



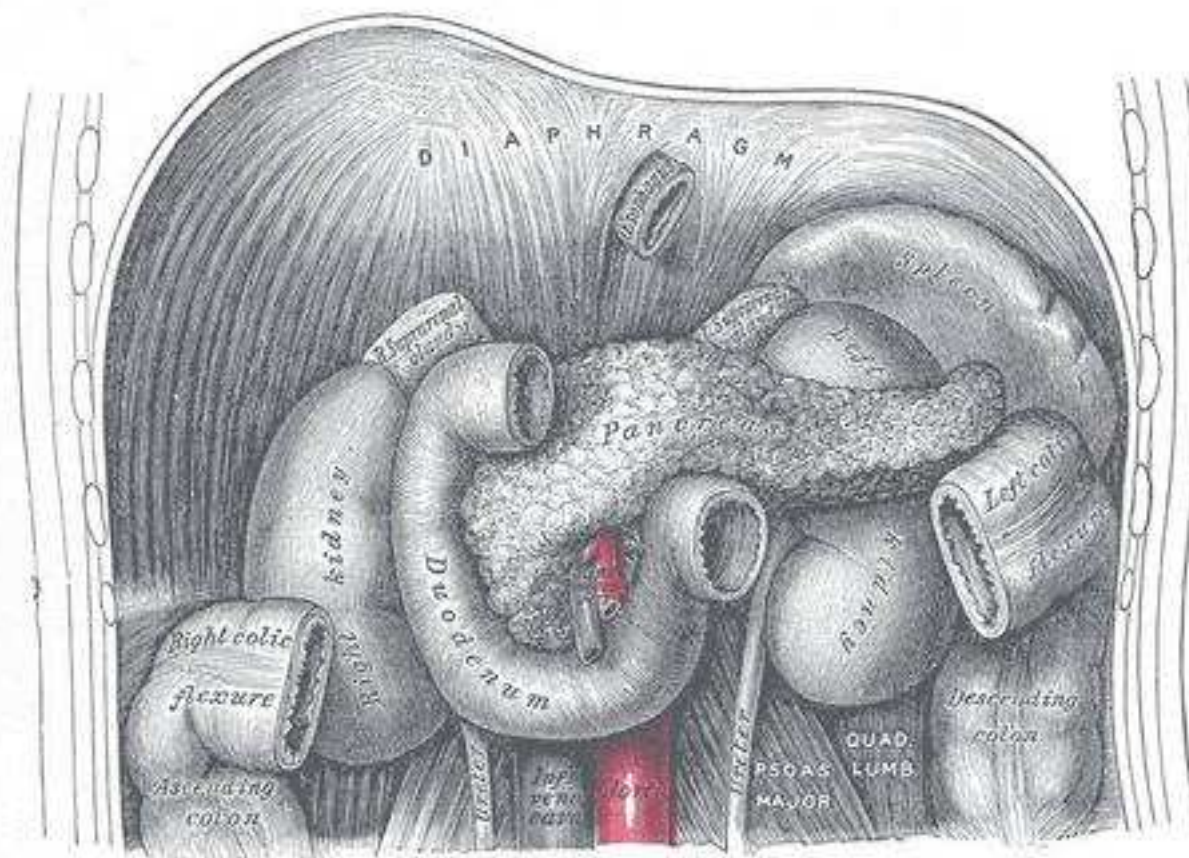
TRAUMATISMES DUODENO- PANCREATIQUES

H.YAKHLEF
DESC Brest juin11
Service de chirurgie digestive -
Tours

PLAN

1. RAPPEL ANATOMIQUE
2. EPIDEMIOLOGIE
3. CLASSIFICATION
4. CAT DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE
5. COMPLICATIONS TARDIVES
6. CONCLUSION

