

Traumatologie

ID: 200

Intérêt du scanner de contrôle systématique chez les patients traumatisés hépatiques sévères.

M. Lapointe*(1), C.Jeantrelle(2), A.Codorniu(1), J.Gregory(3), F.Dondero(4), E.Weiss(1), P.Abback(1)

(1) Département d'anesthésie-réanimation, Hôpital Beaujon, APHP, Clichy, France , (2) Département d'anesthésie réanimation, Hôpital Beaujon, APHP, Clichy, France , (3) Département de radiologie, Hôpital Beaujon, APHP, Clichy, France , (4) Département de chirurgie hépato-digestive et transplantation hépatique, Hôpital Beaujon, APHP, Clichy, France

**Auteur présenté comme orateur*

Position du problème et objectif(s) de l'étude:

Les traumatismes hépatiques représentent 50% des traumatismes abdominaux et sont responsables, pour les plus sévères, d'une morbi-mortalité élevée (1). Les experts français suggèrent de réaliser un scanner abdominal de contrôle pour les traumatismes hépatiques sévères (THS) mais le niveau de preuve est insuffisant dans la littérature. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'intérêt du scanner de contrôle systématique réalisé à J5 pour tous les THS dans notre centre.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective, monocentrique, observationnelle approuvée par le CERAR. Etaient inclus les patients ne s'y étant pas opposé, admis à l'hôpital Beaujon entre décembre 2016 et mai 2021 pour un THS (AAST ≥ 3), vivants à H72 et ayant eu un scanner de contrôle. Le critère de jugement principal était le taux de complications diagnostiquées sur le scanner systématique. Les facteurs associés à la présence d'une complication au scanner étaient recherchés par une analyse univariée. Les résultats sont présentés en valeur absolue (pourcentage) et médiane [IQR 25 ;75].

Résultats & Discussion:

Parmi les 110 patients admis pour THS (ISS médian 27 [16 ; 35], 44% de grade AAST > 3) sur la période et vivants à H72, 105 (95,5%) ont eu un scanner de contrôle dont 82 (74,5%) à titre systématique. La prise en charge consistait pour 63% des cas en une surveillance seule. Le scanner de contrôle systématique réalisé à J4 [2 ;5] montrait une complication (saignement actif, pseudoanévrisme, thrombose/ dissection) dans 13,4% des cas avec une sanction thérapeutique chez 2 patients. Aucun facteur n'était significativement associé à la présence d'une complication sur le scanner (Tableau 1).

Conclusion:

En cas de THS, la réalisation d'un scanner de contrôle systématique ne permet le dépistage de complications que dans un faible nombre de cas et avec une sanction thérapeutique exceptionnelle. Sa réalisation devrait donc probablement être orientée par un point d'appel clinico-biologique. Cependant, aucun facteur ne semblait associé à la présence de complication qui permettrait de définir la population cible qui bénéficierait le plus de cet examen.

Références bibliographiques:

(1) Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2012; 20:20

Variables	Absence de complication au scanner systématique	Complication sur le scanner systématique	P
	N = 71	N = 11	
Âge (ans)	28 [21 ; 38,5]	23 [21,5 ; 27,5]	0,16
Injury Severity Score	25 [18 ; 34]	21 [17 ; 29]	0,47
AAST III	44 (62)	6 (54,5)	0,78
AAST IV	22 (31)	4 (36,4)	0,78
AAST V	5 (7)	1 (9,1)	0,78
Noradrénaline H24	14 (19,7)	0 (0)	0,2
Transfusion H24	14 (19,7)	0 (0)	0,2
Surveillance	49 (69)	9 (81,8)	0,6
Artérioembolisation	16 (22,5)	2 (18,2)	1
Laparotomie d'hémostase	8 (11,3)	0 (0)	0,59
Chirurgie post artérioembolisation	2 (2,8)	0 (0)	1
Délai du scanner (jours)	4 [2 ; 5]	3 [2 ; 5]	0,89

Tableau 1. Facteurs associés à une complication sur le scanner précoce systématique- Analyse univariée. Résultats présentés en valeur absolue (%) ou médiane [IQR 25 ; 75]

AAST : American Association for the Surgery of Trauma

Les auteurs déclarent ne pas avoir toute relation financière impliquant l'auteur ou ses proches (salaires, honoraires, soutien financier éducationnel) et susceptible d'affecter l'impartialité de la présentation.