J AFR CHIR DIGEST 2014; VOL14(2) : 1690 - 1695

ARTICLE ORIGINAL

LES HEMOPERITOINES DANS LES CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE CHIRURGIE VISCERALE (CUCV) "A" ET "B" DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUCOU MAGA (CNHU-HKM) DE COTONOU : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET DIAGNOSTIQUES.

HEMOPERITONEUM IN VISCERAL SURGERY SERVICE "A" AND "B" AT TEACHING AND HOSPITAL CENTER OF COTONOU: EPIDEMIOLOGICAL AND DIAGNOSIS ASPECTS.

KC VIGNON (1), DK MEHINTO (2), FL AMOSSOU (3), E EZIN (2), SP CHIGBLO (3), AAF SAVI (2), N. H. NATTA'NTCHA (2), F DOSSOU (2)

1. Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences. 2. Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale 'B'. 3. Clinique Universitaire de Traumatologie Orthopédie et Chirurgie Réparatrice. 01 BP 386 CNHU-HKM Cotonou (Bénin)

RÉSUMÉ

Introduction: Relativement fréquent en chirurgie viscérale, l'hémopéritoine est une urgence médico-chirurgicale.
But : Etudier les aspects épidémiologiques et diagnostiques des hémopéritoines
Méthode : A partir d'une étude rétrospective du 1er janvier 2000 au 31 Mars 2011 en chirurgie viscérale du CNHU-HKM de Cotonou, les dossiers de 156 cas d'hémopéritoine ont été analysés.
Résultats: La fréquence était de 13 cas/an et 1,8% des 8619 patients hospitalisés. L'âge moyen des patients était de 29,7 ans, la sex-ratio de 2,4. Les circonstances de survenue étaient non traumatiques dans 27 cas (17,3%) et traumatiques dans 129 cas (82,7%) où les accidents de la voie publique (AVP) prédominaient (75 cas; 58,1%). Le transport était non médicalisé chez 110 patients (70,5%). Le délai moyen d'admission a été de19, 4 heures. Un état hémodynamique instable a été noté chez 97 patients (62,2%). Un syndrome d'irritation péritonéale était observé chez 117 patients soit 75% et une douleur abdominale isolée chez 39 patients (25%). Des 129 cas d'hémopéritoine d'origine traumatique, 54 patients (41,9%) présentaient une plaie abdominale dont 34 soit 63% ont été pénétrantes. Les étiologies traumatiques ont été aux dépens de la rate (56 cas; 43,4%), du mésentère (27 cas; 20,9%), du foie (22 cas; 17,1%), des vaisseaux de façon isolée (19 cas; 14,7%), des organes rétro-péritonéaux (9 cas; 7%), de l'omentum (8 cas; 6,2%) et du mésocolon (4 cas; 3,1%). Les étiologies non traumatiques étaient à type de : rupture de kyste ovarien (12 cas ; 26,1% des 46 femmes de notre étude), grossesse extra utérine rompue (15,2% ; 7/46), rupture de nodule hépatique (18,5% ; 5/27), fissure d'anévrysme aortique abdominal (3,7%;1/27), rupture d'un hématome sous capsulaire splénique sans traumatisme (3,7% ; 1/27) et saignement tubaire chez une gestante (2,2% ; 1/46).
Conclusion: Les hémopéritoines étaient surtout observées après traumatisme. La plupart des patients, jeunes de sexe masculin, présentaient une instabilité hémodynamique. La rate était l'organe le plus lésé.
Mots-clés : *Hémopéritoine ; Accident de la voie publique.*

