

Prise en charge des plaies penetrantes de l'abdomen a propos de 105 cas au chu de Treichville

Management of penetrating abdominal wounds: a study of 105 cases at the treichville university hospital

Keita M, Goho KM, Adon A, Ahue K N, Gbahé R, Kone B, Menza D, Traoré S, Casanelli JM.

Service des urgences chirurgicales CHU Treichville Abidjan.

Auteur correspondant : Keita Moctar Tel : 0707332413 Email : traore_moc@yahoo.fr

Résumé :

Introduction La prise en charge des plaies pénétrantes de l'abdomen est encore sujet à controverse. Le but de notre étude est de rapporter notre attitude de prise en charge des plaies pénétrantes de l'abdomen en vue de montrer les problèmes diagnostiques et thérapeutiques. **Patients et méthodes** Cette étude rétrospective de 7 ans, de janvier 2014 à décembre 2020 portant sur les plaies pénétrantes de l'abdomen a été réalisée dans le service des urgences chirurgicales du CHU de Treichville. **Résultats** Nous avons colligé 105 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen sur tel nombre de traumatismes abdominaux soit 62,5% de ces derniers. L'âge moyen des patients de 29,48 ans (extrêmes 16 à 62 ans) avec un sex-ratio de 1,4. L'examen clinique avait mis en évidence un hémoperitoneum (18%), une péritonite aigue (26%) et une éviscération (46%). Cependant dans 8,75% des cas, il était normal. L'échographie abdominale avait été réalisée chez 82 patients (78%) et quarante-quatre patients (41,90%) avaient été opérés. La laparotomie médiane était la technique la plus utilisée (58%) cependant un tiers d'entre elles était blanche. Les lésions les plus observées intéressaient le grêle (19,04%) et le foie (10,4%). La mortalité post opératoire était de 34,28%. **Conclusion :** la gestion des plaies pénétrantes de l'abdomen reste difficile dans les pays en voie de développement, une meilleure prise en charge des patients permettrait de réduire la mortalité et aussi le taux de laparotomie blanche.

Introduction Les plaies pénétrantes de l'abdomen (PPA) sont un motif fréquent d'admission dans les services chirurgicaux d'Afrique noire en raison de l'insécurité galopante, de circulation anarchique des armes à feu et des accidents de la voie publique. [1,2] En traumatologie d'urgence, les traumatismes abdominaux représentent près de 15 à 20% des lésions observées et sont associées à une mortalité de l'ordre de 20%, non seulement du fait de la gravité des lésions, mais également en raison des

Abstract

Introduction The management of penetrating abdominal wounds is still a subject of controversy. The aim of our study is to report our approach to managing penetrating abdominal wounds in order to highlight the diagnostic and therapeutic issues. **Patients and Methods** This retrospective study over 7 years, from January 2014 to December 2020, focused on penetrating abdominal wounds and was conducted in the surgical emergency department of CHU de Treichville. **Results** We collected 105 cases of penetrating abdominal wounds out of this number of abdominal traumas, which accounts for 62.5% of the latter. The average age of the patients was 29.48 years (range 16 to 62 years) with a sex ratio of 1.4. The clinical examination revealed a hemoperitoneum (18%), acute peritonitis (26%), and evisceration (46%). However, in 8.75% of cases, it was normal. Abdominal ultrasound was performed on 82 patients (78%) and forty-four... Patients (41.90%) had undergone surgery. Median laparotomy was the most commonly used technique (58%), however, a third of them were blank. The most commonly observed lesions involved the small intestine (19.04%) and the liver (10.4%). The evolution was marked by parietal suppuration (34.28%) and death (2.85%). **Conclusion:** The management of penetrating abdominal wounds remains difficult in developing countries; better patient care would help reduce mortality and also the rate of blank laparotomy.

lésions associées dans un contexte de polytraumatisme (67%) [2], mais aussi et surtout le manque d'un plateau technique permettant une meilleure prise en charge de ces patients tant en pré hospitalier (SAMU) qu'en hospitalier. [3] Avec l'évolution de la technologie, mais aussi la recrudescence des conflits armés en Afrique, les accidents de la circulation (55%) ainsi que les traumatismes par arme blanche (35%) suite au banditisme constituent les principales causes des traumatismes abdominaux. [1]

