

ARTICLE ORIGINAL

LES STENOSES PYLORO-DUODENALES NON TUMORALES OU LES STENOSES ANTRO-PYLORIQUES NON TUMORALES : ASPECTS THERAPEUTIQUES EN CHIRURGIE VISCERALE AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM) DE COTONOU

PYLORO-DUODENAL STENOSIS OR ANTRO-PYLORIC STENOSIS NO DUE TO TUMOR: THERAPEUTIC ASPECTS IN VISCERAL SURGERY AT TEACHING AND HOSPITAL CENTER HUBERT KOUTOUKOU MAGA OF COTONOU

KC VIGNON(1), DK MEHINTO(1), KR VIGNON(2), BA CODO(1), NH NATTA N'TCHA(1), MNA MEHINTO(3), N PADONOU(1).

1. Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale-Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou Maga. 01BP386 Cotonou-Bénin.

2. Hôpital d'Instruction des Armées (HIA). Camp Guézo-Cotonou

3. Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique (CUGO)-Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou Maga. 01BP386 Cotonou-Bénin.

RÉSUMÉ

Introduction: La sténose pyloro-duodénale non tumorale ou antro-pylorique non tumorale est de plus en plus rare.

But: Rapporter ses aspects thérapeutiques.

Méthode: A partir d'une étude rétrospective de Janvier 1990 à Mars 2012 en chirurgie viscérale au CNHU-HKM de Cotonou, les dossiers de 124 cas de sténose pyloro-duodénale non tumorale ou antro-pylorique non tumorale ont été analysés.

Résultats: La fréquence était de 5,6 cas/an, l'âge moyen de 41,5 ans, la sex-ratio de 2,3. Les étiologies étaient ulcéreuses (121 cas; 97,6%) et caustiques (3 cas; 2,4%). La réanimation préopératoire était adaptée mais six cas (4,8%) de décès étaient observés. Pour les 118 restants opérés, les localisations étaient: bulbaire (68 cas; 57,6%), antro-pylorique (35 cas; 29,7%) et pyloro-bulbaire (15 cas; 12,7%). Les étiologies étaient ulcéreuses dans 116 cas et caustiques dans 2 cas pour lesquelles une pyloroplastie selon Heinecke Mickulicz était réalisée pour sténose bulbaire et une antrectomie avec anastomose gastro-jéjunale pour sténose antro-pylorique. Pour les 82 cas de sténose bulbaire ulcéreuse opérée, une pyloroplastie était plus réalisée (78 cas; 95,1%) qu'une gastrojéjunostomie (4 cas; 4,9%). Une vagotomie tronculaire bilatérale était associée dans 79,3% des cas (65/82). Pour les 34 cas de sténose antro-pylorique ulcéreuse opérée, une antrectomie était réalisée dans 30 cas (88,2%) suivie d'une gastro-duodénostomie selon Péan (19 cas; 63,3%) ou d'une gastro-jéjunostomie selon Finsterer (11 cas; 36,7%). Le traitement d'éradication de l'*Helicobacter pylori* était systématique. L'évolution post-opératoire était favorable chez 110 patients (93,2%). La morbidité était de 6,8% (8 cas) dominée par la suppuration pariétale (6/118; 5,1%). La durée moyenne d'hospitalisation des 124 patients était de 18,9 jours.

Conclusion: L'étiologie ulcéreuse prédominait. La chirurgie de la sténose était systématique et encore souvent associée à une vagotomie. Les suites opératoires étaient surtout favorables.

Mots clés: Sténose pyloro-duodénale; Sténose antro-pylorique; Vagotomie; Pyloroplastie; Gastro-jéjunostomie.

SUMMARY

Introduction: Pyloro-duodenal stenosis or antro-pyloric stenosis no due to tumor is more and more rare.

Aims: Report its therapeutic aspects.

Method: from a retrospective study of January 1990 to March 2012 in visceral surgery at the CNHU-HKM of Cotonou, the files of 124 cases of pyloro-duodenal stenosis or antro-pyloric stenosis no due to tumor were analyzed.

