

La rupture sous-péritonéale du duodénum

Opération, guérison.

par

Dr. T. Milani

Chirurgien de l'Hôpital de la Bank Melli

La rupture sous péritonéale du troisième duodénum est une affection exceptionnelle.

G. Ménégeaux (1), dans sa communication à l'Académie de Chirurgie (séance de 5 Janvier 1955), rapporte un cas opéré avec succès par Lauras-Maurin (2), dans sa thèse de 1953, à propos d'un cas personnel, a fait la statistique complète et trouve 47 observations avec 27 morts et 20 guérisons.

Nous avons relevé la relation d'un cas publié à Chicago en 1954, ce qui porte le nombre total des cas publiés, avec le notre, qui viendra ci-dessous, à 49 avec 22 guérisons. Ce sont la rareté exceptionnelle de cette affection, le diagnostic difficile, sinon impossible avant l'opération et le diagnostic difficile aussi une fois le ventre ouvert, qui nous incitent à rapporter notre observation.

Une jeune dame, I. Saf..., âgée de 16 ans, voulant grimper sur le toit, tombe d'une hauteur de 4 mètres, accrochée solidement à l'échelle, et s'étale sur le sol recevant, à l'épigastre, une des barres transversales de l'échelle. Elle ressent une vive douleur en barre à l'épigastre; ramenée à dix heures dans son lit, elle a un premier vomissement alimentaire qui se répète presque toutes les demi-heures. Amenée à l'hôpital 2 heures après l'accident et examinée par le médecin de garde, elle a un ventre souple mais légèrement sensible à l'épigastre; le pouls est à 90 bien frappé, la T.A. à 11/7, et l'état général excellent. Dans l'après midi elle a eu quelques vomissements et des crises douloureuses brèves sans aucun signe abdominal.

Nous la voyons à 19 heures. Elle a eu un nouvel vomissement bilieux assez abondant (la malade est à la diète depuis l'accident) et des douleurs spontanées survenant par crises assez violentes localisées à l'épigastre sans irradiation. L'état général est très bon, le pouls bat à 98, bien frappé, la T.A. 10, 5/7. Le ventre est souple et indolore à l'étage sous-ombilical il est douloureux à l'épigastre, aussi bien à gauche qu'à droite. Il y a une résistance modérée dans la région sous hépatique qui va en diminuant progressivement vers la ligne médiane et à gauche. La matité hépatique est conservée et il n'y a pas des signes de l'épanchement intra-abdominal. Dans un autre examen pratiqué deux heures après le premier, le pouls est accéléré et bat à 110, la température à 37, la résistance abdominale dans la région sous-hépatique est déjà plus évidente et s'étend jusqu'à la ligne médiane. Il n'y a pas de sonorité pré-hépatique, les douleurs sont plus violentes et un nouveau vomissement a eu lieu encore. Le faciès est toujours bon, le T.V. et le T.R. ne montrent rien. Devant l'accélération du pouls depuis notre premier examen l'augmentation de la résistance abdominale sous-hépatique l'intensité de la douleur et la répétition des vomissements nous amènent à penser la perforation d'un organe creux, et l'intervention est décidée et pratiquée à 22 heures, 12 heures après l'accident.

Prémédication habituelle, A. G. en C. F. Kemital, Flaxedil E. cyclo. 02, Perfusion I V. sérum (Dr. Mortazavi) aide Dr. Mehdinajade.

L'incision médiane sous ombilicale faite, le ventre ouvert, on remarque une sérosité sanguinolente de peu d'abondance. Le côlon transverse se présente aussitôt à la vue et montre des taches échyмотiques très superficielles disséminées à la face antérieure et s'arrêtant aux 2 angles. L'estomac est indemne à la face antérieure, la face postérieure explorée à travers le ligament gastrocolique ne montre rien, mais par contre on voit par cette brèche sur la séreuse pancréatique, **une dizaine de taches verdâtres**, disséminées, de la grosseur d'un grain de millet à un petit pois; le côlon relevé et extériorisé, on remarque les mêmes taches à la racine du mesocolon, ce qui nous fait penser aussitôt à la possibilité d'une rupture des voies biliaires rétro-péritonéales.

