

Prise en charge des urgences chirurgicales abdominales à l'hôpital de zone de Comè au Bénin à propos de 169 cas.

Management of surgical abdominal emergencies at Comè hospital in Benin about 169 cases.

Gbessi DG¹, Dossou FM¹, Ezin EFM², Hadonou A², Imorou-Souaibou Y³, Lawani I³, Mehinto DK¹, Olory-Togbe JL¹, Bagnan KO¹.

1 Service de Chirurgie Viscérale du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou Maga de Cotonou – Bénin.

2 Service de Chirurgie de l'Hôpital de Zone de Comè – Bénin.

3 Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou Maga de Cotonou – Bénin.

Auteur correspondant : Gbessi Dansou Gaspard, Email : gbessi1@yahoo.fr

Résumé

Objectif : Le but de cette étude est d'évaluer la prise en charge des urgences chirurgicales abdominales à l'hôpital de zone de Comè.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective allant du 1^{er} Septembre 2012 au 31 Août 2013. La population d'étude était constituée par tous les patients admis à l'hôpital pour abdomen aigu chirurgical quel que soit le mode d'admission.

Résultats : L'effectif total colligé était de 169 patients. Toutes les tranches d'âge étaient représentées avec une prédominance de la tranche d'âge de 20 à 29 ans. Le sex-ratio était de 1,33. Le motif de consultation était la douleur abdominale dans 72,78% des cas. Les délais de consultation étaient entre 3 et 5 jours. Les appendicites aiguës étaient plus fréquentes (31,95%), suivies des péritonites aiguës généralisées (18,34%) et les hernies étranglées (15,38%). Les patients avaient été opérés entre 6 heures et 24 heures après l'admission. La rachianesthésie avait prédominé (52%), suivie de l'anesthésie générale avec intubation orotrachéale (36%). Sur 162 patients opérés, les suites étaient simples (84%). On notait 34 cas de complications postopératoires dont 6 décès (3,7%).

Conclusion : Les urgences chirurgicales abdominales à l'hôpital de zone de Comè sont fréquentes et dominées par les appendicites, les péritonites et les hernies étranglées. Le délai de consultation était long lié à l'ignorance et à la précarité des moyens financiers des patients, d'où l'intérêt d'une sensibilisation et d'une assurance-maladie universelle pour les populations.

Mots clés : urgences chirurgicales abdominales ; rachianesthésie ; hôpital de zone ; Comè – Bénin

Summary:

Support for emergencies is a very sensitive topic in the Organization of the health system. In an area hospital, hospital structure of proximity to populations, among the reasons for consultation, acute abdominal pain is a very common reason for consultation in hospital practice.

Objective: the purpose of this study is to evaluate abdominal surgical emergencies at the COME area hospital.

Material and method: this is a retrospective study from 1st September, 2012 to August 31, 2013. The study population consists of all abdominal surgical emergencies admitted to the hospital, emergency or surgical consultation, either directly or by reference to another health structure over the study period. **Results:** total collige was 169 patients. All age groups were represented with a predominance of the 20 to 29 age group. It was 96 male subjects (57%) and 73 for women (43%) with a ratio of 1.33 for men. The reason for consultation was abdominal pain in 72,78% of the cases. The deadlines for consultation were long between 3 and 5 days. Acute appendicitis were more frequent (31.95%), followed by acute generalised (18.34%) peritonitis and strangulated hernias (15.38%). Patients were operated between 6 hours and 24 hours after admission. Spinal anesthesia had predominated (52%), followed by general anaesthesia with intubation oral (36%). On 162 patients operated, the suites were simple (84%). There were 34 cases of postoperative complications including 6 deaths (3.7%).

Conclusion: abdominal surgical emergencies in the area of Come hospital are frequent and dominated by appendicitis, peritonitis and strangulated hernias. The consultation period was long linked to ignorance and the precariousness of the financial means of the patients, where interest an awareness and a universal Medicare population.

