



Article original

Les perforations intestinales traumatiques : aspects anatomo- cliniques et thérapeutiques au CHU de Treichville

Traumatic intestinal perforations: anatomico-clinical and therapeutic aspects at Treichville University Hospital

NA Anoh*¹, NL Kouadio¹, KIP Konan¹, O Sylla¹, KM Goho², V Diomandé¹, A Sylla¹, MB Golli¹, FX N'goran¹, KS Bouede¹, N Kouyaté¹, BR Aka¹, KG Kouadio¹

Résumé

Nous rapportons les aspects épidémiologiques, anatomo-cliniques et thérapeutiques de perforations intestinales traumatiques dans notre pratique.

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive de 05ans (2017-2022) concernant 23 patients opérés pour perforations intestinales traumatiques. Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives étaient analysées.

Nos malades étaient des hommes avec un âge moyen de 26 ans (18 ans-70 ans).

Les étiologies concernaient dans 87% (n=20) un traumatisme ouvert abdominal et dans 13% (n=3) un traumatisme fermé. L'agression à l'arme blanche prédominait dans 74% (n=17). Le délai moyen d'admission était de 03 heures (01 heure et 84 heure).

Six patients (26%) présentaient un état de choc. Le syndrome péritonéal était retrouvé chez tous nos patients. Le délai moyen entre l'admission et la chirurgie était de 07 heures. Le bilan peropératoire objectivait en moyenne 2 lésions intestinales par patient. Les plaies linéaires prédominaient dans 17 cas (34%). Le jéjuno-iléon était le siège majoritaire

dans 84% (n=20) et le côlon dans 16% (n=4). Les gestes chirurgicaux réalisés sur le grêle étaient une résection-anastomose dans 11 cas (58%) et une suture simple dans 8 cas (42%). Sur le côlon, une suture simple était effectuée dans 50% (n=2) et une chirurgie en 2 temps dans 50% (n=2).

L'évolution était compliquée dans 30% (n=7). La mortalité était de 13% (n=3).

Le diagnostic de lésionnel intestinal traumatique a été peropératoire. La chirurgie en un temps doit être préférée aussi bien pour le grêle et le côlon dans les tableaux simples.

Mots-clés : traumatisme intestinal, contusion, plaie-abdominale.

Abstract

We report the epidemiological, anatomico-clinical and therapeutic aspects of traumatic intestinal perforations in our practice.

This was a retrospective and descriptive study of 05 years (2017-2022) concerning 23 patients operated for traumatic intestinal perforations. The epidemiological, clinical, paraclinical, therapeutic

and evolutionary data were analyzed.

Our patients were men with a mean age of 26 years (18 years-70 years).

The causes concerned in 87% (n = 20) an open abdominal trauma and in 13% (n = 3) a closed trauma. Stabbing predominated in 74% (n = 17). The mean admission time was 03 hours (01 hour and 84 hours). Six patients (26%) presented a state of shock. Peritoneal syndrome was found in all our patients. The average time between admission and surgery was 07 hours. The intraoperative assessment revealed an average of 2 intestinal lesions per patient. Linear wounds predominated in 17 cases (34%). The jejunoleum was the majority site in 84% (n = 20) and the colon in 16% (n = 4). The surgical procedures performed on the small intestine were a resection-anastomosis in 11 cases (58%) and a simple suture in 8 cases (42%). On the colon, a simple suture was performed in 50% (n = 2) and a 2-stage surgery in 50% (n = 2).

The evolution was complicated in 30% (n = 7). Mortality was 13% (n = 3).

The diagnosis of traumatic intestinal lesion was intraoperative. One-stage surgery should be preferred for both the small intestine and the colon in simple cases.

Keywords: intestinal trauma, contusion, abdominal wound.

