

REPUBLIQUE DU MALI

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

Un Peuple- Un But- Une Foi

**Université des sciences, des techniques et des
technologies de Bamako**



U.S.T.T.B

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2019 – 2020

N° ____/MEMOIRE

**PERFORATIONS TRAUMATIQUES DU CÔLON EN
CHIRURGIE GÉNÉRALE DU CHU GABRIEL TOURE**

Présenté et soutenu publiquement devant le jury de
La Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par **Dr BOUARE Yacouba**

*Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S) de
chirurgien généraliste*

PRESIDENT: Pr Zimogo Zié SANOGO

MEMBRE DE JURY : Pr Soumaila KEITA

DIRECTEUR : Pr Alhassane TRAORE

INTRODUCTION

Le côlon peut être lésé au cours des traumatismes de l'abdomen [1 ; 2].

Les lésions du côlon arrivent en 4^{ème} position après celles de la rate, du foie et de l'intestin grêle [2]. Dans les contusions de l'abdomen, les organes pleins sont le plus souvent touchés, alors que dans les plaies de l'abdomen, les lésions du tube digestif sont les plus fréquentes, les lésions coliques (30%) venant en deuxième position après celles du grêle (50%) [3]. Mais que ce soit dans les contusions ou les plaies de l'abdomen, ces lésions coliques réalisent essentiellement des perforations et peuvent se voir à tous les niveaux topographiques du côlon, atteignant préférentiellement le côlon transverse et le côlon sigmoïde [3 ; 4 ; 5].

Elles constituent une urgence chirurgicale qui nécessite une prise en charge précoce, du fait de l'installation brutale d'une péritonite typique par perforation d'organe creux, ou alors se manifester par une symptomatologie retardée, ou masquée du fait des thérapeutiques engagées, du fait d'associations lésionnelles [6], rendant ainsi la prise en charge tardive, d'où l'importance de la morbidité et de la mortalité.

L'exploration tomодensitométrique s'impose en cas de traumatisme grave. Lors de ces traumatismes, tous les organes intra abdominaux peuvent être lésés [2].

En Europe, les traumatismes fermés de l'abdomen sont en pratique médicochirurgicale quatre fois plus fréquents que les traumatismes ouverts [6], les lésions coliques étant peu fréquentes, représentant moins de 1% des lésions traumatiques abdominales et moins de 5% des lésions digestives [7]. Dans les plaies de l'abdomen, ces lésions coliques représentent 10 à 15% des lésions viscérales [8].

En Afrique, dans une étude réalisée par Ayité au Togo [9] sur les plaies pénétrantes de l'abdomen au CHU de Lomé en 1996, les traumatismes ouverts représentaient 34,9% des traumatismes abdominaux, les lésions coliques occupant la troisième place après celles du foie et du grêle avec un taux de 9,1%. Cette fréquence élevée des plaies abdominales est également notée par d'autres auteurs. Sani au Niger [10] dans une étude sur la plaie abdominale en 2004 retrouvait un taux de 47% des traumatismes ouverts, les lésions coliques venant en première position avec 21,5%, la mortalité étant élevée dans cette étude avec 18%.

Au Mali, la fréquence des traumatismes abdominaux a augmenté ces dernières années du fait du développement des moyens de transport, de l'urbanisation anarchique et de la recrudescence de la violence. Il nous a donc paru nécessaire de mener cette étude sur les perforations traumatiques du côlon (PTC) en vue d'en déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE.

I. OBJECTIFS

1. Objectif général

Etudier les perforations traumatiques du côlon en chirurgie générale du CHU-GT

2. Objectifs spécifiques

- ❖ Déterminer la fréquence des perforations traumatiques du côlon ;
- ❖ Déterminer les circonstances de survenue et les mécanismes ;
- ❖ Décrire les aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques ;
- ❖ Analyser les suites de la prise en charge.

II. METHODOLOGIE :

1. Cadre et lieu de l'étude : notre étude s'est déroulée en chirurgie générale du Centre Hospitalier et Universitaire Gabriel Touré.

2. Type d'étude : Il s'agissait d'une étude monocentrique, rétrospective, descriptive et analytique.

3. Période de l'étude : L'étude a été réalisée de janvier 2010 à juin décembre 2019 soit une période de 10 ans.

4. Collecte des données : Les patients ont été recrutés à partir du registre d'admission du service d'accueil des urgences (SAU), le dossier clinique des malades hospitalisés. Une fiche d'enquête établie a permis de recueillir l'ensemble des renseignements pour chaque patient.

Les paramètres étudiés ont été l'âge, le sexe, les circonstances de découverte, l'étiologie, la nature des lésions et le segment atteint, les signes cliniques, le type de traitement, les suites opératoires.

5. Population d'étude : tous les patients opérés dans le service pour traumatismes abdominaux pendant la même période.

- 6. Enchantions** : tous les patients opérés dans le service pour traumatisme colique.
- 7. Critères d'inclusions** : ont été inclus dans cette étude tous les patients présentant une perforation du côlon suite à un traumatisme.
- 8. Critère de non-inclusion** : n'ont pas été inclus dans cette étude tous les dossiers incomplets, les autres perforations viscérales et les perforations coliques non traumatiques.
- 9. Saisie et analyses des données** : ont été effectuées sur le Pack office 2016 et Epi info. 7.1.
- 10. Tests statistiques** : ont été le test de Chi^2 et le test exact de Fisher avec un seuil de $P < 0,05$.

III. RESULTATS

1. FREQUENCE

En 10 ans, 28 cas de PTC ont été colligés. Ces cas ont représenté :

- 3,90% (28/717) des traumatismes abdominaux ;
- 7,29% (28/384) des plaies abdominales ;
- 8,41% (28/333) des contusions abdominales ;
- 0,11% (28/24827) des hospitalisations ;
- 0,16% (28/17311) des urgences chirurgicales.

2. LES DONNES SOCIODEMOGRAPHIQUES

❖ ANNEE

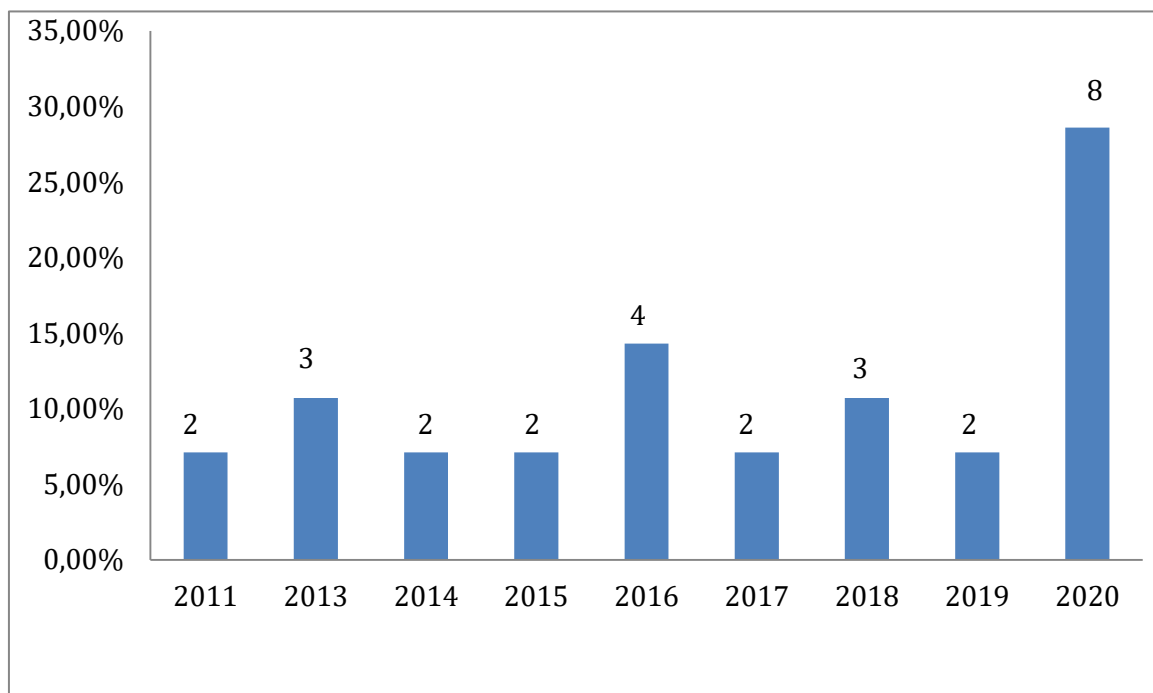


Figure I : fréquence annuelle

Le nombre moyen de PTC par an a été de 3,11 avec un écart type = 2,23 et des extrêmes de 2 et 8 cas par an.

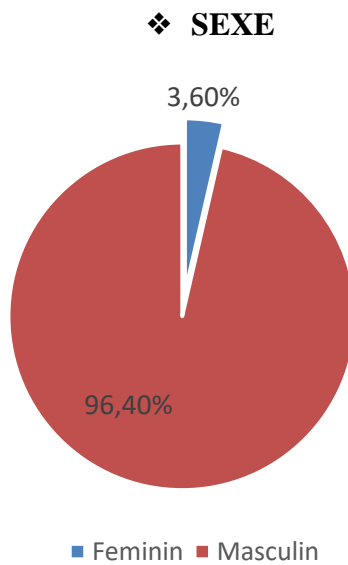


Figure II : le sexe

Les patients se répartissaient en 27 hommes et 1 femme soit un sex-ratio de 27.

