

ASPECTS THERAPEUTIQUES DES PERITONITES GENITALES AU CHU DE YAOUNDE (CAMEROUN)

TAKONGMO S.* , BINAM F** , SIMEU CH.** , NGASSA P.*** , KOUAM L.*** , MALONGA E.*

RESUME

Cette étude avait pour but d'évaluer les méthodes de traitement chirurgical des péritonites génitales au CHU de Yaoundé.

Elle reposait sur une analyse rétrospective de 30 patientes opérées en 10 ans. La mortalité de 7 cas (23,3 %) restait élevée ; elle était le fait des péritonites compliquant une interruption volontaire de grossesse et le fait des malades opérées secondairement par laparotomie après échec d'un traitement par colpotomie-drainage. L'étude recommande la laparotomie d'emblée devant ces péritonites même dans leurs formes localisées.

Mots-clés : Avortement provoqué, péritonite, laparotomie

SUMMARY

*Treatment of peritonitis of genital origin at the CHU
Yaounde - Cameroon*

In this study the evaluation of the surgical treatment of peritonitis of genital origin has revealed a mortality of 7 dead (23,3 %) out of 30 cases. This high mortality was due peritonitis complicating abortions and presenting as localized abscesses, therefore drained by colpotomy. The study recommends laparotomy as the best route of treatment in all types of peritonitis caused by abortion in our country.

Key-words : Abortion, peritonitis, laparotomy.

INTRODUCTION

Les péritonites génitales se définissent comme une inflammation avec infection localisée ou généralisée de la cavité péritonéale des suites d'une infection génitale utérine, salpingienne ou ovarienne (5). Ces péritonites restent fréquentes dans notre contexte malgré les effets de l'antibio-

thérapie sur les infections de l'appareil génital. Leur évolution est liée à la qualité et à la précocité de la réanimation qui encadre un traitement chirurgical par laparotomie dans les formes typiques (2). Cette indication n'est pas de règle devant les formes localisées pour lesquelles un drainage par colpotomie postérieure semble une voie d'abord peu agressive, mais avec des résultats peu satisfaisants dans notre pratique. Ce travail a été entrepris en vue d'améliorer la morbidité et la mortalité de ces péritonites ; il repose sur une évaluation des traitements appliqués chez nos malades et propose une codification des indications thérapeutiques.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée dans le Service de Chirurgie Générale du CHU de Yaoundé et portant sur la période allant du 1er janvier 1989 au 31 décembre 1998. La procédure a consisté en l'analyse des dossiers des femmes traitées chirurgicalement pour péritonite d'origine génitale. Les variantes d'étude étaient :

- le mode pathogénique,
- les arguments du diagnostic,
- les méthodes de traitement et leurs résultats.

Etaient inclus toutes les patientes ayant présenté une péritonite génitale dont le traitement avait été chirurgical, les abcès et péritonites d'origine digestive ou obstétricale ont été exclus, de même les malades décédées avant un traitement chirurgical.

Un traitement médical était toujours associé ; il consistait en une antibiothérapie initialement à large spectre, puis adaptée aux résultats de l'antibiogramme. Deux méthodes chirurgicales ont été utilisées dans cette série :

- Le drainage par colpotomie postérieure réalisé pour des péritonites localisées sous forme d'abcès pelvien à l'examen échographique,
- Le traitement chirurgical par laparotomie pour les péritonites généralisées pour les formes compliquées

* Département de chirurgie - Faculté de médecine - Université de Yaoundé I (Cameroun).

** Département d'anesthésie-réanimation.

*** Département de Gynécologie-obstétrique.

d'occlusion intestinale ou de fistules digestives et pour les échecs du drainage par colpotomie.

Les résultats étaient analysés par des méthodes de statistique descriptive.

RESULTATS

Pendant la période retenue, 30 péritonites génitales ont été traitées chirurgicalement. Il s'agissait de femmes en période d'activité génitale, âgées de 18 à 36 ans (moyenne = 28,6 ans). Le diagnostic évoqué par l'interrogatoire et l'examen clinique, reposait sur des données de l'échographie et de la radiographie de l'abdomen sans préparation (Tableau I).

