

Plaies pénétrantes de l'abdomen par armes: aspects épidémiologique, clinique, et prise en charge à l'hôpital préfectoral de Dubreka.

Penetrating abdominal wounds caused by weapons: epidemiological, clinical and management aspects at the dubreka prefectural hospital.

Sylla A¹, Balde TMII¹, Sylla H¹, Toure I¹, Barry IB¹, Camara S², Oulare I², Camara FL¹

¹Service de chirurgie viscérale Hôpital National Donka, CHU de Conakry

²Service de chirurgie et urgences, Hôpital Préfectoral de Dubréka

Auteur correspondant : Alhassane SYLLA, service de chirurgie viscérale, Hôpital national Donka, CHU de Conakry alhassanesylla626694229@gmail.com

Reçu le 14 janvier 2025 - Accepté le 27 mars 2025 - Publié le 28 avril 2025

RESUME

But : était de décrire les aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes au service de chirurgie générale de l'hôpital préfectoral de Dubréka.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif portant sur les dossiers de malades admis pour une plaie pénétrante de l'abdomen par armes de janvier 2017 à décembre 2021 à l'hôpital préfectoral de Dubréka.

Résultats : nous avons colligé 13 cas représentant 0,51% de l'ensemble des traumatismes de l'abdomen (N = 67). L'âge moyen des malades était de 25,69 ans. Nous avons noté une prédominance masculine (69,23%). Les plaies pénétrantes par arme blanche (53,84%) étaient les plus représentées. Le délai moyen d'admission était de 6 heures. Le syndrome péritonéal était présent chez 5 malades (38,46%) et le syndrome d'hémopéritoine chez 1 malade (7,69%). Le traitement non opératoire a été réalisé chez 4 malades soit 30,76%. La laparotomie a été réalisée chez 9 malades soit 69,23%. Les lésions du grêle (23,07%), du côlon (13,38%), de l'épiploon (23,07%), de l'estomac (15,38%), du diaphragme (7,69%), et du mésentère (15,38%) étaient les plus constatées. La suture digestive simple a été le geste le plus réalisé (61,53%). Le traitement non opératoire a été favorable chez 4 malades soit 37,76%. Le taux de laparotomie blanche a été de 30,76%. Les suites opératoires ont été simples dans 38,46% des cas avec une morbidité de 30,76% et une mortalité de 7,69%.

Conclusion : La gestion des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes reste difficile malgré le progrès des méthodes d'investigation. Le traitement non opératoire prend de plus en plus de l'ampleur et permet de réduire le taux de laparotomie blanche.

Mots clés : Plaies pénétrantes de l'abdomen, arme blanche, arme à feu, Prise en charge, Dubréka.

SUMMARY

Aim: was to describe the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of penetrating weapons wounds of the abdomen in the general surgery department of Dubréka prefectural hospital.

Material and methods: This was a retrospective descriptive study of the records of patients admitted with penetrating weapons wounds of the abdomen from January 2017 to December 2021 at Dubréka Prefectural Hospital.

Results: We collected 13 cases representing 0.51% of all abdominal traumas (N = 67). The mean age of the patients was 25.69 years. Males predominated (69.23%). Penetrating stab wounds (53.84%) were the most common. The average admission time was 6 hours. Peritoneal syndrome was present in 5 patients (38.46%) and hemoperitoneal syndrome in 1 case (7.69%). Non-operative treatment was performed in 4 patients (30.76%). Laparotomy was performed in 9 patients (69.23%). Lesions of the small intestine (23.07%), colon (13.38%), omentum (23.07%), stomach (15.38%), diaphragm (7.69%) and mesentery (15.38%) were the most common. Simple digestive suture was the most common procedure (61.53%). Non-operative treatment was favourable in 4 patients (37.76%). The white laparotomy rate was 30.76%. Postoperative follow-up was straightforward in 38.46% of cases, with morbidity of 30.76% and mortality of 7.69%.

