

*Article original*

Perforations digestives non traumatiques dans les Services de Chirurgies Générale et Pédiatrique à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes

Non-traumatic digestive perforations in general and paediatric surgery services at Fousseyni Daou Hospital in Kayes

G Sogoba^{*1}, S Sangare¹, L Traore¹, P Togo², Y Coulibali², G Diallo²

Résumé

Objectifs : déterminer la fréquence et les étiologies des perforations digestives non traumatiques.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude prospective allant du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2017 portant sur tous les malades opérés en chirurgie pour perforation digestive non traumatique.

Résultats : Nous avons colligé 98 cas de péritonites généralisées parmi lesquels nous avons eu 60 cas de perforations non traumatiques sur 320 interventions d'urgences, les perforations digestives non traumatiques ont donc représenté 18,75% de nos interventions. L'âge moyen des patients était de $19,25 \pm 5$ ans avec des extrêmes de 5 ans et 71 ans. Sexe et sexe ratio Les perforations étaient appendiculaires, iléales, gastriques et coliques. Les étiologies étaient des appendicites compliquées, la Salmonellose, l'ulcère gastrique et les tumeurs du colon infectées. Nous avons procédé à une appendicectomie, ravivement-suture de la perforation iléale, ravivement suture de la perforation gastrique, résection stomie en cas de tumeur du colon.

La perforation siégeait au niveau de l'appendice

dans 36 cas (60%), le grêle dans 17 cas (28.3%), l'estomac dans 4 cas (6.7%) et le colon dans 3 cas (5%).

Conclusion : les péritonites sont des affections très fréquentes d'étiologie multiple avec une mortalité élevée. Le diagnostic précoce et une prise en charge adaptée nous permettrons d'avoir des bons résultats.

Mots-clés : Perforations digestives non traumatiques, chirurgie générale et pédiatrique, hôpital Fousseyni Daou, Mali

Abstract

Objectives: To determine the frequency and etiologies of non-traumatic digestive perforations.

Material and method: This was a prospective study from January 1, 2017 to December 31, 2017 covering all patients operated on for surgery for non-traumatic digestive perforation.

Results: We collected 98 cases of generalized peritonitis among which we had 60 cases of non-traumatic perforations out of 320 emergency procedures, non-traumatic digestive perforations thus represented 18.75% of our interventions. The mean age of the patients was 19.25 ± 5 years

with extremes of 5 years and 71 years. Sex and sex ratio The perforations were appendicular, ileal, gastric and colonic. The etiologies were complicated appendicitis, Salmonellosis, gastric ulcer, and infected colon tumors. We performed an appendectomy, revascularization of the ileal perforation, revitalization of the gastric perforation, stoma resection in case of colon tumor.

Perforation was present in the appendix in 36 cases (60%), ileum in 17 cases (28.3%), stomach in 4 cases (6.7%) and colon in 3 cases (5%)

Conclusion: peritonitis is a very common disease of multiple etiology with high morbidity. Early diagnosis and appropriate management will allow us to have good results.

Keywords: Non-traumatic digestive perforations, general and pediatric surgery, Fousseyni Daou Hospital, Mali.

Introduction

Les péritonites sont fréquentes, elles constituent un problème en chirurgie digestive à cause de leur morbidité élevée dans l'immédiat et dans le temps, elles sont graves avec un taux de décès élevé si retard de prise en charge. La perforation digestive est l'ouverture accidentelle ou pathologique d'un organe creux sur le tube digestif [1].

Elle peut survenir spontanément ou secondairement à une plaie ou une contusion abdominale.

Les perforations digestives non traumatiques entraînent un tableau clinique de péritonites secondaires. Elles se distinguent par la diversité des étiologies et la difficulté de rattacher la perforation à l'une des causes. Selon les auteurs l'étiologie typhique représente 20 à 95% des perforations intestinales [2, 3, 4, 5,6]. Les perforations non traumatiques constituent un problème de santé publique.

