



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Traumatismes spléniques et pancréatiques[☆]

Management of splenic and pancreatic trauma

E. Girard, J. Abba, N. Cristiano, M. Siebert,
S. Barbois, C. Létoublon, C. Arvieux*

Pôle digestif-DUNE, clinique universitaire de chirurgie digestive et de l'urgence, centre hospitalier universitaire A.-Michallon, BP 217, 38043 Grenoble cedex, France

MOTS CLÉS

Traumatisme rate ;
Traumatisme splénique ;
Splénectomie ;
Immunosuppression post-splénectomie ;
Infection post-splénectomie ;
Asplénie ;
Traitement conservateur de la rate ;
Embolisation splénique ;
Traumatisme pancréas ;
Diagnostic ;
Duodénum ;
Canal de Wirsung ;
Traitement non opératoire ;
Spléno pancréatectomie ;
Pseudokyste ;
Revue

Résumé La rate et le pancréas sont des organes exposés lors d'un traumatisme abdominal. La rate, du fait de sa fragilité et de son exposition immédiatement sous-costale, est plus souvent atteinte. L'atteinte du pancréas, qui est plus profond, est caractérisée par une discordance classique entre la sévérité de l'atteinte pancréatique et son expression clinique initiale. Chez le blessé d'emblée en état de choc hémorragique présentant un épanchement péritonéal important à l'échographie, il faut réaliser une laparotomie en extrême urgence « damage control », et si la rate est en cause, effectuer une splénectomie d'hémostase. Le pancréas lui-même est rarement directement responsable de l'hémorragie plutôt due à une atteinte d'un vaisseau de la région mais s'il existe une destruction de la partie pancréatique céphalique il est licite de réaliser une DPC en deux temps. À ventre ouvert chez le patient stabilisé, il est possible de réaliser une hémostase splénique et il faut rechercher au niveau pancréatique l'existence d'une rupture du Wirsung et/ou d'une éventuelle lésion duodénale associée. Les contusions pancréatiques sans rupture canalaire se traitent le plus souvent par drainage au contact, les lésions corporales ou caudales avec rupture du Wirsung par une résection du pancréas (spléno pancréatectomie ou pancréatectomie gauche), car ses suites sont simples. En cas de lésion pancréatique droite avec Wirsung rompu, on proposera le plus souvent un large drainage, car la duodéno pancréatectomie céphalique en urgence est un geste lourd aux mauvais résultats, la mise en place d'une prothèse par cathétérisme rétrograde endoscopique peut être décidée en postopératoire et la gestion d'une fistule pancréatique pure est souvent simple. Chez le blessé stable, le traitement non opératoire est la règle. Le bilan doit comporter, en plus de l'examen clinique et du bilan biologique classique, une tomographie abdominothoracique corps entier avec injection de produit de contraste qui permet de préciser l'ensemble des atteintes d'organes et de les grader. Dans ce contexte, le traitement non opératoire s'est peu à peu imposé à condition que le patient soit surveillé en milieu chirurgical, qu'il soit stable hémodynamiquement et qu'il ne soit pas suspecté d'atteinte d'organes creux. L'artériographie avec embolisation artérielle splénique s'est développée permettant d'augmenter le taux de

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2016.04.005>.

☆ Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : carvieux@chu-grenoble.fr (C. Arvieux).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jchirv.2016.04.003>

1878-786X/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

sauvetage de rate avec des indications électives (blush sur la TDM, pseudoanévrisme et FAV) et des indications à discuter (atteinte sévère, hémopéritoine abondant, polytraumatisme sévère). Pour l'atteinte pancréatique, il faut faire appel à la TDM, à la Wirsungo-IRM, voire à la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique pour rechercher la rupture canalaire. Si le Wirsung est intact, la surveillance est clinicobiologique et radiologique (TDM) comme pour la rate. Si le Wirsung est rompu, on peut discuter de la pose de prothèse par voie endoscopique. En cas d'échec, la décision peut être difficile : si l'option non opératoire peut être un succès, des complications difficiles à traiter peuvent survenir, alors que la résection gauche, plus mutilante au départ peut les éviter si elle est précocement décidée.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Splenic trauma;
Splenectomy;
Post-splenectomy immunosuppression;
Post-splenectomy infection;
Asplenia;
Conservative management of splenic trauma;
Splenic artery embolization;
Pancreatic trauma;
Diagnosis;
Duodenum;
Pancreatic duct;
Non-operative management;
Splenopancreatectomy;
Pseudocyst;
Review

