



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITÉ MOHAMMED V
DE RABAT
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE
RABAT



Année: 2023

Thèse N°: 158

DESINSERTIONS MESENTERIQUE DANS LES TRAUMATISMES DE L'ABDOMEN FERMES : A PROPOS DE 06 CAS

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2023

PAR

Madame Meryem EL BOUJADAINI

*Pour l'Obtention du Diplôme de
Docteur en Médecine*

Mots Clés : Désinsetion mésentérique; Abdomen fermé

Membres du Jury :

Monsieur El Hassan EL ALAMI EL FARICHA

Professeur de Chirurgie Générale

Monsieur Mohamed EL ABSI

Professeur de Chirurgie Générale

Monsieur Mohamed EL OUNANI

Professeur de Chirurgie Générale

Monsieur El Mahjoub ECHARRAB

Professeur de Chirurgie Générale

Président du jury

Directeur de thèse

Juge

Juge

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ
الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ ﴾ ﴿٣٢﴾

[سُورَةُ الْبَقَرَةِ: ٣٢]

صِدْقَ اللَّهِ الْعَظِيمِ



DOYENS HONORAIRES :

- 1962 _ 1969: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 _ 1974: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 _ 1981: Professeur Bachir LAZRAK
1981 _ 1989: Professeur Taieb CHKILI
1989 _ 1997: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 _ 2003: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 _ 2013: Professeur Najia HAJJAJ – HASSOUNI
2013 _ 2022: Professeur Mohamed ADNAOUI

ORGANISATION DECANALE :

- *Doyen*
Professeur Brahim LEKEHAL
- *Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et Estudiantines*
Professeur Amal THIMOU
- *Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération*
Professeur Taoufiq DAKKA
- *Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie*
Professeur Younes RAHALI
- *Secrétaire Général*
Mr. Mohamed KARRA

SERVICES ADMINISTRATIFS :

- *Chef du Service des Affaires Administratives*
Mr. Abdellah KHALED
- *Chef du Service des Affaires Estudiantines, Statistiques et Suivi des Lauréats*
Mr. Azzeddine BOULAAJOU
- *Chef du Service de la Recherche, Coopération, Partenariat et des Stages*
Mr. Najib MOUNIR
- *Chef du service des Finances*
Mr. Rachid BENNIS
- *Chef du Service Informatique*
Mr. Abdelhakim EL MESSAOUDI

1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne – Clinique Royale
Anesthésie -Réanimation
Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha

Médecine Interne

Gynécologie -Obstétrique

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZAD Rachid
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. SOULAYMANI Rachida

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique Méd. Chef Maternité des Orangers Rabat
Pharmacologie Doyen de la Fac. Phar. Abulcassis Rabat
Pharmacologie- Dir. Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale Doyen de FMPT
Anesthésie Réanimation
Neurochirurgie
Cardiologie
Anatomie
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. SENOUCI Karima

Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques Doyen de la FMPA
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale – Directeur du CHIS Rabat
Immunologie
Chirurgie pédiatrique
Chirurgie Générale
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Urologie *Inspecteur du SSM*
Pédiatrie
Traumatologie – Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie
Cardiologie *Directeur HMI Mohammed V Rabat*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BIROUK Nazha
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Neurologie
Cardiologie
Chirurgie pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie *Directeur Hôp. Ar-razi Salé*
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER-RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*

Neurologie *Doyen de la Fac. Méd. Abulcassis Rabat*
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie

Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer	Chirurgie Générale
Pr. ECHARRAB El Mahjoub	Chirurgie Générale
Pr. EL FTOUH Mustapha	Pneumo-phtisiologie
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*	Neurochirurgie
Pr. TACHINANTE Rajae	Anesthésie-Réanimation
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida	Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia	Neurologie
Pr. AJANA Fatima Zohra	Gastro-Entérologie
Pr. BENAMR Said	Chirurgie Générale
Pr. CHERTI Mohammed	Cardiologie
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL HASSANI Amine	Pédiatrie
Pr. EL KHADER Khalid	Urologie
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae	Pédiatrie

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*	Anesthésie-Réanimation
Pr. BENABDELJLIL Maria	Neurologie
Pr. BENAMAR Loubna	Néphrologie
Pr. BENELBARHDADI Imane	Gastro-Entérologie
Pr. BENNANI Rajae	Cardiologie
Pr. BENOUACHANE Thami	Pédiatrie
Pr. BEZZA Ahmed*	Rhumatologie
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi	Anatomie
Pr. BOUMDIN El Hassane*	Radiologie
Pr. CHAT Latifa	Radiologie
Pr. EL HIJRI Ahmed	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid	Neuro-Chirurgie
Pr. EL MADHI Tarik	Chirurgie-Pédiatrique <u>Directeur Hôp. d'Enfants Rabat</u>
Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie -
Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale <u>Directeur Hôpital Ibn Sina Rabat</u>
Pr. KABIRI EL Hassane*	Chirurgie Thoracique
Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie orthopédie
Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique - <u>Doyen de la FMPR</u>
Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
Pr. NOUINI Yassine	Urologie
Pr. SABBABH Farid	Chirurgie Générale
Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia	Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AMEUR Ahmed*
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef*
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. CHOHO Abdelkrim*
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RAISS Mohamed
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie *Directeur HMI Moulay Ismail-Meknès*
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie pédiatrique
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie *V-D chargé Aff Acad. Est.*
Chirurgie Générale *Directeur de l' ERPPLM*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. HACHI Hafid
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie orthopédie *Directeur HM Avicenne-Marrakech*
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif*

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Rhumatologie *Directeur Hôp. Al Ayachi Salé*
Pédiatrie
Cardiologie

Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. ZERAIDI Najia

Biophysique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie
Hématologie
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie - Pédiatrie
Chirurgie Cardio – Vasculaire. [Directeur Hôpital Ibn Sina Marr.](#)
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHERKAOUI Naoual*
Pr. EL BEKKALI Youssef*
Pr. EL ABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Nouredine

Réanimation Médicale
Pneumo phtisiologie
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie cardio-vasculaire
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice

Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Microbiologie
 Réanimation Médicale
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie biologique
 Biochimie-Chimie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie-orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. AGADR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna*
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MSSROURI Rahal

Médecine interne
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie *Directeur Hôp. des Spécialités Rabat*
 Anesthésie Réanimation *Directeur de la Clinique Royale*
 Anatomie *Dir. Délégué de la Fondation Ch.Kh.Ibn Zaid*
 Biochimie-Chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie-orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-Entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani*

Radiologie
Cardiologie
Pneumo-Phtisiologie

Mars 2010

Pr. FILALI Karim*
Pr. CHEMSI Mohamed*

Anesthésie-Réanimation *Directeur ERSSM*
Médecine Aéronautique

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Physiologie
Microbiologie
Biochimie- Chimie
Chirurgie pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Plastique et Réparatrice
Urologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

Décembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Anatomie Pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed

Chirurgie pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Traumatologie-orthopédie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Chirurgie pédiatrique
Anatomie Pathologique

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad

Pharmacologie *Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'UM6SS*
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie-Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie

Pr. BENSGHIR Mustapha*	Anesthésie Réanimation
Pr. BENYAHIA Mohammed*	Néphrologie
Pr. BOUATIA Mustapha	Chimie Analytique et Bromatologie
Pr. BOUABID Ahmed Salim*	Traumatologie orthopédie
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba	Anatomie
Pr. CHAIB Ali*	Cardiologie <i>Président de la Ligue N. de L. contre les M. CV</i>
Pr. DENDANE Tarek	Réanimation Médicale
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali	Anesthésie Réanimation
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa	Radiologie
Pr. ELFATEMI NIZARE	Neuro-chirurgie
Pr. EL GUERROUJ Hasnae	Médecine Nucléaire
Pr. EL HARTI Jaouad	Chimie Thérapeutique
Pr. EL JAOUDI Rachid*	Toxicologie
Pr. EL KABABRI Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologique
Pr. EL KHLOUFI Samir	Anatomie
Pr. EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane*	Radiologie
Pr. ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryem	Radiologie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed*	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique <i>Vice-Doyen à la Pharmacie</i>
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim*	Ophtalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua*	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan*	Gastro-Entérologie
Pr. ZERHOUNI Hicham	Chirurgie pédiatrique
Pr. ZINE Ali*	Traumatologie orthopédie

AVRIL 2013

Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM* Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

MAI 2013

Pr. BOUSLIMAN Yassir* Toxicologie

JUIN 2013

Pr. BENALI Bennaceur Médecine du Travail

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah Chirurgie Thoracique
Pr. BENCHAKROUN Mohammed* Traumatologie- Orthopédie
Pr. BOUCHIKH Mohammed Chirurgie Thoracique
Pr. EL KABBAJ Driss* Néphrologie
Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira* Biochimie-Chimie
Pr. HARDIZI Houyam Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pr. HASSANI Amale* Pédiatrie
Pr. HERRAK Laila Pneumologie
Pr. JEAIDI Anass* Hématologie Biologique
Pr. KOUACH Jaouad* Gynécologie-Obstétrique
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
Pr. SEKKACH Youssef* Médecine Interne
Pr. TAZI MOUKHA Zakia Gynécologie-Obstétrique

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKASSEM Rachid* Pédiatrie
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila Médecine Légale
Pr. BEKKALI Hicham* Anesthésie-Réanimation
Pr. BOUABDELLAH Mounya Biochimie-Chimie
Pr. DERRAJI Soufiane* Pharmacie Clinique
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali Anatomie
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim* Anesthésie-Réanimation
Pr. EL MARJANY Mohammed* Radiothérapie
Pr. FEJJAL Nawfal Chirurgie Réparatrice et Plastique
Pr. JAHIDI Mohamed* OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
Pr. LAKHAL Zouhair* Cardiologie
Pr. OUDGHIRI NEZHA Anesthésie-Réanimation
Pr. RAMI Mohamed Chirurgie pédiatrique
Pr. SABIR Maria Psychiatrie
Pr. SBAI IDRISSE Karim* Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène

AOÛT 2015

Pr. MEZIANE Meryem Dermatologie
Pr. TAHIRI Latifa Rhumatologie

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Noureddine*

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Oto-Rhino-Laryngologie

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*
Pr. BOUAITI El Arbi*
Pr. BOUTAYEB Saber
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim
Pr. HAFIDI Jawad
Pr. MAJBAR Mohammed Anas
Pr. OURAINI Saloua*
Pr. RAZINE Rachid
Pr. SOUADKA Amine
Pr. ZRARA Abdelhamid*

Microbiologie
Cardiologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Oncologie Médicale
Oncologie Médicale
Anatomie
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Chirurgie Générale
Immunologie

PROFESSEURS AGREGES :

MAI 2018

Pr. AMMOURI Wafa
Pr. BENTALHA Aziza
Pr. EL AHMADI Brahim
Pr. EL HARRECH Youness*
Pr. EL KACEMI Hanan
Pr. EL MAJJAOUI Sanaa
Pr. FATIHI Jamal*
Pr. GHANNAM Abdel-Ilah
Pr. JROUNDI Imane
Pr. MOATASSIM BILLAH Nabil
Pr. TADILI Sidi Jawad
Pr. TANZ Rachid*

Médecine interne
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Urologie
Radiothérapie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie-Réanimation
Médecine préventive, santé publique et Hygiène
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Oncologie Médicale

NOVEMBRE 2018

Pr. AMELLAL Mina
Pr. SOULY Karim
Pr. TAHRI Rajae

Anatomie
Microbiologie
Histologie-Embryologie-Cytogénétique

NOVEMBRE 2019

Pr. AATIF Taoufiq*
Pr. ACHBOUK Abdelhafid*
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah*
Pr. BASSIR Rida Allah
Pr. BOUATTAR Tarik
Pr. BOUFETTAL Monsef
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed*
Pr. BOUZELMAT Hicham*
Pr. BOUKHRIS Jalal*
Pr. CHAFRY Bouchaib*
Pr. CHAHDI Hafsa*
Pr. CHERIF EL ASRI ABAD*
Pr. DAMIRI Amal*
Pr. DOGHMI Nawfal*
Pr. ELALAOUI Sidi-Yassir
Pr. EL ANNAZ Hicham*
Pr. EL HASSANI Moulay El Mehdi*
Pr. EL HJOUJI Abderrahman*
Pr. EL KAOUI Hakim*
Pr. EL WALI Abderrahman*
Pr. EN-NAFAA Issam*
Pr. HAMAMA Jalal*
Pr. HEMMAOUI Bouchaib*
Pr. HJIRA Naouafal*
Pr. JIRA Mohamed*
Pr. JNIENE Asmaa
Pr. LARAQUI Hicham*
Pr. MAHFOUD Tarik*
Pr. MEZIANE Mohammed*
Pr. MOUTAKI ALLAH Younes*
Pr. MOUZARI Yassine*
Pr. NAOUI Hafida*
Pr. OBTEL MAJDOULINE
Pr. OURRAI ABDELHAKIM*
Pr. SAOUAB RACHIDA*
Pr. SBITTI YASSIR*
Pr. ZADDOUG OMAR*
Pr. ZIDOUH SAAD*

Néphrologie
Chirurgie réparatrice et plastique
Radiothérapie
Gynécologie-Obstétrique
Anatomie
Néphrologie
Anatomie
Chirurgie-Générale
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Traumatologie-Orthopédie
Anatomie Pathologique
Neuro-chirurgie
Anatomie Pathologique
Anesthésie-Réanimation
Pharmacie-Galénique
Virologie
Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Radiologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Oto-Rhino-Laryngologie
Dermatologie
Médecine interne
Physiologie
Chirurgie-Générale
Oncologie Médicale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Parasitologie-Mycologie
Médecine préventive, santé publique et Hygiène
Pédiatrie
Radiologie
Oncologie Médicale
Traumatologie-Orthopédie
Anesthésie-Réanimation

NOVEMBRE 2020

Pr. LALYA ISSAM*

Radiothérapie

SEPTEMBRE 2021

Pr. ABABOU Karim*	Chirurgie Réparatrice et Plastique
Pr. ALAOUI SLIMANI Khaoula*	Oncologie Médicale
Pr. ATOUF OUAFA	Immunologie
Pr. BAKALI Youness	Chirurgie Générale
Pr. BAMOUS Mehdi*	CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
Pr. BELBACHIR Siham	Psychiatrie
Pr. BELKOUCH Ahmed*	Médecine des Urgences et des Catastrophes
Pr. BENNIS Azzelarab*	Traumatologie-Orthopédie
Pr. CHAFAI ELALAOUI Siham	Génétique
Pr. DOUMIRI Mouhssine	Anesthésie-Réanimation
Pr. EDDERAI Meryem*	Radiologie
Pr. EL KTAIBI Abderrahim*	Anatomie Pathologique
Pr. EL MAAROUFI Hicham*	Hématologie Clinique
Pr. EL OMRI Naoual*	Médecine Interne
Pr. EL QATNI Mohamed*	Médecine Interne
Pr. FAHRY Aicha*	Pharmacie Galénique
Pr. IBRAHIM RAGAB MOUNTASSER Dina*	Néphrologie
Pr. IKEN Maryem*	Parasitologie
Pr. JAAFARI Abdelhamid*	Anesthésie-Réanimation
Pr. KHALFI Lahcen*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. KHEYI Jamal*	Cardiologie
Pr. KHIBRI Hajar	Médecine Interne
Pr. LAAMRANI Fatima Zahrae	Radiologie
Pr. LABOUDI Fouad	Psychiatrie
Pr. LAHKIM Mohamed*	Radiologie
Pr. MEKAOUI Nour	Pédiatrie
Pr. MOJEMMI Brahim	Chimie Analytique
Pr. OUDRHIRI Mohammed Yassaad	Neurochirurgie
Pr. SATTE AMAL*	Neurologie
Pr. SOUHI Hicham*	Pneumo-phtisiologie
Pr. TADLAOUI Yasmina*	Pharmacie Clinique
Pr. TAGAJDID Mohamed Rida*	Virologie
Pr. ZAHID Hafid*	Hématologie
Pr. ZAJJARI Yassir*	Néphrologie
Pr. ZAKARYA Imane*	Pharmacognosie

(*) Enseignants Chercheurs Militaires

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-Chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie <i>Vice-Doyen chargé de la Rech. et de la Coop.</i>
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. RIDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

PROFESSEURS HABILITES :

Pr. AANNIZ Tarik	Microbiologie et Biologie moléculaire
Pr. BENZEID Hanane	Chimie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie-Chimie
Pr. CHERGUI Abdelhak	Botanique, Biologie et physiologie végétales
Pr. DOUKKALI Anass	Chimie Analytique
Pr. EL BAKKALI Mustapha	Physiologie
Pr. EL JASTIMI Jamila	Chimie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Histologie-Embryologie
Pr. LAZRAK Fatima	Chimie
Pr. LYAHYAI Jaber	Génétique
Pr. OUADGHIRI Mouna	Microbiologie et Biologie
Pr. RAMLI Youssef	Chimie Organique Pharmaco-Chimie
Pr. SERRAGUI Samira	Pharmacologie
Pr. TAZI Ahnini	Génétique (<i>mis en disponibilité</i>)
Pr. YAGOUBI Maamar	Eau, Environnement

Mise à jour le 20/02/2023

KHALED Abdellah

Chef du Service des Affaires Administratives

FMPR

Le Doyen



Dédicaces





*À Allah Tout puissant Qui m'a inspiré Qui m'a guidé dans le bon chemin Je vous dois ce que je suis devenue
Louanges et remerciements Pour votre clémence et miséricorde*



A son prophète Mohamed Paix et bénédiction soient sur lui

À ma très chère maman : SADDIKI RABHIA

À celle qui m'a tout donné, sans rien demander

À celle qui a tout laissé pour moi

À celle qui a tout donné pour moi

Toute l'encre du monde ne pourrait suffire pour exprimer le profond amour que je te porte.

