

# **LES OCCLUSIONS INTESTINALES : PRINCIPALES CAUSES ET MORBI-MORTALITÉ À L'HOPITAL NATIONAL DE NIAMEY NIGER**

## **Etude prospective à propos de 124 cas**

Y. HAROUNA<sup>1</sup> \*; H. YAYA<sup>1</sup> \*\*; H. ABARCHI<sup>1</sup>, J. RAKOTO MALALA<sup>1</sup>, M. GAZI<sup>1</sup>,  
A. SEIBOU<sup>1</sup>, I. ABDOU<sup>2</sup>, M. MOUSSA<sup>3</sup>, L. BAZIRA<sup>1</sup>

### **RESUME**

**L'occlusion intestinale de par la diversité étiologique occupe la première place des urgences chirurgicales digestives. A travers cette étude prospective portant sur 124 patients traités en 18 mois à l'hôpital national de Niamey (Niger) et en comparaison avec les statistiques internationales nous tentons de mettre l'accent sur les caractéristiques de cette affection au Niger. Le mécanisme par strangulation est de loin l'étiologie la plus fréquente. Un retard dans la prise en charge (93 % au delà de 24 h d'évolution) fait encore de l'occlusion intestinale aiguë une affection très meurrière : 41 % des malades.**

**Mots-clés : Occlusions intestinales, causes, mécanismes, mortalité, Niamey Niger(Afrique)**

### **SUMMARY**

**Intestinal obstruction: cause and mortality at national's hospital of Niamey (Niger). Prospective study about 124 patients. Intestinal obstruction is the first emergency in surgical abdominal and have many causes. In this prospective study we show that obstruction by strangulated is more frequent, latter than diagnosis make that the mortality is around 41 % of patients.**

**Key-words : Intestinal obstruction, cause, mechanism, mortality, Niamey Niger(Africa).**

### **INTRODUCTION**

L'occlusion intestinale aiguë occupe la première place parmi les urgences chirurgicales digestives et intéresse surtout l'adulte jeune de sexe masculin. Le mécanisme par strangulation est de loin l'étiologie la plus fréquente. Les pathologies les plus fréquentes et par ordre décroissant sont la hernie étranglée, le volvulus du colon, l'invagination intestinale aiguë, les brides et adhérences et les imperfo-

(1) Service de chirurgie générale et viscérale  
(1)\*\* Interne en chirurgie

rations ano-rectales.

Au cours de cette étude prospective étalée sur 18 mois, 124 malades ont été traités pour occlusion intestinale aiguë à l'hôpital national de Niamey (Niger). Malgré une meilleure connaissance de l'affection et les progrès réalisés dans le domaine de l'anesthésie réanimation, le pronostic reste encore sévère. Le taux de mortalité élevé (41 %) est essentiellement lié à la prise en charge tardive.

### **MALADES ET METHODES**

Il s'agit d'une étude prospective étalée sur 18 mois (mai 1995 à novembre 1996). Le critère principal d'inclusion est le diagnostic clinique et ou radiologique d'occlusion intestinale aiguë. L'étude a porté sur 124 malades examinés aux urgences et suivis en post-opératoire.

### **RESULTATS**

#### **Age et sexe**

L'âge moyen de nos patients est de 32 ans avec des extrêmes de 1 jour de vie et 82 ans. La prédominance masculine a été nette : 104 hommes soit 84 % contre 20 femmes soit 16 % du total.

#### **Diagnostic**

#### **Clinique**

L'occlusion intestinale aiguë est un syndrome de description complexe dont il est impossible de tracer un tableau schématique exact compte tenu des aspects multiples. On a longtemps décrit ce qu'on appelle le « carré traditionnel » : les douleurs abdominales, les vomissements, l'arrêt des matières et gaz et le météorisme abdominal. La tétrade symptomatique a été retrouvée chez 95 malades. La douleur abdominale est le signe constant retrouvé chez tous les patients ; c'est le symptôme auquel le malade attache la plus grande importance. Les vomissements sont fréquents

(2) Service des post-opérés et réanimation légère  
(3) Service de réanimation intensive

et retrouvés chez 116 malades, abondants alimentaires puis bilieux, rarement ils ont été remplacés par de simples nausées. L'arrêt des matières et des gaz est retrouvé dans 90 % des cas et le météorisme abdominal était présent chez 95 malades (77 %). A l'admission l'état général était altéré chez 101 malades associant fièvre et déshydratation grave chez 9 malades. Enfin 7 malades étaient admis aux urgences dans un état de choc.

