

LES AFFECTIONS CHIRURGICALES DIGESTIVES NON URGENTES CHEZ 300 PATIENTS AU CHU DE LOME

NON URGENTS SURGICAL DIGESTIVE AFFECTIONS IN 300 PATIENTS AT THE UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL OF LOME

ATTIPOU K, SEWA EV, KONE E, PCHAHA A*

(*) Service de Chirurgie Viscérale A, CHU Lomé-Tokoin. BP: 57 Lomé -Togo

Tirés à part : Prof Ag K. ATTIPOU (Adresse ci-dessus) E-mail: klattipou@yahoo.fr

RESUME

Objectifs : Etablir l'épidémiologie des affections digestives non traumatiques et non urgentes prise en charge dans le Service de Chirurgie Viscérale du CHU de Lomé, et rapporter leur traitements ainsi que les suites opératoires.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective sur 5 ans. Etaient inclus les patients âgés de 15 ans et plus présentant une affection digestive non traumatique hospitalisés dans le service de chirurgie viscérale en vue d'une chirurgie réglée. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, le diagnostic, le traitement reçu et les suites opératoires.

Résultats : Les affections digestives non urgentes représentaient 52,3% des affections digestives non traumatiques et surviennent chez des patients relativement jeunes avec un âge moyen de 43 ans. Les pathologies de la paroi notamment les hernies inguinales (52%), les affections ano-rectales avec en premier les fistules anales (18,3%) et les cancers avec en premier les cancers gastriques (16%) étaient les plus fréquentes. Quarante vingt douze pour cent (92%) de nos patients ont été opérés. Les suites thérapeutiques ont été simples dans 86,3% des cas. Le taux de complications était de 11,7% et nous avons enregistré 8,1% de décès.

Conclusion : Les hernies inguinales sont les affections majoritairement prises en charge à froid dans le service de chirurgie viscérale du CHU Tokoin. Les affections malignes viennent en troisième position après les pathologies ano-rectales bénignes et sont grevées d'une lourde morbidité et mortalité.

Mots-clés : affection digestive non traumatique, chirurgie viscérale, chirurgie réglée.

ABSTRACT

Aims: To establish the epidemiology of non traumatic gastrointestinal and non urgent affections managed in the department of abdominal surgery service of the University Teaching Hospital of Lomé and to report their post operative period.

Patients and methods: It was a retrospective study carried out over 5 years .Were included patients aged 15 years and above presenting a non traumatic digestive affection hospitalised in the department of abdominal surgery for elective surgery. Parameters studies were: the age, the sex, the diagnosis the treatment received and post operative period.

Results: Non urgent digestive affections accounted for 52.3% of non traumatic digestive affection and occurred in relatively young patients with an average of 43 years. Parietal pathologies namely inguinal hernia (52%), benign ano-rectal affections with first anal fistula (18.3%) and cancers with first gastric cancers (16%) were the most frequents. Ninety two per cent (92%) of our patients have been operated. Post operative period were uneventful in 86.3% of cases. The rate of complications was 11.7% and registered 8.1% of death.

Conclusion: Inguinal hernias are majority of affections managed in the department of visceral surgery of Lomé University Teaching Hospital. Malignant affections came in third position after benign ano-rectal pathologies and have heavy morbidity and mortality.

Key-words: non traumatic digestive affections, visceral surgery, elective surgery.

INTRODUCTION

Les maladies digestives occupent une place importante dans les problèmes sanitaires mondiaux [1]. En milieu négro-africain, les statistiques hospitalières particulièrement celles sur les activités des blocs opératoires sont relativement rares [4]. L'absence de ces activités dans notre pays nous a amené à réfléchir sur la fréquence réelle de ces maladies. Ce travail vise à établir la carte épidémiologique de ces affections dans le

service de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier Universitaire de Lomé-Tokoin, de rapporter les méthodes thérapeutiques ainsi que les résultats.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée du 1^{er} Janvier 2002 au 31 Décembre 2006. Ont été inclus dans cette étude les patients des deux sexes âgés de 15 ans ou plus hospitalisés dans le Service de Chirurgie

Viscérale du CHU TOKOIN pour une affection digestive non traumatique en vue d'une chirurgie réglée. Les patients ayant eu une affection viscérale non digestive, une affection digestive traumatique ou une urgence chirurgicale digestive en ont été exclus. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, le diagnostic, le traitement reçu et les suites opératoires. Les données ont été recueillies à partir des registres d'hospitalisation, des protocoles opératoires et des dossiers des patients. L'analyse de ces données a été faite grâce au logiciel informatique.

