

## ABDOMENS AIGUS CHIRURGICAUX A KOUTIALA : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.

### *Diagnosis and treatment of acute surgical abdomen in Koutiala.*

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. Tel : (00223) 79493009

### RESUME

**But :** Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des abdomens aigus chirurgicaux au Centre de Santé de Référence de Koutiala. **Patients et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive allant du 1er Aout 2017 au 31 Mai 2018. Elle a porté sur tous les patients opérés pour abdomen aigu dans le service de chirurgie générale du centre de santé de référence de Koutiala. N'ont pas été retenus dans notre étude les abdomens aigus chirurgicaux non opérés, les abdomens aigus non chirurgicaux. La classification de Clavien-Dindo a été utilisée pour évaluer les complications. **Résultats :** Cent patients ont été enregistrés. Les abdomens aigus chirurgicaux ont représenté 8,4% des consultations (n=1190), 27,7% des interventions chirurgicales (n=361) et 70% des urgences chirurgicales (n=142). L'âge moyen était de 34,4 ans±18,5. Les hommes étaient majoritaires avec 70%. La durée moyenne d'évolution de la symptomatologie était de 4,8 jours±5,4. Les patients ont consulté pour douleur abdominale (100%), la fièvre (60%), les vomissements (88%) et l'arrêt des matières et des gaz (32%). L'examen physique a noté la distension abdominale (53%), la contracture abdominale(36%), la défense abdominale (56%) et la douleur au cul de sac de Douglas (95%). La radiographie de l'abdomen sans préparation et l'échographie abdomino-pelvienne ont contribué respectivement au diagnostic dans 46% des cas et 18% des cas. Les appendicites aiguës(35%) étaient les étiologies les plus fréquentes suivies des péritonites aiguës (31%) et les occlusions intestinales aiguës (15%). Nous avons réalisé une appendicectomie chez 45 patients (45%), la résection anastomose (15%) et l'excision-suture (13%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,7 jours. La morbidité était de 12%. Selon la classification de Clavien-Dindo, 9 patients étaient de grade III et 3 de grade V. La mortalité était de 3%. **Conclusion :** Les abdomens aigus chirurgicaux sont des urgences les plus fréquentes dans notre pratique. Le diagnostic est clinique et para clinique le plus souvent. La morbi-mortalité reste élevée. Le résultat du traitement dépend de la prise en charge précoce et la maîtrise des techniques de chirurgie abdominale. **Mots clés :** Urgences-abdomen aigu-chirurgie-morbidité-mortalité

### SUMMARY

**Purpose:** To describe the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of acute surgical abdomens at the Koutiala Reference Health Center. **Patients and method:** This was a prospective and descriptive study from August 1, 2017 to May 31, 2018. It included all patients operated on for acute abdomen in the General Surgery Department of the Koutiala Reference Health Center. The study did not include the nonoperated surgical acute abdomens, the non-surgical acute abdomens. Clavien-Dindo classification was used to evaluate complications. **Results:** One hundred patients were registered. Acute surgical abdomens accounted for 8.4% of consultations (n = 1190), 27.7% of surgical procedures (n = 361) and 70% of surgical emergencies (n = 142). The average age was 34.4 years ± 18.5. Men were in the majority with 70%. The mean duration of change in symptomatology was 4.8 days ± 5.4. Patients consulted for abdominal pain (100%), fever (60%), vomiting (88%) and discontinuation of materials and gases (32%). The physical examination noted abdominal distension (53%), abdominal contracture (36%), abdominal defense (56%) and pain in the cul de sac of Douglas (95%). X-rays of the abdomen without preparation and abdominopelvic ultrasonography contributed to the diagnosis in 46% of cases and 18% of cases, respectively. Acute appendicitis (35%) was the most common etiology followed by acute peritonitis (31%) and acute intestinal obstruction (15%). We performed an appendectomy in 45 patients (45%), resection anastomosis (15%) and excision-suture (13%). The average duration of hospitalization was 4.7 days. The morbidity was 12%. According to the Clavien-Dindo classification, 9 patients were grade III and 3 grade V. The mortality was 3%. **Conclusion:** Acute surgical abdomens are the most common emergencies in our practice. The diagnosis is clinical and para-clinical most often. Morbidity and mortality remain elevated. The outcome of treatment depends on early management and mastery of abdominal surgery techniques. **Key words:** Emergency-acute abdomen-surgery-morbidity-mortality

