

ARTICLE ORIGINAL

PERITONITES POSTOPÉRATOIRES A L'HOPITAL DE ZONE DE BEMBERÈKÈ AU BENIN

POSTOPERATIVE PERITONITIS AT THE BEMBERÈKÈ DISTRICT HOSPITAL IN THE REPUBLIC OF BENIN

FM DOSSOU¹, SA ALLODÉ², J TROUKOU^{3,4}, DM SÉTO², I LAWANI¹, B DOSSOU⁴, DK MÈHINTO²

- 1- Service de chirurgie, CHU Départemental de l'Ouémé et du Plateau, Porto-Novo, Bénin
 2- Service de chirurgie générale, CHU Départemental de Parakou, Bénin
 3- Clinique universitaire de chirurgie viscérale B, CNHU HKM de Cotonou, Bénin
 4- Service de chirurgie, Hôpital évangélique de Bembèrèkè (hôpital de zone sanitaire), Bénin

RÉSUMÉ

Objectif : Etudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des péritonites postopératoires (PPO) à l'Hôpital de zone de Bembèrèkè, au Bénin.

Méthode : Etude rétrospective descriptive et analytique ayant porté sur les dossiers des patients pris en charge pour PPO sur une période de cinq ans, entre le 30 Juillet 2011 et le 29 Juillet 2016.

Résultats : Ont été retenus, durant la période d'étude, 91 cas répondant aux critères d'inclusion. Les patients étaient de sexe masculin dans 43 cas et de sexe féminin dans 48 cas (sex-ratio=0,89). L'âge moyen des patients était de 26,03 ans (extrêmes : 04 mois et 78 ans). La PPO était survenue au décours d'une intervention septique en urgence dans 89% des cas. Le délai moyen de diagnostic était de 10,55 jours. Les signes cliniques étaient dominés par la fièvre (87,9%) et la douleur abdominale (69,2%). Une hyperleucocytose a été retrouvée dans 74,7% des cas. La réintervention a été faite dans les 24 heures suivant le diagnostic dans la moitié des cas. Les découvertes per opératoires étaient les collections suppurées sans lésions viscérales (41,8%) et les lâchages de suture ou d'anastomose (38,5%). L'acte opératoire a majoritairement consisté en un lavage et drainage de la cavité péritonéale dans 41,7% des cas et une entérostomie dans 25,3% des cas. La morbidité opératoire était de 47,2% dominée par les suppurations pariétales. La mortalité était de 26,4% en rapport surtout avec le retard de prise en charge. Le pronostic était lié entre autres à la précocité de la prise en charge et aux défaillances viscérales associées.

Conclusion : la PPO est relativement fréquente à l'hôpital de zone de Bembèrèkè, atteignant la population jeune et survenant surtout au décours d'une intervention septique faite en urgence. Le pronostic n'est pas lié à la précocité de la reprise.

Mots clés : péritonite postopératoire, lâchage de suture, entérostomie.

SUMMARY

Aim: To study the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of postoperative peritonitis (POP) at the Bembèrèkè health zone hospital in Northern Benin.

Methods: It was a descriptive and analytical retrospective study of patients in care for POP over a period of five years between 30 July 2011 and 29 July 2016.

Results: During the study period, 91 cases met the inclusion criteria: patients were male in 43 cases and females in 48 cases (sex ratio = 0.89). The average age of patients was 26.03 years (range: 04 months and 78 years). The POP occurred after an emergency septic procedure in 89% of the cases. The average time for diagnosis was 10.55 days. Clinical signs were dominated by fever (87.9%) and abdominal pain (69.2%). Leukocytosis was found in 74.7% of cases. Reoperation was made within 24 hours of diagnosis in half of the cases. Peroperative findings were suppurative collections without visceral lesions (41.8%) and suture or anastomosis releases (38.5%). The operative procedure consisted mainly of washing and draining of the peritoneal cavity in 41.7% of the cases and an enterostomy in 25.3% of the cases. The operative morbidity was 47.2% dominated by parietal suppurations. The mortality rate was 26.4%, mainly due to the delay in care. The prognosis was related to early management and associated visceral malfunctions.

