

## ARTICLE ORIGINAL

### PRISE EN CHARGE DES HEMOPERITOIENS DANS LES CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE CHIRURGIE VISCERALE DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUCOU MAGA (CNHU-HKM) DE COTONOU.

#### TAKING CARE OF HEMOPERITAINS IN UNIVERSITY CLINICS OF VISCERAL SURGERY OF THE NATIONAL HOSPITAL AND UNIVERSITY CENTER HUBERT KOUTOUCOU MAGA (CNHU-HKM) IN COTONOU

SGR ATTOLOU<sup>1</sup>, CM LALEYE<sup>2</sup>, HN NATTA N'TCHA<sup>1</sup>, D G GBESSI<sup>1</sup>, DK MEHINTO<sup>1</sup>

1 : Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale, Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga, Cotonou  
2 : Laboratoire d'Anatomie Humaine, Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou

## RÉSUMÉ

**Introduction:** Relativement fréquent en chirurgie viscérale, l'hémopéritoine est une urgence médico-chirurgicale.

**But :** Étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des hémopéritoines.

**Méthode :** À partir d'une étude rétrospective du 1er janvier 2013 au 31 Décembre 2017 en chirurgie viscérale du CNHU-HKM de Cotonou, les dossiers de 46 cas d'hémopéritoine ont été analysés.

**Résultats:** La fréquence des hémopéritoines a été de 1,7%. Les hémopéritoines d'origine traumatique étaient les plus fréquents avec 87%, dus majoritairement aux accidents de la voie publique avec 77,5%. L'âge moyen des patients était 30,7 ans et la sex-ratio était de 4,1. Les patients étaient admis dans un délai moyen de 38,4 heures. Une instabilité hémodynamique était présente chez 56,5% des patients et une irritation péritonéale était retrouvée chez 76,1% des patients à leur admission. Le taux de réalisation de l'échographie abdominale était de 70 %. La rate (35%), le foie (27,5%) et le mésentère (22,5%) étaient les organes les plus fréquemment atteints. La morbidité a été de 8,7% et la mortalité de 4,3%. 36 patients, soit 78,3%, avaient subi un traitement chirurgical d'emblée tandis que 10, soit 21,7% avaient bénéficié d'un traitement non opératoire de première intention. En per opératoire la lésion responsable de l'hémopéritoine intéressait la rate dans 35% des cas ; le foie dans 27,5% des cas ; le mésentère dans 22,5% des cas et d'autres structures anatomiques dans 15%.

**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:** Traumatisme de l'abdomen ; Hémodynamie ; Hémopéritoine ; traitement chirurgical

## SUMMARY

**Introduction:** Relatively Common pathology in visceral surgery, hemoperitoneum constitute a medico-surgical-urgency.

**Aim:** Study their epidemiological, diagnosis and therapeutic aspects of hemoperitoneum.

**Method:** About a retrospective study in visceral surgery at CNHU-HKM of Cotonou, from January 1st, 2013 to December 31th, 2017; 46 cases of hemoperitoneum were analyzed.

**Results:** The frequency of haemoperitoneum was 1.7%. Post-traumatic haemoperitoneum was the most common etiology with 87%, mostly due to road accidents with 77.5%. The average age of the patients was 30.7 years and the sex ratio was 4.1. Patients were admitted within an average of 38.4 hours. Hemodynamic instability was present in 56.5% of patients and peritoneal irritation was found in 76.1% of patients at admission. Abdominal ultrasound was performed in 70%. The spleen (35%), the liver (27.5%) and the mesentery (22.5%) were the most frequently affected organs. Morbidity was 8.7% and mortality was 4.3%. 36 patients, or 78.3%, had undergone surgical treatment from the outset while 10, or 21.7%, had received first-line non-operative treatment. During the operation, the lesion responsible for the hemoperitoneum involved the spleen in 35% of cases; the liver in 27.5% of cases; mesentery in 22.5% of cases and other anatomical structures in 15%.

**Conclusion:** Hemoperitoneum were frequent after traumatism. They were mostly young men presented hemodynamic instability. Spleen lesion were most frequent.

**Keywords:** Trauma of the abdomen; Hemodynamics; Hemoperitoneum; surgical treatment.

### Tirés à part

ATTOLOU Sétondji Gilles Roger, maître-assistant en chirurgie Générale à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou  
01BP 188 FSS - Cotonou, mail: attolougilles@yahoo.fr Tel : 00229 95101111

## 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 de refaire le point sur leurs aspects épidémiologiques et diagnostiques dans notre contexte d'examen paracliniques peu accessibles.

## MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective du 1er Janvier 2013 au 31 Décembre 2017 dans le service de chirurgie viscérale 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.

Le traitement et l'analyse des données ont été informatiques. Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Epi data v4.4.2.1 et Microsoft Excel 2013.

## RÉSULTATS

### 1. Aspects épidémiologiques

Au cours de la période d'étude, 93 patients ont été hospitalisés pour hémopéritoine. Pendant la même période d'étude, 5560 patients ont été hospitalisés dans le service de chirurgie viscérale du CNHU-HKM de Cotonou. Ces 93 cas d'hémopéritoines ont donc représenté 1,7 % des hospitalisations dans ces services. Sur les 93 patients recensés, 52 ont été retrouvés aux archives. Des 52 dossiers retrouvés, 46 ont rempli nos critères de sélection. Notre étude a donc porté sur les 46 dossiers. Des 46 cas d'hémopéritoine, 40 soit 87% étaient d'origine traumatique et 6 soit 13% d'origine non traumatique. Le tableau I donne la répartition des 40 cas d'hémopéritoine traumatique en fonction des circonstances de survenue.

Tableau I. Répartition des 40 cas d'hémopéritoine traumatique en fonction des circonstances de survenue.

	n	%
Accident de la voie publique	31	77,5
Rixe	4	10,0
Accident de travail	4	10,0
Agression physique	1	2,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Des 46 patients, on dénombrait 37 hommes (80,4%) et 9 femmes (19,6%) donc une sex-ratio de 4,1.

L'âge moyen des patients a été de 30,7 ans avec des extrêmes de 15 et 67 ans.

Concernant la profession, elle n'a pas été précisée dans 10 cas (21,7%). Les travailleurs manuels représentaient 15 cas (32,5%). Ils étaient suivis des commerçants, des conducteurs de moto et des fonctionnaires dans les mêmes pourcentages (5 cas; 10,9%). Venait par la suite les ménagères ainsi que

les étudiants (tout niveau scolaire confondu) avec 02 cas chacun (8,6%). Les agents de sécurités ainsi que les chômeurs représentaient chacun 2,2% de la population d'étude

La nationalité a été précisée chez 42 patients, soit 91,3%. Parmi les 42 patients chez qui la nationalité a été précisée, 38 étaient de nationalité béninoise (82,6%); 03 étaient guinéens (6,5%) et 01 était nigériens (2,17%).

## 2. Aspects diagnostiques

Sur les 46 patients de notre étude 44 venaient de centres hospitaliers périphériques. Pour ces 44 patients le mode de transport était non médicalisé chez 31 patients, soit 70,4% et médicalisé chez 13 patients soit 29,6%. Le délai moyen d'admission était de 38,4 heures avec des extrêmes de 15 minutes et 504 heures soit 21 jours.

À l'admission 100% des patients se plaignaient d'une douleur abdominale et 2 patients soit 4,3%, de soif. La douleur abdominale était généralisée chez 32 patients soit 69,6%, et localisée chez 14 patients soit 30,4%. 20 patients soit 43,5% avaient de bonnes constantes hémodynamiques ; 10 patients soit 21,7% étaient admis dans un état de pré choc et 16 patients soit 34,8%, dans un état de choc. Les signes généraux sont récapitulés dans le tableau II.

### 2.1. Signes physiques

Au terme de l'examen physique, la douleur était généralisée chez 32 patients soit 69,6% et localisée chez 14 patients soit 30,4%. 35 patients soit 76,1% avaient présenté une irritation péritonéale à leur admission. Le tableau III résume les signes physiques abdominaux retrouvés dans notre population d'étude. La ponction péritonéale transpariétale a été réalisée chez 28 patients soit 60,9%, et non faite chez 18 patients soit 39,1%.

Chez les 28 patients, elle a ramené du sang rouge incoagulable avec signe de la cocarde. En ce qui concerne les 18 chez qui ça n'a pas été réalisé, le diagnostic positif a été fait à l'échographie pour certains et à la laparotomie exploratrice pour d'autres.

### 2.2. Signes paracliniques

L'échographie abdominale a été réalisée chez 14 patients soit 30,43%. On objectivait un épanchement libre dans la cavité péritonéale sous forme d'image hyperéchogène. Ces épanchements étaient de petite abondance dans 4 cas, de moyenne abondance dans 5 cas ; de grande abondance dans 3 cas et d'abondance non précisée dans 2 cas.

