

Plaies traumatiques concomitantes du jejunum et du colon : difficultés thérapeutiques.

Concomitant traumatic injuries of the jejunum and colon : therapeutic challenges.

N'Dri AB*, LE Bi K I*, Traoré M*, Ekra AS*, Lebeau R*, Diané B*

**Service de Chirurgie Générale et Digestive. CHU de Bouaké. RCI*

Correspondance : Dr N'DRI Ahou Bernadette **Adresse :** 01BP1174 Bouaké 01 **Tel :** +225 07 07 45 32 85 **E.mail:** ahoubernadettendri@gmail.com

Résumé

Introduction : Les plaies concomitantes du jejunum et du côlon représentent une situation clinique complexe. La prise en charge de ces lésions représente un défi majeur pour les chirurgiens. **Objectifs :** Exposer les difficultés thérapeutiques des plaies traumatiques concomitantes du jejunum et du colon. **Patients et méthodes :** étude rétrospective et descriptive de janvier 2010 à juin 2024 portant sur 21 plaies traumatiques concomitantes du jejunum et du colon dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU de Bouaké. **Résultats :** Ces lésions représentaient 1,6% des traumatismes abdominaux. Les lésions étaient dues à une plaie pénétrante dans 16 cas et à une contusion dans 5 cas. Le tableau clinique était une péritonite dans tous les cas avec un état de choc chez 4 patients. Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le tableau clinique, les gestes, les suites opératoires. Le traitement chirurgical a consisté en une suture du jejunum dans tous les cas et pour le colon il a été réalisé une suture dans 19 cas et une colostomie dans 2 cas. Les fistules étaient observées dans 38% (n=8). Il s'agissait de 3 fistules jéjunales, 02 fistules coliques et 03 fistules jéjuno-coliques. Les fistules dirigées étaient traitées médicalement et les fistules non dirigées ont nécessité une réintervention. Deux patients sont décédés. La durée moyenne d'hospitalisation était de 12 jours (extrême 7 et 21 jours). **Conclusion :** La morbidité élevée dans notre pratique est peut-être dû au manque de soins intensifs adaptés en post opératoire. **Mot clés :** plaie concomitante, jejunum, colon, fistule, morbidité.

Abstract

Introduction : Concomitant injuries of the jejunum and colon represent a complex clinical scenario. The management of such lesions poses a significant challenge for surgeons. **Objective :** To highlight the therapeutic challenges of concomitant traumatic injuries to the jejunum and colon. **Patients and Methods :** This is a retrospective and descriptive study conducted from January 2010 to June 2024, including 21 cases of concomitant traumatic injuries of the jejunum and colon managed in the Department of General and Digestive Surgery at Bouaké University Hospital. **Results :** These injuries accounted for 1.6% of all abdominal traumas. Sixteen cases were caused by penetrating trauma, and five by blunt trauma. All patients presented with peritonitis, and four were in shock on admission. The parameters studied were : age, clinical presentation, surgical procedures, and postoperative outcomes. Surgical management consisted of jejunal suturing in all cases. Regarding the colon, suturing was performed in 19 cases, while a colostomy was required in 2 cases. Postoperative fistulas were observed in 38% (n=8), including 3 jejunal fistulas, 2 colonic fistulas, and 3 jejunocolonic fistulas. Directed fistulas were managed medically, whereas undirected fistulas required surgical re-intervention. Two patients died. The average length of hospital stay was 12 days (range : 7 to 21 days). **Conclusion :** The high morbidity observed in our experience may be attributed to the lack of adequate postoperative intensive care. **Keywords :** concomitant injury, jejunum, colon, fistula, morbidity.

Introduction Les traumatismes abdominaux constituent une cause majeure de morbidité et de mortalité à l'échelle mondiale [1, 2,3]. Les plaies du jéjunum ou du colon peuvent survenir au cours des traumatismes abdominaux et sont décrites dans la littérature ainsi que leur traitement [3, 4, 5]. Les plaies concomitantes du jéjunum et du côlon bien que rare existent. A notre connaissance, il n'y pas d'écrits sur le traitement des plaies concomitantes du jéjunum et du colon. La prise en charge de ces lésions représente un défi majeur pour les chirurgiens, en raison de la diversité de la septicité et des complications possibles. L'objectif est d'exposer les difficultés thérapeutiques dans les plaies traumatiques concomitantes du jéjunum et du colon. **Patients et méthodes** : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive de janvier 2010 à juin 2024. Elle a porté sur 21 patients opérés pour un traumatisme abdominal, ayant présenté des plaies

traumatiques concomitantes du jéjunum et du colon dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU de Bouaké. **Résultats** : Ces lésions représentaient 1,6% des traumatismes abdominaux. Il s'agissait de 19 hommes et 2 femmes. L'âge moyen était de 27 ans. (Extrême 19 ans et 51 ans) Les étiologies étaient une plaie pénétrante (n=16) par arme à feu (n=5) ou par arme blanche (n= 11) et une contusion (n= 5). Le délai moyen de consultation était de 24h (extrême 6h et 72h). Le tableau clinique était une péritonite dans tous les cas avec un état de choc chez 4 patients. Tous les patients ont été opérés par laparotomie médiane. En peropératoire, le liquide péritonéal était purulent. Sur le jéjunum, les plaies intestinales étaient uniques (n=16) ou multiples (n=5) (figure 1). Sur le côlon, il s'agissait également de plaies uniques (n=18) ou multiples (n=3) (figure 2).



