

SPLÉNECTOMIE D'URGENCE

Intervention importante, la splénectomie est rendue encore plus délicate pour un débutant, par la notion d'urgence et, Outre-Mer, l'état pathologique (Bilharziose, Paludisme) de l'organe ; c'est pourtant la seule intervention sérieuse d'hémostase.

INDICATIONS

- . Rupture splénique par traumatisme fermé ou plaie confirmée par ponction lavage du péritoine ;
- . Torsion du pédicule d'une rate pathologique.

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

- S'assurer de deux voies veineuses aux membres supérieurs par mise en place de cathéters permettant un débit rapide. L'adjonction d'une voie veineuse centrale permettant la mesure per-opératoire de la PVC est souhaitable.
- Groupage sanguin puis perfusion de macromolécules (Rhéomacrodex, Subtosan) jusqu'à obtention de chiffres tensionnels pré-opératoires d'au moins 9 ou 10 de maximale. Puis transfusions de sang isogroupe, isorhésus.
- Aspiration par sonde nasogastrique.
- Sondage vésical.
- Rasage et désinfection cutanée.

ANESTHÉSIE

- Prémédication sur table.
- Anesthésie générale avec intubation trachéale, curarisation et ventilation assistée.

INSTALLATION

- . Sujet en décubitus dorsal, billot sous les fausses côtes, opérateur à droite, deux aides en face.

MATÉRIEL

- . boîte d'abdomen avec instruments longs (pincés de Bengoléa et de Jean-Louis Faure),
- . valves de Leriche ou de Polosson,
- . aspirateur puissant,
- . clamps intestinaux courbes rigides.

TECHNIQUE

- . **Pénétration** : Laparotomie médiane xypho-ombilicale éventuellement agrandie en sous ombilicale.
- . **Exploration** : Aspiration, dès l'ouverture du péritoine, du sang et des caillots. Glisser la main droite jusqu'au fond de l'hypochondre gauche, la main gauche écartant l'estomac vers la droite. Chercher à identifier les lésions spléniques et à apprécier le caractère extériorisable (pédicule long) ou non de la rate.

Attention à ne pas méconnaître les plaies de la face postérieure et du pôle inférieur ! Vérifier le foie (lobe gauche), le ligament gastrocolique et le colon gauche. Palper les loges rénale et pancréatique.

. **Exposition** : Un aide soulève l'aument costal en haut et à gauche à l'aide d'une valve de Polosson. Un champ humide dans la gouttière pariéto-colique permet l'abaissement de l'angle gauche. Un autre champ refoule en bas et à droite estomac, colon transverse et son méso.

. **Splénectomie** : 1°. Cas d'une rate extériorisable, à pédicule long.

a) de la main droite, extérioriser la rate par traction douce tout en clampant son pédicule entre l'index et le médus de la main gauche.

b) placer un clamp au ras du hile splénique, puis un clamp courbe ou deux pincés fortes, l'une en

haut et l'autre en bas enserrant le pédicule à deux centimètres en dedans du premier clamp (éviter : la grande courbure de l'estomac et la queue du pancréas !).

c) couper alors le pédicule au ras du clamp distal, enlever la rate.

Ligature du pédicule : une pince de Kocher est placée sur les vaisseaux dont on voit la coupe, évitant leur échappée lors de la ligature. On place une ou plusieurs ligatures de Lin n° 1 ou 2 en dedans du clamp qui est relâché pendant le serrage. Placer un deuxième fil de sécurité après ablation du clamp. Vérifier l'hémostase. Aspirer le sang restant.

2°. Cas d'une rate non extériorisable ou à pédicule court.

La ligature en un seul temps est dangereuse !! (estomac, queue du pancréas).
Faire la ligature en deux temps.

a) Section de l'épiploon gastro-splénique contenant les vaisseaux courts, liés au lin, séparément au ras de la rate.

b) Basculer la rate en dedans sur son pédicule charnière et, par en arrière, reconnaître à l'œil et au doigt, isoler puis lier séparément les vaisseaux spléniques dans l'épiploon pancréatico-splénique. S'il existe un accollement de cet épiploon et de la face postérieure la rate, cette dernière ne pourra être rabattue en dedans et extériorisée qu'après section du mésogastre postérieur qui la fixe en arrière et en dehors au diaphragme.

