REVUE D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION,
MÉDECINE D'URGENCE ET TOXICOLOGIE
http://www.rarmu.org/
ISSN 2225-5257

ARTICLE ORIGINAL

La prise en charge des contusions abdominales opérées au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo : à propos de 67 cas.

Management of abdominal contusion operated at the University Medical Center of Antananarivo.

S D RAKOTOMENA [(1)], A RAKOTONDRAINIBE [(2)], H M P RANDRIANTSOA [(1)], A F RAKOTOTIANA [(3)], A T RAJAONERA [(3)], H N RAKOTO RATSIMBA [(3)]*

[(1)] Service de Chirurgie Viscérale A, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar
[(2)] Service de Réanimation Chirurgicale, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar
[(3)] Faculté de Médecine d'Antananarivo, BP 375, Antananarivo Madagascar

***Soumis le** 12 janvier 2018*
***Accepté le** 30 mars 2018*
***Disponible en ligne le** 12 avril 2018*

RESUME

Objectif : Décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques chirurgicaux des traumatismes fermés de l'abdomen et leur profil évolutif dans un contexte de plateau technique et économique limité. ***Matériels et Méthodes*** : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 4 ans (de janvier 2013 à décembre 2016), incluant tous les patients âgés de 16 ans et plus ayant subi une intervention chirurgicale en urgence au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Antananarivo, Madagascar, suite à une contusion abdominale. ***Résultats*** : Etaient retenus 67 patients parmi lesquels 53,70% des cas s'agissait d'un traumatisme isolé de l'abdomen et 20,90% des patients étaient admis avec un état de choc d'emblée. L'indication opératoire était basée sur les résultats de l'examen clinique et les données des imageries médicales standards. Les lésions spléniques (52,24%) et hépatiques (52,24%) étaient les plus observées. La suite opératoire était simple dans 87% des cas et 7,46% des patients étaient décédés en postopératoire. ***Conclusion*** : Dans un contexte de plateau technique limité, le diagnostic lésionnel précis d'une contusion abdominale est un défi, et souvent n'est établi qu'en peropératoire. Les gestes chirurgicaux doivent être précoces et le plus conservateurs possibles pour ne pas alourdir la morbi-mortalité du patient en postopératoire.

Mots clés : Chirurgie - Contusion abdominale - Diagnostic - Prise en charge - Traumatisme.

ABSTRACT

Aim: To describe the surgical diagnosis and therapeutic aspects of closed abdominal trauma and their outcomes in a context of limited economic and technical platform. ***Materials and Methods***: This is a descriptive and retrospective study, over a period of 4 years (January 2013 to December 2016), including all patients aged 16 years and over who underwent emergency surgery at the University Medical Center of Antananarivo Madagascar, following an abdominal contusion. ***Results***: 67 patients were selected, 53.70% of whom were isolated trauma of abdomen and 20.90% of them were admitted with shock. The surgery indication was based on the results of the clinical examination and standard imagery. Splenic (52.24%) and hepatic (52.24%) lesions were the most observed. The follow-up was simple in 87% of the cases and 7.46% of the patients died postoperatively. ***Conclusion***: In a context of limited technical platform, the precise lesion diagnosis of an abdominal contusion is a challenge, and often is established only intraoperatively. Surgical procedures must be early and as conservative as possible so as not to increase the morbidity and mortality of the patient postoperatively.

Keywords: Surgery - Abdominal contusion - Diagnosis - Management - Trauma.

INTRODUCTION

La contusion abdominale est une pathologie traumatique fréquente. Dans notre contexte, la laparotomie tient encore une place non négligeable dans le diagnostic exact des lésions organiques, malgré la tendance croissante du traitement non opératoire dans notre pays. Notre étude se propose de décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques des contusions abdominales opérées et leur profil évolutif dans le contexte d'un pays en voie de développement.

MATERIELS ET METHODES

Une étude rétrospective sur 4 ans au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Antananarivo Madagascar, allant de janvier 2013 à décembre 2016, avait répertorié 176 cas de contusions abdominales chez les sujets âgés de plus de 16 ans dont 67 patients de sexe masculin (sex ratio à 3,18) et un âge moyen de 39,58 ans, étaient opérés en urgence (*cf.* Tableau I). Etaient exclus les patients opérés au-delà de 48 heures de leur admission à la suite de l'échec du traitement non chirurgical. Les paramètres étudiés étaient : la nature isolée ou non du traumatisme abdominal, les signes cliniques à l'admission, les résultats des examens biologiques et d'imagerie, les indications de l'intervention chirurgicale, la voie d'abord de l'intervention, les lésions organiques, les gestes chirurgicaux et les traitements médicaux effectués, et l'évolution postopératoire.

