

UFR de  
Médecine

UNIVERSITÉ  
**Grenoble  
Alpes**



## **Les pièges des traumatismes thoraco-abdominaux**

A propos de 2 observations

**Focus sur les modalités de la surveillance et les soins infirmiers**

**Christian Piolat, Delphine Pautrot, Fabienne Plante et Céline Courtinat  
Service de Chirurgie Pédiatrique du CHU Grenoble Alpes**

**Journée du Baby RENAU, Chambéry le 4 mai 2018**

# Traumatismes abdominaux de l'enfant : généralités

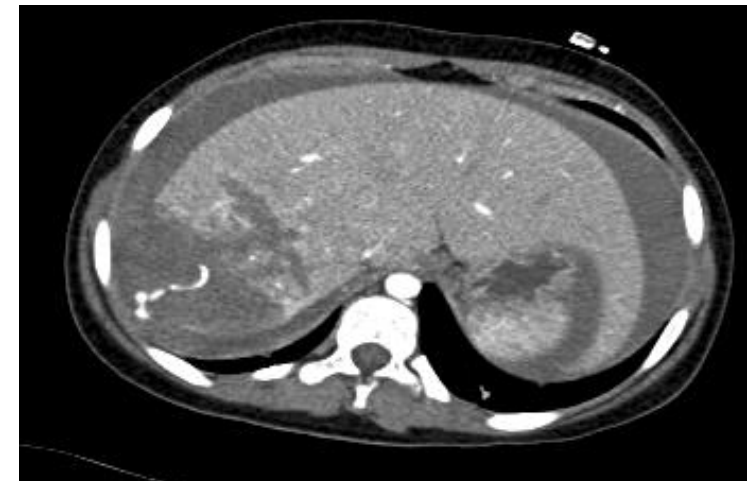
Ne jamais sous-estimer la gravité : « pas de petits traumatismes de l'abdomen »

Imagerie initiale « facile » et de contrôle « facile » selon évolution

**Traitement non opératoire +++** sauf si instabilité hémodyn.

**Surveillance en milieu le plus adapté et sécurisé**

- En réanimation/soins continus les 1ères heures
  - Risque de **complications précoces** sévères
    - Hémorragie aiguë
    - Syndrome du compartiment abdominal
- Rester vigilant au cours de tout le séjour
  - Risque de **complications retardées**



13 ans, trauma foie droit  
reprise hémorragique secondaire

# Traumatismes abdominaux de l'enfant : généralités

Se méfier des **ruptures d'organes creux**

- rares mais diagnostic souvent tardif, TDM++
- attention aux plaies pénétrantes sous-estimées

Attention aux **traumatismes méconnus/non avoués sévices**

14 ans, plaie abdo par éclat issu d'une hache



10 ans, trauma abdo par guidon de vélo

# Observation 1 : Léa 14 ans

- **Chute en VTT** le 19/08/2017 à midi, douleurs abdo dans la soirée
- **Aux urgences du CHUGA** à 23h
  - Pouls 83/mn, sat 98%, Glasgow 15, BU normale
  - Douleurs abdo épigastriques et hypochondre droit sans défense
  - NFS et iono sang RAS sauf lipasémie à 374 UI/L ( <160 UI/L)
  - Écho abdo non possible avant plusieurs heures
- **En chirurgie pédiatrique**
  - Mutation pour « surveillance douleur abdo »
  - **Non perfusée**
  - 1ère écho faite le 20/8 à 12h40 (H24 du trauma)
    - **Contusion 17 mm pôle inf. rate** avec petit épanchement au contact et dans le Douglas
    - → **VVP** posée dans le service
    - **Traitement non opératoire**



# Observation 1 : Léa 14 ans, suite

**J4**

suspicion complication  
vasculaire en écho



**J4**

grade III, blush  
pas de complication vasculaire



USC →

**J4 mutation à l'USCP**

surveillance +++  
risque de saignement

Vaccination Prevenar 13 (pneumo 23 à distance)

