
Plaies pénétrantes de l'abdomen : "abstentionnisme sélectif" versus laparotomie systématique

M. Dieng, E. Wilson, I. Konaté, G. Ngom,
A. Ndiaye, J.M. Ndoeye, A. Dia, C.T. Touré

Clinique Chirurgicale – CHU Aristide Le Dantec

Correspondance :
Dr Madieng Dieng
Clinique Chirurgicale
C.H.U. Aristide Le DANTEC
B.P. 5470 Dakar - Fann - Sénégal
Tél. & Fax : +(221) 822.37.21
E-mail :madiengd@hotmail.com

Résumé

La prise en charge des plaies pénétrantes de l'abdomen est encore, à l'heure actuelle, sujet de controverse.

L'objectif de ce travail était d'analyser les résultats de la prise en charge des plaies pénétrantes de l'abdomen.

Cette étude rétrospective a été effectuée sur une période de 5 ans, de janvier 1997 à janvier 2002. Elle portait sur 90 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen colligés au niveau des Urgences Chirurgicales du CHU Aristide Le Dantec. Il s'agissait de 88 hommes et de 2 femmes, d'âge moyen 27 ans. Deux groupes de malades ont été répertoriés. Un premier groupe de 61 patients (groupe I) où le diagnostic de pénétration a été porté sur les constatations suivantes : épiploccèle, éviscération, écoulement de liquide abdominal, et dans lequel la laparotomie d'emblée a été systématique. Le groupe II incluait 29 patients, qui ne présentaient aucun signe de gravité, et qui ont bénéficié d'un simple parage de la plaie sous anesthésie locale, avec fermeture plan par plan et d'une simple surveillance.

L'âge, le sexe, l'agent causal et les circonstances de la blessure étaient comparables dans les deux groupes. La mortalité globale était de 2,2% (2 cas) et concernait uniquement les malades du groupe I. La morbidité globale était de 13,3% et se résumait en : -6 cas de péritonites dont 5 cas dans le groupe II, donnant un taux d'intervention secondaire de 17,2% ; les autres cas de morbidité ne concernaient que les patients du groupe I avec 3 cas de suppuration pariétale, 2 cas de retard de reprise de transit et 2 cas d'éviscération. Le taux de laparotomies blanches ou inutiles était de 25% dans le groupe I.

La laparotomie d'emblée devant toute plaie pénétrante de l'abdomen a l'avantage de faire un bilan lésionnel précis d'où son intérêt médico-légal surtout en cas d'agression. Cependant « l'abstentionnisme sélectif » a l'avantage d'éviter les laparotomies inutiles. En définitive, il n'y a pas de dogme en la matière.

Mots-clés : Abdomen / Plaies pénétrantes / Laparotomie

Introduction

Les plaies de l'abdomen sont des traumatismes avec rupture de la continuité pariétale abdominale. Si ces plaies atteignent la cavité péritonéale, on parle de plaies pénétrantes ; quand elles entraînent une lésion des viscères sous-jacents, la plaie est dite perforante.

Abstract

Penetrating wounds of the abdomen: "selective abstentionism" versus systematic laparotomy

There is still some ongoing controversy about the management of abdominal penetrating wounds. The aim of this study was to evaluate the management of this type of injury at the Hospital A. Le Dantec emergency department.

This retrospective study was performed over 5 years, from January 1997 to January 2002. It included 90 cases of abdominal penetrating wounds (88 men and 2 women) with an average age of 27. Two groups of patients were distinguished. Group 1 comprised 61 patients with a diagnosis of penetrating abdominal wound based on the following findings: epiplocele, evisceration, leakage of peritoneal fluid. In these patients, early laparotomy was systematic. Group 2 included 29 patients who did not present any sign of gravity, and who benefited from a simple closure of the wound under local anesthesia followed by close surveillance.

The age, sex, causative agent and circumstances of injury were similar in both groups. The overall mortality rate was about 2.2% (2 cases confined to group 1). The overall morbidity rate was about 13.3%. There were 6 cases of peritonitis, of which five were in group 2, bringing the secondary surgery rate to 17%. Complications in group 1 also included 3 parietal suppuration, 2 transit delay and two evisceration. The rate of avoidable laparotomy was 25% in group 1.