La prise en charge de ces patients est très lourde car très souvent pluridisciplinaire bien qu'un challenge redoutable pour l'anesthésiste-réanimateur. Jusqu'à 2014, devant toute PPA, la sanction était chirurgicale, cependant la fréquence élevée des laparotomies blanches a conduit de nombreuses équipes chirurgicales à adopter une attitude plus nuancée ou « abstentionnisme sélectif » pour les plaies par arme blanche [3,4]. Le but de ce travail était de rapporter notre prise en charge des PPA en vue de montrer les difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Patients et méthodes Il s'agissait d'une étude rétrospective sur une période de sept ans allant du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2020. Elle s'est déroulée dans le service des urgences chirurgicales du Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville. Les paramètres d'études étaient : les données socio démographiques (age, sexe, provenance, professions.....), anamnestiques (circonstance ou mécanisme, agent vulnérant...), cliniques (paramètres hémodynamiques, syndromes ou signes cliniques), thérapeutiques (protocole pré, per et post opératoire, délai de prise en charge) et évolutives (complications, favorables, décès). Ont été inclus dans l'étude, tous les patients âgés de plus de 15ans sans antécédant admis pour plaie

Tableau I : répartition des patients

Circonstances	Nombre
Rixes – Agression	102
Autolyse	02
AVP	01
Total	105

L'examen clinique avait mis en évidence un hémopéritoine (18%), une péritonite aigue (26%) et une éviscération (46%). Vingt-neuf blessés (24,76%) avaient des lésions ou traumatismes associées. Il s'agissait de traumatismes des membres (71, 41%) et crâno maxillo-facial (27, 58%). L'hémogramme et le groupe sanguin rhésus étaient réalisés chez 81 patients (77, 14%). Une anémie hypochrome microcytaire a été observée chez 24 patients (29,69%). L'échographie abdominale a été réalisée chez 82 patients (78,05%). Elle avait mis en évidence un épanchement liquide de moyenne abondance

abdominale ayant un dossier complet. Ont été non inclus, les patients porteurs de plaies pénétrantes de l'abdomen mais décédés en cours d'évacuation ou à l'arrivée aux services des urgences médicales. La saisie et l'analyse des données ont été faites à partir du logiciel SPSS version 18.0. Les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2010 et la rédaction du document à l'aide du logiciel Microsoft Office Word 2010. Le test exact de Fisher a été utilisé pour tester les associations entre deux variables qualitatives avec une probabilité $p < 0,05$ considérée comme statiquement significative. Le consentement a été obtenu avant l'intervention avec les patients adultes et les parents des patients mineurs. Résultats Nous avions colligé, en sept ans, 105 cas de PPA admis aux services des urgences chirurgicales sur 168 cas de traumatismes abdominaux soit 62,5%. Une prédominance avait été observée avec 98 Hommes (93%) contre 7 femmes (6%) soit un sex ratio de 14. L'âge moyen des patients était de 29,48 ans avec des extrêmes de 16 et 62ans. L'agent vulnérant était une arme blanche dans 92 cas (87,62%) et une arme à feu dans 13 cas (12, 38%). Les circonstances de survenue étaient rapportées dans le **tableau I**.

selon les circonstances de survenue	Pourcentage (%)
Rixes – Agression	97
Autolyse	1,9
AVP	0,9
Total	100

chez 22 patients

(26,82%), un épanchement d'abondance minime chez 10 patients (12,19%), une absence d'anomalie chez 50 patients (60,97%). Le scanner abdominal a été réalisé chez 3 patients (2,85%). Il avait mis en évidence un hémopéritoine (66,66%) et une absence d'anomalie (33,33%). La radiographie du thorax a été réalisée chez 6 patients (5,7%). Elle avait objectivé un hemothorax (33,33%) et un pneumothorax (16,66%). Les données concernant le délai de prise en charge ont été listées dans le **tableau II**.

