

ARTICLE ORIGINAL

CINQ ANS DE CHIRURGIE DIGESTIVE D'URGENCE NON TRAUMATIQUE DE L'ADULTE DANS UN HOPITAL RURAL CONFESIONNEL DU TOGO: ETUDE ANALYTIQUE

FIVE YEARS OF MANAGEMENT OF ADULT NON-TRAUMATIC ABDOMINAL EMERGENCY IN RURAL CONFESIONNEL HOSPITAL IN TOGO: ANALYTICSTUDY.

T DOSSOUVI, A AKPAKI, D DOSSEH

Centre Hospitalier universitaire de Lomé, service de chirurgie général

RÉSUMÉ

Objectifs : Analyser la prise en charge des urgences digestives non traumatiques et les résultats postopératoires de l'adulte à l'hôpital Bethesda d'Agou.

Matériel et Méthode : c'est une étude rétrospective menée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Bethesda d'Agou sur une période de cinq ans (1er janvier 2006 au 31 décembre 2010). L'étude a consisté à étudier tous les dossiers des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives non traumatiques. Les données sociodémographiques, cliniques, paracliniques, le diagnostic, le traitement et les suites opératoires ont été étudiées.

Résultats : Pendant cette période, 612 patients ont été opérés dont 405 (66,2%) hommes et 207 (33,8%) femmes avec une sex-ratio de 1,9. L'âge moyen était 35 ans avec les extrêmes de 16 et 86 ans. Les étiologies ont été : les appendicites (36,2%), les hernies étranglées (32,1%), les péritonites (21,9%), les occlusions intestinales (9,1%) et les cholécystites (0,5%). Les voies d'abord ont été l'incision de Mac Burney, l'incision inguinale, la médiane sus et/ou sous-ombilicale. Les suites opératoires ont été simples dans 64,3% des cas. Les complications postopératoires ont été dominées par la suppuration pariétale (23,3%). Dix cas de décès ont été notés dus au sepsis et à une défaillance multiviscérale compliquant les péritonites et les occlusions intestinales.

Conclusion : le taux de morbidité et de mortalité élevé secondaire à la prise en charge des urgences chirurgicales digestives non traumatiques peut être prévenu ou réduit par un diagnostic précoce, la pratique d'une asepsie rigoureuse, une technique opératoire parfaite couplée d'une bonne réanimation.

Mots clés : chirurgie digestive non traumatique, urgence, adulte, morbidité, mortalité, Togo.

SUMMARY

Objectives: Analysis of the treatment of non-traumatic abdominal emergency and the outcome at Bethesda hospital of Agou.

Material and method: Non-traumatic abdominal emergency in our general surgery at Bethesda's hospital had concerned 612 patients during five years of activity (1st January 2006 to 31 December 2014). We have studied the files of the adult patients who had been operated for abdominal non-traumatic urgency. The epidemiologic, clinical, paraclinic, and treatment data were studied.

Results: During this period 612 have been operated of whom 405 (66.2%) were men and 207 (33.8%) were women with sex-ratio 1.9. The average was 35 years with 16 and 86 being the extremes. The causes were appendicitis (36.2%), strangulated hernia (32.1%), peritonitis (21.9%), intestinal obstruction (9.2%) and acute cholecystitis (0.5%). The postoperative outcomes had been complicated in 36.6 % of cases. The main complication was parietal suppuration (23.3%). Ten (1.6%) patients died due to sepsis and organ failure.

Conclusion: The prevention of postoperative complications depends on early diagnosis, good asepsis, perfect surgical technical associated with intensive care.

Keywords: Non traumatic digestive surgery, emergency, adult, morbidity, mortality, Togo.

Tirés à part:

DOSSOUVI TAMEGNON

Chirurgien généraliste au CHU-KARA

Email: dboris@gmail.com.

INTRODUCTION

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques constituent des situations relativement fréquentes en pratique chirurgicale [1, 2, 3].

Au plan diagnostique, les progrès de l'imagerie ont permis des avancées importantes en termes de fiabilité et de rapidité. Des avancées thérapeutiques ont également été notées ; l'arsenal thérapeutique comporte des mesures de réanimation de plus en plus sophistiquées et la chirurgie mini-invasive est pratiquée par des équipes de plus en plus performantes.

Mais dans la plupart des pays sous-développés, les outils modernes de diagnostic et de traitement sont peu accessibles, avec un risque d'accroissement de la morbidité et de la mortalité. Au Togo, les moyens pour une prise en charge adéquate font souvent défaut et surtout, les patients consultent régulièrement avec un retard important qui peut impacter les résultats thérapeutiques. En milieu rural, ces problèmes liés à la prise en charge sont souvent exacerbés. Peu d'études [4] ont été réalisées dans notre pays sur la prise en charge des urgences chirurgicales digestives non traumatiques en milieu rural.