Key words: abdominal surgical emergencies; anesthesia; area hospital; Comè - Benin.

Introduction

Les services d'urgences accueillent une diversité de patients qui consultent pour diverses pathologies. Parmi les motifs de consultation, les douleurs abdominales aiguës, symptôme principal des urgences chirurgicales abdominales constituent un motif de consultation très fréquent dans la pratique courante hospitalière. Environ 15% de ces cas de douleur abdominale aiguë vont nécessiter un geste chirurgical d'urgence [3]. Cette prise en charge chirurgicale reste problématique dans les pays en voie de développement, notamment dans les structures sanitaires périphériques, comme l'hôpital de zone au Bénin, qui constitue la structure hospitalière de proximité pour les populations. Le but de cette étude est d'évaluer la prise en charge de ces urgences chirurgicales abdominales à l'hôpital de zone de Comé

Matériel, et méthode

L'étude a eu lieu à l'hôpital de Zone de Comé (HZC), dans les services des Urgences et de Chirurgie. Le réseau sanitaire structuré de 58 centres de santé périphériques autour de l'HZC dessert une population estimée à trois cent mille

(300.000) habitants. L'HZC est un centre de référence de premier niveau situé dans la localité de Comé, situé à environ 70 Km de Cotonou.

Il s'agit d'une étude rétrospective, sur une période d'un an, du 1^{er} Septembre 2012 au 31 Août 2013 portant sur tous les patients admis à l'hôpital en urgence, et chez qui un diagnostic de pathologie chirurgicale abdominale a été posé. N'ont pas été inclus dans notre étude les patients admis pour une chirurgie programmée.

Les paramètres suivants ont été étudiés : les données sociodémographiques, le mode d'admission, le motif de consultation, le délai de consultation, l'état général du patient à l'admission, les différentes pathologies retrouvées, le délai de prise en charge chirurgicale, le type d'anesthésie, les suites opératoires, la mortalité en fonction de la pathologie, et la durée d'hospitalisation postopératoire.

Résultats

Au total 169 patients ont été opérés pour abdomen aigu chirurgical, ce qui correspondait à 15,15% de l'activité globale du bloc opératoire. Toutes les tranches d'âge étaient représentées avec une prédominance de la tranche d'âge de 20 à 29 ans.

(Figure n°1).

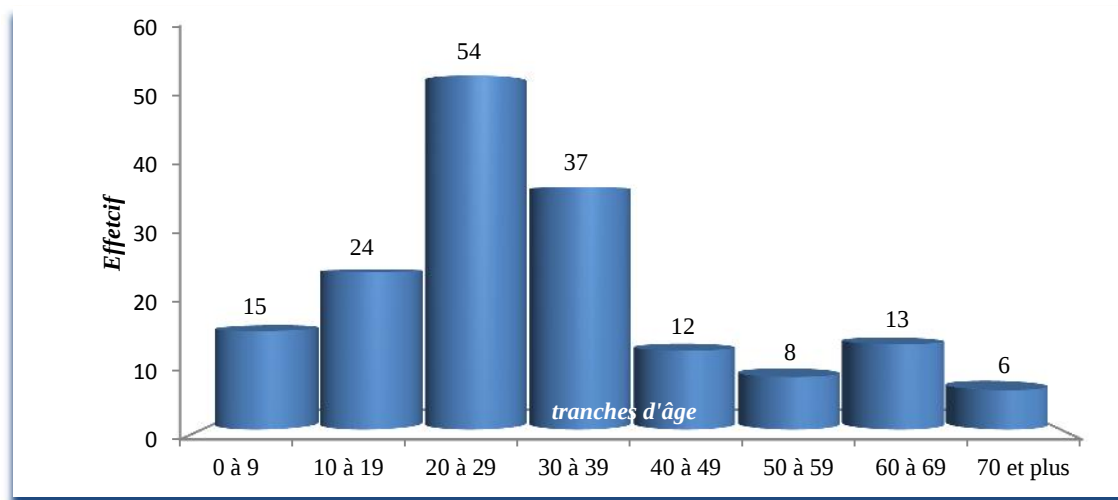


Figure n°1 : Répartition des patients ayant consulté pour abdomen aigu chirurgical en fonction de l'âge (n=169)

Il s'agissait de 96 sujets de sexe masculin (57%) et 73 sujets de féminin (43%) soit un sex-ratio de 1,33.

