

## PERFORATION DIGESTIVE NON TRAUMATIQUE A KOUTIALA : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES.

### *Non-traumatic digestive perforation in Koutiala: epidemiological and therapeutic aspects.*

Coulibaly M<sup>3</sup>, Traoré D<sup>1, 2</sup>, Togola B<sup>1,2</sup>, Sanogo S<sup>2</sup>, Bengaly B<sup>1,2</sup>, Kanté A<sup>1,2</sup>, Ouattara D<sup>2</sup>, Coulibaly B<sup>1, 2</sup>, Ba Babou<sup>1, 2</sup>, Diallo S<sup>2</sup>, Ongoiba N<sup>1, 2</sup>.

1. Faculté de médecine de l'USTTB, Bamako, MALI ; 2. Chirurgie B, CHU Point G, Bamako, MALI ; 3. Hôpital de Koutiala, MALI

Auteur correspondant : Mahamadou Coulibaly, Praticien en chirurgie viscérale/générale à l'hôpital de Koutiala BP : 25 Email : [cmahamadou38@yahoo.fr](mailto:cmahamadou38@yahoo.fr) Tel : (00223) 79493009

### RESUME

**But** : Evaluer les aspects cliniques et thérapeutiques des perforations digestives non traumatiques au Centre de Santé de Référence de Koutiala. **Patients et Méthodes** : Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive allant du 1<sup>er</sup> Août 2017 au 31 décembre 2018. Les patients admis et opérés pour perforation digestive non traumatique étaient inclus. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, la fréquence, les aspects cliniques, les étiologies, le traitement et les suites opératoires. **Résultat** : Soixante-un patients ont été enregistrés. Les perforations digestives non traumatiques ont représenté 78,2% de causes de péritonite aiguë (n=78). Les hommes étaient majoritaires avec 73,8%. L'âge moyen était de 34,5 ans. La symptomatologie était représentée par la douleur abdominale chez tous les patients, les vomissements chez 56 patients et la fièvre chez 42 patients. La durée moyenne d'évolution de la symptomatologie était de 5,5 jours. A l'examen physique, les signes les plus fréquents étaient la contracture abdominale avec 81,9%, la disparition de la matité pré hépatique (52,4%) et la douleur au toucher rectal (95,1%). Un pneumopéritoine radiologique a été trouvé chez 39 patients. Le sérodiagnostic de Widal était positif dans 15 cas. Les étiologies étaient dominées par la perforation d'origine infectieuse avec 77,0% (46). La perforation était iléale chez 28 patients, appendiculaire chez 18 patients et gastroduodénale chez 11 patients. L'excision-suture de la perforation a été faite chez 30 patients, la résection anastomose chez 8 patients et l'appendicectomie chez 18 patients. La morbidité et la mortalité ont été respectivement de 14,7% et de 6,5%. **Conclusion** : Les perforations digestives non traumatiques sont la première cause de péritonite dans notre service. Le siège iléal est le plus fréquent et qui est secondaire le plus souvent à la fièvre typhoïde. La morbi-mortalité reste élevée et ce résultat est le reflet du diagnostic tardif qui constitue le principal facteur de gravité des perforations digestives. **Mots clés** : Perforation digestive, péritonite, Koutiala.

### SUMMARY

**Purpose**: the aim of this study was to evaluate the clinical and therapeutic aspects of non-traumatic digestive perforations at the Koutiala Reference Health Center. **Patients and methods**: This was a prospective and descriptive study from August 1, 2017 to December 31, 2018. Patients admitted and operated on for non-traumatic digestive perforation were included. The parameters studied were age, sex, frequency, clinical aspects, etiologies, treatment and operative follow-up. **Result**: Sixty-one patients were registered. Non-traumatic digestive perforations accounted for 78.2% of cases of acute peritonitis (n = 78). Men were in the majority with 73.8%. The average age was 34.5 years old. The symptomatology was represented by abdominal pain in all patients, vomiting in 56 patients and fever in 42 patients. The mean duration of evolution of the symptomatology was 5.5 days. On physical examination, the most common signs were abdominal contracture with 81.9%, disappearance of pre-hepatic maturation (52.4%) and pain in rectal examination (95.1%). Radiological pneumoperitoneum was found in 39 patients. The serodiagnosis of Widal was positive in 15 cases. The etiologies were dominated by perforation of infectious origin with 77.0% (46). The perforation was ileal in 28 patients, appendicular in 18 patients and gastroduodenal in 11 patients. Excision-suturing of the perforation was done in 30 patients, resection anastomosis in 8 patients and appendectomy in 18 patients. Morbidity and mortality were respectively 14.7% and 6.5%. **Conclusion**: Non-traumatic digestive perforations are the first cause of peritonitis in our department. The ileal seat is the most common and is most often secondary to typhoid fever. Morbidity and mortality remain high and this result is a reflection of late diagnosis which is the main factor of severity of digestive perforations. **Key words**: Digestive perforation, peritonitis, Koutiala.