Clamper. Couper. Lier au Lin n° 2 toujours en saisissant la coupe des vaisseaux avec une pince de Kocher pour éviter qu'ils n'échappent. Doubler les ligatures au Lin n° 1, vérifier les nœuds avant de les laisser replonger spontanément dans la loge.

c) Vérification : aspiration du sang et des éventuels débris spléniques détachés.

d) Drainage : il est prudent de laisser en place un drain caoutchouc de 8 à 10 mm de diamètre, sortant par contre incision postéro-externe, qui sera fixé à la peau (surveillance d'une éventuelle hémorragie secondaire) et doit être aspiratif (- 50 cm d'eau).

e) Fermeture en trois plans, nylon sur l'aponévrose.

VARIANTES

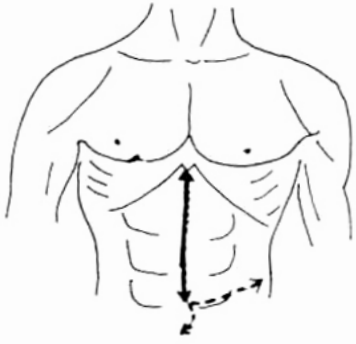
La splénectomie « sous capsulo-adhérentielle de Lombard » permet d'extirper les grosses rates pathologiques très adhérentes au diaphragme :

- . Ouverture de l'arrière cavité des épiploons par section de l'épiploon gastro-splénique.
- . Repérage, isolement et ligature première des vaisseaux du pédicule à leur émergence au-dessus de la queue du pancréas. Ligature et section des vaisseaux accessoires.
- . La rate est alors décollée de la coupole par clivage de ses faces exécuté du tranchant de la main droite au ras de la surface diaphragmatique.
- . La rate extirpée, la loge splénique deshabillée « pleure le sang » au niveau des surfaces cruentées. Tamponner pendant 10 minutes en tassant un ou deux grands champs abdominaux imbibés de sérum chaud puis parfaire l'hémostase par électrocoagulation ou ligatures appuyées.