Figure 1 : vue peropératoire objectivant une plaie jéjunale (A)

Des lésions étaient associées chez 4 patients. Il s'agissait de 3 plaies de la rate et 2 plaies du foie. Il a été réalisé une suture du jéjunum dans tous les cas. Ces sutures jéjunales étaient associées soit à une suture des plaies du côlon dans 19 cas soit à une colostomie dans 2 cas. Les suites opératoires étaient marquées par 9 cas de suppurations pariétales soit 43% et 8 cas de fistules soit 38%. Les fistules étaient dirigées chez un patient et non dirigées chez 7 patients entraînant une péritonite post opératoire. Le

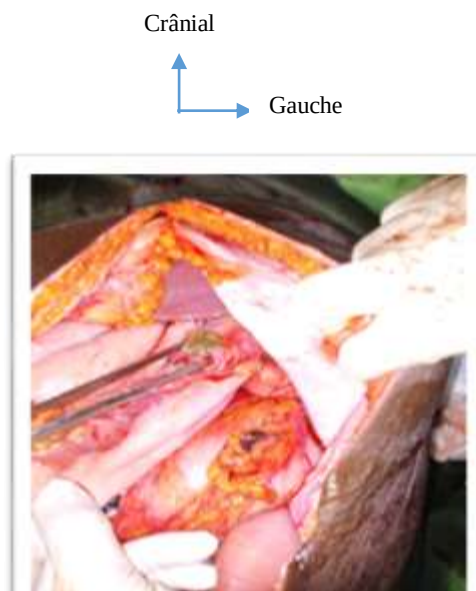


Figure 2 : vue peropératoire objectivant une plaie du colon transverse

délai moyen de survenu de ces fistules était 3 jours. La fistule dirigée a tari avec traitement médical au bout de 21 jours. Les péritonites post opératoires ont nécessité une réintervention. En peropératoire il s'agissait de fistule isolée jéjunale (n= 3) ou colique (n=1). La fistule concernant les 2 segments concomitants dans 3 cas. Nous avons réalisé comme geste une colostomie pour les fistules sur le colon et une suture pour les fistules sur le jéjunum.

Deux patients sont décédés. Les deux décès sont survenus, pour l'un des patients à J3 de la reprise opératoire pour fistule jéjunale et pour l'autre patient à J5 post opératoire dans un tableau de choc septique. La durée moyenne d'hospitalisation était de 12 jours. **Discussion** : Les plaies traumatiques concomitantes du jejunum et du côlon représentent 1,6% des traumatismes abdominaux. Les plaies intestinales représentent plus 7% des lésions digestives au décours des traumatismes abdominaux [4,5]. Les plaies traumatiques du jejunum sont traitées par suture ou résection anastomose malgré un abdomen jugé septique [6,7,8]. Dans notre étude, il a été réalisé une suture ou une anastomose jéjunale dans tous les cas. En effet, parfois l'emplacement des lésions oblige à faire des sutures ou anastomoses et en plus la gestion difficile des jéjunostomies dans nos pays à ressources limitées. Concernant les plaies traumatiques du colon le traitement se fait par suture ou par colostomie en fonction des constatations peropératoire [9,10,11]. Les pratiques chirurgicales employées dans les plaies traumatiques du tube digestif, telles que la réparation directe ou la résection avec anastomose ou stomie, ont montré une efficacité variable [9,11,12]. Dans notre étude, toutes les plaies du jejunum ont été suturées comme Dembélé et al. Concernant les plaies du colon, il a été réalisé soit suture ou soit résection stomie. Nos choix thérapeutiques sont cohérents avec ceux observés dans d'autres centres de traumatologie, concernant la prise en charge des plaies perforantes du tube digestif [4,11,12]. Selon Najah et al, les anastomoses mécaniques dans un contexte de traumatisme abdominal réduisent les fistules. Selon l'auteur pour des plaies transfixiantes ou à berge

contuse ou déchiquetée il faudrait opter pour une anastomose mécanique latéro latérale sans ligature mésentérique. Dans notre étude nous avons utilisé les sutures ou anastomoses manuelles car nous n'en disposons pas de pinces mécaniques et en plus le coût est encore élevé. La gestion des plaies traumatiques concomitantes du jejunum et du côlon présente des défis considérables, en particulier dans un contexte de ressources limitées. Nos résultats montrent que les plaies traumatiques concomitantes du jejunum et du côlon, bien que relativement rares, posent un défi majeur pour les équipes chirurgicales. En effet le nombre élevé de fistule dans notre étude, pourrait être dû à l'absence des mesures d'accompagnement avec des protocoles adaptés. La morbidité reste encore élevée dans la littérature [4,13,14]. En effet la morbidité élevée dans notre étude pourrait s'expliquer par nos conditions de travail précaires et le manque et le coût élevé des compléments alimentaires. Aucun de nos patients n'a bénéficié d'un apport protéidique par manque de moyens financiers. La mortalité est élevée dans notre étude. Ceci est comparable aux résultats observés chez certains auteurs [15]. L'absence de soins intensifs avec des protocoles adaptés pour ces grandes interventions chirurgicales avec plusieurs sutures pourrait expliquer ce taux de décès. **Conclusion** : La gestion des plaies traumatiques du jejunum et du colon reste un défi pour nous chirurgiens. La morbidité reste élevée dans cette étude. La dotation en soins d'accompagnements intensifs pour ces grandes interventions pourrait réduire l'incidence de ces fistules.