Nous avons voulu faire cette étude avec pour objectif principal d'analyser la prise en charge des urgences chirurgicales digestives non traumatiques de l'adulte et les résultats postopératoires à l'hôpital Bethesda d'Agou qui est un hôpital confessionnel en milieu rural.

METHODOLOGIE

Une étude rétrospective a été menée du 01 janvier 2006 au 31 décembre 2010 dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Bethesda d'Agou-Nyogbo au Togo. L'étude a consisté à documenter tous les cas d'urgences digestives non traumatiques opérés de l'adulte. Une fiche d'enquête établie à cet effet a permis de recueillir les données. Elle comportait les données sociodémographiques (âge, sexe, profession), cliniques (motif, délai de consultation, signes cliniques), biologiques (numération blanche, taux d'hémoglobine et créatininémie), morphologiques (signes à l'ASP, échographie abdominale), et thérapeutiques (les médicaments, la voie d'abord, les découvertes peropératoire, les actes opératoires et les résultats postopératoires).

Tous les cas d'urgences digestives non traumatiques opérées de l'adulte ont été inclus dans notre étude. Ont été exclus de cette étude : les dossiers de patients âgés de moins de 16 ans ; les pathologies digestives aiguës traitées médicalement ; les cas de traumatisme abdominal, les urgences gynécologiques et urologiques.

RESULTATS

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques ont concerné 612 patients représentant 3,8% des 16145 urgences admises à l'hôpital, 13,1% des 4655 urgences chirurgicales et 74,7% des 819 urgences chirurgicales digestives.

Les six cent Douze patients étaient répartis en 405 personnes de sexe masculin et 207 personnes de sexe féminin avec une sex-ratio de 1,9.

L'âge de nos malades variait entre 16 et 86 ans avec une moyenne de 35ans (Tableau I).

Tableau I : Répartition des malades en fonction de l'âge

	n (%)
16-24 ans	102 (16,7)
25-34 ans	207 (33,8)
35-44ans	112 (18,3)
45-54ans	106 (17,3)
55-64ans	45 (7,3)
65ans et plus	41 (6,7)
Total	612 (100)

Toutes les professions ont été représentées avec une prédominance des cultivateurs (62,2%) comme le stipule le Tableau II.

Tableau II : Répartition des malades en fonction de la profession

	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Cultivateurs	381	62,2
Commerçants/Revendeurs	86	14,1
Elèves/Etudiants	81	13,2
Ménagères	34	5,6
Fonctionnaires	30	4,9
Total	612	100

Le délai d'admission des malades variait de 1 à 30 jours avec une médiane de 5,3 jours.

Le motif de consultation des malades était dominé par les douleurs abdominales (100%) suivis des vomissements/nausées (93%), et les troubles du transit (82,1%) comme le montre le tableau III.

Tableau III: Répartition des malades selon les motifs de consultation

	Fréquence (n = 612)	Pourcentage (%)
Douleurs abdominales	612	100
Nausées/Vomissements	601	98,0
Trouble du transit	503	82,1
Fièvre	359	58,6
Altération de l'état général	302	49,3

Plusieurs étiologies ont été notées dominées par les appendicites aiguës, les hernies étranglées et les péritonites aiguës (Tableau IV).

Tableau VI: Etiologies des urgences

	Fréquence (%)
Appendicite aiguë	222 (36,2)
Hernies étranglées	197 (32,2)
Péritonite aiguë	134(21,9)
Occlusion intestinale aiguë	56(9,2)
Cholécystite	3(0,5)
Total	612(100)

Les malades présentant une appendicite ont été admis du 1^{er} au 30^{ème} jour d'évolution de cette dernière. Les formes anatomopathologiques rencontrées en peropératoire ont été : 66(29,7%) cas d'appendicite catarrhale, 104(46,8%) cas d'appendicite phlegmoneuse, 13(5,9%) cas d'appendicite suppurée et 39(17,8%) cas d'abcès appendiculaire. La voie d'abord a été celle de Mac Burney dans tous les cas. L'enfouissement du moignon appendiculaire a été faite chez 194(87,4%) personnes. Le lavage local associé au drainage été réalisé dans tous les cas d'abcès appendiculaire. L'antibiothérapie à base de Ceftriaxone a été systématique chez tous les malades. Mais une association au Métronidazole a été réalisée en cas d'appendicite suppurée ou d'abcès appendiculaire. Les suites opératoires ont été simples chez 202(91,0%). La morbidité a été représentée par une suppuration pariétale dans 19 (8,6%) cas et une fistule postopératoire chez 01(0,5%) patient. On n'a pas noté de décès.

