



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Traumatisme abdominal mineur de l'enfant : protocole de prise en charge aux urgences

Blunt abdominal minor trauma in children: Guideline for management in emergency unit

C. Linard*, I. Germouty, C.-H. David, R. Pecquery, C. Le Rouzic-Dartoy, B. Fenoll, P. de Vries

Service de chirurgie pédiatrique, CHU Brest Morvan, 5, avenue Foch, 29609 Brest cedex, France

Reçu le 1^{er} août 2010 ; accepté le 18 octobre 2011

MOTS CLÉS

Traumatisme abdominal ;
Enfant ;
Protocoles

Résumé

Objectif. – Le but de notre travail est de rédiger un protocole de prise en charge des traumatismes abdominaux fermés de l'enfant aux urgences. En effet, bien que fréquents, ces traumatismes ne font l'objet d'aucun consensus de prise en charge aux urgences alors qu'ils peuvent être associés dans un certain nombre de cas à des lésions d'organes pleins.

Population et méthodes. – Ce protocole a été rédigé après analyse de la littérature et évaluation de nos pratiques professionnelles, évaluation réalisée grâce à une étude rétrospective des patients hospitalisés entre 2001 et 2006 pour lésions spléniques, hépatiques ou rénales et traités de façon conservatrice dans notre service de chirurgie pédiatrique.

Résultats. – Notre étude comporte 15 garçons et cinq filles (âge moyen de neuf ans et cinq mois). Dix d'entre eux présentaient une lésion splénique, quatre une lésion hépatique et six une lésion rénale. L'évaluation de nos pratiques professionnelles a montré une hétérogénéité de prescription des examens biologiques et radiologiques lors de la prise en charge aux urgences. Par ailleurs, l'étude de la littérature met en évidence l'importance du dosage initial de l'hématocrite, des transaminases et de la recherche d'une hématurie microscopique pour identifier les patients à risque de lésions des organes pleins et sur l'intérêt du scanner *low-dose* comme examen de référence.

Conclusion. – Un protocole a été rédigé à partir des recommandations citées dans la littérature et notre expérience clinique. Ce protocole devra secondairement être validé par une étude prospective.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : c.linard29@orange.fr (C. Linard).

KEYWORDS

Abdominal trauma;
Pediatrics;
Guidelines

Summary

Objective. – The aim of this study is to propose a management guideline for blunt abdominal trauma in paediatric population to develop our practice patterns.

Methods. – A study of the literature from the database Medline has been associated with a retrospective study of children admitted in the Pediatric Surgery Unit with the diagnosis of splenic, hepatic or renal injuries with non-operative management between 2001 and 2006.

Results. – Fifteen boys and five girls were treated in our institution for splenic (ten), hepatic (four) or renal (six) injuries. The mean age of these children was 9 years and 5 months. At the time of admission, laboratory blood tests (hematocrit, lipase, alanine transferase and aspartate aminotransferase) and urinalysis were not routinely performed. Thirteen patients underwent an ultrasound scan, four an ultrasound and a CT scan and three a CT scan. Analyses of the literature show a need for a management guideline at the time of admission. Screening laboratory test as hematocrit, aspartate aminotransferase/alanine transferase and urinalysis are recommended to identify patients with intra-abdominal injuries after blunt abdominal trauma.

Conclusion. – We propose a management guideline for the Emergency Unit. Clinical variables (hemodynamic instability, persistent abdominal pain and abdominal tenderness) and biological variables (increased liver enzymes and lipase levels, microscopic hematuria, low hematocrit level) help to identify high-risk patients with intra-abdominal injuries. These patients need specifically an abdominal computed tomography. A prospective study will determine the utility of the guideline to identify patients with splenic, hepatic or renal injuries after an abdominal blunt trauma.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les traumatismes fermés de l'abdomen chez l'enfant sont un motif fréquent de consultation dans les services d'urgences. Ces traumatismes peuvent avoir comme conséquence des lésions spléniques, hépatiques, rénales ou pancréatiques dans 10 à 40% des cas selon les séries [1]. Dans plus de 90% des cas chez l'enfant, le traitement sera conservateur sous couvert d'une stabilité hémodynamique et de l'absence de perforation des viscères creux [1–6]. Malgré la fréquence des traumatismes abdominaux chez l'enfant et leur association fréquente aux lésions viscérales, aucun consensus n'existe actuellement pour déterminer les outils diagnostiques utiles lors de l'admission aux urgences qui permettraient de dépister l'existence de lésions internes.

L'objectif de notre travail est de proposer un protocole de prise en charge des enfants consultant pour traumatisme abdominal fermé aux urgences afin de dépister de façon certaine ceux présentant des lésions viscérales tout en rationalisant l'utilisation des examens complémentaires.

Population et méthodes

Ce protocole a été rédigé à partir des recommandations publiées dans la littérature la plus récente et complété par une évaluation des pratiques professionnelles réalisée dans notre service de chirurgie pédiatrique. Cette évaluation a été réalisée à partir d'une étude rétrospective des patients hospitalisés entre 2001 et 2006 pour traumatisme splénique, hépatique ou rénal après passage par le service des urgences pédiatriques et n'ayant pas nécessité d'intervention chirurgicale.

La classification de l'American Association for the Surgery of Trauma (AAST) a été utilisée pour établir la gravité lésionnelle pour chaque organe (Tableaux 1–3).

Résultats

Vingt patients ont été hospitalisés entre 2001 et 2006 pour traumatisme splénique, rénal ou hépatique. Le sex-ratio était de 3/1 et l'âge moyen de neuf ans et cinq mois [42–158 mois]. Les mécanismes du traumatisme abdominal étaient variables, le plus fréquent étant l'impaction du guidon de vélo dans l'abdomen (six patients) (Tableau 4).

Neuf patients ont eu un traumatisme splénique, cinq un traumatisme rénal, quatre un traumatisme hépatique. Un patient présentait un épanchement péritonéal avec des anomalies biologiques hépatiques sans lésion viscérale visible à l'échographie initiale, un autre une atteinte splénique et rénale concomitante (Tableau 5).

Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique et d'une surveillance de l'hémodynamique. La numération formule sanguine (NFS) a été le seul examen sanguin prescrit à tous les patients. Le dosage des transaminases réalisées chez 13 patients était anormal chez dix d'entre eux (Tableau 6). Seize patients sur 20 présentaient des anomalies du bilan biologique sanguin (NFS et/ou transaminases sériques) ou une hématurie microscopique (Tableau 7). L'ensemble des examens biologiques réalisés aux urgences est consigné dans les Tableaux 6 et 7.

Les examens radiologiques de première intention ont été l'abdomen sans préparation (ASP) pour 13 patients et une radiographie pulmonaire de face pour six patients. Ces examens ont tous été interprétés comme normaux.

Les examens radiologiques à but diagnostique ont été l'échographie abdominopelvienne pour 17 patients, complétée par un scanner abdominopelvien pour quatre d'entre eux. Pour trois patients, le scanner a été le seul examen réalisé (Tableau 8).

Quinze patients ont été admis directement en hospitalisation conventionnelle de chirurgie pédiatrique. Cinq patients ont été initialement hospitalisés en unité

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3251622>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3251622>

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