

# UN CAS DE GUÉRISON DE RUPTURE DU FOIE par traumatisme ouvert grave de l'abdomen

Z. RALANTOARITSIMBA, J. RABARIOELINA, Ch. RANDRIANANJA et RASOAMIHANTA

Le nombre des traumatismes de l'abdomen s'accroît considérablement avec les conditions de la vie moderne et il est en relation avec la fréquence des accidents de circulation.

Parmi les lésions des viscères pleins, l'atteinte du foie n'est pas rare. Seulement la gravité des lésions entraîne une mort rapide du blessé au cours même de l'accident ou pendant le transport, et la rupture ou l'éclatement du foie n'est que la découverte d'autopsie avec d'autres lésions internes associées.

Au cours de dix dernières années (1953 à 1963), nous avons relevé dans notre service à l'Hôpital de Befelatanana sur 81 cas, de mort immédiate après des accidents divers dont celui de la circulation prédomine :

- 8 ruptures de foie mortelles ;
- 26 lésions d'autres organes, surtout la rate ;
- 47 atteintes osseuses en particulier des lésions crânio-encéphaliques.

La rareté de trouver un blessé en vie avec une rupture importante du foie par traumatisme ouvert de l'abdomen nous a incité à rapporter ce cas que nous avons eu l'occasion de traiter avec succès.

Voici notre observation :

*Le 30 avril 1963, vers 18 heures, RA. JOEL, garçon de 8 ans est reçu en urgence. Le blessé, polytraumatisé par accident de circulation, présente un état de collapsus circulatoire grave : perte de connaissance, effondrement tensionnel, pouls imprenable avec des signes de commotion cérébrale. En outre plaies contuses multiples de la face et du cuir chevelu, et surtout une vaste plaie pénétrante transversale de l'hypochondre gauche avec éviscération du colon et des anses grêles. Une radiographie du crâne au lit ne révèle pas de lésion traumatique visible.*

*Après déchoquage du blessé, on intervient soit une heure après la réanimation et deux heures après l'accident.*

**INTERVENTION** — *Anesthésie générale (Pento curare + Intubation).*

*Laparotomie médiane sous et sus ombilicale. Issue d'une grande quantité de sang. On se porte immédiatement vers la rate en raison de la vaste plaie pénétrante sur l'hypochondre gauche. Débridement latéral vers cette plaie.*

*La rate est indemne sans le moindre signe de traumatisme.*

*On se porte à droite vers le foie et on constate une rupture de la glande.*

*Cette rupture intéresse le lobe droit du foie. Elle est verticale et entame toute l'épaisseur de la glande. La solution de continuité est béante et mesure 10 cm de long sur 3 cm de large, située à 2 travers de doigt à droite de la vésicule biliaire.*

*La brèche hépatique béante saigne en nappe.*

*L'exploration minutieuse ne montre ni des vaisseaux saignant en jet ni des canaux biliaires visiblement ouverts ou donnant de la bile à la compresse.*

*Nous avons décidé de suturer le foie en 3 endroits sur bourdonnet spongé-thrombase: (Le tout au catgut N° 3).*

*— 1 point de suture sur la face supérieure non loin de l'angle postérieur de la brèche ;*

*— 1 point de suture sur la face inférieure au-dessous du précédent ;*

*— 1 point transfixant sur le bord antérieur.*

*En outre nous avons constaté d'autres lésions internes associées :*

*— Une déchirure incomplète verticale du pylore sur sa face antérieure suturée au lin ;*

*— Une brèche du ligament gastro-colique suturée au catgut ;*

*— Une contusion de la tête du pancréas sans rupture de sa capsule ;*

*— Une fracture ouverte en dedans de la C-9 dont les fragments ont vraisemblablement enbroché le parenchyme hépatique ;*

*— Une plaie du 8ème espace intercostal droit au niveau de cette fracture suturée au lin.*

*— Le diaphragme est intact.*

*Fermeture de la paroi sur antibiotiques, de la plaie pénétrante après régularisation des bords en 3 plans et de l'incision médiane en 2 plans.*

*— Aspiration duodénale.*

## **SUITES OPERATOIRES**

*— Les suites opératoires sont simples.*

*— Pour prévenir toute réaction cérébrale et pancréatique, nous avons soumis le malade en plus des antibiotiques, à l'hydrocortisone, au zymofrem et au sulfate de magnésie, sans oublier le sérum antitétanique.*

*— Les résultats de surveillance biologique n'ont donné que des taux normaux en ce qui concerne la glycémie et l'amylasémie.*

*— L'équilibration hydro-électrolytique n'a rien présenté de particulier.*

*— Le malade rétabli au bout de 16 jours a quitté l'Hôpital le 27 mai 1963.*

*— Suivi à plusieurs reprises il n'accuse aucun trouble et reprend normalement ses activités habituelles.*

## **COMMENTAIRES**

Cette observation suggère quelques remarques.

