

Cas clinique

SAU THIONVILLE

- Homme de 66 ans
- Chute d'une échelle (hauteur : 1m50) sur le coté gauche
- Consulte 3h après la chute car recrudescence des douleurs
- Douleur élective 7° côte gauche et de l'omoplate gauche
- Par ailleurs : examen normal
- Radiographies : fracture de la 7° côte gauche



- Important épanchement de l'espace hépatorénal de Morisson
- Pas d'épanchement retrouvé dans l'espace splénorénal de Koller ou dans le cul-de-sac de Douglas



Traumatismes spléniques :

Lésion de la rate : première cause d'hémorragie chez les contus de l'abdomen

Traitement et prise en charge en fonction de la tolérance hémodynamique et de l'étendue des lésions

A évoquer devant les traumatismes perforants de l'abdomen et les traumatismes fermés (AVP, traumatisme au sport, chute d'une hauteur variable)

Signes cliniques :

- Aspécifiques
- Instabilité tensionnelle ou signes de choc
- Fracture costales gauches
- Douleur ou défense de l'hypochondre gauche
- Abdomen mat ou distendu : hémopéritoine

Signe de Kehr :

- Douleur projetée dans l'épaule gauche
- Aspécifique

Prise en charge - Patient stable :

Scanner abdominal injecté :

- Bilan des lésions spléniques
- Volume de l'hémopéritoine
- Recherche de lésions associées

Grade	Description des lésions	
I	Hématome	Hématome sous-capsulaire intéressant moins de 10% de la surface splénique
	Laceration	Déchirure capsulaire avec plaie parenchymateuse de moins de 1 cm de profondeur
II	Hématome	Hématome sous-capsulaire intéressant 10 à 50% de la surface splénique Hématome intraparenchymateux de moins de 5 cm de diamètre
	Laceration	Déchirure capsulaire avec plaie parenchymateuse de 1 à 3 cm
III	Hématome	Hématome sous-capsulaire intéressant plus de 50% de la surface splénique ou expansif Hématome sous-capsulaire ou intraparenchymateux rompu Hématome intraparenchymateux
	Laceration	Déchirure intéressant les vaisseaux segmentaires ou hilaires entraînant une dévascularisation de plus de 25% de la rate
	Laceration	Fragmentation splénique complète Lésion vasculaire hilare avec dévascularisation splénique totale

I



II



III



IV



V



Classification radiologique :

Intérêt moins important que la tolérance hémodynamique

Traitement médical ou chirurgical selon le scanner et la tolérance

- Traitement médical : surveillance en milieu hospitalier : reprise chirurgicale chez moins de 10% des patients

!! Hématome sous capsulaire : rupture possible jusqu'à 15 jours après !!

- Traitement chirurgical : réparation splénique ou splénectomie selon la lésion

Prise en charge - patient instable :

Mise en condition :

- Bilan bio avec NFS, crase et pré-transfusionnel
- Pose de 2 VVP et remplissage par cristalloïdes
- Pose de sonde urinaire

Imagerie : FAST Echo et RP au lit

Recherche d'un hémopéritoine

Traitement : Laparotomie écourtée en urgence

- Splénectomie d'hémostase
- Drainage de l'hémopéritoine
- Recherche d'autres lésions abdominales

Conséquences de la splénectomie :

- Pancréatite aiguë par lésion de la queue du pancréas
- Thrombocytose réactionnelle
- Infection du splénectomisé (germes encapsulés)

Prophylaxie :

- Antibioprophylaxie par amoxicilline 1gX3 pendant 10 jours puis relais par oracilline pendant 2 ans
- Vaccination anti-pneumocoque tous les 5 ans
- Vaccination anti-grippale annuelle
- Vaccination anti-haemophilus tous les 10 ans