### INTRODUCTION

Les perforations digestives non traumatiques occupent une place importante dans les causes de péritonite aiguë. Kambiré [1] en 2017 rapporte 120 cas de perforation digestive sur 148 cas de péritonite opérée au Burkina Faso [1]. NgoNonga [2] rapporte 30 cas de

perforation digestive sur 69 péritonites opérées en 2015 au Cameroun. Le tableau clinique se résume en une péritonite aiguë généralisée le plus souvent mais la confirmation de la perforation passe par la radiographie de l'abdomen sans préparation voir le scanner [3]. En Afrique les complications de la fièvre

typhoïde et des ulcères gastroduodénaux sont des étiologies les plus fréquentes [1, 2, 4]. Le retard de la consultation entraînant un retard de la prise en charge, explique l'importance de la morbidité et de la mortalité. Le but de ce travail était d'évaluer les aspects cliniques et thérapeutiques des perforations digestives non traumatiques au Centre de Santé de Référence de Koutiala

## METHODE

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive allant du 1<sup>er</sup> Août 2017 au 31 décembre 2018. Elle a porté sur les patients admis et opérés pour perforation digestive non traumatique dans le service de chirurgie générale du Centre de Santé de Référence de Koutiala. Les patients opérés pour perforations digestives traumatiques n'ont pas été inclus dans notre étude. Le test de comparaison a été le test de Khi2 et la probabilité  $p < 0,05$  a été considérée comme significative. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, la fréquence, les aspects cliniques, les étiologies, le traitement et les suites opératoires.

## RESULTATS

Nous avons colligé les dossiers de 61 patients opérés pour perforation digestive non traumatique. Elles ont représenté 9,8% des interventions chirurgicales ( $n=624$ ), 21,9% ( $n=278$ ) des urgences chirurgicales et 78,2% de causes de péritonite aiguë ( $n=78$ ). L'âge moyen était de  $34,5 \text{ ans} \pm 21,6$  avec des extrêmes allant de 5 ans et 80 ans. Les hommes étaient majoritaires avec 73,8%. Le sex-ratio était de 2,8. La symptomatologie était représentée par la douleur abdominale avec 100 % des cas ( $n=61$ ), les vomissements (91,8%,  $n=56$ ) et la fièvre (68,8%,  $n=42$ ). La durée d'évolution de la symptomatologie était de  $5,5 \text{ jours} \pm 3,3$  avec des extrêmes allant de 1 et 15 jours. A l'examen physique, le signe le plus fréquent était la contracture abdominale avec 81,9% des cas ( $n=50$ ) suivi de la disparition de la matité pré hépatique (52,4%,  $n=32$ ) et de douleur au toucher rectal (95,1%,  $n=58$ ). La radiographie de l'abdomen sans préparation était réalisée chez 48 patients soit 78,6% des cas. Il y'avait le pneumopéritoine chez 39 patients soit 63,9% des cas et une grisaille diffuse chez 9 patients (14,7% des cas). L'échographie abdomino-pelvienne a été faite dans 36,1% des cas ( $n=22$ ). Elle a permis d'objectiver un épanchement intra péritonéal localisé chez 9 patients soit 14,7%. Le sérodiagnostic de Widal réalisé chez 23 patients suspects a été positif que dans 15 cas (soit 65,2% des cas ou le test a été réalisé). La numération formulaire sanguine a été faite chez tous les patients et a permis de trouver une hyperleucocytose dans 88,5% des cas ( $n=54$ ). Le tableau clinique se résumait en une péritonite aiguë généralisée chez 50 patients (82%) et une péritonite localisée chez 11 patients (18,0%). Les