Tu représentes pour moi, une source intarissable d'amour, de tendresse et d'affection,

Et comme le prophète a dit « le paradis sous les pieds des mères »,

Tu n'as pas cessé de m'encourager et de prier pour moi, c'est toi qui as veillé pour mon confort, c'est toi qui as affronté le monde entier pour que nous ne manquions de rien. Ta prière et ta bénédiction m'ont été un grand secours pour mener à bien mes études.

Tu étais pour moi la mère, le père, la sœur, et l'amie fidèle de tous les jours.

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites, pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte.

Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.

C'est avec un grand honneur que je te dédie, aujourd'hui, mon travail en témoignage de mon amour et de l'immense fierté de t'avoir pour mère.

J'implore dieu de t'accorder une longue vie, une vie en pleine santé, et de te garder toujours à mes côtés.

A mon très cher père: EL BOUJADAINI KHALID

Je suis très fière d'être ta fille et de pouvoir enfin réaliser, ce que tu m'avais encouragé de faire, je pourrais jamais oublier ta joie le jour où j'ai réussi le concours de médecine, cela m'avait toujours donné plus de force pour surmonter toute difficulté lors de mes années d'études médicales.

Tu n'avais jamais cessé de déployer tous tes efforts afin de subvenir à nos besoins, nous encourager et nous aider à choisir le chemin de la réussite, tu nous as appris que le savoir est une richesse que nul ne peut voler, Tu étais toujours pour nous le papa exemplaire. Sans toi papa, sans ton inspiration, ton soutien, ton enthousiasme, ce travail n'aurait jamais vu le jour. Ta patience, tes conseils précieux, ta bonne volonté, ainsi Que ta confiance en moi ont été ma source de motivation et aussi la cause de ma réussite

A l'homme respectueux et dévoué qui m'a comblé de ses bien faits et m'a inculqué Les principes moraux et mondains d'une vie équilibrée. Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir. Que Dieu le tout puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal.

A mon très cher mari : AMR ISMAIL ABDELHADI

Ton amour ne m'a procuré que confiance et stabilité. Tu as partagé avec moi les meilleurs moments de ma vie, aux moments les plus difficiles de ma vie, tu étais toujours à mes côtés, Je te remercie de ne m'avoir jamais déçu. Aucun mot ne pourrait exprimer ma gratitude, mon amour et mon respect.

A mon très cher frère : EL BOUJDAINI ABDELLAH

*À tous les moments d'enfance que j'ai vécus avec toi,
Aucune dédicace ne suffira pour exprimer mes sincères sentiments et mon profond amour fraternel.*

Je suis très chanceuse de t'avoir comme grand frère, Tu es un homme au grand cœur, Un frère très attentionné, je suis fière de t'avoir à mes côtés, de près comme de loin, durant toutes ces années de ma vie.

Je te remercie pour ta présence dans ma vie, ainsi pour tous ces beaux moments qui nous a rassemblés depuis notre enfance, et aussi pour ton affection inconditionnelle.

Je te suis reconnaissante pour ta confiance, ton soutien, ta bienveillance ainsi que tes qualités humaines.

Je te dédie ce modeste travail en témoignage de ma profonde gratitude.

Qu'ALLAH te bénisse, te préserve et te protège de tout mal.

A mon très cher frère : EL BOUJDAINI SOUFIANE

À mon compagnon de toutes les phases de ma vie depuis sa naissance Ta compréhension, ton optimisme et ton encouragement sont pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su m'apporter. Tu étais toujours présent pour me soutenir, m'écouter et me gâter tu es mon petit trésor. . .

Je te remercie mon petit pour tous les moments agréables que nous avons passés ensemble, pour tous nos éclats de rire, pour toutes les doses de l'énergie positive que tu ne cesses pas de m'offrir.

Merci d'être toujours à mes côtés, de me faire rire dans mes difficiles moments, de me rassurer quand la vie ne me donne pas ce que je veux, de m'avoir soutenu dans mes meilleurs moments comme dans les pires, Tu m'as beaucoup aidé, je vous en serai toujours reconnaissante, Tout est gravé dans le plus profond de ma mémoire, témoin de notre amour et complicité.

Sans toi ma vie n'aurait pas eu le même goût.

Que Dieu tout-puissant te préserve, te protège, t'accorde la santé et le bonheur

A ma grand-mère maternelle

Je me souviendrai toujours des moments agréables que j'avais vécu en ta compagnie Votre bénédiction, vos prières m'ont été toujours précieuses. Trouvez ici l'expression de ma tendresse, mon profond amour et ma reconnaissance. Que Dieu t'accorde santé, longue vie et beaucoup de bonheur.

A mes grands-parents paternels ET Mon grand-père maternelle

Puisse ce travail être une prière pour votre âme.

A mes oncles et leurs épouses, à mes tantes et leur époux, à tous mes cousins et cousines, à toute la famille EL BOUJDAINI, et à toute la famille SADDIKI:

Je me souviendrai toujours des bons moments qu'on a vécus, et qu'on vivra ensemble INSHAALLAH. Le bonheur que je ressens quand on est tous réunis est immense. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon amour, mon profond attachement et mes souhaits de succès et de bonheur pour chacun de vous. Que Dieu vous protège.

A tous mes amis de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat et à tous ceux qui me sont chères et que j'ai omis de citer.



Remerciements



A mon maître et Président du jury
Professeur H.E.El ALAMI
Professeur de chirurgie générale au CHU Souissi Rabat.

Je vous remercie infiniment, cher maître, pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger et présider le jury de cette thèse et pour le grand intérêt que vous avez porté pour ce travail. L'amabilité dont vous avez fait preuve en recevant cette thèse me marquera à jamais. Votre modestie, jointe à vos compétences professionnelles et humaines, seront pour nous un exemple dans l'exercice de notre profession. Veuillez trouver ici, l'expression de notre respect et de notre très haute considération

A mon maître et directeur de thèse
Professeur EL ABSI MOHAMED
Professeur de chirurgie générale au CHU Ibn Sina

Les mots ne suffisent certainement pas pour exprimer le grand honneur et l'immense plaisir que j'ai eu à travailler sous votre direction pour vous témoigner ma profonde reconnaissance de m'avoir confié ce travail, pour tout ce que vous m'avez appris, pour le précieux temps que vous avez consacré à diriger chacune des étapes de ce travail. J'ai toujours admiré votre rigueur scientifique, votre dynamisme et votre disponibilité. Je garderai toujours en mémoire votre gentillesse et votre modestie.

A mon maître et juge de thèse :
Professeur EL OUNANI Mohamed
Professeur de chirurgie générale au CHU Souissi Rabat.

C'est un grand honneur pour nous que vous ayez accepté de siéger parmi notre honorable jury. Votre gentillesse et votre disponibilité ont toujours suscité mon admiration. Veuillez trouver dans ce travail, cher maître, l'expression de mon estime et de ma considération.

A mon maître et juge de thèse
Professeur ECHARRAB EI Mahjoub
Professeur de chirurgie générale au CHU Souissi Rabat.

Je suis infiniment sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de siéger parmi mon jury de thèse. Je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour votre bienveillance et votre simplicité avec lesquelles vous m'avez accueilli. Veuillez trouver ici, cher maître, le témoignage de ma grande estime et de ma sincère reconnaissance

A toute l'équipe du service de chirurgie générale de l'Hôpital Ibn Sina Rabat:

Pour votre accueil chaleureux et votre contribution inestimable à la réalisation de ce travail de thèse.

A l'ensemble des enseignants de tout mon parcours scolaire et ceux de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat.



Liste des abréviations



Abréviations

AVP	: Accident Voie Public
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
DR	: Detresse Respiratoire
E-FAST	: Extended Focused Assesement with Sonography in Trauma
FC	: Frequence cardiaque
FR	: Frequence Respiratoire
GCS	: Glagow Coma Scale
LPD	: Lavage péritonéale Diagnostic
NFS	: Numération Formule Sanguine
PA	: Pression Arterielle
PLP	: Ponction Lavage Péritonéale
SNG	: Sonde Naso Gastrique
SpO2	: Saturation Pulsée en Oxygène
SS	: Sérum Salé
SU	: Sonde Urinaire
TA	: Tension Arterielle
TAM	: Tension Arterielle Moyenne
TAS	: Tension Arterielle Systolique
TDM	: Tomodensitométrie
UCV	: Urgence Chirurgie Viscérale



Liste des illustrations



Liste des figures

Figure 1: Répartition des patients en fonction de leur d'âge.	12
Figure 2: Répartition des patients en fonction du sexe.	13
Figure 3: Répartition des patients en fonction du mode d'admission	14
Figure 4: Répartition des patients en fonction de l'étiologie du traumatisme	15
Figure 5: Bilan générale de prise en charge des désinsertion mésenterique dans notre étude.	20
Figure 6: Embryologie du tube digestif et du péritoine	26
Figure 7: Racine du mesentère	28
Figure 8: Vue anterieur du mesentère et du mesocolon.....	31
Figure 9: Peritoine parietal et viscéral +point de reflexion.....	34
Figure 10: Ligament coronaire et triangulaire.....	36
Figure 11: Fascia de Toldt.....	38
Figure 12: Artère digestive et territoire de vascularisation.....	40
Figure 13: Hématome mésentérique	45
Figure 14: Ischémie étendue dans les territoires du tronc coeliaque et de l'artère mésentérique supérieur	46
Figure 15: Hémopéritoine	47
Figure 16: Technique PLP.....	50
Figure 17: Algorithme de diagnostic des lésions traumatiques digestives de la Pitié-Salpêtrière. PLP : ponction–lavage du péritoine. D'après Menegaux et al.....	52

Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition des patients en fonction des signes généraux	16
Tableau 2 : Répartition des patients en fonction des signes fonctionnels	16
Tableau 3: Répartition des patients en fonction des signes physiques	17
Tableau 4 : Répartition des patients en fonction des lésions associées a la désinsertion méésentérique	17
Tableau 5 : Répartition des patients selon examens biologiques réalisés	18
Tableau 6 : Répartition des patients selon les examens d'imagerie réalisés	18
Tableau 7 : Répartition des patients selon les lésions intraabdominal à la TDM	19
Tableau 8 : Répartition des patients en fonction de l'abondance de l'hémopéritoine	19
Tableau 9 : Explorations chirurgicales et gestes effectués lors des laparotomies d'emblée	22



Sommaire



Introduction	1
Objectifs	5
Méthodologie	7
I. Cadre d'étude	8
II. Type d'étude	8
III. Période d'étude	8
IV. Population d'étude	8
V. Critères d'inclusion	8
VI. Critères de non inclusion	8
VII Collecte des données	8
VIII. Les supports utilisés pour la recherche	9
IX. Les variables étudiées	9
X. Question d'éthique	10
Résultats	11
I. Données épidémiologiques	12
A. Fréquence	12
B. Age	12
C. Le sexe	13
D. Mode d'admission	14
E. Etiologies	15
II. Données cliniques	16
A. Signes généraux	16
B. Signes fonctionnels	16

C. Signes physiques.....	17
D. Les lésions associées.....	17
III. Données paracliniques	18
A. Bilan biologique	18
B. Bilan radiologique	18
IV. Prise en charge thérapeutique.....	20
A. Mesures de réanimation	21
B. Traitement conservateur.....	21
C. Laparotomie d'emblée	21
V. Evolution	22
VI. Durée d'hospitalisation	22
Discussion	23
I. Définition	24
II. Rappel anatomique.....	24
A. Les régions anatomiques du mésentère	24
1. Le mésogastre dorsal et le mésoduodenum.....	24
2. la racine mésentérique.....	27
3. La région intestinal du mesentere	29
4. Le mésocôlon droit.....	29
5. Le mésocôlon gauche	29
6. Le mésosigmoïde	30
7. Le mésorectum.....	30
B. Les domaines mesentériques et non mesenteriques de l abdomen	32
C. Mécanismes anatomiques permettant de maintenir le mésentère et les	

organes associés en position	32
1. La réflexion péritonéale	32
2. Le fascia de Toldt.....	37
3. Points de connectivité vasculaire	39
III. Épidémiologie et mécanismes lésionnels.....	41
IV. Moyens diagnostiques désinsertion mésentérique	42
A. Contexte clinique.....	42
1. 1 interrogatoire	42
2. Examen clinique	42
B. Contexte biologique.....	43
C. Bilan radiologique	43
D. Ponction lavage péritonéale (PLP)	48
1. Technique PLP.....	48
2. Positivité	49
E. Coelioscopie diagnostique.....	53
V. Prise en charge.....	53
A. Examen général	54
1. Etat hémodynamique.....	54
1. Etat respiratoire	55
2. Etat neurologique	55
3. Température	55
B. Examen abdominal et somatique.....	56
1. Interrogatoire	56
a. La douleur.....	56

b. Vomissements.....	56
c. La distension abdominale.....	57
2. Examen abdominal.....	57
a. L'inspection.....	57
b. La palpation.....	57
c. La percussion.....	57
d. Toucher rectale.....	58
3. Lésions associées.....	58
C. Examens complémentaires.....	58
1. Bilan biologique.....	59
2. Bilan radiologique.....	60
D. Traitement.....	61
1. Instabilité hémodynamique.....	61
2. Stabilité hémodynamique à la prise en charge.....	62
a. Critères cliniques du choix du traitement conservateur.....	62
b. Place primordiale du scanner abdominal dans le traitement conservateur..	62
VI. Surveillance.....	64
Conclusions.....	65
Résumés.....	67
Références.....	71



Introduction



Les traumatismes abdominaux représentent près de 15–20 % des lésions observées en traumatologie .

Ils sont associés à une mortalité élevée (20 %), non seulement du fait de la gravité des lésions abdominales elles-mêmes, mais également en raison des autres lésions généralement associées chez les patients polytraumatisés [1].

Les lésions abdominales les plus fréquentes touchent les organes pleins (foie, rate), sont responsables d'hémorragie, et, par conséquent, de diagnostic facile, notamment avec l'avènement du scanner qui est au centre du bilan lésionnel des traumatismes [2].

Toutefois, d'autres lésions, non hémorragiques, moins fréquentes peuvent également survenir.

Ces lésions, rupture intestinale et désinsertion mésentérique, sont de diagnostic plus difficile (3).

De plus, leur évolution est d'autant plus redoutable que ce diagnostic est tardif [4].

Ma présentation, aujourd'hui ; portera spécifiquement sur les désinsertions mésentériques .

Le traumatisme lié à la ceinture de sécurité lors d'accidents automobile est le mécanisme le plus courant de lésion mésentérique.

Le mésentère de l'intestin grêle est plus fréquemment blessé que celui du côlon.

Le mécanisme de la désinsertion mésentérique lors d'un traumatisme abdominal fermé implique des forces de compression et de décélération qui entraînent un éventail de lésions allant de la contusion à la déchirure de la paroi intestinale, le cisaillement du mésentère et la perte de l'apport vasculaire (5).

La morbidité et la mortalité dues à un retard de diagnostic se produit à la suite d'une hémorragie d'un vaisseaux mésentérique lésée et d'une péritonite par rupture de la paroi intestinale ou ischémie intestinale

Les patients avec un hématome mésentérique suintant lentement peuvent rester cliniquement non détectés pendant des jours, jusqu'à ce qu'une nécrose intestinale se produise, entraînant une péritonite.

Par ailleurs, une hémorragie tardive peut se produire en raison de la relaxation du vasospasme, du déplacement du thrombus lié à la pression ou de la liquéfaction d'un caillot sanguin temporaire.

Le diagnostic des désinsertions mésentériques a tendance à être retardé. Une détection précoce et une intervention chirurgicale, si nécessaire, sont essentielles pour améliorer le résultat du traitement.

Bien que non spécifiques, un ou plusieurs des signes cliniques suivants peuvent survenir douleur abdominale, sensibilité, distension, réduction des bruits intestinaux, hypotension et choc. (6)

Un lavage péritonéal diagnostique ou une échographie abdominal doivent être effectués pour évaluer les patients qui sont hémodynamiquement instables..

D'un autre côté, les patients hémodynamiquement stables peuvent bénéficier d'une TDM qui aide à localiser les fluides libres, le pneumopéritoine ou les hématomes mésentériques.. Il permet également d'évaluer les lésions des organes solides⁶.

Si la lacération mésentérique est minime et qu'il n'y a qu'un hématome localisé, le patient peut être pris en charge de façon conservatrice.(7)Cependant, la découverte d'un volume modéré à important de de liquide intrapéritonéal sans lésion d'organe solide doit inciter à une évaluation chirurgical de l'intestin et du mesentère

Le traitement transcathéter d'une hémorragie mésentérique traumatique a également été rapporté.(8)



Objectifs



- Les éléments de diagnostic de la désinsertion mésentérique
- Méthodes thérapeutiques de la désinsertion mésentérique
- Les résultats



Méthodologie



I. Cadre d'étude :

Nous avons mené notre étude au service des UCV à l'hôpital Ibn Sina Rabat

II. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive.

III. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée sur une période de 24 mois allant du mois de Mars 2021 au mois de février 2023 au CHU Ibn Sina.

IV. Population d'étude

Il s'agissait de tous les patients admis au Service d'UCV présentant une désinsertion mésentérique .

V. Critères d'inclusion :

Tous les patients vivant à l'admission, ayant un dossier complet et le consentement, reçus directement ou référé au UCV, présentant une désinsertion mésentérique lors d'un traumatisme abdominal fermé.

VI. Critères de non inclusion :

Nous avons exclu les sujets âgés de moins de 16 ans, les non hospitalisés, ceux décédés dans la phase préhospitalière, ou ceux opérés dans d'autres centres.

VII Collecte des données :

Pour la collecte des données nous avons exploités les renseignements mentionnés sur les fiches d'enquête et les dossiers des malades .

VIII. Les supports utilisés pour la recherche :

Revue de la littérature ;
Articles et publications médicales ;
Livres de médecine ;
Les sites médicaux.

IX. Les variables étudiées :

Nous avons étudié les variables suivantes :

a- Variables sociales démographiques :

Elles ont été étudiées en fonction de l'âge, le sexe, et le mode d'admission.

b- Les variables cliniques

Les données cliniques suivantes ont été utilisées :

- les signes généraux ;
- Les signes fonctionnels ;
- Les signes physiques ;
- Les données biologiques ;
- Les données radiologiques et d'imageries
- Le diagnostic ;
- Type de prise en charge ;
- Durée d'hospitalisation ;
- Devenir.

