



Chapitre 69

Traumatisme hépatique

G. MARCOTTE

1. Introduction

Les traumatismes hépatiques restent la première cause de décès par atteinte viscérale avec une mortalité relative de 10 à 15 %. La prise en charge de ces traumatismes a radicalement évolué : d'une prise charge expectative du début du 20^e siècle à une prise en charge chirurgicale à la fin du 20^e siècle. Mais depuis la fin des années 2000, 80 à 100 % des plaies du foie sont traitées de manière non opératoire (1).

2. Classification

Longtemps considérée comme facteur essentielle de traitement chirurgical de ces lésions, la classification anatomique (Tableau I) est largement remise en cause dans de nombreuses études. En effet, aucune corrélation n'a pu être mise en évidence entre le grade lésionnel et l'échec du traitement non opératoire. Seule l'instabilité hémodynamique persistante est un critère de prise en charge chirurgicale initiale.

Le Body-scanner avec injection de produit de contraste est devenu incontournable dans le diagnostic et la prise en charge de ces lésions. Son intérêt pour mettre en évidence un saignement actif n'est plus à démontrer. Il est à la fois une aide précieuse à la prise de décision mais permet également le bilan des lésions associées et de leurs complications (2).

Correspondance : Guillaume Marcotte.

Tableau 1 – Classification des lésions de l’American Association for the Surgery of Trauma (AAST), dite de Moore

Grade	Hématome	Fracture	Lésion Vasculaire
I	Sous capsulaire < 10 % de la surface	Capsulaire non hémorragique < 1 cm de profondeur	
II	Sous – capsulaire entre 10 et 50 % de la surface Profondeur < 2 cm de diamètre	Parenchymateuse de 1 à 3 cm de profondeur, < 10 cm de longueur	
III	Sous-capsulaire rompu hémorragique, ou > 50 % de la surface ou expansif Intraparenchymateux > 2 cm de diamètre ou expansif	Parenchymateuse > 3 cm de profondeur	
IV	Parenchymateux rompu	Parenchymateuse’ de 25 à 75 % d’un lobe	
V		Parenchymateuse > 75 % d’un lobe	Veine cave rétrohépatique ou veines sus-hépatiques centrales
VI			Avulsion hépatique

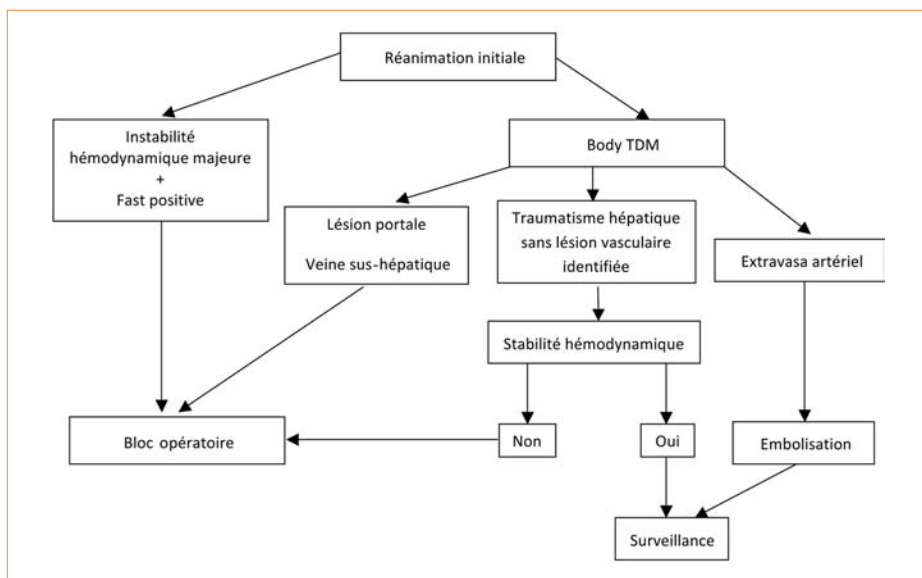
3. Prise en Charge (Figure 1)

La prise en charge chirurgicale des lésions hépatiques traumatiques s’accompagnent d’une morbi-mortalité largement supérieure à la prise en charge non chirurgicale. À l’heure actuelle, seule l’instabilité initiale persistante associée à une Fast échographie positive reste une indication de bloc opératoire sans délai.

L’ensemble des autres patients doivent pouvoir bénéficier d’une prise en charge non opératoire. Dans cette stratégie, l’intérêt d’une prise en charge multidisciplinaire (Radiologique, réanimatoire et chirurgicale) est majeur, permettant au patient de bénéficier à n’importe quel moment de sa prise en charge d’une solution de rescue (3).

4. Complications

Le taux de complications sur l’ensemble des traumatismes hépatique est paradoxalement faible allant de 0 à 7 % (4). Par contre pour les lésions de grades



élevés, l'incidence des complications est plus importante de l'ordre de 60 %. Après embolisation, le taux de resaignement est quant à lui faible (jusqu'à 6 %), mais environ 40 % des patients développent une nécrose hépatique (5), sans incidence sur la mortalité, mais avec un risque de complication, d'intervention et de durée de séjour plus élevé. Les autres complications les plus communes sont l'abcès hépatique, le biliome et la fistule biliaire (de 2,8 à 7,4 %) nécessitant une prise en charge chirurgicale, endoscopique ou de radiologie interventionnelle complémentaire. D'où la nécessité d'avoir un plateau technique suffisant pour prendre en charge ces patients.

Références

1. Di Saverio S., Catena F., Filicori F., Ansaloni L., Coccolini F., Keutgen X.M., Giugni A., Coniglio C., Biscardi A., Cavallo P., Mengoli F., Masetti M., Cinquantini F., Gordini G., Tugnoli G. Predictive factors of morbidity and mortality in grade IV and V liver trauma undergoing perihepatic packing: single institution 14 years experience at European trauma centre. *Injury*. 2012 Sep ; 43(9) : 1347-54.
2. Hommes M., Navsaria P.H., Schipper I.B., Krige J.E., Kahn D., Nicol A.J. Management of blunt liver trauma in 134 severely injured patients. *Injury*. 2014 Nov 26. pii : S0020-1383(14)00605-6.
3. Stassen N.A., Bhullar I., Cheng J.D., Crandall M., Friese R., Guillamondegui O., Jawa R., Maung A., Rohs T.J. Jr, Sangosanya A., Schuster K., Seamon M., Tchorz K.M., Zarzuar B.L., Kerwin A. Eastern Association for the Surgery of Trauma. Nonoperative management of blunt hepatic injury: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012 Nov ; 73(5 Suppl 4) : S288-93.

4. Bala M., Gazalla S.A., Faroja M., Bloom A.I., Zamir G., Rivkind A.I., Almogly G. Complications of high grade liver injuries: management and outcomewith focus on bile leaks. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2012 Mar 23 ; 20 : 20.
5. Dabbs D.N., Stein D.M., Scalea T.M. Major hepatic necrosis: a common complication after angioembolization for treatment of high-grade liver injuries. J Trauma. 2009 Mar ; 66(3) : 621-7; discussion 627-9.