

# ROLE DU REANIMATEUR DANS LA PRISE EN CHARGE CONSERVATRICE DE L'HEMOPERITOINE POST TRAUMATIQUE



DR ABROUS  
CHU MUSTAPHA

# INTRODUCTION

- Les traumatismes abdominaux représentent 20% des lésions observées en traumatologie et sont associés à une mortalité élevée, en particulier lorsque des lésions extra abdominales crâniennes ou thoraciques sont présentes (polytraumatisé)
- La pathologie traumatique représente la principale cause de décès chez les sujets de moins de 40ans, ce qui correspond globalement à la 4eme cause de mortalité en France et aux états unis après les pathologies cardiaques, cérébrales et les cancers.

# INTRODUCTION

- Les lésions d'organes pleins les plus fréquentes sont les traumatismes de la rate et du foie dans 2/3 des cas, qui s'expriment par un choc hémorragique les premières minutes du traumatisme lorsqu'elles sont sévères.
- Les traumatismes spléniques, hépatiques et mésentériques représentent plus de 80% des lésions responsables d'hémopéritoine

# Objectif

- L'objectif de cette étude est de déterminer le rôle du réanimateur dans la prise en charge conservatrice de l'hémopéritoine post traumatique.

# MATERIELS ET METHODE

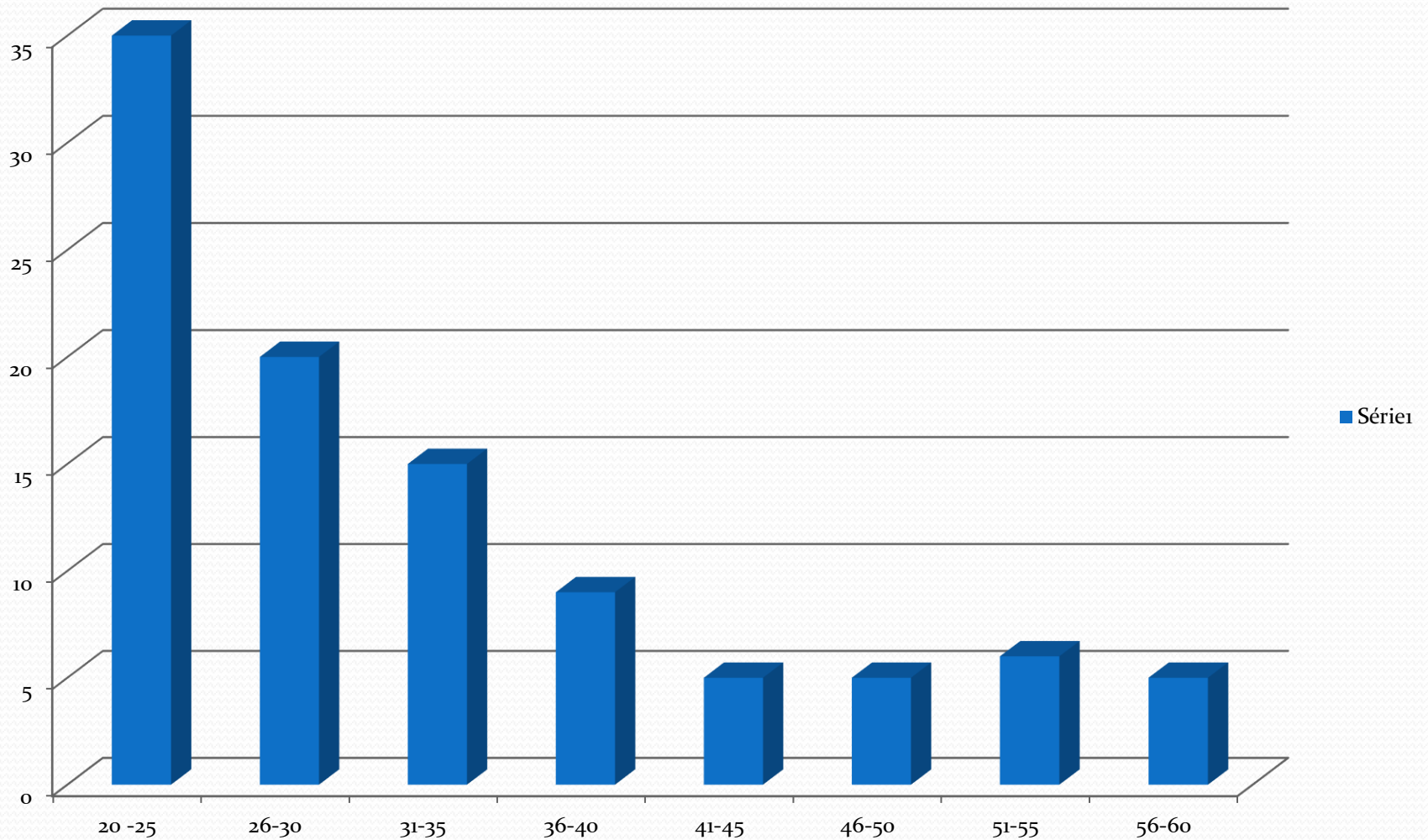
- Etude rétrospective de 100 patients pris en charge pour un hémopéritoine post traumatique aux urgences médicochirurgicales CHU MUSTAPHA pendant la période 1/10/2020 au 1/10/2022.
- on a recensé l'âge, les comorbidités, type d'accident, les lésions, l'état hémodynamique et le traitement des dossiers des malades