Les différentes formes cliniques de hernies étranglées ont été rencontrées : 170 (86,3%) cas de hernies

inguinoscrotales étranglées, 11 (5,6%) cas de hernies inguinales étranglées, 06 (3,0%) cas de hernies ombilicales étranglées, 07 (3,6%) cas de hernies de la ligne blanche étranglée et 03 cas (1,5%) de hernies crurales étranglées. Soixante neuf (35,0%) cas étaient compliqués d'occlusion et 06 (3,0%) cas de péritonite. Le délai de consultation a varié entre 01 et 10 jours. La réanimation a été systématique chez tous les patients. L'antibiothérapie à base de Ceftriaxone a été systématique en per et postopératoire chez tous les malades. L'association Ceftriaxone-Métronidazole avec parfois les Aminosides (Gentamicine /Netilmicine) a été utilisée en cas de résection intestinale(11,7%). La voie d'abord a été inguinale(30,1%) dans tous les cas de hernies inguinales ou inguinoscrotales ou crurale étranglée. La voie médiane sous-ombilicale a été associée à celle inguinale en cas de syndrome péritonéal (3,0%). La résection intestinale (grêle) a été faite pour nécrose intestinale chez 23 (11,7%) malades présentant une hernie inguinoscrotale étranglée. Le rétablissement de la continuité digestive a été immédiat dans tous les cas. La voie périombilicale gauche a été utilisée dans tous les cas de hernies ombilicales étranglées. Elle a été prolongée en sus et sous-ombilicale chez un malade ayant présenté un syndrome péritonéal associé. La voie médiane directe a été pratiquée dans tous les cas de hernie de la ligne blanche étranglées. Pour les cas de hernies inguinales étranglées, la cure a été faite selon Bassini chez 169 personnes (85,8%) et selon Shouldice chez 02 malades (1,0%). La cure selon la technique de Mac Vay a été effectuée dans tous les cas de hernies crurales étranglées (1,5%). La raphie à l'aide des points séparés simple ou en X a été pratiquée dans tous les cas de hernie de la ligne blanche et ombilicale. Les suites opératoires ont été simples chez 164 (83,2%) malades. La morbidité a été représentée par la suppuration pariétale chez 12 (6,1%) malades, l'hématome des bourses dans 06 (3,0%) cas et un retard de la reprise du transit chez 05(2,5%) patients. La mortalité a été nulle.

Les étiologies des péritonites étaient dominées par une origine appendiculaire. En effet, on a retrouvé 82 (61,2%) cas de péritonite appendiculaire, 36 (26,9%) cas de péritonite par perforation typhique et 16 (11,9%) cas de péritonite par perforation d'ulcère gastrique. Les délais d'admission ont varié de 1 à 30 jours après le début des symptômes avec une moyenne de 14 jours. Une radiographie de l'abdomen sans préparation faite avait permis d'objectiver la présence d'un pneumopéritoine dans tous les cas en dehors des péritonites appendiculaires. La réanimation (correction des troubles hydroélectrolytiques, antibiothérapie, sonde nasogastrique et urinaire) a été systématique chez tous les malades. La voie d'abord médiane sus et/ou sous-ombilicale a été celle utilisée. L'appendicectomie a été réalisée chez 76 (56,7%)

patients alors qu'on a noté une nécrose appendiculaire chez les 07 (5,2%) autres cas de péritonite appendiculaire. La résection intestinale a été pratiquée chez 16 (11,9%) malades pour perforations multiples et nécrose intestinales d'origine typhique. Les anastomoses ont été immédiates et manuelles terminotermiales chez 12 (8,9%) malades. Les quatre (1,8%) autres malades ont bénéficié d'une résection intestinale suivie d'une iléostomie avec rétablissement secondaire de la continuité digestive. L'excision-suture ou suture simple a été faite dans tous les cas de péritonite par perforation d'ulcère gastrique (10,4%) renforcée par une épiploplastie d'une part et dans tous les cas de péritonite par perforation intestinale unique d'origine typhique (14,9%), d'autre part. Le lavage de la cavité péritonéale par du sérum physiologique a été effectué chez tous les malades. Le drainage se fait de façon systématique à l'aide d'un Redon ou d'une lame de Delbet. Une association d'antibiotiques faite de Ceftriaxone et de Métronidazole a été systématique chez tous les malades. Les complications postopératoires ont été : la suppuration pariétale dans 89 (66,4%) cas, un retard de la reprise du transit dans 63 (47,0%) cas, une septicémie dans 06 cas (4,5%), l'éviscération postopératoire dans 12 (8,9%) cas et une fistule digestive postopératoire dans 02 (1,5%) des cas. Les suites opératoires ont été aussi marquées par 06 (4,5%) décès dont 05 cas de péritonite par perforation typhique et 01 cas de péritonite appendiculaire.

L'admission des cas d'occlusion intestinale a été faite dans un délai allant de 01 à 10 jours après le début des symptômes avec une moyenne de 6 jours. Les causes observées ont été : 44 (78,6%) cas d'occlusion intestinale sur bride dont 02 (3,6%) cas d'origine primitive, 02 (3,6%) cas de tumeur pariétale du grêle, 02 (3,6%) cas de tumeur du côlon sigmoïde, 02 (3,6%) cas de syndrome d'Ogilvie et 03 (5,4%) cas de volvulus du colon pelvien. Une radiographie de l'abdomen sans préparation faite avait permis de montrer des arguments en faveur d'une occlusion intestinale dans tous les cas.

