



TRAUMA LETTER'S

N°10

Dr Benjamin Rieu, Dr Etienne Escudier, Pr Tobias Gauss

But de l'étude

Comparer les résultats cliniques des trois principales approches thérapeutiques pour les traumatismes spléniques graves fermés isolés (AAST ≥ 3) que sont la **splénectomies opératoires (OS)**, l'**angioembolisation splénique (SAE)** ou l'**observation**

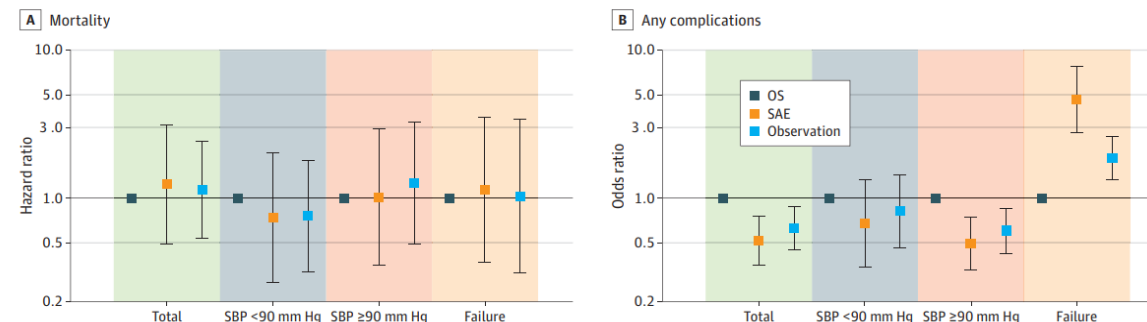
Matériels et méthodes

- **Type d'étude** : Une étude de cohorte rétrospective a été réalisée à partir de la base de données du programme d'amélioration de la qualité des soins traumatologiques de l'American College of Surgeons sur une période comprise entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2022.
- Les patients adultes (≥ 16 ans) présentant une lésion splénique fermée grave isolée ont été inclus.
- Le traitement primaire a été classé comme OS ou SAE ou observation.
- L'observation a été définie comme l'absence d'OS ou de SAE dans les 12 heures suivant l'admission à l'hôpital. L'échec a été défini comme la nécessité d'un OS ou d'un SAE après la prise en charge primaire.
- **Critère de jugement principal** : taux de mortalité et taux de survenue de complications.
- **Critères de jugements secondaires** : survenue d'une complication spécifique (insuffisance rénale aiguë, syndrome de détresse respiratoire aiguë, arrêt cardiaque, intubation non planifiée, chirurgie non planifiée, pneumonie associée à la ventilation mécanique [PAVM], thrombose veineuse, infection du site opératoire, échec du traitement primaire, durée du séjour en unité de soins intensifs et à l'hôpital (ICULOS, HLOS) et nombre de jours sous ventilation assistée.

Résultats principaux

- 7 567 patients (âge médian [IQR], 36 [25-55] ans ; 4 901 hommes [64,8 %] et 2 666 [35,2 %] femmes) ont été inclus. 1 499 patients (19,8 %) faisaient partie du groupe OS, 1 547 (20,4 %) du groupe SAE et 4 521 (59,7 %) du groupe d'observation. Le taux de mortalité global était de 1,2 % et le taux de morbidité était de 6,9 %.
- Par rapport au groupe OS, aucune différence significative n'a été observée en termes de risque de mortalité pour le groupe SAE (HR, 1,22 ; IC à 95 %, 0,63-2,37 ; $P = 0,55$) ou le groupe observation (HR, 1,48 ; IC à 95 %, 0,81-2,69 ; $P = 0,20$).
- Chez les patients présentant une hypotension, aucune différence significative n'a été observée en termes de mortalité par rapport au groupe OS (HR, 0,95 ; IC à 95 %, 0,37-2,43 ; $P = 0,91$ pour les SAE ; HR, 1,08 ; IC à 95 %, 0,45-2,61 ; $P = 0,86$ pour l'observation) ou de complications.
- La SAE et l'observation ont également montré un avantage en termes de diminution du HLOS et de l'ICULOS.

- Le risque de complication était significativement plus faible dans les groupes SAE (OR, 0,61 ; IC à 95 %, 0,45-0,81 ; $P < 0,001$) et observation (OR, 0,71 ; IC à 95 %, 0,55-0,92 ; $P = 0,01$) par rapport au groupe OS.
- Le risque de complications a augmenté de manière significative en cas d'échec du traitement par SAE (OR : 4,62, IC à 95 % : 2,77-7,68, $P < 0,001$) et d'échec de l'observation (OR, 1,85 ; IC à 95 %, 1,32-2,59 ; $P < 0,001$).



Horizontal line at 1.0 indicates reference; error bars, 95% CIs. OS indicates operative splenectomy; SAE, splenic angioembolization; SBP, systolic blood pressure.

Conclusion des auteurs

La prise en charge non chirurgicale (SAE ou observation) était associée à un meilleur devenir (moins de complications mais pas de différence de mortalité) par rapport à la splénectomie d'hémostase dans les cas de traumatisme splénique fermé isolé grave (AAST ≥ 3), même chez les patients présentant une hypotension à leur admission.

Discussion

- Ce travail est la plus grande cohorte rétrospective sur les lésions spléniques graves examinant les trois modalités de traitement.
- Les résultats suggèrent la sécurité de la stratégie SAE et/ou observation dans la majorité des cas si les patients sont admis dans un centre adapté avec un plateau technique disposant de la chirurgie et de la SAE.
- En conséquence l'orientation adaptée des traumatismes fermés graves avec suspicion d'atteinte splénique grave ou avérée (AAST ≥ 3) devrait se faire vers un centre disposant de l'embolisation.
- En revanche, face à un patient en choc sur une lésion hémorragique de rate, dans une structure ne disposant pas de SAE, la splénectomie reste la solution de référence et le transfert vers un centre avec SAE est dangereux.
- Enfin, on pourrait relativiser le bénéfice de la stratégie conservatrice (pas de différence de mortalité) mais il n'y a pas de suivi des splénectomisés à long terme beaucoup plus à risque d'infections bactériennes graves.