

Faculté de Médecine « Dr. Benzerdjeb »

Service de : chirurgie infantile

Mémoire de fin d'étude pour le doctorat en médecine générale

traumatisme abdominale chez l'enfant (l'année 2013)

Effectué par : ZAIBAK MANEL AMINA

Encadré par : Dr : AZZOUZ NASSIMA

Le médecin chef de service Pr : Baba Ahmed

Année universitaire : 2014-2015

Service de CCI



REMERCIEMENT

Avant tout, je remercie "DIEU" le Tout-puissant de m'avoir donné le courage, la volonté, la patience et la santé durant toutes mes années d'études et qui grâce à lui ce travail a pu être réalisé.

Mes remerciements :

à Monsieur le médecin chef de service "Pr Baba Ahmed "

à Madame l'assistante ' Dr azzouz

Je tiens à exprimer mes remerciements et ma gratitude à tout le personnel médical et paramédicale service de CCI ; c'est à grâce à votre disponibilité, soutien, et encouragement que j'ai pu non seulement réaliser ce travail mais aussi avoir une bonne assistance durant ma formation en service de CCI... MERCI BEAUCOUP

Enfin je remercie aussi toutes les personnes qui ont contribuées de près ou de loin à l'enrichissement de mon travail et de mon épanouissement intellectuel.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail avant tout à mes chers Parents qui m'ont enseigné la patience, la politesse, le sacrifice et qui ont toujours été là pour moi.

« Que Dieux protègent ma mère et paix a l'âme de mon père ».

A ma grand-mère mira

À mes chères sœurs sabina ghislane chiraz djihane imane

A mes beaux frère slimane boumadiane et très spécialement aouras qui m'as donné le courage et la patience .

A mes neveux rami adem boumadien ghilast sif islam a mes nièces asma fyrouz anouar aridej

A toute mes amies

À tous mes collègues

Et a tout qui aime manel

Sommaire

I- partie théorique :

1. introduction
2. intérêt de la question
3. particularité pédiatriques
4. définition d'un traumatisme abdominale
5. épidémiologie
6. différentes mécanisme de traumatisme abdominale
7. étude clinique
8. examen paraclinique
9. evolution et complication
10. diagnostic différentiel
11. pronostic
12. CAT et surveillance
 - en urgence
 - a long terme

II-PARTIE PRATIQUE

A-Introduction

1. Hypothèse de travail
2. Objectifs
3. Buts

B. Méthodologie

1. Différentes étapes de l'étude et leurs séquences temporelles
2. Population de l'étude
 - 2.1. Taille de l'échantillon
 - 2.2. Répartition des groupes
 - 2.3. Critères d'inclusion
3. Variables et méthodes de mesure
 - 3.1. Les variables
 - 3.2. Les outils de mesure
4. Recueil des données

III-conclusion

- **REFERENCE**

I. partie theorique :

1/INTRODUCTION :

Les traumatismes de l'abdomen sont fréquents chez l'enfant. Il s'agit habituellement de traumatismes fermés. Le plus souvent bénins ils peuvent cependant être très graves dans des circonstances violentes : chute d'un lieu élevé, accident de voie publique (piéton contre voiture, passager de véhicule accidenté), il s'agit alors volontiers de poly traumatismes. Ces accidents graves sont certes peu nombreux, mais ils sont la première cause de décès des enfants de 1 à 14 ans. Ce sont souvent les lésions associées qui conditionnent le pronostic : crâne et rachis en premier.

Des traumatismes isolés peuvent se rencontrer : guidon de vélo, coup de pied, chute sur un meuble ou par terre. Certains traumatismes peuvent passer inaperçus ou être inavoués, des lésions abdominales peuvent se révéler de façon décalée (faux kystes du pancréas par exemple). Des lésions viscérales confirmées chez un jeune enfant sans circonstances précises doivent faire suspecter des mauvais traitements.

Les organes lésés sont en premier la rate, le foie et le rein. Les lésions spléniques et hépatiques entraînent un hémopéritoine dont l'évolution est souvent spontanément favorable. Les lésions des viscères creux sont plus rares, elles entraînent des perforations relevant toujours de la chirurgie. La stratégie de prise en charge doit permettre un diagnostic lésionnel précis. Les enfants doivent être admis dans des unités chirurgicales spécialisées permettant une surveillance intensive qui guidera la conduite thérapeutique.

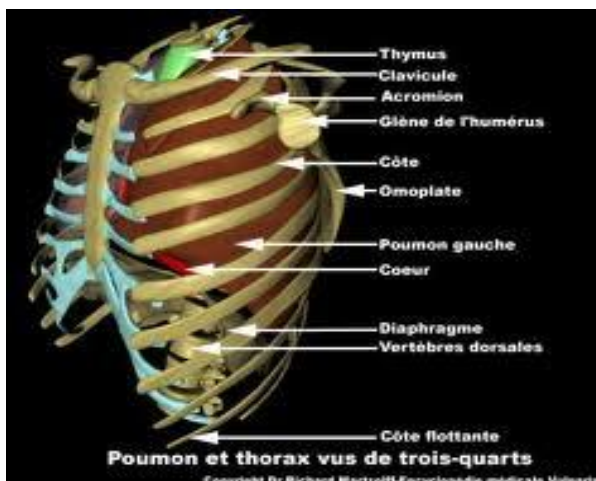
Le traumatisme abdominal est suspecté devant les circonstances et sur les données de l'examen clinique. Il est de règle cependant de suspecter un tel traumatisme chez tout enfant polytraumatisé. La douleur abdominale spontanée ou à la palpation permet d'orienter. Il faut savoir que lors d'un traumatisme abdominal il y a constamment une dilatation gastrique souvent majorée par les pleurs de l'enfant. La mise en place d'une sonde naso-gastrique est indispensable dès que le traumatisme est important. L'évacuation du contenu gastrique soulage rapidement les douleurs et détend la paroi abdominale dont l'examen devient plus facile. Dès l'admission dans l'unité d'urgence et dès que l'état général de l'enfant est stabilisé il faut vérifier la couleur des urines afin de préciser une éventuelle hématurie (éventuellement affirmée par la bandelette) qui signerait une atteinte de la voie urinaire.

2/Interet de la question :

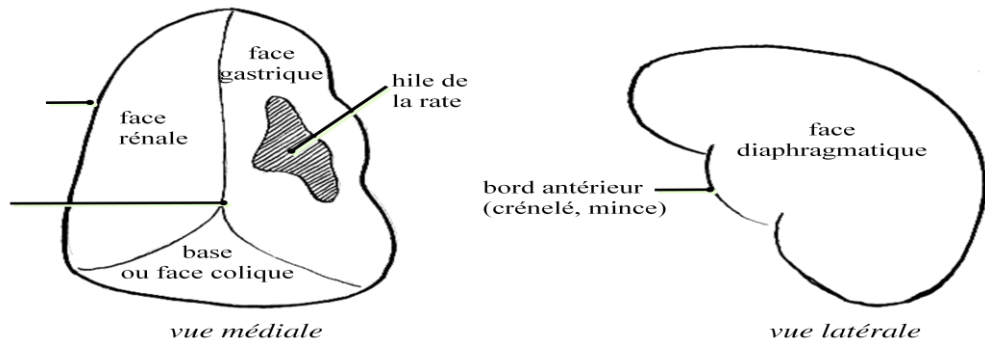
Les lésions abdominales graves sont assez rares chez l'enfant. Elles peuvent entraîner un état de choc hémorragique dont le diagnostic étiologique peut s'avérer difficile chez l'enfant en cas de poly traumatisme. La prise en charge des lésions abdominales hémorragiques de l'enfant est généralement conservatrice, le recours à la chirurgie étant réservé aux patients hémodynamiquement instables.

3/Particularités pédiatriques :

Chez l'enfant, les ceintures (scapulaire et pelvienne) et la cage thoracique sont peu développées. L'adiposité est faible et sa répartition diffère de l'adulte. La musculature de la paroi abdominale est peu développée. L'ensemble de ces éléments explique la faible absorption d'énergie avec des impacts directs sur les organes abdominaux (Rate>foie>reins>pancréas). En revanche, la plasticité de la ceinture pelvienne explique la rareté des fractures du bassin chez l'enfant. Les organes le plus souvent touchés sont, dans l'ordre, la rate, le foie, les reins et le pancréas, et représentent à eux quatre la grande majorité des lésions. Les autres localisations représentent moins de 1 % des lésions chacun avec, par ordre de fréquence, l'intestin grêle, le duodénum, le côlon, l'estomac et la racine du mésentère ;donc Les organes intra-abdominaux sont mal protégés, car la cage thoracique, en particulier les dernières côtes ne sont pas ossifiées et la paroi abdominale, elle-même, aussi bien antérieure que postérieure, vu la faible épaisseur musculaire ne permet aucune réelle protection. Enfin, certaines malformations congénitales non encore traitées ou diagnostiquées peuvent être un facteur favorisant la lésion post-traumatique (anomalie splénique,malformation rénale, trouble de la crase sanguine)



LA RATE

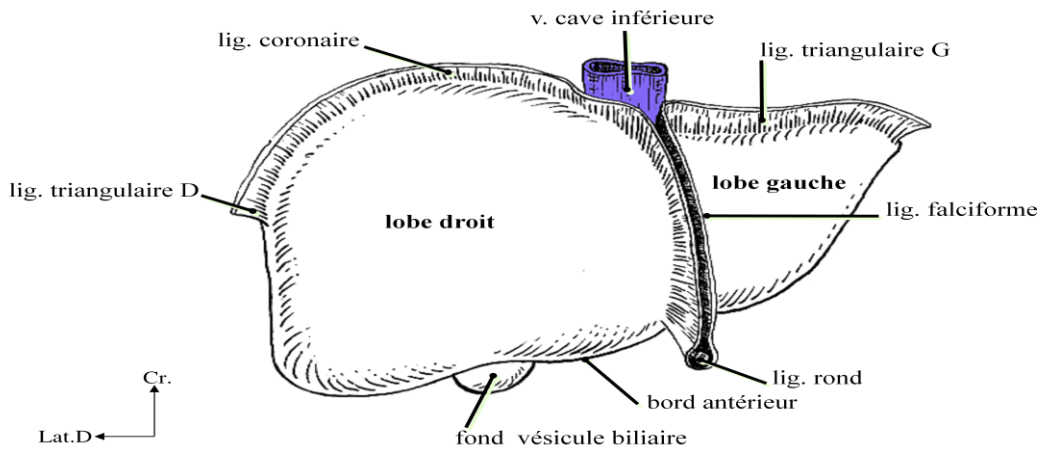


- Capsule plus solide que chez l'adulte
- 21% des traumatismes de l'abdomen
- Moyenne d'âge : 10ans
- 2garçons/1fille
- Traumatisme souvent indirect
- Isolée dans 50% des cas

Traitement conservateur ++++ (>90%)

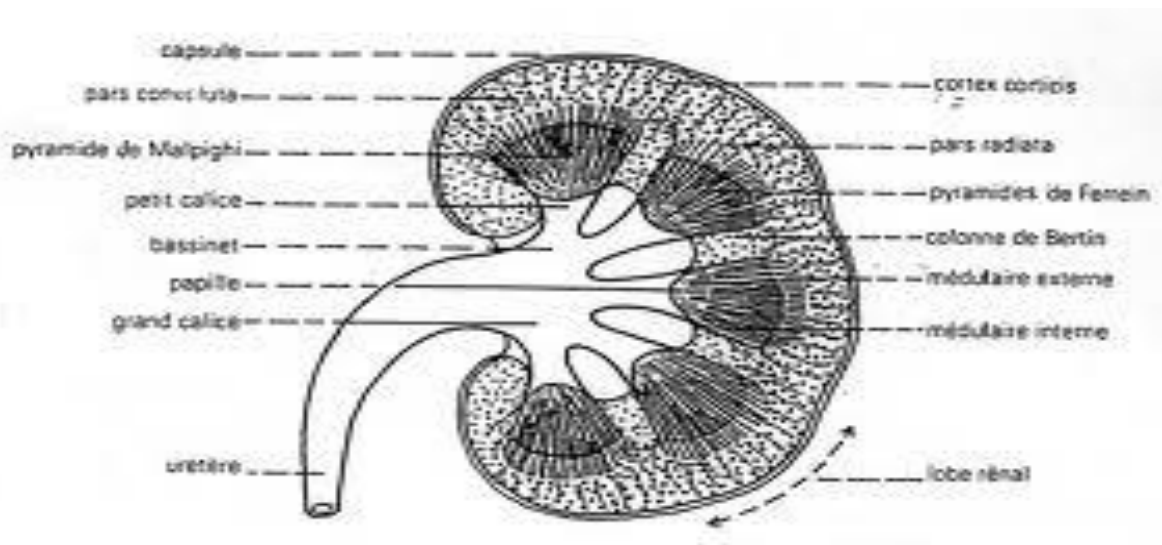
- Taille de la rate selon l'âge de l'enfant (dimensions maximales)
 - 0-3 mois 6 cm
 - 3-6 mois 6.5 cm
 - 6-12 mois 7 cm
 - 1-2 ans 8 cm
 - 2-4 ans 9 cm
 - 4-6 ans 9, 5 cm
 - 6-8 ans 10 cm
 - 8-10 ans 11 cm
 - 10-12 ans 11.5 cm
 - 12-15 ans 12 cm
 - 15-20 ans 12 cm chez la fille
 - 13 cm chez le garçon