RESULTATS

Parmi les 601 patients hospitalisés dans le service pour une affection digestive non traumatique, 300 (52,3%) ont été admis pour une chirurgie réglée. Il s'agissait de 235 hommes (78,3%) et de 65 femmes (21,7%). La sex-ratio était de 3.6 en faveur des hommes. L'âge moyen était de 43 ans avec des extrêmes de 15 et 82 ans.

Les affections de la paroi abdominale étaient plus fréquentes et représentaient 52% de toutes les affections (Tableau I). Les affections cancéreuses représentaient 16% des affections et les cancers de l'estomac (25,4%) étaient les plus fréquentes (Tableau II).

Deux cent soixante quinze patients (92%) ont été opérés. L'abstention a été observée chez vingt trois patients (7,7%). Deux patients (0,3%) s'étaient évadés. Les interventions sur la paroi abdominale étaient les plus fréquentes (57,1%), suivies des interventions sur le rectum et l'anus (17%).

Dans les 30 premiers jours post opératoires, les suites ont été simples chez 259 patients (86,3%). Trente cinq patients (11,7%) ont présenté des complications dont vingt un (60%) de cause générale. Vingt quatre (8,1%) patients sont décédés dont vingt (83,3%) de cause générale.

DISCUSSION

La fréquence des affections digestives non traumatiques prises en charge à froid était de 52,3%, fréquence voisine de celle de Ouiminga et al [2], qui sur une série constituée à 52% de malades digestifs trouvaient 52,8%. Par contre, en Europe, nous sommes loin de la fréquence retrouvée par Tiret et al [1] qui est de 78% d'affections digestives prises à froid. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait qu'en Afrique, les patients consultent tardivement et au stade de complications. Beaucoup meurent chez eux en se traitant traditionnellement et le peu qui arrive à l'hôpital sont au stade de complications.

La prédominance masculine est retrouvée également dans d'autres séries [1, 2].

L'âge moyen de nos patients est de 43 ans, plus élevé que celui de Ouiminga et al [2] et

Ayité et al. [3], qui trouvaient respectivement 31,2 et 37,4 ans. Ceci s'explique par le fait que notre étude s'est faite dans un service de chirurgie viscérale pour adultes, par l'exclusion des urgences et par l'importance de la pathologie cancéreuse dans notre série, pathologie dont la fréquence augmente avec l'âge.

Lorsque nous considérons ces affections, celles de la paroi abdominale prédominent avec 52% des cas. Il en est de même pour Boukinda et al [4], Ouiminga et al [2] qui retrouvaient respectivement 58,3% et 45%. Il n'en est pas de même dans la série de Tiret et al. [1] qui trouve 20%. Parmi ces affections, les hernies inguinales représentaient la pathologie la plus fréquente (87,8%). Tiret et al [1] en France trouvait une fréquence plus basse de 15,3% pour les hernies inguino-crurales. C'est dire qu'en Afrique Noire, la mécanisation embryonnaire du travail fait que les hommes majoritairement jeunes s'adonnent aux travaux de force, notamment champêtres qui sont des facteurs favorisant la survenue des hernies de la paroi abdominale.

Ces affections pariétales étaient suivies des affections ano-rectales avec 18,3%. Dans la série de Metman et al [5], la pathologie anale représentait la quatrième cause d'hospitalisation après les hernies, les appendicites et les lithiases biliaires avec une fréquence de 10,5%. Dans l'étude de Tiret et al [1], les affections ano-rectales viennent en quatrième position après les hernies, les appendicites et les affections de la vésicule biliaire. Ainsi, lorsque nous excluons les urgences notamment les affections de l'appendice et celles de la vésicule biliaire, nous retrouvons le même classement. Les fistules anales venaient en première place (60%) suivies des hémorroïdes (20%) et du prolapsus rectal (14,6%). Ce même classement a été retrouvé dans la série de Ayité et al [3].

