

Urgences abdominales digestives non traumatiques chez les sujets âgés au CHU de Cocody à Abidjan, Côte d'Ivoire : étiologies et résultats thérapeutiques

Lebeau R, Diané B, Kassi ABF, Yénon KS, Kouassi JC

Service de Chirurgie Viscérale et Digestive CHU de Cocody Abidjan, Côte d'Ivoire

Med Trop 2011 ; 71 : 241-244

RÉSUMÉ • *Objectifs.* Décrire les étiologies des urgences abdominales digestives non traumatiques chez les sujets âgés et rapporter les résultats de leur traitement. *Matériel et méthodes.* Etude rétrospective de dossiers de patients âgés de 60 ans et plus opérés en urgence d'une affection abdominale digestive non traumatique au CHU de Cocody à Abidjan d'août 1998 à juillet 2008. L'analyse a porté sur les paramètres épidémiologiques, diagnostics, thérapeutiques et les résultats après traitement. *Résultats.* La série était constituée de 137 patients d'un âge moyen 68,3 ans (extrêmes : 60 et 93 ans). On notait 84 tares médicales chez 69 patients. Les pathologies rencontrées étaient les hernies étranglées (n=40), les abcès de la paroi (n=6), les péritonites aiguës diffuses (n=29), les occlusions intestinales aiguës (n=32), les appendicites aiguës (n=23), les cholécystites aiguës lithiasiques (n=6) et la rectorragie par saignement de diverticules coliques (n=1). L'hospitalisation a duré 7,7 jours (extrêmes 2 et 23 jours). La suppuration pariétale (n=14), les complications des stomies (n=7), la fistule digestive (n=4), l'hématome scrotal (n=5) et l'éviscération post-opératoire (n=2) étaient les principales complications post-opératoires. Quatorze décès ont été observés (mortalité 10,21%). La principale cause des décès était la péritonite postopératoire (n=6). *Conclusion.* Dans notre pratique, les urgences chirurgicales digestives non traumatiques des patients âgés sont en général des complications d'affections préexistantes négligées ou méconnues. Leur pronostic est fonction du stade évolutif de l'affection, du traitement chirurgical initial et de la décompensation ou non de tares que portent ces patients

MOTS-CLÉS • Urgences digestives non traumatiques. Sujets âgés. Morbidité. Mortalité. Côte d'Ivoire.

NONTRAUMATIC ABDOMINAL SURGICAL EMERGENCIES IN ELDERLY PATIENTS AT THE COCODY UNIVERSITY HOSPITAL CENTER IN ABIDJAN, CÔTE D'IVOIRE: ETIOLOGY AND OUTCOME

ABSTRACT • *Objectives.* The purpose of this retrospective report is to describe etiologies and therapeutic outcomes of nontraumatic abdominal surgical emergencies in elderly patients. *Material and methods.* The charts of patients aged 60 years or more who underwent emergency surgery for nontraumatic abdominal disorders at a Teaching Hospital in Abidjan, Cote d'Ivoire from August 1998 to July 2008 were reviewed. Demographic data, clinical findings, operative protocols, and postoperative outcomes were noted. *Results.* A total of 137 patients with a mean age of 68.3 years (range, 60-93 years) underwent emergency surgery for nontraumatic abdominal disorders during the study period. The underlying etiologies were strangulated hernia (n=40), abdominal parietal abscess (n=6), bowel obstruction (n=32), acute diffuse peritonitis (n=29), acute appendicitis (n=23), acute cholecystitis (n=6) and massive rectorragy from colonic diverticulitis (n=1). Coexisting medical problems (n=84) were noted in 69 patients. Surgical procedures were tailored to operative findings. Twenty-seven patients were admitted to the intensive care unit in the immediate postoperative period. Mean hospital stay was 7.7 days (range, 2-23 days). Surgical complications included wound infection (n=14), stoma-related complications (n=7), digestive fistula (n=4), scrotal hematoma (n=5) and postoperative evisceration (n=2). The mortality rate was 10.21% (n=14) mainly due to postoperative peritonitis. *Conclusion.* The findings of this study indicated that most nontraumatic abdominal surgical emergencies in elderly patients were related to complications of neglected or undiagnosed preexisting disease. Prognosis was related to the stage of the disorder, initial surgical management, and deterioration of the coexisting medical problems.

KEY WORDS • Elderly patients. Morbidity. Mortality. Nontraumatic abdominal surgical emergencies. Côte d'Ivoire.

