

TRAUMATISME DU PANCREAS

CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

Après le Rein, la Rate et le Foie

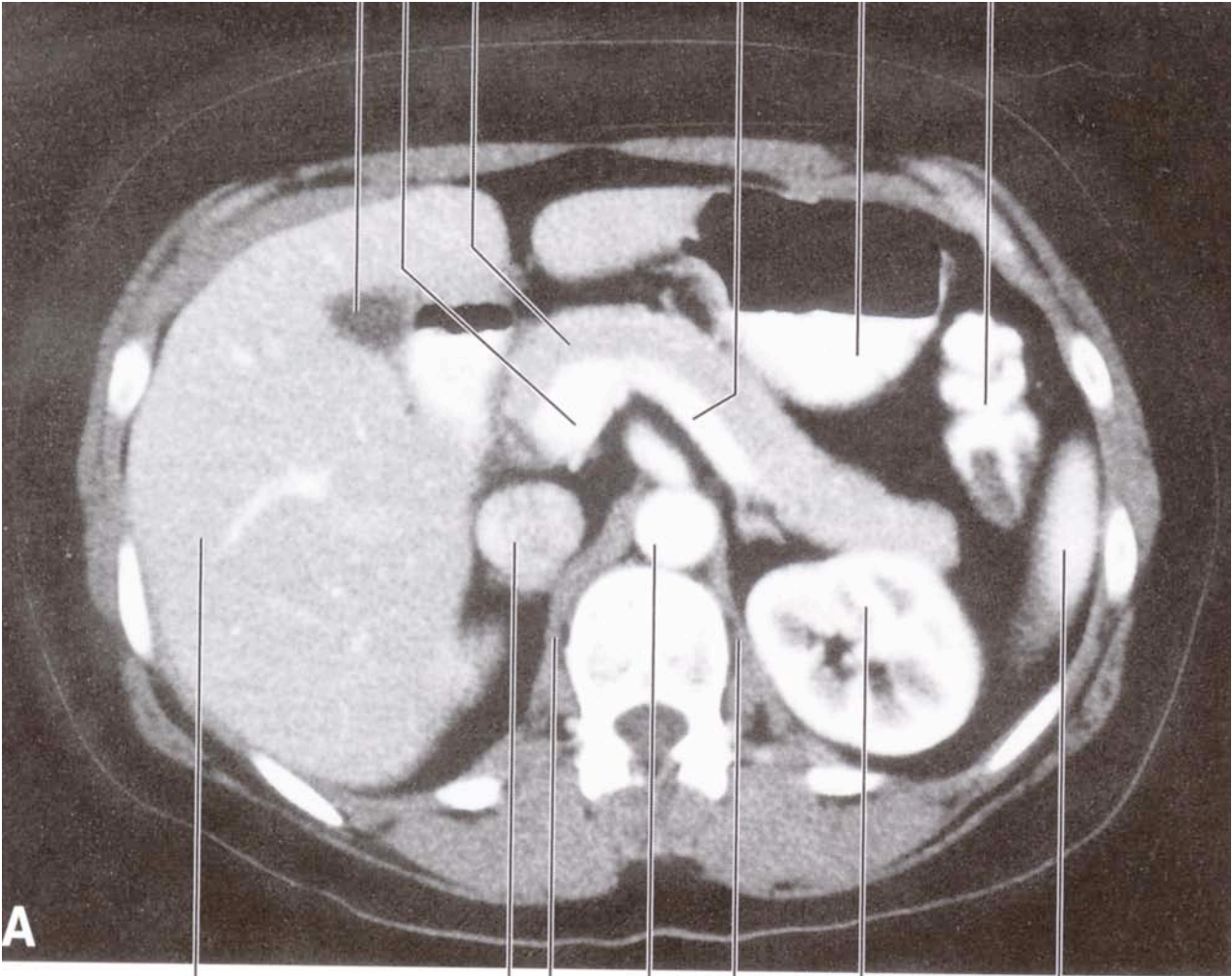
Diagnostic difficile souvent retardé

Y penser lors de toute contusion Abdominale en particulier si impact localisé épigastrique ou péri-ombilical

Penser également à une lésion duodénale bien que rare

Traitement non opératoire (Toronto 1987)

MECANISME



ETIOLOGIE

Très fréquemment, contusion épigastrique par guidon de bicyclette (11/28 cas de la série Toulousaine).

