

# Traumatisme hépatique

*place et modalités du traitement non opératoire*

Milène Isambert – DESC Nantes 12 janvier 2006

*Références : - EMC : app dig 2003, radio 2001, hépato 2000  
- C. Létoublon, Rapport AFC 1996*

Epidémiologie  
Physiopathologie

# Epidémiologie

**Trauma hépatique fermé** : 33% des contusions abdominales  
>95% Causes : AVP 72% (en diminution)  
Chutes 12%  
Trauma direct 8%

**Plaie pénétrante** abdominale : 30 à 40% de lésions hépatiques  
<5%

**Lésions associées** fréquentes : 15% (dont 50% : lésion splénique)  
--> mortalité x 5

**Mortalité** globale : 15% (25% en 1969)  
imputable au tr hép : 4 à 7%

# Mécanismes lésionnels

---

**Décélération** (choc frontal) : foie droit ++  
VSH dte

**Choc direct** ou chute verticale : foie G ++  
+/-transection complète (II III)

**Plaie pénétrante** : toute plaie abdominale  
toute plaie thoracique dte sous-mammelonnaire

# Lésions anatomiques

## PARENCHYMATEUSES

Hématomes : sous-capsulaire  
intraparenchymateux

Lacérations ou fractures --> hémopéritoine

**VASCULAIRES** : ++ désinsertion VSH (Dte)

**VOIES BILIAIRES** : vésicule, VBP, VBIH

**LESIONS ASSOCIEES** : diaphragme dt



# Classification de Moore

Grade	Hématome	Fracture	Lésion vasculaire
<b>I</b>	Sous capsulaire < 10% de la surface	Capsulaire <1cm de profondeur	
<b>II</b>	Sous capsulaire, 10 à 20% de la surf. Profondeur < 2 cm	Parenchymateuse 1 à 3 cm de prof. <10 cm de long	
<b>III</b>	Sous capsulaire rompu/hémorragique Ou > 50% de la surface Intraparenchymateux > 2cm diamètre	Parenchymateuse > 3cm de prof.	
<b>IV</b>	Parenchymateux rompu	Parench, 25 à 75% d'un lobe	
<b>V</b>		Parenchymateuse > 75% d'un lobe	VCI rétrohépatique VSH centrales
<b>VI</b>			Avulsion hépatique

# Classification de Mirvis

Grade	Critères
1	Fracture superficielle < 1 cm de profondeur Hématome sous-capsulaire < <b>1 cm</b> diamètre Infiltration périportale
2	Fracture, 1 à 3 cm de profondeur Hématome central ou ss-caps <b>1 à 3 cm</b> de diamètre
3	Fracture, > 3 cm de profondeur Hématome central ou ss-caps > <b>3 cm</b> de diamètre
4	Hématome massif > <b>10 cm</b> Destruction tissulaire ou dévascularisation lobaire
5	Destruction tissulaire ou dévascularisation bi lobaire

Prise en charge initiale

# A l'admission

---

## MISE EN CONDITION

Voies d'abord, scope, oxygène, sonde urinaire  
Remplissage vasculaire +/- transfusion  
Ventilation

## Combattre le CERCLE VICIEUX

Hypothermie – acidose – coagulopathie --> **hémorragie**

# TH : Orientation diagnostique

---

**Clinique** : mécanisme  
degré de gravité  
examen abdo, thorax, cutané

**Biologique** : anémie, cytolyse

**Imagerie** : RP  
Echographie au lit en urgence  
TDM +++ si malade stable  
Artério si embolisation envisagée (blush au tdm)

# Options thérapeutiques initiales

---

- Ttt conservateur : 80%
  - Chirurgie en urgence : 20%
- +/- Radiologie interventionnelle (rarement)

TTT non opératoire

# Indications

---

Conditions obligatoires :

## **Bilan initial :**

- Stabilité HD après maximum 3l de remplissage  
dont 3CGR
- Pas de lésion associée grave : pas de signe péritonéal  
pas de lésion cérébrale  
pas de lésion d'organe creux
- TDM initial : diagnostic, stadification précise, bilan lésionnel

## **Conditions de suivi :**

- Possibilité de surveillance clinique rapprochée
- Disponibilité en urgence : écho, TDM, artério et embolisation
- Discussion urgentiste, chirurgien, anesthésiste, réa, radiologue
- Possibilité d'organiser une laparotomie à tout moment

# Modalités

---

**Réanimation** si grade  $\geq$  III  
polytraumatisé  
traumatisme majeur (ex : 1 décès dans l'accident)

**Surveillance** : clinique +++  
biologique : Hb ++, transaminases  
imagerie au moindre doute (hémorragie, complication)

