

LES PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN AU CHU DE LOMÉ - A PROPOS DE 44 CAS

A. AYITE, K. ETEY, L. FETEKE, M. DOSSIM, K. TCHATAGBA,
K. SENAH, K. ATTIPOU, K. BISSANG et K. JAMES(1)

RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent les résultats d'une étude rétrospective de 44 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen vus en 5 ans (Janvier 1990 à Décembre 1994) dans le service de chirurgie générale du CHU Tokoin, dans le but d'en ressortir les problèmes diagnostiques et thérapeutiques. Les plaies pénétrantes de l'abdomen ont représenté 0,73% des urgences abdominales chirurgicales durant la même période. La plupart des blessés étaient de sexe masculin (90,9%) et âgés de 20 à 40 ans (70,5%). L'agent causal était l'arme blanche dans 72,7% des cas. La lésion intra-abdominale était cliniquement évidente dans 45,4% des cas, devant l'existence d'un choc hémorragique, d'un hémopéritoine ou d'une péritonite. Les plaies par armes à feu ont occasionné plus fréquemment des lésions abdominales multiviscérales ainsi que des lésions extrathoraciques associées. Compte tenu de l'insuffisance de ressources humaines et matérielles dans le service, l'attitude demeure la laparotomie systématique devant toutes plaies pénétrantes abdominales malgré un taux important de laparotomies blanches (40,9%). La lourde mortalité (15,9%) pourrait être réduite par l'amélioration des mesures de réanimation.

Mots clés : plaies pénétrantes, abdomen

SUMMARY

The authors report the results of a retrospective study of 44 cases of penetrating abdominal injury, seen in 5 years (January 1990 to December 1994) in the General Surgery Department of the Lomé Teaching Hospital, in order to bring out the diagnostic and management problems of such wounds.

Penetrating abdominal wounds represented 0,73% of all surgical abdominal emergencies.

More patients were male (90,9%) and aged between 20 and 40 years (70,5%). The cause of injury was the

knife in 72,7% of cases. Diagnosis of visceral injury was clinically evident in 45,4% of cases, in presence of hemorrhagic shock, hemoperitoneum or peritonitis. Bullet injuries caused multiples visceral lesions as well as extrathoracic wounds.

To insufficient staff and equipment systematic laparotomy is practised in all cases of penetrating abdominal injury despite a high rate of white laparotomy (40,9%).

The heavy mortality rate (15,9%) could be reduced by improvement of reanimation measures.

Key words : penetrating wounds, abdomen.

INTRODUCTION

La fréquence des plaies pénétrantes de l'abdomen (PPA) a augmenté ces dernières années. Ceci est lié à une augmentation de la criminalité, et par conséquent des agressions en pratique civile.

Classiquement, toute PPA doit indiquer une laparotomie exploratrice, mais la fréquence non négligeable de laparotomies blanches a conduit de nombreuses équipes chirurgicales à adopter une attitude plus nuancée, ou « abstentionnisme sélectif » du moins pour les plaies par arme blanche (1, 2, 3, 4, 7).

Le but de cette étude est de revoir les cas de PPA traités dans le service, en vue d'analyser les problèmes diagnostiques et thérapeutiques qu'ils ont posés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective de 44 cas de PPA colligés en 5 ans (1990 à 1994). Pour chaque dossier ont été notés :

- l'âge et le sexe,
- les circonstances et l'agent de l'agression,
- la topographie de la porte d'entrée,
- les éléments du diagnostic de pénétration,
- le traitement et ses suites.

(1) Service de Chirurgie Générale CHU Lomé-Tokoin
Tirés à part : Dr AYITE Ayikoé BP 7693 Lomé - TOGO

RÉSULTATS

1. Fréquence

De Janvier 1990 à Décembre 1994, 6000 patients ont été admis en urgence pour diverses affections abdominales figurant au tableau I.

Tableau I : Urgences reçues pendant la période d'étude

Affections	N	%
Appendicite	3168	52,8
Péritonite	1524	25,4
Hernie étranglée	516	8,6
Occlusion	444	7,4
Traumatisme abdominal	126	2,1
Pancréatite aiguë	18	0,3
Autres	204	3,4
Total	6.000	100

Sur 126 cas de traumatismes abdominaux, 82 (65,1%) étaient fermés et 44 (34,9%) étaient ouverts. Les PPA ont donc représenté 0,73% de l'ensemble des urgences abdominales reçues dans le service, durant la période d'étude.

2. Age

L'âge des blessés varie de 14 à 53 ans, avec une moyenne de 27,3 ans.

Tableau II : Répartition des blessés selon l'âge

Age	N	%
10-19 ans	10	22,7
20-29 ans	22	50,0
30-39 ans	9	20,5
>40 ans	3	6,8
Total	44	100

Le tableau II montre que la plupart des blessés avaient entre 20 et 40 ans (70,5%).