Choc direct abdominal (coup de poing, cou de pied, ballon)

Chute d'une certaine hauteur

Accident de la voie publique et souvent alors polytraumatisme

Iatrogène (après chirurgie)

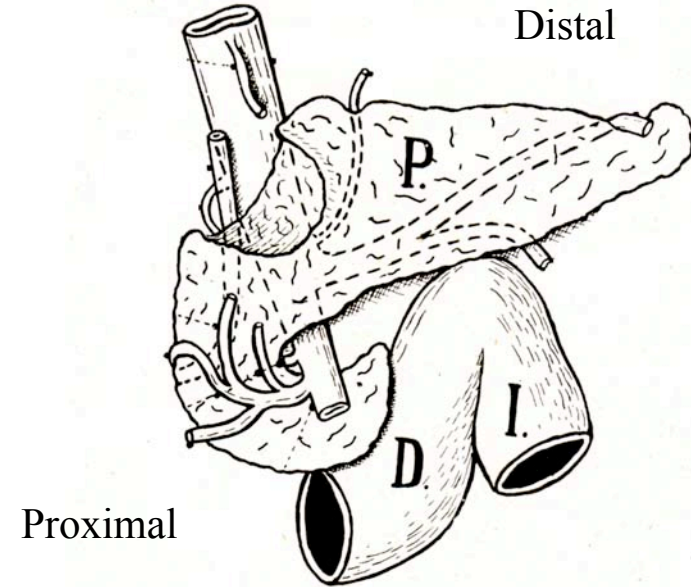
Exceptionnellement, ici, plaie pénétrante (jusqu'à 11% dans la série de Keller aux Etats-Unis).

LESIONS ANATOMIQUES

*Nombreuses descriptions (Takishima, Arkovitz, Shilyanski basée sur les images scanner...)

*Souhaitable d'harmoniser et la description proposée par l' **Organ**

Injury Scaling (OIS) est souvent utilisée



Grade	Description des lésions	
I	Hématome	Contusion minime sans lésion canalaire
	Laceration	laceration superficielle sans lésion canalaire
II	Hématome	Contusion majeure sans lésion canalaire ou perte tissulaire
	Laceration	Laceration majeure sans lésion canalaire ou perte tissulaire
III	Laceration	Transection distale ou Lésion parenchymateuse avec lésion canalaire
IV	Laceration	Transection proximale ou Lésion parenchymateuse atteignant l'ampoule
V	Laceration	Dechirure massive de la tête du pancreas
	Le pancreas proximal est celui situé à la droite de la veine mésentérique supérieure	
	Ajouter un grade pour les lésions multiples du même organe	

LESIONS ASSOCIEES

(28 enfants Toulousains – M.Choukri)

Traumatisme Isolé 12 enfants

Polytraumatisme 16 enfants

Duodenum	1
Colon	1
Rate	5
Foie	5
Reins	6
Poumon	6
Cranio-facial	10
Membres	10

CLINIQUE

Enfant hémodynamiquement stable conscient

- *circonstances de l'accident
- *lésions cutanées superficielles
- *symptomatologie fonctionnelle souvent modérée
(douleur abd, nausées..) ne conduisant parfois
à prendre un avis médical que secondairement
- *défense abdominale (lésions pariétales?)

Enfant hémodynamiquement instable conscient ou inconscient

- *la lésion pancréatique passe au second plan
- *Y penser après stabilisation

BIOLOGIE

Amylasémie: peu sensible précocément et peu spécifique
mais a tendance à s'élever avec le temps
dans les lésions sévères (témoin de la pancréatite
traumatique)

Lipasémie serait plus spécifique

Bilan général

IMAGERIE 1

ASP: Peu d'intérêt aujourd'hui (perforation associée?)