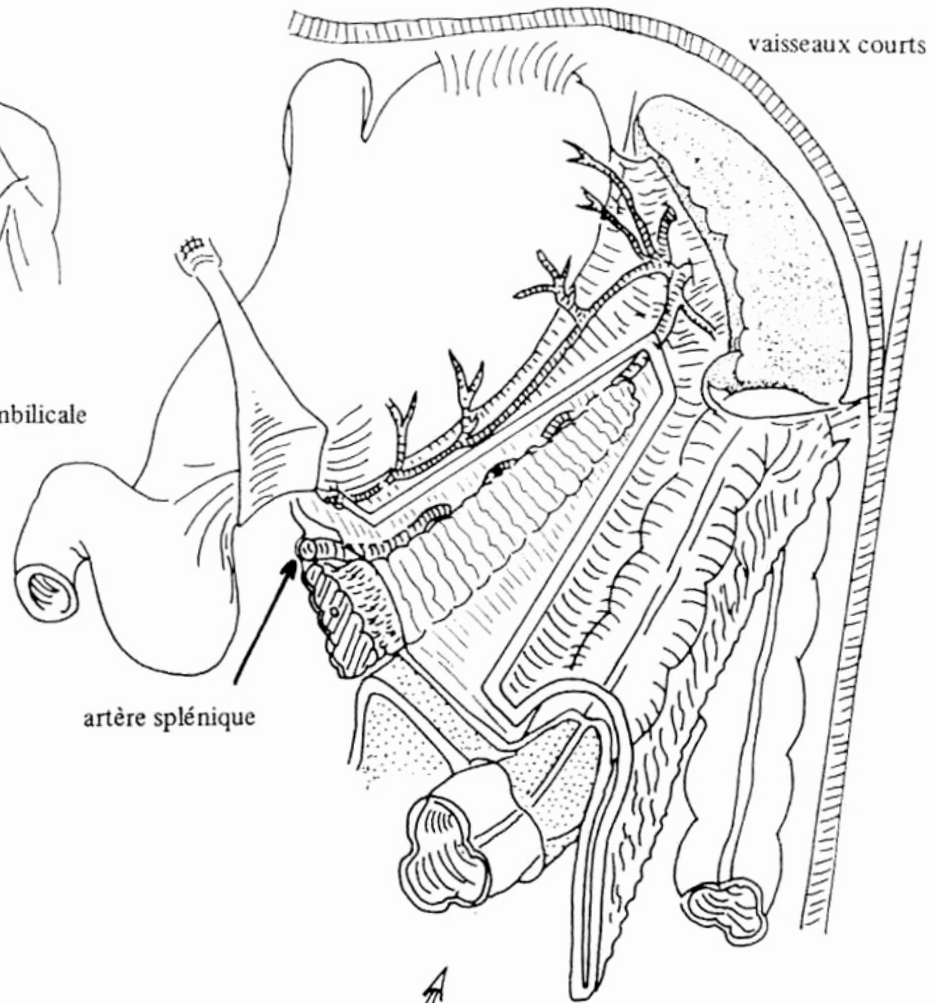
SOINS POSTOPÉRATOIRES

- . Surveillance : Pouls, T.A. Diurèse, température.
- . Perfusions jusqu'à reprise du transit.
- . L'aspiration gastrique, qui n'avait d'autre but que d'obtenir un estomac plat, non gênant, pourra être clampée et supprimée rapidement.
- . Ablation du drain à partir du 2e jour en deux fois.
- . Surveillance de la crase sanguine, de la coagulation et numération des plaquettes. En cas d'hyperthermie post splénectomie et malgré un traitement antipaludéen, un traitement anticoagulant pourra être indiqué.

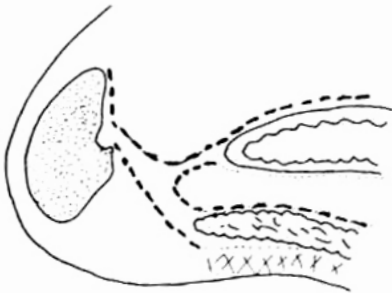
SPLÉNECTOMIE



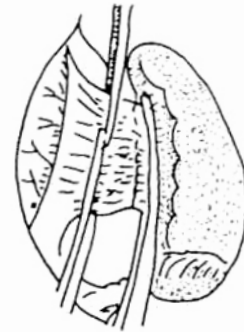
Laparotomie médiane sus-ombilicale



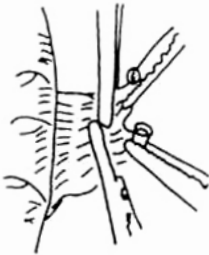
I - PÉDICULE LONG



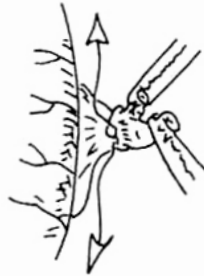
extériorisation



clamage



section du pédicule

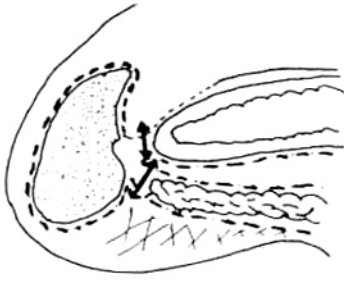


1° ligature

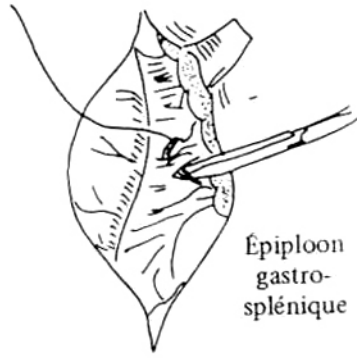


2° ligature

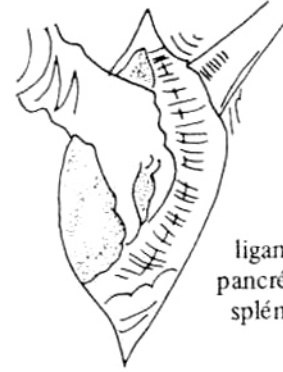
II – PÉDICULE COURT



section de l'épiploon gastro-splénique
contenant les vaisseaux courts
liés au lin

