

5/ Traumatismes de l'abdomen

I. Généralités

Les traumatismes abdominaux sont fréquents (20% polytraumatisés)

- Mécanismes variés
- Traitement le + souvent « conservateur »

Pas d'intervention chirurgicale

Traumatismes fermés = contusion interne

AVP 80% (conducteur, 2 roues++, piétons++): choc direct, décélération brutale

Accident de travail (chutes)

Accident de sport (sports de combat, ski)

Suicide (défenestration)

Traumatismes ouverts = plaies

Plaies par armes à feu / armes blanches

- Agressions, rixes
- Plus rarement: tentative d'autolyse (suicide)

Quelque soit le mécanisme, 2 risques principaux: hémorragique et perforation d'organe creux

Hémorragique

- Lésion d'un gros vaisseau (artère/veine)
- Hématome d'un organe plein: foie, rate, rein
- Pancréas (gravité souvent différée): fistule

Perforation d'organe creux

- Intestin grêle
- Colon
- Duodénum
- Appareil urinaire (plus rare): uretère, vessie, urètre

Rôle de l'IDE

Accueil du patient, réassurance, installation, réchauffement

Bilan d'arrivée

Préparation du patient à la chirurgie si nécessaire

II. Prise en charge initiale

La zone d'accueil du patient dépend de sa gravité potentielle:

- SAU si hémodynamique stable, patient venant par ses propres moyens: 1 IDE

- « Réveil » si trauma sévère / patient instable (SAMU): plusieurs IDE mobilisé(e)s pour le patient

Bilan lésionnel à l'arrivée = travail d'équipe

Transmissions médicales/paramédicales

- Installation du patient
- Priorité = fonctions vitales
- Hémodynamique? Prise des constantes+++
- O2 (détresse respiratoire?)
- Analgésie (titration morphinique)
- Examens complémentaires: diagnostic?

Évaluation clinique rapide en SSPI

Réanimateur, chirurgien + prise en charge IDE

Scope, dynamap, ECG, couverture chauffante

2 VVP (remplissage!) + bilan biologique

- pré-op/transfusionnel (NFS, groupe Rh, RAI, hémostase) hémocue en attendant résultats
- lésionnel (bilan hépatique, pancréatique)
- ionogramme (hydratation?)
- BU si possible (sang?)
- Pressions intra abdominales

Imagerie

Radio de thorax: contusion pulmonaire?

- Fractures de côtes?
- Hémopneumothorax? => Drainage?
- Bilan pré-opératoire

Radio du bassin: fracture?

- Traumatisme de l'urètre?
- Pas de sonde urinaire => KT sus-pubien

Radio du rachis si doute

Échographie (Focused Abdominal Sonography for Trauma)

- échographie rapide au lit du patient: recherche du liquide (sang) dans le ventre (+ rein + plèvre): hémorragie interne ?
- quelques minutes: peut être réalisée même chez un patient choqué car ne retarde pas la prise en charge

Scanner thoraco-abdomino-pelvien (corps entier)

- Si patient stable ou stabilisé
- Fait un bilan lésionnel précis: hémorragie ou localisation, perforation organe creux (pneumopéritoine ?), fractures / lésions associés (rachis, bassin), trauma cérébro-spinal

III. Traitement

Conservateur: pas d'intervention chirurgicale

Chirurgical = urgence

- Choc hémorragique ou perforation digestive à traiter au bloc

Rôle initial de l'IDE

Rapidité d'obtention du bilan permettant le diagnostic
Information/accompagnement patient/famille
Surveillance douleur / hémodynamique
Application des prescriptions
Récupération des résultats d'examens

Traitement conservateur

Si après bilan rapide et exhaustif

- Stabilité hémodynamique
- Pas de choc hémorragique incontrôlable
- Pas de perforation digestive
- Centre expert, équipe médico-chirurgicale
- Surveillance rapprochée
- Bloc et radio interventionnelle dispo

Si dégradation secondaire du patient: changer de stratégie immédiatement
Chirurgie en urgence dans tous les autres cas

Risques du retard de prise en charge

Hémorragie
Hypothermie
Acidose
=> Coagulopathie

IV. Plaies de l'abdomen

Examen clinique

Même prise en charge qu'un polytraumatisé
Arme responsable
VAT à jour

Plaie : siège? unique/multiple? hémorragique? orifices d'entrée et de sortie?

Plaie pénétrante = atteint la cavité abdominale (dépasse les muscles et l'aponévrose la plus profonde)

- Risque hémorragique
- Perforation du tube digestif?

Plaie pénétrante

Parfois évidente (viscère visible, choc hémorragique) => chirurgie

Diagnostic souvent difficile (patient stable)

- Scanner thoraco-abdomino-pelvien = si normal: exploration sous AL en SSPI, sinon chirurgie

V. Contusions de l'abdomen

Incidence des organes atteints dans un traumatisme abdominal

- Rate > 50%
- Foie 30%
- Tube digestif 1-5%

Risque principal = hémorragie (hématome organe plein: foie, rate, rein)

- Traitement le + souvent conservateur
- Bilan scannographique
- Si hémorragie active: tenter embolisation

Traumatismes de rate

Première cause d'hémorragie

Traitement non opératoire 50-80% des cas

Echec 10%

Traumatismes du foie

Traitement non opératoire: 70-80%

Echec: 7-10% d'où surveillance

50% des patients opérés décèdent

Si traitement conservateur

Patient stable, surveillance continue en réanimation initialement (puis en chirurgie)

Possibilité d'embolisation

Patient perfusé

Surveillance

- Hémodynamique
- Diurèse (pas de SU systématique si patient conscient)
- Douleur
- Hémoglobine (saignement secondaire?)

Réalimentation précoce

- Si transit + (gaz)
- Abdomen rassurant (souple, indolore)
- Pas d'autre lésion nécessitant une chirurgie

Anticoagulation préventive

Mobilisation précoce (prudente)

VI. Traumatisme organes creux

Rare

=> Traitement chirurgical

Diagnostic difficile

Pneumopéritoine souvent:

- Discret (quelques bulles)
- Retardé
- Parfois même absent (perforation grêle)

Intérêt du scanner++++

PLP: ponction lavage péritonéale (recherche bactéries, fibres alimentaires et leucocytes dans le péritoine = perforation du tube digestif)

Perforation digestive

Traitement chirurgical

- Réparation immédiate (pas de stomie) dans la majorité des cas
- Reprise de l'alimentation à la reprise du transit (gaz)
- Soins de cicatrice quotidiens (guidés par le chirurgien responsable)

Conclusion

Pronostic conditionné par rapidité de la prise en charge

Réa = Perfuser, bilan, réchauffer

Décider du traitement en 30 minutes

Si chirurgie: laparotomie écourtée

Si traitement conservateur: surveillance