

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

UNE CAUSE RARE DE LAPAROTOMIE EXPLORATRICE NÉGATIVE CHEZ LE POLYTRAUMATISÉ

DEMESMAKER V (1), ANCION A (3), SWERTS F (2), JOBÉ J (3), GHUYSEN A (4), TONGLET M (3)

RÉSUMÉ : Nous présentons le cas d'un jeune patient victime d'un accident de la circulation responsable de multiples lésions et d'un état de choc. Sur base de certains éléments cliniques et paracliniques à l'admission, une hémorragie intra-abdominale fut suspectée avec réalisation d'une laparotomie exploratrice. Celle-ci s'est révélée négative et la source du saignement, responsable du choc hémorragique, a été identifiée tardivement : un saignement actif au sein des loges musculaires dorsolombaires. Le cas a été discuté lors d'une de nos réunions locales de retour d'expérience afin d'en tirer des enseignements pour les futures prises en charge.

MOTS-CLÉS : *Polytraumatisés - Choc hémorragique - Echographie - Laparotomie exploratrice*

A RARE CAUSE OF NEGATIVE EXPLORATORY LAPAROTOMY IN SEVERE BLUNT TRAUMA

Summary : We report the case of a young man involved in a high velocity road traffic accident. He presented with multiple injuries and a shock. This shock was suspected to be caused by an intra-abdominal bleeding and an exploratory laparotomy was performed. The procedure did not identify any intra-abdominal bleeding and the source of bleeding was found lately: an intramuscular active bleeding in the dorsal and lumbar muscular compartments. This case was discussed in our local mortality and morbidity meeting.

KEYWORDS : *Trauma - Hemorrhagic shock - Ultrasound - Exploratory laparotomy*

CAS CLINIQUE

Nous présentons ici le cas d'un jeune homme victime d'un accident de la circulation, éjecté de son véhicule et sévèrement traumatisé. Il bénéficie alors d'une prise en charge extra-hospitalière par les soins du Centre Médical Hélicopté (CMH) de Bra-sur-Lienne. L'examen primaire met d'emblée en évidence un état de choc avec tachycardie à 130 battements par minute, une hypotension artérielle (pression artérielle systolique – PAS - initiale de 80 mmHg) et une vasoconstriction périphérique. Les voies aériennes sont libres, le patient est conscient, agité et algique. Une échographie de type Focused Assessment with Sonography for Trauma (FAST) est réalisée sur place, ne démontrant ni épanchement péricardique, ni pneumothorax, ni hémothorax, ni épanchement liquidien abdominal. On note d'importantes dermabrasions des téguents, notamment dans le dos dont l'examen ne révèle pas d'autre anomalie. Une antalgie est administrée. Un remplissage intravasculaire par 500 millilitres de cristalloïdes n'influence pas les paramètres hémodynamiques avec persistance de l'état de

choc. Le patient est alors transféré en hélicoptère jusqu'au service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Liège au sein duquel, sur la base des éléments énoncés par l'équipe du CMH de Bra-sur-Lienne, se prépare en salle d'urgence une équipe pluridisciplinaire en vue d'accueillir le patient. Médecins urgentistes, infirmiers urgentistes, chirurgien viscéral se réunissent dans la salle de déchochage. Le protocole de prise en charge des hémorragies massives dit «Code Rouge» est activé auprès de la banque de sang de façon telle que deux unités de globules rouges et deux unités de plasma décongelé soient disponibles dès l'arrivée du patient.

A son arrivée dans la salle de déchochage, le patient présente toujours une instabilité hémodynamique avec une tachycardie et une hypotension. Le FAST révèle cette fois la présence d'une lame liquidienne au sein de la zone de Morrison, entre le foie et le rein droit, témoignant ainsi d'une possible hémorragie intra-péritonéale. On ne visualise pas de liquide dans les autres quadrants abdominaux. Les examens clinique et échographique confirment l'absence de traumatisme thoracique grave. L'examen du dos révèle une nouvelle fois la présence de dermabrasions étendues, qui semblent superficielles, sans saignement externe. Face à un inconfort manifeste, il est décidé de procéder à une intubation orotrachéale du patient pour le placer sous anesthésie générale. L'induction est réalisée en séquence rapide avec l'usage de sédatifs les moins hypotenseurs possibles (kétamine). L'instabilité hémodynamique s'ag-

(1) Etudiant (2) Assistant (3) Chef de clinique (4) Chef de service, Service des Urgences, CHU de Liège, Site Sart Tilman, Liège, Belgique.

grave, cependant, avec une hypotension marquée (PAS de 75 mmHg) et ce, malgré l'usage de vasopresseurs (noradrénaline). Il est alors collégialement décidé, face à la coexistence d'un état de choc et d'une suspicion échographique de saignement abdominal, de conduire le patient en salle d'opération sur base de ces éléments, sans réalisation d'un scanner, afin d'y réaliser une laparotomie exploratrice.

Celle-ci se révélera négative, aucun saignement ne sera visualisé dans le rétropéritoine. Le patient sera alors finalement conduit au scanner pour réalisation d'un scanner corps entier. Le scanner mettra en évidence l'origine du saignement et de l'instabilité hémodynamique : de volumineux hématomes et une volumineuse collection hématique au sein des tissus mous des régions dorsale et lombaire (Figure 1). Le patient retournera une seconde fois en salle d'opération pour vidange des hématomes et la situation se stabilisera rapidement. On ne notera, par la suite, aucune complication de la laparotomie et l'évolution globale sera progressivement satisfaisante.

