

Journées de D.E.S.C-S.C.V.O., 17&18 Janvier 2003

TRAUMATISMES DU BLOC DUODENO-PANCREATIQUE

T. Guilan, CHU Nantes

Traumatismes duodéno-pancréatiques

- Epidémiologie
- Diagnostic
- CAT pratique
- Traitement

Epidémiologie

- **Incidence:** -traumatisme pancréatique 1-2 %
-traumatisme duodénal 3-5 %.
- **Mécanisme:** - ouvert (Amérique du Nord)
- fermé (Europe).
- **Victimes:** hommes jeunes, enfants.

Diagnostic (I)

1) **Clinique :**

-aspécifique

-évaluation de l'hémodynamique

2) **Biologie:**

-amylasémie (après la 3^{ème} heure).

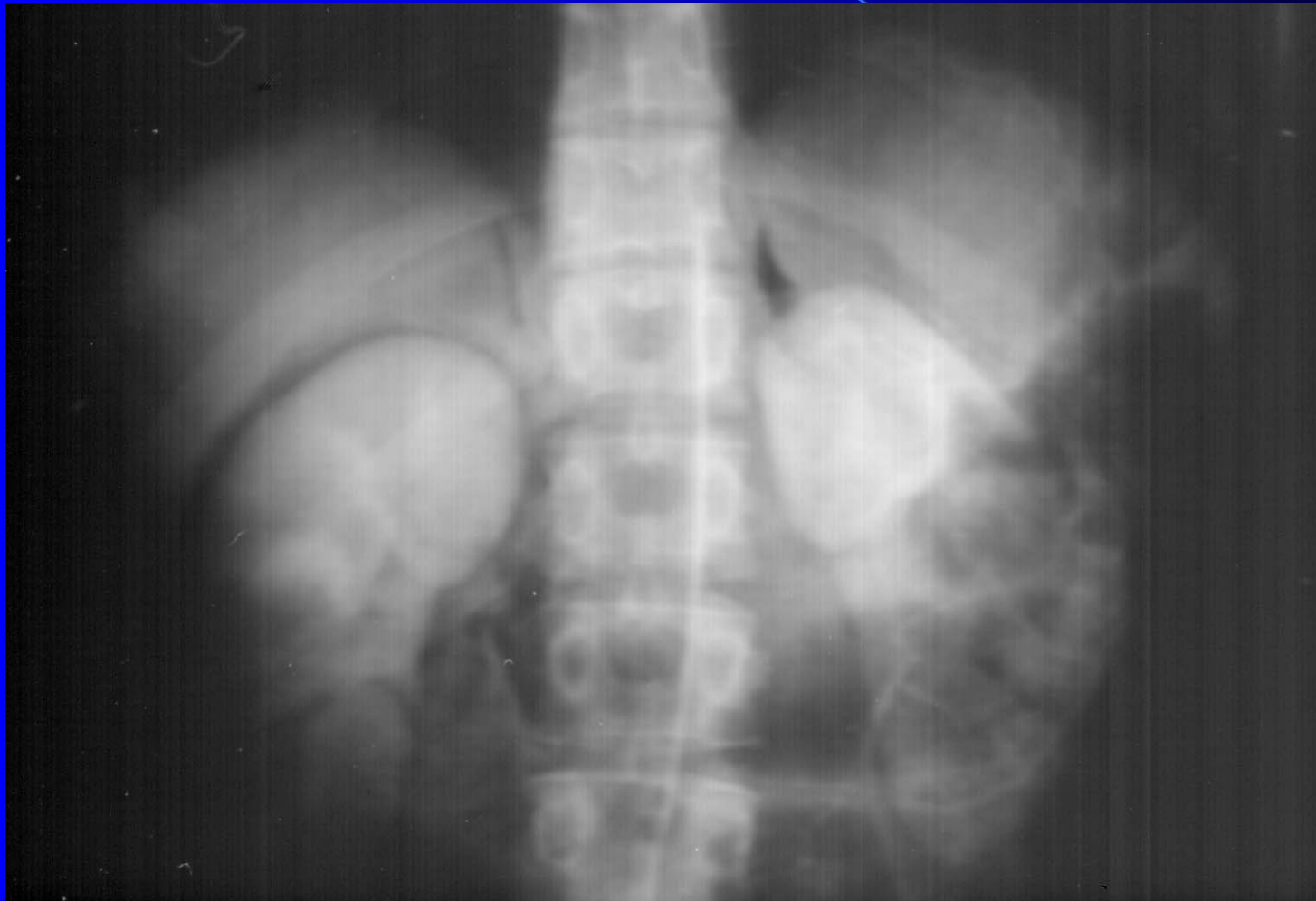
-lipasémie.