étiologies sont listées dans le **Tableau I**. Le siège de la perforation est présent dans le **Tableau II**. La perforation était unique chez 52 patients (85,2%) des cas et double chez 6 patients (9,8%). Il y'avait plus de 2 perforation chez 3 patient soit 5% des cas. La taille de la perforation était inférieure ou égale à 0,5 cm chez 43 patients (70,5%) et située entre 0,5 et 1 cm chez 14 patients (22,9%). Chez 4 patients, la perforation était supérieure à 1 cm soit 6,6% des cas (il s'agit de 3 cas de perforation tumorale et le cas de perforation vésiculaire). Nous avons réalisé une réanimation préopératoire chez tous les malades dont la durée moyenne était de deux heures. Les antibiotiques utilisés en per opératoire étaient l'association de la céphalosporine de la troisième génération (ceftriaxone) et imidazolés (métronidazole). L'examen direct du prélèvement de l'épanchement péritonéal était positif dans 43 cas (70,5%), stérile dans 18 cas (29,5%). Il a mis à évidence des bacilles à gram négatif chez 28 patients, des coques à gram positif chez 10 patients et de bacilles gram négatifs associés aux coques gram positifs chez 5 patients. Tous les patients ont été opérés par la laparotomie. En fonction de l'étiologie, les méthodes chirurgicales sont listées dans le **Tableau III**. Les 3 cas de tumeur étaient des adénocarcinomes en anatomopathologie post opératoire. Les cas de perforation d'ulcère gastroduodénale ont tous reçu en post opératoire le traitement d'éradication de l'*Helicobacter pylori* associant une molécule IPP (inhibiteur de la pompe à proton) pendant quatre semaines, l'amoxicilline et le métronidazole pendant une semaine. La morbidité était de 14,7% ( $n=9$ ). Il s'agissait de la suppuration pariétale 5 cas et de péritonite post opératoire 4 cas (dont 3 cas de lâchage anastomotique et 1 cas d'épanchement sous phrénique résiduel). La durée moyenne d'hospitalisation était de  $5,6 \text{ jours} \pm 1,8$  avec des extrêmes allant de 1 et 12 jours. La mortalité était de 6,5% des cas ( $n=4$ ).

## DISCUSSIONS

Pendant la période d'étude, nous avons colligé les dossiers de 61 patients présentant la perforation digestive non traumatique. Ces perforations digestives ont été la cause la plus fréquente des péritonites aiguës dans le service avec 78,2% (61/78). Cette fréquence élevée est retrouvée dans d'autres séries [1, 2]. La prédominance masculine est nette. Sanogo [4] rapporte un sex-ratio de 2,4 ; Ayité [5] 2,05 et notre série 2,8. L'âge moyen de 34,5 ans retrouvé dans notre série est proche de celui de Ngo Nonga [2] 32 ans et non loin de celui de Kambiré [1] qui a trouvé 30 ans. Cette population relativement jeune expliquerait dans les étiologies des perforations digestives la prédominance de la fièvre typhoïde et de

