

Morbi-mortalité post-opératoire des péritonites aiguës généralisées par perforation d'ulcère gastroduodénal à l'hôpital national Donka, CHU de Conakry, Guinée.

Postoperative morbi-mortality of acute generalized peritonitis due to peptic ulcer perforation at Donka national hospital, teaching hospital of Conakry, Guinea.

Diakité SY¹, Diallo AA², Barry TI², Sow Z², Sylla AM², Koundouno AM³, Tolno A Bosco⁴, Camara FL², Touré A⁴, Diallo AT⁴, Diallo B².

¹ Service de chirurgie viscérale, hôpital régional de Conakry, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry,

² Service de chirurgie viscérale, hôpital national Donka, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry,

³ Service de chirurgie viscérale, hôpital régional de Kankan

⁴ Service de chirurgie viscérale, hôpital national Ignace Deen, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry,

Auteur correspondant : Saikou Yaya DIAKITE, chirurgie viscérale, hôpital régional de Conakry, Guinée.

Téléphone (+224) 622 41 31 86 ; Email : saikoukonkoronya@gmail.com

Reçu le 16 janvier 2025 - Accepté le 15 mars 2025 - Publié le 28 avril 2025

RESUME :

But : était de décrire la morbidité et la mortalité liée aux péritonites aiguës généralisées par perforation d'ulcère gastroduodénal.

Patients et méthodes : il s'agissait d'une étude **retrospective de type descriptif**, portant sur tous les patients hospitalisés dans le service pour péritonite par perforation d'ulcère gastroduodénal, allant du 01 janvier 2012 au 31 décembre 2017.

Resultats : durant la période de cette étude, nos patients étaient relativement jeunes (l'âge moyen de **44,23 ± 15,52 ans**) avec une prédominance masculine. La quasi-totalité du diagnostic opératoire était la perforation aiguë généralisée par perforation d'ulcère gastroduodénal, le choc infectieux 119(91,5%) contre seulement 11(8,5%) cas de choc hypovolémique. L'hypertension artérielle était la principale comorbidité. La suture de l'ulcère gastrique ± épiploplastie ± toilette ± drainage a été la technique la plus utilisée.

La morbidité a été dominée par la suppuration pariétale 14 cas (10,8%). Par ailleurs 10 (7,7%) cas de péritonites post-opératoires et 4 cas (3,1%) de fistules digestives ont été observés dans notre étude. Le principal motif de la reprise chirurgicale chez les patients était la suppuration profonde dans 10,8% des cas suivie des péritonites post opératoires 5 cas (3,8%). Nous avons retrouvé 2 (1,5%) cas de fistules digestives. Nous avons enregistré 15 décès soit une mortalité de 11,5%. La durée de survenue de décès post opératoire était de 24 heures dans 13 cas (10,0%) avec pour principale cause le choc septique (n=14 ; 10,8%).

Conclusion : La mortalité et la morbidité liées à la péritonite aiguë généralisée par perforation d'ulcère gastroduodénal reste élevée et préoccupante. Elles sont survenues dans une population adulte jeune à prédominance masculine. La sensibilisation de la population et la précocité dans la prise en charge contribueraient à une réduction de la prévalence de la morbi-mortalité de cette pathologie.

Mots clés : morbidité, mortalité, péritonite, ulcère gastroduodénal.

SUMMARY

Aim: was to describe the morbidity and mortality associated with acute generalized peptic ulcer perforation peritonitis.

Patients and methods: this was a retrospective descriptive study of all patients hospitalized in the department for peritonitis due to peptic ulcer perforation, from January 01, 2012 to December 31, 2017.

Results: during the period of this study, our patients were relatively young (mean age 44.23 ± 15.52 years) with a male predominance. Almost all operative diagnoses were acute generalized peptic ulcer perforation, infectious shock 119(91.5%) versus only 11(8.5%) cases of hypovolemic shock. Hypertension was the main comorbidity. Suture of the gastric ulcer ± epiploplasty ± cleansing ± drainage was the most commonly used technique.