Les péritonites sont fréquentes, elles constituent un problème en chirurgie digestive à cause de leur

morbidité élevée dans l'immédiat et dans le temps, elles sont graves avec un taux de décès élevé si retard de prise en charge. La perforation digestive est l'ouverture accidentelle ou pathologique d'un organe creux sur le tube digestif [1].

Elle peut survenir spontanément ou secondairement à une plaie ou une contusion abdominale.

Les perforations digestives non traumatiques entraînent un tableau clinique de péritonites secondaires. Elles se distinguent par la diversité des étiologies et la difficulté de rattacher la perforation à l'une des causes. Selon les auteurs l'étiologie typhique représente 20 à 95% des perforations intestinales [2, 3, 4, 5,6]. Les perforations non traumatiques constituent un problème de santé publique.

Elles ont été l'objet de plusieurs études :

En Amérique, Grosefd et col ont conclu que la perforation intestinale était plus fréquente chez les enfants avec une fréquence de 58,15 % des perforations digestives non traumatiques et avec un taux de mortalité de 48 % [7].

En Europe, Mallick et col [8] à propos d'une série dans l'Ouest de Guyanais, ont trouvé que l'incidence de la perforation iléale dans la fièvre typhoïde était de 2,48% [8].

En Afrique au Burkina Faso, Sanon et col dans leur étude ont trouvé 45,48 % de péritonites aiguës généralisées causées par la perforation non traumatique du grêle chez l'enfant [9].

Au Togo, une étude réalisée à Lomé par Hamawoo, a trouvé que les perforations non traumatiques constituaient la première cause du syndrome occlusif chez l'enfant [10].

La gravité des perforations digestives non traumatiques repose sur la survenue de la péritonite entraînant une défaillance multi viscérale sepsis et la mort rapidement en cause l'intégrité de la plupart des fonctions vitales. La gravité dépend de l'étiologie, de la durée d'évolution avant la prise en charge, du terrain et de l'âge du patient.

Le diagnostic d'orientation des perforations

digestives non traumatiques est posé par l'examen clinique et l'imagerie et le diagnostic étiologique est posé en per-opératoire et par des examens complémentaires.

La prise en charge est pluridisciplinaire avec un accent particulier sur la réanimation.

Au Mali, notre revue de la littérature rapporte que les perforations non traumatiques sont causées principalement par la fièvre typhoïde, l'appendicite, et l'ulcère gastroduodéal avec une prédominance masculine [11, 12,13].

Au niveau de l'hôpital de Kayes l'absence de données sur les perforations digestives non traumatique nous a motivé à initier cette étude.

Objectifs

Déterminer la fréquence et les étiologies des perforations digestives non traumatiques.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective allant de Janvier 2017 à Décembre 2017 portant sur tous les malades opérés en chirurgie pour perforation digestive non traumatique.

N'ont pas fait partir de cette étude les perforations traumatiques, et les patients ayant un dossier incomplet.

Score minimal=0 maximal=47 avec composantes : l'âge, le sexe, la défaillance viscérale, la malignité, le délai de prise en charge > 24 h, le foyer primaire, la péritonite généralisée et la nature du liquide.

La saisie des données a été faite sur Word 2010, l'analyse des données a été faite sur le logiciel Epi info 3.5.3, le test chi² avec $p < 0,05$ nous a permis de faire la comparaison. Le score de Mannheim Peritonitis Index (MPI) nous a permis d'évaluer les complications.

Résultats

Nous avons opéré 98 cas de péritonites généralisées parmi lesquelles nous avons eu 60 cas de perforation digestive non traumatique. L'âge moyen était de 19,25 + ou - 5 ans avec des extrêmes allant de 5 ans et de 71 ans. Les jeunes ont été les plus concernés soit 81,7 % pour la tranche d'âge de 0 à 30 ans.

La perforation siégeait au niveau de l'appendice dans 36 cas (60%), le grêle dans 17 cas (28.3%), l'estomac dans 4 cas (6.7%) et le colon dans 3 cas (5%).

Au cours de notre étude parmi les urgences chirurgicales les perforations digestives non traumatiques ont représenté 18,8% et 61,2% parmi des péritonites aiguës généralisées. Dans la plupart des cas nous avons procédé à une réanimation préopératoire, une laparotomie médiane, le traitement selon la cause, le lavage au sérum salé et le drainage.