Tableau I - Examens diagnostiques de 30 péritonites génitales

Examens diagnostiques	Nb	Fréquence (%)
Echographie	28	93,33 %
Radiographie de l'abdomen sans préparation	15	50 %
Examen clinique seul	2	6,66

Dans 19 cas (66,33 %), l'infection de la cavité péritonéale était la complication d'une interruption volontaire de grossesse (Tableau II).

Tableau II - Facteurs déclenchant de 30 péritonites génitales

Causes	Nb	%
Interruption volontaire de grossesse	19	63,33
Rupture d'abcès ovarien	3	10
Rupture de pyosalpinx	6	20
Salpingite	2	6,67
Total	30	100

Le traitement chirurgical était indiqué en fonction des signes cliniques, des signes échographiques et des signes radiologiques.

Des 8 abcès pelviens localisés traités par colpotomie et drainage, 6 cas (75 %) s'étaient compliqués d'occlusion

intestinale imposant un traitement chirurgical par une laparotomie. (Tableau III).

Tableau III - Méthodes et résultats du traitement chirurgical de 30 péritonites génitales

Méthodes	Fréquence (%)	Nb des complications (%)	Décès (%)
Drainage par colpotomie	8 (26,6)	6 (75)	0
Laparotomie d'emblée	22 (73,3)	10 (45,4)	4 (18,1)
Laparotomie après échec du drainage par colpotomie	6 (20)	4 (66,6)	3 (50)
Total	30	20	7 (23,3)

Des 28 malades ayant subi une laparotomie, 10 malades présentaient une péritonite généralisée, 18 malades avaient une péritonite avec occlusion ou ayant évolué vers une forme à abcès multiples.

Le traitement de ces formes avec occlusion s'était compliqué de fistules digestives dans 8 cas dont 4 décès. Dans 15 cas, il avait été fait un examen bactériologique au moment de la première intervention. Les résultats de ces examens montraient 10 fois un staphylocoque, 3 fois un colibacille et 2 fois un pyocyanique.

La mortalité globale de 7 décès (23,3 %) était le fait des interruptions volontaires de grossesse ; elle se répartissait en 4 décès pour fistules digestives itératives, 2 décès par insuffisance rénale aiguë, un décès par hémorragie per opératoire, la manœuvre abortive ayant sectionné le colon recto sigmoïde. Les abcès de paroi rencontrés chez 15 patientes opérées n'ont pas été cause de décès.

DISCUSSION

Ce travail malgré la petite taille de la série étudiée, a montré que la mortalité des péritonites génitales restait élevée, 23,3 % des cas, intéressant surtout les péritonites compliquant une interruption volontaire de grossesse (Tableau II). La gravité de ces péritonites est liée aux effets d'une association synergique aérobies-anaérobies, au rôle pathogène des entérobactéries du type E. Coli (5). Ces péritonites surviennent souvent chez des femmes jeunes en âge de procréation, facteur étiologique de valeur dans le choix des tactiques thérapeutiques (8). Dans notre série, les

données cliniques et les données échographiques étaient suffisantes pour poser le diagnostic et guider le traitement ; certains éléments de ce traitement sont actuellement considérés comme indiscutables : l'association d'une antibiothérapie et l'indication de la voie abdominale pour les péritonites généralisées (2, 5, 6). Pour les péritonites localisées à forme d'abcès, la tentation était de proposer une intervention peu délabrante, le drainage par colpotomie postérieure, Cette attitude est critiquable car ignorant l'étendue des lésions abdomino-pelviennes incomplètement décrites par l'échographie (9). Cette voie ne serait utile que dans les abcès d'origine tubo-ovarienne ou dus à une appendicite pelvienne ; dans ces derniers cas une appendicectomie secondaire est souvent de règle (5). Dans cette étude les abcès par perforations digestives étaient le fait des interruptions volontaires de grossesse ; ces accidents sont fréquents dans toutes les interruptions instrumentales y compris celles par aspiration théoriquement peu agressives pour le tube digestif (1, 3, 7). La particularité de nos malades reposait sur une enquête étiologique toujours peu fiable à cause des fausses déclarations des patientes. Le contexte sans loi autorisant les interventions volontaires de grossesse est propice pour des avortements criminels source de 63,33 % des péritonites génitales dans cette série (Tableau II). La présomption de perforation digestive devrait être la règle devant ces péritonites et imposer d'emblée un traitement par laparotomie. Les explorations chirurgicales après échec d'un traitement par colpotomie-drainage, 20 % des cas de cette série, ont enregistré une mortalité de 50 % (Tableau III). Ces laparotomies étaient d'indication urgente devant des signes de généralisation