❖ **AGE**

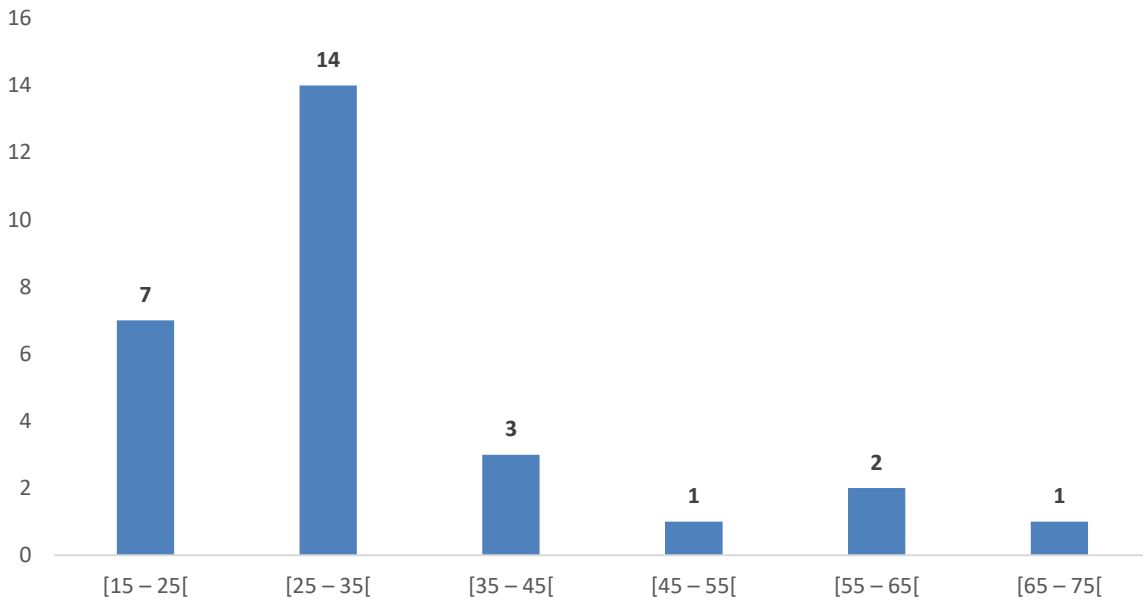


Figure III : la tranche d'âge

L'âge moyen des patients a été de 32,82 ans avec un écart-type de 14,95 et des extrêmes de 16 ans et 73 ans.

La tranche d'âge la plus touchée était celle de 25 à 35 ans avec 14 patients sur 28. De plus, nous avons noté que plus de la moitié des patients avaient moins de 35 ans (21 patients).

❖ **PROFESSION**

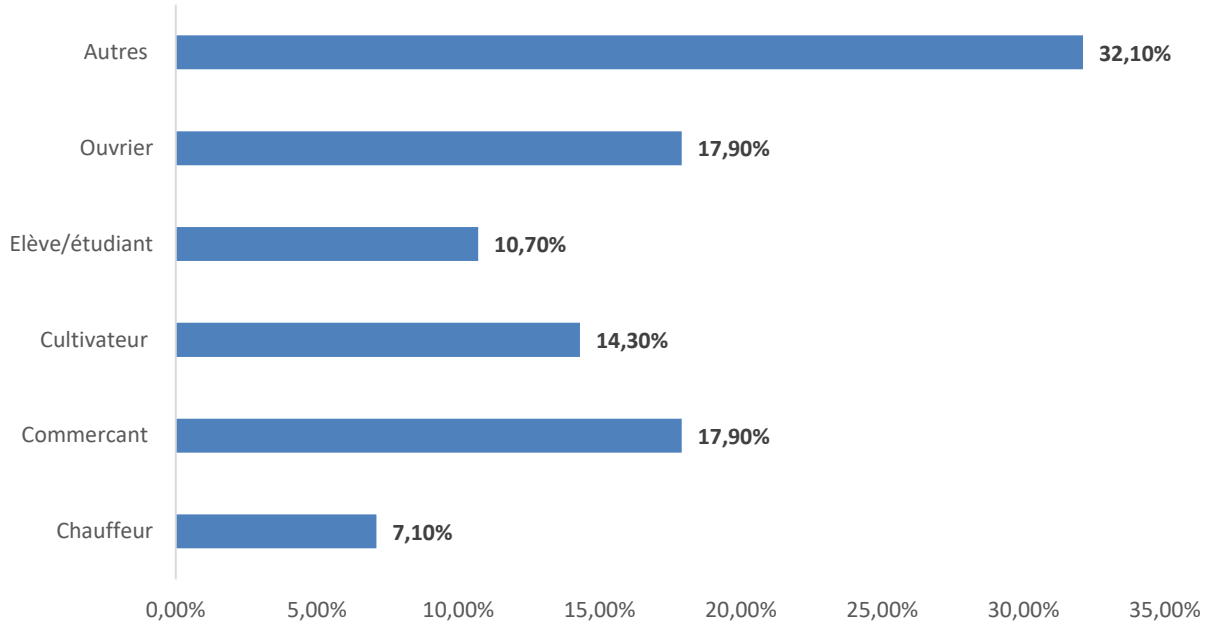


Figure IV : les activités principales

Autres : teinturière (1) ; Professionnelle de sexe (1) ; Comptable (1) ; coiffeur (1) ; Gardien (1) ; militaire (1) ; ferrailleur (1) ; couturier (1) ; boucher (1).

❖ **MODE ADMISSION**

Tableau I : le moyen de transport des patients

MODE ADMISSION	Fréquence	Pourcentage
Ambulance médicale	5	17,8
Protection civile	12	42,9
Taxi	11	39,3
Total	28	100

❖ **DELAIS D'ADMISSION EN HEURE**

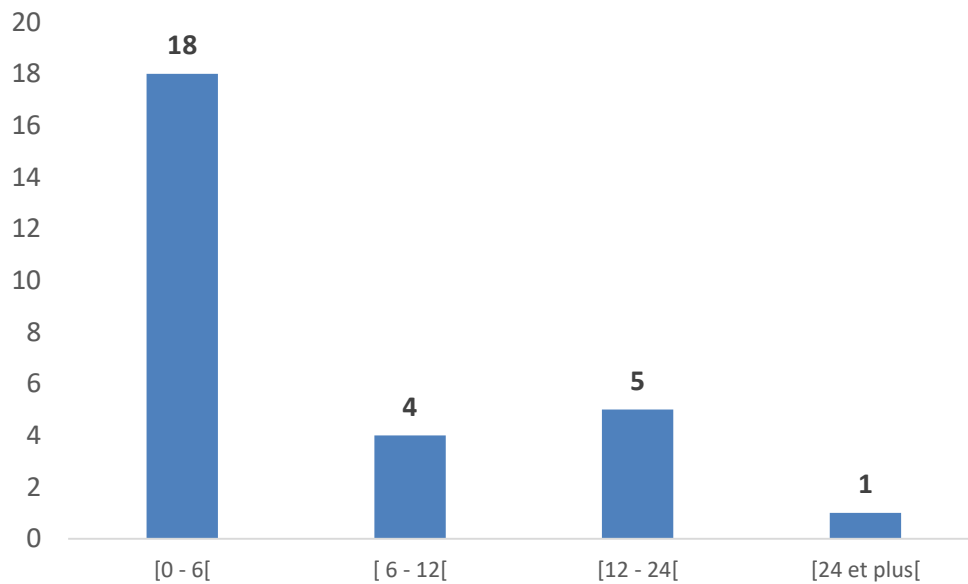


Figure V :les délais d'admission en heure

La majorité des patients à consulté dans les 6 premières heures (18 cas sur 28).Globalement, le délai moyen de consultation était de 9, 32 heures avec des extrêmes de 1heure et 72 heures (3 jours) et un écart type de 18,10 heures.

❖ **MECANISME TRAUMATISME**

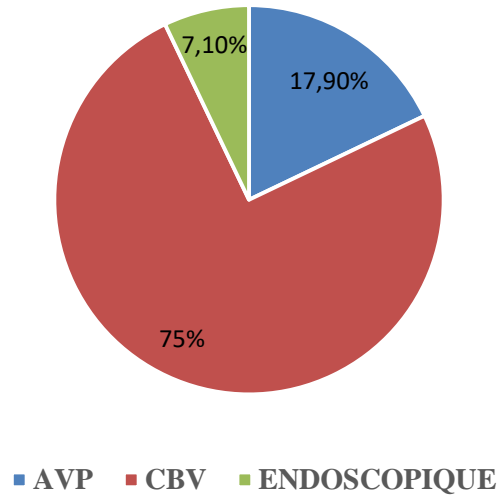


Figure VI : les circonstances du traumatisme

MECANISME LESIONS

Tableau II : le mécanisme lésions

Mécanisme	Fréquence	Pourcentage
Arme à feu	9	32,1
Arme à blanche	11	39,3
Accident de moto	4	14,3
Accidents de voiture	1	3,6
Endoscopique	2	7,1
Objet contendant	1	3,6
Total	28	100

L'arme blanche a été l'agent vulnérant le plus incriminé, suivie de l'arme à feu.

