

UNIVERSITE DE CONSTANTINE
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE

MODULE D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

TRAUMATISMES OUVERTS ET FERMES DE L'ABDOMEN

Année 2018-2019

I/-INTRODUCTION :

Le traumatisme abdominal est un trauma intéressant la région comprise entre le diaphragme en haut et le plancher pelvien en bas.

- o **Contusion 80%** : traumatisme fermé sans effraction de la paroi abdominale.
- o **Plaie 20%** : traumatisme ouvert avec solution de continuité de la paroi abdominale
 - **Plaie pénétrante** si effraction de la barrière péritonéale.
 - En cas d'association plaie pénétrante et atteinte viscérale, on parle de **plaie perforante**.
 - Lorsqu'un orifice de sortie d'une plaie est retrouvé, on parle de **plaie transfixiante**.

II/-OBJECTIFS :

1. Connaître les éléments du diagnostic de pénétration abdominale, abdominothoracique ou abdomino-pelvienne.
2. Connaître les aspects anatomo-pathologiques des lésions traumatiques viscérales : foie, rate, duodéno-pancréas et intestin.
3. Connaître les éléments du diagnostic d'un hémopéritoine traumatique libre
4. Connaître les éléments du diagnostic qui permettent d'orienter vers l'atteinte d'un viscère plein ou d'un viscère creux.
5. Connaître les éléments de gravité d'un traumatisme de l'abdomen.
6. Connaître les indications chirurgicales d'urgence en cas de traumatisme de l'abdomen.

III/-RAPPEL ANATOMIQUE :

L'abdomen est constitué par la cavité intra-péritonéale et par la région rétropéritonéale.

Les parois qui en forment les limites sont :

- * En arrière, la colonne dorso-lombaire et la dernière côte.
- * En haut, la cloison musculo-aponévrotique des deux coupes diaphragmatiques.
- * En bas, le plancher pelvien et les releveurs.
- * En avant, la paroi antéro-latérale de l'abdomen entre l'ogive chondrale et la symphyse pubienne, formée par les muscles grands droits de l'abdomen.
- * Latéralement, par les muscles larges.

Ainsi topographiquement, l'abdomen peut être divisé en trois étages :

- * Supérieur : thoraco-abdominal recouvert par le rebord thoracique qui va gêner l'abord chirurgical des organes de la région notamment le foie,
- * Moyen : facilement accessible entre le rebord costal et le détroit supérieur,
- * Inférieur : abdomino-pelvien, le petit bassin.

L'abdomen contient :

- ♣ **LES ORGANES PLEINS** : rate, foie, reins dont l'atteinte sera à l'origine d'hémopéritoine et d'hématome rétro-péritonéal,
- ♣ **LES ORGANES CREUX** : c'est à dire l'ensemble du tube digestif dont l'atteinte peut être responsable de péritonite.

Ces organes peuvent être soit libres, soit reliés à la paroi par des mésos (grêle et colon) soit accolés au péritoine pariétal postérieur. Que l'épanchement soit sanguin ou d'origine digestive, il va se collecter dans les régions déclives (cul de sac de Douglas, gouttières pariéto-coliques, loges sous-phréniques) où il sera accessible cliniquement, à la ponction, et à l'échographie.

IV/-ETIOLOGIES :

Parmi les mécanismes, il faut citer d'une part les contusions, soit à l'occasion d'un accident de la circulation et à cet égard les traumatismes liés à la ceinture de sécurité sont à souligner, soit d'une chute et d'autre part les plaies, moins par armes à feu que par armes blanches. A noter que les traumatismes abdominaux peuvent être isolés ou faire partie d'un polytraumatisme dont la gravité est à mentionner.

V/-PHYSIOPATHOLOGIE :

L'atteinte des organes pleins, tels que la rate et le foie peut entraîner une hémorragie intra ou péri-parenchymateuse ou un hémopéritoine, tous les deux à l'origine d'un état de choc hémorragique. Les traumatismes du pancréas peuvent occasionner soit un hématome de la glande susceptible de donner lieu à une pancréatite aiguë, soit une fracture glandulaire gravissime du fait de la rupture du canal de Wirsung avec pour conséquences un état de choc et un épanchement hémorragique mélangé à du suc pancréatique en intra-péritonéal.

Quant aux lésions des organes creux (perforation ou chute d'escarre) elles génèrent une péritonite bactérienne ou chimique (plaie de la vessie).

