

LES PERITONITES AIGÜES GENERALISEES EN MILIEU RURAL AU BURKINA FASO : A PROPOS DE 221 CAS

OUANGRE E¹, ZIDA M¹, BONKOUNGOU P G¹, SANOU A¹, TRAORE S S¹.

RESUME

But. Etudier les péritonites aigües en milieu rural au Burkina Faso.

Matériel et méthode : Etude transversale descriptive sur trois ans allant du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2009 des patients opérés pour péritonite aigüe généralisée dont le diagnostic a été confirmé en per opératoire au centre hospitalier régional de Dédougou.

Résultats : En trois ans, 221 cas péritonites aigües généralisées ont été opérées. Ces péritonites ont représenté 31,2% des urgences abdominales. L'âge moyen de nos patients était de 24,34 ans avec des extrêmes de 1 an et de 79 ans. L'étiologie typhique venait en tête avec 42,5% suivie de l'étiologie appendiculaire 33% et la perforation d'ulcère gastro-duodénale avec 6,8%. Les péritonites primitives représentaient seulement 3,2%. On a noté 40,2% de complications dont la suppuration pariétale constituait 56,2%. La mortalité globale était de 19%.

Mots-clés : Péritonite, chirurgie, étiologie, zone rurale, Burkina Faso

INTRODUCTION

En occident, la pathologie chirurgicale est dominée par les causes tumorales et en Afrique par les causes infectieuses [1]. Les appendicites aigües, les hernies étranglées, les péritonites aigües généralisées et les occlusions intestinales constituent les urgences abdominales chirurgicales les plus fréquentes [2, 3, 4, 5]. La péritonite aigüe généralisée est une affection grave dont le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et du traitement. Ce traitement peut être réalisé par voie laparoscopique pour certaines étiologies [6] bien que la laparotomie reste le seul abord possible en milieu rural au Burkina. La mortalité liée aux péritonites reste toujours élevée et elle varie entre 9,1% et 21% selon différents auteurs africains

1 Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (Burkina Faso)

Auteur correspondant : Dr Edgar OUANGRE 09 BP 291 Ouagadougou 09, Tel : (00226)70 70 66 03, E-mail : ouangredgar@yahoo.fr

ABSTRACT

PERITONITIS IN RURAL AREA IN BURKINA FASO: ABOUT 221 CASES

Aim. Study severe peritonitis in Burkina Faso rural area in order to make better their pronostic.

Patients and methodology: A three-year, cross-cutting descriptive study starting from January 1, to December 31, 2009 on patients who have undergone surgery for systemic acute peritonitis whose diagnosis was confirmed intra operatively.

Outcome: In three years, 221 cases of systemic acute peritonitis have gone under surgery. This figure accounted for 31.2% of abdominal emergency. In average, our patients were 24.34 year old ranging from 1 to 79 years. The typhoid etiology ranked first accounting for 42.5% followed by appendicular etiology 33% and gastroduodenal perforating ulcer representing 6.8%. Basic peritonitis represented only 3.2%. The rate of complications was 40.2% with, on top position, parietal suppurations representing 56.2% of the complications. The overall mortality was estimated at 19%.

Keywords: peritonitis, surgery, etiology, rural area, Burkina Faso

[3-7-8]. Ce taux de mortalité au Burkina Faso a été rapporté par Da [9] et Tiemtoré [10] à respectivement 16,3% et 16,8%. Ainsi, les péritonites voient leur incidence faible dans les pays développés du fait de la maîtrise des étiologies infectieuses. Dans les pays en voie de développement, cette fréquence reste toujours élevée. En plus il existe une disparité étiologique entre les pays développés et les pays en voie de développement.

Beaucoup d'études et de publications ont été réalisées sur les particularités étiologiques des péritonites [1-9-10-11]. Cependant les étiologies, les modalités thérapeutiques et la morbi-mortalité varient d'un pays à l'autre mais aussi d'une région à l'autre dans le même pays. Le but de notre étude était de faire le point de ces différents aspects dans une région rurale du Burkina Faso afin d'améliorer leur pronostic.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive portant sur les dossiers des malades opérés pour péritonite aigüe généralisée au centre hospitalier régional

de Dédougou au Burkina Faso du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2009 soit une période de trois ans. La population d'étude était constituée par la totalité des patients opérés dans le service de chirurgie dont le diagnostic de péritonite aiguë généralisée a été confirmé en per opératoire du fait de l'insuffisance d'explorations para cliniques. Les aspects épidémiologiques, étiologiques, thérapeutiques et pronostiques ont été étudiés.