Introduction

Les perforations intestinales traumatiques sont des solutions de continuité de la paroi intestinale suite à un traumatisme [1-4]. Elles sont de nos jours une préoccupation en chirurgie d'urgence car représentent 5 à 30% selon la littérature [2-6]. Ces lésions de l'intestin grêle et du colon peuvent être dues à une contusion abdominale, à une plaie de l'abdomen ou exceptionnellement à une complication iatrogène endoscopique [1 ; 3-5]. Les lésions intestinales sont plus fréquentes dans les plaies abdominales que dans les contusions, avec une prédominance de l'atteinte

grêlique [2 ; 3 ; 6].

Les signes cliniques sont variables mais le tableau clinique typique est celui d'une péritonite aigue généralisée. Dans certains cas, l'issue de liquide digestif ou la plaie évidente d'une anse éviscérée permet de poser un diagnostic précoce. [3 ; 6].

Aujourd'hui, plus que l'ASP et l'échographie abdominale, le scanner abdominal avec ingestion de produit de contraste est l'examen de choix. Il montre la présence d'un pneumopéritoine ou d'un liquide de contraste dans la cavité abdominale et un épaississement de la paroi digestive. Quant à la laparoscopie, elle est un bon moyen de diagnostic lésionnel et thérapeutique [1 ; 3]

Les options thérapeutiques sont variées et pose un problème de choix. Ces gestes thérapeutiques dépendent du siège, de la gravité des lésions, de la septicité de la cavité péritonéale et de l'expérience du chirurgien. Si pour les lésions jéjuno-iléales la chirurgie en un temps en urgence est largement indiquée, pour les lésions coliques le choix est délicat et controversé [4 ; 7].

Le but de notre étude est de rapporter les aspects épidémiologiques, anatomo-cliniques et thérapeutiques de 23 cas de perforations intestinales d'origine traumatique dans notre pratique.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive qui a été effectuée de juin 2017 à juin 2021 (05 ans) dans le service de chirurgie digestive et proctologique du centre hospitalier et universitaire de Treichville à Abidjan (Côte d'Ivoire). Elle portait sur tous les dossiers complets des patients opérés pour une perforation intestinale traumatique et sur le registre des comptes rendus opératoires.

Les données analysées concernaient les paramètres épidémiologiques (la fréquence, l'âge, le sexe, les circonstances du traumatisme), cliniques et paracliniques, thérapeutiques (le siège de la perforation, l'aspect macroscopique, le geste chirurgical) ainsi que de l'évolution (morbi-mortalité).

Tous nos patients étaient reçus en urgence et opérés par une laparotomie médiane sus et sous-ombilicale sous anesthésie générale. Une réanimation pré ; per et postopératoire était réalisée chez tous nos patients.

Résultats

Données épidémiologiques

Durant la période d'étude, 97 patients étaient admis pour un traumatisme abdominal. Parmi eux 23 présentaient une perforation intestinale, soit une prévalence hospitalière de 24%. Tous nos patients étaient de sexe masculin avec un âge moyen de 26 ans et des extrêmes de 18 ans et de 70 ans.

Les causes des traumatismes concernaient dans 20 cas (87%) un traumatisme ouvert de l'abdomen. Dans 3 autres cas (13%), il s'agissait un traumatisme fermé. L'étiologie par agression était la plus observée dans 17 cas soit 74% (Tableau I).

L'arme blanche représentait l'agent vulnérant le plus incriminé dans 17 cas (74%).

L'arme à feu et les corps contondants étaient incriminés respectivement dans 3 cas (13%).

Données cliniques

Le délai moyen d'admission était de 03 heures avec des extrêmes de 01 heure et de 84 heures.

Concernant les signes généraux, 17 patients (74%) avaient un état hémodynamique stable, seulement 6 patients (26%) présentaient un état de choc. On notait une fièvre dans 4 cas (17%).

Les signes fonctionnels étaient constitués de douleur abdominale chez tous nos cas et de vomissement dans 8 cas (35%).