X. Question d'éthique

Le secret médical et le secret de confidentialité ont été respectés, le consentement des patients et/ ou des parents a été obtenu pour l'utilisation des données



Résultats



I. Données épidémiologiques

A. Fréquence

Durant la période d'étude, 96 patients ont été hospitalisés pour un traumatisme abdominal fermé isolé ou non.

Parmi les 76 cas, nous avons recensé 6 cas de désinsertion mésentérique ; soient une fréquence de 6,2 %

B. Age :

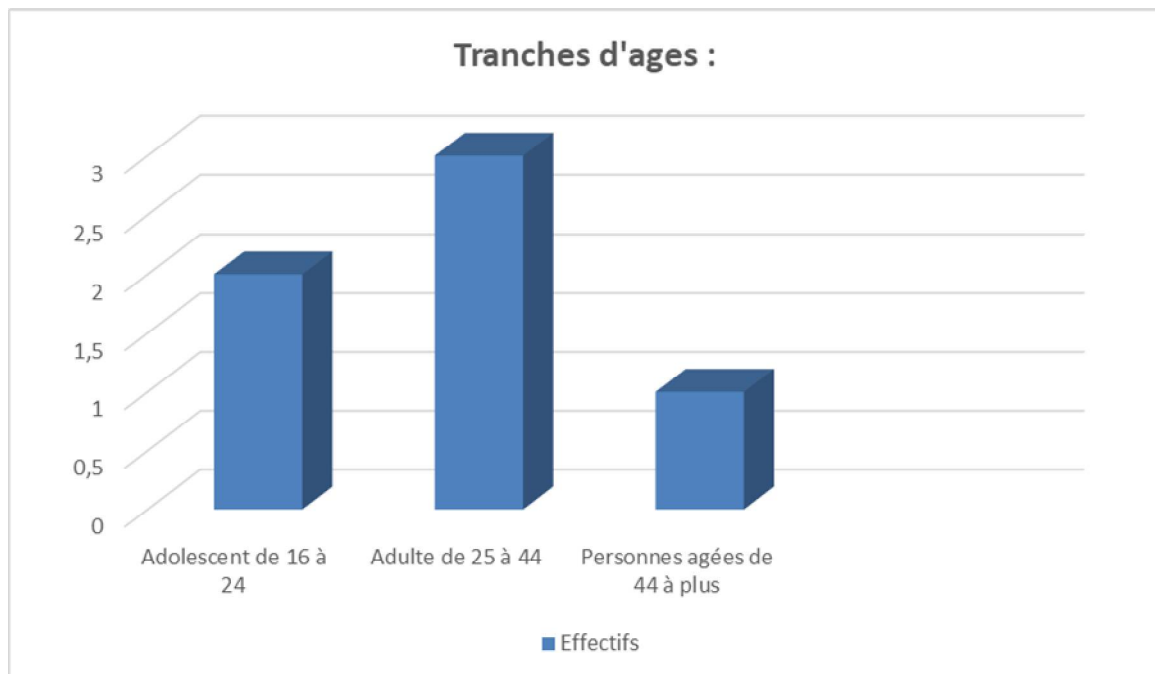


Figure 1: Répartition des patients en fonction de leur d'âge.

L'âge moyen était de 28 ans, avec des extrêmes allant de 16 à 46 ans.

L'adulte jeune représentait la moitié de la population.

C. Le sexe :

Il s'agit de 5 homme et d' 1 femme ,soit un sexe ratio de 5/1 :Figure

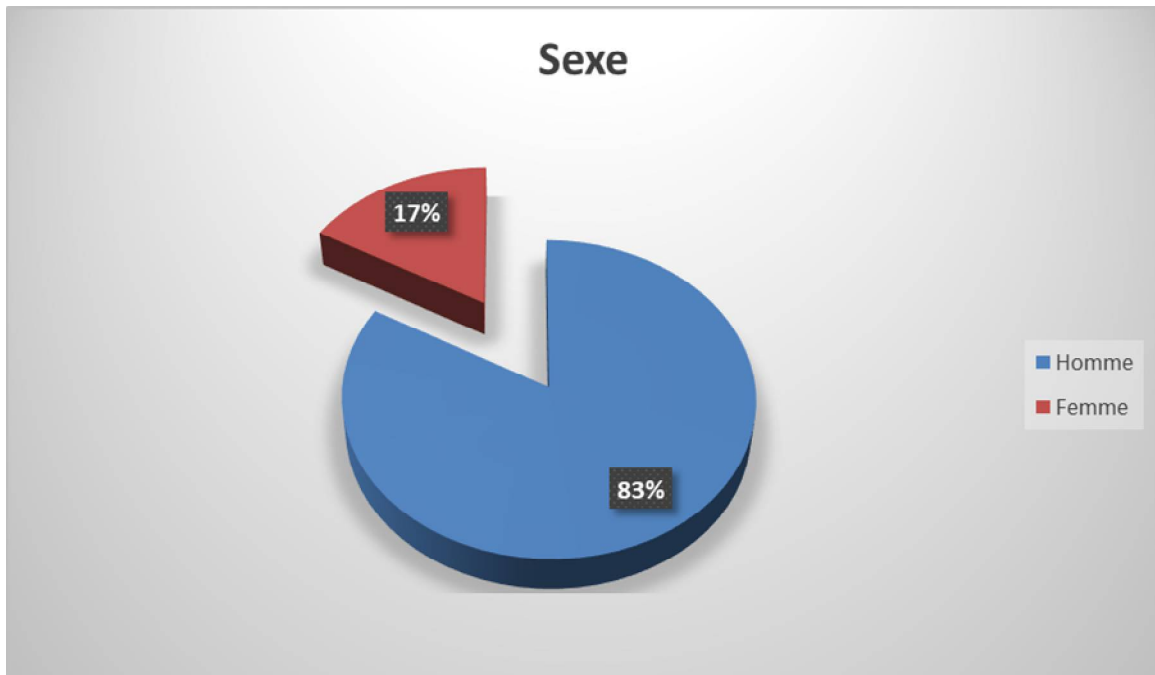


Figure 2: répartition des patients en fonction du sexe.

D. Mode d'admission :

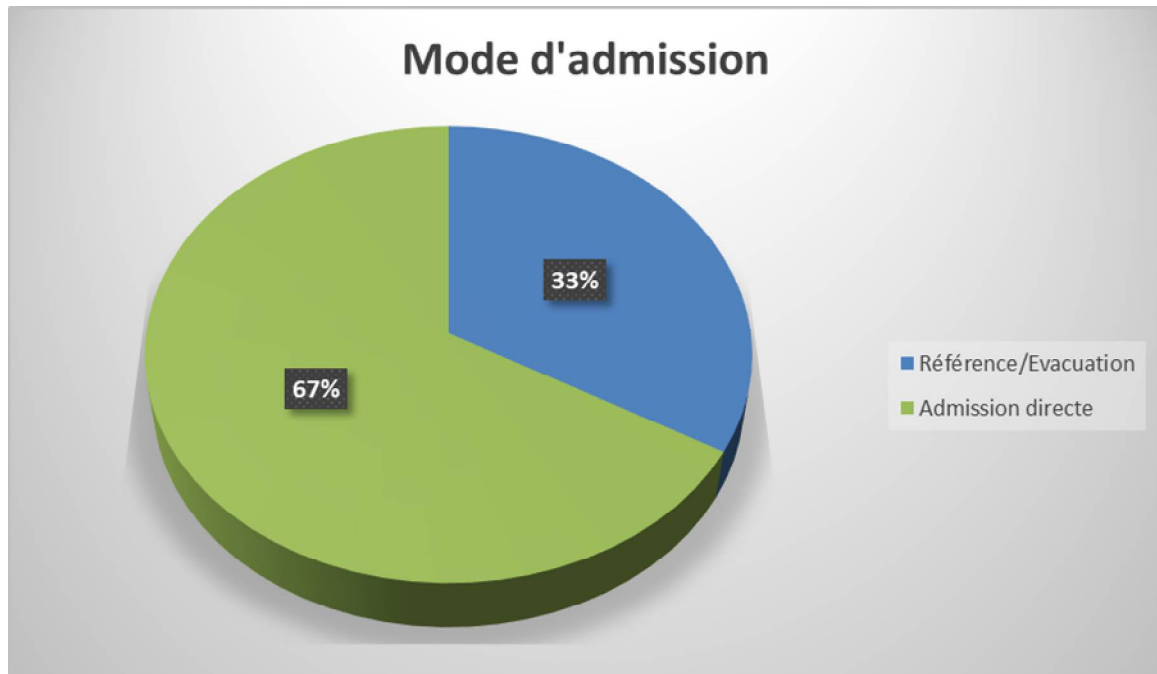


Figure 3: Répartition des patients en fonction du mode d'admission

Les cas d'admission directe ont représentés 67%

E. Etiologies :

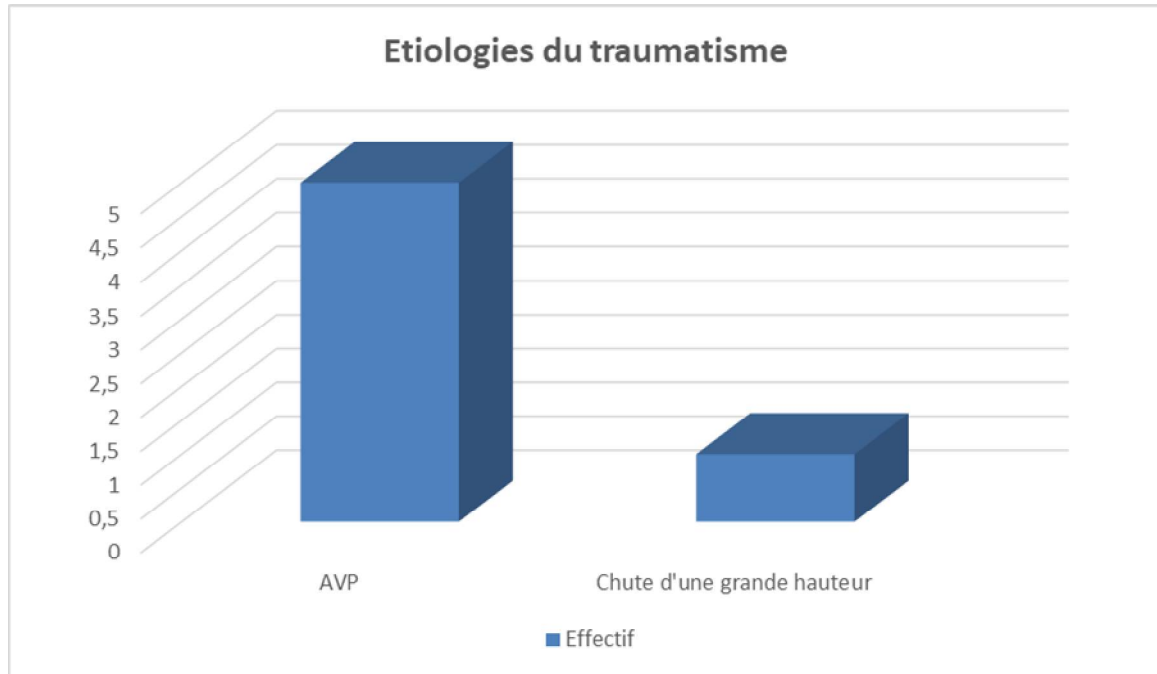


Figure 4: Répartition des patients en fonction de l'étiologie du traumatisme

Les Accidents de la Voie Publique (AVP) étaient les plus représentés avec 83 %

II. Données cliniques :

A. Signes généraux :

Tableau 1: Répartition des patients en fonction des signes généraux

Signe général	Effectif	Pourcentage
Fièvre	1	16,7
Poul rapide	3	50
angoisse	5	83
TA basse	3	50
DR	1	16,7
GCS anormal	1	16,7

L'angoisse a été la plus représentée avec 83 %

B. Signes fonctionnels :

Tableau 2 : Répartition des patients en fonction des signes fonctionnels :

Signe fonctionnel	Effectifs	Pourcentage
Douleur	5	83 %
Vomissement	2	33,3 %
Distension abdominale	1	16,7 %

Les signes fonctionnels étaient dominés par la douleur qui était présente chez 05 patients

C. Signes physiques

Tableau 3: Répartition des patients en fonction des signes physiques :

Signe fonctionnel	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Contracture abdominal</i>	<i>3</i>	<i>50 %</i>
Défense abdominal	<i>1</i>	<i>6,7 %</i>
<i>Ecchymose /Hématome</i>	<i>2</i>	<i>33,3 %</i>

Les signes physiques étaient dominés par la contracture abdominale qui était présente chez 50 % des patients .

D. Les lésions associées

Un poly traumatisme a été retrouvé chez 5 patients(83,33 %)

Les désinsértions mésentériques sont souvent associés à des lésions intestinales avec un pourcentage de 33,3%.

Tableau 4 : Répartition des patients en fonction des lésions associées a la désinsertion mésentérique

Lésions associées	Effectifs (N :6)	Pourcentage(%)
Lésions intestinales	2	33,33
Membres	1	16,7
Crane	1	16,7
Thorax	1	16,7

III. Données paracliniques

A. Bilan biologique

Tableau 5 : Répartition des patients selon examens biologiques réalisés :

<i>Bilan biologique</i>	<i>Effectifs(N :6)</i>	<i>Pourcentage(100%)</i>
NFS	6	100
Groupage ABO/Rhésus	6	100
Enzyme pancréatique	1	16,6
Bilan hépatique	1	16,6

NFS a été réalisée chez tous les patients (100%). Une anémie normochrome normocytaire a été retrouvée chez 3 patients (50%). Une hyperleucocytose a été retrouvée chez un patient (16,6 %)

B. Bilan radiologique

Tableau 6 : Répartition des patients selon les examens d'imagerie réalisés

Imagerie	Effectifs (N :6)	Pourcentage(%)
TDM	4	66,7
Echo-FAST	2	33,3
Radio thorax	2	33,3
Total	6	100

La TDM a été réalisé chez la majorité des patients (66,7 %)

Tableau 7 : Répartition des patients selon les lésions intraabdominal à la TDM :

Lésion	Effectifs(N :6)	Pourcentage(%)
Hémopéritoine	5	83,3
Hématome au sein du mésentère au contact d'une anse lésée	1	16,7

Les hémopéritoines étaient les plus représentés avec 83,3 %

Tableau 8 : Répartition des patients en fonction de l'abondance de l'hémopéritoine :

Abondance	Effectifs (N : 6)	Pourcentage (%)
Faible	2	33,3
Moyenne	3	50
Grande	1	16,7

L'hémopéritoine de moyenne abondance était le plus représenté avec 50 %

IV. Prise en charge thérapeutique

Trois cas étaient instables sur le plan hémodynamique dont deux stabilisés, et un nécessitait une laparotomie d'emblée.

Trois cas ont été opérés en urgence en rapport avec l'abondance de l'hémopéritoine et la suspicion de perforation intestinale.

Le traitement conservateur était préconisé chez les deux autres cas. Figure

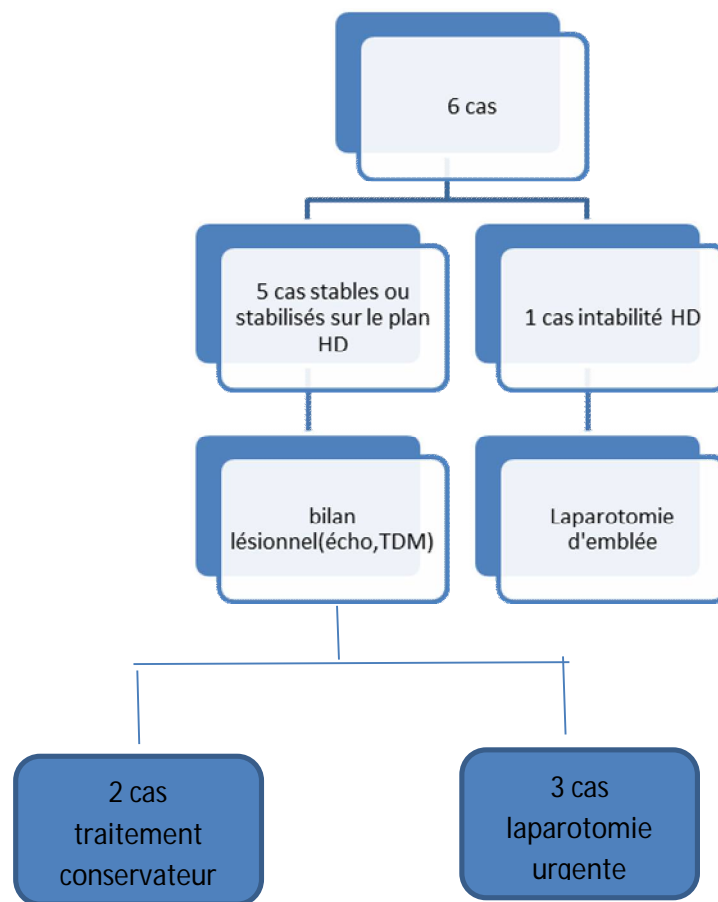


Figure 5: bilan générale de prise en charge des désinsertion mésentérique dans notre étude.

A. Mesures de réanimation

A l'admission Une transfusion sanguine de culots globulaire était nécessaire chez 5 patients(50 %) à moyenne de 03 culots globulaire. Une transfusion de plasma frais congelé était nécessaire chez un malade. Cinq patients (83,3 %) ont été mis en condition à leur admission, avec :

- Deux voies veineuses périphériques.
- Remplissage par du sérum salé.
- Mise en place d'une sonde gastrique et d'une sonde vésicale.
- Monitoring sous scope (PA, SpO2, FC).
- Bilan biologique.
- Réchauffement externe.

Trois patients ont été hospitalisés en réanimation pour état de choc hémorragique, dont deux stabilisés et un nécessitait une laparotomie d'emblée.