Le foie



- Traumatismes fermés (AVP, vélo, chute de cheval...)
- Décélération ou contusions
- Trt conservateur+++
- Bilan par TDM + IV
- Suivi par écho+doppler
- Recherche de complications vasculaires ou biliaires

Le rein



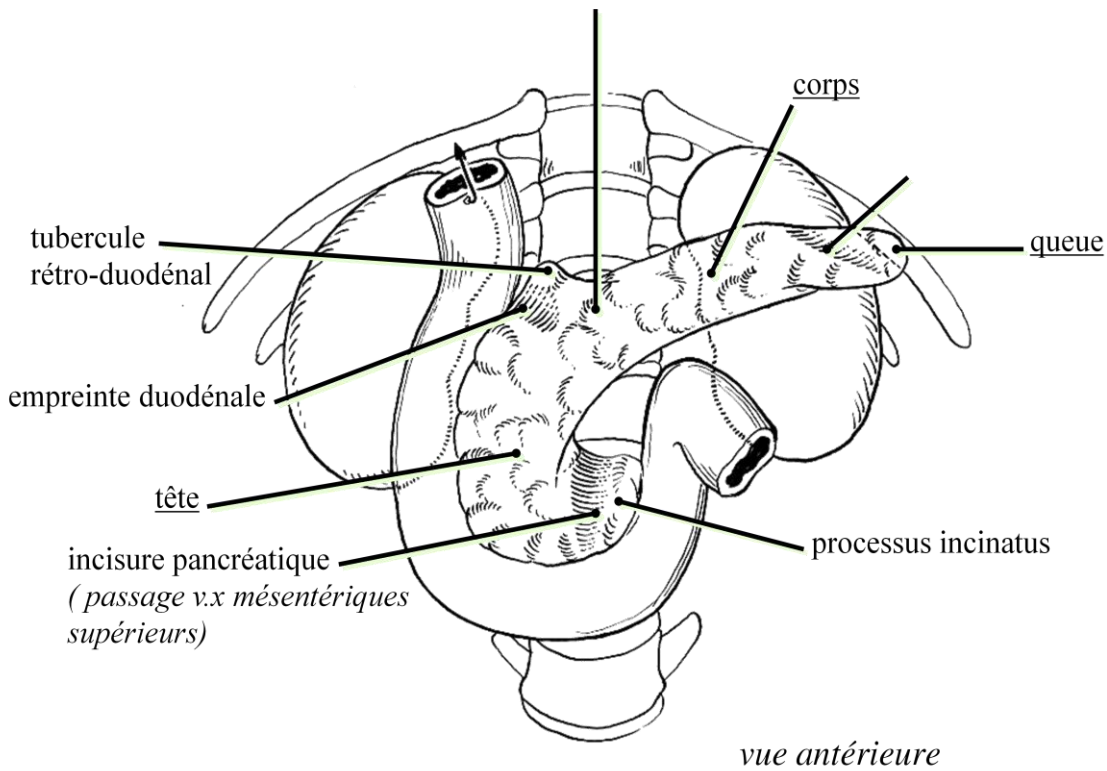
Rein de l'enfant :

- ✓ Plus volumineux
- ✓ Plus mobile
- ✓ Plus exposé (plus bas sous l'aube costal, moins de graisse, paroi musculaire plus faible)

90% des traumatismes fermés

Lésions viscérales associées plus fréquentes ; C'est ainsi que le rein est considéré comme un organe abdominal chez l'enfant du fait de son volume et de sa mobilité proportionnellement plus importante que chez l'adulte.

PANCREAS



Traumatisme fermé (vélo, coup direct épigastrique, ceinture de sécurité)

Pancréas : écrasement sur le billot vertébral (amylase)

Traumatisme : 1^{ère} cause de pancréatite chez l'enfant
sans augmentation significative de la mortalité ou de la morbidité

4/Définition :

Un traumatisme de l'abdomen est un choc de tout type exercé sur le ventre et il faut garder à l'esprit que les traumatismes représentent la première cause de mortalité chez les personnes entre 1 et 44 ans ; quelle que soit l'intensité du choc, on doit donc toujours penser à la possibilité d'une rupture de la rate car cet organe est très fragile et c'est une urgence en raison de ses conséquences hémorragiques.

5/Épidémiologie :

Traumatisme de l'abdomen chez l'enfant est très fréquent que ce soit au cours de jeux ou d'accidents de la voie publique (80 % des cas). Outre ces causes classiques accidentelles, l'enfant entre 2 et 4 ans est encore plus vulnérable au traumatisme abdominal du fait de sa tendance à l'exploration d'un environnement souvent hostile. L'augmentation des lésions traumatiques dans cette tranche d'âge (9 %) est due à l'importance des accidents domestiques ; Les sévices sont eux aussi responsables de lésions et ne doivent pas être sous-estimés (6 % des cas).

Bien qu'il puisse être isolé ; le traumatisme de l'abdomen est souvent rencontré dans un contexte de polytraumatisme

La lésion intra-abdominale peut être secondaire à un traumatisme fermé, ce qui est le cas dans 95 % des cas, mais aussi à une lésion pénétrante. Parmi l'ensemble des patients qui seront hospitalisés pour traumatisme de l'abdomen fermé, 30 % auront une lésion d'un organe plein ou creux intra-abdominal et 4 % décéderont soit du traumatisme abdominal lui-même, soit des lésions associées.

Les lésions abdominales représentent 10 à 15% des décès d'origine traumatique. 6 victimes sur 10 sont des jeunes (pic de fréquence entre 11 et 25 ans) .

Les contusions représentent 80% des traumatismes de l'abdomen les plaies représentent 20% des blessés abdominaux en pratique civile.

La rate est l'organe intra-abdominal le plus souvent atteint dans les traumatismes fermés.

6 /Différente Mécanisme de traumatisme abdominales

A/des lésions Traumatismes fermés (contondants)

Les coups directs causent une compression ou un écrasement des organes, causant aux organes pleins des lacérations ou hématomes et aux organes creux des éclatements.

Certaines lésions sont secondaires à une décélération avec mouvement différent des parties fixées et non fixées de certaines parties d'un organe, par exemple lors de lacérations du foie au site des ligaments qui le retiennent.

Les organes les plus souvent lésés lors des traumatismes fermés sont la rate (40-55%) et le foie (35-45%).



B/Traumatismes pénétrants (exceptionnellement)

7/étude clinique



A/signe clinique :

a)L'urgence absolue :

Généralement lorsqu'il y a rupture de rate ou l'atteinte d'un organe profond pouvant saigner (foie ou rein), on retrouve :

- Un blessé pâle et en sueur.
- Ayant du mal à respirer (fréquence respiratoire courte et rapide).
- Et qui présente un ventre tendu et douloureux.

b)Ce qui doit être considéré comme une urgence jusqu'à preuve du contraire :

- Personne présentant une douleur intense à la suite d'un choc ou d'une chute
- Bien souvent pâle et en sueurs.
- Presque toujours en train de chercher sa respiration (souffle coupé).

La persistance d'une douleur résiduelle autre que musculaire et l'apparition de nouveaux symptômes comme :

- Un teint inhabituel, légèrement cireux.
- Un abdomen légèrement résistant à la palpation que la personne perçoit d'elle-même.
- Une douleur sourde et profonde permanente.
- Un essoufflement superficiel mais ne disparaissant pas au repos complet.
- Un pouls supérieur à 110-120 au repos
- Un peu de sang dans les urines.
- Un état nauséux avec un petit peu de fièvre.

De quoi peut-il s'agir ?

- Une rupture de rate avec un risque d'hémorragie.
- Une lésion rénale avec hématurie .
- Exceptionnellement d'une lésion des intestins.
- Une lésion du foie

NB :Il s'agit essentiellement de traumatismes fermés (accident de la voie publique, chute de vélo ou de cheval, etc.) avec des mécanismes de décélération ou de contusion.

Termes associés : coup au foie - coup à l'estomac - coup à la rate - coup à la vessie - coup dans les intestins - coup dans le ventre - coup dans l'abdomen - coup dans le bide -

B/ examen physique

a)Interrogatoire

- ✓ Nom ; prénom ; âge ;
- ✓ les antécédents familiale ; antécédent personnelle(médicale et chirurgicale)
- ✓ l'heur de traumatisme
- ✓ mécanisme de traumatisme
- ✓ les symptômes
- ✓ l'heur de dernier repas.....etc

b)Inspection

Recherche d'ecchymoses, d'abrasions, de lacérations, de plaies pénétrantes, de corps étrangers, d'éviscération,

c)Palpation

On recherche de la douleur, des signes d'irritation péritonéale, On complète avec un examen génito-urinaire et un toucher rectal et une évaluation de la stabilité du bassin, à la recherche de saignements, de lacérations ou signes de fractures qui pourraient être associés à un traumatisme abdominal.

d)Percussion

Douloureuse si il y a de l'irritation péritonéale; tympanisme si il y a un iléus; matité si il y a un hémopéritoine important.

e)Auscultation

Absence de péristaltisme dans les traumatismes aux organes abdominaux ou aux organes adjacents à l'abdomen.

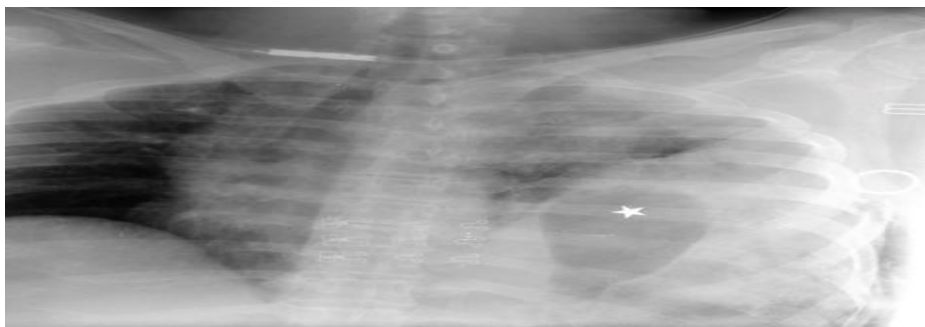
8/Examen paraclinique

si l'examen physique n'est pas valable ou bien l'enfant présente une hématurie macroscopique ou l'enfant ne peut pas décrire ce qu'il ressentie exactement ; Donc il faut faire d'autres examen complémentaire .Il est nécessaire de connaître les spécificités des traumatismes abdominaux chez l'enfant pour adapter la stratégie d'imagerie médicale en limitant l'exposition aux rayons. La mobilité des organes pleins intra-abdominaux et la faiblesse de la paroi sont spécifiques à l'enfant. Le bilan en première intention repose sur des examens d'imagerie et des examens biologiques. L'imagerie comporte en premier la radiographie simple et l'échographie abdominale qui sont les examens le plus facilement disponibles (éventuellement en salle d'urgence si l'enfant est instable) permettant la première évaluation et l'orientation de la conduite thérapeutique. Le scanner est un examen de deuxième intention.

a)Intérêt de la radiographie du thorax :

Elle doit être réalisée systématiquement car certains organes comme le foie et la rate sont en fait en situation thoraco-abdominale. Par ailleurs, les lésions thoraciques pures associées sont fréquentes (pneumothorax, hémothorax, contusion pulmonaire)

La présence d'une rupture diaphragmatique peut être décelé lorsqu'une sonde naso-gastrique est positionnée dans l'estomac avec la visualisation de cette sonde dans la cavité thoracique gauche (ascension de l'estomac).



b)Intérêt de l'abdomen sans préparation :

elle renseigne sur la présence d'un pneumopéritoine (croissant gazeux sous les coupes diaphragmatiques témoin d'une lésion d'un viscère creux ; ce pneumopéritoine est rarement visible d'emblée), un trait de fracture sur les dernières côtes, une grisaille diffuse traduisant un épanchement liquidien, un projectile intra-abdominal. Néanmoins, l'ASP présente des limites car il ne peut être correctement interprété que si le malade peut se mettre debout et il est souvent difficile de le faire chez le traumatisé grave.En pratique donc, il est souvent inutile.

c)L'échographie abdomino-pelvien

L'examen-clé dans le traumatisme abdomino-pelvien est l'échographie , En présence d'une lésion de la rate ou du foie l'échographie va rapidement confirmer

l'hémopéritoine et son abondance. Celle-ci est réalisée avec une sonde convexe puis une sonde linéaire haute fréquence et comprend systématiquement une étude en Doppler couleur pour vérifier la vascularisation des organes pleins.

