

Les perforations des ulcères gastro-duodénaux au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso)

S. S. TRAORE¹, J. SANOU², G. BONKOUNGOU¹, B. KIRAKOYA¹, M. ZIDA¹, E. BANDRE¹, A. SANOU¹

1. Service de chirurgie générale et digestive, CHN-Yalgado Ouédraogo.

2. Service d'anesthésie - réanimation, CHN-Yalgado Ouédraogo.

Introduction

Les ulcères gastro-duodénaux sont souvent méconnus en Afrique, faute de diagnostic (GENTILLINI, 1992). Cinq pour cent des ulcères gastro-duodénaux se compliquent d'une perforation (DETRIE, 1985).

Les perforations des ulcères gastro-duodénaux sont graves, de diagnostic souvent tardif et de traitement souvent délicat. Nous nous proposons, dans cette étude, d'analyser quelques aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques dans le milieu burkinabè.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les perforations des ulcères gastro-duodénaux, colligés dans le Service de chirurgie générale et digestive du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo (CHN-YO), de janvier 1992 à décembre 1998.

Pour chaque cas, les éléments suivants ont été pris en compte : l'état civil, les conditions socio-économiques, les principaux signes cliniques, le protocole opératoire (lésions anatomiques) et les complications post-opératoires.

Le diagnostic a été assuré par le tableau clinique (40 cas), la radiographie de l'abdomen sans préparation (35 cas), les lésions anatomiques en per opératoire (40 cas) et la biopsie de la perforation (27 cas).

Ont été exclus de cette étude, les 4 malades présentant une perforation d'un ulcère gastrique sans examen histologique.

Au terme de l'étude, 40 dossiers ont été retenus.

Résultats

La fréquence

En 8 ans, 1288 péritonites aiguës généralisées, dont 40 pour perforation d'ulcère gastro-duodéal ont été recensées au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (CHN-YO). Les péritonites par perforation d'ulcères gastro-duodénaux ont représenté 3 % des péritonites aiguës généralisées.

Le sexe

Les patients se répartissaient en 37 hommes (92,5 %) et 3 femmes (7,5 %) soit un sex-ratio de 12 en faveur des hommes.

L'âge

L'âge moyen des patients a été de 36 ans, avec des extrêmes de 19 et 80 ans.

La provenance

30 patients vivaient en zone urbaine (75 %) et 10 en zone rurale (25 %).

Les conditions socio-économiques

Tous les patients étaient de condition socio-économique modeste (petits commerçants et chômeurs : 35 cas = 87,5 %).

L'alcoolisme a été noté dans 39 cas (97,5 %) et le tabagisme dans 22 cas (55 %).

Le délai de consultation

Tableau I. Délai de consultation.

Délai de consultation	1- 24 heures	1- 2 jours	3 - 4 jours	5 - 6 jours	+ de 7 jours
Nombre	5	17	12	3	3
Pourcentage	12,5	42,5	30	7,5	7,5

87,5 % des patients ont consulté après la 24^e heure.

Le diagnostic

Tableaux cliniques

Tous les patients ont été reçus dans un tableau de péritonite aiguë généralisée.

Dans 22 cas (55 %), il s'agissait d'une forme sthénique : contracture abdominale, cri de l'ombilic, cri du Douglas.

Dans 18 cas, les malades ont été reçus dans un tableau de déshydratation importante, oligurie, pli cutané persistant, abdomen sensible, pas de contracture vraie, matité des flancs, malade en très mauvais état général, faciès gris (formes asthéniques : 45 % des cas).

L'interrogatoire a mis en évidence la prise à jeun de certaines substances gastro-agressives : alcool (5 cas), aspirine (2 cas) et produits traditionnels : décoctions d'écorces, cendre, potasse (7 cas). D'autre part, des antécédents d'épigastries ont été retrouvés chez 25 % des patients.

Tableaux paracliniques

La radiographie de l'abdomen sans préparation, prenant les coupes diaphragmatiques pratiquée dans 35 cas, a révélé :

- un pneumopéritoine unilatéral dans 20 cas (57 %) et bilatéral chez 15 malades (43 %) ;
- une grisaille abdominale diffuse dans tous les cas.

La biopsie des berges de la perforation de l'ulcère gastrique dans 27 cas, pour un examen histologique, a éliminé une lésion maligne.

Le traitement

Le traitement médical a été systématique en pré, per et post opératoire

Il a consisté en la correction des troubles hydro-électrolytiques, de l'anémie et des troubles nutritionnels.

L'antibiothérapie par voie parentérale, faite d'amoxicilline (3 g/24h) et de métronidazole (1500 mg/24 h), a été systématique pendant 10 jours.

Le traitement ante-ulcéreux, cimétidine ou ranitidine, a été administré en post opératoire. L'association d'un antibiotique actif sur *Helicobacter pylori* est faite depuis janvier 1997.

Le traitement chirurgical

La voie d'abord a toujours été une médiane large.

