

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DU TRAUMA HÉPATIQUE ET SPLÉNIQUE

Trauma hépatique/splénique* prouvé avec écho et/ou scan

*En cas d'atteinte d'autres organes, en tenir compte dans la prise en charge

Instabilité hémodynamique

Stabilité hémodynamique et absence d'indication opératoire selon équipe de trauma

Si devient instable

Cristalloïdes 20 cc/kg

Demeure instable et/ou Hb <70

Transfusion+cyclokapron

Devient stable

Réponse transitoire
Ou Hb en diminution constante malgré transfusions pendant >24h

Demeure instable ou péritonite

Admission USi x24h puis TRF étage si demeure stable

Code 50
FSC q 6h jusqu'à ce que signes vitaux stables et 24h après

NPO jusqu'à ce que signes vitaux stables et Hb stable

Poursuivre avec algorithme patient stable au transfert à l'étage

Considérer scan +/- embolisation
NB: Pas d'embolisation sur la base d'une extravasation de contraste seulement

Laparotomie Exploratrice
Considérer protocole d'hémorragie massive

Si demeure instable

Tous les grades (1-5)

Admission à l'étage

SV q 2h x 8h puis q 4h

Code 50
FSC à l'admission et 6h plus tard

Diète progressive

Pas de restriction de mobilisation

Congé quand tolère diète et douleur abdominale minime

Retour à l'école et activités normales après 1 semaine.

Retour aux activités sportives après 2 semaines+grade (ex: 3 semaines de restriction d'activités sportives pour grade 1)

Retour aux sports de contact selon médecin traitant

Imagerie contrôle à considérer surtout chez patient **symptomatiques** et avec lésions de haut-grade

RV suivi à 4 semaines