

# LES RUPTURES TRAUMATIQUES DU JEJUNO-ILEON A PROPOS DE 25 CAS

R. MASSENGO\*, G. BIKANDOU, S. MIANFOUTILA

## RESUME

La découverte d'une rupture du grêle lors d'une laparotomie pour contusion abdominale est peu fréquente.

En 10 ans, du 1er janvier 1980 au 31 décembre 1990, 25 cas ont été traités.

L'aspect clinique de ces ruptures est très variable. En dehors des formes péritonéale et hémorragique de diagnostic facile, le tableau d'ileus abdominal doit imposer une hiérarchie d'examen complémentaires comme la PLP, l'échographie et l'artériographie.

Tous nos patients ont été opérés. La résection anastomose immédiate reste l'idéal, mais dans certains cas de péritonite avancée, la double entérostomie temporaire reste indiquée.

Nous déplorons 3 décès liés pour la plupart à l'existence d'un polytraumatisme associé.

## SUMMARY

The disruption of jejunum-ileum discovery during a laparotomy in abdominal contusion is less frequently.

In 10 years, from January first 1980 to 31 December 1990, 25 have been treated.

Medium age of our patient is 35 years old with a highly male predominancy.

Clinical aspect of those disruption is very variable. Out side of peritoneal and hemorrhagic form, whose the diagnosis is easy, the abdominal ileus form must impose a hierarchical investigation like the peritoneal puncture enema, ultrasound scan and angiography.

All our patients have been operated. Immediately anastomotic resection is idealy, but in certain cases of advanced peritonites, the double and temporally enterostomy is indicated.

We regret 3 deceases due for the most of them to the associated polytrauma.

Les ruptures du grêle sont rares au cours des traumatismes fermés de l'abdomen comme le témoignent COTTREL 10 % sur 800 laparotomies, GO 12,4 % sur 857 laparotomie, MAC LEOD 3 % sur 92 laparotomies cités par MONGREDIEN (5), LE NEEL (3) 8 % sur 170 laparotomies, TRILLAT et PATEL (8) 12 % dans le rapport du Congrès Français de chirurgie de 1971.

C'est souvent une découverte opératoire, ce qui explique le retard apporté au diagnostic et donc au traitement.

Nous apportons notre contribution avec 25 cas au cours de 300 laparotomies soit 8,33 % effectuées entre janvier 1980 et décembre 1990.

## PATIENTS ET METHODES

En 10 ans, 25 cas ont été traités dans le service. Il s'agit de 8 femmes et 17 hommes âgés de 18 à 75 ans avec un âge moyen de 35 ans.

Les circonstances étiologiques sont représentées essentiellement par les accidents de la circulation 20 cas, et par des agressions avec coups directs sur l'abdomen 5 cas.

Ces ruptures sont souvent associées à d'autres lésions et dans notre série, on note 6 fois une rupture de rate et 9 fois des lésions squelettiques :

- Crâne 1 fois
- Thorax 2 fois
- Membres 6 fois.

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic exact n'a jamais été porté en préopératoire car la symptomatologie n'est pas très évocatrice. Le délai écoulé entre l'accident et l'hospitalisation est important à considérer :

- moins de 6 h : 8 cas
- entre 6 h-24 h : 6 cas
- entre 24 h-48 h : 6 cas
- au delà de 48 h : 5 cas.

\* Service de Chirurgie Digestive (Pr Ag. R. MASSENGO)  
CHU de Brazzaville - BP 32.

Le diagnostic clinique d'abdomen chirurgical est porté d'emblée devant deux types de tableaux qui peuvent parfois s'associer :

- le tableau de péritonite aiguë par perforation digestive avec ses deux signes majeurs qui sont la contracture et la douleur au cul de sac de Douglas 10 fois dans notre série ;
- le tableau d'hémopéritoine associant collapsus hypovolémique, douleur à la palpation et ballonnement, matité déclive et comblement du cul de sac de Douglas : 10 fois.

