

# LES PÉRITONITES EN MILIEU TROPICAL

## Particularités étiologiques et facteurs pronostiques actuels - A propos de 160 cas

Y.D. HAROUNA\*, I. ABDOU\*\*, B. SAIDOU\*\*\*, L. BAZIRA\*\*\*\*

### RESUME

Cette étude prospective de 24 mois portant sur les péritonites montre que cette pathologie avec une fréquence de 19 % occupent la 3ème place des urgences en chirurgie digestive. Apanage de l'adulte jeune (âge moyen : 23 ans) la fièvre typhoïde (39 %) et l'appendicite aiguë (38 %) constituent les principales étiologies en zone tropicale. Les pathologies biliaires et pancréatiques sont rarement rencontrées. Le retard dans la prise en charge (84 % des malades ont été vus au 2ème jour ou plus) par erreur diagnostique ou par médications traditionnelles fait que les malades sont vus à un stade d'altération grave de l'état général. Le manque de moyens en imagerie (manque d'échographie en urgence et scanner), en biologie et surtout en réanimation contribue à maintenir une lourde mortalité (21 %). La pratique simple d'un examen physique correct du malade dans les centres de santé ruraux permettrait de transférer plus tôt ces patients et sans doute d'améliorer le pronostic.

**Mots clés : Péritonites, étiologies, mortalité, pronostic, hôpital Niamey, Niger, Afrique.**

### SUMMARY

**Peritonitis in tropical practice. Aetiology and actual prognosis factors about 160 cases**

During 24 months we have studied acute peritonitis's causes and their prognosis factors. There are the third abdominal emergencies in our hospital and were caused by typhoid fever complication (35 %) and acute appendicitis (33,5 %). Others cause like biliary tract and pancreas emergencies are rare. The latter than diagnosis occurred by traditional medicine practice and non-examination of patient in rural medical centre were the most important prognosis factor. In add postoperative complication like wound sepsis, postoperative peritonitis, cardiac, respiratory and renal complications, made that the mortality rate around 21% in our poor hospital without radiological and biological exams or means of resuscitation. Correct clinical exam of patient in rural medical centre with rapid admission in our hospital can help us to change this fatal prognosis.

**Key words : Peritonitis, aetiology, prognosis, National Hospital of Niamey, Niger, Africa.**

### INTRODUCTION

Affection mettant rapidement en cause l'intégrité de la plupart des grandes fonctions vitales la péritonite aiguë impose à côté des gestes chirurgicaux indiqués et exécutés à temps la mise en œuvre intensive des ressources de réanimation. La gravité de la péritonite varie suivant les pays, la durée d'évolution avant la prise en

charge, l'étiologie, le traitement, le terrain et l'âge sur lesquels elle survient. La morbidité et la mortalité de l'affection restent encore très importantes surtout dans les pays en voie de développement comme le Niger où elle constitue un réel problème de santé publique. La présente étude propose une analyse des particularités étiologiques et des facteurs pronostiques influençant le pronostic des péritonites en zone tropicale.

\* Chirurgien, assistant des universités, hôpital de Niamey.

\*\* Anesthésiste, maître assistant des universités, chef du service des post-opérés

\*\*\* Interne en chirurgie.

\*\*\*\* Chirurgien, Professeur agrégé des universités, Chef de service de chirurgie viscérale.

### MALADES ET METHODES

Cette étude prospective, d'une durée de 24 mois menée à l'hôpital national de Niamey, a concerné tous les patients chez qui le diagnostic de péritonite a été

confirmé à la laparotomie. Elle a concerné 160 des 831 malades opérés pour abdomen chirurgical pendant cette période

### RESULTATS

#### 1. Age et sexe

L'âge moyen est de 23 ans avec des extrêmes de 3 à 80 ans. 23 malades (14 %) ont moins de 10 ans ; 125 malades (78 %) ont un âge compris entre 11 et 40 ans. Au-delà de 40 ans seulement 12 malades ont été concernés (7,5 %). L'échantillon comprend 106 hommes contre 54 femmes soit un sex-ratio de 2/1.

#### 2. Délai diagnostique

Les 3/4 des malades nous ont été référés d'un centre médical périphérique ou privé de la ville. 65 % des malades déclaraient avoir consulté dans l'une de ces structures en moyenne six heures après le début des symptômes. Seulement 16 % des malades avaient été admis aux urgences avant 24 heures d'évolution de la maladie ; 64 % d'entre eux ont été admis entre le 2ème et le 4ème jour après le début de la symptomatologie et 33 malades soit 20 % au 5ème jour ou plus.