d'une péritonite initialement localisée ou devant des signes d'occlusion intestinale aiguë. Ces laparotomies tardives ou secondaires permettaient de voir l'étendue d'une péritonite aux abcès et adhérences multiples (7).

La recherche de la perforation digestive initiale bien que minutieuse n'était plus aisée, et s'est soldée dans 2 cas de perforations per opératoires du grêle, source de fistules post-opératoires d'évolution mortelle. Ailleurs les autres complications à type d'abcès de paroi bien que prolongeant la durée d'hospitalisation n'étaient pas mortelles. Au cours du traitement de ces péritonites, l'attitude vis-à-vis des organes génitaux est controversée, certains auteurs recommandent l'éradication de la source de contamination, geste pouvant aller jusqu'à une hystérectomie (1, 8) cette attitude semble excessive pour des femmes jeunes parfois sans enfants malgré le faible nombre de nos malades, la conservation de l'utérus ne semble pas avoir aggravé le pronostic vital, le pronostic fonctionnel est réservé, les organes génitaux étant enflammés et recouverts de fausses membranes.

En conclusion les péritonites génitales restent un important facteur de mortalité en milieu chirurgical tropical. Le traitement par laparotomie demeure la méthode conseillée ; la colpotomie postérieure pour drainage devrait être réservée aux péritonites localisées d'origine salpingienne ou ovarienne. En cas de doute la laparoscopie est la méthode actuellement recommandée tant pour le diagnostic que pour le traitement (4) ; cette méthode n'est pas toujours accessible à nos malades.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - AULAGNIER G., FOU-RNIER B., PRUD'HOMME B. et al. Perforation utérine et sigmoïdienne après interruption volontaire de grossesse par aspiration. J. Chir. 1981, 118 : 339-41.
- 2 - BARON D., TOUZE MD, BRUN-BUISSON C, CARLET J. Place de l'antibiothérapie dans le traitement des péritonites graves. Dans : Réanimation et Médecine d'urgence. Paris - Expansion Scientifique Française, 1985 - 297-311.
- 3 - BARRAT J, ARNALSTEEN Ch. Complications des avortements dits «bienfaits». Rev. Prat. 1974, 24 - 9.
- 4 - DUBOIS F. Coelioscopie diagnostique et d'urgence. Dans - BRUHAT MA, DUBOIS F , eds.- Chirurgie abdomino-pelvienne par Coelioscopie Paris -Springler - Verlag, 1994 - 173-77.
- 5 - LE TREUT YP. Péritonites.

- Dans : FAGNIEZ PL, HOUSSIN D. eds - Pathologie chirurgicale, Tome 2. Chirurgie Digestive et Thoracique, Paris Masson Eds, 1991 - 337-42.
- 6 - LEVY E, FRILLEUX P, OLLIVIER JM et al. Principes de réanimation des péritonites diffuses. Ann Chir. 1985, 39 - 557-69.
- 7 - MOBERG P J. Utérine perforation in connection with vacuum aspiration for legal abortion. Int. J. Gyn Obstet 1976, 14 - 77-80.
- 8 - ROBERT HG Urgences en gynécologie. Dans DETRIE Ph. Eds, Chirurgie d'urgence, Paris - Masson Ed. 1976 : 543-80.
- 9 - WRIGHT HK, DUNN D, MACARTHUR JD, PELLICIA O. Specific but limited role of new imaging techniques in decision making about intra abdominal abscesses. Am. J. Surg. 1982, 143, 456-9.