SUMMARY

Introduction: Relatively Common pathology in visceral surgery, hemoperitoneum constitute a medico-surgical-urgency.
Aim: Study their epidemiological and diagnosis aspects.
Method: About a retrospective study in visceral surgery at CNHU-HKM of Cotonou, from January 1st, 2000 to March 31th, 2011; 156 cases of hemoperitoneum were analyzed.
Results: Frequency was 13 cases/ year and 1, 8% of 8619 patients hospitalized. The average age of patients was 29.7 years; sex-ratio was 2.4. The circumstances of occurrence were not traumatic in 27 cases (17.3%) and traumatic in 129 cases (82.7%) dominated by road accidents (75 cases; 58.1%). Transport was not provided with health care in 110 patients (70, 5%). Average time of admission was 19.4 hours. An unstable state hemodynamic was noted among 97 patients (62.2%). 117 patients (75%) had peritoneal irritation syndrome and 39 patients (25%), abdominal pain alone. In the 129 cases of traumatic hemoperitoneum, 54 patients (41.9%) presented abdominal wound, among which 34 (63%) were penetrating. Traumatic etiologies depended on spleen (56 cases; 43.4%), mesentery (27 cases; 20.9%), liver (22 cases; 17.1%), vessels only lesion (19 cases; 14.7%), retro peritoneal organs (9 cases; 7%), omentum (8 cases; 6.2%) and mesocolon (4 cases; 3.1%). Non traumatic etiologies were type of ovarian cyst rupture (12 cases; 26, 1% of 46 women in our study), ruptured ectopic pregnancy (15, 2%; 7/46), rupture of liver nodules (18,5% ; 5/27), crack abdominal aortic aneurysm (3,7%;1/27), no traumatic rupture of a capsular splenic hematoma (3,7% ; 1/27) and tubal bleeding from a pregnant (2,2% ; 1/46)
Conclusion: Hemoperitoneum were frequent after traumatism. They were mostly young men presented hemodynamic instability. Spleen lesion were most frequent.
Keywords: *Hemoperitoneum; Traffic accident.*

Tirés à part:
Mehinto D.K. 01 BP 499 Cotonou. Email : dmehinto@yahoo.fr

INTRODUCTION

Urgence médico-chirurgicale, l'hémopéritoine est un saignement dans la cavité péritonéale [1]. Il s'agit d'une situation pathologique fréquemment rencontrée chez le sujet jeune de sexe masculin le plus souvent dans un contexte de traumatisme. Ces traumatismes sont surtout dus à l'augmentation du nombre de véhicules à 2, 3 ou 4 roues de plus en plus puissants en circulation, au non respect du code de la route et à la poussée de violence dans nos populations [2]. Les hémopéritoines sont mis en évidence par la ponction abdominale transpariétale ou par la ponction du cul-de-sac de Douglas, ramenant du sang incoagulable. L'imagerie médicale tels que l'échographie, le scanner abdominal, lorsque l'état hémodynamique stable le permet, constitue une aide précieuse au diagnostic étiologique. Sa complication la plus redoutée, est le collapsus cardio-vasculaire par la perte de la masse sanguine circulante engendrée [1]. Notre but a été d'exposer leurs aspects épidémiologiques et diagnostiques dans notre contexte d'examens paracliniques peu accessibles.

MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective du 1er Janvier 2000 au 31 Mars 2011 en chirurgie viscérale "A" et "B" du CNHU-HKM de Cotonou, et portant sur les dossiers de patients pris en charge pour hémopéritoine. Nos critères d'inclusion ont été la présence d'un dossier médical avec observation médicale complète et la preuve du diagnostic d'hémopéritoine et de celui de son étiologie. Le diagnostic d'hémopéritoine a été retenu sur la base de la présence de sang dans la cavité péritonéale :

- ramené par ponction péritonéale transpariétale, ou par ponction-lavage-péritonéale, ou par ponction du Douglas permettant d'extérioriser du sang incoagulable,
- et/ou constaté en peropératoire confirmé par un compte rendu opératoire pour les opérés.

Les variables étudiées ont été l'âge, le sexe, la profession, la nationalité, le mode d'admission, les circonstances de survenue, le mode de transport, le délai d'admission, les signes cliniques, les examens paracliniques, les étiologies.

L'état hémodynamique était dit stable si la tension artérielle était normale avec systolique inférieure à 140 mmHg, diastolique inférieure à 90 mmHg et un pouls normal compris entre 60 et 80 pulsations par minute chez un sujet au repos pendant 10 à 20 minutes. Il était dit instable si l'état de perfusion régionale ou globale est inadéquat pour assurer ou maintenir le fonctionnement normal des organes, la tension artérielle systolique étant inférieure ou égale à 90 mmHg [3]. L'état de choc était défini pour une tension artérielle systolique inférieure ou égale à 60 mmHg avec un pouls supérieur à 100 pulsations par minute qui peut être filant voire imprenable. On a retenu comme état de pré choc une tension artérielle systolique comprise entre 61 et 99 mmHg avec un pouls supérieur à 100 pulsations par minute [4].

Les étiologies d'hémopéritoine retenues ont été celles transcrites sur le compte rendu opératoire en cas d'intervention chirurgicale. Tous les patients de cette étude avaient été d'ailleurs opérés.

