



## Article Original

## Péritonites par Perforation d'Ulcère Gastroduodéal dans le Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Régional de Kankan (Guinée)

*Peritonitis due to perforated gastroduodenal ulcer : a case series from the general surgery department of Kankan regional hospital (Guinea)*

Camara M<sup>1</sup>, Camara T<sup>2</sup>, Diakite A<sup>2</sup>, Diawara Y<sup>1</sup>, Togo AP<sup>3</sup>

1. Service d'Imagerie médicale, CHU Point G, Bamako, Mali.

2. Service de chirurgie générale, hôpital régional de Kankan, Guinée.

3. Service de chirurgie générale, centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré, Mali.

### Auteur correspondant :

Dr Camara Mamoudou  
CHU Point G, Bamako, Mali.  
DES en Imagerie médicale et radiologie.  
Contact : (00 223) 97619898 / 91800475  
E-mail : [camaramamoudou97@gmail.com](mailto:camaramamoudou97@gmail.com)

**Mots-clés** : péritonites, perforation, ulcère gastroduodéal.

**Keywords**: peritonitis, perforation, peptic ulcer.

### RÉSUMÉ

**Introduction.** Le but de cette étude était de réunir les données épidémiologiques et diagnostiques, et évaluer les modalités thérapeutiques et évolutives de la perforation d'ulcère gastro-duodéal. **Matériel et méthode.** Du 1<sup>er</sup> Octobre 2012 au 31 septembre 2013, nous avons effectué une étude prospective de type descriptif sur 30 patients admis au service de chirurgie générale de l'hôpital de Kankan pour péritonite par perforation d'ulcère gastro-duodéal. **Résultat.** Au cours de cette étude nous avons pris en charge en urgence 30 patients pour Péritonite par perforation d'ulcère gastroduodéal soit 8,26% de tous les cas. La moyenne d'âge de nos patients était de 43,16 ans avec des extrêmes de 15 et 74 ans. Nous avons noté une prédominance masculine avec un sex ratio H/F égal à 14. La couche socio professionnelle la plus touchée a été les cultivateurs/Orpailleurs 20 cas, soit 66,66%. Les signes en faveur d'une péritonite par perforation d'ulcère gastro-duodéal ont été dominés par la douleur abdominale, la défense ou contracture abdominale soit 100% des cas. La suture simple a été la technique opératoire la plus utilisée 24 cas soit 80%. Les suites opératoires ont été simples chez 10 patients, soit 33, 33% et compliquées chez 12 patients. Nous avons enregistré 8 cas de décès soit 26,66%. La durée moyenne d'hospitalisation était 12,83 jours avec des extrêmes de 1 et 40 jours. **Conclusion.** Les péritonites par perforation d'ulcère gastro- duodéal sont des affections graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital. L'amélioration de ce pronostic dépend essentiellement du diagnostic précoce de l'affection, des moyens de réanimation efficace et de la rapidité des gestes chirurgicaux.

### ABSTRACT

**Introduction.** The aim of this study was to report the clinical features, management and outcome of patients with peritonitis secondary to perforated gastroduodenal ulcer in our setting... **Material and method.** From October 1, 2012 to September 31, 2013, we carried out a prospective descriptive study on 30 patients admitted to the general surgery department of Kankan hospital for perforation of peptic ulcer. **Result.** During this study period, we treated as emergencies 30 patients for generalized acute peritonitis by perforation of peptic ulcer, i.e. 8.26% of all surgical emergencies. The average age of the patients was 43.16 years with extremes of 15 and 74 years. We noted a male predominance with a sex ratio M / F equal to 14. The socio-professional group most affected was the cultivators / Gold washers (20 cases, or 66.66%). The signs in favor of a peptic ulcer perforation were mainly abdominal pain, abdominal tenderness and contracture, i.e. 100% of the cases. Simple suturing was the most frequently used operating technique (24 cases, 80%). The postoperative course was simple in 10 patients (33, 33%) and there were complications in 12 patients. The mortality rate was 26.66% ( eight patients). The average length of hospital stay was 12.83 days with extremes of 1 and 40 days. **Conclusion.** Peritonitis due to gastric-duodenal ulcer perforation is a serious condition that can be life-threatening. The improvement of this prognosis depends essentially on the early diagnosis of the disease, the means of effective resuscitation and the speed of the surgical procedures.

