

## CAS CLINIQUES

**NÉCROSE ENTEROMESENERIQUE BIFOCALE POST-TRAUMATIQUE.  
À PROPOS D'UN CAS.****POST-TRAUMATIC BIFOCAL ENTEROMOSENERIC NECROSIS. ABOUT A CASE****I. KA, S.NOUR AYEH, M. FAYE, A.B. NIANG, P.S. DIOP, A.C. FAYE, JM NDOYE, B FALL.**

**Auteur Correspondant : Docteur KA Ibrahima** *Assistant-Chef de Clinique*  
*Service de Chirurgie Générale - Hôpital Général de Grand-Yoff.*  
*BP 3270 Dakar - Grand Yoff. Email:dribouka@gmail.com*  
*Affiliation : Service de Chirurgie générale Hôpital Général de grand Yoff.*

**RESUME**

Au cours des traumatismes abdominaux fermés, les lésions entéromésentériques sont présentes dans 1 à 5% de cas. Les lésions initiales sont polymorphes allant de l'hématome à l'ischémie en passant par la perforation et les déchirures. Les signes cliniques tels que la douleur abdominale et l'irritation péritonéale sont souvent non spécifiques ou d'apparition retardée. Or un retard de seulement 8 à 12 heures dans le diagnostic de ces lésions augmente la morbidité et la mortalité d'environ un tiers des cas. La tomographie assistée par ordinateur est l'imagerie de choix pour l'évaluation des traumatismes abdominaux. Les nécroses entéromésentériques ont de traitement chirurgical contrairement aux lésions des organes pleins.

Cet article rapporte l'observation d'un cas de nécrose entéromésentérique survenu aux urgences chirurgicales de l'hôpital général de grand Yoff.

**Mots-clés : traumatisme, lésion mésentérique, nécrose iléale, tomographie assistée par ordinateur.**

**SUMMARY**

*When closed abdominal trauma occurs, enteromesenteric lesions are present in 1 to 5% of cases. First lesions are polymorphic, ranging from hematoma to ischemia as well as perforation and tearing. Clinical signs abdominal pain and peritoneal irritation are often nonspecific or have a delayed onset. However, a delay of only 8 to 12 hours in the diagnosis of these lesions increases the morbidity and mortality of about a third of the cases. Computed tomography is the imaging mode of choice to evaluate abdominal trauma. Enteromesenteric necrosis are surgical treatment unlike lesions of solid organs. This article reports the observation of a necrosis case that occurred at the surgical emergencies unit of the Grand Yoff General Hospital.*

## INTRODUCTION

Les traumatismes entéromésentériques sont rares. Souvent méconnus, ils sont de diagnostic difficile et tardif. Ce retard accroît la morbi-mortalité liée à ces lésions (17-32%) [1]. La tomographie abdominale permet de confirmer le diagnostic. Le traitement est essentiellement chirurgical.

Le but de ce travail était de rapporter l'observation d'un cas survenu aux urgences chirurgicales de l'hôpital général de grand Yoff. La particularité de notre observation réside dans la manifestation clinique plutôt trompeuse et sur le traitement chirurgical qui a nécessité deux résections étendues du grêle suivi de deux anastomoses dans le même temps opératoire.