Le traitement et l'analyse des données ont été informatiques. Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Epi-Info version 3.5.1. La base de données ainsi obtenue a été transférée dans le logiciel SPSS version 3.5.1 pour l'analyse et la tabulation.

RÉSULTATS

1. Aspects épidémiologiques

Durant la période du 1er Janvier 2000 au 31 Mars 2011, 183 patients ont été pris en charge pour hémopéritoine, mais 27 patients n'ont pas répondu à nos critères d'inclusion. Notre étude a alors porté sur 156 patients. La fréquence annuelle était alors de 13 cas par an. Au total 8619 patients ont été hospitalisés au cours de la même période. Les 156 cas d'hémopéritoine en représentaient alors 1,8%. En considérant les hémopéritoines d'origine traumatique (129 cas), ces derniers ont représenté 54,2% des 238 cas de traumatismes abdominaux enregistrés. Le tableau I donne la répartition des 129 cas d'hémopéritoine traumatique en fonction des circonstances de survenue.

Tableau I. Répartition des 129 cas d'hémopéritoine traumatique en fonction des circonstances de survenue.

	Nombre	Pourcentage
Accident de la voie publique	75	58,1 %
Rixe	27	21%
Accident de travail	11	8,5 %
Acte crapuleux	7	5,4 %
Accident domestique	5	3,9 %
Manœuvres endo-utérines abortives clandestines	4	3,1 %
Total	129	100 %

Des 156 patients, on dénombrait 110 hommes (70,5%) et 46 femmes (29,5%) donc une sex-ratio de 2,4.

L'âge moyen des patients a été de 29,7 ans avec des extrêmes de 16 et 68 ans.

Concernant la profession, les commerçants représentaient 24 cas (15,4%). Ils étaient suivis des intellectuels (journaliste, enseignant, informaticien, comptable)

et des artisans dans les mêmes pourcentages (22 cas; 14,7%) ; étudiants/élèves (21 cas ; 13,5%) ; ménagères (16 cas; 10,3%);
conducteurs de taxi-moto et gros-porteur (13 cas; 8,4%); ouvriers (12 cas; 7,7%); mécaniciens (6 cas ; 3,8%); vulcanisateurs, dockers, cultivateurs et pêcheurs (3 cas ; 1,9%) pour chaque catégorie; agents de sécurité et chômeurs (2 cas; 1,3%) pour chaque catégorie ; blanchisseur (1 cas; 0,6%) et les 3 cas restants où la profession n'a pu être précisée.
Par rapport à la nationalité, les patients de nationalité béninoise prédominaient
(144 cas; 92,4%). Ensuite venaient les nigériens (4 cas; 2,6%), togolais et nigérians (3 cas; 1,9%) pour chaque nationalité, puis ivoirien et tchadien (1 cas; 0,6%) pour chaque nationalité.

2. Aspects diagnostiques

2.1. Mode d'admission

Sur les 156 patients, 87 soit 55,8% ont été référés en urgence à partir d'une autre structure sanitaire et 69 patients (44,2%) étaient admis directement en urgence.

2.2. Circonstances de survenue

Chez 129 patients (82,7%), l'hémopéritoine a été d'origine traumatique et chez 27 patients (17,3%), les circonstances n'ont pas été traumatiques. Le tableau I montre la répartition des 129 patients chez qui les circonstances de survenue de l'hémopéritoine étaient traumatiques.

2.3 Mode de transport

Le transport était médicalisé (sapeurs-pompiers, ambulance, SAMU) chez 46 patients (29,5%) et non médicalisé chez 110 patients (70,5%). Chez ces derniers il s'agissait de véhicule à 4 roues et de moto.

2.4 Délais entre la survenue du traumatisme, ou le début des symptômes dans les cas non traumatiques, et l'admission au CNHU-HKM

Le délai moyen était de 19,4 heures avec des extrêmes de 20 minutes et 4 jours.

2.5 Signes fonctionnels

Les signes fonctionnels étaient dominés par la douleur abdominale (155 cas ; 99,4%). Elle a été suivie par les vomissements (15 cas ; 9,6%), le vertige (2 cas ; 1,3%) et les métrorragies chez 2 patientes soit 4,3% des 46 femmes de l'étude.

