

**PRISE EN CHARGE DES LÉSIONS HÉPATIQUES CHEZ LE POLYTRAUMATISÉ AU SERVICE DES URGENCES. A PROPOS DE TROIS CAS.
MANAGEMENT OF HEPATIC INJURIES IN MULTIPLE TRAUMAS IN EMERGENCY UNIT. ABOUT THREE CASES.**

Y. Qamouss, L. Belyamani, H. Azendour, H. Balkhi, C. Haimour, M. Atmani.

Service de Réanimation. Hôpital Militaire Mohamed V de Rabat. Auteur correspondant :

Dr. Qamouss Youssef. Boulevard Riad ; Hay Ennasser. Résidence Yassine ; Mohammedia 20100 – Maroc. E mail : y.qamouss@caramail.com

Résumé :

Les problèmes posés par les lésions hépatiques chez le polytraumatisé sont discutés après l'exposé de trois observations. 60% des traumatismes hépatiques sont dus aux accidents de la voie publique.

La stratégie diagnostic et thérapeutique face à une lésion hépatique reste guidée par l'état hémodynamique du patient. L'examen essentiel à l'arrivée dans le sas des urgences est l'échographie abdominale qui recherche un épanchement intra et éventuellement rétropéritonéal et analyse le parenchyme hépatique. Cependant, elle dépend largement de l'expérience de l'échographiste.

La tomodensitométrie s'est placée au premier plan de l'imagerie médicale : elle permet un bilan précis des lésions parenchymateuses hépatiques, précise l'abondance de l'hémopéritoine, facilite la conduite thérapeutique en présence de lésions associées et la surveillance des traumatismes hépatiques.

Mots-clés : Contusion abdominale ; Traumatisme hépatique ; Examens radiologiques.

Summary:

The problems put by the blunt hepatic injuries at the multiple traumas are discussed after the exposition of three observations. 60% of the blunt hepatic injuries are due to the accidents of the public way. The strategy diagnosis and therapeutic facing a hepatic lesion remains guided by the patient's state haemodynamic. The exam essential to the arrival in the sieve of the emergencies is the abdominal scan that searches for one extrusion intra and possibly rétropéritonéal and analyze the hepatic parenchyma. However, it depends extensively on the experience of the echographist.

The city scan stood to the first plan of the medical imagery: it permits a precise diagnosis of the parenchymateuses hepatic lesions, specify the abundance of the hémopéritoine, facilitate the therapeutic conduct in presence of associated lesions and the surveillance of the blunt hepatic injuries.

Key words: Abdominal contusion; Hepatic traumatism; Radiological exams.

INTRODUCTION :

Les Accidents de la voie publique (AVP) sont responsables de 60 à 70% des lésions hépatiques d'où le rôle important du ramassage précoce des polytraumatisés par les équipes du SMUR [1]. Les examens morphologiques actuels ont permis d'améliorer les possibilités du diagnostic en situation d'urgence. Les indications opératoires seront posées en fonction de l'état hémodynamique.

L'objectif de ce travail est de rapporter 3 observations récentes de traumatismes fermés du foie chez l'adulte, et de souligner les avantages apportés au diagnostic par la tomodensitométrie, ce qui permet de guider la thérapeutique et la surveillance des lésions hépatiques.

Observation n°1 :

M^{me} HIM âgée de 32 ans a été hospitalisée à la suite d'un accident de motocyclette. A l'admission trois heures après l'accident, elle était consciente, sans signe de choc (pouls à

90/min), tension artérielle à 90/50 mmHg).

