



## Article Original

## Urgences Chirurgicales Digestives Graves au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

*Serious Digestive Surgical Emergencies at the University Teaching Hospital of Brazzaville*

Note Madzele MEJ<sup>1,3</sup>, Massamba Miabaou D<sup>1,3</sup>, Léyono Mawandza PDG<sup>2,3</sup>, Service Yanguedet M<sup>1</sup>, Elion Ossibi P<sup>1,3</sup>, Bhodého Monwongui M<sup>1</sup>, Motoula Latou NH<sup>1,3</sup>, Tsouassa Wa Ngono GB<sup>1</sup>, Niengo Outsouta G<sup>2</sup>, Avala PP<sup>1</sup>, Otiobanda GF<sup>2,3</sup>

### RÉSUMÉ

**Objectifs.** Décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des urgences chirurgicales digestives graves (UCDG) au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brazzaville. **Patients et méthode.** Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique à recueil de données rétrospectif, sur une période de 2 ans, dans les services des urgences et de réanimation polyvalente du CHU de Brazzaville, incluant les patients adultes admis pour une urgence chirurgicale digestive (UCD) compliquée d'état de choc. **Résultats.** Au total, 116 patients ont été colligés, soit une fréquence de 11,3%. On comptait 73 hommes et 43 femmes, soit un sex-ratio de 1,7. L'âge moyen était de  $47,1 \pm 18,3$  ans (extrêmes : 18 et 88 ans). Le délai moyen de consultation était de  $5,6 \pm 1,1$  jours (extrêmes : 1 et 16 jours). L'UCD prédominante était la péritonite aiguë généralisée (62 cas, soit 53,4%) et 53,4% des patients présentaient un choc hypovolémique. Le score ASA IV a été noté chez 67 patients (57,7%). La durée moyenne d'intervention chirurgicale était de  $146 \pm 28,7$  minutes (extrêmes : 45 minutes et 360 minutes). La mortalité globale péri-opératoire concernait 75 (64,65%) des patients admis pour UCDG. La durée moyenne des soins intensifs post-opératoires était de  $3,8 \pm 0,8$  jours (extrêmes : 1 et 12 jours). **Conclusion.** Du fait de leur fréquence et d'une mortalité lourde, la prise en charge des UCDG au CHU de Brazzaville reste un véritable challenge.

### ABSTRACT

**Objectives.** To describe the epidemiology, diagnosis, treatment and outcome of serious digestive surgical emergencies (SDSE) at the University Teaching Hospital of Brazzaville. **Patients and method.** It was a descriptive cross-sectional study with retrospective data collection, carried out over a period of 2 years, in the emergencies and polyvalent intensive care units of University Hospital of Brazzaville, including the adult patients admitted for a digestive surgical emergency (DSE) complicated by shock. **Results.** A total of 116 patients were recorded, representing a frequency of 11.3%. There were 73 men and 43 women, for a sex ratio of 1.7. The average age was  $47.1 \pm 18.3$  years (extremes : 18 and 88 years). The average consultation time was  $5.6 \pm 1.1$  days (extremes : 1 and 16 days). The predominant DSE was the acute generalized peritonitis (62 cases, or 53.4%) and 53.4% patients had an hypovolemic shock. The ASA IV score was noted for 67 patients (57.7%). The average duration of surgical intervention was  $146 \pm 28.7$  minutes (extremes : 45 and 360 minutes). Overall mortality concerned 75 (64.6%) of patients admitted for SDSE. The average duration of postoperative intensive care was  $3.8 \pm 0.8$  days (extremes : 1 and 12 days). **Conclusion.** Due to their frequency and heavy mortality, the management of SDSE at University Hospital of Brazzaville remains a real challenge.

1. Service de chirurgie digestive, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. Congo
2. Service de réanimation polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. Congo
3. Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien Ngouabi, Brazzaville. Congo

#### Auteur correspondant:

Docteur Murielle Etienne Julie  
Note Madzele  
Service de chirurgie digestive, CHU de Brazzaville, Congo  
Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien NGOUABI  
E-mail : [murielle.note@yahoo.fr](mailto:murielle.note@yahoo.fr)  
Tél : 00242 06 668 68 06

**Mots clés :** Urgences – Chirurgicales – Digestives – Graves – Brazzaville

**Keywords :** Emergencies – Surgical – Digestive – Serious – Brazzaville



**POUR LES LECTEURS PRESSÉS****Ce qui est connu du sujet**

En Afrique sub-saharienne, la prise en charge des urgences chirurgicales digestives graves (UCDG) se heurte à des difficultés en rapport non seulement avec l'insuffisance du plateau technique, mais aussi avec le faible niveau socio-économique des patients et l'absence d'aide sociale

**La question abordée dans cette étude**

Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des UCDG au CHU de Brazzaville.

**Ce que cette étude apporte de nouveau**

- L'UCD prédominante était la péritonite aiguë généralisée (53,4%).
- 53,4% des patients avaient un choc hypovolémique.
- Un score ASA IV a été noté chez 67 patients (57,7%).
- La durée moyenne d'intervention chirurgicale était de  $146 \pm 28,7$  minutes
- Le taux de mortalité globale périopératoire était de 64,65%.

