

■ HEMOPERITOINE ET CONTUSION DE L'ABDOMEN : ■ APPORT DE L'ECHOGRAPHIE DANS LA STRATEGIE DECISIONNELLE EN SITUATION HEMODYNAMIQUE STABLE

P. MASSO-MISSE¹, A. ESSOMBA¹, S. FOWO¹, S. TAKONGMO¹,
J.D. GONSU³, M.A. SOSSO¹, E. MALONGA¹

RESUME

Le but de notre étude était de montrer l'apport de l'échographie dans la stratégie décisionnelle de 15 cas d'hémopéritoine en situation hémodynamique stable. L'origine de l'hémopéritoine était indéterminée chez 7 patients ; les lésions spléniques étaient précises : de grade I et II chez 3 patients ; les données échographiques ne permettaient pas d'établir une classification précise, superposable à la classification chirurgicale (5 patients). 5 patients étaient opérés secondairement pour état hémodynamique instable. L'échographie apporte une certitude diagnostique de l'hémopéritoine, mais l'examen clinique répété demeure l'élément déterminant d'une prise décisionnelle dans les hémopéritoines en l'absence de la tomodensitométrie et de la coelioscopie.

Mots clés : Contusion de l'abdomen, Hémopéritoine, Echographie

SUMMARY

The aim of the study was to show the place of ultrasound in decision making in case of hemoperitoneum. The cause of the hemoperitoneum was undertermined in 7 patients ; precised spleen lesions : grade I and II were found in 3 patients ; ultra-sound findings could not match precision in classification as overt surgery in 5 cases. 5 patients were secondarily operated for unstable haemodynamic state.

The value of ultrasound in diagnosis of haemoperitoneum is certain, but repeated clinical examination remains the main element in decision making in case of haemoperitoneum in the absence of C.T. Scan and coelioscopy.

Key words : Blunt trauma, hemoperitoneum, Ultrasounds.

INTRODUCTION

Les méthodes d'investigations non invasives dans les traumatismes de l'abdomen ont permis de constater qu'il y avait une nette discordance entre l'expression clinique et les lésions du parenchyme. L'apport de l'échographie est diversement apprécié (2, 4, 5, 8, 10, 13) et pourtant elle demeure l'examen le plus accessible en milieu africain. Ce travail discute cet apport dans la stratégie décisionnelle des choix thérapeutiques des hémopéritoines secondaires aux contusions de l'abdomen chez des blessés en état hémodynamique stable ou stabilisé.

PATIENTS ET MÉTHODE

Cette étude prospective a été menée entre Octobre 1992 et Septembre 1994. Au cours de cette période 45 contusions étaient reçues au service des urgences viscérales. 9 patients étaient explorés immédiatement pour : état hémodynamique instable (8 patients) et pour irritation péritonéale (1 patient). 36 blessés avec état hémodynamique stable ou stabilisé étaient admis en surveillance ; 6 patients de ce groupe étaient explorés secondairement pour péritonite. Chez le reste des patients, la surveillance clinique, biologique et échographique a permis de mettre en évidence 15 hémopéritoines.

Une réanimation active était mise en route pour chaque blessé ; elle comprenait une prise d'une voie veineuse, le passage rapide de solutés et de grosses molécules, relayés selon l'évolution par la transfusion de sang isogroupe (maximum 2 unités). Le bilan biologique initial était simple : une numération formule sanguine (NFS), l'hématocrite, le taux d'hémoglobine, le groupe sanguin... L'examen clinique initial était répété et rapproché (30 minutes environ) ; il était espacé dès que l'état clinique s'améliorait durablement. L'examen échographique était fait au service de radiologie dès que l'état du blessé permettait un dépla-

1 - Travail du service de chirurgie générale et digestive de l'Hôpital Central de Yaoundé.

2 - service de Réanimation chirurgicale ; Hôpital Central de Yaoundé.

3 - Service de radiologie : Hôpital Central de Yaoundé.
Correspondance : P. MASSO-MISSE : Service de chirurgie générale et digestive de l'Hôpital Central de Yaoundé.

cement prudent. Au cours de cette surveillance, l'apparition d'une instabilité hémodynamique ou la découverte d'une lésion échographique splénique certaine de grade III à V ou hépatique de type III à IV étaient l'indication opératoire urgente. La classification des lésions spléniques et hépatiques selon les données échographiques et per opératoires a tenu compte de la classification en 5 grades de gravité croissante des lésions splénique de SHACKFORD (1,15) et de la classification en 4 types de lésions hépatiques de GUISET (16).