Early laparotomy to any penetrating wound of the abdomen allows for a precise evaluation of the lesions and presents an obvious medico-legal advantage, especially in aggression victims. However "selective abstentionism" decreases the number of unnecessary laparotomies. Ultimately, there is no absolute dogmatic attitude.

Keywords: Abdomen / penetrating wounds / laparotomy.

A Dakar, l'incidence des plaies pénétrantes de l'abdomen (PPA) semble en nette progression. En 1984, déjà, Fall et al.[1] avaient colligé 110 cas en 15 ans.

La prise en charge de ces plaies pénétrantes de l'abdomen est encore, à l'heure actuelle, sujet de controverse. En effet, le débat se situe entre une attitude classique, dogmatique, de la laparotomie exploratrice systématique [2] et une attitude dite « d'abstentionnisme sélectif » ou

d'expectative armée [3] surtout prônée par les anglo-saxons, après le constat d'un nombre non négligeable de laparotomies inutiles ou blanches. Cette dernière attitude a sa place essentiellement dans les PPA par armes blanches.

Le but de cette étude était d'évaluer et de comparer les résultats de ces deux attitudes à Dakar, afin d'apporter notre modeste contribution à cette controverse.

Matériel et Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 90 cas de PPA colligés entre janvier 1997 et janvier 2002.

Elle concernait 88 hommes et 2 femmes, d'âge moyen 27 +/- 10 ans. Quatre-vingt-dix-neuf PPA ont été répertoriées. Elles étaient secondaires à une agression (91% des cas), à un accident (4%), à une automutilation (2%), à un encornement (2%) et à une tentative d'autolyse (1%). L'agent causal principal était une arme blanche (87% des cas), une arme à feu (6%), un tesson de bouteille (4%), une corne de bœuf (2%) et un morceau de fer (1%).

Les patients ont été divisés en 2 groupes :

- Le groupe I concernait 61 patients ayant eu une laparotomie systématique d'emblée. L'indication de la laparotomie était portée devant la présence des signes suivants : épiplocèle, éviscération, écoulement de liquide digestif, état de choc, signes d'irritation péritonéale, hémorragies digestives, hématurie. Les plaies par arme à feu et les plaies des régions frontières étaient opérées systématiquement.
- Le groupe II concernait 29 patients qui ne présentaient aucun signe de gravité, chez lesquels, seul un parage de la plaie était effectué sous anesthésie locale avec fermeture pariétale plan par plan. Les patients étaient surveillés en milieu chirurgical où ils bénéficiaient d'un examen clinique toutes les heures. L'apparition d'une aggravation secondaire conduisait à l'intervention chirurgicale.

La morbidité et la mortalité étaient étudiées dans les deux groupes.

Résultats

L'âge, l'agent causal, les circonstances de survenue et le délai de prise en charge étaient superposables pour les 2 groupes.

Dans le groupe I

Les lésions viscérales observées lors de la laparotomie sont résumées dans le tableau I.

Les gestes chirurgicaux réalisés lors de la laparotomie sont résumés dans le tableau II.

La morbidité était de 13,1% et se répartissait comme suit dans ce groupe I : 1 cas de péritonite, 3 cas de suppuration pariétale, 2 cas de retard de reprise du transit et 2 cas d'éviscération.

La mortalité était de 3,2% (2 cas). Les 2 cas de décès étaient secondaires à un choc hémorragique irréversible malgré la laparotomie, qui mettait en évidence une lésion

hépatique dans les 2 cas.

Le taux de laparotomies inutiles ou blanches était de 24,6% (15 cas).

Dans le groupe II

Dans ce groupe, 5 patients ont présenté une péritonite secondaire durant la surveillance, ce qui a nécessité une laparotomie. Ainsi, le taux d'intervention secondaire était de 17,2% (5 cas). Les lésions viscérales trouvées étaient : 4 plaies du grêle et 1 plaie du côlon.

Les gestes chirurgicaux ont consisté en 4 sutures simples pour les plaies du grêle et une colostomie pour la plaie colique.

Les suites opératoires ont été simples pour tous les malades opérés avec une morbidité nulle, mise à part la colostomie.

Le taux de mortalité était nul dans ce groupe.

