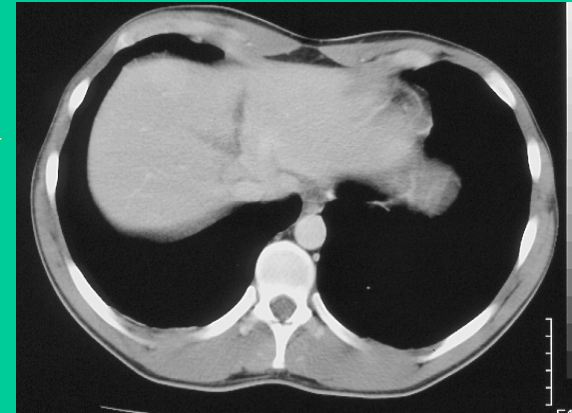
Plaie dans le plan de la grande scissure

du dôme hépatique →
à la bifurcation portale

scanner à J3

peu d'hémopéritoine en urgence
(non transfusé)

suites simples

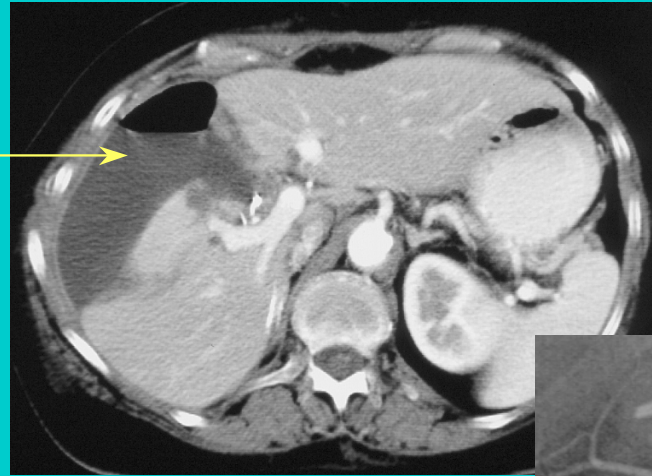


Plaie dans le plan de la grande scissure

**F 66 ans. AVP (choc frontal à grande vitesse).
Hémopéritoine. Laparotomie d'hémostase.
Drainage cystique par drain de Pédinelli.**

Biliome secondaire.

Drainage percutané
500 cc/jour.



**Intervention à 2 mois.
Radio per-op : fuite sur un canal droit
Hépatectomie droite**



BIBLIOGRAPHIE

- Alves A & co. Stratégie diagnostique face aux plaies de l'abdomen. Ann Chir 1998;52,n°9:927-934.
- Elliott DC & co. The accuracy of diagnostic laparoscopy in trauma patients: a prospective, controlled study. Int Surg 1998;83:294-298.
- Lorimier G et Guntz M. Les contusions du foie. J Chir 1988;125,n°2:114-120.
- Ascensio JA & co. Approach to the management of complex hepatic injuries. J Trauma 2000;48:66-69.
- Baker SP & co. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. J Trauma 1974;14,n°3:187-196.
- Moore EE & co. Organ Injury Scaling: spleen, liver, and kidney. J Trauma 1989;29,12:1664-1666.
- Létoublon C et Arvieux C. La laparotomie écourtée. J Chir 2000;137:133-141.
- Moore EE. Staged laparotomy for the hypothermia, acidosis, and coagulopathy syndrome. Am J Surg 1996;172:405-410.
- Trunkey DD. Hepatic trauma: contemporary management. Surg Clin N Am 2004;84:437-450.
- Létoublon C et Arvieux C. Traumatismes fermés du foie. Principes de techniques et de tactique chirurgicales. Encycl. Med. Chir. Techniques chirurgicales-Appareil digestif, 40-785, 2003, 20 p.
- Mattei-Gazagnes M & co. Urgences abdominales traumatiques. Encycl. Med. Chir. Radiodiagnostic-Appareil digestif, 33-705-A-05, 1999, 29 p.
- Demetriades D. Role of postoperative computed tomography in patients with severe liver injury. Br J Surg 2003;90:1398-1400.