Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Article original

Prise en charge des plaies pénétrantes de l'abdomen à propos de 47 cas au CHU de Treichville

Management of penetrating abdominal wounds in 47 cases at Treichville University Hospital

A Sylla*[1], NA Anoh[1], IP Konan[1], V Diomandé[1], N Kouyaté[1], TAD Bah[1], NL Kouadio[1], G Kouadio[1]

Résumé

Objectif : Etudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des plaies pénétrantes de l'abdomen.

Méthodologie : il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive allant de janvier 2019 au 31 décembre 2023 (5 ans) réalisée dans le service de chirurgie digestive et proctologique du CHU de Treichville. Elle portait sur l'analyse des dossiers des patients adultes admis pour une plaie pénétrante de l'abdomen.

Résultats : 47 dossiers de patients ont été colligés dont 43 hommes et 4 femmes avec un sex-ratio 10,75. L'âge moyen était de 28,82 ±9,5 ans. L'agent causal majoritaire était l'arme blanche dans 74,47% (n=35). Les agressions représentaient 72,34% (n=34) des circonstances de survenue. Les différents tableaux cliniques observés étaient dominés par une éviscération dans 55,32% des cas (n=26), principalement de l'épiploon dans 53,85% et du grêle dans 38,46 %. L'indication d'une laparotomie d'emblée avait été posée dans 51,06% (n=24) dont 90,48% (n=19) était thérapeutique et 9,52% (n=2) non thérapeutique. Les lésions peropératoires étaient fréquemment uniques dans 63,16% (n=12) des cas, dominées par les lésions du grêle (n=11).

Les gestes chirurgicaux majoritaires étaient une résection-anastomose (33,33 %) et une suture simple (29,62 %). Un traitement non opératoire a été mené chez 48,94 % (n=23) des patients, avec une seule complication : un cas de péritonite. La mortalité globale était de 10,63 % (n=5).

Conclusion : dans notre étude la laparotomie n'a pas été systématique. Seuls les cas d'urgences chirurgicales d'emblée ou secondaire ont été opérés.

Mots-clés : plaie pénétrante, laparotomie, observation.

Abstract

Objective: To study the epidemiological, diagnostic, and therapeutic aspects of penetrating abdominal wounds.

Methodology: This was a retrospective descriptive study conducted between January 2019 and December 31, 2023 (5 years) in the digestive and proctological surgery department of the Treichville University Hospital. It involved analyzing the records of adult patients admitted for a penetrating abdominal wound.
Results: Forty-seven patient records were collected, including 43 men and 4 women, with a sex ratio of 10.75. The average age was 28.82 ± 9.5 years. The most common causative agent was a bladed weapon in 74.47% (n=35) of cases. Assaults accounted for 72.34% (n=34) of the circumstances of occurrence. The various clinical pictures observed were dominated by evisceration in 55.32% of cases (n=26), mainly of the omentum in 53.85% and the small intestine in 38.46%. Laparotomy was indicated from the outset in 51.06% (n=24) of cases, of which 90.48% (n=19) were therapeutic and 9.52% (n=2) were non-therapeutic. Intraoperative lesions were frequently single in 63.16% (n=12) of cases, dominated by small bowel lesions (n=11). The majority of surgical procedures were resection-anastomosis (33.33%) and simple suture (29.62%). Non-surgical treatment was performed in 48.94% (n=23) of patients, with a single complication: one case of peritonitis. The overall mortality rate was 10.63% (n=5).
Conclusion: in our study, laparotomy was not performed systematically. Only cases requiring immediate or secondary surgical intervention were operated on.
Keywords: penetrating wound, laparotomy, observation.

Introduction

Une plaie pénétrante de l'abdomen est une solution de continuité de la paroi abdominale avec effraction péritonéale. Si elle s'accompagne d'une atteinte viscérale, elle est qualifiée de perforante [1]. La fréquence de ces traumatismes varie considérablement selon les régions. En France, ils sont peu fréquents, représentant 10 à 15 % des traumatismes, tandis qu'aux États-Unis, ils constituent 70 % des traumatismes, la majorité étant causée par des armes à feu. En Afrique, les fréquences les plus élevées sont rapportées en Afrique du Sud [2]. Les lésions qu'elles entraînent sont très variées et dépendent des circonstances du traumatisme, des structures anatomiques atteintes et du type d'agent vulnérant [3]. La mortalité globale liée aux traumatismes pénétrants est de 15 % en préhospitalier et de 8 % à l'hôpital [3]. Les plaies pénétrantes de l'abdomen posent des défis diagnostiques et thérapeutiques. Leur prise en charge est un sujet de controverse, opposant la stratégie classique de la laparotomie exploratrice systématique à l'attitude d'abstentionnisme sélectif [4]. L'objectif de notre étude était d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des plaies pénétrantes de l'abdomen au CHU de Treichville.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive allant de janvier 2019 au 31 décembre 2023 (5 ans) réalisée dans le service de chirurgie digestive et proctologique du CHU de Treichville. Ont été inclus dans cette étude tous les dossiers des patients âgés de plus de 15 ans admis pour une plaie pénétrante de l'abdomen. L'indication d'une laparotomie d'emblée était retenue devant la présence d'un écoulement de liquide digestif, une éviscération (grêle, colon, estomac) un état de choc, des signes d'irritation péritonéale, une plaie par arme à feu. Les patients ne présentant aucun signe de gravité étaient mis en observation avec un parage de la plaie sous anesthésie locale, une antibioprophylaxie, des antalgiques, une sérothérapie et une surveillance en milieu chirurgical

