PLAIE BALISTIQUE PELVI-ABDOMINALE CHEZ UNE GESTANTE
Gunshot wound to gravid uterus :a case report

R Lebeau, B Diané, ABF Kassi,SK Yénon,A Koffi, ESA Akpa-Bédi, JC Kouassi

Correspondance et tiré à part à adresser à :R Lebeau 22 BP139 Abidjan 22 adresse électronique : lebeauroger@yahoo.fr: Service de Chirurgie viscérale et Digestive CHU de Cocody (Abidjan)

RESUME
Les auteurs rapportent une observation de plaie pénétrante pelvi-abdominale par arme à feu chez une gestante de 23 semaines. La laparotomie réalisée en urgence a permis de découvrir deux plaies du jéjunum situées à 10 cm l'une de l'autre, une plaie de la charnière rectosigmoïdienne et une plaie de l'utérus gravide. Le traitement des lésions digestives a été une résection du jejunum emportant les deux plaies avec confection d'une anastomose jejuno-jejunale et une résection partielle du rectosigmoïde avec confection d'une colostomie à la Hartmann. Sur l'utérus gravide une césarienne a été réalisée et a permis d'extraire un fœtus mort puis les plaies utérines ont été suturées. Le pronostic vital maternel a été préservé. Les auteurs pensent que la césarienne ne doit pas être systématique si le fœtus est mort et que le volume utérin ne gêne pas la réparation des lésions digestives. Cependant ce traitement conservateur doit se faire sous stricte surveillance des facteurs de la coagulation.
Mots clés : plaie de l'utérus gravide, plaie de l'abdomen par arme à feu, pronostic materno-foetale

SUMMARY
The authors report the case of a 24-years old pregnant woman gravida 2 para 1 who sustained a gunshot injury at 23 weeks gestation. The bullet injured the rectosigmoid jonction, the jejunum and traversed the uterine cavity with resultant of fatal injury of the fetus. Laparotomy was requiried for treatement of the maternal injuries. Although a fetus demise was delivered by cesarian section a review of litterature indicated that operative delivery should be avoided when the fetus has died already and the gravid uterus don't impaired the surgeon's ability to repair other visceral injuries. But the patient should be followed closely for signs of coagulopathy and intra uterine infection.
Key words : Gunshot wound to gravid uterus, abdominal gunshot wound, maternofetal prognosis

INTRODUCTION
La femme enceinte peut être victime d'une plaie abdominale pénétrante par arme à feu [1]. Il s'agit d'un évènement rarement décrit dans la littérature. En effet on estime que seulement 7% des femmes enceintes sont victimes d'un traumatisme pendant leur grossesse et que dans 6% des cas, ces traumatismes sont dus à une arme à feu [2]. Dans les pays occidentaux les plaies pénétrantes de l'utérus gravide s'accompagnent de lésions d'autres viscères abdominaux dans 18 à 33% de cas [3] et sont responsables de 70% de décès fœtaux [4,5]. En Côte d'Ivoire à notre connaissance un seul travail a été consacré au sujet [6]. Nous rapportons un cas de plaie de l'utérus gravide par arme à feu caractérisé par la survie de mère et le décès du fœtus.