**INTRODUCTION**

Les urgences chirurgicales digestives graves (UCDG) sont des pathologies chirurgicales aiguës de l'appareil digestif compliquées d'un état de choc. Celui-ci est une défaillance circulatoire aiguë et critique mettant en danger la vie du patient avec un déficit de perfusion des organes et une altération du métabolisme cellulaire de l'oxygène [1,2]. La morbi-mortalité des UCDG semble élevée. En effet, il s'agit de situations cliniques graves nécessitant une prise en charge médico-chirurgicale pluridisciplinaire rapide et efficace [3–5]. En Afrique sub-saharienne, celle-ci se heurte à des difficultés en rapport non seulement avec l'insuffisance du plateau technique, mais aussi avec le faible niveau socio-économique des patients et l'absence d'aide sociale [6,7]. À Brazzaville, les UCDG ne sont pas exceptionnelles. À cet effet, elles méritent une attention particulière. Le but de ce travail était de décrire et analyser leurs aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs au CHU de Brazzaville, afin de contribuer à l'amélioration de leur prise en charge.

**PATIENTS ET MÉTHODE**

Il s'est agi d'une étude monocentrique transversale, descriptive et analytique à recueil de données rétrospectif, réalisée durant la période du 1<sup>er</sup> mars 2021 au 28 février 2023 soit 2 ans.

Notre étude s'est déroulée au CHU de Brazzaville, précisément dans l'unité chirurgicale et dans l'unité de déchocage du service des urgences ainsi que dans le service de réanimation polyvalente.

Nous avons inclus les patients des deux sexes, âgés de 18 ans et plus, admis au CHU de Brazzaville pour une UCD compliquée d'état de choc ; ayant un dossier exploitable (observation médicale, examens biologiques et morphologiques, fiche d'anesthésie, compte-rendu opératoire). Il s'agissait de tous les patients, opérés ou non, transférés dans le service de réanimation polyvalente.

Nous avons exclu les patients ayant eu un dossier médical incomplet, ceux qui sont sortis contre avis médical ou qui ont refusé la prise en charge chirurgicale.

N'ont pas été inclus, les patients hospitalisés pour une UCD sans état de choc ; les patients décédés avant que le diagnostic ne soit établi ; les autres urgences chirurgicales ainsi que les enfants présentant une UCDG. Les patients ont été évalués et classés selon le score ASA (American Society of Anesthésiologists) [9].

Les variables étudiées étaient :

- épidémiologiques : la fréquence, le sexe, l'âge, la provenance et le niveau de vie socio-économique ;
- diagnostiques : le délai de consultation, les comorbidités et les antécédents personnels, le type d'UCD, le type de choc ;
- thérapeutiques : la durée d'hospitalisation aux urgences (avant l'acte chirurgical ou le décès), le score ASA, l'étiologie de l'UCDG, les gestes chirurgicaux effectués, la durée de l'intervention chirurgicale ;
- évolutives : la mortalité péri-opératoire, les suites opératoires, la durée d'hospitalisation en réanimation

Ces données ont été collectées à partir des registres du service des urgences, du bloc opératoire et du service de réanimation polyvalente puis des dossiers des malades. Certaines données ont été complétées de façon prospective par appel téléphonique à partir des contacts inscrits dans les dossiers des patients.

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur les logiciels Excel 2016 et Epi info version 7.2.1.0. L'analyse univariée a été effectuée pour l'âge, le sexe, le délai de consultation, le niveau socio-économique, l'existence d'une comorbidité, le score ASA, le type d'UCD, la durée de l'intervention chirurgicale. Le test statistique Khi-2 a été utilisé en admettant un risque d'erreur alpha de 5% avec un intervalle de confiance à 95%. La significativité statistique des résultats des comparaisons a été fixée pour une *P*-Value < 0,05.

**RÉSULTATS****Aspects épidémiologiques**

Durant la période d'étude, 1026 patients ont été admis au service des urgences pour une UCD. Parmi eux, 116 ont été retenus pour notre étude, soit 11,3%.

L'échantillon était composé de 73 hommes (63%) et 43 femmes (37%), soit un sex-ratio de 1,7.

L'âge moyen des patients était de  $47,1 \pm 18,3$  ans avec des extrêmes de 18 et 88 ans. La classe modale était de 18 – 29 ans avec 25 cas soit 21,5%. (Tableau I).

**Tableau I : Répartition des patients par tranche d'âge**

Tranches d'âge	Effectifs	%
18 – 29 ans	25	21,5
30 – 39 ans	22	18,9
40 – 49 ans	21	18,1
50 – 59 ans	12	10,4
60 – 69 ans	19	16,4
70 ans et plus	17	14,7
Total	116	100

Les patients provenaient de leur domicile dans 54 cas (46,5%), d'un hôpital général dans 47 cas (40,5%), d'une clinique ou d'un cabinet médical privé dans 9 cas (7,8%) et dans 6 cas la provenance n'était pas précisée (5,2%).