Les signes physiques majoritaires étaient représentés par la défense abdominale dans 21 cas (91%) ; les plaies de la paroi abdominales dans 18 cas (78%) et l'éviscération dans 10 cas (43%) (Tableau II).

Le syndrome péritonéal était présent chez tous nos patients.

Données paracliniques

La NFS avait retrouvé une hyperleucocytose > 10000 éléments/mm³ dans 4 cas (17%) et une anémie modérée à 8,6g/dl dans un cas (4%).

La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) a été réalisée chez 2 patients (9%) et elle montrait une grisaille abdominale diffuse.

L'échographie abdominale a été réalisée chez 3 patients (13%) et elle montrait un épanchement intrapéritonéal dans ces 3 cas.

Données thérapeutiques

Le délai moyen de prise en charge chirurgicale entre l'admission et la chirurgie était de 07 heures avec des extrêmes de 01H et 20 H.

En per opératoire, le bilan lésionnel objectivait un nombre moyen de 2 lésions intestinales par patient avec des extrêmes de 1 à 9 lésions.

Chez 13 patients (56,5%) les lésions étaient uniques dont 12 (52,2%) occasionnés par les armes blanches (couteaux). Les lésions doubles étaient présentes dans 5 cas (21,7%) dont 3 (13%) était par arme à feu. On notait également 3 plaies chez 3 malades (13%) et 9 plaies chez 2 patients qui avaient reçu 3 coups de couteau chacun.

La plaie était linéaire dans 17 cas chez 12 patients (34%), et représentait le type anatomopathologique prédominant (Tableau III).

Les lésions siégeaient majoritairement sur le jéjunilo- iléon dans 20 cas (84%). On notait une atteinte du côlon dans 4 cas (16%) (Tableau IV).

Les lésions intra-abdominales associées aux perforations intestinales étaient retrouvées chez 10 patients (43%). Parmi elles, on notait les lésions du mésentère (n=05), de l'estomac (n=2cas), du foie (n=2) et la rate (1 cas).

Les gestes chirurgicaux réalisés au niveau de l'intestin grêle ont été pour tous nos cas une chirurgie en un temps. Il s'agissait d'une résection-anastomose dans 11 cas (58%) et d'une suture simple dans 8 cas (42%). Au niveau du côlon, les gestes effectués étaient pour une suture simple dans 2 cas (50%), une colostomie latérale dans 1cas et une hémicolectomie droite associée une iléostomie uni-tubulaire dans 1 cas.

Dans un cas, le geste chirurgical était double. Il s'agissait d'une suture simple sur le côlon et une résection anastomose sur le jéjunilo-iléon.

Données évolutives

L'évolution était simple chez 16 patients (70%). A l'inverse elle était compliquée chez 7 autres patients (30%).

Parmi ces complications, on notait la suppuration de la plaie dans 3 cas (43%), l'éviscération dans 2 cas (29%), la péritonite postopératoire par fistule anastomotique dans 1 cas (14%) et 1 cas (14%) de trouble de la conscience pour hématome sous dural.

La mortalité était de 13% (n=3 patients). Parmi

ces 3 décès, un cas faisait suite à une éviscération compliquée de choc septique à J11 postopératoire. Un autre décès était survenu à J2 d'une reprise chirurgicale pour une péritonite postopératoire. Le 3ème décès était survenu à J14 postopératoire des suites d'un hématome sous dural non opéré et d'un arrêt cardiaque.

La durée moyenne hospitalisation était de 9 jours avec des extrêmes de 5 et de 15 jours.

Tableau I : Répartition des patients selon l'étiologie

Etiologies	n	%
Agression	17	74
Rixe	3	13
Accidents de la voie publique	2	9
Accidents de travail	1	4
Total	23	100

Tableau II : répartition des patients selon les signes physiques.

Les signes physiques	n	%
Défense	21	91
Plaie de la paroi abdominale	18	78
Eviscération	10	43
Hémorragie	5	22
Contracture	2	9
Eraflures	1	4
Ecchymoses	1	4

Tableau III : répartition des lésions selon le type anatomopathologique.