RÉSULTATS

Pendant les trois ans, 3246 patients ont été reçus dans le service de chirurgie dont 1514 ont bénéficié d'une intervention chirurgicale ou d'un geste chirurgical au bloc opératoire. Les urgences ont représenté 57,99% des actes chirurgicaux. Les péritonites aiguës généralisées étaient au nombre de 221 soit 14,66% des actes chirurgicaux; 25,2% des urgences chirurgicales et 31,40% des urgences abdominales. La moyenne annuelle était de 73,66 cas de péritonites aiguës généralisées.

L'âge moyen de nos patients était de 24,34 ans avec des extrêmes de 1 an et de 79 ans. Nous avons noté 139 hommes (62,90%) et 82 femmes (37,10%) soit un sex-ratio de 1,6. La répartition des patients selon les classes d'âges a été représentée par le tableau I.

Tableau I : Répartition des patients par tranches d'âges

Age	Effectif	Pourcentage
0-9	30	13,6
10-19	76	34,4
20-29	47	21,2
30-39	29	13,2
40-49	21	9,5
50-59	10	4,5
60-69	5	2,2
70-79	3	1,4
Total	221	100,0

Sur les 221 patients opérés pour péritonite aiguë généralisée, nous avons noté 38,5% de cultivateurs ; 19,5% de ménagères ; 17,2% d'élèves/étudiants ; 23,5% d'enfants non scolarisés et 1,4% de salariés. La répartition des patients opérés pour péritonite aiguë généralisée selon l'étiologie et celle selon les gestes chirurgicaux et les complications ont été représentées dans les tableaux II et III.

Les péritonites aiguës généralisées par perforation iléale d'origine typhique venaient en première position avec 42,5% suivies des péritonites aiguës généralisées appendiculaires (33,0 %) et des péritonites aiguës généralisées par perforation d'ulcère

gastrique ou duodénal (6,8 %). Les péritonites primitives ont constitué seulement 3,2% contre 92,7% de péritonites secondaires et 4,1% de péritonites post opératoires.

Tableau II : Réparation des patients opérés pour péritonite aiguë généralisée selon l'étiologie.

Etiologie	Effectif (n=221)	Pourcentage
Perforation typhique	94	42,5
Appendiculaire	73	33
Perforation d'ulcère gastroduodénal	15	6,8
Gynécologique	7	3,2
Rupture abcès du foie	4	1,8
Rupture abcès de la rate	4	1,8
Traumatique	4	1,8
Post opératoire	9	4,1
Biliaire	4	1,8
Primitive	7	3,2
Total	221	100

Tableau III : Réparation des patients opérés pour péritonite aiguë généralisée selon les gestes chirurgicaux, les complications et le nombre de décès.

Etiologie	Gestes	Complications post opératoire (n=89)	Nombre de décès (n=42)
Perforation typhique	Stomie 75	55	19
	Résection/anastomose 15		
	Excision/suture 4		
Appendiculaire	Appendicectomie	17	12
Perforation d'ulcère gastroduodénal	Excision/suture	4	3
Gynécologique	Annexectomie 4	2	2
	Drainage 3		
Rupture abcès du foie	Drainage	0	0
Rupture abcès de la rate	Splénectomie 3	1	0
	Drainage 1		
Traumatique	Fonction de la lésion	0	
Post opératoire	Fonction de la lésion	6	3
Biliaire	cholécystectomie	1	1
Primitive	Drainage	3	2

Le traitement médical a comporté deux volets : la réanimation pré, per et post opératoire et le traitement médicamenteux. Il s'est agi d'une double antibiothérapie aérobie et anaérobie. La transfusion a été effectuée en per et post opératoire chez 11 patients. L'antibiothérapie parentérale associait l'ampicilline et le métronidazole (42,99% des cas) ou bien la ceftriaxone et le métronidazole (57,01%). Le relais per os a été fait par l'amoxicilline-métronidazole dans 39 cas, le cotrimoxazole-métronidazole dans 130 cas et enfin la ciprofloxacine-métronidazole dans neuf cas.

Le néfopam injectable (48,42% des cas) associé ou non au paracétamol injectable (39,82%) a été l'antalgique utilisé en per et post opératoire.

La toilette abdominale a été réalisée chez tous les patients mais la quantité utilisée a été précisée chez 112 patients dont 67,92% ont bénéficié d'une toilette abdominale avec 1 à 1,5 litre de SSI et plus de 1,5 litres chez 29,25% des patients.

L'évolution a été simple chez 130 patients soit 58,8%. Quatre-vingt-neuf patients ont présenté des complications. La répartition des patients selon les complications post opératoires a été représentée dans le tableau IV.