La réanimation (correction des troubles hydroélectrolytiques, antibiothérapie, sonde nasogastrique et urinaire) a été systématique chez tous les malades. La voie d'abord a été une incision médiane sus et sous-ombilicale. La résection-anastomose du grêle a été faite dans 17 (30,4%) cas d'occlusion sur bride pour nécrose intestinale et dans tous les cas de tumeur pariétale du grêle ; une colostomie définitive a été faite en cas de tumeur sigmoïdienne ; une résection sigmoïdienne et colostomie type Hartmann avec un rétablissement secondaire de la continuité digestive a sanctionné tous les cas de volvulus du côlon pelvien ; pour les patients ayant présenté le syndrome d'Ogilvie, le diagnostic a été peropératoire et le traitement a été médical.

Les suites opératoires ont été marquées par la survenue d'une suppuration pariétale dans 21 (37,5%) cas et une septicémie dans un cas (1,8%).

Quatre (7,1%) décès ont été notés dont deux cas d'occlusion sur bride, un cas de syndrome d'Ogilvie et un cas de tumeur sigmoïdienne.

L'admission des patients présentant une cholécystite a été faite dans un délai de 08 à 30 jours après le début des symptômes. Toutes nos trois patientes étaient obèses et venaient de Lomé. Elles n'avaient pas d'antécédent de drépanocytose. Une échographie abdominale avait permis de confirmer le diagnostic avec présence de calculs dans la vésicule dans les trois cas. Un traitement médical préopératoire (antibiotique, antalgiques, antispasmodiques, réhydratation) de 48 à 72 heures a été fait. La voie médiane susombilicale a été celle utilisée. La cholécystectomie a été faite par voie antérograde. Dans les 03 cas la vésicule était lithiasique. Les suites opératoires simples.

Au total, 10 cas de décès ont été observés, dûs à une défaillance multiviscérale et au sepsis.

L'hospitalisation de nos patients a varié entre 08 et 45 jours avec une moyenne de 10,3 jours.

DISCUSSIONS

Dans notre étude, environ 10 patients étaient opérés par mois. A Afagnan au Togo, Kanassoua [4] avait retrouvé en 2007 une fréquence mensuelle de 16 patients. La même étude a été réalisée par plusieurs auteurs en milieu urbain. C'est ainsi qu'à Lomé, Attipou et al [3] en 2004 ont rapporté une fréquence mensuelle de 15 malades. A Niamey en 2000, Harouna et al [5] ont signalé une fréquence mensuelle de 27,8 patients. En Allemagne en 1992, Buitrago-Tellez et al [6] ont révélé une moyenne mensuelle de 23,7 patients. A la lumière de ces résultats, il ressort que les activités dans notre hôpital sont moindres par rapport à celles de l'hôpital d'Afagnan en raison de sa situation dans la région des plateaux au Togo où sont installés une multitude de centres médico-chirurgicaux confessionnels ou publics.

La plupart de nos patients était des adultes jeunes. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de la population au Togo comme en Afrique est jeune à l'opposé des pays européens. La même constatation a été faite par plusieurs auteurs [3,4,6].

La prédominance masculine notée a été aussi signalée par Kanassoua [4] à Afagnan, Attipou et al [3] à Lomé, Harouna et al [5] au Niger.

La plupart de nos patients étaient des cultivateurs (62,2%). L'agriculture est le métier le plus pratiqué en zone rurale, ce qui explique le nombre élevé des hernies acquises dans notre série qui seraient dues à l'utilisation des instruments rudimentaires (Houes, daba, coupe-coupe....) exigeant beaucoup de force.

Cela a été corroboré par le travail de Kanassoua à Afagnan [4].

Au plan diagnostique, la symptomatologie fonctionnelle associée à la douleur des nausées et vomissements et plus rarement des troubles du transit. La douleur a été le premier motif de consultation dans notre étude. En son absence la plupart des patients ne consultent pas en milieu rural expliquant ainsi l'aggravation de leurs maladies à leur arrivée à l'hôpital. Cela a été signalé par plusieurs auteurs [3,4, 5].

Les vomissements ou les nausées qui accompagnent les douleurs abdominales peuvent être retrouvés dans toutes sortes de pathologies abdominales mais sont constants dans les occlusions intestinales. Dans notre série les vomissements et les nausées ont été observés dans 98% des cas. Kanassoua [4] a signalé dans sa série un taux de 96,9%.