La répartition des patients selon le niveau de vie socio-économique était la suivante : 73 (63%) patients de niveau bas ; 32 (27,6%) patients de niveau moyen et 11 (9,4%) patients de niveau élevé.

### Aspects diagnostiques

Nous avons trouvé que 67 patients (57,8%) avaient consulté entre 3 et 7 jours. Le délai moyen de consultation était de  $5,6 \pm 1,1$  jours avec des extrêmes de 1 et 16 jours (Figure 1).

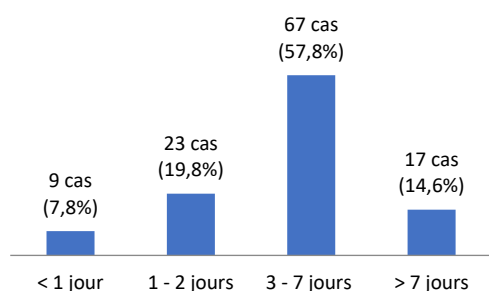


Figure 1 : Répartition des patients selon le délai de consultation

Les patients ayant une comorbidité représentaient 19% (n = 22) de l'échantillon. Il s'agissait majoritairement des patients hypertendus (7,8%) et diabétiques (5,2%). On notait aussi : 2 drépanocytaires homozygotes (1,7%) ; 1 leucémique (0,9%) ; 4 insuffisants rénaux (3,4%). Quatre patients de notre échantillon (3,4%) avaient un antécédent de chirurgie abdominale.

Après investigations cliniques et paracliniques à l'arrivée, le type d'UCD retenu était : une péritonite aiguë généralisée chez 62 patients (53,4%) ; une occlusion intestinale aiguë chez 45 patients (38,8%) et un traumatisme abdominal chez 9 patients (7,8%).

La proportion des patients ayant un choc hypovolémique était de 53,4% soit 62 patients. On notait aussi : 46 cas (39,7%) de choc septique ; 7 cas (6%) de choc hémorragique et 1 cas (0,9%) de choc cardiogénique.

### Aspects thérapeutiques

Selon le score ASA, 13 patients étaient classés ASA II (11,2%), 18 patients ASA III (15,5%), 67 patients ASA IV (57,8%) et 18 patients ASA V (15,5%) (Figure 3).

La durée moyenne d'hospitalisation aux urgences était de 10h22 min (extrêmes : 1 heure et 4 jours) comme cela est présenté dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation aux urgences

Durée d'hospitalisation aux urgences	Effectif	%
0 - 5H	22	19
6 - 12H	48	41,3
13 - 18H	32	27,6
18H et plus	14	12,1
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100,00</b>

Avant l'acte chirurgical, nous avons enregistré 38 décès soit une mortalité préopératoire de 33%. Il s'agissait de : 15 cas (39,4%) de péritonite aiguë généralisée ; 20 cas (52,6%) d'occlusion intestinale aiguë et 3 cas (8%) de traumatisme abdominal. Chez ces patients, les causes de la non réalisation de l'intervention chirurgicale étaient : le manque de moyens financiers pour 23 patients (60,5%), le manque de dérivés sanguins pour 7 patients (18,4%), l'indisponibilité du bloc opératoire pour 3 patients (8%). Cinq patients (13,1%) sont décédés alors qu'ils étaient en cours de préparation pré-opératoire.

Au total, 78 patients ont été opérés. Huit d'entre eux étaient classés ASA II (10,2%), 12 ASA III (15,4%), 54 ASA IV (69,2%) et 4 ASA V (5,1%).

Le tableau III présente la répartition des patients opérés selon les UCDG et leurs étiologies. Celles principalement retrouvées en per opératoire étaient les tumeurs digestives (24,3%), les appendicites (23,1%) et les perforations gastro-duodénales (20,5%).

Tableau III : Étiologies des UCDG

Étiologies des UCDG	Effectifs	%
<b>Appendiculaire</b>	<b>18</b>	<b>23,1</b>
<b>Perforation gastroduodénale</b>	<b>16</b>	<b>20,5</b>
<b>Tumeur (infectée/perforée)</b>	<b>6</b>	<b>7,7</b>
<b>Péritonites aiguës généralisées</b>		
Perforation iléale	4	5,1
Péritonite primitive	3	3,8
<b>Occlusions intestinales aiguës</b>		
<b>Tumeur intestinale</b>	<b>13</b>	<b>16,7</b>
Hernie étranglée	5	6,4
Volvulus intestinal	4	5,1
Bride	3	3,8
<b>Traumatismes abdominaux</b>		
Rupture de la rate	2	2,6
Plaie artérielle mésentérique	1	1,3
Plaie / section grêlique	2	2,6
Plaie hépatique	1	1,3
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

En guise d'illustration, ci-dessous 3 cas d'UCDG en per opératoire : un cas de péritonite aiguë généralisée par perforation duodénale ; un cas d'occlusion intestinale aiguë par volvulus du grêle compliqué de nécrose intestinale étendue et un cas de traumatisme abdominal ouvert avec section du grêle et désinsertion mésentérique.