RESULTATS

Le traumatisme isolé de l'abdomen était le plus observé (36 cas - 53,7%). La contusion abdominale était associée à un traumatisme thoracique dans 26 cas (38,8%) et à un polytraumatisme dans 5 cas (7,46%).

Du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, et de l'Université d'Antananarivo, Madagascar.

*Auteur correspondant :
Dr. RAKOTOMENA Solonirina Davidà
Adresse : Service de Chirurgie Viscérale A
Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Ampefiloha
101 Antananarivo Madagascar
Téléphone : +261 33 11 322 72
E-mail : rakotomenadavida@yahoo.fr

A l'admission, 14 victimes présentaient d'emblée un état de choc (20,90%) et l'état hémodynamique était instable chez 25 patients (37,31%). Tous les patients se plaignaient d'une douleur abdominale spontanée. Une contracture abdominale était présente chez 16 patients (23,88%) et une défense abdominale chez 49 patients (73,13%) (*cf.* Tableau II).

Tableau I : Répartition des patients selon leur tranche d'âge.

Tranche d'âge (ans)	N	%
16-25	20	29,86
26-35	29	43,29
36-45	10	14,93
46-55	7	10,95
56-65	1	1,49

Tableau II : Signes cliniques observés à l'admission.

Signes cliniques	N	%
Etat hémodynamique		
Stable	20	29,85
Instable	25	37,31
Etat de choc d'emblée	14	20,90
Progressivement instable	8	11,94
Lésions pariétales abdominales		
Ecchymose	41	61,19
Ecorchures	20	29,85
Aucune	6	8,96
Palpation de l'abdomen		
Défense	49	73,13
Contracture	16	23,88
Souple	2	2,99
Sensibilité du cul-de-sac de Douglas		
Oui	37	55,22
Non	18	26,87
Non déterminée	11	16,42

Une radiographie du thorax, un abdomen sans préparation avec une échographie abdominale étaient demandés systématiquement à l'admission, à l'exception des 14 patients admis en état de choc d'emblée (20,90%). L'imagerie était en faveur d'une perforation d'organe creux dans 20 cas (29,85%) et d'un épanchement péritonéal dans 62 cas (92,54%) dont 51 cas d'hémopéritoine de grande abondance (76,12%). Aucun patient n'avait bénéficié d'imagerie tomodensitométrique. Le bilan biologique consistait en une numération formules sanguines, un groupage sanguin, un bilan d'hémostase et un bilan rénal, et avait révélé 42 cas d'anémie sévère (62,69%) et huit cas d'insuffisance rénale aigue (11,94%). L'exploration chirurgicale sous laparotomie était indiquée devant un tableau clinico-radiologique de péritonite et/ou devant la persistance de l'instabilité de l'état hémodynamique malgré la réanimation. Le délai de l'intervention chirurgicale était en moyenne de 4 heures et 18 minutes (*cf.* Tableau III). Les organes pleins étaient touchés dans 66 cas (98,51%) contre 25 cas de lésions d'organes creux (37,31%). Les lésions d'organes pleins et d'organes creux étaient concomitantes dans 18 cas (26,87%). La rate était la plus concernée (35 cas, soit 52,24%), suivie du foie (25 cas, soit 37,31%) et du tube digestif (21 cas, soit 31,34%) (*cf.* Tableau IV). Aucun cas de laparotomie blanche n'avait été observé. Les gestes chirurgicales étaient conservatrices à l'exception des 25 cas de splénectomie (37,31%) (*cf.* Tableau V), suivies d'une toilette et d'un drainage péritonéal d'une durée moyenne de 6 jours. L'antibioprophylaxie était systématique pendant 7 à 10 jours. Quarante-huit patients avaient bénéficié d'une transfusion sanguine (71,6% des cas). Les patients ayant eu des sutures ou anastomoses digestives étaient mis à jeun en postopératoire pendant 5 jours en moyenne avec une alimentation parentérale pendant toute la durée du jeûne. La suite opératoire était simple chez 54 patients (87%), alors que des complications postopératoires avaient été observées chez 13 patients (19,40%) dont trois cas de surinfection de la plaie opératoire (4,48%), deux cas de sepsis (2,99%), deux cas de retard de la reprise du transit intestinal et un cas de fistule digestive (1,49%). Cinq décès par choc hémorragique postopératoire étaient enregistrés (7,46%) (*cf.* Tableau VI). La durée d'hospitalisation variait de 7 à 17 jours, avec une moyenne de 12 jours.

