

Prise en charge des urgences chirurgicales abdominales au Centre Hospitalier Régional de Dapaong (Togo)

Management of abdominal surgical emergencies in Dapaong Regional Hospital (Togo)

Kassegne I¹, Sewa EV², Alassani F³, Kanassoua KK³, Adabra K³, Tchangai B³, Azialey KG¹, Amavi AK³, Attipou K³.

¹-Service de chirurgie générale du CHU de Kara BP : 18 Kara-Togo

²- Service de chirurgie générale du centre hospitalier régional de Dapaong-Togo

³- Service de chirurgie viscérale du CHU Sylvanus Olympio de Lomé BP : 57 Lomé-Togo

Auteur correspondant : Kassegne Iroukora, Email : iroukorakassegne@yahoo.fr / kassegneiroukora@gmail.com

Résumé

Objectif : évaluer la prise en charge des urgences chirurgicales abdominales dans un centre hospitalier régional du Togo.

Patients et méthodes : il s'agissait d'une étude rétrospective menée dans le service de chirurgie générale du centre hospitalier régional de Dapaong (Togo), sur une période de 24 mois. Elle a porté sur des dossiers de patients pris en charge pour une urgence chirurgicale abdominale.

Résultats : Trois cent trois patients ont été pris en charge. Leur âge moyen était de 24 ans et leur sex-ratio de 4. Les urgences chirurgicales abdominales étaient dominées par les péritonites aiguës généralisées (48,1%) et les occlusions intestinales (34,8%). La radiographie de l'abdomen sans préparation a été le seul examen d'imagerie réalisé à certains patients. Deux cent cinquante-quatre patients (83,8%) ont été opérés. Des complications postopératoires sont survenues dans 71 cas (28%). Elles étaient dominées par les suppurations pariétales (20,9%). Le taux de mortalité était de 21,8%.

Conclusion : Les urgences chirurgicales abdominales au centre hospitalier régional de Dapaong sont dominées par les péritonites aiguës généralisées. Leur prise en charge est confrontée à une insuffisance du plateau technique d'imagerie. Les complications postopératoires sont dominées par les suppurations pariétales.

Mots clés : urgences chirurgicales, abdomen, traitement, Togo.

Summary

Objective: to evaluate the management of abdominal surgical emergencies in a regional hospital of Togo.

Material and method: It's a retrospective study of the medical files of all patients managed for abdominal surgical emergency in Dapaong regional hospital (Togo) over a period of 24 months.

Results: Three hundred three files were selected. The mean age of patients was 24 years. The sex-ratio was 4. The main abdominal surgical emergencies were acute generalized peritonitis (48.1%) and intestinal obstructions (34.8%). The plain abdominal radiograph was the only imaging examination performed for some patients. Two hundred fifty-four patients (83.8%) underwent surgery. The postoperative course was complicated in 71 cases (28%). The main postoperative complications were parietal suppurations (20.9%). The death rate was 11.8%.

Conclusion: Abdominal surgical emergencies in Dapaong regional hospital are dominated by acute generalized peritonitis and acute intestinal obstruction. Their management is facing a lack of technical equipment of radiology. Postoperative complications were dominated by parietal suppurations.

Key words: surgical emergencies, abdomen, management, Togo

Introduction

Les urgences chirurgicales abdominales constituent un pôle d'activité non négligeable d'un service de chirurgie digestive des pays en voie de développement [1]. Dans les pays développés, une urgence abdominale chirurgicale est prise en charge de façon prompte et adéquate, permettant ainsi un meilleur pronostic aux patients. Les pays en voie de développement souffrent de l'inexistence de mécanismes permettant une prise en charge judicieuse de patients, admis le plus souvent dans un état clinique précaire [2, 3]. Tout ceci contribue à alourdir la morbidité de ces urgences, comprise entre 15 et 33% [1,3-6].

L'objectif de ce travail a été d'évaluer la prise en charge des urgences abdominales chirurgicales dans un centre hospitalier régional du Togo.