L'échographie, dans le cadre d'un traumatisme abdominal, a une bonne valeur prédictive négative évaluée selon les études entre 82 et 99 % . La performance de l'échographie est variable selon les publications. Ainsi, l'absence d'épanchement n'exclut la possibilité d'une lésion que dans 2 % des cas selon Sirlin *et al.* contre 66 % des cas pour Richards *et al.* D'autre part, les hautes performances des sondes linéaires permettent de visualiser de petites quantités de liquide péritonéal sans signification pathologique. Jéquier *et al.* ont montré la présence de ces épanchements minimes et anéchogènes dans 22 % des examens échographiques hors traumatisme

L'échographie qui visualise le rein, d'éventuelles lésions et un éventuel épanchement périrénal. L'étude doppler du parenchyme rénal permet d'affirmer la vascularisation

La surveillance du traumatisme abdominal repose surtout sur l'échographie

d)la biologie

La recherche d'arguments biologiques :après la détermination, dès l'admission, de l'hématocrite par micro-méthode et du groupe sanguin-rhésus du patient dont les résultats sont immédiats, on réalisera une numération globulaire et plaquettaire, un bilan électrolytique sanguin, hématocrite, le ionogramme un bilan d'hémostase, un bilan hépatique, une amylasémie et une lipasémie

e)Examen des urines

L'examen des urines :à la bandelette : recherche une hématurie, témoin d'une contusion rénale ou d'une atteinte vésicale :analyse d'urine sera nécessaire pour déterminer si l'enfant a besoin d'une évaluation plus poussée. Chez l'enfant dont l'hémodynamie est stable et qui ne présente pas d'hématurie macroscopique, l'analyse microscopique est essentielle pour orienter l'évaluation. Il a été prouvé qu'une hématurie égale ou supérieure à 50 globules rouges par champ chez l'enfant nécessite une évaluation additionnelle. Morey et coll ont révélé n'avoir manqué que 0,6% des lésions significatives en utilisant ce seuil pour guider leur étude rétrospective. Il a été prouvé qu'une hématurie égale ou supérieure à 50 globules rouges par champ chez l'enfant nécessite une évaluation additionnelle. Repères l'hypotension comme indication d'évaluation du traumatisme rénal chez l'enfant ne fait pas consensus dans la littérature ;Les plus conservateurs ajouteront qu'en plus de l'hématurie macroscopique, la présence d'au moins 50 globules rouges par champ est aussi révélatrice d'anomalies rénales ;.L'analyse d'urine devrait être demandée plus souvent chez les enfants, compte tenu de l'absence de consensus et des difficultés liées à l'examen de l'enfant ayant subi un traumatisme.

f) la tomодensitométrie

la tomодensitométrie est très performante dans le diagnostic des lésions des organes pleins et révèle souvent des lésions plus étendues que celles suspectées par l'échographie mais elle n'a pas un impact déterminant sur la prise en charge qui est chez l'enfant quasi exclusivement conservatrice. Elle se justifie toutefois par son bilan initial précis qui est la base d'un traitement conservateur bien conduit. La performance du scanner à la recherche de lésions des organes creux est nettement plus controversée Bulas *et al.* retrouvaient 20 % de faux positifs en scanner (incluant des pneumopéritonées) et Graham *et al.* rappelaient que 33 % des perforations retrouvées en chirurgie n'étaient pas associées à un pneumopéritoine. ; c'est le scanner avec injection qui est indiqué avec un départ autour de 50 secondes après injection. La dose de produit de contraste iodé sera adaptée au poids de l'enfant (2 mL/kg jusqu'à 25 kg, puis 1,5 mL/kg jusqu'à 50 kg puis dose adulte au-delà de 50 kg). Les paramètres d'acquisition du scanner sont adaptés à l'enfant Un temps tardif est réalisé en cas d'atteinte de l'appareil urinaire ou de fracture du bassin .



g) Autre examen complémentaire

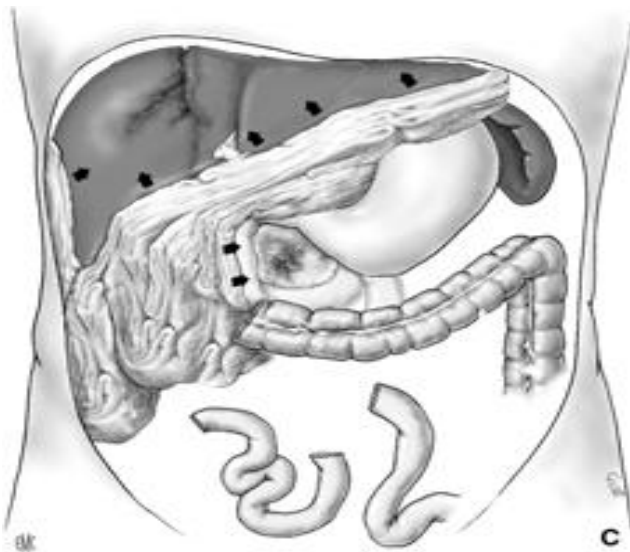
- L'uro-scanner : permet un bilan plus précis,
- l'urographie : garde pour certains sa place comme examen initial, car elle renseigne sur la vascularisation du rein et sur l'anatomie de la voie excrétrice
- **Intérêt de la ponction lavage du péritoine** : elle est surtout indiquée en l'absence d'Echographie ou de Scanner, mais elle reste encore défendue par certaines équipes. Sa méthode consiste à réaliser une ponction sous-ombilicale contrôlée, sous anesthésie locale, pour positionner un cathéter dans le cul-de-sac de Douglas. La couleur du liquide est appréciée (épanchement sanguin ou épanchement de liquide digestif) et des prélèvements sont réalisés pour aider à diagnostiquer les organes lésés (Bactériologiques, Biochimiques, Numérations cellulaires). Les limites sont: une bonne Sensibilité mais une faible Spécificité (lésions du Diaphragme). Il est facile de plonger dans la perplexité et le nombre de laparotomies inutiles approche les 5 à 20%(40% en cas de plaies abdominales).

➤ **Intérêt de la coelioscopie exploratrice :**

Il faut respecter ses contre-indications. Elle ne doit pas être réalisée chez un malade en choc hypovolémique, en cas de pneumothorax non drainé (risque de pneumothorax suffocant), en cas d'hypertension intra-cranienne, et sa performance est faible pour la mise en évidence des perforations digestives. Son principal intérêt est diagnostique, en confirmant un hémopéritoine, un épanchement digestif, une plaie diaphragmatique, et en permettant d'affirmer le caractère pénétrant ou non d'une plaie. Elle permet d'éviter une laparotomie abusive dans 2/3 des cas. Dans le cas d'une plaie pénétrante, il faudra avoir conscience de ses limites et ne pas hésiter à convertir en laparotomie: saignement actif ou hémopéritoine important masquant l'exploration complète, impossibilité d'explorer tout le tube digestif. Enfin, le risque d'embolie gazeuse n'est pas nul en cas de grosse plaie veineuse

➤ **on passe directement à une laparotomie d'urgence :**

si le patient présente : Un abdomen aigu avec instabilité hémodynamique suite à un traumatisme fermé. traumatisme abdominal par balle ; Une arme blanche encore en place



➤ **la pyélographie intraveineuse,etc**

9/Evolution et complication

- **Les lésions spléniques** : ont une évolution souvent favorable spontanément Le risque de méconnaître une lésion associée (viscère creux) qui nécessiterait une laparotomie est en fait assez faible. La surveillance rigoureuse permet de redresser le diagnostic.
- **En présence d'un traumatisme hépatique** : Les complications vasculaires comprennent l'hémorragie, l'hémobilie, la fistule artérioveineuse et le pseudo-anévrisme). Elles surviennent généralement vers le quinzième jour et peuvent évoluer de façon asymptomatique ou se compliquer de choc hémorragique ou d'hypertension portale. Leur diagnostic repose sur l'échographie avec Doppler et le scanner, ces complications biliaires comprennent les fistules, la bilhémie, le biliome, le biliopéritoine et les sténoses des voies biliaires. Les biliomes sont présents dans 2 à 12 % des traumatismes hépatiques et leur fréquence augmente avec la sévérité du traumatisme. Leur découverte est tardive de J15 à parfois plusieurs années après le traumatisme et c'est le premier diagnostic à évoquer devant toute collection post-traumatique. La régression spontanée est habituelle pour les biliomes de petite taille (< 3 cm) et en cas de persistance, une ponction percutanée ou un drainage par voie endoscopique peuvent être réalisés. Les biliomes peuvent s'infecter et favorisent aussi la survenue de pseudo-anévrismes. Le biliopéritoine doit être évoqué devant tout épanchement intrapéritonéal à hémoglobine stable. Il expose à un risque infectieux ;sténose des voies biliaires est exceptionnelle , Elle est secondaire à un traumatisme direct ou à une pancréatite traumatique, Elle expose au risque de cirrhose. Son diagnostic associe l'échographie, la bili-IRM et la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE)
- **Les lésions des viscères creux digestifs** :sont rarement révélées initialement. La perforation va entraîner une péritonite et un pneumopéritoine dont le diagnostic n'est souvent fait que secondairement. Les lésions duodéno pancréatiques sont rares. Elles sont volontiers de diagnostic tardif. Les examens cliniques répétés et les dosages enzymatiques permettent de les suspecter, les échographies et le scanner permettent une analyse précise des lésions
- **Les lésions de l'appareil urinaire** : sont fréquentes au cours des traumatismes de l'abdomen de l'enfant. Elles sont affirmées dès la constatation d'une hématurie.. Il est fondamental de préciser l'état de la voie urinaire controlatérale. Il n'y a que rarement des indications chirurgicales dans ce genre de traumatismes. Les lésions de l'artère rénale conduisent souvent à un geste réparateur dont le succès est toujours incertain. Les lésions tardives des formes graves ¹ peuvent correspondre à des hémorragies différées, des hématuries, des urinomes, des kystes rénaux, une hypertension artérielle et une altération de la fonction rénale. L'hypertension post-traumatique reste exceptionnelle tout patient confondu mais non négligeable dans les formes sévères de l'ordre de 10%
- **Les lésions du pancréas** L'évolution des malades ne se conçoit que sous étroite surveillance clinique, biologique et radiologique afin de dépister précocement toute complication. Les complications sont les pancréatites aiguës , les pseudo

kystes , les suppurations des coulées de nécrose , les collections rétropéritonéales et les sténoses duodénales dues aux hématomes duodénaux intra muraux. D'autres complications plus rares ont été rapportées telles que les faux anévrysmes ou les thromboses portales

10/diagnostic dèfferentiel

Pour le diagnostic différentiel, il est nécessaire de tenir compte des pics de fréquence des pathologies selon l'âge (tableau 4). Par exemple, l'invagination a son pic entre quatre et dix mois, mais peut survenir jusqu'à cinq ans et est rarissime chez l'adolescent. L'appendicite est une pathologie de la seconde décennie mais elle peut survenir chez le nouveau-né graves

De la naissance à 1 an	Entre 2 et 5 ans	Entre 6 et 11 ans	Entre 12 et 18 ans
<ul style="list-style-type: none"> • Coliques infantiles • Gastroentérite • Constipation • Infection urinaire • Invagination • Volvulus • Hernie étranglée • Maladie de Hirschsprung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gastroentérite • Appendicite • Constipation • Infection urinaire • Invagination • Volvulus • Traumatisme • Pharyngite • Crise drépanocytaire • Maladie de Henoch-Schönlein • Adénite mésentérique 	<ul style="list-style-type: none"> • Gastroentérite • Appendicite • Constipation • Douleur fonctionnelle • Infection urinaire • Traumatisme • Pharyngite • Pneumonie • Crise drépanocytaire • Maladie de Henoch-Schönlein • Adénite mésentérique 	<ul style="list-style-type: none"> • Appendicite • Gastroentérite • Constipation • Dysménorrhée • Douleurs menstruelles • Maladie inflammatoire • Menace d'avortement • Grossesse extra-utérine • Torsion de l'ovaire ou des annexes

Tableau 4 :diagnostic différentiel d'un traumatisme abdominale selon l'âge

11/Pronostic

traumatisme splénique :le plus souvent de bon pronostic du fait de la faculté d'hémostase spontanée du tissus splénique

les traumatismes fermés du foie : se compliquent d'un syndrome hémorragique dans 15 % des cas .Malgré l'amélioration de la prise en charge des polytraumatisés, la mortalité imputable aux traumatismes graves du foie reste élevée, le décès survenant par exsanguination dans 54 à 80 % des cas et ce, en dépit des tentatives d'hémostase chirurgicale. Le traitement des lésions hépatiques est chirurgicale

les traumatismes de tube dègestif et du mèsentère : Les lésions traumatiques du tube digestif et du mèsentère représentent 1 à 5 % des lésions des traumatismes abdominaux fermés. Ce sont des lésions souvent méconnues, de diagnostic difficile et présentant une morbi-mortalité exponentielle au retard diagnostique et thérapeutique.

