



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Pression intra-abdominale, hypertension intra-abdominale et syndrome de compartimentation abdominale[☆]



Intra-abdominal pressure, intra-abdominal hypertension, and abdominal compartment syndrome

G. Hoareau

University of California, Davis veterinary medical teaching hospital, 1, Garrod drive, Davis, 95616 California, États-Unis

Reçu le 4 octobre 2013 ; accepté le 31 mars 2014

MOTS CLÉS

Pression vésicale ;
Inflammation systémique ;
Syndrome de défaillance multi-organique

KEYWORDS

Urinary bladder pressure;
Systemic

Résumé Les anomalies de la pression intra-abdominale ont suscité un vif intérêt dans la communauté du soin intensif, tant en médecine humaine que vétérinaire. L'hypertension intra-abdominale (ou élévation de la pression intra-abdominale) est associée à de graves conséquences systémiques et peut impacter sur la survie du patient. Lors d'élévation sévère de la pression intra-abdominale, le patient risque de développer un syndrome de compartiment abdominal. Cette revue de la littérature présente les définitions les plus récentes et revoit les bases physiopathologiques de ce désordre complexe. Les détails techniques de la mesure de la pression intra-abdominale sont également présentés. Enfin, la prise en charge du patient souffrant d'anomalies de la pression intra-abdominale est discutée.

© 2014 AFVAC. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Intra-abdominal pressure disturbances have gained a lot of interest in the field of critical care, whether in human or veterinary medicine. Intra-abdominal hypertension (elevation of the intra-abdominal pressure) is associated with several systemic complications and may impact outcome. When severe enough, the increase in intra-abdominal pressure can lead to abdominal compartment syndrome. This literature review presents the most recent definitions

[☆] Crédits de formation continue. La lecture de cet article ouvre droit à 0,05 CFC. La déclaration de lecture, individuelle et volontaire, est à effectuer auprès du CNVFCC (cf.sommaire).

Adresse e-mail : guillaume.hoareau@yahoo.fr

inflammation;
Multiple organ
dysfunction syndrome

as well as pathophysiology of this complex disorder. Technical details for the measurement of intra-abdominal pressure are also provided. Finally, patient management is discussed.
© 2014 AFVAC. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Pendant longtemps, les discussions portant sur les anomalies de la pression intra-abdominale (PIA) souffraient d'un manque de définitions universellement reconnues. La société internationale du syndrome de compartiment abdominal (World Society of the Abdominal Compartment Syndrome), fondée en 2004, a mis en avant une série de définitions ayant pour but, non seulement d'assister les cliniciens dans la prise en charge de patients atteints de modification de la PIA, mais aussi de faciliter la recherche de ce désordre. Ainsi, la PIA est définie comme la pression au sein de la cavité coelomique. Le terme hypertension intra-abdominale (HIA) est défini par une augmentation ponctuelle ou répétée de la PIA au-dessus de 12 mm Hg [1–3]. L'HIA peut être classée en fonction de sa sévérité d'après une grille proposée par le panel (Tableau 1). Un diagnostic de syndrome de compartiment abdominal (SCA) peut être émis chez tout patient présentant une PIA > 20 mm Hg et associé au développement d'une nouvelle défaillance ou insuffisance organique [1,2]. Les organes les plus vulnérables à une élévation marquée de la PIA sont les reins, le tractus digestif, le foie, les poumons et l'appareil cardiovasculaire. Le SCA peut être primaire (en cas de désordre intra-abdominal : hémorragie, distension gastrique, etc.) ou secondaire (en cas de désordre extra-abdominal : sepsis, brûlure, etc.) [1].

Mesure de la pression intra-abdominale

Il existe de nombreuses méthodes pour mesurer la PIA [1,4]. Il est possible d'utiliser une sonde vaginale ou rectale [5]. Il est aussi possible d'insérer un cathéter directement dans la

cavité coelomique. Ces techniques s'avèrent inconsistantes ou risquées. La méthode recommandée par la Société internationale du syndrome de compartiment abdominal utilise la pression intra-vésicale [2,3]. Cette technique repose sur le principe de la transmission de la PIA au travers de la paroi de la vessie et est communément reportée en médecine vétérinaire [6,7]. La description schématique du système de mesure de la PIA est décrite sur la Fig. 1. Une sonde urinaire (idéalement une sonde de Foley) est mise en place stérilement dans la vessie et reliée à un système de collection fermé. Un robinet à trois voies est interposé entre la sonde et la poche de collection. La vessie est vidée de son contenu puis remplie avec un volume standard de cristalloïde isotonique (0,5 à 1 mL/kg de NaCl 0,9%) afin de prévenir toute obstruction de l'ouverture de la sonde urinaire par la paroi de la vessie. Le patient est placé en décubitus latéral. Une colonne d'eau graduée est connectée au robinet à trois voies. Le « zéro » de la colonne d'eau est placé au niveau de la symphyse pelvienne du patient. Après ouverture du robinet à trois voies, la valeur à laquelle se stabilise la colonne d'eau correspond à la PIA en cm H₂O (rappel : 1 mm Hg = 1,36 cm H₂O).

Une étude réalisée chez des chiennes en bonne santé a montré une PIA de 2 à 8 cm H₂O avec une valeur de 5 cm H₂O en moyenne, après sédation et avant ovario-hystérectomie. Chez ces mêmes patients, la PIA allait de 0 à 15 cm H₂O pendant la période postopératoire sans conséquence clinique [7]. La PIA normale chez le chat sous sédation varie de 4 à 8 cm H₂O et de 6 à 11 cm H₂O chez le chat éveillé [6].

De nombreux facteurs peuvent influencer la valeur de la PIA (voir Tableau 2). En effet, tout processus pathologique ou intervention pharmacologique modifiant le tonus musculaire de la paroi abdominal peut modifier la valeur de la PIA. Il

Tableau 1 Classification de l'hypertension intra-abdominale et recommandations cliniques.

Grade	IAP (cm H ₂ O)	IAP (mm Hg)	Recommandation
I	16–20	12–15	S'assurer que le patient soit normovolémique Traiter la cause sous-jacente
II	21–27	16–20	Une ressuscitation intra-vasculaire peut s'avérer nécessaire Mettre en œuvre les outils diagnostiques pour identifier la cause sous-jacente Considérer une décompression chirurgicale
III	28–34	21–25	Une ressuscitation intra-vasculaire peut s'avérer nécessaire Mettre en œuvre les outils diagnostiques pour identifier la cause sous-jacente Considérer sérieusement une décompression chirurgicale
IV	> 34	> 25	Une décompression est nécessaire Options non invasives (paracentèse) ou invasives (chirurgicales) fortement recommandées

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2400947>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2400947>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)