

CAS CLINIQUE
OCCLUSION INTESTINALE AIGÜE PAR HEMATOME
CÆCAL POST-TRAUMATIQUE : A PROPOS D'UN CAS

ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION BY POST-TRAUMATIC CECAL
HEMATOMA: ABOUT 01 CASE.

THIAM O, CISSÉ M, TOURÉ AO, GUËYE ML, SECK M, , KONATE I, KA O, DIENG M, DIA A

Auteur correspondant Dr Ousmane THIAM, Ancien Interne des Hôpitaux de Dakar
Chirurgie Générale, Hôpital Aristide Le Dantec E-mail : o_thiam@hotmail.fr Tel : 00221 779281751

Résumé

L'hématome intramural post-traumatique du cæcum est rare. Le diagnostic clinique est parfois difficile. La tomодensitométrie abdominopelvienne joue alors un rôle déterminant dans le diagnostique. Nous rapportons un cas d'hématome intra-mural du cæcum particulier par son mécanisme, son mode de révélation sous forme d'une occlusion intestinale aiguë, son diagnostic pré-opératoire par la tomодensitométrie et son traitement qui a nécessité une hémicolectomie droite.

Mots clefs : hématome ; cæcum ; occlusion ; chirurgie

Abstract

Post-traumatic intramural cecal hematoma is rare. The clinical diagnosis is sometimes difficult. Tomodensitometry plays then a role in the diagnostic. We report a special case by its mechanism, its mode of revelation in the form of small bowel occlusion, its preoperative diagnosis by tomодensitometry and its treatment which required a right hemicolectomy.

Keywords: hematoma; coecum; bowel obstruction; surgery

INTRODUCTION

Les lésions coliques représentent 3-5% des lésions traumatiques des viscères abdominaux consécutives à une contusion abdominale [1]. Le côlon peut être le siège d'une perforation, d'un hématome de la paroi ou d'une lésion de son méso. L'hématome intramural de la paroi cœcale post-traumatique est rare [2]. Le tableau clinique est variable allant d'une symptomatologie localisée à la fosse iliaque droite à l'occlusion intestinale aiguë. Le diagnostic est fait le souvent à la tomodensitométrie abdomino-pelvienne [1, 2, 3]. La prise en charge est chirurgicale dans la majorité des cas [1, 2]. Nous rapportons un cas d'hématome intramural du cæcum en occlusion intestinale aiguë du fait de la rareté de la pathologie, du tableau clinique assez particulier et du traitement qui en a découlé.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient de 41 ans sans antécédents particuliers. Il était admis aux urgences chirurgicales le 30 Mars 2013 pour des douleurs abdominales associées à des vomissements et un arrêt du transit tardif sans fièvre évoluant depuis 14 jours. Ce tableau clinique faisait suite à un choc direct par coup de pied au niveau du flanc droit. L'examen à l'admission avait retrouvé un patient en assez bon état général, des muqueuses conjonctivales colorées, anictériques. La température était à 36,5°C, la tension artérielle à 140/100 mm Hg, le pouls à 90 battements /min, la fréquence respiratoire à 22 cycles /min. On notait une tuméfaction ferme et douloureuse siégeant au niveau du flanc droit avec une défense localisée. Le reste de l'examen était sans particularité. A la numération formule sanguine, on notait un taux de globules blancs à 11300/mm³, un taux d'hémoglobine à 15,3 g/dl. Le taux de prothrombine (TP) était de 60%, l'International Norme Ratio (INR) était à 1,41 et le Temps de Céphaline Activée (TCA) était de 41,3 secondes pour un témoin de 33 secondes. Le reste du bilan biologique était normal. A la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP), on notait quelques niveaux hydro-aériques de type gréliques. L'échographie abdomino-pelvienne avait mis en évidence une collection bien circonscrite, hypoéchogène, hétérogène, latéro-ombilicale droite de 134/66 mm sans caractère vasculaire compatible avec un hématome dont le siège était difficile à préciser (fig. 1). A la tomodensitométrie abdominopelvienne, on notait une image

hypodense avec des zones hyperdenses, siégeant au niveau de la paroi cœcale et la partie initiale du côlon ascendant, non rehaussée après injection du produit de contraste correspondant à des hématomes d'âge différent avec des niveaux hydroaériques de type grélique témoignant d'une occlusion intestinale de type grélique. Il n'y avait pas de signes de souffrance intestinale (fig. 2). Le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë par hématome cœcal post-traumatique a été retenu. L'exploration par laparotomie médiane sous-ombilicale élargie en sus-ombilicale avait mis en évidence un hématome intramural du cæcum et du côlon ascendant obstruant la valvule de Bauhin, une dilatation de tout le grêle et une issue d'environ 600 ml de liquide sérohématique noirâtre (fig. 3 et 4). Une hémicolectomie droite avec un rétablissement immédiat de la continuité digestive étaient réalisés. Les suites opératoires étaient simples. L'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire avait mis en évidence une hémorragie sous-séreuse, intramusculaire et sous-muqueuse avec un volumineux hématome intraluminal obstructif.