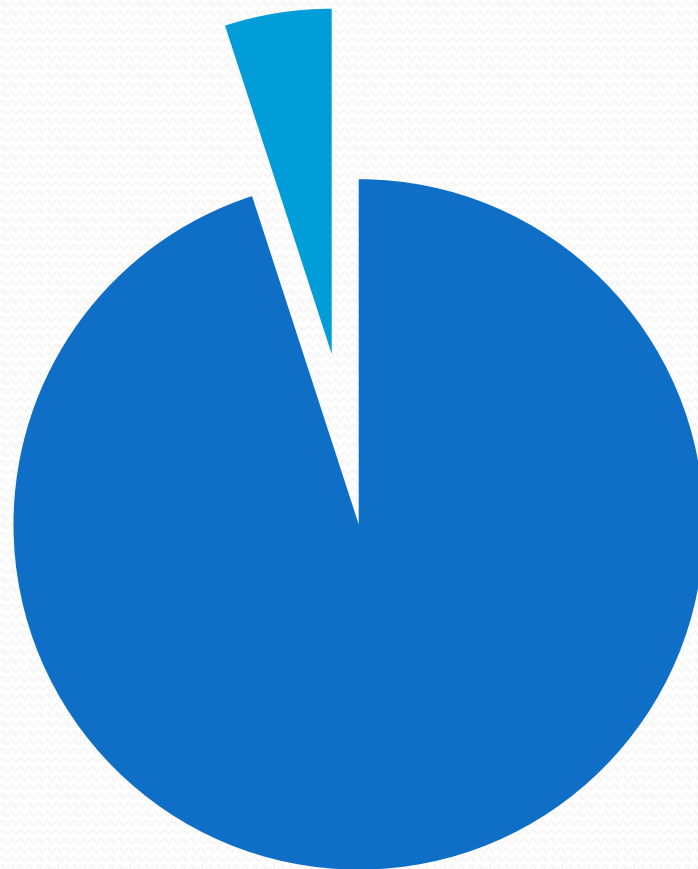
RESULTATS

**100 PATIENTS**

# RESULTATS : âge moyen 35ans



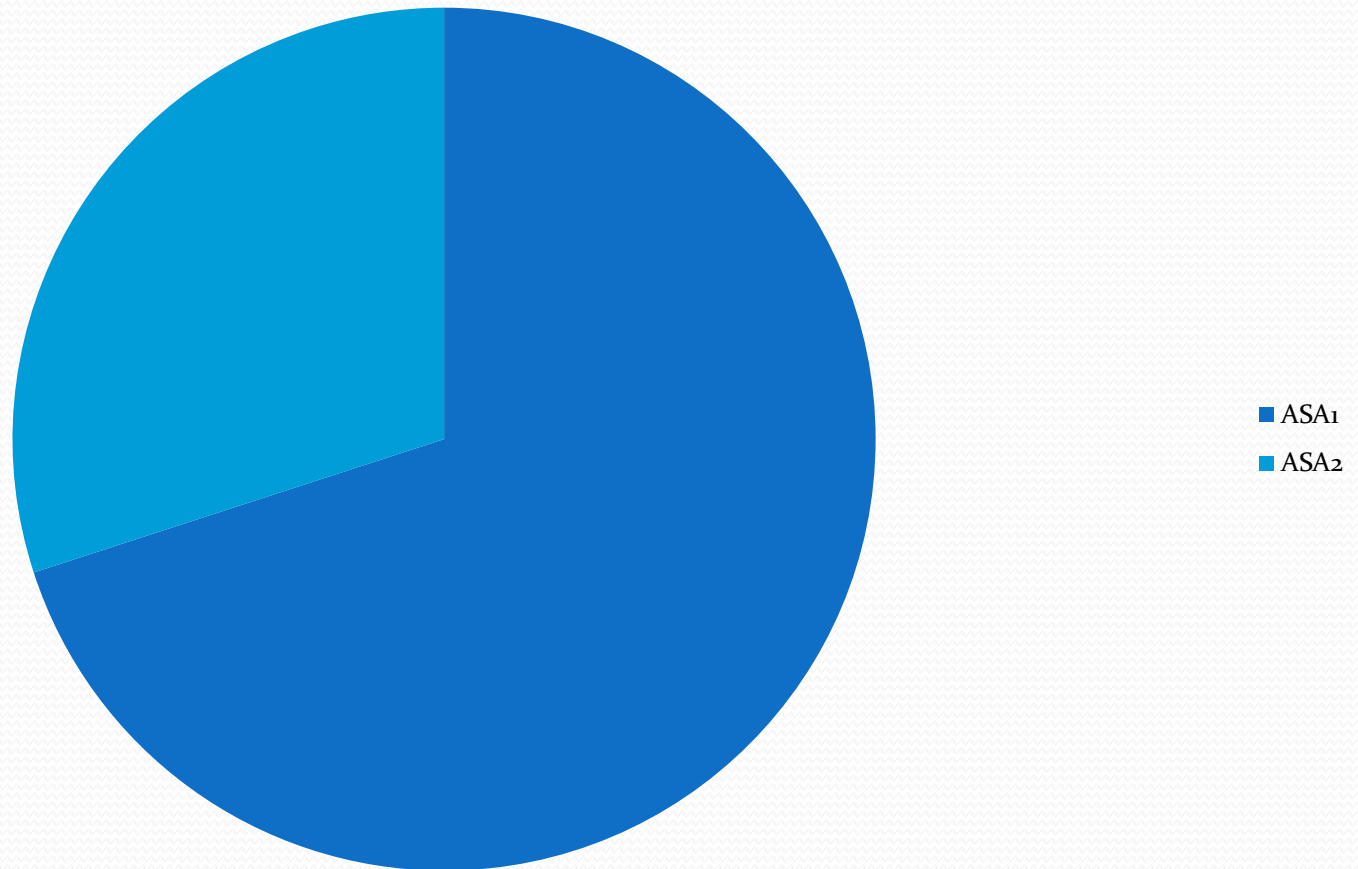
# RESULTATS: SEXE



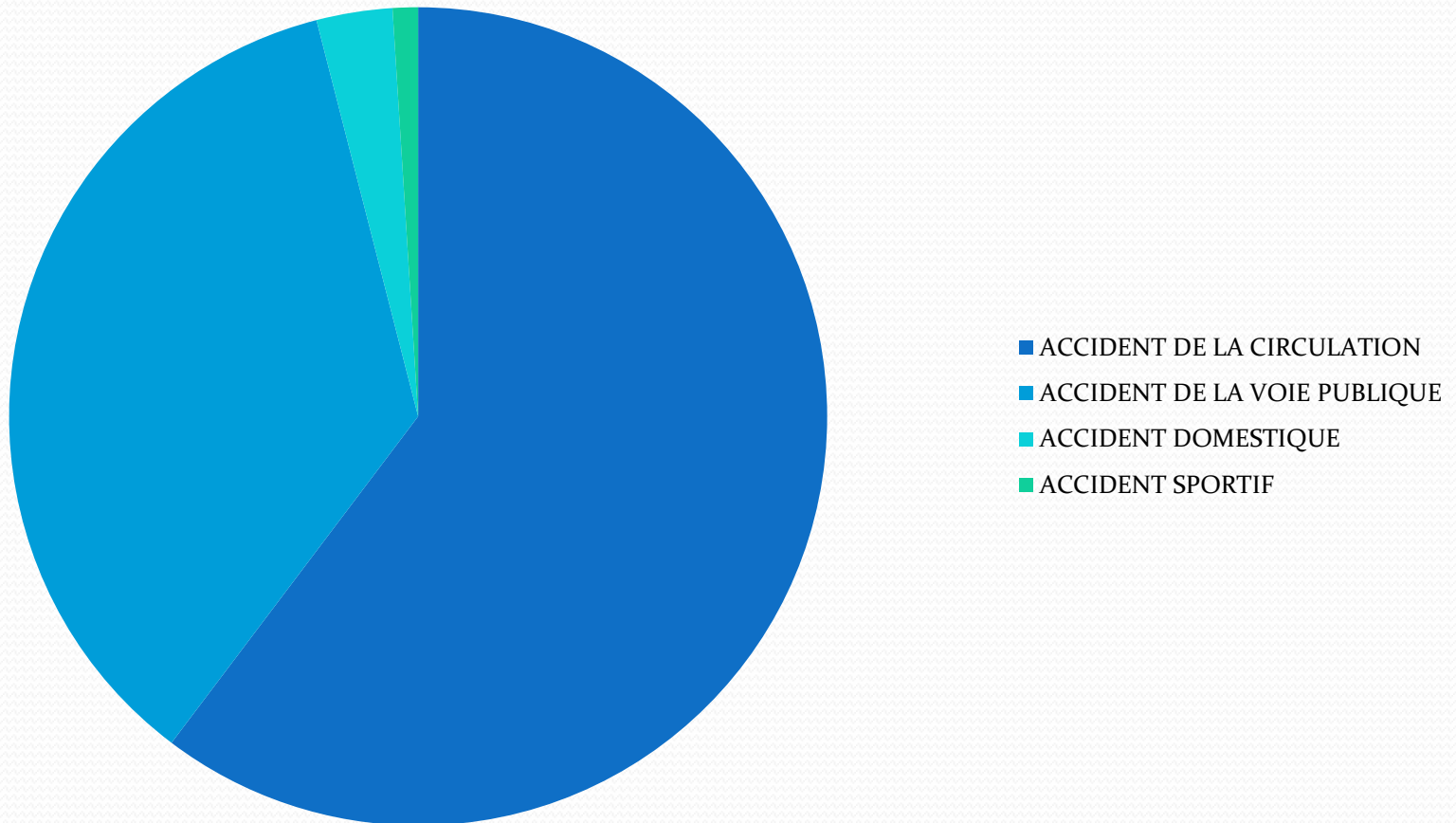
■ HOMME

■ FEMME

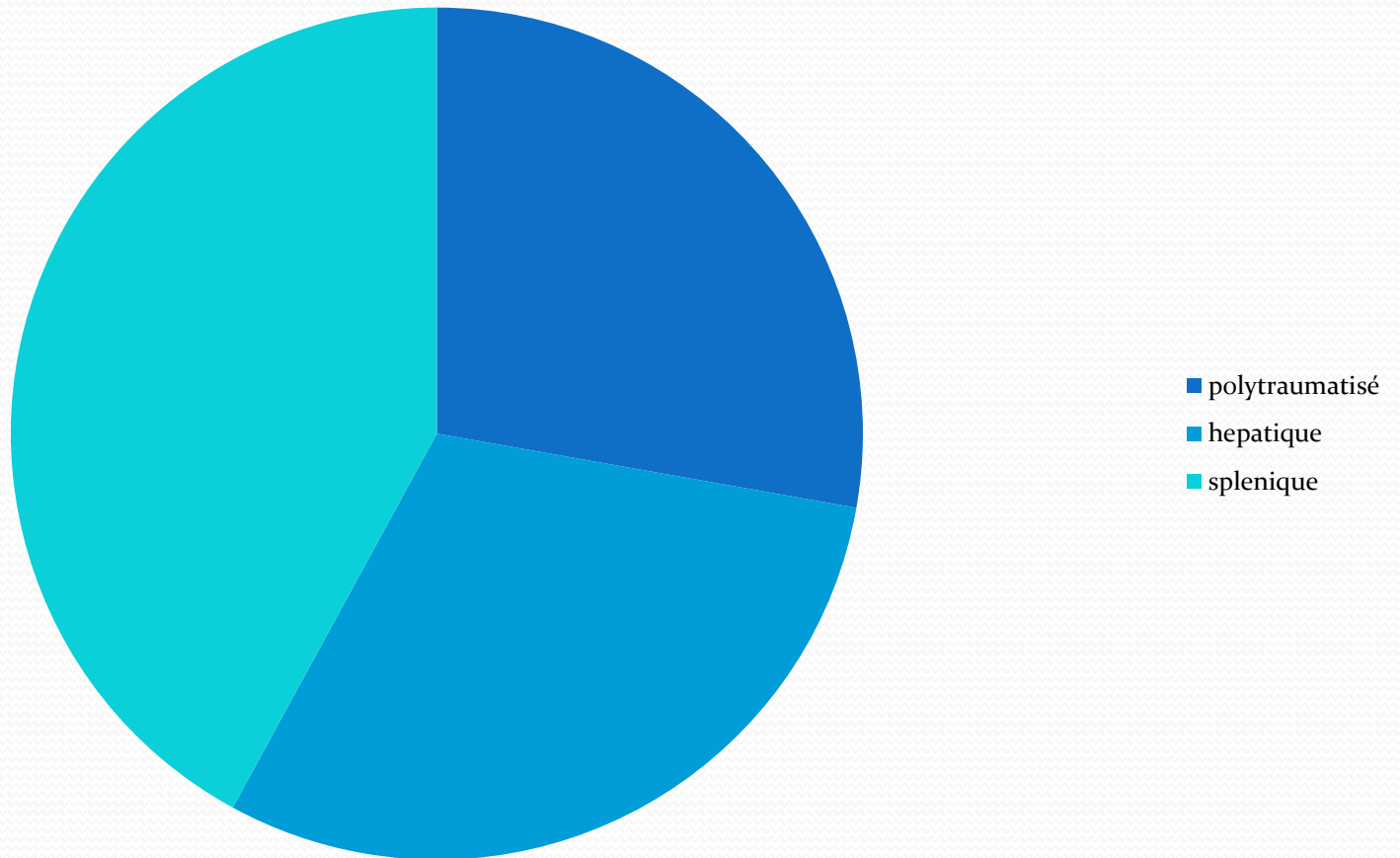
# RESULTATS: comorbidité(ASA)



# RESULTATS:mecanisme du traumatisme



# RESULTATS: bilan lésionnel



# RESULTATS:evolution

- 19,6% des patients ont présenté un hémopéritoine avec stabilité hémodynamique donc non opérés avec bonne évolution