Morbidity was dominated by parietal suppuration in 14 cases (10.8%). In addition, 10 (7.7%) cases of post-operative peritonitis and 4 (3.1%) cases of digestive fistula were observed in our study. The main reason for revision surgery was deep suppuration in 10.8% of cases, followed by postoperative peritonitis in 5 cases (3.8%). We found 2 (1.5%) cases of digestive fistulas. We recorded 15 deaths, representing a mortality rate of 11.5%. The duration of postoperative death was 24 hours in 13 cases (10.0%), the main cause being septic shock (n=14; 10.8%).

Conclusion: Mortality and morbidity associated with acute generalized peritonitis due to peptic ulcer perforation remain high and worrying. They occur in a predominantly male, young adult population. Raising public awareness and early management would help reduce the prevalence of morbidity and mortality from this condition.

Key words: morbidity, mortality, peritonitis, peptic ulcer.

INTRODUCTION

La perforation gastrique ou duodénale est l'une des complications les plus fréquentes de la maladie ulcéreuse. C'est une urgence médico-chirurgicale grave du fait de la péritonite qu'elle engendre [1, 2]. Son pronostic demeure grave si la prise en charge est retardée avec un taux de mortalité pouvant atteindre 80% au-delà des premières vingt-quatre heures [3]. Cliniquement, le patient se plaint typiquement d'une douleur épigastrique d'apparition brutale. L'examen clinique peut montrer des signes de choc : pâleur, pouls rapide, tension artérielle basse, sueurs. Le traitement est essentiellement chirurgical consistant en une suture-fermeture avec ou sans omentoplastie de la perforation gastroduodénale associée à la toilette péritonéale [2] ; à une administration d'inhibiteurs de la pompe à protons et l'éradication de l'*Helicobacter pylori*, si nécessaire [4].

Les facteurs de risque qui influencent la mortalité après chirurgie des ulcères gastroduodénaux perforés sont la présence d'un choc préopératoire, la présence de maladies concomitantes et le délai de prise en charge chirurgicale. La morbidité et la mortalité peuvent être réduites en évitant les retards dans le diagnostic et le traitement [5].

L'incidence de l'ulcère gastroduodénal perforé a diminué dans le monde occidental. Cependant, avec une incidence variant entre 2 et 10 pour 100 000, c'est toujours un problème dans la société moderne [6]. Les taux de mortalité causée par la perforation de l'ulcère gastrique et duodénal varient entre 10 et 40% et zéro(0) et 10% respectivement, et est plus élevé chez les patients âgés [7, 8, 9].

En France, l'incidence des ulcères gastroduodénaux (UGD) diagnostiqués par endoscopie est de l'ordre de 90 000 par an (0,2 % de la population adulte), dont environ 20 000 au stade de complications. Le taux de mortalité des complications ulcéreuses est de l'ordre de 10 % [2].

Dans une étude réalisée au Burkina Faso, **Ouédraogo S et al.** ont rapporté que les péritonites par perforation d'ulcère gastrique ou duodénal sont responsables de suppuration pariétale dans 12,4% des cas avec 1,6% de décès en 2016 [10]. **Siddeye A** dans les services de chirurgies A et B du CHU du point G a trouvé une fréquence de 34,16% chez les tabagiques avec comme principal facteur favorisant la perforation et une mortalité de 4,2% [11]. Le but de ce travail était de décrire la morbidité et la mortalité liée aux péritonites aiguës généralisées par perforation d'ulcère gastroduodénal.

RESULTATS

Les hommes ont été les plus touchés soit 69,2% avec un sex-ratio de 2,25. Les tranches d'âge les plus touchées étaient celles : 36-45 ans et celle supérieure à 56ans. Les commerçants (21,5%) et les fonctionnaires (19,2%) étaient les plus nombreux.

