

Plaies pénétrantes de l'abdomen

Chaz Yacine
INESSMCI
 Bibliothèque Chalet
 Copy Service

I-Généralités :

- Représentent 20% des traumatismes de l'abdomen.
- On désigne, par plaies de l'abdomen, non seulement les plaies de la paroi abdominale (entre les rebords chondrocostaux en haut et les crêtes iliaques, les ligaments et la symphyse pubienne en bas), mais également les plaies dont le trajet traverse une partie de la région abdominale comprise entre le diaphragme en haut et le périnée en bas.
- Une plaie abdominale pénétrante correspond à une effraction du péritoine pariétal, et dans ce cas, il peut ou non y avoir des lésions des viscères intra péritonéaux (organes pleins et/ou creux). Il faut savoir que le contenu viscéral de l'abdomen peut être atteint même lorsque l'orifice d'entrée de l'agent vulnérant se trouve à distance (thoracique, fessière, périnéale...).
- L'ancien dogme d'envoyer au bloc opératoire toute plaie de l'abdomen pour exploration n'est plus valable. A l'heure actuelle si des examens complémentaires chez un patient stable permettent d'éliminer des lésions et donc une intervention et ses risques, ils sont à privilégier.

II-Agents vulnérants :

Armes blanches.

Armes à feu : lésions généralement multiples et délabrantes.

III-Diagnostic :

A- Plaie antérieure de l'abdomen :

L'examen clinique est fondamental.

- Il doit commencer par une appréciation de l'état hémodynamique (pâleur, agitation, sueurs, tendance syncopale, pouls rapide, TA abaissée).
- Il doit rechercher une gêne respiratoire.
- L'examen évalue également les circonstances de la blessure, l'agent vulnérant, il précise le siège de l'orifice d'entrée, un éventuel orifice de sortie ou l'existence d'autres plaies par un examen clinique complet.
- Il faut rechercher la présence d'un écoulement de sang, de gaz, de matières, d'urines par la plaie, et de sang par les voies naturelles (hématomèse, rectorragies).
- Noter la présence d'une défense ou contracture .
- La percussion d'une sonorité pré-hépatique de pneumopéritoine ou de matité des flancs .
- Le toucher rectal permet d'explorer le point le plus déclive de la grande cavité (cul-de-sac de Douglas) qui peut être douloureux (péritonite) ou comblé (épanchement sanguin).
- Par ailleurs, il faut noter les antécédents, comorbidités, traitement anticoagulant, trouble de crase sanguine, allergie aux antibiotiques.

Il est essentiel de préciser le caractère pénétrant ou non de la plaie dans la cavité péritonéale afin d'adopter une attitude thérapeutique.

Ce caractère peut être évident lorsque l'intestin ou l'épiploon sont éviscérés ou en cas de choc hémorragique.

Il est souvent beaucoup plus **difficile** à déterminer si l'orifice d'entrée est de petite taille, la plaie est basithoracique, fessière, périnéale ou lombaire, avec un état hémodynamique stable .

B- Diagnostic de pénétration intrapéritonéale :

1-Exploration sous anesthésie locale de la plaie :

Faite chez un patient stable hémodynamiquement . Elle consiste à vérifier visuellement ou au doigt ganté l'intégrité ou non du péritoine pariétal en élargissant si besoin la plaie cutanée.

L'exploration « à l'aveugle » de la plaie à l'aide d'un instrument mousse est à éviter

. Cette exploration sous anesthésie locale peut se faire en salle de déchoquage ou au bloc opératoire.

Cas particuliers :

L'exploration d'une plaie sous anesthésie locale n'est pas toujours contributive. C'est le cas du patient obèse et les cas où l'orifice d'entrée est situé à distance de l'abdomen (lombaire ou basithoracique).. On doit s'aider de l'échographie, du scanner et, éventuellement, d'une coelioscopie ou d'une thoracoscopie.

2-Imagerie

***L'Abdomen Sans Préparation :** présente peu d'intérêt réel, peut mettre en évidence un volumineux pneumopéritoine mais ne détecte pas les petits. Il visualise le corps étranger quand il est encore présent (une balle,..).

***L'échographie abdominale :**

-Permet de visualiser un épanchement liquidien intra péritonéal et de le quantifier.

-Peut préciser les lésions des organes pleins (Foie, Rate, Rein), mais elle est limitée pour les organes creux.

-L'espace rétro-péritonéal est très mal exploré par l'échographie, en particulier chez les patients présentant un iléus réflexe, mais il peut être mis en évidence un hématome rétro-péritonéal.

***Le scanner abdomino-pelvien :**

-Précise mieux les lésions intra péritonéales.

-Donne de meilleurs résultats, s'il est réalisé en triple contraste (iv, oral et rectal).

