

ARTICLE ORIGINAL

STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES SPLENIQUES AU CHU SYLVANUS OLYMPIO

STRATEGY MANAGEMENT OF SPLENIC TRAUMA IN CHU SYLVANUS OLYMPIO

AK AMAVI¹, K ADABRA¹, K KANASSOUA², F ALASSANI³, DM SAMBIANI⁴; ED DOSSEH⁴

Centre Hospitalier Universitaire SylvanusOlympio. BP 57 Tokoin - Lomé- TOGO

1: Clinique médico chirurgicale ;

2: Urgence Chirurgicale

3: Chirurgie viscérale A

4:Chirurgie Viscérale B

RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent les orientations thérapeutiques des lésions spléniques traumatiques à propos de 26 dossiers collectés, des données rétrospectives en milieu médical peu équipé. L'échographie et la radiographie étaient les moyens d'imagerie.

Résultats: l'âge moyen des patients était de 28,38 ans. Douze patients admis dans un état hémodynamique stable, avaient bénéficié d'un traitement non opératoire (TNO). Il y avait 10 cas de succès et 02 cas d'échecs thérapeutiques secondairement opérés. Douze patients ont été opérés dont 7 chirurgies conservatrices et 5 splénectomies totales. L'évolution était favorable chez 20 malades. Nous avons enregistré 6 cas de décès dont 4 cas en pré opératoire et 2 cas en post opératoires.

Conclusion : la sélection des malades est nécessaire pour bien orienter la prise des traumatismes de la rate. Le TNO est possible en milieu peu équipé. L'introduction de la TDM dans la prise en charge et une bonne réanimation peut aider à réduire le taux du traitement chirurgical.

Mots-clés: rate traumatique – splénectomie - traitement non opératoire

SUMMARY

The authors reported the management of traumatic splenic injuries about 26 patients by retrospective data collection in medical settings poorly equipped. Ultrasound and X-ray were the imaging means.

Results: The mean age of patients was 28.38 years. Twelve patients had hemodynamic stable and received nonoperative management (NM). There were 10 cases of success and 02 cases failure secondary surgery. Twelve patients were treated with conservative surgery (07 cases) and Total splenectomy were performed in 05 cases. The outcome was favorable in 20 patients. We recorded 6 deaths including 04 cases in pre-operative and 02 cases in post-operative period.

Conclusion: The selection of patients is needed to properly oriented decision trauma of the spleen. NM is possible in mid medical poorly equipped. The introduction of CT scan in the management and proper resuscitation may help reduce the rate of surgical treatment.

keywords: trauma spleen – splenectomy – non operative management

Tirés à part

Dr AMAVI Ayi Kossigan Adodossi

Assistant chef de Clinique

Service de chirurgie générale

CHU Sylvanus Olympio

Tel: 00228 90166251

E-mail: k_amavi@hotmail.com

INTRODUCTION

Les lésions spléniques sont fréquentes au cours des traumatismes de l'abdomen. La prise en charge de ces patients débute par leur ramassage et leur transfert en unité de soins spécialisée. Le bilan lésionnel initial conditionne l'orientation thérapeutique. Celle-ci a été profondément modifiée au cours de ces dernières années grâce aux scanners multidétecteurs qui permettent un diagnostic lésionnel rapide et précis, orientant le traitement vers une attitude chirurgicale ou conservatrice, couplée à un éventuelle geste d'embolisation [1]. Ce travail rapporte nos orientations thérapeutiques vis-à-vis des lésions spléniques traumatiques en milieu médical peu équipé.

PATIENTS ET MÉTHODES

Nous avons entrepris une étude rétrospective descriptive sur 26 dossiers de patients qui ont présenté un traumatisme de la rate et pris en charge entre janvier 2001 à décembre 2010 (10 ans) dans les services de chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé (CHU-SO). Les données analysées incluaient l'âge, le sexe, le délai d'admission, les circonstances de survenue, le motif d'admission ; et l'état hémodynamique à l'admission. L'échographie a permis de classer les lésions en 4 grades selon MOORE [2]. La TDM n'était pas disponible. La prise en charge thérapeutique et l'évolution immédiate ont été relevées. Les patients ont été répartis en deux groupes selon le type de traitement reçu :

- le groupe I : représentait les patients qui ont bénéficié d'un traitement médical seul sur la base d'un état hémodynamique initialement stable. Le traitement non opératoire (TNO) consistait à hospitaliser en unité de soins intensifs. L'apport de soluté et de produits sanguins était jugé sur les éléments cliniques, et de la biologie (taux d'hémoglobine et la numération des plaquettes). Un hémopéritoine d'abondance minime était noté à l'échographie. Nous avons institué une surveillance clinique horaire pendant les 72 premières heures basée sur l'état général, la conscience, la fréquence respiratoire, le pouls et les bruits de cœur, les chiffres de la tension artérielle, la diurèse et l'aspect de l'abdomen. La surveillance biologique était basée sur un taux d'hémoglobine régulier et le taux des plaquettes tous les 03 jours au cours de la première semaine. Un contrôle échographique est réalisé entre le 5ème et le 7ème jour. Le scanner n'était pas disponible au CHU.