Echographie: *Epaississement pancréatique parfois une rupture parenchymateuse
*Collection liquidienne péripancréatique

A surtout l'intérêt **d'attirer l'attention sur la région pancréatique** et de préciser l'état des autres viscères pleins

IMAGERIE 2

TDM: (avec injection) Montre

- * le parenchyme pancréatique,

- *les épanchements péripancréatiques

- *et parfois le trait de fracture. L'écart entre les fragments pancréatiques permet d'évoquer une rupture canalaire.

CholangioPancréatographie Rétrograde Endoscopique:

examen le plus performant pour reconnaître les lésions canalaire

Grade I



Grade III



Grade II



Grade IV



TRAITEMENT

PRISE EN CHARGE NON OPERATOIRE

proposée en 1987 par l'équipe de Toronto

*Repos au lit

*Arrêt alimentaire et Nutrition parentérale
pour diminuer la sécrétion pancréatique

*+/- Sonde naso-gastrique en fonction de la tolérance digestive

*Surveillance clinique, biologique et morphologique (échographie)

Jusqu'à disparition de la symptomatologie générale et fonctionnelle

*+/- octréotide si les lésions persistent ou s'aggravent.

*En dehors d'une rupture canalaire, l'évolution est le plus souvent favorable. Parfois, apparaît un faux Kyste

PRISE EN CHARGE ENDOSCOPIQUE

Diagnostic de lésion canalaire

Si lésion canalaire, Drainage transpapillaire si possible
avec réalignement canalaire sinon en aval de la lésion

PRISE EN CHARGE OPERATOIRE

Laparotomie médiane

1 – **Exploration:** Bilan lésionel complet **difficile**

*ouverture de la bourse rétro-gastrique [ACE], abaissement colique, décollement Duodéno pancréatique

*Deux risques: *aggraver les lésions (manipulations +++)

*méconnaître une lésion si exploration insuffisante.

2 – Gestes:

***Drainage simple** si pas de lésion canalaire.

En pratique ne devrait se poser que si découverte lors de laparotomie pour lésions associées (rupture de viscère creux).

***Rupture canalaire corporéo-caudale** (très « distale »):

pancréatectomie corporéo-caudale avec **conservation splénique**

***Rupture canalaire proximale (tête):**

Resection distale ???

Drainage interne du pancreas distal (jejunum, estomac
Anastomoses?)

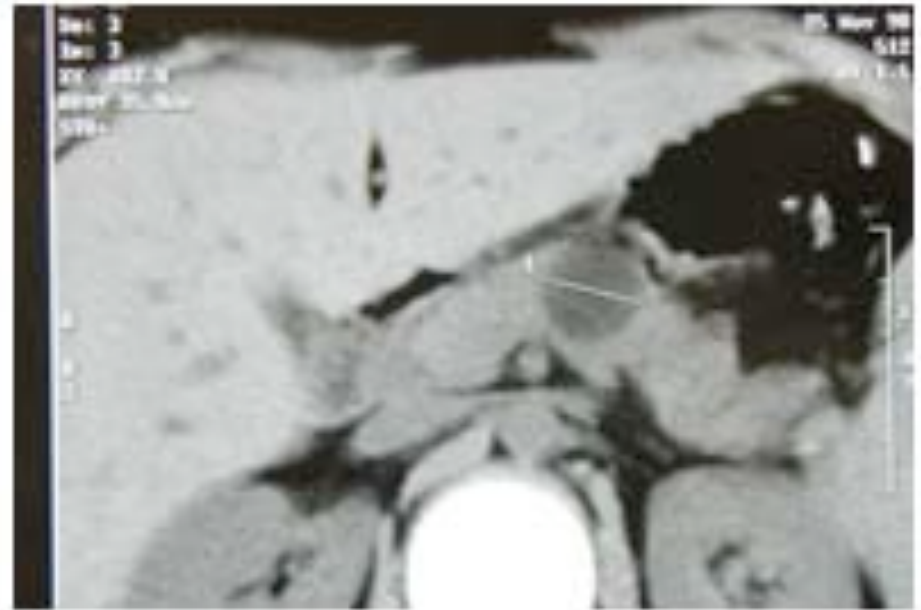
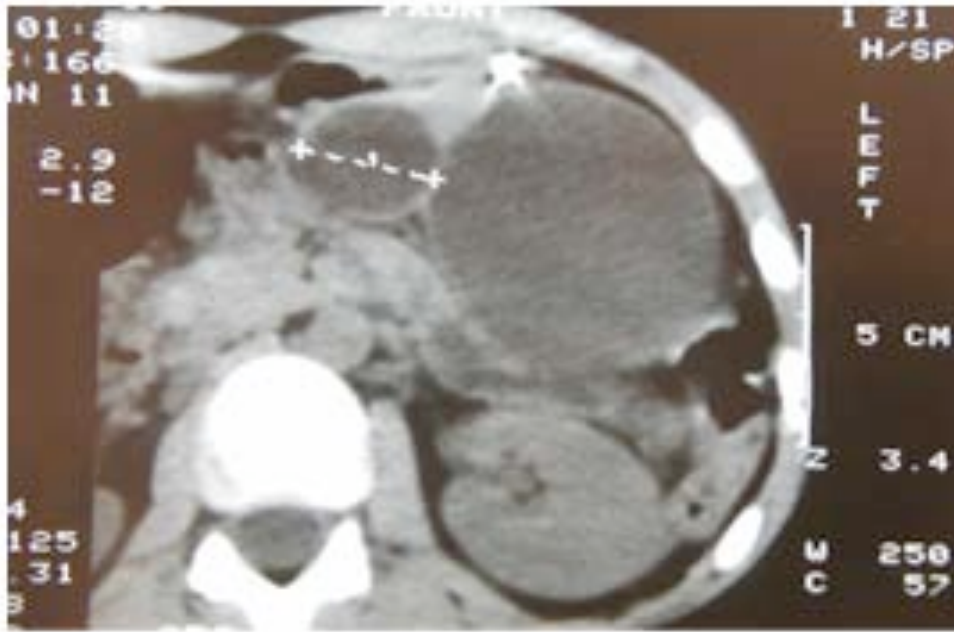
Reconstruction directe sur cathéter (Prévot-Schmitt)