Patients et méthodes

Il s'est agi d'une étude rétrospective sur une période de 24 mois (du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2010) dans le service de chirurgie générale du centre hospitalier régional de Dapaong (CHRD), ville septentrionale du Togo. Elle a porté sur les dossiers de patients sans distinction d'âge et de sexe, admis et traités pour une urgence chirurgicale abdominale. Tous ces patients ont bénéficié d'un traitement médico-chirurgical. Trois cent trois (303) patients ont

été pris en charge pour une urgence chirurgicale abdominale. Ils représentaient 43,8% des admissions dans le service pour des douleurs abdominales. Leur âge moyen était de 24 ans et le sex-ratio de 4. Un bilan préopératoire constitué du groupage-rhésus, du dosage de la créatininémie, de l'urémie et du taux d'hématocrite a été réalisé à tous les patients en urgence. Une radiographie d'abdomen sans préparation de face systématique a été réalisée à tous les patients présentant un tableau de péritonite aiguë généralisée, de traumatisme abdominal ou d'occlusion intestinale, en dehors des hernies et éventrations étranglées.

Certains examens paracliniques de laboratoire et d'imagerie tels que l'ionogramme sanguin, les cultures bactériologiques, la tomодensitométrie et l'échographie étaient indisponibles au cours de la période d'étude. Le CHRD ne disposait pas de médecin anesthésiste-réanimateur. La réanimation et l'anesthésie étaient assurées par des infirmiers anesthésiste-réanimateurs.

Résultats

Le délai moyen entre le début des symptômes et la consultation chirurgicale a été de 4 jours (min : 30 min ; max : 7 jours). Les différentes étiologies des urgences chirurgicales abdominales ont été consignées dans le **tableau I**.

Tableau I : Répartition selon les urgences abdominales

	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Péritonites aiguës généralisées	111	36,6
<i>Péritonite par perforation iléale d'origine typhique (81),</i>		
<i>Péritonite par perforation gastrique (14) appendiculaire (8), primitive (8)</i>		
Occlusions intestinales aiguës	105	34,8
<i>Hernies inguino-scrotales (60), ombilicales (7), crurales (1) étranglées</i>		
<i>Occlusions intestinales sur brides (9), Volvulus du côlon (4), du grêle (2)</i>		
<i>Invagination intestinale aiguë (4), Occlusions intestinales néo-natales (4)</i>		
<i>Tumeurs coliques (3), Eventrations étranglées (2), Autres*(9)</i>		
Appendicites aiguës	26	8,6
<i>Abcès (10), plastrons (10) appendiculaires, appendicites aiguës non compliquées (6)</i>		
Contusions et plaies abdominales	25	8,2
<i>Fracture (6), contusion (3) spléniques, Eviscération du grêle (5), épiplocèle (3)</i>		
<i>Perforation du grêle (2), rupture du mésentère (1), Autres*(5)</i>		
Cholécystites aiguës lithiasiques	1	0,3
Autres*	35	11,5
Total	303	100

*Autres** : patients décédés avant l'intervention chirurgicale

Une radiographie de l'abdomen sans préparation a été réalisée à 157 patients ayant présenté une péritonite aiguë généralisée (111cas), un traumatisme abdominal (20 cas) ou une occlusion intestinale exceptées les hernies et les éventrations étranglées (26 cas). Aucune tomодensitométrie ni échographie abdominale n'ont été réalisées.

Tous les patients opérés avaient bénéficié d'une réanimation préopératoire, qui a été poursuivie en périodes per et postopératoire. La durée de la réanimation préopératoire dépendait de l'état général du patient et de la promptitude des accompagnants de celui-ci à honorer l'achat des médicaments pour la

réanimation et du matériel opératoire. Une antibiothérapie probabiliste systématique péri opératoire par voie parentérale avait été associée à la réanimation.