B. Traitement conservateur

Un traitement non opératoire (abstention chirurgicale, traitement médical, et surveillance/Repos stricte) a été préconisé chez 2 malades (33,3 %).

Cette attitude était suffisante dans les 2 cas avec évolution favorable.

C. Laparotomie d'emblée

La laparotomie en urgence était le choix thérapeutique concernant 1 cas d'instabilité hémodynamique malgré les mesures de réanimation .

Les données de l'exploration chirurgicale ainsi que le gestes effectué sont récapitulées dans le Tableau

Tableau 9 : Explorations chirurgicales et gestes effectués lors des laparotomies d'emblée

Patient	Exploration chirurgicale	Geste effectué
Patient 1	-Hémoperitoine de moyenne abondance - Hématome du mésentère distal à 10 cm de la DAI étendue sur 1;20cm et qui diffuse pr saignement d'une petite branche au niveau du mésentère	Contrôle du saignement par renforcement en un point en X avec Vicryl 3.0 Lavage abondant Drainage par Redon au niveau CDS du Douglas

V. Evolution

L'évolution était favorable pour les 5 patients (100 %)

VI.Durée d'hospitalisation

La durée moyenne de séjour des patients est entre 4 et 5 jours environ .



Discussion



I. Définition :

Le mésentère est l'ensemble des tissus qui maintiennent tous les organes digestifs abdominaux en position et en connexion avec d'autres systèmes.

Cette définition soulève la question de savoir comment le mésentère est maintenu en position (9)

II. Rappel anatomique

Notre compréhension de l'anatomie mésentérique a considérablement évolué depuis sa première description par Aristote. Cette dernière se concentre principalement sur l'organogénèse mésentérique

il est important de décrire le modèle actuel de l'anatomie mésentérique, car il constitue le point final anatomique vers lequel tendent les théories de son développement.

A. Les régions anatomiques du mésentère

1. Le mésogastre dorsal et le mésoduodenum

Le mésentère est continu de la jonction œsophagogastrique à la jonction anorectal [10]. Les régions supérieure et inférieure sont continues au niveau de la racine mésentérique [11].

Le mésentère est attaché à la paroi abdominale postérieure dans plusieurs régions (12)

Le mésogastre dorsal est aplati contre la paroi abdominale postérieure et attaché à celle-ci dans le quadrant supérieur gauche.

Il se prolonge distalement par le mésoduodénum qui est également aplati contre la paroi abdominale postérieure et situé derrière le pancréas (13,14)

L'artère mésentérique supérieure pénètre dans le mésentère, par l'arrière, pour s'incorporer dans la région centrale, la région radulaire

Il est important de noter que l'artère mésentérique supérieure pénètre dans le mésentère près de l'endroit où la veine mésentérique supérieure est rejointe par la veine splénique pour former la veine porte..

Lorsque l'artère mésentérique supérieure pénètre le mésentère et continue vers l'avant, elle entraîne avec elle le mésoduodénum dans une conformation hélicoïdale appelée racine mésentérique (15 ;16)

La racine s'étend ensuite de façon spectaculaire pour former des régions du mésentère qui contiguës à l'intestin grêle et au colon

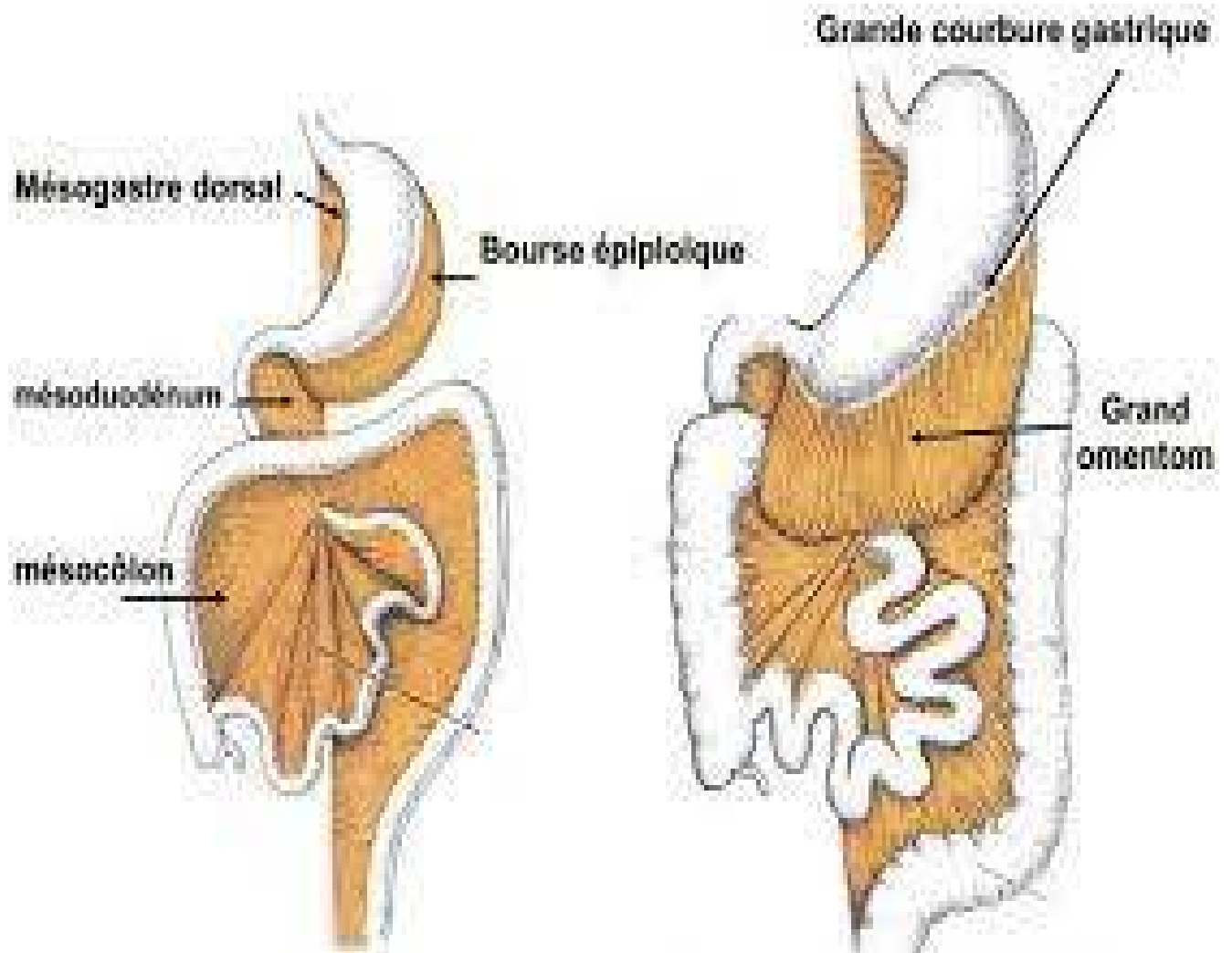


Figure 6: Embryologie du tube digestif et du péritoine

2. La racine mésentérique

Le complexe veine porte/veine mésentérique supérieure forme un pilier mésentérique central autour duquel l'intestin et le mésentère associé s'incurvent selon une conformation hélicoïdale .

L'estomac se trouve d'abord à gauche de ce pilier mésentérique central. L'antra gastrique se trouve directement en avant du pilier. La deuxième partie du duodénum s'incurve vers la droite du pilier et continue ensuite postérieurement derrière le pilier.

De cette manière, la quatrième région du duodénum est positionnée à la gauche du pilier et se poursuit par le jéjunum. Comme le duodénum passe d'une position à droite à une position à gauche, lui et son mésentère contigu adoptent une conformation hélicoïdale autour de l'artère mésentérique supérieur et la veine mésentérique supérieur.

Là où l'intestin et le mésentère s'incurvent postérieurement, ils sont rejoignés par l'artère mésentérique supérieure dans la région de la racine mésentérique. À partir de cette région , le mésentère s'élargit de façon spectaculaire et contigu avec l'intestin grêle et le colon

Donc le côlon droit et les régions mésocoliques prennent une position à droite, ancrées à la paroi abdominale postérieure [17-19]; tandis que l'intestin grêle et le mésentère associé occupent une position centrale.

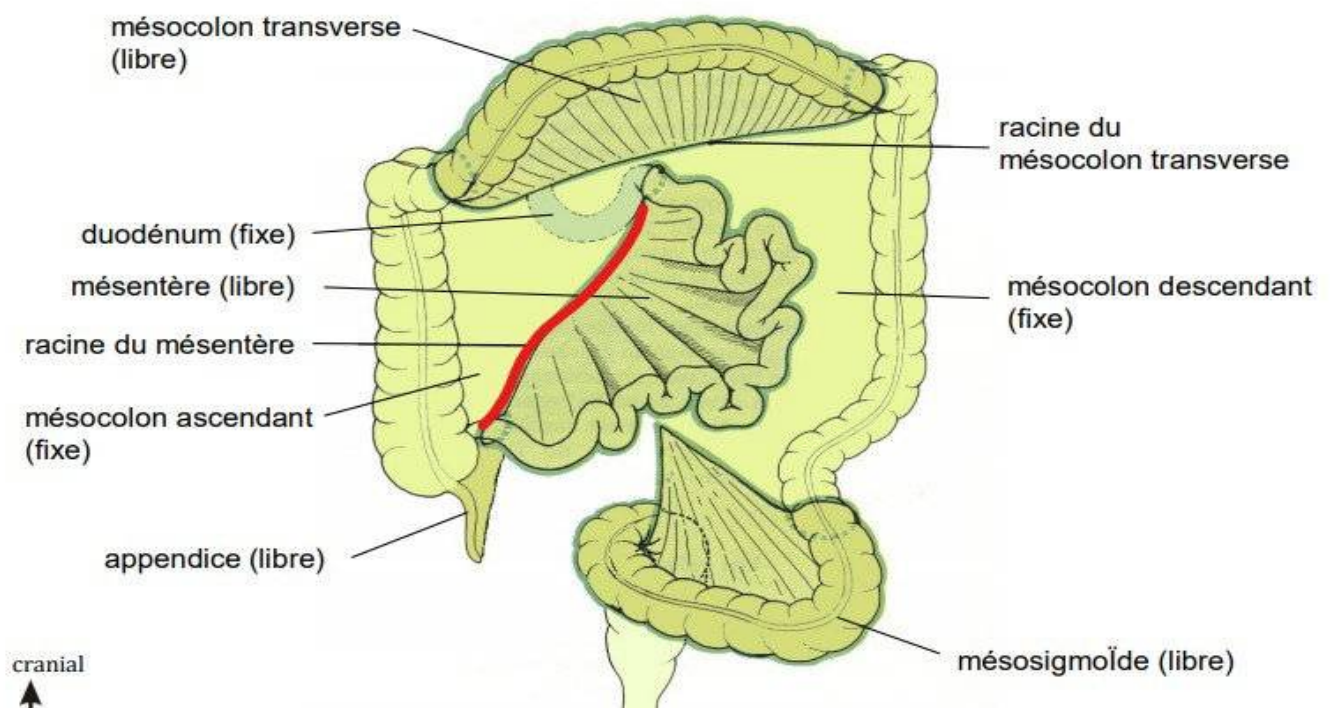


Figure 7: Racine du mesentère

3. La région intestinal du mesentere

La majeure partie de la région intestinale du mesentere n'est pas attachée et est mobile. Au niveau de la marge intestinale, elle s'allonge considérablement.

En suivant la région intestinal du mesentere vers la paroi abdominale postérieure, la reflexion péritonéale masque la base mésentérique. Sous la reflexion, le mésentère continue latéralement en tant que mésocôlon droit (20)

4. Le mésocôlon droit

Le mésocôlon droit est la continuation du mésentère de l'intestin grêle, et il est attaché (ou ancré) à la paroi abdominale postérieure sur toute son étendue

Lorsque ce processus d'ancrage ou d'attachement est déficient, le mésocôlon droit et la région iléocœcale sont mobiles et susceptibles de se tordre (torsion ou volvulus) autour de la région attachée du mésentère [21,22]. La littérature antérieure a suggéré que cette forme de volvulus est due à la présence d'un mésocôlon droit persistant [22,23].

Le mésocôlon droit se poursuit en tant que mésocôlon transverse au niveau de la flexion hépatique, et ce dernier se prolonge en tant que mésocôlon gauche au niveau de la flexion splénique. [11].

5. Le mésocôlon gauche

Le mésocôlon gauche est similaire au mésocôlon droit dans la mesure où il est lui aussi attaché ou ancré à la paroi abdominale postérieure [24,25].

Il est long et s'étend de la flexion splénique au mésosigmoïde. Entre les deux, il s'étend de la ligne médiane au côlon gauche.

6. Le mésosigmoïde

Le mésocôlon gauche se poursuit distalement en tant que mésosigmoïde et comprend deux régions.

La région médiane est attachée à la paroi abdominale abdominale postérieure et constitue le prolongement direct du mésocôlon gauche.

La région latérale est une extension mobile de la région médiane.

Le différentiel entre les régions attachées et non attachées est important. Si la différence de surface entre la région attachée et la région non attachée est suffisante, alors la mobilité du mésosigmoïde le rend susceptible de se tordre(volvulus)(26,27)

7. Le mésorectum

Les régions attachées et mobiles du mésosigmoïde convergent distalement et forme le mésorectum.

Le mésorectum se termine juste à proximité du plancher pelvien

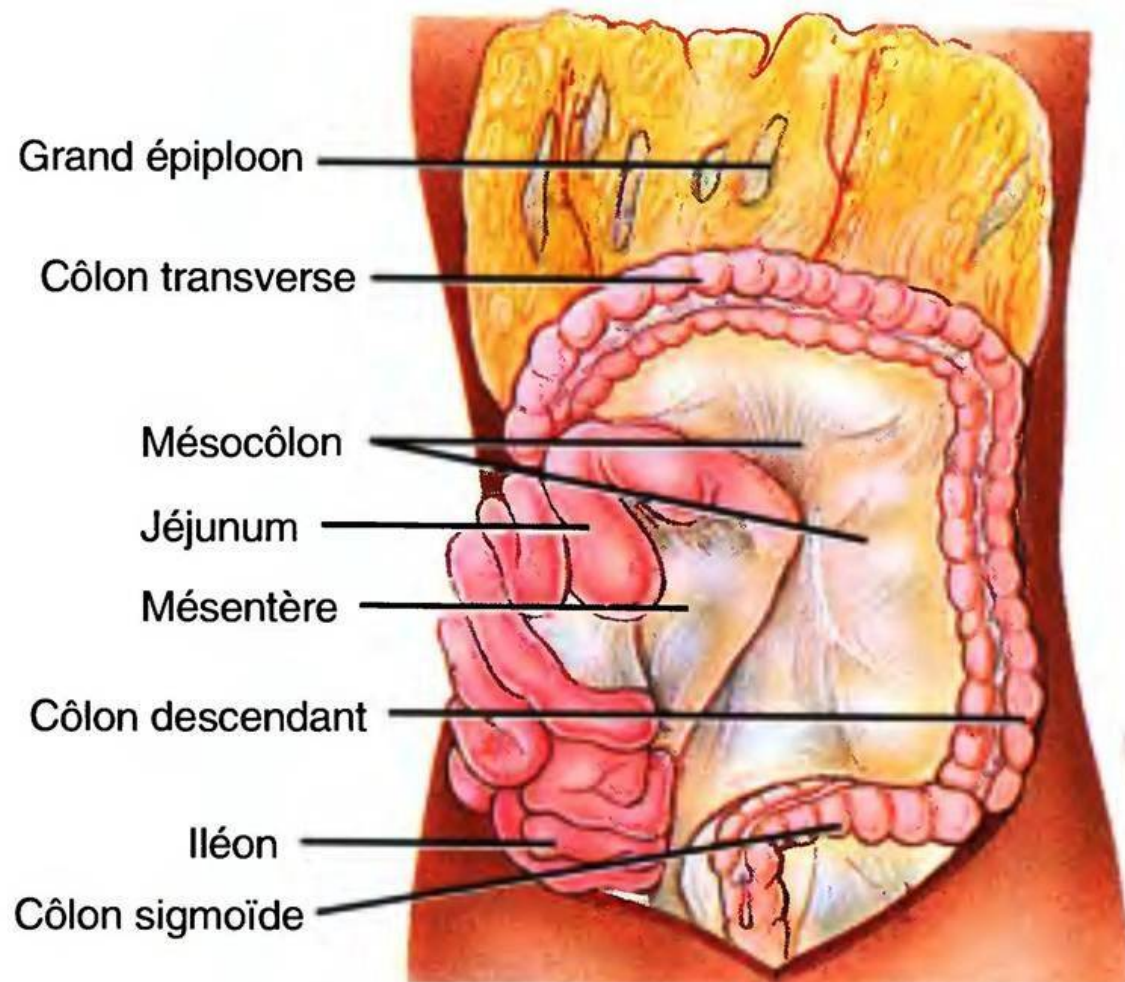


Figure 8: Vue antérieur du mesentère et du mesocolon

B. Les domaines mésentériques et non mesenteriques de l'abdomen

Le domaine mésentérique supporte tous les organes digestifs abdominaux.

Le domaine non mésentérique se trouve en arrière du fascia de Toldt et comprend la VCI, l'aorte, les reins, les uretères et les veines gonadiques.(28)

Le croisement entre les domaines mésentérique et non mésentérique se produit au niveau du hile du domaine mésentérique, dans la région où les veines hépatiques se jettent dans la veine cave inférieure, et au niveau de la veine ombilicale, lorsqu'elle reste patente à l'âge adulte.(29,30)

C. Mécanismes anatomiques permettant de maintenir le mésentère et les organes associés en position

Le mésentère aide à maintenir tous les organes digestifs abdominaux en position dans la cavité abdominale.

Le mésentère doit, à son tour, maintenir sa position dans la cavité péritonéale.

