

# LES RUPTURES TRAUMATIQUES JEJUNO-ILEALES : A PROPOS DE DIX-HUIT OBSERVATIONS A L'HOPITAL CENTRAL DE YAOUNDE

A ESSOMBA, P. MASSO-MISSE, J.M. BOB'OYONO, L. ABOLO MBENTI, M.A SOSSO, E. MALONGA.

## RESUME

Dix-huit ruptures traumatiques du jéjuno-iléon ont été recensées au cours de cette étude rétrospective sur 10 ans (1986-1996) représentant 12,8 % des laparotomies pour contusion abdominale. Les tableaux cliniques de péritonite (9 cas) ou d'hémopéritoine (4 cas) étaient présents d'emblée tandis que 5 cas étaient diagnostiqués tardivement en l'absence de signes évocateurs au début. Tous les patients ont été opérés : suture simple ou suture après avivement des berges (12 cas) ; résection -anastomose (6 cas). Les suites opératoires étaient simples dans la majorité des cas, la mortalité était de 5 %.

Les ruptures traumatiques du jéjuno-iléon sont rares dans notre pratique chirurgicale. Leur diagnostic est le plus souvent fait en per opératoire.

En l'absence de signes péritonéaux francs, une surveillance clinique par des examens physiques soigneux et répétés doit pouvoir favoriser la précocité du diagnostic. Le traitement chirurgical est simple et le pronostic semble plus lié à la sévérité des lésions associées qu'à la lésion intestinale.

*Mots-clés : Traumatisme, intestin, chirurgie*

## I - INTRODUCTION

Les ruptures traumatiques du jéjuno-iléon sont rares au cours des contusions abdominales. Si l'attitude thérapeutique s'avère bien codifiée, la classique difficulté d'un diagnostic précoce reste d'actualité eu égard au polymorphisme clinique et malgré l'apport de nouvelles techniques diagnostiques notamment d'imagerie.

Ce travail rapporte 18 observations de ruptures jéjuno-iléales recueillies dans le Service, afin d'en dégager l'approche diagnostique et thérapeutique dans notre environnement souvent marqué par l'absence de moyens d'investigation performants.

Travail du Service de Chirurgie Générale et Digestive de l'Hôpital Central de Yaoundé-Cameroun

Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47 (1)

## II - PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une série rétrospective de 18 ruptures traumatiques du jéjuno-iléon opérées entre 1986 et 1996. La prédominance masculine était nette, 16 hommes pour 2 femmes, soit un sex-ratio de 8. La moyenne d'âge des patients était de 23,5 ans avec des extrêmes de 5 et 52 ans. Le traumatisme initial était dans la majorité des cas un choc abdominal d'une grande violence. Il s'agissait d'un accident de la voie publique (10 cas), un choc direct sur l'abdomen (4 fois dont 3 accidents sportifs, 1 coup par objet contondant) et 3 par chute d'un lieu élevé.

Les lésions associées consistaient en une fracture complexe du bassin (2 cas) et un traumatisme crânien (1 fois).

Sur le plan clinique, la symptomatologie se résumait en 2 tableaux :

- Un tableau d'hémopéritoine avec signes de choc hypovolémique et d'irritation péritonéale (4 cas).
- Un tableau de péritonite post-traumatique révélé par des douleurs abdominales continues, défense abdominale ou contracture apparues d'emblée (9 cas) ou secondairement au cours de la surveillance (5 cas).

Les examens complémentaires réalisés en urgence étaient surtout morphologiques :

- \* La radiologie simple d'abdomen sans préparation réalisée chez 12 patients n'a mis en évidence un pneumopéritoine que dans 4 cas (tous vus précocement),
- \* La ponction abdominale à l'aiguille fine était réalisée chez 6 patients, ramenant du sang dans 4 cas d'hémopéritoine, tandis qu'elle était blanche dans 2 cas,
- \* Une échographie abdominale réalisée au cours de la surveillance chez 1 patient n'a pas été contributive au diagnostic.

### Sur le plan thérapeutique

Le délai entre l'accident et la laparotomie en urgence était

inférieur à 6 h dans 13 cas, tandis que 6 patients étaient opérés après la 48<sup>e</sup> heure.