Drainage externe (1 Observ Toul-Poitiers) récente.

PSEUDO-KYSTE

J 30 après le traumatisme

J 25 après le traumatisme



PSEUDO-KYSTE

- *Evolution fréquente lors du traitement non opératoire (11/28; 40% de la série Toulousaine).
- *Peuvent se voir lors de contusions simples mais sont plus fréquents lors de ruptures canalaires.
- *Peuvent régresser par la poursuite du traitement non opératoire.
- *Maturation en 4 à 6 semaines

PSEUDO-KYSTE

CONDUITE A TENIR

Avant le délai de maturation,

*poursuivre le traitement non opératoire

*+/- Drainage externe (4 cas dans notre série)
ou interne (endoscopique).

Après la période de maturation, si la symptomatologie le justifie
drainage interne

*endoscopique

*ou chirurgical

-Kysto-gastrostomie (1 cas chirurgical dans notre série)

-Kysto-duodénostomie (1 cas endoscopique dans notre série)

- Kysto-jéjunostomie

CAS CLINIQUES

I

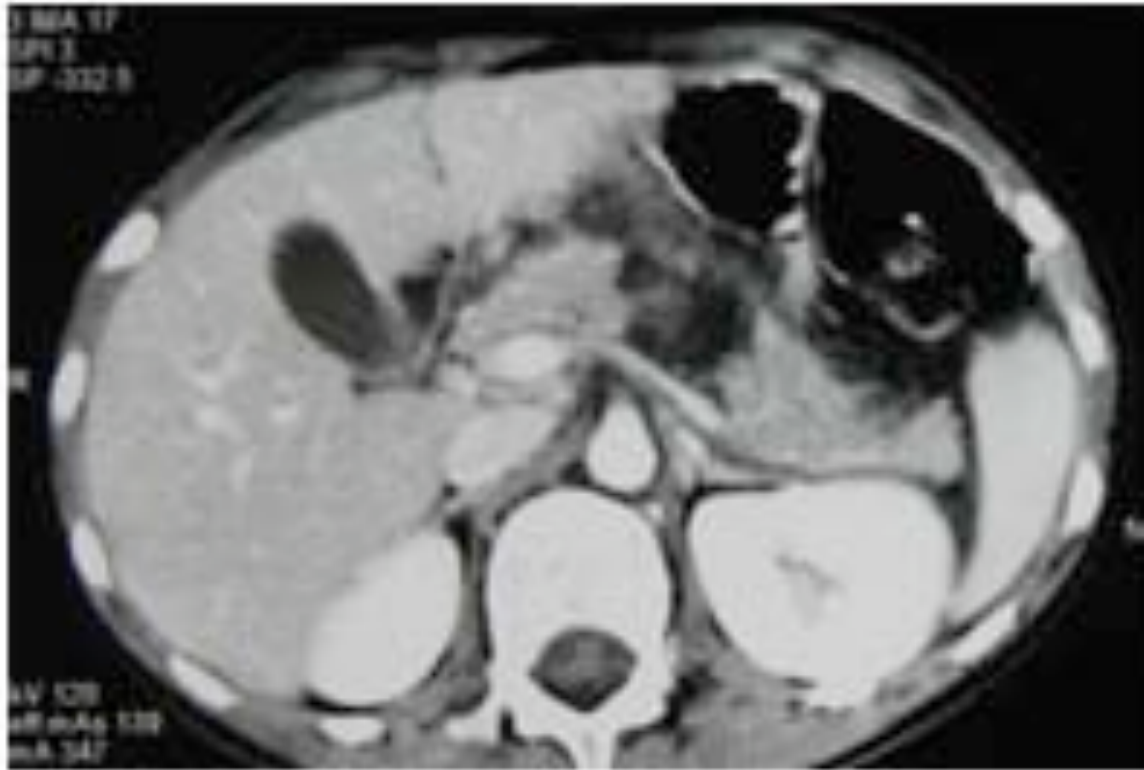
Manon, 9ans, traumatisme par le guidon de bicyclette

