



SUITES OPERATOIRES PRECOSES ET PRONOSTIC VITAL DES PERITONITES AIGUES GENERALISEES DE L'ADULTE A BOBO-DIOULASSO AU BURKINA FASO

EARLY OPERATIVE FOLLOW-UP AND VITAL PROGNOSIS OF GENERALIZED ACUTE PERITONITIS IN ADULTS IN BOBO-DIOULASSO IN BURKINA FASO.

YABRÉ Nassirou¹, BELEMLILGA G L Hermann¹, DOAMBA N Rodrigue², KEITA Namori¹, BARA Daouda³, BAYIKORO W Issa², ZARÉ Cyprien¹

1 Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou, Bobo Dioulasso, Burkina Faso

2 Centre Hospitalier Universitaire de Tingandogo, Burkina Faso

3 Centre Hospitalier Régional de Koudougou, Burkina Faso

Correspondant : Pr ZARE Cyprien, Chirurgien général, Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou, Bobo Dioulasso, Burkina Faso. Tel : 00226 70 08 91 87 Email : zcyprien@yahoo.fr

Résumé

Introduction : le but de ce travail était d'étudier les suites opératoires précoces des péritonites opérées dans notre milieu africain.

Patients et méthode : Il s'est agi d'une étude descriptive à collecte rétrospective menée dans le service de chirurgie générale et viscérale du CHU Sourô Sanou sur une période de 12 mois. Ont été inclus tous les cas de péritonites aiguës généralisées opérées, les péritonites post-opératoires ont été exclues.

Résultats : Nous avons collecté 233 cas de péritonites aiguës généralisées dont 198 ont fait l'objet de cette étude. Le sex-ratio était de 3,3. L'âge moyen était de 35 ans. Les étiologies étaient l'origine appendiculaire (36,3%), la perforation gastrique ou duodénale (33,8%) et autres étiologies (29,7%). Les suites opératoires avaient été favorables dans 64,7% et une durée d'hospitalisation moyenne de 4 jours. Elles étaient compliquées dans 35,3%. Il s'agit principalement de 32,8% de suppuration pariétale, 30% de péritonites post-

opératoires, 11,4% d'éviscération fixée et 8,5% d'hyperthermie sans cause retrouvée. Pour les cas compliqués, la durée d'hospitalisation était en moyenne 10,5 jours. Le score de Mannheim était supérieur à 26 pour 24,2% des patients et la mortalité était 11,5% soit 22 cas.

Conclusion : Les suites opératoires précoces des péritonites sont caractérisées par une forte morbidité dominée par les suppurations pariétales, les péritonites post-opératoires et les éviscération fixées entraînant une augmentation de la durée d'hospitalisation. La mortalité post-opératoire reste élevée.

Mots clés : péritonites, morbidité post-opératoire, mortalité, Bobo-Dioulasso.

Summary

Introduction: the aim of this work was to study the early operative consequences of peritonitis operated on in our African environment.

Patients and method: This was a descriptive study with retrospective collection carried out in the general and visceral surgery department of Sourô Sanou

University Hospital over a period of 12 months. All cases of acute generalized peritonitis operated on were included; postoperative peritonitis was excluded.

Results: We collected 233 cases of acute generalized peritonitis, 198 of which were the subject of this study. The sex ratio was 3.3. The average age was 35 years old. The etiologies were appendicular origin (36.3%), gastric or duodenal perforation (33.8%) and other etiologies (29.7%). The surgical outcomes were favorable in 64.7% and an average hospitalization duration of 4 days. They were complicated in 35.3%. This mainly concerns 32.8% of parietal suppuration, 30% of post-operative peritonitis, 11.4% of fixed evisceration and 8.5% of hyperthermia with no cause found. For complicated cases, the duration of hospitalization was on average 10.5 days. The Mannheim score was greater than 26 for 24.2% of patients and mortality was 11.5% or 22 cases.

Conclusion: Early operative consequences of peritonitis are characterized by high morbidity dominated by parietal suppurations, post-operative peritonitis and fixed eviscerations leading to an increase in the length of hospitalization. Postoperative mortality remains high.

Key words: peritonitis, post-operative morbidity, mortality, Bobo-Dioulasso.

