

**RUPTURE TRAUMATIQUE INTRA PERITONEALE DE VESSIE TRAITÉE PAR LAPAROSCOPIE  
REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR LA PLACE DE LA COELIOSCOPIE  
DANS LES TRAUMATISMES ABDOMINAUX.**

SANI R<sup>1</sup>, DUPREZ D<sup>2</sup>

1. Service de chirurgie générale A. Hôpital National de Niamey
2. Service de chirurgie viscérale B Centre hospitalier de la région d'Annecy –  
1, Avenue du Trésum-ANNECY-74000-France

Adresse : Dr Rachid Sani - Chef de service de Chirurgie Générale A - Hôpital National de Niamey  
BP : 238 Niamey-Niger - Tel : (00 227) 72 22 53 poste 225 - Fax : (00 227) 72 32 44  
E-mail : r. sani@caramail.com

**RESUME**

Dans la prise en charge des traumatismes abdominaux, la laparoscopie est principalement utilisée pour le diagnostic lésionnel en complément du bilan morphologique mais son rôle thérapeutique est en cours d'évaluation. Nous rapportons un cas clinique d'une patiente âgée de 30 ans présentant une rupture traumatique intrapéritonéale de vessie qui a bénéficié d'une coelioscopie diagnostique et thérapeutique avec des suites opératoires simples, et enfin une revue de la littérature sur la place de la coelioscopie dans les traumatismes abdominaux. Les chirurgiens qui ont l'expérience de la coelioscopie peuvent l'utiliser pour le diagnostic et le traitement des lésions de patients sélectionnés et hémodynamiquement stables présentant un traumatisme abdominal.

MOTS CLES : Traumatisme abdominal, vessie

**INTRODUCTION**

L'essor de la coelioscopie en chirurgie réglée a relancé son intérêt dans la chirurgie d'urgence plus précisément dans les traumatismes abdominaux. Cette technique est en cours d'évaluation dans la stratégie diagnostique et thérapeutique de la contusion abdominale tandis que dans la plaie abdominale son intérêt diagnostique est déjà reconnu [1, 2, 3, 4, 5].

Nous rapportons le cas clinique d'une rupture traumatique intrapéritonéale de vessie qui a bénéficié d'une laparoscopie diagnostique et thérapeutique et à travers ce cas, voir dans la littérature la place de la laparoscopie dans la prise en charge des traumatismes abdominaux.

**CAS CLINIQUE**

Il s'agit d'une patiente de 30 ans admise aux urgences médico-chirurgicales du centre hospitalier d'Annecy suite à un accident de la voie publique par auto renversée après avoir percuté un arbre. Délai d'admission 45 minutes.

Au ramassage et à l'admission l'hémodynamique est stable la TA est de 11/7, le pouls à 96 par minutes et les conjonctives sont bien colorées. L'examen physique retrouve une douleur abdominale généralisée sans bien colorées.

**SUMMARY**

In the taking care of abdominal traumas, laparoscopy is used mainly for diagnosis in addition to the morphological check-up, however its therapeutic role is in the process of being evaluated. We report the case of a 30 years old woman who underwent diagnostic and therapeutic laparoscopy for intraperitoneal rupture of the bladder with favorable outcome. Finally we made a literature review about the place of laparoscopy in abdominal traumas. Surgeons with experience in advanced laparoscopy can use this technique in the diagnosis and treatment of selected patients hemodynamically stable with abdominal traumas.

KEYS WORDS : Abdominal trauma, bladder

L'examen neurologique est normal avec un score de Glasgow à 15 et l'examen des autres appareils ne révèle rien de particulier. Une sonde urinaire a été posée et ne ramenant rien. A l'interrogatoire la patiente avait une envie pressante d'uriner avant l'accident. Le bilan sanguin met en évidence des globules rouges à 3,3 millions, un taux d'hémoglobine à 11g/dl et les globules blancs à 4300 éléments / mm<sup>3</sup>. A la radiographie du rachis cervical de face et de profil il n'a pas été retrouvé de lésions osseuses.