Conclusion: The management of penetrating abdominal wounds remains difficult despite advances in investigative methods. Non-operative treatment is gaining in importance, helping to reduce the rate of white laparotomy.

Keywords: Penetrating abdominal wounds, white weapon, firearm, Management, Dubréka.

INTRODUCTION

Une plaie de l'abdomen est dite pénétrante ; lorsque l'agent causal a créé une solution de continuité de la paroi abdominale avec effraction péritonéale. Lorsqu'elle est compliquée d'atteinte viscérale, la plaie est dite perforante [1-3]. Les plaies pénétrantes de l'abdomen par armes constituent un problème de santé publique ; surtout aux USA où la prévalence des plaies de l'abdomen par arme a été estimée à 63077cas par an [2]. La fréquence des plaies pénétrantes a augmenté à travers le monde et varie d'un pays à l'autre. Ceci est lié à une augmentation de la criminalité, à la disponibilité des armes, à la présence des conflits [2].

En Afrique de nombreuses études ont rapporté une augmentation de la fréquence des traumatismes abdominaux, probablement en rapport avec le développement des agressions à main armée et l'accès facile aux armes légères [3-10]. En Guinée ; peu d'études ont été effectuée à propos des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes [1,4]. Le but de notre travail était de décrire les aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes dans le service de chirurgie générale de l'hôpital préfectoral de Dubréka.

MATERIELE ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif de cinq ans allant du premier janvier 2017 au 12 décembre 2021, portant sur les dossiers des patients admis et traités pour une plaie pénétrante de l'abdomen par armes dans le service de chirurgie de l'hôpital préfectoral de Dubréka. Nous avons inclus tous les dossiers comportant une observation clinique, un traitement et un suivi. Ont été exclus, les dossiers des malades décédés à l'admission avant la prise en charge et ceux transférés dans d'autres structures hospitalières. Les données ont été colligées à partir des dossiers individuels des patients, les registres d'hospitalisation et de compte rendu opératoires. Les variables analysées ont concerné la fréquence, les caractéristiques individuels, les aspects clinique, thérapeutique et évolutif.

RESULTATS

Nous avons colligé 13 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen par armes représentant 0,51% des urgences abdominales chirurgicales (N=2534) et 19,40% de l'ensemble des traumatismes de l'abdomen (N=67). L'âge moyen des patients était de 25,69 ans, avec des extrêmes de 10 et de 48 ans. La tranche d'âge de 13 à 24 ans était la plus concernée (61,53%). Nous avons noté une prédominance du sexe masculin (69,23%). Les élèves et les ouvriers étaient les plus représentés (69,23%). Il s'agissait d'une agression par arme blanche dans 61,53% et par arme à feu dans 38,46 %. Le délai moyen d'admission était de 6 heures; et 38,46% des blessés ont consulté

dans les 5 heures. La fréquence des signes cliniques figure dans le Tableau I. Le diagnostic des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes a été clinique. Un bilan biologique de routine (groupe sanguin +Rhésus, hémoglobine, glycémie, sérologie VIH, et AgHBS) a été systématique à l'admission. La radiographie de l'abdomen sans préparation a mis en évidence un pneumopéritoine dans 7,69%. La laparotomie a été pratiquée dans 69,23% des cas (n=9). Chez les blessés opérés, les lésions viscérales observées étaient dominées par les lésions du grêle (Tableau II). Les gestes chirurgicaux sont résumés dans le tableau III. Les suites opératoires ont été simples dans 69,23% avec une morbidité de 4 cas (30,76%) marqué par l'infection pariétale superficielle. Nous avons enregistré un décès (7,69%). Ce décès était lié à un choc hémorragique suite à une lésion hépatique. Le séjour moyen d'hospitalisation était de 6,12 jours (extrêmes : 1 et 19 jours).