Tableau I : Classification des lésions spléniques selon SHACKFORD

Grade I :	Plaie superficielle ou décapsulation.
Grade II :	Plaie profonde n'atteignant pas le hile ou plaie étoilée.
Grade III :	Hématome sous capsulaire - Plaie atteignant le hile - Eclatement polaire ou d'une hém-i-rate.
Grade IV :	Fracas de la rate ou lésion pédiculaire
Grade V :	Ecrasement de la rate ou pronostic vital en jeu

Tableau II : Classification des lésions hépatiques selon GUISET

Type I :	Fissure de 2 cm de profondeur
Type II :	Fracture franche avec rupture du pédicule vasculo-biliaire Hématome capsulaire
Type III :	Fracture stellaire profonde Eclatement lobaire Hématome central
Type IV :	Lésions comminutives étendues avec vasculaire pédiculaire ou sus hépatique.

RÉSULTATS

Il s'agissait de 13 hommes et de 2 femmes ; l'âge moyen était de 22,7 ans avec des extrêmes de 5 et 44 ans. 4 blessés étaient des enfants.

Ces contusions étaient secondaires aux accidents de voie publique (8 patients), aux agressions (3 patients), aux chutes d'un lieu élevé (3 patients) et aux accidents de sport

(1 patient). Le mécanisme était une décélération frontale (8 patients), une décélération verticale (2 patients), un choc direct (5 patients). L'intoxication alcoolique était évidente chez un patient. Comme lésions associées, on notait une fracture des 2 os de l'avant-bras et une fracture du fémur. Tous les patients étaient conscients.

Les hémopéritoines, selon les données échographiques, ont été répartis en trois groupes :

- Groupe I (7 patients) l'origine de l'hémopéritoine était indéterminée ; un seul patient été exploré secondairement pour lésion hépatique de type II ; il n'y a pas eu d'intervention tardive lors de la surveillance.
- Groupe II (3 patients) les lésions spléniques étaient de grade I et II. Aucun patient n'était exploré. Il n'y a eu aucune intervention tardive.
- Groupe III (5 patients) les données échographiques ne permettaient pas d'établir une classification précise, superposable aux classifications de SHACKFORD et de GUISET : la lésion échographique était décrite comme un gros hématome splénique central (2 fois), polaire supérieur (2 fois), polaire inférieur (1 fois). 4 patients étaient explorés secondairement pour instabilité hémodynamique, sans un apport véritable des données échographiques sur la stratégie décisionnelle. Les lésions anatomiques (per opératoires) étaient 2 lésions spléniques de grade III, 2 lésions spléniques de grade II et une infiltration hémorragique de la queue du pancréas.

La durée d'hospitalisation moyenne était de 8,13 jours elle variait selon que le traitement était opératoire ou non elle était respectivement de 11,2 et 6,6 jours.

La mortalité était nulle.

COMMENTAIRE

La certitude diagnostique des lésions hépato-spléniques et des autres lésions associées, apportée par les méthodes d'investigations non invasives, la crainte des accidents post splénectomies à type d'OPSI (overwhelming post splenectomy infection) et d'accidents thrombotiques, l'Hémostase spontanée des lésions hépato-spléniques constatées lors des laparotomies, le nombre élevé et la mauvaise réputation des laparotomies inutiles et leur risque pour l'avenir (éventration séquellaire et occlusion sur brides) ont largement contribué ces dernières années à la promotion du traitement opératoire sélectif ou abstention armée dans les

différents traumatismes de l'abdomen (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 14, 15). Relèvent de ce traitement sélectif, les hémoperitoines secondaires aux contusions de l'abdomen, d'origine hépato-splénique ou non chez des blessés avec état hémodynamique stable ou stabilisé, c'est-à-dire ne nécessitant pas ou peu de transfusion : 40 m l/kg/J pour la plupart des auteurs (10). Les lésions associées à type de fracture, (même celle du fémur) n'ont pas constitué de contre-indication à ce type de traitement. En raison de notre environnement, du taux croissant des patients avec une infection par le VIH, et du délai de la séro-conversion dans cette affection, notre attitude conservatrice a été très prudente. Cela explique notre tendance à ne pas dépasser deux unités de sang, donc d'être un peu plus radical dans ce type de traitement et que 2 lésions spléniques de grade II et une lésion hépatique de type II qui saignaient légèrement encore, aient été explorées. Pour de nombreux auteurs, l'opportunité d'un traitement opératoire s'impose quand la transfusion dépasse 4 unités par jour. Parmi les éléments de surveillance, l'examen clinique répété, à un rythme plus ou moins rapproché selon l'état clinique du patient maintenu au repos et sans alimentation pendant au moins 3 jours, est privilégié par la plupart des auteurs (10,13,14). Il a été l'élément décisionnel déterminant pour une exploration secondaire dans cette série.

La place de l'échographie dans les traumatismes de l'abdomen est indiscutable. Elle a permis la détection de l'hémoperitone, par contre son rôle dans la détection intrapérito-

nale des lésions a été décevante (la nature de la lésion était indéterminée 7 fois sur 15). D'autres auteurs confirment ce mauvais score (4, 8, 10, 14). Ailleurs la superposition des lésions échographiques à la classification chirurgicale a été tout aussi décevante : les lésions de grade III à V étaient décrites comme de simples hématomes diffus ou localisés. D'autres travaux font cas d'une telle discordance pour ce type de lésions (4, 8).

