

Recommandations SFAR SFMU 2019

Prise en charge du traumatisme abdominal grave de l'adulte : les 48 premières heures

l'essentiel :
Benoit ROMAIN

*documents complets
à télécharger ici :*

	RFE Urgence Trauma Abdominal 1 fichiers 521.77 KB
	RFE Trauma abdominal - Fiche de synthèse 1 fichiers 1.60 MB



Epidémiologie

- Les traumatismes abdominaux graves de l'adulte représentent environ **15-20% des lésions observées en traumatologie**, et sont associés à une mortalité élevée, de l'ordre de 20%
- La cause de décès la plus fréquente des patients qui décèdent précocement après traumatisme grave est l'**hémorragie** (>80% des cas)

Critères de Vittel

Traumatisme abdominal grave

Au moins 1 critère:

Examen initial du patient	Glasgow < 13 SaO ₂ < 90% Pression artérielle systolique < 90 mmHg
Circonstances de l'accident	Victime éjectée – projetée - écrasée Décès dans l'accident Chute > 6m – explosions - blast
Prise en charge préhospitalière	Ventilation assistée Remplissage > 1000 mL Catécholamines
Lésions observées ou suspectées	Trauma pénétrant – volet thoracique – trauma bassin Amputation de membre – ischémie aiguë de membre Brûlure – suspicion de lésion médullaire
Caractéristiques du patient	Age > 65 ans Grossesse au 2ème et 3ème trimestre Tares associées

Imagerie

FAST écho

1. En cas de suspicion de traumatisme abdominal, il est recommandé d'utiliser l'échographie de type FAST en intra-hospitalier pour: (i) **affirmer la présence d'un épanchement intra-péritonéal lorsqu'elle est positive** ; (ii) **éliminer un hémopéritoine supérieur à 500 mL lorsqu'elle est négative**.
2. En cas de suspicion de traumatisme abdominal, il **n'est pas recommandé** d'utiliser l'échographie de type FAST en pré-ou intrahospitalier pour (i) **éliminer une lésion d'organe**; (ii) **affirmer ou éliminer la présence d'un épanchement rétropéritonéal**.

Imagerie

Place du scanner

3. En cas de suspicion de traumatisme abdominal, il est **recommandé de réaliser un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection** de produit de contraste pour faire le diagnostic des lésions abdominales traumatiques
4. En cas de **traumatisme abdominal associé à un épanchement intra-abdominal abondant**, les experts suggèrent de réaliser une **laparotomie sans délai lorsque l'état hémodynamique après réanimation initiale du patient n'est pas compatible avec la réalisation d'un scanner injecté.**

Chirurgie

Damage control

5. Lorsqu'une laparotomie est réalisée après un traumatisme abdominal fermé ou ouvert chez les patients **en état de choc**, il est probablement recommandé d'effectuer une **stratégie de type damage control** afin de diminuer la mortalité
6. En cas de **doute sur le caractère pénétrant** du traumatisme abdominal, il est probablement recommandé de réaliser, **après l'imagerie initiale**, une **cœlioscopie diagnostique** afin de **rechercher une effraction péritonéale en l'absence de signe de péritonite ou d'éviscération**

Chirurgie

Place de la chirurgie

7. En cas de **traumatisme abdominal fermé grave sans état de choc**, les experts suggèrent d'envisager une **voie coelioscopique diagnostique et/ou thérapeutique** afin de diminuer la morbidité, dans les cas suivants:

- (i) à la **phase aigüe, lorsque l'imagerie fait suspecter une lésion diaphragmatique et/ou d'organe creux** et
- (ii) **à distance, en complément du traitement non-opératoire (TNO).**

Chirurgie

Place du traitement non opératoire

8. En l'absence d'hémorragie intra-abdominale active et/ou de perforation digestive d'origine traumatique, il est probablement recommandé de réaliser un traitement non-opératoire afin de réduire la morbi-mortalité.
9. En présence d'une hémorragie intra-abdominale active diagnostiquée, il est probablement recommandé d'envisager, après concertation multidisciplinaire, une angio-embolisation hémostatique en urgence afin de réduire la morbi-mortalité.

Surveillance d'un traumatisme abdominal grave

10. Chez les patients à risque d'hyperpression abdominale après un traumatisme abdominal grave, il est probablement **recommandé de surveiller la pression intra-abdominale** en unité soins critiques afin de dépister précocement un syndrome du compartiment abdominal.

11. **En cas de lésion abdominale grave traitée par TNO**, les experts suggèrent une hospitalisation pour **surveillance clinico-biologique pendant une durée minimale de 3 à 5 jours**, dans une unité de **soins critiques au moins les 24 premières heures**, puis dans un service de chirurgie. La possibilité d'accès à un plateau médico-technique complet est nécessaire.

Surveillance d'un traumatisme abdominal grave

12. **En cas de lésion abdominale grave traitée par TNO**, les experts suggèrent de réaliser un **scanner abdominopelvien injecté de contrôle** (à 48h) en cas de lésion abdominale à risque et/ou lorsqu'une complication infectieuse, hémorragique est suspectée **avant la sortie d'hospitalisation**