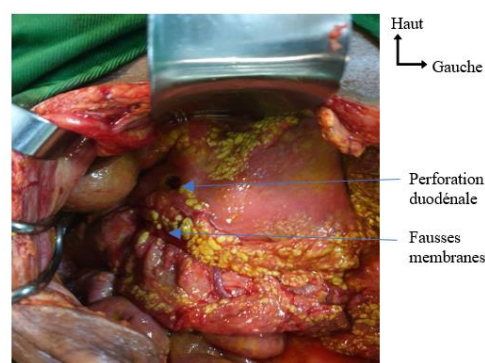


Figure 2 : Péritonite aiguë généralisée par perforation duodénale. Source : Service de chirurgie digestive – CHU de Brazzaville





**Figure 3 :** Occlusion intestinale aiguë par volvulus de l'iléon compliqué de nécrose

Source : Service de chirurgie digestive – CHU de Brazzaville



**Figure 4 :** Section du grêle avec désinsertion du mésentère

Source : Service de chirurgie digestive – CHU de Brazzaville

Les gestes réalisés en per opératoire sont présentés dans le tableau IV.

Tableau IV : principaux gestes chirurgicaux		
Principaux gestes chirurgicaux	N	%
Appendicectomies	18	22
Excisions-sutures de perforation gastro-duodénale	16	19,5
Résections-anastomoses grêliques	12	14,6
Colectomies	15	18,3
Stomies (iléostomies et colostomies)	8	9,8
Cures herniaires	5	6,1
Splénectomies	2	2,4
Autres	6	7,3
Total	82	100

La durée moyenne des interventions chirurgicales a été de  $146 \pm 28,7$  minutes avec des extrêmes de 45 et 360 minutes. Le temps opératoire était compris entre 2 et 3 heures pour 33 patients (42,3%) comme cela est illustré dans le tableau V.

**Tableau V :** Répartition des patients opérés selon la durée des interventions

Durées des interventions	Effectifs	%
< 2 heures	22	28,2
2 – 3 heures	33	42,3
3 – 4 heures	13	16,7
> 4 heures	10	12,8
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

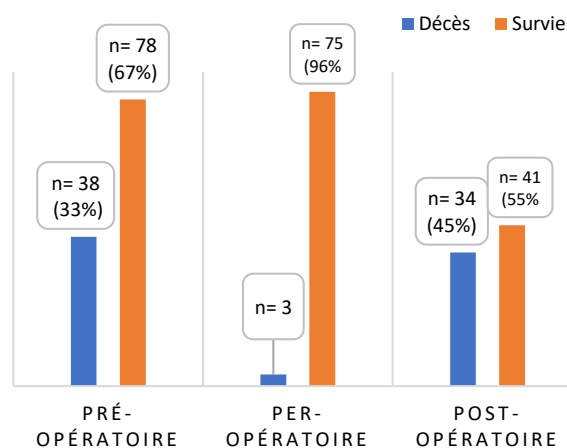
Trois patients sur 78 opérés sont décédés en per opératoire (3,8%). Il s'agissait de 2 cas de tumeur intestinale et d'1 cas de volvulus du côlon pelvien. Tous étaient classés ASA V en pré opératoire.

**Aspects évolutifs**

Ainsi, en post-opératoire, 75 patients ont été admis dans le service de réanimation polyvalente.

Les suites opératoires étaient simples pour 13 patients (17,3%). La morbidité concernait 28 patients (37,3%). Il s'agissait de 22 cas (29,3%) d'infection pariétale, 4 cas (5,3%) de fistules digestives et 2 cas (2,7%) de suppuration profonde. Nous avons enregistré 34 décès post opératoires (45,3%).

La mortalité globale péri-opératoire était de 64,6%. Elle concernait 75 patients répartis comme suit en comparaison à la survie globale (figure 5).



**Figure 5 :** Répartition des patients selon la mortalité et la survie globales

L'étude analytique univariée a démontré qu'il existait une corrélation entre la mortalité globale et les patients âgés de plus de 60 ans ( $P=0,001$ ), le délai de consultation de plus de 2 jours ( $P=0,016$ ), le bas niveau socio-économique ( $P=0,002$ ), l'existence d'une comorbidité ( $P=0,034$ ), les scores ASA IV et V ( $P=0,003$ ) et l'UCD à type d'occlusion intestinale aiguë ( $P=0,551$ ) (Tableau VI).