Le côlon, les grêles, le sigmoïde, la rate et les organes génitaux sont indemnes. On retourne à l'étage sous hépatique, le foie et la vésicule biliaire, le canal hépatique et le haut cholédoque sont indemnes, mais on remarque une quantité assez abondante de liquide séro-hépatique dans la gouttière latérovértébrale, et une infiltration de même couleur sur l'angle droit et s'étendant en nappe jusqu'à son accollement au péritoine pariétal. Cet angle colique est assez facilement décollé, abaissé et remis sous compresses humides et chaudes avec le reste des viscères. La face antérieure du premier et du deuxième duodénum est indemne, le D 2 est décollé au bord externe aux ciseaux mousses fermées et puis au doigt selon la manœuvre classique, l'orifice de perforation est découvert à l'angle de D2-D8 à un centimètre environ du bord externe, la perforation continue obliquement vers la gauche et en arrière vers la pince artérielle faisant presque les 2 tiers de la circonférence, sans jamais dépasser la partie sous péritonéale. Les bords de la brèche sont nets comme coupés au bistouri, ils sont saturés en 3 plans, points séparés au lin, le premier total et invaginant les 2 autres séro-musculaires et puis séreux. Une sonde de Levine, passée avant l'opération, est ramenée dans le duodénum; elle dépasse nettement la suture et arrive presque à l'angle de Treitz, une deuxième sonde est passée dans l'estomac et le tout est raccordé à l'appareil de Wangesteen.

Le duodénum et le côlon sont rabattus à leur place respective et fixés par quelques points. Contre-incision de drainage et fermeture de la paroi en 3 plans sur penicilline et strepto en poudre. L'état général est excellent à la fin de l'intervention.

Suites opératoires simples, antibiotiques et sérums glucosés et aussi salés, puis acides aminés (C. P. H.) sont prescrits les trois premiers jours en quantité adéquate; injection d'un quart de mgr. d'atropine 3 fois par jour. La sonde duodénale fonctionne parfaitement et donne de 5 à 6 cc de bile, elle est supprimée le 6ème jour; la sonde gastrique donne très peu, elle est supprimée le 2ème jour. Le drain latéral donne très peu, il est laissé en place jusqu'au 8ème jour sans qu'il y ait jamais eu un écoulement duodénal.

La température, 39° le 2ème jour; descend progressivement à 37°. Levée le 2ème Jour, la malade rentre à la maison en bonne santé au 18ème jour.

Une radiographie faite au 25ème jour ne montre aucun signe de gêne ni de rétrécissement du duodénum suturé.

Nous avons porté le diagnostic de la rupture d'un organe creux avant l'opération, mais, une fois le ventre ouvert, les lésions rencontrées étaient d'une extrême banalité; seule la vue des taches vardâtres, relatées dans notre observation et disséminées sur la surface pancréatique et le mesocolon, nous mit sur la voie du diagnostic. Ce sont le souvenir des lectures anciennes, où il était question de ces taches signifiant une rupture sur le conduit biliaire, et un épanchement bilieux infiltrant les séreuses, qui nous incitèrent à décoller le duodénum et d'en exposer la face postérieure rétro-péritonéale. Ce décollement, rendu très facile par l'infiltration des tissus et par la manœuvre du Dubouche, nous mit vite en face de la perforation qui devait se révéler d'une dimension démesurée. La mise en place d'une sonde de Levine avant l'opération, sa situation définitive à la fin de celle-ci dépassant largement la zone rompue et l'aspiration continue installée ultérieurement sont des faits qui semblent avoir joué un très grand rôle dans les suites opératoires simples de notre malade.

Une radiographie le 25ème jour un transit duodéal parfait, sans aucun signe de rétrécissement ni de gêne du bol baryté. Nous avons suturé le duodénum en 3 plans dans la direction même de la rupture, sans vouloir essayer de transformer cette rupture oblique en transversale comme il est conseillé de le faire par tous les auteurs; ce qui nous eut été impossible par la direction de la situation même de la rupture et la proximité du pédicule mésentérique supérieur. Les suites opératoires et le transit baryté duodéal montrent que notre tactique est légitime et correcte. Et nous n'avons eu à nous plaindre de fistule duodéale ni de rétrécissement ni de gêne de transit.

Bibliographie.

Lauros et Coll. Rupture du 3ème duodénum, intervention et guérison. Rapport G. Ménégaux Mem. Acad. de Chirurgie, No. 1 (2-3), 1955.