



WWJMRD 2018; 4(2): 108-110

www.wwjmr.com

International Journal

Peer Reviewed Journal

Refereed Journal

Indexed Journal

UGC Approved Journal

Impact Factor MJIF: 4.25

e-ISSN: 2454-6615

Tamou Sambo B

Tamou Sambo B Maître
Assistant des Universités
Cames, Faculté de Médecine,
Université de Parakou,
République du Bénin

Hodonou MA

Département de chirurgie et
spécialités chirurgicales de la
Faculté de Médecine de
l'Université de Parakou,
Service de chirurgie générale
du CHUD-Borgou/Alibori
(CHUD-B/A), République du
Bénin

Allodé SA

Département de chirurgie et
spécialités chirurgicales de la
Faculté de Médecine de
l'Université de Parakou,
Service de chirurgie générale
du CHUD-Borgou/Alibori
(CHUD-B/A), République du
Bénin

Correspondence:

Tamou Sambo B

Tamou Sambo B Maître
Assistant des Universités
Cames, Faculté de Médecine,
Université de Parakou,
République du Bénin

Bilan des activités de chirurgie viscérale dans un hôpital de zone au Bénin : Aspects épidémiologique, diagnostic et résultats de trois ans (2013 à 2015)

Tamou Sambo B, Hodonou MA, Allodé SA

Abstract

Faire la revue épidémiologique de l'activité opératoire de chirurgie viscérale de l'hôpital de zone de Bembéréké. Un total de 2058 interventions chirurgicales avaient été retenues. Elles représentaient 37,92% des activités opératoires. Les urgences étaient 957 (46,50 %). Les trois premières affections étaient les hernies 1039 (50,49 %), les péritonites 396 (19,24%) et les appendicites 149 (7,24%). L'âge moyen des patients était de 23,54 ans avec des extrêmes de 1 jour et 72 ans. Il y avait 1122 de sexe masculin (55,41%) et 903 de sexe féminin (44,59%). Le sex-ratio est de 1,80. L'évolution était favorable dans 96,60% des cas, les complications post-opératoires étaient de 9,52% dominées par les suppurations du site opératoire. Le taux de mortalité était de 3,40%. Conclusion : Les activités de chirurgie viscérale sont importantes à Bembéréké. La lutte contre la fièvre typhoïde et ses complications pourrait réduire le taux de mortalité.

Keywords: chirurgie viscérale, hernie, hôpital de zone, Bembéréké.

Introduction

L'hôpital de zone (HZ) est le premier niveau de référence dans la pyramide sanitaire au Bénin. Le plateau technique permet de faire la chirurgie générale et gynéco-obstétricale de base pour une aire sanitaire donnée. A Bembéréké, la chirurgie viscérale est assurée par un seul chirurgien généraliste aidé de Médecins à compétence chirurgicale. Nous avons voulu faire le bilan de trois ans d'activités de chirurgie viscérale. Ainsi, les objectifs de cette étude étaient de décrire les aspects épidémiologique, diagnostic des affections viscérales opérées et rapporter les résultats de la prise en charge.

Matériel et méthodes

Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 3 ans du 01 janvier 2013 au 31 décembre 2015. Etaient inclus, tous les patients opérés pour une pathologie viscérale dans le bloc opératoire de l'hôpital de zone de Bembéréké (HZB). Ce centre confessionnel à but non lucratif est le premier niveau de référence des communes de Bembéréké et Sinendé au nord-est du Bénin. Les activités champêtres et l'élevage sont les principales occupations des populations de ces communes. Le bloc opératoire de l'HZB est doté de trois salles pour les interventions chirurgicales dont une réservée pour la petite chirurgie telle que les circoncisions, les incisions et drainages d'abcès, les curetages utérins pour avortements incomplets, les exérèses de lipomes et kystes sous anesthésie local. Le centre de référence de 2ème niveau est à Parakou à 110 km. Les patients avaient été opérés par un chirurgien généraliste ou un médecin généraliste à « compétence chirurgicale » formé sur le tas. Les cas de petites chirurgie ont été exclus de cette étude. Les sources des données étaient les registres des protocoles opératoires et des hospitalisations. Les variables étudiées étaient sociodémographiques, diagnostiques et les résultats thérapeutiques. Ces données recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête individuelle ont été traitées grâce au logiciel Epi info7.