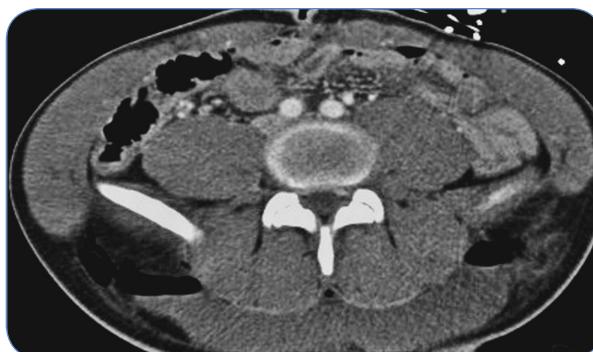
DISCUSSION

Le développement progressif d'un choc hypovolémique hémorragique sur des saignements internes des tissus mous des régions dorsale et lombaire est extrêmement rare. On retrouve, avec une fréquence plus importante, des saignements externes de ces régions lors de traumatismes pénétrants, mais avec une origine du saignement potentiellement plus profonde (région intrathoracique, rétropéritonéale ou intrapéritonéale). Un tel cas nous invite à plusieurs réflexions.

Le cas décrit constitue bel et bien un polytraumatisé dans le sens où il cumule de nombreuses lésions sur des régions corporelles variées, étendues, à la différence de cas de traumatismes plus localisés (de membres, d'abdomen ou de thorax) où une lésion, parfois sévère, n'est pas nécessairement accompagnée de cette multitude d'autres lésions tissulaires.

La multitude de ces lésions accentue fortement la difficulté diagnostique. L'instabilité hémodynamique présentée par le patient, en lien avec un choc d'origine hypovolémique hémorragique aurait pu trouver son origine dans un saignement externe, dans une hémorragie intrathoracique, dans une hémorragie du pelvis ou encore dans une hémorragie intra-abdominale. C'est cette dernière hypothèse qui, sur base des résultats du FAST, a été retenue avec orienta-

Figure 1. Scanner réalisé après la laparotomie exploratrice.



tion du patient vers une laparotomie exploratrice qui s'est révélée inutile.

Le FAST est de plus en plus fréquemment réalisé lors de la prise en charge initiale des patients polytraumatisés, non plus par un radiologue, mais par les cliniciens eux-mêmes (chirurgiens traumatologues (1, 2), médecins urgentistes (3)). Selon les séries, les spécificité, sensibilité, valeur prédictive positive et négative varient, mais sont généralement très bonnes (4). L'association d'un FAST positif et d'une hypotension oriente, le plus souvent, vers un saignement intraabdominal et vers la réalisation d'une laparotomie exploratrice. Le cas présenté pose la question de la valeur prédictive positive de cet examen, mais également celle de son interprétation. Devrait-on intégrer une interprétation quantitative ? L'objectivation d'une lame liquidienne dans un des quadrants revient-elle au même que la visualisation de liquide au sein de plusieurs quadrants ? La littérature ne répond pas à cette question. Le Traumatic Bleeding Severity Score (TBSS), score de prédiction d'une indication de transfusion massive chez les polytraumatisés, intègre, tout de même, cette notion quantitative, avec un point attribué pour chaque quadrant positif (5). Dans ce type de situation critique et complexe, l'aspect dynamique de la situation (avec un potentiel saignement actif) se doit d'être intégré. Il influence logiquement les cliniciens en charge du patient qui font l'effort de diagnostiquer un problème, au caractère rapidement évolutif, avant que celui-ci ne s'aggrave dangereusement. Cela peut conduire à une potentielle surinterprétation des données à leur disposition. Le cas présenté illustre, enfin, l'intérêt de réaliser des débriefings après ce type de prise en charge complexe. Ce fut le cas lors de la réunion des médecins et infirmiers impliqués dans la prise en charge du patient, rencontre

qui a abouti à des réflexions constructives, tant sur le plan médical que sur le plan émotionnel. Les réunions de type «Morbidity and Mortality» sont une réalité quotidienne chez nos collègues nord-américains et constituent une composante à part entière de la formation continue du personnel soignant. Ce genre de cas invite à une généralisation de ce type de pratique qui peut avoir un impact non négligeable, tant sur le plan de la qualité des soins proposés aux patients, que sur le ressenti du personnel soignant et sa formation continue.

CONCLUSION

L'existence d'un choc hémorragique sur des saignements sous-cutanés des régions dorsale et lombaire constitue une difficulté diagnostique qui a conduit, dans le cas présent, à une suspicion erronée de saignement intraabdominal et à la réalisation d'une laparotomie exploratrice inutile. Les enseignements tirés d'un cas comme celui-là sont nombreux et peuvent impacter la prise en charge de tels patients à l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kim DY, Yelle JD, Lee AC, et al.— National survey of Canadian general surgery program directors regarding focused assessment with sonography for trauma. *J Surg Educ*, 2009, **66**, 193-195.
2. Dubois L, Leslie K, Parry N.— FACTS survey : focused assessment with sonography for trauma use among Canadian residents training in general surgery. *J Trauma*, 2010, **69**, 765-769.
3. Kim CH, Shin SD, Song KJ, et al.— Diagnostic accuracy of focused assessment with sonography for trauma (FAST) examinations performed by emergency medical technicians. *Prehosp Emerg Care*, 2012, **16**, 400-406.
4. Ghafouri HB, Zare M, Bazrafshan A, et al.— Diagnostic accuracy of emergency-performed focused assessment with sonography for trauma (FAST) in blunt abdominal trauma. *Electron Physician*, 2016, **8**, 2950-2953.
5. Ogura T, Nakamura Y, Nakano M, et al.— Predicting the need for massive transfusion in trauma patients : the Traumatic Bleeding Severity Score. *J Trauma Acute Care Surg*, 2014, **76**, 1243-1250.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr A. Ghuysen, Service des Urgences, CHU Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.
Email : a.ghuysen@chu.ulg.ac.be