A l'examen, l'abdomen douloureux avec irradiation à l'épaule droite et une défense au niveau de l'hypochondre droit. L'hémogramme montrait une hémoglobine à 7 g/dl et 14 300 leucocytes/mm³. La radiographie pulmonaire notait des fractures costales droites (K9, K10). Une voie veineuse fémorale était posée, un remplissage vasculaire par colloïdes (Plasmion®) était débuté. L'échographie montrait un épanchement intrapéritonéal important sans signe de lésion hépatique. Le scanner abdominal visualisait une fracture du dôme hépatique. La patiente a reçu 4 concentrés érythrocytaires. En présence d'une stabilité hémodynamique : l'indication opératoire n'était pas retenue mais une surveillance clinique, biologique et scannographique a été réalisée pendant cinq jours en salle de déchoquage. L'évolution était favorable avec la sortie de la patiente du service de chirurgie viscérale 10 jours après.

Observation n°2 :

Mr Y. âgé de 29 ans a été hospitalisé après un accident de voiture avec traumatisme crânien, thoracique, abdominal et du membre supérieur droit. A l'admission, le patient était conscient, tension artérielle à 110/60 mmHg, fréquence cardiaque à 84/min. Il existait des ronchus du poumon droite et une défense abdominale. L'échographie abdominale montrait une contusion du segment 8 du foie. Le scanner thoraco-abdominal montrait une contusion pulmonaire droite et du segment 8 du foie ainsi qu'un hémopéritoine. En salle de déchoquage 2 voies veineuses périphériques de gros calibre étaient posées ainsi qu'un monitoring hémodynamique : Électrocardioscope, pression artérielle non invasive et saturimètre de pouls. Les chirurgiens optaient pour une décision non opératoire, mais une surveillance en salle de déchoquage et un scanner abdominal de contrôle à J+5. Le malade était sorti le 15^{ème} jour après le traumatisme. Revu six mois plus tard, il allait bien et n'avait aucun symptôme.

Observation n°3 :

Mr B. âgé de 30 ans a été hospitalisé après un accident de voiture avec impact abdominal et du genou gauche. Il ne portait pas de ceinture de sécurité. Il existait une douleur de l'hypochondre droit avec irradiation à l'épaule droite. L'état hémodynamique était stable : (Tension artérielle à 110/60 mmHg, pouls à 90/min). La biologie montrait une hémoglobine à 12 g/dl, une cytolysé hépatique et une baisse du taux de prothrombine à 50%. L'échographie abdominale notait une lame d'épanchement péritonéal. Une scannographie abdominale montrait une fracture du lobe droit du foie, des foyers de contusion et un hémopéritoine abondant. L'abstention chirurgicale était retenue, et le patient gardé en surveillance pendant 5 jours en salle de déchoquage.

Discussion :

La cause principale du traumatisme fermé du foie est représentée par les AVP : 72% dans le rapport de l'Association Française de Chirurgie (AFC), portant sur 1041 cas [1] et dans l'étude multicentrique de Pachter portant sur 411 cas. [2]. Létoublon et coll. retrouvent 62 à 80% [3]. L'activité sportive et loisirs représentent 24%. Les rixes et les tentatives de suicide : 8%. Nos 3 observations sont des AVP. L'âge moyen est de 30ans. Le sexe masculin est le plus fréquent dans la série de Létoublon [4]. La physiopathologie est complexe et multiple. Le