RAPPEL ANATOMIQUE



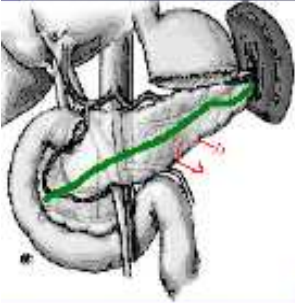
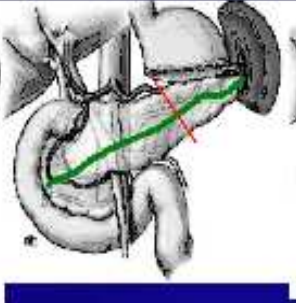
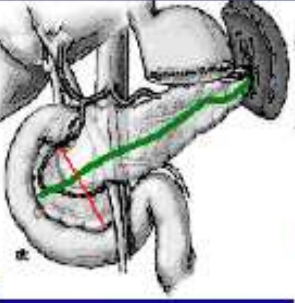
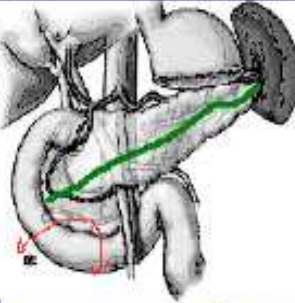
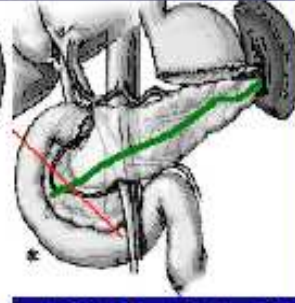
EPIDEMIOLOGIE 1

- Rare: 1 à 5% des traumatismes abdominaux (1-2)
- Mécanisme: -décélération
-écrasement
- Lésions associées (90%) :(3)
 - foie 26%
 - grêle et colon 25%
 - gros vaisseaux 24%
 - duodénum 24%
 - estomac 19%
 - rate 12%
- 3,5 organes atteints en moyenne (4)