### **Paraclinique**

La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) est l'examen essentiel et disponible. L'échographie et les opacifications digestives ne sont pas des examens disponibles en urgence. Aussi l'ASP a été pratiquée chez 80 % des malades et a permis dans tous les cas de confirmer la suspicion clinique. La numération formule sanguine et le groupe sanguin sont les seuls examens biologiques disponibles en urgence. L'ionogramme sanguin ne se fait pas par manque de réactifs pendant toute la durée de l'étude.

### **Délai de consultation (tableau n°1).**

**Tableau 1 : Répartition des malades selon le délai écoulé entre le début de la symptomatologie et l'admission aux urgences**

Délai de consultation	Nombre	%
0 h - 24 h	9	7
25 h - 48 h	28	22,5
49 h - 72 h	32	26
73 h - 96 h	29	23,5
Plus 96H	26	21
Total	124	100

Le délai moyen entre le début de la symptomatologie et l'admission aux urgences est de 2 jours et demi. 93 % des malades ont consulté au-delà de la 24e heure et 21 % de ces derniers ont été admis plus de 4 jours après le début de la symptomatologie.

### **Traitements**

Le manque de matériels et de médicaments observé au service des urgences a fait que la réanimation pré-opératoire susceptible d'améliorer le pronostic a été trop souvent insuffisante. Elle a été conduite par l'équipe des urgences sans évaluation biologique des désordres humoraux et avec les moyens disponibles.

Aussi la réhydratation intraveineuse n'a concerné que 88 % des patients et la sonde naso-gastrique n'a été placée que chez 45 % des malades.

Le but du traitement chirurgical quelle que soit l'étiologie

est de lever l'obstacle ou de dériver simplement le cours des matières par une stomie. De nos 124 patients, 112 ont bénéficié d'un traitement chirurgical, 9 sont décédés avant l'intervention et 3 ont bénéficié d'un traitement médical (intubation rectale).

Une résection intestinale a été faite dans 37 % des cas soit 45 malades ; cette résection était justifiée par l'existence d'une nécrose secondaire à la strangulation dans 87 % des cas. L'influence du retard thérapeutique a nettement influencé la survenue de nécrose : ainsi un seul cas de nécrose a été observé parmi les 9 patients admis avant les 24 premières heures d'évolution. A partir de la 250ème heure, la fréquence de la nécrose augmente proportionnellement au retard diagnostique et thérapeutique et passe de 28 % à 52 % au-delà de la 960ème heure.

Les 45 malades ont bénéficié d'une résection intestinale suivie d'une anastomose immédiate (28 cas) et d'une résection suivie d'une colostomie dans 17 cas.

### **EVOLUTION**

Il faut noter 5 cas de décès per opératoire. 40 malades des 107 patients admis en service des post-opérés ou en réanimation intensive (soit 37 %) ont eu une suite simple.

Dans 63 % des cas (67 malades) une ou plusieurs complications ont été observées : suppuration pariétale (29 %), éviscération (13 %), pneumopathie (15 %) et fistule digestive chez 12 % des malades, péritonites par lâchage de sutures dans 5 %.

A noter que le traitement médical par intubation rectale a permis dans 100 % des cas une rémission des signes et une chirurgie à froid. Cette technique a été peu utilisée du fait de la fréquence du mécanisme par strangulation et compte tenu du délai tardif du diagnostic.

Il faut déplorer 37 décès post-opératoires (34,50 % des 107 post-opérés) portant la mortalité globale à 41 %, ajoutés aux 9 cas préopératoires et aux 5 décès per opératoires.