- 6,3% ont été opérés après deux jours et plus de leur hospitalisation

# DISCUSSION

- 100 patients ont été pris en charge pour un hémopéritoine
- L'âge moyen était de 35ans
- Nette prédominance masculine
- 2/3 était ASA1
- Plus de la moitié(60, 3%) des patients ont eu un accident de la circulation
- 30,4% polytraumatisé ,l'atteinte splénique était plus fréquente que l'atteinte hépatique
- 19,6% non opérés et 6,3% opérés après deux jours et plus de l'hospitalisation

# PRISE EN CHARGE DE L'HEMOPERITOINE

- La prise en charge de l' hémopéritoine secondaire à un traumatisme pénétrant de l'abdomen repose sur une exploration chirurgicale menée par une laparotomie au bloc opératoire d'autant plus que l'état hémodynamique du patient est instable.
- Par contre sa prise en charge en cas de traumatisme fermé est loin d'être stéréotypé comme dans les traumatismes pénétrants

# PRISE EN CHARGE DE LHEMOPERITOINE

- Leur prise en charge a surtout beaucoup évolué au cours du temps pour être d'abord chez l'enfant et maintenant chez l'adulte de moins en moins chirurgicale, et de plus en plus « **conservatrice** » en faisant appel à une collaboration multidisciplinaire médicochirurgicale, avec la participation de chirurgien, d'anesthésiste-réanimateur mais aussi de radiologue.