Results: the frequency was 5,6 cases / year, the average age 41,5 years, sex-ratio 2,3. Etiology was ulcerous (121 cases; 97,6 %) and caustic substances (3 cases; 2,4 %). The preoperative resuscitation was adapted but six cases (4,8 %) of death were observed. For 118 operated remainders, the localizations were: bulbar (68 cases; 57,6 %), antro-pyloric (35 cases; 29,7 %) and pyloro-bulbar (15 cases; 12,7 %). Etiology was ulcerous in 116 cases and caustic substances in 2 cases for which a pyloroplasty according to Heinecke Mickulicz was realized for bulbar stenosis and an antrectomy with gastrojejunal anastomosis for antro-pyloric stenosis. For 82 cases of bulbar ulcerous stenosis operated, a pyloroplasty was more realized (78 cases; 95,1 %) than a gastrojéjunostomy (4 cases; 4,9 %). Bilateral truncular vagotomy was associated in 79,3 % of the cases (65/82). For 34 cases of antro-pyloric ulcerous stenosis operated, an antrectomy was realized in 30 cases (88,2 %) followed by gastroduodenostomy according to Pean (19 cases; 63,3 %) or gastrojéjunostomy according to Finsterer (11 cases; 36,7 %). Helicobacter pylori eradication treatment was systematic. Post-operative evolution was favourable in 110 cases (93,2 %). Morbidity was 6,8 % (8 cases) dominated by parietal suppuration (6/118; 5,1 %). The average duration of hospitalization of 124 patients was 18,9 days.

Conclusion: Ulcerous etiology prevailed. Surgery of the stenosis was systematic and was still often associated with a vagotomy. Post-operative evolution was essentially favourable.

Keywords: Pyloro-duodenal stenosis; Antro-pyloric stenosis; Vagotomy; Pyloroplasty; Gastrojejunosotomy

Tirés à part:

DK MEHINTO : 01 BP 499 Cotonou.

E-mail : dmehinto@yahoo.fr

INTRODUCTION

La sténose pyloro-duodénale et la sténose antro-pylorique sont une diminution du calibre de la lumière pyloro-duodénale pour la première, et antro-pylorique pour la deuxième, diminution suffisante pour entraîner une gêne à l'évacuation gastrique. Les deux entités peuvent être associées chez un même patient. La sténose est dite non tumorale quand le rétrécissement n'est pas dû à une tumeur, celle-ci étant le plus souvent un cancer [1, 2]. L'ulcère gastrique ou duodénal, perte de substance ronde ou ovalaire taillée dans la muqueuse et la musculuse gastrique ou duodénale et ayant des bords nets surélevés par l'œdème [3], est la première cause des sténoses pyloro-duodénales ou antro-pyloriques non tumorales. Cette complication bien que de plus en plus rare, est encore rencontrée surtout dans nos milieux, notamment par difficulté d'accès au traitement médical bien conduit de l'ulcère gastrique ou duodénal ou par absence de ce traitement. Le traitement des sténoses pyloro-duodénales et/ou antro-pyloriques non tumorales constituées est chirurgical et est associé à un traitement médical. La chirurgie peut être faite par voie classique ou coelioscopique [4, 5]. Notre but était de rapporter notre expérience des aspects thérapeutiques des sténoses pyloro-duodénales ou antro-pyloriques non tumorales.

MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective du 1er janvier 1990 au 31 Mars 2012 dans les services de chirurgie viscérale du CNHU-HKM de Cotonou. Elle a porté sur les dossiers des patients pris en charge pour sténose pyloro-duodénale ou sténose antro-pylorique non tumorale. Nos critères d'inclusion ont été l'existence d'une observation médicale complète, la confirmation du diagnostic de sténose pyloro-duodénale ou antro-pylorique non tumorale à la fibroscopie œso-gastro-duodénale ou au transit œso-gastro-duodénal et, chez les opérés, l'existence d'un compte rendu confirmant d'une part, le diagnostic de sténose pyloro-duodénale ou sténose antro-pylorique non tumorale et d'autre part, décrivant la technique chirurgicale utilisée pour le traitement.

Les variables étudiées étaient les suivantes : âge, sexe, mode d'admission, antécédents, délai de consultation, signes cliniques, signes paracliniques, traitement, évolution, durée d'hospitalisation.

Le traitement et l'analyse des données ont été informatiques grâce aux logiciels: Microsoft Excel et Microsoft Word 2010, Epi-Info version 3.5.1. La base de données ainsi obtenue a été transférée dans le logiciel SPSS version 3.5.1 pour l'analyse et la tabulation.