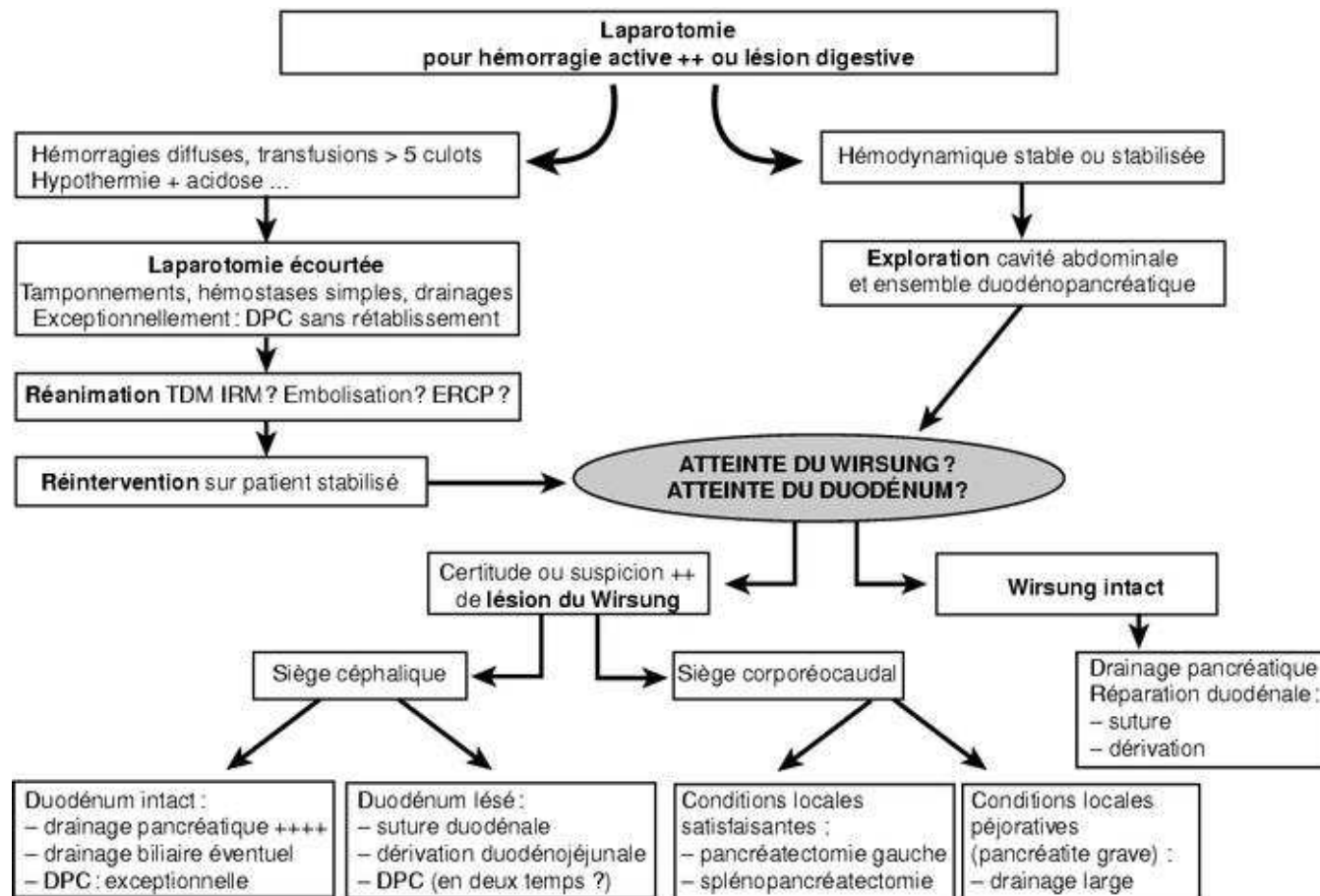
EPIDEMIOLOGIE 2

- **MORTALITE** :(5)
 - 5 à 30%
 - 2/3 des cas dans les premières 48 h
 - 5 à 10 % à cause de la lésion pancréatique
 - ↑ de la mortalité si retard diagnostique
 - **MORBIDITE**: élevée
 - fistule pancréatique dans 1/3 cas
 - abcès profonds dans 10%
- directement corrélés à l'atteinte du Wirsung

CLASSIFICATION DE LUCAS

Classe I	Classe II	Classe III	Classe IVa	Classe IVb
<p>Contusion ou laceration pancreatique avec une atteinte parenchymateuse limitée. Wirsung intact. Pas d'atteinte duodénale</p>	<p>Laceration, perforation ou section complète du <u>corps et de la queue</u> avec atteinte du Wirsung. Pas d'atteinte duodénale.</p>	<p>Écrasement, perforation ou section complète de la <u>tête</u> pancreatique. Pas d'atteinte duodénale.</p>	<p>Atteinte combinée duodéno pancreatique. Atteinte pancreatique limitée.</p>	<p>Atteinte combinée duodéno pancreatique. Atteinte pancreatique sévère (rupture du Wirsung).</p>
				

Lucas, Surj Clin North Am, 1977



Arvieux C et al .Traumatisme du pancréas. Principe de techniques et de tactique chirurgicales EMC 2004

CAT à ventre ouvert :

laparotomie écourtée

Indications:(6)

- hypothermie
- acidose
- transfusion > 5 culots

Objectifs:

- contrôle hémorragie
- limiter la contamination

LESION PANCREATIQUE>>>drainage ou tamponnement

- si une DPC +/- anastomoses en 2 temps (7)