Résultats

Epidémiologie

Durant la période d'étude, 5427 patients ont été opérés au bloc opératoire de l'HZB dont 2058 (37,92 %) pour une pathologie viscérale. L'âge moyen des patients était de 24,54 ans avec des extrêmes de 2 jours et 72 ans. Il y avait 1122 de sexe masculin (55,41%) et 903 de sexe féminin (44,59%). Le sex-ratio est de 1,80. La chirurgie réglée et les urgences ont concerné respectivement 1101 (53,50%) et 957 (46,50 %) patients.

Aspect diagnostic

Les différentes pathologies Les trois premières pathologies par ordre de fréquence étaient les hernies, les péritonites et les appendicites (tab1). Les urgences chirurgicales Elles ont concerné 957 patients (46,50 %). Les urgences chirurgicales abdominales (UCA) ont concerné 927 patients dont 854 non traumatiques (92,13 %) et 73 traumatiques (7,87 %). Il y avait très peu de pathologies vésiculaire 3 cas (0,31%). Les éviscérations postopératoires et les urgences proctologiques étaient respectivement de 1,04% (n=10) et 0,94% (n=9). Les deux grands syndromes opérés en urgences étaient les syndromes péritonéaux et les occlusions intestinales (tab 2). Les hernies inguinales ont représenté 87,30% (n=907) des hernies et 44,07% des pathologies opérées. Les hernies de la ligne blanche et incisionnelles étaient respectivement 42 (16,76 %) et 46 (4,43%). Les hernies étaient étranglées dans 171 (18,58 %) cas dont 19 (11,11%) avaient nécessité une résection intestinale. Les péritonites représentaient 42,72 % des UCA et 46,37 % des UCA non traumatiques. Pour 29 cas de péritonite aiguë généralisée (PAG), aucune source de contamination n'avait été retrouvée. La péritonite était secondaire dans 367 cas (92,68 %). Les perforations iléales non traumatiques et les appendicites compliquées étaient les principales étiologies (tab3). Les traumatismes abdominaux étaient au nombre de 73 dont 59 (80,82 %) contusions et 14 (19,18 %) plaies. La rate était l'organe le plus atteint avec 29 cas (39,73 %). La splénectomie totale avait été réalisée chez tous les patients. L'intestin était perforé dans 17 cas (23,29 %) dont 11 étaient iléales et 6 coliques.

Résultats thérapeutiques

Nous avons enregistré 196 cas de complications soit une morbidité de 9,52 %. Les infections du site opératoire étaient 139 soit 6,75% de toutes les interventions chirurgicales et 70,92% des complications. Les autres complications étaient: hématome scrotal 17 cas (8,68 %), hématome pariétal 11 cas (5,61 %), éviscération post opératoire 10 cas (5,10 %). Les péritonites post opératoire et les fistules stercorales étaient respectivement 12 (6,12 %) et 4 cas (2,04 %). Trois cas (1,53 %) de septicémie avaient été enregistrés. Soixante-dix patients sont décédés soit un taux de mortalité de 3,40 %. Quarante-six patients (65,71%) étaient décédés de péritonite. Les perforations iléales non traumatique d'origine probablement typhique représentaient 55,71% (n=39) des décès.

Discussion

La chirurgie viscérale a représenté 37,9% des activités du bloc opératoire de l'HZB et concernait plus les sujets jeunes de sexe masculin. Les urgences ont représenté 46,50