L'organe lésé avait pu être précisé chez 5 patients ayant réalisé l'échographie abdominale. Il s'agissait de : la rate (1 cas) et du foie (4 cas).

Des 46 patients pris en charge pour hémopéritoine, la numération formule sanguine ( NFS) a été retrouvé dans 26 dossiers, soit 56,5%, et non retrouvé dans 20 dossiers, soit 43,5%. Cette NFS était normal chez 6 patients, soit 23,8%, et montrait une anémie chez 20

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

	Effectif (n=46)	%
<b>État général</b>		
Conservé	24	52,2
mauvais état général	19	41,3
Agitation	3	6,5
Total	46	100,0
<b>Tension artérielle (mm Hg)</b>		
Normale	21	45,6
Élevée	6	13,0
Basse	18	39,1
Non précisé	1	2,2
Total	46	100,0
<b>Pouls</b>		
Normal	13	28,3
Accélééré	31	67,4
Lent	1	2,2
Imprenable	1	2,2
Total	46	100,0
<b>Muqueuses</b>		
Normalement colorées	6	13,0
Pâles	40	87,0
Total	46	100,0
<b>État hémodynamique</b>		
<b>Stable</b>	<b>20</b>	<b>43,5</b>
Pré choc	10	21,7
État de choc	16	34,8
Total	46	100,0

patients, soit 76,2%. Le taux d'hémoglobine moyen des 26 patients a été de 8,10g/dl avec des extrêmes de 5,40 et de 12,20g/dl.

## 3. Aspects thérapeutiques

Tous les patients avaient reçu dès l'admission un traitement médical adapté à leur état clinique. Il s'agissait:

- de remplissage vasculaire aux cristalloïdes ou aux macromolécules et/ou de transfusion sanguine en cas d'état de choc, jusqu'à l'obtention d'une tension artérielle efficace (TAS  $\geq$  100 mm Hg);
- d'administration d'antalgiques;

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

	n	%
Douleur abdominale	46	100
Douleur abdominale provoquée	31	67,4
Défense généralisée	24	52,2
Cri de l'ombilic	19	41,3
Matité déclive des flancs	16	34,8
Augmentation du volume abdominal	12	26,1
Défense localisée	11	23,9
Cri du Douglas	11	23,9
Présence de point d'impact	06	13

- d'administration de sérothérapie anti tétanique.

36 patients, soit 78,3%, avaient subi un traitement chirurgical d'emblée tandis que 10, soit 21,7% avaient subi un traitement non opératoire de première intention.

Le traitement non opératoire indiqué chez les 10 patients était réparti comme suit :

- 6 patients présentant une douleur abdominale avec une ponction péritonéale transpariétale positive plus signe de cocarde et un état hémodynamique stable.

- 4 patients présentant une douleur abdominale diffuse et un état hémodynamique stable avec un hémopéritoine de faible abondance à l'échographie abdominale ;

L'évolution a été favorable chez 6 patients sur les 10 ayant reçu le traitement non opératoire de première intention. L'évolution favorable a été marquée par une régression progressive des signes physiques.

Chez 4 patients, l'évolution a été défavorable par :

- la survenue d'une dégradation secondaire de l'état hémodynamique dans 3 cas et,

- une accentuation de la douleur abdominale avec dégradation secondaire de l'état hémodynamique dans 1 cas. Ceci a conduit à la laparotomie secondaire.

Le traitement non opératoire a donc été effectif chez 6 patients sur les 46, soit 13%.

Pour les patients ayant subi avec succès un traitement non opératoire, le séjour hospitalier moyen était de 21,5 jours avec des extrêmes de 7 et 30 jours.

Le traitement chirurgical a été réalisé chez un total de

40 patients soit 87%.

Le délai moyen entre l'admission et l'intervention chirurgicale était de 8,9 heures avec des extrêmes de 55 minutes et 76 heures (soit 3,17 jours).

La laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic était la voie d'abord la plus utilisée.

L'aspect du sang en per opératoire a été précisé chez 21 patients, soit 52,5%, et non précisé chez 19 patients, soit 47,5%. Le volume moyen de sang aspiré a été de 1381,14ml avec des extrêmes de 200 et 3000 ml. En per opératoire la lésion responsable de l'hémopéritoine intéressait la rate dans 14 cas soit 35% des cas ; le foie dans 11 cas soit 27,5% des cas ; le mésentère dans 9 cas soit 22,5% des cas et d'autres structures anatomiques dans 6 cas 15%. Dans tous les cas, un lavage de la cavité péritonéale a été réalisé suivi d'un drainage. Les types lésionnels et actes opératoires sont résumés dans le tableau N° VI suivant.