La grande partie des malades sont admis avec un tableau de choc septique (95,5%) contre 8,5% de choc hypovolémique. La majorité des malades avait un délai de survenue de perforation supérieure à 12 h et un délai moyen de prise en charge de 11 heures (extrêmes : 1 et 72 heures). Tous les malades ont bénéficié d'une excision suture de la perforation avec ou sans épiploplastie suivie d'une toilette péritonéale et drainage ? Dans 28 cas (21,5%) une dérivation gastro-jéjunale a été associée. Une transfusion péri-opératoire a été nécessaire dans 48 cas (36,9%). La reprise chirurgicale a concerné 14 cas (10,8%) de suppurations profondes, 5 cas (3,8%) de péritonites post opératoire et 2 cas (1,5%) de fistules digestives. L'évolution post opératoire était favorable chez 50% des malades contre 50% défavorable qui a conduit à des cas de décès par choc septique (n=14) et choc hypovolémique (n=1).

DISCUSSION

Nous avons noté une prédominance masculine avec un effectif de 90 soit 69,2% contre 40 (30,8%) de femmes soit un ratio H/F= 2,25 comme d'autres études qui ont noté que cette pathologie intéresse plus les hommes que les femmes [3,4,6]. La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 36 à 45 ans soit une fréquence de 27,7%. Nos résultats sont comparables à celui de la population générale du pays [13].

Dans les études faites en Afrique, ont noté que la perforation survient fréquemment chez les sujets jeunes [10, 11, 13, 14, 15], alors que dans les séries occidentales, elles surviennent chez des sujets plus âgés [7, 8, 9, 12].

La quasi-totalité du diagnostic opératoire était la perforation aiguë généralisée par perforation d'ulcère gastroduodénale, le choc infectieux 119 (91,5%) contre seulement 11 (8,5%) des chocs hypovolémiques. L'état de choc a été retrouvé chez 21 patients (11,29%) dans l'étude de Colo Corinne [14].

Dans notre série 11,5% des patients ont consulté dans les 12 premières heures ce qui est différent de celui rapporté par **Hamadou** au Mali [15] qui avait montré que la majorité des patients ont consulté dans les 24 premières heures d'apparition des signes.

Le délai entre l'apparition des premiers signes fonctionnels et la consultation est important à préciser car il peut conditionner la prise en charge thérapeutique [16, 17, 18, 21].

La suture de l'UG ± Epiploplastie ± toilette ± drainage a été la technique la plus utilisée. **Hamadou** [15] avait utilisé dans son étude les mêmes techniques dans les proportions différentes respectivement 83,4% et 78,4%. Cela serait dû au choix du chirurgien et de l'état du patient en peropératoire d'une part et d'autres part à l'instabilité des patients ce qui aurait motivé une technique d'excision et suture simple.

Une toilette péritonéale complète et soigneuse au

sérum physiologique a été réalisée dans tous les cas, geste essentiel en cas de péritonite généralisée et un drainage de la cavité. 48(36,9%) ont bénéficié de la transfusion sanguine. Dans notre série 11,5% des patients ont consulté dans les 12 premières heures ce qui est différent de celui rapporté par **Hamadou** au Mali [15] qui avait montré que la majorité des patients ont consulté dans les 24 premières heures d'apparition des signes.

Le délai entre l'apparition des premiers signes fonctionnels et la consultation est important à préciser car il peut conditionner la prise en charge thérapeutique [8,20,21].

La morbidité a été dominée par la suppuration pariétale 14(10,8%). Le même constat avait été fait par d'autres auteurs en Afrique **Kassegne et al.** [17] en 2013 ; **Nonga et al.** [18] en 2010 qui ont mentionné des taux de suppuration allant 21,6 à 59,3%. La suppuration pariétale s'explique par l'état d'hygiène des patients, aux conditions d'asepsie parfois peu satisfaisantes et les interventions réalisées dans des situations d'urgence.

