

TRAUMATISME ET CONSERVATION SPLENIQUE

JOURNEE DESC/SCVO
JANVIER 2003

Thibault DESURMONT, CHU POITIERS.

INTRODUCTION

- Contusion = 80% des traumatismes abdominaux
- Accident de la Voie Publique
- Adulte jeune (30-40 ans)
- Mécanisme lésionnel:
 - décélération
 - traumatisme direct par écrasement
- Rate : organe le plus souvent lésé
- Lésions associées dans plus de 50% des cas

COMPLICATIONS DE LA SPLENECTOMIE

■ Infectieuses:

- ↗ sensibilité aux infections *
- Overwhelming post splenectomy infection (OPSI) :
 - Incidence : 1 à 2% des splénectomies * *
 - Pneumocoque, Haemophilus influenzae
 - 50 à 70% des cas avant deux ans
 - Mortalité : 50 à 70% * *

■ Thrombo-emboliques:

- 3 à 10% de complications * *
- Embolie pulmonaire et thrombose porte

** Leemans, Ann. Surg. 1999 * * Benoist, Ann. Chir. 2000*

TRAITEMENT NON-OPERATOIRE

- Abstention chirurgicale : 60% des cas *
- Taux d'échec < 15% *
- Critères de sélection * * :
 - Stabilité hémodynamique
 - Absence d'autre lésion imposant une laparotomie
 - Bilan d'imagerie par TDM indispensable
 - Absence de lésion extra-abdominale potentiellement hémorragique

** Peitzman, J. Trauma. 2000*

** * Guillon, J. Chir. 2000*

TRAITEMENT NON-OPERATOIRE

- Contre-indications relatives:
 - volumineux hémopéritoine *
 - lésions stades IV et V de l'AAST *
 - Glasgow < 12 ou 13 *
 - âge > 55 ans * *
 - caractère pénétrant du traumatisme * * *
 - rate pathologique * * *
 - volume de transfusion * * *

* *Bee, J. Trauma. 2001*

* * *Cocanour, J. Trauma. 2000*

* * * *Guillon, J. Chir. 2000*

Classification de l'AAST

Grade	Hématome sous capsulaire	Hématome parenchymateux	Déchirure capsulaire
I	< 10%, non expansif	0	< 1 cm, non hémorragique
II	10-50 % non expansif	< 2 cm, non évolutif	> 2 cm, hémorragie active
III	> 50 % , évolutif, Rompu, Hé active	> 2 cm , évolutif	> 2 cm, hémorragie active
IV	Rompu	Rompu & évolutif	Atteinte des Vx segmentaires ou hilaires
V	Eclatement		Lésion du pédicule

TRAITEMENT NON-OPERATOIRE

- Contre-indications relatives:
 - volumineux hémopéritoine *
 - lésions stades IV et V de l'AAST *
 - Glasgow < 12 ou 13 *
 - âge > 55 ans * *
 - caractère pénétrant du traumatisme * * *
 - rate pathologique * * *
 - volume de transfusion * * *

* *Bee, J. Trauma. 2001*

* * *Cocanour, J. Trauma. 2000*

* * * *Guillon, J. Chir. 2000*

TRAITEMENT NON-OPERATOIRE

- Surveillance en réanimation 48 à 72h*
- Examens cliniques pluriquotidiens
- Repos strict au lit
- Dépistage de lésion d'organe creux
- TDM de contrôle à J15*
- Echecs : - 10 à 15% * *
 - 75% dans les 48h * *
- Mortalité : 5% * * *

**Guillon, J. Chir. 2000*

***Peitzman, J. Trauma.2001*

** * * Bee, J. Trauma.2001*

TRAITEMENT NON-OPERATOIRE

- Complications * :
 - abcès
 - rupture secondaire
 - hématome centro-splénique
 - faux-kyste
 - faux anévrisme de l'artère splénique
 - fistule artério-veineuse

- Si laparotomie : splénectomie reste indiquée * *

* *Le Néel, Monographie AFC 2001*

* * *Konstantakos, Surgery 1999*

TRAITEMENT CHIRURGICAL CONSERVATEUR

- 10 à 30% des traumatismes spléniques *
- Si indication de laparotomie
- Selon état général
- Après bilan lésionnel par mobilisation complète de la rate * *
- Après contrôle du pédicule splénique * *
- 3% d'échec *

**Guillon, J. Chir. 2000*

** *Fingerhut, EMC 1995*

TRAITEMENT CHIRURGICAL CONSERVATEUR

- Différentes techniques :
 1. Agents hémostatiques : colle, surgicel
 2. Coagulation : électrocoagulation, ultracisor
 3. Splénorraphie
 4. Splénectomie partielle :
 - fracture horizontale
 - dévascularisation d'un pôle
 - volume critique de 25 à 50%

TRAITEMENT CHIRURGICAL CONSERVATEUR

5. Filet périsplénique résorbable :
 - mobilisation complète de la rate
 - élimination des caillots et hématomes sous capsulaires
 - compression hémostatique
 - respect du pédicule splénique

L'ABORD LAPAROSCOPIQUE

- Permet : - exploration *
- évacuation de l'hémopéritoine *
- techniques conservatrices *
- Avantages de la chirurgie mini-invasive * *
- Hémodynamique stable * *
- Objectif : ↘ période de surveillance * *

⊠ place reste à définir

** Cresienzo, Chirurgie 1998*

** * Balique, Chirurgie 1999*

L'AUTOTRANSPLANTATION SPLENIQUE

- Si indication de splénectomie
- Fragments de 40x40x3 mm → épiploon *
- Vitalité des implants démontrée *
- Restaure l'immunité humorale splénique * *
- ↗ la clairance bactérienne hépatique * *
- Semble ↘ le risque d' OPSI * *
- Vaccination reste nécessaire

**Pisters, Ann. Surg. 1994*

** *Leemans, Ann. Surg. 1999*

ARTERIOGRAPHIE ET EMBOLISATION

- Hémodynamique stable
- Indications :
 1. Bilan initial si hémorragie au TDM *
 2. Récidive hémorragique * *
 3. Complications : faux-anévrisme, fistule artérioveineuse *
- Complications : infarctus, abcès * *
- ↗ taux de sauvetage splénique *

**Bee, J. Trauma. 2001*

** *Firstenberg, Surgery 1998*

CONCLUSION

- Risque d'infection fulminante post-splénectomie
↳ mortalité 50 à 70%
- Abstention opératoire : 60% des cas
- Si laparotomie : traitement conservateur
- Si splénectomie : autotransplantation
- Absence de majoration de la mortalité