

# Iléostomie première des perforations iléales d'origine typhique : 62 cas à Ouagadougou (Burkina Faso)

Zida M, Ouedraogo T, Bandre E, Bonkoungou GP, Sanou A, Traore SS

Service de chirurgie générale et digestive du CHU YO, Ouagadougou, Burkina Faso

*Med Trop* 2010; **70** : 267-268

**RÉSUMÉ** • *Objectifs*. Évaluer le traitement des perforations iléales typhiques par iléostomie première et nos résultats thérapeutiques. *Méthodologie*. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur tous les cas de perforation iléale d'origine typhique traités par iléostomie première dans le service de chirurgie viscérale du CHU Yalgado Ouédraogo de janvier 2006 à juin 2008. Le diagnostic a été assuré essentiellement par les lésions anatomiques spécifiques en per-opératoire. Les patients se répartissaient en 45 hommes (72,60 %) et 17 femmes (27,40 %) et l'âge moyen de 26 ans avec des extrêmes de 14 et 68 ans. Les formes asthéniques ont été retrouvées dans 41 cas (66,1 %) et les formes sthéniques dans 21 cas (33,90 %). Le délai moyen de consultation a été de 6 jours avec des extrêmes de 1 et 30 jours. *Résultats*. L'iléostomie première a représenté 78,50 % du traitement de l'ensemble des perforations iléales typhiques. Dans la majorité des cas une perforation unique a été notée (80,60 %). Une iléostomie temporaire en canon de fusil a été effectuée dans 55 cas (88,70 %) et une iléostomie terminale dans 7 cas (11,30 %). Dix huit patients ont présenté des complications (29,03 % des cas) dont 8 cas de suppuration pariétale. Le délai moyen de rétablissement a été de 34 jours et le séjour moyen hospitalier de 41 jours. Quatre décès ont été observés par choc hypovolémique. *Conclusion*. Le traitement par iléostomie première nous a permis de réduire la mortalité dans le traitement des perforations iléales typhiques malgré une morbidité importante.

**MOTS-CLÉS** • Perforation iléale typhique. Iléostomie première. Burkina Faso.

## PRIMARY ILEOSTOMY FOR TYPHOID-RELATED ILEAL PERFORATION: A 62-CASE SERIES IN OUAGADOUGOU, BURKINA FASO

**ABSTRACT** • *Objectives*. The purpose of this report is to evaluate the efficacy of primary ileostomy for treatment of typhoid-related ileal perforation based on our experience. *Methods*. This retrospective study included all cases of typhoid-related ileal perforation treated by primary ileostomy in the Visceral Surgery Department of the Yalgado Ouedraogo Teaching Hospital in Ouagadougou, Burkina Faso from January 2006 to June 2008. Diagnosis was based mainly on peroperative findings revealing specific anatomical lesions. There were 45 men (72.6%) and 17 women (27.4%) with a mean age of 26 years (range, 14 to 68). Asthenic forms were observed in 41 cases (66.1%) and sthenic forms in 21 (33.9%). The mean delay for seeking treatment was 6 days (range, 1 to 30 days). *Results*. Primary ileostomy was used for treatment of typhoid-related ileal perforation in 78.5% of cases. Most cases (80.6%) involved single perforations. A temporary ileostomy was performed in 55 cases (88.7%) and terminal ileostomy was performed in 7 (11.3%). Complications were observed in 18 patients (29.03%) including suppuration of wall in 8 cases. The mean duration for re-establishing continuity and of hospital stay was 34 and 41 days respectively. Four deaths occurred due to hypovolemic shock. *Conclusion*. In our department, primary ileostomy for typhoid-related ileal perforation reduced mortality despite high morbidity.

**KEY WORDS** • Ileal perforation typhoid. Primary ileostomy. Burkina Faso.

La technique du traitement chirurgical de la perforation iléale d'origine typhique n'est pas univoque (1-5). Plusieurs attitudes chirurgicales sont observées : il s'agit de la résection de l'anse malade suivie d'une anastomose immédiate, de l'intubation iléo-colique, de l'avivement suture et de la stomie première. Dans le service de chirurgie viscérale du CHU Yalgado Ouédraogo une première étude avait été effectuée où l'avivement suture et la résection anastomose immédiate étaient les techniques de choix mais avec une morbidité et une mortalité élevées (6). Ainsi depuis quelques années le service a choisi de privilégier les stomies premières dans le traitement des perforations iléales typhiques. Dans cette étude nous nous proposons d'évaluer cette technique de stomie première dans le traitement des perforations iléales typhiques et les résultats du traitement chirurgical.

ans avec des extrêmes de 14 et 68 ans. Les formes asthéniques ont été retrouvées dans 41 cas (66,10 %) et les formes sthéniques dans 21 cas (33,90 %). Le délai moyen de consultation a été de 6 jours avec des extrêmes de 1 et 30 jours. Le diagnostic a été assuré essentiellement par les lésions anatomiques spécifiques en per-opératoire (perforation lenticulaire de la dernière anse iléale, située sur le bord anti-mésentérique et la présence de nombreux ganglions mésentériques). Pour chaque patient les éléments suivants ont été pris en compte : le délai opératoire, le traitement médical, la voie d'abord, le nombre et le siège des perforations, le type de stomie, les complications post opératoires, le délai de rétablissement, la durée du séjour et la mortalité.