où ils bénéficiaient d'un examen clinique répété. L'apparition d'une aggravation secondaire conduisait à l'intervention chirurgicale. Les paramètres étudiés comprenaient l'âge, le sexe, les circonstances du traumatisme, la nature de l'agent vulnérant, la localisation de la plaie, l'état hémodynamique, les éléments diagnostiques, la modalité de traitement, les lésions per-opératoires, les gestes opératoires réalisés et la mortalité.

Résultats

Sur la période d'étude, 47 patients ont été colligés dont 43 hommes (91,49%) et 4 femmes (8,51%), soit un sex-ratio de 10,75.

L'âge moyen des patients était de 28,82 ±9,5 ans.

L'agent vulnérant principal était l'arme blanche dans 74,47% des cas (n=35), suivi des armes à feu dans 12,76% des cas (n=6), de tesson de bouteille dans 8,5% (n=4) et de pneus dans 4,3% (n=2).

Les circonstances de survenue étaient pour 72,3% (n=34) une agression, pour 14,9% (n=7) une rixe, pour 8,5% (n=4) un accident balistique et pour 4,3% (n=2) un AVP.

Les plaies abdominales siégeaient principalement dans la région péri-ombilicale dans 25,53% des cas (n=12), suivies du flanc gauche dans 19,15% des cas (n=9) (Tableau I).

Neuf patients (19,15%) présentaient un état de choc.

Les différents tableaux cliniques observés étaient dominés par une éviscération dans 55,32% des cas (n=26), principalement de l'épiploon dans 53,85% (n=14) (photo 1) et du grêle dans 38,46 % (n=10) (photo 2) (Tableau II).

L'indication opératoire a été d'emblée dans 24 cas (90,48%) pour un hémopéritoine instable dans 3 cas ; une péritonite dans 8 cas, une plaie perforante dans un cas et une éviscération dans 12 cas. Elle a été thérapeutique dans 90,48% des cas (n=19) et non thérapeutique dans 9,52% des cas (n=2).

Un traitement non opératoire a été effectué chez 23 patients (48,94%). Parmi eux, un cas a nécessité une laparotomie secondaire pour une péritonite due à une lésion grêlique (jéjunum).

Les constatations peropératoires montraient des lésions uniques dans 12 cas (63,16%), doubles dans 5 cas (26,31%) et triples dans 2 cas (10,53%). Les lésions siégeaient majoritairement sur le grêle dans 11 cas (Tableau III).

Les gestes chirurgicaux majoritaires étaient une résection-anastomose dans 33,33 % des cas et une suture simple dans 29,62 % des cas (Tableau III).

L'évolution a été simple dans 84,21% (n=16) et émaillée de complications dans 15,78% (n=4) à type suppuration pariétale.

La mortalité globale était de 10,63% (n=5) dont trois patients sont décédés en pré-opératoire dans un contexte de choc hémorragique et deux en post-opératoire dans les premières heures dans un contexte d'instabilité hémodynamique.

Photo 1 : Éviscération épiploïque chez un patient de 28 ans après une agression par arme blanche

Photo 2 : Éviscération grêlique avec plaie chez un patient de 25 ans après une agression par arme blanche

Tableau I : Topographie des plaies abdominales

Topographie des plaies	N	Pourcentage
Péri-ombilicale	12	25,53%
Flanc gauche	09	19,15%
Epigastre	08	17,02%
Hypochondre gauche	07	14,9%
Flanc droit	03	6,38%
Fosse iliaque gauche	03	6,38%
Fosse iliaque droit	02	4,25%
Hypochondre droit	02	4,26%
Hypogastre	01	2,13%
Total	47	100%

Tableau II : les différents tableaux cliniques observés

Tableaux cliniques		N	Pourcentage
Eviscération			
Grêle	10		
Epiploon	14	26	55,32%
Estomac	01		
Colon	01		
Hémopéritoine		03	6,38%
Péritonite		08	17,02%
Ecoulement du liquide digestif		01	2,13%
Plaie pénétrante simple		09	19,15%
Total		47	100%