❖ ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Tableau III : les antécédents (ATCD) chirurgicaux

ATCD CHIRURGICAUX	Fréquence	Pourcentage
Appendicectomie	1	3,6
Cure de hernie inguinale bilatérale	2	7,1
Sans antécédent	25	89,3
Total	28	100

❖ ANTECEDENTS MEDICAUX ET FAMILIAUX

Tableau IV : les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Fréquence	Pourcentage
VIH + tuberculose + HTA	1	3,6
Sans antécédent	27	96,4
Total	28	100

La plupart de nos patients était sans antécédent médicaux particuliers.

IV. LES DONNEES CLINIQUES

a. SIGNES FONCTIONNELS

Tableau V : les signes fonctionnels

SIGNES FONCTIONNELS	Fréquence	Pourcentage
Douleur abdominale	17	60 ,70
Fièvre	3	10,7
Vertiges	12	42,9
Vomissements	6	21,4
Soif	7	25

b. SIGNES GENERAUX

Tableau VI : les Signes généraux

Signes généraux	Fréquence	Pourcentage
Pâleur conjonctivale	8	28,6
Froideur des extrémités	5	17,9
Pression artérielle basse PAS<90 mmHg	2	7,1
Pouls accéléré	7	25
Obnubilation	1	3,6

Un état de choc a été observé chez deux patients (7,1%).

❖ **INDICE DE PERFORMANCE OMS**

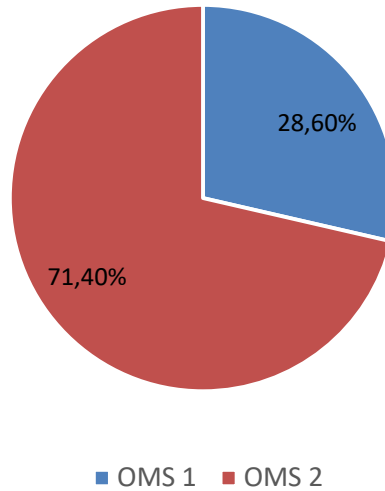


Figure VII : l'indice de performance OMS

3.3. SIGNES PHYSIQUES

❖ **POINT IMPACTS**

Tableau VII : les signes selon les points impacts

POINT IMPACTS	Fréquence	Pourcentage
Ecchymose	1	5,9
Eraflure	3	10,7
Eviscération	10	35,7
Hémorragique	5	17,9
Plaie pariétale	7	25,0
Absence de lésions cutanées	2	7,1
Total	28	100

L'organe éviscéré était : l'épiploon (4 cas) ; le grêle (5 cas) ; le côlon (1 cas).

❖ **LESIONS ASSOCIEES**

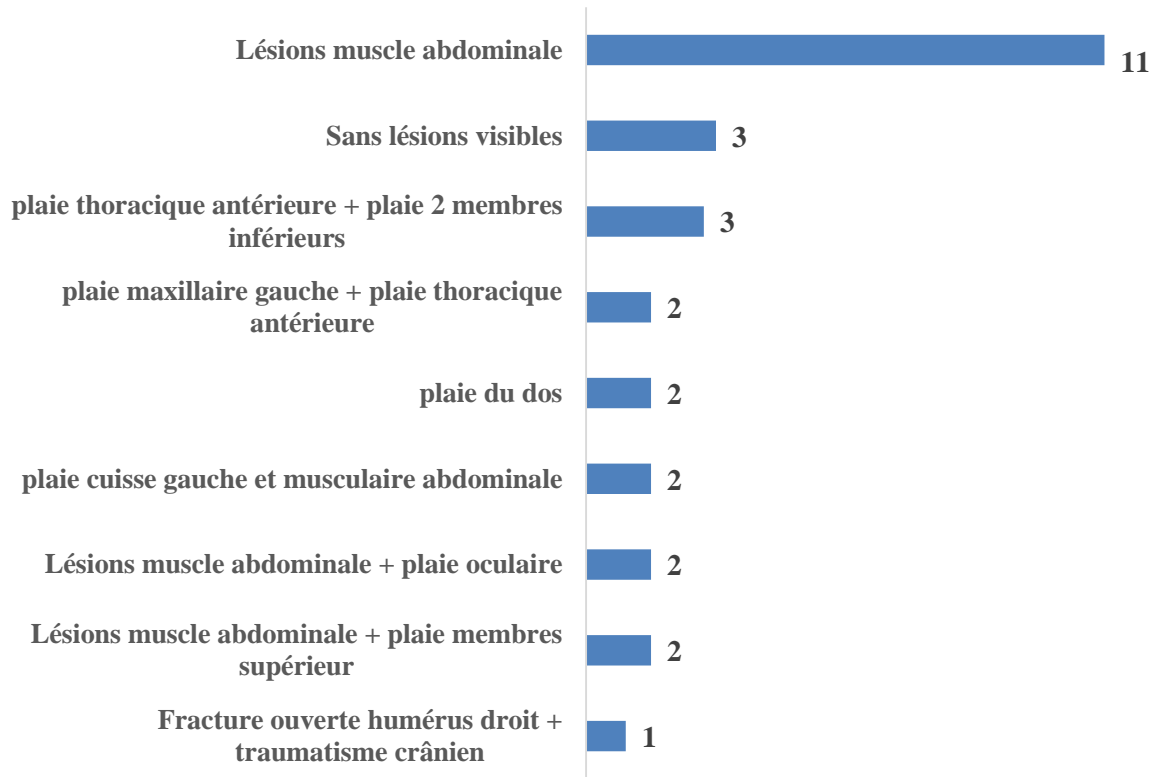


Figure VIII : Les lésions associées préopératoires

3.4. SIGNES PARACLINIQUES

❖ ASP

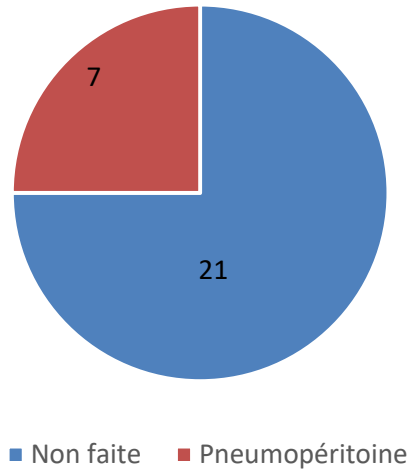


Figure IX : les signes à l'ASP

❖ ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Pourcentage

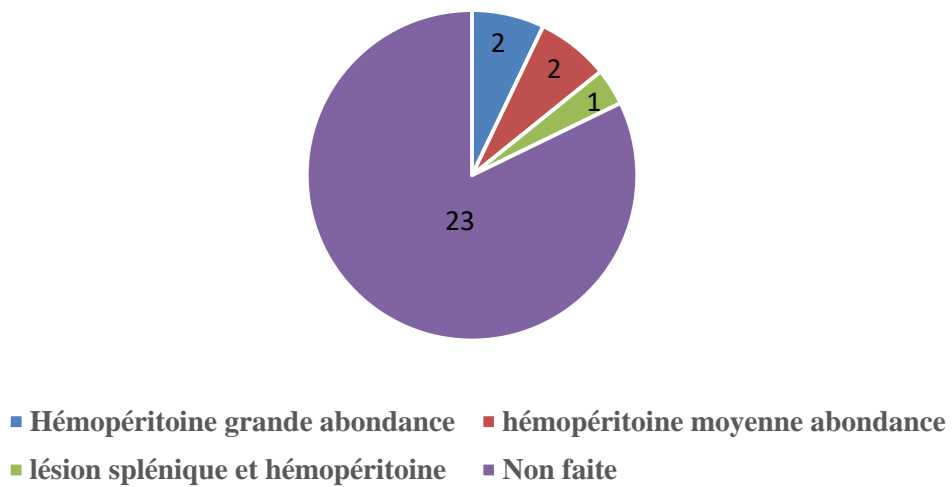


Figure X : les signes à l'échographie abdominale

❖ **TOMODENSITOMETRIE (TDM)**

Tableau IX : les signes à la tomodensitométrie

TDM	Fréquence	Pourcentage
Fracture crânienne	1	3,6
Hémopéritoine faible abondance	3	10,7
Non faite	24	92,3
Total	28	100

❖ **TAUX D'HEMOGLOBINE**

Tableau X : les résultats du taux d'hémoglobine (HGB)

TX HGB	Fréquence	Pourcentage
< 9.0	3	10,7
9.0 - 11.0	7	25
>11.0	18	64,3
Total	28	100

Min :6

Max :16

Ecart 2 ,68

❖ **LEUCOCYTES**

Tableau XI : les résultats de la numération des leucocytes

Leucocytes	Fréquence	Pourcentage
Hyperleucocytose	3	10,7
Normal	25	89,3
Total	28	100