Traumatisme de l'appareil urinaire ::le pronostic est lié au délai d'ischémie. La conservation de la fonction rénale est exceptionnelle. Le pronostic de ces lésions reste très réservé.

Traumatisme de pancréas : Ces lésions sont de diagnostic initial difficile, souvent retardé, sans augmentation significative de la morbi-mortalité chez l'enfant contrairement à ce qui est observé chez l'adulte

12/Conduite à tenir et surveillance

En pratique, la prise en charge d'un traumatisme de l'abdomen ne se fait pas de façon analytique. Il s'agit souvent d'un polytraumatisés, et les territoires voisins de l'abdomen peuvent être concernés : thorax, diaphragme, rachis, bassin ou périnée. Le plus souvent, l'attitude face aux lésions abdominales est attentiste. Cela permet de laisser la priorité aux autres lésions. Cependant, traitement non opératoire ne veut pas dire abstention ou négligence. Il s'agit d'un véritable traitement dans un environnement de surveillance intensive chirurgicale par une équipe entraînée pouvant à tout moment réaliser une laparotomie et traiter des lésions spécifiques.

A/ En urgence :



pour ne pas perdre de temps avec des examens inutiles ; Il faut savoir reconnaître les candidats a un traitement chirurgicale ou a une abstention chirurgicale

➤ **Les critères formels de laparotomie en urgence :**

1. Choc hypovolémique non contrôlable (saignement actif)
2. Association à d'autres lésions intra- ou extra-abdominale engageant le pronostic vital
3. Péritonite évidente
4. Hémorragie extériorisée
5. Arme blanche in-situ (qui ne pourra être enlevée qu'au bloc opératoire) :rare
6. Coup de feu avec pénétration évidente : exceptionnellement
7. Eviscération

➤ **Les critères d'abstention chirurgicale : +++**

1. La stabilité hémodynamique :

2. Transfusion sanguine < 3 CG (critère évolutif)

3. Pas d'autre lésion intra-abdominale associée imposant une laparotomie

4. Certitude d'obtenir une surveillance en USI

5. Plateau technique chirurgical disponible en permanence

6. Plateau technique radiologique disponible en permanence (Echo, TDM, Artério)

Des images Radiologiques impressionnantes (extravasation de PDC) ne doivent pas remettre en cause le traitement conservateur.

➤ **Les principaux candidats à un traitement conservateurs :**

1. Les traumatismes du foie en particulier les contusions chez les patients ayant bien réagi à la réanimation, pour lesquels le geste chirurgical nécessaire serait plus grave que l'abstention.

2. Les contusions spléniques chez les patients ayant bien réagi à la réanimation pour lesquelles maintenant on sait que la tentative de traitement conservateur est parfaitement licite eu égard aux risques infectieux post-splénectomie.

3. Les contusions rénales et les hématomes rétro et sous-péritonéaux pour lesquels, si l'importance du saignement le rend nécessaire, une embolisation radiologique sera plus efficace que le geste chirurgical. Dans tous les cas la décision chirurgicale appartient au chirurgien

B/ CAT a long terme

- Il faut savoir appliquer à chaque blessé une surveillance stricte et noter les critères évolutifs (comme le nombre de culots globulaires transfusés).

➤ **en cas d'un traumatisme splénique :** Le traitement non opératoire des traumatismes spléniques est bien admis par toutes les équipes pédiatriques depuis plus de vingt ans ; ce traitement repose non seulement sur la faculté d'hémostase spontanée du tissu splénique mais aussi sur la nécessité de maintenir la rate chez les jeunes enfants. Le traitement chirurgical s'impose chez les enfants qui restent instables ou qui présentent des lésions associées en particulier une rupture d'organe creux. Si une laparotomie a été décidée, il faut s'efforcer de conserver du tissu splénique dont le rôle est important chez le jeune enfant. Si le traitement non opératoire peut être poursuivi, il ne se conçoit que dans une unité spécialisée. L'enfant reste en moyenne hospitalisé une semaine de jours, c'est avant tout la courbe thermique et l'examen clinique de l'abdomen qui dictent cette surveillance. Il a été reproché à cette attitude le risque accru de recourir à des transfusions, la plupart des études montrent que ce besoin transfusionnel est en fait lié aux lésions associées et que les enfants opérés étaient plus souvent transfusés.

- **En cas de traumatisme hépatique** : l'attitude non opératoire est également adoptée par toutes les équipes pédiatriques. Les lésions superficielles font leur hémostase spontanée. Le traitement conservateur s'accompagne d'un suivi étroit en échographie à la recherche des complications vasculaires ou biliaires présentes dans environ 10 % des cas avec possibilité d'un geste endovasculaire interventionnel ; Cependant une hémodynamique instable ou difficile à maintenir malgré un remplissage actif doit conduire à une laparotomie à visée d'hémostase. Il faut disposer d'une équipe entraînée, car cette intervention, débutée chez un enfant dont l'hémodynamique est précaire, va réveiller et aggraver l'hémorragie. Deux temps sont importants dans ce type de chirurgie : assurer l'hémostase et traiter les lésions biliaires. En cas d'une complication biliaire la prise en charge associe un drain péritonéal et une prothèse biliaire (posée par voie endoscopique) selon le concept « *stent and drain* » qui donne de bons résultats dans 90 % des cas. En cas d'une sténose des voies biliaires ; Elle pourra être traitée par dilatation au ballonnet et/ou endoprothèse.
- **En cas de traumatisme digestif** : l'attitude non opératoire en présence de lésions des viscères pleins rend souvent attentiste. De plus le pneumopéritoine est rarement visible. C'est la répétition des examens cliniques et radiologiques qui conduira à l'indication chirurgicale. . Le traitement doit s'efforcer d'être conservateur.
- **En cas d'un traumatisme rénal** : En ce qui concerne l'approche thérapeutique, l'attitude conservatrice est admise même en cas de traumatisme sévère (une surveillance prolongée de 3 à 4 mois jusqu'à documentation de la guérison complète) sauf en cas de lésions pédiculaires (traitement chirurgical ou endovasculaire) où le débat est ouvert., le traitement chirurgical ¹ est possible en phase aiguë mais le pronostic est lié au délai d'ischémie. La conservation de la fonction rénale est exceptionnelle . Le pronostic de ces lésions reste très réservé
- **En cas d'un traumatisme du pancréas et des organes creux** : Le traitement conservateur est privilégié en dehors de toute perforation digestive dont la réparation sera souvent chirurgicale . Les autres lésions des organes creux sont rares et ne présentent pas de caractéristiques pédiatriques en imagerie . Leur pronostic est meilleur que chez l'adulte.

II. PARTIE PRATIQUE :

A-Introduction:

1. Hypothèse de travail :

Nous partons de l'hypothèse que la qualité de prise en charge d'un traumatisme abdominal chez l'enfant est déférente selon le diagnostic des lésions des déférente organes intra abdominal et les lésion associé

Nous allons recherché dans cette partie les différentes etapes de prise en charge d'un traumatisme abdominal chez l'enfant

2. Objectifs :

Répartition des groupes :

OTR abdominal suspect

OTR abdominal présent :

Modéré

Grave

Répartition des cas selon le sexe

Répartition des cas selon l'âge

Répartition des cas selon l'âge et le sexe

Répartition des cas selon le mécanisme

Répartition des cas selon la durée d'hospitalisation

Répartition des cas selon le trimestre

Le nombre d'enfant scolarisé et non scolarisé

Selon le lieu de résidence

Répartition des cas selon les antécédents de l'enfant

Répartition des cas selon la survie et le décès

Répartition des cas selon le type de transport

Répartition des cas selon les paramètres hémodynamique :

Etat général

Score de Glasgow

Tension artériel

Hématocrite

Répartition des cas selon les paramètres hémodynamiques et en fonction du diagnostic

Répartition des cas selon la réalisation ou non d'un ASP

Répartition des cas selon la réalisation ou non d'une échographie

Répartition des cas selon la réalisation ou non d'un TDM

Répartition des cas selon la réalisation ou non d'autre examen complémentaire

Répartition des cas selon les résultats de : ASP

ECHOGRAPHIE

TDM

AUTRES EXMEN COMPLEMENTAIRE

Relation circonstance de l'accidents et résultat des examens complémentaires

Répartition des cas selon le parcours du patient a l'hôpital :

CCI

REANIMATION

NEUROCHIRURGIE

Répartition des cas selon les lésions associées et la présence ou non de traumatisme abdominal
CAT dans chaque service
Evolution a long terme

3. Buts :

- Montrer l'importance des différentes étapes de la CAT devant L'amélioration de la prise en charge de traumatisme abdominal

B. Méthodologie

1. Différentes étapes de l'étude et leurs séquences temporelles

Cette étude est passée par les étapes suivantes :

- Recherche bibliographique
- Préparation du protocole d'étude
- Le recrutement des patients s'était effectué entre le 1er janvier 2013 et le 31 décembre 2013
- rédaction de la partie théorique
- Analyse des résultats

2. Population de l'étude :

2.1. Taille de l'échantillon :

- mon étude est exhaustive puisque j'ai procédé au recrutement de tous les patients hospitalisé au CHU Tlemcen pour traumatisme abdominal durant l'année 2013. Ainsi, j'ai pu recruter 70 patients OTR abdominal.
- cette étude rétrospective a permis donc de donner les chiffres concernant le traumatisme abdominal dans la région de TELEMEN

2.2. Répartition des groupes :

- Population générales des traumatismes abdominal chez l'enfant
- répartis en :
 - Traumatisme abdominal suspect
 - Traumatisme abdominal présent :
 - Traumatisme abdominal modéré
 - Traumatisme abdominal grave

2.3. Critères d'inclusion :

Les patients inclus dans cette étude sont tous les traumatisme abdominal admis au CHU Tlemcen (soit directement ou après évacuation) durant la période allant du 1 Janvier 2013 au 31 Décembre 2013 et dont l'âge est compris entre 0-15ans, quel que soit le sexe ou le degré de gravité de leur traumatisme abdominal

3. Variables et méthodes de mesure

3.1. Les variables :

Le choix des variables s'est fait en fonction du protocole pré établi, des objectifs de l'étude ainsi que de mon recherche bibliographique préalable.

Je peux regrouper les variables collectées ainsi :

- Les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, résidence,).
- les données épidémiologiques (circonstance de l'accident, mode de transport, délais d'hospitalisation...etc),
- les données cliniques (score de Glasgow ,résultats des différents bilans cliniques...)

- les résultats des examens paracliniques (ASP ;ECHOGRAPHIE ;TDM),
- le parcours du patient au niveau de l'hôpital et les paramètres en rapport avec les modalités de sa prise en charge dans les différents service d'hospitalisation (principalement CCI ;réanimation, neurochirurgie) .