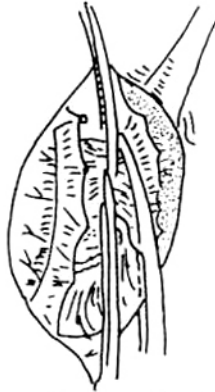


Épiploon
gastro-
splénique



ligament
pancréatico-
splénique

bascule de la rate en dedans exposant le
ligament pancréatico-splénique



reconnaissance et ligature séparée
des vaisseaux spléniques dans l'épiploon
pancréatico-splénique



ligature des vaisseaux spléniques
doublée d'une 2^o ligature

CONDUITE A TENIR DEVANT UN TRAUMATISME CRANIEN EN POSTE ISOLÉ

RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE

- Ne jamais oublier les lésions associées possibles : Abdomen, thorax, membres (hanche, épaule, poignet) rachis cervical.
- Les lésions encéphaliques conditionnent le pronostic.

LÉSIONS OSSEUSES : Elles ne sont à considérer sérieusement que dans trois éventualités :

- **plaie crânio-cérébrale** : à opérer d'urgence, parage, fermeture impérative de la dure-mère, au besoin par une plastie du fascia lata.
- **fracture ouverte** : vers les orifices naturels (LCR par oreille ou nez) ou dans les cavités naturelles (sinus) : risque septique ++ . Pas d'urgence mais : antibiothérapie générale - protection des orifices naturels par coton filtre sans aucune instillation liquide même d'antibiotiques (risques de contamination septique de DH en DD).
- **embarrure** : elle doit être levée, mais sans urgence.

LÉSIONS MÉNINGÉES ET JUXTA MÉNINGÉES

Effraction de la barrière méningée : Fermeture impérative de la dure-mère.

Épanchements hémorragiques :

– **Hématome extra-dural** : n'importe où sauf à la base. – toute fracture saigne un peu, sans importance. – un saignement plus important, déterminant un hématome extra-dural va comprimer le cerveau sous-jacent, d'autant plus vite que l'artère qui saigne est plus importante :

- . signes de compression localisée
- . signes de souffrance cérébrale diffuse
- . éventuellement, fuite de la matière cérébrale dans l'orifice de la tente du cervelet avec engagement temporal possible.

– **Hémorragie méningée** : va donner des signes d'irritation méningée, pourra bloquer par un caillot l'aqueduc de Sylvius provoquant un syndrome d'hydrocéphalie traumatique progressive.

– **Hématome sous-dural** : jamais aussi important et rapidement constitué que certains hématomes extra-duraux. N'est qu'un élément surajouté à la lésion cérébrale sous-jacente qui conditionne réellement la gravité.

LÉSIONS CÉRÉBRALES

La matière cérébrale s'écrase contre l'os de la boîte crânienne, d'où foyers contusifs généralement multiples avec véritables ecchymoses intracérébrales pouvant évoluer vers des foyers hémorragiques ou nécrotiques. L'œdème est la conséquence de la contusion cérébrale ou d'une hypertension intra-crânienne souvent secondaire à une lésion du tronc cérébral. En résumé, le seul élément intra-crânien sur lequel le chirurgien puisse agir est l'hématome extra-dural ; pour les autres lésions, le traitement médical ne pourra faire appel qu'à des palliatifs d'autant plus efficaces qu'ils seront prescrits à bon escient et à temps. Ceci ne pourra être réalisé que par une surveillance attentive de tout trauma crânien.

SURVEILLANCE D'UN TRAUMATISÉ CRANIEN

- Il faudra : – surveiller l'état de conscience
– rechercher l'apparition éventuelle de signes de localisation.