❖ **PLAQUETTES**

Tableau XII : les résultats de la numération plaquettes

Plaquettes	Fréquence	Pourcentage
Normal	27	96,4
Thrombocytose	1	3,6
Total	28	100

❖ **GROUPAGE SANGUIN ABO ET RHESUS**

Tableau XIII : les résultats du groupage sanguin ABO et rhésus

Groupe et rhésus	Fréquence	Pourcentage
A-	1	3,6
A+	5	17,9
AB+	1	3,6
B+	11	39,3
O+	10	35,7
Total	28	100

4. TRAITEMENT

❖ DELAI DE LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE EN HEURE

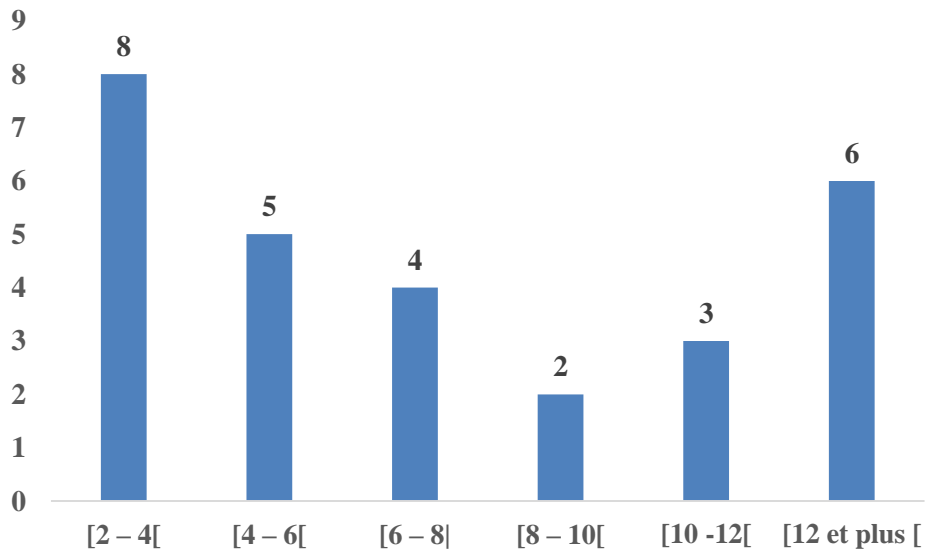


Figure XI : le délai de la prise en charge chirurgicale en heure

Le délai moyen de l'intervention chirurgicale a été de 12, 03h avec un écart-type de 19,53 et des extrêmes de 02h et 76h.

*

❖ **REANIMATION PREOPERATOIRE**

Tous les patients ont eu une réanimation préopératoire.

❖ **TRANSFUSION**

Tableau XIV : la transfusion

Transfusion	Fréquence	Pourcentage
Non	14	50
Oui	14	50
Total	28	100

❖ **SERUM ANTITETANIQUE ET VACCIN ANTITETANIQUE**

La sérothérapie a été effectuée chez tous les patients.

❖ **TYPE ANESTHESIE**

Le type anesthésie a été l'anesthésie générale chez tous nos patients.

❖ **VOIES D'ABORDCHIRURGICALE**

La laparotomie médiane sus et sous ombilicale a été la voie d'abord chirurgicale chez tous les patients

❖ **QUALITE DU LIQUIDE INTRAABDOMINALE**

Tableau XV: le liquide d'épanchement péritonéal

Aspect du liquide aspiré	Fréquence	Pourcentage
Pus	1	3,6
Sang	14	50
Selles	7	25
Séro-hématique	6	21,4
Total	28	100

❖ **QUANTITE LIQUIDE ASPIREE**

Tableau XVI : la quantité du liquide aspiré en ml

Quantité liquide ml	Fréquence	Pourcentage
30 – 200	13	46,4
300 – 500	3	10,7
600– 800	5	17,9
900 – 1100	2	7,1
1200– 1400	2	7,1
1500– 2000	3	10,7
Total	28	100

La quantité moyenne du liquide aspiré a été de 582,85ml avec un écart type de 605,93 et des extrêmes de 30 ml et 2000 ml.

❖ **SIEGE DE LAPERFORATIONCOLIQUE**

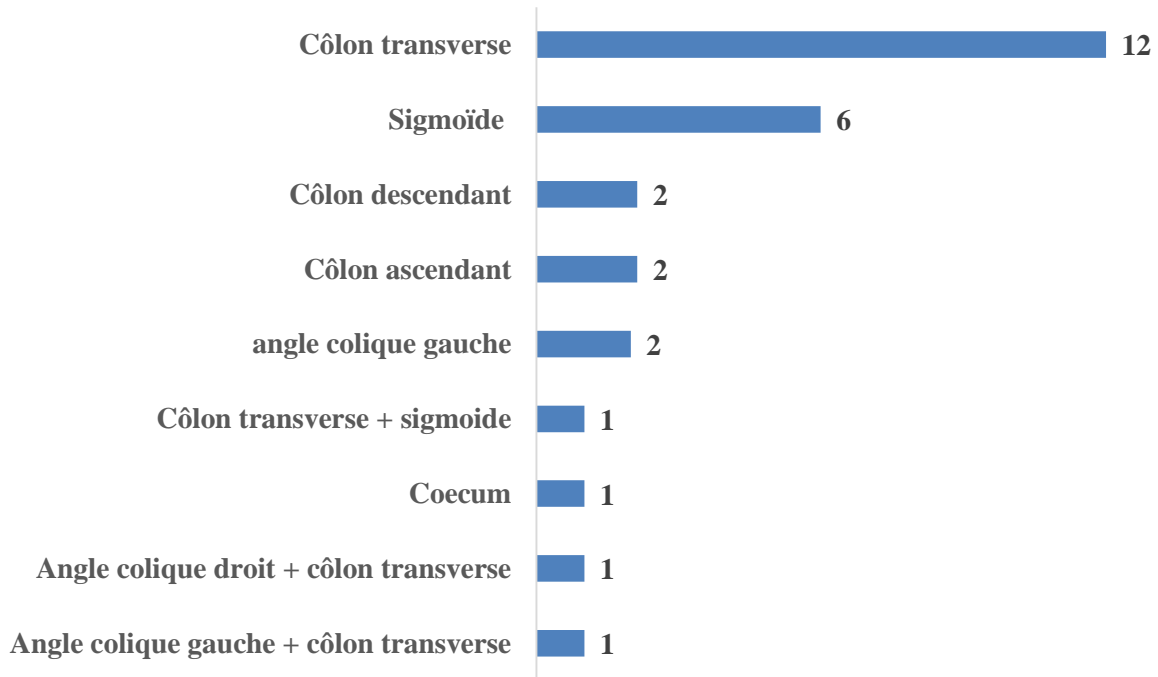


Figure XII : le siège de la perforation colique

Le côlon transverse a été le segment le plus touché (12 cas sur 28), suivi du côlon sigmoïde (6 cas sur 28).

❖ **TYPES LESIONS**

Tableau XVII : les types lésions

Types lésions	Fréquence	Pourcentage
Perforation	25	89,3
Transsection	3	10,7
Total	28	100

La transsection colique a été observée chez 3 patients.

❖ **NOMBRE PERFORATION**

Tableau XVIII : le nombre perforation

Nombre perforation	Fréquence	Pourcentage
1	22	88,0
2	2	8,0
3	1	4,0
Total	25	100

La perforation colique était unique dans 22 cas, double dans 2 cas et triple dans 1cas.

❖ **TAILLE DES LESIONS EN CM**

Tableau XIX : la taille de lésions en cm

Taille lésions en cm	Fréquence	Pourcentage
1	11	39,3
2	10	35,7
3	4	14,3
4	2	7,1
10	1	3,6
Total	28	100

Dans les perforations arrondies, la taille de la lésion variait de 1 à 3cmde diamètre.

Dans les transections, la taille variait de 4 cm à 10cm de grand axe.

❖ **LESIONS INTRA ABDOMINALES ASSOCIEES**

Tableau XX : les lésions intra abdominales associée

Lésions intra abdominales associes	Fréquence	Pourcentage
Plaie méésentérique	3	10,7
Double perforations iléales	3	10,7
Double transections iléales	1	3,6
Double transections jéjunales	3	10,7
Hématome retro péritonéale	1	3,6
Lésion grand omentum	3	10,7
Lésion pancréas	1	3,6
Lésion dôme vésicale	1	3,6
Perforation gastrique	1	3,6
Plaie hépatique	2	7,1
Rupture complète du rein gauche	1	3,6

Les lésions intra-abdominales associées ont été le plus souvent une atteinte de l'intestin grêle dans 7 cas (atteinte jéjunale dans 3 cas et iléale dans 4 cas), suiviedu méésentère dans 3 cas, deslésions du grand omentum dans 3cas.

❖ **GESTES CHIRURGICAUX**

Tableau XXI : les gestes chirurgicaux

Gestes chirurgicaux	Fréquence	Pourcentage
Colectomie droite + anastomose iléocolique	1	3,6
Résection segmentaire + anastomose colo-colique	2	7,1
Résection segmentaire + stomie	5	17,9
Suture perforation	20	71,4
Total	28	100

La suture de la perforation a été réalisée chez 20 patients.