Les troubles du transit (diarrhée et arrêt des matières et des gaz) ont été retrouvés dans notre étude dans 81,2%. L'arrêt du transit en particulier a été présent chez tous nos patients ayant présenté une occlusion intestinale. Mallick [7] et Agkun [8] ont rapporté dans leurs séries respectivement un taux de 26,5% et de 24,7%.

La symptomatologie générale associée souvent la fièvre et une altération de l'état général. En effet, la fièvre a été notée dans toutes les situations d'infection ou d'inflammation comme l'ont rapporté plusieurs auteurs [4,5,7].

L'altération de l'état général est souvent secondaire à l'anorexie, nausées ou vomissements, au trouble du transit et au retard de consultation. Elle était présente chez 49,3% de nos patients. Kanassoua [4] et Harouna [5] ont rapporté respectivement dans leurs séries un taux de 34,0% et 79,4%.

La prise en charge diagnostique des urgences chirurgicales digestives non traumatiques dans notre centre hospitalier rencontre quelques problèmes : le retard de consultation, le problème de manque d'outils modernes de diagnostic et de personnel qualifié en ce domaine. Ainsi, le retard de consultation dû à l'ignorance, à l'automédication ou à la pauvreté de la population, provoque souvent une complication des affections posant un problème diagnostique avec une issue incertaine malgré le traitement comme rapporté par ces auteurs [4,5]. Certaines pathologies exigent pour leur diagnostic des examens morphologiques tels que l'échographie spécialisée, l'endoscopie ou le scanner nous obligeant parfois à les référer ou à les envoyer pour les réaliser dans d'autres structures sanitaires plus équipées dans le pays.

Dans notre série les appendicites aiguës (36,2%) ont constitué la première cause des urgences chirurgicales digestives suivies des hernies étranglées (32,1%) et des péritonites (21,9%). Cependant, cela va à l'encontre de celui de Kanassoua [4] à Afagnan qui a

retrouvé dans son étude une prédominance des hernies étranglées. Notre résultat correspond à celui d'un hôpital urbain comme en témoigne les travaux de plusieurs auteurs entre autres Attipou et al [3] à Lomé (36,3%), Koumare et al [9] à Bamako (31,8%), Ohene-Yeboah [10] à Kumassi (22,4%), Buitrago-Tellez et al [6] en Allemagne (29,2%) qui ont révélé une prédominance des appendicites.

La prise en charge des urgences chirurgicales digestives non traumatiques est médicochirurgicale. La réanimation pré, per et postopératoire occupe une place prépondérante dans ce traitement. Tous les troubles hydroélectrolytiques doivent être corrigés en préopératoire, 4 à 6 heures avant l'acte opératoire [8, 14, 15, 16,17] ; une antibiothérapie probabiliste sera réadaptée en postopératoire.

Différents types de pathologies ont été observées au cours de notre étude. Le traitement chirurgical varie selon la pathologie. Le traitement chirurgical peut se faire soit par voie traditionnelle soit par voie coelioscopique. Cependant, nous n'avons pas utilisé la voie laparoscopique parce que nous ne disposons pas dans notre hôpital d'équipement et de personnel qualifié pour la coeliochirurgie. C'est ainsi que plusieurs voies d'abord traditionnelles ont été utilisées dans notre série. Le choix de la voie d'abord a été dicté par le diagnostic clinique de présomption.

Les appendicites ont été la pathologie la plus fréquemment rencontrée dans notre étude. L'incision de Mac Burney a été la voie traditionnelle pratiquée en cas d'appendicite. L'enfouissement a été fait dans notre série dans 86,4% des cas. Zoguéréh et al [18] ont rapporté dans leur série un taux d'enfouissement de 8,7% contrairement à Kanassoua [4] qui n'a révélé aucun cas. Nous pratiquons beaucoup plus l'appendicectomie avec enfouissement dans notre hôpital car nous avons de bons résultats avec cette méthode bien qu'aucune étude n'ait montré sa supériorité par rapport à l'appendicectomie sans enfouissement.

Une incision médiane était utilisée en cas de péritonite ou d'occlusion.

L'incision inguinale permet la herniorraphie. Elle est associée à la voie médiane en cas de résection d'anses intestinales nécrosées ou lorsqu'il y a présence d'un syndrome péritonéal. La cure herniaire a été faite selon la technique de Bassini dans 85,8% des cas. Kanassoua [4] et Harouna et al [19] l'ont fait respectivement dans 72,9% et 83,3% des cas. La technique de Schouldice a été utilisée dans 1,0% des cas dans notre série. La cure selon Mac Vay a été effectuée dans tous les cas de hernies crurales étranglées (1,5%) contrairement à Kanassoua [4] qui l'a utilisée dans 17,4% des cas. Nous utilisons plus la technique de Bassini car non seulement elle est la mieux maîtrisée par tous les chirurgiens de notre hôpital mais également lorsqu'elle est bien faite elle

donne de bons résultats avec peu de récurrences. La technique de Mac Vay a été réservée dans notre pratique à la cure des hernies crurales. Nous n'utilisons pas de prothèses en urgences à cause du risque infectieux.