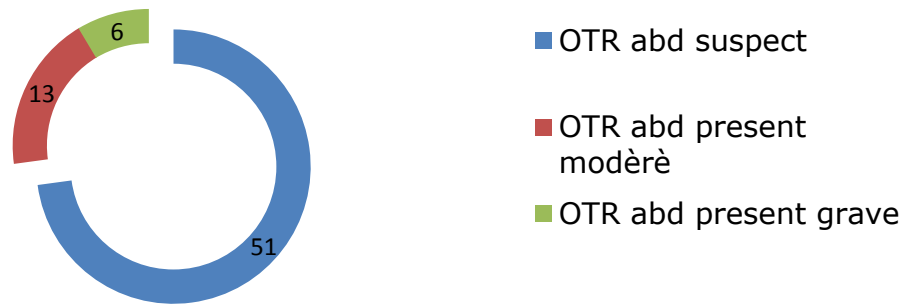
3.2. Les outils de mesure :

J'ai également utilisé des échelles validées comme le score de Glasgow

4. Recueil des données :

L'étude sur dossiers concernait le traumatisme abdominal chez l'enfant des patients hospitalisé dans le service de cci de CHU TELEMEN

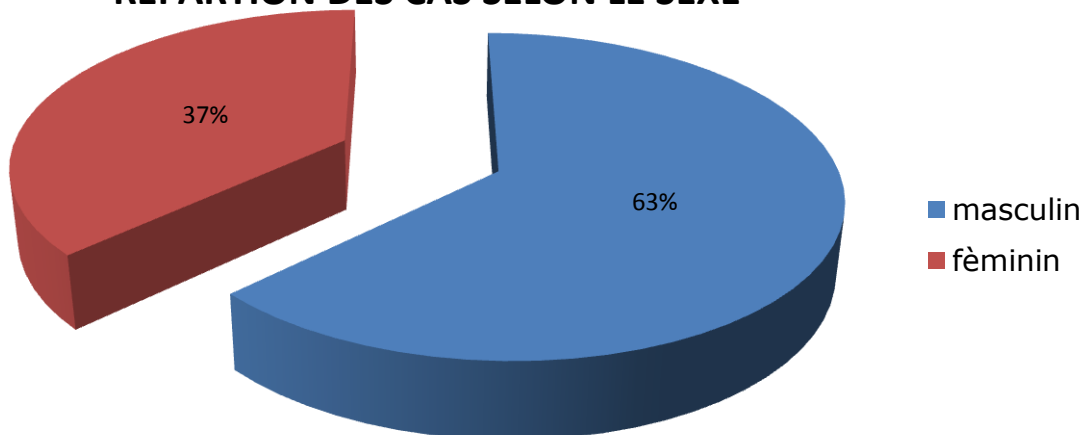
REPARTITION DES GROUPEES



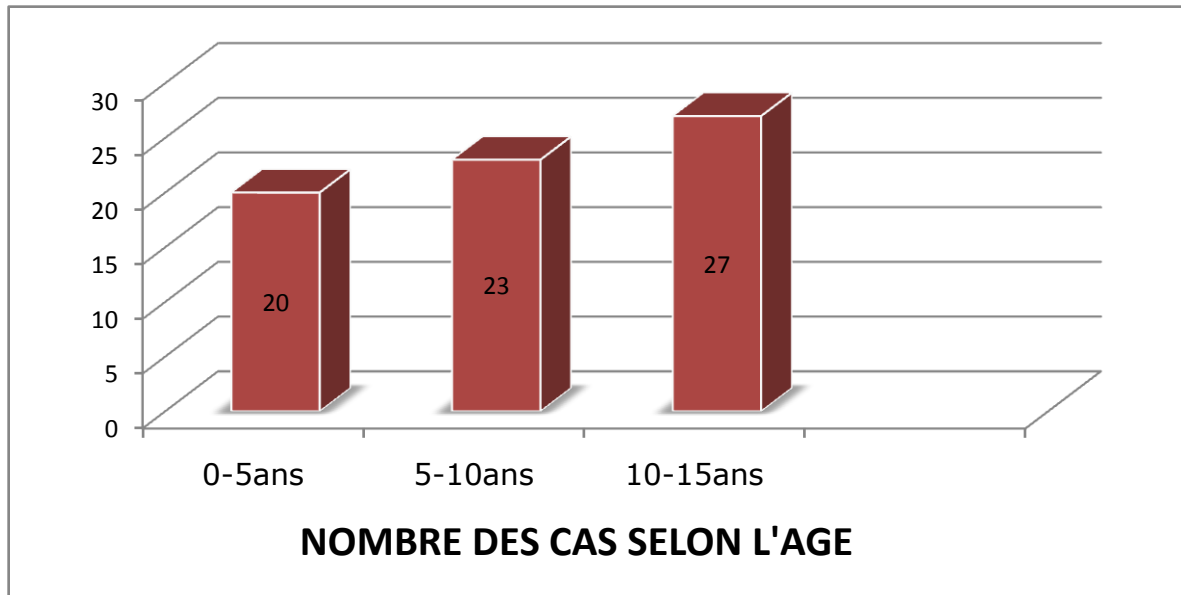
Sur un total de 70 patients ; on a 51 cas d'OTR abdominal suspect ; 19 cas d'OTR abdominal présent (13 modéré et 6 grave) .

D'après c'est résultat on peut dire que le traumatisme abdominal sur n'est pas très fréquent .

REPARTITION DES CAS SELON LE SEXE



sur un total de 70 de patients on a 63% sont de sexe masculin et 37% sont de sexe féminin ; donc dans mon étude, j'ai trouvé que OTR abdominal est présent dans les 2 sexe avec une petite prédominance masculine .



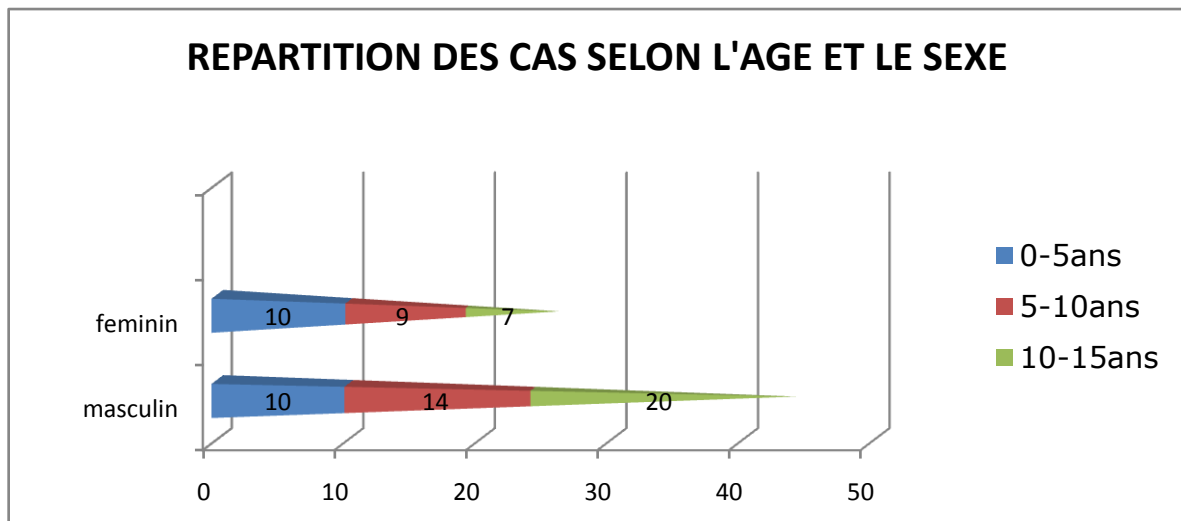
Sur un total de 70 cas : la tranche d'âge entre 10 – 15 ans est représenté par 27 patients (OTR abdominale est plus fréquent dans cette tranche d'âge)

la tranche d'âge entre 5-10 est représenté par 23 patients

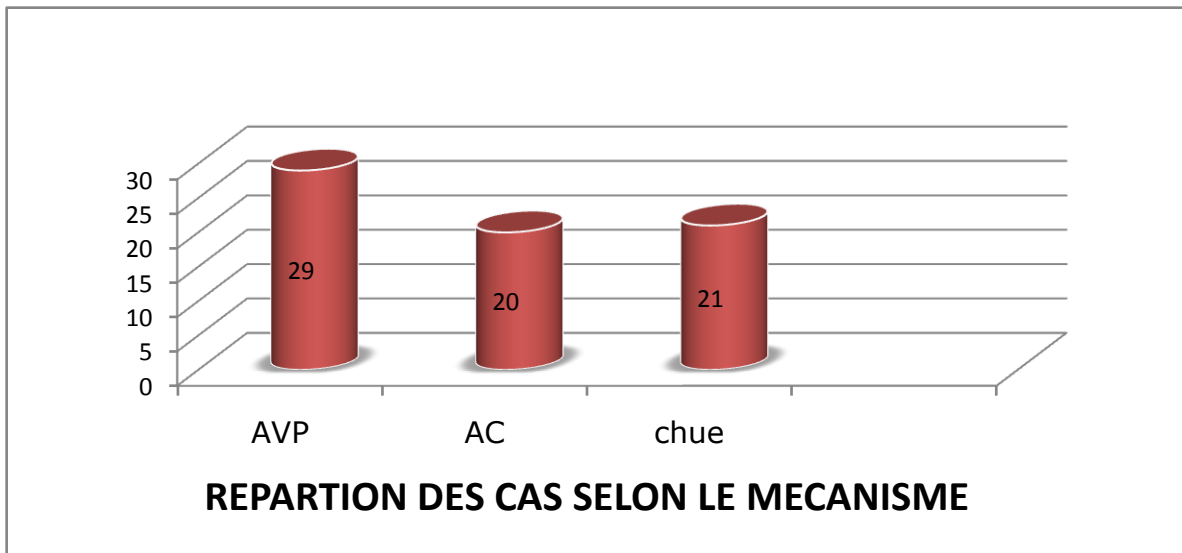
la tranche d'âge entre 0-5 est représenté par 20 patients

D'après c'est résultat on peut dire que l'exposition au OTR abdominal augment avec l'âge et je confirme à travers mon étude que l'OTR abdominal concerne tous les enfants avec principalement le jeune enfant .

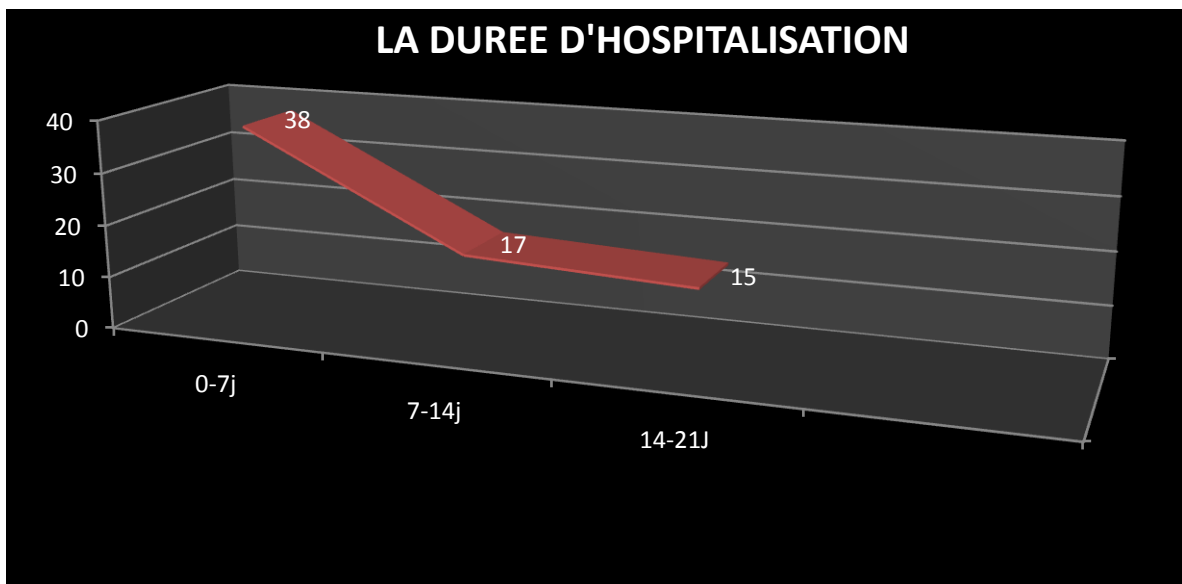
la moyenne = $8,67 \pm 0,5$ avec un écart type de 4,21 .



Sur un total de 70 cas ; OTR abdominal est plus fréquent chez les garçons (44cas) que chez les filles(26 cas) et il augmente avec l'âge dans le sexe masculin en revanche il diminue avec l'âge dans le sexe féminin ; et d'après mon étude La fréquence dans chacun des deux sexes n' est pas très variable en fonction de l'âge. On note un pic important chez les garçons dans la tranche d'âge 10-15 ans ; Chez les femmes, un pic est constaté avant 05 ans .



Sur un total de 70 cas ;on a 29 patients qui ont été victime d'AVP et 20 patients qui ont été victime d'AC ; 21 patients qui ont été victime de chute ; donc on peut dire que AVP est le mécanisme d'OTR abdominal le plus fréquent tandis que les chute et les accidents de la circulation ont le même nombre des cas.

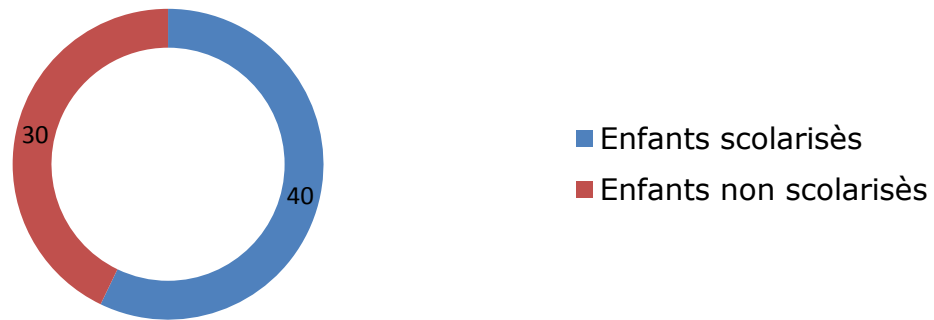


Sur un total de 70 cas on a 38 patients ont été hospitalisé pendant une durée de moins de 7J ;17 patients ont été hospitalisé pendant une durée comprise entre 7 et 14 J ;et le reste ont été hospitalisé pendant une durée comprise entre 14 et 21J .

la durée d'hospitalisation la plus fréquente est de moins de 7jours.