**Durée de surveillance** : dépend de la sévérité des lésions initiales  
hospitalisation : 1 à 2 semaines  
arrêt de sport : 2 mois

**Guérison** : Hémopéritoine : 5 à 10j  
Hématome sous capsulaire, fracture : quelques semaines  
Contusion large : qq mois à qq années (« kyste post trauma »)  
Cicatrice solide en 6 semaines chez l'animal

# Résultats

**Mortalité** 3 à 13%  
imputable au TH <1%

**Echecs** recours secondaire à la chirurgie : 7 à 10% (dont 50% dus au TH)

## **Complications**

Précoces : hémorragie : 5%

syndrome péritonéal : cholépéritoine

perforation interstinale <2%

inflammation péritonéale isolée

syndrome d'hyperpression abdominale

Tardives <3% : septiques

vasculaires : hémobilie, bilhémie, HTP, f a p

biliaires : bilome, sténose

# Radiologie interventionnelle

---

**Diagnostique** : NON depuis TDM

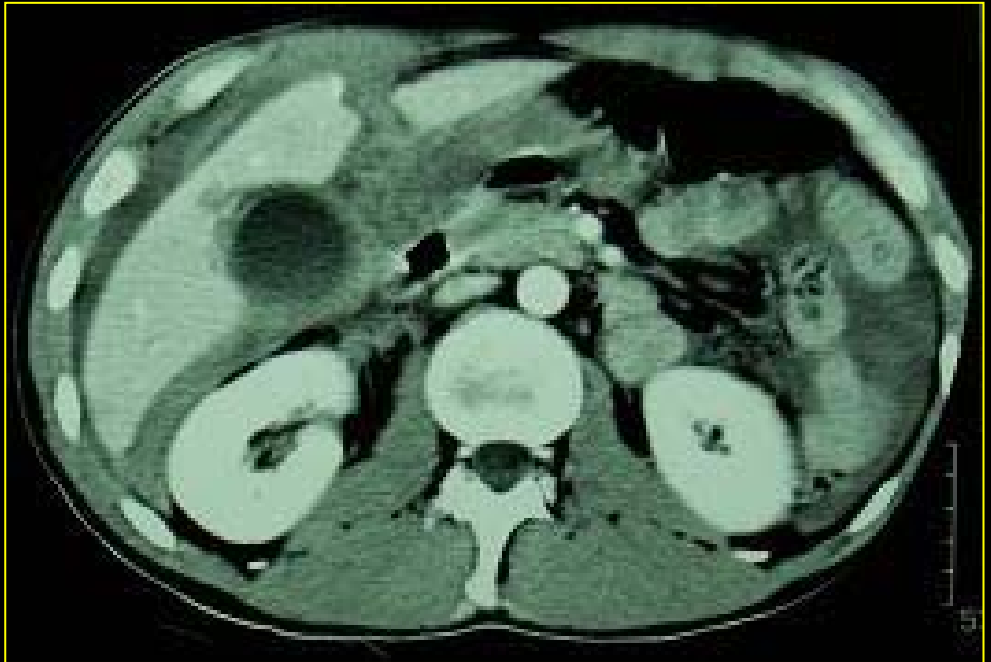
**Thérapeutique** :