RÉSULTATS

Durant notre période d'étude, 20574 patients ont été

hospitalisés dont 124 soit 0,6% pour sténose pyloro-duodénale ou antro-pylorique non tumorale. Ces 124 cas représentaient 64,2% des 193 cas de sténose pyloro-duodénale ou antro-pylorique recensés. Sur les 124 cas de sténose pyloro-duodénale ou antro-pylorique non tumorale, on dénombrait 121 cas soit 97,6% d'origine ulcéreuse et 3 cas (2,4%) d'origine caustique par ingestion de soude (2 cas) ou d'acide sulfurique (1 cas). Avec 124 cas, la fréquence annuelle globale était de 5,6 cas/an et celle d'origine ulcéreuse (121 cas) était de 5,4 cas/an.

Caractéristiques des patients

L'âge moyen a été de 41,5 ans avec des extrêmes de 17 et 75 ans. Il s'agissait de 86 hommes (69,4%) et de 38 femmes (30,6%), soit une sex-ratio de 2,3.

Selon le mode d'admission, 80 patients (64,5%) étaient venus d'eux même sur rendez-vous en consultation classique, 26 évacués (21%) admis en urgence et 18 cas (14,5%) transférés sans caractère urgent.

En ce qui concerne les antécédents médicaux: sur les 124 patients, 92 (74,2%) avaient une épigastralgie non étiquetée ; 27 patients (21,8%), un ulcère duodénal confirmé à la fibroscopie œso-gastro-duodénale ; 10 patients (8,1%), une hypertension artérielle ; 2 cas (1,6%) d'ingestion de soude caustique ; 2 cas (1,6%) d'hématémèse, 1 cas (0,8%) d'ingestion d'acide sulfurique. Pour les affections médicales telles que: diabète, hémoglobinopathie SS, gastrite antrale, obésité, ulcère gastrique et duodénal, on avait 1 patient (0,8%) dans chaque cas.

Aucun antécédent chirurgical n'a été observé chez 101 patients (81,5%) alors que dans 23 cas, il était noté une appendicectomie (15 cas; 12,1%), une césarienne (5 cas; 4%) ou une cure de hernie inguinale (3 cas; 2,4%).

Les signes cliniques ont été sur le plan fonctionnel, des vomissements post-prandiaux chez les 124 patients et une douleur épigastrique chez 122 patients (98,4%). Le délai moyen de consultation était de 9,1mois avec des extrêmes de 3 et 48 mois. Dans le tableau I est présentée la répartition des patients atteints de sténose pyloro-duodénale ou antro-pylorique non tumorale en fonction des signes généraux. Les signes physiques étaient : douleur abdominale (122 cas; 98,4%), ondulation péristaltique (87 cas; 70,2%), clapotage à jeun (73 cas; 58,9%), durcissement intermittent de l'épigastre (28 cas; 22,6%), ballonnement abdominal (14 cas; 11,3%).

Quant aux signes paracliniques, la sténose pyloro-duodénale ou antro-pylorique non tumorale était confirmée à la fibroscopie œso-gastro-duodénale dans 117 cas (94,4%) et au transit œso-gastro-duodénal dans 81 cas (65,3%). Une échographie abdominale a été réalisée chez 26 patients (20,9%) pour diverses raisons et avait permis aussi de conclure à une sténose pyloro-duodénale ou antro-pylorique.

Tableau I: Répartition des patients atteints de sténose pyloro-duodénale non tumorale en fonction des signes généraux

	Nombre	%
Etat général		
Altéré	86	69,4%
Bon	38	30,6%
Total	124	100,0%
Température		
Normale	123	99,2%
Hyperthermie	1	0,8%
Total	124	100,0%
Pouls		
Normal	114	91,9%
Tachyphymie	10	8,1%
Total	124	100,0%
Etat d'hydratation		
Bon	97	78,2%
Mauvais	27	21,8%
Total	124	100,0%
Conjonctives palpébrales		
Pâles	24	19,4%
Normocolorées	100	80,6%
Total	124	100,0%

Les localisations de la sténose à cette étape préopératoire étaient : bulbaire (67 cas; 54%), antro-pylorique (35 cas; 28,2%) et pyloro-bulbaire (22 cas; 17,8%). Par ailleurs, les examens biologiques permettaient de noter, chez certains des 124 patients, les anomalies suivantes : anémie (48 cas; 38,7%), hyponatrémie (29 cas; 23,4%), hypokaliémie (13 cas; 10,5%), hypochlorémie (7 cas; 5,6%), hypoprotidémie (49 cas; 39,5%), urémie et créatininémie élevées (114 cas; 92%), hypoglycémie (3 cas; 2,4%).