L'accroissement de la population générale s'accompagne d'une augmentation de la population de personnes âgées (1). Celles-ci posent des problèmes spécifiques de santé qui sont bien pris en charge en chirurgie réglée (2, 3). En urgence le médecin dispose de peu de temps pour explorer le patient ce qui laisse penser que la prise en charge diagnostique et thérapeutique est approximative avec pour conséquence une certaine réticence à opérer les personnes âgées. Sous d'autres cieux, avec les progrès de la réanimation, des méthodes chirurgicales et la possibilité d'explorations péri-opératoires, le grand âge n'est plus une contre indication chirurgicale en urgence (3, 4). En Côte d'Ivoire l'absence d'institution de gériatrie, les difficultés d'exploration des patients font courir un risque post opératoire aux personnes âgées opérées en urgence. Le but de ce travail était de décrire les étiologies des urgences chirur-

gicales abdominales non traumatiques chez les personnes âgées, d'en rapporter la morbidité et la mortalité postopératoires

Matériel et méthodes

Nous avons revu les dossiers des patients âgés de 60 ans ou plus opérés pour une urgence chirurgicale abdominale non traumatique dans le service de chirurgie viscérale et digestive du CHU de Cocody d'Aout 1998 à juillet 2008. La population étudiée était divisée en deux sous groupes : le groupe A fait de patients âgés de 60 ans à 74 ans au plus et le groupe B fait de patients de plus de 74 ans. Les données recueillies dans les dossiers étaient l'âge, le sexe, les antécédents médicaux et chirurgicaux, le délai de consultation, la classe ASA, le diagnostic per opératoire, le traitement chirurgical et ses résultats. Les complications et les décès ont été pris en compte durant toute la durée de l'hospitalisation pour les patients qui n'avaient pas de stomie et jusqu'au jour du rétablissement de

• Correspondance : lebeauger@yahoo.fr

• Article reçu le 17/07/2009, définitivement accepté le 13/04/2011

la continuité digestive pour les patients qui avaient une stomie. L'influence des facteurs que sont les groupes d'âge, le stade ASA, les tares, la nécrose intestinale, l'admission post-opératoire en réanimation et le délai de consultation sur les décès a été étudiée par le test de Student

Résultats

Aspects épidémiologiques

En 10 ans, 137 patients représentant 3,25% des 4208 patients opérés en urgence ont été pris en charge pour une affection abdominale digestive non traumatique. Il s'agissait de 91 hommes et de 46 femmes, d'âge moyen 68,3 ans (extrêmes : 60 et 93 ans). Cent sept (78,1%) patients appartenaient au groupe A et 30 (21,9%) au groupe B. Cinquante antécédents chirurgicaux existaient chez 43 patients et 84 tares médicales chez 69 patients (tableau 1).

Aspects diagnostiques

Le délai de consultation était en moyenne de 5,5 j (6h et 30j). Ce délai était supérieur ou égal à deux jours chez 120 patients soit 87,6%. Quarante six patients étaient classés ASA I, 54 ASA II, 36 ASA III et 1 ASA IV. Les pathologies rencontrées étaient des hernies étranglées (n=40), des occlusions intestinales aiguës (n=32), des péritonites aiguës diffuses (n=29), des appendicites aiguës (n=23), des cholécystites aiguës lithiasiques (n=6) des abcès de la paroi abdominale (n=6) et une rectorragie par saignement de diverticules coliques (n=1). L'étranglement était l'accident révélateur de la hernie chez deux patients tandis que chez les autres la hernie était connue depuis en moyenne 12,8ans (5-35ans). Les péritonites se répartissaient en péritonites par perforations iléales (n= 4), péritonites appendiculaires (n=6), péritonites coliques (n=4) et en péritonites par perforation d'ulcère gastro-duodénal (n=15); l'ulcère était connu dans 7 cas et dans 5 autres cas le patient avait des épigastalgies. Les étiologies des occlusions intestinales étaient la bride (n=13), la tumeur colique (n=8) ou rectale (n=2), la hernie interne (n=2), et le volvulus colique (n=7). Une nécrose intestinale était notée chez 22 patients.

Tableau 1. Antécédents médicaux et chirurgicaux des patients dans les deux groupes d'âge.