% des activités de chirurgie viscérale. Ces fréquences montrent la charge de travail de chirurgie viscérale dans un HZ au Bénin. Le jeune âge de la population a été retrouvé dans plusieurs études concernant la chirurgie viscérale (Harouna et al 2001, Ajao 1981, Padonou et al 1979, Kassegne et al 2013, Ouangre et al 2013, Haroura et al 2001, Sani et al 2009). La hernie de l'aine est une pathologie chirurgicale dont la fréquence en fait un des premiers actes de chirurgie générale (Pallas et al 2010). En Afrique, la hernie occupe la première place des pathologies viscérales même si sa prévalence et son incidence ne sont connues (Ohene-yeboah et al 2011). Ce taux élevé de chirurgie de hernie peut s'expliquer par la forte présence des agriculteurs dans cette zone rurale. Sani R. et al au Niger avait également retrouvé une prédominance de la chirurgie herniaire dans une étude menée dans plusieurs hôpitaux de zone (Sani et al 2009). Les hernies inguinales ont représenté 44,07% des pathologies. Ce taux était largement supérieur au 15,3% retrouvé à Dakar (Konaté et al 2010). La péritonite représentait 19,24% des activités de chirurgie viscérale et 42,72% des UCA. La PAG représentait 66,2% des UCA dans une étude dans le même hôpital en 2017 (Tamou Sambo et al 2017). Les perforations iléales non traumatiques d'origine probablement typhique et les appendicites compliquées étaient les deux principales étiologies avec respectivement 63,49% et 15,26%. Cette fréquence élevée des PAG avait été rapportée dans plusieurs séries africaines au Niger, Togo et au Burkina (Harouna et al 2001, Kassegne et al 2013, Ouangre et al 2013). Le syndrome occlusif représentait la deuxième cause des urgences avec 33,33% des cas. Il était la première urgence à Niamey en 2001 (Harouna et al 2001). L'appendicite aiguë semble rare avec 6,17% des activités de chirurgie viscérale. Les patients sont vus au stade de complication ce qui explique le pourcentage élevé des péritonites appendiculaires (15,26%). Ce constat avait été fait par des auteurs en Afrique (Harouna et al 2001, Padonou et al 1979, Sani et al 2009). Dans les pays occidentaux, l'appendicite aiguë représente 7 à 14% des UCA (Flum 2015). Les traumatismes abdominaux ont représenté 3,55% des activités de chirurgie viscérale et 7,88% de urgences. Ce taux est proche des 9,89% retrouvés par Sani Rachid et al au Niger (Sani et al 2009). Une étude menée dans le même hôpital en 2016 avait retrouvé un taux de 10% (Tamou Sambo et al 2016). Cette légère hausse peut s'expliquer par l'augmentation du taux des accidents du trafic routier. Il a été noté 80,82 % de contusions et 19,18 % de plaies. Ces taux étaient respectivement de 74,50% et 25,50% pour les contusions et les plaies dans le même hôpital en 2016 (Tamou Sambo et al). Le taux des infections du site opératoire était de 6,75%. Ce taux varie de 2,5% à 30,90% en Afrique selon les pays et les années (Nejad et al 2011) pour toutes les interventions chirurgicales. Il était de 7,3% à Parakou au nord Bénin en 2011 (Hodonou et al 2016). Le taux de mortalité était de 3,40 % inférieur à 6,25% retrouvé au Niger (Sani et al). Les décès étaient liés aux retards de consultation, au problème pécuniaire des patients et à leur état initial à l'admission. Ces mêmes difficultés avaient été relevées à Madagascar (Rasamoelina N et al 2010).

Conclusion

Les activités de chirurgie viscérale sont importantes à Bembéréké et sont dominées par la chirurgie de hernie et de

péritonite. L'urgence demeure encore un mode fréquent d'admission avec ses multiples complications. L'amélioration du pronostic passera par le recrutement de

chirurgiens et la sensibilisation de la population pour des consultations précoces.

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des pathologies en fonction de l'année

	2013	2014	2015	TOTAL	%
Hernies	359	325	355	1039	50,49
Appendicite aigue	47	33	47	127	6,17
Abcès appendiculaire	8	2	12	22	1,07
Cholécystite	2	1	0	3	0,15
Péritonites	120	195	81	396	19,24
Traumatismes abdominaux	20	31	22	73	3,55
Occlusions grêle bride/volvulus	27	26	27	80	3,88
Pathologies coliques	29	39	17	85	4,13
Proctologie	17	15	19	51	2,48
lipomes/greffes cutanées	64	72	58	182	8,84
TOTAL	693	739	626	2058	100,00

Tableau II : Répartition des patients opérés en urgence en fonction des syndromes à l'admission

	Effectifs	%
Péritonéaux	396	42,72
Occlusifs	309	33,33
Appendiculaires	149	16,07
Traumatisme abdominaux	73	7,88
Total	927	100