L'échographie est cependant irremplaçable pour surveiller la non évolution d'une lésion et surtout elle permet de sérier les indications de la tomodensitométrie (cas d'hématomes intraparenchymateux de notre série), contribuant ainsi à minimiser le risque d'opérer tardivement les lésions viscérales à révélation tardive.

CONCLUSION

Nos résultats montrent la place privilégiée de l'examen physique répété comme méthode de surveillance, dans la décision opératoire au cours d'une abstention armée ; ils confirment en outre les insuffisances de l'examen échographique quant à la détection des lésions intra-péritonéales et la discordance entre les données échographiques et per opératoires des lésions spléniques de grade III à V. L'échographie apporte la certitude diagnostique de l'hémoperitone, mais l'examen clinique répété, demeure l'élément déterminant d'une prise décisionnelle surtout quant les autres investigations décisionnelles comme la tomodensitométrie, la coelioscopie ne peuvent pas être faites.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- J. BAHNINI, CH. MEYER, N. DE MANZINI, S. MOHR, L.F. HOLLENDER. Les traumatismes de la rate : traitement conservateur ou exérèse ? *Chirurgie*, 1989, 115 : 43-50.
- 2- X. BARTH, P.J. MAILLET, J.P HOEN, P. FOUQUE, LOMBARD-PLATET. Imagerie et traumatismes hépatiques. Evolution de la stratégie thérapeutique et place de l'abstention chirurgicale. A propos de 33 observations *Chirurgie*, 1989, 115 : 540-551.
3. X. BARTH. Abstention thérapeutique pour contusion du foie : critères et résultats. *J. Chir.*, 1991, 128 : 516.
4. F. CALISSE, F. SICOLI, A. TRICARICO, V. NAPOLI, FC. MUZY. Traitement non opératoire dans les traumatismes du foie et de la rate. *Actualités chirurgicales*, 87e congrès français de chirurgie. Masson 1987, Paris, 269-72.
5. J. CARLES, H. GUEDAN, J.VIDEAU. Traumatisme hépatiques : Investigations décisionnelles en urgence. *J. Chir.*, 1991, 128 : 514-15.
6. J. DELABY, E. BOUIN, C. CASA, B. COPPO, M. DEEN, J. RONCERAY, P. PLANE. Contusion du foie de l'adulte. L'abstention opératoire initiale sous contrôle tomodensitométrique est une option thérapeutique raisonnable. A propos de 16 observations. *Ann. Chir.* 1990, 44 : 864-67.
7. R.F. DONDELINGER, JC. KURDZIEL. Plaidoyer pour un traitement conservateur sans coeliotomie des contusions hépatiques. *Ann Chir.* 1991, 45 : 864-67.
8. M. HASSAN. Imagerie de la rate avec référence particulière à la rate traumatique. *Actualités chirurgicales*, 87e congrès français de chirurgie, Masson 1987, Paris, 236-242.
9. M. KEHILA, Y. DAHMANE, D. ABBASSI-BEKIR, M. KECHIDA, A. BEN ALI, R. LETAIEF, R BEN HADJ. HAMIDA, S. GHARBL. Le traitement conservateur de la rate à propos de 50 cas. *Ann. Chir.*, 1990, 44 : 570-574.
10. JC. LE NEEL, B. GUIBERTEAU, C. KHOSROHNI, C. BOCHE-

MAU, M. KOHEN, V. PLATTNER.
Les hémopéritoines traumatiques d'origine spléno-hépatique à propos de 155 cas. Peut on proposer un traitement non opératoire ?
Chirurgie, 1991, 117 : 437-444

11. CH. LETOUBLON, I. ALNAASAN, J.C. PASQUIER, B. CHARVIN, K. LAHBABI, J. CHAMPETIER.
Attitudes conservatrices dans le traitement des traumatismes fermés du foie.
Chirurgie, 1991, 117 : 337-342.

12. G. LORIMIER, M. GUNTZ.
Les contusions du foie.
J. Chir., 1988, 125 : 114-120.

13. C.E. LUCAS.
Splenic trauma.

Ann. Surg., 1991, 213 : 98-112.

14. B. OLLER, M. ARMENGOL, I. CAMPS, N. RODRIGUEZ, A. MONTRERO, L. INARAJA, M.D. SALVIA, J.A. SALVA.
Non operative management of splenic injuries.
The American Surgeon, 1991, 57 : 409-413.

15. A. SAUDEMONT, J.P. CHAMBON, A. WURTZ, P. QUANDALLE.
Le traitement conservateur dans le traitement de la rate chez l'adulte.
Etude comparative de 34 cas de traitement conservateur et de 61 cas de splénectomie.
Ann. Chir. 1992, 46 : 324-329.

16. P. VAYRE, M. MOUMEN. :
Les traumatismes fermés du foie. Une série de 70 opérés (1983-1988).
Chir., 1989, 115 : 51-60.