Il existe trois mécanismes pour y parvenir:

1. La réflexion péritonéale

Le péritoine tapisse la surface interne de la paroi abdominale .(31,32)

Aux endroits où il rencontre des organes (par exemple, le foie, la rate, l'intestin et le mésentère), il se détache de la paroi abdominale postérieure et atteint l'organe en question . Cette région du péritoine, où il comble l'écart entre la paroi abdominale et l'organe, est appelée la réflexion péritonéale .(33,34)

Une reflexion se produit chaque fois qu'un organe du système digestif appose la paroi abdominale postérieure. Les régions du péritoine sont mieux comprises en commençant par la reflexion antérieure dans le pelvis et en travaillant de manière proximale.(35,36)

La réflexion antérieure est formée par deux régions de réflexion de part et d'autre du rectum, qui se rejoignent sur la ligne médiane vers l'avant. Il s'agit de la réflexion para-rectale droite et gauche.

La réflexion para-rectale gauche continue proximale le long de la face latérale du mésosigmoïde.

Comme mentionné ci-dessus, le mésosigmoïde comprend des régions mobiles et attachées. À l'endroit où il passe de l'état fixé à l'état mobile, la réflexion comble l'espace entre la paroi abdominale et la région mobile du mésosigmoïde.

À partir de là, la réflexion se poursuit de façon proximale le long de la face latérale du côlon gauche, puis autour de la composante colique de la flexure splénique.

Au niveau de la flexure hépatique, la réflexion s'incurve autour de la composante colique de la flexure hépatique et continue le long de la face latérale du côlon droit jusqu'à atteindre la région iléocaecale.

De là, elle s'incurve autour de la région iléocaecale et s'étend le long de la base du mésentère de l'intestin grêle

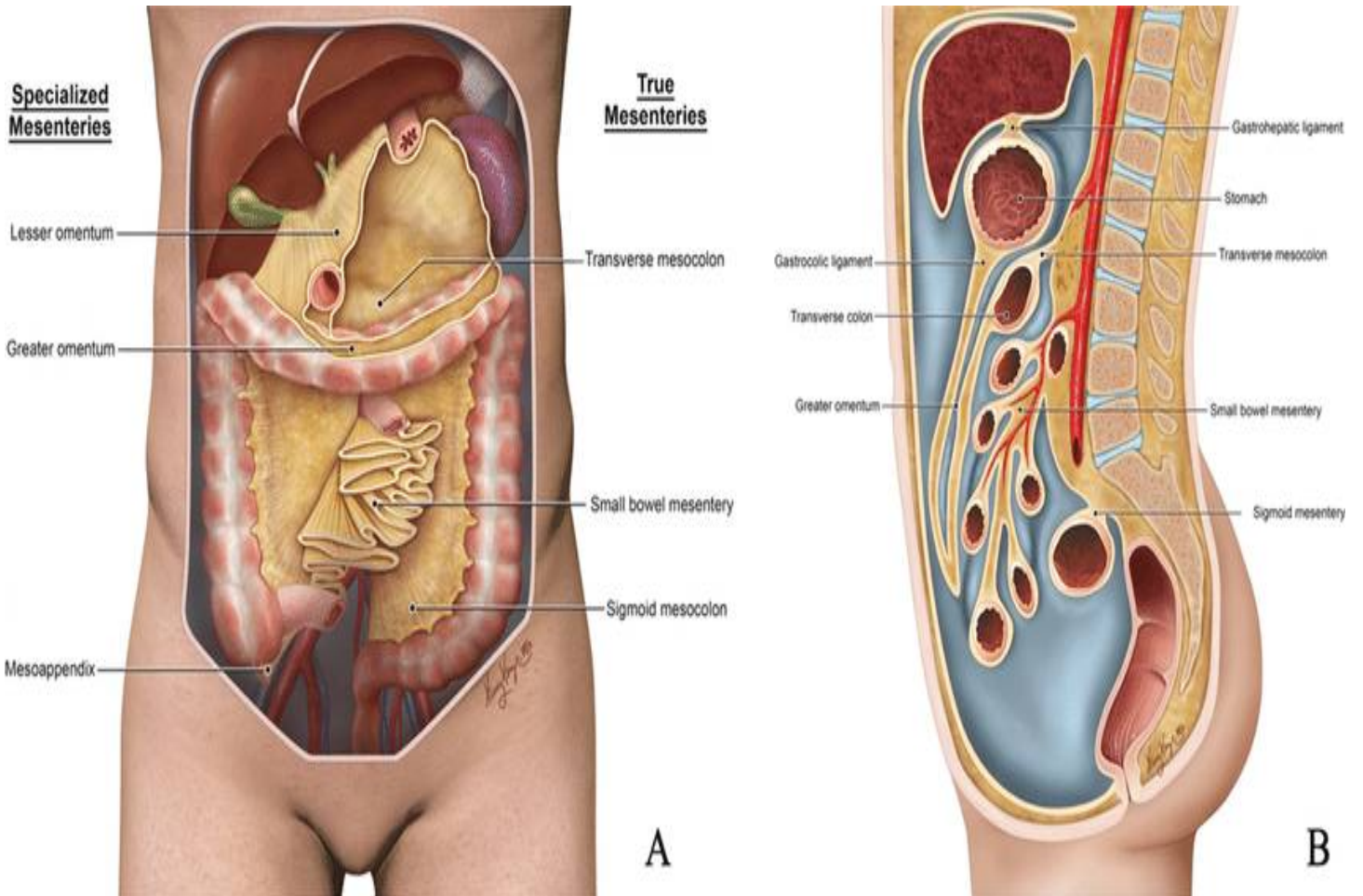


Figure 9: Peritoine pariétal et viscéral +point de reflexion

Dans le tractus gastro-intestinal supérieur, le foie et la rate sont positionnés près de la paroi abdominale, et en accord avec cela, la reflexion comble l'espace entre ces organes et la paroi abdominale.

Les régions de reflexion associées au foie ont été précédemment et à tort appelées ligaments.

On les appelle plus correctement la reflexion coronaire et triangulaire, car elles constituent une reflexion du péritoine au-dessus du foie.

Il en va de même pour la rate, le long de la face latérale de laquelle la reflexion lienorénale et lienogastrique sont des régions de reflexion péritonéale qui maintiennent la rate en position(37)

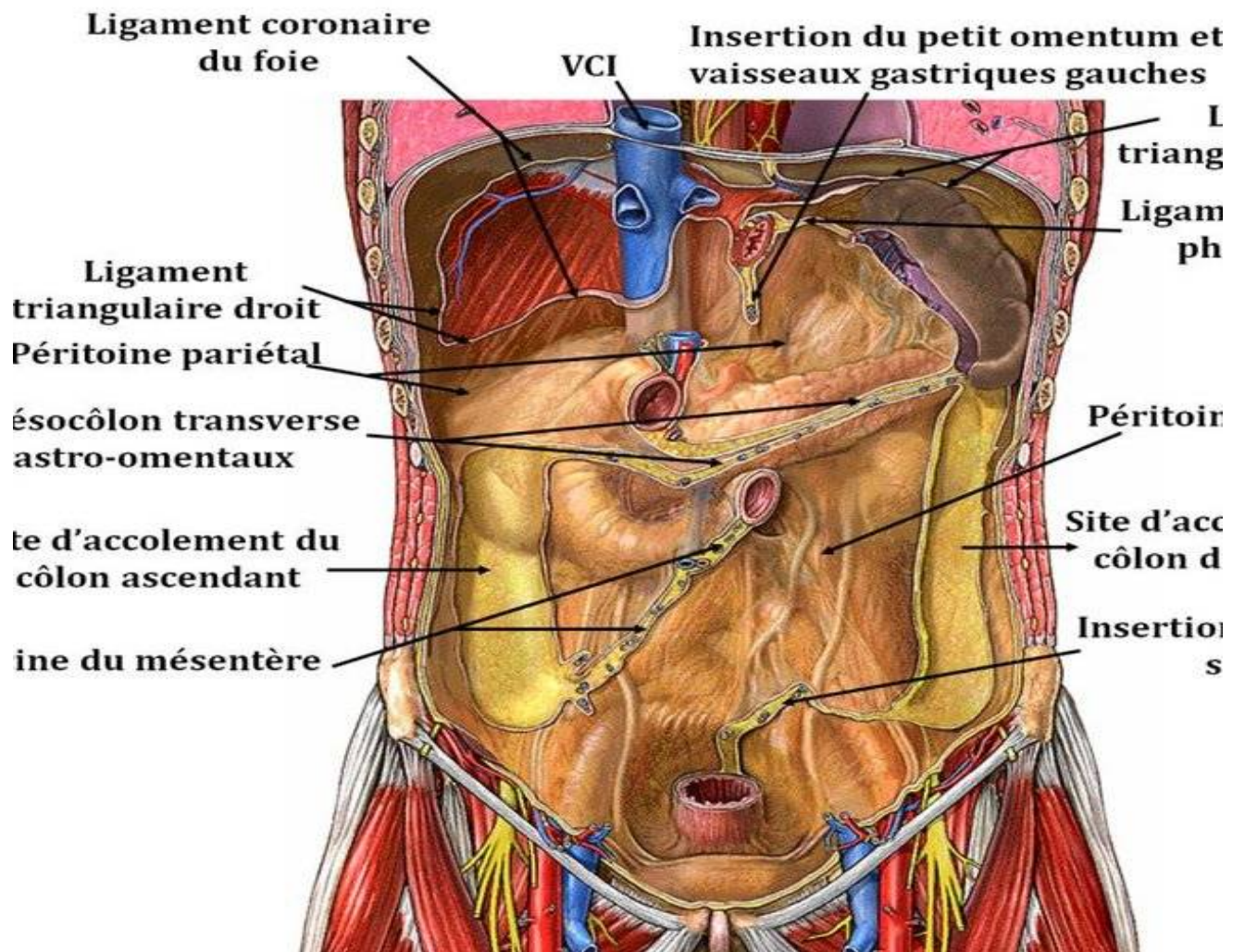


Figure 10: ligament coronaire et triangulaire

Il sera clair, d'après ce qui précède, que la reflexion est une région du péritoine d'une signification anatomique considérable

Il sera également clair que tout compte rendu de l'organogénèse mésentérique doit inclure une description du développement du péritoine et des régions associées au mésentère.

2. Le fascia de Toldt

Il s'agit d'une couche de tissu conjonctif aréolaire que l'on retrouve partout où un organe s'appuie sur la paroi abdominale

.Le fascia empêche la continuité directe entre les organes . Il ancre l'organe à la paroi abdominale et sert à permettre un certain mouvement relatif entre la paroi abdominale et l'organe.(38,39)

Le fascia de Toldt sépare les domaines mésentériques et non mésentériques de l'abdomen.

Le fascia est facilement observable entre le mésocôlon droit et le domaine non mésentérique de l'abdomen.

Il est également présent en arrière du mésocôlon gauche et se poursuit à partir de là en arrière de la région attachée et médiane du mésosigmoïde. (40,41)

À partir de ce niveau, il s'étend dans le pelvis et comble l'espace potentiel entre le mésorectum et le pelvis osseux environnant où le mésentère se termine(42)

Toldt's Fascia

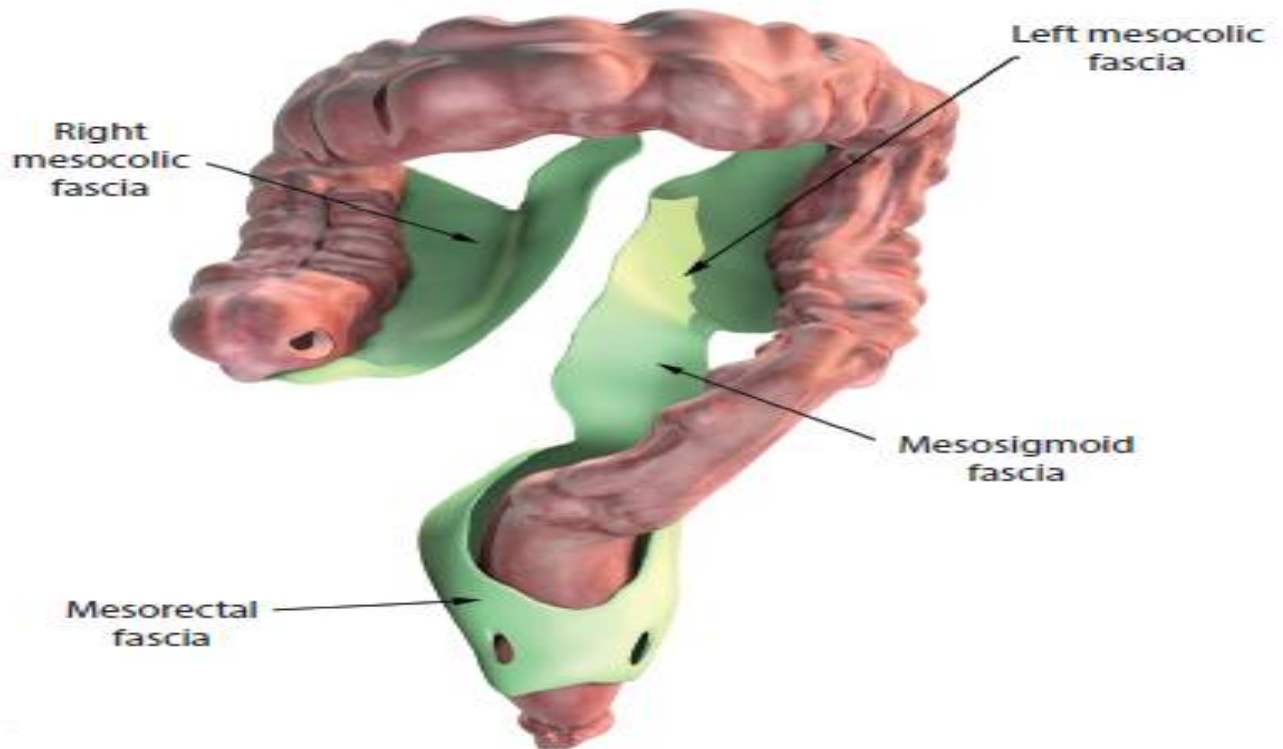


Figure 11: Fascia de Toldt

3. Points de connectivité vasculaire

Le mécanisme final par lequel le domaine mésentérique est maintenu en position se produit aux points de connectivité vasculaire majeure.(43,44)

Il s'agit du tronc coélique, du tronc artériel mésentérique supérieur, de l'artère mésentérique inférieure et du point d'entrée des veines hépatiques dans la veine cave inférieure

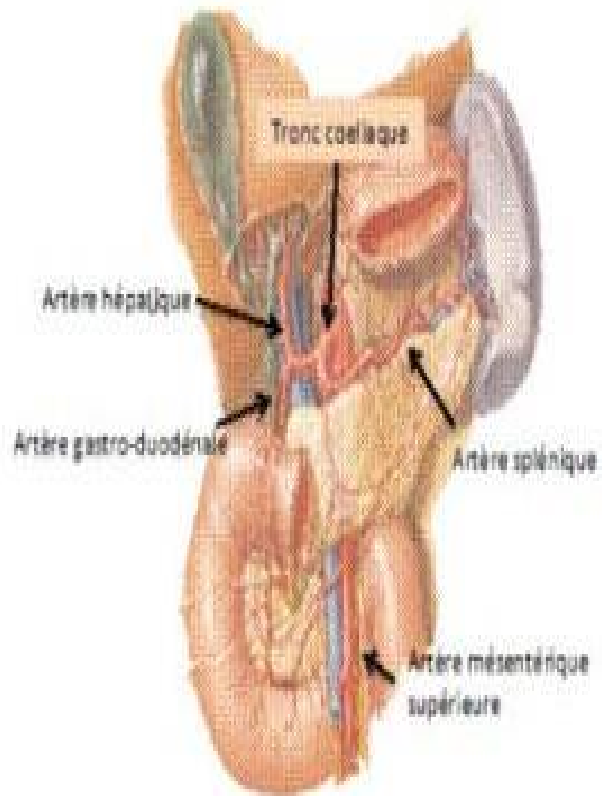
Les troncs artériels coélique et mésentérique supérieur sont positionnés à proximité l'un de l'autre. Le tissu conjonctif enveloppe les deux et, collectivement, cette structure constitue le véritable "hile" du mésentère (et donc par définition du tube digestif).(45,46)

Les descriptions des structures présentes au niveau de chaque tronc sont relativement rares. Il est probable qu'il s'agisse de régions où coalescent des nerfs afférents et éfferents, ainsi que des lymphatiques (47)

De là, la neurovasculature pénètre dans le mésentère et est distribuée à chaque organe, ou quitte le mésentère pour transporter des substrats vers le reste du corps.

Le hile mésentérique est une zone de recherche future qui nécessite une étude plus détaillée.

Tronc coeliaque



Artère mésoentérique supérieure

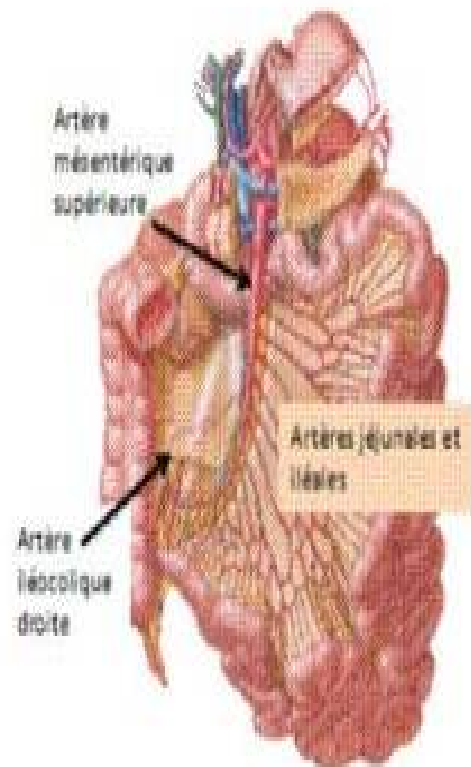


Figure 12: Artère digestive et territoire de vascularisation

III. Épidémiologie et mécanismes lésionnels

Les accidents de la circulation constituent la première cause en fréquence des traumatismes abdominaux graves (75 à 90 %) , suivis par les chutes d'une grande hauteur.