3. La distribution selon le sexe figure au tableau III

Tableau III : Répartition selon le sexe

Sexe	N	%
Masculin	40	90,9
Féminin	4	9,1
Total	44	100

La prédominance masculine était nette, avec un sex ratio de 10.

4. Agent causal

La nature de l'agent causal est résumée dans le tableau IV.

Tableau IV : Nature de l'agent causal

Nature	N	%
Arme blanche	32	72,7
Arme à feu	9	20,5
Autres	3	6,8
Total	44	100

5. Circonstances de l'agression

Les circonstances de l'agression figurent au tableau V.

Tableau V : Circonstances de l'agression

	Arme blanche	Arme à feu	Autres	Total
Aggression criminelle	27	6	-	33
Tentative d'autolyse	3	-	-	3
Accident de chasse	-	2	-	2
A.V.P.	-	-	2	2
Non précisé	2	1	1	4
Total	32	9	3	44

A.V.P. = Accident de la voie publique.

6. Topographie de la porte d'entrée

Les plaies de la région ombilicale ont été les plus fréquentes (13 cas : 29%), suivies de celles du flanc gauche (8 : 18,2%), de l'épigastre (7 : 15,9%), de l'hypochondre gauche (6 : 13,6%), du flanc droit (5 : 11,4%), de l'hypochondre droit (2 : 4,5%), de l'hypogastre (2 : 4,5%) et de la fosse iliaque droite (1 cas : 2,3%). Il n'y a pas eu de plaies de la fosse iliaque gauche.

7. Les lésions extra-abdominales associées

Onze blessés (25%) ont présenté des lésions extra-abdominales associées qui sont représentées dans le tableau VI.

Tableau VI : Lésions extra-abdominales associées

	Arme blanche	Arme à feu	Total
Thoraciques	3	4	7
Lombaires	-	4	4
Pelviennes	-	2	2
Membres	-	3	3

Le tableau VI indique que les lésions associées étaient plus fréquentes en cas de traumatisme par arme à feu.

8. Délai d'admission

Comme le montre le tableau VII, la plupart des blessés (86,4%) ont été vus moins de 6 heures après le traumatisme.

Tableau VII : Délai d'admission

Délai	N	%
<6 heures	38	86,4
6-24 heures	4	9,1
>24 heures	2	4,5
Total	44	100

9. Diagnostic de la pénétration

Le tableau VIII présente le fondement de ce diagnostic : le caractère pénétrant a été évoqué devant l'existence :

- de signes cliniques patents de lésions viscérales intra-abdominales (choc hémorragique, péritonite),
- d'une éviscération,
- d'un pneumopéritoine radiographique.

L'exploration au doigt ou au stylet n'a été pratiquée qu'en l'absence de signes cliniques ou radiologiques évocateurs.

En ce qui concerne les plaies par balle, la reconstitution mentale du trajet à partir des orifices d'entrée et de sortie a permis d'évoquer la pénétration.

Tableau VIII : Diagnostic de la pénétration

Fondement du diagnostic	N	%
Hémopéritoine	12	27,3
Péritonite	8	18,2
Éviscération		
- épiploon	9	
- grêle.	6	
- estomac	1	
Exploration au doigt/stylet	5	11,4
Pneumopéritoine radiologique	3	6,8
Total	44	100

10. Traitement

Trois blessés sont décédés en préopératoire dans un tableau de choc irréversible. Des 41 blessés restants, 37 (84%) ont bénéficié d'une laparotomie exploratrice. 4 blessés qui présentaient une éviscération d'épiploon n'ont pas été opérés en raison de l'absence de signes de lésions viscérales. Il s'agissait de blessés par arme blanche. Tous les blessés par arme à feu ont été systématiquement opérés.

Les lésions intra-abdominales rencontrées sont résumées dans le tableau IX.

Les lésions intra-abdominales multiples ont été rencontrées dans 11 cas (25%), elles se répartissent comme suit :

- grêle + foie : 2 cas,
- estomac + foie : 1 cas,
- grêle + colon : 3 cas
- foie + diaphragme : 2 cas
- grêle + colon + rein gauche : 2 cas
- foie + estomac + diaphragme : 1 cas

Pour un blessé par arme blanche chez qui l'examen clinique était normal, la découverte d'un pneumopéritoine a conduit à une laparotomie qui s'est avérée blanche.

Tableau IX : Les lésions intra-abdominales rencontrées

Lésions	N (%)	Gestes
Laparotomie blanche	18 (40,9%)	-
Plaie du foie	10 (22,7%)	suture
Plaie du grêle	12 (27,8%)	8 sutures / 4 résections
Plaie colique	4 (9,1%)	suture
Plaie mésentérique	4 (9,1%)	2 sutures / 2 résections
Plaie de l'estomac	3 (6,8%)	suture
Plaie du mésocolon transverse	2 (4,5%)	suture
Plaie du diaphragme	2 (4,5%)	suture
Plaie de la vésicule biliaire	1 (2,3%)	cholécystectomie

11. Mortalité

Mortalité globale

Sept blessés (15,9%) sont décédés, dont 3 lors de la réanimation préopératoire et 4 dans la période postopératoire.