Symptomatologie fonctionnelle modérée: douleur épigastrique, nausées, anorexie

Reste à domicile pendant 3 jours puis devant l'apparition de vomissements avec aggravation des douleurs, est hospitalisée au troisième jour après le traumatisme.

Amylasémie: 550 UI/L; Lipasémie: 3000 UI/L

Imagerie



Transfert au 5ème jour au CHU

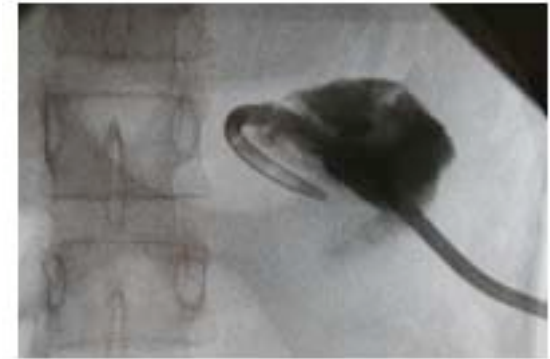
?

Traitement Non Opératoire

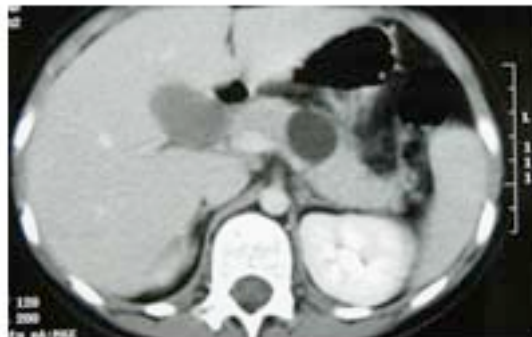
J 10



J 17 + S. Cliniques



Sortie J 45
A(396) L(774)



J 90



2 Ans



II

Riadh, 7 Ans, Guidon de Bicyclette

Admis rapidement après l'accident dans le service

Clinique fruste, Bio+Echo oriente vers le pancréas

TDM



?

Traitement Non Operatoire mis en route dès l'arrivée

A J2 Octréotide

Pas de Faux-Kyste

Hospitalisation 3 semaines.

Contrôle Clinique, Biologique, Echographique à 6 mois
normal

COMPARAISON DE CES DEUX OBSERVATIONS

Délai de prise en charge

III

Gaetan, 14 ans, Chute de Vélo avec impact sur hypochondre Droit. Admis aux urgences du CHU.