Conclusions: The PPO is relatively frequent at the Bembèrèkè district hospital, reaching the young population and occurring mostly in the wake of an emergency septic surgery. The prognosis is linked to the precocity of the operative resumption.

Keywords: postoperative peritonitis, suture release, enterostomy

Tirés à part

Dr Francis Moïse DOSSOU

Maître de Conférences Agrégé

06 BP 939 Cotonou, E-mail: dosfm@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les complications septiques de la chirurgie abdomino-pelvienne ont toujours constitué une hantise pour le chirurgien. La péritonite postopératoire (PPO) est définie comme une infection péritonéale qui complique une intervention chirurgicale intra-péritonéale dans un délai d'un mois [1]. De fait, les PPO compliquent 2 à 3% des laparotomies [2]. Elles restent une affection grave avec une mortalité se situant entre 30 et 50% selon les séries [2, 3]. Le but de notre travail était d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des PPO dans un hôpital de premier recours.

CADRE ET MÉTHODE D'ÉTUDE

L'étude a été réalisée dans le service de chirurgie de l'Hôpital Evangélique de Bembèrèkè, hôpital de la zone sanitaire (district) Bembèrèkè-Sinendé, dans le Nord du Bénin. Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique qui s'est déroulée sur une période de 05 ans allant du 30 Juillet 2011 au 29 Juillet 2016. Elle a porté sur tous les dossiers des patients ayant été pris en charge pour péritonite postopératoire et dont le dossier médical était complet. Ont été exclus, les patients décédés avant la réintervention chirurgicale. Les paramètres étudiés étaient en rapport avec les aspects épidémiologiques (terrain, antécédents et données sur l'intervention initiale), les aspects diagnostiques (délai du diagnostic, signes cliniques et paracliniques), les aspects thérapeutiques (délai de la réintervention et données per-opératoires) et les aspects évolutifs (suites opératoires et durée d'hospitalisation). Le degré de septicité des interventions initiales a été déterminé sur la base de la classification d'Altemeier [4]. Les tests statistiques utilisés pour l'analyse des données sont le chi2 et le test de Fisher.

RÉSULTATS

Caractéristiques épidémiologiques

Durant la période d'étude, 116 cas de PPO ont été colligés sur un effectif de 5224 laparotomies (2,22%). Vingt-cinq dossiers ne remplissant pas les critères d'inclusion ont été éliminés. L'étude a donc porté sur 91 dossiers de patients réopérés pour PPO (1,7%). Les patients étaient âgés de 15 à 30 ans dans 41,7% des cas (n=38), l'âge moyen étant de 26,03 ans avec des extrêmes de 04 mois et 78 ans. Une prédominance féminine modérée avec 48 patientes (52,7%) 43 patients (47,3%) avait été observée (sex-ratio = 0,89). L'intervention chirurgicale initiale a été réalisée en situation d'urgence chez 81 patients (89%) et en chirurgie réglée chez 10 (11%). Elle a porté majoritairement sur les anses intestinales et l'appendice dans 51,7% des cas (47 patients) et sur

l'utérus et ses annexes dans 23,1% des cas (21 patients). Le degré de septicité de l'intervention initiale est décrit dans le tableau n°I. Plus de la moitié des patients (51 cas soit 56%) ont été opérés par des médecins généralistes.

Tableau n°I: degré de septicité de l'intervention initiale

	Effectif	Pourcentage
Chirurgie sale	53	58,2
Chirurgie propre contaminée	27	29,7
Chirurgie contaminée	07	7,7
Chirurgie propre	04	4,4
Total	91	100

Aspects diagnostiques

Dans la majorité des cas (42 patients soit 46,1%) le diagnostic de PPO a été posé dans les 07 jours. Le délai moyen de diagnostic était de 10,55 jours avec des extrêmes de 02 et 42 jours. Une température >38°5 était notée chez 80 patients (87,9% des cas). Les signes abdominaux sont répertoriés dans le tableau n°II. Des signes extra-abdominaux ont été également notés notamment respiratoires dans 16,5% des cas (15 patients) et neurologiques dans 8,8% des cas (8 patients).