choc direct, les lésions par accélération – décélération en absence de ceinture de sécurité : « accident du tableau de bord » sont les phénomènes les plus fréquents. L'évaluation des lésions hépatiques a été définie selon la classification de Moore, adoptée par Mirvis pour l'analyse de la tomodensitométrie [5,6]. Nos trois patients présentaient un stade 2 selon la classification de Moore. La gravité des lésions hépatiques est globalement corrélée à la mortalité. La série de l'AFC voit la mortalité passée progressivement de 4,2% à 48,1% et à mesure que les lésions passent du type le plus modéré (Moore 1) au plus sévère (Moore 5). [7,8]. Les lésions associées reflètent aussi la gravité des patients. L'analyse de la série de Létoublon (130 cas) montre que les lésions n'étaient limitées au foie que dans 22% des cas, et associées exclusivement à d'autres atteintes abdominales dans 9% des cas. Dans 69% des cas il existait des lésions extra abdominales. Les atteintes crâniennes et thoraciques ont été respectivement observées dans 42% des cas de la série globale, ce qui est un bon reflet de la gravité des patients. Nous rapportons dans nos observations : un traumatisme thoracique dans 2 cas, des lésions osseuses des membres dans 2 cas. L'examen clinique en urgence est souvent difficile surtout en présence de troubles de la conscience mais il doit être méthodique complet et approfondi. Fréquemment on retrouve une douleur de l'hypochondre droit irradiant dans les épaules (nos 2 observations), une matité des flancs ou une augmentation visible du volume de l'abdomen, sont des signes d'hémopéritoine mais ceux-ci sont absents dans la moitié des cas. [3,6-9]. Cependant on peut être confronté en cas d'atteintes hépatiques importantes (Stade 4 et 5 de Moore) à un tableau de choc hypovolémique par hémopéritoine massif associé sur le plan clinique à une instabilité hémodynamique, une distension abdominale manifeste, avec un abdomen météorisé, respirant difficilement et mat dans les flancs. L'accueil de ces patients est un point important de la prise en charge, grâce à l'intervention médicale à l'extérieur de l'hôpital, l'équipe des urgences est prête à recevoir le traumatisé du foie grave et sait que son état hémodynamique est précaire. En salle de déchoquage : la veine fémorale est d'accès facile en urgence, donnant peut de complications. [7-10]. Le remplissage vasculaire utilise les colloïdes type Plasmion®. La transfusion de concentrés érythrocytaires est réalisée pour une

hémoglobine < 7g/dl en respectant les règles d'hémovigilance. En cas d'urgence vitale, des concentrés « O » rhésus négatif seront administrés. Les amines vasoactives peuvent être utilisées dans certaines indications. Ainsi, lorsque malgré le remplissage rapide la pression artérielle est instable, ou que brutalement à l'occasion d'une mobilisation, de la mise sous ventilation artificielle, le patient est atteint d'un collapsus, une pression artérielle peut être rétablie par l'injection d'adrénaline ou sa perfusion pendant quelques minutes [8, 9-11]. Le monitoring en salle de déchoquage doit à la fois être simple et performant. L'accent a été mis récemment sur la stratégie de l'imagerie dans la prise en charge des T.F.F chez le polytraumatisé. La radiographie du thorax peut mettre en évidence un pneumothorax ou un hémithorax nécessitant un drainage en urgence. Les fractures des dernières côtes droites en présence d'une défense de l'hypochondre droit feront suspecter une lésion hépatique (observation n°1). L'abdomen sans préparation peut montrer des signes indirect d'hémopéritoine ou de lésions rétropéritonéales : la disparition de la ligne des psoas. Il peut révéler un pneumopéritoine. L'échographie abdominale est un examen non invasif, réalisable au SAS des urgences. Elle permet de rechercher un épanchement intra et éventuellement rétropéritonéal et analyser les lésions hépatiques. C'est un examen incontournable pour le bilan lésionnel. Cependant elle dépend largement de l'expérience de l'échographiste. Dans la deuxième observation a montré la contusion hépatique. La tomodensitométrie (TDM) s'est placée actuellement au premier plan de l'imagerie médicale dans les T.F.F pour un patient sans signe de choc. Dans les centres disposant de la TDM avec acquisition spiralée rapide, la scannographie a pris une place majeure devenant l'examen initial premier qui permet de diagnostiquer les lésions cérébrales, thoraciques, abdominales et pelviennes. Elle permet de localiser les saignements actifs. La séquence habituelle est alors une TDM cérébrale sans injection, puis une TDM thoraco-abdomino-pelvienne avec injection de produits de contraste, complétée si besoin de coupes vertébrales. La TDM est utile pour suivre l'évolution des patients. Les textes réglementaires imposent de pouvoir disposer d'un scanner 24 H/24H, pour assurer une activité d'accueil et de traitement des urgences. Nos trois patients ont bénéficié d'une TDM diagnostic et pour la surveillance des lésions hépatiques. La ponction lavage du péritoine (PLP) est un

