Date de publication : septembre 1999

Urgence : Traumatismes de l'abdomen

Quels éléments peuvent faire craindre un traumatisme digestif par pénétration ?
Quelles sont les lésions anatomiques dans un traumatisme viscéral ?
Quels sont les signes d'un hémopéritoine traumatique libre ?
Quels signes orientent vers l'atteinte d'un viscère plein, ou d'un viscère creux ?
Quel est l'intérêt de la radiologie lors d'un traumatisme abdominal ?
Quels sont les éléments de gravité d'un traumatisme de l'abdomen ?
Quelles sont les complications secondaires des traumatismes hépato-biliaires ?
Quelle est la surveillance d'une contusion de l'abdomen non opérée en urgence ?
Quand opère t-on en urgence un traumatisme de l'abdomen ?

Mise en garde : **Certaines urgences digestives sont susceptibles de mettre rapidement en jeu la vie du patient**. Les informations proposées ici le sont à titre indicatif et ne doivent en aucun cas servir à l'auto-diagnostic ou à l'auto-médication. L'avis d'un médecin est le seul moyen d'assurer une prise en charge médicale correcte

8.10.1. Quels éléments peuvent faire craindre un traumatisme digestif par pénétration ?

Ce diagnostic repose sur plusieurs arguments : la nature de l'agent vulnérant, la reconstitution du trajet de celui-ci (au besoin l'opacification du trajet peut conduire le liquide de contraste dans la grande cavité abdominale), l'extériorisation pathologique à travers la plaie de l'épiploon, d'un viscère, de liquides digestifs, une hématémèse ou hémorragie intestinale, le résultat des examens radiologiques de l'abdomen, comprenant, le cas échéant, les coupoles diaphragmatiques, le thorax, le pelvis.
Une cœlioscopie, en cas de traumatisme de la paroi abdominale antérieure, peut vérifier l'absence de pénétration pariétale. Cependant la cœlioscopie n'est pas un examen très performant pour vérifier l'absence de plaie viscérale car elle permet difficilement l'exploration en totalité du grêle qui est l'organe le plus souvent atteint dans les plaies de l'abdomen. Le traitement comporte l'exploration-parage des orifices d'entrée et de sortie et, en cas de signes cliniques hémodynamiques ou péritonéaux, une laparotomie exploratrice.
La cœlioscopie pour le diagnostic et le traitement des plaies de l'abdomen est en évaluation et ne doit pas être considérée comme un standard de soins.

8.10.2. Quelles sont les lésions anatomiques dans un traumatisme viscéral ?

Pour les organes pleins
Les lésions vont de la décapsulation aux « fractures » complètes de l'organe, s'accompagnant de plaies vasculaires. Elles peuvent être fatales à court terme.
Le traumatisme du foie est grave, en particulier s'il existe une plaie associée des veines sus-hépatiques, de la veine cave inférieure ou du pédicule hépatique.
Le traumatisme de la rate est grave, en particulier s'il existe une désinsertion du pédicule.
Pour les organes creux
Elles vont de la simple contusion à la rupture digestive et/ou à la désinsertion des lames porte-vaisseaux (mésocôlon ou mésentère).
Le traumatisme du duodéno-pancréas est grave en cas de rupture canalaire du pancréas ou d'éclatement intrapéritonéal ou rétropéritonéal du duodénum.
Le traumatisme de l'intestin et de ses mésos peut réaliser une déchirure ou un éclatement de l'intestin, une déchirure du mésentère, une désinsertion du mésentère, une ischémie intestinale. La gravité est liée à l'étendue des lésions et à l'importance des vaisseaux concernés.

8.10.3. Quels sont les signes d'un hémopéritoine traumatique libre ?

Il peut survenir immédiatement après l'accident, ou après un intervalle libre (rupture en deux temps).
Les signes cliniques sont essentiellement ceux d'un syndrome d'hypovolémie et d'anémie aiguë. Si le malade est réanimé, l'hémodynamique est instable c'est-à-dire qu'il nécessite l'apport de solutés de remplissage et du sang en permanence.
A l'échographie , il existe un épanchement abondant. Un examen scanographique ne doit pas être demandé si l'état hémodynamique est jugé instable.