INTRODUCTION

La péritonite aiguë généralisée est une inflammation aiguë diffuse et généralisée de la séreuse péritonéale, dont la cause est le plus souvent infectieuse [1]. Elle constitue une urgence chirurgicale digestive dans le milieu africain [1, 2]. Il s'agit de la 1^{ère} cause d'abdomens aigus chirurgicaux au CHU Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso selon une étude de 2020 [3]. Les suites opératoires et le pronostic dépendent fortement de la précocité du diagnostic et de la célérité de la prise en charge chirurgicale qui est malheureusement retardée par le coût de l'intervention pour une population démunie, vivant en majorité sous le seuil de la pauvreté [4]. Le but de cette étude était

d'étudier les suites opératoires précoces des péritonites opérées dans notre milieu africain.

PATIENTS ET METHODE

Il s'est agi d'une étude descriptive à collecte rétrospective que nous avons menée dans le service de chirurgie générale et viscérale du CHU Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso. Elle était étalée sur une période de 12 mois, allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2022. Nous avons inclus tous les cas de péritonites aiguës généralisées opérées au cours de la période d'étude et dont les dossiers étaient exploitables. Les cas de péritonites post-opératoires ont été exclus. Nous nous sommes intéressés aux suites opératoires et au pronostic de ces péritonites. Le score de Mannheim appelé Mannheim Peritonitis Index (MPI) qui permet de prédire le pronostic des péritonites aiguës généralisées a été calculé. Ce score permet de prédire le pronostic vital du patient en cas de péritonite aiguë généralisée. En effet si l'index est supérieur ou égal à 26, la mortalité est de l'ordre de 56,7% et si l'index est inférieur à 26 la mortalité est de 5,9%. Sa sensibilité est de 84% et sa spécificité est de 79%. Les éléments constitutifs du score sont présentés dans le tableau I [5].

RESULTATS

Nous avons collecté 233 cas de péritonites aiguës généralisées dont 198 cas ont fait l'objet de cette étude, parmi lesquels 142 hommes (71,7%) et 42 femmes (28,3%) ; le sex-ratio était de 3,3. L'âge moyen était de 35 ans avec des extrêmes de 16 ans et 70 ans. Le délai moyen de consultation aux urgences était de 4 jours ; celui de la prise en charge chirurgicale était de 2 jours avec des extrêmes de 1 jour et de 11 jours. La péritonite était sous sa forme asthénique dans 84,8% (168 patients). En préopératoire et selon l'Association Américaine d'Anesthésie (ASA), 85,8% des patients (170 patients) étaient classés ASA I et/ou II. Les étiologies étaient l'origine appendiculaire dans 36,3% des cas (36

patients), la perforation gastrique ou duodénale dans 33,8% des cas (67 patients) et autres étiologies dans 29,7% (59 patients). Les suites opératoires ont été favorables dans 64,7% des cas (128 patients). La durée d'hospitalisation moyenne était de 4 jours les patients dont l'évolution était favorable. Des complications post-opératoires précoces étaient enregistrées dans 35,3% des cas (70 patients). Il s'agissait de suppuration pariétale dans 32,8% (23 patients), de péritonite post-opératoire dans 30% (21 patients), d'éviscération fixée dans 11,4% (8 patients), d'hyperthermie sans cause retrouvée dans 8,5% (6 patients), de sepsis dans 4,2% (3 patients), de fistule stercorale dirigée dans 4,2% (3 patients), d'anémie dans 4,2% (3 patients), d'insuffisance rénale dans 2,8% (2 patients) et de pleurésie avec détresse respiratoire dans 1,4% (1 patient). Le score de Mannheim était supérieur à 26 pour 24,2% des cas soit 48 patients. La durée d'hospitalisation était en moyenne 10,5 jours avec des extrêmes de 20 jours et 3 jours pour les patients dont l'évolution était marquée par des complications. La mortalité globale était 11,5% soit 22 cas, il s'agissait de 16 cas de péritonite post-opératoire (72,7%), 3 cas d'hyperthermie dont la cause n'a pas été retrouvée (13,6%), les 2 cas d'insuffisance rénale (9%), le cas de pleurésie avec détresse respiratoire (4,5%).

DISCUSSION

Les péritonites aiguës généralisées sont reconnues pour être de grandes pourvoyeuses de complications post-opératoires. Leur évolution péjorative est liée en grande partie au retard de la prise en charge chirurgicale mais également à l'insuffisance de la réanimation post-opératoire [1, 2, 6]. En effet le retard dans la prise en charge a été le principal facteur pronostique rapporté dans plusieurs études africaines [1, 2, 7]. Les facteurs pronostiques péjoratifs retrouvés dans notre cohorte étaient le retard de la prise en