H 5 post-Trauma: Pas de S. de choc, Abdomen douloureux
Amylase et Lipase à Nx2

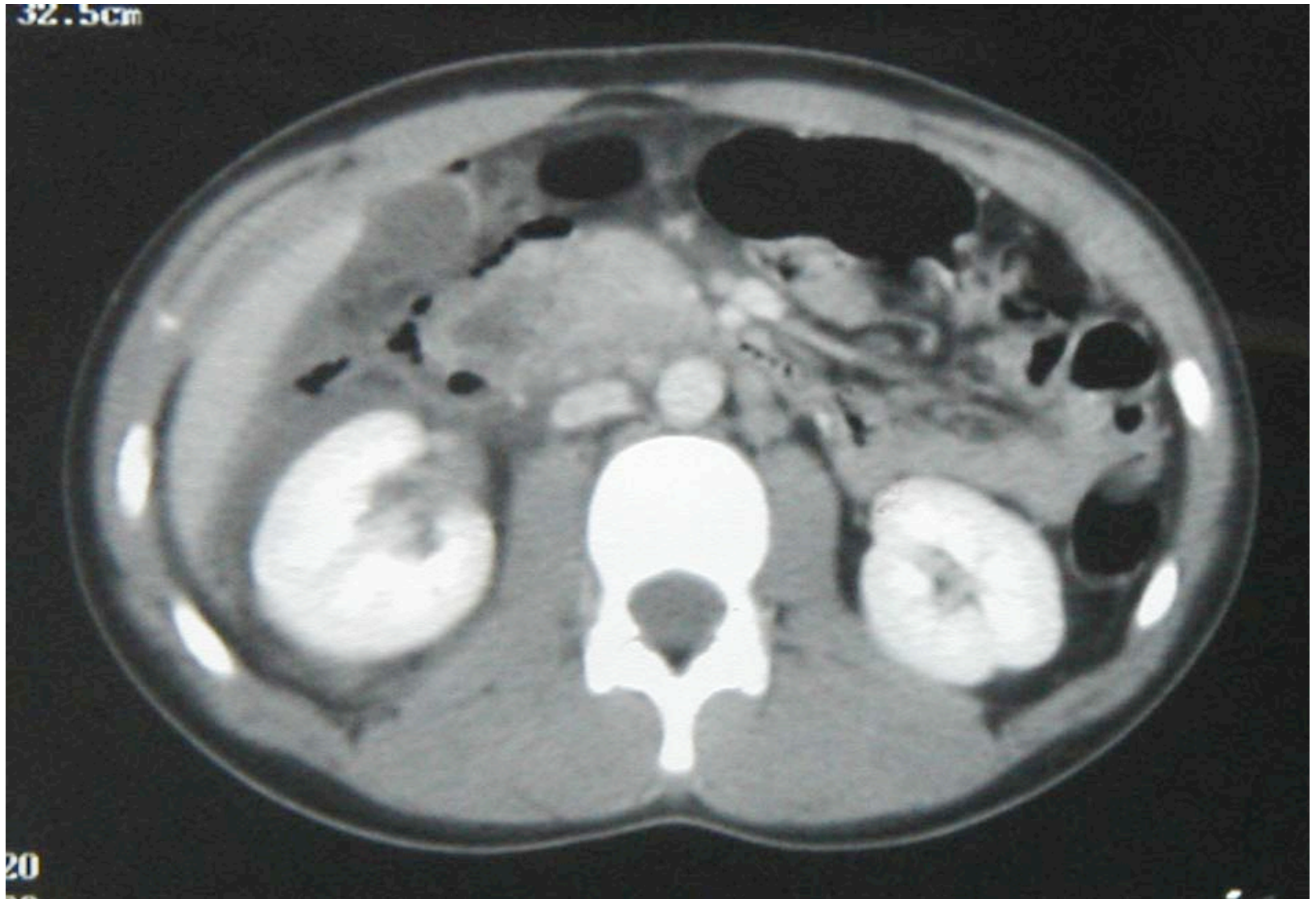
Echographie non contributive (considérée comme normale par le radiologue)