	Groupe A	Groupe B	Total
Tares Médicales			
HTA	20	8	28
AVC	1	2	3
Cardiopathie	4	2	6
Diabète	4	3	7
Ulcère/Epigastalgies	12	2	14
Tuberculose Traitée	2		2
Asthme	1		1
Sinusite	1		1
Constipation Chronique	7	3	10
Tabac	4		4
Alcool	3		3
Hémorragie Digestive	1	1	2
Lombalgies	2	1	3
Total	62	22	84
Antécédents Chirurgicaux	36	14	50

HTA: Hypertension Artérielle AVC: Accident Vasculaire Cérébral

Aspects thérapeutiques

Une antibiothérapie prophylactique a été prescrite dans les appendicites aiguës, les cholécystites et les occlusions intestinales en l'absence de nécrose intestinale. Dans tous les autres cas, l'antibiothérapie était curative. Au plan chirurgical, les appendicites aiguës, les cholécystites aiguës, les abcès de la paroi et l'hémorragie diverticulaire ont été traités respectivement par une appendicectomie, une cholécystectomie, une incision drainage et une colectomie totale avec iléostomie. Le traitement des péritonites, des hernies étranglées de la paroi et des occlusions intestinales est exposé dans le tableau 2.

Tableau 2. Traitement des hernies étranglées, des occlusions intestinales et des péritonites.

Affections	Effectif	Traitement
Hernies étranglées	40	Hernioraphie(n=32) Hernioraphie+ RA(n=6) ; Hernioraphie+ R S (n=2)
Occlusions par bride	13	Débridement (n=7) ; Débridement +RA (n=4) ; Débridement +R S (n=2)
Hernie interne	2	Désincarcération
Volvulus coliques	7	R A (n=4) ; RS (n=3) ;
Tumeurs coliques	8	R A(n=2); RS (n=4) ; Stomie (n=2)
Tumeurs rectales	2	R S (n=1) ; Stomie (n=1)
Perforation UGD	15	AS+ épiploplastie
Péritonite appendiculaire	6	Appendicectomie
Perforation iléale	4	R A (n=1) ; RS (n=3)
Péritonite colique	4	R A (n=1) ; RS (n=3)

R A: Résection Anastomose/ R S: Résection Stomie; AS :Avivement Suture UGD :ulcère gastrique et duodénal

Résultats après traitement chirurgical

Vingt sept patients ont été admis dans le service de réanimation pour un état hémodynamique instable (n=15), des difficultés respiratoires (n=6), une poussée hypertensive (n=2), une cardiopathie décompensée (n=2) et une acidocétose diabétique (n=2). La durée moyenne d'hospitalisation de la série entière était de 7,7 j (2-23j). La suppuration pariétale (n=14), les complications des stomies (n=7), la fistule digestive (n=4), l'hématome scrotal (n=5) et l'éviscération (n=2) étaient les complications post-opératoires observées. Ces complications ont nécessité des réinterventions chez 7 patients (5,1 %). Quatorze patients sont décédés (mortalité 10,21%). Parmi eux, 11 avaient une tare médicale et 4 avaient été admis en réanimation. La principale cause des décès était une péritonite postopératoire (n=6) ; (tableau 3). En analyse univariée les facteurs influençant la mortalité étaient l'âge ≥ 75 ans, le score ASA $\geq III$ et la nécrose intestinale ; (tableau 4)

Discussion

Sur une période de 10 ans, 137 patients âgés de 60 ans ou plus ont été opérés pour une affection abdominale non traumatique. Les séries occidentales rapportent des chiffres plus élevés sur des périodes similaires ou plus courtes (5-7) ce qui montre qu'en Côte d'Ivoire la chirurgie du sujet âgé est encore peu pratiquée (1). Le sex ratio était en faveur des hommes contrairement à d'autres séries

Tableau 3. Caractéristiques des patients décédés.

Patient	Age/Sexe	ATCD	ASA	Affection	Traitement	D D	Cause décès
1	60 ans/M	CC	II	Hernie inguinale	Résection+ Stomie	J8	P P O
2	61 ans /M	HTA	III	Tumeur Côlon	Stomie	J4	AVC+ Hémiplégie
3	62 ans/M	Diabète	III	Volvulus Côlon	Résection+ Anastomose	J18	P PO+ Coma Diabétique
4	65 ans/M		III	Hernie inguinale	Résection + Stomie	J42	Déshydratation +Dénutrition
5	69 ans/M	CC	III	Tumeur côlon	Résection+ Stomie	J1	Choc Hypovolémique
6	70 ans/M	HTA	III	Diverticule Hémorragique	Résection+ Stomie	J2	Trouble de la Coagulation
7	71 ans/M	HTA	III	Occlusion par Bride	Résection+ Anastomose	J19	AVC+ Coma Fébrile
8	77 ans /M	CC	III	Hernie inguinale	Résection+ Anastomose	J5	P P O
9	77 ans/ F	HTA+ IC	IV	Tumeur Côlon	Résection+ Stomie	H2	Trouble de la Coagulation
10	77 ans/ M	HI Opérée	I	Hernie Inguinale	Résection+ Anastomose	J6	P P O+ Fistule digestive
11	77 ans/ M	CC	II	Hernie Inguinale	Résection +Stomie	J87	Déshydratation et Dénutrition
12	77 ans/ M	HI Opérée	I	Volvulus Côlon	Résection +Stomie	J4	P P O+ nécrose stomie
13	82 ans/ F	HTA	II	Hernie Crurale	Résection + Anastomose	J5	P P O
14	83 ans/ M	HTA+ IC	III	Volvulus Côlon	Résection +Stomie	J4	Insuffisance Cardiaque

