

ARTICLE ORIGINAL

PRISE EN CHARGE DES OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE DAPAONG (TOGO)

MANAGEMENT OF INTESTINAL OBSTRUCTIONS IN DAPAONG REGIONAL HOSPITAL (TOGO)

KASSEGNE I¹, SEWA EV², ADABRA K³, ALASSANI F³, KANASSOUA KK³, AMAVI AK³, TCHANGAI B³, ATTIPOU K³.

¹-Service de chirurgie générale du CHU de Kara BP : 18 Kara-Togo

²-Service de chirurgie générale du centre hospitalier régional de Dapaong-Togo

³-Service de chirurgie viscérale du CHU Sylvanus Olympio BP : 57 Lomé-Togo

Auteur correspondant Dr KASSEGNE Iroukora, Maître-assistant - CHU de Kara –TOGO

Tel : (+33)782021799 - Fax : (+33)327947434

Email : iroukorakassegne@yahoo.fr - kassegneiroukora@gmail.com

Résumé

But : Le but de ce travail a été de relever les étiologies et d'évaluer la prise en charge des occlusions intestinales aiguës au centre hospitalier régional de Dapaong (Togo). **Patients et Méthodes :** Il s'est agi d'une étude rétrospective menée dans le service de chirurgie générale du centre hospitalier régional de Dapaong (Togo), du 1er Janvier 2008 au 31 Décembre 2012. Elle a porté sur des dossiers de patients pris en charge pour une occlusion intestinale aiguë. **Résultats :** Deux cent vingt-cinq dossiers ont été retenus. L'âge moyen des patients était de 37 ans et le sex-ratio de 4,5. Le délai moyen entre le début des symptômes et la consultation chirurgicale a été de 26,6 heures. Les hernies inguino-scrotales étranglées étaient les étiologies les plus retrouvées. Une radiographie d'abdomen sans préparation a été réalisée chez 70 patients (33,3%). Deux cent dix (93,33%) patients ont été opérés. Le délai moyen entre l'admission et la prise en charge chirurgicale des patients a été de 8 heures. Les suites opératoires ont été compliquées chez 23 patients (11%). Il s'agissait de suppurations pariétales, retrouvées chez tous les patients ayant bénéficié d'une résection intestinale. Le taux de mortalité était de 10,2% (23 cas). **Conclusion :** Les occlusions intestinales aiguës au centre hospitalier régional de Dapaong sont dominées par les hernies inguino-scrotales étranglées. Elles sont confrontées à un retard de prise en charge, rendant leur morbi-mortalité élevée.

Mots clés : occlusions intestinales, hernies étranglées, chirurgie, Togo.

Summary

Aim of the study: This study's aim was to identify aetiologies and evaluate the management of intestinal obstructions in Dapaong regional hospital (Togo). **Patients and methodology:** It's a retrospective study of the medical files of all patients managed for intestinal obstructions in Dapaong regional hospital (Togo) from January 1, 2008 to December 31, 2012. **Results:** Two hundred twenty-five files were selected. The mean age of patients was 37 years. The sex-ratio was 4.5. The mean interval from onset of disease to presentation at hospital was 26.6 hours. The strangulated inguinal hernias were the most frequent causes. Seventy patients (33.3%) had plain abdominal radiograph. Two hundred and ten patients (93.33%) underwent surgery. The main waiting time between presentation at hospital and operative intervention was 8 hours. The postoperative course was complicated in 23 cases (11%). It was parietal suppurations, found in all patients who underwent intestinal resection. The death rate was 10.2% (23 cases). **Conclusion:** Intestinal obstructions in Dapaong regional hospital are dominated by strangulated inguinal hernias. They are facing a delay of management, contributing to increase their morbidity and mortality.

Key words: intestinal obstructions, strangulated hernias, surgery, Togo.

INTRODUCTION

Les occlusions intestinales aiguës constituent des urgences chirurgicales fréquentes dont les étiologies sont variées en Afrique subsaharienne [1,2]. Au Togo, leurs étiologies sont dominées par les hernies étranglées de la paroi abdominale [3-5]. Au centre hospitalier régional de Dapaong (CHRD), ville septentrionale du Togo, leurs étiologies étaient autrefois dominées par les infections parasitaires à oesophagostomum bifurcum ou « Tumeurs de Dapaong », aujourd'hui exceptionnelles [6]. Le but de cette étude était de relever les différentes étiologies actuelles des occlusions intestinales aiguës et d'évaluer leur prise en charge au CHRD.