Les traumatismes de l'abdomen peuvent également intéresser les éléments et/ou les viscères rétro-péritonéaux (gros vaisseaux – rein) pouvant donner lieu à un hémorétropéritoine.

Enfin peuvent intervenir des blessures complexes, telles que des contusions ou des plaies thoraco-abdominales avec rupture du diaphragme ou encore des plaies abdomino-fessières de traitement difficile.

VI/-CLINIQUE :

1. En matière de **contusion de l'abdomen**, deux grands syndromes peuvent être individualisés :
- un syndrome de choc hémorragique lié à l'hémopéritoine avec douleurs abdominales, défense pariétale, et surtout des signes généraux faits d'une pâleur cutanéomuqueuse, d'une dyspnée avec sensation de soif, une tension artérielle abaissée et pincée avec un pouls filant.

- un syndrome d'irritation péritonéale en rapport avec l'épanchement intra-péritonéal de liquide digestif (gastrique ou intestinal) voire de selles. Il se caractérise par des douleurs abdominales avec défense et contracture suivies en quelques heures de signes généraux caractérisés par un choc septique entraînant fièvre, teint grisâtre et marbrures tégumentaires. Ce syndrome peut également apparaître quelques jours après le traumatisme, consécutif à une chute d'escarre.

2. S'agissant des **plaies abdominales**, celles-ci peuvent à l'instar des contusions, s'accompagner d'un choc hémorragique ou de signes associés de perforation du tube digestif. Quant aux plaies complexes, en particulier thoraco-abdominales, elles s'accompagnent en plus de la symptomatologie abdominale, de signes thoraciques généralement respiratoires liés à un épanchement pleural, soit hémorragique (hémothorax), soit aérien (pneumothorax), voire plus fréquemment l'association des deux.

L'hémomédiastin ou l'hémopéricarde traduisent des blessures gravissimes d'un gros vaisseau ou du cœur.

Le diagnostic requiert habituellement, et de première intention, une échographie abdominale dite de « débrouillage » suivie d'un scanner ; celui-ci donnant des informations de première importance. Quant à la ponction – lavage péritonéale (PLP), elle a pour but de rechercher un épanchement intra-péritonéal mais sa place est actuellement reléguée au second plan eu égard au caractère très contributif du scanner. En revanche, en l'absence d'une imagerie fiable (échographie et scanner) et en présence d'un état de choc hémorragique avec distension de l'abdomen, la PLP peut rendre de réels services en mettant en évidence un hémopéritoine indiquant dès lors une laparotomie.

VII/-FORMES CLINIQUES :

Il convient de distinguer les aspects cliniques en fonction de l'atteinte des organes pleins ou creux.

A- ORGANES PLEINS :

1- LA RATE : est l'organe le plus fréquemment intéressé dans les traumatismes abdominaux. Cliniquement il s'agit d'un syndrome hémorragique. Le diagnostic est fait par la clinique en fonction des circonstances du traumatisme (contusion de l'hypochondre gauche avec ou sans fractures costales homolatérales) et confirmé par l'échographie, éventuellement complétée par le scanner. A l'instar de ce qui est fait pour le foie, le traitement non chirurgical est possible sous certaines conditions (état hémodynamique stable, pas de lésions traumatiques associées, fracture n'intéressant pas le hile de la rate au scanner). Si non une laparotomie s'impose avec dans ces cas la possibilité de conserver la rate en ayant recours soit à une hémostase par coagulation à gaz argon soit à la pose d'un filet péri-splénique compressif, voire même à une splénectomie partielle. Ce n'est que dans les éclatements complets de la rate, intéressant le hile splénique, que la splénectomie s'impose. Les résultats sont habituellement bons, la mortalité étant plus liée aux lésions associées (polytraumatisme) qu'à celle proprement dite du viscère. Le traitement conservateur se justifie compte tenu des risques d'infection parfois tardive et grave, notamment chez l'enfant et les sujets immuno-déprimés. Ces infections post-splénectomie sont cependant très rares.

