



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


STAFF PUBLIC

Une cause rare d'hémopéritoine traumatique

A rare cause of traumatic hemoperitoneum
E. Ragot*, A. Berger

Service de chirurgie digestive, générale et cancérologique, hôpital européen Georges-Pompidou, 20, rue Leblanc, 75908 Paris, France

Il s'agit d'un patient de 39 ans (seul antécédent migraine) qui a été amené aux urgences par le Samu un vendredi soir victime d'un accident de la voie publique, véhicule léger contre véhicule léger à haute cinétique. Il est conducteur ceinturé et sa désincarcération a nécessité une prise en charge d'une heure par les pompiers. À l'arrivée du Samu, le patient présente une hémodynamique stable avec une tension normale, une fréquence cardiaque à 80/min et un hémocue à 12 g/dL. Il présente au premier examen un abdomen sensible, une fracture de l'humérus droit et du fémur gauche. Au décours de la désincarcération et juste avant le transport hélicoptère vers notre centre, il présente une dégradation hémodynamique nécessitant une transfusion de deux culots globulaires et l'introduction de Noradrénaline. À l'arrivée dans notre centre, le patient présente un état de choc hémorragique avec une tension à 5/2 et une fréquence cardiaque à 104, un abdomen beaucoup plus tendu que lors de la prise en charge initiale. La fast-écho, réalisée en salle de réveil, montre un épanchement péritonéal abondant. Il est nécessaire d'effectuer un remplissage abondant et une transfusion de 4 culots globulaires, 4 PFC et des plaquettes qui permet une stabilisation hémodynamique afin d'emmener ce patient au scanner. Le bilan biologique que nous avons après la réalisation du scanner montre une anémie à 6 g/dL, un TP à 26 % et un bilan hépatique normal. Ci-joint le scanner abdominal avec un temps artériel (Fig. 1).

Docteur RAGOT : Que pensez-vous de la prise en charge initiale de ce patient ?

Docteur MABRUT : Le malade est stabilisé mais a été massivement rempli et transfusé avant le scanner.

Docteur ORTEGA : La première question que je me pose, est-ce que le malade devait aller au scanner ?

Docteur SAUVANET : S'il était allé directement au bloc, on ne pourrait pas en discuter aujourd'hui.

Docteur X : C'est important, le malade est massivement rempli mais il est stabilisé. Après cela dépend si le scanner est du côté de la réanimation ou du bloc, si cela prend un quart d'heure ou pas.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : emilia.ragot@aphp.fr (E. Ragot).