Le traitement des péritonites a été marqué par des gestes chirurgicaux variant selon la cause et les lésions péropératoires. L'excision-suture simple a été non seulement faite dans tous les cas de péritonite par perforation d'ulcère gastrique à l'instar de Ravaloson et al [20] mais également dans 14,9% des péritonites lorsque celle-ci est unique comme préconisé par certains auteurs [21, 22, 23]. La résection intestinale a été pratiquée chez 16 (11,9%) malades pour perforations multiples d'origine typhique. Les anastomoses ont été immédiates et manuelles terminotermiales chez 12 (8,9%) malades à cause des difficultés d'entretien des stomies en Afrique [22]. Cependant, les quatre (1,8%) autres malades ont bénéficié d'une iléostomie avec rétablissement secondaire de la continuité digestive à cause du caractère très septique de l'abdomen. Cette même attitude a été adoptée par des auteurs dans la littérature [14, 15, 16, 17, 21, 22]. Le lavage de la cavité péritonéale suivie du drainage des gouttières pariétocoliques et/ du cul-de-sac de Douglas a été systématique chez tous les patients. Le drainage n'a pas été effectué par certains auteurs qui ne le jugent pas toujours indispensable [23,24].

Les occlusions mécaniques ont prédominé parmi les cas d'occlusion intestinale aiguë avec un taux de 93,6% dans notre série. Les occlusions fonctionnelles ont été représentées par les deux cas de syndrome d'Ogilvie dont le diagnostic a été fait en péropératoire et le traitement a été médical. Pendant qu'en Afrique, la strangulation constitue la première cause d'occlusion mécanique avec des taux variant entre 82 et 93,5 % [5, 25, 26], en Occident c'est l'obstruction tumorale qui en est la principale cause représentant une fréquence 71 à 77 % des occlusions [5, 27, 28, 29]. Mais les occlusions d'origine tumorale est relativement rare dans notre pratique quotidienne comme en témoignent ces séries africaines [5, 30]. Les causes les plus fréquentes sont le volvulus du côlon pelvien et la hernie étranglée en Afrique alors que prédominent les occlusions sur bride ou par obstruction tumorale en Occident [5, 26,30]. Dans notre série, il y a eu une prédominance des occlusions sur bride (78,6%). Dans les occlusions mécaniques, la prise en charge et le pronostic dépendent de l'existence ou non d'une nécrose intestinale donc du délai de consultation qui a varié dans notre série de 01 à 10 jours. Cette nécrose entraîne des répercussions sur l'état général avec risque d'augmentation de la morbimortalité. Le taux de nécrose intestinale était de 38,6% avoisinant ceux de Harouna et al [30] et Ayité et al [31] qui étaient respectivement de 37% et 31%.

Les cholécystites (0,5%) ont été rarement rencontrées dans notre pratique. Les trois cholécystectomies étaient toutes lithiasiques. La voie d'abord a été médiane sus-ombilicale comme décrite par Mourot et al [32].

Les suites opératoires ont été simples chez 394 patients (64,3%).

La morbidité dans notre série a été dominée par la suppuration pariétale chez 23,0% des patients. Dans la littérature la suppuration pariétale a été la première complication postopératoire décrite dans la prise en charge chirurgicale des urgences digestives. Nous en voulons pour preuve les travaux Kanassoua [4], d'Attipou et al [3] à Lomé, Assouto et al [33] à Cotonou et Ravaloson et al [20] à Madagascar qui ont respectivement rapporté dans leurs séries un taux de suppuration pariétale de 39,23%, 27,6% et 12,3%. Les complications postopératoires en particulier la suppuration pariétale sont beaucoup plus fréquentes dans les pays sous-développés surtout en Afrique en raison d'abord des conditions défectueuses d'hygiène hospitalière, d'asepsie et ensuite de certaines pathologies infectieuses (péritonites) très pourvoyeuses d'infection pariétale. Ces infections pariétales sont souvent responsables des lâchages des fils de suture entraînant des éviscérations comme observés chez certains de nos patients présentant une péritonite (8,9%). La déperitonisation en péropératoire lors des adhésiolyses des anses intestinales provoque des fistules digestives postopératoires, les formations des adhérences et des brides en postopératoire.

Les retards de la reprise du transit sont souvent secondaires aux phénomènes inflammatoires ou à un obstacle. Dans notre série nous l'avons observé chez 11,1% de nos patients et cela était d'origine inflammatoire puisse que le transit avait repris au cours de la surveillance.

Les hématomes des bourses présentées par 06 de nos patients ayant subi une cure herniaire était secondaire à une insuffisance d'hémostase et ils s'étaient résorbés en moyenne en 15 jours.