Discussion

Devant les PPA, la conduite à tenir est dictée par le risque de lésions viscérales associées. La laparotomie s'impose devant des signes de gravité, les plaies des régions frontières et enfin les plaies par armes à feu. Pour certains auteurs, la laparotomie devrait être systématique une fois que le diagnostic de pénétration est posé [2,4]. L'inconvénient le plus reconnu de cette attitude classique de laparotomie systématique est le nombre élevé de laparotomies inutiles ou blanches [5-7].

Le pourcentage de ces laparotomies blanches varie entre 25 et 40% comme le montrent les données du tableau III [8, 9,10]. Dans notre série, les 24,6% de laparotomies blanches concernent des patients chez lesquels l'indication était posée sur la constatation d'issue isolée d'épiploon sans autres signes de gravité. Se pose alors l'éternelle question qui entretient la controverse : est-il licite de faire juste un parage local, de réintégrer l'épiploon et de procéder à une surveillance armée devant une issue isolée d'épiploon sans signes de gravité ? Ou faudrait-il explorer systématiquement ?

Du fait du taux élevé de laparotomies blanches, un auteur comme Shaftan [3] préconise une attitude appelée « abstentionnisme sélectif ». Cette attitude a été appliquée aux patients qui avaient une PPA sans signe de gravité. Elle est responsable, dans notre série, d'un taux d'interventions secondaires de 17%, légèrement supérieur au taux rapporté par El Idrissi et al. [8], (10,4%).

Cependant ces derniers pourcentages contrastent avec celui de Masso-Misse et al. [4] qui est de 52% d'interventions secondaires. Le taux de mortalité dans ce groupe est nul pour ces différents auteurs ainsi que dans notre série, comme le montre le tableau IV [4,8]. Cette mortalité nulle peut s'expliquer par le fait que la surveillance est plus accrue et qu'à la moindre aggravation, l'intervention est réalisée sans attendre. Cette attitude est souvent réservée aux PPA par arme blanche. Cependant certains auteurs suggèrent de l'étendre aux PPA par arme à feu [7].

Le taux de mortalité après laparotomie systématique varie

de 0 à 10% selon la littérature [8, 9,10]. Il était de 3,2% dans notre série. Cette mortalité peut s'expliquer par la plus grande fréquence des lésions d'organes comme le foie et/ou ses vaisseaux, la rate avec troubles hémodynamiques entraînant un état de choc hémorragique parfois irréversible ; mais également par la fréquence des péritonites hyperseptiques, surtout en cas de lésions colorectales. Notre série comporte 2 décès dus à des états de choc hémorragique, secondaires à des lésions hépatiques que la laparotomie n'a pas pu contrôler.

La morbidité après laparotomie systématique était de 13,1% dans notre série. Elle est comprise entre 6 et 25% selon la littérature comme l'indique le tableau III [8, 9,10].

Le taux de laparotomies blanches ou inutiles (24,6%) semble plus élevé que le taux d'interventions secondaires (17,2%).

Ces différentes constatations plaident en faveur de « l'abstentionnisme sélectif » chaque fois qu'il est possible de le réaliser. Cependant, dans nos conditions d'exercice actuelles, la prudence doit être de mise et la laparotomie systématique garde de très larges indications, surtout au plan médico-légal en cas d'agression. La laparotomie systématique a l'avantage de permettre un

bilan lésionnel précis. Cette dernière attitude, partagée par plusieurs auteurs des pays en voie de développement, est dictée par des conditions matérielles qui ne permettent pas une surveillance appropriée des malades non opérés [2,10].

Conclusion

Nos résultats ajoutés à ceux de la littérature, nous confortent dans l'idée que le traitement conservateur ou « abstentionnisme sélectif » devrait être réservé à des patients rigoureusement sélectionnés. Le choix du type de prise en charge initiale en cas de PPA est fonction de l'état clinique du patient, des conditions matérielles et techniques dont on dispose. Le dogme de la laparotomie systématique en cas de PPA peut être alors remis en cause.