Aspects thérapeutiques

1. Traitement médical

Il s'agissait d'une préparation préopératoire (les 124 patients), adaptée à l'état clinique et aux résultats du bilan biologique. Elle était faite de: rééquilibration hydro électrolytique utilisant des solutés (sérum salé 0,9%, sérum glucosé 5% avec des ions chlorure de sodium, de potassium et de calcium, ringer lactate), des concentrés protidiques, la transfusion sanguine, l'antibioprophylaxie (métronidazole associée à ampicilline, ceftriaxone ou amoxicilline et acide clavulanique), la pose de sonde nasogastrique 48 heures avant l'intervention pour vider l'estomac, le pansement gastrique, les inhibiteurs de la pompe à protons. Par ailleurs 2 patients (1,6%) avaient

bénéficié d'une psychothérapie de soutien. La durée moyenne de la préparation préopératoire était de 6,7 jours avec des extrêmes de 2 et 21 jours. Six patients (4,8%) étaient décédés pendant cette préparation préopératoire dont 5 cas de sténose d'origine ulcéreuse et 1 cas d'origine caustique. Le traitement médical se poursuivait en per-opératoire et en post-opératoire avec la réanimation et, pour les cas d'étiologie ulcéreuse, un traitement systématique d'éradication de l'*Helicobacter pylori*. Ce traitement était fait d'inhibiteurs de la pompe à protons pour 6 semaines et de bi-antibiothérapie pour 10 jours à 2 semaines, à base d'amoxicilline 1 gramme matin et soir et, de métronidazole 500milligrammes matin, midi et soir.

2. Traitement chirurgical

Sur les 124 patients, il a concerné 118 patients car 6 étaient décédés avant l'intervention. L'anesthésie était générale. L'opérateur principal était un professeur dans 100 cas (84,7%), un assistant chef de clinique dans 16 cas (13,6%), un chirurgien non universitaire dans 2 cas (1,7%). La laparotomie médiane sus-ombilicale était la seule voie d'abord utilisée. L'exploration a confirmé le diagnostic de sténose pyloro-duodénale ou antro-pylorique et l'absence de tumeur comme étiologie de la sténose. Les localisations de la sténose étaient: bulbaire (68 cas; 57,6%), antro-pylorique (35 cas; 29,7%) et pyloro-bulbaire (15 cas; 12,7%). Les étiologies ont été ulcéreuses dans 116 cas (cependant des prélèvements per-opératoires ont été réalisés chez 40 patients sur ces 116 cas (34,5%) de sténose ulcéreuse en vue d'un examen anatomopathologique) et caustiques dans 2 cas. Les localisations des 116 cas d'origine ulcéreuse étaient bulbaire (67 cas; 57,8%), antro-pylorique (34 cas; 29,3%) et pyloro-bulbaire (15 cas; 12,9%). Les 2 cas de sténose caustique étaient bulbaire (1 cas) et antro-pylorique (1cas). Le tableau II présente la répartition des 116 patients atteints de sténose pyloro-duodénale ou antro-pylorique d'origine ulcéreuse, en fonction du siège des sténoses et des actes opératoires.