La plupart de ces complications peuvent être minimisées grâce à la coelioscopie qui commence par être pratiquée dans notre pays. Pour preuve la comparaison d'une importante série d'appendicectomies laparoscopiques avec un cumul de série d'appendicectomies traditionnelles toutes françaises qui est en faveur de l'abord coelioscopique, avec une diminution de dix fois des complications pariétales, de trois fois des occlusions postopératoires et, surtout, une diminution du taux de mortalité très significative [34]. Golub et al en France avaient conclu au terme d'une étude randomisée à la supériorité de l'abord laparoscopique en termes de douleurs postopératoires, de durée d'hospitalisation, de taux d'infections pariétales, avec une incidence plus

marquée des abcès profonds [35].

La mortalité dans notre étude était de 1,6%. Elle était due au sepsis et à la défaillance multiviscérale compliquant les péritonites et les occlusions, secondaires au retard de consultation. Attipou et al [3] à Lomé, Harouna et al [19] au Niger, et Assouto et al [33] à Cotonou qui ont respectivement révélé un taux de 2,4%, 14,8%, et 13,3%.

L'hospitalisation de nos patients a été en moyenne de 10,3 jours avec des extrêmes de 08 et 45 jours. Kanassoua [4] a rapporté une durée moyenne d'hospitalisation respective de 11,3 jours dans sa série. Le prolongement de l'hospitalisation chez certains a été dû aux complications postopératoires.

CONCLUSION

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques sont fréquentes car elles représentent une part importante des activités des services des urgences chirurgicales. Leur prise en charge en milieu rural dans les pays du tiers monde est souvent confrontée à des problèmes de manques de moyens diagnostiques, thérapeutiques et à la pauvreté de la population livrée à elle-même sans couverture sociale. Leur prise en charge constitue un défi pour le chirurgien et le réanimateur en raison de la morbidité et de la mortalité postopératoires élevées. Cette morbidité peut être prévenue ou diminuée par un diagnostic précoce et précis, une réanimation efficace, une technique opératoire adéquate et bonne aseptie.

RÉFÉRENCES

- 1- Mark H., Eric G. Acute abdominal pain. Med chir N Am 2006; 90:481-503.
- 2- DIENG M, CISSE M, EL MAKHTOUM O, KONATE I, KA O, TOURE AO, NGOM G, DIA A, TOURE CT. Bilan d'activités du service des urgences de chirurgie générale adulte et de chirurgie pédiatrique de l'hôpital Aristide Le Dantec sur une période de cinq ans. 5ème congrès mondial francophone de chirurgie, Bamako, 2-4 Décembre 2010.
- 3- ATTIPOU K., DOSSEH D., KANASSOUA K. Urgences chirurgicales abdominales non traumatiques de l'adulte au CHU-Tokoin. J. Recherche. Sci. Univ. Lomé, 2005 ; 7(2) :43-48.
- 4- KANASSOUA K. Prise en charge des urgences abdominales non traumatiques de l'adulte à l'hôpital d'Afagnan. Mémoire, Université de Lomé (Togo), 2008, 48p.
- 5- HAROUNA Y., ALI L., SEIBOU A., ABDOU I., GAMATIE Y., RAKOTOMALALA J., HABIBOU A., BAZIRA. Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital de Niamey. Médecine d'Afrique Noire, 2001 ; 48 (2) :49-54.
- 6- BRUITRAGO-TELLEZ C., BOOS S., HEINEMANN F., WENZ W. Non traumatic acute abdomen in the adult. Eur. Radiol. Springer-Verlag, 1992; 2:174-179.
- 7- MALLICK S. 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.
- 8- AGKUN Y., BAC B., BOYLU S., ABAN N., TACYILDIZ I. Typhoid enteric perforation. B. J. Surg, 1995; 82: 1512-1515.
- 9- KOUMARE AK, TRAORE I, ONGOIBA N, TRAORE AKD, SIMPARAD, DIALLO A. Les appendicites à Bamako (Mali). Méd Afr Noire, 1993; 40: 259-262.
- 10- OHENE-YEBOAH M. Acute surgical admissions for abdominal pain in adults in Kumassi (Ghana). ANZ Journal of Surgery, 2006; 76: 898-903.
- 11- YAO J.G., MASSO-MISSE P., IBILE A., MALONGA E. Perforations typhiques : expérience en milieu chirurgical camerounais. A propos de 49 cas. Méd. Trop, 1994, 54 : 242-246.
- 12- NGUYEN VAN SA CH. Perforations typhiques en milieu tropical : à propos de 83 observations. J. Chir (Paris), 1994 ; 131 (2) 90-95.
- 13- BELLING A., FROHLICH D., SCHILDBERG F.W. Prediction of outcome using the Mannheim peritonitis index in 2003 patients. Peritonitis study group. British journal of surgery (England) 1994, 81(2): 209-13.
- 14- BOUZIDI A., EL FARES F., ZEROUALI N. Place de l'iléostomie dans les péritonites typhiques. J. Chir. (Paris), 1984; 121 (5): 359-363.