2- LE FOIE : il s'agit soit de plaies par armes à feu ou par armes blanches, soit de contusions. Elles se caractérisent essentiellement par un syndrome hémorragique. Certains traumatismes n'ont cependant qu'une traduction clinique très fruste. Les blessures du foie se classent en fonction de leur gravité, en 4 stades :

Stade 1 : plaie superficielle de 1 à 2 cm

Stade 2 : plaie profonde de 2 cm mais n'intéressant pas les éléments vasculaires et biliaires intra-parenchymateux

Stade 3 : plaie profonde intéressant les éléments vasculo-biliaires intra-parenchymateux

Stade 4 : plaie avec atteinte des gros pédicules vasculaires portaux ou cavo-sus-hépatiques

Le diagnostic est fait par le scanner hépatique sans que celui-ci puisse classer les lésions avec précision.

Le traitement est fonction du degré de gravité, en sachant cependant que l'abstention chirurgicale est possible sous certaines conditions (absence de lésions associées ou de choc hémorragique incontrôlable). Par ailleurs, et en cas d'intervention chirurgicale, le traitement sera souvent difficile, notamment dans les stades 4 où la mortalité oscille actuellement entre 50 et 80%.

3- LE PANCREAS : les lésions sont rares mais graves. Le diagnostic est difficile et c'est le scanner parfois associé à un wirsungographie endoscopique rétrograde qui permettra de faire le diagnostic, notamment celui de rupture du canal de Wirsung. L'indication opératoire est souvent trop tardivement posée du fait des hésitations diagnostiques. Le traitement s'avère complexe et repose habituellement sur des exérèses pancréatiques segmentaires. Le pronostic est grave.

4- LE REIN : il s'agit cliniquement d'un syndrome hémorragique avec hémoréto-péritoine. Le diagnostic est grandement facilité par l'examen échographique, mais surtout scanographique avec en particulier injection vasculaire permettant dès lors de juger de la valeur de la sécrétion rénale. Le traitement sera, si possible, non chirurgical et ce n'est qu'en cas de lésion complexe intéressant en particulier les voies excrétrices qu'une néphrectomie, parfois partielle, s'impose.

B- ORGANES CREUX :

- Les viscères tels que l'estomac, le duodénum, et surtout le grêle, parfois le côlon, peuvent être concernés, soit par des plaies, soit par des contusions.

Dans ce dernier cas, il s'agit souvent de lésions secondaires à une chute d'escarre (contusion par ceinture de sécurité), de diagnostic difficile et donc souvent fait tardivement. Cliniquement il s'agit essentiellement d'un syndrome d'irritation péritonéale due à une péritonite ou à un abcès profond intraabdominal.

L'opération s'impose et comporte suture ou résection de l'organe atteint, avec parfois nécessité de mettre en place une entérostomie.

- Les lésions des organes pelviens (vessie – rectum) posent des problèmes diagnostiques du fait du siège même des lésions dans une zone anatomique peu « parlante ». Les lésions du rectum peuvent donner lieu à des cellulites rétro-péritonéales très graves. C'est la raison pour laquelle en cas de fracture grave du bassin, le toucher rectal voire une rectoscopie s'il existe une rectorragie s'impose à la recherche d'une plaie rectale. Quant à l'éclatement de la vessie, l'uropéritoine, par la douleur qu'il entraîne, indique la laparotomie. Sa gravité est beaucoup moins importante que les lésions rectales. C'est ainsi que les plaies du rectum seront généralement traitées par colostomie de dérivation et drainage de la cellulite pelvienne, alors que les plaies vésicales bénéficient utilement d'une simple suture avec drainage de la vessie.

- Plus rares sont les plaies des voies biliaires, qui peuvent entraîner une péritonite biliaire nécessitant un traitement chirurgical souvent complexe.

C- TRAUMATISME DES GROS VAISSEAUX :

Les vaisseaux tels que l'aorte ou la veine cave inférieure ou ses branches ainsi que les artères iliaques peuvent être intéressés en cas de traumatisme. Ces traumatismes relèvent d'un traitement chirurgical fait en extrême urgence, seul à même de sauver la vie de ces malades.

CONCLUSION :

Les traumatismes et plaies de l'abdomen peuvent occasionner une grande variété de lésions, si l'on se réfère aux nombreux organes susceptibles d'être lésés. Un traitement urgent et adapté s'impose mais il faut savoir que certains viscères, tels que la rate, le foie et le rein, peuvent bénéficier d'une abstention chirurgicale, voire d'un traitement conservateur. Enfin, le scanner abdominal est actuellement un examen indispensable pour prendre en charge efficacement de tels blessés qui relèvent d'un traitement réalisé dans un établissement médical doté de toute l'infrastructure nécessaire (imagerie – réanimation et toutes les disciplines chirurgicales).