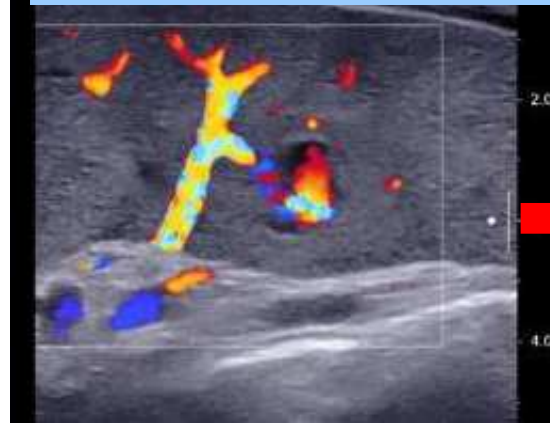
**J5** : reprise alimentation orale

**J9** : mutation en chirurgie pédiatrique

**J9,J12** : amélioration



**J15** : faux anévrisme



TDM →

**J15**



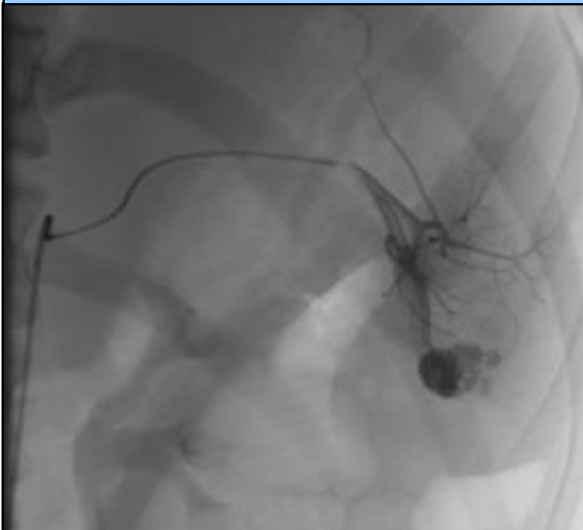
**J15**



# Observation 1 : Léa 14 ans, fin

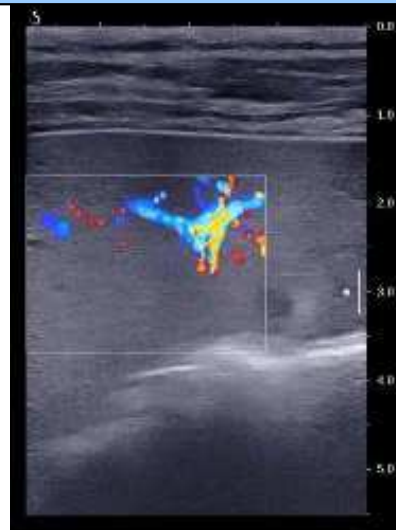
**J16**

embolisation faux anévrisme



**J18**

faux anévrisme thrombosé



**J18**

Lever autorisé

**J19**

Rapprochement CHU de Nice  
pour suite PEC

Au total : fracture de la rate de grade 3, traitement non opératoire  
**faux anévrisme** apparu à J15 sur l'écho de contrôle, traité par embolisation