Enfin le tableau d'ileus réflexe d'apparition souvent retardée caractérisé par un ballonnement abdominal associé à un syndrome infectieux pouvant aller jusqu'au choc septique, a été relevé 5 fois.

- La douleur est présente dans 20 cas.
  - \* Intense et généralisée : 10 fois.
  - \* Modérée et diffuse : 6 fois.
  - \* Localisée : 4 fois.
- La contracture a été notée d'emblée 10 fois
- Les vomissements sont inconstants et souvent tardifs 5 fois.
- Le toucher rectal a été franchement douloureux 10 fois.
- Les traces de contusion ont été remarquées au niveau de l'hypochondre gauche 6 fois.
- Des signes d'anémie ont été notés 10 fois.

## EXAMENS COMPLEMENTAIRES

### 1 - RADIOLOGIE

Le cliché de l'abdomen sans préparation pratiqué 25 fois a permis de noter 1 seule fois l'existence d'un pneumopéritoine. Il s'agissait d'une rupture complète du jejunum localisée à 15 cm environ de l'angle duodeno-jejunal.

### 2 - PONCTION - LAVAGE DU PERITOINE

Cet examen a été réalisé 15 fois.

- 10 fois elle a été franchement positive en ramenant du sang.
- 5 fois elle a été douteuse mais l'évolution clinique nous a conduit à l'intervention chirurgicale.

### 3 - L'ECHOGRAPHIE

En urgence cet examen nous a fait défaut. Il nous aurait permis de poser très rapidement le diagnostic.

### 4 - LE LABORATOIRE

La numération formule sanguine a montré :

- 10 fois des signes d'anémie,
- 5 fois des signes d'infection.

## TRAITEMENT

Il a été chirurgical dans tous les cas. Nous avons été amenés à opérer :

- en urgence 20 fois devant des tableaux évidents
  - \* de péritonite : 10 fois,
  - \* d'hémopéritoine : 10 fois.
- en différé 5 fois devant l'évolution du tableau clinique (exacerbation de signes péritonéaux) ou en présence d'une PLP secondairement positive.

Nos constatations opératoires ont été les suivantes :

- ruptures partielles	19
- ruptures complètes	1
- désinsertion mésentérique + plaie du grêle	1
- plaies multiples	4

Ces lésions siègeaient sur le jejunum 18 fois et sur l'iléon 7 fois. Ont été pratiquées les interventions suivantes :

- sutures simples	19 fois
- résection-anastomose immédiate	6 fois
- toilette péritonéale + drainage	25 fois.

## RESULTATS

Simple dans 18 cas

Complicés de :

- suppuration de paroi : 5 fois
- éventrations constatées à 1 mois : 2 fois

Nous déplorons 2 décès survenus :

- le premier chez un homme de 60 ans par décompensation respiratoire à J5,
- le deuxième chez un homme de 65 ans par état de choc irréversible à J1.

## COMMENTAIRES

### Fréquence

Elle est variable suivant les séries et la majorité des auteurs (1, 2, 3, 5) l'estiment aux environs de 10 % au cours de

contusions de l'abdomen. Il faut signaler cependant que les ruptures isolées du grêle sont rares.

### Mécanisme de la rupture du grêle

Trois types de mécanismes sont possibles.

- rupture par écrasement, survenant lors des contusions par percussion et par pression. Ici les zones les plus touchées sont celles qui possèdent un rapport osseux postérieur, c'est à dire les 3 premières anses jéjunales et les 3 dernières anses iléales.
- rupture par déchirure, survenant lors des contusions tangentielles et par contre-coup qui réalisent une elongation, puis une rupture de l'anse et de son méso. La rupture se produit à la partie moyenne du grêle où l'anse possède une attache mésentérique lâche.
- rupture par éclatement, qui nécessite une augmentation de pression intraluminaire (période postprandiale, adhérences, hernies, éventrations).

### Les lésions

Les ruptures partielles sont les plus fréquemment signalées par la majorité des auteurs (1, 2, 5, 9) ; notre série en comporte 19. A l'opposé les ruptures complètes sont rares ainsi que les désinsertions mésentériques. Toutes ces lésions siègent préférentiellement sur le bord antimésentérique. Le contenu intestinal qui n'a ni l'acidité du suc gastrique ni la septicité du contenu colique à l'origine d'inflammations péritonéales massives va constituer un tableau de péritonite progressive.