❖ **TYPE STOMIE****Tableau XXII** : le type de stomie

Type stomie	Fréquence	Pourcentage
Colostomie double Canon	2	40
Iléo-cæcostomie	1	20
Colostomie selon Hartmann	2	40
Total	5	100

Les patients ayant bénéficié d'une colostomie ou d'une iléo-cæcostomie avaient tous soit, liquide fécaloïde ou purulent dans la cavité abdominale.

❖ **GESTES ASSOCIEES****Tableau XXIII** : les gestes associés

Gestes associées	Fréquence	Pourcentage
Mise à plat aspiration d'hématome	1	3,6
Hémostase de la lésion hépatique	1	3,6
Hémostase lésion pancréas	1	3,6
Parage musculaire	4	,4
Packing du foie	1	3,6
Résection-anastomose grêlique	8	28,6
Résection grand omentum + parage musculaire	2	12,1
Résection grand omentum+ parage musculaire plaie cuisse	1	3,6
Résection iléale+ parage musculaire	1	3,6
Suture jéjunale+ parage musculaire	1	3,6
Suture plaies maxillaire + thoracique + parage musculaire	1	3,6
Suture gastrique	1	3,6



❖ **SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES**

Tableau XXIV : les suites opératoires immédiates

Suites immédiates	Fréquence	Pourcentage
Complicquées	12	42,8
Simple	16	57,2
Total	28	100

❖ **TYPE COMPLICATIONS**

Tableau XXV : les types complications

Type complications	Effectif	Pourcentage
Abcès paroi	5	17,8
Décès	3	10,7
Pneumopathie	1	3,6
PPO par lâchage anastomotique	3	10,7
Total	12	42,8%

PPO= péritonite postopératoire

❖ **TRAITEMENT DES COMPLICATIONS**

Tableau XXVI : le traitement des complications

Traitement des complications	Effectif
Colostomie double canon	1
Kinésithérapie respiratoire	1
Lavage et renforcement suture et drainage	2
Soins locaux	5

❖ **DUREE HOSPITALISATION EN JOUR**

Tableau XXVII : la durée d'hospitalisation en jour

Durée hospitalisation	Fréquence	Pourcentage
1 – 6	9	32,2
7– 12	10	35,7
13 – 18	4	14,3
19 – 24	3	10,7
25 – 30	2	7,1
Total	28	100

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10,78 jours avec des extrêmes de 1jour et de30 jours.

❖ **MODEDE SORTIE**

Tableau XXVIII : le mode de sortie des patients

Mode sortie	Fréquence	Pourcentage
Décédé	5	17,9
Vivant	23	82,1
Total	28	100

❖ **DATE DE DECES**

Tableau XXIX : la date de décès

DATE DECES	Fréquence	Pourcentage
j1	2	7,1
j2	1	3,6
j30	1	3,6
j4	1	3,6

CAUSE DU DECES

Tableau XXX : la cause de décès

CAUSE DECES	Fréquence	Pourcentage
Choc hypovolémique	3	10,7
Choc septique	1	3,6
Embolie pulmonaire	1	3,6

5. ANALYSE MULTIVARIEE

❖ TYPES DE LESIONS ET GESTES CHIRURGICAUX

Tableau XXXI : les types de lésions selon les gestes chirurgicaux effectués

Types lésions	Gestes chirurgicaux				Total
	Colectomie droite + anastomose iléocolique n (%)	Résection segmentaire + anastomose colo colique n (%)	Résection segmentaire et stomie n (%)	Suture perforation n (%)	n (%)
Perforations n (%)	0 (0)	1 (4)	4 (16)	20 (80)	25 (89,29)
Transsections n (%)	1 (33,33)	1 (33,33)	1 (33,33)	0 (0)	3 (10,71)
Total n (%)	1 (3,57)	2 (7,14)	5 (17,86)	20 (71,43)	28 (100)

Fisher = 28 P = 0,002

❖ **TYPES DE LÉSIONS ET TYPES DE COMPLICATIONS**

Tableau XXXII : les types de lésions selon les complications

Types lésions	Types complications					Total
	Abcès paroi n (%)	Décès n (%)	Détresse respiratoire n (%)	PPO n (%)	Sans complications	n (%)
Perforations n (%)	4 (16)	2 (8)	1 (4)	3 (12)	15 (60)	25 (89,29)
Transsections n (%)	1 (33,33)	1 (33,33)	0 (0)	0 (0)	1 (33,33)	3 (10,71)
Total n (%)	5 (17,86)	3 (10,71)	1 (3,57)	3 (10,71)	16 (57,15)	28 (100)

Fisher = 2,792

P = 0,732

❖ **GESTES CHIRURGICAUX ET TYPES COMPLICATIONS**

Tableau XXXIII : les gestes chirurgicaux effectués selon les complications

	Types complications					Total
	Abcès paroi n (%)	Décès n (%)	Détresse respiratoire n (%)	PPO n (%)	Sans complications	n (%)
Colectomie droite+ anastomose iléocolique n (%)	1 (20)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,57)
Résection segmentaire + anastomose colo colique n (%)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1 (6,25)	2 (7,14)
Résection segmentaire et stomie n (%)	1 (20)	1 (33,33)	0 (0)	2 (66,67)	1 (6,25)	5 (17,86)
Suture perforation n (%)	3 (60)	2 (66,67)	0 (0)	1 (33,33)	14 (87,50)	20 (71,43)
Total n (%)	5 (17,86)	3 (10,71)	1 (3,57)	3 (10,71)	16 (57,15)	28 (100)

Fisher = 84,3933

P = 0,000

❖ **DELAI PEC EN HEURE ET TYPES COMPLICATIONS**

Tableau XXXIV : le délai de prise en charge e, heure et les types de complications

Délai PEC	Types complications					Total
	Abcès paroi n (%)	Décès n (%)	Détresse respiratoire n (%)	PPO n (%)	Sans complications	n (%)
[2 – 4[n (%)	2 (40)	1 (33,33)	1 (100)	0 (0)	4 (25)	8 (28,57)
[4 – 6[n (%)	0 (0)	1 (33,33)	0 (0)	0 (0)	4 (25)	5 (17,86)
[6 – 8[n (%)	1 (20)	0 (0)	0 (0)	1 (33,33)	2 (12,50)	4 (14,28)
[8 – 10[n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (33,33)	1 (6,25)	2 (7,14)
[10 – 12[n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (33,33)	2 (12,50)	3 (10,71)
[12 et Plus [n (%)	2 (40)	1 (33,33)	0 (0)	0 (0)	3 (18,75)	6 (21,43)
Total n (%)	5 (17,86)	3 (10,71)	1 (3,57)	3 (10,71)	16 (57,15)	28 (100)

Chi² = 50,1556

P = 0,6599

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1 – Matériels et méthodes :

C'était une étude monocentrique, descriptive et analytique et rétrospective dont :

- **Les points forts étaient :**
 - ✓ Une période d'étude assez longue qui a permis de colliger les 28 cas.
 - ✓ L'absence de dossier inexploitable qui a permis un recensement exhaustif des cas.
- **Le point faible était :** la difficulté de recueillir certaines données ce qui a nécessité une recherche active de certains patients.

FREQUENCE HOSPITALIERE PAR RAPPORT AUX TRAUMATISMES ABDOMINAUX ET AUTEURS

Tableau : XXXV

Auteurs	Fréquence %	Test statistique P
TRAORE , 2013. Mali, n = 24 [11]	5,29	1
BA, 2012, Burkina Faso, n = 27 [13]	2,86	0,99
Benjelloun , 2012, Maroc, n = 49 [15]	6,02	0,96
Arvieux , 2009, France, n = 101 [19]	4,78	0,84
Notre étude Mali 2019 n = 28	03,90	

Les perforations d'organes creux intra abdominaux d'origine traumatique occupent une place importante en pathologie abdominale d'urgence [16] du faite de l'augmentation du banditisme et le développement des moyens de transport. La fréquence hospitalière a été de 3,90 dans notre étude. Elle est superposable a celle de la littérature [11 ; 13 ; 15 ; 19].

❖ AGE MOYEN

Tableau : XXXVI : âge moyen et auteurs

Auteurs	Age moyen	Ecart type	Test statistique P
BA, 2013, Burkina Faso, n = 27 [12]	30,77	11,71	0,57
TRAORE, 2013. Mali, n = 24 [10]	26,86	9,25	0,19
Gaudeville, 2007, RCA, n = 48 [19]	29,67	10,12	0,32
Hoffmann, France, 2011, n = 61, [20]	39,04	16,12	0,17
Notre étude Mali 2019 n = 28	32,82	14,95	

L'adulte jeune est exposé au banditisme et aux aléas de la circulation surtout dans un pays où le parc automobile augmente avec une situation routière précaire associée à l'incivisme des conducteurs [22 ; 24]. L'âge moyen de nos patients a été de 32,82ans. Il n'existe pas de différence significative par rapport aux séries malienne, burkinabè, centre africaine et française [10 ; 12 ; 19 ; 20]

❖ **SEXE****Tableau XXXVII** : Sexe ratio et auteurs

Auteurs	Sex-ratio	Test statistique P
Gaudeville, 2007, RCA, n = 48 [19]	5	0,05
BA, 2013, Burkina Faso, n = 27 [13]	5,75	0,09
TRAORE, 2013. Mali, n = 24 [10]	5	0,05
Arvieux, 2009, France, n = 101 [18]	4,32	0,00
Iqbal, Pakistan, 2007, n = 222, [2 3]	6,65	0,13
Notre étude Mali 2019 n = 28	27	

Le sexe est un facteur favorisant des traumatismes abdominaux qui peuvent être à l'origine des perforations coliques. [22] Cela pourrait s'expliquer par le fait que les hommes sont plus enclins aux traumatismes de part leur comportement, c'est-à-dire qu'ils sont plus agressifs dans leur attitude que les femmes.