## INTRODUCTION

L'ulcère gastro-duodéal est une maladie qui a longtemps été considéré comme chronique, elle est définie anatomiquement par une perte de substance de la paroi de l'estomac ou du duodénum dépassant la muscularis mucosae [1].

La maladie ulcéreuse gastroduodénale est une affection cosmopolite ; elle touche 5% à 10% d'individus aux États Unis. En Europe, sa prévalence est estimée à 8% pour l'ulcère duodéal et 2% pour l'ulcère gastrique [1].

Mais en Afrique, les données sont parcellaires et variables selon les séries, Lawson [2] a estimé la prévalence de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale à 15,53%.

L'évolution de l'ulcère gastro-duodéal peut être à l'origine de complications, dont l'une des plus fréquentes est la perforation. L'incidence de ces perforations est estimée entre 4 cas et 14 cas pour 100000 habitants [1].

En Afrique au sud du Sahara, la fréquence des perforations gastro-duodénales est diversement appréciée : Vignon [3] les estime à 13,8 cas par an. Pour Ngo [4] au Cameroun et Dieng au Sénégal [5], elles ont constitué la première étiologie des péritonites aiguës généralisées avec respectivement 32% et 52,7% des cas. Leur prise en charge reste grevée d'une lourde mortalité : elle a atteint 10,7% dans la série de Chalya en Tanzanie [6]

Ainsi, l'absence d'études antérieures, les difficultés de la prise en charge à l'hôpital régional de Kankan ont motivé le choix de cette étude.

Nos objectifs spécifiques étaient : de déterminer la fréquence des péritonites par perforation d'ulcère gastro-duodéal, de décrire les signes cliniques et para cliniques, décrire les techniques chirurgicales utilisées et déterminer le pronostic des perforations d'ulcère gastroduodéal.

## PATIENTS ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif d'une durée de 12 mois allant du 1<sup>er</sup> Octobre 2012 au 31 Septembre 2013 réalisée dans le service de chirurgie générale de l'Hôpital régional de Kankan.

Elle a porté sur 30 patients des deux sexes, âgés 15 et 74 ans opérés en urgence pour Péritonite par perforation d'ulcère gastro-duodéal.

Les données ont été collectées à partir des fiches d'enquêtes pré établies. Chaque patient avait une fiche d'enquêtes dans lequel étaient portées toutes les données administratives, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques.

Les variables d'étude ont concerné les variables épidémiologiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques.

Les résultats ont été analysés sur Epi-info version 3.51Fr, et la saisi des données à partir de Microsoft office 2007.

## RÉSULTATS

Durant la période d'étude 363 patients avaient été pris en charge en chirurgie générale dont 30 cas pour péritonite aiguë généralisée par perforation d'ulcère gastro-duodéal soit une fréquence hospitalière de 8,26%. L'âge moyen de nos patients était de 43,16ans avec des extrêmes allant de 15 à 74ans ; une prédominance masculine s'était

dégagée avec un sex ratio H/F de 14. Les cultivateurs et les orpailleurs soit 66,66% constituaient la couche socio professionnelle la plus dominante. La moitié de nos patients avait un antécédent d'épigastrie. Plus de la moitié de nos patients, 53,32% avaient comme facteur de risque le tabac. La douleur abdominale était le signe subjectif le plus constant 100 % et la défense ou contracture était le signe physique le plus retrouvé 100 %. Les examens complémentaires ont porté sur la biologie dans 100% ; l'abdomen sans préparation dans 26,67%.

70% des péritonites par perforation d'ulcère gastro-duodéal siégeaient au niveau du bulbe. La suture simple plus toilette péritonéale plus drainage a dominé le traitement soit 80%. Le délai d'admission de plus 24heures après la survenue de la perforation a dominé l'étude. Nous avons enregistré 40,01% de complications parmi lesquelles les suppurations pariétales ont représenté 30%. La mortalité globale a été de 26,66%. La durée moyenne d'hospitalisations a été de 12,83 jours avec des extrêmes de 1 et 40 jours.

