



Décembre 2012 ; volume 2
N°2, pages 57 - 114

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ARTICLE ORIGINAL
**QUID DU TRAITEMENT NON OPERATOIRE
DES TRAUMATISMES FERMES DE LA RATE CHEZ L'ADULTE
A L'HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES OMAR BONGO
ONDIMBA (HIAOBO) ?**

NGUEMA-MVE R., OWONO MBOUENGOU J.P., NYAMATSIENGUI H., MPIRA

Service de Chirurgie Viscérale de l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba

Auteur Correspondant : *Professeur Raymond NGUEMA-MVE BP 4009 Libreville-Gabon Tel :
(241) 07 37 25 13 E-mail : raymondnguemamve@yahoo.fr*

Résumé

Matériels et méthode : Les auteurs rapportent les 4 premiers cas de traitement non opératoire de traumatismes de la rate enregistrés à l'HIAOBO de Libreville en avril 2012.

Il s'agissait de 3 hommes et d'une femme de 35,25 ans d'âge moyen. 2 patients étaient victimes d'accidents de la voie publique, 1 d'un accident domestique et 1 autre d'une rixe.

Tous les patients ont bénéficié d'une échographie et d'une tomodensitométrie en urgence ; ce qui a permis la classification des lésions spléniques selon la classification de SHACKFORD.

Résultats : Ainsi, on avait : une lésion de stade II, 2 de stade III et 1 de stade IV. Les lésions des stades II et III ont évolué favorablement au traitement non-opératoire alors que celle de stade IV a dû être opérée à J2 pour poursuite du saignement avec choc hémorragique. **Conclusion :** Les auteurs concluent que le traitement non-opératoire est réalisable dans notre contexte ; mais il doit obéir à ses exigences où l'examen clinique est la clé de voûte de la surveillance.

Mots clés : traumatisme, rate, traitement non opératoire.

Summary

Authors have collected 4 cases of spleen's traumatism in avril 2012. There are first cases of non operative management in HIAOBO. All patients were, echography and CT computerized at day 0 and CT computerized at day 30. Spleen's lesions stad II and III were a favorable evolution; but the lesion Stad IV needed surgical exploration at day 2. They concluded than non operative management is realizable in our country; and than clinical examination is determinant in this surgical surveillance.

Key words: *spleen's traumatism, non operative management.*

INTRODUCTION

Les lésions spléniques occupent la première place parmi les dégâts intra-abdominaux causés par le traumatisme abdominal (1). Autrefois, devant un traumatisme splénique, la sanction était une splénectomie totale. Les accidents post-splénectomie à type d'OPSI (Over Whelming post splenectomy Infection) et d'accidents thrombo-emboliques sont des réalités établies (2). En milieu tropical, l'asplénie expose en outre à une sensibilité plus grande au paludisme. La décision d'enlever une rate devrait être pesée en Afrique noire (2). Pourtant la splénectomie reste le traitement de prédilection des traumatismes spléniques dans cette région (3).

Le traitement non opératoire permet de préserver la fonction immunitaire de la rate et d'éviter une laparotomie inutile. Aussi, la prise en charge de ces lésions a beaucoup évolué en Occident avec les progrès non seulement de la réanimation médicale et de la chirurgie, mais surtout de l'imagerie médicale et de la radiologie interventionnelle. Depuis, le traitement non opératoire s'est peu à peu imposé (4).

En Afrique noire en général et au Gabon en particulier, l'obsolescence des plateaux techniques ne permet pas d'entrevoir de telles possibilités thérapeutiques.

L'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba dispose d'un plateau technique de haut niveau ; c'est pourquoi, nous avons expérimenté cette méthode à partir de 4 observations récentes; pour en évaluer la faisabilité à Libreville, et faire en bénéficier nos patients.

PATIENTS ET METHODES

Quatre traumatismes de l'abdomen avec lésions spléniques ont été récemment enregistrés dans le service en l'espace d'un mois (du 5 avril au 7 mai 2012).

Il s'agissait de 3 hommes et 1 femme. L'âge moyen était de 35,25 ans avec des extrêmes de 19 et 42 ans.

Les différentes étiologies étaient :

- 2 accidents de la voie publique
- 1 accident domestique et
- 1 rixe.

Concernant la stratégie décisionnelle, tous les

patients présentaient un état hémodynamique stable à l'admission. Ils ont bénéficié d'un examen clinique, d'un bilan biologique, d'une échographie et d'une tomодensitométrie abdominale.

Les patients ont été surveillés dans une unité de soins intensifs pendant 10 jours.

L'apparition au cours de la surveillance des signes de décompensation hémodynamique était l'indication d'une exploration chirurgicale.

La surveillance clinique consistait à évaluer l'état hémodynamique toutes les 30 minutes pendant les 24 premières heures ; puis 4 fois par jour les jours suivants ; à apprécier les signes abdominaux et systémiques.

Le bilan biologique portait surtout sur la numération de la formule sanguine et l'hématocrite.