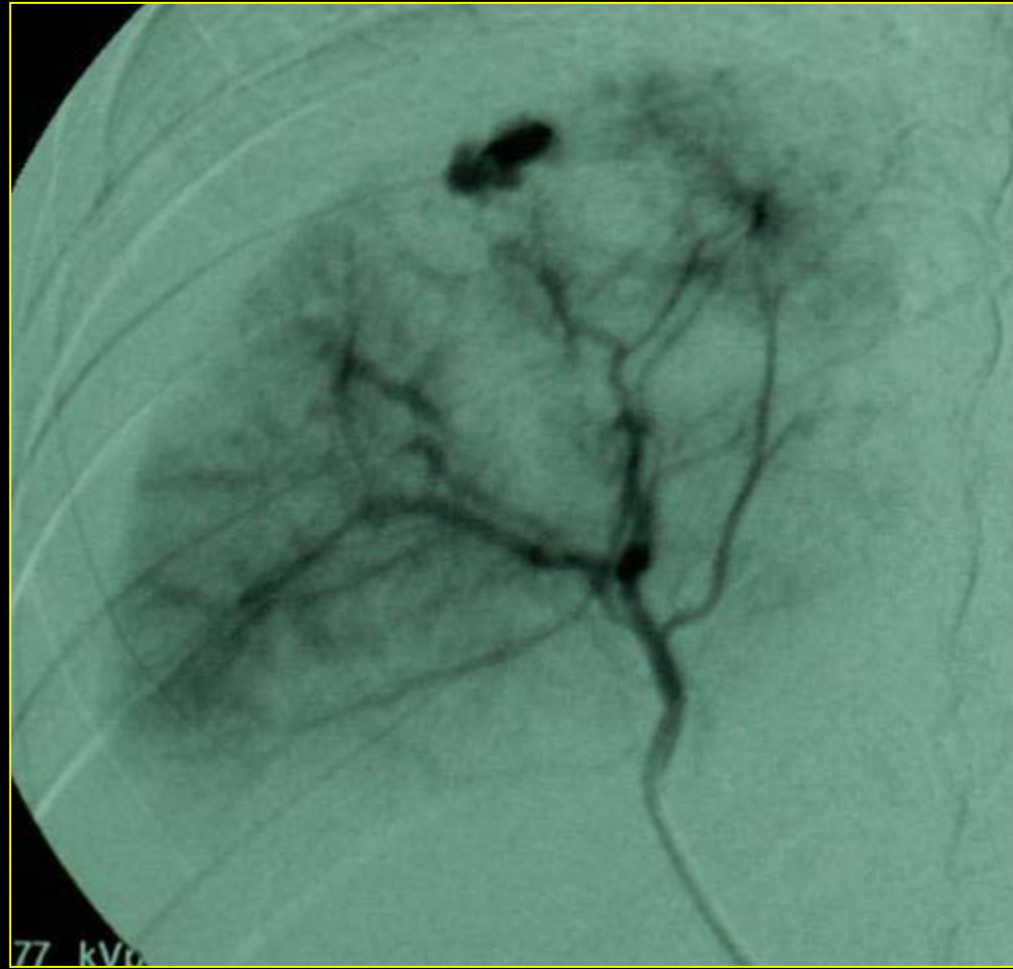
**PEC initiale** : embolisation artérielle en urgence

- Saignement artériel actif au TDM, malade stabilisé
- TTT non opératoire : poursuite ou reprise d'un sgmt
- En complément d'une chirurgie

**TTT des complications**

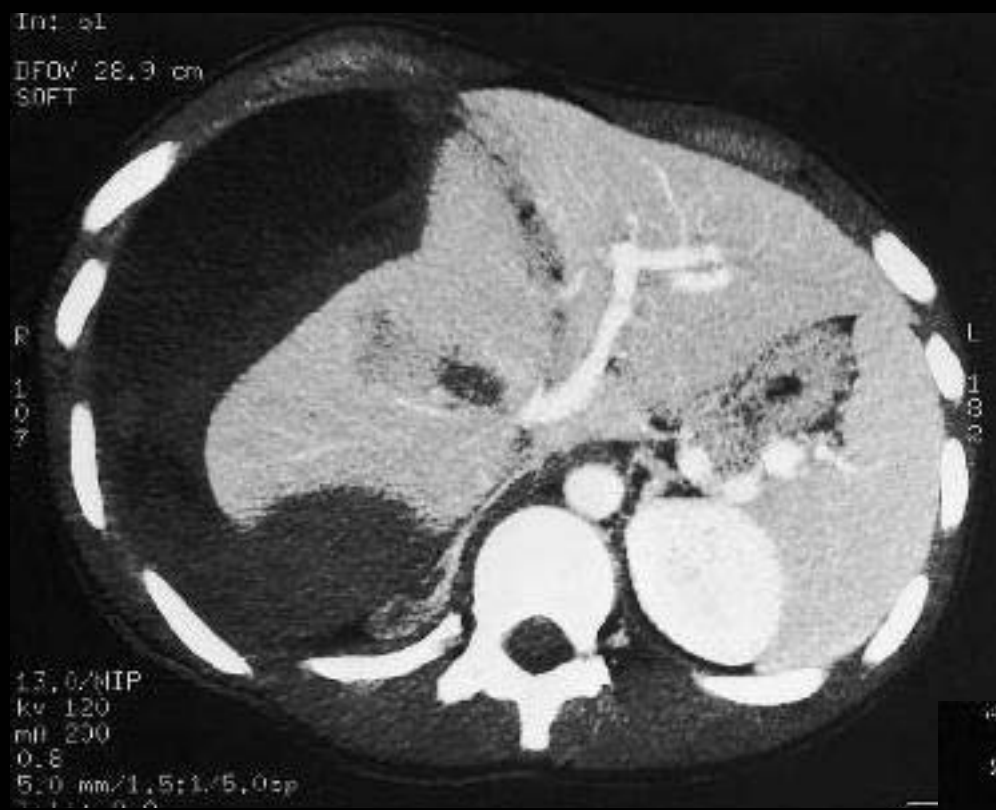
- Drainage sous écho ou tdm : abcès, bilome, nécrose  
fuite biliaire sans péritonite
- Embolisation : complications vasculaires tardives