2.6 Signes généraux

Dans le tableau II est présentée la répartition des patients en fonction des signes généraux. Au total, 64 patients (41%) ont été admis dans un état de pré-choc, 33 patients (21,2%) dans un état de choc et 59 soit 37,8% avec état hémodynamique stable

Tableau II. Répartition des patients pris en charge pour hémopéritoine en fonction des signes généraux

	Nombre	Pourcentage
Muqueuses palpébrales		
Pâles	102	65,4%
Normocolorées	54	34,6%
Total	156	100%
Extrémités froides		
Oui	6	3,8%
Non	150	96,2%
Total	156	100%
Muqueuses bulbaires		
Ictérique	4	2,6%
Non ictérique	152	97,4%
Total	156	100%
Pouls		
Normal	35	22,4%
Accéléré	119	76,3%
Lent	2	1,3%
Total	156	100%
Tension artérielle		
Normale	89	57,1
Basse	58	37,2%
Elevée	9	5,8%
Total	156	100,0%
Autres signes		
Hyperthermie	18	11,5%
Agitation	1	0,6%
Amaigrissement	1	0,6%
Soif	1	0,6%
Sueur	1	0,6%

2.7 Signes physiques

Sur le plan neurologique, 150 patients (96,2%) avaient une conscience normale et 6 soit 3,8% ; une conscience altérée mais permettant de signaler la présence de douleur abdominale.

Sur le plan abdominal, le tableau III montre la répartition des patients en fonction des signes physiques abdominaux.

Tableau III. Répartition des patients pris en charge pour hémopéritoine, en fonction des signes physiques abdominaux

	Nombre	Pourcentage
Inspection		
-Plaie abdominale	54	34,6%
-Augmentation du volume abdominal	14	9,0%
Palpation		
-Douleur abdominale		
-Défense abdominale	155	99,4%
-Cri de l'ombilic	114	73,1%
-Hépatomégalie	70	44,9%
-Splénomégalie	3	1,9%
-Masse pelvienne	1	0,6%
	1	0,6%
Percussion		
-Matite déclive des flancs	21	13,5%
Toucher rectal		
-Cri de Douglas	62	39,7%
-Douleur à droite	5	3,2%
Toucher vaginal		
-Métrorragie	4	2,6%
-Masse latéro-utérine douloureuse et mobile	3	1,9%
-Issue du grêle par le vagin	1	0,6%

Au total, 117 patients (75% des 156 patients) ont présenté un syndrome d'irritation péritonéale dont 105 patients (89,7%) à l'admission et 12 patients (10,3%) au cours de la surveillance. Les 39 patients restants des 156 de l'étude soit 25%, avaient présenté une douleur abdominale isolée.

Des 129 patients (82,7% ; 129/156) admis pour hémopéritoine d'origine traumatique, 54 soit 41,9% ont présenté une plaie abdominale et 75 patients (58,1%), une contusion abdominale. Les 54 cas de plaie abdominale se répartissaient en 34 pénétrantes (63%) et 20 non pénétrantes (37%). Chez les 34 patients ayant une plaie pénétrante de l'abdomen, dans 20 cas (58,8%), aucune éviscération n'a été observée alors que 14 patients (41,2%), avaient présenté une éviscération. Les organes éviscérés étaient l'intestin grêle (8 cas ; 57,1%), le grand omentum (7 cas ; 50%) et le côlon (4 cas ; 28,6%).

Au terme de l'examen physique, sur les 156 patients de notre étude, 91 patients (58,3%) avaient bénéficié d'une ponction péritonéale transpariétale et parmi eux, 3 avaient bénéficié, en plus, d'une ponction-lavage-péritonéale. Il s'agissait de 3 patients chez qui la ponction péritonéale transpariétale a été blanche alors qu'il y avait une forte suspicion d'hémopéritoine.

Dans les 65 cas restants sur les 156 soit 41,7%, le tableau clinique n'a pas orienté vers la recherche d'un hémopéritoine, la réalisation d'une ponction péritonéale n'était donc pas effectuée. Cependant l'hémopéritoine sera constaté à l'intervention chirurgicale abdominale décidée pour diverses autres raisons. C'était d'ailleurs parmi ces 65 patients, qu'une échographie a été réalisée chez 26 pour douleur abdominale diffuse isolée; nous verrons les résultats dans le tableau IV.

Tableau IV. Répartition des 26 patients en fonction des résultats de l'échographie abdominale nécessitée par leur état clinique.