Tableau n°II: Répartition des signes abdominaux

	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominales/défense	63	69,2
Diarrhée	30	33
Arrêt des matières et gaz	29	31,9
Fistule entéro-cutanée	23	25,3
Eviscération	20	22
Vomissements	19	20,9
Liquide anormal par les drains	17	18,7
Aspiration gastrique importante	16	17,6
Suppuration pariétale	15	16,5

Un bilan biologique a été réalisé chez tous les patients et a objectivé une hyperleucocytose (>12G/L) dans 74,7% des cas (n=68) et une anémie (Hb< 10 g/dL) dans 79,1% des cas (n=72). L'échographie abdominale a été réalisée chez 16 patients (17,6%) et la radiographie de l'abdomen sans préparation chez 7 patients (7,7%). Ces examens notaient respectivement un épanchement libre ou cloisonné dans la cavité abdominale et une grisaille diffuse.

Aspects thérapeutiques

Le délai moyen de ré-intervention était de 1,67 jours avec des extrêmes de 0 et 04 jours. Quarante quatre patients (48,3%) ont été réopérés dans les 24 heures suivant le diagnostic de PPO. Les observations per opératoires étaient principalement la présence de collections suppurées libres ou cloisonnée et les lâchages de suture ou d'anastomose (tableau n°III). Les gestes opératoires réalisés pendant la reprise étaient essentiellement le lavage-drainage (n=38 ; 41,7%) et les entérostomies (n=23 ; 25,3%).

Tableau n°III : Etiologies des PPO

	Effectif	Pourcentage
Collections suppurées libres ou cloisonnée	38	41,7
Lâchage de suture ou d'anastomose	35	38,5
Lésions viscérales méconnues	9	9,9
Textilome	4	4,4
Plaie viscérale iatrogène	3	3,3
Nécrose utérine	1	1,1
Nécrose d'une stomie	1	1,1
Total	91	100

Aspects évolutifs

Les suites opératoires de la réintervention étaient favorables dans 26,4% des cas (24 patients). La morbidité a été évaluée à 47,2% (43 patients) et les complications se répartissaient en suppuration pariétale (29,7%), dénutrition sévère (5,5%), fistule entéro-cutanée (3,3%) et éviscération (3,3%). La mortalité était de 26,4% (24 décès) et n'était pas liée au délai de réintervention (tableau n° IV).

Tableau n°IV : Répartition des décès en fonction du délai de réintervention

	Décès		Total
	Oui	Non	
= 24 heures	10(10,9%)	34 (37,4%)	44
> 24 heures	14 (15,4%)	33 (36,3%)	47
Total	24 (26,3%)	67 (73,7%)	91

ddl=1 ; X2 =1,95 p>0,05

DISCUSSION

Caractéristiques épidémiologiques

Le caractère rétrospectif de l'étude et la faible qualité de la tenue des dossiers sont un biais à considérer, notamment par rapport à la fréquence de 1,7% des PPO de la série qui est relativement inférieure aux moyennes de 2 à 3% relevées dans la littérature [3]. La tranche d'âge de 15 à 30 ans était la plus touchée dans notre série (41,7%). Touré et al. [5] au Sénégal ont rapporté 42% de patients âgés entre 20 et 30 ans. D'autres études africaines [6, 7] ont également mentionné une atteinte prépondérante de la population jeune dans des proportions différentes. La prédominance féminine relevée dans notre étude n'est pas retrouvée dans d'autres séries [5] probablement en raison de la forte inclusion dans notre échantillon des PPO secondaires à une chirurgie obstétricale.