3) **Imagerie standard:**

-rétro pneumopéritoine, pneumopéritoine

-épanchement intra péritonéal.

Rétro-pneumopéritoine



Diagnostic (II)

4) Imagerie spécialisée:

-Tomodensitométrie(avec injection)

-lésions associées

-rupture duodénale, rétropneumopéritoine, extravasation

-hématome péri pancréatique, rupture parenchymateuse

-pancréatite.

-Cholangio-pancréatographie rétrograde

-Cholangio-pancréato-IRM (moins invasif)

Classification des lésions du pancréas (Moore)

Grade I	Contusion mineur, hématome.
Grade II	Contusion majeure, plaie parenchymateuse Sans lésion canalaire.
Grade III	Rupture distale Plaie parenchymateuse avec lésion canalaire.
Grade IV	Rupture proximale Plaie parenchymateuse intéressant l'ampoule.
Grade V	Rupture complète de la tête.

Classification des lésions du duodénum (Moore)

Grade I	Hématome d'un segment Déchirure séreuse sans perforation.
Grade II	Hématome de plus d'un segment Rupture < 50% de la circonférence.
Grade III	Rupture de 50 à 100% en D1, D3, D4. Rupture de 50 à 75% en D2
Grade IV	Rupture > 75% en D2 ou intéressant l'ampoule ou le cholédoque
Grade V	Dévascularisation duodénale, rupture duodéno-pancréatique

C.A.T pratique

- **Hémodynamique stable:**
 - réalisation des **examens complémentaires**.
 - évaluation des lésions duodénales et recherche d'une atteinte canalaire pancréatique.
- **Hémodynamique instable:**
 - Laparotomie en urgence**.
 - hémostase et exploration
 - recherche d'une plaie du wirsung: critères de Heitsch, pancréatographie peropératoire?

Critères de Heitsch

1. Visualisation directe de la blessure du canal de Wirsung.
2. Section complète du pancréas.
3. Section de plus de la moitié du diamètre du pancréas.
4. Perforation centrale.
5. Zone d'attrition sévère.