- Le groupe II représentait ceux ayant bénéficié de la chirurgie initiale ou après échec du TNO. Un état clinique instable ou l'hémopéritoine de moyenne ou grande abondance mentionnée à l'échographie était pris en compte. Le traitement chirurgical consistait en une laparotomie avec évaluation des lésions viscérales.

La chirurgie de la rate traumatique consistait soit à une conservation splénique, soit une splénectomie partielle ou totale avec le suivi nécessaire. Les lésions associées bénéficiaient d'une prise en charge concomitante ou différée selon le cas. En cas de splénectomie totale, le patient et sa famille ont été informés du risque infectieux. Le patient est mis sous l'antibioprophylaxie à base d'amoxicilline 500 mg deux fois par jour pour 02 ans et la vaccination anti-pneumococcique, anti-Haemophilus et anti-méningocoque C est réalisée à partir de 30 jours post-opératoire.

Les données recueillies ont été traitées dans le logiciel Epi Info version 3.3.

RÉSULTATS

Situation Clinique

Vingt-six patients dont 16 hommes et 10 femmes, ont été retenus sur 83 dossiers des traumatisés de l'abdomen. L'âge moyen était de 28,38 ans (extrêmes : 7ans et 51 ans); 11 patients étaient dans la tranche d'âge 20 à 40 ans. Le délai d'admission des malades avant 02 heures, entre 12 heures et 24 h ; et après 24 heures, était respectivement 20 cas, 2 cas et 4 cas. Les circonstances de survenue étaient les accidents de la voie publique (17 cas), des coups et blessures volontaires (5 cas), l'accident de sport (3 cas) et l'accident domestique (1 cas). La douleur abdominale était le premier motif d'admission. Au plan hémodynamique, 14 patients étaient stables, 11 cas de choc hypovolémique et un malade comateux instable avec un Glasgow à 11/15. Les lésions spléniques rencontrées à l'échographie ont été résumées dans le tableau n°1. Parmi les lésions associées, nous avons identifié 03 lésions intra-péritonéales (respectivement 2 cas de lésions hépatiques, 1 cas de lésion rénale gauche) et 19 lésions extra-péritonéales (respectivement 7 cas fractures des côtes basses) ; 6 fractures des membres, 4 Traumatismes crânio-encéphaliques, et 2 lésions pleuro-pulmonaires). La radiographie de l'abdomen sans préparation associée à une radiographie du thorax au besoin, réalisée chez 11 patients, a montré une grisaille diffuse avec des fractures étagées des côtes basses gauches unifocales ou bifocales et un hémithorax chez 2 patients.

2- Résultats thérapeutiques

Sur 14 cas avec un état hémodynamique stable, 12 patients ont été orientés initialement pour un TNO. Nous avons enregistré 10 cas de succès et 02 cas d'échecs marqués par une chute des chiffres de la tension artérielle en dessous de 10 cm de Hg de la systolique avec différentielle pincée, une pâleur conjonctivale, une agitation liée à l'exacerbation de la douleur abdominale, la sueur profuse et un pouls accéléré. Ces deux malades furent secondairement opérés. Les lésions étaient classées stade I à

l'échographie. Il y avait 02 patients hémodynamiques stables avec des lésions classées grade 2 (1cas) ; grade 3(1cas) et un hémopéritoine modéré ; orientés à la chirurgie. Nous avons enregistré 04 décès pré-opératoires par choc hémodynamique et lésions associées. Douze laparotomies médianes ont été réalisées. Il s'était agi d'une lésion stade I (5cas) ; stade II (5cas) et III ou IV (2 cas). Le geste chirurgicale était une conservation splénique dans 7cas (2 cas de splénothrombose +/- tamponnement péri-splénique et 5 cas de splénectomie partielle) et une splénectomie totale dans 5 cas. La morbidité était marquée par 02 cas de séromes. Nous avons noté 10 cas d'évolution favorable et 02 décès en post-opératoires chez deux splénectomies totales, dont une d'origine hépatique probable et l'autre chez un des patients avec hémothorax. Note attitude thérapeutique a été favorable pour 20 patients. La mortalité en fonction du grade lésionnel à l'échographie est mentionnée dans le tableau N°1