Tableau III : Répartition des patients selon le délai d'intervention chirurgicale.

Délai d'intervention chirurgicale	N	%
Moins de 1 heure	3	4,48
[1 - 6 heures[	52	77,61
6 à 12 heures	8	11,94
Plus de 12 heures	4	5,97

Tableau IV : Fréquence des lésions selon les organes lésés.

Organes lésés et type de lésions	N	%
Rate (N=35)		
Fracture	25	52,23
Décollement capsulaire	6	
Contusion - hématome	4	
Foie (N=25)		
Fracture	16	
Décollement capsulaire	6	37,31
Contusion - hématome	3	
Grêle (N=8)		
Déchirure	5	11,94
Perforation	3	
Côlon (N=11)		
Déchirure	7	16,42
Perforation	4	
Rein (Fracture)	4	5,97
Ovaire (Fracture)	2	2,99
Estomac (Perforation)	2	2,99
Mésentère (Déchirure)	2	2,99
Vessie (Perforation)	2	2,99

N.B. : Certains patients avaient présenté une association lésionnelle.

DISCUSSION

Les contusions abdominales constituent une pathologie traumatique potentiellement grave selon la nature, la précocité du diagnostic et de la prise en charge des

lésions intra-abdominales. Nos résultats épidémiologiques rejoignent la description classique donnée par la littérature selon laquelle l'adulte jeune aux alentours de 30 ans, de sexe masculin est la population cible [1]. Tous les organes intra-abdominaux sont vulnérables à la contusion de l'abdomen. La rate et le foie sont les plus exposés avec des fréquences respectives de 76,47% et 33% [2-3]. La lésion pancréatique est retrouvée dans 0,2 à 6% des cas, et celle du tube digestif et de leur méso correspondant dans 1 à 5% des cas [4-6]. Le risque d'association de lésions d'organes creux et pleins est inférieur à 1% si l'organe plein concerné est la rate, et il est évalué à 2% en cas d'atteinte hépatique et splénique simultanée [5].

Tableau V : Gestes chirurgicaux effectués suivant les organes lésés.

Organes lésés et gestes effectués	N	%
Rate (N=35)		
Splénectomie	25	71,43
Splénorraphie	10	28,57
Foie (N=25)		
Hépatorraphie	11	44
Packing	10	40
Hépatectomie atypique	4	16
Grêle et côlon (N=19)		
Suture	14	73,68
Résection-anastomose	5	26,32
Rein (Néphrectomie)	4	100
Ovaire (Suture)	2	100
Estomac (Gastrorraphie)	2	100
Mésentère (Suture)	2	100
Vessie (Cystorraphie)	2	100

Le diagnostic des lésions viscérales est reconnu difficile en raison de leur symptomatologie pauvre et non spécifique [6]. Le retard du diagnostic est fréquent et favorisé par la méconnue du traumatisme. Tels sont le cas d'une lésion pancréatique à la suite d'une contusion abdominale passée inaperçue découverte au cours d'une poussée de pancréatite [7] ; ou d'une contusion rénale non hématurique survenant dans 0,5 à 25% des cas [8]. Et particulièrement dans les pays tropicaux, une perforation du grêle pourrait être faussement attribuée à une infection typhique [2]. Cette difficulté diagnostique est entretenue par la précarité de l'infrastructure et l'accès limité aux examens complémentaires, et retarde souvent la mise en œuvre d'un traitement adéquat.

La contribution des imageries médicales dans la décision thérapeutique est par conséquent non négligeable. La tomodensitométrie abdominale avec contraste veineux est la référence pour diagnostiquer les lésions, évaluer leur gravité, et faire le suivi des patients [5, 9]. L'angiographie est une option secondaire pour déterminer une hémorragie active ou retardée, avec possibilité d'embolisation immédiate pour éviter une décompensation hémodynamique importante [5, 10]. La ponction lavage du péritoine devant une suspicion de lésion viscérale et/ou vasculaire est de moins en moins pratiquée actuellement, mais reste une alternative en cas d'instabilité hémodynamique sans cause apparente ou devant un patient difficilement transportable [9]. Dans notre observation, malgré la faible contribution des imageries standards effectuées dans le diagnostic des atteintes organiques et le non recours à la ponction lavage, aucune tomodensitométrie n'avait pu être effectuée pour des raisons contextuelle et pécuniaire. Un tableau clinique de péritonite associé à une pneumopéritoine sur la radiographie de l'abdomen sans préparation, l'instabilité persistante de l'état hémodynamique avec ou non la présence d'un hémopéritoine abondant à l'échographie abdominale étaient considérés comme étant des arguments suffisants pour recourir systématiquement et en urgence à une laparotomie exploratrice pour identifier les lésions et leur gravité, et ensuite les réparer. Pourtant, cette attitude est controversée en raison de l'existence d'autres éventuelles étiologies [11].