### Diagnostic

L'expression clinique est souvent modifiée : il s'agit soit d'une péritonite, soit d'un hémopéritoine avec des caractéristiques qui ne sont pas très nets surtout au début. C'est ce qui retarde le diagnostic.

tères qui ne sont pas très nets surtout au début. C'est ce qui retarde le diagnostic.

La recherche du pneumopéritoine a été systématique grâce au cliché de l'abdomen sans préparation mais nous n'en avons retrouvé qu'un seul cas : il s'agissait d'une rupture jéjunale située à 15 cm environ de l'angle duodéno-jéjunale. Dans la majorité des séries, ce signe est rarement retrouvé.

La ponction lavage du péritoine nous a par contre aidé à poser le diagnostic d'hémopéritoine. Cependant nous n'avons pas profité de cet examen pour faire le comptage des globules blancs au-delà de 500/ml préconisé par BURNEY cité par VICHARD (9).

### Traitement

Notre attitude thérapeutique a été classique : suture simple ou résection-anastomose immédiate. Nous n'avons pas eu recours à la double entérostomie temporaire comme dans l'observation de OHANESSIAN (6).

### CONCLUSION

Les ruptures du jejuno-iléon sont rares au cours des traumatismes de l'abdomen. Cette rareté explique le retard de diagnostic constaté par la majorité des auteurs.

Des examens simples comme la ponction lavage du péritoine peuvent orienter le diagnostic et mieux encore la ponction lavage avec comptage de globules blancs semble pleine d'intérêt comme l'a préconisé BURNEY cité par VICHARD (9).

### BIBLIOGRAPHIE

1 - HOUZE J.P , BOURDE J. , BACON J.P , GUIDICELLI R. , ASSADOURIAN R. , LAMY J.  
Les ruptures de l'intestin grêle au cours des traumatismes fermés de l'abdomen. Médit. Méd. 1973, 38, 123-126

2 - LAURENT P. , MAMERE L. , QUANCARD X. , ARAN F.X , JANVIER G. TINGAUD R.  
Problèmes posés par les plaies de l'intestin grêle dans les traumatismes fermés de l'abdomen. Bordeaux Méd. 1978, 11, 17, 1509.

3 - LE NEEL J.C , LE BORGNE J. , MONFORT J. , WISSET J.  
La lésion de l'intestin grêle dans les traumatismes fermés de l'abdomen. Arch.. Méd. Ouest 1973, 5, 521-528.

4 - MASSENGO R. , NANGOU - KOKO P.  
Intérêt de la ponction-lavage du péritoine dans les traumatismes fermés de l'abdomen. Med. Trop. 1986, 46, 1, 67-69.

5 - MONGREDIEN PH. , CHARLEURS M.  
Les ruptures traumatiques isolées de l'intestin grêle au cours des contusions de l'abdomen. Conc..Med. 1978, 100, 21, 3470-79.

6 - OHANESSIAN J. , AUBERT J. , HOSTEIN J. , LATREILLE R.  
Les ruptures du grêle dans les traumatismes fermés de l'abdomen : apport de la double iléostomie temporaire. Lyon Chir. 1980, 76, 2, 85-87.

7 - TINGAUD R. , QUANCARD X. , CERQUETTA P.  
Problèmes diagnostiques posés par les ruptures complètes de l'intestin grêle au cours des traumatismes fermés de l'abdomen. A propos de 4 cas. Chirurgie, 1977, 103, 483-490.

8 - TRILLAT et PATEL J.C  
Rapport au Congrès Français de chirurgie 1971.

9 - VICHARD PH , MILLERET P. , BALMAT P. , GOMBE J.  
Les ruptures traumatiques récentes du jejuno-iléon. Intérêt et moyens d'un diagnostic précoce. Chirurgie 1986, 112, 304-313.