L'exploration a permis de noter :

- un liquide bilieux dans 5 cas et purulent chez 35 malades. La quantité variait de 500 ml à 2 litres. Un prélèvement de pus a été fait pour culture sur milieu aérobie et anaérobie ;
- le siège de la perforation a été antro-pylorique dans 27 cas (6 %) et bulbaires chez 13 malades (32,5 %).

La biopsie de l'ulcère gastrique dans 27 cas a éliminé une lésion maligne.

En urgence, les gestes chirurgicaux ont consisté en :

- une vagotomie tronculaire, associée à une excision-suture de la perforation et pyloroplastie, dans 5 cas de perforation bulbaires vue avant la 24^e heure (12,5%) ;
- une excision-suture, associée à une épiplooplastie, a été faite chez 35 malades (87,5 %) ;
- une toilette abdominale abondante au sérum salé tiède, un drainage déclive de la cavité péritonéale ont été systématiques.

Résultats thérapeutiques

- 5 suppurations pariétales ont été notées (12,5 %) ;
- 2 décès (5 % des cas) ont été enregistrés en post opératoires chez des malades en mauvais état général et par insuffisance de réanimation ;
- l'évolution a été favorable dans tous les autres cas.

Commentaires

Les perforations des ulcères gastro-duodénaux ne sont pas exceptionnelles au centre hospitalier national Yalgado

Ouédraogo (CHN-YO) : 3 % des péritonites aiguës généralisées.

L'importance des péritonites, par perforation d'ulcères gastro-duodénaux, a été signalée ailleurs dans la littérature (DETRIE, 1985).

La prédominance masculine notée dans notre série est conforme aux données de DETRIE (DETRIE, 1985), d'AGHZADI (AGHZADI *et al.*, 1992) qui ont noté respectivement un sex-ratio de 11 et 10 hommes pour une femme.

La perforation ulcéreuse a été notée chez l'adulte jeune avec un âge moyen de 36 ans. Nos résultats sont identiques à ceux d'AGHZADI (AGHZADI *et al.*, 1992) et de RONGERE (RONGERE *et al.*, 1985) qui ont observé un âge moyen de 30 et 42 ans. Classiquement, l'ulcère duodéal surviendrait à 35 ans et l'ulcère gastrique après 45 ans (MIGNON, 1994).

Dans 75 % des cas, la perforation semble révéler la maladie ulcéreuse dans notre contexte de travail. Ceci est dû, en partie, à la fréquence de l'automédication et aux nombreuses prescriptions médicamenteuses sans diagnostic endoscopique devant tout trouble digestif. Par ailleurs, ces difficultés diagnostiques de la maladie ulcéreuse sont également liées au manque de logistique appropriée (endoscopes, appareil de radiologie) dans la plupart des pays en développement.

Dans 75 % des cas, nos patients étaient des citoyens, de condition socio-économique modeste. La pauvreté, les stress, l'intoxication alcool-tabagique à jeun, l'automédication et particulièrement la prise de certains médicaments gastro-agressifs, expliqueraient, en partie, l'importance des perforations ulcéreuses dans les villes.

Le recours aux tradipraticiens, à l'automédication expliqueraient, en partie, le retard à la consultation : 87,5 % ont consulté après la 24^e heure. Ceci expliquerait aussi l'importance des formes asthéniques rencontrées dans notre série (45 %).

Toutes les perforations ulcéreuses observées dans notre série se sont faites en péritoine libre, d'où la fréquence de la péritonite. La rareté des perforations dans le rétro-péritoine a été notée par CAMILLERI (CAMILLERI *et al.*, 1989).

Le pneumopéritoine radiologique, signe d'énorme valeur d'orientation, était constant dans notre série. Sa présence impose toujours la laparotomie exploratrice. Il manquerait dans 17 % des cas (DETRIE, 1985).

L'intervention chirurgicale a été systématique. Le traitement purement médical, selon la méthode de Taylor

qui requiert certains impératifs (diagnostic exact de perforation, consultation dans les premières heures, absence de tableau de péritonite), n'était pas applicable au CHN-YO, en raison des consultations tardives.

Les perforations gastriques étaient les plus fréquentes. DETRIE (DETRIE, 1985) et HANNOUN (HANNOUN *et al.*, 1985) ont relevé, par contre, une prédominance des perforations duodénales.

L'excision-suture des berges de la perforation, associée à une épiploplastie (87,5 % des cas), a été largement utilisée dans notre contexte de travail. Le retard diagnostic, le mauvais état général des patients expliqueraient en partie l'utilisation de ce geste simple et rapide en urgence. HANNOUN (HANNOUN *et al.*, 1985) et FAVRE (FAVRE, 1994) ont préconisé ce geste en urgence. FAVRE (FAVRE, 1994) propose parfois l'utilisation de colle biologique. KHOSROVANI (KHOSROVANI *et al.*, 1994) a déterminé 3 facteurs de risque qui doivent inciter à une suture simple, associée à une épiploplastie chaque fois que l'un d'eux est présent : l'âge supérieur à 70 ans, le délai d'admission supérieur à 24 heures et l'existence d'un choc hémodynamique préopératoire.