Tableau VI : Répartition des patients selon l'évolution postopératoire.

Evolution	N	%
Simple	54	80,60
Complications :		
Surinfection de la plaie opératoire	3	4,48
Sepsis	2	2,99
Retard de la reprise du transit	2	2,99
Lâchage de la suture pariétale	1	1,49
Choc hémorragique	5	7,46

Dans les centres plus équipées, la voie d'abord se discute entre une minilaparotomie et une laparoscopie [12]. Cette dernière était non disponible pendant notre période d'étude. Le geste chirurgical doit tenir compte de la gravité de la lésion, de l'ensemble des lésions associées et de l'état péritonéal [5]. Une lésion intestinale impose une réparation chirurgicale immédiate, allant d'une suture simple pour les plaies uniques de petite taille à une résection-anastomose pour les plaies multiples délabrantes avec éventuellement désinsertion mésentérique, à l'exception des lésions vues tardivement avec contamination importante du péritoine où une stomie doit être préconisée [6, 12]. Toutefois, dans notre contexte socio-économique, les patients ont souvent une difficulté à gérer leur stomie, son indication reste par conséquent discutée et souvent se limite à la présence de lésion sigmoïdienne avec un état de choc septique. En cas d'hémopéritoine importante avec instabilité hémodynamique persistante, les auteurs préconisent une laparotomie écourtée ou « *damage control* », basée sur le constat rapide des lésions avec contrôle sommaire d'une hémorragie active et/ou d'une fuite digestive pour éviter la survenue d'une coägulopathie progressivement irréversible et d'une déperdition thermique péritonéale [13]. Si l'hémopéritoine est secondaire à une lésion splénique, une splénectomie d'hémostase peut être proposée d'emblée sauf chez le patient stabilisé où une hémostase splénique est une option [14]. Mais devant une hémopéritoine d'origine hépatique, la littérature propose une laparotomie écourtée basée principalement sur la compression hépatique manuelle, le tamponnement périhépatique ou le clampage pédiculaire [13]. Notre série rapporte 71,43% de splénectomie contre 28,57% de traitement conservateur et une attitude plutôt conservatrice devant les lésions hépatiques dont 44% d'hépatorraphie

et 40% de tamponnement périhépatique (packing). Quant à la contusion pancréatique, non observée dans notre série, un drainage au contact pourrait suffire en l'absence de lésion canalaire. Autrement, la littérature propose soit une pancréatectomie avec un risque de morbimortalité postopératoire élevée, soit un large drainage avec mise en place éventuelle de prothèse endo-canalaire intra-wirsungienne par cathétérisme endoscopique rétrograde [4-5]. Concernant les atteintes rénales, le traumatisme est mineur dans 80% des cas et une attitude conservatrice est unanimement reconnue comme le traitement de choix. Quant aux traumatismes rénaux sévères (grade 3 à 5), la controverse persiste entre une attitude conservatrice et une intervention chirurgicale [8].

Le pronostic de la contusion abdominale, même opérée, dépend des lésions organiques, de leur gravité, et surtout de la précocité de leur prise en charge thérapeutique. La littérature avance qu'un délai de plus de 24 heures entre l'admission et l'intervention est corrélé à une augmentation significative des complications infectieuses et de la mortalité postopératoire [15]. Dans notre contexte, la morbimortalité postopératoire pourrait être induite par la difficulté diagnostique, la possibilité d'association lésionnelle, l'absence de premiers soins sur les lieux de l'accident, le manque de transport médicalisé, l'inadéquation des soins au niveau des structures d'accueil ne permettant pas de contrôler précocement l'hémorragie, ni de prévenir l'aggravation des lésions extra-abdominales associées et éventuellement par la dénutrition du patient. En outre, la mortalité est liée dans 25 à 30% des cas à un choc hémorragique lequel est essentiellement précoce, et survient dans les 48 premières heures post-traumatiques [16]. Notre observation avait relevé 7,46% de mortalité postopératoire immédiate secondaire à un choc hémorragique irréversible, et une morbidité assez considérable avec 4,48% de suppuration pariétale et 2,99% de sepsis.