Des lésions associées intra-abdominales ont été observées chez 6 patients soit 15%. La répartition dans le cas des lésions associées et leurs traitements est la suivante :

- 2 cas d'association de rupture jéjunale et de rupture iléale, traité par suture au niveau des segments rompus ;

- 2 cas d'association de rupture du côlon ascendant et du côlon transverse, traités par suture colique au niveau des segments rompus ;

- 1 cas de nécrose du côlon droit, traité par résection de la zone nécrosée suivie d'une anastomose par suture colique ;

- 1 cas d'association de perforation jéjunale, perforation iléale, perforation de la vésicule biliaire, traité par suture jéjunale, suture de la brèche iléale et cholécystectomie.

L'évolution postopératoire a été favorable chez 34 patients, soit 85% (34/40). 04 patients ont présenté des complications soit une morbidité postopératoire de 10%. Il s'agissait de 3 cas de suppuration pariétale qui a tari sous traitements locaux et antibiothérapie ; et un cas d'occlusion postopératoire tardive survenue au 10ème jour et ayant évolué lentement favorablement sous traitement non opératoire. Deux patients étaient décédés, soit une mortalité postopératoire de 5%. Il s'agissait d'un cas de tumeur hépatique à un stade avancé et d'un patient polytraumatisé.

La durée moyenne d'hospitalisation postopératoire était de 12,5 jours avec des extrêmes de 3 et 40 jours.

## DISCUSSION

Durant la période de cette étude, les hémopéritoinies ont représenté 1,7 % des hospitalisations dans le service de chirurgie viscérale. Les hémopéritoinies d'origine traumatique ont été les plus fréquents et

Tableau VI : Répartition des 40 patients opérés en fonction des lésions et des actes opératoires.

	n	Actes	n
Fracture splénique	11	Splénectomie totale	11
Fissure splénique	02	Électrocoagulation	01
		Splénonraphie	01
Lésions pédiculaires	01	Splénectomie totale	01
<b>Total pour la rate</b>	<b>14</b>	<b>Total</b>	<b>14</b>
Plaie hépatique	06	Électrocoagulation	05
		Suture hépatique	01
Fracture du foie	04	Packing hépatique	04
Tumeur hépatique hémorragique	01	Abstention	01
<b>Total pour le foie</b>	<b>11</b>	<b>Total</b>	<b>11</b>
Contusion	01	Abstention	01
Plaie	05	Suture de la brèche	05
Rupture vasculaire	02	Suture vasculaire	02
Nodules multiples rompus	01	Abstention	01
<b>Total pour le mésentère</b>	<b>09</b>	<b>Total</b>	<b>09</b>
Lâchage d'hystérorraphie post césarienne avec saignement actif de l'artère utérine	01	Hystérectomie totale inter annexielle d'hémostase	01
GEU rompue	01	Extraction du sac embryonnaire	01
Diffusion d'hématome rétro péritonéal	01	Evacuation de l'hématome	01
Mésothéliome polykystique rompu du péritoine	01	Évacuation du contenu	01
Kyste ovarien hémorragique gauche	01	Excision des berges kystiques + électrocoagulation	01
Plaie du grand omentum	01	Hémostase	01
<b>Total pour les autres structures anatomiques</b>	<b>06</b>	<b>Total</b>	<b>06</b>

étaient dus majoritairement aux accidents de la voie publique (77,5% des cas). Plusieurs raisons expliquent la fréquence élevée de ces accidents. Entre autres le développement des moyens de déplacement de plus en plus sophistiqués et rapides, le non renouvellement des voies publiques dégradées, l'absence totale d'aménagement de certaines voies, le non-respect du code de la route, la conduite automobile en état d'ivresse, l'imprudence de certains usagers de la voie publique, sont parmi les causes les plus fréquentes.

Les adultes jeunes de sexe masculin, sont les plus touchés. Ces constatations corroborent celles d'autres auteurs notamment Vignon KC et al [5] d'une part et Traoré A et al [6] d'autre part qui avaient rapporté des populations adultes jeunes avec des âges moyens respectifs de 29,7 ans et 20,5 ans. Cette tranche de la population est la plus active mais aussi la plus imprudente en circulation.