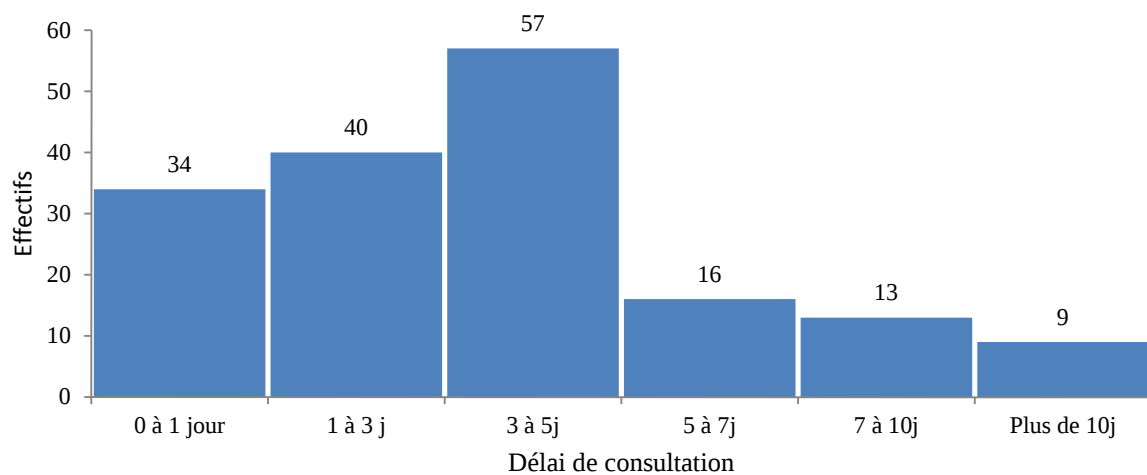
Deux patients sur cinq ont été référés d'une autre structure sanitaire périphérique. Le motif de consultation le plus fréquent était la douleur abdominale dans 72,78% des cas. (Tableau I).

Tableau 1 : Répartition des patients ayant consulté pour abdomen aigu chirurgical en fonction du principal motif de consultation (n=169)

<i>Motifs de consultation</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Douleurs abdominales</i>	123	72,78
<i>Tuméfaction douloureuse</i>	26	15,38
<i>Traumatisme</i>	9	5,33
<i>Arrêt des matières et gaz</i>	6	3,55
<i>Fièvre</i>	3	1,78
<i>Miction impossible</i>	2	1,18
<i>Total</i>	169	100

Plus de 70% des patients (123) a consulté pour des douleurs abdominales, dont 64 généralisées, 58 en fosse iliaque droite, 6 pelviennes, 3 péri-ombilicales, et 2 épigastriques.

Les délais de consultation se situaient généralement entre 3 et 5 jours après le début de la symptomatologie **(Figure n°2).**

**Figure 2 :** Répartition des patients ayant consulté pour abdomen aigu chirurgical en fonction du délai de consultation (n=169)

Plus de la moitié, 56,21% des patients avaient un état général altéré à l'admission. Les appendicites aiguës ont été plus fréquentes (31,95%) suivies des péritonites aiguës généralisées