Pour les 82 cas de sténose bulbaire ulcéreuse opérée dont bulbaire isolée (67 cas) et pyloro-bulbaire (15 cas), la pyloroplastie était plus réalisée (78 cas ; 95,1%) que la gastrojéjunostomie (4 cas ; 4,9%). Une vagotomie tronculaire bilatérale était associée dans 79,3% des cas (65/82). Pour les 34 cas de sténose antro-pylorique ulcéreuse opérée, une antrectomie était réalisée dans 30 cas (88,2%) suivie d'une gastro-duodénostomie selon Péan (19 cas ; 63,3%) ou d'une gastro-jéjunostomie selon Finsterer (11 cas ; 36,7%). Une vagotomie tronculaire bilatérale était réalisée dans 21 cas sur les 34 cas de sténose antro-pylorique ulcéreuse soit 61,8%. Enfin dans les 2 cas de sténose d'origine caustique opérés, une pyloroplastie selon Heinecke Mickulicz était réalisée dans le cas de

Tableau II: Répartition des patients atteints de sténose pyloro-duodénale ou antro-pylorique d'origine ulcéreuse en fonction du siège des sténoses et des actes opératoires

	Nombre	Actes opératoires	Nombre	%
Bulbaire	67	Vagotomie tronculaire bilatérale + Pyloroplastie type Heinecke Mickulicz	53	79,1%
		Pyloroplastie type Heinecke Mickulicz	12	17,9%
		Vagotomie tronculaire bilatérale +Gastrojéjunostomie	1	1,5%
		Gastro-jéjunostomie	1	1,5%
		Total	67	100%
Antro-pylorique	34	Vagotomie tronculaire bilatérale + Antrectomie+Anastomose gastroduodénale (Péan)	16	47,1%
		Vagotomie tronculaire bilatérale + Antrectomie+Anastomose gastro-jéjunale type Finsterer	5	14,8%
		Antrectomie+Anastomose gastroduodénale (Péan)	3	8,8%
		Antrectomie+Anastomose gastro-jéjunale type Finsterer	6	17,6%
		Gastrojéjunostomie	3	8,8%
		Vagotomie tronculaire bilatérale+ Gastrojéjunostomie	1	2,9%
		Total	34	100%
		Pyloro-bulbaire	15	Vagotomie tronculaire bilatérale + Pyloroplastie type Heinecke Mickulicz
Pyloroplastie type Heinecke Mickulicz	1			6,7%
Vagotomie tronculaire bilatérale+ Gastrojéjunostomie	1			6,7%
Gastrojéjunostomie	1			6,7%
Total	15			100%

sténose bulbaire et une antrectomie avec anastomose gastro-jéjunale, dans le cas de sténose antro-pylorique.

3. Evolution

Au cours du traitement préopératoire, 6 patients (4,8%) étaient décédés par septicémie (1 cas) ou par troubles hydro-électrolytiques avec anémie décompensée et cachexie (5 cas). Chez les 118 opérés, aucun incident per-opératoire n'a été noté. Après l'opération, ils avaient tous séjourné en réanimation avec un délai moyen de 3,7 jours et des extrêmes de 2 et 8 jours.

L'évolution post-opératoire a été d'emblée favorable chez 110 patients (93,2%) et secondairement favorable dans 8 cas (6,8%) après traitement de complications. Il s'agissait de: suppuration pariétale (6/118; 5,1%) traitée par nettoyage et pansement quotidien au dakin associée à une antibiothérapie probabiliste; fistule bulbaire (1cas) traitée par suture bulbaire associée à une gastro-jéjunostomie, lavage, drainage de la cavité abdominale; anémie (1/118; 0,8%) traitée par transfusion sanguine iso-groupe iso-rhésus.

4. Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation des 124 patients était de 18,9 jours avec des extrêmes de 2 et 96 jours. Le délai de 2 jours a été observé chez un référent en état cachectique avec anémie et troubles hydro-électrolytiques sévères et qui était décédé au 2ème jour d'hospitalisation. Le délai de 96 jours concernait un patient diabétique chez qui les suites opératoires s'étaient compliquées au 27ème jour d'une suppuration pariétale avec décompensation du diabète, l'évolution était lentement favorable.

Enfin, l'examen anatomopathologique des prélèvements per-opératoires réalisés chez 40 patients sur les 116 cas (34,5%) de sténose ulcéreuse a permis de confirmer l'absence de tumeur.