Tableau II : délai de prise en charge chirurgical

Délai PEC chirurgicale	Nombre	Pourcentage %
<6 heures	13	21,31
<6 heures <12 heures	44	72,13
>12heures	4	6,56
Total	61	100

Tous les patients ont bénéficié d'une voie veineuse, d'une antibiothérapie et d'une sérothérapie antitétanique. Quarante-quatre patients (41,90%) ont été mis en observation pendant 6 heures aux urgences pour une

surveillance clinique (pouls, tension artérielle) et locale de l'abdomen après parage de la plaie sous anesthésie locale. Soixante et un patients (58%) ont bénéficié d'une laparotomie exploratrice médiane sus et sous ombilicale.

Les organes lésés étaient le grêle (32,27%), le mésentère (11,47%), le foie (18,32%), le mésocolon transverse (8,19%), l'estomac (6,55%). Les gestes réalisés au cours des laparotomies étaient une suture (70,49%), une résection anastomose du grêle (3,2%) et une omentectomie (26,22%). Le drainage de la cavité abdominale était systématique. La laparotomie a été blanche dans 22, 95 % des cas. L'évolution a été marquée par la suppuration pariétale (34,28 %) et le décès (2,85 %). Le premier décès concernait un patient de second main victime d'une plaie de l'abdomen par arme blanche et qui avait été pris en charge dans une structure sanitaire périphérique. Ce dernier est décédé dans un tableau de choc toxique infectieux en cours de réanimation. Les deux autres patients sont décédés en post opératoire immédiat dans un tableau de choc. **Discussion :** L'attitude classique était d'explorer chirurgicalement de toute plaie abdominale dans un délai de moins de 6 heures [4]. Le caractère "immédiat" a été étudié par Leppianemi qui a analysé une série de 89 cas. Il a montré qu'il existait deux indications chirurgicales formelles et immédiates : l'instabilité hémodynamique par hémorragie interne et la péritonite aiguë généralisée [5]. Le caractère systématique a été réévalué par plusieurs études dans le cadre des plaies par arme blanche. En 1999, une étude prospective randomisée menée par Arikan et coll [6] a comparé la laparotomie "systématique" à l'observation en milieu chirurgical suivie ou non d'une laparotomie dite "sélective". Cette étude a conclu à un taux de 36,5% de laparotomie blanche dans le groupe des laparotomies systématiques ; tandis que ce taux était inférieur à 7% dans le groupe des laparotomies sélectives. En 1998, une étude rétrospective conduite par Diarra en Côte d'Ivoire comparant les deux attitudes a conclu à un taux de 26,5 % de laparotomies blanches dans le groupe des laparotomies systématiques tandis que ce taux était de 4,7% dans le groupe des laparotomies sélectives [7]. Cette attitude sélective se justifie car il est clairement établi que lorsque la plaie est pénétrante 30% des patients n'ont pas de lésions viscérales sous-jacentes [8]. Au total, l'existence d'une effraction péritonéale ne doit pas à elle seule faire poser l'indication opératoire, mais doit être considérée comme un bon argument clinique. La surveillance rapprochée (clinique) permet dans bon nombre de cas, de sélectionner les malades devant bénéficier d'une laparotomie exploratrice en l'absence de signe d'hémorragie interne ou de péritonite, d'éviscération ou d'hémorragie digestive. Cette attitude sélective est parfaitement applicable en Afrique noire. Les explorations de choix que sont l'échographie et la tomodensitométrie qui permettent de montrer un épanchement intra abdominal et une lésion viscérale éventuelle sont rarement réalisés en