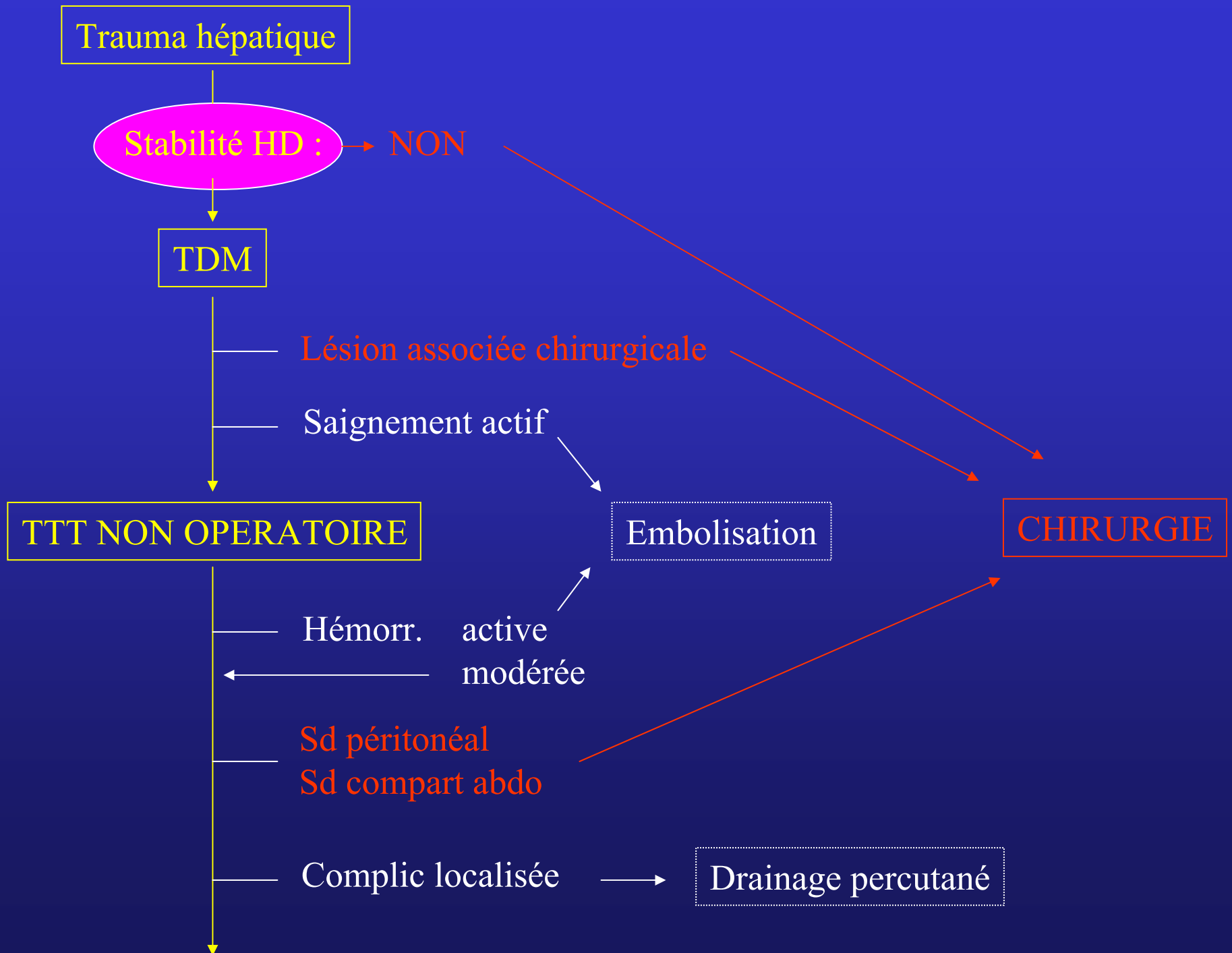




Budd chiari :  
Compression VSH Dte et Moy



Ralentissement flux portal dt



# Trauma hépatique : conclusion

---

- Peu fréquent mais **grave**
- CAT dépend uniquement du **retentissement HD**
- TTT **non opératoire** dans 80% des cas, mais
  - ... laparotomie (ou laparoscopie) au moindre doute
  - ... place de la chirurgie secondaire dans le ttt non opératoire ?
- Complications rares mais nécessitent d'être recherchées
  - ... **surveillance et suivi**