Mortalité opératoire

Elle a été de 10,8%. Des 4 décès, 3 sont survenus dans les 48 premières heures par choc. Le 4ème décès est survenu au 12ème jour postopératoire, par péritonite.

Aucun décès n'a été noté dans le groupe des blessés qui n'ont pas eu de laparotomie.

12. Morbidité postopératoire

La morbidité postopératoire s'est résumée en :

- 7 cas de suppuration pariétale (15,9%),
- 1 cas d'hémorragie interne nécessitant une reprise de la laparotomie au 2ème jour,
- 1 cas de péritonite postopératoire,
- 1 cas de hernie diaphragmatique,
- 1 cas de fistule gastro-colique,

La durée d'hospitalisation a été en moyenne de 26,2 jours extrêmes : 5 et 216 jours).

La durée moyenne d'hospitalisation était de 8,2 jours dans le groupe des non opérés, et de 24,4 dans celui des opérés. En cas de laparotomie blanche, la durée moyenne d'hospitalisation était de 13,2 jours contre 29,3 en cas de lésion intra-abdominale.

DISCUSSION

De Janvier 1990 à Décembre 1994, les PPA ont représenté 0,73% des urgences abdominales. La plupart des blessés avaient entre 20 et 40 ans (70,5%) et étaient de sexe masculin (90,9%). L'agent causal était l'arme blanche dans 72,7% des cas. La lésion intra-abdominale était cliniquement évidente dans 45,4% des cas. Le taux de laparotomie blanche était de 40,9%. Les plaies par arme à feu ont occasionné plus fréquemment des lésions abdominales multiviscérales ainsi que des lésions extrathoraciques associées. La mortalité globale a été lourde (15,9%).

Définition

Une plaie pénétrante est celle où l'agent causal a créé une solution de continuité de la paroi abdominale avec effraction péritonéale. Lorsqu'elle est compliquée d'atteinte viscérale, la plaie est dite perforante (6).

Fréquence

La fréquence des PPA par rapport à l'ensemble des urgences abdominales est faible. Mais dans notre pratique les problèmes que posent ces traumatismes ne tiennent pas tant à leur fréquence qu'aux modalités de leur prise en charge.

Facteurs étiologiques

La prédominance chez l'adulte jeune de sexe masculin, retrouvée dans notre série est classique (4). Le contexte habituel est l'agression criminelle (4 et 6).

Notons dans notre série un cas de plaie perforante par arme blanche lors d'une tentative d'autolyse chez un homme de 45 ans.

La multiplication lésionnelle est évidemment plus grande en cas de plaie par arme à feu.

Aspects diagnostiques et thérapeutiques

Les problèmes posés par les PPA sont de deux ordres : diagnostique et thérapeutique.

Sur le plan diagnostique, le problème est d'affirmer la pénétration et surtout la lésion viscérale éventuelle. Ceci est facile devant la constatation d'un état de choc avec hémopéritoine, d'une contracture abdominale, d'une éviscération, d'un écoulement de liquide digestif à travers la plaie ou d'un pneumopéritoine à la radiographie. Tous ces signes imposent une laparotomie exploratrice en urgence. En cas de doute, plusieurs moyens peuvent être employés :

1) L'exploration du trajet de la plaie au doigt ganté ou au stylet : nous l'avons employé dans deux cas. L'utilisation du stylet est proscrite par plusieurs auteurs parce que dangereuse (1, 2, 6). Appliquée avec prudence, NEJJAR l'estime fiable (4).

2) la reconstitution mentale du trajet de l'agent vulnérant :

- En cas de plaie par balle, elle peut se faire à partir des orifices d'entrée et de sortie, ou bien par la localisation des projectiles sur les clichés radiographiques. Mais la possibilité de ricochet des balles peut être responsable d'une mauvaise estimation du trajet (1 et 6).
- En cas de plaie par arme blanche, cette reconstitution est difficile car on ignore souvent les dimensions de l'arme, la direction et la force d'application au moment de l'agression.

3) La ponction lavage du péritoine, fréquemment utilisée dans les contusions, serait utile dans les plaies pour CHICHE (1). NEJJAR (4) la trouve fidèle mais CLOS (2)

estime qu'elle est inutile. En fait, elle n'a d'intérêt que lorsqu'elle est franchement hémorragique ou teintée de liquide digestif. Elle ne permet pas d'éliminer un saignement intrapéritonéal de la plaie pariétale. Nous n'y avons pas eu recours dans notre série.