Types anatomopathologiques	Nombre de lésions	Nombre de patients	Pourcentages
Plaie linéaire	17	12	34
Plaie punctiforme	10	3	20
Section complète	9	4	18
Plaie délabrant	8	1	16
Plaie transfixiante	5	2	10
Section partielle	1	1	2
Total	50	23	100

Tableau IV : Tableau montrant le nombre des lésions selon le siège intestinal

Sieges des lesions	n	%
Jejunum	10	42
Iléon	10	42
Angle colique gauche	1	4
Côlon transverse	1	4
Angle colique droit	1	4
Côlon sigmoïde	1	4
Total	24	100

Discussion

Dans notre étude, la prévalence des perforations intestinales traumatiques était de 24%. L'incidence réelle des traumatismes intestinaux reste difficile à évaluer compte tenu du nombre de blessés décédés avant leur prise en charge hospitalière ou chirurgicale, et en fonction des séries. Selon les études parcourues, cette prévalence est observée entre 5 à 30% [6-10]. Allode et al au Bénin avaient retrouvé une prévalence voisine de 25,89 % [8]. Celle relevée par Harouna et al au Niger était de 9,89 % [11].

L'âge moyen de nos patients était de 26 ans. Ce résultat est proche de celui de Sambo et al. au Bénin qui retrouvaient 28,04 ans [9]. Ceci concorde avec les données de la littérature où la tranche d'âge la plus touchée est une population adulte jeune de 20 à 40 ans [3-11]. Ce constat pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'une population active, en plein essor professionnel, avec des déplacements fréquents.

Tous nos patients étaient de sexe masculin. Cette prédominance masculine est constatée par la plupart des auteurs dans la littérature avec une proportion allant de 60 à 100% des cas [2-6 ; 8-12]. Elle pourrait s'expliquer par les activités socioprofessionnelles qui exposeraient plus les hommes que les femmes.

Les lésions intestinales étaient majoritaires dans les traumatismes ouverts (87%) que dans les traumatismes fermés (13%). Ce constat est relevé dans plusieurs études [2 ; 3 ; 5 ; 6]. Cette prédominance des traumatismes ouverts pourrait s'expliquer par le contact direct entre l'agent vulnérant et l'intestin que

dans les traumatismes fermés qui bénéficierait d'une protection première de la paroi abdominale.

L'étiologie la plus fréquente dans notre série était l'agression (78%) suivie des rixes (13%) puis des AVP (9%). Dans la littérature, les étiologies sont fonctions des séries mais majoritairement c'est par agression [5; 6 ; 10 ; 13]. Wade et al. au Sénégal avaient relevé une prédominance de l'étiologie par rixes [3]. Kambiré et al. au Burkina Faso observaient une fréquence des accident de la voie publique [12]. Ces trois étiologies sont les plus observées dans les différentes séries [3 ; 5 ; 6 ; 9-13] à des proportions variables en fonction de l'échantillonnage. Les étiologies varient également d'un pays à l'autre en fonction des contextes économiques, culturels et sociopolitiques [4 ; 10].

Dans les données cliniques, nous avons noté un délai moyen d'admission qui était de 03 heures avec des extrêmes de 01 heure et de 84 heures. Ce délai est rarement rapporté dans les séries que nous avons parcourues. Kendja et al rapportaient un délai moyen d'admission de 2H avec des extrême de 1H et 06 jours. Ce délai était de $10,16 \pm 14,63$ heures dans l'étude de Dosseh et al. au Togo [2]. Ce délai d'admission pourrait s'expliquer par la gravité de la lésion et l'apparition des signes [6]. Mais il était en règle générale plus précoce en cas de plaie pénétrante qu'en cas de contusion ($p=0,000712$) [2].