Mise en Observation

H 12: Douleurs abdominales importantes et Vomissements

TDM: Contusion de la Tête du Pancréas et Pneumopéritoine

32.5cm



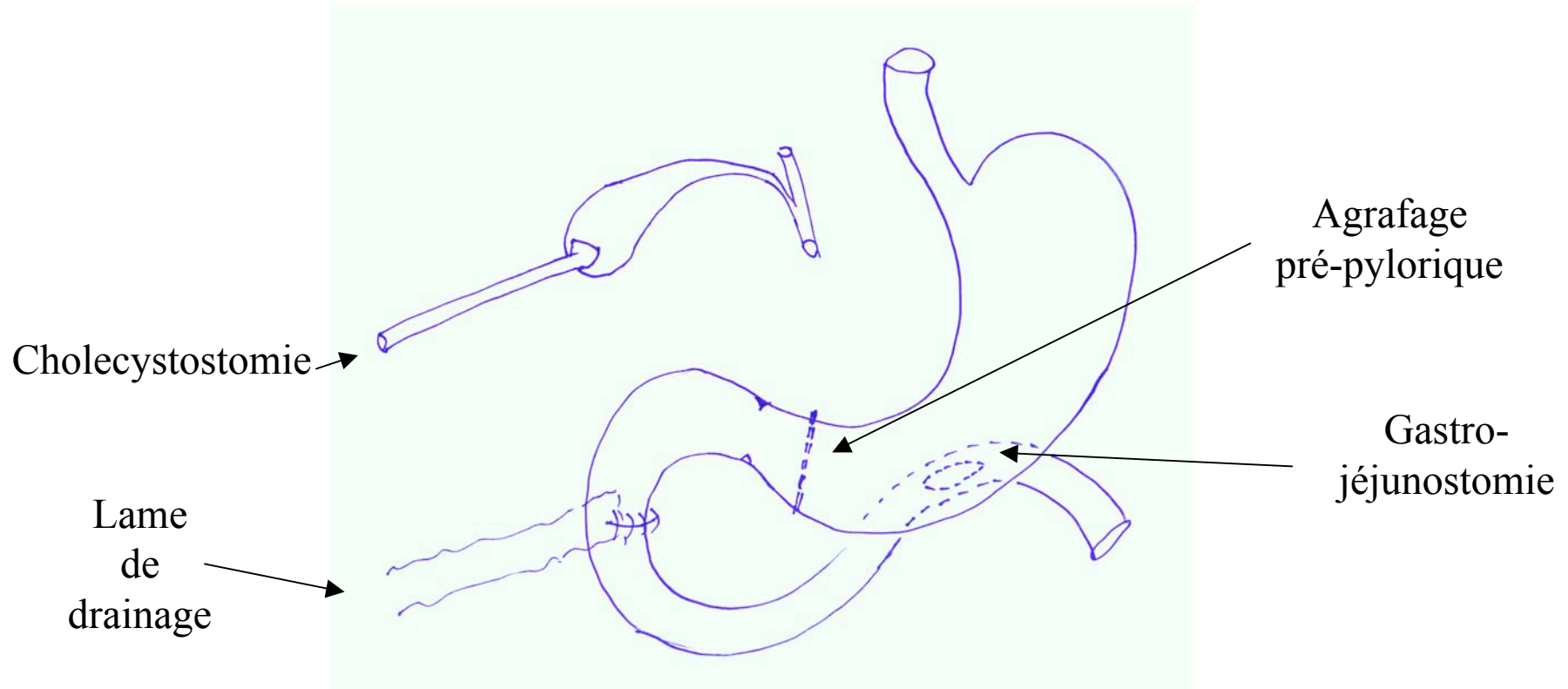
20

INTERVENTION

Bilan:

- *Péritonite avec liquide louche et bilieux dans le péritoine
- *Augmentation de volume de la tête du Pancréas
+ cytostéatonecrose
- *Plaie circonférentielle partielle contuse du Duodénum (D2)
s'étendant vers et déchirant sur 1 cm la face antérieure
du Pancreas

?