Les perforations iléales étaient au nombre de 17 cas soit 28,33%, la perforation était unique dans 16 cas, elle était double dans 1 cas selon le siège et le nombre d'orifice nous avons procédé au ravinement suture ou à la résection iléostomie selon Bouilly Walkman pour le cas de perforation double.

Les perforations coliques 3cas soit 6 % étaient secondaires à des tumeurs compliquées ; ont été reséquées et nous avons réalisé une stomie. Tableau I.

Nous n'avons eu 4 cas soit 6.66 % de perforation gastrique d'origine tumorale qui ont été ravivés et suturés.

Les différents types de morbidités ont été : choc hémodynamique et la suppuration pariétale Tableau II.

Nous avons eu un décès soit un taux de 1,66% suite à une péritonite par perforation gastrique.

Tableau I : répartition des malades selon l'étiologie de la perforation

| Etiologie | Nombre | Pourcentage % |
|----------------------------|--------|---------------|
| Perforation appendiculaire | 36 | 60 |
| Perforation grélique | 17 | 28 |
| Perforation gastrique | 4 | 7 |
| Perforation colique | 3 | 5 |
| Total | 60 | 100 |

Tableau II : morbidité selon les différents types de perforation

| Pathologie | Choc hémodynamique | Suppuration de la plaie | Décès | Total |
|----------------------------|--------------------|-------------------------|-------|-------|
| Perforation appendiculaire | | 2 | | 2/36 |
| Perforation grélique | 1 | 3 | | 4/17 |
| Perforation gastrique | | | 1 | 1/4 |
| Perforation colique | | 1 | | 1/3 |

Discussion

Notre échantillon de 60 cas en un an est inférieur à ceux du Niger (160), de la France (84), et du Gabon (87). Notre hôpital est une structure de deuxième référence. Au cours de notre étude la moyenne d'âge de 19,25 ans se rapproche à ceux des séries africaines [6, 14, 15,16] comprise entre 22 et 26,4 ans. La vaccination contre certaines pathologies comme la fièvre typhoïde permet de minimiser le risque de survenu de certains types de péritonite à bas âge.

Le délai de prise en charge a une répercussion sur le pronostic et sur la morbidité selon tous les auteurs. La perforation appendiculaire a été la cause la plus fréquente soit 60% au cours de notre étude, nous constatons que les séries africaines [12, 17,18] et américaines [48] ont des taux plus bas. Nous pensons qu'au niveau de notre région les cas d'appendicite aiguë sont diagnostiqués en retard et que l'auto médication prend de l'ampleur.

La péritonite par perforation typhique est fréquente

dans les pays en développement avec une fréquence comprise entre 25 et 56,04% et cela s'explique puisqu'il s'agit d'une maladie liée à l'hygiène, à une absence ou une insuffisance de vaccination.

Les perforations gastriques ne sont pas fréquentes seulement 4 cas/ 60 perforations digestives ; les formes tumorales sont rares au cours de notre étude nous n'avons pas trouvé de cas de tumeur gastrique perforée.

Les tumeurs du colon évoluent à bas bruit entraînant des occlusions par obstruction ou des péritonites par perforation ; cette dernière entité est rare comme le prouve notre étude au cours de la quelle nous n'avons eu que 3 cas

Le traitement des perforations digestives dépend du siège, de la nature et du nombre d'orifice et les différentes techniques font l'unanimité.

Les perforations appendiculaires ont été traitées par une appendicectomie, lavage, drainage.

L'estomac par le ravinement, suture, lavage, drainage.

Le grêle par le ravinement, suture, lavage, drainage parce que nous n'avons pas eu plus qu'une perforation.

La résection plus stomie terminale selon Hartmann a été notre conduite devant les cas de perforation colique d'origine tumorale, la confirmation par l'anatomo-pathologie.

Conclusion

Les perforations digestives non traumatiques sont fréquentes, les étiologies sont diverses, le traitement a connu une amélioration, certaines causes tel que celles qui sont liées à l'hygiène peuvent être évitées ; le diagnostic précoce des cas de tumeur permet d'éviter leur évolution vers la perforation.