Pour les patients admis pour hémopéritoine traumatique, le transport a été majoritairement non médicalisé. Ce faible taux de transport médicalisé avait été rapporté par plusieurs auteurs dont Ouchemi choua [7] avec 85,7%. Cette situation peut être dû entre

autres, à l'ignorance de la population de l'existence du transport médicalisé ; à l'ignorance de son importance; à l'inaccessibilité financière. Ces mêmes raisons peuvent expliquer le délai relativement long d'admission qui était de 38,4 heures. Ce délai est plus long que ceux rapportés par des études similaires dans la sous-région Ouest Africaine [5,7].

Sur le plan clinique, la présence de l'instabilité hémodynamique et du syndrome d'irritation péritonéale, témoignent de la gravité des hémopéritoines et parfois aussi du délai d'admission. Plus de la moitié des patients de notre étude (56,5%) avaient présenté une instabilité hémodynamique à leur admission. Toutefois il y a une amélioration car des travaux antérieurs fait au Bénin [8] avaient rapportés une fréquence de 65%.

En l'absence d'examens d'imagerie en urgences et chez des patients hémodynamiquement instables la ponction péritonéale transpariétale est une aide précieuse au diagnostic. Elle a donc été pratiquée chez 60,9% des patients et a permis de confirmer le diagnostic d'hémopéritoine dans 100 % des cas. La réalisation de la ponction péritonéale transpariétale a

été rapportée par de nombreux auteurs dont Vignon KC et al [5] et Gaudeuille A [9] qui ont noté respectivement des taux de réalisation de 81,2% et de 100%, et de confirmation respectifs de 100% et 87,8%. Au vu de ces résultats, nous pouvons affirmer que la ponction péritonéale transpariétale est encore de pratique courante dans nos milieux. Il a l'avantage de confirmer l'hémopéritoine comme ce fut le cas dans les études précitées et dans la nôtre.

Le taux de réalisation de l'échographie a été de 30,43% chez des patients hémodynamiquement stables et elle a permis de retenir l'hémopéritoine chez tous les patients ayant réalisés l'échographie. Nous pouvons en déduire que l'échographie abdominale est un examen fiable dans le diagnostic positif des hémopéritoinies et dans une moindre mesure dans le diagnostic lésionnel. Toutefois dans ces situations de stabilité hémodynamiques il est recommandé l'utilisation du scanner [10].

La non réalisation de la TDM peut s'expliquer d'une part par le niveau socio-économique bas de nos populations rendant inaccessible cet examen, et d'autre part par la configuration pavillonnaire de notre hôpital faisant courir un risque lors du déplacement des malades des urgences vers le service de radiologie. Sur le plan thérapeutique, deux attitudes sont envisagées dans notre contexte en fonction de l'état hémodynamique et surtout de la réponse à la réanimation faite en urgence ; il s'agit du traitement non opératoire et du traitement chirurgical.

Le traitement non opératoire a été indiqué chez 10 patients et favorable chez 6 patients. Ces résultats suggèrent, d'une part, l'efficacité du traitement non opératoire dont les indications et les conditions de sa mise en œuvre doivent être strictes et d'autre part, la vigilance à observer pour conclure à son inefficacité et décider en conséquence d'un traitement chirurgical. Le traitement non opératoire doit être instauré en milieu chirurgical. Les conditions de mise en œuvre du traitement non opératoire sont entre autres :

- un patient stable ou stabilisé sur le plan hémodynamique sans lésion de viscère creux;
- l'absence de saignement actif;
- l'absence de lésions avec hémorragie active à l'imagerie.
- Hospitalisation dans l'unité de réanimation avec une surveillance stricte et constante des paramètres cliniques et paracliniques sous la vigilance de l'équipe chirurgicale sur place, prête à intervenir (expectative armée).
- Produits de réanimation disponible
- Bloc opératoire disponible

En cas d'échec du traitement non opératoire où chez un patient hémodynamiquement instable et ayant une irritation péritonéale le traitement chirurgical

s'impose. Dans notre milieu le délais moyen de prise en charge chirurgicale a été de 8,9 heures avec des extrêmes de 55 minutes et 3,16 jours. Ce délais de prise en charge à tendance à se réduire [5] mais reste toujours en-dessous de celui des pays développés [11]. Cette différence entre les délais observés dans les pays développés et chez nous, pourrait s'expliquer entre autres par la non disponibilité du bloc opératoire qui est le plus souvent partagé par plusieurs spécialités dans notre contexte, et par la non disponibilité des produits devant servir à l'intervention chirurgicale. En effet, l'achat de ces produits est laissé à la charge des patients démunis le plus souvent.