NOTRE OBSERVATION
Une patiente de 24 ans G2P1 porteuse d'une grossesse de 23 semaines a été évacuée par les Sapeurs Pompiers Militaires aux urgences de Chirurgie du CHU de Cocody à Abidjan (Côte d'Ivoire) le 25 Mars 2005 à 18h 14mn pour une plaie de la fesse gauche par arme à feu. Le même jour vers 17h 30mn, la patiente prise entre les tirs d'armes à feu de braqueurs et de policiers a reçu une balle dans la fesse gauche. L'examen clinique aux urgences de chirurgie a mis en évidence un état de choc hémodynamique avec une tension artérielle à 80/60 mm HG, un pouls filant et des conjonctives pâles. On notait une plaie punctiforme située dans le cadran supéro-interne de la fesse gauche correspondant à la porte d'entrée de l'agent vulnérant, une douleur abdominale généralisée avec défense et, au toucher rectal un empatement douloureux du cul-de-sac de Douglas. Il n'y avait pas de porte de sortie, cependant le projectile était palpé sous la peau dans la région para ombilicale gauche. Au toucher vaginal le col était fermé à l'orifice externe. La gestante a été opérée en urgence et on découvrait 1200 cc de sang mélé à des selles, deux plaies jéjunales contuses de 2 cm et 0,5 cm de diamètre respectivement situées à 130 cm et 140 cm de l'angle de Treitz, une plaie transfixiante de la charnière rectosigmoïdienne et de l'utérus gravide. Sur l'utérus, la porte d'entrée était postérieure située au dessus de l'insertion des ligaments utérosacrés et la porte de sortie antérieure était située sur le corps utérin à gauche de la ligne médiane. Il était réalisé une aspiration du sang et des selles, une résection de 15 cm du jéjunum emportant les 2 plaies jéjunales suivie d'une anastomose jéjuno-jéjunale termino-terminale, une résection de 10 cm du rectosigmoïde emportant la plaie suivie d'une colostomie selon Hartmann; au plan obstétrical il a été réalisé une hystérotomie à cheval sur la plaie utérine antérieure suivie de l'extraction d'un fœtus mort, d'une délivrance extemporanée et d'une hystéroraphie. La plaie utérine postérieure a été suturée. Une transfusion de 700 cc

de sang total a été réalisée en per-opératoire. La balle a été extraite lors de la fermeture pariétale. Le fœtus était mort, pesait 450 g et avait une plaie tranxifiante du thorax à porte d'entrée postérieure.
Les suites opératoires ont été marquées par un abcès péristomiale incisé et drainé à J5 post-opératoire puis par une occlusion par brides opérée avec succès à j13. La patiente est sortie à j18. Le rétablissement de la continuité digestive a été fait 105 jours après sa sortie de l'hôpital. Les suites de cette intervention ont été simples.

DISCUSSION

Les plaies pénétrantes par arme à feu de l'utérus gravide sont rares en pratique civile et la littérature ne rapporte que de très courtes séries [3,5,7]. Cette observation est à notre connaissance la deuxième rapportée dans la littérature scientifique ivoirienne après celle de Kouakou et al [6]. On estime que 7% des femmes enceintes sont victimes d'un traumatisme pendant leur grossesse et que le mécanisme en est dans 6 % une plaie pénétrante par arme à feu [2]. Les circonstances de survenue de ces traumatismes sont celles habituellement décrites en pratique civile chez la femme non enceinte à savoir la rixe, l'agression, l'autolyse, l'accident [8]. Dans certaines circonstances exceptionnelles [9], la gestante peut être blessée parceque prise entre les tirs de gangsters et de policiers comme dans notre observation.
La prise en charge diagnostique et thérapeutique des plaies utérines par armes à feu est dominée par le dépistage des lésions viscérales extrautérines, et par la préservation du pronostic vital maternel [3]. Le risque de lésions viscérales extrautérines en cas de plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu chez la femme enceinte se situe entre 18% et 38% [10] alors que ce risque est compris entre 80 à 95 % en dehors de la grossesse [11]. On admet qu'il existe un risque de lésion viscérale associé quand les portes d'entrée ou de sortie de l'agent vulnérant se situent au dessus de la projection abdominale du fond utérin [8]. Dans notre observation la porte d'entrée était postérieure dans la fesse gauche ; il n'y avait pas de porte de sortie mais l'agent vulnérant était palpé sous la peau dans la région paraombilicale gauche ; il s'agissait donc d'une plaie pénétrante pelvi-abdominale. Le taux de mortalité de ce type de lésion se situe entre 8 et 58% [12]. Ce chiffre élevé de mortalité s'explique par le cumul des risques des lésions osseuses, vasculo-nerveuses, viscérales pelviennes et abdominales avec leurs conséquences hémorragiques et septiques [12]. Les constatations opératoires chez notre patiente associant lésions digestives, génitales et hémorragie de grande abondance corroborent ces données.
Dans cette observation, le traitement des lésions digestives a obéit aux règles de la traumatologie viscérale : les lésions du jéjunum ont été traitées par résection anastomose tandis que sur le côlon une stomie a été réalisée. Sur l'utérus gravide une césarienne a été réalisée puis l'hystérotomie et la porte d'entrée de l'agent vulnérant ont été suturées. L'on aurait pu se contenter de suturer seulement les lésions utérines traumatiques et attendre l'expulsion du fœtus mort. En effet dans notre observation la césarienne semblait inutile puisque le fœtus était mort et le volume utérin ne gênait pas la réparation des lésions digestives. La césarienne a exposé aussi la patiente déjà en état de choc à une source supplémentaire de saignement. Le traitement conservateur prôné par certains auteurs [7,10] en cas de fœtus mort (suture des plaies utérines traumatiques et attente de l'expulsion du foetus) doit se faire sous stricte surveillance biologique des facteurs de la coagulation notamment du fibrinogène et des produits de dégradation de la fibrine [1] afin d'éviter le risque de CIVD.

