



TRAUMA SPLENIQUE

un diagnostic à évoquer... par principe

Introduction

Les traumatismes abdominaux fermés sont principalement dus à des accidents de la voie publique, des chutes ou des coups sur l'abdomen. Compte tenu du mécanisme, d'autres traumatismes (crânien, thoracique, bassin) sont fréquemment associés ce qui peut rendre le diagnostic de ces lésions abdominales plus difficile car moins « tape à l'œil ». La lésion abdominale la plus fréquente est celle de la rate.

Alarme SMUR secondaire, 19h21 : accident de la circulation

Sur site : les ambulanciers nous expliquent qu'un cycliste a été renversé par une voiture avec une haute énergie (ce qui est confirmé par l'état du vélo). Le patient est déjà stabilisé (minerve, ceinture pelvienne, sangle araignée). En dehors de multiples dépressions le seul élément suspect lors de l'ABC est une douleur à la palpation de la base du thorax, flanc gauche.... Les paramètres hémodynamiques initiaux : 120/90mmHg, puls 71/min et SaO2 initiale (AA) à 95% pour une FR de 16/min

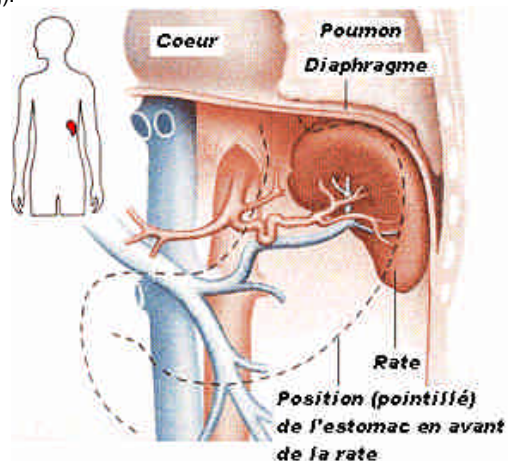
A ce stade : Une erreur à ne pas commettre : considérer le patient comme stable et une mesure à prendre : anticiper en fonction de diagnostic de Suspicion. En bref :

Faire comme si... !

Trauma région thoraco-abdominale G = possible fracture de côtes, possible pneumo voire hémithorax, possible rate, possible lésion splénique, possible lésion rénale, possible colonne.....

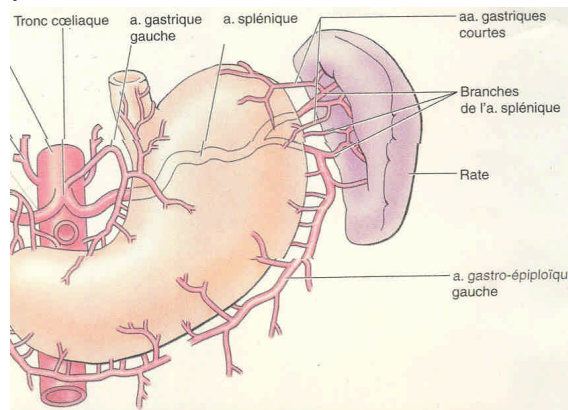
Rappel anatomique

La rate, intra péritonéale, est superficiellement située entre la 9^{ème} et 11^{ème} côte dans l'hypochondre G. Normalement, elle ne déborde pas sous le rebord costal. En général, sa longueur atteint 12 cm et sa largeur est de 7 cm (grosso modo la taille d'un poing).



Elle est entourée d'une capsule de tissu conjonctif fibro-élastique dense et irrégulier qui contient quelques fibres musculaires lisses. Des trabécules se détachent de la face profonde de la capsule et servent de vecteurs aux vaisseaux sanguins qui alimentent le

tissu parenchymateux de la rate. La rate contient normalement 50-100ml de sang qui est pulsé dans la circulation par l'action de la musculature lisse présente dans sa capsule et ses trabécules conjonctives.



L'artère splénique est une branche du tronc coeliaque (lui-même issu de l'aorte) qui longe le dos du pancréas puis se divise pour former le hile de la rate. La vascularisation splénique intrinsèque est composée d'une segmentation vasculaire, délimitant 2 hémirates.

Sur le plan veineux, Elle chemine au-dessus du pancréas, parallèlement à l'artère splénique. Elle reçoit ensuite la veine mésentérique inférieure (qui draine le colon) puis elle rejoint la veine mésentérique supérieure (qui draine les autres structures digestives) pour former la veine porte et se jeter dans le foie.

