

Prise en charge des péritonites par perforation d'ulcères gastro-duodénaux dans un hôpital secondaire burkinabè

S. Ouédraogo¹, M. Zida¹, J.L. Kambiré¹, A. Sanou², S.S. Traoré²

Résumé

Le but de cette étude a été de décrire la prise en charge des péritonites aiguës généralisées par perforation d'ulcère gastrique ou duodénal et d'évaluer le bénéfice du drainage abdominal. Nous avons réalisé une étude transversale sur 3 ans. Elle a inclus 129 patients opérés pour péritonites par perforation gastrique ou duodénale. Les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients ont été évaluées. L'âge moyen des patients a été de 44,8 ans. Nous avons noté une prédominance masculine (67,4 %). Seize patients (12,4 %) avaient un état général altéré (stade 2 de l'OMS et plus). Une hyperleucocytose a été notée dans 49 cas (40 %) et une anémie dans 60 cas (46,5 %). Le délai moyen de prise en charge chirurgicale a été inférieur à 24 heures chez 46 patients (35,7 %). Le traitement a consisté à une laparotomie, une toilette de la cavité péritonéale et à une suture de la perforation. La fermeture de la cavité abdominale a été réalisée avec drainage dans 84 cas (65,1%) et sans drainage dans 45 cas (34,9 %). La distribution des paramètres cliniques, biologiques et évolutifs, étaient similaires dans ces 2 groupes à l'exception du décompte leucocytaire. Une suppuration pariétale a été notée dans 16 cas (12,4 %). La durée moyenne de séjour a été de 6 jours. Deux patients (1,6 %) sont décédés. Les péritonites par perforation d'ulcères gastrique ou duodénal sont responsables d'une importante morbidité en milieu rural burkinabè. Le bénéfice du drainage abdominal en termes de réduction de la morbidité n'est pas évident.

Mots-clés : péritonite, perforation gastrique, drainage.

Management of perforated of peptic ulcers in a secondary hospital of Burkina

Abstract

The aim of this study was to describe the treatment of perforative peptic ulcer and to evaluate the benefit of abdominal drainage. We conducted a cross-sectional study over 3 years. It included 129 patients operated for perforative peptic ulcer. Epidemiological, clinical, therapeutic and evolutionary features were evaluated. The average age of patients was 44.8 years. We noted male patients (67.4 %). Sixteen patients (12.4 %) had an impaired general condition (stage 2 or more WHO classification). Hyperleukocytosis was noted in 49 cases (40 %) and anaemia in 60 cases (46.5 %). The average time of surgical treatment was less than 24 hours in 46 patients (35.7 %). Treatment consisted in laparotomy, toilet of the peritoneal cavity and suture of the perforation. The closure of the abdominal cavity was performed with drainage in 84 cases (65.1 %) and without drainage in 45 cases (34.9 %). The distributions of clinical, biological and evolutionary parameters were similar in the two groups, except for the leukocyte count. Parietal suppuration was noted in 16 cases (12.4 %). The average length of hospital stay was 6 days. Two patients (1.6 %) died. Peritonitis by perforation of gastric or duodenal peptic ulcers is responsible for significant morbidity in rural Burkina Faso. The benefit of abdominal drainage in terms of disease reduction is not evident.

Keywords: peritonitis, perforative peptic ulcer, drainage

1 : Assistant, université de Ouagadougou

2 : Professeur titulaire, université de Ouagadougou

* Auteur correspondant : Dr Souleymane OUEDRAOGO, chirurgien hôpital régional de Tenkodogo ; Téléphone : 0022676587850
E-mail : souleymane.oued@yahoo.fr