L'échographie abdominale était réalisée en première intention en urgence dès que l'état hémodynamique le permettait ; puis le 9ème ou le 10ème jour avant la sortie du malade.

La tomодensitométrie, avec ou sans injection, était réalisée le premier jour en complément de l'échographie (figure 1) ; puis, le 30ème jour pour contrôle (figure 2).

La classification de Shackford des lésions spléniques en 5 grades de gravité croissante a été adoptée.



Figure 1 : TDM à J0 : lésion splénique stade II de SHACKFORD

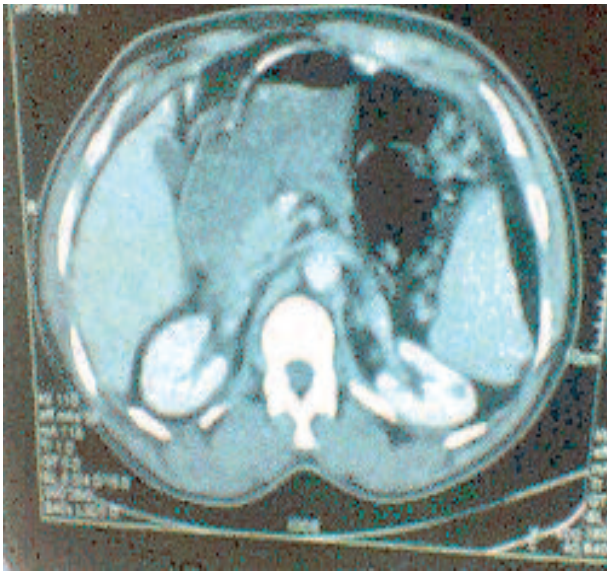


Figure 2 : TDM à J 30 ; restitution ad integrum de la rate

RESULTATS

Les résultats sont résumés dans le Tableau I.

DISCUSSION

La rate, organe encapsulé et fragile, est l'organe plein le plus fréquemment blessé dans les traumatismes fermés de l'abdomen (5), et son atteinte lors d'une contusion de l'abdomen est éventualité à la fois fréquente et potentiellement grave, puisque le pronostic vital est engagé en cas de poursuite du saignement.

Les accidents post splénectomie à type d'OPSI et d'accidents thrombo-emboliques sont des réalités établies. En milieu tropical, l'asplénie expose en outre à une sensibilité plus grande au paludisme. La décision d'enlever une rate devrait donc être pesée en Afrique noire (2). Devant des lésions

traumatiques spléniques, le chirurgien devrait tout tenter pour sauver l'organe. Plusieurs attitudes ont été proposées, allant du traitement opératoire conservateur à la splénectomie totale. Actuellement, une alternative est née du traitement non opératoire. Cependant, celui-ci ne doit pas être la panacée ; il doit obéir à des critères précis et impose une surveillance rigoureuse au risque de menacer le pronostic vital du patient. Toutes ces contraintes faisaient que cette approche thérapeutique ne puisse être envisagée dans de nombreux hôpitaux africains à cause des conditions difficiles d'exercice. Pourtant, malgré l'apport indéniable de la biologie et de l'imagerie médicale dans cette surveillance, la primauté de l'examen clinique répété comme élément décisionnel déterminant pour une exploration secondaire est établie (2). Ceci explique que le traitement non opératoire soit possible dans plusieurs centres hospitalo-universitaires en Afrique Sub-saharienne, comme nous l'avons réalisé à l'HIAOBO.

Cette attitude certes contraignante, a de nombreux avantages. En effet, elle préserve la fonction immunitaire de la rate et des contraintes découlant de son ablation, elle préserve aussi des conséquences d'une intervention chirurgicale (occlusions post-opératoires, cicatrice etc...), elle évite enfin des laparotomies inutiles.

L'approche non opératoire est loin d'être non chirurgicale : à tout moment, le blessé peut présenter des signes évoquant la poursuite d'une hémorragie, une atteinte d'organe creux ou du pancréas, un syndrome du compartiment abdominal. Le chirurgien devra reconnaître et savoir les traiter à temps (4). Pour notre part, nous avons observé un cas de poursuite du saignement (Observation 4), que nous avons exploré chirurgicalement; les

Tableau I : Résumé des observations.

sexe	âge/an	étiologie	décalai admission	moyens transport	lésions spléniques	suites	TDM contrôle
M	19	rixie	4h	taxi	stade II	sortie J10	satisfaisante
M	42	AVP	30mn	VP	stade III	sortie J10	satisfaisante
F	42	AD	12h	VP	stade III	sortie J10	satisfaisante
M	38	AVP	1h	VP	stade IV	splénectomie J2	

AVP : accident de la voie publique
AD : accident domestique
VP : véhicule particulier

lésions rencontrées ont confirmé les données de la tomodensitométrie (figures 3 et 4).