PATIENTS ET METHODE

Il s'était agi d'une étude rétrospective sur une période de 5 ans (1er janvier 2008 au 31 Décembre 2012) dans le service de chirurgie générale du CHRD. Elle a porté sur les dossiers de patients sans distinction d'âge et de sexe, admis pour une occlusion intestinale aiguë. Tous ces patients ont bénéficié d'un traitement médico-chirurgical.

Deux cent vingt-cinq (225) patients ont été pris en charge pour une occlusion intestinale aiguë. Ils représentaient 35,9% (627 cas) des admissions dans le service pour une urgence abdominale chirurgicale. Leur âge moyen était de 37 ans (min : un jour de vie; max : 83 ans) et le sex-ratio de 4,5.

Un bilan préopératoire paraclinique en urgence constitué du groupage-rhésus, et du taux d'hémocrite a été réalisé à tous les patients. Une radiographie d'abdomen sans préparation de face debout ou couché systématique était réalisée chez tous les patients exceptés les hernies et les éviscérations étranglées. Certains examens paracliniques de laboratoire et d'imagerie tels que l'ionogramme sanguin, les cultures bactériologiques, la tomodensitométrie et l'échographie étaient indisponibles au cours de la période d'étude. Le dosage de la créatininémie, de l'urémie et l'hémogramme complet n'étaient pas disponibles en urgence. La réanimation et l'anesthésie des patients étaient assurées par des infirmiers anesthésiste-réanimateurs, le CHRD ne disposant pas de médecin anesthésiste-réanimateur.

RESULTATS

Le délai moyen entre le début des symptômes et la consultation chirurgicale a été de 26,6 heures. Les

différentes étiologies des occlusions intestinales aiguës ont été consignées dans le tableau I.

Une radiographie d'abdomen sans préparation de face debout ou couché systématique a été réalisée chez 70 patients. Aucune tomodensitométrie ni échographie abdominale n'ont été réalisées.

Tous les patients opérés avaient bénéficié au cours de la période péri-opératoire d'une réanimation et d'une antibiothérapie probabiliste par voie parentérale à base de ceftriaxone, de ciprofloxacine ou d'amoxicilline associée à l'acide clavulanique. La durée de la réanimation pré-opératoire était fonction de l'état général des patients et de leur rapidité à honorer l'achat des médicaments (pour la réanimation) et du matériel opératoire. Deux cent dix (93,33 %) patients avaient été opérés. Le délai moyen entre l'admission et la prise en charge chirurgicale des patients a été de 8 heures. Les gestes opératoires réalisés ont été consignés dans le tableau II.

Les suites opératoires ont été compliquées chez 23 patients (11%). Les complications post opératoires retrouvées étaient des suppurations pariétales, chez tous les patients ayant bénéficié d'une résection intestinale. Elles ont toutes bien évolué avec des soins locaux et une antibiothérapie probabiliste.

Le taux de mortalité globale était de 10,2 % (23 cas). Les décès étaient survenus en période pré opératoire (15 cas) et post opératoire (8 cas). Les causes probables des décès étaient une septicémie (13cas) et un choc hypovolémique (10cas).

DISCUSSION

Le CHRD est situé dans la région des savanes. Cette dernière est la région la plus septentrionale du TOGO. Elle abrite une population essentiellement rurale de 711587 sur un total de 828 224 habitants. Le CHRD assure seul la prise en charge des occlusions intestinales aiguës dans cette région.

Les hernies étranglées étaient les étiologies les plus retrouvées. La population rurale de la région des savanes exerce des travaux de force notamment champêtres, pourvoyeurs des hernies de la paroi et de leur principale complication, l'étranglement [7].