(18,34%) et des hernies étranglées (15,38%). **(Figure 3).**

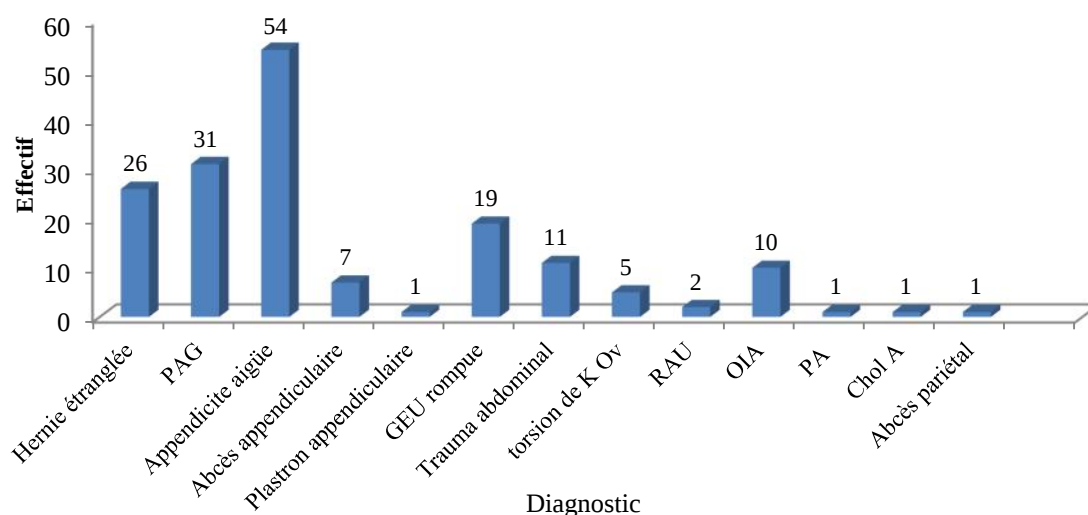


Figure 3 : Répartition des patients ayant consulté pour abdomen aigu chirurgical en fonction du diagnostic posé (n=169)

Parmi les patients ayant présenté un abdomen aigu chirurgical, 88 ont été entre 6 heures et 24 heures après l'admission (**Figure 4**).

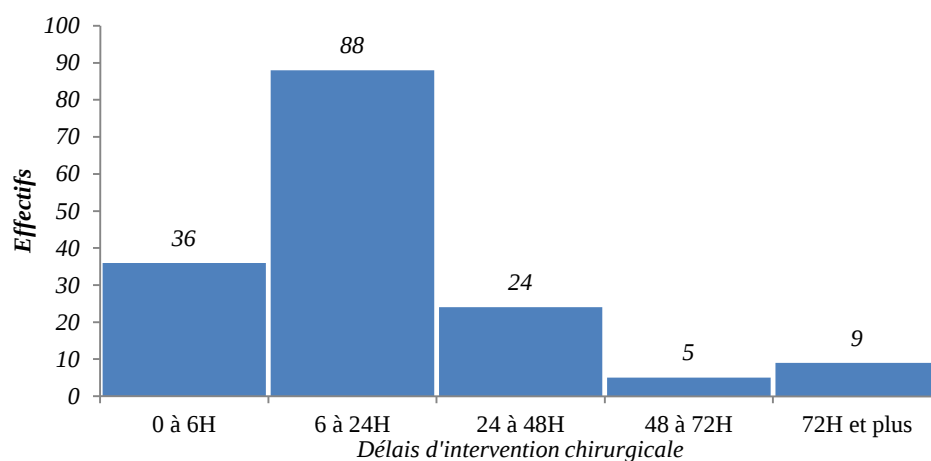


Figure 4 : Répartition des patients ayant présenté un abdomen aigu chirurgical en fonction du délai d'intervention chirurgicale (n=162)

La rachianesthésie avait prédominé avec une proportion de 52%, suivie de l'anesthésie générale avec intubation orotrachéale avec une proportion de 36% (**Tableau II**).