Au nombre des organes lésés la rate était majoritaire avec 35% des cas suivie du foie avec 27,5% et du mésentère avec 22,5% concordant ainsi avec les données de la littérature [8,12,13]. Différents gestes sont réalisés en per opératoire comme.

Toutefois, une abstention de gestes opératoires a été indiquée dans 27,5% des patients opérés. Ce taux élevé d'abstention de gestes opératoires pose le problème de l'indication chirurgicale des hémopéritoinies, cette indication chirurgicale a été basée sur l'instabilité hémodynamique des patients dans 63,9% des cas dans cette étude. Les explorations d'imagerie réduiraient certainement ces indications de laparotomie mais il est important de souligner que dans notre contexte socio-économique la laparotomie devient un moyen diagnostic et non seulement thérapeutique.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 12,5 jours elle est fonction de la survenue ou non de complication et de beaucoup d'autres facteurs sociaux économiques.

La morbidité et la mortalité liées aux hémopéritoinies avaient été respectivement de 8,7% et de 4,3%. La gravité du traumatisme lié à la vélocité ainsi que les lésions associés et le stade évolutif de la tumeur pourraient expliquer les décès.

## CONCLUSION

Urgence médico-chirurgicale, les hémopéritoinies ont été rencontrées 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

- Garnier M, Delamare J. Dictionnaire illustré des termes de médecine. Paris: Maloine; 2012.
- Lacout A. Urgences abdominales: clinique, radiologique. Paris : Vernazobres; 2007.
- Gurreni P, Priolet B. Traumatismes fermés de l'abdomen: Orientations diagnostiques et thérapeutiques. Rev Prat. 1997;47:972-82.
- Saraiya M, Berg CJ, Shulman H, Green CA, Atrash HK. Estimates of the Annual Number of Clinically Recognized Pregnancies in the United States, 1981-1991. Am J Epidemiol. 1 juin 1999;149(11):1025-9.
- Vignon K, Mehinto D, Amoussou F, Ezin E, Chiblo S, Savi A. Les hémopéritoines dans les cliniques universitaires de chirurgie viscérale (cucv) «A» et «B» du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou Maga (CNHU-HKM) de cotonou : aspects epidemiologiques et diagnostiques. J Afr Chir Digest. 2014;14(2):1690-5.
- Traoré A, Diakite I, Togo A, Dembele B-T, Kante L, Maiga A, et al. Hémopéritoine non opératoire dans les traumatismes fermés de l'abdomen (CHU Gabriel-Touré). J Afr Hépatogastroentérologie. déc 2010;4(4):225-9.
- Choua O, Rimtebaye K, Yamingue N, Moussa K, Kaboro M. Aspects des traumatismes fermés de l'abdomen opérés à l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djaména (HGRN), Tchad: à propos de 49 cas. Pan Afr Med J. 31 janv 2017;26:50.8. attipou
- Gbessi Dg, Dossou Fm, Ezin Efm, Hadonou A, Imorou, Souaibou Y, Lawani I, Mehinto DK, Olory-Togbe JL, Bagnan KO. Prise en charge des urgences chirurgicales abdominales à l'hôpital de zone de Comè au Bénin à propos de 169 cas. :7.
- Gaudeuille A, Doui Doumgba A, Ndémanga Kamoune J, Sacko E, Nali NM. [Abdominal trauma in Bangui (Central Africa). Epidemiologic and anatomical aspects]. Mali Med. 2007;22(2):19-22.
- Taourel P, Merigeaud S, Millet I, Devaux Hoquet M, Lopez F m., Sebane M. Traumatisme thoraco-abdominal : stratégie en imagerie. J Radiol. nov 2008;89(11):1833-54.
- Mathieu L, Desfemmes FR, Jancovici R. [Management of the unstable patient with multiple trauma]. J Chir (Paris). déc 2006;143(6):349-54
- AGBOTON C. Les urgences abdomino-pelviennes traumatiques de l'adulte en chirurgie viscerale au CNHU-HKM de Cotonou. Cotonou; 2005. 112 p.
- McAnena OJ, Moore EE, Marx JA. Initial evaluation of the patient with blunt abdominal trauma. Surg Clin North Am. juin 1990;70(3):495-515.