ATCD : Antécédents; DD : Date Décès; M : Masculin; F : Féminin; CC : Constipation Chronique; HTA : Hyper Tension Artérielle; IC : Insuffisance Cardiaque; HI : Hernie Inguinale; AVC : Accident Vasculaire cérébral; PPO : Péritonite Post Opératoire; J : Jour; H : Heure

(8). Dans ces séries la population est en majorité composée d'octogénaires, groupe d'âge dans lequel les femmes sont plus nombreuses (4, 9). Les hernies étranglées de la paroi étaient la cause la plus fréquente d'urgences chirurgicales non traumatiques contrairement à la série de Guleryik *et al.* dans laquelle les cholécystites aiguës étaient les plus fréquentes suivies des hernies étranglées de la paroi (5). Les patients connaissaient l'existence de leur hernie. La prévention de l'étranglement herniaire est donc possible si le traitement des hernies non étranglées est systématiquement réalisé. La deuxième cause d'urgence abdominale non traumatique était les occlusions intestinales aiguës. Les étiologies de ces occlusions dominées par les brides, les volvulus du côlon et les tumeurs colo-rectales sont similaires à celles retrouvées dans la littérature (5, 7). Si en occident les tumeurs coliques ou rectales sont découvertes précocement, en Côte d'Ivoire l'occlusion est un mode fréquent de révélation des cancers colo-rectaux. La morbidité et la mortalité par cancers colo-rectaux en occlusion pourraient être réduites grâce à la pratique de la rectoscopie et de la coloscopie de dépistage. Les péritonites étaient la troisième cause d'urgence abdominale non traumatique ; elles étaient principalement dues à une perforation d'ulcère gastrique ou duodénal. L'ulcère était connu ou suspecté devant des épigastalgies. Ainsi la fibroscopie réalisée pour des épigas-

tralgies et le traitement correct de la maladie ulcéreuse peuvent éviter la perforation d'ulcère gastrique ou duodénal. Les appendicites aiguës venaient au 4^e rang des urgences abdominales non traumatiques. La fréquence des appendicites est différente selon que l'on inclut ou pas les péritonites d'origine appendiculaire (10). Nous n'avons pas inclus les péritonites appendiculaires et avons trouvé une prévalence de 16,38% proche des chiffres précédemment rapportés (8, 11). Cependant l'affection est moins fréquente chez le sujet âgé que chez l'enfant ou le patient jeune car sur ces terrains elle représente la première cause d'urgences chirurgicales digestives non traumatiques (12, 13). Dans notre expérience les cholécystites aiguës lithiasiques sont opérées en urgence différée ce qui peut expliquer la proportion faible de cholécystites rapportées par cette série. Quand aux urgences en rapport avec la maladie diverticulaire elles sont encore rarement observées contrairement aux séries occidentales (14). Un antécédent ou une tare médicale était trouvé chez 69 patients (50,3%). La présence de co-morbidités chez les personnes âgées a déjà été rapportée dans des proportions de 48 à 60 % (7, 9, 10). Les auteurs s'accordent pour dire qu'il s'agit d'une des principales causes de morbidité et de mortalité post-opératoires (15). Comme dans la série de Lunça *et al.*, les affections cardio-vasculaires étaient la co- morbidité souvent présente. Le retard à la consul-

Tableau 4. Facteurs de risque de mortalité des personnes âgées.