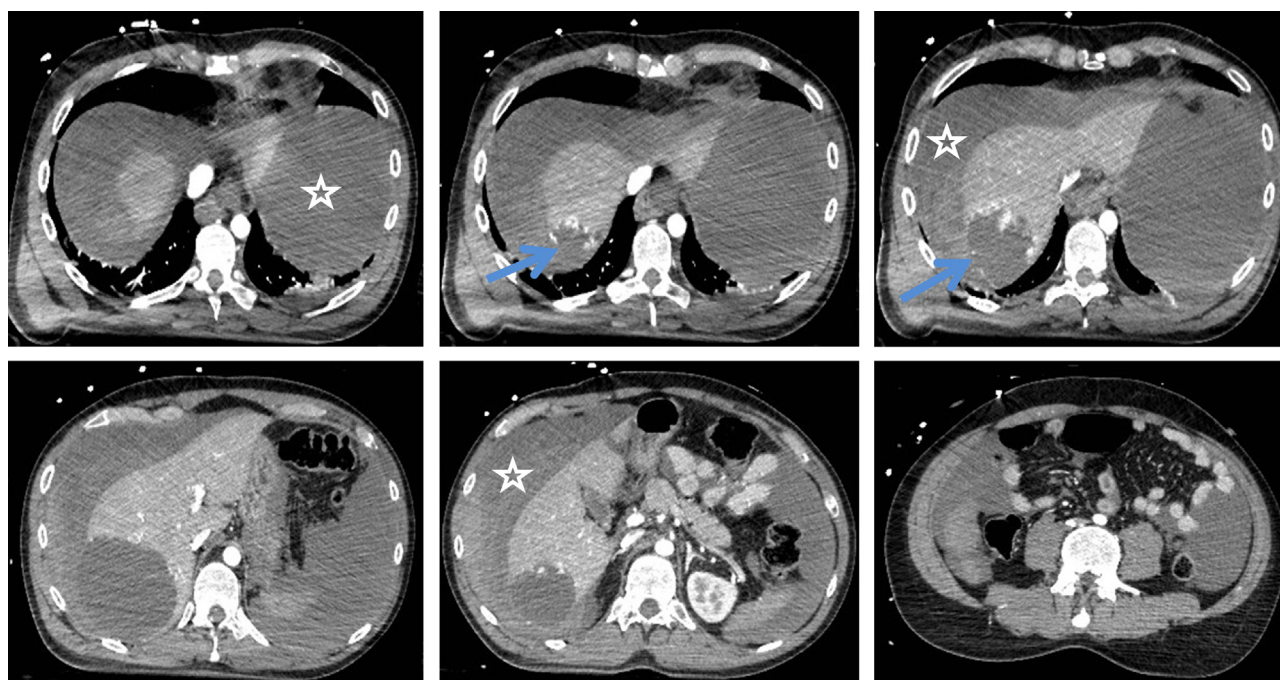


Figure 1. Scanner abdomino-pelvien au temps artériel : Hémopéritoine de grande abondance (étoile), lésion hépatique sous-jacente (flèche).

Docteur GOERE : Si le malade avait été instable, nous serions allés directement au bloc. À partir du moment où le malade est stable, nous discutons avec les réanimateurs et nous prenons une décision commune.

Docteur X : On est d'accord pour dire que si c'est un malade qui est stabilisé mais qui est instable et qui nécessite des doses d'amines importantes, il faut donc aller vite et ne pas perdre de temps. C'est un message important.

Docteur GOERE : Là, c'est en accord avec les réanimateurs, que nous l'emmenons au scanner.

Docteur RAGOT : Oui, il était assez stable pour aller au scanner. Voici le temps portal et temps tardif, quel diagnostic évoquez-vous ? (Fig. 2, 3).

Docteur SAUVANET : Cela ne ressemble pas à une fracture du foie droit habituelle, on a l'impression qu'il y a une lésion pré-existante du foie probablement hypervascularisée qui saigne et on se demande même s'il n'y a pas un peu de rehaussement qui apparaît en périphérie au fur et à mesure que le temps passe.

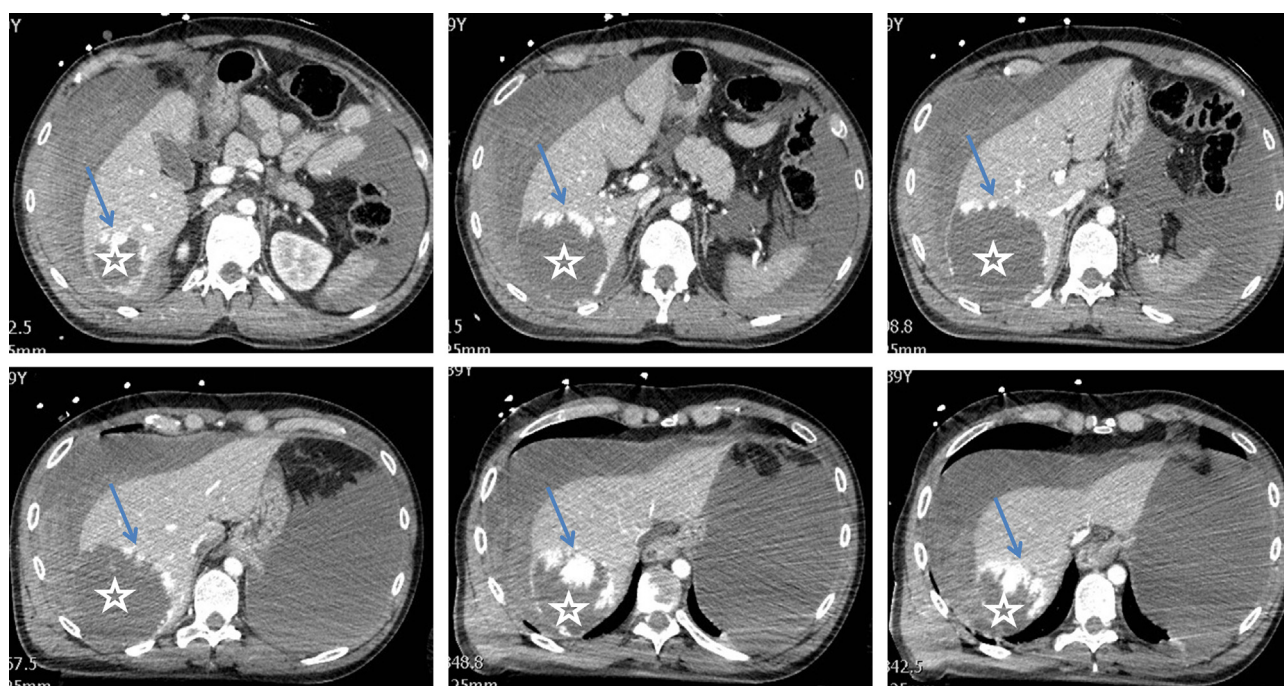


Figure 2. Scanner abdomino-pelvien au temps portal : (étoile) lésion hépatique sous-jacente présentant un rehaussement périphérique en motte (flèche).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5660245>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5660245>

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