Introduction

Les ulcères gastriques et duodénaux constituent l'affection la plus fréquente du tractus digestif. Leur prévalence est estimée à 3% dans les pays en développement (MOSES *et al.*, 2015). La perforation est une des complications les plus fréquentes des ulcères gastriques et duodénaux (DORDEVIC *et al.*, 2011) ; (NUHU et KASSAMA, 2008). Elle représente la deuxième cause de péritonite aiguë généralisée dans les pays en développement (OUANGRE *et al.*, 2012) ; (MEMON *et al.*, 2012). La péritonite par perforation gastrique réalise une urgence chirurgicale grave dont la mortalité peut atteindre 30% (MOLLER *et al.*, 2011) ; (LAU *et al.*, 2011). Elle nécessite un diagnostic rapide, des mesures de réanimation efficaces et un traitement chirurgical adapté (BERTLEFF et LANGE, 2010) ; (LEEMAN *et al.*, 2013). Le traitement chirurgical conventionnel des péritonites par perforation gastrique ou duodénale comprend la suture de la perforation, la toilette péritonéale, le drainage de la cavité péritonéale. Malgré ces gestes thérapeutiques, de nombreuses complications, surtout infectieuses apparaissent à la période post opératoire (BALLUS *et al.*, 2015). Ces complications sont liées à la lourdeur du traitement chirurgical, à l'alitement prolongé et également au mauvais état général des patients (SINGH *et al.*, 2013). Tout récemment, des innovations tendant à réduire la lourdeur du traitement et à favoriser le lever précoce des patients ont été introduites (SAMARDZIC *et al.*, 2010). Ces innovations concernent essentiellement la laparoscopie, la réalimentation précoce et la suppression des gestes chirurgicaux non essentiels. Aussi, le rôle du drainage abdominal après la suture de la perforation suscite la controverse. Certains auteurs le recommandent systématiquement avec l'argumentaire qu'il réduit les complications infectieuses comme les suppurations profondes et les infections de la paroi. D'autres auteurs jugent ce drainage inutile (RATHER *et al.*, 2013). En absence de recommandations factuelles, la réalisation ou non d'un drainage après suture d'une perforation gastrique ou duodénale est souvent laissée à l'appréciation de chaque chirurgien. La présente étude décrit la prise en charge des péritonites par perforations d'ulcère gastrique ou duodénale dans un contexte de ressources limitées et compare les résultats des deux attitudes, laparotomie avec drainage et laparotomie sans drainage.

Patients et méthodes

Type d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale réalisée au service de chirurgie de l'hôpital régional de Tenkodogo, au Burkina Faso. Elle a concerné la période allant du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2015.

Population d'étude et critères d'inclusion

La population d'étude était constituée par l'ensemble des patients opérés dans le service pour péritonite aiguë généralisée par perforation gastrique ou duodénale d'origine ulcéreuse durant la période concernée. Les dossiers contenant des données incomplètes et les perforations d'origine cancéreuse ou traumatique ont été exclus.

Collecte et analyse des données

La collecte des données s'est faite de manière rétrospective. Les dossiers cliniques, les registres de compte rendu opératoire ont été les sources de collecte des données. Nous avons collecté, sur

une fiche d'enquête pré établie, les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives. Le test du chi carré a été utilisé pour la comparaison des données, au seuil de signification de 5 %.

Résultats

Aspects sociodémographiques

Au total 129 patients ont été inclus dans l'étude. Il s'agissait de 87 patients de sexe masculin (67,4 %) et 42 autres de sexe féminin. L'âge moyen des patients a été de 44,8 ans (écart type 15,9). Cinquante patients (38,8 %) avaient un âge compris entre 20 et 40 ans.

Aspects cliniques et biologiques

Le délai de consultation a varié entre 2 et 72 heures. L'état général des patients a été évalué à l'admission par l'indice de l'OMS. Seize patients (12,4 %) avaient un état général altéré (stade 2 et plus). Nous n'avons pas noté de patient en état de choc. Une numération formule sanguine a été réalisée chez tous les patients. Elle a montré une hyperleucocytose (nombre de leucocytes supérieur à 10 000/mm³) dans 49 cas (40 %). Une anémie (taux d'hémoglobine inférieur à 12 grammes par décilitre) a été retrouvée chez 60 patients (46,5 %).

La perforation siégeait sur le bulbe duodénal dans 14 cas et sur l'antrum gastrique dans 115 cas (89,1 %). A la cœliotomie, le liquide péritonéal était d'aspect bilieux ou purulent dans 92 cas (71,3 %) et à prédominance alimentaire dans 37 cas (28,7 %).