examen invasif dont la seule indication devrait être la recherche d'un hémopéritoine. Elle reste très utilisée dans les pays Anglo-Saxons. Nous n'avons pas réalisé cet examen chez nos patients étant donné la présence de l'échographiste sur place. Une étude parue au Journal of Trauma 1990, montre que la PLP présente une supériorité en termes de temps et de coût par rapport à la TDM abdominale. Les mêmes rapidité et sensibilité sont cependant obtenues par l'échographie. La PLP peut garder certaines indications devant une instabilité hémodynamique majeure si l'échographie n'est pas disponible. [5-12].

Conclusion :

Les traumatismes graves du foie constituent une atteinte fréquente lors des traumatismes abdominaux et sont une cause de mortalité pouvant avoisiner 50 % dans les formes les plus sévères, mettant en jeu le pronostic vital. Ce pronostic est amélioré par développement de la tomodensitométrie, permettant une approche non interventionnelle avec une fiabilité suffisante pour s'affranchir du risque d'ignorer des lésions intra-abdominales nécessitant impérativement un contrôle chirurgical. Dans le cas d'une obligation opératoire, strictement réservé aux patients à l'hémodynamique instable, une approche pragmatique basée sur le *packing* périhépatique a également transformé le pronostic des formes les plus graves.

Références :

- 1- Letoublon C, Castaing D. Les traumatismes fermés du foie. In : *Rapport au 98^e Congrès français de chirurgie*. Paris : Arnette Blackwell ; 1996.
- 2- Pachter HL, Spencer FC, Hofstetter SR, et al. Significant trends in the treatment of hepatic trauma: experience with 411 injuries. *Ann Surg* : 1992 ; 215 : 492-500.
- 3- Letoublon C, Arvieux C. Nonoperative management of blunt hepatic trauma. *Minerva Anesthesiol*. 2002 Apr; 68(4):132-7.
- 4- Letoublon C. Nonoperative management of complex hepatic injuries. *Ann Chir*. 2005 Feb; 130(2):60-2. Epub 2005 Jan 21.
- 5- Arnaud S, Berdah S. Traumatismes de l'abdomen et du rétropéritoine In : *Albanèse J, Ed. Le polytraumatisé*. Paris : Springer Verlag ; 2003. p. 225-37
- 6- Douws C, Grenier N, Trillaud H, Palussière J. Stratégie actuelle d'exploration des traumatismes de

- l'abdomen. *Feuil Radiol*: 1995 ; 35 : 165-73.
- 7- Rozycki GS, Ochsner MG, Schmidt JA, et al. A prospective study of surgeon performed ultrasound as the primary adjuvant modality for injured patient assessment. *J Trauma*: 1995; 39: 492-8.
 - 8- Porter RS, Nester BA, Dalsey WC, et al. Use of ultrasound to determine need for laparotomy in trauma patients. *Ann Emerg Med*: 1997; 29 : 323-30
 - 9- Dutton RP, Mackensie CF, Scalea TM. Hypotensive resuscitation during active hemorrhage: impact on in-hospital mortality. *J Trauma* : 2002 ; 52 : 1141-6.
 - 10- Miller PR, Croce MA, Bee TK, et al. Associated injuries in blunt solid organ trauma: implications for missed injury in nonoperative management. *J Trauma* : 2002 ; 53 : 238-44.
 - 11- Croce MA, Fabian TC, Menke PG, et al. Nonoperative management of blunt hepatic trauma is the treatment of choice for hemodynamically stable patients. Results of a prospective trial. *Ann Surg*: 1995 ; 221 : 744-53.
 - 12- Patcher HL, Hofstetter SR. The current status of nonoperative management of adult blunt hepatic injuries. *Am J Surg* : 1995 ; 169 : 442-54.



Fig. 1 : Aspect TDM d'une contusion hépatique.