La pathologie cancéreuse dans notre série (16%) vient en troisième position après les hernies et les affections ano-rectales. Celle de l'estomac vient en tête avec 35,4%. Ce même classement est retrouvé par Kadende et al [6] et Cissé et al [7].

Dans notre étude, 92% des patients ont été opérés. Le reste (8%) ne l'a pas été car lié à un retard diagnostique où l'affection est au-dessus de toute ressource thérapeutique. Dans le travail de Cissé et al [7] sur les cancers de l'estomac, 79,3% des patients ont été traités chirurgicalement, alors que l'abstention était adoptée chez 20,3%.

Les suites opératoires ont été simples chez 86,3% de nos patients. Ceci s'explique par le fait que nos patients étaient le plus souvent jeunes, en bon état général mais aussi par le

fait que la majorité présentait une pathologie de la paroi (52,3%) dont les suites thérapeutiques sont souvent simples comme le soulignent certains auteurs [4, 8].

Le taux de complications retrouvé est de 11,7%. Ce taux est nettement supérieur aux 3% retrouvés par Boukinda et al [4]. Il est par contre assez proche de celui de Benamr et al [9] pour le traitement des cancers du côlon (15,7%). Les complications les plus fréquentes sont des complications générales, suivies de celles infectieuses. Ces complications générales sont prévisibles chez les patients en mauvais états général et dans les interventions lourdes surtout quand la réanimation pré, per et post-opératoire est insuffisante.

Le taux de mortalité dans notre travail était de 8,1%. Il est loin de celui des séries africaines de Boukinda et al [4] (0,4%) et celui de l'étude française de Tiret et al [1] (0,4%). Il était par contre proche de celui de Moshine [10] et Benamr et al [9] portant sur les cancers digestifs dans les pays Maghrébins (respectivement 10% et 5,5%). Les causes les plus fréquentes de décès étaient générales, mettant en exergue les problèmes de réanimation dans nos structures de soins.

CONCLUSION

L'étude des affections digestives non traumatiques traitées à froid dans le service de chirurgie viscérale du CHU de Lomé Tokoin nous a permis d'identifier trois groupes d'affections prépondérantes à savoir, les pathologies de la paroi abdominale particulièrement les hernies inguinales, les pathologies ano-rectales bénignes et les cancers digestifs.

Dans la majorité des cas, la prise en charge des cancers digestifs à Lomé est loin de ce qui devait se faire normalement. D'abord par le retard à la consultation des patients et secondairement par la pauvreté du plateau technique. D'où une sensibilisation de la population pour une consultation précoce ; quant aux autorités administratives l'amélioration des moyens thérapeutiques, notamment de réanimation, pour une meilleure prise en charge de nos patients cancéreux.

REFERENCES

1. Tiret L, Rotman N, Hatton, Fagnez PL. La chirurgie digestive en France. Une enquête épidémiologique nationale (1978-1982). *Gastroenterol Clin Biol* 1988;12:354-60.
2. Ouiminga RM, Testa J, Sanou A, Yilboudo J, Bou-Salah A, Richard J. Activité chirurgicale du Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo durant l'année 1990. *Med Afrique Noire* 1993;40:112-16.
3. Ayité AE, Dosseh ED, Adodo K, Fortey YK, Redah D. Prise en charge chirurgicale des affections ano-rectales non malformatives au CHU TOKOIN de Lomé (Togo). A propos de 168 cas. *J Afr Chir Digest*, 2003;3:272-76.
4. Boukinda F, Nerveti G, Okemba F. Activité clinique d'une année de chirurgie au centre Hospitalier de Yalangai à Brazzaville. *Med Afrique Noire* 2003;50:309-12.
5. Metman EH, Jougla E, Maguin P, Diaz-Valdez R, Minvielle D. Morbidité digestive diagnostiquée chez l'adulte. Résultats d'une enquête épidémiologique. *Gastroenterol Clin biol* 1980;4:858-69.
6. Kadende P, Engels D, Ndoricimpa J. et al. Les cancers digestifs au Burundi. *Med Afrique Noire* 1990;37:552-61.
7. Cissé MA, Delaye A, Soumare S. Traitement du cancer gastrique : étude rétrospective de 58 cas opérés dans le service de chirurgie « A » à l'Hôpital National du point « G » à Bamako. *Med Afrique Noire* 1993;40:282-6.
8. Legroux P, Sleh JC, Bordarier M, Demont F. Anesthésie locale et chirurgie ambulatoire pour hernie inguinale : à propos de 737 patients. *Cahier d'anesthésiologie* 1993;41:331-3.
9. Benamr S, Mohammadine E, Niamane R et al. Résultats du traitement chirurgical du cancer du côlon. *Médecine du Maghreb* 1996;60:27-33.
10. Moshine R, Choho A, Benamer A et al. Notre expérience à propos de 236 cas de cancers de l'œsophage. *Médecine du Maghreb* 1995;54:25-6.