Le sex-ratio de nos patients a été de 27. Cette prédominance masculine est également notée par la plupart des auteurs. Ainsi en Afrique, BA au Burkina [12] retrouvait cette prédominance masculine avec un sex-ratio de 4,32. TRAORE [10] au Mali en

2013 et Iqbal [23] au Pakistan en 2007 notaient respectivement une prédominance masculine de 5 et 6,65 par rapport aux femmes.

❖ DELAI DE CONSULTATION EN HEURE

Tableau XXXVIII : délai de consultation et auteurs

Auteurs	Délai moyen	Ecart type	Test stistique P
Musa, Inde, 2010, n = 68 [21]	8,7	7,3	0,68
BA, 2102, Burkina Faso, n = 27 [12]	13,46	11,29	0,00
TRAORE, 2013. Mali, n = 24 [10]	10,61	10,79	0,58
Arvieux, 2009, France, n = 101 [18]	6,70	4,56	0,39
Notre étude Mali 2019 n = 28	9,32	18,10	

Le délai d'admission est le temps entre le moment de l'accident et la première consultation à l'hôpital qui est un facteur déterminant pour la suite de la prise en charge [27].

Le délai moyen d'admission dans notre étude a été de 9,32 heures. Ce délai diffère de celui de Ba au Burkina Faso (13,46 heures) [12] avec un $p = 0,00$. Cette

différence pourrait être liée au moyen de transport, l'état des routes, la méconnaissance de la population de la gravité des traumatismes abdominaux. Cependant il n'existe pas de différence statistique avec les séries françaises, indienne, et malienne (6,70 ; 8,7 ; 10,61) [18 ; 21 ; 10].

❖ MECANISME DE LESIONS

Tableau XXXIX : Mécanisme de lésion et auteurs

Auteurs	Mécanisme n (%) P		
	CBV	AVP	ENDOSCOPIQUE
Iqbal, Pakistan, 2007, n = 222, [23]	205 (92,34) P = 0,22	17 (07,66) P = 0,55	-
BA, 2013, Burkina Faso, n = 27 [12]	21 (77,78) P = 0,81	05 (18,52) P = 0,77	01 (03,70) P = 0,97
Geukens, 2005, France, n = 101 [25]	18 (75) P = 0,97	6 (25) P = 0,44	-
Rakotoarivony, 2008. Madagascar, n = 17 [28]	-	17 (23,29) P = 0,00	-
Notre étude Mali 2019 n = 28	21 (75)	5 (17,90)	2 (7,10)

Les lésions coliques peuvent être induites par divers mécanismes [19 ; 22].

Les CBV ont été à l'origine des lésions coliques dans 75% des cas. Ce résultat ne diffère pas de ceux des séries française, pakistanaise et burkinabè (75% ; 92,34% ; 77,78%) [12 ; 25 ; 23]. Cependant 17,9% des lésions sont liés aux AVP et 7,10% endoscopique. Dans notre contexte de vie chère, la pauvreté de la population, l'appât du gain facile, l'incivisme et la prolifération des armes légères pourraient favoriser les agressions.

❖ SIGNES PARACLINIQUES

Tableau XXXX : les signes paracliniques et auteurs

Auteurs	Signes (%) P : ASP ET ECHOGRAPHIE ABDOMINALE		
	Pneumopéritoine	Hemoperitoine	Fracture splénique
TRAORE, 2013. Mali, n = 24 [12]	(75) P = 1	(37,5) P = 0,22	-
Attipou, 2007, Togo, n = 84 [16]	(72) P = 0,71	(80) P = 0,19	(2,7) P = 0,98
BA, 2013, Burkina Faso, n = 27 [12]	(11,11) P = 0,002	(7,41) P= 0,00	-
Rakotoarivony, 2008. Madagascar, n = 17 [28]	(97) P = 0,22	(42) P = 0,005	-
Notre étude Mali 2019 n = 28	(75)	(92,90)	(3,60)

L'ASP recherche un pneumopéritoine inconstant (75%) [33]. Dans notre série, l'ASP a été réalisée dans seulement 7 cas et a montré un pneumopéritoine dans 5 cas et des niveaux hydro-aériques dans 2cas.

L'échographie abdominale est moins fiable pour reconnaître un pneumopéritoine en relation avec un traumatisme d'organe creux [18] mais elle est d'une grande sensibilité pour détecter un épanchement intra-abdominal [21]. Elle a été 5 cas et a montré 1 épanchement intra-abdominal dans les 5 cas

La faible réalisation d'examens complémentaires dans notre série pourrait s'expliquer par l'importance des signes cliniques à l'admission des patients, signant ainsi une atteinte viscérale et motivant de ce fait une exploration chirurgicale.

Nous avons mis en évidence 75% de pneumopéritoine à l'ASP sans différence significative avec les séries de Traoré (75%) ; Attipou (72%). [10 ; 16],

❖ **DELAI DE PRISE EN CHARGE EN HEURE****Tableau XXXXI** : le délai moyen de prise en charge chirurgicale et auteurs

Auteurs	Délai moyen	Ecart type	Test statistique P
BA, 2013, Burkina Faso, n = 27 [12]	23,32	18,98	0,03
Nakamura, 2005, Japon, n = 200 [11]	3,5	2	0,14
Rakotoarivony, 2008. Madagascar, n = 17 [28]	6,5	4,78	0,24
Attipou, 2007, Togo, n = 84 [16]	11,7	10,67	0,77
Notre étude Mali 2019 n = 28	12,03	19,53	

Dans notre étude, le temps moyen mis entre le traumatisme et le début de l'intervention chirurgicale était de 12 ,03 heures. Ce résultat est sans différence statistique significative avec ceux des auteurs Nakamura ; Attipo ; Rokoto [11; 16 ; 28].

Nos résultats sont différents de ceux de BA [12] qui avait un délai moyen de 23,32 heures.

Cette différence pourrait s'expliquer par le retard d'admission aux urgences mais aussi à l'organisation des services de secours.

❖ **SIEGE LESIONS COLIQUES**

Tableau XXXXII : siège de lésion coliques et auteurs

Auteurs	TRAORE, 2013. Mali, n = 24 [10]	Attipou, 2007, Togo, n = 84 [16]	BA, 2102, Burkina Faso, n = 27 [12]	Notre étude Mali 2019 n = 28
Siège colique (%) P				
Colon transverse	(33,33) P = 0,46_	(39,00) P = 0,73	(37,04) P = 0,66	(42,90)
Sigmoïde	(16,67) P = 0,93	(25,5) P = 0,70	(22,22) P = 0,94	(21,40)
Colon ascendant	(8,33) P = 0,72	(6,1) P = 0,82	(7,41) P = 0,63	(7,60)
Colon descendant	(12,5) P = 0,86	(10,5) P = 0,85	(14,81) P = 0,63	(7,60)
ACG	(8,33) P = 0,72	(13,1) P = 0,66	(11,11) P = 0,96	(7,10)
Cæcum	(12,5) P = 0,49	-	(7,41) P = 0,97	(3 ;60)
ACG +CT	(8,33) P = 0,89	(5,8) P = 1	-	(3,60)
ACD + CT	-	-	-	(3,60)

Le colon transverse a été le siège le plus fréquent chez nos patients (42,90%)
Cette prédominance a été retrouvée dans les séries malienne, togolaise, burkinabè
(33,33% ; 39% ; 37,04%) avec un $p > 0,05$. Cette partie du colon serait la plus
touchée du fait de sa position anatomique.

❖ **GESTES CHIRURGICAUX****Tableau XXXXIII** : les gestes chirurgicaux et auteurs

Auteurs	Gestes (%) P			
	Suture perforations	RS + Stomie	RS + ACC	CD + AIC
TRAORE, 2013. Mali, n = 24 [10]	(75) P = 0,77	(4,17) P = 0,27	(20,83) P = 0,30	-
Attipou, 2007, Togo, n = 84 [16]	(70) P = 0,90	(14,4) P = 0,88	(11,9) P = 0,72	(3,7) P = 0,56
BA, 2013, Burkina Faso, n = 27 [12]	(59,26) P = 0,34	(25,92) P = 0,47	(7,40) P = 0,63	(7,40) P = 0,97
Rakotoarivony, 2008. Madagascar, n = 17 [28]	(80,4) P = 0,64	(12,8) P = 0,90	(8,4) P = 0,65	-
Notre étude Mali 2019 n = 28	(71,4)	(17,90)	(7,10)	(3,60)

20 patients ont bénéficié d'une suture simple et 2 patients, d'une résection-anastomose Immédiate et une stomie a été réalisée dans 3 cas soit une colostomie

Les stomies ont été pratiquées sur des lésions avec contamination péritonéale

importante, ou sur des cas avec lésions intra-abdominales associées.