C.A.T pratique

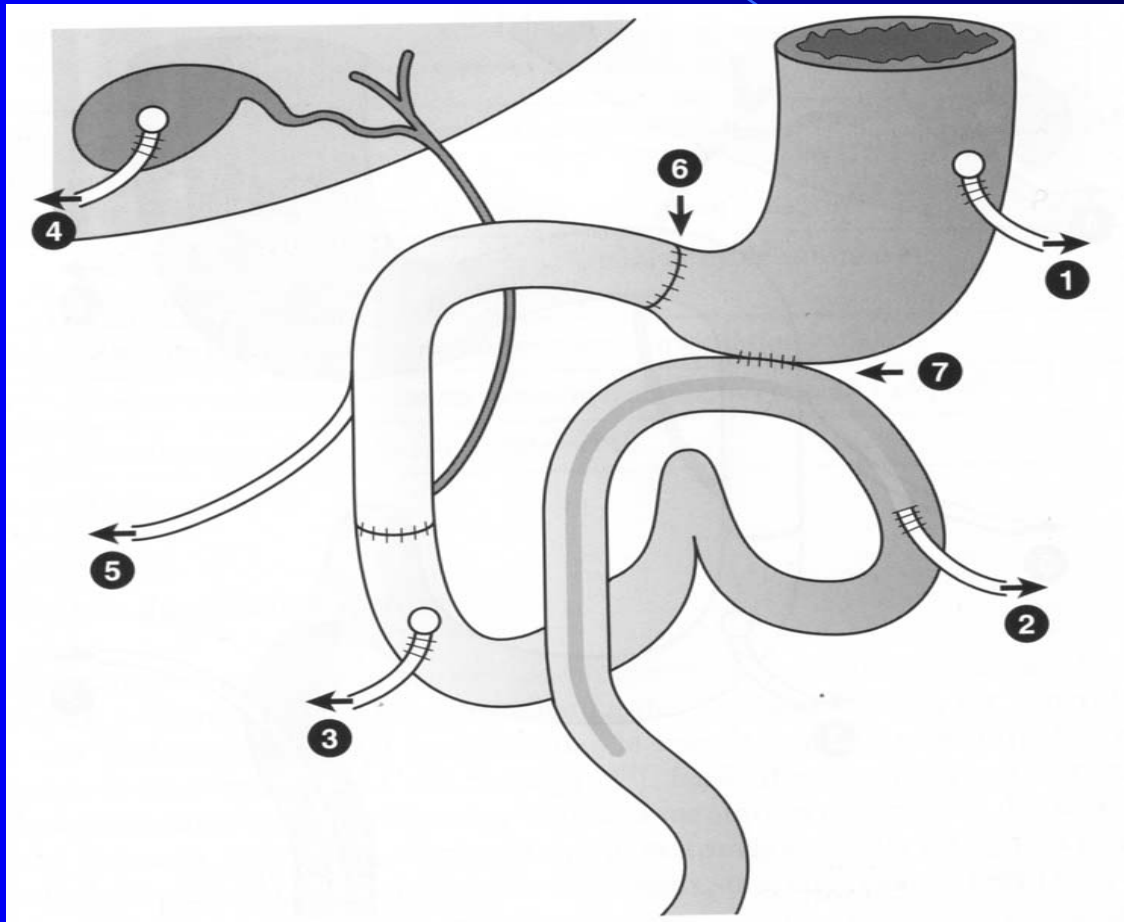
- **Hémodynamique stable:**
 - réalisation des **examens complémentaires**.
 - évaluation des lésions duodénales et recherche d'une atteinte canalaire pancréatique.
- **Hémodynamique instable:**
 - Laparotomie en urgence**.
 - hémostase et exploration
 - recherche d'une plaie du wirsung: critères de Heitsch, pancréatographie peropératoire?

Traitement (I)

Lésion duodénale isolée

- **Hématome duodéal (stade I):** **traitement conservateur**
- **Rupture partielle(stade II):**
 - suture transversale et drainage
 - anastomose duodéno-jéjunale en D2
- **Stade III:** -Finsterer
 - anastomose duodéno-duodénale ou duodéno-jéjunale, **exclusion duodénale**
 - duodénostomie, cholécystostomie & drainage.
- **Stades IV & V:** -DPC
 - exclusion duodénale**

Exclusion duodénale



Traitement (II)

Lésion pancréatique isolée

- **Stade I:** surveillance
- **Stade II:** parage et drainage
- **Stade III:** -pancréatectomie caudale (conservation splénique)
-pancréatectomie médiane.
- **Stade IV & V:** -DPC
-endoprothèse.
- **Traitement médical:**
-Analogues de la somatostatine et antisécrétoires

Traitement (III)

lésions duodéno-pancréatiques

- **Stade I à III:**
prise en charge de chaque lésion séparément
- **Stade IV ou V:**
 - mortalité 75%
 - DPC
 - DPC en 2 temps: -hémostase en urgence
-reconstruction secondaire
 - Pancréatectomie totale.

Conclusion

- Traumatismes rares et graves.
- Prise en charge précoce.
- Chirurgie lourde dans un contexte hémodynamique précaire.