Aucun cas de « Tumeur de Dapaong », autrefois fréquent, n'a été retrouvé. Ceci sans doute à cause de l'amélioration des conditions de vie des populations, d'une meilleure couverture sanitaire, d'une sensibilisation accrue des populations (campagnes d'informations éducation communication à la santé), et du

succès des nombreuses campagnes de déparasitage à l'albendazole de masse faites dans la région au fil de ces dernières années, réduisant ainsi les taux d'infestation à oesophagostomum bifurcum [8,9].

La réanimation péri-opératoire des patients a été inadaptée. C'est l'un des points faibles de la prise en charge thérapeutique des occlusions intestinales dans les pays en voie de développement [2,10-13]. Elle a été souvent confrontée à une insuffisance de moyens financiers des patients pour honorer de leur poche tous les frais inhérents à leur prise en charge et parfois à la rupture de stocks de produits pharmaceutiques à la pharmacie centrale de l'hôpital. La correction des troubles hydro-électrolytiques ont été faites à l'aveugle par des infirmiers anesthésistes-réanimateurs, faute de disponibilité d'examens paracliniques d'évaluation des désordres hydro-électrolytiques. L'antibiothérapie a toujours été probabiliste, du fait de l'indisponibilité d'examens de bactériologie. Tous ces facteurs ont souvent conduit à des interventions chirurgicales sur des patients à l'état clinique précaire et insuffisamment réanimés.

Une résection-anastomose intestinale a été réalisée en cas de nécrose ou de vitalité intestinale douteuse et une dérivation intestinale (stomie) en cas de péritonite sévère, chez les patients en mauvais état général. En l'absence de nécrose intestinale, une simple levée de l'obstacle était réalisée. Le taux de résection intestinale pour nécrose intestinale était élevé. Le retard de consultation et le long délai de prise en charge chirurgicale à l'origine de l'installation de lésions intestinales ischémiques irréversibles,

étaient dus à une insuffisance de moyens financiers des patients pour honorer promptement l'achat du matériel opératoire, entièrement à leur charge.

Les suppurations pariétales étaient survenues chez les patients ayant bénéficié d'une résection intestinale. Leur survenue s'explique probablement par une contamination péroopératoire des plaies opératoires par le contenu intestinal, l'état précaire de certains patients à l'admission, un retard de prise en charge chirurgicale, et le caractère urgent de la prise en charge qui ne garantissent pas toujours une asepsie rigoureuse [12,13]. Les décès étaient survenus chez des patients admis à la phase de complications évolutives de leurs maladies. Ils étaient dus à l'état précaire des patients en rapport avec le retard de consultation et de prise en charge et à l'insuffisance de leur réanimation.

CONCLUSION

Les étiologies des occlusions intestinales au CHRD sont dominées par les étranglements herniaires. Les étiologies parasitaires autrefois majoritaires, ont pratiquement disparues. La prise en charge des patients le plus souvent à l'état clinique précaire, est confrontée à une insuffisance voire une indisponibilité de données biologiques d'évaluation des désordres hydro-électrolytiques et à des difficultés d'accessibilité financière des patients. Tout ceci contribue à alourdir la morbi-mortalité de ces occlusions intestinales.

Tableau I : Répartition des patients selon les différentes causes d'occlusions intestinales

	n	%
Hernies inguino-scrotales (121), crurales (4), ligne blanche (2) étranglées	127	56,4
Occlusions sur brides	23	10,2
Volvulus du grêle (15), du côlon (5)	20	8,9
Hernies ombilicales étranglées	11	4,9
Occlusions néo-natales	11	4,9
Invaginations intestinales aiguës	9	4
Occlusions intestinales sur tumeurs coliques	5	2,2
Eventrations étranglées	2	0,9
Corps étrangers intraluminaux du grêle	2	0,9
Autres (patients décédés avant l'intervention chirurgicale)	15	6,7
Total	225	100

Tableau II : Répartition des gestes chirurgicaux pratiqués

	Gestes (n)
Gestes sur l'intestin	Levée simple d'obstacle extraluminal (99), résection-anastomose intestinale (63), résection-stomie intestinale (36), stomies intestinales (12)
Autres gestes	Cure herniaire selon Bassini (121), section de brides (23), suture aponévrotique par points séparés(15), cure herniaire selon Mac Vay (4), lavage-drainage de la cavité péritonéale