Nos résultats sont comparables à la littérature qui retrouve en pratique civile, un taux de réparation primaire supérieur à la stomie dans les perforations coliques traumatiques [6, 13, 15, 17, 24, 27].

❖ MORBIDITE

Tableau XXXXIV : la morbidité hospitalière et auteurs

Auteurs	Morbidity n (%) P		
	Abcès parois	PPO	Détresse respiratoire
TRAORE, 2013. Mali, n = 24 [10]	8 (33,33) P = 0,20	3 (12,5) P = 0,81	-
Geukens, 2005, France, n = 101 [25]	4 (3,96) P = 0,66	1 (0,99) P = 0,00	-
BA, 2013, Burkina Faso, n = 27 [13]	-	1 (3,70) P = 0,63	1 (3,70) P = 1
Notre étude Mali 2019 n = 28	5 (17,85)	3 (10,71)	1 (3,57)

La morbidité hospitalière la plus fréquente a été l'abcès de la paroi (17,85%) sans différence statistiquement significative -avec les séries malienne et française (33,33% ; 3,96%) [10 ; 25]

❖ **MORTALITE HOSPITALIERE****Tableau XXXXV** : la mortalité hospitalière et auteurs

Auteurs	Mortalité n (%)	Test statistique P
TRAORE, 2013. Mali, n = 24 [10]	3 (12,5)	0,88
BA, 2013, Burkina Faso, n = 27 [12]	2 (7,41)	0,45
Geukens, 2005, France, n = 101 [25]	1 (0,99)	0,001
Iqbal, Pakistan, 2007, n = 222, [23]	10 (4,50)	0,02
Notre étude Mali 2019 n = 28	5 (17,8)	

La mortalité est liée à plusieurs facteurs dans les traumatismes abdominaux [19]. Le taux de mortalité hospitalière de nos patients a été de 17,8% ce qui supérieur à celui de Iqbal [23] et de Geukens [25] , cette différence pourrait être liée au délai de diagnostic, de prise en charge, les gestes effectués. Cependant il n'existe pas de différence avec la série malienne et burkinabè avec $p > 0,05$. [11 ; 13].

❖ **DUREE DE SEJOUR HOSPITALIER****Tableau XXXXVI** : le séjour moyen hospitalier et auteurs

Auteurs	Séjour moyen	Ecart type	Test statistique P
Iqbal, Pakistan, 2007, n = 222, [23]	12,50	10,51	0,41
Geukens, 2005, France, n = 101 [25]	8,43	4,72	0,25
TRAORE, 2013. Mali, n = 24 [10]	9,19	3,12	0,34
Notre étude Mali 2019 n = 28	10,78	8,58	

Le séjour hospitalier est en fonction de la morbidité et des tares associées et lésions associées [15 ; 22].

Le séjour moyen a été de 10,78 jours sans différence significative avec tous les auteurs de la littérature.

CONCLUSION

Les perforations traumatiques du côlon sont peu fréquentes et s'observent plus souvent chez les sujets jeunes de sexe masculin. Elles se rencontrent le plus souvent lors des plaies abdominales que lors des contusions de l'abdomen. Ces lésions constituent une urgence médico-chirurgicale. Leur pronostic est fonction de la précocité du diagnostic et de la prise en charge médico-chirurgicale, du degré de contamination péritonéale, de l'existence de lésions associées et de la méthode thérapeutique employée. Une meilleure indication de la méthode thérapeutique permettrait de réduire la morbi-mortalité due à ces lésions coliques.

RECOMMANDATIONS

❖ Au Ministre de la Santé :

- Renforcement de la formation des chirurgiens en vue de doter les différents CMA en personnels qualifiés, évitant ainsi les évacuations.
- Renforcement du plateau technique en matière de chirurgie du premier niveau de référence des patients (CMA).
- Renforcement des compétences en matière de chirurgie du personnel de premier niveau des formations sanitaires périphériques.

❖ A l'administration de l'hôpital :

- Rendre effectif la prise en charge sans prépaiement aux urgences viscérales.
- Rendre disponible et l'accessible en urgence aux examens d'imagerie médicale.
- Mise en place d'un système d'archivage électronique des dossiers médicaux, afin de faciliter leur exploitation.

❖ A la population :

- Participer aux efforts de lutte contre le banditisme en signalant à la police tout acte ou comportement suspect constaté.
- Respecter le code de la route.
- Consulter le plus rapidement possible un centre de santé en cas de traumatisme abdominal.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. RakeLR, Vogl W, Mitchell AWM. Gray's Anatomie pour les étudiants. Paris : Elsevier Masson SAS, 2006.
2. **Fagniez** PL, Serpeau, Thomson C. Péritonites aiguës. Encycl. Méd Chir Estomac-Intestin 1982 ;6(10) : 9045.
3. Pritts TA, Petro M, Fortuna G, Robinson BRH. Trauma of the Gastrointestinal Tract. General Surgery 2011 Juin ; 10 (2) : 11 p.
4. Salinas-Aragon LE, Guevara-Torres L, Vaca-Perez E, Belmares-Taboada JA, Ortiz-Castillo F de G, Sanchez-Aguilar M. Primary closure in colon trauma. CirCir. 2009 ; 77 (5) : 359-64.
5. Sanou ML. Les perforations du tube digestif dans les contusions abdominales au CHU-YO de 2003 à 2007 : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. A propos de 57 cas. Thèse Doctorat, Ouagadougou ; 2008.
6. Sule AZ, Kidmas AT, Awani K, Uba F, Misauno M. Gastrointestinal perforation following blunt abdominal trauma. East Afr Med J. 2007 Sept ; 84 (9) : 429-33.
7. Tapsoba Y. Les plaies abdominales par arme à feu en pratique civile : A propos de 50 cas au CHU/YO. These Doctorat, Ouagadougou ; 2008.
8. **AYITTE** : plaies pénétrantes de l'abdomen au CHU de Lomé, thèse de médecine, lomé, Togo. 1996.
9. **SANI** : les plaies abdominales traumatiques, thèse de médecine, niamey, Niger, 2004.

- 11.Oumar Tiecoura Traore:** les perforations digestives traumatiques dans le service de chirurgie générale du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré : thèse de médecine ;fmos, bamako, Mali ;13M88. 2013.
- 12.H NAKAMURA, M IYODA, K SATO AND K KITAZAWA :**Retrograde Hydrostatic Irrigation Enema-induced Perforation of the Sigmoid Colon in a Chronic Renal Failure Patient before Colonoscopy:**The Journal of International Medical Research 2005; 33: 707 – 710**
- 13.Ba Sambo Salim :** les perforations traumatiques du côlon. Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs au chu-yo. A propos de 27 cas ; thèse de doctorat, M13060, 2013.
- 14.Jefferson Sing Toledo Junior, Marley Moreira Correia, Rafael Rodrigues Coutinho, Eduardo FukamachiKifer, Diego de FariaMagalhães** Perforation of the cecum resulting from a closed-loop obstruction in a patient with an adenocarcinoma of the sigmoid colon: a case reportJefferson : Torres*Estácio de Sá University, Brazil; International Journal of Surgery Case Reports 36 (2017) 143–146
- 15. El Bachir Benjelloun¹,&, Hasnai Hafid¹, Ibnmajdoub Karim¹, Abdelmalek Ousadden¹, Khalid Mazaz¹, KahlidAit Taleb¹: Le traumatisme du colon: l'expérience du CHU Hassan II de Fès Received: 8/10/2012 - Accepted: 22/10/2012 - Published: 21/11/2012**
- 16.Ordonez CA, Pino LF, Badiel M, Sanchez AI, Loaiza J, Ballestas L, Puyana JC.** Safety of performing a delayed anastomosis during damage control laparotomy in patients with destructive colon injuries. J Trauma. 2011 Dec ; 71 (6) : 1512-7.
- 17.Attipou K, Gnassingbe K, Doleagbenou KA, Tchangai B.** Traumatismes de l'abdomen au CHU Tokoin de Lomé. Le Bénin Médical 2007 ; 37 : 257.

- 18.** MehintoDK, Padonou N. Aspects épidémiologique et diagnostique des contusions abdomino-pelviennes chez l'adulte au CNHU-HKM de cotonou. Médecine d'Afrique Noire 2006 ; 53 (10) : 533-8.
- 19.** Arvieux C, Nunez-Villega J, Brunot A, Badic B, Reche F et coll. Les limites du traitement non opératoire des traumatismes abdominaux fermés. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie. Paris : 2009 ; 8 (2) : 13-21.
- 20.** Gaudeuille A, Doui DA, Ndémanga KJ, Sacko E, Nali NM. Les traumatismes abdominaux à Bangui (Centrafrique). Aspects épidémiologiques et anatomocliniques. Mali Médical 2007 ; T XXII ; n° 2 : 19-22.
- 21.** Hoffmann C, Goudard Y, Falzone E, Pons F, Lenoir B, DebienB. Spécificités de prise en charge des traumatismes abdominaux pénétrants. 53 congrès national d'anesthésie et de réanimation. Paris : Sfar ; 2011.
- 22.** Musa O, Ghildiyal JP, Pandey MC. 6 year prospective clinical trial of primary repair versus diversion colostomy in colonic injury cases. Indian J Surg. 2010 ; 72 (4) : 308-11.
- 23.** S. TRakotoarivony , S.D. Rakotomena , H.NRakoto-Ratsimba , J.M. Randriamiarana. : Aspects épidémiologiques des traumatismes abdominaux par accident de circulation au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo. Revue tropicale de chirurgie 2008 ;(2) :18-21.
- 24.** Iqbal T, Zarin M, Wahab A, Rehman M, Saeed T, Wazir MA. Penetrating colonic injuries : Management by primary repair. Pakistan J Surg. 2007 ; 23 (1): 48-51.