### INTRODUCTION

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), les abdomens aigus chirurgicaux sont

des douleurs abdominales évoluant depuis quelques heures ou quelques jours (moins de

trois) et qui sont en rapport avec une pathologie chirurgicale nécessitant un traitement en urgence [1]. Ils occupent une place importante dans les activités de chirurgie viscérale. Leur fréquence varie entre 42,7% et 72,7% selon la littérature [2, 3, 4,5]. L'aspect clinique se résume en un syndrome péritonéal ou occlusif le plus souvent [4, 6]. En Europe les appendicites viennent en tête des étiologies [2] et en Afrique ce sont les occlusions intestinales aiguës suivies des appendicites et des péritonites [6]. La morbi-mortalité est élevée et est favorisée par le retard de consultation et de la prise en charge [7, 8]. Le pronostic dépend du diagnostic précoce et de la prise en charge. Plusieurs études ont été réalisées sur les abdomens aigus chirurgicaux dans notre pays. Cette étude est une première dans le cercle de Koutiala dont le but était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des abdomens aigus chirurgicaux au Centre de Santé de Référence.

## METHODE

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive allant du 1<sup>er</sup> Aout 2017 au 31 Mai 2018. Elle a porté sur tous les patients opérés pour abdomen aigu dans le service de chirurgie générale du centre de santé de référence de Koutiala. N'ont pas été retenus dans notre étude les abdomens aigus chirurgicaux non opérés, les abdomens aigus non chirurgicaux. Le test de comparaison a été le test de Khi2 et la probabilité  $p < 0,05$  a été considérée comme significative. Nous nous sommes intéressés chez nos patients à l'âge, le sexe, les aspects cliniques, les étiologies, le traitement et le résultat. La classification de Clavien-Dendo a été utilisée pour évaluer les complications.

## RESULTAT

Nous avons colligé les dossiers de 100 patients présentant un abdomen aigu chirurgical, qui ont représenté 8,4% des consultations (n=1190), 27,7% des interventions chirurgicales (n=361) et 70% des urgences chirurgicales (n=142). L'âge moyen était de 34,4 ans  $\pm$  18,5 avec des extrêmes allant de 1 an et 80 ans. Les hommes étaient majoritaires avec 70% (n=70). Le sex-ratio était de 2,3. La durée moyenne d'évolution de la symptomatologie était de 4,8 jours  $\pm$  5,4 avec des extrêmes allant de 1 et 30 jours. La symptomatologie était représentée par la douleur abdominale chez tous les patients (100%), les vomissements 88 cas (88%) et la fièvre dans 60 cas (60%). Il y'avait 32 cas (32%) d'arrêt des matières et des gaz, 3 cas (3%) de Diarrhée et 2 cas (2%) de rectorragie. A l'examen physique, nous avons noté 53 cas de distension abdominale, 14 cas de tuméfaction pariétale abdominale, 36 cas (36%) de contracture abdominale et 56 cas (56%) de défense abdominale. La matité pré hépatique a

été enregistrée chez 14 patients (14%) et la douleur au cul de sac de Douglas chez 95 patients (95%). Les pathologies des abdomens aigus chirurgicaux sont consignées dans le **Tableau I**. La numération formulaire sanguine a été faite chez tous les patients et a permis de trouver une hyperleucocytose dans 44% des cas (n=44) et une anémie dans 8% des cas (n=8). La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) a été réalisée chez 46 patients. Elle a objectivé un pneumopéritoine chez 14 patients soit 14% des cas, de grisaille diffuse chez 18 patients (18%) et des niveaux hydro-aériques chez 14 patients (14%). L'échographie abdominale a contribué au diagnostic chez 18 patients (7 cas d'hémopéritoine, 8 cas d'abcès appendiculaire et 3 cas d'appendicite aiguë de diagnostic difficile). Les étiologies des péritonites étaient la perforation iléale : infectieuse (12 cas), tumorale (1 cas), traumatique (1 cas), sur corps étranger (1 cas) ; la perforation caecale (2 cas), la perforation d'ulcère duodénale (2 cas), la perforation de tumeur gastrique (1 cas) et la rupture de pyocholécyste (1 cas). Il y'avait 10 cas de péritonite appendiculaire. Pour les occlusions intestinales aiguës nous avons noté 4 cas de volvulus du grêle, 3 cas de brides post opératoires, 3 cas d'invagination intestinale aiguë avec nécrose, 2 cas de volvulus du colon sigmoïde sans nécrose, 2 cas de hernie interne étranglée et 1 cas de tumeur du colon sigmoïde. Il y'avait 11 cas de hernie inguinale étranglée et 1 cas de hernie ombilicale étranglée. Les causes d'hémopéritoine étaient la fracture splénique (3 cas), la fracture hépatique (2 cas), la brèche de l'artère mésentérique (1 cas) et la section de l'artère ovarienne (1 cas). Tous les malades ont été opérés en urgence. La technique opératoire est présente dans le **Tableau II**. La sérologie de Félix-Widal réalisée en période postopératoire est revenue positive chez 12 patients qui présentaient une perforation iléale survenue dans un contexte infectieux. L'examen direct du prélèvement de l'épanchement péritonéal était positif dans 30 cas (30%), stérile dans 9 cas (9%). Il a mis à évidence des bacilles à gram négatif chez 19 patients, de coques positives chez 11 patients. L'examen anatomopathologique a été réalisé chez 3 patients dont une tumeur gastrique perforée, une tumeur iléale perforée et une tumeur sigmoïdienne en occlusion. Il a permis de mettre en évidence 2 cas d'adénocarcinome et un cas de lymphome. Les suites opératoires étaient simples dans 85 cas. Nous avons noté 7 cas de suppuration pariétale, 3 cas de péritonites post opératoires, 1 cas d'éviscération et 1 cas de fistule digestive externe. Selon la classification de Clavien-Dindo, les complications étaient de grade II dans 3 cas, grade IIIa (2 cas), grade IIIb (7 cas) et grade V (3 cas). La durée moyenne