Tableau III: fréquence des péritonites secondaires en fonction de l'étiologie

	Effectifs	%
Perforation iléale non traumatique	233	63,49
Appendiculaire	56	15,26
Gynécologique	25	6,81
Perforation ulcère gastrique ou duodénale	20	5,45
Biliaire	2	0,54
Post opératoire	31	8,45
Total	367	100,00

Références

1. Harouna Y, Ali L, Seibou A, Abdou I, Gamatie Y, Rakotomalala J et al (2001) Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital National de Niamey (Niger) : Etude analytique et pronostique Médecine d'Afrique Noire 48(2): 49-54
2. Ajao OG (1981) Abdominal emergencies in a tropical African population Br. J. Surg, 68(5): 345-7
3. Padonou N, Diagne Ban'doye M, Cherbonnel GM, Nussaume O (1979) Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar: statistique de quatre années (1973 – 1976) Dakar Médical 24(1): 90-97
4. Kasagne I, Kanassoua KK, Sewa EV, Tchangari B, Sambiani DM, Ayite AE et al (2013). Prise en charge des péritonites aiguës généralisées au Centre Hospitalier Universitaire de Kara Saranf 18(2):115-21
5. Ouangre E, Zida M, Bonkougou PG, Sanou A, Traoré SS (2013) Les péritonites aiguës généralisées en milieu rural au Burkina Faso: à propos de 221 cas Rev. Cames Sante 1(2):75-9.
6. Harouna YD, Abdou I, Saidou B, Bazira L (2001) Les péritonites en milieu tropical : particularités étiologiques et facteurs pronostics actuels: à propos de 160 cas Méd Afr Noire 48(3):1035
7. Sani R, Nameoua B, Yahaya A, Hassane I, Adamou R, Hsia RY et al (2009) The Impact of Launching Surgery at the District Level in Niger World J Surg 2009 (33):2063–2068 DOI 10.1007/s00268-009-0160-x
8. Pallas G, Simon F, Sckkeel P, Chapuis O, Jancovici R (2010) La hernie inguinale en Afrique et coelioscopie: utopie ou réalisme? J AFR CHIR DIGEST 10(2): 1086-1089
9. Ohene-Yeboah M, Abantanga FA (2011) Inguinal Hernia Disease in Africa: A common but neglected surgical condition West African Journal of Medicine 30(2): 77-83
10. Konaté I, Cissé M, Wade T, Ba PA, Tendeng J, Sine B et al (2010) Prise en charge des hernies inguinales à la clinique chirurgicale de l'hôpital Aristide le Dantec de Dakar: étude rétrospective à propos de 432 cas J Afr Chir Digest 10(2): 1086-1089
11. Tamou Sambo B, Allodé AS, Wekpon DS, Séto MD, Hodonou AM, Dossou B (2017) Prise en charge des péritonites aiguës dans un hôpital de district en Afrique sub-saharienne: Cas du Bénin European Scientific Journal 13(36): 388-395
12. Flum DR (2015) Acute Appendicitis - Appendectomy or the "Antibiotics First" Strategy, N Engl J Med 372 (20): 1937-43
13. Tamou Sambo B, Hodonou AM, Allode AS, Mensah E, Youssouf M, Menhinto D (2016) Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des traumatismes abdominaux à Bembéréké-Nord Bénin European Scientific Journal 12(9): 395-405
14. Nejad SB, Allegranzi B, Syed SB, Ellis B, Pittet D (2011) Health-care-associated infection in Africa: a systematic review Bulletin of the World Health Organization 89(10) 757-765 DO-10.2471/BLT.11.088179
15. Hodonou MA, Hounkponou F, Allodé SA, Tobome SR, Fatigba OH, Tamou Sambo B et al (2016) Aspects bactériologiques des infections du site opératoire au centre hospitalier départemental du Borgou à Parakou (Benin) European Scientific Journal 12(9): 353-360 doi:10.19044/esj.2016.v12n9p353
16. Rasamoelina N, Rajaobelison T, Ralahy MF, Riel AM, Rabarijaona M, Solofomalala GD, et al (2010) Facteurs de mortalité par les urgences digestives dans le service de réanimation du CHU de Fianarantsoa Madagascar Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence 2(2): 10-11.