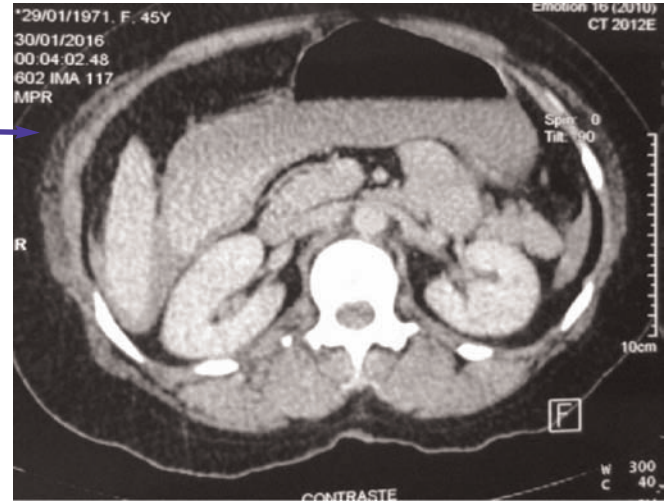
## OBSERVATION

Une patiente de 40 ans, aux initiales M.B, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers, était admise urgences une heure après une contusion abdominale, par choc direct avec une voiture en marche arrière. La patiente aurait été prise en tenaille entre la voiture et un mur. Il s'agissait d'un traumatisme à haute vitesse direct et appuyé sur un plan dur. Elle rapportait des douleurs abdominales diffuses, sans notion de perte de connaissance initiale. Elle était agitée, hyperalgique avec un bon état général, une température à 37,3°C, un pouls à 93 BPM, une tension artérielle de 120/70 mmHg et une fréquence respiratoire de 26 cycles/min. L'abdomen était plat, souple, avec une sensibilité abdominale diffuse. Il n'y avait pas de signe d'irritation péritonéale et le toucher rectal était normal. Ailleurs l'examen physique était sans particularité. On notait une anémie (9,7g/dl) le taux de leucocyte était de 9,8.10<sup>3</sup> cellules/mm<sup>3</sup>. L'échographie abdominale retrouvait un épanchement liquidien de moyenne abondance dans le Morrison et le cul-de-sac de Douglas. La tomographie abdominale confirmait l'épanchement liquidien intrapéritonéal, mais notait également une incrustation graisseuse inter hépato-diaphragmatique. **figure 1,2.**

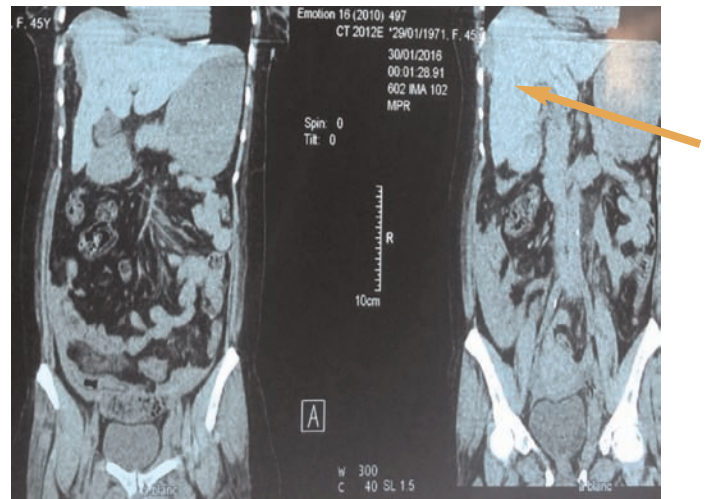
En l'absence des signes d'appel cliniques la patiente avait été mise en surveillance, mais 26 heures après son admission l'apparition d'une douleur abdominale diffuse rebelle aux antalgiques des deux premiers paliers avait été indiquée une laparotomie exploratrice.

Après une préparation préopératoire adaptée, une laparotomie xyphopubienne a été réalisée. L'exploration chirurgicale retrouvait, un hémopéritoine de grande abondance, une incarceration du grand épiploon en interhépato-diaphragmatique ainsi qu'une nécrose grélique segmentaire bifocale (jéjunale de 10 cm à 35cm de l'angle de Treitz et iléale de 1m à 10cm de l'angle iléo-caecal) **figure**

3. En regard des nécroses iléales le mésentère était contus et dévascularisé. Une résection segmentaire jéjunale et iléale avec anastomose termino-terminale, toilette péritonéale et drainage par lame ondulée de Delbet avait été réalisée. Les suites ont été simples. La patiente a été mise en exeat au neuvième jour post opératoire.