Mon étude a confirmé que la durée d'hospitalisation des traumatismes abdominaux est moyenne.

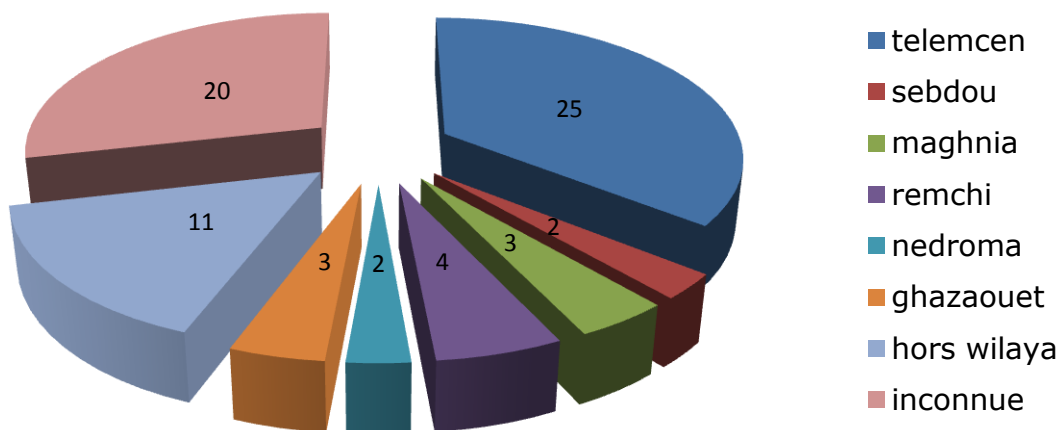
LE NOMBRE D'ENFANT SCOLARISE ET NON SCOLARISE



Sur un total de 70 patients ; On a 40 enfants victime d'OTR abdominal sont scolarisé et 30 enfant ne sont pas scolarisé donc le nombre d'enfant scolarisé est supérieur a celle des enfant non scolarisé , d'après mon étude je peux deviser mes patients en deux groupes avec une fréquence variable :

Groupe scolarisé avec une fréquence de $40/70=0,57$ qui est supérieur a la fréquence de groupe non scolarisé $30/70=0,42$ et cela est du a l'âge et a l'augmentation des activités de l'enfant qui est aussi proportionnelle a l'âge.

LE NOMBRE DES CAS SELON LE LIEU SE RESIDENCE



Sur un total de 70 cas on a :

25 patients habitent a Tlemcen

20 patients inconnus

11 patients hors wilaya

4 patients habitent a Remchi

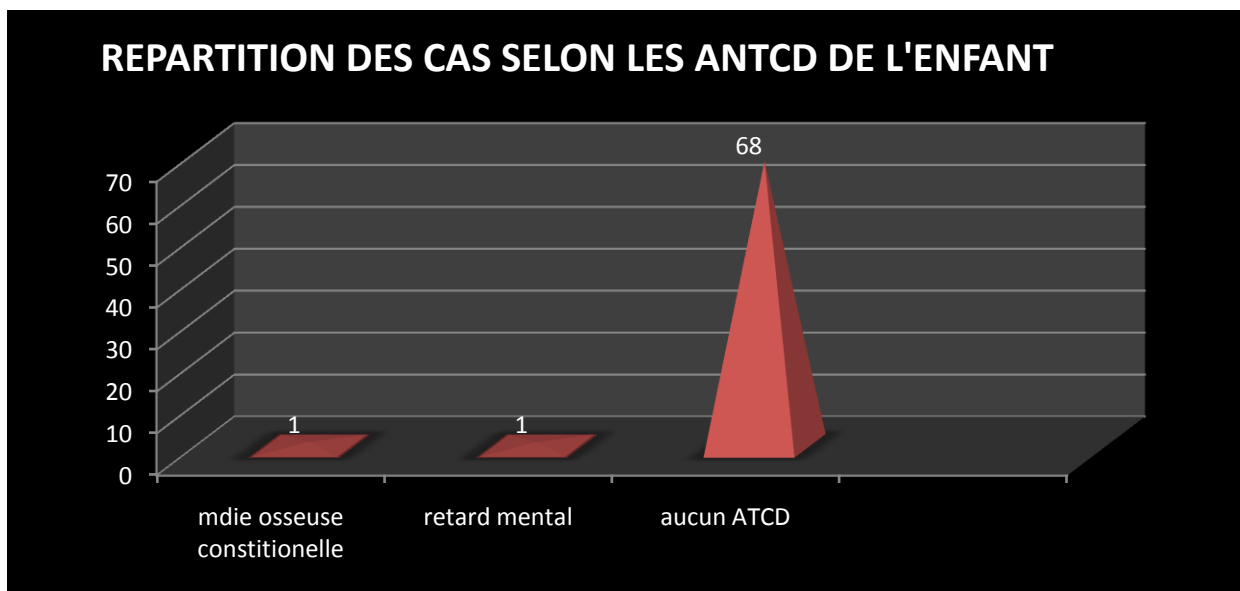
3 patients habitent à Ghazaouat

3 patients habitent à Maghnia

2 patients habitent à Nederoma

2 patients habitent à Sebdou

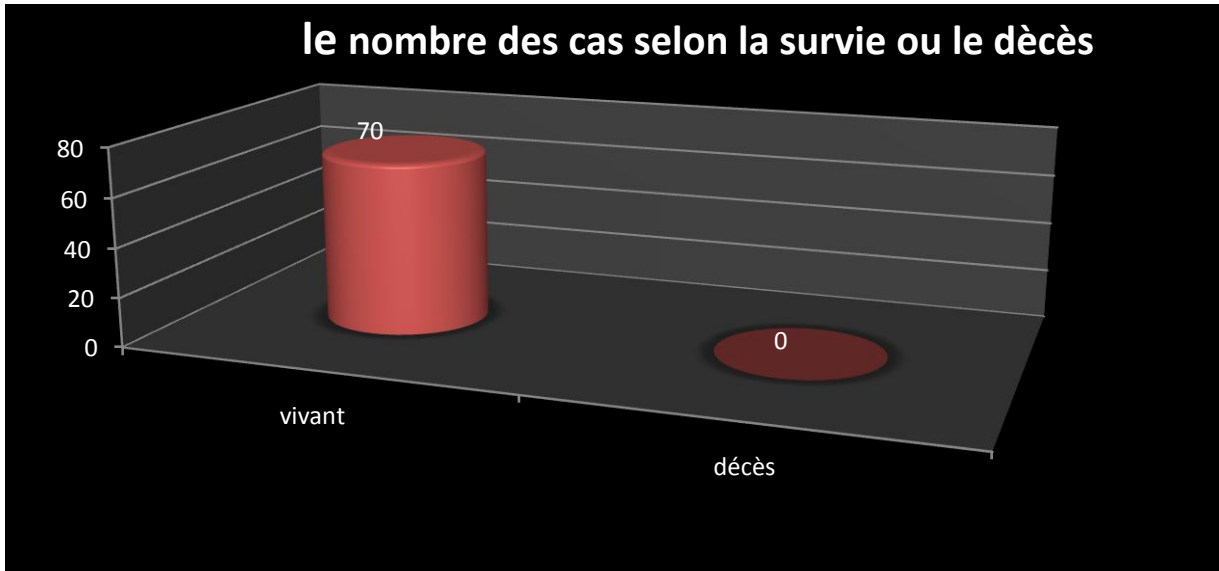
D'après c'est résultat ;on peut dire que le lieu de résidence le plus fréquent des patients victime d'OTR abdominal est représenté par la wilaya de Tlemcen (25 patients parmi 70 cas) ;et le lieu de résidence d'un grand nombre de cas n'a pas été mentionné et 11 parmi 70 cas habitent hors wilaya et le reste(Remchi ;Ghazaouat ;Maghnia ;Nederoma ;Sebdou) sont presque égaux donc d'après mon étude la plus part des patients résident dans la Wilaya de Tlemcen (36%). Les autres Wilayas sont inconnu 30% étaient concernées par les évacuations en raison de l'absence de structures adaptées et/ou de personnel qualifié .



Sur un total de 70 cas ;on a 68 patients sans aucun ANTCD et 1 patient qui a un ANTCD de maladie osseuse constitutionnelle et 1 patient qui a un ANTCD de retard mental .

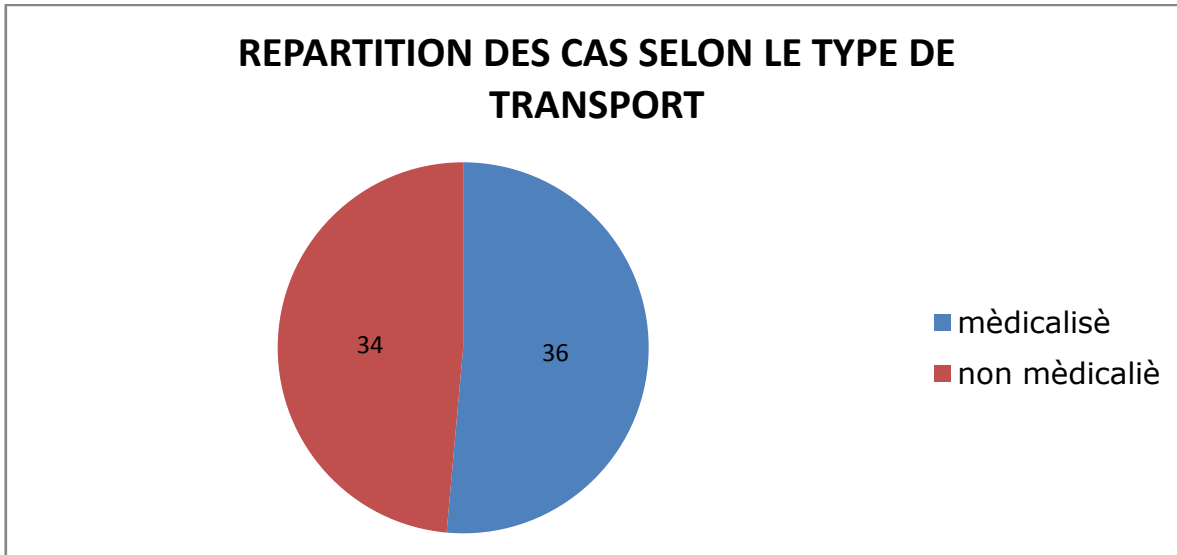
D'après c'est résultat on observe que la plus part des cas n'ont aucun ANTCD et les patients qui ont des ANTCD sont exceptionnelles.

le nombre des cas selon la survie ou le décès



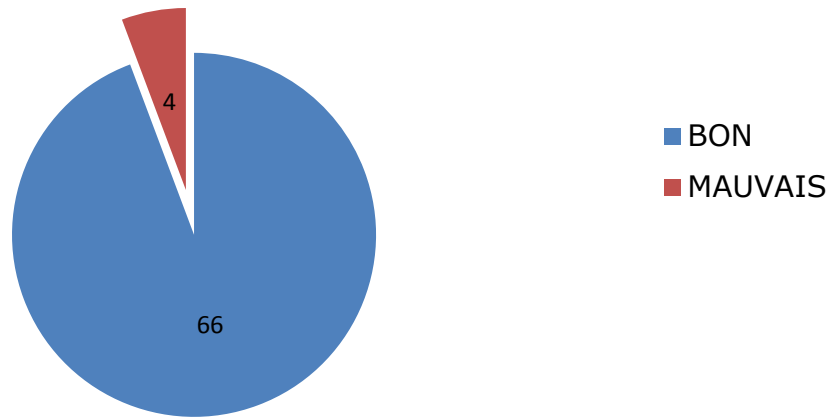
100% des patients sont vivants(70patients) et le taux de mortalité est nulle et ce la est du a une moindre gravité de traumatisme(qui est été suspect dans la plupart des cas) et au ANTCD (sans aucun ANTCD dans la plus part des cas) et a la précocité de diagnostic(bon examen clinique et amélioration des examen complémentaire et a la qualité de prise en charge qui est en net amélioration) .