Aspects thérapeutiques et évolutifs

Tous les patients ont bénéficié d'une réanimation pré opératoire consistant à une rééquilibration hydro électrolytique. Une antibiothérapie à base de ceftriaxone a été instaurée en pré opératoire chez tous les patients. Elle a duré 3 jours.

Le délai moyen de prise en charge chirurgicale (temps écoulé entre le début de la maladie et le début de l'intervention chirurgicale) a varié entre 12 heures et 96 heures. Il a été inférieur à 24 heures chez 46 patients (35,7 %). La voie d'abord a été une laparotomie dans tous les cas. Le traitement a consisté à une toilette de la cavité péritonéale et à une suture de la perforation. La toilette péritonéale a été réalisée avec du sérum salé isotonique. La quantité de sérum utilisé pour le lavage péritonéal a varié entre 1,5 et 4 litres (écart type 0,6 litre). La suture de la perforation a été réalisée avec du fil résorbable No 0.

La fermeture de la cavité abdominale a été réalisée avec drainage dans 84 cas (65,1 %) et sans drainage dans 45 cas (34,9 %). La distribution des certains paramètres cliniques, biologiques et évolutifs, a été comparé entre le groupe des patients ayant bénéficié d'un drainage (groupe 1) et celui des patients ayant bénéficié d'une fermeture sans drainage (groupe 2). Ces données sont présentées dans les tableaux I, II et III.

Le délai moyen de reprise du transit a été de 3 jours. Des complications ont été notées chez 22 patients (17 %). Ces complications ont été dominées par la suppuration pariétale avec 16 cas. La durée moyenne de séjour a été de 6 jours. Deux patients sont décédés.

Tableau I. Distribution des données sociodémographiques dans les groupes 1 et 2

	Groupe 1 (n = 84)	Groupe 2 (n = 45)	P-value
Sexe			
Masculin	57 (67,9%)	30 (66,6%)	0,819
Féminin	27 (32,1%)	15 (33,4%)	
Classe d'âge			
20 à 39 ans	36 (42,9%)	14 (31,1%)	0,264
40 à 59 ans	30 (35,7%)	16 (35,6%)	
60 à 84 ans	18 (21,4%)	15 (33,3%)	

Tableau II. Distribution des données cliniques et biologiques dans les groupes 1 et 2

	Groupe 1 (n = 84)	Groupe 2 (n = 45)	P-value
Délai de prise en charge chirurgicale			
Inférieur à 24 heures	25 (29,8%)	11 (24,4%)	0,484
Supérieur à 24 heures	59 (70,2%)	34 (75,6%)	
Etat général à l'admission			
Altéré	10 (11,9%)	6 (13,3%)	0,748
Conservé	74 (88,1%)	39 (86,7%)	
Décompte leucocytaire (mm³)			
Supérieur ou égal à 10 000	37 (44%)	12 (26,7%)	0,0498
Inférieur à 10 000	47 (56%)	33 (75,3%)	
Taux d'hémoglobine			
Supérieur ou égal à 12 g/dl	50 (59,5%)	19 (42,2%)	0,0597
Inférieur à 12 g/dl	34 (40,5%)	26 (57,8%)	
Aspects du liquide péritonéal			
Prédominance bilieuse ou purulente	63 (75%)	29 (64,4%)	0,210
Prédominance alimentaire	21(25%)	16 (35,6%)	
Siège de la perforation			
Bulbe duodénal	10 (11,9%)	4 (8,9%)	0,747
Antre gastrique	74 (88,1%)	41 (81,1%)	

Tableau III. distribution des données évolutives dans les groupes 1 et 2

	Groupe 1 (n = 84)	Groupe 2 (n = 45)	P-value
Suites opératoires			
Suites simples	68 (80,9%)	39 (86,7%)	0,561
Suites compliquées	16 (19,1%)	6 (15,3%)	
Délai de reprise du transit			
Inférieur ou égal à 3 jours	18 (21,4%)	8 (17,8%)	0,366
Supérieur à 3 jours	66 (78,6%)	37 (82,2%)	
Séjour hospitalier			
Inférieur à 5 jours	18 (21,4%)	7 (15,5%)	0,423
Entre 5 et 10 jours	52 (61,9%)	34 (75,6%)	
Supérieur à 10 jours	14 (16,7%)	4 (8,9%)	