## Observation 2 : Bruna 9 ans

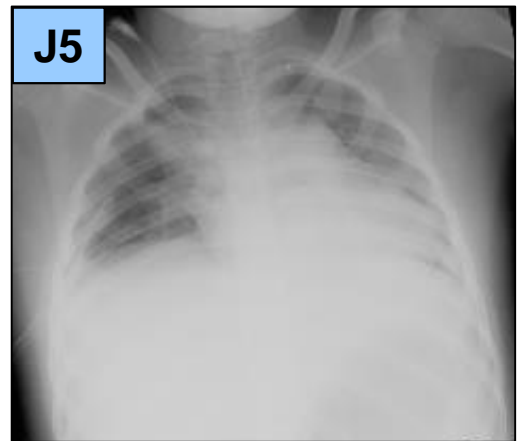
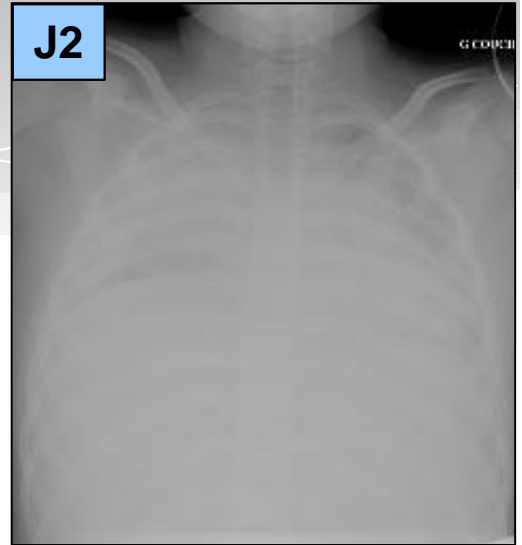
- **Chute d'une balançoire**, choc direct par la branche d'arbre cassée, le 16/07
- Aux urgences du CH de Voiron
  - **VVP** posée par le SMUR, Glasgow 15
  - Perfalgan 500 mg, sérum phy 300 ml
  - Bodyscan : **trauma hépatique grade 4** avec hémopéritoine modéré
  - Pose d'une 2<sup>e</sup> VVP avant mutation en réa (risque hémorragique)
- En réanimation pédiatrique CHUGA
  - J0 : **traitement non opératoire**, stable TA 112/68, Hb = 105 g/L
  - J1 : augmentation périmètre abdo et pression vésicale, douleur
    - angio TDM = hémopéritoine de forte abondance, pas de blush
    - pose **SNG** (surveillance position, fixation, quantité , aspect )



## Observation 2 : Bruna 9 ans, suite

- En réanimation pédiatrique CHUGA

- J2 : polypnée, désaturation
  - RP = **épanchement pleural** bilatéral
  - pose drain thoracique
- J3 : signes d'**hyperpression intra-abdominale** persistants
- drainage de l'hémopéritoine par coelioscopie, pose de 2 **lames**, ATB iv
- surveillance des lames ( quantité, aspect et mobilisation des lames sous méopa jusqu'au retrait) et surveillance **SAD** (fixation, quantité, aspect )
- J4 : alimentation parentérale sur **VVC**
- J11 : alimentation entérale sur SNG
- J14 : reprise du transit
- J16 : transfert en chirurgie pédiatrique