8.10.4. Quels signes orientent vers l'atteinte d'un viscère plein, ou d'un viscère creux ?

Pour la rate ou le foie, le siège du traumatisme est en regard de l'hypocondre correspondant. La fracture des basses côtes gauches ou droites est évocatrice de plaie de la rate (20 %) ou du foie (10 %). Le diagnostic et le traitement se font par la laparotomie en cas d'instabilité hémodynamique.
Pour le pancréas et le duodénum, le traumatisme est volontiers épigastrique. Les clichés d'ASP et la scanographie abdominale sont en faveur d'un épanchement gazeux rétropéritonéal. A la laparotomie on peut découvrir une ecchymose de la loge pancréatique avec ou sans taches de bougie (cytostéatonécrose). En cas de plaie du duodénum, il peut exister un épanchement rétroduodénal à la fois biliaire et gazeux (la tache « verte »

© Copyright Société Nationale Française de Gastroentérologie

rétropéritonéale)
En cas de plaie du grêle, il peut exister un pneumopéritoine.
Le diagnostic de rupture des organes creux risque d'être méconnu en cas de traitement non opératoire de traumatisme des organes pleins (rate ou foie) diagnostiqués par la scanographie. En cas de suspicion la ponction lavage du péritoine avec étude chimique, cytologique et bactériologique du liquide est indiquée.

8.10.5. Quel est l'intérêt de la radiologie lors d'un traumatisme abdominal ?

Aucune exploration radiologique ne doit être demandée si l'état hémodynamique est instable. Seule l'échographie en cas d'urgence est utile pour affirmer la présence d'un épanchement intra-abdominal.
Les clichés d'ASP ne sont pas contributifs à la décision thérapeutique, mais peuvent montrer des épanchements intra-péritonéaux, éventuellement un pneumopéritoine, des projectiles, des fractures. Lorsque l'état hémodynamique le permet la scanographie abdominale est l'exploration de référence.
Les opacifications digestives ou urinaires ne sont utiles que dans des cas très spécifiques. L'artérioraphie n'est demandée que dans un but éventuellement thérapeutique (embolisation).

8.10.6. Quels sont les éléments de gravité d'un traumatisme de l'abdomen ?

Ce sont l'âge du blessé ; la nature du traumatisme ; une association à d'autres lésions thoraciques, cranio-céphaliques, ou des membres ; la nature du viscère atteint ; la septicité des lésions abdominales; la condition et la rapidité des soins (évacuation, décision chirurgicale), et les antécédents pathologiques et traitements suivis (anticoagulants ou antiaggrégants).
Les volumes nécessaires pour équilibrer l'état hémodynamique n'ont pas de valeur pronostique à proprement parler. C'est le temps passé en hypotension qui a une valeur pronostique.

8.10.7. Quelles sont les complications secondaires des traumatismes hépato-biliaires ?

Il peut s'agir de reprise hémorragique intrapéritonéale, de nécrose parenchymateuse secondaire, de fistules biliaires externes, de fistules artério-veineuses, de pseudo-anévrismes intrahépatiques ou d'hémobilie (fistule artério-biliaire).

8.10.8. Quelle est la surveillance d'une contusion de l'abdomen non opérée en urgence ?

Les signes généraux et fonctionnels concernent les grandes constantes vitales (pouls, TA, diurèse horaire) qui mesurent l'efficacité de la réanimation, la survenue d'un ictère ou d'une fièvre ; la surveillance du transit.
Les signes locaux, relevés à intervalles rapprochés, sont l'état de la paroi abdominale, des fosses lombaires, des hypocondres, le toucher rectal.
Les examens complémentaires comportent l'échographie, la scanographie et la ponction lavage du péritoine avec étude chimique, cytologique et bactériologique du liquide recueilli
Enfin, des examens biologiques peuvent être utiles : numération globulaire, amylasémie et amylasurie.

8.10.9. Quand opère t-on en urgence un traumatisme de l'abdomen ?

Les indications sont la plaie pénétrante avec signes hémodynamiques et/ou péritonéaux, les épanchements intrapéritonéaux avec instabilité hémodynamique, les diagnostics incertains, et l'inefficacité de la réanimation hémodynamique.

© Copyright Société Nationale Française de Gastroentérologie