- Il permet de déceler : des corps étrangers, la présence de liquide intrapéritonéal (hyper densité du sang), une extravasation de produit de contraste, des bulles d'air extradigestives (visibles 1 fois sur 2 en cas de perforation), un trait de fracture sur un organe plein, une solution de continuité de la paroi d'un organe creux, des lésions du rétro péritoine (duodéno pancréas, mais peu sensible avant 24-48 h), et des lésions extra-digestives associées (Urologiques).

-Si l'agent vulnérant est en métal et est encore en place, les images seront artéfactées à hauteur de la lame mais ça ne gêne que peu leur lecture.

***Autres moyens :**

-cœlioscopie : chez un malade stable.

Elle confirme le caractère pénétrant de la plaie.

Elle permet de détecter un hémopéritoine, un épanchement digestif, une plaie diaphragmatique gauche (mais risque de provoquer un pneumothorax dans ce cas précis).

Elle ne permet pas de bien visualiser les perforations digestives.

En cas de doute sur une lésion intra péritonéale, il faut convertir en laparotomie.

-Ponction lavage du péritoine : De nos jours elle est surtout indiquée en l'absence d'échographie ou de scanner.

IV-Formes cliniques :

A-Plaies thoraco-abdominales :

Toute plaie en apparence thoracique (située entre le 4^{ème} EIC et le rebord costal) ; peut s'accompagner de lésions intra-abdominale par l'intermédiaire d'une brèche diaphragmatique. Méconnaître une atteinte abdominale est grave ; d'autant que les plaies thoraciques ne constituent que rarement une indication opératoire.

B- Plaies pelvi-abdominales par empalement, ou par arme à feu sont graves car elle peuvent s'accompagner d'une attrition musculaire, de dégâts osseux, d'atteinte du nerf sciatique, de l'artère fessière posant de difficiles problèmes d'hémostase.

S'il existe un orifice fessier ; il faut systématiquement évoquer la possibilité d'une atteinte abdominale et rechercher un écoulement de sang de l'anus, la présence d'urines sanglantes lors du cathétérisme vésical

C-Plaies dorsolombaires : Peuvent provoquer une lésion du haut appareil urinaire, des gors vaisseaux rétro-péritonéaux.

V-Traitement :

A-Plaies non pénétrantes :

Parage et suture de la plaie.

Vérifier la vaccination anti tétanique.

B-Plaies pénétrantes :

a- Indications de laparotomie en urgence :

- choc hémorragique non contrôlable par saignement actif.
 - péritonite.
- Arme blanche in-situ (qui ne doit- être enlevée qu'au bloc opératoire).
- Eviscération.

Il est **impératif** de **contrôler l'hémorragie** et de **traiter les lésions**.

b- Plaies pénétrantes sans signes de gravité(état hémodynamique stable, pas de syndrome péritonéal) :

-Si la plaie est pénétrante, se discute actuellement **une attitude non opératoire, une cœlioscopie exploratrice ou une laparotomie exploratrice.**

1-Attitude non opératoire

Du fait qu'un patient stable et sans syndrome péritonéal présentant une plaie abdominale n'a que 5 % de risque de nécessiter un traitement chirurgical de lésion digestive, l'attitude non opératoire dans le traitement des plaies abdominales est défendue par certaines équipes.

- passe par une évaluation précise en TDM, qui en l'absence de lésion évidente conduit à une surveillance armée (clinique, biologique et radiologique)
- La surveillance doit être prolongée (au moins 1 semaine) car le risque est de laisser évoluer une péritonite à bas bruit dont le diagnostic sera retardé de plusieurs jours.
- Au moindre doute, une exploration chirurgicale sous anesthésie générale doit être pratiquée

2-Cœlioscopie :

- Il est certain que la cœlioscopie permet de diminuer le taux de laparotomies blanches ou non thérapeutiques.
- Risque de méconnaître les plaies du tube digestif et diaphragmatiques droites et postérieures.
- Au moindre doute, une conversion en laparotomie doit être décidée.

3-Laparotomie :

➤ Indications :

- ❖ La laparotomie reste donc largement recommandée pour l'exploration de plaies abdominales.
- ❖ Elle permet de vérifier la totalité des organes intra péritonéaux, des espaces rétro péritonéaux et du diaphragme.

Gestes réalisés

-Quel que soit l'organe, le principe général est d'être conservateur. Les résections ne doivent s'adresser qu'aux organes très délabrés et dévascularisés.

-Le tube digestif est le plus souvent touché (grêle 50 %, côlon 30 %, estomac 12 %).

-Plaie du grêle : suture ou résection --anastomose.

-Plaie colique : suture, colostomie, résection-anastomose protégée d'une colostomie. Le geste réalisé dépend de plusieurs facteurs.

Plaie de l'estomac : suture.