Fonctions de la rate

1. Lymphopoïèse et hématopoïèse

La lymphopoïèse (littéralement, fabrication des lymphocytes) a lieu au niveau des follicules de Malpighi (pulpe blanche). L'hématopoïèse splénique est essentiellement fœtale. Chez l'adulte, elle est presque toujours pathologique.

2. Phagocytose et sécrétion d'anticorps

Les macrophages de la rate détruisent par phagocytose les cellules sanguines âgées ou anormales ainsi que les bactéries.

3. Réservoir et filtration

La rate contient 2% des globules rouges, 5% des granulocytes (globules blancs) et 30% des plaquettes à l'état normal. Le débit sanguin qui la traverse est de l'ordre de 300 ml/min..

Physiopathologie du traumatisme splénique

La rate est relativement mobile, située sous le grill costal et sa capsule est fine et fragile.

Elle est susceptible d'être lésée :

- soit par choc direct (surtout en présence de fractures des derniers arcs costaux),
- soit lors d'un mécanisme de décélération (par cisaillement au niveau du hile vasculaire ou arrachement au niveau du point d'attache sur le péritoine)
- soit, évidemment lors d'un traumatisme pénétrant

Les principales situations dans lesquelles on retrouve des lésions spléniques sont : les AVP (70-90%), le sport (0-10%), les chutes de grande hauteur (5%) et les rixes (0-10%).

Éléments cliniques suspects pour une fracture de rate

- Douleur à l'hypochondre G
- Douleur à l'épaule G (signe de Kehr)
- Ecchymose de la paroi abdominale
- Fracture des côtes flottantes à G (moins souvent fracturées qu'on veut bien le croire, justement parce que, étant flottantes (non rattachées au sternum) elles sont plus mobiles
- Défense à l'hypochondre G (ou de tout l'abdomen....)

- Pâleur, hypotension, tachycardie... (ces derniers éléments sont probablement les moins fiables, un homme de 25 ans n'allant se tachycardiser que tardivement ; une grand-mère sous bêta-bloquants également !

⚠ Se méfier devant un patient anormalement moite

Prise en charge pré-hospitalière

Il n'y a pas de prise en charge spécifique ! On parle de la prise en charge d'une hémorragie interne.. Et ceci, par principe au vu du traumatisme et des plaintes... jusqu'à preuve du contraire !

Soutien hémodynamique

La première ligne thérapeutique consiste à assurer une volémie suffisante compte tenu de la perte sanguine potentielle: pose de 2 VVP de gros calibre et remplissage.

⚠ Le but du remplissage est d'obtenir une tension artérielle et un état de conscience acceptables. Un remplissage préventif, surtout si réalisé généreusement n'aura comme conséquence que de :

- Augmenter le débit par la brèche et donc la perte sanguine
- Diluer les facteurs de coagulation qui pourraient participer au contrôle de la fuite
- Entraîner une hypothermie (les perfusions sont toujours plus fraîches que 37°C) avec trouble secondaire de la coagulation

Obtenir lors de la pose de la VVP, un échantillon sanguin permettant de grouper le patient

Anticiper la prise en charge hospitalière

⚠ C'est à dire, se souvenir que le traitement final d'une hémorragie splénique ne se fait pas dans un champ par un urgentiste, mais au bloc opératoire par un chirurgien ! Avertir l'hôpital de destination de la suspicion de fracture de rate afin qu'un chirurgien et (selon l'urgence) un radiologue soient présents à l'arrivée du patient.

Classification des lésions

La classification des lésions traumatiques de la rate permet surtout de prendre conscience de l'irréversibilité des lésions constatées et des paramètres anatomiques qui guident la décision.

⚠ Il faut toutefois se souvenir que c'est *le patient* est sa situation hémodynamique qui dictent le traitement plutôt qu'une classification académique.