Concernant les signes généraux, dans les différentes études, les patients sont à majorité stables [5 ; 6 ; 10-13]. Dans la nôtre, 17 patients (74%) avaient un état hémodynamique stable, seulement 6 patients

(26%) présentaient un état de choc. Fanomezantsoa et al. en Madagascar avaient observé un taux de 63,7% de patients hémodynamique stable. A l'inverse 37,3 % de ses patients étaient instables [10]. Ces traumatismes intestinaux engendrent des lésions polymorphes (hématomes, déchirures, perforations, ischémies), touchant préférentiellement l'intestin grêle, qui peuvent être responsables d'hémorragie interne et de péritonite [14]. Dans ces traumatismes intestinaux, les signes cliniques de choc actif ou de perforation sont peu présents à l'arrivée du patient [2 ;14]. Mnguni et al. en Afrique du sud notaient 11% de patients en état de choc[15]. La présence d'un état de choc hémodynamique à l'admission était corrélée à la gravité des lésions [10, 14, 15]. Mnguni et al avaient notifié dans leur étude que l'instabilité physiologique, le mécanisme de la blessure, la gravité de la blessure et le nombre d'organes blessés influencent l'issue [15].

Quant à l'examen physique, on retrouvait une péritonite chez tous nos patients. La défense abdominale représentait le signe physique majoritaire dans 91% des cas. Dans les différentes séries de traumatismes intestinaux, le tableau clinique prédominant était celui d'un syndrome péritonéal [2 ; 3 ; 16]. Dosseh et al. au Togo notaient la présence d'un syndrome d'irritation péritonéale chez 93,24% de leurs patients [2]. Coulibaly et al. au Mali observaient un syndrome péritonéal dans 82% de sa série [16]. Wade et al. au Sénégal avaient fait le même constat [3].

En dehors des tableaux d'éviscération avec une plaie digestive évidente ou d'une plaie pénétrante de l'abdomen avec une issue du contenu digestif, le diagnostic clinique de lésion digestive reste difficile. Seul l'irritation péritonéale permet de suspecter le diagnostic [2 ; 3 ; 14]. Ce syndrome d'irritation péritonéal selon Bège et al. peut être peu présent à l'arrivée du traumatisé de l'abdomen et retardé le diagnostic avec pour corollaire une incidence sur la morbi-mortalité au-delà de 08H [14].

Au plan paraclinique, la biologie apporte très peu de contribution au diagnostic de lésion intestinale. Ainsi chez presque tous nos auteurs, la biologie était

réalisée chez tous les patients en vue d'apprécier le retentissement [1-18].

A l'inverse la radiographie contribuait dans certains cas au diagnostic de lésion intestinale aux travers de la radiographie sans préparation (ASP), l'échographie abdominale et le scanner abdominale sans pour autant retard la prise en charge chirurgicale. Faget et al. en France notifiaient dans leur travail que les lésions traumatiques intestinales et mésentériques sont détectées chez 1 à 5 % des patients présentant un traumatisme fermé et sont associées dans près de 50 % des cas à des lésions des organes pleins[19].

Dans notre série, la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) était réalisée chez seulement 2 patients (9%). Elle montrait une grisaille abdominale diffuse. L'échographie abdominale était réalisée chez 3 patients (13%). elle avait montré un épanchement intra péritonéal dans ces 3 cas. Bhodeho-Medi et al. à Brazzaville avaient réalisé un ASP chez tous leurs patients qui montrait un pneumopéritoine dans six cas (75%) confirmant une lésion digestive [18]. Seul un patient avait réalisé une échographie abdominale qui révélait un hémopéritoine de moyenne abondance. Le scanner abdominal n'avait pas été réalisée chez leurs patients [18]. Dans les travaux de Kambiré et al. au Burkina seul 1 patient avait réalisé un ASP [12]. Dans ceux de Dessoh et al. l'ASP était réalisée chez 48 patients (64,86%), et retrouvait un croissant gazeux chez 38 patients (79,16%) [2].