*Correspondance :

Gaoussou Sogoba
sogobag@yahoo.fr

Disponible en ligne : 24 Mars 2020

1 Service de chirurgie générale, Etablissement Public Hospitalier Hôpital de Kayes, Mali

2 Service de chirurgie Générale, Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Sémilogie médicale Loïc GUILLEVIN FLAMMARION. Atlas poche ISBN 10 : 2257150740 ISBN 13 : 9782257150745 éditions 2004. NB pages : 369

[2] Haeghebaer S, Bouvet P, De Valk H. Les fièvres typhoïdes et Paratyphoïde en France en 2001. *Bull épidemiol. Hebdo.* 2003 ; 14 : 77-9

[3]. Nguyen V.S. Perforation typhique en milieu tropical à propos de 83 observations. *Jr. Ch. (Paris)* 1994 ; 131(2) : 90-95

[4]. Sacko F. Evaluation d'un test rapide dans le diagnostic de la fièvre typhoïde dans les périphéries de Bamako. Thèse de médecine, 2004. Thèse Med, Bamako, 2004,

[5]. Sidibé Y. Les péritonites généralisées au Mali : à propos de 140 cas dans les hôpitaux de Bamako et Kati. Thèse Med. Bamako 1996 ; N°1.

[6]. Harouna Y. D., Abdou I., Saïdou B. et coll. Les peritonites en milieu tropical à l'hôpital de Niamey (Niger) : à propos de 160 cas. *Med. D'Afr ; Noire* 2001 ; 48(3) :104-106.

[7]. Grosfeld J.L. et al. Gastro-intestinal perforation and péritonites in infants and children. *Am. J. Surg.* 1996 ; 120(4) :650-5.

[8]. Malick S., Klein J. F. Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique : à propos d'une série observée dans l'Ouest Guyanais. *Med. Trop.* 2001 ; 61 : 491-494.

[9]. Sanon B. G ; et coll. Les péritonites par perforation non traumatique du grêle chez l'enfant au Burkina Fasso : Etude prospective multicentrique à Ouagadougou et Bobo Djoulasso. *Jr.Afr. Ch. Digestive ? N°2,2e semestre* 2011.

[10]. Homawood K. et al. Considération étiologique du syndrome occlusif chez l'enfant en milieu tropical togolais : à propos de 144 observations. *Med. Afr. Noire* 1991 ; 38(3).

[11]. Coulibaly Ousmane. Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Thèse Med. Bamako 2009 ; N° 206

[12]. Doumbia Mahamadou. M. Les perforations digestives dans le service de chirurgie « A » au CHU du Point « G » : à propos de 202 cas. Thèse de Med. Bamako 2009 ; N° 196.

[13]. Coulibaly Sounkalo. Prise en charge des perforations

digestives dans le service de chirurgie à l'hôpital régional de Sikasso. Thèse Med. Bamako 2006 ; N°276.

[14]. Traoré D., Sissoko F., Diallo S. et coll. Péritonites aiguës généralisées dans le service de chirurgie « B » du CHU du Point « G » :300 cas. *J. Afr. Ch. Dig.* 2011 ; N°2, 2e semestre.

[15]. Cougard P., Barrat C. Traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé : résultat d'une étude rétrospective multicentrique. *Ann. Ch.* 2000 ; 125 :726-31.

[16]. Cissé Brahim. Perforations digestives dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Med. Bamako (Mali) 2001 ; N°106

[17].Chavda S. K., Hassan S. Appendicitis at kenyatta national hospital Nairobi. *East Afr. Med. J.* 2005 Oct., 82(10) : 526-30.

[18]. Camara Boubacar. Les péritonites par perforation appendiculaires. Thèse Med. Bamako 2008 ; N°80.

Pour citer cet article

G Sogoba, S Sangare, L Traore, P Togo, Y Coulibali, G Diallo. Perforations digestives non traumatiques dans les Services de Chirurgies Générale et Pédiatrique à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. *Jaccr Africa* 2020; 4(1): 486-490