Dans notre série, 89% des interventions initiales ont été réalisées en urgence et il s'agissait majoritairement d'une chirurgie sale (58,2%). En effet, les interventions en situation d'urgence et celles effectuées dans un contexte initial septique sont des facteurs favorisant la survenue de PPO avec un accroissement du taux d'infection postopératoire allant de 0,1% après chirurgie propre à 6,5% en cas d'une chirurgie septique [2, 8, 9]. Les interventions «contaminées» (classe 3 d'Altemeier) ont un taux d'infection de 20 % et les interventions «sales» (classe 4 d'Altemeier) sont associées à une forte contamination, avec des taux d'infection de 35 % [10]. Dans notre contexte, les interventions initiales ont été réalisées dans plus de la moitié des cas par des médecins généralistes. Il s'agit là d'une situation fréquente en chirurgie de guerre et en présence d'un afflux massif de blessés [11]. Seul hôpital à 100 Km à la ronde et très fréquenté, l'Hôpital Evangélique de Bèmbèrèkè fait face quotidiennement à un afflux considérable de malades de tous genres et ne dispose que d'un chirurgien généraliste ne pouvant être opérationnel 24 heures sur 24. Il est donc suppléé par des médecins généralistes qui ont une compétence chirurgicale avérée pour la prise en charge des

urgences et des affections chirurgicales courantes simples.

Aspects diagnostiques

Le diagnostic de PPO est difficile car dans la période postopératoire, les signes physiques sont moins francs qu'au cours des péritonites dites communautaires. Les PPO sont donc souvent reconnues tardivement, classiquement entre le 5^e et le 7^e jour postopératoire [1]. Dans notre série, le diagnostic a été posé en majorité dans les 7 premiers jours postopératoires. Dans celle de Touré et al. [5], le diagnostic a été posé dans les 10 premiers jours postopératoires dans 62,2% des cas. Les signes d'alerte, généraux ou digestifs, sont peu spécifiques et c'est leur évolution sous traitement médical qui permet de distinguer les PPO des autres infections postopératoires. La fièvre était le signe le plus fréquent dans notre série comme dans celles de Mignonsin [7]. Certes, la fièvre postopératoire peut relever d'autres causes extra-digestives [12] mais elle impose la recherche systématique d'un foyer septique intra-abdominal. Les signes abdominaux recensés dans notre travail à savoir douleur abdominale, diarrhée, arrêt des matières et gaz sont identiques à ceux rapportés dans la littérature dans des proportions variables. Parmi nos patients, 16,5% avaient présenté des signes extra-abdominaux respiratoires et 8,8%, des signes neurologiques. Ces signes sont polymorphes et trompeurs, retardant la prise en charge et grevant le pronostic vital. Ils sont constitués d'éléments pronostiques présageant d'une éventuelle défaillance multiviscérale [2, 6, 7, 13].

Aspects thérapeutiques

La réintervention a été faite dans les 24 heures suivant le diagnostic dans la moitié des cas et au plus tard dans un délai de 96 heures. Ce délai est proche de celui obtenu par Touré et al. [5] (72 heures) à Dakar. Dans notre étude, le pronostic n'était pas lié à la précocité de la prise en charge mais la précocité de la reprise chirurgicale est un élément à prendre en compte dans l'amélioration du pronostic des PPO notamment pour Montravers et al. [2] qui affirme qu'une reprise chirurgicale pour « rien » vaut toujours mieux qu'un sepsis sévère opéré trop tardivement. Certains auteurs se sont attachés à préciser et définir d'une part les critères conditionnels de temporisation chirurgicale et d'autre part, les critères formels de ré-intervention immédiate [3, 10].

Les suppurations profondes libres ou cloisonnées sans lésions viscérales et les lâchages de suture ou d'anastomose ont été les étiologies les plus retrouvées dans notre étude avec respectivement 41,7% et 38,5%. L'étiologie des péritonites postopératoires est variable mais la cause la plus rapportée est le lâchage d'une anastomose ou d'une suture dans 40 à 72% des cas selon les séries [5, 7, 14]. Le contexte d'urgence dans lequel ces sutures ont été effectuées explique la fréquence de cette étiologie, en plus de la contamination relative de la cavité abdominale [2, 14]. En dehors de la toilette et du drainage de la cavité péritonéale (41,1%), l'entérostomie a été le geste le plus fréquemment réalisé lors des reprises opératoires (25,3%). Pour Touré et al. [5], la stomie a été le geste le plus réalisé mais dans une proportion plus élevée que la nôtre (41%).