Tout traumatisme crânien doit être hospitalisé pendant un minimum de 48 heures et examiné suivant un rythme variable, au minimum toutes les deux heures, plus souvent au moindre doute. Deux cas se présenteront suivant que le traumatisé est conscient ou non.

A – Sujet conscient : Une mère attentive peut suffire car cette surveillance est relativement simple : si apparition :

- . d'une obnubilation
- . d'une lourdeur d'un côté
- . d'une mydriase unilatérale

suspecter la constitution d'un hématome extra-dural : la surveillance sera rapprochée pour juger de la rapidité d'aggravation : l'urgence est d'autant plus grande que l'intervalle libre est plus court.

– l'hématome sous-dural est en général beaucoup plus progressif,
 – une hémorragie méningée se traduira par l'apparition de céphalées souvent très intenses, de raideur de la nuque et surtout d'un état d'agitation intense que n'explique pas un encombrement respiratoire. Enfin, une dyspnée superficielle avec torpeur progressive, s'accompagnant d'une chute de la tension artérielle, doit faire suspecter un syndrome hémorragique interne abdominal ou thoracique. « Un traumatisé crânien pur n'est jamais un choqué ».

Le traitement systématique de base doit être aussi peu agressif que possible chez ces sujets : éviter les calmants puissants, pouvant entraîner une somnolence, un anti-inflammatoire par la bouche diminuera un possible œdème péri-commotionnel. Des antibiotiques seront prescrits s'il y a risque d'effraction méningée.

Repos au calme, au lit. Ne pas oublier une hydratation indispensable en zone tropicale (risque de collapsus cérébral post-traumatique qui se voit également chez les vieillards en Europe) ; les perfusions seront utilement enrichies de 1,5 gr à 2 gr de novocaïne par 24 heures.

B – Sujet inconscient : Cas gravissime : toute sollicitation externe suffisamment forte pour franchir le coma va entraîner un réflexe de décérébration ; hyperextension des 4 membres qui se mettent en rotation interne forcée. Une telle réaction traduit une lésion du tronc cérébral qui peut être considérée comme un arrêt de mort si elle est constituée d'emblée ; de toute façon, le pronostic est très pessimiste.

Devant un coma post-traumatique : il faut répéter les bilans neurologiques minutieux pour essayer de saisir une amélioration, une aggravation ou surtout une localisation.

La conscience : a) automatique = réaction au pincement

I : saisit la main

II : retire le membre pincé

III : aucune réaction

IV : réaction de décérébration.

b) instinctive

déglutition : temps labial

: temps lingual

: temps pharyngo-œsophagien.

défécation - miction

Syndrome neuro-végétatif

– Respiration : éviter l'encombrement respiratoire = 1ère préoccupation.

Rythme influencé :

. par des lésions centrales

. par des lésions thoraciques.

– Température : si augmente sans infection : mauvais pronostic. Peut augmenter par polypnée asphyxique.

– Pouls : la bradycardie est un signe classique d'hypertension intra-crânienne : elle est alors souvent associée à une obnubilation progressive.

– Tension artérielle :

monte : . si encombrement respiratoire qu'il faut traiter

. sinon signe de gravité

baisse : seuls les traumatismes crâniens ouverts peuvent faire un choc. Si pas d'autre lésion : collapsus terminal.

En règle, le choc dépend d'une autre cause traumatique.

- Troubles digestifs : . Vomissements : n'ont pas de signification très nette mais constituent un risque d'obstruction respiratoire ; laisser le comateux couché sur le côté. Mettre une sonde gastrique.
- . Hoquet : chez le comateux est un signe de haute gravité par souffrance du tronc cérébral.

Syndrome neurologique

- Global : céphalées, vomissements, amblyopie, mydriase bilatérale, signes méningés.
- Avec signes de localisation :
 - Hémiplégie : troubles sensitivo-moteurs :
 - . une hémiplégie brutale est en faveur d'une thrombose,
 - . surtout paralysie progressive, en particulier oculaire.
 - Épilepsie : - Bravais-Jacksonienne : en faveur d'une localisation à l'hémisphère contro-latéral.
 - Généralisée : en faveur de l'installation d'un collapsus cérébral (cf tableau ci-joint).
- Tronc cérébral : toujours haute gravité.