DISCUSSION

L'hématome intra-mural du cæcum post-traumatique reste une affection rare peu décrite dans la littérature. Il a été retrouvé 08 cas d'hématome du côlon dans la littérature avec des localisations variables [1, 2, 3]. Sa rareté pourrait être expliquée par la mobilité du cæcum comparée aux autres parties fixes du côlon. Cette mobilité du cæcum l'expose moins aux mécanismes de compression et d'écrasement. Les hématomes intra-muraux du côlon peuvent se localiser entre la musculature et la séreuse ou bien entre la musculature et la muqueuse. Le mécanisme des lésions serait un phénomène d'arrachement lors d'un traumatisme de l'abdomen, source de lésions telles que les hématomes près d'un point de fixation comme le duodénum et les côlons droit et gauche. Ce mécanisme serait à l'origine de la rupture de l'artère terminale à l'endroit où elle pénètre dans les couches musculaire et muqueuse de la paroi intestinale [1, 2]. L'hématome intra-mural digestif peut augmenter de taille jusqu'au moment où son développement est limité par les structures adjacentes. Lorsque l'hématome intra-mural intéresse le cæcum, qui présente une disposition anatomique le plus souvent non accolé, il peut se développer sans contraintes. Il expose donc à un risque élevé de rupture avec hémopéritoine [2]. Le syndrome occlusif est moins rare

dans les hématomes intra-muraux coliques comparés aux hématomes duodénaux et gréliques [1]. Cependant, il a été la circonstance de découverte chez notre patient dont l'occlusion intestinale était survenue à distance. Selon Daum H, l'occlusion intestinale constitue une circonstance de diagnostic fréquente [4]. Lorsqu'elle survient, l'occlusion intestinale peut être aiguë, provoquée par l'hématome ou à distance comme la conséquence d'une sténose résultant du processus de cicatrisation après l'organisation de l'hématome et / ou de l'ischémie intestinale [1, 2]. Le diagnostic d'hématome intra-mural du cæcum chez notre malade a été posé au stade tardif (14 jours) dans un tableau d'occlusion intestinale aiguë. Ceci rejoint les constatations de YIN WY [1]. L'hématome intra-mural colique peut également se traduire par une hémorragie digestive avec rectorragies en cas d'évacuation spontanée de l'hématome. Le scanner est un examen clef dans le diagnostic des lésions post-traumatique du tube digestif [5]. Il est l'examen clef dans le diagnostic d'un hématome intra-mural du côlon comme dans notre cas. Il montre généralement une masse spontanément hyperdense, bien limitée et non rehaussée après injection du produit de contraste et siègeant au niveau du cæcum. Un épanchement liquidien intra-abdominal est fréquent [6]. Il permet aussi de rechercher des lésions traumatiques associées permettant de faire un bilan complet pour la prise en charge. Le scanner participe aussi à la surveillance de ces patients si un traitement conservateur est décidé [7]. Il permet ainsi

de suivre l'évolution de l'hématome qui peut se faire vers une résolution spontanée [1, 7]. La prise en charge est généralement dictée par l'évolution du tableau clinique et du bilan radiologique. En cas d'instabilité hémodynamique persistante d'emblée, la laparotomie exploratrice ne peut être retardée [8]. Le geste consiste en une héli-colectomie ou une colectomie segmentaire avec anastomose en un temps iléo-transverse ou iléo-colique sur le côlon ascendant [1]. Des évacuations chirurgicales simples de l'hématome colique ont été rarement décrites [1]. Si l'examen clinique est satisfaisant et qu'il n'existe pas de lésions associées à la tomodynamométrie, une surveillance de la lésion peut être proposée. Dans la littérature, il a été retrouvée quelques cas d'hématome intra-mural colique post-traumatique ayant bénéficié d'un traitement non chirurgical avec résolution spontanée de l'hématome [1].

CONCLUSION

L'hématome intra-mural du cæcum post-traumatique est une affection rare. Le diagnostic clinique est parfois difficile. La radiologie avec notamment l'échographie et surtout la TDM abdominopelvienne permettent de poser le diagnostic. Le traitement est chirurgical dans la majorité des cas par une résection intestinale avec un rétablissement immédiat de la continuité digestive. Le traitement non opératoire est préconisé par certains auteurs mais nécessite une surveillance rigoureuse clinique et radiologique.