Les accidents de sport sont plus rares, avec un risque non négligeable de sous-estimation de la gravité des lésions, mais ils sont en augmentation, notamment en ce qui concerne la pratique du ski.

Les lésions digestives (perforation de l'intestin grêle et du côlon, désinsertion mésentérique) sont aux troisième et quatrième rangs des lésions intra-abdominales, de 4 à 26 % selon les séries [48], mais leur méconnaissance peut être source d'une morbidité et d'une mortalité élevées [49].

En effet, la mortalité lors des traumatismes intestinaux et des mésos est d'environ 10 %, la moitié de ces décès étant généralement imputables à un retard diagnostique [50].

La fréquence et la gravité des lésions abdominales sont directement liées à l'énergie cinétique du traumatisme et par conséquent avec la vitesse à l'impact.

Les dispositifs de sécurité (ceinture, airbag) ont permis de diminuer considérablement la mortalité, notamment en diminuant l'incidence des traumatismes crâniens

Dans les traumatismes fermés, les mécanismes sont de deux types :

- [compression directe](#):

Ecrasement côtes + des muscles/rachis/bassin

Contusions hémorragiques des viscères pleins

Eclatement des organes creux

- **décélération (brutale):**

Arrachement/désinsertion d'organes pédiculés = DESINSERTION
MESENTERIQUE

IV. Moyens diagnostiques désinsertion mésentérique

A. Contexte clinique:

1. 1 interrogatoire:

Les circonstances de l'accident, la cinétique, la notion d'écrasement, de décélération brutale, permettent de suspecter une éventuelle lésion d'origine abdominale

2. Examen clinique :

• Chez un patient victime d'un monotraumatisme fermé à localisation abdominale:

le diagnostic clinique est suspecté devant les signes suivants :

- douleur
- contracture ou défense abdominale,
- hématome.

Toutefois, les limites de l'examen clinique sont bien connues en traumatologie :

un abdomen souple et indolore peut s'accompagner de lésions importantes, notamment hémorragiques,

et un abdomen douloureux se défendant peut être en rapport avec des lésions traumatiques pariétales sans gravité.

• chez un patient victime d'un polytraumatisme fermé:

le diagnostic clinique peut être rendu très difficile en raison des lésions associées :

- un traumatisme crânien et/ou thoracique au premier plan du tableau clinique et nécessitant un traitement urgent,
- l'existence de lésions neurologiques modifiant l'examen abdominal,
- une intoxication alcoolique et/ou médicamenteuse associée.

Il convient de remarquer que beaucoup de lésions non hémorragiques sont en fait diagnostiquées de manière fortuite lors de la laparotomie indiquée pour des lésions hémorragiques [11].

B. Contexte biologique:

La biologie sanguine notamment la numération des leucocytes est sans intérêt pour un diagnostic précoce

C. Bilan radiologique

ECHOGRAPHIE – FAST:

E-FAST a une sensibilité et spécificité élevées (en particulier dans un contexte d'hypotension);

et peut être effectué rapidement ; de manière non invasive et sans exposition aux radiations

Destiné au patient hémodynamiquement instable ; afin d'indiquer si une intervention urgente (drainage thoracique, laparotomie d'hémostase, embolisation) est nécessaire.

Permet de rechercher un épanchement intrapéritonéal et de quantifier son importance.(51)

C'est sur son résultat que la décision de laparotomie immédiate doit être prise

le caractère discret de l'épanchement intrapéritonéal ne constituait pas, à lui seul, une indication chirurgicale.

La TDM

Les signes de désinsertion mésentériques sont:

- hématome au sein du méso au contact d'une anse lésée ou d'une plaie vasculaire
- Extravasation du produit de contraste en précisant l'origine du saignement (veineux ou artériel)
- Rupture artérielle parfois incomplète contenue par une adventice normale »pseudo anévrisme (extravasation au temps artériel sans majoration au temps portal)
- Hémopéritoine /pneumopéritoine
- Signe d'ischémie digestive: locaux secondaire à la rupture vascularite ou diffus sur le bas débit et l'état de choc
- Toutefois, la sensibilité du scanner pour ces lésions non hémorragiques ne dépasse pas 70 % (52)

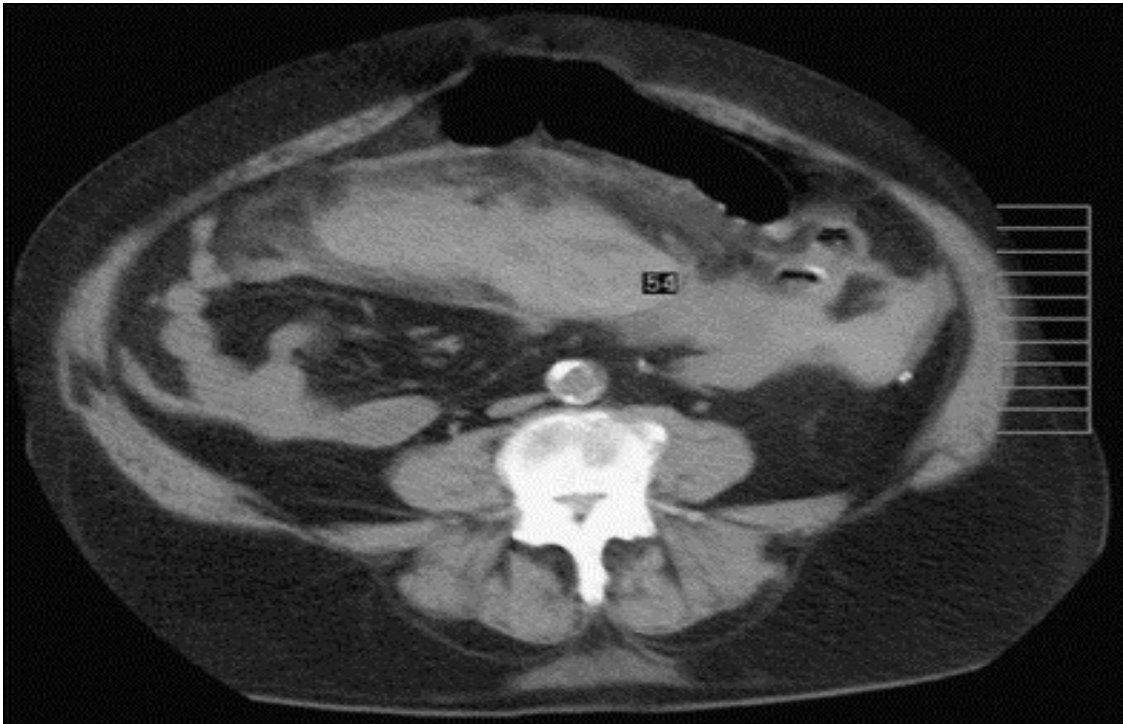


Figure 13: Hématome mésentérique

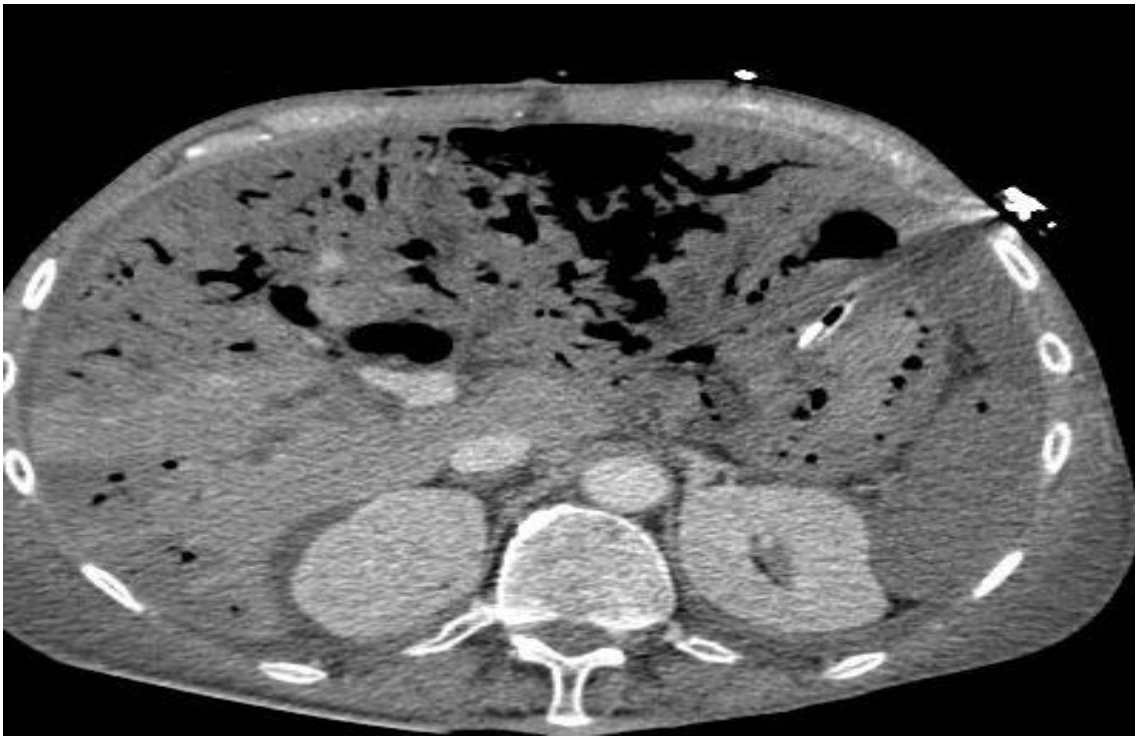


Figure 14: ischémie étendue dans les territoires du tronc coeliaque et de l'artère mésentérique supérieur

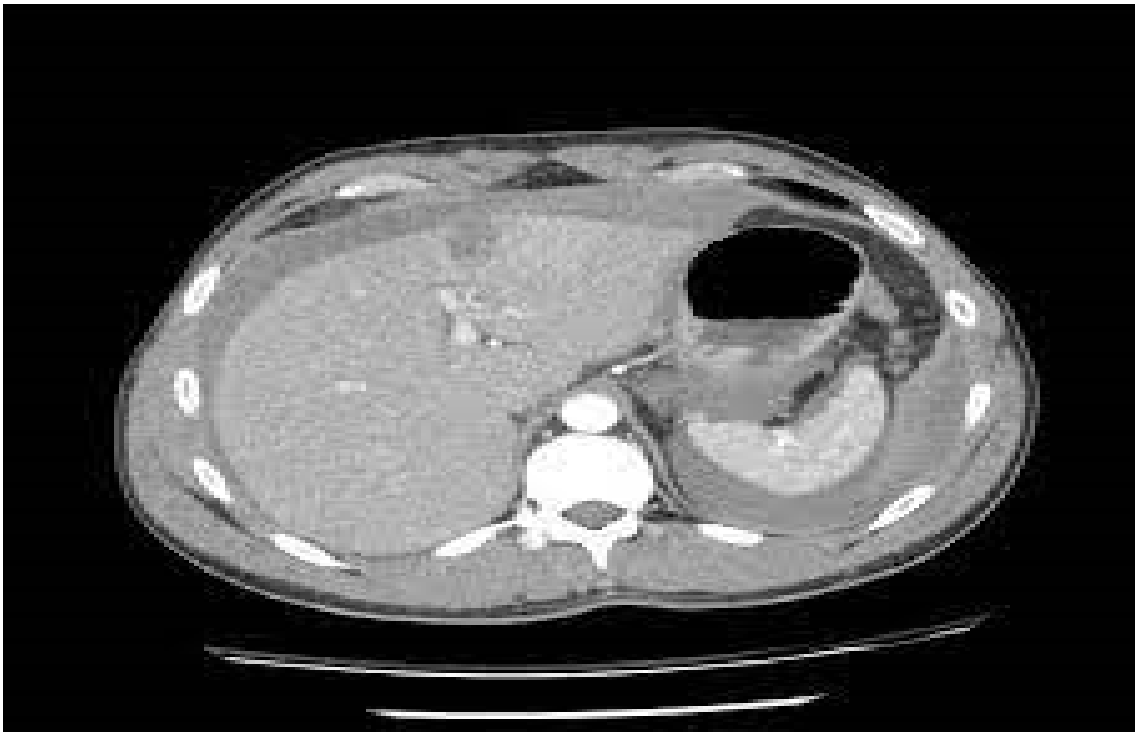


Figure 15: Hémopéritoine

D. Ponction lavage péritonéale (PLP)

Alors qu'elle était autrefois systématique, la PLP n'est plus guère pratiquée dans les centres de traumatologie et a été abandonnée pour le diagnostic des lésions hémorragiques, supplantée par le scanner. (53)

Toutefois, pour le diagnostic des lésions abdominales non hémorragiques, la PLP garde quelques indications, avec une sensibilité supérieure à 90 % au-delà de la quatrième heure.

Pour accroître la fiabilité de cet examen, la technique doit prendre en compte la numération des globules blancs et la recherche de bactéries.

1. Technique PLP

Habituellement, la technique fermée est appropriée. La technique semi-ouverte est une alternative (p. ex., en cas de graisse abdominale épaisse).

➤ MEC du patient

- Insérer une SNG
- Poser une SU
- Raser une large zone autour du site d'incision prévu si un LPD semi-ouvert est prévu,
- Frotter une large zone de peau autour du site avec une solution antiseptique et laisser sécher.
- Placer des champs stériles autour du site.
- Dans le cas de la technique semi-ouverte, placer de grands champs stériles pour établir un plus grand champ stérile.

- Injecter l'anesthésique au niveau et autour du point d'entrée de l'aiguille, en couvrant la longueur de toute incision prévue (pour la technique semi-ouverte) et jusqu'à l'aponévrose.

➤ **Technique**

- courte incision médiane sous ombilicale(2 cm en dessous de l'ombilic)
- Introduction cathéter intra péritonéale
- Instillation de 500 à 1000 ml de SS
- Recueil du liquide par déclivité

2. Positivité

- Aspiration de 10 ml ou plus de sang = HEMOPERTOINE
- Aspiration de liquide digestif = Perforation digestive

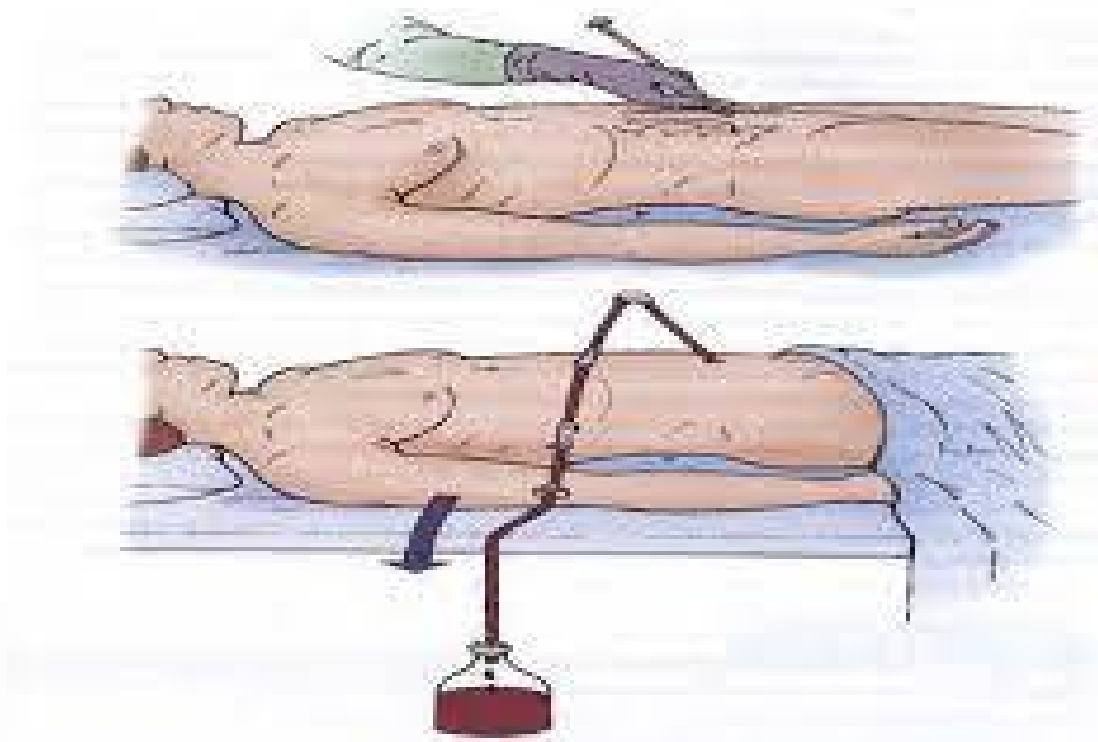


Figure 16: Technique PLP

Nous avons proposé un algorithme diagnostique intégrant le scanner afin de limiter les indications de PLP tout en conservant celles qui semblent nécessaires

Cet algorithme est basé sur les anomalies constatées au scanner (pneumopéritoine, liquide intrapéritonéal, épaissement des parois intestinales, anomalies de la graisse mésentérique, hématome mésentérique).

Lorsqu'il existe une ou deux anomalies, une PLP est pratiquée avec analyse du rapport globules blancs/globules rouges entre le liquide de PLP (1 l de Ringer lactate) et le sang circulant, et recherche de fibres alimentaires et de bactéries à l'examen direct.