l'appendicite aiguë. Le tableau clinique est celui d'un syndrome péritonéal selon les auteurs. Cependant nous avons trouvé une péritonite aiguë généralisée dans 82% des cas, faite de douleur abdominale (100%), des vomissements (91,8%), la contracture abdominale (81,9%) et la douleur au toucher rectal (95,1%). Des résultats similaires sont rapportés par Sissoko [6] avec 100% de douleur, de disparition de la matité pré hépatique (63%) et de douleur au toucher rectal 56%. La radiographie de l'abdomen sans préparation a été réalisée chez la plus part de nos patients soit 78,6% des cas. Même dans les conditions techniques satisfaisantes, Touarel [7] rapporte que la sensibilité de la radiographie de l'abdomen sans préparation varie de 50% à 70% dans la recherche du pneumopéritoine. Ainsi nous avons trouvé un taux de pneumopéritoine de 63,9%. Ce résultat est proche de ceux apportés par Ayité (p=0,9) [5] et Sissoko (p=0,1) [6]. Nous avons enregistré 77,0% de perforation d'origine infectieuse. Ces perforations siègent sur l'iléon dans 46% des cas motivant ainsi le test de sérodiagnostic de Widal en post opératoire et qui s'est révélé positif chez 20 patients (32,8%). Kassegne [8] rapporte que le diagnostic de perforation du grêle d'origine typhique peut être porté par extension en présence des caractéristiques des perforations trouvées en per opératoire même en absence de confirmations bactériologiques. Nous avons noté 29,5% de cas de perforation appendiculaire dans cette série, qui occupe la deuxième place des étiologies. Ce résultat est similaire de celui apporté par Ngo Nonga (p=0,7) [2]. Les autres causes des perforations (les perforations d'ulcère gastrique et duodénal, tumorales gastriques et caecales, vésiculaires) ont représenté 23% des cas. En ce qui concerne le traitement chirurgical tous nos malades ont été opérés par la laparotomie. Par rapport aux 11 cas de perforation au niveau gastro duodénal, 10 ont bénéficié une suture simple après excision des berges de la perforation et chez un patient nous avons réalisé une résection anastomose car il présentait une tumeur macroscopique. Cette attitude va dans le même sens que celle apporté par Vibert [9] et Tran [10]. Les auteurs rapportent qu'il ne faut pas chercher à prouver l'infection par l'*Helicobacter pylori* (HP) mais à prescrire de façon probabiliste un traitement antibiotique destiné à éradiquer l'HP [11]. Ce protocole est respecté dans notre série avec 4 semaines pour les IPP et une semaine pour les antibiotiques. Concernant les perforations intestinales, les procédures opératoires sont fonctions de l'étendu des lésions et de l'état général du malade. Le geste chirurgical va de la suture simple à la résection anastomose ou iléostomie et l'appendicectomie pour les perforations appendiculaires. Notre étude apporte

également un cas de cholécystectomie pour perforation vésiculaire typhique. Pour le traitement de la péritonite aiguë, la toilette péritonéale et drainage ont été ajoutés systématiquement chez tous les patients. L'antibiothérapie postopératoire a été basée sur le résultat de l'examen direct du prélèvement de l'épanchement péritonéal car l'antibiogramme n'est pas réalisable dans notre cercle. Les suppurations superficielles et profondes sont des complications fréquemment décrites après le traitement pour la perforation digestive non traumatique et leur fréquence varient entre 8 et 60% selon la littérature [1, 12, 13]. Dans notre série cette morbidité est de 14,7%. Le décès survient le plus souvent dans les contextes de défaillance polyvisérale, de choc septique et de choc hypovolémique. Kouassi [13] apporte un taux de mortalité de 4,5% (p=1), Kouamé [14] 5,8% (p=1) et notre série 6,5%. Ce taux de mortalité élevé serait lié à un retard de consultation dont la durée moyenne a été de 5,5 jours qui pouvait atteindre 15 jours selon les patients.

## CONCLUSION

Les perforations digestives non traumatiques sont la première cause de péritonite dans notre service. Le siège iléal est le plus fréquent et qui est secondaire le plus souvent à la fièvre typhoïde. Les suppurations superficielles et profondes sont les principales complications. La mortalité reste élevée. Ces résultats sont le reflet du diagnostic tardif qui constitue le principal facteur de gravité des perforations digestives.

## REFERENCES

- 1- Kambiré JL, Zaré C, Sanou B, Kambou T. Étiologies et pronostic des péritonites secondaires au centre hospitalier universitaire de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Journal Africain d'Hépatogastroentérologie* 2017 ; 11:149-151.
- 2- Ngo Nonga B, Mouafo TF, Ngowe Ngowe, Takongmo S, Sosso MA. Etiologies des péritonites aiguës généralisées au CHU de Yaoundé. *Rev. Afr. Chir. Spéc.* 2010 ; 4 (7):30-2
- 3- Regent D, Balaj C, Jausset F, Oliver A, Sellal C, Croise-Laurent V. Perforations du tube digestif. *EMC - Radiologie et imagerie médicale - abdominale - digestive* 2012;0(0):1-21
- 4- Sanogo ZZ, Camara M, Doumbia M, Soumaré L, Koumaré S. Perforations digestives au CHU du Point G. *Mali Médical* 2012 ; 27(1) : 19-22.
- 5- Ayité A, Dosseh D, Katakoua G, Tekou HA, James K. Traitement chirurgical des perforations non traumatiques uniques de l'intestin grêle : excision ou résection-anastomose. *Annale de chirurgie* 2005 ; 131 (2) : 91- 95.
- 6- Sissoko F, Ongoïba N, Berete S, Diarra S, Coulibaly Y. Péritonites par perforation iléale