## Observation 2 : Bruna 9 ans, suite et fin

### En chirurgie pédiatrique

J17 : écho de contrôle = **collection sous diaphragmatique G (biliome)**

J18 : **drainage chirurgical percutané échoguidé (cystocath)**

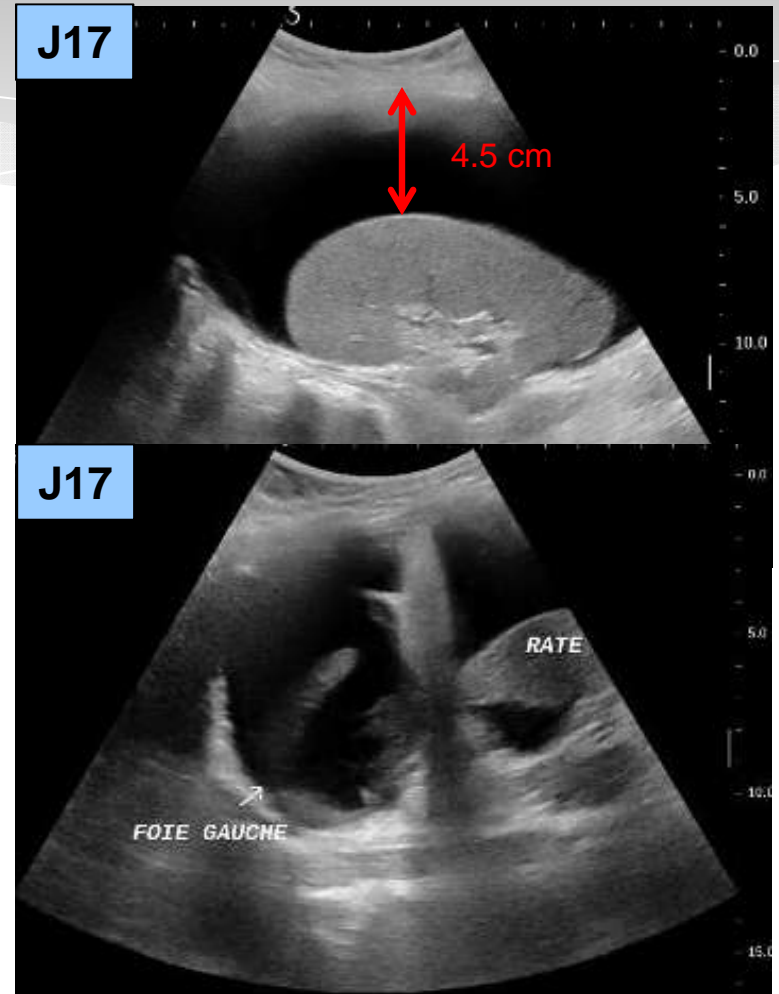
surveillance fixation, quantité et aspect

J25 : sortie à domicile avec le cystocath

### Suivi régulier en consultation (chirurgien + diététicien)

retrait cystocath 15j après sortie

écho et IRM = **atrophie du foie G**

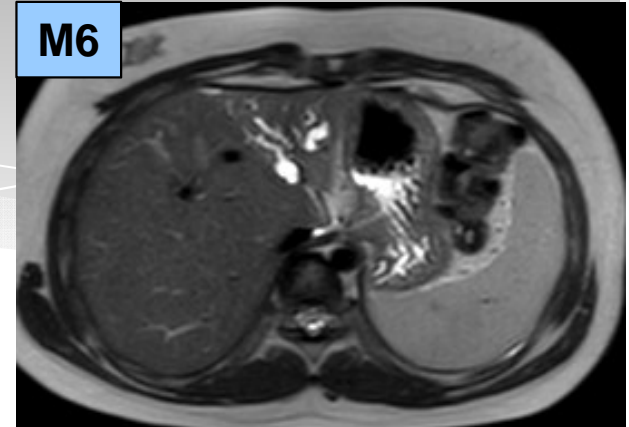


## Observation 2 : Bruna 9 ans

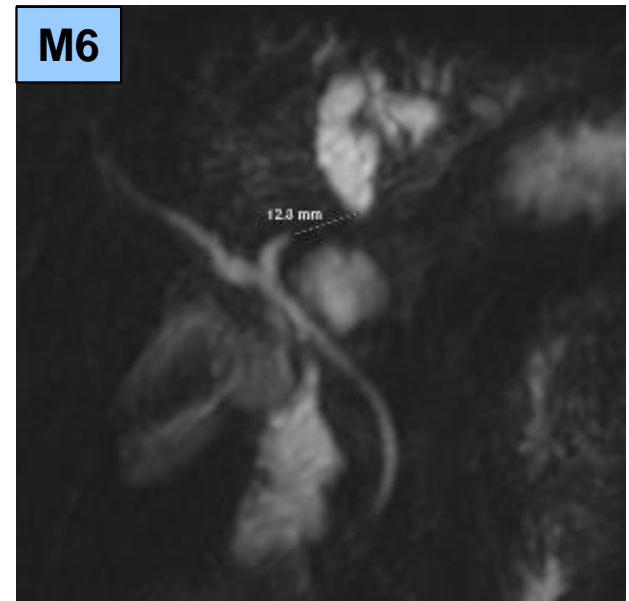
M7



M6



M6



### Au total :

- traumatisme hépatique grade IV
- traitement non opératoire initial
- **4 complications successives**
  - épanchement pleural
  - hémopéritoine majeur avec hyperpression abdominale
  - biliome compressif
  - atrophie du foie G