charge chirurgicale (2 jours en moyenne), majoré par un long retard à la consultation (4 jours en moyenne). La perforation iléale réalisant une péritonite stercorale, connue pour être de mauvais pronostic n'était pas l'étiologie la plus fréquente dans notre échantillon, cependant les longs délais de prise en charge chirurgicale confèrent à toutes les étiologies de péritonites l'évolution certaine vers le sepsis sévère voire le choc septique. L'âge et le score ASA étaient deux facteurs de bon pronostic chez nos patients qui étaient jeunes (âge moyen était de 35 ans) et ASA I et/ou II (85,8%). Les complications post-opératoires étaient très fréquentes dans notre étude (36%). Des fréquences toutes aussi importantes ont été rapportées par Ouangré et al au Burkina Faso, [1] Kanté et al au Mali [4], Ngo et al au Cameroun [7] respectivement 40,2%, 37,5% et 50,6%. Nos complications sont dominées par les suppurations pariétales (32,8% des complications) qui occupent également la première place d'après plusieurs auteurs [2, 8, 9, 10, 11]. En effet selon la classification d'Altmeier (classes de contamination des interventions chirurgicales) la péritonite est classée Altmeier IV, c'est dire une chirurgie dans un milieu contenant du pus et/ou des fèces. La contamination pariétale par le liquide péritonéal dans ces conditions est presque inévitable. Un abord laparoscopique permet de réduire très significativement cette complication comme le confirme l'étude d'Almovitch et al [12] en France qui avait rapporté un taux de suppuration pariétale de 2%. L'accès à la cœlioscopie restant limité dans les pays en développement, les taux de suppuration pariétale y sont plus élevés et varient selon les séries, entre 25 et 63 % [2, 13, 14, 15]. Les péritonites post-opératoires (30%) occupaient la 2^e place après les suppurations pariétales, ceci est confirmé par beaucoup d'études [2, 7, 13]. Mais elles sont rapportées à la 3^e place dans l'étude de Kanté et al [4]. Il s'agit de la complication la plus redoutable des péritonites du fait de sa mortalité qui est supérieure à 50% selon

la littérature [8]. Elles sont secondaires à une désunion de suture ou à une toilette insuffisante de la cavité péritonéale.

L'éviscération retardée fixée (11,4%) occupait la 3^e place des complications post-opératoires des péritonites. Il s'agit d'une désunion retardée de l'aponévrose faisant suite à une suppuration pariétale exposant des viscères adhérentiels mais sans collection profonde. Cette complication est également rapportée à la 3^e place dans certaines études [3, 15].

Les cas d'hyperthermie persistante dont la recherche étiologique était demeurée infructueuse dans les suites opératoires précoces occupaient le 4^e rang. Il s'agit de patients qui étaient fébriles jusqu'à la 72^e heure post-opératoire mais sans signes d'appels infectieux (pas de suppuration pariétale ni profonde ni de signe d'infection d'organes à distance ni de complications de décubitus) et une goutte épaisse négative. Dans ces situations, notre attitude avait été la mise en place du protocole anti-palustre eu égard la situation endémique du paludisme dans notre pays et la réalisation d'hémocultures.

Les cas de sepsis post-opératoires occupaient le 5^e rang (4,2%). Le sepsis transitoire s'expliquerait par la régression de l'infection qui est progressive, pouvant s'étendre sur quelques jours et une antibiothérapie probabiliste non adaptée. L'évolution après réadaptation de l'antibiothérapie sur la base de l'hémoculture avait été favorable chez tous les patients.

Une anémie dans les suites opératoires était au 6^e rang des complications. Il s'agit de cas d'anémie modérée préexistante dont certaines avaient été majorées par les pertes sanguines de l'intervention. La plupart avait bénéficié d'une supplémentation en fer et acide folique.

Deux cas d'insuffisance rénale modérée avaient compliqué les suites opératoires (7^e rang), il s'agit des cas d'insuffisance rénale fonctionnelle au début due au 3^e secteur non compensé par un apport hydroélectrolytique conséquent, qui étaient devenues des cas

d'insuffisance rénale organique. En effet les patients consultent tardivement ou ont un long itinéraire thérapeutique sans réanimation compensatrice, d'où l'évolution de l'insuffisance fonctionnelle vers une insuffisance organique.

Toutes ces complications étaient responsables d'un allongement de la durée d'hospitalisation (10,5 jours) des péritonites ; ceci est corroboré par l'étude de Ngo N. (12,7 jours) et celle de Belemilga GLH (8,9 jours) [3, 6].

La mortalité était élevée (11,5%) mais concorde avec le score de Mannheim qui était supérieur à 26 pour 24,2%. Cette importante mortalité des péritonites généralisées est largement documentée dans les études africaines qui l'expliquent par le retard à la consultation et à la prise en charge chirurgicale [3, 4, 9, 12].