CONCLUSION

Les plaies pénétrantes de l'utérus gravide sont rares mais graves, leur prise en charge doit être rapide et nécessite l'intervention d'une équipe multidisciplinaire. Elles imposent en général une laparotomie qui permet de faire le bilan lésionnel. Sur l'utérus gravide la césarienne n'est plus systématique surtout si le volume utérin ne gène pas la réparation des autres lésions viscérales et que le fœtus est mort. Le pronostic maternel est en général bon par contre le pronostic fœtal est réservé.

REFERENCES

1-O'shaughnessy MJ. Conservative obstetric management of a gunshot wound to the second-trimester gravid uterus. A case report. J Reprod Med 1997 ;42 :606-608.
2-Weiss HB, Songer TJ, Fabio A. Fetal deaths related to maternal injury. Jama 2001 ;286 :1863-1868.
3- Ward HR, Van Deurzen DF, Van Dongen PW. Gunshot uterine rupture: a case report. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998 ;80 :279-81.
4-Sugrue M E,O'Connor M, D'Amour SK. Trauma during pregnancy.ADF Health 2004 ;5 :24-28.
5-Yalinkaya A, Gonul O, Yayla M. Abdominal gunshot wounds during pregnancy : report of two cases. Clin Pract Rev 2005 ;6 :61-64.
6-Kouakou F, Anongba S, Dia JM, N'Guessan E, Touré-Coulibaly K. Diagnostic et traitement des plaies abdominales par balle au cours de la grossesse. Afrique Biomédicale 2003 ;8 :54-57.
7-Goff BA, Muntz HG. Gunshot wounds to the uterus. A case report. J Reprod Med 1990;35:436-8.
8- Rudra A, Ray A, Chatterjee S, Bhattacharya C, Kirtania J, Kumar P, Das T . Trauma in pregnancy. Indian J Anesth 2007 ;51 :100-1005.
9- Oversteet K, Mannito FL, Benirscke K. The role of placental pathology in the evaluation of interpersonnal violence :a case of abdominal gunshot wound in a 27 week gravid uterus. J Perinatol 2002 ;22 :675-678.
10- Awwad JT, Azar GB, Seoud MA, Mroueh AM, Karam KS. High-velocity penetrating wounds of the gravid uterus : review of 16 years of civil war. Obstet Gynecol 1994 ;83 :259-264.
11- Feliciano DV, Burch JM, Spjut-Patrinely V, Mattrox KL, Jordan GL. Abdominal gunshot wounds. An urban trauma center's experience with 300 consecutive patients. Ann Surg 1988 ;208 :362-370.
12-Sielezeneff I. Traumatisme pénétrant du pelvis. In Pelvipérinéologie ; du symptôme à la prise en charge thérapeutique Blanc B, Siproudhis L. Springer-Verlag France,2005 :pp237-243.