DISCUSSION

Nos critères d'inclusion ont été l'existence d'une observation médicale complète, la confirmation du diagnostic de sténose pyloro-duodénale ou antro-pylorique non tumorale à la fibroscopie œso-gastro-duodénale ou au transit œso-gastro-duodénal et, chez les opérés, l'existence d'un compte rendu confirmant d'une part, le diagnostic de sténose pyloro-duodénale ou sténose antro-pylorique non tumorale et d'autre part, décrivant la technique chirurgicale pour le traitement. De parti pris, nous n'avons pas exigé dans nos critères d'inclusion la certitude histologique de l'absence de tumeur puisque nous savons que l'absence de tumeur comme étiologie d'une sténose pyloro-duodénale ou antro-pylorique, se reconnaît aisément à la fibroscopie œso-gastro-duodénale ou au transit œso-gastro-duodénal. De plus pour les cas opérés (118/124 ; 95,2%), le chirurgien sait reconnaître la sténose et

l'absence de tumeur. Cependant l'examen anatomopathologique des prélèvements per-opératoires a été réalisé chez 40 patients sur les 116 cas (34,5%) de sténose ulcéreuse et a permis de confirmer l'absence de tumeur. En effet des 118 patients opérés, 2 cas étaient dus à l'ingestion de caustiques et 116 cas étaient confirmés d'origine ulcéreuse. Nous pensons qu'en principe, tous les cas opérés devraient bénéficier de prélèvements de tissus fibreux en vue d'un examen anatomopathologique et c'est ce qui se fait dans le service depuis les résultats du présent travail. La sténose pyloro-duodénale ou antro-pylorique non tumorale est relativement rare dans notre pratique. En effet sa fréquence était de 5,6 cas/an. L'état général était altéré chez 69,4% des patients (tableau I). Ceci était dû entre autres, aux vomissements répétés et probablement aussi au refus de s'alimenter de peur de vomir et au long délai de consultation. Les ulcères gastriques ou duodénaux en étaient pratiquement les seules causes avec au moins 116 cas soit 93,5% des 124 patients de notre étude ou 98,3% des 118 patients opérés. Les localisations bulbaires ont prédominé.

Nos patients avaient tous bénéficié d'une préparation à l'acte chirurgical faite d'aspiration gastrique et de réanimation, celle-ci étant fonction de leur état clinique et des résultats du bilan biologique. Beaucoup d'auteurs sont unanimes sur cette préparation, indispensable pour la réussite de l'acte opératoire [6, 7, 8].

La voie d'abord était une laparotomie médiane. La voie coelioscopique déjà utilisée par de multiples auteurs africains (3, 4, 6) n'est pas encore possible dans notre service bien qu'une colonne de coelioscopie soit disponible et fonctionnelle. En effet, les actes opératoires réalisés dans le cadre du traitement de la sténose pyloro-duodénale ou antro-pylorique ne sont pas pour l'instant praticables par voie coelioscopique à l'étape actuelle de nos compétences pour l'utilisation de cette voie d'abord coelioscopique qui a pourtant, de nombreux avantages [9]. Chez les 116 patients opérés de sténose d'origine ulcéreuse, la vagotomie tronculaire bilatérale associée à une pyloroplastie type Heinecke Mickulicz a été la technique la plus utilisée (Tableau II). Ceci est dû à la prédominance de la localisation bulbaire (82 cas ; 70,7%) pour laquelle la vagotomie est un traitement étiologique de l'ulcère et la pyloroplastie restaure le trajet physiologique du bol alimentaire et était alors préféré à une gastrojéjunostomie. En effet la vagotomie tronculaire bilatérale associée à une pyloroplastie type Heinecke Mickulicz était pratiquée 65 fois soit chez 79,3% des 82 patients ayant présenté une sténose bulbaire que celle-ci soit bulbaire isolée (67 cas) ou pyloro-bulbaire (15 cas). Nous pensons que cette large pratique de la vagotomie n'est pas à décourager malgré l'efficacité de la trithérapie

antiulcéreuse surtout que nous n'avons pas observé chez nos patients, des complications spécifiques de la vagotomie.

Les suites opératoires ont été simples dans la majorité des cas. Le type d'étude réalisée et la trop grande différence de nombre de patients opérés par les diverses catégories d'opérateur principal ne nous ont pas permis de faire une corrélation statistiquement valable entre les suites opératoires et la qualité de l'opérateur principal : professeur dans 100 cas (84,7%), assistant chef de clinique dans 16 cas (13,6%), chirurgien non universitaire dans 2 cas (1,7%).