Tableau IV : Répartition des patients selon les complications post opératoires

Complication	Effectif	Pourcentage
Suppuration pariétale	50	56,2
Occlusion post opératoire	9	10,1
Prolapsus stomial	4	4,5
Péritonites post opératoires	9	10,1
Phagédénisme cutané	11	12,3
Eviscération post opératoire	5	6,7
Fistule stercorale	1	1,1
Total	89	100

La suppuration pariétale a été noté chez 50 patients soit 56,2% des complications dont 52,7% retrouvées dans l'étiologie typhique. La péritonite aiguë généralisée par perforation iléale d'origine typhique a présenté plus de complications soit 61,8% des complications.

Nous avons noté neuf cas de péritonites post opératoires provenant des centres médicaux avec antenne chirurgicale environnants. Les indications opératoires en cause étaient une invagination intestinale, une appendicite aiguë, une contusion utérine, un uro-péritoine et une hystérectomie. Dans quatre cas l'indication opératoire initiale n'était pas précisée.

En ce qui concerne les quatre cas de péritonites post traumatiques, il s'agissait dans deux cas de plaies pénétrantes par arme blanche, deux cas de contusion abdominale.

Nous avons noté au total 42 décès (19%) dont 19

(45,23%) étaient par perforation iléale d'origine typhique.

DISCUSSION

Les péritonites aiguës généralisées représentaient 14,66% des interventions et 31,2% des urgences abdominales au centre hospitalier régional de Dédougou [5]. Tiemtoré [10] à Ouagadougou et Da [9] à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso notaient que la péritonite aiguë généralisée occupait le troisième rang des abdomens aigus chirurgicaux. D'autres auteurs ont trouvé des valeurs plus basses comprises entre 13,7% et 15,9% [7, 8]. Harouna [12] au Niger retrouvaient un taux de 28,8% des urgences abdominales en 2001. L'importance de cette affection dans notre contexte serait fortement liée à la pauvreté, à l'ignorance et aux pratiques socio-culturelles retardant le diagnostic précoce des affections pouvant évoluer vers la péritonite. La tendance à la baisse des cas de péritonites n'est pas donc observée dans les zones rurales au Burkina Faso malgré l'amélioration de la couverture sanitaire, des conditions de vie et des possibilités thérapeutiques. L'âge moyen de 24,34 ans était comparable celui de Harouna [12], Da [9], et Tiemtoré [10] qui ont observé respectivement un âge moyen de 23 ans ; 23,3 ans et 24,9 ans. Dieng [8] au Sénégal notaient un âge moyen de 31,1 ans. Dans tous les cas le jeune âge des patients est reconnu dans la plupart des séries africaines. La répartition démographique différente des populations et aussi la différence des pathologies en cause dans les péritonites expliqueraient ces variations d'âge. Nous avons noté une prédominance masculine que des auteurs ont déjà rapportée [8-9-10-12]. La proportion élevée des couches socio-économiques les plus défavorisées (72,9%) pourrait expliquer une relation entre péritonite et pauvreté. Les quatre principales étiologies retrouvées dans notre étude étaient par ordre décroissant de fréquence : les perforations iléales d'origine typhiques, les péritonites appendiculaires, les perforations d'ulcère gastrique ou duodéal, et les péritonites post opératoires. La péritonite aiguë généralisée par perforation iléale d'origine typhique représentait 43,9% des péritonites secondaires et 42,5% des péritonites. Elle constitue toujours un problème de santé publique dans les zones rurales du Burkina Faso en particulier à Dédougou. Pourtant la fièvre typhoïde reste une maladie évitable par l'application rigoureuse des mesures d'hygiène et la prévention par la vaccination. Le même constat a été fait par des auteurs Burkinabè et africains [9-10-12]. Par contre d'autres auteurs africains [7,8] notaient respectivement au premier rang les péritonites la perforation d'ulcère gastrique ou duodéal et la péritonite appendiculaire. Cela s'explique par le fait que ces études ont été réalisées en zone urbaine où il existe des progrès dans la lutte contre le pé-

ril fécal. Notre fréquence élevée de péritonite aiguë généralisée par perforation iléale d'origine typhique s'expliquerait par les conditions de vie précaires de cette région agricole du Burkina Faso traversée par le fleuve Mouhoun qui porte son nom où sont pratiquées les cultures de contre saison. Par contre cette répartition étiologique est dominée en occident par les complications de la maladie diverticulaire sigmoïdienne et les cancers coliques [8]. La péritonite appendiculaire a occupé le deuxième rang avec 33%. Cette deuxième place a été retrouvée par d'autres auteurs dans leur étude [9-10-12]. Par contre elle a été la première étiologie de péritonite à Mopti au Mali [7]. Le retard à la consultation en zone rurale au Burkina rendrait compte de cette forte prépondérance de la péritonite appendiculaire qui est une complication de l'appendicite aiguë mal traitée ou négligée.