Cette lourde mortalité a été influencée par l'âge (85 % des décès ont été constatés aux deux extrêmes de la vie) ; par le mécanisme par strangulation (59 % des malades décédés) et par l'existence d'une nécrose intestinale : 66 % de décès en cas de nécrose intestinale contre 19 % en l'absence. Le retard du traitement a nettement influencé cette mortalité : de 14 à 22 % dans le groupe des malades admis entre 24 et 48 heures d'évolution la mortalité passe à 52 % et 69 % entre la 720ème et la 960ème heure d'évolution après le début de la symptomatologie.

Le type de geste chirurgical a une part certaine dans cette mortalité par l'allongement de la durée de l'intervention : tous les décès per et 92 % des décès post-opératoires sont survenus après une résection-anastomose intestinale ayant duré en moyenne 3 heures

## DISCUSSIONS

Dans notre série, l'occlusion intestinale aiguë occupe la première place des urgences chirurgicales abdominales à l'hôpital national de Niamey (30 %) ; cette constatation a déjà été faite au cours de plusieurs études (1, 2, 3, 4, 5, 6.). C'est une affection de l'homme adulte jeune comme le confirment d'autres études en Afrique (4, 7, 8).

Les occlusions mécaniques prédominent avec une fréquence variant entre 95 et 100 % selon les auteurs (1, 2, 8, 9). En Afrique ces occlusions sont surtout dues aux strangulations : 82 à 93,5 % (1, 2, 6) tandis qu'en Occident ce sont surtout les obstructions qui occupent la première place : 71 à 77 % (9, 10, 11). Ceci s'explique aisément par la nette prédominance des occlusions intestinales par hernie étranglée et volvulus en Afrique (1,2,6,8,12) et des occlusions par brides ou adhérences et tumeurs en Occident.

En l'absence de données biologiques la réanimation a été le plus souvent conduite non pas en fonction d'un schéma préétabli mais en fonction des produits disponibles.

Ce qui nous a souvent obligé à intervenir sur des malades non préparés.

Le traitement chirurgical est largement tributaire de l'existence ou non d'une nécrose intestinale

Le taux de nécrose intestinale (37 %) est proche de celui de plusieurs études Africaines (2, 8) où il varie entre 36 et 41 %. Ce taux est généralement plus bas dans les pays

développés où il varie de 13 à 26 % (13, 14). Cette nécrose est influencée par le retard au traitement et par le mécanisme par strangulation comme le confirment les travaux réalisés par BAZIRA (2) au Burundi et DEMBELE au Mali (7).

En cas de nécrose intestinale, le traitement chirurgical consiste en une résection anastomose si l'état général du patient est moins altéré. Dans le cas contraire, on procède à la confection d'une stomie à fermer dans un second temps. Nous nous efforçons d'éviter la colostomie du fait des problèmes matériels pour entretenir cette colostomie mais également du fait du choc psychologique qu'entraîne une stomie dans notre société.

La mortalité (41 %) enregistrée au cours de cette étude est très élevée par rapport à celle d'autres auteurs (2, 6, 15, 16, 17). Cette mortalité importante est surtout liée au retard thérapeutique (2, 9, 18, 19), à l'existence d'une nécrose intestinale (14, 18, 20, 21), au mécanisme par strangulation (2, 11, 13, 19) à l'importance et à la durée de l'acte opératoire