Deux cent cinquante-quatre patients (83,8%) sur les 303 admis pour une urgence chirurgicale abdominale ont été opérés. Quarante-neuf patients (16,2%) étaient décédés avant la prise en charge chirurgicale. Le délai moyen entre l'admission et la prise en charge chirurgicale des patients a été de 48 heures (min : 30 min ; max : 5 jours). Les indications opératoires ont été consignées dans le **tableau II**.

Tableau II. Répartition des actes chirurgicaux pratiqués

	<i>Gestes (n)</i>
<i>Péritonites aiguës généralisées (111)</i>	<i>Lavage-drainage de l'abdomen (111), excision-suture iléale (38), résection-anastomose iléale (25), gastrique (14), appendicectomie (8), iléostomie (18), aucun geste (8)</i>
<i>Occlusions intestinales (96)</i>	<i>Résection-anastomose intestinale (59), Cure herniaire selon Bassini (60) Mac Vay (1), section de brides (9), suture aponévrotique par points séparés (9), colostomie (7), aucun geste sur l'intestin (30)</i>
<i>Appendicites aiguës (26)</i>	<i>Appendicectomie (26), Lavage-drainage de la fosse iliaque droite (20)</i>
<i>Contusions et plaies de l'abdomen (20)</i>	<i>Lavage-drainage de l'abdomen (20), réintégration de l'anse éviscérée (5), Splénectomie totale (4), résection épiploïque (3), aucun geste sur la rate (3), splénectomie (2), résection-anastomose du grêle (3)</i>
<i>Cholécystite aiguë (1)</i>	<i>Cholécystectomie (1)</i>

Les suites opératoires ont été compliquées chez 71 patients (28%). Les différentes complications post opératoires retrouvées ont été les suppurations pariétales (20,9%), les éviscérations (3,9%), les fistules iléales (2%) et les péritonites postopératoires (1,2%). Les suppurations pariétales ont toutes bien évolué avec des soins locaux et une antibiothérapie probabiliste. Tous les patients présentant une éviscération avaient été réopérés. Les fistules iléales se sont tariées spontanément chez tous les patients avec des soins locaux. La durée moyenne d'hospitalisation des patients a été de 25 jours. Le taux de mortalité globale était de 21,8 % (66 cas). Les décès étaient survenus en période pré opératoire (49 cas) per opératoire (3 cas), ou en post opératoire (14 cas). Les causes probables des décès ont été un choc septique (14,9%), un choc hypovolémique (5,6%) et une dénutrition sévère (1,3%).

Discussion

Le CHRDR assure seul la prise en charge des urgences chirurgicales abdominales dans la région des savanes. Cette dernière est la région la plus septentrionale du Togo. Elle abrite une population essentiellement rurale de 828 224 habitants. Dans notre étude, les péritonites aiguës généralisées, les occlusions intestinales et les appendicites aiguës constituaient les trois premières étiologies des urgences chirurgicales abdominales. D'autres auteurs ouest-africains avaient retrouvé les mêmes résultats [1,5-7]. En l'absence d'examen paracliniques d'évaluation des désordres immuno-électrolytiques, les compensations des pertes hydroélectrolytiques ont été faites à l'aveugle. La bonne conduite et l'efficacité de la réanimation des patients dépendaient aussi de la promptitude des familles des patients à honorer les ordonnances médicales, et de la disponibilité des produits pharmaceutiques à la pharmacie de l'hôpital. L'antibiothérapie est toujours restée probabiliste, du fait de l'indisponibilité d'examen de bactériologie. La nutrition parentérale n'a pas fait partie de notre arsenal thérapeutique faute de disponibilité. Elle aurait permis de compenser les besoins énergétiques ou de corriger la malnutrition chez certains patients pendant la période périopératoire. Ce qui aurait favorisé une meilleure cicatrisation des sutures tissulaires et réduit significativement la morbidité postopératoire [8]. Tous ces facteurs ont souvent conduit à des interventions chirurgicales