Réparation: Alternative à « la diverticulisation duodenale »

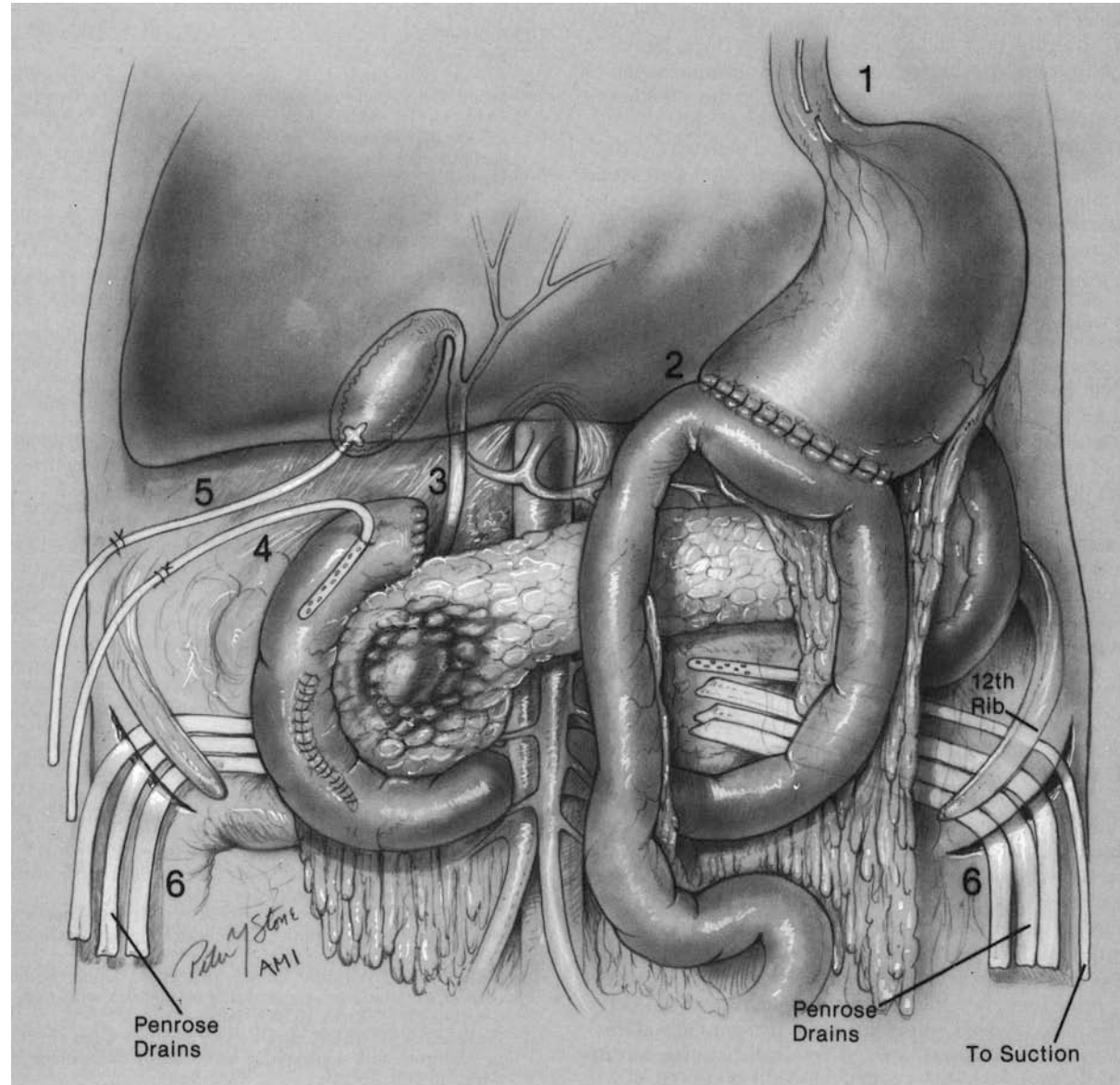
*Suture duodenale + drain en regard

*Agrafage antral juxta-pylorique à la TA

*GastroJejunostomie

*Cholecystostomie

Diverticulisation Duodenale



SUITES SIMPLES: Sortie à J 10

RECONSTITUTION d'un tractus digestif normal
avec reperméabilisation antrale et dégastro-jéjunostomie
6 mois plus tard.

Revu 2 ans après l'accident sans problème