#### 3. Bilan paraclinique

La biologie : seuls la numération formule sanguine et le groupage sanguin sont disponibles en urgence, 156 patients en ont bénéficié à leur admission. La leucocytose était normale dans 38 % des cas, élevée et supérieure à 10000 éléments/mm<sup>3</sup> chez 91 malades (58 %) et dans 6 cas (3,75 %) il s'agissait de leucopénie avec des globules blancs inférieurs à 3000/mm<sup>3</sup>, une anémie modérée inflammatoire chez plus de 50 % des malades et profonde (globules rouges < 3000000/mm<sup>3</sup> et l'hémoglobine < 7g/dl) chez 4 malades.

**La radiologie :** la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) a été réalisée chez tous les patients. Un pneumopéritoine a été retrouvé chez 76 malades (bilatéral dans 35 cas et unilatéral dans 41 cas). Le pneumopéritoine unilatéral est situé à droite dans 32 cas (78 %) et à gauche dans 9 cas (22 %). L'ASP a montré des niveaux hydro-aériques dans 39 cas (24 %) et chez 45 patients il n'y avait pas de signes caractéristiques particuliers. L'échographie, par manque de personnel qualifié, n'est pas toujours disponible, seulement 20 malades (12 %) en ont bénéficié.

#### 4. Mécanismes et causes de la péritonite

Chez 17 malades soit 11 % du total, aucune source de contamination intra-péritonéale n'a été identifiée : il s'agissait de péritonites primitives dont 4 d'origine tuberculeuse confirmée par la bactériologie. Chez 143 malades il s'agissait d'une péritonite secondaire (89 % de l'échantillon). La perforation digestive était la cause dans 77 cas (54 % des péritonites secondaires) et chez les 65 autres c'était une péritonite par diffusion (45 % des péritonites secondaires). Les causes des péritonites secondaires, classées par ordre décroissant, sont :

- la perforation typique de l'intestin grêle (56 cas) soit 35 % de l'échantillon ; 39 % des péritonites secondaires et 73 % des péritonites par perforation ;
- les appendicites compliquées (54 cas) soit 33,5 % du total, 38 % des péritonites secondaires et 82 % des péritonites secondaires par diffusion ;
- les perforations d'ulcère gastro-duodénal (17 cas) soit 11 % des péritonites ; 12 % des péritonites secondaires et 22 % des péritonites secondaires par perforation ;
- les péritonites gynécologiques 9 cas : 6 % de l'échantillon ;
- les péritonites traumatiques 4 cas : 2,5 % de l'échantillon : 2 traumatismes par arme blanche une plaie par arme à feu et un accident de travail ;
- les péritonites biliaires représentent seulement 3 cas (2 %).

Selon l'étendue de la péritonite, nous avons noté une péritonite généralisée chez 99 malades (62 %) et une péritonite localisée dans 61 cas (38 %). Les péritonites localisées sont dues à l'appendicite dans 28 cas (46 %), à la perforation d'ulcère dans 16 cas (26 %), à l'infection gynécologique dans 7 cas (12 %) et dans 10 cas (16 %) il s'agit d'une péritonite primitive.

#### 5. Evolution

Indépendamment de toute étiologie, l'évolution a été simple chez 87 malades soit 54 % de l'échantillon. Chez 73 malades soit 46 % du total diverses complications avaient été observées. La suppuration pariétale (31 cas) a été de loin la complication la plus fréquente (20 % des malades) devant la péritonite postopératoire 15 cas (9, 5 %) ; l'hémorragie digestive 2 cas, l'éviscération 6 cas (4 %) et les multiples complications médicales (respiratoires, cardiaque et rénales) 30 cas (19 %). 33 malades sont décédés au cours de cette étude soit une mortalité

globale de 21 % : 2 décès per opératoires et 31 décès survenus entre J0 et J11 postopératoire souvent dans un tableau de défaillance poly-viscérale. Il faut noter que 70 % des décès ont été enregistrés avant J3 postopératoire et concernent des sujets de 11 à 30 ans dans 45 % des cas. L'incidence du retard dans le traitement sur la mortalité a été nette : de 12 % dans le groupe des malades admis avant la 24<sup>ème</sup> heure la mortalité atteint rapidement 60 % dans le groupe des malades admis au-delà du 5<sup>ème</sup> jour d'évolution de la symptomatologie. La mortalité a été de 41 % pour les péritonites primitives contre 36 % pour les péritonites secondaires dont 22 % pour les perforations.

### COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Les péritonites aiguës sont et demeurent une urgence fréquente en chirurgie abdominale : 19 % des 831 malades admis en urgence au cours de notre étude ; elles occupent la 3<sup>ème</sup> place après les occlusions et appendicites aiguës en chirurgie digestive. La péritonite touche l'homme plus que la femme et le sex-ratio varie entre 2/1 et 3/1 à travers les études antérieures (1, 2, 3, 4, 5, 6).