sur des patients à l'état clinique précaire et insuffisamment réanimés. Au cours des péritonites par perforation du grêle d'origine typhique, le geste opératoire dépendait de l'état général du patient, de l'ancienneté de la péritonite, du nombre et de la localisation des perforations ou encore l'état de la paroi intestinale [9]. Ainsi, en cas de perforation unique sur une paroi digestive saine et sans péritonite avancée, une excision-suture a été réalisée. Une résection anastomose de la zone intestinale digestive était réalisée en cas de perforations multiples. En revanche, en cas de péritonite sévère chez un patient en mauvais état général, la dérivation intestinale s'imposait. Car en l'absence de dérivation, les ulcérations (de la muqueuse et de la sous-muqueuse avoisinante quasi constantes) contaminées par les selles ne pourront guérir, aboutissant inéluctablement à une perforation et une fistule digestive [9,10]. Au cours des occlusions intestinales, en cas de nécrose intestinale, une résection-anastomose intestinale s'imposait. Une dérivation intestinale (stomie) était réalisée en cas de péritonite sévère chez un patient en mauvais état général, et l'absence de nécrose intestinale, une simple réintégration intestinale dans l'abdomen était pratiquée.

Les complications post opératoires ont été dominées par les suppurations pariétales. Ces dernières constituent la principale complication post opératoire retrouvée dans plusieurs études de la sous-région [6,7]. Leur survenue s'explique probablement par l'état précaire des patients à l'admission, une réanimation insuffisante, une antibiothérapie inadaptée et un retard de prise en charge chirurgicale.

Conclusion

Les urgences chirurgicales abdominales prises en charge dans le service de chirurgie générale du CHRDR sont dominées par les péritonites aiguës généralisées et les occlusions intestinales aiguës. Elles sont marquées par un retard de consultation et de prise en charge. La prise en charge des patients le plus souvent à l'état clinique précaire, est confrontée à une insuffisance voire une indisponibilité de données biologiques (d'évaluation des désordres immuno-électrolytiques) et d'imagerie et à une absence de médecin anesthésiste réanimateur. Tout ceci a contribué à alourdir la morbidité de ces urgences.

Références

1. **Harouna Y, Ali L, Seibou A, et al.** Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger) : Etude analytique et pronostique. *Med Afr Noire.* 2001 ; 48 :49-54.
2. **Andreu JM.** Urgences chirurgicales en milieu africain (l'urgence tropicale existe-t-elle ? *Med Trop.* 2002 62 : 242-43.
3. **KaSall B, Kane O, Diouf E, Beye MD.** Les urgences dans un centre hospitalier et universitaire en milieu tropical: le point de vue de l'anesthésiste réanimateur. *Med Trop.* 2002 ; 62 :247- 50.
4. **Mabiala-babela JR, Pandzou N, Koutaba E, et al.** Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales de l'enfant au CHU de Brazzaville (Congo). *Med Trop.* 2006 ; 66 :172-6.
5. **Attipou K, Kanassoua K, Dosseh D.** Urgences chirurgicales abdominales non traumatiques de l'adulte au CHU Tokoin de Lomé (bilan de 5 années). *J Rech Sci Univ Lomé.* 2005 ; 7 :43-8.
6. **Songne B, Kanassoua KK, Dosseh EDJ, Ayité A.** Urgences chirurgicales abdominales non traumatiques de l'adulte opérées à l'hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan. *J Afr Chir Digest* 2008 ; 8 :764-70.
7. **Kassegne I, Dosseh DE, Sewa EV, et al.** Evolution postopératoire des laparotomies dans le service de chirurgie générale du centre hospitalier préfectoral D'Aného (Togo). *J Afr Chir Digest* 2012 ; 12 :1313-8.
8. **Kouamé BD, Ouattara O, Dick RK, Roux C.** Résultats du traitement des perforations typhiques de l'enfant à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Med Afr Noire.* 2000 ; 47 :508-11
9. **Mallick S, Klein JF.** 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 :491-4.
10. **Ayite A, Dosseh DE, Katakao G, et al.** Traitement chirurgical des perforations non traumatiques uniques de l'intestin grêle : excision-suture ou résection-anastomose. *Ann chir* 2006 ; 131 :91-5.