Tableau III : Tableau montrant les sièges des lésions et les gestes chirurgicaux effectués

Sièges des lésions	N	Gestes effectués	N
Plaie du grêle	11	Résection-anastomose	09
		Résection-stomie	02
		Suture simple	00
Plaie du colon	5	Stomie	03
		Colectomie idéale	00
		Suture simple	02
Plaie de l'estomac	05	Suture simple	05
Plaie de l'épiploon	02	Omentectomie partielle	02
Plaie du foie	01	Suture simple	01
Plaie du mésentère	01	Suture-hémostase	01
		Abstention	00
Plaie du diaphragme	02	Suture simple	02
		Plastie	00

Discussion

Dans notre série, 47 patients ont été colligés pendant la période d'étude dont 43 hommes (91,49%) et 4 femmes (8,51%), soit un sex-ratio de 10,75. Cette prédominance masculine a été rapportée dans la littérature africaine [1,2,4,5]. Cela s'expliquerait par des facteurs socioculturels et comportementaux, en effet les hommes sont plus présents dans les activités extérieures et sont le plus souvent impliqués dans les rixes, les agressions et les situations à haut risques.

L'âge moyen de nos patients était de 28,82 ±9,5 ans. Nos données étaient similaires avec les résultats de Kante et al au Mali et de Raherinantenaina et al au Madagascar qui retrouvaient respectivement un âge moyen de 27,7 ans et 30,4 ans [1,6]. Cela confirme la prédominance des adultes jeunes dans ce type de traumatisme. Cette tranche d'âge représente la population active qui est le plus souvent exposée aux violences, aux agressions et aux accidents de la voie publique.

Les armes blanches constituaient l'agent vulnérant le plus retrouvé dans 74,47% suivies par les armes à feu dans 12,76%, dans un contexte d'agression dans 74,47%. Cette prédominance des armes blanches dans un contexte d'agression est rapportée dans la littérature africaine [1,2,4-7]. Cela pourrait se traduire par un contexte socioculturel et sécuritaire où les agressions interpersonnelles impliquant les couteaux et les machettes sont fréquentes. En revanche dans les pays occidentaux la proportion d'armes à feu est généralement plus élevée notamment aux États-Unis où elles constituent la première cause de traumatismes abdominaux souvent liés à la criminalité armée [5,7].

Dans notre étude, Les plaies abdominales étaient localisées principalement au niveau péri-ombilical dans 25,53%. Cela concorde avec les données de la littérature [7,8]. Le diagnostic de la pénétration était posé cliniquement dans 55,32% des cas par une éviscération, principalement de l'épiploon et du grêle. Cela a été retrouvé par Kante et al au Mali et Ayite et al au Togo [1,8]. L'éviscération est un signe clinique fort de pénétration péritonéale justifiant souvent une laparotomie sans recours à l'imagerie. Notons également que dans notre étude 19,15% des patients présentaient un état de choc. L'étude de Kante et al au Mali retrouvait une fréquence supérieure à la nôtre (35,7%). Par contre l'étude de Bombah et al au Cameroun retrouvait une fréquence inférieure à la nôtre (10,8%). L'état de choc constitue un signe de gravité souvent corrélé à une morbi-mortalité élevée et impose une prise en charge chirurgicale rapide.

La prise en charge des plaies pénétrant de l'abdomen dans notre série a reposé sur une laparotomie d'emblée dans 51,06% des cas. Parmi ces interventions, 90,48% ont été jugées thérapeutiques et 9,52% non thérapeutiques. Dans l'étude de Kante et al au Mali, on retrouvait une laparotomie d'emblée dans 75,71 % et une laparotomie blanche dans 30,20 % et celle de Dieng et al au Sénégal, on retrouvait une laparotomie d'emblée dans 67,77 % et une laparotomie blanche dans 24,60 %. Cela témoigne d'une bonne sélection rigoureuse des patients en préopératoire dans notre étude. En effet, la laparotomie d'emblée n'est plus systématique car 20 % des laparotomies systématiques pour plaie pénétrante sont non thérapeutiques [9]. Cela a conduit certains auteurs à adopter des algorithmes thérapeutiques en mettant un accent sur le traitement non opératoire [7,10,11]. Les mises en observation concernaient 48,94% des cas, avec une évolution compliquée d'un cas de péritonite secondaire à une lésion grêlique passée inaperçue. Par contre l'étude Dieng et al au Sénégal retrouvait 41,42% de mises en observation dont 5 cas ont évolué vers une péritonite. En effet, la règle d'opérer systématiquement toutes plaies pénétrantes de l'abdomen a le mérite de supprimer toute hésitation quant à l'existence ou non d'une lésion viscérale et surtout d'annuler le risque de la méconnaître. Une attitude nuancée initiée en 1960 par SHAFTAN prône l'abstentionnisme [10]. Cet abstentionnisme sélectif vise à opérer seulement les blessés porteurs de lésions viscérales évidentes, sous réserve d'une surveillance « armée » [10,12].