**Incarcération graisseuse entre le foie et la paroi. (Flèche bleue) Hémopéritoine (flèche orange)**



**Figure 1 : TDM thoraco-abdomino-pelvienne**

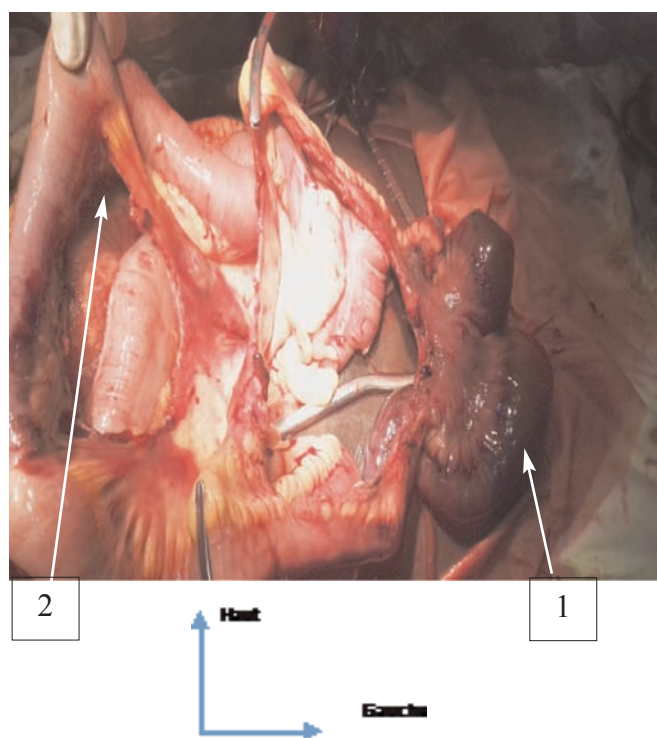


Figure 2 : vue opératoire : désinsertion mésentérique bifocale (2) avec nécrose iléale (1).

**DISCUSSION**

Les lésions entéromésentériques représentent 1 à 5% des lésions des traumatismes abdominaux fermés [1]. Les lésions du grêle viennent en troisième position après les lésions spléniques et hépatiques dans les traumatismes abdominaux [1,2]. Elles relèvent d'un traumatisme violent soit par écrasement contre le rachis, le pelvis ou un organe solide, soit par phénomène de décélération, entraînant un cisaillement entre des segments mobiles et fixés du tube digestif. Ces lésions concernent en particulier le grêle, le

mésentère [3]. Il s'agit principalement d'une pathologie du sujet jeune selon Gengler avec une prédominance masculine (68-78%).

Dans un quart des cas, les nécroses du grêle et du mésentère sont multiples siégeant préférentiellement sur le jéjunum proximal près du ligament de Treitz et sur l'iléon distal près de la jonction iléo-caecale. [1] il est à noter que les lésions de notre patiente à type de nécroses mésentériques et iléales concordent avec ses données.

Fullen a proposé une classification de ces lésions en 1972 [7], Elles s'organisent selon le territoire digestif ischémié (appelé grade, Fig 3.a et 3.b), et la distalité de la lésion sur l'AMS. C'est la classification de référence pour ce type de traumatisme. Au regard de cette classification, notre patiente présentait des lésions classées Zone IV, Grade III de Fullen.

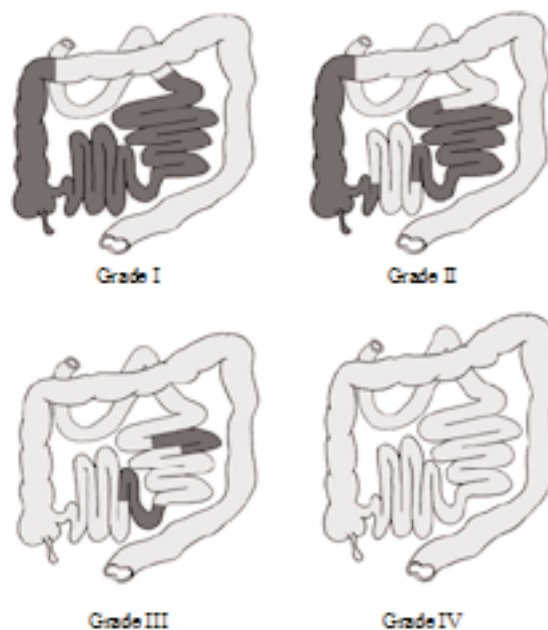


Figure 3a : Illustration des 4 grades de la classification de Fullen.

Tableau I : Classification de Fullen.

Zone Segment de l'AMS	Grade	Ischémie	Segment digestif
1 Tronc principal jusqu'à la première branche (pancréas ticooduodéné inférieure)	I	Maximale	Jéjunum, ildéon, colon droit
2 Tronc entre la pancréaticoduodénale inférieure et la colique médiane	II	Modérée	Segment majeur de grêle et/ou colon droit
3 Tronc distal en aval de la colique médiane	III	Minimale	Segment(s) mineur(s)de grêle ou de colon droit
4 Branches segmentaires jéjunales, iléales ou coliques	IV	Aucune	Absence d'ischémie

Les signes cliniques sont peu spécifiques. De la classique triade « douleur, défense et absences de bruits hydro-aériques », n'étaient présentes chez notre patiente qu'une douleur rebelle aux antalgiques des deux premiers paliers et une défense apparue à la 12e heure.