Variables	Décès péri-opératoires (N=75)		OR (IC à 95%)	P	
	Oui (%)	Non (%)			
Age	18 – 29 ans	10 (40%)	15 (60%)	0,266 [0,106 – 0,669]	<b>0,0008</b>
	30 – 39 ans	12 (54,55%)	10 (45,45%)	0,590 [0,230 – 1,516]	
	40 – 49 ans	12 (57,14%)	9 (42,86%)	0,677 [0,258 – 1,774]	
	50 – 59 ans	9 (75%)	3 (25%)	1,727 [0,440 – 6,772]	
	60 – 69 ans	16 (84,21%)	3 (15,79%)	<b>3,435</b> [0,937 – 12,588]	
	70 ans et +	16 (94,12)	1 (5,88%)	<b>10,847</b> [1,382 – 85,093]	
Sexe	Féminin	24 (55,81%)	19 (44,19%)	0,544 [0,249 – 1,191]	0,127
	Masculin	51 (69,86%)	22 (30,14%)	1,835 [0,839 – 4,013]	
Délai de consultation	< 1 jour	2 (22,22%)	7 (77,78%)	0,133 [0,026 – 0,674]	<b>0,009</b>
	1 – 2 jours	8 (34,78%)	15 (65,22%)	0,207 [0,078 – 0,546]	
	3 – 7 jours	50 (74,63%)	17 (25,37%)	<b>2,823</b> [1,287 – 6,191]	
	> 7 jours	15 (88,24%)	2 (11,76%)	<b>4,875</b> [1,056 – 22,502]	
Niveau socio-économique	Bas	55 (75,34%)	18 (24,66%)	<b>3,513</b> [1,576 – 7,831]	<b>0,0006</b>
	Moyen	17 (53,13%)	15 (46,88%)	0,508 [0,220 – 1,170]	
	Élevé	3 (27,27%)	8 (72,73%)	0,171 [0,042 – 0,689]	
Comorbidité	Oui	20 (90,91%)	2 (9,09%)	<b>7,090</b> [1,565 – 32,110]	<b>0,004</b>
	Non	55 (59,57%)	39 (40,43%)	0,141 [0,031 – 0,638]	
Score ASA	ASA II	2 (15,38%)	11 (84,62%)	0,074 [0,015 – 0,357]	<b>0,001</b>
	ASA III	5 (27,78%)	13 (72,22%)	0,153 [0,050 – 0,471]	
	ASA IV	51 (76,12%)	16 (23,88%)	<b>3,320</b> [1,502 – 7,339]	
	ASA V	17 (94,44%)	1 (5,56%)	<b>11,724</b> [1,499 – 91,680]	
<b>Diagnostic</b>	Péritonites	38 (61,29%)	24 (38,71%)	0,727 [0,337 – 1,569]	0,937
	<b>Occlusions</b>	<b>32 (71,11%)</b>	<b>13 (28,89%)</b>	<b>1,602</b> [0,719 – 3,571]	
	Traumatismes abdominaux	5 (55,56%)	4 (44,44%)	0,660 [0,167 – 2,610]	

Il existait aussi une corrélation entre la mortalité per et post opératoire et la durée de l'intervention (tableau VII). Les décès per et post opératoires étaient très élevés pour des interventions de plus de 3 heures. Cette corrélation est statistiquement significative avec une valeur de  $P < 0,05$ .

**Tableau VII : Répartition des patients décédés en per et post-opératoire selon la durée des interventions**

Durées des interventions	Décès per et post-opératoires (N=37)		OR (IC à 95%)	P
	Oui (%)	Non (%)		
< 2 heures	5 (22,72%)	17 (72,28%)	0,22 [0,071 – 0,682]	<b>0,003</b>
2 – 3 heures	13 (39,39%)	20 (60,61%)	0,56 [0,228 – 1,414]	
3 – 4 heures	10 (76,92%)	3 (23,08%)	<b>4,69</b> [1,178 – 18,672]	
> 4 heures	9 (90%)	1 (10%)	<b>12,85</b> [1,540 – 107,292]	

En post-opératoire, la durée moyenne d'hospitalisation en réanimation polyvalente était de  $3,8 \pm 0,8$  jours avec des extrêmes de 1 et 12 jours.

## DISCUSSION

### Aspects épidémiologiques

La fréquence élevée à 11,3% des patients admis pour une UCD compliquée d'état de choc pourrait s'expliquer par le niveau de notre centre hospitalier universitaire qui, dans la pyramide d'offre de soins au Congo, est de dernier

recours ; mais aussi par la défaillance des structures sanitaires primaires et secondaires. En 2013, dans une étude prospective de 3 mois portant sur les problèmes de prise en charge des urgences chirurgicales abdominales au CHU de Brazzaville, Massamba Miabaou relevait dans son échantillon une fréquence élevée des patients graves, de l'ordre de 33% [10].

S'agissant des variables socio-démographiques, des auteurs africains [5,6,11,12] ont noté de façon générale, que les UCD concernent plus les sujets jeunes de sexe masculin, d'âge moyen inférieur à 40 ans. Ce profil est identique à celui retrouvé dans notre étude. En effet, le sexe masculin a également été majoritaire (63%) avec un sex-ratio de 1,7. La tranche d'âge la plus concernée était également jeune (18 – 29 ans), même si l'âge moyen de nos patients était supérieur à 40 ans. L'âge élevé est un élément péjoratif, comme cela est relevé dans les études menées chez les patients âgés, tant en Occident [3] qu'en Afrique [13,14].