d'hospitalisation a été de 4,7 jours±3 jours avec des extrêmes allant de 2 et 17 jours. La mortalité était de 3% (n=3)

## DISCUSSIONS

Nous avons fait une étude prospective et descriptive portant sur 100 patients opérés pour abdomen aigu, représentant 70% des urgences chirurgicales. Ce taux se rapproche de ceux de Harouna au Niger 62% (p=0,06) [6] et de Konaté au Mali 72,7% (p=0,7) [5]. Ces résultats expliquent la lourde tâche du chirurgien viscéral dans un cercle mais aussi dans les régions africaines. Les hommes étaient majoritaires avec un sex-ratio de 2,6 et un âge moyen de 34,4 ans. Cette prédominance masculine justifie l'activité principale dans le cercle qui est l'agriculture et qui nécessite des efforts physiques et l'implication d'une population plus jeune. Selon la littérature la douleur est le signe le plus constant, elle est associée à la fièvre, aux vomissements et à l'arrêt des matières et des gaz chez la plus part des patients [Soumah 9, Gaye 7]. Notre étude rapporte un taux de douleur de 100% des cas, fièvre 32%, des vomissements 88% et des AMG 32%. La plus part de nos patients a consulté après quatre jours avec un délai moyen de 4,8 jours. Gaye [7] apporte un délai moyen de 4,6 jours. Ce retard de consultation est lié à des croyances culturelles et de manque de moyens financiers d'une part et de défaut de diagnostic dans nos centres de santé périphériques d'autre part. La radiographie de l'abdomen sans préparation était demandée que devant des syndromes (péritonéal et occlusif). L'échographie abdominale a été un apport capital dans le diagnostic des hémopéritoines, des abcès appendiculaires et des cas d'appendicite aigue de diagnostic difficile. Dans plusieurs études africaines les appendicites aiguës viennent en tête des étiologies des abdomens aigus chirurgicaux [9, 10]. Ces études se rapprochent du notre qui a objectivé 35% des cas d'appendicite aigue. Par contre Wade [11] a apporté dans une série sénégalaise un taux d'occlusion intestinale élevé avec 41% des cas (p=0,00001). La raison est que son étude portait uniquement sur les sujets âgés, dont l'âge moyen était de 73 ans, qui sont des personnes à risque pour le volvulus du colon et de tumeur colique. Les péritonites aiguës étaient la deuxième étiologie avec 31% des cas. Elles étaient secondaire généralement à une perforation iléale dans un contexte infectieux. Le même constat est rapporté par d'autres séries [6,9]. La technique chirurgicale a été faite en fonction de l'étiologie péroopératoire. L'examen bactériologique des liquides pathologiques (pus) était réalisé que chez les patients présentant la péritonite aigue et les abcès appendiculaires. Par défaut de milieu de