Summary The spleen and pancreas are at risk for injury during abdominal trauma. The spleen is more commonly injured because of its fragile structure and its position immediately beneath the ribs. Injury to the more deeply placed pancreas is classically characterized by discordance between the severity of pancreatic injury and its initial clinical expression. For the patient who presents with hemorrhagic shock and ultrasound evidence of major hemoperitoneum, urgent "damage control" laparotomy is essential; if splenic injury is the cause, prompt "hemostatic" splenectomy should be performed. Direct pancreatic injury is rarely the cause of major hemorrhage unless a major neighboring vessel is injured, but if there is destruction of the pancreatic head, a two-stage pancreatoduodenectomy (PD) may be indicated. At open laparotomy when the patient's hemodynamic status can be stabilized, it may be possible to control splenic bleeding without splenectomy; it is always essential to search for injury to the pancreatic duct and/or the adjacent duodenum. Pancreatic contusion without ductal rupture is usually treated by drain placement adjacent to the injury; ductal injuries of the pancreatic body or tail are treated by resection (distal pancreatectomy with or without splenectomy), with generally benign consequences. For injuries of the pancreatic head with pancreatic duct disruption, wide drainage is usually performed because emergency PD is a complex gesture prone to poor results. Postoperatively, the placement of a ductal stent by endoscopic retrograde catheterization may be decided, while management of an isolated pancreatic fistula is often straightforward. Non-operative management is the rule for the trauma victim who is hemodynamically stable. In addition to the clinical examination and conventional laboratory tests, investigations should include an abdominothoracic CT scan with contrast injection, allowing identification of all traumatized organs and assessment of the severity of injury. In this context, non-operative management (NOM) has gradually become the standard as long as the patient remains hemodynamically stable and there is no suspicion of injury to hollow viscera, with the patient being carefully monitored on a surgical service. The development of arteriography with splenic artery embolization has increased the rate of splenic salvage; this can be performed electively based on specific indications (blush on CT, pseudoaneurysm, arteriovenous fistula), and may also be considered for severe splenic injury, abundant hemoperitoneum, or severe polytrauma. For pancreatic injury, in addition to CT scan, magnetic resonance pancreatography (MRCP) or even endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) may be necessary to identify a ductal rupture. If the pancreatic duct is intact, laboratory and CT imaging surveillance is performed just as for splenic injury. In case of pancreatic ductal injury, ERCP stenting can be considered. However, if this is unsuccessful, the therapeutic decision can be difficult: while NOM can still be successful, complications may arise that are difficult to treat while distal pancreatectomy, although initially more aggressive may avoid these complications if performed early.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'atteinte pancréatique ou splénique marque la sévérité d'un traumatisme abdominal.

La rate, organe encapsulé et fragile, est l'organe plein le plus souvent atteint dans les traumatismes fermés de l'abdomen [1] et son atteinte lors d'une contusion abdominale est une éventualité potentiellement grave. Les années 1950 ont été marquées par un essor de la splénectomie pour les traumatismes de rate car c'était un geste

salvateur qui a permis une diminution de la mortalité. On a observé ensuite une prise de conscience progressive du risque accru d'infections chez le splénectomisé, que ce soit un enfant [2] ou un adulte [3]. Depuis, le nombre de splénectomies pour traumatisme n'a cessé de décroître en faveur du traitement non opératoire [4,5] grâce à l'utilisation de méthodes de plus en plus précises d'exploration et de surveillance (Fig. 1). La maîtrise du traitement non opératoire initial comporte l'utilisation pertinente d'une éventuelle laparoscopie différée, la connaissance des méthodes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311587>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311587>

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