A l'heure actuelle, le scanner abdominal est devenu la méthode de choix pour l'évaluation des lésions digestives chez les patients traumatisés abdominaux hémodynamiquement stables [18]. Sa supériorité diagnostique dans la détection des lésions intestino-mésentériques est maintenant bien reconnue. Les signes étudiés sont le pneumopéritoine, l'épanchement intrapéritonéal, l'extravasation de produit de contraste oral, l'épaississement pariétal digestif, le rehaussement anormal pariétal, une solution de continuité pariétale, une pneumatose pariétale, une infiltration mésentérique ou un hématome mésentérique, une extravasation de produit de contraste vasculaire, un aspect en « collier de perles » ou une terminaison

abrupte des vaisseaux mésentériques [18].

Concernant les données thérapeutiques, le délai moyen de prise en charge chirurgicale était de 07 heures avec des extrêmes de 01H et 20H dans notre étude. Dans celle de Bâ et al. au Sénégal le délai entre le traumatisme et l'exploration chirurgicale était de moins de 24 heures pour 4 patients et de plus d 48 heures pour cinq malades [17]. Mnguni et al avaient noté un délai moyen avant la chirurgie de $11,7 \pm 16,4$ heures [15]. Fanomezantsoa et al. avaient noté un délai de prise en charge inférieur à 6h dans 83,6%, entre 6 et 24h dans 5,7% et plus de 24h dans 10,7% et un délai moyen de 13h (1-168h) [10].

Ainsi toute perforation d'organe creux peut être responsable d'un tableau de péritonite. La péritonite installée est initialement chimique, elle se transforme secondairement en péritonite septique. Cette transformation théoriquement se fait en 6 heures [15]. Au-delà de 06H toute tentative de suture intestinale en première intention comporterait un risque plus élevé de complications postopératoires [5 ; 15 ; 17].

Le bilan lésionnel peropératoire, avait permis d'objectiver un nombre moyen de 2 lésions intestinales par patient. La plaie était linéaire dans 17 cas (34%) chez 12 patients, et représentait le type anatomopathologique prédominant. Ces deux aspects anatomopathologiques semblent rarement notifiés dans les séries. Seuls Bhodeho-Medi et al. et Bâ et al. avaient identifié la présence d'une lésion intestinale par patient dans leurs travaux portant sur les lésions intestinales au cours des contusions abdominales [17 ; 18].

Concernant le siège, dans les traumatismes abdominaux aussi bien fermés que ouverts, le jéjuno-iléon semble être le segment intestinal le plus lésé [2 ; 9-17]. Dans notre série, le jéjuno-iléon était le siège majoritaire des lésions dans 84% des cas. Le côlon était concerné dans 16% des cas. Cette prédominance des lésions jéjuno-iléales a été observée dans la plupart des séries [2 ; 9-17]. Bâ et al. au Sénégal avaient observé 89% de lésions jéjuno-iléales et 11% de lésions coliques [17]. Dans l'étude de Kambiré et al. au Burkina sur les traumatismes abdominaux,

les atteintes spléniques et jéjuno-iléales étaient prépondérantes avec respectivement 48,2% et 37% des cas et le côlon 11,1% [12]. Cette prédominance de l'atteinte jéjuno-iléale dans les traumatismes intestinaux pourrait s'expliquer par sa disposition anatomique du fait qu'il soit plus en antérieur et en contact avec la paroi et par sa mobilité dans la cavité péritonéale par rapport aux autres organes.

Les options thérapeutiques sont variées et dépendent surtout de la durée d'évolution, du tableau clinique et des constatations peropératoires. Dans la majorité des cas, une résection avec anastomose immédiate ou une suture immédiate peuvent être pratiquées, si les lésions péritonéales septiques sont modérées comme l'a souligné Essomba [17 ; 20]. A l'inverse une chirurgie en deux temps par une iléostomie ou une colostomie temporaire peuvent être effectuées.