Les lésions per-opératoires étaient uniques dans 63,16% des cas, dominées par les plaies du grêle 57,89 %, suivies du colon (26,32 %) et de l'estomac (26,32

%). Cela est similaire à l'étude de Bombah et al au Cameroun. Cela pourrait s'expliquer par l'importance de la longueur du grêle et sa mobilité.

La mortalité globale était de 10,63 % dans notre série. Dans les cinq cas, la cause principale des décès était le choc hémorragique. Cela était similaire à l'étude de Bombah et al. au Cameroun qui retrouvait une mortalité de 8,1% avec pour principale cause un choc hémorragique. Dans notre contexte, un taux aussi élevé de mortalité est dû à une absence de prise en charge préhospitalière adéquate, un état de choc hémorragie profonde, l'indisponibilité des produits sanguins ainsi que l'absence de kits d'urgence et de moyens de réanimation adaptés. Cela pourrait être corrigé par un renfoncement des systèmes de secours préhospitaliers, la mise en place de banques de sang fonctionnelles et accessibles, et la mise en place de protocoles de prise en charge adaptés aux ressources disponibles.

Conclusion

La prise en charge des plaies pénétrantes de l'abdomen demeure un sujet de controverse surtout dans nos contrées africaines entre la laparotomie systématique qui doit être de mise devant les tableaux graves et l'abstention chirurgicale pour éviter les laparotomies blanches et non thérapeutiques.

***Correspondance**

SYLLA Adama

syllaadama3@gmail.com

Disponible en ligne : 20 Octobre 2025

1 : Service de chirurgie digestive et proctologique Centre Hospitalier Universitaire, Treichville

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] 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 Méd. 2013;28:28–31.

[2] Hoffmann C, Goudard Y, Falzone E, Leclerc T, Planchet M, Cazes N, et al. Prise en charge des traumatismes pénétrants de l'abdomen: des spécificités à connaître. Ann Fr Anesth Reanim. 2013;32(2):104–11.

[3] Choua O, Rimtebaye K, Adam AM, Bekoutou G, Anour MA. Plaies pénétrantes par armes blanches et à feu à N'djamena, Tchad: une épidémie silencieuse. Eur Sci J. 2016;9(12):180–91.

[4] Dieng M, Wilson E, Konaté I, Ngom G, Ndiaye A, Ndoye JM, et al. Plaies pénétrantes de l'abdomen: « abstentionnisme sélectif » versus laparotomie systématique. Dakar Méd. 2003;2(2):22–5.

[5] Bombah F, Biwolé D, Ekani B, Ngo NB, Essomba A. Prise en charge chirurgicale des plaies pénétrantes abdominales à l'Hôpital Laquintinie de Douala: indications, techniques et résultats. Health Sci Dis. 2020;21(4).

[6] Raherinantenaina F, Rakotomena SD, Rajaonarivony T, Rabetsiahiny LF, Rajaonanahary TMNA, Rakototiana FA, 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.

[7] Monneuse OJY, Barth X, Gruner L, Pilleul F, Valette PJ, Oulie O, et al. Les plaies pénétrantes de l'abdomen, conduite diagnostique et thérapeutique: à propos de 79 patients. Ann Chir. 2004;129:156–63.

[8] Ayite A, Etey K, Feteke L, Dossim 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(12).

[9] Belemlilga GLH, Zaré C, Yabré N, Keita N, Benao BL, Somé OR, et al. Traumatismes de l'abdomen

en milieu africain: aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. Eur Sci J. 2020;16(21).

[10] Shaftan GW. Indication of operation in abdominal trauma. Ann Surg. 1960;99:657.

[11] Goin G, Massalou D, Bege T, Contargyris C, Avaro JP, Pauleau G, et al. Faisabilité du traitement non opératoire des plaies pénétrantes de l'abdomen en France. J Chir Visceral. 2017;154(3):175–83.

[12] Nejjar M, Bennani S, Zerouali ON. Plaies pénétrantes de l'abdomen: à propos de 330 cas. J Chir (Paris). 1991;128(8–9):381–4.

Pour citer cet article :

A Sylla, NA Anoh, IP Konan, V Diomandé, N Kouyaté, TAD Bah et al. Prise en charge des plaies pénétrantes de l'abdomen à propos de 47 cas au CHU de Treichville. Jaccr Africa 2025; 9(4):133-139
https://doi.org/10.70065/2594.jaccrAfri.019L012010