L'indication opératoire était posée en urgence 13 fois devant un tableau évident de péritonite ou d'hémopéritoine. Elle était plus tardive chez 5 patients devant la survenue de signes de péritonite.

Le bilan lésionnel mettait en évidence 9 plaies siégeant sur le jéjunum dont 6 dans sa partie proximale et 9 fois sur l'iléon. Il s'agissait de plaies uniques (17 cas) et doubles (1 cas). La rupture était partielle siégeant sur le bord antémésentérique de l'anse (17 cas) et d'une rupture totale du jéjunum.

Les lésions abdominales associées se répartissaient en 5 désinsertions mésentériques avec sphacèle de l'anse en regard, une plaie splénique polaire supérieure, un hématome rétro-péritonéal et une contusion rénale droite.

Les gestes opératoires consistaient en 7 sutures simples de la perforation, un avivement-suture des berges de la plaie (n = 5), une résection-anastomose (n = 6) : 4 plaies avec désinsertion mésentérique, 1 rupture totale du jéjunum et 1 brèche jéjunale étendue. Une splénectomie partielle était réalisée chez un patient présentant une plaie splénique polaire supérieure type II (SCHAKFORD). Dans tous les cas, une toilette péritonéale abondante au sérum tiède, suivie d'un drainage était réalisée.

### III - RESULTATS

Un patient polytraumatisé avec traumatisme crânien grave est décédé au 4<sup>e</sup> jour post-opératoire d'un arrêt cardio-respiratoire.

Le délai d'hospitalisation moyen était de 13 jours. Une ré-intervention pour occlusion post-opératoire précoce liée à des adhérences était réalisée chez un patient. Une suppuration pariétale était observée chez 2 patients dont l'une s'est compliquée sans les suites à distance d'une éventration.

### IV - COMMENTAIRES

#### Fréquence

La fréquence des ruptures traumatiques du jéjuno-iléon varie selon les séries de 5 à 25 % (1, 2, 3, 4). Notre série regroupe 18 ruptures jéjuno-iléales découvertes au cours

de 140 laparotomies pour contusion abdominale, soit 12,8 %, pourcentage retrouvé dans la littérature.

#### Terrain

Notre série retrouve une population masculine jeune, d'âge moyen de 23,5 ans en rapport avec l'étiologie traumatique touchant la population jeune et active.

#### Mécanisme

Les lésions intestinales dans les contusions abdominales peuvent être liées à trois phénomènes pouvant être uniques ou associés : décélération, écrasement ou éclatement.

Les lésions par décélération se caractérisent par un arrachement du bord mésentérique avec comme corollaire sphacèle et perforation intestinale. Elles siègent avec prédilection dans les portions fixes du grêle (jéjunum proximal et iléon terminal) (4, 5). Elles sont présentes chez 8 de nos patients, Le traumatisme direct sur l'abdomen induit des lésions par écrasement de l'anse entre la paroi abdominale antérieure et le rachis ou par éclatement dans lequel une anse rendue borgne à ses extrémités par la présence de matières rompt par hyperpression causée par le traumatisme.

En l'absence d'une législation sur le port de la ceinture de sécurité dans notre pays, le «Seat-belt syndrom», lésion induite par le port de la ceinture de sécurité (6) n'est pas retrouvée dans notre série.

#### Etude clinique

Le tableau clinique peut être évocateur lorsqu'il existe des signes péritonéaux nets témoignant de la perforation digestive ou d'un hémopéritoine par rupture d'un organe plein ou d'une déchirure mésentérique associée. Notre série retrouve 13 fois (77,3 %) un tableau évocateur, résultat différent des données classiques où la pauvreté des signes cliniques est prédominante (3, 4, 7). Cette absence de signes cliniques au début de la rupture du jéjuno-iléon s'explique par plusieurs facteurs souvent intriqués :

- Le contenu intestinal de jéjuno-iléon ni acide ni septique,
- La capacité du jéjuno-iléon de s'opposer à la fuite de son contenu par éversion de la muqueuse, par spasme de la musculature,
- La protection par le grand épiploon ou les anses grêles de voisinage, la vacuité relative du jéjunum ;
- Et l'existence d'un poly-traumatisme associé qui modifie

le tableau. Il en résulte un retard diagnostique, facteur de mortalité reconnu dans toutes les séries (1, 4, 6, 7).