L'échographie abdomino-pelvienne met en évidence un épanchement péritonéal de moyenne abondance sans aucune lésion viscérale, la vessie est non visualisée. Le Scanner abdominal confirme l'absence de lésions du foie, rate, pancréas, rein et région rétropéritonéale mais évoque une probable lésion vésicale. Une indication de coelioscopie diagnostique et thérapeutique a été posée environ 90 minutes après son admission.

Pour l'intervention, il s'agissait d'une open coelioscopie par abord ombilical où est mis en place un trocart de 10 mm avec introduction d'une optique de 0°. Deux trocarts de 5 millimètres sont mis en place dont un dans la fosse iliaque gauche et l'autre dans la fosse iliaque droite. L'exploration retrouve une plaie circonférentielle de la vessie avec un diamètre d'environ 3-4 centimètres (Photographie n°1) et l'exploration du reste de la cavité abdominale ne retrouve aucune autre lésion sur la rate, le foie, l'estomac, le colon ainsi que l'intestin grêle qui a été déroulé au complet.

Réparation de la plaie de la vessie par un surjet toto pariétal au fil résorbable 2/0 (Photographie n°2 et 3). Aspiration d'environ 1,4 litres de liquide sérohématique, réalisation d'une toilette péritonéale et mise en place d'un drain dans le cul de sac de Douglas. Fermeture de la paroi. Durée de l'intervention 65 minutes. Le lever et l'alimentation, ablation du drain à J2 et ablation sonde urinaire à J6 et sortie à J8.

## DISCUSSION

Dans la littérature la place de la laparoscopie dans les traumatismes dépend du type de traumatisme ouvert ou fermé. La coelioscopie diagnostique et thérapeutique peut être proposée à des patients hémodynamiquement stables [1, 2, 3, 4, 5].

Dans la contusion abdominale pour Barth et al [1] dans une étude multicentrique française le rôle de la laparoscopie dans la stratégie diagnostique et thérapeutique n'est pas clairement établie. Certains auteurs trouvent un intérêt de l'inclure dans la stratégie.

Non opératoire en complément aux examens morphologiques, l'objectif étant d'évaluer les lésions vues au scanner ou passées inaperçues et de conforter l'abstention chirurgicale tandis que d'autres études concluent en l'absence d'intérêt de la coelioscopie par rapport à la ponction lavage péritonéale dans le diagnostic initial // pour Nicolau et al [3] elle est indiquée pour les patients où il est difficile de décider entre laparotomie et surveillance. Pour Mathonnet [5] la laparoscopie a un intérêt dans le diagnostic des perforations de l'intestin grêle qui sont souvent peu parlantes cliniquement à un stade précoce, elle a une sensibilité et une spécificité de 100% par rapport au scanner qui a une sensibilité de 83% et spécificité de 22%. Pour Shol et al [4] sur 78 laparoscopies diagnostiques pour contusion abdominale, aucune lésion n'est passée inaperçue et Carillo [6] place la laparoscopie en seconde ligne dans la prise en charge des traumatismes hépatiques dans la stratégie non opératoire pour l'évacuation d'hémopéritoine abondant, mise en place de drain en regard de fistules biliaires et vérification de l'absence de lésions méconnues.

Dans la plaie abdominale le taux de laparotomie inutile est de 5 à 39 % chez des patients hémodynamiquement stables [2], la coelioscopie revient au premier plan et la plupart des auteurs [1, 2, 7, 8, 9] s'accordent pour dire que la coelioscopie est un bon moyen diagnostique de la pénétration péritonéale et de plaie diaphragmatique en cas d'orifice d'entrée thoraco-abdominal dans les plaies par armes à feu. Pour Ortega [10] la laparoscopie systématique permet d'éviter une laparotomie inutile dans 38% des cas avec une sensibilité de 88% et une spécificité de 100% vis à vis des lésions du foie et de la rate/ Pour brefort [2] dans le diagnostic des lésions de l'intestin grêle et du colon, le pourcentage de lésions passées inaperçues lors de la coelioscopie diagnostique varie de 0 à 18 % selon les séries, et la

visualisation directe du foie et de la rate dans leur face diaphragmatique est difficile malgré l'usage d'optique à 30 et 45° qui peuvent aider mais ne permettent pas une inspection totale et enfin la région rétro péritonéale peut être explorée après un décollement colique.