Tableau II : Répartition des patients opérés pour abdomen aigu chirurgical en fonction du type d'anesthésie (n=162)

Types d'anesthésie	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
Rachianesthésie	84	51,85
Anesthésie générale et intubation orotrachéale	58	35,80
Rachianesthésie et sédation	12	7,41
Rachianesthésie et anesthésie générale et intubation orotrachéale	6	3,70
Anesthésie générale au masque	1	0,62
Anesthésie locale	1	0,62
Total	162	100

Sur 162 patients opérés, les suites étaient simples chez 84%. On notait 34 cas de complications postopératoires ; et 7 décès (3,7%) dont :

- 2 cas de traumatisme abdominal par accident de la voie publique,
- un polytraumatisé,
- 2 cas d'occlusion avec une nécrose intestinale,
- 1 cas de péritonite aiguë généralisée par perforations iléales multiples
- et 1 cas de tumeur colique avec métastases omentales simulant une péritonite aiguë généralisée.

Les autres complications observées ont été une suppuration pariétale dans 8,64% des cas, 4 cas d'hématomes scrotal, 3 cas de syndrome occlusif postopératoire 2 cas de péritonite postopératoire, 2 cas de plaie vésicale iatrogène, et 1 cas de fistule entéro-cutanée. La durée d'hospitalisation toutes pathologies confondues était entre 6 et 10 jours pour 33,95% des patients, entre 0 et 5 jours pour 30,25%, et entre 11 et 15 jours pour 22,22%. Au total, 86,42% des patients opérés ont eu une durée d'hospitalisation inférieure ou égale à 15 jours. La durée moyenne était de 5 jours pour les appendicectomies, 5 jours pour les hernies étranglées, 12 jours pour les péritonites (**Figure 5**)

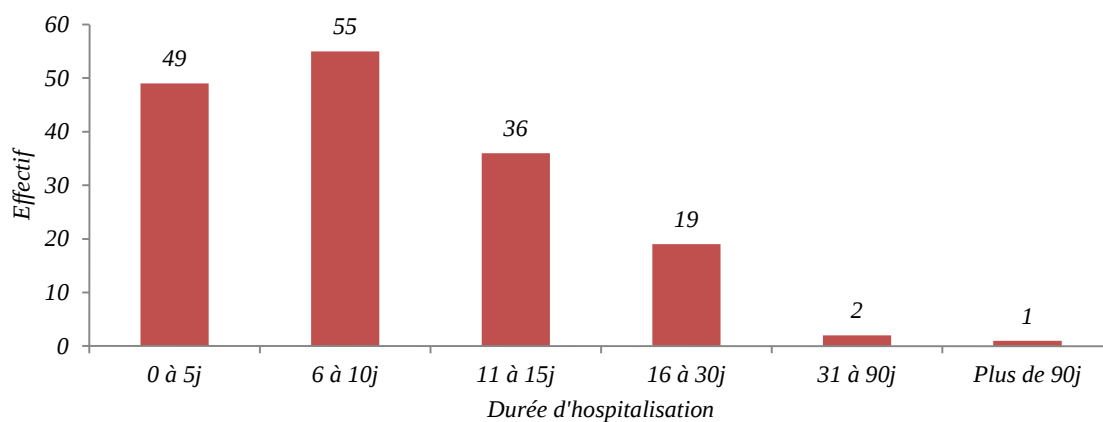


Figure 5 : Répartition des patients opérés pour abdomen aigu chirurgical en fonction de la durée d'hospitalisation (n=162)

Discussion

L'abdomen aigu chirurgical survient à tous les âges. Toutefois, la tranche d'âge la plus représentée est celle comprise entre 20 et 29 ans, ce qui correspond à une population jeune. Ceci confirme l'analyse de Harouna Y et al. au Niger qui estiment que «les urgences en chirurgie digestive concernent l'adulte jeune de sexe masculin» [4]. Trois patients sur cinq ont consulté à l'hôpital sans passer par une autre structure sanitaire. Ceci est en dessous des 80% rapportés par Harouna Y et al [4]. Ce taux reflète une reconnaissance de la gravité de la pathologie par les patients et un manque de structures sanitaires périphériques. La douleur abdominale est le motif de consultation le plus fréquent avec une fréquence de 72,78%. Les traumatismes abdominaux sont peu fréquents (5,33%). Le délai de consultation varie beaucoup en fonction de la pathologie. Le plus grand nombre a consulté entre 3 et 5 jours après le début de la symptomatologie. Si l'usage des traitements traditionnels comme premiers recours de soins semble être l'une des principales causes de ce retard,