Cependant plusieurs auteurs [10, 11] soutiennent la thèse de l'impact de l'expérience du chirurgien dans la survenue de complications. Selon eux, la maîtrise de la technique chirurgicale étant relativement liée à l'expérience du chirurgien, elle influencerait sur la durée opératoire, la qualité des actes opératoires,

modifiant ainsi le risque de complications en fonction de l'opérateur. Les complications post-opératoires ont été dominées par les suppurations pariétales confirmant les travaux de plusieurs auteurs qui trouvent une fréquence élevée des infections du site opératoire [12, 13, 14].

CONCLUSION

Tous les patients admis pour sténose pyloro-duodénale ou antro-pylorique non tumorale avaient bénéficié d'une préparation médicale préopératoire au cours de laquelle, six patients étaient décédés. La vagotomie tronculaire bilatérale associée à une pyloroplastie a été l'acte opératoire le plus pratiqué car l'étiologie ulcéreuse bulbair prédominait. L'évolution était favorable dans la majorité des cas et la morbidité était surtout due aux suppurations pariétales.

RÉFÉRENCES

- 1-Mehinto DK, Dossou F, Sohoun P, Bouraïma FA, Bagnan OK. Aspects épidémiologiques et diagnostiques du cancer antro-pylorique sténosant. *J Afr Chir Digest* 2009; 9 (2): 893-7.
- 2-Quevauvilliers J, Fingerhut A. Dictionnaire médical. 3ème Ed. Paris: Masson; 2001.
- 3-Hamburger J. Dictionnaire de médecine. Flammarion Médecine-Science Edit. Paris. 1982; (1): 787p.
- 4-Fall B, Ciss AG, Konaté I, Mboup CA. Ulcère duodéal. Vagotomie tronculaire sous cœlioscopie. A propos de 53 observations. *Dakar médical* 2001; 46: 141-3.
- 5-Fall B, Dieng PA, Ndoye JMN, Diop PS. La chirurgie vidéo-assistée dans le traitement de la sténose pyloro-duodénale d'origine ulcéreuse. *Le journal de cœliochirurgie* 2003; 47: 12-5.
- 6-Ousmane K, Mamadou C, Madieng D, Azza S, Ibrahima K, Mamadou LD et al. Vagotomie tronculaire et drainage gastrique cœlio-assistés pour ulcère duodéal sténosant. *E-Mémoires de l'académie nationale de chirurgie* 2009; 8 (3): 71-4.
- 7-Yénon K, Koffi E, Kouassi JC. La sténose ulcéreuse pyloro-duodénale: aspects diagnostiques et thérapeutiques à propos de 38 cas. *Med Afr Noire* 1999; 46 (2): 119-22.
- 8-Helali K, Amouri A, Boudokhane M, Haddad B, Hajer ben amor A, Morjane A et al. La gastroentéroanastomose dans la pathologie ulcéreuse gastro-duodénale: à propos de 206 cas. *Tunis Chir* 2005; 1:24-9.
- 9-Beaussier M, Sorhaindo R. Avantages et limites de la chirurgie cœlioscopique. In *JEPU ed-Anesthésie pour cœlioscopie*. Arnette Paris 1993; 37-46.
- 10-Smilanich RP, Bonnet I, Kirkpatrick JR. Contaminated wounds: the effect of initial management on outcome. *Am Surg* 1995; 61 (5): 427-30.
- 11-Zacharias A, Habib RH. Delayed primary closure of deep sterna wound infections. *Tex Heart Inst J* 1996; 23 (3): 211-6.
- 12-Roumbelaki M, Kritsotakis EI, Tsioutis C, Tzilepi P, Gika A. Surgical site infection at a tertiary care hospital in Greece, risk factors, microbiology and impact. *Am J Infect Control* 2008; 36 (10): 732-8.
- 13-Traoré A, Diakité I, Dembélé BT, Togo A, Kanté L, Coulibaly Y et al. Complications post opératoires en chirurgie abdominale au CHU Gabriel Touré-Bamako-Mali. *Med Afr Noire* 2011; 58 (1): 31-5.
- 14-Bidi S, Channa GA, Siddiqui TA, Ahmed W. Frequency and risk factors of surgical site infections in general surgery ward of a tertiary care hospital of Karachi; Pakistan. *Int J Infect Control* 2011; 7 (13): 1-5.