Commentaires

Malgré la validation récente de protocoles de traitement non opératoire, le volet chirurgical demeure essentiel dans la prise en charge des péritonites par perforation gastrique et duodénaux (DORDEVIC *et al.*, 2011) ; (SAMARDZIC *et al.*, 2010). Il consiste à supprimer le foyer infectieux et à diminuer la contamination microbienne de la cavité péritonéale par une toilette péritonéale adéquate. Cette toilette doit se faire avec du sérum salé isotonique et peut nécessiter jusqu'à 20 litres de sérum (DORDEVIC *et al.*, 2011). Actuellement, l'utilisation de la laparoscopie permet un meilleur lavage de la cavité péritonéale (DI SAVERIO *et al.*, 2014). Le drainage de la cavité péritonéale vise à permettre l'évacuation d'éventuelles collections résiduelles après le lavage et donc à minimiser le risque de complications infectieuses post opératoires. Il a été pendant longtemps considéré comme un volet essentiel du traitement des collections intra abdominales septiques (SARTELLI *et al.*, 2013) ; (GU *et al.*, 2015). Son intérêt a été récemment remis en cause (RATHER *et al.*, 2013). La remise en cause de l'importance du drainage tire son origine des avancées sur la connaissance des propriétés du péritoine. En effet, la membrane péritonéale possède une grande capacité de résorption et de lutte antimicrobienne (CHAO *et al.*, 2013). Ces propriétés permettraient la résorption, par la membrane péritonéale, des petites collections résiduelles, même septiques, lorsque la source de contamination a été supprimée (LUI et DAVIS, 2010). De ce fait, le drainage péritonéal n'est plus considéré comme essentiel pour peu que toutes les quantités utilisées aient été aspirées et la cavité péritonéale asséchée.

Il ressort de notre étude que les options de suture gastrique sans et avec drainage sont toutes deux utilisées dans le service. La pose d'un drain reste cependant l'option préférentielle (65,1 %). La distribution des patients eu égard aux aspects épidémiologiques et cliniques dans les 2 groupes était similaire, à l'exception du décompte leucocytaire. Une hyperleucocytose suggère une infection avancée avec réaction générale de l'organisme (MOSES *et al.*, 2015). Les patients ayant bénéficié d'un drainage pourraient donc être ceux qui présentent une infection avancée. Sur le plan évolutif, la reprise du transit, la durée de séjour et la survenue de complications étaient similaires

dans les deux groupes. En particulier, les patients n'ayant pas bénéficié de drainage ne présentaient pas plus de complications que ceux n'ayant pas bénéficié d'un drainage. La prédominance de l'hyperleucocytose dans le groupe 1 constitue une limite importante rendant difficile la comparaison des données évolutives.

Cependant nos résultats sont similaires à ceux rapportés par d'autres auteurs (MOSES *et al.*, 2015). La pose d'un drain aurait même des conséquences négatives pour certains d'entre eux. Ceux-ci suggèrent que le drainage chirurgical augmenterait la durée de séjour hospitalier et serait à l'origine des perturbations physiologiques chez les patients (GU *et al.*, 2015). Ce qui est certain, c'est que le drainage péritonéal est un geste invasif. En effet il nécessite la création d'un défaut au niveau de la paroi pour le passage du drain. En outre, le drain met en communication la cavité péritonéale et le milieu extérieur, ce qui peut être source d'infection.

Conclusion

En milieu hospitalier burkinabè, les péritonites par perforation gastrique ou duodénale surviennent le plus souvent chez des sujets jeunes. La morbidité est élevée en termes de durée de séjour, de complications infectieuses. Des réflexions devraient être menées pour réduire la lourdeur du traitement. Le drainage de la cavité péritonéale ne semble pas apporter une amélioration en termes de réduction des complications septiques post opératoires. A ce titre un schéma d'étude plus appropriés devrait permettre d'évaluer l'apport du drainage et de décider quant à la nécessité de son maintien.