	Nombre de cas
Hémopéritoine par lésion splénique	14
Hémopéritoine sans précision de la cause	4
Normale	2
Hémopéritoine par lésion hépatique	1
Hémopéritoine et lésion mésentérique	1
Hémopéritoine et tumeur hépatique	1
Hématome du psoas et thrombose veineuse ilio fémorale gauche et hématome retro péritonéale	1
Hématome mural d'une anse grêle	1
Ascite et hépatomégalie homogène et suspicion d'endomètre néoplasique	1
Total	**26**

2.8 Signes échographiques

Des 156 patients, l'indication d'une échographie abdominale a été posée chez 26 patients soit 16,7% alors que dans 130 cas (83,3%), cet examen n'était pas jugé indispensable. La douleur abdominale diffuse isolée était l'indication de l'échographie. Les résultats d'échographie chez ces 26 patients sont présentés dans le tableau IV.

2.9 Etiologies des hémopéritoines

Tous les 156 patients ont été opérés pour diverses indications dont le développement ne fait pas partie des objectifs de la présente étude. Les étiologies ci-dessous énumérées ont été donc des constatations peropératoires.

- Les étiologies traumatiques (129 patients ; 82,7%) ont été les suivantes : rate (56 cas ; 43,4%), mésentère (27 cas ; 20,9%), foie (22 cas ; 17,1%), divers vaisseaux isolément lésés (19 cas ; 14,7%), grand omentum (8 cas ; 6,2%), mésocôlon (4 cas ; 3,1%). Ces vaisseaux isolément lésés étaient : pariéto-abdominaux (10 cas), utérins (5 cas), gastriques (2 cas), duodénaux (1 cas) et iliaques externes (1 cas). Par ailleurs un hématome rétro-péritonéal a été retrouvé chez 9 patients soit 7% répondant aux lésions de l'espace rétro péritonéal

don't un cas de lésion du rein et 8 cas dont la nature des lésions n'a pu être précisée.

- Les étiologies non traumatiques (27 patients ; 17,3%) ont été à type de : rupture de kyste ovarien (12 cas ; 26,1% des 46 femmes de notre étude), grossesse extra utérine rompue (7 cas ; 15,2% des 46 femmes de notre étude), rupture de nodule hépatique (5 cas ; 18,5%), fissure d'anévrysme aortique abdominal (1 cas ; 3,7%), rupture d'un hématome sous capsulaire splénique sans traumatisme (1 cas ; 3,7%) et saignement tubaire chez une gestante (1 cas ; 2,2% des 46 femmes de notre étude).

2.10. Lésions associées extra-abdominales

Sur les 129 cas d'hémopéritoine d'origine traumatique, des lésions associées extra-abdominales ont été observées chez 57 patients (44,2%). Il s'agissait de : traumatisme des membres (25 cas ; 19,4%), traumatisme thoracique (24 cas ; 18,6%), traumatisme crânien (15 cas ; 11,6%), traumatisme facial (12 cas ; 9,3%), traumatisme du bassin (5 cas ; 3,9%) et traumatisme du cou (3 cas ; 2,3%).

DISCUSSION

Durant la période d'étude, les 156 cas d'hémopéritoine retenus ont représenté une fréquence annuelle de 13 cas par an et 1,8% des 8619 patients hospitalisés. Ces fréquences sont probablement sous estimées car parmi les dossiers éliminés pour non-respect des critères d'inclusion, certains concerneraient des cas authentiques d'hémopéritoine. Concernant la fréquence selon les circonstances étiologiques, les hémopéritoines d'origine traumatique ont été les plus nombreux (82,7% ; 129/156). Des 129 cas d'hémopéritoine d'origine traumatique, dans 109 cas (84,5%), il s'agissait des accidents de la voie publique (75 cas), de rixe (27 cas) et d'acte crapuleux (7 cas). La prédominance des accidents de la voie publique, par temps de paix, comme circonstances étiologiques des hémopéritoines, a été rapportée par plusieurs auteurs [5, 6, 7, 8]. Ceci serait en grande partie dû au développement rapide des moyens de locomotion de plus en plus puissants et au non-respect du code de la route.