Un ratio supérieur ou égal à 1 impose une laparotomie exploratrice

Lorsqu'il y a plus de trois anomalies, une laparotomie est directement indiquée

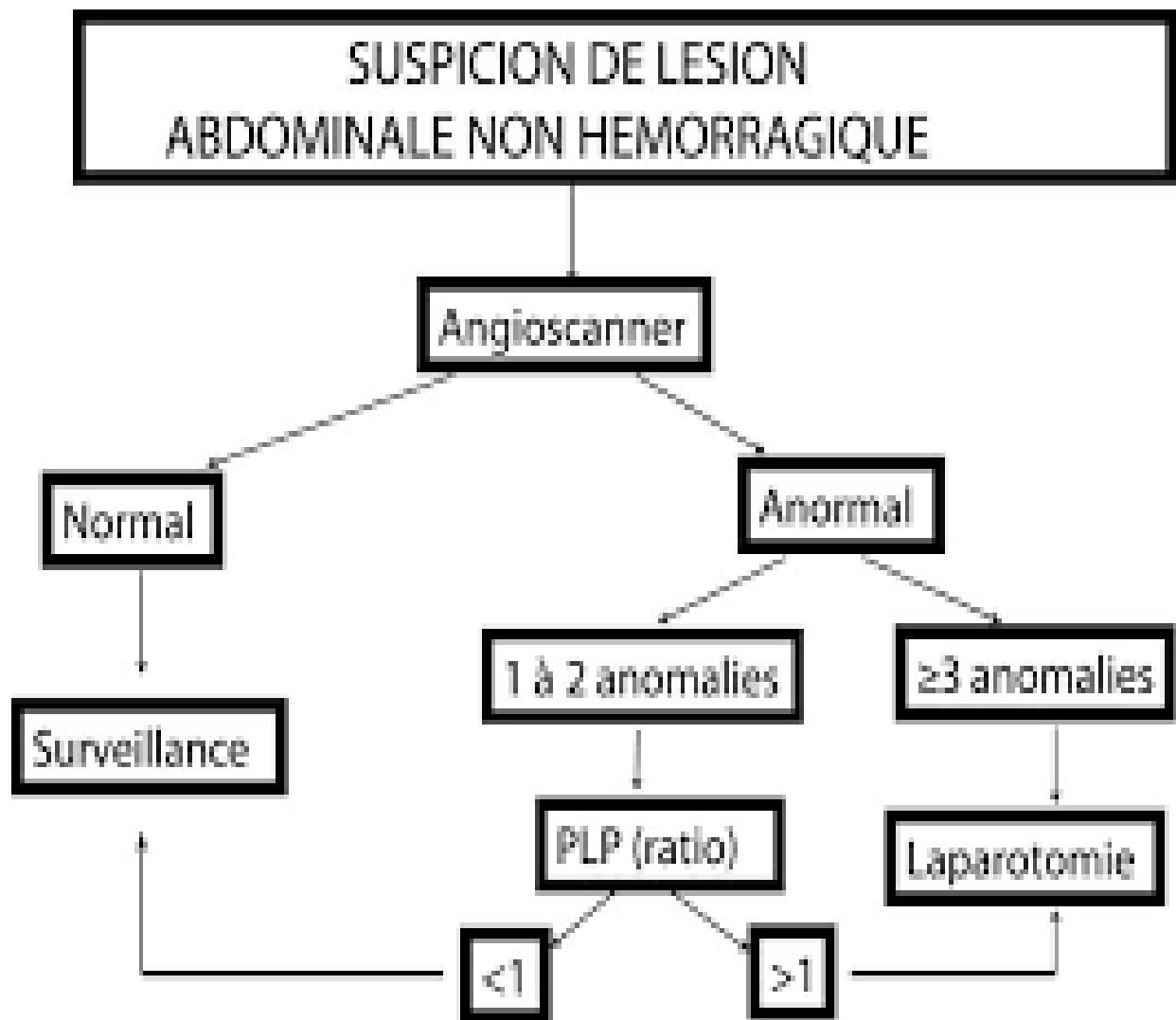


Figure 17: Algorithme de diagnostic des lésions traumatiques digestives de la Pitié-Salpêtrière. PLP : ponction-lavage du péritoine. D'après Menegaux et al

E. Coelioscopie diagnostique

Chez les polytraumatisés, il peut être difficile de reconnaître une hémorragie intra abdominale .

Dans ce cas, entre l'abstention qui peut être dangereuse et la laparotomie qui peut être blanche, l'équipe chirurgicale peut proposer la manœuvre diagnostique anodine de la cœlioscopie qui, toujours dans les cas douteux, permettra un diagnostic rapide avec la plus grande sécurité.(54)

Cette méthode n'est possible que si le malade est stable hémodynamiquement, n'étant pas sous anticoagulant, non ascitique.

V. Prise en charge

Le blessé atteint d'un traumatisme abdominal fermé, est exposé à trois risques majeures pouvant engendrer son pronostic vital :

- l'hémorragie,
- la péritonite,
- et le syndrome du compartiment abdominal

d'où la nécessité d'un examen clinique minutieux et d'une évaluation de l'état hémodynamique du blessé le plus précocement possible[55].

L'examen clinique à l'admission comprend essentiellement :

- Avant tout un examen général afin d'éliminer une urgence vitale nécessitant des mesures de réanimation ou une laparotomie en urgence.

- Un examen abdominal et somatique afin d'établir un bilan initial des lésions, ainsi que la détermination des lésions associées.

A. Examen général

1. Etat hémodynamique

L'état hémodynamique des blessés atteints d'un traumatisme de l'abdomen est très variable, pour certains patients l'état hémodynamique est stable ne nécessitant pas le recours à des mesures de réanimation, pour d'autres l'état hémodynamique est instable pouvant évoluer vers un état de choc hémorragique, voir un syndrome de défaillance multi-viscérale associé à une morbi-mortalité élevée [56].

Un état de choc est défini par :

- TAS < 90mmhg, ou une TAM < 60mmhg ou une diminution de plus de 30 % de la TAS par rapport aux valeurs de base et un ou plus (≥ 1) des critères d'hypoperfusion
- ou tension artérielle normal et trois critères ou plus (≥ 3).
- Critères d'hypoperfusion :
 - Trouble de la conscience.
 - FR ≥ 20 cycles par minute.
 - Oligurie < 0.5 cc/kg/heure.
 - Température $\leq 36^\circ$ c.
 - Extrémités froides.
 - Hyperlactatémie.

1. Etat respiratoire

L'état respiratoire est apprécié par la recherche des signes cliniques de détresse respiratoire (cyanose, polypnée, signes de lutttes respiratoires ...etc.), ou d'un volet thoracique par inspection et palpation de la paroi.

L'auscultation est un élément important pour identifier des épanchements pleuraux (57)

Lorsque la détresse respiratoire est associée à des troubles de conscience, le blessé est oxygéné puis intubé. Si le blessé est conscient, il faut rechercher une tétraplégie haute ou un pneumothorax suffocant et/ou bilatéral qui doit être ponctionné puis drainé. Si la détresse respiratoire persiste, la radiographie de thorax oriente vers une rupture trachéo-bronchique ou une contusion pulmonaire hypoxémiante (58).

2. Etat neurologique

L'examen neurologique recherche l'état de la conscience, les signes de localisation neurologiques, l'état des pupilles et chiffre le score de Glasgow avant toute sédation. Il devra également noter l'évolution depuis le premier examen clinique (aggravation d'un coma, apparition d'un déficit, modifications pupillaires, crises convulsives) ainsi que les traitements institués depuis l'accident.

3. Température

C'est un élément clinique important à évaluer chez un traumatisé de l'abdomen :

- L'hypothermie (faisant partie de la triade malheureuse : hypothermie, acidose, et coagulopathie), affecte la fonction cardiaque, aggrave l'acidose, et inhibe les enzymes de coagulation et la fonction plaquettaire .

il faut se méfier aussi des transfusions et des remplissages massives qui participent à la survenue de cette hypothermie, et qui peut être prévenue par un réchauffement du blessé .

- L'hyperthermie peut être en rapport avec une péritonite.

B. Examen abdominal et somatique

1. Interrogatoire

En cas de patient stable, pour mettre en évidence les circonstances du traumatisme, l'identification du terrain du blessé, la notion de perte de conscience initiale, et à la recherche des signes fonctionnels

a. La douleur

La douleur représente le principal symptôme rapporté par les patients.

cette douleur étant noyée dans un tableau d'ensemble, le malade étant angoissé, plus absorbé par une douleur d'un membre fracturé ou d'une détresse respiratoire causée par un hémopneumothorax ou un volet thoracique [59].

La douleur doit être traitée rapidement afin de soulager le patient et faciliter sa prise en charge.

b. Vomissements

Les vomissements sont fréquents dans le contexte des traumatismes de l'abdomen, néanmoins ils sont peu spécifiques, ils peuvent témoigner d'une irritation péritonéale, d'une atteinte biliaire ou pancréatique ; comme ils peuvent s'intégrer dans un tableau d'ensemble surtout s'il s'agit d'un polytraumatisé avec traumatisme crânien associé [60].

C'est un signe à rechercher de façon systématique chez un traumatisé de l'abdomen, ce signe indique généralement une hémorragie grave (2 à 3litres),

c. La distension abdominale

cependant il est peu sensible et peut ne pas être évident même chez les patients qui ont perdu plusieurs unités de sang. Une distension abdominale avec instabilité hémodynamique doit faire suspecter le diagnostic du syndrome du compartiment abdominal

2. Examen abdominal

L'examen de la paroi thoraco-abdominale comprends

a. L'inspection

Un gros ventre chez un patient en état de choc doit faire évoquer la possibilité d'un hémopéritoine. On recherche des lésions pariétales, points d'impacts cutanés sous la forme de contusions, d'écorchure, d'ecchymoses...

b. La palpation

Elle recherche une contracture localisée ou généralisée qui témoigne le plus souvent de la perforation d'un viscère creux. La défense est d'interprétation difficile en particulier s'il existe une contusion pariétale.

c. La percussion

L'existence d'une sonorité pré-hépatique anormale à la percussion peut traduire l'existence d'un pneumopéritoine (témoin de la perforation d'un organe creux). Une matité déclive dans les flancs doit faire évoquer un épanchement intra-abdominal (hémopéritoine ou épanchement de liquide digestif). Un météorisme abdominal, peut témoigner de l'existence d'une occlusion digestive.

d. Toucher rectale

Permet d'explorer le point le plus déclive de la grande cavité (cul-de-sac de Douglas) qui peut être douloureux (péritonite) ou comblé (épanchement sanguin). Un toucher rectal sanglant témoigne d'une plaie digestive.

3. Lésions associées

les lésions associées à la désinsertion mésentérique peuvent comprendre les structures intra-abdominale, la colonne vertébrale, les côtes, les membres et/ou le bassin.

C. Examens complémentaires

Suite à l'évaluation clinique, certains patients doivent subir une intervention chirurgicale en urgence, avec peu ou aucun examen complémentaire : Patient avec :

- instabilité hémodynamique malgré les mesures de réanimation
- signes francs de péritonite,
- perte de la continuité digestive,
- pneumopéritoine,
- blush mésentérique et lésions ischémiques

L'intervention chirurgicale vise à

- contrôler l'hémorragie,
- prévenir les diverses sources de contamination (intestinale, biliaire, urinaire) de la cavité péritonéale et
- protéger le contenu abdominal des déperditions thermiques et liquidiennes[61].

A l'inverse, certains patients sont à risque très faible et peuvent être renvoyés chez eux ou gardés en observation brièvement sans examens complémentaires.

Cependant, la plupart des patients n'ont pas de telles manifestations nettement positives ou négatives et donc doivent subir des examens complémentaires pour évaluer les blessures intra-abdominales. Les bilans paracliniques comprennent :

1. Bilan biologique

Numération formule sanguinaire (NFS)

La baisse du taux d'hémoglobine et l'hématocrite sont en urgence un mauvais reflet d'un choc hémorragique.

Une hyperleucocytose doit faire supposer une surinfection d'un éventuel épanchement péritonéal.

Groupage et rhésus

La détermination du groupe sanguin du blessé et rhésus est fondamentale en vue d'une éventuelle transfusion.

Enzymes pancréatiques

L'interprétation de l'amylasémie et de la lipasémie est difficile en urgence. Bien qu'il n'existe pas de corrélation entre le taux de ces enzymes et une pancréatite aiguë traumatique, des valeurs supérieures à 5 fois la normale dès l'admission doivent faire évoquer ce diagnostic. Les traumatismes abdominaux sont fréquemment associés à une élévation modérée et transitoire de ces enzymes

Bilan hépatique

Le dosage des enzymes hépatiques est réalisé afin de détecter une hépatopathie préexistante et de servir d'examen de référence en cas de traumatisme hépatique.

2. Bilan radiologique

La stratégie en imagerie médicale devant un traumatisme abdominal dépend de l'état clinique du patient, en particulier de son état hémodynamique.

Chez les patients en détresse circulatoire, malgré un remplissage bien conduit, la FAST échographie pourra être avec la radiographie du thorax le seul examen réalisé avant la réalisation d'une laparotomie en urgence .

Chez les patients stabilisés par la réanimation, ou chez les patients stables d'emblée mais ayant des critères cliniques ou épidémiologiques (cinétique de l'accident) faisant suspecter une lésion, la tomodensitométrie correspond à l'examen à la fois le plus performant et le plus rentable dans la prise en charge de ces patients traumatisés, cet examen est en effet la réponse la mieux adaptée à l'association de lésions au niveau de plusieurs organes pour fournir un bilan quasi exhaustif dans un délai raisonnable[62].

La TDM est la technique la plus sûre pour la détection, la définition et la description de lésions hépatospléniques, de l'hémopéritoine, et des autres anomalies abdominales, le taux de faux négatifs avec la TDM dans l'évaluation du traumatisme abdominal fermé varie entre 0 et 16 %(sensibilité de 84 à 100%), le taux de faux positifs pour les lésions hépatospléniques est de 5%(sensibilité de 95%).

D'autre part La TDM est l'examen de choix pour guider le traitement non chirurgical d'un traumatisme abdominal [49], [52]. Les patients avec un traumatisme fermé et un examen clinique anormal ou non contributif doivent avoir une TDM s'ils sont hémodynamiquement stables et peuvent être candidats à un traitement conservateur

D. Traitement :

Critères de choix pour une intervention immédiate, ou un traitement conservateur.

1. Instabilité hémodynamique

Environ 5% des patients atteints d'un traumatisme abdominal sont admis dans un état grave, avec nécessité de mesures de réanimation, et qui subissent souvent des transfusions et des remplissages massives pouvant compliquer encore plus leur situation. Les effets délétères de la coagulopathie, de l'acidose, et de l'hypothermie sont conjugués chez ses patients.

Les signes cliniques évocateurs d'hémorragie abdominale massive (pâleur, distension abdominal, hypotension, tachycardie) imposent de recourir immédiatement aux transfusions sanguines, et la réalisation d'un bilan radiologique minimal (radiographie thoracique, échographie abdominale, radiographie du bassin en cas de contusion pelvienne).

Si l'origine abdominale du saignement est confirmée, la nécessité d'une laparotomie damage control est probable. De même, à ventre ouvert, et même sans que cela ait été envisagé au départ, l'évolution du blessé peut imposer secondairement d'écourter cette laparotomie

2. Stabilité hémodynamique à la prise en charge

a. Critères cliniques du choix du traitement conservateur

À l'opposé du tableau du choc hémorragique, plus de 90 % des traumatisés de l'abdomen sont stables sur le plan hémodynamique à leur admission

Si la lacération mésentérique est minime et qu'il n'y a qu'un hématome localisé, le patient peut être pris en charge de façon conservatrice

Chez le blessé chez qui l'option non opératoire a été choisie, une indication différée d'embolisation artérielle, d'un geste radioguidé (ponction, drainage), voire d'une intervention chirurgicale (souvent réalisable par coelioscopie) est susceptible d'être posée. Ces interventions radiologiques et/ou chirurgicales ne doivent pas être considérées comme un échec de la méthode non opératoire, mais comme faisant partie de celle-ci.(63)

b. Place primordiale du scanner abdominal dans le traitement conservateur

Comme il a été déjà souligné dans le chapitre bilan radiologique, le scanner abdominal est l'examen clé chez les patients atteints d'un traumatisme abdominal fermé à hémodynamique stable ou stabilisé, permettant l'identification des patients candidats au traitement conservateur.

les lésions mésentériques graves sont souvent associées à des lésions intestinales qu'il ne faut pas méconnaître.

Prenant en compte les difficultés pour caractériser correctement les lésions nécessitant une réparation chirurgicale, et la crainte d'opérer avec retard, une exploration chirurgicale était systématiquement effectuée devant toute suspicion de lésion intestinale ou mésentérique.

Le traitement non opératoire est resté un véritable tabou jusqu'à tout récemment.

Pourtant opérer tous les patients hémodynamiquement stables avec une suspicion de lésion intestinale ou mésentérique conduit à un taux élevé de laparotomies non thérapeutiques, allant jusqu'à 44 % pour les lésions intestinales et jusqu'à 31 % pour les blessures mésentériques

VI. Surveillance :

Les modalités de surveillance adopté dans le cadre du traitement conservateur consistait à

- Hospitalisation.
- Surveillance clinique : état hémodynamique, respiratoire, et neurologique ; la température, ainsi que l'évolution des signes fonctionnels.
- NFS bi-quotidienne
- Echographie en cas d'apparition de nouveaux signes, ou en cas d'aggravation du patient.
- Scanner abdominal à l'admission et de contrôle dans le cadre du suivi de l'évolution des lésions initiales
- La surveillance a pour objectif de détecter la survenue de complications hémorragiques et/ou infectieuses, l'apparition ou l'aggravation d'un hémopéritoine ainsi que le dépistage du syndrome de compartiment abdominal(64)



Conclusions



Dans notre étude, la fréquence des désinsérations mésentériques dans les traumatismes abdominaux fermés est estimée de 0,87%.

Ils peuvent être graves surtout dans un contexte de polytraumatisme.

La TDM est la technique la plus sûre pour la détection, la définition et la description de lésions mésentérique

La prise en charge était médico-chirurgicale



Résumés



Résumés

Titre : Désinsertion mésentérique dans les traumatismes de l'abdomen fermé

Auteur : El boujadaini Meryem

Directeur de thèse: Pr. EL ABSI Mohammed

Mots clés : Désinsertion mésentérique – Abdomen fermé

Les désinsertions mésentériques dues à un traumatisme abdominal fermés sont rares et peuvent être difficiles à diagnostiquer.

Les lésions mésentériques graves sont souvent associées à des lésions intestinales qu' il ne faut pas méconnaître.

