

CONTUSION RECENTE DU PANCREAS AVEC RUPTURE DU WIRSUNG A PROPOS D'UN CAS

par

J. RANAIVOARISON

C'est une lésion grave et relativement rare parce que le pancréas se situe profondément et que le Wirsung résiste mieux au traumatisme que le reste de la glande. Elle nécessite un choc direct, appuyé et violent.

Le diagnostic est très difficile, pratiquement péropératoire.

La chirurgie constitue le seul traitement mais il fallait attendre 1905 pour enregistrer les premiers succès opératoires. En effet, c'est en janvier 1905 que FONTOYNONT rapporte à la Société de Chirurgie, le cas d'une femme Malgache présentant une rupture simultanée de la rate et de la queue du pancréas, traitée par splénectomie et pancréatectomie gauche, guérie au prix d'une fistule pancréatique temporaire.

Nous rapportons ici notre seule observation pour souligner les difficultés du diagnostic préopératoire et donner le résultat de notre spléno pancréatectomie dans ce cas.

NOTRE OBSERVATION

Mr. Ra, 37 ans, a subi un traumatisme fermé, violent de l'épigastre, par coup de corne de bœuf le 21 décembre 1972 au cours d'un piétinage de rizière.

Nous l'avons vu 2 heures après l'accident.

Il se plaint d'une douleur atroce au niveau de l'épigastre et il est très agité.

Le palper exagère cette douleur, mais ne perçoit aucune défense pariétale. Sonorité de l'abdomen normale.

T A : 10/6, Pouls = 120, la respiration est accélérée.

Nous l'avons mis en observation avec une perfusion de sérum glucosé isotonique 1 litre dans lequel on a ajouté 20 cc de Novocaïne, 1/2 mg d'atropine, vessie de glace sur le ventre.

Trois heures après l'admission : amélioration nette, le malade sourit, la douleur spontanée disparaît, la respiration devient normale ; T.A. = 12/8, pouls : 80, Température : 37°5.

Au 3ème jour :

- réapparition de la douleur, de même intensité, à irradiation scapulaire.
- défense de la région épigastrique.
- T A : 10/6, Pouls 100, Température : 38°.
- urines normales.

Sur les clichés radiographiques de l'abdomen sans préparation : ni pneumopéritoine, ni niveaux liquides, seulement distension aérique de l'estomac et du colon transverse.

- amylasémie = 400 U.

L'aggravation de la douleur, la persistance de la défense épigastrique nous conduisent à intervenir :

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Evacuation d'un hémopéritoine abondant, la rate et le foie sont intacts.

Toilette péritonéale — Absence de tâches de bougie.

Ouverture systématique de l'arrière-cavité des épiploons à travers le ligament gastro-colique, on découvre un hématome que l'on évacue ; le pancréas présente une rupture complète à gauche de la ligne médiane. On trouve le bout proximal et non le bout distal du canal de Wirsung.

On réalise l'ablation du fragment distal du pancréas et celle de la rate.

On lie le bout proximal du Wirsung et on suture la tranche du fragment céphalique du pancréas.

On laisse un drain de Redon aspiratif dans l'arrière-cavité des épiploons.

L'opération s'est déroulée sans incident. A la fin de l'intervention T.A. = 13,8, Pouls = 80.

Le 2ème jour, l'état général est satisfaisant, les constantes biologiques normales.

Le 3ème jour, le transit intestinal se rétablit.

Le 4ème jour, on retire le drain qui ne donne plus (jusque-là, on recueillait 600 cc de liquide sérohématique par jour).

Le blessé sort au 21ème jour, en bon état, pesant 57 kilos ; la paroi est bien cicatrisée.

Malgré nos recommandations, le malade n'est revenu que 2 ans après ; il ne présente aucun trouble digestif et pèse 68 kilos ; l'examen clinique est normal ainsi que les examens biologiques.

En résumé, il s'agit d'une rupture complète isolée du pancréas à gauche de la ligne médiane, traitée par une spléno pancréatectomie gauche, guérie sans incident et demeurant sans séquelles 2 ans après.

Cette observation nécessite des commentaires sur le plan diagnostique et thérapeutique.

COMMENTAIRES :

A) Sur le plan diagnostique, il faut noter :

1. - l'absence du diagnostic ferme préopératoire de lésion pancréatique.