Dans les plaies par arme à feu en pratique civile très peu d'études ont été faites sur l'intérêt de la coelioscopie, sur une série de 121 plaies abdominales hémodynamiquement stables la laparoscopie a montré qu'elles étaient non pénétrantes dans 79 patients sans faux négatifs, pénétrantes chez 42 patients conduisant à 32 laparotomies thérapeutiques, 6 non thérapeutiques, une laparotomie blanche et 3 simples surveillances pour des lésions hépatiques non hémorragiques [11]. Les contre indications de la laparoscopie dans les traumatismes abdominaux concernent les patients instables hémodynamiquement, les polytraumatisés car le pneumopéritoine peut entraîner une augmentation de la pression intracrânienne ce qui présente un risque chez les blessés avec un traumatisme crânien.

Pour la coelioscopie thérapeutique une grande prudence s'impose [1, 2, 6], Pour Lannelli et al [12] chaque chirurgien expérimenté en vidéo laparoscopie peut l'utiliser pour le diagnostic et le traitement de certaines patients sélectionnés victimes de traumatismes fermés de l'abdomen. Kohler [13] a proposé une laparoscopie diagnostique et thérapeutique devant une rupture traumatique isolée de la vésicule biliaire chez un jeune patient victime d'un accident de sport.

Concernant notre cas clinique il s'agit d'une patiente « sélectionnée » car hémodynamiquement stable et la laparoscopie rentre dans une stratégie de diagnostic à la recherche d'autres lésions et en opératoire il s'agissait d'un geste technique réalisable par l'équipe chirurgicale.

Au total la laparoscopie dans la contusion abdominale chez des patients hémodynamiquement stable permet d'identifier avec efficacité des lésions de l'intestin grêle d'où leur prise en charge précoce avec un bon pronostic [5, 10, 11, 14], elle est.

## REFERENCES

1. FERNANDO HC, ALLE KM, CHEN J, DAVISI, KLEIN SR - Triage by laparoscopy in patients with penetrating abdominal trauma. Br J Surg 1994 ; 81 : 384-385.
2. ORTEGA AE, TANG E, FROES ET, ASSENSIO JA, KATKHOUDA N, DEMETRIADÈS D - Laparoscopic evaluation of penetrating thoracoabdominal traumatic injuries Surg Endosc 1996 ; 10 : 19-22.
3. BARTH X, GIGNOOUX B - Les plaies de l'abdomen. Dans Le Neel JC, Barth X, français de chirurgie 2001. Monographies de l'association française de chirurgie. Edition Arnette Paris.

4. LANNELLI A, FABIANI P, KARIMDJEE BS, BAQUE P, VENISSAC N, GUGEINHEIM J - Therapeutic laparoscopy for blunt abdominal trauma with bowel injuries. J Laparosc Adv Surg Tech A. 2003 ; 13 (3) : 189-191.
5. KOHLER R, MILLIN R, BONNER B, LOUW A - Laparoscopic treatment of an isolated gallbladder rupture following blunt abdominal trauma in a schoolboy rugby player. Br J Sports Med 2002 ; 36 : 378-379
6. GERMAIN MA, SOUKHINI N, BOUZARD MD - Small bowel perforations after blunt abdominal trauma évaluation with computed tomographic scan and laparoscopy. Ann Chir. 2003 ; 128 : 258-61.
7. ME CARTHY MC, LOWDERMILK GA, CANAL DF, CANAL DF, BROADIE TA - Prediction of injury caused by penetrating wounds to the abdomen flank and back. Arch Surg. 1991 ; 126 : 962-965.