### Aspects diagnostiques

Il faut noter aussi que nos patients se présentaient en consultation le plus souvent lorsque les symptômes devenaient graves et la plupart d'entre eux avaient consulté entre le 3<sup>e</sup> et le 7<sup>e</sup> jour. Cela s'explique par les 2 dernières variables épidémiologiques étudiées, à savoir la provenance et le niveau de vie socio-économique. En effet, certains patients perdaient du temps avant d'arriver à l'hôpital en faisant de l'automédication à domicile. Parfois, ils faisaient le tour des formations médicales périphériques sans que la prise en charge correcte ne soit entamée. Cette situation serait due en partie à la méconnaissance des UCD par certains praticiens et particulièrement par le personnel paramédical qui

constitue le premier niveau de contact avec les malades dans certains centres de santé de notre pays. Cette attitude contribuait à allonger le délai moyen de consultation à 5,6 jours. Ce délai est comparable à celui trouvé dans des études menées en Afrique tel qu'une moyenne de 5 jours à Madagascar [4] et de 4,6 jours à Dakar [15]. Ailleurs, on note une consultation majoritaire au-delà de 48 heures [12,16] ; tandis que dans les pays occidentaux, le délai moyen de consultation, qui de plus concerne les formes non graves des UCD ne dépasse pas 3 jours [3].

Ce qui contribue à allonger le délai de consultation c'est aussi le bas niveau socio-économique. Notre étude a relevé que 63% de nos patients faisaient partie de ce groupe qui par résignation s'éloigne des hôpitaux où les soins sont coûteux et de plus ne figurent pas dans un système d'assistance ou d'assurance sanitaire. Ceci aurait également un impact sur la qualité et le délai de la prise en charge en milieu hospitalier.

Dans notre étude, 19% (n = 22) des patients avaient une comorbidité, notamment l'hypertension artérielle, le diabète sucré, la drépanocytose. Cette proportion montre que ces pathologies pourraient jouer un rôle favorisant dans la survenue et l'entretien des signes de choc au cours des UCD.

Nous avons trouvé 53,4% de péritonite aiguë généralisée, 38,8% d'occlusion intestinale aiguë et 7,8% de traumatisme abdominal. La prédominance des péritonites a fait l'unanimité dans plusieurs études africaines rapportées dans la littérature [6,7,12,15,17]. Elle reste l'UCDG prédominante au CHU de Brazzaville depuis l'étude menée en 2013 par Massamba Miabaou [10]. Cela peut s'expliquer par la précarité des conditions d'hygiène et de vie, la prédominance de la population jeune qui est plus affectée par l'inflammation appendiculaire grande pourvoyeuse des péritonites dans un contexte de retard de consultation.

Au cours de notre étude, le choc hypovolémique était le plus représenté avec 53,4% des cas, suivi du choc septique avec 39,7% des cas. Djibril [2] a rapporté dans son travail une prédominance de choc hypovolémique (47,4%) sur le choc septique (18,4%). Ces résultats trouvent leur explication dans le mécanisme physiopathologique des UCD. En effet, le troisième secteur constitué par la fuite massive d'eau et des électrolytes vers le milieu extra cellulaire est au premier plan et précède la bactériémie consécutive à la pullulation des germes de portage digestif. Il est donc responsable de l'hypovolémie [1,18]. A Brazzaville pendant la période de notre étude, et comme c'est fréquemment le cas, le CHU était l'unique centre de référence des malades choqués. Ceci justifie l'état de choc dès l'admission des patients. Mais aussi, après admission, le faible pouvoir d'achat des patients pour faire face au coût de la prise en charge médico-chirurgicale ; et l'absence des kits d'urgence sont des facteurs qui contribuent à la dégradation clinique des patients jusqu'à l'installation d'un état de choc qui pourrait être septique. De manière plus spécifique, une étude menée sur le sepsis et le choc septique dans le service de Réanimation au CHU de Brazzaville par Niengo Otsouta, a révélé la prédominance dans ce cas de la porte d'entrée péritonéale [19].

### Aspects thérapeutiques

Dans le cadre thérapeutique et en pré-anesthésie, les patients admis pour UCD compliquée d'état de choc devaient être évalués par l'équipe anesthésique. Ainsi le score ASA était appliqué afin d'évaluer le risque opératoire. Il permettait de noter que la majorité des patients (n=67, soit 57,8%) étaient atteints d'une maladie organique invalidante mettant constamment leur vie en danger (ASA IV).

Cela concourrait à expliquer la mortalité pré opératoire qui concernait 38 patients (33%). Si les patients étaient admis pour la plupart en mauvais état général, d'autres éléments permettaient de comprendre cette mortalité pré opératoire. On peut citer à cet effet les problèmes organisationnels à partir de l'admission des patients. Ceux-ci étaient liés à l'insuffisance du circuit de prise en charge, ne permettant pas toujours l'admission en unité de déchochage ; l'indisponibilité du bloc opératoire ; le manque des examens complémentaires et de certains produits (dérivés sanguins, produits anesthésiques...) au sein de l'hôpital. Par ailleurs, comme évoqué ci-dessus, le niveau socio-économique bas et l'absence d'assurance sanitaire contribuaient également à la difficulté des patients à honorer dans un délai raisonnable les prescriptions médicales.

Tout ceci expliquait non seulement la mortalité pré opératoire mais aussi la durée d'hospitalisation, avant l'acte opératoire ou le décès, qui pouvait se prolonger à 4 jours au maximum.