En réalité les malades présentant une PPA ne sont pas tous semblables. Quant au chirurgien qui reçoit ce type de malades, il a toujours une arrière-pensée, voire une intime conviction. La réponse à cette question, relative à l'une ou l'autre attitude, ne peut être définitive. En effet, seule une étude prospective randomisée pourrait apporter cette réponse. Mais est-elle éthiquement concevable et réalisable ?

Organes lésés	Nombre de fois
Grêle	17
Estomac	6
Foie	4
Mésocôlon	4
Côlon	4
Pancréas	2
Mésentère	2
Duodénum	2
Diaphragme	1
Vésicule biliaire	1
Rate	1
Epiploon	32
Total	76

Tableau I : Organes lésés lors de la laparotomie dans le groupe I

Organes	Traitement	Nb
Grêle et Mésentère	Suture simple	10
	Résection-Anastomose	6
	Stomie	2
Estomac	Suture simple	6
Foie	Suture simple	2
Pancréas	Aucun geste	2
	Suture simple	2
Côlon	Suture simple	2
Duodénum	Stomie	2
	Suture simple	1
Rate	Exclusion duodé-nale	1
	Splénectomie	1
Vésicule biliaire	Cholécystectomie	1
Diaphragme	Suture simple	1
Total		39

Tableau II : Traitement des lésions dans le groupe I

Tableau III : Données comparatives concernant la laparotomie systématique

Auteurs	Année	Nombre de cas	Laparotomies blanches (%)	Morbidité (%)	Mortalité (%)
El Idrissi [8]	1994	106	26	6,5	0
Guiberteau [9]	1992	146	31,5	11,6	2,7
Ayité [10]	1996	44	40,9	25	10,8
Notre Série	2002	61	24,6	13,1	3,2

Tableau IV : Données comparatives concernant « l'abstentionnisme sélectif »

Auteurs	Année	Nombre de cas	Taux (%) d'interventions	Morbidité (%)	Mortalité (%)
El Idrissi [8]	1994	67	10,4	6,9	0
Masso-Misse [4]	1996	25	52	8	0
Notre Série	2002	29	17,2	17,2	0

Références

1. Fall B, N'diaye M, Moguea SAO, Diop A, Wandaogo A. Plaies pénétrantes de l'abdomen à propos de 110 cas. Dakar Med 1984 ;**20** :3-4
2. Nejjar M, Benanni S, Zerouali ON. Plaies pénétrantes de l'abdomen à propos de 330 cas. J Chir 1991 ;**128** : 381-4.
3. Shaftan GW. Indication of operation in abdominal trauma. Ann Surg 1960; **99** : 657.
4. Masso-Misse P, Essomba A, Kim SW, Fowo S, Afane Ela A, Gonsu JD et al. Plaies pénétrantes asymptomatiques de l'abdomen par arme blanche: pour une exploration sélective. Med d'Afrique Noire 1996 ; **43** : 83-5.
5. Lenriot JP. Plaies et traumatismes fermés de l'abdomen. Diagnostique et conduite à tenir en situation d'urgence. Rev Prat 1999 ; **49** : 333-9.
6. Van Bruissel M, Van Hee R. Abdominal stab wounds : a five year patient review. Eur J Emergency Med 2001 ; **8**: 83-8.
7. Velmahos GC, Demetriades D, Tontozas KG, Sarkisyan G, Chan LS, Ishak R et al. Selective non operative management in 1856 patients with abdominal gunshot wounds : should routine laparotomy still be the standard of care ? An Surg 2001; **234**: 395-402.
8. El Idrissi H D, Kafih M, Ajbai M, Ridai M, Sarf I, Salmi A et al. Les plaies pénétrantes de l'abdomen. Résultats des deux attitudes classique et sélective dans la prise en charge de 249 plaies. J Chir 1994 ; **131** : 375-7.
9. Guiberteau B, Koen M, Borde L, Sartre JY, Bourseau JC, Le Neel JC. Le dogme de la laparotomie exploratrice doit-il être maintenu en présence d'une plaie de l'abdomen ? Discussion à propos de 176 observations. J Chirurgie 1992 ; **129** : 420-5.
10. Ayite A, Etey K, Fekete L, Dossin M, Tchatagba K, Senah K et al. Les plaies pénétrantes de l'abdomen au CHU de Lomé à propos de 44 cas. Med Afr Noire 1996, 43 : 642-6