Tableau I : Fréquence des signes cliniques

Signes fonctionnels	Nombre de cas (N=13)	%
Douleurs abdominales	13	100
Vomissements	5	38,46
Arrêt des matières et gaz	1	7,69
Signes physiques		
Plaie abdominale	13	100
Défense ou contracture	9	69,23
Matite décline des flancs	1	7,69
Disparition de la matité préhepatique	1	7,69
Sensibilité du cul de sac de Douglass	5	38,46
Signes généraux		
Soif	3	23,07
Pâleur	1	7,69
Sueur froide	2	15,38
Perte de conscience	1	7,69
Fièvre	9	69,23
Chute de la TA	3	23,07
Pouls accéléré	11	84,61
Vertiges	3	23,07

Tableau II : Fréquence des lésions viscérales intraabdominales

Viscères	Nombre de cas (N=13)	%
Grêle	5	38,46
Côlon	3	23,07
Épiploon	3	23,07
Mésentère	2	15,38
Rate	1	7,69
Foie	1	7,69
Estomac	1	7,69
Diaphragme	1	7,69

Tableau III : Fréquence des gestes chirurgicaux réalisés

Gestes	Nombre de cas (N=13)	%
Grêle :		
Excision - suture	5	38,46
Résection segmentaire suivie d'anastomose	1	7,69
Épiploon : résection - suture	5	38,46
Côlon : excision - suture	3	23,07
Mésentère : suture simple	3	23,07
Rate : splénectomie	1	7,69
Foie : suture + packing péri hépatique	1	7,69
Estomac : excision - suture	1	7,69
Diaphragme : suture simple	1	7,69
Laparotomie blanche	4	30,76

DISCUSSION

En cinq ans nous avons noté une fréquence hospitalière de 19,40% des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes par rapport à l'ensemble des traumatismes de l'abdomen. Cette fréquence est nettement inférieure à celle des données de la littérature variant entre 5,3% et 8,2% [2,4]. En effet notre hôpital est préfectoral pour des raisons d'éloignement, et de faible équipement beaucoup des blessés cliniquement graves sont transférés vers les structures sanitaires les mieux équipés en particulier les hôpitaux universitaires. Il s'agissait le plus souvent des sujets jeunes avec une nette prédominance du sexe masculin comme rapportés par d'autres auteurs [1-3]. Cela s'expliquerait par les activités professionnelles des hommes, les sorties nocturnes (bars, boîtes de nuit), et la consommation des stupéfiants. Les étiologies varient selon les auteurs, les zones géographiques et selon que l'on soit en situation de paix ou de guerre : en Europe en dehors des zones de guerres, les traumatismes abdominaux surviennent dans plus de 60% des cas au cours d'accidents de la voie publique [1], aux Etats Unis l'étiologie est plus fréquente est l'agression par arme à feu ou par arme blanche différente de celle de notre étude.

Le délai de prise en charge dans notre étude était dans la majorité des cas inclus dans les 6 premières heures (38,46%) comme rapporté par les auteurs, 7 patients 51,84% ont été transportés par leur parent à l'hôpital. Ce qui n'est pas loin des résultats rapportés dans

d'autres pays à faible revenu ; les malades sont transportés dans des véhicules de transport commun ou taxi sans soins initiaux qui est un facteur aggravant le pronostic [1]. Dans les plaies pénétrantes de l'abdomen le tableau d'instabilité hémodynamique et les signes d'irritation péritonéale sont des critères d'indications de traitement chirurgical en urgence. La laparotomie médiane (69,23%) par une large incision médiane a été réalisée contre (30,76%) des cas de traitement médical symptomatique et une surveillance clinique « armée ». Dans notre série, le grêle a été l'organe le plus atteint 38,46% suivi du colon 23,07%. Ces résultats corroborent à ceux trouvés dans les différentes études [1-3]. Ainsi la suture digestive simple a été la plus effectuée [5,7,9]. Dans notre contexte l'insuffisance des moyens d'investigation en urgence et par la crainte de méconnaître des lésions intra abdominales nous ont conduit à réaliser 4 laparotomies blanches soit 30,76%. Ce taux est plus élevé comparé aux résultats de Fofana N et al [1]. qui ont trouvé 16,67%. Dans l'ensemble nos malades ont évolué favorablement avec une morbidité de 30,76% et une mortalité de 7,67%. Cette mortalité dans notre étude s'explique par une hémorragie que nous n'avons pas pu contrôler en per opératoire. Cependant, ce taux est moins important par rapport à ceux d'autres auteurs [4,7-12]. Dans notre étude la durée moyenne d'hospitalisation n'est pas différente des données de la littérature qui varient entre 5 à 12 jours environ. La durée d'hospitalisation est fonction de la sévérité des lésions, de l'option thérapeutique et des lésions associées.