Toutes ces situations sont assez fréquentes dans les pays en voie de développement et constituent des facteurs de gravité établis pour les UCDG [4,5,11,15]. Ces insuffisances étaient déjà notées à travers une étude menée en 2013 dans notre centre par Massamba Miabaou [10].

Ces UCDG le sont d'autant plus par leurs étiologies découvertes en per-opératoire. Il s'agissait majoritairement des tumeurs digestives (24,3%). Celles-ci faisaient l'objet de gestes chirurgicaux spécifiques à type de résection-anastomose ou de colectomie. La lourdeur de ces gestes pouvait contribuer à prolonger le temps opératoire. Ainsi, la durée moyenne des interventions étaient de 2h26min soit 146min (extrêmes de 45 et 360 minutes) avec un taux de mortalité per opératoire égal à 3,8%. À Dakar, Diop a relevé que la durée moyenne des interventions d'urgence des pathologies chirurgicales digestives était de 114min avec des extrêmes de 30 et 330 min [20]. Cette différence peut s'expliquer par le fait que dans notre série les gestes comme les résections-anastomoses et les colectomies, qui ont une durée prolongée, étaient plus réalisées en urgence.

Par ailleurs, dans notre travail, il existe un lien significatif entre le taux de mortalité per opératoire et la durée d'intervention ( $P < 0,05$ ). Ainsi, après 3 heures d'intervention chirurgicale, le risque de mortalité per et post opératoire était de 4,69. Après 4 heures d'intervention, ce risque était de 12,85. Il est donc vraisemblable qu'il faut raccourcir le temps opératoire des UCDG. Pour cela, certains gestes lourds et longs à réaliser, comme les colectomies et les résections-anastomoses, doivent être prohibés au profit des gestes légers et plus rapides de réalisation. Ceci, bien



évidemment, dans l'optique d'une ré-intervention ultérieure dans des conditions générales optimales.

### Aspects évolutifs

En post opératoire, le taux de morbidité dans notre série était de 37,3%, dominée par la suppuration pariétale. Ce résultat est légèrement supérieur à ceux de la littérature [3,7,14,16,21]. Cette différence pourrait être liée à la fréquence élevée des péritonites aiguës généralisées ainsi qu'aux comorbidités mais aussi à la durée prolongée de l'intervention chirurgicale. Toutefois, l'infection du site opératoire n'est pas inéluctable. Elle peut être évitée ou réduite par des mesures préventives précises qui se doivent d'être usuelles : l'hygiène environnemental des sites du cadre d'étude, le maintien d'asepsie rigoureuse, l'administration pré et post opératoire d'antibiotiques actifs sur les germes responsables et bien identifiés ainsi que les mesures de surveillance post opératoire.

Quant à la mortalité post opératoire, elle augmente avec la durée de l'intervention. Ainsi, la majorité des patients dont le temps opératoire avait dépassé 3 heures sont décédés. Ces résultats supposent que les malades opérés pour une UCDG sont fragiles et le sont d'autant plus lorsque les interventions sont prolongées.

Nous avons enregistré un taux global de mortalité péri opératoire de 64,6%. Les facteurs qui lui sont significativement associés sont dans notre contexte ne rejoignent pas toujours ceux de la littérature qui peuvent paraître moins alarmants [4,5,16,17]. Ceci s'expliquerait par le choix de notre échantillon qui ne concerne que les patients en état de choc, donc de pronostic plus sévère.

### Limites

Les dossiers médicaux ne permettent pas toujours de relever avec précision tous les paramètres socio-démographiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques à décrire et à analyser. Cela induit les limites de notre étude.

### CONCLUSION

Par leur fréquence élevée, les UCDG ne sont pas une entité négligeable au CHU de Brazzaville. Les sujets jeunes de sexe masculin sont les plus concernés. Les péritonites aiguës généralisées et les occlusions intestinales aiguës en constituent les principales causes, majoritairement liées à un choc hypovolémique. Du fait d'une morbidité importante et d'une mortalité péri-opératoire lourde, leur prise en charge dans notre contexte reste encore un véritable challenge. Cette morbi-mortalité serait nettement revue à la baisse en diminuant le délai de consultation par la sensibilisation des populations ; en proposant une synergie d'actions pluridisciplinaires organisées, rapides et adaptées ; en améliorant le circuit de prise en charge des patients dans nos hôpitaux ainsi que l'accessibilité aux soins ; en réduisant la durée des interventions à moins de 3 heures par la réalisation de gestes simples et rapides ; en sensibilisant les équipes médico-chirurgicales sur l'importance des recommandations consensuelles de prise en charge de tels patients et sur l'élaboration des protocoles adaptés. La prise en compte de tous ces éléments permettrait d'améliorer la prise en charge globale des patients présentant une UCDG.