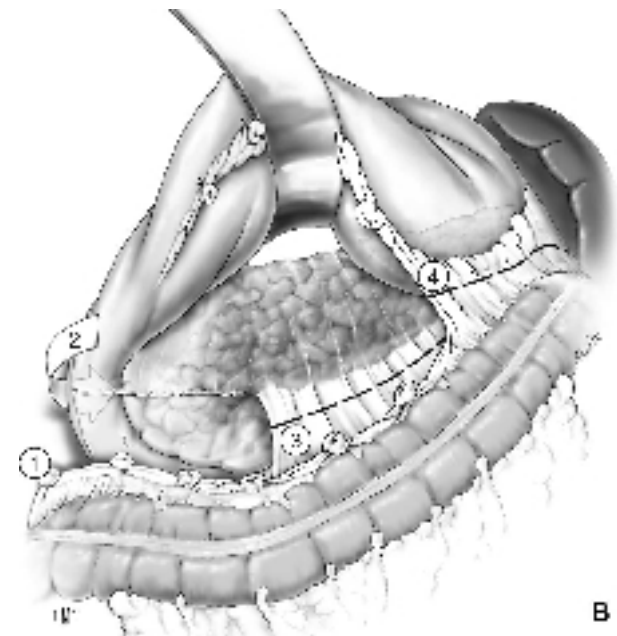
CAT à ventre ouvert :

Hémodynamique stable

A évoquer si:

- hématome ou œdème péri-pancréatique
- hématome rétro-péritonéal central
- présence de bile ou d'air en rétropéritonéal

>>>>>EXPLORATION



CAT à ventre ouvert

Hémodynamique stable

- classe I : drainage par lames multi tubulées
- classe II: exérèse pancréas distal⁽⁸⁾
drainage seul possible
- classe III: Pancréatographie non recommandée
drainage puis une CPRE (+ **prothèse**)⁽¹⁰⁾

CAT à ventre ouvert

Hémodynamique stable

-classe IV : pancréatographie possible

-classe IVa: lésion duodénale

< 75%: suture - drainage

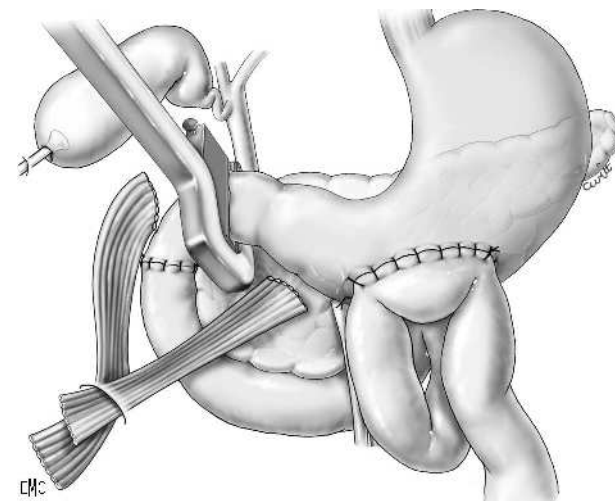
>75% : anastomose duodéno jéjunale sur anse en Y

- classe IVb: DPC₍₁₂₎: mortalité 30-40%- morbidité 60-70%

Ttt conservateur:

- > réparation duodénale + gastrostomie +
jéjunostomie d'alimentation

- > exclusion duodénale selon
Berne (11)ou modifiée(5-13)



CAT à ventre fermé

diagnostique

- Clinique :
 - variable (asymptotique 20 %)⁽¹⁴⁾
 - pas de corrélation anatomo-clinique
- Biologie:
 - faible sensibilité (50%)
 - ↗ sensibilité à partir de H2
 - ↗ enzymes (liquide péritonéal)

CAT à ventre fermé

diagnostique

- TDM:

- 40 % Faux négatif si précoce⁽¹⁴⁾
- ↗ sensibilité entre 12 -24h
- lésion du Wirsung (50%)⁽¹⁵⁾



Signes spécifiques:

- élargissement de la glande
- aspect de fracture: ligne hypodense
- aspect d'hématome hyperdense
- présence de liquide entre la veine splénique et la face post
- infiltration de la graisse peripancéaique et/ou des fascias para-rénaux antérieurs