culture des germes dans le cercle, l'examen direct a été réalisé et qui a permis de mettre en évidence les bacilles à gram négatif chez 19 patients. Nous n'avons pas pu faire l'examen anatomo-pathologique devant tous les cas éventuels car tous les services d'anatomo-pathologie se trouvent dans la capitale située à 390 km de notre localité. Mais c'est seulement chez 3 patients qu'on a pu le réaliser et il s'agissait d'une tumeur gastrique perforée, une tumeur iléale perforée et une tumeur sigmoïdienne en occlusion. La morbidité post opératoire des abdomens aigus chirurgicaux reste élevée selon les auteurs. Sounah [9] rapporte 18,2% (p=0,3), Wade [11] 20,2% (p=0,2) et notre série 12%. Ces complications étaient graves car 12 de nos patients avaient un grade supérieur ou égal à 3 selon la classification de Clavien-Dindo. La mortalité de 3% dans notre étude se rapproche de ceux de la littérature qui varient de 3 à 20% [7, 10, 12]. Ce taux élevé dépend de plusieurs facteurs tels que le retard diagnostique et de la prise en charge.

## CONCLUSION

Les abdomens aigus chirurgicaux sont des urgences les plus fréquentes dans notre pratique. Le diagnostic est clinique et para clinique le plus souvent. La morbi-mortalité reste élevée. Selon la classification de Clavien-Dindo, 9 patients étaient de grade III et 3 de grade V. Le résultat du traitement dépend de la prise en charge précoce et la maîtrise des techniques de chirurgie abdominale.

## REFERENCES

- 1-Vally N T. Fréquence et prise en charge des abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie de l'hôpital provincial de Kananga (RDC) : A propos de 229 cas. Mémoire online 2013 : 41-59.
2. Arnaud J. Conduite à tenir devant un abdomen aigu. Encycl Med Chir Paris 2003,24.
3. Mushtaq A, Mehbood S, Stephen L, Philomena J, Sifat W: Survey of surgical emergencies in a rural population in the Northern areas of Pakistan. Trop Med & Int Health 1999; 12 : 846.
- 4-Kassegne I. Prise en charge des urgences abdominales chirurgicales au centre hospitalier universitaire de Kara (Togo) : étude rétrospective à propos de 594 cas sur une période de dix ans. Médecine et Santé Tropicales 2015 ; 25: 39-43
5. Konaté M. Les urgences chirurgicales au CHU Gabriel Touré. Thèse médecine Bamako 2005. 13-33. N°05M238.
- 7-Gaye I, Leye PA, Traoré M, Ndiaye P I, Ba EHB, Diawo M. Prise en charge péri opératoire des urgences chirurgicales abdominales chez l'adulte au CHU Aristide Le Dantec. Pan African Medical Journal 2016; 24:190.

8-Magagi I, Adamou H, Habou O, Magagi A, Halidou A, Ganiou K. Urgences chirurgicales digestives en Afrique subsaharienne : étude prospective d'une série de 622 patients à l'Hôpital national de Zinder, Niger. Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2017; 110:191-197

9- Soumah SA, Ba PA, Diallo-Owono FK, Toure CT. Les abdomens aigus chirurgicaux en milieu africain: étude d'une série de 88 cas à l'hôpital Saint Jean de Dieu de Thiès. Sénégal Bull Med Owendo. 2011; 13(37): 13-16.

10-Maiga AA. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des pathologies abdominales chirurgicales d'urgence à l'hôpital de Gao. Thèse médecine Bamako 2009: 35-45. N° 09M372

11- Wade T, Ba PA, Diao ML, Diop B, Cisse M, Konaté I. Urgences chirurgicales digestives non traumatiques chez le sujet âgé au CHU Aristide-Le-Dantec de Dakar : à propos d'une série de 110 cas. Hépatol. Gastroentérol 2016 ; 10:190-193.

12-Samassekou P. Les urgences chirurgicales digestives au centre de santé de Koulikoro (Mali). Thèse médecine Bamako 2009 : 25-39. N°09M423

**Tableau I : Répartition des patients opérés pour abdomen aigu selon les pathologies**

Pathologie	Effectif	%
Appendicite aiguë	35	35
Péritonite aiguë	31	31
Occlusion intestinale	15	15
Hernie de paroi	12	12
Hémopéritoine	7	7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau II : Répartition des patients opérés pour abdomen aigu selon la technique chirurgicale**

Techniques	%
Appendicectomie	45
Excision-suture	13
Résection anastomose	16
Gastrectomie des 4/5	1
Cholécystectomie	1
Section des brides	3
Désinvagination manuelle	2
Intervention de Hartmann	1
Exérèse tumeur+ anastomose	1
Cure de la hernie simple	10
Hémostase	4
Splénectomie	1
Pontage	1
Ligature	1