l'accessibilité financière et géographique et le retard culturel à la décision de recours au soin sont des facteurs non négligeables à prendre en compte. Ce délai reste cependant moins long que celui des hôpitaux nationaux en raison du retard mis par les structures périphériques pour la référence des patients [5].

Dans notre étude, l'appendicite aiguë a été la pathologie la plus fréquente : 31,95%, avec tous les types anatomopathologiques. Cette fréquence des appendicites aiguës se rapproche de celle trouvée par Gaudeuille A et al (32,4%) [6], et Etienne et al. (32%) [7]. Par contre elle est nettement supérieure aux 11,2% de Koumaré et al. à Bamako [8]. Ces résultats sont également différents de ceux de Harouna Y et al qui montrent une nette prédominance des syndromes occlusifs y compris les hernies étranglées avec un taux de 41% [4], contre 21,30% dans notre étude.

Les péritonites aiguës généralisées viennent en deuxième position avec un taux de 18,34%, moins

que les 28,8% rapporté par Harouna Y et al qui les met en deuxième position également [4]. Par contre Mensah E et al ont trouvé à Parakou que les péritonites aiguës généralisées venaient en tête avec 55% des urgences abdominales non traumatiques [5]. L'origine la plus fréquente des péritonites dans notre étude est appendiculaire, ensuite viennent les perforations iléales, comme dans les travaux de Harouna Y et al [4]. Les perforations d'ulcère et les péritonites d'origine gynécologique restent peu fréquentes. Les hernies étranglées viennent en troisième position avec un taux de 15,38%. Nous avons enregistré deux cas de nécrose du grêle, deux cas de nécrose omentale, et un cas de nécrose cœcale sur hernie étranglée. Les traumatismes abdominaux sont peu fréquents : 6,51% de cas d'accident de la voie publique, moins que dans les travaux de Harouna Y et al qui rapportent un taux avoisinant 10% [4]. Sur les 11 cas de traumatisme abdominal, nous avons 8 cas de contusions abdominales avec 6 ruptures spléniques, et un seul cas d'agression par arme blanche. La gravité de l'accident a occasionné un polytraumatisme chez 2 patients. Les grossesses extra-utérines rompues représentaient 11,24% de notre échantillon. La lésion était à droite dans 16 cas sur 19, et nous avons eu 1 cas de grossesse extra utérine bilatérale rompue d'un côté, et 1 cas de grossesse extra utérine rompue sur trompe unique. Les kystes ovariens compliqués sont moins fréquents, et les autres pathologies à savoir pancréatite aiguë, cholécystite aiguë et autres étaient plutôt rares, ce qui correspond aux résultats de Harouna Y et al qui rapportent 1 seul cas de pancréatite aiguë dans leur série [4]. L'état général des patients à l'admission était altéré dans 56,21% des cas. Cette altération de l'état général est retrouvée dans les cas de péritonite, occlusion, hernie étranglée, traumatisme, grossesse extra utérine et rupture de kyste ovarien. Elle était également liée au retard de consultation. Le plus grand nombre de patients a été opéré entre 6 et 24 heures après leur admission, avec un délai