Tableau 1 : résultats de l'échographie et la mortalité en fonction du grade lésionnel

	Nombre	Mortalité	Observation
Lésion de grade I	13	0	
Lésion de grade II	8	3	Décès pré-opératoire (3)
Lésion de grade III	3	2	Décès pré (1) / post (1) opératoire
Lésion de grade IV	2	1	Décès post-opératoire (1)

DISCUSSION

Les lésions spléniques occupent le 1er rang des lésions viscérales au cours des traumatismes de l'abdomen [3,4]. Elles touchent les patients jeunes, d'âge moyen entre 22 à 36 ans avec une prédominance masculine [4-7]. Notre fréquence hospitalière est entre 31,32% (notre étude) et 34,4% celui rapporté par ATTIPOU [4]. Avec le nombre sans cesse croissant des accidents de circulation (taxi moto « Zémidjan », la mauvaise conduite), première cause des traumatismes spléniques, notre série de 26 dossiers en 10 ans, est vraiment sous-estimée. Les biais sont en rapport direct avec la collecte des données rétrospectives et les structures privées installées sur place.

La prise en charge des lésions spléniques repose sur un souci permanent de diminuer la morbidité sans compromettre le pronostic vital. Ce concept a fait naître deux options thérapeutiques : la chirurgie versus le traitement non opératoire. Dans notre série, le TNO et la chirurgie ont chacun donné 50% de résultats satisfaisants.

Jusqu'en 1970, un traumatisme splénique rendait nécessaire la splénectomie. Le taux de la chirurgie était relativement élevé 65 à 95% [8,9]. Il était de 43% à Genève [7], 22% à Casablanca [6] et 11% au Canada [9]. Cette disparité peut être liée aux moyens de prise en charge initiale directement en rapport avec le plateau technique. Dans notre série ; le taux de la chirurgie est de 46%. La conservation splénique (CS) était de 58% contre 42% de splénectomie totale. Nous n'avons pas noté d'échec pour la CS. Ce sont des lésions stades I ou II, parfois ne saignant pas au moment de la laparotomie. Ces patients auraient pu bénéficier d'une TDM après stabilisation de l'état hémodynamique. Après précision des lésions à la TDM, la décision thérapeutique aurait été plus judicieuse et le taux de la chirurgie pourrait se voir ainsi abaissé. Les difficultés sur la disponibilité des produits sanguins et nos limites d'explorations (échographie seule), nous ont obligé à adopter une attitude opératoire devant l'abondance de l'hémopéritoine et le stade de la lésion splénique même en situation hémodynamique stable. Cette attitude rejoint celle de certains auteurs [7]. Pour eux, le grade élevé de la lésion splénique et une quantité importante d'hémopéritoine étaient associées à une prise en charge chirurgicale d'emblée. La TDM avait aussi une grande valeur décisionnelle [7].

Lors de la laparotomie, bon nombre de lésions spléniques ont cessé de saigner, argument en faveur de la chirurgie conservatrice et du développement de l'abstention chirurgicale [10]. Le traitement non opératoire est devenu une méthode thérapeutique à part entière pour les lésions spléniques avec un état hémodynamique stable. Actuellement, le taux du TNO est passé entre 60 à 85% [10]. Le taux de succès moyen de l'attitude TNO est désormais de 80 à 90% [11,12]. Dans notre série, le TNO est de 46,15% et l'évolution était favorable chez 83,33%. Ce faible taux du TNO pourrait s'expliquer par une défaillance en moyens humains, matériel et surtout financier. Les familles des patients sont obligées d'honorer de leur poche les différents examens et produits nécessaires pour la réanimation. En cas d'échec du TNO, certains patients se retrouvent dans l'incapacité d'honorer l'ordonnance opératoire pour la chirurgie. Le développement actuel du système d'assurance maladie dans notre pays, pourrait aider partiellement à régler ce problème financier. Dans les pays organisés et nantis, Le taux du TNO est passé de 91 à 98% [13,14] avec le recours à l'embolisation artérielle splénique facilement disponible dans les centres les mieux équipés. Whal et al [13] sur une série de 164 cas, ont réalisé 24 embolisations dont 3 cas après reprise hémorragique. Ce qui a permis d'obtenir un succès de TNO à 98%. Wei et al [15] dans une série de 317 cas, ont pu diminuer le taux de la chirurgie de 16% grâce au recours à l'embolisation. Le taux de succès dans notre

érie (83,33%), bien qu'il soit inférieur à celui des centres mieux équipés ; justifie que le TNO est possible en milieu sous équipé, à condition de bien sélectionner les malades, d'instituer une surveillance clinique et paraclinique rigoureuse. La disponibilité de l'équipe de réanimateurs et des produits sanguins est une condition non négligeable. Le malade et son entourage doivent être informés de la procédure instituée et ses modalités évolutives. L'introduction de la TDM en 2010 au sein de notre institution peut être aussi un grand apport pour la précision des lésions chez les patients hémodynamiques stables.