en chirurgie « B » de l'hôpital du point-« G ». Mali Médical 2003; 1(2): 22-24

7- Touarel P. Perforations digestives : De nouveaux enjeux diagnostique et thérapeutique. Formation médicale continue JFR 2006 : 427-433.

8- Kassegne I, Sewa E.V, Kanassoua K, Alassani F, Adabra K, Amavi A.K et al. Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques du grêle à Dapaong, Togo. Médecine et Sante´ Tropicales 2016 ; 26 : 71-74.

9- Vebert E. Ulcère gastrique perforée : suture ou gastrectomie? Annale de chirurgie 2005 ; 130 : 92-95.

10- Tran T, Quandalle P. Traitement des perforations d'ulcère gastroduodénale par suture simple suivie de l'éradication de l'Helicobacter pylori. Annale de chirurgie 2002 ; 127 : 32-4.

11- Cougard P, Barrat C, Gayral F, Cadière GB, Meyer C. Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé. Résultat d'une étude rétrospective multicentrique. Annale de chirurgie 2000; 125 : 726-31.

12- Kouassi JC, Diane B, Lebeau R, Yenon K, Koukou B. Traitement Chirurgical des perforations de l'intestin grêle d'origine typhique au CHU de Bouaké. Rev.Int.Sci.Méd. 2006; 8 (1) : 10-13.

13- Lebeau R, Diané B, Kassi ABF, Yénon KS, Kouassi JC. Urgences abdominales digestives non traumatiques chez les sujets âgés au CHU de Cocody à Abidjan, Côte d'Ivoire : étiologies et résultats thérapeutiques. Médecine Tropicale 2011 ; 71 : 241-244

14- Kouamé B D, Ouattara O, Dick R.K, Roux C. Résultats du traitement des perforations typhiques de l'enfant à Abidjan (côte d'ivoire). Médecine d'Afrique Noire 2000 ; 47 (12) : 509-11.

**Tableau I :** Répartition des patients opérés pour perforation digestive à Koutiala entre Août 2017 et Décembre 2018 selon les étiologies de la perforation

Etiologie	Nombre de cas (n : 61)	%
Perforation infectieuse	47	77,1
Perforation ulcéreuse	10	16,4
Perforation tumorale	3	4,9
Perforation diverticulaire iléale	1	1,6

**Tableau II :** Répartition des patients opérés pour perforation digestive à Koutiala entre Août 2017 et Décembre 2018 selon le siège de la perforation

Perforations	Nombre de cas	%
Gastrique	5	8,2
Duodénale	6	9,8
Iléale	28	46
Caecale	3	4,9
Appendiculaire	18	29,5
Vésiculaire	1	1,6
Total	61	100

**Tableau III :** Répartition des patients opérés pour perforation digestive à Koutiala entre Août 2017 et Décembre 2018 selon le traitement chirurgical et le siège de la perforation

Siège de la perforation	Nombre de cas (n : 61)	Technique chirurgicale	%
Perforation gastrique tumorale	1	Résection anastomose	1,6
Perforation d'ulcère gastrique	4	Excision-suture	6,6
Perforation d'ulcère duodénale	6	Excision-suture	9,8
Perforation iléale	20	Excision-suture	32,8
	5	Résection anastomose	8,2
	3	Iléostomie	5
Perforation caecale tumorale	2	Résection anastomose	3,3
Perforation caecale infectieuse	1	Coecotomie	1,6
Perforation appendiculaire	18	appendicectomie	29,5
Perforation vésiculaire	1	cholécystectomie	1,6