REPARTITION DES CAS SELON LE TYPE DE TRANSPORT



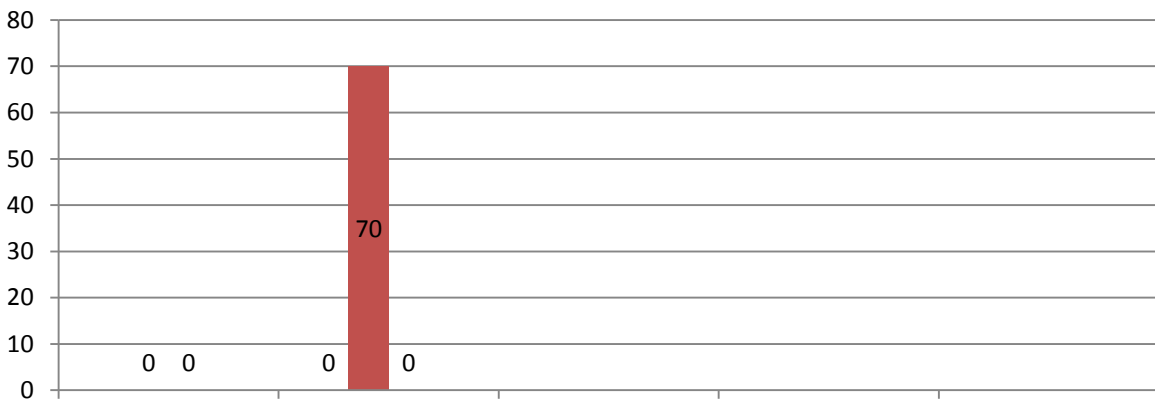
Sur un total de 70 cas on a 36 patients ont été ramenés à l'hôpital à l'aide des moyens de transport médicalisés (SAMU, protection civile ...) et le reste ont été ramenés par leurs propres moyens. D'après mon étude je peux dire que sur l'ensemble des traumatismes abdominaux, presque la moitié (51%) ont bénéficié d'un transport médicalisé du lieu d'accident vers le CHU TELEMCCEN, Le transport non médicalisé a concerné (49%) .

REPARTITION DES CAS SELON L'ETAT GENERAL



Sur un total de 70 cas on a 66 patients ont ètè en bon etat gènèral et cela est expliquè par la rareté des traumatismes abdominaux grave et 4 patients ont ètè en mauvaise ètat gènèral et ce la et du soit au traumtisme abdominal lui mème soit aux autre lésions associés .

REPARTITION DES GROUPES SELON TA

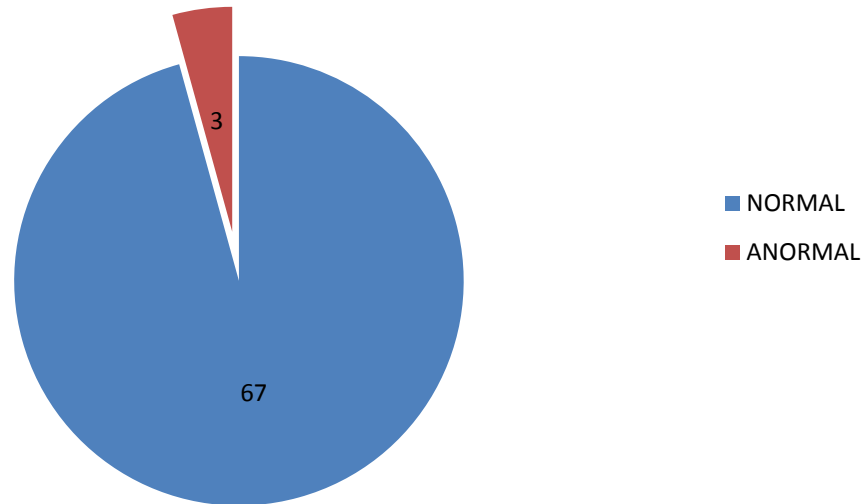


— TA normal

— TA anormal

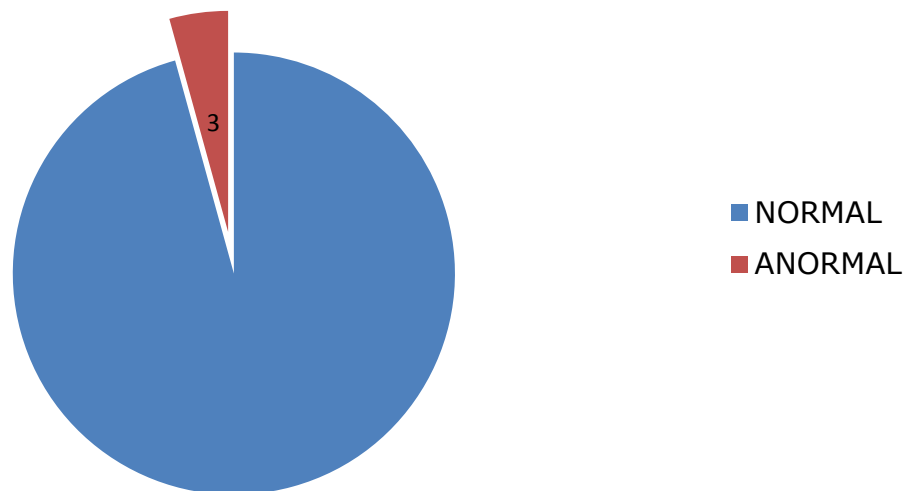
La plus part des patients qui ont fait partie de cette étude ont une TA normal est cela est expliquè par la rareté d'OTR abdominal grave et de la rapidité de prise en charge .

REPARTITION DES CAS SELON LE SCORE DE GLASGOW

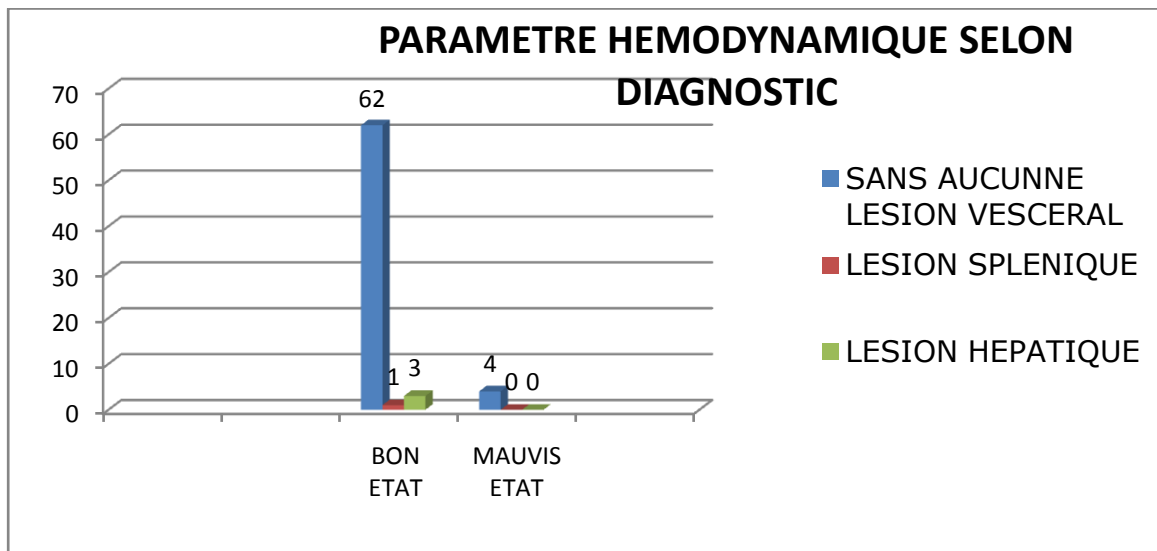


Sur un total de 70 cas on a 67 patients victimes OTR abdominal ont un score de Glasgow normal (entre 13-15) ; Presque 96 % des traumatisme abdominal étaient considérés comme bon seulement 3 patients ont un score de Glasgow anormale (inférieur a 13) donc 4% étaient mauvais; d'après mon étude mes patients étaient majoritairement en bonne santé .

REPARTITION DES GROUPES SELON L'HEMATOCRITE

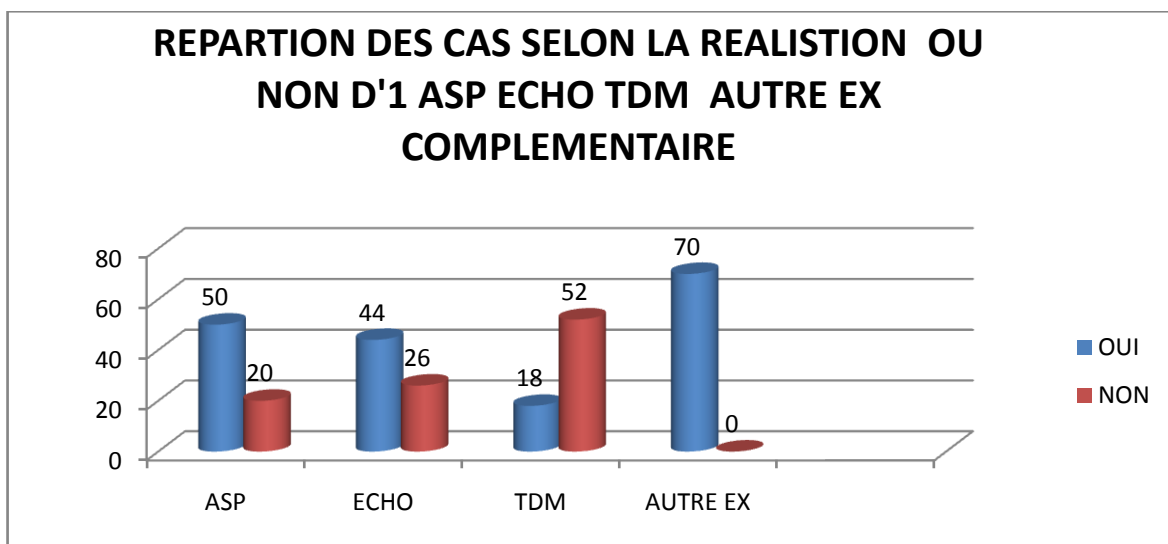


Sur un total de 70 cas on a 67 patients ont un taux d'hématocrite normal et ce la est du a la rareté de l'OTR abdominal grave et seulement 3 patients ont un taux d'hématocrite pathologique qui est du soit aux traumatisme abdominal grave (lésion splénique et hépatique.....etc qui sont très hémorragique) soit aux autres lésions associés .



Sur un total de 70 cas on a 66 patients ont un bon état général(dont 62 patients n'ont aucun ANTCD de lésion vésical ;1 patient a un ANTCD de lésion splénique et 3 patients ont un ANTCD de lésion hépatique) et 4 patients ont un mauvais état général malgré qu'il n'ont aucune lésion viscéral ni splénique ni hépatique et cela peut être expliqué par les autres lésion associé .

D'après c'est résultat on peut dire que la plus part des patients ont un bon état général et sans aucune lésion viscéral.



Sur un total de 70 patients :

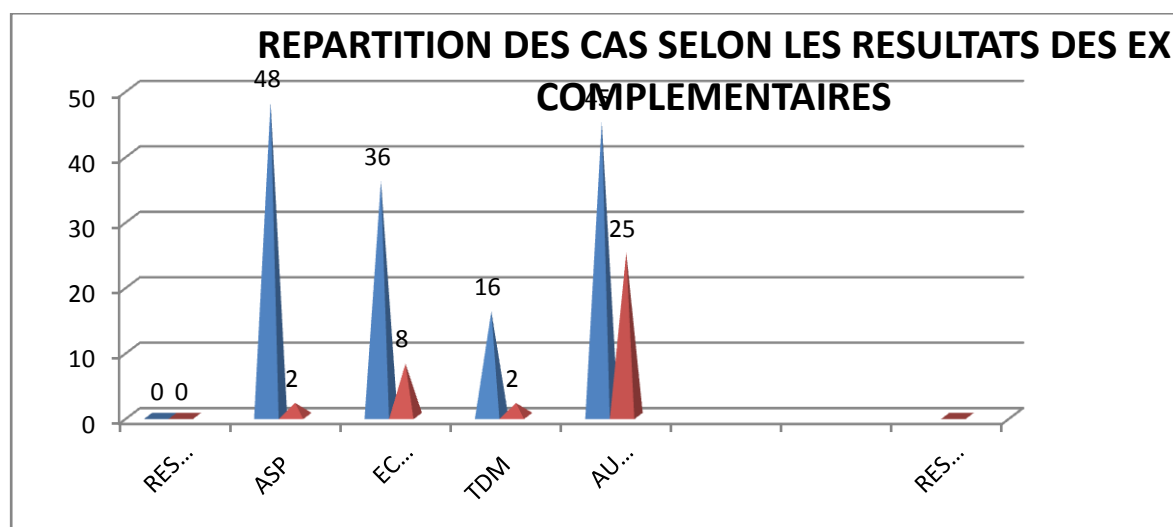
ASP a été demandé dans 50 cas

Echographié a été demandé dans 44 cas

TDM a été demandé dans 18 cas

Il ya aussi autre examen complémentaire qui ont ètè demandé selon les déférente lésion associés exemple(FNS ;radiographie du membre sup ou inf , radiographie de crane , radiographie de bassin ; radiographie de rachis.....) ;donc Plus de la moitié des patients ont bénéficié d'un ASP et d'échographie abdominopelviens a l'admission ; et quelque patients ont bénéficie en plus des examen précèdent d'un TDM et d'autre examen complémentaire .