Le traumatisme lié à la ceinture de sécurité dans les accidents de la route est le mécanisme le plus courant de lésion mésentérique

Le mésentère de l'intestin grêle est plus fréquemment lésé que celui du côlon

La douleur représente le principal symptôme rapporté par les patients.

La TDM est la technique la plus sûre pour la détection, la définition et la description de lésions mésentérique

L'indication d'une intervention chirurgicale urgente est évidente en cas d'instabilité hémodynamique

Chez le patient stable HD, c'est l'association de signes cliniques et radiologiques qui aide le chirurgien à décider entre chirurgie et traitement conservateur

Abstracts

Title : Mesenteric injury from blunt abdominal trauma

Author : El Boujadaini Meryem

Supervisor: Pr. EL ABSI Mohammed

Key words : Mesenteric injury – Blunt abdominal

Mesenteric injury due to blunt abdominal trauma is rare and can be difficult to diagnose.

Severe mesenteric injuries are often associated with intestinal injuries that should not be overlooked.

Seat belt trauma in road accidents is the most common mechanism of mesenteric injury.

The mesentery of the small intestine is more frequently injured than that of the colon .

Pain is the main symptom reported by patients.

CT is the most reliable technique for the detection, identification and description of mesenteric lesions .

The indication for an urgent surgical intervention is obvious in case of hemodynamic instability.

In the stable HD patient, it is the combination of clinical and radiological signs that helps the surgeon to decide between surgery and conservative treatment.

ملخص

العنوان : إصابة المساريقا عند التعرض لإصابات البطن المغلقة

المؤلف : مريم البوجداني

مدير الأطروحة : الاستاذ العبسي محمد

الكلمات الأساسية : إصابة المساريقا – إصابات البطن المغلقة

يعد إصابة المساريقا عند التعرض لإصابات البطن المغلقة نادرة الحدوث وبالكاد يمكن تشخيصها إصابات المساريقا الشديدة عادة ما تكون مصاحبة بإصابة للأمعاء ولذلك لا بد من استثناء ذلك تعد حوادث الطرق وصدمة حزام المقعد هي أكثر الأسباب التي تؤدي لإصابات المساريقا كما أنه تم ملاحظة أن مساريقا الأمعاء الدقيقة أكثر تعرضا للإصابة من نظيرتها الخاصة بالقولون يعتبر الألم هو الشكوى الرئيسية لدى مصابي المساريقا ولكن الأمر يتطلب عمل أشعة مقطعية وهي الطريقة الأمثل لمعرفة واكتشاف ووصف الإصابة في بعض الأحيان يتطلب الأمر التدخل الجراحي السريع وذلك عند وجود اضطرابات في العلامات الحيوية للمصاب ، ولكن إذا ما كانت علاماته الحيوية مستقرة فإنه بعد الفحص الإكلينيكي وعمل الفحوصات والأشعة يستطيع الجراح تقرير التدخل الجراحي او العلاج التحفظي



Références



- [1] Vivien B, Langeron O, Riou B (2007) Traumatisme abdominal fermé. In Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2007, Société française d'anesthésie et de réanimation Ed., Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, pp 433–43
- [2] Vivien B, Langeron O, Riou B (2004) Prise en charge du polytraumatisme au cours des 24 premières heures. In: Encycl Med Chir Anesthésie–réanimation. Elsevier, Paris, 36–725–C50
- [3] Ekeh AP, Saxe J, Walusimbi M, et al (2008) Diagnosis of blunt intestinal and mesenteric injury in the era of multidetector CT technology: are results better? *J Trauma* 65:354–9
- [4] Wisner DH (2000) Stomach and small bowel. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE. *Trauma* 4th ed. McGraw Hill, New York, pp 713–34
- [5] Xeropotamos NS, Nousias VE, Ioannou HV, et al. Mesenteric injury after blunt abdominal trauma. *Eur J Surg* 2001;167:106–9.
- [6] Dowe MF, Shanmuganathan K, Mirvis SE, et al. CT findings of mesenteric injury after blunt trauma: Implications for surgical intervention. *Am J Roentgenol* 1997;168:425–8.
- [7] Breen DJ, Janzen DL, Zwirewich CV, et al. Blunt bowel and mesenteric injury: diagnostic performance of CT signs. *J Comput Assist Tomogr* 1997;21:706–12.
- [8] Asayama Y, Matsumoto S, Isoda T, et al. A case of traumatic mesenteric bleeding controlled by only transcatheter arterial embolization. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2005;28:256–

- [9] J.C. Coffey, P. Dochery, Peritoneum, mesentery and peritoneal cavity including omentum and internal hernias, Ch58, Grays Surgical Anatomy, (2018).
- [10] J.C. Coffey, D.P. O’leary, Defining the mesentery as an organ and what this means for understanding its roles in digestive disorders, *Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol.* (2017) 1–3, <https://doi.org/10.1080/17474124.2017.1329010>.
- [11] J.C. Coffey, P. Dockery, B. Moran, B. Heald, Mesenteric and Peritoneal Anatomy, in: *Mesenteric Princ. Gastrointest. Surg. Basic Appl. Sci.* CRC Press, 2017, pp. 11–40.
- [12] K. Culligan, J.C. Coffey, R.P. Kiran, M. Kalady, I.C. Lavery, F.H. Remzi, The mesocolon: a prospective observational study, *Colorectal Dis.* 14 (2012) 421–430, <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2012.02935.x>.
- [13] T.W. Sadler, *Langman’s Essential Medical Embryology*, (2004).
- [14] G.C. Schoenwolf, S.B. Bleyl, P.R. Brauer, P.H. Francis-West, *Larsen’s human embryology*, *Larsen’s Hum. Embryol.* (2014), <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-06811-9.10011-9>.
- [15] C. Toldt, A. Dalla Rosa, E. Paul, *An Atlas of Human Anatomy for Students and Physicians*, (1919).
- [16] C. Toldt, *Bau und Wachstumsverantereungen der Gekrose des menschlichen Darmkanales*, *Denkschr mathnaturwissensch* 41 (1879) 1–56.

- [17] J.C. Coffey, R. Kiran, Toldt's Fascia, Mesenteric Princ. Gastrointest. Surg. Basic Appl. Sci. CRC Press, 2017, pp. 57–68.
- [18] N.M. Davis, N.A. Kurpios, X. Sun, J. Gros, J.F. Martin, C.J. Tabin, The chirality of gut rotation derives from left-right asymmetric changes in the architecture of the dorsal mesentery, *Dev. Cell* 15 (2008) 134–145, <https://doi.org/10.1016/j.devcel.2008.05.001>.
- [19] J.H.M. Soffers, J.P.J.M. Hikspoors, H.K. Mekonen, S.E. Koehler, W.H. Lamers, The growth pattern of the human intestine and its mesentery, *BMC Dev. Biol.* 15 (2015) 31, <https://doi.org/10.1186/s12861-015-0081-x>.
- [20] J. Quain, *Elements of anatomy*, Taylor, 1837.
- [21] B. Lampl, T.L. Levin, W.E. Berdon, R.A. Cowles, Malrotation and midgut volvulus: a historical review and current controversies in diagnosis and management, *Pediatr. Radiol.* 39 (2009) 359–366.
- [22] L.S. Figiel, S.J. Figiel, Volvulus of the cecum and ascending Colon, *Radiology* 61 (1953) 496–515, <https://doi.org/10.1148/61.4.496>.
- [23] J.C. Coffey, K. Culligan, L.G. Walsh, R. Sehgal, C. Dunne, D. McGrath, D. Walsh, M. Moore, M. Staunton, T. Scanlon, C. Dewhurst, B. Kenny, C. O'Riordan, J.M. O'Brien, F. Quondamatteo, P. Dockery, An appraisal of the computed axial tomographic appearance of the human mesentery based on mesenteric contiguity from the duodenojejunal flexure to the mesorectal level, *Eur. Radiol.* 26 (2016) 714–721, <https://doi.org/10.1007/s00330-015-3883-0>.

- [24] K. Culligan, F.H. Remzi, M. Soop, J.C. Coffey, Review of nomenclature in colonic surgery – proposal of a standardised nomenclature based on mesocolic anatomy, *Surgical* 11 (2013) 1–5, <https://doi.org/10.1016/j.surge.2012.01.006>.
- [25] J.C. Coffey, R. Sehgal, K. Culligan, C. Dunne, D. McGrath, N. Lawes, D. Walsh, Terminology and nomenclature in colonic surgery: universal application of a rulebased approach derived from updates on mesenteric anatomy, *Tech. Coloproctol.* 18 (2014) 789–794, <https://doi.org/10.1007/s10151-014-1184-2>.
- [26] S.C. Dolejs, M.J. Guzman, A.D. Fajardo, B.K. Holcomb, B.W. Robb, J.A. Waters, Contemporary management of sigmoid volvulus, *J. Gastrointest. Surg.* (2018) 1–8.
- [27] G.H. Ballantyne, Review of sigmoid volvulus: history and results of treatment, *Dis. Colon Rectum* 25 (1982) 494–501.
- [28] R. Sehgal, J.C. Coffey, Historical development of mesenteric anatomy provides a universally applicable anatomic paradigm for complete/total mesocolic excision, *Gastroenterol. Rep.* 2 (2014) 245–250, <https://doi.org/10.1093/gastro/gou046>.
- [29] T. Tirkes, K. Sandrasegaran, A.A. Patel, M.A. Hollar, J.G. Tejada, M. Tann, F.M. Akisik, J.C. Lappas, Peritoneal and retroperitoneal anatomy and its relevance for cross-sectional imaging, *Radiographics.* 32 (2012) 437–451.

- [30] W.J. Dodds, R.M. Darweesh, T.L. Lawson, E.T. Stewart, W.D. Foley, S.M. Kishk, M. Hollwarth, The retroperitoneal spaces revisited, *AJR Am. J. Roentgenol.* 147 (1986) 1155–1161, <https://doi.org/10.2214/ajr.147.6.1155>.
- [31] K. Culligan, S. Walsh, C. Dunne, M. Walsh, S. Ryan, F. Quondamatteo, P. Dockery, J.C. Coffey, The mesocolon, *Ann. Surg.* 260 (2014) 1048–1056, <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000323>.
- [32] S.C. Blackburn, M.P. Stanton, *Anatomy and physiology of the peritoneum*, *Semin. Pediatr. Surg.* Elsevier, 2014, pp. 326–330.
- [33] C. Stecco, M.M. Sfriso, A. Porzionato, A. Rambaldo, G. Albertin, V. Macchi, R. De Caro, Microscopic anatomy of the visceral fasciae, *J. Anat.* (2017), <https://doi.org/10.1111/joa.12617>.
- [34] R.T. Krediet, *Anatomy and physiology of the peritoneum*, *Perit. Dial. Man.* Karger Publishers, 2018, pp. 1–8.
- [35] Z. Xu, P.H. Chapuis, L. Bokey, M. Zhang, Denonvilliers' fascia in men: a sheet plastination and confocal microscopy study of the prerectal space and the presence of an optimal anterior plane when mobilizing the rectum for cancer, *Colorectal Dis.* 20 (2018) 236–242.
- [36] V. Mahadevan, *Anatomy of the rectum and anal canal*, *Surgical* 35 (2017) 121–125.
- [37] R.B. Varsha, P.K. Rahul, U. Narpatsingh, R.G. Jyoti, Morphological anatomy of splenic artery and its clinical implications, *Indian J. Anat.* 3 (2014) 167.

- [38] I.A. Santiago, A.P. Gomes, R.J. Heald, An ontogenetic approach to gynecologic malignancies, *Insights Imaging* 7 (2016) 329–339, <https://doi.org/10.1007/s13244-016-0480-y>.
- [39] M.M. Bertrand, B. Alsaid, S. Droupy, G. Benoit, M. Prudhomme, Optimal plane for nerve sparing total mesorectal excision, immunohistological study and 3D reconstruction: an embryological study, *Colorectal Dis.* 15 (2013) 1521–1528, <https://doi.org/10.1111/codi.12459>.
- [40] J.C. Coffey, M. Dillon, R. Sehgal, P. Dockery, F. Quondamatteo, D. Walsh, L. Walsh, Mesenteric-based surgery exploits gastrointestinal, peritoneal, mesenteric and fascial continuity from Duodenojejunal Flexure to the anorectal junction - a review, *Dig. Surg.* 32 (2015) 291–300, <https://doi.org/10.1159/000431365>.
- [41] R. Sehgal, J.C. Coffey, Standardization of the nomenclature based on contemporary mesocolic anatomy is paramount prior to performing a complete mesocolic excision, *Int. J. Colorectal Dis.* 29 (2014) 543–544, <https://doi.org/10.1007/s00384-014-1835-9>.
- [42] S.J. Marecik, A. Al-Khamis, K. Kochar, J.J. Park, Robotic resection of presacral (retrorectal) tumors and Waldeyer's fascia, *Dis. Colon Rectum* 61 (2018) e351–e352.
- [43] A.J. Raffoul, C.K. Hartley, M. Johnson, J.A. Gomez, S. Pautler, V. McAlister, Laterality of pancreatic metastases from renal cell carcinoma: an anatomical perspective from the left kidney and tail of the pancreas, *FASEB J.* 30 (2016) 1010–1040.

- [44] K. Culligan, R. Sehgal, D. Mulligan, C. Dunne, S. Walsh, F. Quondamatteo, P. Dockery, J.C. Coffey, A detailed appraisal of mesocolic lymphangiology—an immunohistochemical and stereological analysis, *J. Anat.* 225 (2014) 463–472, <https://doi.org/10.1111/joa.12219>.
- [45] A.S. Wallace, A.J. Burns, Development of the enteric nervous system, smooth muscle and interstitial cells of Cajal in the human gastrointestinal tract, *Cell Tissue Res.* 319 (2005) 367–382, <https://doi.org/10.1007/s00441-004-1023-2>.
- [46] R. Sehgal, Neural crest cells and the mesentery, *Mesentery Peritoneum* 2 (2018).
- [47] L.G. Walsh, I.S. O'Brien, D.P. O'Leary, P.A. Kiely, C. Dunne, F. Quondamatteo, P. Dockery, J.C. Coffey, The mesocolic hilum: an electron microscopic appraisal of anatomy, in: *Ir. J. Med. Sci.* (2016) S97 SPRINGER LONDON LTD 236 GRAYS INN RD, 6TH FLOOR, LONDON WC1X 8HL, ENGLAND.
- [48] Marx JA, Moore EE, Jordan RC, et al: Limitations of computed tomography in the evaluation of acute abdominal trauma: A prospective comparison with diagnostic peritoneal lavage. *J Trauma* 25:933, 1985
- [49] Marx JA, Bar-Or D, Moore EE, et al: Utility of lavage alkaline phosphatase in detection of isolated small intestinal injury. *Ann Emerg Med* 14:10, 1985

- [50] Marx JA, Moore EE, Bar-Or D: Peritoneal lavage in small bowel colon injuries: the value of enzyme determinations. *Ann Emerg Med* 12:68, 1983
- [51] Maull KI, Rozycki GS, Pedigo RE, et al: Injury to the female reproductive system. In Mattox KL, Moore EE, Feliciano DV (eds): *Trauma*. Norwalk, CT, Appleton & Lange, 1988, p 553
- [52] McAnena OJ, Marx JA, Moore EE: Utility of peritoneal lavage enzyme determinationS following blunt and penetrating abdominal trauma. *J Trauma*, in press
- [53] McClellan BA, Hanna SS, Montoya DR, et al: Analysis of peritoneal lavage parameters in blunt abdominal trauma. *J Trauma* 25:393, 1985
- [54] McCoy GF, Johnstone BA, Duthie RB: Injury to the elderly in road traffic accidents. *J Trauma* 29:494, 1989
- [55] Mohamed G, Reyes HM, Fantus R, et al: Computed tomography in the assessment of pediatric abdominal trauma. *Arch Surg* 121:703, 1986
- [56] Moore EE: Resuscitation and evaluation of the injured patient. In Zuidema GG, Ballinger W, Rutherford R: *Management of Trauma*. Philadelphia, WB Saunders, 1985, p 1
- [57] Moore FA, Moore EE, Moore GE, et al: Risk of splenic salvage after trauma: Analysis of 200 adults. *Am J Surg* 148:800, 1984
- [58] Moore JB, Moore EE: Changing trends in the management of combined pancreatroduodenal injuries. *World J Surg* 8:791, 1984

- [59] Moore JB, Moore EE, Markovchick VD, et al: Diagnostic peritoneal lavage for abdominal trauma: Superiority of the open technique at the infraumbilical ring. *J Trauma* 21 :570, 1981
- [60] Moreno C, Moore EE, Rosenberger A, et al: Hemorrhage associated with major pelvic fractures-a multispecialty challenge. *J Trauma* 26:987, 1986; 514 OLIVER J. McANENA ET AL.
- [61] Neufeld JD, Moore EE, Marx JA, et al: Trauma in pregnancy. *Med Clin North Am* 5:623, 1987
- [62] Neuman TS, Bockman MA, Moody P, et al: An autopsy study of traumatic deaths: San Diego, 1979. *Am J Surg* 144:722, 1982
- [63] Nygren A: Injuries to car occupants-some aspects of the interior safety of cars. *Acta Otol Scand* 395(suppl):I, 1984
- [64] Oldham KT, Guice KS, Ryckman F, et al: Blunt liver injury in childhood: Evolution of therapy and current perspective. *Surgery* 100:542, 1986

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- ◀ وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله .

والله على ما أقول شهيد .



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



جامعة محمد الخامس بالرباط
Université Mohammed V de Rabat

أطروحة رقم: 158

سنة : 2023

إصابة المساريقا عند التعرض لإصابات البطن المغلقة

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : 2023/ /

من طرف

السيدة مريم البوجدايني

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية : إصابة المساريقا؛ إصابات البطن المغلقة

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس اللجنة	السيد الحسن العلمي الفريشة
مدير الأطروحة	أستاذ في الجراحة العامة السيد محمد العباسي
عضو	أستاذ في الجراحة العامة السيد محمد الوناني
عضو	أستاذ في الجراحة العامة السيد المحجوب الشراب
	أستاذ في الجراحة العامة