Dans notre cas, tous nos patients étaient opérés par une laparotomie. Nous avons réalisé au niveau de l'intestin grêle une chirurgie en un temps par une résection-anastomose dans 11 cas (58%) et la suture simple dans 8 cas (42%). Au niveau du côlon, la chirurgie en un temps par une suture simple avait été effectuée dans 2 cas (50%) ; une colostomie latérale dans 1 cas et une hémicolectomie droite associée une iléostomie uni-tubulaire dans autre 1 cas. Dans l'étude de Bâ et al. la réparation primaire était réalisée dans 87% des cas sur le grêle, et dans 13% une iléostomie. La perforation sigmoïdienne était traitée par une sigmoïdectomie suivie d'une colostomie [17]. Dans celle de Fanomezantsoa et al. les lésions du jéjuno-iléon étaient toutes réparées en un temps. Celles du côlon étaient traitées par une colostomie dans 75% de ces cas [Fanomezantsoa].

A l'opposé les auteurs Dosseh; Essomba; Bhodeho-medi avaient effectué une chirurgie en un temps soit par excision suture ou une résection anastomose aussi bien sur le jéjuno-iléon que le côlon [2 ; 18 ; 20]. Cela pourrait s'expliquer par leurs échantillonnages d'une part et d'autre part par une raison sociologique qui fait que pour certains peuples, une stomie est difficilement acceptée par la population.

Si au niveau du grêle, la réparation primaire semble

la plus recommandée et pratiquée par les auteurs, elle demeure controversée au niveau du côlon. Des auteurs comme Salinas-Aragon et al. en France, Mussa et al. en Inde et Robles-Castillo et al. au Mexique n'ont pas objectivé de différence significative en terme de morbi-mortalité entre la réparation primaire et une chirurgie en deux temps des lésions traumatiques du côlon dans leurs différents travaux [4 ; 5 ; 7]. Ils recommandent une chirurgie en un temps dans les cas simples en dehors des comorbidités (la durée de la lésion > 8 heures, la nécessité de > 4 unités de transfusion sanguine avant l'intervention, une lésion de dévascularisation du côlon, toute maladie intestinale préexistante, toute maladie comorbide grave, la gravité des lésions intestinales et des lésions associées) qui ont une incidence sur l'issue [4 ; 5 ; 7].

Conclusion

Les perforations intestinales d'origine traumatiques surviennent fréquemment dans les traumatismes ouverts que fermés. Le tableau clinique majoritaire est le syndrome péritonéal. Les options thérapeutiques sont diverses et posent un problème de choix entre la réparation chirurgicale primaire qui doit être recommandée et la chirurgie en deux temps. Une prise en charge rapide des patients pourrait améliorer la morbi-mortalité qui reste élevée.

*Correspondance

N'djetché Alexandre Anoh

anoh.alexandre@yahoo.fr

Disponible en ligne : 15 Novembre 2024

1 : Service de chirurgie digestive et proctologique
CHU de Treichville (Côte d'Ivoire)

2 : Service des urgences chirurgicales CHU de
Treichville (Cote d'Ivoire)