Par ailleurs 10 (7,7%) cas de péritonites post-opératoires et 4 (3,1%) de fistules digestives ont été observés dans notre étude. Ce résultat est comparable à celui rapporté par Colo Corinne C [14] dans une étude de Comparaison de la prise en charge des péritonites aiguës généralisées dans deux hôpitaux (Antananarivo et Antsirana).

Par rapport au délai de prise en charge, le pronostic est directement lié à la rapidité du diagnostic et du traitement [19, 22]. La rapidité de la prise en charge thérapeutique des péritonites semble être pour la plupart des auteurs un facteur majeur du pronostic [6,7,8,19]. Dans notre étude, 20(80%) des patients étaient pris en charge dans un délai 1-12h suivant leurs admissions dans le service avec un délai moyen de 11h. Pour Razanajatovo [20], dans une étude réalisée à Antananarivo entre juillet 2007 et juillet 2010, le délai entre le début des symptômes et l'intervention des patients était en moyenne de $69,74 \pm 43,60$ heures. Toutefois en cas de perforation d'organe creux, plus le délai entre la rupture de la continuité digestive et la chirurgie est long, plus la contamination est importante permettant le développement d'un inoculum bactérien élevé [2,3,4].

Les indications de reprise chirurgicale chez les patients étaient dominées par les infections (la suppuration profonde, péritonites post opératoires) et les fistules digestives. La perforation d'ulcère gastroduodéal est plus fréquente chez les sujets adultes et les personnes âgées avec notion prise médicamenteuse gastro-toxique (anti-inflammatoires). Les patients présentant des complications infectieuses sévères (péritonites post-opératoires, fistules digestives avec de choc septique) engageant le pronostic vital nécessitent une

réanimation intensive et d'une intervention chirurgicale plus précoce complexe (résection-stomie, rétablissement de la continuité digestive) [9,12].

Nous avons enregistré 15 cas décès soit une mortalité de 11,5%. Ce taux est proche de ceux rapportés par **Allodé et al.** [21] en 2017 et **Kassegne et al.** [17] en 2013 qui étaient respectivement de 14,5% et 14,8%. Une étude en France en 2009 avait retrouvé 15% de taux de mortalité malgré le plateau technique de qualité, **Gauzit et al.** [22]. Selon **Montravers et al.** [23], la mortalité des PAG dépend en fait de l'état du patient, de la précocité de la prise en charge mais également de l'étiologie. La mortalité liée à la péritonite par perforation d'ulcère gastro-duodéal varie selon différents facteurs : l'âge, les comorbidités, et le délai de prise en charge. Certains rapports mentionnent une mortalité allant de 5 à 25%, avec une augmentation de ce taux chez les personnes âgées [9, 12,23].

CONCLUSION

La mortalité et la morbidité liées à la péritonite aiguë généralisée par perforation d'ulcère gastro-duodénale reste élevée et préoccupante. Elles sont survenues dans une population adulte jeune à prédominance masculine. Les principales indications de reprise étaient, la suppuration et la péritonite post opératoire avec de mauvais pronostic. La mortalité était essentiellement liée au choc septique tubulaire, du retard de résultats et le long délai de prise en charge.

La sensibilisation de la population pour une consultation précoce et la rapidité dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique contribueraient à une réduction de la prévalence de la morbi-mortalité.

REFERENCES

1. **CDU-HGE**. Hépato-gastro-entérologie. Elsevier Masson ; 2012.
2. **Lemaitre J, El Founas W, Simoens C, Ngongang C, Smets D, Mendes da Costa P**. Surgical management of acute perforation of peptic ulcers. A single centre experience. Acta Chir Belg 2005;105:588–91.
3. **Bas G, Eryilmaz R, Okan I, Sahin M**. Risk Factors of Morbidity and Mortality in Patients with Perforated Peptic Ulcer. Acta Chir Belg 2008;108:424–7.
4. **Komen NAP, Bertleff MJOE, van Doorn LJ, Lange JF, de Graaf PW**. Helicobacter Genotyping and Detection in Peroperative Lavage Fluid in Patients with Perforated Peptic Ulcer. J Gastrointest Surg

2008;12:555–60. <https://doi.org/10.1007/s11605-007-0303-z>.