Afrique à cause de leur disponibilité et surtout à leurs coûts. Dans les études Kanté à Bamako, l'échographie a été réalisé dans 35,71 % des cas cependant elle n'a jamais été réalisée dans les séries de Zida à Ouagadougou et Ayité à Lomé [1,2,9]. Dans notre travail, le scanner abdominal n'a été réalisé que chez 3 patients (2,85% des cas). Au regard de ce qui précède, nous accordons une importante décisive à l'examen clinique et à la surveillance des malades qui doivent rechercher une douleur abdominale qui augmente secondairement, des vomissements tardifs et des signes localisés d'irritation péritonéale (défense abdominale, douleur à la décompression de l'ombilic, douleur déclenchée par les touchers pelviens). La stratégie thérapeutique repose sur l'existence de signes de perforation de la PPA qui sont l'écoulement de sang ou de liquide digestif à travers la plaie abdominale, un syndrome hémorragique instable, un syndrome péritonéal, un doigtier souillé de sang au toucher rectal et la présence de sang dans le liquide gastrique. En l'absence de ces signes sus cités 44 de nos patients (42%) ont bénéficié d'un traitement non opératoire (parage de la plaie sous anesthésie locale ou résection -réintégration de l'épiploon avec fermeture pariétale plan par plan). Cette attitude a été également adoptée respectivement par Kanté, Zida, Diarra et Momeux respectivement dans 24 %, 49%, 53% et 14% des cas [1,2,7,10]. Notre taux de laparotomie blanche relativement élevé était de 22,95% (14/61) était comparable à celui de la série de Zida à Ouagadougou (20%) [1]. Cependant il était inférieur à ceux observés par Ayité à Lomé et Kante à Bamako qui était respectivement de 41 % et 30,2% de [1,9]. Ces constats "disparates" peuvent s'expliquer par le fait que la prise en charge des plaies pénétrantes de l'abdomen dépend aussi des habitudes et du plateau technique des chirurgiens. Diarra [7] à Abidjan et Misso-Misse [4] à Yaoundé avaient démontré le bien-fondé de l'attitude de sélective dans les PP A qui faisait baisser le taux de laparotomies blanches à 4,7% et de 11% à 1%. La morbidité post opératoire est influencée par le type de lésion, le type d'agent vulnérant, la technique opératoire et le délai de prise en charge. Elle était essentiellement représentée par la suppuration pariétale dans notre travail (36 cas), comme dans plusieurs séries [1,7,9]. **Conclusion :** La méthode conservatrice sélective avec expectative armée est une méthode simple à promouvoir et à vulgariser en Afrique dans la prise en charge des PPA car nécessitant peu de moyens, mais fait appel à une surveillance clinique rigoureuse effectuée par une équipe chirurgicale motivée et engagée. Ses avantages sont pactants : réduction du taux de laparotomie blanche, de la morbidité et de la durée d'hospitalisation.

Références

1. kanté L, Togo A, Diabaté I, Dembélé BT, Traoré A et Coll. Plaies pénétrantes abdominales par armes dans les services de chirurgie Générale du CHU Gabriel Touré. Mali Med 2013 ; 18(3) : 28-31
2. Zida M, Traoré SS BonkoungouG. Aspects épidémiologiques et résultats thérapeutiques des plaies pénétrantes abdominales par une arme blanche au centre Hospitalier Universitaire YALGADO OUEDRAOGO de Ouagadougou. Rev Int Sc Med 2007 ; 9(1) : 72- 6.
3. Shaftan GW. Indication for operation in abdominal trauma. Am J Surg 1960 ; 99 : 657-64.
4. Masso- Missé P, Mbenti A, Boboyono JM, Ibile A, et al. Plaies pénétrantes de l'abdomen et laparotomies inutiles. Med chir Dig 1994 ; 23 : 283-4.
5. Leppaniemi A, Voutilainen PE, Haapiainen RK. Indication for early mandatory laparotomy in abdominal stab wounds . Br J surg 1999 ; 86 : 76-80
6. Arikán S, Kocakusak A, Yucel AF, Adas G. a prospective comparaison of the selective observation and moutine exploration methods for penetrating abdominal stab wounds with organ or omentum evisceration. J traumat 2005 ; 58 : 526-32.
- 7- diarra B ,Coulibaly A, Ehua SF, Yenon K, Kouassi M, Soro G K, Kanga MIB. Revue Africaine de chirurgie 1998 ;1(3) :207-9.
- 8- Benima N, Zoubidi M, Kofih M , et coll. Abdominal stab wound injury with omentum evisceration .Ann Chir2003 ;128 :710-3.
- 9- Ayité A, Etey K, Feteke L, Dossim M, Tachatagba K, Senah K , Attipou K , Bissang K, James K. Les plaies pénétrantes de l'abdomen au de Lomé . A propos de 44 cas. Med Afr Noire 1996 ; 43 (12) : 642-6.
- 10- Momeux O, Gunner L , Barth X , Pilleul F . Les pénétrantes de l'abdomen , conduite diagnostique et thérapeutique. A propos de 79 patients. Ann chir 2004 ; 129 : 156- 63.