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2024

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Sales J-P. Prise en charge des ruptures d'organes creux lors des traumatismes fermés de l'abdomen. *MAPAR* 2002;555-563.
- [2] Dosseh ED, Attipou K, Adabra B, et al (2007) Ruptures traumatiques du tube digestif 2007 *J Afr Chir Digest* 7(1):630-5.
- [3] Wade TMM, Konaté I, Diao ML, Tendeng JN, Cissé M, Seck M et al. Perforations digestives traumatiques : aspects anatomo-cliniques. *J. Afr. Hépatol. Gastroentérol.* 2014;8:139-142.
- [4] Robles-Castillo J, Murillo-Zolezzi A, Murakami PD, Silva-Velasco J. Primary repair vs. colostomy in colon injuries. *Cir Cir.* 2009;77(5):365-8.
- [5] Salinas-Aragón LE, Guevara-Torres L, Vaca-Pérez E, Belmares-Taboada JA, Ortiz-Castillo F de G, Sánchez-Aguilar M. Primary closure in colon trauma. *Cir Cir.* 2009;77(5):359-64.
- [6] Kendja KF, Kouame KM, Coulibaly A, Kouadio K, Koffi B, Sissoko M, et al. Traumatisme de l'abdomen au cours des agressions à propos de 192cas. *Médecine d'Afrique Noire* 1993 ;40 (10) :567-575.
- [7] Musa O, Ghildiyal JP, Pandey MC. 6 year prospective clinical trial of primary repair versus diversion colostomy in colonic injury cases. *Indian J Surg.* 2010;72(4):308-11.
- [8] Allode SA, Olory-Togbé JL, Mensah E. Traumatismes abdominaux au C.H.D.U-P : Aspects Epidémiologiques et lésionnels. *Annales de l'université de Parakou Série : Sciences de la Santé* 2011;2(2):41-51.
- [9] Sambo, BT, Hodonou, AM, Allode, AS, Mensah, E., Youssouf, M. et Menhinto, D. Aspects Épidémiologiques, Diagnostiques Et Thérapeutiques Des Traumatismes Abdominaux À Bembéréké-Nord Bénin. *Journal scientifique européen (ESJ)* 2016;12 (9):395-405.

- [10] Fanomezantsoa R, Davidà RS, Tianarivelo R, Fabienne RL, Aina RT, Auberlin RF 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) :1-10.
- [11] Harouna Y, Ali L, Seibou A. Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'Hôpital National de Niamey (Niger) : Etude analytique et pronostique. *Méd. Afr. Noire* 2011;48 (2):49-54.
- [12] Kambiré JL, Ouédraogo S, Zida M, Ouédraogo S, Sanon BG. Les traumatismes abdominaux : Aspects épidémiologiques et lésionnels au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Burkina Faso. *Rev int sc méd Abj -RISM-2018;20(1):71-75.*
- [13] Oosthuizen G, Čačala SR, Kong V, Couch D, Buitendag J, Variawa S, et al. Penetrating Colon Trauma—the Effect of Injury Location on Outcomes. *World Journal of Surgery* 2021;46 :84-90.
- [14] Bège T, Brunet C, Berdah SV. Traumatismes fermés des organes creux. *Journal of Visceral Surgery* 2016;153(4):61-68.
- [15] Mnguni MN, Muckart DJ, Madiba TE. Abdominal trauma in durban, South Africa: factors influencing outcome. *Int Surg.* 2012 ;97(2):161-8.
- [16] Coulibaly M, Traoré D, Togola B, Sanogo S, Bengaly B, Kanté A et al. Perforation digestive non traumatique à Koutiala : aspects épidémiocliniques et thérapeutiques. *Mali Médical* 2019;36(3):20-23.
- [17] 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;7:14-17.
- [18] Bhoedho-Medi M, Yanguedet MS, Nzoulouto DS, Ngoya M, Moumpala-Bambela KNC, TSouassa Wa Ngono GB et al. Les lésions intestinales au cours des contusions abdominales dans le service de chirurgie digestive du Centre Hospitalier Université (CHU) de Brazzaville. *Jaccr Afrique* 2020;4(4):327-331.
- [19] Essomba A, Masso-Misse P, Bob'Oyono JM, Abolo ML, 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):34-37.
- [20] Faget C, Millet I, Ruyer A, Alili C, Taourel P. Traumatismes du tube digestif et du mésentère. *EMC - Radiologie et imagerie médicale* 2016;33 :16-40.

Pour citer cet article :

NA Anoh, NL Kouadio, KIP Konan, O Sylla, KM Goho, V Diomandé et al. Les perforations intestinales traumatiques : aspects anatomo-cliniques et thérapeutiques au CHU de Treichville. *Jaccr Africa* 2024; 8(4): 169-177

<https://doi.org/10.70065/24JA84.010L011511>