La fréquence élevée de ces circonstances étiologiques précitées (accidents de la voie publique, rixes et actes crapuleux) associée au constat de la prédominance masculine trouvée dans notre étude (70,5%) comme dans celles de beaucoup d'auteurs dont Traoré A et al [9] qui ont rapporté 68,5% de sexe masculin, suggèrent quelques commentaires. En effet, certaines caractéristiques du sexe masculin dans nos sociétés expliqueraient cette association : principaux conducteurs des engins, comportement plus audacieux à la conduite des engins, principaux violateurs du code de la route, plus facile disponibilité à la rixe et aux actes crapuleux. Tout ceci corrobore avec la prédominance du jeune âge des patients : 29,7ans d'âge moyen dans notre étude. Des auteurs comme Tuyindi T et al [10] ont aussi rapporté qu'il s'agit en majorité de sujets jeunes. Nous pensons comme les autres auteurs, que cela serait dû en plus des commentaires déjà effectués plus haut, à l'hyperactivité de cette frange de la population inexpérimentée et parfois insouciants des conséquences de leurs comportements.

Le transport a été médicalisé dans 29,5% des cas dans notre étude. Ce résultat est similaire à celui de Koffi E et al [5] qui ont trouvé un taux de 30%. Le délai d'admission variait entre 20 minutes et 4 jours. Bikandou G et al [11] dans leur étude à Brazzaville, sur les traumatismes de la rate, ont rapporté un délai plus long compris entre 2 heures et 10 jours. Le faible taux de transport médicalisé et le long délai d'admission seraient surtout dus d'une part, à l'absence de disponibilité permanente de ces moyens de transport médicalisé, déjà plus chers que les autres moyens, et d'autre part, au manque de pouvoirs financiers des populations qui devraient pour la majorité, payer eux-mêmes le coût de la prise en charge.

Sur le plan du diagnostic, dans la majorité des cas, nous n'avons pas eu de difficultés pour évoquer l'hémopéritoine et pour le confirmer. Ce sont les étiologies qui ont posé de problèmes mais ceux-ci sont résolus par la réalisation d'échographie dans certains cas et par la laparotomie dont les indications ne font pas partie des objectifs de la présente étude. En effet, les signes fonctionnels n'étaient pas trompeurs ; ils étaient dominés par la douleur abdominale (155 cas ; 99,4%) qui était même associée au vertige chez deux patients et aux métrorragies chez deux femmes. Ces signes fonctionnels associés à des états de choc (33 cas ; 21,2%) et de pré-choc (64 cas ; 41%), et à un syndrome d'irritation péritonéale (117 cas ; 75%) ont fait évoquer facilement le diagnostic d'hémopéritoine.

Des 129 patients (82,7% ; 129/156) admis pour hémopéritoine d'origine traumatique, 75 patients (58,1%) avaient présenté une contusion abdominale. Cette prédominance des contusions abdominales sur les plaies abdominales, en ce qui concerne les hémopéritoines d'origine traumatique, a été rapportée par d'autres auteurs [8,12].

Au terme de l'examen clinique, il a été jugé nécessaire de faire réaliser une échographie abdominale chez 26 patients soit 16,7% des 156 patients. Ce taux qui peut paraître faible, doit être analysé avec pertinence. En effet, en dehors de la classique inaccessibilité (géographique, financière, du spécialiste, de l'appareil d'échographie, etc) ne permettant pas de faire réaliser ces examens, d'autres raisons nous ont légitimement faits prendre la décision, de refuser la demande d'une échographie : d'une part, l'instabilité hémodynamique avec signes physiques abdominaux obligeant à une exploration chirurgicale abdominale sans délai au risque de perdre le patient et d'autre part, des tableaux

cliniques stables d'hémopéritoine mais avec d'autres signes cliniques abdominaux obligeant à une exploration chirurgicale abdominale ; la réalisation d'échographie dans ces derniers cas, était une perte de ressources surtout financières et aussi de temps. L'indication de la réalisation de l'échographie chez les 26 patients était une douleur abdominale diffuse isolée. En fonction des résultats (tableau IV) et de l'évolution clinique, ces patients ont été opérés.
Par ailleurs, la tomodensitométrie abdominale, malgré son intérêt dans l'exploration des urgences abdominales, n'a pas été réalisée dans notre étude car jugée inopportune. Sinon, la répétition des examens cliniques, l'échographie et/ou la tomodensitométrie abdominales, aident au diagnostic d'hémopéritoine et permettent parfois d'opter pour un traitement non opératoire à condition de respecter des critères précis : stabilité hémodynamique et absence de lésions d'organes creux ou d'autres lésions nécessitant une laparotomie, disponibilité d'une équipe médico-chirurgicale expérimentée prête à intervenir à tout moment en cas d'indication opératoire, et existence d'un plateau technique performant [13]. Dans notre étude, concernant les étiologies, l'atteinte de la rate (43,4%) a occupé la première place comme dans les travaux de plusieurs d'auteurs [14, 15,16]. Sur les 46 femmes de notre étude, 20 soit 43,5% avaient présenté un hémopéritoine d'origine gynéco-obstétrical. Buambo-Bamanga S et al [17] ont rapporté un taux plus bas de 17,7% au CHU de Brazzaville.