CAT à ventre fermé

diagnostique

- **PRM:** - remplace CPRE
 - non invasif
 - bilan lésionnel
- **CPRE :**
 - Gold standard avant PRM
 - Risque septique théorique?
 - Intérêt thérapeutique⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ (stent)
 - si possible dans 48 h post-trauma
 - Techniquement faisable dans 95%
 - 55% d'efficacité



CAT à ventre fermé

thérapeutique:

- **Classe I:**

- ttt apparenté à celui d'une PA

- ATB préventive et l'octréotide ?

- mortalité <5 %, morbidité < 20%

- **Classe II: CPRE + prothèse**

- si échec : exérèse: risque 70 à 90% de pseudokyste

- 
- Classe III: prothèse ++

Si échec: 2 alternatives:

- ttt médicale: chez les enfants puis dérivation interne si apparition d'un pseudo kyste (80% des cas)
- laparo exploratrice: notamment si doute sur lésion associée, exérèse ou drainage

Dg retardés au stades de complications

- PA et suppuration pancréatique
 - souvent après 4 -5 j
 - mortalité à 40%
 - drainages per cutanés ou laparotomie
- Pseudokyste secondaire
 - souvent dans les 3 semaines après le trauma
 - le ttt dépend de la taille et la symptomatologie
 - drainage interne ou externe
- Sténose duodénale

CONCLUSION

- Rares mais graves
- L'intérêt croissant du PRM
- La décision thérapeutique dépend : état hémodynamique , existence des lésions associées, localisation, lésion du Wirsung et du duodénum
-
- Contexte de polytraumatisé: penser à laparotomie écourtée
- Bonnes résultats de la prothèse

Bibliographie

1. Jacombs A et al. Pancreatic trauma in children. J Pediatr Surg 2004
 2. Farrell RJ et al. Operative strategies in pancreatic trauma. Br J Surg 1996
 3. Frey CF et al. Surgery of the pancreas. London Churchill Livingstone 1997
 4. Feliciano DV et al. Management of combined pancreatoduodenal injuries. Ann Surg 87
 5. Arvieux C et al. Traumatisme du pancreas principes de technique et de tactique chirurgicale. EMC 2004
 6. Arvieux C et al. Laparotomie écourtée dans les traumatismes abdominaux hémorragiques. Etudes multicentrique retrospective sur 109 cas. Ann Surg 2003
 7. Tuech JJ et al. Emergency pancreaticoduodenectomy with delayed reconstruction for bleeding à life saving procedure. Int J Pancreatol 2001
 8. Zerbib P et al. Les fractures ischmique du pancreas. Ann chir 2001
 9. Bermi GA et al. Role of intraoperative pancreatography in patients with injury to the pancreas. Ann Surg 1989
 10. Patton JH et al. Pancreatic trauma: a simplified management guideline. J Trauma 1997
 11. Berne CJ et al. Duodenal diverticulization for duodenal and pancreatic injury. Ann J Surg 1976
 12. AFC traumatismes pancreas CAT diagnostic réanimation. Arvieux C et al
 13. Richeime H et al. Les traumatismes du duodénum. Ann chir 1993
 14. Bradley et al. Diagnostic and initial management of blunt pancreatic trauma: guidelines from multiinstitutional review. Ann Surg 1998
 15. Canty T et al. Management of major pancreatic duct injury in children. J Trauma 2001
 16. Varadarajulu S et al. Predictors of outcome in pancreatic duct disruption management by endoscopic transpapillary stent. Gastro.intest endosco 2005
 17. Telford JJ et al. Pancreatic stent placement for duct disruption. Gastro endosc 2009
 18. Jobst MA et al. Management of pancreatic injury in pediatric blunt abdominal trauma. J pediatr Surg 1999
- Traumatisme du pancreas N Carrère, B Pradère. EMC Hépatologie