La tomodensitométrie abdominale représente le gold standard pour les lésions traumatiques du mésentère et du tube digestif (sensibilité de 69-95 % et spécificité de 94- 100 %) [1]. Sa valeur prédictive négative est proche de 100% dans la littérature [9].

Les lésions scanographique spécifiques de l'atteinte mésentériques, l'extravasation de produit de contraste et l'arrêt brutal d'un vaisseau mésentérique dépendant tous deux d'une bonne imagerie avec injectée nous avaient fait défaut.

Le prise en charge des nécroses intestino-mésentériques est chirurgicale.

L'enjeu de la prise en charge de ces lésions réside dans le contrôle et la réparation du mésentère et donc l'artère mésentérique supérieure (AMS) et de ses branches. Pour les lésions en zones III et IV de Fullen, on réalise l'hémostase des plaies vasculaires par une ligature tout en préservant le tronc de l'AMS. Pour la partie digestive, les zones nécrosées sont réséquées et la continuité digestive rétablie par anastomose en un ou deux temps [8].

En cas de lésion en zones I et II de Fullen, seul l'engagement du pronostic immédiat vital indique la ligature de l'AMS. Cette dernière peut être réalisée au cours d'une laparotomie écourtée visant à interrompre le cercle mortel de Moore. Tout comme les lésions proximales de Fullen, les anses nécrosées doivent être réséquées tout en essayant d'être le plus conservateur possible [8].

Dans tous les cas, la radicalité du traitement dépend des lésions et du délai de prise en charge [6].

Le pronostic demeure mauvais. La mortalité globale en cas de lésion du grêle et du mésentère est de 7-65 % [4]. Elle est corrélée au délai de prise en charge, variant de 2-4 % pour les opérations dans les 8 heures à 15-30,8 % après 24 heures [4].

### CONCLUSION

Les traumatismes du mésentère sont responsables de complication grave.

La tomodensitométrie permet de poser le diagnostic et de rechercher les signes de gravité.

Le traitement chirurgical précoce et adapté donne des bons résultats.

### REFERENCES

- 1 Brofman N, Atri M, Hanson JM, et al. Evaluation of bowel and mesenteric blunt trauma with multidetector CT. *Radiographics* 2006; 26:1119-31.
- 2 Germain MA, Soukhni N, Bouzard MD. Small bowel perforations after blunt abdominal trauma: Evaluation with computed tomographic scan and laparoscopy. *Ann Chir* 2003; 128:258-61.
- 3 Thierry B, Ronald D, Pierre-Jean A, Yvan P. Analyse biomécanique de la désinsertion mésentérique traumatique. 23rd Canadian Multidisciplinary Road Safety Conference Montréal, Québec, May 26-29, 2013. (Internet, <http://www.cmrc.polymtl.ca/Abstracts/2B/80.pdf>)
- 4 Fakhry SM, Brownstein M, Watts DD, et al. Relatively short diagnostic delays (<8 hours) produce morbidity and mortality in blunt small bowel injury: An analysis of time to operative intervention in 198 patients from a multi-center experience. *J Trauma* 2000;48: 408-14; discussion 414-5.
- 5 Gengler L, Roedlich M.N, Sauer B, et al. Traumatismes fermés du tube digestif et du mésentère en tomodensitométrie multi-détecteurs. *Feuillets de Radiologie* 2008, 48, n° 6,355-363 © 2008. Elsevier Masson SAS.
- 6 Scaglione M, de Lutio di Castelguidone E, Scialpi M, Merola S, Diettrich AI, Lombardo P, Romano L, Grassi R. Blunt trauma to the gastrointestinal tract and mesentery: is there a role for helical CT in the decision-making process? *Eur J Radiol.* 2004;50:67-73.
- 7 Fullen Wd, Hunt J, Altemeier Wa - The clinical spectrum of penetrating injury to the superior mesenteric arterial circulation. *J Trauma* 1972;12 : 656-64.
- 8 Chandler Cf, Lane Js, Waxman Ks- Seatbelt sign following blunt trauma is associated with increased incidence of abdominal injury. *Am Surg* 1997 ;63 : 885-8.
- 9 Butela ST, Federle MP, Chang PJ, Thaete FL, Peterson MS, Dorvault CJ, Hari AK, Soni S, Branstetter BF, Paisley KJ, Huang LF. Performance of CT in detection of bowel injury. *AJR Am J Roentgenol.* 2001 Jan;176(1):129-35.