Références

1. **Mapouka PAI, Ngatchoukpo VN, Pétula Mirotiga PAN, Nabia DR, Fioboy VAR, Tékpé BJD.** Les Plaies Pénétrantes De L'abdomen Par Armes À Feu : Aspects Épidémiologiques, Cliniques, Lésionnels et Thérapeutiques Au CHU Communautaire de Bangui, Centrafrique. *European Scientific Journal* 2019 ;15 : p475-488.
2. **Bombah Freddy, Biwolé Daniel, Ekani Boukar, Ngo Nonga Bernadette, Essomba Arthur.** Prise en Charge Chirurgicale des Plaies Pénétrantes Abdominales à l'Hôpital Laquintinie de Douala: Indications, Techniques et Résultats. *Health Sci. Dis* 2020 ;21 : p55-61.
3. **Kendja KF, Kouame KM, Coulibaly A et al.** Traumatisme de l'abdomen au cours des agressions à propos de 192 cas. *Médecine d'Afrique noire* 1993 ; 40 : p567-575.
4. **Dembélé BT, Togo A, Diakité I et al.** Perforations traumatiques d'organes creux intra-abdominaux au CHU Gabriel-Toure. *J Afr Hepatol Gastroenterol* 2011 ;5 : p290-292.
5. **Belemlilga G L H, Zaré C, Yabré N et al.** Traumatismes de L'abdomen en Milieu Africain : Aspects Épidémiologiques, Diagnostiques, et Thérapeutiques. *European Scientific Journal* July 2020 ;16 : p132-141.

6. **Bhodeho-Medi M, Yanguedet M S, Nzoulouto DS et al.** Les lésions intestinales au cours des contusions abdominales dans le service de chirurgie digestive du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brazzaville. *Jaccr Africa* 2020 ; 4 : p327-331.
7. **Ndong A, ISS S, Gueye ML et al.** Aspects diagnostiques et thérapeutiques des traumatismes abdominaux : A propos 68 cas. *J Afr Chir Digest* 2018 ; 18 : p2474-2478.
8. **Essomba A, Masso-misse P, Bob'Oyono JM, Abolo Mbenti L, Sosso MA, Malonga E.** les ruptures traumatiques jejuno-ileales : à propos de dix-huit observations a l'hôpital central de yaounde. *Médecine d'Afrique Noire* 2000 ; 47 : p34-37.
9. **Choua O, Rimtebaye K, Adam Adami M, Bekoutou G, Anour M A.** Les Plaies Penetrantes Par Armes Blanches Et A Feu A N'djamena, Tchad : Une Epidemie Silencieuse ? *European Scientific Journal* March 2016 ;12 : p180-191.
10. **Bâ PA, Diop B, Soumah SA, Aidara CM, Mbaye EM, Fall B.** Les lésions intestinales au cours des traumatismes fermés de l'abdomen : diagnostic et prise en charge en milieu défavorisé. *Journal Africain d'Hépatogastroentérologie* 2012 ;7 : p14-17.
11. **Raherinantenaina F, Rakotomena S D, Rajaonarivony T et all.** Blunt and penetrating trauma the abdomen: retrospective analysis of 175 cases and review of literature. *Pan African Medical Journal*. 2015 ; 20 : p129-139.
12. **Najah H, Noullet S, Godiris-Petit G, Menegaux F, Trésallet C.** Plaies traumatiques de l'intestin grêle par anastomose mécanique « sans résection » au cours d'une laparotomie écourtée. *Journal de Chirurgie Viscérale* 2016 ;153 : p216-219.
13. **Sogoba G, Katilé D, Soumbounou G et all.** Post-Traumatic Peritonitis in the General Surgery Departement of the Fousseyni Daou Hospital in Kayes, Mali. *SAS Journal of Surgery* 2024 ;10 : p136-142.
14. **Masso-misse P, Essomba A, Bob'oyono JM, Monny-lobe, Sosso MA, Malonga E.** Perforation traumatique du grêle et engagement occasionnel du taenia saginata à propos de 2 observations. *Médecine d'Afrique Noire* 1996 ;43 : p179 -181.
15. **TMM, Konaté I, Diao ML et al.** Perforations digestives traumatiques : aspects anatomo-cliniques. *Journal Africain d'Hépatogastroentérologie* 2014 ; 8 : p139–142.