Au plan pronostique, les infections péritonéales postopératoires restent des complications graves marquées par de fortes morbidité et mortalité [1]. Dans notre série le taux de morbidité était de 47,25% et cette valeur se rapprochent de celles rapportées dans la littérature [5, 6]. La mortalité globale des infections intra-abdominales postopératoires est très variable. Les auteurs rapportent une mortalité de l'ordre de 40 à 70% en cas d'infection sus-mésocolique, 30 à 40% en cas d'infection sous-mésocolique et 10 à 20% en cas d'origine appendiculaire [2]. Notre taux de mortalité de 26,4% s'inscrit bien dans ces fourchettes et il a été également noté que le taux décès était proportionnel au délai de réintervention.

La durée moyenne d'hospitalisation de nos patients était de 25,76 jours. Cette durée est inférieure à celles trouvées dans les séries de Cissé et al. [6] et Touré et al. [5]. Cette durée d'hospitalisation relativement plus longue dans ces séries est en rapport avec la réalisation courante de stomies digestives.

CONCLUSION

Les péritonites postopératoires ont une fréquence non négligeable à l'hôpital de zone de Bembèrèkè. Elles atteignent la population jeune et surviennent surtout au décours d'une intervention septique faite en urgence. L'étude n'a pas démontré un lien entre le pronostic et la précocité de la reprise chirurgicale.

RÉFÉRENCES

- 1- Coulibaly B, Togola B, Traore D, Coulibaly M, Diallo S, Sanogo S et al. Péritonites postopératoires dans le service de chirurgie B du CHU du Point G. Mali Médical 2013;XXVIII(3):10-2.
- 2- Montravers Ph, El Housseini L, Rekkik R. Les péritonites postopératoires : diagnostic et indication des réinterventions. Réanimation 2004;13(6-7):431-5.
- 3- Charlotte B, Isabelle P, Françoise G, Bertrand M. Gestion des complications chirurgicales et indications de reprises. MAPAR 2009;231-7.
- 4- Altemeier W, Culbertson W. Surgical infection. "in" Moyer CA, Rhoads JE, Allen JG, Harkins HN. Surgery, principles and practice. 3rd ed. Philadelphia 1965:51-77.
- 5- Touré AO, Cissé M, Ka I et al. Les sepsis intra-abdominaux diffus post-opératoires: aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques au Service de Chirurgie Générale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar. Pan Afr Med J 2014;17:204.
- 6- Cissé M, Touré FB, Konaté I et al. Les péritonites postopératoires dans la clinique chirurgicale de l'hôpital Aristide Le Dantec : à propos de 15 cas. Dakar Med. 2008;53(3):260-6.
- 7- Mignonsin D, Kane M, Coffi S. Péritonites post-opératoires: diagnostic, traitement et pronostic à propos de 68 cas. Med Afr Noire. 1990;12: 218-23.
- 8- Montravers P, Lumbroso L, Elhousseini L. Antibiothérapie des péritonites nosocomiales. JEPU. 2004;181-9.
- 9- Krukowski ZH. Postoperative abdominal sepsis. Br J Surg. 1988 12; 75(12):1153-4.
- 10- Léone M, Martin C. Laparotomie pour sepsis intra-abdominal. MAPAR. 2000;661-76.
- 11- Ledecq M. Manuel de chirurgie humanitaire. Editions Lavoisier, Médecine Sciences Publications ; Paris, 2013:160p.
- 12- Avril JL, Dabernat H, Denis F, Monteil H. Bactériologie clinique. 3ed. Paris: Ellipses-Marketing; 2000; 608p.
- 13- Hssaida R, Daali M, Seddiki R, Zoubir M. Les péritonites postopératoires chez le sujet âgé. Médecine du Maghreb 2000;81:19-22.
- 14- Levy E, Frileux P, Olivier JM, Parc R. Péritonites postopératoires diffuses: Données actuelles. Encycl Med Chir- Traité de gastro-entérologie. 1995; 9-045-A-10,17.