La vagotomie tronculaire, associée à une suture de la perforation et une pyloroplastie, a été pratiquée chez 5 malades présentant une perforation d'ulcère duodéal, vue avant la 24^e heure. Elle serait responsable de troubles digestifs en postopératoire dans 20 % des cas dans la série de FAVRE (FAVRE, 1994). L'intervention de Taylor (séromyotomie antérieure plus vagotomie tronculaire postérieure), fréquemment pratiquée dans la chirurgie à froid, permet de pallier cet inconvénient dans la perforation d'ulcère duodéal, vue avant la 24^e heure.

L'abord coelioscopique de l'ulcère duodéal perforé, vu tôt, pratiqué par MUTTER (MUTTER *et al.*, 1994) n'est pas d'actualité dans notre pratique.

L'utilisation des anti-H2 en post opératoire favorise la guérison de l'ulcère et permettrait de réduire l'incidence des perforations et des hémorragies chez l'ulcéreux chronique (BARTDOLTA *et al.*, 1988). Une surveillance régulière des patients, présentant un ulcère gastrique par fibroscopie au moins une fois par an, s'avère nécessaire.

Conclusion

Les complications des ulcères gastro-duodénaux à type de perforations sont fréquentes au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo. La perforation semble

révéler la maladie ulcéreuse chez la plupart des patients ayant connu cette complication. L'excision-suture, associée à une épiplooplastie, constitue notre technique de choix. L'amélioration du plateau technique de réanimation permettra d'obtenir de meilleurs résultats.

Références bibliographiques

GENTILLINI M., 1992. Autres maladies du tube digestif. In Médecine tropicale. Médecine Sciences-Flammanrion ; 927 p.

DÉTRIE Ph., 1985. Perforation des ulcères gastro-duodénaux. In Chirurgie d'urgence, Masson : 1107 p.

AGHZADI-TRAKI R., ALMOU M., BOUKIND B., ZEROUALI N., 1992. La séromyotomie antérieure et vagotomie postérieure dans le traitement de l'ulcère gastro-duodéal perforé. Ann. chir, 46, n° 5, 461.

RONGERE CH., MESTRIER PH., MARTIN P., MIGNON M., EDELMAN G., 1985. Les récurrences ulcéreuses après vagotomie fundique pour ulcère duodéal. Fréquence-épidémiologie. Ann. Chir., 39, n° 233-242.

MIGNON M., 1994. Comment je traite la maladie ulcéreuse. Med. Chir. Dig., 23, 135-137.

CAMILLERI L., LOINTIER, PEZET D., FONDRINIER E., CHIPPONI J., HILLAN K. J., 1989. Perforation retropéritonéale d'un ulcère duodéal responsable d'un abcès. Ann. Chir., 43, n° 5, 388-390.

HANNOUN L., LEVY L., BENZIT J. M., MASINI J. P., BAHNINI A., HILLAN K. J., 1985. Les péritonites primitives d'origine sus-mésocoliques 217 cas. Ann. Chir., 39, n° 8, 571-573.

FAVRE J. P., 1994. Ulcère perforé. Première poussée ulcéreuse : vagotomie ? Laquelle ? Ann. Chir. 44, n° 4, 269-272.

KHOSROVANI C., KOHEN M., GUIBERTEAU B., LE NEEL J. C., 1994. Perforation des ulcères duodénaux et pyloriques. Facteurs pronostiques et choix thérapeutiques. Étude rétrospective de 140 malades. Ann. Chir. 48, n° 4, 345-349.

MUTTER D., EVARD S., VIX M., VARTOLOMEI S., MARESCAUX J., 1994. Traitement de l'ulcère duodéal perforé : la voie d'abord coelioscopique. Ann. Chir. , 48, n° 4, 339-344.

BARTDOLTA M., CARDILLO A., 1988. La chirurgie de la maladie ulcéreuse. Dix ans après l'introduction des anti H2. Ann. Gastro-entérol-hépatol, 24, n° 3, 107-109.

Résumé Les auteurs rapportent, dans une étude rétrospective, 40 cas de perforation d'ulcère gastro-duodéal : 3 % des péritonites aiguës généralisées.

Ils relèvent la prédominance du sexe masculin (92,5 %), de l'adulte jeune de condition socio-économique modeste (âge moyen 36 ans), le retard à la consultation (87,5 % des cas), l'importance des formes asthéniques (45 %).

Ils soulignent l'intérêt de l'excision-suture en urgence, associée à une épiplooplastie (87,5 % des cas). Deux décès (5 %) ont été enregistrés.

Mots-clés : ulcère, perforation, excision suture et épiplooplastie.