Références bibliographiques

- Ballus J., Lopez-Delgado J.C., Sabater-Riera J., Perez-Fernandez X.L., 2015.** Surgical site infection in critically ill patients with secondary and tertiary peritonitis: epidemiology, microbiology and influence in outcomes. *BMC Infectious Diseases*, 15:304.
- Bertleff M.J., Lange J.F., 2010.** Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. *Dig Surg.*, 27:161-169.
- Chao C.T., Lee S.Y., Yang W.S., Chen H.W., Fang C.C., Yen C.J., 2013.** Peritoneal dialysis peritonitis by anaerobic pathogens: a retrospective case series *BMC Nephrology*, 14:11
- Di Saverio S., Bassi M., Smerieri N., Masetti M., Ferrara F., Fabbri C., 2014.** Diagnosis and treatment of perforated or bleeding peptic ulcers: 2013 WSES position paper. *World Journal of Emergency Surgery*, 9:45.
- Dordevic I., Zlatic A., Jankovic I., 2013.** Treatment of perforative peptic ulcer. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Nis.*, 28:95-107.
- Gu G., Ren J., Liu S., Li G., Yuan Y., Chen J., 2015.** Comparative evaluation of sump drainage by trocar puncture, percutaneous catheter drainage versus operative drainage in the treatment of Intra-abdominal abscesses: a retrospective controlled study. *BMC Surgery*, 15:59.
- Lau J.Y., Sung J., Hill C., Henderson C., Howden C.W., Metz D.C., 2011.** Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion*, 84:102-113.
- Leeman M.F., Skouras C., Paterson-Brown S., 2013.** The management of perforated gastric ulcers. *International Journal of Surgery*, 11: 322-324.
- Lui F.Y., Davis K.A., 2008.** Gastroduodenal perforation: maximal or minimal intervention? *Scand J Surg.*, 99:73-77.
- Memon A.A., Siddiqui F.G., Abro A.H., Agha A.H., Lubna S., Memon A.S., 2012.** An audit of secondary peritonitis at a tertiary care university hospital of Sindh, Pakistan. *World Journal of Emergency Surgery*, 7:6.

- Moller M.H., Adamsen S., Thomsen R., Moller A.M., 2011.** British Multicentre trial of a perioperative protocol to reduce mortality in patients with peptic ulcer perforation. *British Journal of Surgery*, 98:802-810.
- Moses J.F., Hughes D.C., Patel P.B., Chao T.E., Konneh S.A., Jallah T.Y., 2015.** Surgical outcomes for perforated peptic ulcer: A prospective case series at an academic hospital in Monrovia, Liberia. *African Journal of Emergency Medicine*, 5: 60-65.
- Nuhu A, Kassama Y.** Experience with acute perforated duodenal ulcer in a West African population. *Niger J Med.*, 17:403-406.
- Ouangre E., Zida M., Ouedraogo S., Sanou A., Bonkougou G., Sano D., Traoré S.S., 2012.** Les activités chirurgicales du bloc opératoire dans un hôpital semi-urbain du Burkina Faso: cas du Centre Hospitalier Régional (C.H.R.) de Dédougou. *Annales de l'université de Ouagadougou*, 008:101-116.
- Rather S.A., Bari S.U., Malik A.A., Khan A., 2013.** Drainage Vs no drainage in secondary peritonitis with sepsis following complicated appendicitis in adults in the modern era of antibiotics. *World J Gastrointest Surg*, 11: 300-305.
- Samardzic J., Latic A., Hreckovski B., Latic F., Krizanovic-Rupcic A., 2010.** Perforated peptic ulcers: Open and Laparoscopic Repair, Our Experience. *AIM*, 18:226-228.
- Sartelli M., Viale P., Catena F., Ansaloni L., Moore E., Malangoni M., 2013.** WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. *Journal of Emergency Surgery*, 8:3.
- Singh R., Kumar N., Bhattacharya A., Vajifdar H., 2011.** Preoperative predictors of mortality in adult patients with perforative peritonitis. *Indian J Crit. Care Med.*, 15:157-163.