## Résultats

En 2 ans et 6 mois, 78 péritonites par perforation typhique ont été recensées au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo parmi lesquelles 62 ont été traitées par iléostomie première (78,50 % des cas). La prise en charge a été immédiate grâce à l'existence d'un kit sans prépaiement préopératoire.

La réanimation a été pré, per et post-opératoire. Elle a consisté à la correction des troubles hydro-électrolytiques, de l'anémie (9 cas) et des désordres nutritionnels. Une antibiothérapie a toujours été systématique à base d'une association d'ampicilline de gentamycine de métronidazole dans 51 cas (82,25 %) et de ceftriaxone dans 11 cas (17,75 %). L'intervention par laparotomie médiane sous ombilicale a

## Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 62 cas de perforation iléale d'origine typhique opérés par iléostomie première, recensés dans le service de chirurgie viscérale du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou au Burkina Faso du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 30 juin 2008. Les patients se répartissaient en 45 hommes (72,60 %) et 17 femmes (27,40 %) et l'âge moyen était de 26

• Correspondance : zimaur@yahoo.fr

• Article reçu le 27/07/2009, définitivement accepté le 22/02/2010

Tableau 1. Répartition selon les complications (n = 18).

Complications	Nombre	Pourcentage
Suppuration de paroi	8	44,4
	3	16,7
Ulcération péri-stomiale	3	16,66
Nécrose de la stomie	1	5,55
Eviscération	1	5,55
Péritonite post-opératoire	1	5,55
Prolapsus de la stomie	1	5,55

permis d'aspirer un liquide purulent mélangé à des selles dont la quantité a varié de 100 mL à 3 litres. Les anses intestinales qui étaient agglutinées entre elles par des fausses membranes dans 45 cas (72,60%) ont été libérées. Les perforations étaient sur le bord anti-mésentérique sur une distance allant de 0,5 cm à 60 cm de la jonction iléo caecale. De nombreux ganglions étaient notés sur la surface du mésentère. La perforation était unique dans 50 cas (80,60%), double dans 5 cas (8,10%) et variait entre 3 et 5 dans 7 cas (11,30%). Une iléostomie temporaire en canon de fusil a été effectuée dans 55 cas (88,70%) dont 5 cas après résection du grêle chez des patients ayant des perforations multiples. Une iléostomie terminale a été réalisée dans 7 cas (11,30% des cas) chez des patients dont la perforation était proche de la jonction iléo-caecale (5 cas) et chez des patients après résection du grêle pour perforations multiples (2 cas). Après la stomie une toilette péritonéale a été faite avec du sérum salé isotonique et l'abdomen a été refermé sur un drain en position déclive. Dix-huit patients ont présenté des complications (29% des cas). La répartition en fonction des complications a été représentée dans le tableau 1.

Le délai moyen de rétablissement a été de 34 jours avec des extrêmes de 11 et 120 jours.

Le séjour moyen hospitalier a été de 41 jours avec des extrêmes de 18 et 126 jours. Quatre décès ont été observés (6,45% des cas) par choc hypovolémique post opératoire immédiat.

### Commentaires

L'iléostomie temporaire première dans le traitement des perforations iléales d'origine typhique a été notre technique de choix (78,50%). Kouassi (7) et Kouamé (8) ont utilisé cette technique respectivement dans 42,68% et 51,56% de leurs cas. La présence d'anses inflammatoires, de zones cruentées et l'état de dénutrition avancé de nos patients, expliquent le choix de cette technique. Cette attitude a été également adoptée par d'autres auteurs (9-11). L'avivement suture des berges de la perforation, la résection anastomose immédiate ont vu leur indication se réduire à cause de leur mortalité élevée dans nos conditions de travail (6). La technique d'intubation iléo-colique absente dans notre série a permis à certains auteurs d'obtenir de bons résultats (5).

Dix-huit patients avaient présenté des complications post opératoires dans notre série surtout des suppurations pariétales (44,4%). L'importance des suppurations pariétales dans le traitement des perforations iléales typhiques par iléostomie première a été notée par Kouassi (7) et Kouamé (8) qui ont observé respectivement un taux de suppuration de 72,72% et 42,40%. L'absence chronique de poches de stomies, également signalée par Sanogo (12) au Mali, leur prix élevé, les moyens précaires des patients expliqueraient en partie l'importance des suppurations pariétales dans notre série.