L'âge souvent jeune des patients a été noté par d'autres auteurs (1, 7) ; ceci s'expliquerait par la fréquence de certaines pathologies sous les tropiques chez l'adulte jeune. Les principales étiologies de la péritonite dans notre pays sont :

- La fièvre typhoïde, maladie endémo-épidémique due à *Salmonella typhi*, dont l'évolution est marquée dans 4 % des cas par plusieurs complications dont les complications digestives. La perforation iléale étant la plus fréquentes des complications digestives (8). Cette inondation de la cavité péritonéale survenant chez un patient déjà très septique, réalise une péritonite généralisée sur terrain de défaillance poly-viscérale.
- Les appendicites compliquées, parce que non diagnostiquées à temps, continuent de nos jours d'être la seconde cause des péritonites dans le tiers-monde comme en témoignent d'autres auteurs (9, 10) avec une mortalité pouvant atteindre 15,3 % selon MITSUNGU et GOMA (11).
- Les autres étiologies de péritonites sont rares : le régime particulièrement épicé des populations rurales explique la fréquence des ulcères gastro-duodénaux, la perforation est alors devenue une urgence fré-

quente en chirurgie abdominale comme en témoigne l'étude de PADONOU et coll. (12) à Dakar. La pathologie biliaire et pancréatique et les perforations coliques (sigmoïdite ou cancer compliqué) principales étiologies des péritonites en Europe ne se rencontrent que rarement en zone tropicale (13, 14) .

Le retard dans la prise en charge a été le principal facteur pronostique rapporté dans toutes les études africaines (10, 11, 15, 16). Lié très souvent à certaines pratiques de médecine traditionnelle (prières, ablutions breuvage), le retard serait aussi imputable aux erreurs diagnostiques à la consultation initiale effectuée dans les dispensaires et cliniques privées. Malheureusement dans beaucoup de pays du tiers-monde cette consultation est encore assurée par des paramédicaux (11) sans expérience en la matière et c'est là l'occasion d'attirer l'attention des décideurs en politique sanitaire sur les dangers de certains schémas thérapeutiques systématisés des « initiatives dites de Bamako ». MITSUNGOU et GOMA (11) avaient déjà démontré le danger de la prescription systématique d'antibiotiques, antispasmodiques et antalgiques devant toute douleur abdominale sans examen physique correct. A ce retard diagnostique s'ajoute la modicité des moyens diagnostiques et surtout d'évaluation des désordres immuno-électrolytiques. Aussi les compensations des pertes hydro-électrolytiques et mêmes l'antibiothérapie, toujours probabilistes, sont loin d'obéir aux schémas classiques recommandés (3, 4, 17). Le seul examen d'imagerie presque toujours disponible dans nos hôpitaux du tiers-monde (la radiographie de l'abdomen sans préparation) ne permet une orientation diagnostique qu'en cas de perforations digestives. La recherche d'une étiologie précise par des examens plus modernes (échographie et scanner) aurait pu éviter une laparotomie chez plusieurs malades à l'état général précaire (18). Ces différents critères ajoutés aux multiples complications postopératoires maintiennent le taux de mortalité des péritonites en zone tropicale entre 19 et 47 % (1, 19, 20).

### CONCLUSIONS

Occupant la 3<sup>ème</sup> place des urgences en chirurgie abdominale, les péritonites, affection surtout de l'adulte jeune en milieu tropical, constituent un véritable problème de santé publique par sa mortalité encore très élevée. Résultant essentiellement de l'évolution compli-

quée de la fièvre typhoïde ou de l'appendicite aiguë les facteurs pronostiques principaux actuels sont le retard diagnostique et le manque de moyens de réanimation. Pourtant le syndrome péritonéal offre des signes physiques que tout praticien (infirmiers et médecins) des zones rurales doit connaître. L'examen physique s'apprend au lit du malade ; aussi il y a nécessité d'insister sur cet apprentissage lors de la formation des jeunes étudiants encore en médecine et dans les écoles d'infirmiers. Des séminaires de formation continue doivent