CONCLUSION

Les suites opératoires précoces des péritonites aiguës généralisées sont caractérisées par une forte morbidité dominée par les suppurations pariétales, les péritonites post-opératoires et les éviscération fixées entraînant une augmentation de la durée d'hospitalisation. La mortalité post-opératoire reste élevée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ouangré, E, Zida, M, Bonkougou, PG. Les péritonites aiguës généralisées en milieu rural au Burkina Faso: à propos de 221 cas. *Rév Cames Santé*. 2014 ;1(2) : 75-79.
2. Harouna YD, Abdou I, Saidou B, Bazira L. Les péritonites en milieu tropical: Particularités étiologiques et facteurs pronostiques actuels à propos de 160 cas. *Médecine D'Afrique Noire*. 2001;48(3):103-6.
3. Bélemilga GLH, Binyom PR, Zaré C, Yabré N, Kéita N, Sanon BG, et al. Péritonites aiguës généralisées au centre hospitalier universitaire sourô sanou de

bobo-dioulasso au burkina faso : une série de 246 cas. *Burkina medical*, 2020; 24 (02): 109-111.

4. Kanté L, Diakité I, Togo A, Dembélé BT, Traoré A, Maiga A, et al. Peritonites aiguës généralisées à l'hôpital Somine Dolo de Mopti: aspects épidémiologique et thérapeutique. *Mali Med*. 2013;28(3): 45-9.

5. Muralidhar VA, Madhu CP, Sudhir S, Srinivasarangan M. Efficacy of Mannheim Peritonitis Index (MPI) Score in Patients with Secondary Peritonitis. *J Clin Diagn Res*. 2014 ;8(12):1-3.

6. Sartelli M, Catena F, Ansaloni L, Coccolini F, Corbella D, Moore EE, et al. Complicated intra-abdominal infections worldwide: the definitive data of the CIAOW Study. *World J Emerg Surg*. 2014; 9 (1):37.

7. Ngo Nonga B, Mouafo Tambo F, Ngowe Ngowe M, Takongmo S, Sosso M. Etiologies des péritonites aiguës généralisées au CHU de Yaoundé. *Rev Afr Chir Spéc*. 19 mai 2011;4(7):30-2.

8. Biondos S. Facteurs pronostiques de mortalité dans la péritonite colique gauche: un nouveau système de notation. *J Am coll Surg* : 2000 ; 191 : 635-42

9. Sissoko F, Ongoïba N, Bereté S. Les Péritonites par perforation iléale en chirurgie « B » de l'hôpital du Point « G » Mali Médical. 2003 ; 18 : 1-2.

10. Kouamé BD, Dick KR, Ouattara O, Gouli JC, Odéhour TH, Coulibaly C.

Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques du grêle de l'enfant à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Bull Soc Pathol Exot*. 2001 ; 94: 379-82.

11. Yaokreh J-B, Coulibaly O, Kouamé DB, Koffi KM, Tembely S, Kouamé YSG et al. Etude descriptive des péritonites chez l'enfant au CHU de Yopougon. *Rev Int sc méd*. 2015 ; 17 :173-7.

12. Alamowitch B. Traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé. *Gastro enterol Clin Biol*. 2000 ; 24: 1012–17.

13. Choua O, Ali MM, Kaboro M, Moussa KM, Anour M. Aspects étiologiques, cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées à N'Djamena, Tchad. *Med Sante Trop*. 2017 ; 27 : 270-3

14. Dieng M, Ndiaye Aï, Ka O, Konaté I, Dia A, Touré CT et al. Aspects étiologiques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées d'origine digestive. Une série de 207 cas opérés en 5 ans. *Mali Med*. 2006 ; 4 : 47-51.

15. Rakotomavo FA, Riel AM, Rakotoarison RCN. Péritonite aiguë : aspects épidémio-clinique et étiologique dans un service des urgences chirurgicales malgache. A propos de 60 cas. *J Afr Hépatol Gastro*. 2012 ; 6 : 33-7.

ANNEXE

Tableau I : éléments du score pronostic de Mannheim dans les péritonites.

Facteurs de risque	Pondération des facteurs de risque, le cas échéant
Age >50 ans	5
Sexe féminin	5
Défaillance d'un organe	7
Malignité	4
Durée préopératoire de la péritonite >24 heures	4
Origine du sepsis non colique	4
Péritonite généralisée diffuse	6
Exsudat	
Clair	0
Louche ou Purulent	6
Fécaloïde	12
Total	53