### RÉFÉRENCES

- Ramlawi M, Larribau R. Etat de choc: approche diagnostique aux urgences. *Rev Med Suisse* 2009; 5(213): 1600-1605.
- Djibril MA, Tomta K, Balaka A. Les états de chocs : Aspects épidémiologiques, étiologiques et pronostiques en réanimation médicale au CHU Tokoin de Lomé. *J Rech Sci Univ Lomé* 2012; 14(1):55-59.
- Davis P, Hayden J, Springer J, Bailey J, Molinari M, Johnson P. Prognostic factors for morbidity and mortality in elderly patients undergoing acute gastrointestinal surgery: a systematic review. *Can J Surg* 2014; 57(2): 44-52.
- Rasamoelina N, Rajaobelison T, Ralahy MF, Riel AM, Rabarijaona M, Solofomalala GD, et al. 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* 2010; 2(2): 10-11.
- Mirotiga Ngboko AP, Doumga Doui A, Yanguedet Service M, Issa Mapouka AP, Nghario L. La mortalité hospitalière par les urgences digestives à l'unité de réanimation chirurgicale du CHU de l'amitié sino-centrafricaine de Bangui. *Revue Marocaine de Santé Publique* 2022; 9(15): 37-42.
- Amadou Magagi I, Adamou H, Habou O, Magagi A, Halidou M, Ganiou K. Urgences chirurgicales digestives en Afrique subsaharienne : étude prospective d'une série de 622 patients à l'Hôpital national de Zinder, Niger. *Bull Soc Pathol Exot* 2016;110.
- Assouto P, Tchaou B, Kangni N, Padonou JL, Lokossou T, Djikonkpodé I, Aguèmon AR. Evolution post-opératoire précoce en chirurgie digestive en milieu tropical. *Med Trop* 2009; 69 (5): 477-479.
- Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *The Lancet* 1974; 304(7872): 81-84.
- Wolters U, Wolf T, Stützer H, Schröder T. ASA classification and perioperative variables as predictors of postoperative outcome. *BJA Br J Anaesth* 1996; 77(2):217-222.
- Massamba Miabaou D, Passi Louamba C, Elé N, Koutaba E, Kimpamboudi A, Gombet T, Massengo R. Problèmes de prise en charge des urgences chirurgicales abdominales au CHU de Brazzaville. *J Afr Chir Digest* 2013; 13(2):1510-1514.
- Toukara C, Fane Y, Malle OA, Diarra S, Sanogo M, Togola M, et al. Digestive surgical emergencies in the general surgery department of the Reference Health Center in Commune I of the District of Bamako in Mali. *Surg Sci* 2023;14(10): 646-657.
- Kambiré JL, Zida M, Ouédraogo S, Ouédraogo S, Traoré SS. Les urgences en chirurgie digestive au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (Burkina Faso) à propos de 394 cas. *Sci Tech Sci Santé* 2018;41(1):53-60.
- Wade TMM, Ba PA, Diao ML, Diop B, Cisse M, Konaté I. Urgences chirurgicales digestives non traumatiques chez le sujet âgé au CHU Aristide-Le-Dantec de Dakar : à propos d'une série de 110 cas. *J Afr Hépatogastroentérologie* 2016; 4(10): 190-193.
- Lebeau R, Diané B, Kassi ABF, Yénon KS, Kouassi JC. Urgences abdominales digestives non traumatiques chez les sujets âgés au CHU de Cocody à Abidjan. *Med Trop* 2011; 71(3): 241-244.
- Gaye I, Leye PA, Traoré MM, Ndiaye PI, Boubacar EH, Bah MD et al. Prise en charge péri opératoire des urgences chirurgicales abdominales chez l'adulte au CHU Aristide Le Dantec. *Pan Afr Med J* 2016; 24.

16. Harissou A, Ibrahim AMM, Oumarou H, Mansour A, Amadou M, Ousseni EA et al. Retard diagnostique et implication pronostique en milieu africain. Cas des urgences en chirurgie digestive à l'Hôpital National de Zinder, Niger. *Eur Sci J* 2015; 11(12): 251-262.
17. Ngowe Ngowe MN, Mboudou E, Nonga B, Mouafo Tambo F, Ze M, Bahebeck J et al. La mortalité hospitalière des urgences chirurgicales de l'adulte à Yaoundé. *Rev Afr Chir Spéc* 2011; 3 (5): 5-8.
18. Biais M, Carrié C, Vallé B, Morel N, Delaunay F, Revel P. Le choc hypovolémique. *Urgences* 2013. Chapitre 74.
19. Niengo Outsouta G, Monkessa CMME, Elombila M, Leyono-Mawandza PDG, Ontsira Ngoyi EN, Tsouassa Wa Ngonzo GB et al. Sepsis and septic shock in polyvalent intensive care at Brazzaville (Congo). *Health Sci Dis* 2023; 24(1): 101-108.
20. Diop PS, Ba PA, Ka I, Ndoye JM, Fall B. Prise en charge diagnostique des abdomens aigus non traumatiques au service des urgences de l'hôpital général de Grand Yoff: à propos de 504 cas. *Bull Med Owendo* 2011; 13 (37): 42-46.
21. Bang Ga, Bwelle Moto G, Chopkeng Ngoumfe JC, Ekani Boukar YM, Tientcheu Tim F, Savom EP et al. Complications des prises en charge chirurgicales des abdomens aigus non traumatiques d'origine digestive à l'hôpital central de Yaoundé, Cameroun (novembre 2019-juillet 2020). *Médecine Trop Santé Int* 2021;1(4).