La péritonite par perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal a représenté 7% des péritonites. Cette fréquence est inférieure à celles d'auteurs africains [8-9-13-14] qui notaient respectivement 52,7%, 13,6%, 15,01% et 20% mais elle est comparable à certains auteurs [10-12]. Dans une étude réalisée en 2009 au CHU Yalgado Ouédraogo, la péritonite aiguë généralisée par perforation d'ulcère gastrique ou duodénal occupait la première des étiologies de péritonites par perforation digestive non traumatique [1]. Cette variation des fréquences serait fonction des pays et de la zone rurale ou urbaine en Afrique. Dans tous les cas la forte incidence d'helicobacter pylori, le stress et l'alimentation expliqueraient la fréquence des ulcères gastro-duodénaux.

La péritonite post opératoire a représenté 4,1% des péritonites. Elles posent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques puisqu'elles surviennent sur des terrains fragilisés [15]. Ces péritonites post opératoires compliquent 1,5 à 3,5% des laparotomies avec une mortalité hospitalière de 25% [16]. Ce pourcentage élevé de péritonites post opératoires est probablement lié à la prise en charge en périphérie de certaines urgences par des médecins généralistes formés en chirurgie essentielle et le personnel para médical.

Les péritonites primitives ont représenté 3,2% des cas de péritonites aiguës généralisées. Des auteurs africains ont trouvé des taux plus bas [4-9-12]. Savoie [17] estimait la prévalence des péritonites primitives entre 8 et 30% selon les régions. Dans notre contexte où seule la radiographie de l'abdomen sans préparation était disponible, la laparotomie a constitué un moyen diagnostique de la péritonite primitive en l'absence de foyer de contamination dans cavité abdominale et l'aspect du liquide péritonéal en per opératoire.

La péritonite d'origine gynécologique a représenté aussi 3,2% contrairement à des études qui ont trouvé respectivement 6 ; 5,3 ; et 4,4% [9-10-12]. La prise en charge adéquate des affections gynécologiques

serait un facteur limitant de cette étiologie.

La péritonite par rupture d'abcès de la rate (4 cas) traduit dans notre cas un retard de prise en charge des abcès de la rate chez le drépanocytaire [18]. Il en est de même de la rupture d'abcès du foie (4 cas) qui traduirait des insuffisances dans le diagnostic et la prise en charge des abcès du foie. Nous avons noté quatre cas de péritonite post traumatique dont la prise en charge chirurgicale a été rapide. La consultation précoce en cas de traumatisme violent expliquerait leur bon pronostic. Les causes hépato-biliaires étaient rares dans notre série contrairement à l'Asie et à l'Europe où elles varient entre 4 et 8,6% [8, 9]. La laparotomie a été la seule voie d'abord utilisée dans le traitement chirurgical. Cependant l'abord laparoscopique a de plus en plus d'indications dans les péritonites aiguës généralisées d'origine appendiculaire ou par perforation d'ulcère gastroduodénal vue tôt [6].

Nous avons noté 40,2% de complications postopératoires comparables à Tiemtoré et Harouna [10-12]. Cette forte morbidité serait associée à la forte morbidité de la péritonite aiguë généralisée d'origine typhique. La prédominance de l'étiologie typhique de par son évolution longue et son retentissement sur l'état physique pourrait rendre compte de l'importance des complications post opératoires dans notre étude. Des fréquences inférieures de complications ont été rapportées par d'autres auteurs [7, 8, 9]. De plus l'insuffisance de moyens de réanimation en post opératoire aggrave le pronostic post opératoire.

La mortalité était élevée (19%) dans notre étude contre 9,1% selon Dieng [8]; 16,86 % selon Tiemtoré [10] et 17,5% selon Boré [7]. Harouna [12] au Niger notait 21% de mortalité contre 27,6% pour Da [9] à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. Cette forte mortalité serait liée au retard à la consultation et à l'intervention chirurgicale. L'organisation du système de santé est telle que le patient consulte d'abord au centre de santé et de promotion sociale, puis référé au centre médicale avec antenne chirurgical avant d'être évacué au centre hospitalier régional où exerce un chirurgien. Cette organisation contribuerait à allonger le temps de la prise en charge. Aussi il y aurait l'insuffisance de réanimation pré, per et post opératoire du fait de l'absence de médecin réanimateur et également l'insuffisance de matériels de réanimation dans les régions rurales Burkinabè.