La surveillance clinique rigoureuse par des examens répétés permet de suivre l'installation du tableau de péritonite, parfois aidée par les examens paracliniques.

### Les examens paracliniques

L'abdomen sans préparation montre rarement l'image de pneumopéritoine qui signe la perforation (1, 2, 3, 5, 8). Il n'a été retrouvé qu'une fois sur 3 dans notre série, l'absence de pneumopéritoine n'exclut pas le diagnostic de perforation traumatique intestinale.

**La ponction-lavage péritonéale** apparaît pour de nombreux auteurs comme l'examen de choix (2, 4, 8, 9, 10). La perforation d'organe creux est évoquée devant une élévation significative des leucocytes (seuil de positivité à 1000 GB/MM<sup>3</sup>), de l'amylase et des phosphates alcalines dans le liquide de lavage avec une sensibilité de 88 à 92 % (10). Nous n'avons pas eu recours à cet examen dans notre série, mais il serait d'un intérêt certain en raison de sa simplicité et de sa relative facilité d'utilisation. L'échographie abdominale, examen de choix dans les contusions abdominales ne peut faire le diagnostic direct de perforation jéjuno-iléale, tout au plus, elle visualise l'épanchement intra-péritonéal (10,8).

**La tomodynamométrie** a suscité de nombreux espoirs dans le diagnostic de rupture intestinale (10, 11). Les éléments significatifs du diagnostic sont la présence d'un liquide de basse densité entre les anses grêles, l'épaississement pariétal circonférenciel ou excentré traduisant l'hématome intra-mural ou alors l'extravasation du produit de contraste. Mais ses contraintes, coût élevé et sélection des patients en limitent les indications.

**La cœlioscopie** diagnostique en urgence est une voie prometteuse permettant de faire le diagnostic, mais le dernier recours sera la laparotomie exploratrice qui permet à coup sûr le diagnostic comme dans la majorité de nos cas.

Plusieurs auteurs recommandent à cet effet, le déroulement complet du grêle lors d'une laparotomie pour contusion abdominale à la recherche d'une perforation méconnue (4).

### Thérapeutique

Notre attitude chirurgicale ne comporte pas de grandes variations par rapport à celles retrouvées dans plusieurs séries (1, 2, 3, 6, 4, 8) : suture simple ou avivement-suture indiquée dans les plaies uniques de petite taille ; résection - anastomose dans les plaies avec désinsertion mésentérique, les plaies multiples délabrantes, les ruptures totales. Par contre, l'iléostomie préconisée par plusieurs équipes (1,4) en présence de lésions vues tardivement ou devant une importante contamination péritonéale reste discutée par nos chirurgiens, en raison de réelles difficultés de prise en charge des stomisés dans notre milieu.

### Pronostic

Le pronostic des ruptures traumatiques jéjuno-iléales s'est amélioré au fil des années, mais la mortalité reste tardivement élevée dans les séries récentes, variant entre 3 et 12 % (4, 6, 7, 8). Cette mortalité est liée à la sévérité des lésions associées abdominales et extra-abdominales et au retard diagnostique (9, 7, 4). Nous avons recensé un décès sur 18 patients soit 5,5 % de mortalité, taux relativement faible s'expliquant par le caractère isolé du traumatisme chez la majorité de nos patients.

## V - CONCLUSION

Les ruptures traumatiques du jéjuno-iléon sont rares dans notre pratique chirurgicale. Leur diagnostic est le plus souvent fait en per opératoire.

En l'absence de signes péritonéaux francs, une surveillance clinique par des examens physiques soigneux et répétés doit pouvoir favoriser la précocité du diagnostic. Leur traitement chirurgical est simple et leur pronostic plus lié à la sévérité des lésions associées qu'à la lésion intestinale.