Si rigidité décérébrée unilatérale : possibilité de guérison car il s'agit généralement d'un H.E.D. à opérer.

En pratique : 2 gestes sont essentiels pour cette surveillance clinique :

- le **pincement violent** et symétrique juge : - l'état de conscience, - la symétrie des réponses motrices des membres.
- l'**examen pupillaire** recherchant une asymétrie ou mieux, une mydriase unilatérale.

Conduite à tenir

. **Même traitement de fond** que pour un sujet conscient + réanimation standard évitant le NaCl.
. **Importance capitale de préserver la liberté des voies respiratoires** :

- sonde gastrique évitant l'obstruction par vomissement,
- décubitus latéral,
- éviter la chute de la langue par canule de Guédel.

Si nécessaire : intubation trachéale ou trachéotomie
oxygénothérapie utile.

. **Une lésion traumatique associée** sera systématiquement recherchée :

- du rachis cervical (même mécanisme traumatique)
 - « sujet à nuque molle »
 - garder en discrète hyperextension.
- du thorax (gêne respiratoire et anoxie très préjudiciable à la lésion cérébrale).
- des membres : luxation de hanche en particulier (crânien guéri mais infirme).
- hémorragies internes (rupture de la rate en Afrique).

Si aggravation :

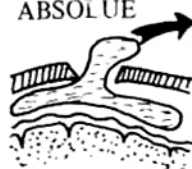


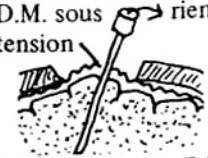
- avec **localisation** faisant penser à un hématome extra-dural : **intervention décompressive très urgente** si intervalle libre bref, sinon évacuation à envisager. Danger de l'avion surtout au-dessus de 1.000 m.

- sans **localisation** : on pourra envisager, surtout si on peut contrôler le fond d'œil, un traitement anti-œdémateux : le glucose hypertonique, IV à 30 % est le plus facile à manier, associé à l'insuline (1 U pour 5 grs de sucre). En pays chaud, penser au collapsus cérébral devant une obnubilation qui s'aggrave

avec hypotonie des globes oculaires, langue sèche et épilepsie généralisée, traitement par sérum physiologique au besoin associé aux corticoïdes.

– Évacuer tout trachéotomisé et tout état comateux se prolongeant plus de 48 heures.

INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS LES TRAUMATISMES CRANIENS

LÉSIONS	CHRONOLOGIE	S. MAJEURS	ÉVOLUTION SPONTANÉE	INDIC. OPÉRATOIRE
PLAIE + embarrure ± ouverture sinus, nez oreille			Risque : abcès cerveau Méningite	
Hématome extra-dural	précoce après I.L.	tr. conscience s. localis. hémiplégie contrôlat. mydriase homolat.	Engagement	ABSOLUE 
Hémorragie méningée		tr. conscience + agitation		± ponct. ventricu- laire
Hématome sous dural	Immédiate	trauma grave d'emblée	MORT	MAUVAIS
	Semi-précoce I.L. = 8-15 j.	S. local. puis tr. conscience		ABSOLUE
	tardive I.L. = X mois	tr. conscience éventuelle s. localis.	Épilepsie ou coma progressif	 ABSOLUE
Hématome intra-crânien 1/PUR :	Précoce après I.L.	S. localis. puis tr. conscience	Oedème Cal. secondaire	ABSOLUE 
2/ Associé : + commotion	Immédiate œdème ou		guérison ou engagement	
+ contusion	Immédiate œdème		risque d'engagement	D.M. sous tension
+ œdème	Progressif faux interv. libre	tr. conscience progressif	engagement	
+ collapsus	Précoce après intervalle libre	Hypotonie peut donner : Épilepsie précoce		D.M. déprimée 