CONCLUSION

Dans le contexte d'un plateau technique limité, le recours d'emblée à une exploration chirurgicale en urgence trouve tout son intérêt devant le risque de morbimortalité encouru par le patient en cas de retard de la prise en charge thérapeutique. Toutefois, une laparotomie écourtée n'est pas le seul déterminant du profil évolutif des contusions abdominales opérées, la gravité des lésions et la précocité de leur diagnostic restent essentielles.

REFERENCES

1. Raherinantenaina F, Rakotomena SD, Rajaonarivony T, et al. Traumatismes fermés et pénétrants de l'abdomen : analyse rétrospective sur 175 cas et revue de la littérature. Pan Afr Med J 2015;20:129-38. DOI: 10.11604/pamj.2015.20.129.5839.

2. Adamou H, Amadou MMI, Habou O, et al. Retard diagnostique et implication pronostique en milieu africain. Cas des urgences en chirurgie digestive à l'Hôpital National de Zinder, Niger. Eur Sci J 2015;11(12):251-62.

3. McAnena OJ, Moore EE, Marx JA. Initial evaluation of the patient with blunt abdominal trauma. Surg Clin North Am 1990;70 (3):495-515.

4. El Bouhaddouti H, Ousadden A, Majdoub KI, et al. Traumatisme isolé du pancréas : à propos de 5 cas. Pan Afr Med J 2010;4:12.

5. Arvieux C, Nunez-Villega J, Brunot A, et al. Les limites du traitement non opératoire des traumatismes abdominaux fermés. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie 2009;8(2):13-21.

6. Bâ PA, Diop B, Soumah SA, Aidara CM, Mbaye EM, Fall B. Les lésions intestinales au cours des traumatismes fermés de l'abdomen : diagnostic et prise en charge en milieu défavorisé. J Afr Hépatol Gastroentérol 2013;7(1):14-7. DOI: 10.1007/s12157-012 -0425-4.

7. Mayer JM, Tomczak R, Rau B, Gebhard F, Beger HG. Pancreatic injury in severe trauma: early diagnosis and therapy improve the outcome. Dig Surg 2002;19(4):291-7. DOI: 10.1159/000064576.

8. Saidi A, Descotes JL, Sengel C, et al. Prise en charge des traumatismes fermés du rein. Prog Urol 2004;14:461-71.

9. Rabbani K, Narjis Y, Louzi A, Benelkhaiat R, Finech B. La place du traitement non opératoire des contusions abdominales dans les pays en voie de développement. Pan Afr Med J 2015;20:132-6. DOI: 10.11604/pamj.2015.20.132.1212.

10. Myers JG, Dent DL, Stewart RM, et al. Blunt splenic injuries: dedicated trauma surgeons can achieve a high rate of nonoperative success in patients of all ages. J Trauma 2000;48(5):801-5.

11. Salepcioglu H, Bertin C, Riou B. Lésion non hémorragique au cours d'un traumatisme abdominal fermé. Ann Fr Med Urg 2011; 1(1):48-52.

12. Essomba A, Masso-misse P, Bob'Oyono JM, Abolo Mbenti L, Sosso MA, Malonga E. Les ruptures traumatiques jéjuno-iléales : à propos de dix-huit observations à l'Hôpital Central de Yaoundé. Méd Afr Noire 2000;47(1):34-7.

13. Arvieux C, Cardin N, Létoublon C. La laparotomie écourtée pour le traitement des traumatismes abdominaux sévères. Ann Chir 2006 ;131(5):342-6. DOI: 10.1016/j.anchir.2006.03.018.

14. Girard E, Abba J, Cristiano N, et al. Management of splenic and pancreatic trauma. J Visc Surg 2016;153(4 Suppl):45-60. DOI: 10.1016/jviscsurg.2016.04.005.

15. Xeropotamos NS, Nousias VE, Ioannou HV, Kappas AM. Mesenteric Injury after blunt abdominal trauma. Eur J Surg 2001;167 (2):106-9.

16. Sartorius D, Langeron O. Traumatismes de la rate. MAPAR 2006:223-33.