D'après c'est résultat on peut dire que ASP est l'examen complémentaire le plus fréquemment demandé en première intention en cas de suspicion d'un traumatisme abdominal et même l'échographie est aussi fréquemment utilisé et cela est du au rôle primordiale de ces deux examen.



— résultat normal

— résultat anormal

Sur un total de 70 patients :

ASP a été demandé dans 50 cas dont 48 cas ou les résultats des examens complémentaires sont normaux et 2 cas ou les résultats des examens complémentaires sont anormaux

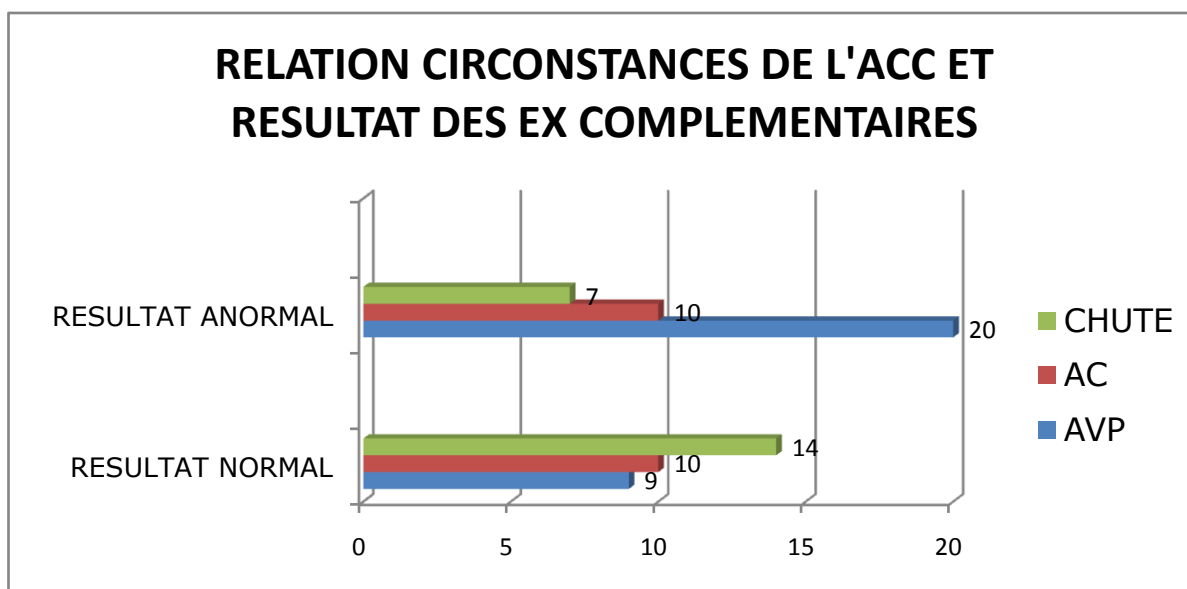
Echographié a été demandé dans 44 cas dont 36 cas ou les résultats des examens complémentaires sont normaux et 8 cas ou les résultats des examens complémentaire sont anormaux .

TDM a été demandé dans 18 cas dont 16 cas ou les résultats des examens complémentaires sont normaux et 2 cas ou les résultats des examens complémentaires sont anormaux .

Concernant les autres déférentes examen complémentaire ont ètè demandé selon les déférentes lésion associés ; on a 45 cas ou les résultats des examens complémentaires sont normaux et 25 cas ou les résultats des examen complémentaires sont anormaux .

La plus part des résultats des examens complémentaires sont normaux alors que les résultats anormaux de ASP,echo,TDM et autre examens complémentaires représente respectivement 3% ,11%,3%, 36% .

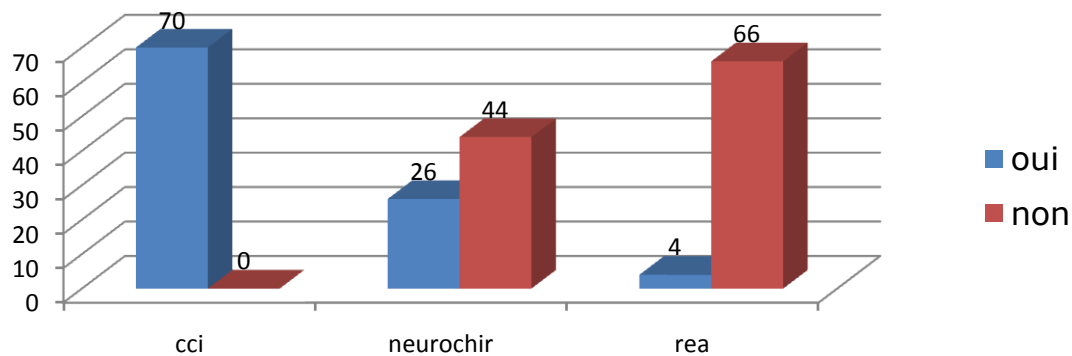
D'après c'est résultat on peut dire que les resultats normaux sont plus fréquemment retrouvè dans ASP et les résultats anormaux sont plus fréquemment retrouvè dans l'échographie abdominal donc l'échographie est plus performant que ASP dans le diagnostic des lesions des organes pleines intra abdominal .



Sur un total de 70 patients on a 37 cas ou les resultats des examens complèmentaire sont normaux (dont 7 cas de chute ;10 cas d'accident de la circulation et 20 cas d'accident de la voie publique) ;et 33 cas ou les résultats des examen complémentaires sont anormaux (dont 14 cas de chute ;10 cas d'accident de la circulation et 9 cas d'accident de la voie publique) .

D'après c'est résultat on peut dire que les resultats anormaux des examen complementaires sont fréquemment retrouvè en cas de traumatisme abdominal suite a un accident de la voie publique et les resultats normaux des examens complèmentaire sont fréquemment retrouvè dans les traumatisme abdominal suite a une chute.

REPARTITION DES CAS SELON LE PARCOURS DU PATIENT A L'HOPITAL



Sur un total de 70 cas :

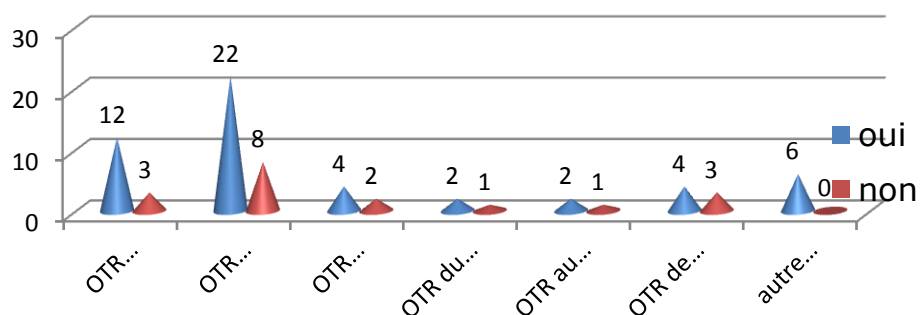
La totalité des patients ont été consulté dans les urgences CCI

26 patients ont subi un avis neurochirurgie

04 patients ont subi un avis réanimation

Donc d'après mon étude je peux dire que Le premier service concerné par la prise en charge des traumatismes abdominaux en termes de fréquence est celui de la CCI, puisque 100% des patients ont été hospitalisés dans ce service. 37% sont passé en neurochirurgie et 6% sont passé en réanimation.

REPARTITION DES CAS SELON LES LESIONS ASSOCIES EN CAS D'OTR ABD



Sur un total de 70 cas on a :

15 patients ayant un traumatisme du membre supérieur dont 12 cas ayant une lésion du membre supérieur et 3 n'ont aucune lésion

30 patients ayant un traumatisme de membre inférieur dont 22 cas ayant une lésion du membre inférieur et 8 cas n'ont aucune lésion

6 patients ayant un traumatisme crâniens dont 4cas ayant une lésion au niveau du crane et 2 patients n'ont aucune lésion

3 patients ayant un traumatisme de bassin dont 2cas ayant une lésion au niveau du bassin et un cas n'a aucune lésion

3 patients ayant un traumatisme au niveau de rachis dont 2cas ayant une lésion au niveau de rachis et un cas n'a aucune lésion

7 cas ayant un OTR de la face dont 4 cas ayant une lésion au niveau de la face et 3 cas n'ont aucune lésion

Les autres lésions représentent 6 cas

d'après mon étude je peux dire que :

les lésions associées sont représenté par

lésion de membre inférieur est le plus fréquent 31%

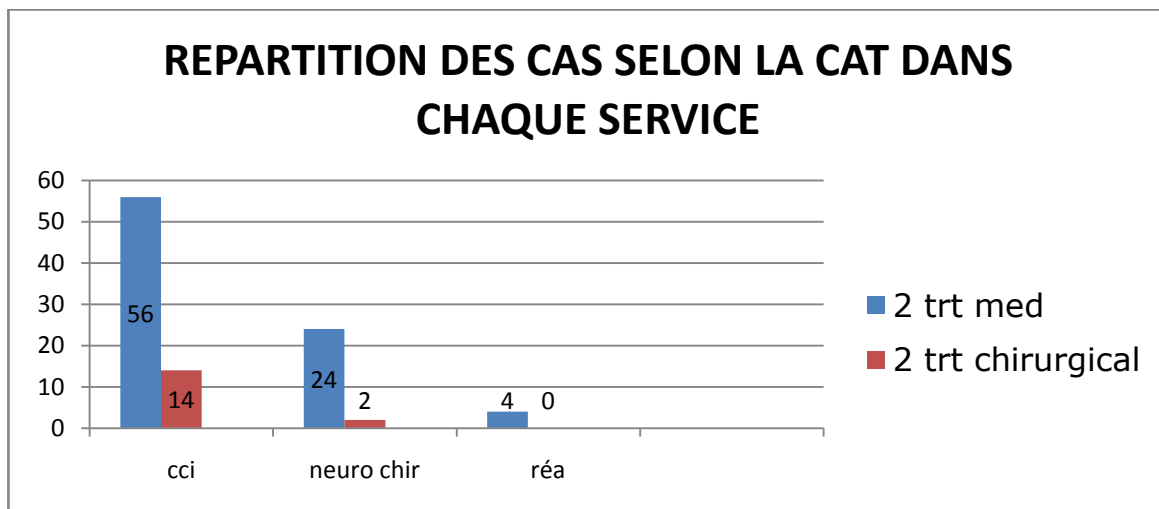
lésion de membre supérieur 17%

lésion au niveau crane

lésion au niveau du bassin

lésion au niveau de rachis

lésion au niveau de la face ; autres lésions.....etc.



Sur un total de 70 cas :

Dans le service de CCI on a 56 patients ont subi un traitement médical et 14 patients ont subi un traitement chirurgical .

Parmi les 26 patients qui ont subi un avis neurochirurgicale on a 24 patient ont subi un traitement médical et 2 patients ont subi un traitement chirurgical .

Tous les 4 patients qui ont subi un avis réanimation ont subi un traitement médical.

III. Conclusion :

En rèsumè ,une contusion grave de l' abdominal peut tuer :

En quelques minutes par choc et hémorragie foudroyante;

En quelques heures, par hémorragie interne plus lente;

En vingt-quatre heures, en quarante-huit heures, par péritonite généralisée ou hémorragie en deux temp

La stratégie diagnostique et thérapeutique face à un traumatisme de l'abdomen reste guidée par l'état hémodynamique du patient et les moyens diagnostiques dont on dispose le TDM semble être l'examen le plus susceptible de localiser le saignement et sa cause. C'est le seul examen permettant de diagnostiquer une lésion d'organes creux

L'essor et la disponibilité de l'échographie et de la TDM facilitent la prise en charge des patients, en particulier des malades inconscients.

CAT guidée par l'ÉTAT GENERAL

Difficulté de diagnostic lésionnel

Attention aux lésions associées

Traitement non opératoire très souvent

En cas de chirurgie, traitement conservateur

IV. Reference Bibliographiques

- LES TRAUMATISMES DE L'ABDOMEN CHEZ L'ENFANT PAR Bruno Bachy
- Revue Médicale Suisse Gros boum sur petit ventre abdominal chez l'enfant Auteur: N. Lutz O. Reinberg Numéro : 2492 Sujet: Médecine d'urgence
- la Revue Médicale Suisse revue.medhyg.ch L'adresse de cet article est revue.medhyg.ch/article.php3?sid=23989
- Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2007. Les Essentiels, p. 433-443. © 2007 Elsevier Masson SAS.
- Traduit de Moore EE, Cogbill TH, Jurkovich MD et coll. Organ injury scaling: spleen and liver (1994 révision).
- Prise en Charge des Traumatismes Fermés du Bloc Duodéno- Pancréatique chez L'enfant (A propos d'une série de 8 cas)