**Tableau I : Répartition des patients selon les antécédents de la maladie ulcéreuse.**

Antécédents	Nombre de cas	%
Epigastries	15	50
Sans antécédents ulcéreux	12	40
Ulcéreux connus	3	10
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Tableau II : Répartition des patients selon les signes cliniques. N= 30**

Signes cliniques / généraux	Nombre de cas	%
Douleur abdominale	30	100
Vomissements	28	93,33
Arrêt des matières et gaz	25	83,33
Fièvre	11	36,66
Hoquet	6	20
Diarrhée	2	6,66
<b>Signes physiques</b>		
Défense ou contracture	30	100
Cri du Douglas	30	100
Cri ombilical	30	100
Silence abdominal	27	90
Disparition de la matité pré hépatique	19	63,33

**Tableau III : Répartition des patients selon le siège de la perforation.**

Siège de la perforation	Nombre de cas	%
Bulbe	21	70
Petite courbure	5	16,66
Antre	3	10
Grande courbure	1	3,33
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

## DISCUSSION

Les difficultés d'étude ont été : l'interprétation de certains clichés d'ASP liée à la mauvaise qualité des clichés, l'absence d'un centre d'anatomopathologie et bactériologique permettant d'identifier l'*Helicobacter pylori* et les cas d'ulcère gastrique pour éliminer une métaplasie.

Nous avons noté 8,26% de PAG/PUGD. Cette fréquence place les PAG/PUGD au 4<sup>ème</sup> rang des urgences après les appendicites, les péritonites d'autres étiologies et les occlusions intestinales.

Nos résultats sont inférieurs à ceux de Harouna Y D et coll. [7] au Niger, qui ont rapporté que les PAG/PUGD occupent le 3<sup>ème</sup> rang avec une fréquence de 11% après celles par perforation appendiculaire et par perforation typhique.

Cette augmentation s'expliquerait par le bas niveau socio-économique, le stress et la prise des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

La PUGD a été la principale cause des péritonites avec un taux de 29,70%, suivie des péritonites typhiques 24,75% et appendiculaires 18,81%. Pour Ngo [4] au Cameroun et Dieng au Sénégal [5], elles ont constitué la première étiologie des péritonites aiguës généralisées avec respectivement 32% et 52,7% des cas.

L'augmentation de cette fréquence pourrait s'expliquer par la mauvaise prise en charge de la maladie ulcéreuse malgré la disponibilité actuelle d'une thérapie médicale efficace, mais aussi le tabagisme, l'alcoolisme et la prise des médicaments gastro-toxiques.

Dans notre série, la tranche d'âge la plus touchée a été celle de 35-44 ans avec une fréquence de 30%.

La moyenne d'âge était de 43,16 ans avec des extrêmes de 15 et 74 ans.

Pour Vignon [3], la moyenne d'âge était de 34,2 ans.

Ce résultat montre que la PUGD est une affection de l'adulte jeune.

Nous avons trouvé une prédominance masculine avec un taux de 93,33%. Le sex ratio H/F = 14.

Ce résultat est superposable à celui rapporté par Vignon [3] qui a trouvé un sex-ratio de 16,7 en faveur des hommes.

Cette prédominance masculine s'expliquerait par le fait que les hommes sont exposés aux facteurs prédisposant et favorisant la survenue de l'ulcère (tabac, alcool, stress etc...).

Dans notre étude les cultivateurs/orpailleurs ont été les plus touchés avec une fréquence de 66,66%.

Ceci pourrait s'expliquer par le bas niveau socio-économique de cette couche.

La majorité de nos patients, soit 76,66%, ont été admis 24 heures après la survenue de la perforation. Jhobta R et coll. [8], ont noté 53% des patients ayant consulté après délai d'évolution de plus de 24 heures. Ce retard dans la prise en charge pourrait s'expliquer par la non orientation à temps des malades dans les structures sanitaires, le manque d'information et l'automédication.

Dans notre étude, 50% de nos patients ont présenté des antécédents d'épigastrie sans savoir qu'ils étaient porteurs d'ulcère.