## BIBLIOGRAPHIE

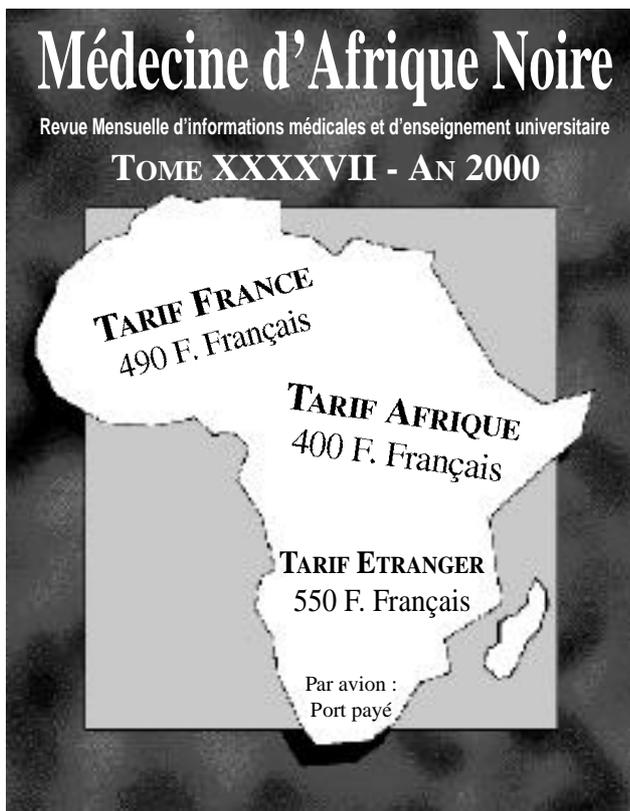
- 1 - X. POUGET, Th. MALLET, M. KALFON, B. DESCOTTES  
Plaies de l'intestin grêle dans les traumatismes fermés de l'abdomen. A propos de 14 observations.  
Ann. Chir 1983 ; 37 (6) : 389-92
- 2 - R. MASSENGO, G. BIKANDOU, S. MIANFOUTILA  
Les ruptures traumatiques du jéjuno-iléon. A propos de 25 cas.

- Méd. d'Afr. Noire 1993, 40 (3) : 201-3.
- 3 - F-J OLIVEIRA, O. GONCALVES, J. D SANTOS, F. MARTINHO, F. OLIVEIRA  
Les perforations du grêle au cours des traumatismes fermés de l'abdomen. A propos de 63 observations.  
J. Chir (Paris) 1984, 121(2) : 97-100.

- 4 - Ph. VICHARD, P. MILLERET, P. BALMAT et J-COMBE  
Les ruptures traumatiques récentes du jéjuno-iléon - Intérêt et moyen d'un diagnostic précoce.  
Chirurgie 1986 ; 112 : 304-13.
- 5 - Ph. MONGREDIEU, H. CHARLEUX  
Les ruptures traumatiques isolées de l'intestin grêle au cours des traumatismes fermés de l'abdomen (étude de huit observations).  
Conc. Méd. 1978 ; 100 (21) :3470-9.
- 6 - D.H. WISNER, Y. CHUN, F.W BLAISDELL  
Blunt intestinal injury. Keys to diagnosis and management.  
Arch. Surg 1990 ; 125 : 1319-23.
- 7 - J.H. DONOHUE, R-A. CRASS and D.D. TRUNKEY  
The management of duodenal and other small intestinal trauma.  
World J. Surg 1985 ; 9 : 904-13.

- 8 - N. KUNIN, J.P-LETOQUART, A. LA GAMMA, J. CHAPERON, A. MAMBRINI  
Les lésions intestino-mésentériques dans les traumatismes abdominaux fermés  
Chir (Paris) 1994 ; 131(3) ; 129-34.
- 9 - J. L. STEVENS, MAULL K. I  
Small bowel injuries.  
Surg Clin. North Am 1990 ; 70 (3) : 541-60.
- 10 - J.P. LENRIOT  
Stratégie dans les contusions abdominales de l'adulte.  
Ann. Chir 1994 ; 48 (2) : 126-39.
- 11 - S.E. MIRVIS, D.R. GENS, K. SHANMUGANATAN  
Rupture of the bowel after blunt abdominal trauma : Diagnosis with C.T.  
AJR 1992 ; 159 : 1217-21.

## Abonnez-vous pour l'an 2000 !



Retrouvez

«Médecine d'Afrique Noire»

sur Internet

[WWW.santetropicale.com](http://WWW.santetropicale.com)