Classification des traumatismes spléniques selon Moore (AAST)				
Grade	Hématome sous capsulaire	Hématome intraparenchymateux	Déchirure capsulaire	Dévascularisation
I	< 10% surface rate Non expansif	Non	Profondeur < 1 cm Non hémorragique	0
II	Surface 10-50% Non expansif	Diamètre < 5 cm Non évolutif	Profondeur 1-3 cm Saignement n'impliquant pas les vaisseaux trabéculaires	0
III	Surface > 50% Ou rupture Ou expansif Ou saignement	Evolutif ou diamètre > 5cm	Profondeur > 3 cm Saignement impliquant les vaisseaux trabéculaires	< 25 %
IV		Rompue	Saignement impliquant les vaisseaux segmentaires ou hilaires	> 25%
V		Rate avulsée	Lésion(s) hilare(s) entraînant une dévascularisation complète de la rate	100 %

Prise en charge hospitalière

Aujourd'hui, la splénectomie n'est plus systématique en cas de traumatisme. L'utilité de la rate dans la protection de l'organisme contre les infections a été clairement démontrée. Aussi, l'attitude thérapeutique est passée de l'équation : rupture splénique = laparotomie + résection ! à celle, plus circonstanciée et rendue possible par la disponibilité et la performance de l'imagerie initiale : Lésion splénique + Hémostabilité = Traitement conservateur/Observation. De plus, il existe une attitude intermédiaire, qui consiste par un emballage compressif de la rate (nécessitant encore une laparotomie) à en réaliser l'hémostase et par conséquent en permettre la conservation.

Laparotomie d'emblée ou Observation « armée » ?

En cas de tableau clinique d'**hémopéritoine important et gravissime**, la fracture de rate confirmée voire même, seulement suspectée par une échographie doit faire poser l'indication à une laparotomie urgente.

Le retard au transfert en salle d'opération est l'une des causes les mieux identifiées de « décès évitables »

2) En cas de **tableau clinique moins catastrophique**, les signes d'une détresse respiratoire, circulatoire ou neurologique seront évalués (ABCD) et la décision prise dans un contexte plus large.

Parmi les paramètres décisionnels à apprécier :

- Dépendance au remplissage/hypotension artérielle systolique persistante.

En traumatologie, le seul patient « stable » est un patient mort !

- Anémie (Hb<100g/l)
- 65 ans
- Comorbidités (cirrhose, anticoagulation, éthyliste, insuffisance rénale, immunosuppression,...)
- Lésions graves associées
- Suspicion de perforation digestive

Stratégie diagnostique :

L'échographie abdominale : affirme l'épanchement abdominal même chez le patient instable. L'investigation précise de la rate est souvent délicate.

Le CT scanner injecté: nécessite une stabilité ou au moins une optimisation hémodynamique préalable afin de pouvoir se prémunir contre une péjoration subite en radiologie (la disponibilité de CT de génération récente, dans les urgences mêmes, change la donne en ce qui concerne cette règle)



1. parenchyme aéré, donc noir, du poumon.
2. Aorte
3. contenu gastrique
4. fragments spléniques (plus clair) et hématome interfracturaire (plus foncé)

Options thérapeutiques

Chirurgicales :

Splénectomie totale : indiquée pour les stades Moore IV-V chez un patient de > 55 ans.

Rem : après splénectomie, des septicémies gravissimes (OPSI, overwhelming post-splenectomy infection) généralement à Pneumocoques, plus particulièrement chez l'enfant, peuvent survenir. Cette complication rare survient habituellement dans les 2 ans qui suivent la splénectomie.

Splénectomie partielle

Wrapping (compression par un filet résorbable)

Traitement conservateur : Stades I, II ou III (sans lésion d'organe creux et < 3 lésions extra-abdominales associées) Permet un succès dans 80-90% (si cas bien choisis)

Suivi clinique avec examens d'imagerie de contrôle

Embolisation splénique pour 2 indications reconnues : 1° extravasation de produit de contraste au scanner chez un patient relativement stable 2° haut risque de décompensation chez un patient stable ne présentant pas de signe d'hémorragie active, essentiellement par pseudoanévrismes ou fistule artérioveineuse.

⚠ Rupture secondaire

maximale dans les 3 premiers jours ; 5% après 3 jours, mais décrite jusqu'au 16^{ème}, voire 30^{ème} jour post trauma....

Elle est presque exclusivement due à des ruptures d'hématome sous-capsulaires ou à des pseudo anévrismes se rompant précocement.

En présence d'un traumatisme abdominal fermé ou d'un trauma multiple, systématiquement se poser la question d'une atteinte de la rate
En cas de suspicion, anticiper sur la prise en charge en informant rapidement l'hôpital de destination.
Penser aux vaccins d'usage et aux conseils de prévention chez les patients ayant eu une splénectomie ; tout splénectomisé qui présente un état infectieux doit être mis sans délai sous couverture antibiotique