- 15- SOW M.L., FALL B., LAU ROY J., KANE A., DIA A., OUEDRAOGO Th., DIOP A. La résection-suture extériorisée du grêle dans le traitement des perforations iléales d'origine typhique. Lyon chir. 1990; 86 (1) : 52-55.
- 16- SPAY G., EJAZY M.M., RAHIMI N. A propos de 31 cas de perforations typhiques : place de la résection iléostomie temporaire. J. Chir. (Paris), 1973; 106 (4) : 341-352.
- 17- DUMURGIER C., FALANDRY L., JANCOVICI R., ABDALLAH M.I.
Place de l'iléostomie terminale temporaire dans le traitement des
péritonites généralisées par perforation iléale. Lyon Chir., 1989; 85 (1) : 17-21.
- 18- ZOGUERH D., XAVIER L., IKOLI J.F., CHAMLIAN A. Les appendicites aiguës au CHU de Bangui, Centrafrique : aspects épidémiologiques, clinique, paraclinique et thérapeutiques. Cahiers d'études et de recherches francophones/santé, 2001 ; 11,2:177-125.
- 19- HAROUNA Y., YAYA H. ABDOU I., BAZIRA L. Pronostic de la hernie étranglée de l'adulte : influence de la nécrose intestinale. J. Chir 2000; 110:743-752.
- 20- RAVELOSON J.R., AHMAD A., MOREL E., RANDRIANARISA O.D. Prise en charge des perforations gastroduodénales. J. Med. Ther 2000; 2:174-179.
- 21- HAROUNA Y., ABDOU I., SAIDOU B., BAZIRA L. Les péritonites en milieu tropical. Médecine d'Afrique Noire 2001; 48 (3):49-54.
- 22- TRAORE A., DIAKITE I., TOGO A., DEMBELE BT., KANTE L., COULIBALI Y., KEIA M., DIANGO D.M., DIALLO A., DIALLO G. Digestives stoma in the service of surgery General of CHU Gabriel Touré. Mali Medical 2010; 25:53-56.
- 23- DIENG M., NDIAYE A., KA O., KONATE I., DIA A., TOURE CT. Aspects étiologiques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées d'origines digestives ; une série de 207 cas opérés en cinq ans. Mali Médical 2006; 21(4) :47-51.
- 24- MUTTER D., PANIS Y., ESCAT J. Le drainage en chirurgie digestive. J Chir 1999; 136: 117-123
- 25 - LEVY E. Grands principes de la réanimation des occlusions intestinales aiguës. Rev. Prat. 1969, 19 : 4719-4729.
- 26- BOISSEL P. Occlusion intestinale du grêle. Rev. Prat. 1991, 41 (22) : 2222-2226.
- 27 - VOVOR VM, IOP AOUDOU LANI H. et al. Les occlusions intestinales mécaniques (à propos de 443 observations). Dakar Med. 1971, 16 (41): 635-643.
- 28- KURUVILLA CL, CHALLANI CR, RAJAGOPAL AK et al. Major causes of intestinal obstructions in Lybia. Br. J. Surg, 1987; 74: 314-315.
- 29- LIU LY, LIN HH, WU CS, JAN YY, WANG CS, TANG RP, WANG KL
Etiology of intestinal obstruction - 4 years' experience (article in chinese).
Chang Keng 1 Hsueh 1990, 13 (3): 161-6.
- 30- HAROUNA Y., YAYA H., ABARCHI H., RAKOTOMALALA J., GAZI M., SEIBOU A. Les occlusions intestinales : principales causes et morbi-mortalité à l'hôpital National de Niamey, Niger. Etude prospective à propos de 124 cas. Médecine d'Afrique Noire 2000; 47, (4) : 204-7.
- 31- AYITE AE., KPOSSOU A., ETEY KT, JAMES K., HOMAWO K. Volvulus de l'intestin grêle : revue à propos de 55 cas opérés au CHU-Lomé. Médecine d'Afrique Noire 1994, 41 : 48-55.
- 32- MOUROT J., PEREZ M. Cholécystectomie traditionnelle pour lithiase vésiculaire. EMC, 1993.
- 33- ASSOUTO P., TCHAOU B., KANGNI N., PADONOU JL, LOKOSSOU T., DJICONKPODE I., AGUEMON A. Evolution postopératoire précoce en chirurgie digestive en milieu tropicale. Med Trop 2009; 69 : 477-479
- 34- ESTOUR E. Bénéfice de la coelioscopie préalable dans le traitement de syndromes appendiculaires. Analyse des résultats de quelques grandes séries historiques J coelio chir 1996; 20: 72-77
- 35- GOLUB R., SIDDIKI F., POHL D. Laparoscic versus open appendectomy : a metaanalyse J am coll surg 1998; 186: 545-552