CONCLUSION

La gestion des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes reste difficile malgré les méthodes d'investigation. Le traitement non opératoire prend de plus en plus de l'ampleur. Cependant, cette méthode nécessite une bonne sélection des malades et conditions de surveillance clinique et radiologique rigoureuse.

REFERENCES

1. Fofana N, Soumaoro LT, Mamy GF et al. Plaies

traumatique de l'abdomen : Fréquence et prise en charge au service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry. J AFR CHIR DIGEST 2019 ; VOL 19 (1) : 2653 -2657

2. Soumaoro LT, Diallo AT, Diakité S et al. Contusions de l'abdomen : Aspects épidémiologiques, cliniques dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Ignace Deen de Conakry. Journal Africain de chirurgie 2014 ; 33(1) :7-11.

3. Bennett S, Amath A, Knight H et al. La prise en charge conservatrice versus la prise en charge chirurgicale chez les patients stables ayant un traumatisme abdominal pénétrant: l'expérience d'un centre Canadien de traumatologie de niveau 1. Can J Surg. 2016; 59 (5): 317-321

4. Kong VY, Oosthuizen GV, Clarke3 DL et al. La gestion des plaies abdominales pénétrantes avec une éviscération d'organe ou d'épiploon: les résultats d'un essai clinique. Ulus Cerrahi Derg. 2014; 30 (4) : 207-210.

5. Pereira BM, Reis LO, Calderan TR et al. Traumatisme vésical pénétrant : un facteur de risque élevé de lésions rectales associées. Adv. Urol. 2014; 2014:386280. Doi : 10.1155/2014/386280.

6. Kanté L, Togo A, Diakité I, Dembélé BT, Traoré A, Coulibaly Y et al. Plaies pénétrantes abdominales par armes dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Mali Médical 2013 ;28(3) :28-31.

6. Ayite A, Etey k, Feteke, Dossim M et al. Les plaies pénétrantes de l'abdomen au CHU de Lomé. A propos de 44 cas. Médecine d'Afrique noire 1996 ; 43 (12) : 642-646.

7. Monneuse OJY, Barth X, Gruner L et al. Les plaies pénétrantes de l'abdomen, conduite diagnostique et thérapeutique : à propos de 79 patients. Annales de chirurgie 2004 ;129(3) :156-163.

8. Sani R, Ngo Bissemb NM, Illo A, Souma B, Baoua BM, Bair L. La plaie abdominale : revue de 316 dossiers à l'hôpital national de Niamey-Niger. Médecine d'Afrique Noire 2004 ;51 (7) :399-402

9. Ohene-Y EM, Dakubo JCB, Boakye F, Naeede SB. Des lésions abdominales pénétrantes chez les adultes vues dans deux hôpitaux d'enseignement au Ghana. Ghana Med J. 2010; 44 (3) : 103-108.

10. Sarre B, Sene M, Seck M et al. Les plaies pénétrantes de l'abdomen en pratique de guerre, expérience de BISSAU à propos de 20 cas. Revue internationale des services de santé des forces armées 2002 ; 73(4) :229-234

11. Ménégaux F. Plaies et contusions de l'abdomen. EMC-chirurgie 2004;1:18-31

12. Aarikan S, Kocakusak A, Yucel AF and Adas S. A prospective comparison of the selective observation and routine exploration methods for penetrating abdominal stab wounds with organ or omentum evisceration. Journal of Trauma injury Infection and Critical Care 2005;58:526-532