CONCLUSION

Les étiologies des péritonites aiguës généralisées restent dominées en milieu rural au Burkina Faso par l'étiologie typhique. L'étiologie appendiculaire vient en deuxième position. La mortalité globale est toujours élevée avec une forte morbidité et mortalité de l'étiologie typhique. L'amélioration des conditions de vie et d'hygiène de ces populations, la prévention de

la fièvre typhoïde par la vaccination, le diagnostic et le traitement précoce de la fièvre typhoïde pourraient améliorer cette forte morbi-mortalité.

BIBLIOGRAPHIE

1- Dabaye A. Les péritonites par perforations digestives non traumatiques au CHU-Yalgado Ouédraogo : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos de 159 cas. Université de Ouagadougou 2009 ; Thèse de médecine, 89p.

2-Assouto P, Tchaou B, Kangni N, Padonou J L, Lokossou, Djiconkpodé I. Evolution post opératoire précoce en chirurgie digestive en milieu tropical. Med tropicale 2009; 69 :477-479

3- Harouna Y D, Ali I, Seibou A, Abdou I, Gamatie Y, Rakotomalala J. Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey. Etude analytique et pronostique. Med Afr Noire 2009 ; 48(2): 50-54

4-Mabiala-Babela J R, Pandzou N, Koutaba E, Ganga-Zandzou S, Senga P. Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales de l'enfant au CHU de Brazzaville. Med Tropicale 2006 ; 66 :172-176.

5- Traoré M R. Les activités chirurgicales au centre hospitalier régional de Dédougou du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2009. Université de Ouagadougou 2011 ; Thèse de médecine, 108p.

6-Khelefi S, Ali B A, Bouhafa A, Zghidi S, Ben A M, Jaoua H, et al. La Tunisie médicale 2008 ; 86 (2) :114-117

7- Boré D. Etude des péritonites aiguës à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. Université de Bamako 2006 ; Thèse de médecine, 105p.

8- Dieng M, Ndiaye Ai, Ka O, Konaté I, Dia A, Touré CT. Aspects étiologiques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées d'origine digestives. Une série de 207 cas opérés en cinq ans. Mali Médical 2006 ; T.XXI N°4:47-51

9- Da D C. Les péritonites aiguës généralisées au CHU- Sourou Sanou de Bobo Dioulasso à propos de 369 cas. Université de Ouagadougou 2002 ; Thèse de médecine, 89p.

10- Tiemtoré W O. Les péritonites aiguës généralisées au Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Université de Ouagadougou 2003 ; Thèse de médecine, 100p.

11- Traoré SS, Sanou J, Bonkougou G, Kirakoya B, Zida M, Bandré E. Les perforations des ulcères gastro-duodénaux au CHN YO de Ouagadougou (Burkina Faso). Rev. CAMES-Série A1999 ; Vol 01 : 39-42

12- Harouna Y D, Abdou I, Saidou B, Bazira L. Les péritonites en milieu tropical ; particularités étiologiques et facteurs pronostiques actuels à propos de 160 cas. Med Afr Noire 2001 ; 48(3):103-106

13- Abed M, Ben Amar M, Guirat Moheddine A, Cheikhrouhou H, Amouri A, Khelif M. Traitement laparoscopique des ulcères duodénaux perforés: 84 cas en Tunisie. Med tropicale 2009; 69:569-572

14- Sama C R. Les péritonites par perforations d'ulcère gas-

tro-duodéal au CHU-YO : Aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques. Université de Ouagadougou 2006 ; Thèse de médecine ; 74p.

15- Hssaida R, Daali M, Seddiki R, Zoubir M, Elguelaa K, Boughalem M. Les péritonites post-opératoires chez le sujet âgé (Hôpital Militaire de Marrekech au Maroc). Médecine du Maghreb 2000 ; 81: 19-22

16- Lefèvre JH, Parc Y. Péritonites post opératoires. Encyclopédie Médico-chirurgicale. Gastroentérologie (Elsevier Masson SAS), gastro-entérologie, 9-045-A-10, 2009

17- Savoie P H, Peycru T, Mingoutaud L, Sow A, Bianche N, Pauleau G et al. Péritonites primitives en Afrique subsaharienne à propos de 15 cas à l'hôpital principal de Dakar (Sénégal). Med tropicale 2007 ; 67 :154-158

18-Ka O, Dieng M, Sanou A, Konaté I, Ba P, Touré A. Abcès splénique à propos de 16 cas. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie 2009 ; 8(3):75-77