Le délai moyen de rétablissement dans notre série a été de 34 jours avec des extrêmes de 11 et 120 jours. Kouassi (7) a noté un délai moyen de rétablissement de 78 jours avec des extrêmes de 21 et 150 jours. Les suppurations pariétales, la dénutrition importante expliqueraient en partie ce long délai de rétablissement dans notre série.

Le taux de mortalité dans notre série a été de 6,5%. Dans une étude antérieure faite dans le service, le taux de mortalité était de 27% dans les avivements sutures et les résections anastomoses immédiates (6). Dans la littérature le taux de mortalité dans les avivements sutures variait entre 11,90% et 25,53% (7, 13). Dans les séries mixtes (suture immédiate et iléostomie première), certains auteurs comme Sissoko (14) Oheneh-Yeboah (15) Harouna (2) ont noté respectivement des taux de mortalité de 17%, 10,90%, et 16%.

Une meilleure préparation des patients iléostomisés surtout par l'alimentation, la correction de l'anémie et de la dénutrition expliquerait en partie ce taux bas de 6,5% de décès dans notre série. La diminution du taux de mortalité dans les iléostomies premières a été constatée par Kouassi (7) et Kouamé (8) qui ont noté respectivement 8,57% et 8,30%.

### Conclusion

Le traitement par iléostomie première nous a permis de réduire la mortalité dans le traitement des perforations iléales typhiques malgré un taux de morbidité élevé. La mise en place d'un kit sans prépalement post opératoire devrait permettre d'éviter ces décès par choc hypovolémique post opératoire.

*Remerciements.* A cidmef sciences en particulier au professeur Olivier Armstrong tuteur de cet article.

### Références

1. Nguyen VS. Perforations typhiques en milieu tropical : à propos de 83 observations. *J Chir* 1994; 131 : 90-5.
2. Harouna Y, Saidou B, Seibou A, Abarchi H, Abdou I, Madougou M *et al.* Les perforations typhiques. Aspects cliniques, thérapeutiques et pronostics. Etude prospective à propos de 56 cas à l'hôpital national de Niamey (Niger). *Med Afr Noire* 2000; 47 : 269-75.
3. Kouamé BD, Ouattara O, Dick RK, Roux C. Résultats du traitement des perforations typhiques de l'enfant à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Med Afr Noire* 2000; 47 : 508-11.
4. Ayité AE, Tekou HA, Olory-Togbe JL, James KD, Padonou N. Les perforations non traumatiques du grêle. Une étude multicentrique menée au Bénin et au Togo. A propos de 206 cas. *J Afr Chir Dig* 2001; 1 : 37-44.
5. Ribault L, Diouf MB, Sarré B, Diagne AL. L'intubation iléo-colique dans le traitement des perforations typhiques. Technique de Veillard. *Lyon Chir* 1990; 86 : 381-5.
6. Traore SS, Kafando R, Dakouré R, Sanou A. Perforations iléales d'origine typhique : difficultés diagnostiques et thérapeutiques. *Burkina Med* 1997; 1 : 17-20.
7. Kouassi JC, Diane B, Lebeau R, Yenon K, Kouakou B. Traitement chirurgical des perforations de l'intestin grêle d'origine typhique au CHU de Bouaké. *Rev Int Sc Med* 2006; 8 : 10-3.
8. Kouamé J, Kouadio L, Turquin HT. Typhoid ileal perforation. Surgical experience of 64 cases. *Acta Chir Belg* 2004; 104 : 445-7.
9. Nguyen Van Sach. Perforations typhiques en milieu tropical : à propos de 83 observations. *J Chir* 1994; 131 : 90-5.
10. Santillana M. Surgical complications of typhoid fever: enteric perforation. *World J Surg* 1991; 15 : 170-5.
11. Mallick S, Klein JF. Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique : à propos d'une série observée dans l'ouest Guyanais. *Med Trop* 2001; 61 : 491-4.
12. Sanogo ZZ, Yena S, Simaga AK, Doumbia D, Ouattara Z, Diallo A K *et al.* Stomies digestives : expérience du service de chirurgie «A» du CHU du point G. *Mali Med* 2004; 19 : 24-7.
13. Clegg-Lamptey JN, Hodasi WM, Dakubo JC. Typhoid ileal perforation in Ghana: a five year retrospective study. *Trop Doct* 2007; 37 : 231-3.
14. Sissoko F, Ongoïba N, Berete S, Diarra S, Coulibaly Y, Doumbia D, *et al.* Les péritonites par perforation iléale en chirurgie «B» de l'hôpital du point G. *Mali Med* 2003; 18 : 22-4.
15. Oheneh-Yeboah M. Postoperative complications after surgery for typhoid ileal perforation in adults in Kumassi. *West Afr J Med* 2007; 21 : 32-6.