### **1. — MECANISME**

Devant ce traumatisme portant à gauche, nous nous sommes demandés si la cage thoracique ne s'est pas comportée comme une boîte crânienne et la rupture du foie s'est produite par contre-coup, par ébranlement et la cage thoracique jouant le rôle de billot.

Néanmoins, il nous semble qu'il s'agit d'un traumatisme direct avec deux points d'impact à gauche et à droite sur les deux hypochondres, ce qui expliquerait la fracture de côte, la rupture du foie et la contusion de pancréas par traumatisme appuyé.

## 2. — TYPE ANATOMIQUE

Nous pouvons concevoir trois ordres de lésions :

- 1) Lésions simples et superficielles saignant modérément.
- 2) Lésions profondes et étendues saignant abondamment.
- 3) Broiement et éclatement de la glande.

Notre cas appartient au second groupe.

## 3. — CLINIQUE

Nous étions devant un tableau classique d'hémorragie interne au cours d'un traumatisme de l'abdomen. En effet, en dépit de cause plurivoque du collapsus (hémorragie, commotion cérébrale, polytraumatisme) la responsabilité de l'hémorragie est prédominante.

## 4. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic de rupture du foie en particulier, et des autres viscères atteints en général, a été difficile. En effet, le point d'impact apparent du traumatisme est l'hypochondre gauche avec rupture pariétale évidente. Cependant les lésions viscérales siègent à droite : rupture hépatique, plaie gastrique juxta-pylorique, contusion du pancréas.

## 5. — TRAITEMENT

Nous avons encadré l'acte opératoire par une réanimation sans hiatus.

Après déchoquage rapide, court, mais énergique par transfusion sanguine (500 ml) sans recours aux analeptiques, la tension artérielle et le pouls qui étaient imprenables au départ sont remontés à 9 en ce qui concerne la T.A. et le pouls 130.

Nous avons choisi ce moment précis pour intervenir immédiatement en surveillant de très près l'anesthésie et l'état du malade.

La réanimation a continué en per-opératoire avec deux autres flacons de 500 ml de sang et un flacon de 250 ml a été jugé utile au 1er jour du post-opératoire.

Rappelons qu'il s'agit d'un enfant de 8 ans de constitution plutôt un peu déficitaire.

Nous avons évité l'erreur de « transfusion à robinet fermé » repoussant le prétexte de l'inutilité de transfusion quand un vaisseau saigne.

En somme la réanimation a été poursuivie d'un seul tenant avant, pendant et après l'opération.

## INTERVENTION CHIRURGICALE

### 1) Voie d'abord

Malgré la présence de cette rupture paréitale gauche nous avons préféré la voie médiane xypho-pubienne qui nous a permis d'explorer l'intégralité de la cavité abdominale, examiner tous les viscères sur toutes leurs faces ce qui a beaucoup facilité les différents actes opératoires.

### 2) Possibilités thérapeutiques

Nous avons le choix entre deux procédés : la suture et le tamponnement.

Devant cette rupture importante du foie, mais d'accès assez facile, grâce à la voie d'abord xypho-pubienne, nous avons opté pour une suture qui nous a permis de fermer sans tamponnement ni drainage avec des suites quasi normales.

Ce cas a donc démenti un peu LENORMANT lorsqu'il dit que « Tous les auteurs répètent que la suture est le procédé de choix dans les ruptures du foie, mais à lire les observations, on voit qu'on fait certainement plus de tamponnement que de sutures, surtout de sutures pures et simples avec fermeture complète de la paroi ».

## CONCLUSION

Ayant revu l'enfant la dernière fois le 13 mars dernier, c'est-à-dire bientôt un an après l'accident, nous estimons que la guérison paraît définitive.

Nous ne pensons pas que pour ce cas, une complication lointaine de lésion traumatique du foie qu'est l'hémoblastose, (une affection redoutable, d'un diagnostic difficile, d'un traitement malaisé et d'un pronostic réservé) puisse assombrir cette guérison.

**Service de Chirurgie (Dr. RALANTOARITSIMBA)  
de l'Hôpital de Befelatanana.**