Ce diagnostic préopératoire présente un intérêt relatif du fait de l'attitude interventionniste systématique dans les contusions abdominales graves. Mais ailleurs, en particulier dans les traumatismes isolés de la glande, les lésions ne s'extériorisent que par des signes banals, difficiles à interpréter ; alors on risque de n'opérer que tardivement, au stade de complications : crises de pancréatite, pseudo-kystes, fistules pancréatiques ou pancréato-digestives ... C'est pour cela que nous avons trouvé utile de relever dans les observations publiées dans la littérature quelques notions qui permettent de suspecter le diagnostic de rupture du pancréas :

a) – Le traumatisme épigastrique violent et appuyé :

C'est au niveau de la portion prévertébrale que siège le plus souvent la rupture complète. Celle-ci succède la plupart du temps à un choc épigastrique violent et appuyé qui écrase l'organe contre le rachis ; coup de volant, guidon de bicyclette, timon de charrette, écrasement par roue de voiture ...

Cependant, un traumatisme lombaire ou de l'hypocondre gauche est également susceptible de léser la glande (DEROBERT).

b) – La notion d'intervalle libre (GUINARD) :

Dans notre cas, il durait 2 jours ; le petit blessé de KORB a pu reprendre ses jeux après l'accident ; BROWN et BARLOW trouvent chez leur malade à l'examen initial un abdomen souple et indolore et, 5 heures après, un ventre de bois.

Mais parfois, cet intervalle libre manque.

c) – L'aggravation progressive des signes initiaux :

Il peut s'agir de signe d'hémorragie interne, de vomissements répétés, de douleurs et de défense abdominale.

L'aggravation progressive de ces signes détermine dans la plupart des cas la décision d'opérer.

d) — **Sur les clichés de l'abdomen** sans préparation, une aérocolie isolée du colon transverse ou associée à une distension aérique de l'estomac ou du duodénum constitue un élément d'orientation mais non de certitude.

e) — **Sur le plan biologique, l'élévation de l'amylasémie** constitue un excellent argument en faveur de la lésion pancréatique ; cependant son taux n'est pas toujours très élevé : c'est le cas de notre observation.

Si aucun de ces éléments n'est à lui seul suffisant pour affirmer la rupture pancréatique, leur association est très en faveur d'une telle lésion.

2. - Seule la vérification systématique de l'état du pancréas dans toutes les laparotomies pour contusion grave de l'abdomen permet de reconnaître la lésion.

Le danger, au cours de ces interventions, est de méconnaître la lésion pancréatique en se contentant de l'existence des lésions associées pour expliquer toute la symptomatologie. Quelques éléments incitent à explorer le pancréas :

— la présence des tâches de bougie sur les viscères et les mésos. Cependant, il faut savoir qu'elles sont inconstantes ; pour notre cas, elles ont manqué ; parfois elles existent en l'absence de lésion pancréatique, par exemple dans les ruptures du duodénum.

— une hémorragie qui vient de la profondeur ou un hématome de l'arrière-cavité des épiploons.

Quoiqu'il en soit, il est conseillé d'explorer le pancréas systématiquement au cours de toute laparotomie pour contusion de l'abdomen.

B) — Sur le plan thérapeutique :

Le traitement vise à :

— Empêcher l'écoulement des sucs pancréatiques dans la cavité péritonéale,

— Eviter la formation de fistule.

— Conserver les fonctions endocrines et exocrines suffisantes.

Ainsi, ont été préconisées plusieurs méthodes :

1° - **la suture** : La réparation du Wirsung est souvent impossible quand il est de calibre normal ; et souvent on ne retrouve pas ses sections sur les tranches de parenchyme dilacérées et nécrosées ; dans ces cas, la simple suture du parenchyme et de la capsule aboutit pratiquement toujours à la fistule.

2° - **les anastomoses pancréato-digestives** : fermeture du fragment proximal et anastomose du fragment distal avec l'estomac ou le grêle.

3° - **la pancréatectomie** : étant donné qu'il suffit de peu de pancréas pour vivre (selon DRAGSTEDT, 20 %), il est logique de proposer l'exérèse partielle de cet organe (pancréatectomie gauche le plus fréquemment).

Nous avons pratiqué une pancréatectomie caudale avec ligature du Wirsung proximal, suture du fragment céphalique et drainage de l'arrière-cavité des épiploons.

Cette ligature du Wirsung proximal n'est pas toujours possible parce que l'état d'attrition et de nécrose de la tranche pancréatique est souvent tel qu'il est très difficile de retrouver la section du Wirsung. Dans ce cas, DOUBILET recommande de pratiquer une sphinctérotomie ou un drainage transodien du Wirsung ; ce moyen prévient les fistules et les pseudo-kystes secondaires.

Cette spléno pancréatectomie nous donnait des suites très simples, une guérison dans les meilleurs délais sans laisser de séquelles comme fait foi l'examen de notre malade 2 ans après.

