



FORMATION MÉDICALE CONTINUE : LE POINT SUR...

Traumatisme du pelvis et urgences vasculaires[☆]



U. Scemama^{*}, A. Dabadie, A. Varoquaux, J. Soussan, C. Gaudon, G. Louis, K. Chaumoître, V. Vidal

Service d'imagerie médicale diagnostique et interventionnelle, hôpital La Timone, 264, rue Saint-Pierre, 13005 Marseille, France

MOTS CLÉS

Bassin ;
Pelvis ;
Polytraumatisme ;
Embolisation

Résumé Les traumatismes de l'anneau pelvien sont responsables d'une mortalité élevée, et l'exsanguination en est la principale cause dans les 24 premières heures. La prise en charge du blessé s'intègre dans une stratégie de *damage control*, multidisciplinaire. Le patient instable doit bénéficier sans délai d'une hémostase instrumentale, dont l'artério-embolisation constitue un moyen efficace, justifiant sa disponibilité permanente dans les *trauma-centers* de niveau 1. Le patient stable pourra bénéficier après un bilan lésionnel au moyen de la tomodensitométrie d'une artério-embolisation s'il existe un saignement actif artériel ou une lésion vasculaire. Les modalités d'embolisation (sélective ou non sélective) et les agents d'embolisation utilisés dépendent de l'état hémodynamique du patient et du bilan lésionnel s'il a pu être effectué. © 2015 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2015.05.004>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ugo.scemama@ap-hm.fr (U. Scemama).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jradio.2015.06.003>

2211-5706/© 2015 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Généralités

Épidémiologie des traumatismes du pelvis

Les traumatismes sont à l'origine de 10 % des décès dans le monde [1]. Ils constituent la première cause de mortalité chez les personnes de 5 à 44 ans [2] et sont 2,4 fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

Les traumatismes du pelvis sont, dans 80 % des cas, la conséquence d'accidents de la route (50 % de voiture, 20 % de 2 roues et 30 % de piéton), dans 10 % de chutes, dans 8 % d'écrasements et dans 2 % d'autres causes. Neuf patients sur 10 ont une lésion extrapelvienne associée [3].

La mortalité des traumatismes de l'anneau pelvien peut être imputable à l'exsanguination d'origine pelvienne, aux lésions traumatiques associées [4,5] ou aux complications du traumatisme et de la réanimation (syndrome de détresse respiratoire aiguë, défaillance multiviscérale, sepsis) [6].

Lorsque la mortalité est directement liée au traumatisme de l'anneau pelvien, elle est d'autant plus élevée (25 %) que la fracture est instable [7] et que l'état hémodynamique initial est également instable (30 à 45 %) [8].

Exsanguination lors des traumatismes pelviens

L'exsanguination par saignement massif, défini par la perte d'un volume sanguin corporel en 24 heures ou d'un demi-volume sanguin en 3 heures, constitue la première cause de mortalité dans les 24 premières heures (30 à 40 %) [9].

Plusieurs facteurs favorisent la survenue d'un saignement massif. Ils sont liés au traumatisme (sites et nombre de saignements ou de lésions vasculaires), aux conséquences du traumatisme (coagulopathie par consommation, hypothermie et acidose) et au patient (comorbidités, traitements antiagrégants plaquettaires et/ou anticoagulants et possibilité ou non de les arrêter) [10].

L'exsanguination est la conséquence de lésions vasculaires et résulte majoritairement d'un saignement osseux lors de déplacements fracturaires ou d'un saignement veineux par lésion du plexus veineux pré-sacré (traumatisme direct par un fragment osseux ou traumatisme indirect par cisaillement).

Dans 10 à 20 % des cas, et jusqu'à 60 % des cas lorsqu'il existe une instabilité hémodynamique, un saignement artériel est présent [11–15]. Les veines étant plus fragiles que les artères, lorsqu'il existe un saignement artériel, un saignement veineux est toujours associé [16,17].

Contrairement aux études sur sujets sains, dans les traumatismes instables de l'anneau pelvien, le rétropéritoine ne permet pas l'auto-tamponnade et l'arrêt des saignements osseux et veineux, qui peuvent ainsi conduire à une exsanguination en l'absence d'hémostase instrumentale.

Les saignements artériels dépassent les capacités de tamponnade de l'espace rétropéritonéal et conduisent à une exsanguination en l'absence d'hémostase instrumentale [18,19].

Classifications des traumatismes pelviens

Les classifications des traumatismes de l'anneau pelvien les plus fréquemment utilisées, celles de Young-Burgess [20] et de Tile [21], guident la prise en charge chirurgicale en

termes de stabilisation de l'anneau pelvien, en utilisant le mécanisme lésionnel et la stabilité du traumatisme. On distingue ainsi les fractures en compression antépostérieure, responsables d'une ouverture de l'anneau comme un livre ouvert, les fractures en compression latérale, responsables d'une fermeture de l'anneau, les instabilités verticales et les mécanismes combinés.

Mais elles ne permettent pas d'établir une corrélation entre le type de fracture et la nécessité d'une hémostase instrumentale, quelle qu'en soit la technique. Certains auteurs rapportent cependant un lien entre la stabilité de l'anneau pelvien (quel que soit le mécanisme fracturaire) et l'identification d'un saignement actif artériel [14,22–24].

Prise en charge initiale du traumatisé de l'anneau pelvien

L'état hémodynamique initial conditionne la prise en charge et distingue trois catégories de patients [25] (Fig. 1) :

- catégorie 1 : les patients avec instabilité hémodynamique par choc hémorragique, c'est-à-dire avec un syndrome hémorragique ne répondant pas au remplissage vasculaire (persistance d'une tension artérielle inférieure à 90 mmHg et/ou d'une tachycardie supérieure à 120 bpm) ;
- catégorie 2 : les patients avec syndrome hémorragique répondant au remplissage vasculaire et restant dépendants de celui-ci ;
- catégorie 3 : les patients avec syndrome hémorragique stabilisés par un remplissage vasculaire ou sans syndrome hémorragique.

Patient avec instabilité hémodynamique (catégorie 1)

Le délai nécessaire au contrôle de l'hémorragie influence directement la mortalité [26,27].

Un patient présentant un choc hémorragique et une source de saignement identifiée (saignement extériorisé) doit bénéficier sans délai d'un contrôle instrumental du saignement.

Un patient présentant un choc hémorragique sans source de saignement identifiée doit bénéficier d'un bilan lésionnel par Focused Abdominal Sonography in Trauma (FAST) et d'une radiographie du thorax et du bassin en salle de déchocage.

Un épanchement péritonéal significatif en FAST indique une laparotomie d'hémostase sans délai.

L'absence d'épanchement péritonéal significatif en FAST et la présence d'un traumatisme de l'anneau pelvien indiquent une hémostase instrumentale du saignement présumé pelvien sans délai.

En première intention, l'hémostase instrumentale doit cibler les saignements osseux et veineux par stabilisation temporaire de l'anneau pelvien. Elle est permise par des moyens divers (fixation externe, C-Clamp pelvien, sangle de compression pelvienne, drapage pelvien) et doit être réalisée en salle de déchocage.

La persistance d'une instabilité hémodynamique après stabilisation temporaire de l'anneau pelvien indique une hémostase instrumentale de sauvetage, soit par un packing

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663306>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663306>

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