# PRISE EN CHARGE


- L' hémopéritoine peut s'accompagner d'autres lésions, chez le polytraumatisé. La place du médecin A-réanimateur pour coordonner la prise en charge de ces lésions est primordiale. En effet, la gestion du traitement des différentes défaillances viscérales de façon simultanée à la hiérarchisation des examens complémentaires permet d'aboutir à une stratégie de prise en charge multidisciplinaire chez un patient réanimé et stabilisé



intérêt du trauma center

# PRISE EN CHARGE

De manière didactique la conduite à tenir sera:

- ✓ Un bilan:  clinique  
biologique  
radiologique
- ✓ traitement symptomatique non spécifique
- ✓ Traitement étiologique

# PRISE EN CHARGE

Le défi relevé par l'équipe d'accueil, est d'obtenir un bilan lésionnel précis tout en réalisant les manœuvres nécessaires à la survie et/ou à la stabilisation du malade. Cette première phase est particulièrement importante et doit répondre à un impératif de rapidité pour ne pas retarder le traitement étiologique d'un état de choc hémorragique

# PRISE EN CHARGE

□ 3 volets:



-arrêter le saignement en priorité

-gestion hémodynamique


-gestion de la coagulation

□ Si saignement par un traumatisme abdominale pénétrant → laparotomie au bloc opératoire +/- embolisation

□ Si traumatisme fermé de l'abdomen: la prise en charge dépend de la stabilité hémodynamique du patient

# PRISE EN CHARGE

## Malade en choc hémorragique

 Remplissage avec cristalloïde (SSI) → colloïde  
→ drogues vasoconstrictrices  
(noradrénaline:  $1\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{mn}$  et plus)

Avec objectif tensionnel:

**si trauma crânien grave ( $\text{GCS} \leq 8$ ):**  $\text{PAM} \geq 80 \text{ mmHg}$

**Sans trauma crânien grave:**  $80 \leq \text{PAS} \leq 90 \text{ mmHg}$   
ou  $60 \leq \text{PAM} \leq 65 \text{ mmHg}$

# PRISE EN CHARGE

- Transfusion avec objectifs:

**Pas de TC grave:**  $7 \leq \text{HB} \leq 9 \text{ g/dl}$ , PFC (ratio PFC/CGR 1/1,1/2)  
, plaquettes  $\geq 50000$ , TP  $\geq 60\%$ , fibrogène  $\geq 1,5 \text{ g/l}$

**Si TC grave :**  $\text{HB} \geq 10 \text{ g/dl}$ , plaquettes  $\geq 100000$ , TP  $\geq 60\%$ ,  
fibrinogène  $\geq 2 \text{ g/l}$

Acide tranexamique: 1g en IVL avec 1g perfusé sur 8h

facteur VII activé recombinant rFVIIa ne s'envisage qu'en  
dernier recours = choc incontrôlé :  $200 \mu\text{g/kg}$  et  $100 \mu\text{g/kg}$   
1 heure plus tard

# PRISE EN CHARGE

Prévention de l'acidose métabolique, normo thermie,  
calcium ionisé=1,1-1,3mmol/l

- Chez les malades traités par AVK, il faut administrer du PPSB à la dose 25u/kg ou adapté à l'INR, associé à 10 mg de vit K

Après ces manœuvres:

- **patient stable ou stabilisé:** → bilan lésionnel radiologique.

le traitement est de plus en plus conservateur reposant sur une embolisation et/ou surveillance en réanimation ou USI avec la présence du chirurgien viscéraliste et radiologue prêts à intervenir à tout moment

➤ **Si malade instable:** sa prise en charge rentre dans le concept : « **damage control resuscitation** »  
prise en charge de la coagulopathie:« **damage control hematology** »  
et la prise en charge chirurgicale: « **damage control surgery** ».

Le but est de restaurer une physiologie normale plutôt que restaurer une anatomie normale

# CONCLUSION

C'est au sein d'une équipe pluridisciplinaire comprenant chirurgien, radiologue interventionnel que l'A-réanimateur intervient pour mettre en route les moyens de réanimation nécessaire à la survie immédiate, mais aussi pour coordonner et hiérarchiser les différents actes diagnostiques et/ou thérapeutiques nécessaires à la prise en charge du patient.



# conclusion

La stratégie de demande des examens complémentaires et l'organisation de l'équipe, selon un plan préétabli, sont au centre de cette prise en charge