4) L'existence d'un pneumopéritoine à la radio doit être confrontée à l'état clinique du blessé. Dans notre série, nous avons eu un faux positif (laparotomie blanche malgré un pneumopéritoine). Il s'est probablement agi d'une introduction d'air à travers la paroi lors de l'agression.

5) L'opacification radiologique du trajet de la plaie décrit par CORNELL et Coll. (6) permet d'affirmer la pénétration mais non la lésion viscérale. Pour CLOT (2), cette méthode comporte un nombre important de faux négatifs.

6) L'échographie et le scanner en urgence permettent d'affirmer un épanchement sanguin et une éventuelle lésion de viscère plein. Nous n'en avons pas l'expérience.

Sur le plan thérapeutique, la règle est d'opérer systématiquement toutes plaies pénétrantes de l'abdomen. Ceci a le mérite de supprimer toute hésitation quant à l'existence ou non d'une lésion viscérale et surtout d'annuler le risque de la méconnaître.

Cette attitude est actuellement discutée ; surtout pour les plaies par arme blanche, car elle conduit à un nombre important de laparotomies blanches. Le taux de telles laparotomies varie de 10 à 53% selon les séries (2, 3, 4, 5, 6, 7). Dans notre étude, nous avons eu 41,4% de laparotomies blanches. Ces constatations ont conduit à une attitude plus nuancée initiée en 1960 par SHAFTAN (7). Cet abstentionnisme sélectif (4) vise à opérer seulement les blessés porteurs de lésions viscérales évidentes, sous réserve d'une surveillance «armée» des autres. NANCE a pu ainsi réduire le taux d'exploration négative de 53 à 11%, alors que dans le même temps la morbidité passait de 14 à 8% (3). Cependant, cette attitude quoique raisonnée ne se conçoit qu'avec

une équipe chirurgicale spécialisée et des moyens permettant une surveillance étroite des blessés. Ces conditions n'étant pas réunies dans notre service, notre attitude est, dans la plupart des cas, classique chaque fois que la pénétration ne peut être formellement éliminée. Ce n'est que lorsque le blessé est vu tardivement et qu'il ne présente aucun signe de gravité, que nous nous permettons de la garder en observation. Notons que dans notre série, la laparotomie systématique malgré l'absence de signe d'appel, a permis de trouver des lésions viscérales dans 3 cas (2 plaie du grêle et une plaie du foie).

Les plaies par balles, par contre, entraînent presque toujours des lésions viscérales généralement multiples, et doivent être systématiquement opérées (1, 2, 4, 6). Dans certains cas de plaie par balles, la politique de surveillance a pu être appliquée avec succès (2). Nous ne saurions conseiller une attitude aussi téméraire dans nos conditions de travail.

Le pronostic de ces PPA dépend de l'importance des lésions, de l'efficacité de la réanimation péri-opératoire et de la précocité de l'intervention chirurgicale.

La mortalité de notre série est lourde (15,9%) et s'explique en majeure partie par le choc hémorragique. Nous devons dans l'avenir améliorer nos moyens de réanimation pour réduire cette mortalité.

CONCLUSION

Les PPA sont en augmentation à Lomé. L'insuffisance des ressources humaines et matérielles nous oblige, dans la plupart des cas, à adopter l'attitude classique de l'intervention systématique, dès lors que la pénétration ne peut être formellement écartée. Le développement de moyens diagnostiques plus précis (échographie de dernière génération et scanner) rendra possible, par une meilleure sélection de nos blessés, la diminution du taux des laparotomies inutiles. Et, l'amélioration des mesures de réanimation nous permettra certainement de réduire le taux de mortalité.

BIBLIOGRAPHIE

1. B. CHICHE, P. MOULE.
Urgences chirurgicales.
Masson Abrégés (Paris) 1980 86-90.
2. PH. CLOT.
Contusions et plaies de l'abdomen.
EMC, Paris, Urgences 11 - 1979 - 24039 - A10.
3. F.C. NANCE, M.H. WENNAR, W. LESTER et Coll.
Surgical judgment in the management of penetrating wounds of the abdomen. *Ann. Surg.* 1974, 179, (5) : 639-646.
4. M. NEJJAR, S. BENNANI, O.N. ZEROUALI.

- Plaies pénétrantes de l'abdomen, à propos de 330 cas.
J. Chir. (Paris) 1991, 128, (8-9) : 381-384.
5. J.L. PAILLER.
Plaie, contusion de l'abdomen.
Rev. Prat. (Paris) 1992, 42, (18) : 2353-2358.
6. J.C. PATEL.
Pathologie Chirurgicale 3^e Ed. Masson (Paris) 1978 515-524.
7. G.W. SHAFTAN.
Indication of operation in abdominal trauma.
Ann. Surg. 1960, 99 : 657.