Nous insistons donc sur la nécessité d'une surveillance chirurgicale et médicale clinique attentive du traumatisé de l'abdomen initialement non opéré. Le terme de surveillance « armée » employé par BENISSA et all (5), caractérise exactement l'état d'esprit que doit avoir le chirurgien ayant pris la responsabilité de surveillance d'un traumatisé de l'abdomen. Elle comporte la disponibilité d'une équipe de chirurgiens, d'anesthésistes et radiologues 24H/24 et 7J/7 disposant d'outils diagnostics performants ; ce qui est le cas à l'HIAOBO.

Les résultats obtenus avec ces 4 cas doivent encourager pour la vulgarisation de cette option thérapeutique, tout en respectant scrupuleusement les règles de sa mise en œuvre.

Une étude ultérieure à grande échelle est envisagée ; elle devrait nous donner les résultats réels de cette option thérapeutique à Libreville.

Par ailleurs, le seul, cas d'échec observé n'est pas un échec à proprement parler car la lésion était classée stade IV (figure 3) ; elle ne devrait pas bénéficier de cette approche thérapeutique ; les découvertes opératoires sont édifiantes à ce sujet (figure 4).

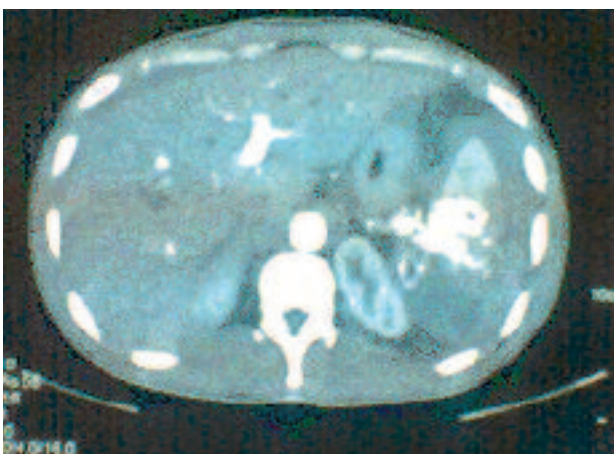


Figure 3 : TDM à J0 ; extravasation du produit de contraste de la rate : stade IV de SHACKFORD

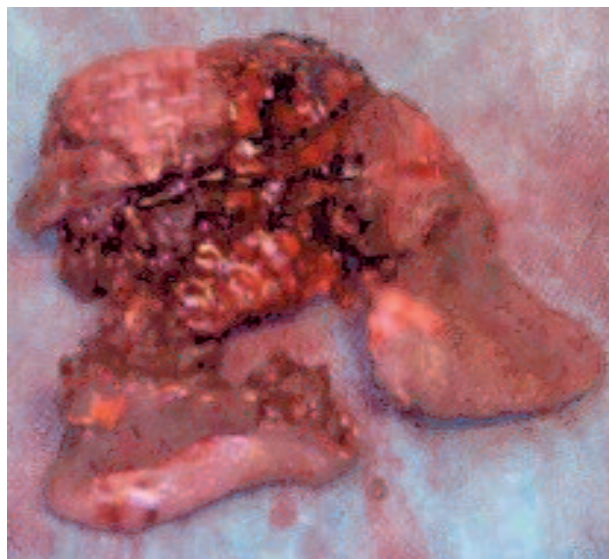


Figure 4 : Photo opératoire de la rate ; remarquer le fracas de l'organe.

CONCLUSION

Le traitement non opératoire peut être institué dans notre contexte de pays en voie de développement.

Il est sûr et efficace pourvu d'en respecter les règles.

Cette approche doit être systématiquement proposée chez l'adulte lorsque les conditions le permettent car il préserve la fonction immunologique de la rate.

La surveillance doit se fonder sur l'examen clinique répété et soigneux et l'imagerie médicale.

Il nécessite une collaboration pluridisciplinaire entre urgentistes, réanimateurs, radiologues et chirurgiens.

REFERENCES

- 1 **BIKANDOU G., TSIMBA-TSONDA A., BOUKINDA F. et all.** Aspects épidémiologiques et diagnostiques des traumatismes de la rate au CHU de Brazzaville (à propos de 70 cas) *Med. D'Afr. Noire* 1996, 43 ; (4) :208-212.
- 2 **MASSO-MISSE P., ESSOMBA A., FOWO S.N. et all.** Les traumatismes de la rate : orientations thérapeutiques en milieu africain. *Med. D'Afr. Noire* 1998, 45 ; (11) :642-646.
- 3 **SOSSO M., MALONGAE., NIAT G., ESSOMBAR.** La rate traumatique (à propos de 123 cas). *Med. Chir. Dig* 1992, 21 :75-77.
- 4 **ARVIEUX C., VILLEGA J.N., BRUNOT A. et all.** Les limites du traitement non opératoire des traumatismes abdominaux fermés. *Mém. Aca.Nat.Chir* 2009, 8 ; (2) : 13-21.
- 5 **ARVIEUX C.** Traitement non-opératoire des traumatismes fermés de la rate chez l'adulte. *J. Chir* 2008, 145,(6) : 531.