# **Surveillance des traumatismes abdominaux**

**Vigilance devant toute douleur abdominale dans les suites d'un traumatisme abdominal :**

**Avis chirurgical, biologie, imagerie**

# Surveillance des traumatismes abdominaux

**Risque hémorragique +++**

**d'où l'importance d'une **VVP sûre et de bon calibre** si besoin de remplissage en urgence**

## **Autres risques :**

- Risque d'épanchement pleural (compressif)
- Risque de collection intra-abdominale (compressive)
- Risque de syndrome du compartiment abdominal (hyperpression)
- Risque d'anomalies vasculaires intra-lésionnelles (faux anévrysmes, FAV)

# Surveillance des traumatismes abdominaux

- En réa/USCP : surveillance rapprochée
- **En chirurgie pédiatrique** : surveillance/3h
- Pas de scope dans le service
- PEC +++ de la douleur
- Constantes : température, saturation, pouls, TA
- Périmètre abdominal
- Nausées, vomissements
- Surveillance des drainages (drains, SAD, SNG,...) = fixation, quantité, aspect
- Surveillance des voies d'abord (VVP/VVC)

# Surveillance des traumatismes abdominaux

## Voie veineuse périphérique ou centrale :

- 1 VVP si enfant muté des urgences pédiatriques
- 2 VVP si enfant muté du déchocage
- 2 VVP ou VVC si enfant muté de réanimation/USCP

## Si VVP :

- Reposée à J5
- Bilan sang 2x/ semaine en périphérique

## Si VVC :

- Pansement 1x/semaine
- Changement des tubulures tous les 3 à 4 jours
- Bilan sang sur VVC

# Surveillance des traumatismes abdominaux

## Douleur :

- Paracétamol IV (per os qd réalimentation) / nalbuphine (Nubain®) IV
- Paracétamol IV/ PCA morphine
- Nefopam PSE 48h en surveillant les effets indésirables
- Anti-spasmodiques



# Surveillance des traumatismes abdominaux

## Alitement

- Puberté = bas de contention ou bandes biflex. Pas d'anticoagulant de principe
- Toilette au lit
- Surveillance des points d'appui
- Elimination : urinal, bassin, SAD
- Surveillance du transit ++ (laxatifs)

# Surveillance des traumatismes abdominaux

## Alimentation

- Jeûne / parentérale sur VVC / entérale sur SNG
- Réalimentation progressive sur prescription médicale (boissons, R1=yaourt/compote, R1 + pâtes ,...régime normal)

# Surveillance des traumatismes abdominaux

Lever sur accord chirurgical = progressif

- Assis au bord du lit
- Fauteuil
- Lever en chambre
- Lever dans le service

# Surveillance des traumatismes abdominaux

## PEC psychologique

- Choc
- Anxiété
- Repos prolongé

# Surveillance des traumatismes abdominaux

## Sortie

- Rarement avant J8
- Rapatriement à organiser pour les enfants en vacances

# Messages à emporter

## PEC et surveillance des traumatismes de l'abdomen chez l'enfant

**Traitement non opératoire = la règle chez l'enfant**

sauf instabilité hémodyn (transfu > 30 ml /kg) et trauma organes creux

**VVP** systématique si surveillance hospitalière

Surveillance initiale en **milieu adapté** et sécurisé (USC)

**Complications** possibles en quelques heures, quelques jours, quelques semaines/mois

surveillance clinique, biologique, radiologique, échographique

RP (épanchement pleuraux), écho abdo/TDM (anomalies vasculaires intralésionnelles)

**Surveillance** infirmière rigoureuse, prescription médicale précise et mise à jour