La précocité et La qualité de la prise en charge des lésions traumatiques de la rate, conditionnent la survie des malades. Les conditions de ramassage du blessé, le retard d'admission et/ou le retard du transfert en salle d'opération sont en effet les causes identifiées pour les 04 décès « évitables » en pré opératoires. Il s'y ajoute

les manques de ressources humaines et matériels en milieu médical défavorisé chez nos 02 décès post opératoires. L'amélioration de ces conditions de prise en charge permettrait d'obtenir un meilleur taux de succès et de survie dans la prise en charge des traumatisés de la rate.

CONCLUSION

Les lésions spléniques au cours des traumatismes de la rate sont souvent secondaires à des accidents de circulation. Notre stratégie thérapeutique s'apparente à celle des données de la littérature avec une bonne sélection des malades pour un TNO en milieu médical peu équipé. L'introduction de la TDM et une bonne réanimation peut aider à améliorer la sélection des malades et à faire baisser le taux de la chirurgie.

RÉFÉRENCES

- 1- Ridereau-Zins C., Lebigot J., Bouhours G., Casa C., Aubé C. Traumatisme abdominal : les lésions élémentaires. J Radiol 2008;89:1812-32
- 2- Moore EE, Cogbill TH, Jurkovich GJ, et al. Organ injury scaling: spleen and liver (1994 revision). J Trauma 1995 ; 38 : 323-4
- 3- Bikandou G, Tsimba-Tsonda A, Boukinda F, Nganga JL, Bemba A, Massengo R. aspects épidémiologiques et diagnostiques des traumatismes de la rate au CHU de Brazzaville (A propos de 70 cas). Médecine d'Afrique Noire 1996;43:208-12.
- 4- Attipou K., Gnassingbe K., Doleagbenou K. A., Tchangai B. Traumatisme de l'abdomen au centre hospitalier universitaire Tokoin de Lomé. <http://revues.temps.bj.refer.org/index.php/BM/article/view/124>
- 5- Masso-Misse P., Essomba A., Fowo S.N., Takongmo S., Sosso M.A. Les traumatismes de la rate. Orientations thérapeutiques en milieu africain. Médecine d'Afrique Noire 1998, 45 :642-46
- 6- Benissa , Boufettal R., Kadiri Y., Lefriyekh M.R., Kafih M., Fadil A., Zerouali N.O. Traitement non-opératoire des traumatismes fermés de la rate chez l'adulte. J chir 2008;145 : 556-60
- 7- Gonzalez, Bucher P., Ris F., Anderegg E., Morel P. Traumatisme de la rate: facteurs prédictifs d'échec du traitement non-opératoire. J chir 2008;145:561-67
- 8- Bain I.M., Kirby R.M. 10 years experiences of splenic injury: an increasing place for conservative management

after blunt trauma. Injury 1998;29:177-182

9- Marvin H., Chethan S., De Mestral C., Langer J.C., Gomez D., Nathens A. B. Population-based analysis of blunt splenic injury management in children: operative rate is an informative quality of care indicator. Injury(2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2013.12.006>

10- Goan Y.I, Huang M.S.M., Lin J.M.. Non operative management for extensive hepatic and splenic injuries with significant hemoperitoneum in adults. J Trauma 1998;45:360-65.

11- Morrel D.G., Chang F.C., Helmer S.D. Changing trends in the management of splenic injury. Am J Surg 1995; 170:686-690

12- Cadeddu M., Garnett A., Al-Anezi K., Farrokhyar F. Management of spleen injuries in adult trauma population: a ten year experience. J Can Chir 2006 ;49:386-390

13- Whal W.L., Ahrns K.S., Chen S., Hemmila M.R., Rowe S.A., Arbabi S. Blunt splenic injury: operation versus angiographic embolization. Surg 2004;136 :891-899.

14- Brugère C., Arvieux C., Dubuisson V., et al. L'embolisation précoce dans le traitement non opératoire des traumatismes fermés de la rate. Etude rétrospectives multicentrique. J chir 2008;145:126-132.

15- Wei B., Hemmila M.R., Arbabi S., Taheri P.A., Whal W.L. Angioembolization reduces operative intervention for blunt splenic injury. J Trauma. 2008;64:1472-1477.