REFERENCES

1. Yin W Y, Gueng MK, Huang SM. Acute colonic intramural hematoma due to blunt abdominal trauma. *International Surgery* 2000;85(1):51-54.
2. Calabuig R, Ortiz C, Sueiras A. Intramural hematoma of the cecum: Report of two cases. *Dis Col Rectum* 2002;45(4):564-566.
3. Crema MD, Arrive L, Monnier-Cholley L. Hématome intramural colique post-traumatique. *Journal de radiologie* 2004;85(1):2039-2041.
4. Daum H, Roth H, Bolkenius M. Problems of intramural haematomas in Childhood: a rapport of five cases. *Kinderchir* 1982;36:53-57.
5. Halvorsen RA Jr, McKenney K. Blunt trauma to the gastrointestinal tract: CT findings with small bowel and colon injuries. *Emerg Radiol* 2002;9:141-145.
6. Hahn DD, Offerman SR, Holmes JF. Clinical importance of intraperitoneal fluid in patients with blunt intra-abdominal injury. *Am J Emerg Med* 2002;20:595-600.
7. Gallo D, Tebrock C, Rivera D. Intramural cecal hematoma: an unusual complication of colonoscopy. *Gastro Intestinal Endoscopy* 2003;57(2):254-257.
8. Welling RE, Reilly PS. Non operative treatment of a traumatic intramural hematoma of the ascending colon. *South Med J* 1986;79:1309-1310.



Figure 1 : Echographie abdominopelvienne montrant l'hématome sous forme d'une masse hypo-échogène

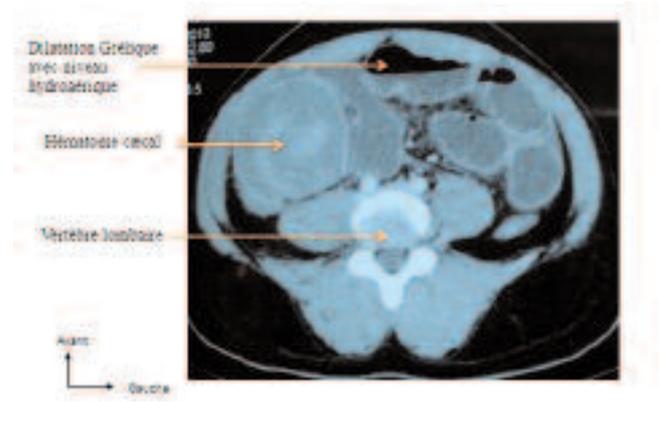


Figure 2 : Coupe scannographique montrant l'hématome caecal et les signes d'occlusion intestinale

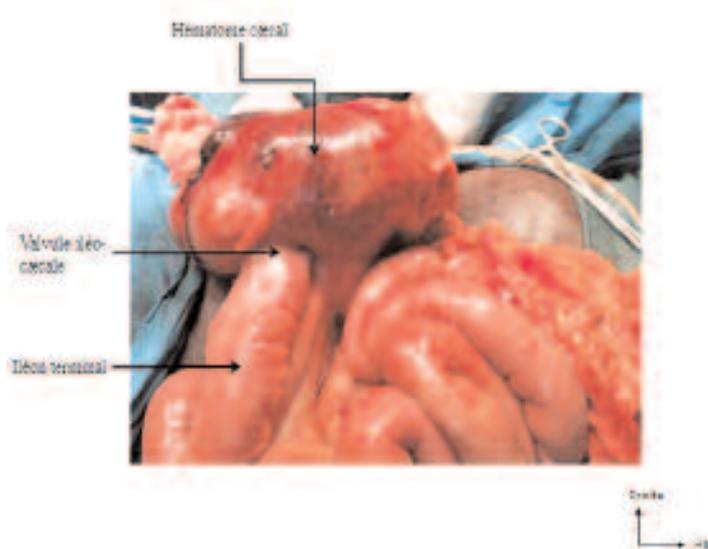


Figure 3 : Vue per-opératoire de l'hématome caecal après décollement du cæcum

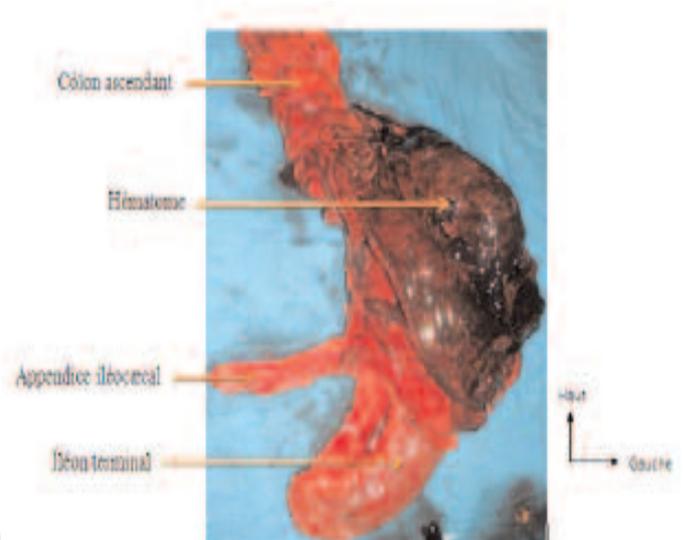


Figure 4 : Pièce opératoire de l'hématome caecal