moyen de 18 heures entre l'admission et l'intervention chirurgicale. Le délai moyen de prise en charge chirurgicale était égal à 1 jour et 14 heures $\pm$ 3 jours et 3 heures. Le délai médian de prise en charge chirurgicale était de 12 heures. Ces valeurs étaient nettement supérieures à celles de Sima Zué A. et al. à Libreville qui étaient de 540 $\pm$ 613,7 mn, soit un peu plus de huit heures de temps pour prendre en charge les urgences chirurgicales [9]. Cette situation s'expliquerait par plusieurs facteurs : l'absence d'assurance maladie, le niveau socio-économique bas des malades ne permettant pas d'honorer les ordonnances médicales et le bilan préopératoire, et l'inexistence d'une trousse d'urgence pour la prise en charge de ces urgences. Il est également lié à l'utilisation conjointe du bloc opératoire par le service de gynécologie et d'obstétrique comme c'était le cas à l'HZC. Le taux global de mortalité, sans préjuger de l'étiologie était de 7%, moins que les 14,8% retrouvé par Harouna Y. au Niger [4]. Quant à Ayité A et al, ils trouvaient un taux de décès de 1,13% après appendicectomie. Pour eux, l'évolution défavorable peut s'expliquer par le retard à l'intervention, des erreurs chirurgicales et diagnostiques [1].

Conclusion

Les urgences chirurgicales abdominales sont fréquentes en hôpital périphérique, dominées par les appendicites aiguës, les péritonites aiguës généralisées et les hernies étranglées. Cette étude sur abdomens aigus chirurgicaux admis à l'hôpital de zone de Comè montre que les sujets jeunes sont les plus touchés. Plusieurs facteurs expliquent le taux de mortalité élevé. On peut citer entre autre le retard à la consultation, les difficultés d'accessibilité surtout économique à l'origine des longs délais de prise en charge chirurgicale. Il est donc important de mettre en place des mécanismes favorables à une accessibilité plus grande à la chirurgie qui reste l'un des parents pauvres des financements de santé, notamment en zones rurales et semi-urbaines.

Références

- 1- **Galinski M, Beaune S, Lapostolie F, Adnet F.** Prise en charge de la douleur aiguë en urgence. www.em-consulte.com/article/26222#bib89
- 2- **Scheefer S, Mancuso G, Stein-Mergen M.** Augmentation de l'affluence des patients aux urgences du Centre Hospitalier de Luxembourg : Qui sont-ils ? Pourquoi viennent-ils ? *Bull Soc Sci Med* 2005 ; 1 : 91.
- 3- **Berrod JL, Lebourgeois P, Marcos X.** Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. *Encycl Med Chir* 9-001-B-10.
- 4- **Harouna Y, Ali L, Seibou A, Abdou I, Gamatie Y, Rakotomalala J, Habibou A, Bazira.** Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger) : Etude analytique et pronostique. *Med d'Afr Noire* 2001 ; 48.
- 5- **Mensah E, Tchaou B, Allode A, Zoumenou E, Ogou L, Chobli M et al.** Comment améliorer le pronostic des urgences chirurgicales abdominales admises dans l'unité de réanimation ? *J Afr Chir Digest* 2011 ; 11 : 1197-203.
- 6- **Gaudeuille A, Bobossi Serengbe G, Soumouk A, Gody JC, Ndemanga Kamoune J, Mandaba JL.** Les appendicitis au complexe pédiatrique de Bangui (RCA) : aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs. *Le Bénin Médical* 2001 ; 19 :16.
- 7- **Etienne JC, Fingerhut A, Eugene C, Wesenfelder L.** Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. Editions Techniques *Encycl Med Chir* (Paris France), Urgences. 1994 ; 24039-B610, 27p.
- 8- **Koumare AK, Traore IT, Ongoiba N, Traore AKD, Simpura D, Diallo A.** Les appendicitis à Bamako (Mali). *Med d'Afr Noire* 1995 ; 48 : 259-262.
- 9- **Sima A, Josseaume A, Ngaka Nsafa D, Galois-Guibal L, Carpentier JP.** Surgical emergencies at Libreville hospital center. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2003 22 :189-95.
- 10- **Ayite A, Tchatagba K, Etey Dossim A, Tekou A, James K.** Décès après appendicectomie au CHU de Lomé : à propos de 20 cas. *Tunisie Médicale* 1996, 74 : 285-89.