- 25.** Ouédraogo A. Perforations traumatiques du jéjuno-iléon au CHU-YO de 2004 à 2008 : Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs. Th Doctorat, Ouagadougou ; 2010.
- 26.** Geukens D, Danse E, Verschuren F, Kartheuser A, Mauel E, Laterre PF. Perforation sigmoïdienne traumatique : intérêt du bilan tomodensitométrie. Editions françaises de Radiologie. J Radiol. Paris. 2005 ; 86 : 663-5.
- 27.** Ordonez CA, Pino LF, Badiel M, Sanchez AI, Loaiza J, Ballestas L, Puyana JC. Safety of performing a delayed anastomosis during damage control laparotomy in patients with destructive colon injuries. J Trauma. 2011 Dec ; 71 (6) : 1512-7.
- 56. Rakotoarivony ST, Rakotomena SD, Rakoto-Ratsimba HN, Randriamiarana JM.** Aspects épidémiologiques des traumatismes abdominaux par accident de circulation au CHU d'Antananarivo. Revue Tropicale de Chirurgie 2008 ; 2 : 18-21.

ANNEXE

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom : BOUARE **Prénom :** Yacouba

Tel : 76 34 50 15 ; e-mail : papen2006@yahoo.fr

Titre : perforations traumatiques du côlon en chirurgie générale du Centre Hospitalier Universitaire "Gabriel Touré".

Pays : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Année : 2020

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

RESUME

Introduction : les perforations du côlon arrivent en 4^{ème} position après les lésions de la rate, du foie et du grêle dans les traumatismes abdominaux. Elles constituent une urgence médico-chirurgicale.

Objectifs : le but était de déterminer la fréquence des perforations traumatiques du côlon, de décrire les aspects, cliniques et paracliniques et thérapeutiques, de déterminer les circonstances de survenue et les mécanismes et d'analyser les suites de la prise en charge.

Matériel et méthode : Nous avons mené une étude rétrospective sur 28 cas opérés dans le service de Chirurgie Générale du CHU Gabriel Touré de Janvier 1999 au Décembre 2019.

Résultats : Les perforations coliques ont représenté 0,16% des urgences chirurgicales abdominales. Elles ont été secondaires aux plaies abdominales dans 20 cas, aux contusions abdominales dans 6 cas et endoscopique 02 cas. Il y'avait 27 hommes et 1 femme ; soit un sex-ratio de 27. L'âge moyen a été de $32,82 \pm 14,95$ ans et la tranche d'âge entre 25 et 35 ans a été la plus touchée avec 14 cas. Les ouvriers et les commerçants ont été les plus concernés avec 17,90%. Les agressions par arme blanche ou par arme à feu ont constitué l'essentiel des étiologies dans les plaies abdominales avec respectivement 11 et 9 cas tandis que les contusions abdominales ont toutes été secondaires aux AVP.

Le délai moyen de consultation était de $09,32 \pm 18,12$ heures. Le tableau clinique associée au syndrome péritonéal a été présent dans 17,9% cas. Une éviscération a été retrouvée dans 10 cas de plaie abdominale. Le bilan d'imagerie (ASP) a mis en évidence le pneumopéritoine dans 75% cas. Le délai opératoire moyen était de $12,03 \pm 19,53$ heures. Les lésions ont siégé préférentiellement sur le côlon transverse et le sigmoïde dans respectivement 42,90% et 21,40%.

cas. L'intestin grêle a été l'organe intra-abdominal associé le plus atteint dans 10 cas. La réparation primaire a été réalisée dans 23 cas et la stomie dans 5 cas. La morbidité post-opératoire a été de 12 cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de $18,78 \pm 08,58$ jours. Cinq décès ont été notés dans notre étude, 03 cas de choc hypovolémique, 1 cas de choc septique et 1 cas d'embolie pulmonaire.

Mots-clés : Perforations coliques – Traumatisme – CHU-Gabriel TOURE - , chirurgie MALI.

I. FICHE D'ENQUETE

Numéro d'ordre:.....//

A) DONNEES D'IDENTIFICATION

Nom :.....//

Prénom (s) :.....//

Sexe : M F

Age :.....//

Profession ://

Résidence :.....//

Date d'entrée :.....//

Date du traumatisme :.....//

B) DONNEES CLINIQUES

Mode d'admission :.....//

Délai de consultation:.....//

Mécanisme du traumatisme : AVP...// CBV...// Autre à déterminer ...//

Mécanisme des lésions ://

Corps vulnérant : arme blanche//

- arme à feu// type de projectile :.....//

- instrument médical//

- autre agent perforant//

- corps contondant : fer// bois ...// pied/poing//

sabot/corne// autre//

Antécédents : chirurgicaux ://

Médicaux :.....//

Gynécologiques :.....//

Signes généraux à l'entrée :

- Etat général : OMS1// OMS2 ...// OMS3 ...// OMS4 ...//
- Conscience : claire// obnubilée....// coma//
- Température :.....°C - PA :.....mmHg
- Pouls :.....puls/min - FR :.....C/mn
- Sueurs.....// - agitation// - soif// - vertiges//
- Pâleur// - extrémités froides// - nausées/vomissements ...//

Signes physiques

- **Point d'impact** : ouverture pariétale// ecchymoses//
érafures// hématome// hémorragie....// éviscération ...//

Autres

- **Douleurs abdominales** : spontanées// provoquées//
météorisme// défense// contracture//
cri de l'ombilic// cri du douglas//

Autres//

C) DONNEES PARACLINIQUES

ASP : grisaille diffuse// pneumopéritoine// NHA//

Autres//

Echographie abdominale : épanchement intra péritonéal//

épanchement dans le Douglas//

Autres//

Scanner abdominal : épanchement intra péritonéal//

épanchement dans le Douglas// pneumopéritoine//

Autres//

Biologie : NFS : Hb :g/dl Hte :.....% GB :...../mm³

Plaq :.....// Gr/Rh ://

Glycémie :.....// Azotémie :.....// Créatininémie ://

PLP : oui aspect du liquide : séreux ...// hématique// fécaloïde ...//

Autre//

Autres :.....

.....

D) DONNEES THERAPEUTIQUES

Délai de prise en charge chirurgicale :.....

Réanimation : VV// SNG// SU//

Solutés de perfusion : macromolécules quantité :.....cc

SSI// SGI// RL.....//

Transfusion : sang total culot globulaire quantité :.....cc

Médicaments :

ATB : ceftri// amox// genta// metro// autres ...//

Antalgiques : paracétamol// néfopam...// tramadol// autres//

Anti inflammatoires SAT/VAT.....//

Autres :.....//

Laparotomie :

Type d'anesthésie : AG// ALR//

Opérateur : DES// Chirurgien//

Voie d'abord : LMSSO// autre//

Aspiration: sang// liquide séreux// pus// autres//

Quantité :cc

Exploration : état du péritoine : selles// sang// pus//

Fausses// membranes autres//

Siège de la perforation colique : caecum// nombre//

Côlon ascendant// nombre :.....//

Angle colique droit// nombre :.....//

Côlon transverse// nombre :.....//

Angle colique gauche// nombre :.....//

Côlon descendant// nombre :.....//

Sigmoïde// nombre :.....//

Rectum// nombre :.....//

Nombre// total :.....//

Type de lésion :

Taille :

Lésions intra abdominales associées : estomac// duodénum// jéjunum

.....// iléon// mésentère// foie// rate// pancréas//

rein// vessie// autre

Lésions extra abdominales : crâne// thorax// membre sup

Bassin// membre inf// autres

Gestes chirurgicaux :

- Suture colique simple

- Suture extériorisée

- Résection intestinale avec anastomose immédiate

- Résection intestinale + colostomie type : Hartmann

Bouilly-Volkman

- Colostomie par abouchement de la perforation à la peau

- Colectomie segmentaire

- Autres

Traitement des lésions associées :
.....
.....//

E) EVOLUTION

- **Complications :** suppuration// lâchage de suture//
Fistule digestive// occlusion post opératoire//
Eviscération// péritonite post opératoire//
abcès sous phrénique//
Autre//

- **Rétablissement secondaire de la continuité digestive après colostomie**

Délai du rétablissement : jours

- **Complications secondaires :** suppuration// fistule digestive//
Occlusion post opératoire// éviscération//
péritonite post opératoire// abcès sous phrénique//
Autre

Traitement des complications :
.....
.....//

Délai de guérison jours

Durée d'hospitalisation jours

Mode de sortie : guéri// transféré//

Décédé

Date du décès ://

Cause du décès ://