Ce résultat est superposable à celui rapporté par Kafih [9] qui a trouvé 61,4% des patients ayant présenté des antécédents d'épigastrie.

Ceci s'expliquerait par l'usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des antiulcéreux obtenus dans des mains non expertes.

Dans notre étude 53,32% de nos patients étaient tabagiques chroniques.

Certaines études internationales montrent un taux de consommation tabagique chez les patients admis pour perforation d'ulcère gastro-duodéal de 86% [10].

Ces résultats démontrent bien la contribution de ces facteurs de risque non seulement dans la survenue de l'ulcère mais aussi de la perforation.

En effet, le tabagisme augmente le risque de survenue de l'ulcère, ralentit sa cicatrisation et augmente le risque de récurrence. Cet effet est d'autant plus marqué que le tabagisme est important.

Dans notre étude, la douleur abdominale a été le signe le plus dominant soit 100% des cas suivie des vomissements dans 93,33% des cas.

Cette fréquence est superposable à celle rapportée par Lunevicius et coll. [11]

Les signes physiques ont été dominés par la défense ou contracture, soit 100% des cas, suivie du cri ombilical et du cri de Douglas soit 100% des cas. Ce résultat est similaire à celui trouvé par Kirshtein et coll. [12] : 26,67% ont effectué la radiographie de l'ASP, 73,33% n'ont pas fait cet examen, 83,33% présentaient des images de pneumopéritoine sur le cliché et 16,66% présentait une grisaille diffuse. Kafih et coll. [9] ont rapporté 68 % de pneumopéritoine à la radiographie ASP.

Parmi nos patients, 2 présentaient des clichés de mauvaise qualité. La fréquence élevée du manque de réalisation de l'ASP s'expliquerait par le fait que certains de nos patients ont été admis dans un état hémodynamique critique et la réticence du personnel face à la demande des ASP.

Dans notre étude, 70% de nos patients avaient une perforation de siège bulbaire. Ce résultat est superposable à celui de Kirshtein B et coll. [12] qui ont rapporté 91,1% de perforation de siège bulbaire.

Ces résultats démontrent que le bulbe duodéal est une zone de prédilection de l'ulcère, alors que l'estomac est témoin pourvoyeur de cancer. Cette prédominance d'ulcère bulbaire, s'expliquerait par l'augmentation de la concentration d'acide et pepsine dans le bulbe duodéal.

En urgence, tous nos malades ont bénéficié d'une réanimation préopératoire, prise d'une voie veineuse, réhydratation et la pose d'une sonde naso gastrique.

La laparotomie médiane était de règle pour tous les malades opérés pour péritonite par perforation de l'ulcère gastroduodéal. On a procédé soit à :

- la suture simple + toilette péritonéale + drainage de la cavité pour 80% des malades. Notre résultat est superposable au 75,28% rapportés par Kirshtein et coll. [12]. La prédominance de la suture simple dans notre étude s'expliquerait par la présence chez certains patients des facteurs de comorbidités qui ne permettent pas la prolongation de l'acte opératoire (choc septique, état hémodynamique instable).

- la Suture + épiplooplastie + toilette péritonéale + drainage de la cavité pour 20% des malades.

Le recours à la technique d'épiplooplastie dans notre étude est intervenu :

Dans les ulcères de taille supérieure à 3cm ou à berges friables et lorsque le socle de l'ulcère était scléreux.

Mais il est à noter qu'aucune biopsie n'a été faite sur les berges de la perforation d'ulcère gastroduodénal.

En post opératoire : tous les malades gardaient la sonde naso-gastrique jusqu'à la reprise du transit. L'antibiothérapie qui débutait en per-opératoire et un inhibiteur de la pompe à proton étaient maintenus par voie parentérale jusqu'à la reprise de la voie orale. Le traitement visant à éradiquer l'*Helicobacter pylori* prenait le relais du traitement parentéral à la sortie. Les malades étaient informés de la nécessité de suivre les règles hygiéno-diététiques, de s'abstenir de fumer, de consommer l'alcool et les médicaments gastro-toxiques.