5. Gisbert JP, Pajares JM. Helicobacter pylori infection and perforated peptic ulcer prevalence of the infection and role of antimicrobial treatment. *Helicobacter* 2003;8:159–67.

6. Sarosi GA, Jaiswal KR, Nwariaku FE, Asolati M, Fleming JB, Anthony T. Surgical therapy of peptic ulcers in the 21st century: more common than you think. *Am J Surg* 2005;190:775–9.

7. Lau JY, Barkun A, Fan D, Kuipers EJ, Yang Y, Chan FK. Challenges in the management of acute peptic ulcer bleeding. *The Lancet* 2013;381:2033–43.

8. Gralnek IM, Barkun AN, Bardou M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer. *N Engl J Med* 2008;359:928–37.

9. Dakubo JCB, Naaeder SB, Clegg-Lampitey JN. Gastro-duodenal peptic ulcer perforation. *East Afr Med J* 2009;86:100–9.

10. Ouédraogo S, Zida M, Kambiré JL, Sanou A, Traoré SS. Prise en charge des péritonites par perforation d'ulcères gastro-duodénaux dans un hôpital secondaire burkinabè. *Sci Tech Sci Santé* 2016;39:55–61.

11. Siddeye A. Les perforations d'ulcère gastro-duodénal au CHU Gabriel Touré n° :194. Thèse méd. USTTB, 2009.

12. Gonzalès M, Fourtanier G, SUC B. Complications chirurgicales des ulcères gastroduodénaux. 2010;(10):09-022. n.d.

13. Institut National de la Statistique. Enquête Démographique et de Santé : Planification familiale République de Guinée 2012.

14. Solo Corinne C. Comparaison de la prise en charge des péritonites aiguës généralisées dans deux hôpitaux : Antananarivo et Antsiranana. Mémoire. Université Antananarivo, 2019.

15. Hamadou Boubacar Diaby. Péritonites par perforation d'ulcère gastroduodénal au CHU Gabriel TOURE. Thèse de doctorat. Université de Bamako, 2013.

16. Bin-Taleb AK, Razzaq RA, Al-Kathiri ZO. Management of perforated peptic ulcer in patients at a teaching hospital. *Saudi Med J* 2008;29:245–50.

17. Kassegne I, Kanassoua KK, Sewa EV, Tchangai B, Sambiani DM, Ayite AE, et al. Prise en charge des péritonites aiguës généralisées au Centre Hospitalier Universitaire de Kara. *Saranf* 2013;18:115–21.

18. Nonga BN, Tambo FM, Ngowe MN, Takongmo S, Sosso MA. Etiologies des péritonites aiguës généralisées au CHU de Yaoundé. *Rev Afr Chir Spéc* 2010;4:30–2.

19. Schein M, Marshall JC. Source Control: A Guide to the Management of Surgical Infections. Springer Science & Business Media; 2013.

20. Razanajatovo RA. Aspects épidémio-cliniques des péritonites aiguës généralisées à l'HJRA 2013. *Mém Médecine Hum Antananarivo* 2013:41.

21. Allode AS, Dossou FM, Hodonou AM, Séto M, Gbessi GD, Sambo BT, et al. Non-traumatic intestinal perforation in the regional hospital Borgou of Benin: epidemiological and therapeutic characteristics. *Int Surg J* 2017;4:1376–9.

22. Gauzit R, Péan Y, Barth X, Mistretta F, Lalaude O, Top Study Team. Epidemiology, management, and prognosis of secondary non-postoperative peritonitis: a French prospective observational multicenter study. *Surg Infect* 2009;10:119–27.

23. Montravers P, Dupont H, Leone M, Constantin J-M, Mertes P-M, Laterre P-F, et al. Prise en charge des infections intra-abdominales. *Anesth Réanimation* 2015;1:75–99.