CONCLUSION

Urgence médico-chirurgicale, les hémopéritoines ont été rencontré majoritairement chez des sujets jeunes de sexe masculin. Ils étaient surtout d'origine traumatique essentiellement par accidents de la voie publique, par rixe, par accidents de travail et par actes crapuleux. Le diagnostic positif était facile. Les étiologies ont été constatées en peropératoire dans la majorité des cas et étaient dominées par les lésions de la rate. Une sensibilisation de la population en général et des jeunes en particulier au respect du code de la route et à s'abstenir des agressions, diminuera la fréquence des formes traumatiques d'hémopéritoine, en fait formes majoritaires.

RÉFÉRENCES

1. Leger L. Sémiologie médicale. 6è éd. Paris: Masson; 1999.

2. Patel J. Pathologie Chirurgicale. 3 è éd. Paris: Masson; 1978.

3. Bailey JM. Management of the hemodynamically unstable patient. In Annual Refresher course lectures. American Society of Anesthesiologists. Orlando 1998.

4. Moira I, Roy D, Bradley D, Kenneth C, Gerauld L, Brian R et al. Le manuel Merck. 4è éd. Merck et Co; 2006.

5. Koffi E, Yenou K, Kouassi J. Les traumatismes de l'abdomen au CHU de Cocody. Méd Chir dig 1996; 25(1): 79-85.

6. Bikandou G, Mianfoutilla S, Mavoungou G. Les plaies de l'abdomen en pratique civile à propos de 80 cas. Med Afr Noire 1995; 42(1): 75-9.

7. Ayite A, Koyenon K, Dosseh E, Abita T. Diagnostic lésionnel et traitement des contusions de l'abdomen. J Afr Chir Digest 2001; 1(2): 71-6.

8. Barth X, Le Neel J, Guillon E. Traumatisme de l'abdomen. Ed. Paris: Arnette; 2001.

9. Traore A, Diakité I, Togo A. Hémopéritoine non opératoire dans les traumatismes fermés de l'abdomen (CHU Gabriel-Touré). J Afr d'hépato-gastroentérologie 2010; 4(4): 225-9.

10. Tuyindi T, Nzomvuama N, Iléo B, Vehi T. Les traumatismes de l'abdomen aux cliniques universitaires de Kinshasa. Med Afr Noire 1994; 41(1) : 556-9.

11. Bikandou G, Tsimba-Tsonda A, Boukinda F. Aspects épidémiologiques et diagnostiques des traumatismes de la rate au CHU de Brazzaville : A propos de 70 cas. Med Afr Noire 1996, 43(4): 208-12.

12. Sanou A, Traore S, Traore O, Sano D, Dakoure R. Les contusions de l'abdomen au centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo. A propos de 224 cas. Annales de l'Université de Ouagadougou 1996; 4(2): 87-94.

13. Ménégaux F. Contusions et plaies de l'abdomen. Encycl Med Chir 2004; 1(1): 18-31.

14. Mc Anema O, Moore E, Marx J. Initial evaluation of the patient with blunt abdominal trauma. North Am Abdominal Trauma Surg Clin 1990; 70(1): 495-515.

15. Cubertafond P, Denax A, Gainant A, Boudine F, Sava P. Traitement des traumatismes spléniques-Etude rétrospective de 101 cas. Chirurgie 1989; 115(1): 380-6.

16. Sosso M, Malonga E, Niat G, Essombo R. La rate traumatique. A propos de 123 observations à l'Hôpital Central de Yaoundé. Chir Dig 1992; 21(2): 75-7.

17. Buambo-Bamanga S, Gnekounou A, Oyere-Moke P. Les Hémopéritoines gynécologiques au CHU de Brazzaville. Med Afr Noire 2005; 52(4): 233-7.