Dans notre série, les suites opératoires ont été simples chez 33,33% des malades et compliquées chez 12 malades. Ces complications étaient : 30% de suppurations pariétales, 6,68% d'éviscération et 3,33% d'éventration. Pour Vignon [3], la morbidité globale a été de 28,5%, dominées par des suppurations pariétales dans 16,7% des cas. Nous avons enregistré 26,66% de décès. Cette mortalité est comparable à celle de la série d'Ohene [13], 22,1%.

Le taux de décès élevé dans notre série était lié : au long délai diagnostique, à l'âge supérieur à 60 ans, aux terrains (diabète, hypertension artérielle...), aux insuffisances des moyens de réanimation.

La durée d'hospitalisation est fonction du délai de consultation et les suites opératoires.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 12,83 jours avec des extrêmes de 1 à 40 jours. Kafih et coll. au Maroc [9] ont rapporté un délai de 5,5 jours.

La prolongation de la durée de séjour dans notre étude était due à la complication à type de suppuration.

## CONCLUSION

Il ressort de notre étude que les péritonites par perforation d'ulcère gastro-duodénal sont des affections graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

L'amélioration de ce pronostic dépend essentiellement du diagnostic précoce de l'affection, des moyens de réanimation efficace et de la rapidité des gestes chirurgicaux.

## RÉFÉRENCES

1. Lau JY, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden CW, Metz DC. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion*, 2011, 84:102-13
2. Lawson-Ananissoh LM, Bouglouga O, Bagny A, El-Hadj Yahoubou R, Kaaga L, Redah D. Profil épidémiologique des ulcères gastroduodénaux au centre hospitalier et universitaire Campus de Lomé (Togo). *J. Afr HépatolGastroenterol* 2015, 9; 3:88-103
3. Vignon KC, Mehinto DK, Vignon K, Mbele R, Natta N'Tcha NH, Hounkpe EJ. Les perforations d'ulcère gastroduodénal au centre hospitalier et universitaire de Cotonou (Bénin). *European Scientific Journal*, 2016, 12; 27:117-28

4. Ngo Nonga B, Mouafo Tambo FF, Ngowe Ngowe M, Takongmo S, Sosso MA. Étiologies des péritonites aiguës généralisées au CHU de Yaoundé. *Rev Afr chir*, 2010, 4; 7:30-2
5. Dieng M, Ndiaye A, Ka O et al. Aspects étiologiques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées d'origine digestive: une série de 207 cas opérés en 5 ans. *Mali Méd*, 2006, 21; 4:47
6. Chalya PL, Mabula JB, Koy M, Mchembe MD, Jaka HM, Kabangila R et al. Clinical profile and outcome of surgical treatment of perforated peptic ulcers in Northwestern Tanzania: A tertiary hospital experience. *World Journal of Emergency Surgery* 2011, 6; 31:1-10
7. Harouna YD, Ali L, Seibou A, Abdou I, Gamatie Y, Rakotomalala J, et al. Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital National de Niamey (Niger) *Med Afr* 2001 ; 48(2) :49 -53
8. Jhobta R, Attri AK, Kaushik R, Sharma R, Jhobta A. Spectrum of perforation peritonitis in India : Review of 504 consecutive cases *World J Emerg Surg*, 2006 Sept, 1 ; 26
9. Kafih M, Elidrissi A, Fekak H, Zerouali NO. Ulcère duodénal perforé : traitement coelioscopique de la perforation et de la maladie ulcéreuse. *Ann.chir.*2000, 125 ; 242-6
10. Sarosi G., Kshama R., 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* 190 (2005) 775-779. *BMC Surgery* 2006, 6 ; 8
11. Lunevicius R, Morkevicius M. Comparison of laparoscopic versus open repair for perforated duodenal ulcers. *Surg Endosc.* 2005 Dec ; 19(12) :1565-71
12. Kirshtein B, Bayme M, Mayer T, Lantsberg L, Mizrahi S. Laparoscopic treatment of gastroduodenal perforations : comparison with conventional surgery. *Surg Endosc.* 2005,19 :1487-1490
13. Ohene -Yeboah M, Togbe B. Perforated gastric and duodenal ulcers in an urban African population. *West African journal of Medicine*, vol.25 (3) 2006,205,201