aider les agents exerçant depuis plusieurs années dans ces postes reculés en zone rurale et éloignés des nouvelles technologies actuellement disponibles. La prévention et l'amélioration pronostique des péritonites dans des pays où les moyens d'imagerie, de laboratoire et de réanimations font souvent défaut, passent obligatoirement par la prise en charge correcte de la fièvre typhoïde (vaccins, éducation des populations traitement médical) et des appendicites au stade non compliqué.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BAZIRA L., NDAYIZAMBA MIDONZI D., ARMSTRONG O.  
Etude rétrospective des facteurs influençant la mortalité des péritonites aiguës sur une série de 124 cas.  
Médecine d'Afrique Noire, 1988, 35 (7) : 521-23.
- 2 - BORGONOVO G., AMATO A., VARALDO E., MATTIOLI F.P.  
Péritonites : définitions et classifications.  
Méd. Mal. Infect 1995, 25 (spécial) : 7-12.
- 3 - GOUTON M., GAJDO P., MARGENT P., HINCKY J. N., ENRICO J. F., GARDAZ J.P. et coll.  
Les états de choc au cours des infections péritonéales aiguës. In péritonites aiguës et réanimation.  
Colloque de Strasbourg 1973 Paris Expansions scientifiques françaises, 1973 : 31-56.
- 4 - LENTESCHENER C.  
Les péritonites : prise en charge per et postopératoire.  
Méd. Mal. Infect 1995, 25 (spécial) : 100-111.
- 5 - BEX M., BERROD J.L., PARC R.  
Traitements selon l'étiologie des péritonites.  
Chir. Visc. 1979, 2 : 131-143.
- 6 - MILLAT B., GILLON F.  
Traitement chirurgical des péritonites.  
Méd. Mal. Infect, 1995, 25 (spécial) : 134-143.
- 7 - DUSHING M., VITRIS M., BERMEUR F., AUBERT M., JAUR V., MAISTRE B.  
Les péritonites aiguës à propos de 100 cas opérés à l'hôpital principal de Dakar.  
Dakar médical 1983 ; 28 (4) - 687-702.
- 8 - BOUSKRAOUI M., EL YOUSOUFI I., NAJIB J., ZIINEDINE A., DEHBI F., BENBACHIR M., ABID A.  
Complications digestives de la fièvre typhoïde chez l'enfant. A propos de 13 cas.  
Ann. Pédiatr. (Paris) 1999, 46, 2 : 139-144.
- 9 - AYITE A., TCHATAGBA K., ETEY DOSSIM A., TEKOU H., JAMES K.  
Décès après appendicectomies au CHU de Lomé : à propos de 20 cas.  
La Tunisie Médicale 1996 -1 74 ; 67 : 285-289.
- 10 - MADIBA T.E., HAFJEJE A.A., MBETE D.L.M., CHAITHRAM H., JONH J.  
Appendicitis among African patients at King Edward VIII Hospital, Durban, South Africa : a review.  
African medical journal 1998, 75, 2 : 81-84.
- 11 - MITSUNGOU J.C., GOMA P.  
Réflexions sur la pathologie appendiculaire à propos de 48 cas colligés à la clinique chirurgicale des armées de Pointe-Noire (Congo).  
Médecine d'Afrique Noire 1994 ; (41) ; 2 : 117-119.
- 12 - PADONOU N., DIAGNE BA, NDOYE M., CHERBONNEL GM, NUSSAUME O.  
Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au C.H.U de Dakar. Statistiques de 4 années (1993-1996 ).  
Dakar Médical, 1979, 24, 1 : 90-97.
- 13 - AJAO O.G.  
Abdominal emergencies in a tropical African population.  
Br J Surg 1981, 68, 5 : 345-347.
- 14 - DATUBO-BROWN D.D., ADOTEY J.M.  
Pattern of surgical acute abdomen in the University of Port Harcourt Teaching Hospital.  
West Afr J Med 1990 ; 91-1 : 59-62.
- 15 - OTU A.A.  
Tropical surgical abdominal emergencies : acute appendicitis.  
Trop Geogr Méd 1989 ; 41, 2 : 118-122.
- 16 - KOUMARE A.K., TRAORE I.T., ONGOLBA N., TRAORE A.K.D., SIMAPARA D., DIALLO A.  
Les appendicites à Bamako(Mali).  
Méd. d'Afrique Noire 1993, 40 (4) : 255-262.
- 17 - LEVY E., FRILEUX P., OLIVIER J.M., MASSINI J.P., BORIE H., GUILLMET C.  
Principes de réanimation des péritonites diffuses.  
Ann. Chir 1995 ; 39 (8) : 557-569.
- 18 - TIRET E., AUDRY G., BAHNINI A, LEVY, E PARC, R LOYGUE J  
Péritonites d'origine génitale (32 cas).  
Ann. Chir. 1985, 39 (8) : 585-91.
- 19 - TROCHIE G.  
Pronostic des péritonites.  
Méd. Mal. Infect 1995, 25 (spécial) : 20-37.
- 20 - BAULIEUX J., BARTH X., ROBERT D, BOULEZ J., PEIX J.L., DONNE R, MALLET P.  
Etude rétrospective des facteurs de gravité des péritonites. Intérêt de la définition d'un indice de gravité initiale.  
Chirurgie(Paris)1983, 109 : 382-390.