Nous estimons qu'elle doit être bien indiquée dans les ruptures de l'isthme ou de la partie gauche du pancréas: Toutefois, quand il s'agit d'une rupture complète à droite de la ligne médiane, l'importance du sacrifice glandulaire pourrait faire préférer la pancréatojejunostomie avec une anse montée en Y sur le fragment corporéo-caudal. On évite ainsi les troubles de la glycorégulation tout en réglant le problème des sécrétions du pancréas. De plus, dans les traumatismes de sévérité exceptionnelle associant une rupture complète de la tête du pancréas, un éclatement duodéal et une désinsertion papillaire, on pratique une dodéno pancréatectomie céphalique qui reste le seul traitement envisageable malgré l'ampleur du programme chirurgical et la précarité du terrain.

Selon MOCQUOT et CONSTANTINI, le pronostic dépend de deux facteurs : diagnostic précoce et intervention précoce.

DEROBERT, à propos de 38 cas, note qu'un traitement tôt et bien conduit constitue le meilleur élément du pronostic. Toutefois, celui-ci reste toujours sérieux en cas de lésions associées, surtout duodénales.

Si dans notre cas, nous avons eu des suites opératoires simples, ailleurs, on note un certain nombre d'incidents graves tels une pancréatite nécrotique aiguë, une péritonite secondaire ; parfois ces incidents sont moins menaçants, tels des troubles psychiques, une fistule externe, un hématome résiduel de l'arrière-cavité des épiploons. Il faut aussi signaler la possibilité dans les suites lointaines de douleur résiduelle, de pancréatite chronique, de troubles endocriniens, de troubles digestifs en rapport avec une insuffisance pancréatique.

CONCLUSION

Le diagnostic de rupture récente du pancréas, presque toujours péroopératoire, peut être suspecté dans les traumatismes épigastriques violents et appuyés quand il existe un intervalle libre, un syndrome d'irritation péritonéale s'aggravant progressivement et une amylasémie élevée.

La vérification de l'état du pancréas, dans toute laparotomie pour contusion de l'abdomen, même s'il manque de tâches de bougie, doit être systématique. Elle permet de ne pas méconnaître la lésion.

La spléno pancréatéctomie constitue un traitement valable dans les ruptures complètes du pancréas à gauche de la ligne médiane ; elle assure une guérison rapide.

Le pronostic de ces ruptures du pancréas dépend d'un diagnostic et d'une intervention précoces. Il reste toujours sérieux en cas de lésions associées.

*
* *

RESUME

Les auteurs rapportent un cas de contusion récente du pancréas avec rupture du Wirsung.

Ils soulignent que le diagnostic est pratiquement péroopératoire, aussi li-
vrent-ils quelques signes qui permettent de le suspecter.

Ils notent aussi que pendant les laparotomies exploratrices pour contusion grave de l'abdomen, on risque de ne pas penser à la lésion pancréatique et de traiter uniquement les lésions associées ; ils donnent alors quelques éléments qui incitent à vérifier le pancréas ; ils conseillent même d'explorer systématiquement l'organe.

Leur tactique opératoire dépend du siège et de l'aspect des lésions. La spléno pancréatectomie gauche dans leur cas a donné un excellent résultat.

BIBLIOGRAPHIE

- Clamagirand. F. - Contribution à l'étude et au traitement des traumatismes récents du pancréas. Thèse de Paris 1952, n° 318.
- Raymond. J. - Sur un cas de contusion isolée du pancréas avec rupture du canal du Wirsung. - Arh. Mal. dig. 1955, 44 820-823.
- Presse médical 1961, 69, PP 1169-1170.
- Sturim H. S. - Traitement chirurgical des traumatismes fermés du pancréas. - Surg. Gyn. Obst., janv. 1966, 122, 1.
- Sturim H. S. - Traitement chirurgical de la transection traumatique du pancréas. Revue de 9 cas et revue de la littérature. Ann. Surg., mars 1966, 163, 1, 153-160.
- Ronjat A.M. - Problèmes posés par les traumatismes fermés du pancréas. - A propos de 15 cas. Thèse, Lyon, in Lyon méd., 27 juil. 1969, 222; 30, 195.
- Pouyanne L., Sénégas J. et Chatelan J.L. - Les traumatismes fermés récents du pancréas. - Bordeaux Chir., janv-mars 1970, 41, 1, 7-27.
- Clot Ph. et Poileux J. - Affections traumatiques récents du pancréas. - J. Chir. (Paris), fév. 1970, 2, 145, 156.
- Dudrick S. J. et coll. - Fermeture spontanée de fistules traumatiques pancréato-duodénales avec alimentation intraveineuse. - J. of Trauma, juil. 1970, 10, 7, 542-553.
- Journal de chirurgie, 1973, 106, 3, 303-304.
- Journal de chirurgie, 1974 (congrès de chirurgien).
- E. M. C. Techniques chirurgicales.