## CONCLUSIONS

L'occlusion intestinale demeure l'urgence chirurgicale abdominale la plus fréquente. Affection de l'adulte jeune de sexe masculin dont le mécanisme est essentiellement mécanique : la strangulation. La mortalité reste élevée et liée au retard thérapeutique et au manque d'une réanimation adéquate. Si une amélioration pronostique est envisageable à long terme par une réduction du délai diagnostique et une augmentation des moyens d'anesthésie-réanimation ; pour le moment une sensibilisation des patients à propos de la colostomie associée à la formation du personnel infirmier en matière de somathothérapie pourront être une alternative.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - RADJIKOU H.  
Contribution à l'étude des urgences digestives en chirurgie abdominale : à propos de 1.173 cas observés à l'hôpital national de Niamey (Niger).  
Thèse de doctorat. Faculté de médecine. Université de Niamey, Niger  
1986
- 2 - LEVY E.  
Grands principes de la réanimation des occlusions intestinales aiguës  
Rev. Prat. ; 1969 : 4719-4729.
- 3 - BAZIRA L., NSABIMANA C.  
Les occlusions intestinales aiguës. Revue de 106 cas à Bujumbura.  
Interfac-Afrique ; 1988, 7 : 33-35.
- 4 - CHOBLI M.  
Les occlusions intestinales aiguës en République Populaire du Bénin : à propos de 83 cas traités au centre hospitalier et universitaire de Cotonou.  
Af. Med., 1983, 22 (206), 13-20.
- 5 - SENDAMA I.  
Obstructions intestinales aiguës ; santé et maladies au Rwanda.  
AG. CD. 1982.
- 6 - BOISSEL P.  
Occlusion intestinale du grêle.  
Rev. Prat., 1991 ; 41(22) : 2222-2226.
- 7 - DEMBELE M., KONIPO F.  
Les occlusions intestinales. A propos de 260 cas traités à l'hôpital du point G à Bamako.  
Chir. Afr. Noire, 1981 ; 1 (1) : 31-49.
- 8 - ABI F., EL FARES F., NECHAD M  
Occlusion intestinale aiguë : revue générale à propos de 100 cas.  
J. Chir., 1987, 124, (8-9) : 471-474.
- 9 - CHUKWUMA CI, IGNATIUS O.A, NELLO E.P.  
Mechanical bowel obstruction. Review of 316 cases in Benin city.

- The Am. Journ. of surgery ; 1980 ; 3 : 389-393.
- 10 - KURUVILLA M.J-CHALLANI C.R.,RAJAGOPAL AX ET AL.  
Major causes of intestinal obstruction in Lybia.  
Br J. Surg ; 11967, 74 : 314-315.
- 11 - ADLOFF A.  
Occlusions intestinales aiguës de l'adulte.  
EMC Est ; 1984; 10 ; 24.059 A10.
- 12 - SLIEN W-HEIN M.F,GOLMANI  
Strangulated obstruction of the small intestine.  
Arch. Surg ; 1962 ; 65 : 121-129.
- 13 - MURAT J.,BERNARD J.L.,VAUR J.L., ET AL.  
Occlusion intestinale aiguë de l'adulte.  
EMC, Est, 1980,10 (4) ; 9044 A10 ; 9044C.
- 14 - MUCHAL P.  
Small intestinal obstruction.  
Surg. Clin. of North Am ; 1987 ; 67 (3) : 597-620.
- 15 - FALISE P.  
Les occlusions mécaniques du grêle par adhérences, brides, étranglements internes et volvulus.  
Acta Chir. Belg. ; 1966 ; 65 (9) : 383-399.
- 16 - LAGACHE G.
- Les syndromes occlusifs intestinaux aigus.  
EMC. Est-int, 9044 : A10-D10.
- 17 - THEOPHILE T.D  
La chirurgie foraine a -t-elle contribué à la réduction des urgences chirurgicales en matière de hernies étranglées à l'hôpital national de Niamey ?  
Mémoire de fin d'études. Technicien supérieur. Ecole nationale de la santé publique (ENSP) Niamey Niger.
- 18 - FOLABI O.  
Occlusions intestinales aiguës chez des enfants nigérians.  
Af. Med. ;1973 ; 12 (109) : 301-304.
- 19 - DAVEY W W, BURKITT D P.  
Volvulus.  
Companion to surgery in Africa ; 1975 ; 6 : 235-246.
- 20 - KABA K N M, CAROLFI J  
Le volvulus du colon.  
Med d'Afr. Noire ; 1992 ; 34(5) : 206.
- 21 - RIBAULT L.,GOURNIER J.P.,BARTHE B.L.,Et AL.  
Le volvulus du colon pelvien : aspects thérapeutiques à propos de 59 cas en zone de savane africaine de l'Ouest.  
Méd. d'Afr. Noire ; 1989 ; 36 (8-9) :664-665.

## Abonnez-vous pour l'an 2000 !



Retrouvez

«Médecine d'Afrique Noire»

sur Internet

**WWW.santetropicale.com**