Tableau I : Répartition des affections et états pathologiques selon les organes

	Effectifs	Fréquence (%)
<i>Affections œsophage (n= 22)</i>		7,3
Cancers	11	
Hernies hiatales	6	
Sténoses caustiques	3	
Reflux gastro-œsophagiens	2	
<i>Affections estomac duodénum (n= 30)</i>		10
Cancer gastrique	16	
Sténoses	10	
Ulcère gastrique	2	
Polype gastrique	1	
Cancer du cardia	1	
<i>Affections du grêle (n=7)</i>		2,3
Iléostomies transitoires	5	
Fistules post-opératoires	2	
<i>Affections du colon (n= 16)</i>		5,4
Cancers	11	
Dolichocôlon	2	
Colostomie transitoire	2	
Fistule post-opératoire	1	
<i>Affections rectum, anus (n=55)</i>		1,3
Fistules anales	33	
Hémorroïdes	11	
Prolapsus rectal	8	
Cancer du rectum	2	
Polype rectal	1	
<i>Affections, foie, vésicule et voies biliaires (n= 3)</i>		1
Cancer	2	
Kyste des voies biliaires	1	
<i>Affections de la rate (n= 3)</i>		1
<i>Affections du pancréas (n= 8)</i>		2,7
Cancers	5	
Faux kystes	3	
<i>Affections de la paroi abdominale (n= 156)</i>		52
Hernies inguinales	137	
Autres	19	
<i>Total</i>	300	100

Tableau III : Répartition des interventions réalisées suivant les organes

	Effectifs	Fréquence (%)
<i>Intervention sur l'œsophage (n= 13)</i>		4,7
Fundoplicatures	7	
Œsophagectomies	6	
<i>Intervention sur estom./duodén. (n=25)</i>		9,1
Gastrectomies	11	
Vagotomies	8	
Gastrostomies	4	
Sastroentéroanastomose	2	
<i>Interven sur grêle(n= 9)</i>		3,3
Rétablissement de cont.	5	
Kysto-jéjunostomie	2	
Jéjunostom. d'aliment.	1	
Iléo-transversostomie	1	
<i>Interventio colon(n= 17)</i>		6,2
Hémi-colectomie droite	6	
Colectomie segment. G	4	
Colostomie définitive	3	
Rétablissement de cont.	3	
Hémi-colectomies G	1	
<i>Intervention sur le rectum/l'anus (n= 47)</i>		17
Fistulotomies	18	
Fistulectomies	12	
Hémorroïdectomies	10	
Cure de prolapsus	6	
Polypectomies	1	
<i>Intervention sur la vésicule et les voies biliaires (n= 3)</i>		1,1
Dérivation bilio-digest.	2	
Kystectomie	1	
<i>Intervent. sur rate(n= 3)</i>		1,1
<i>Intervention sur le pancréas (n=1)</i>		0,4
spléno-pancréatectomie	1	
<i>Intervention sur paroi abdominale (n= 157)</i>		57,1
Cure de hernie inguin.	136	
Autres	21	
<i>Total</i>	275	100

Tableau II : Répartition des cancers selon les organes affectés

	Effectifs	Fréquence (%)
Cardia et estomac	17	35,4
Œsophage	11	22,9
Côlon	11	22,9
Pancréas	5	10,4
Rectum	2	4,2
Foie, vésicule et voies biliaires	2	4,2
<i>Total</i>	48	100