Paramètres	Effectif	décès	Vivants	Pourcentage	p	
1 Age	60-74 ans	107	7	100	6,54%	0,0138
	≥75 ans	30	7	23	23,33%	
2 ASA	I,II	100	5	95	5%	0,0022
	III; IV	37	9	28	24,32%	
3 Délai de consultation	<48 H	17	3	14	17,64%	0,3826
	≥48 H	120	11	109	10%	
4 Tares médicales	Oui	69	11	58	15,94%	0,0516
	Non	68	3	65	4,41%	
5 Nécrose	Oui	22	9	13	40,90%	0,00001
	Non	115	5	110	4,34%	
6 Admission Soins intensifs	Oui	27	4	23	14,81%	0,2856
	Non	110	10	100	9,09%	

tation a été quasi constant. Il témoigne de l'itinéraire thérapeutique de nos patients et de leurs difficultés pécuniaires. Le taux de ré-intervention de 5,1 % et les indications de ces ré-interventions étaient similaires à ceux retrouvés dans d'autres séries (5, 8). La mortalité de notre série qui est de 10,21% est proche de celle de certains auteurs (8, 16, 17). Des chiffres plus élevés ont été rapportés (5-7, 9). La principale cause de décès était la péritonite post-opératoire qui faisait suite à une résection anastomose dans 4 cas ou à la confection d'une stomie dans 2 cas. Ces faits laissent penser que le choix des méthodes thérapeutiques n'était pas pertinent ou que les procédures thérapeutiques n'ont pas été rigoureusement exécutées. Les autres causes de décès reflètent les difficultés à réanimer ces patients âgés, l'influence négative des co-morbidités sur l'évolution post-opératoire. L'existence d'une tare médicale entraînait un risque plus élevé de décès avec cependant une différence non significative. Ce constat (une différence non significative) est contraire à celui de nombreuses séries (7, 9, 18). Le fait que la majorité des patients décédés avait une tare médicale décompensée montre que le dépistage et le traitement des affections causales est susceptible de réduire la mortalité. L'âge ≥ 75 ans, le score ASA \geq III et la nécrose intestinale étaient corrélés à un risque significativement élevé de décès. En effet il a été montré que l'incidence des co-morbidités augmente progressivement avec l'âge et que seuls 5% des patients de plus de 80 ans n'en n'ont aucune (19). Ces co-morbidités font des personnes âgées des patients à haut risque chirurgical (18). Ceci se traduit par un score ASA élevé, corrélé à un risque significativement élevé de mortalité du fait d'une altération des mécanismes physiologiques de défense (9, 18, 19). Dans la série de Öznan *et al.* 92,9% des patients décédés avaient un score ASA $>$ III (18). Arenal et Bengoechea-Beeby ont montré que dans les groupes des patients ASA de III, IV, V la mortalité augmentait avec des taux de décès respectifs de 19 %, 38% et 89% (9). Quant à la nécrose intestinale, elle témoigne de la gravité de l'affection causale mais aussi du retard à la consultation. Elle impose une résection intestinale qui dans la série de Kūlah (7) était associée à un risque significativement élevé de décès.

Conclusion

Cette étude a permis de montrer que les urgences chirurgicales digestives non traumatiques des patients âgés sont souvent des complications d'affections préexistantes. Leur prévention est donc possible. Le grand âge reste dans notre contexte de travail un facteur de mauvais pronostic. Le pronostic est aussi fonction du stade évolutif de l'affection, de la qualité du traitement chirurgical initial et de la décompensation ou non de tares.

Références

1. Yangni-Angaté A, Khoury J, Kanga JB, Ehua S, Varlet G. La géronto-chirurgie en milieu africain A propos de 72 cas. *Ann Univ Abidjan série B (médecine)*, 1983 ; XVII : 83-96.
2. McIntyre R, Reinbach D, Cuschieri RJ. Abdominal Surgery in elderly. *JR Coll Surg Edimb* 1997 ; 42 : 173-8.
3. Nishida K, Okinaga K, Miyazawa Y, Suzuki K, Tanaka M, Hatano M. *et al.* Emergency abdominal surgery in patients aged 80 years and older. *Surg Today* 2000 ; 30 : 22-7.
4. Zerbib Ph, Kulick JF, Lebuffe G, Khoury-helou Plénier I. Emergency major abdominal surgery in patients over 85 years of age. *World J Surg* 2005 ; 29 : 820-5.
5. Gurleyik G, Gurlekik E, Unalmiser S. Abdominal surgical emergency in the elderly. *Turk J Gastroenterol* 2002 ; 13 : 47-52.
6. Ucheddu A, Floris G, Pisanu A, Cois A, Farci SL. Surgery for perforated peptic ulcer in the elderly. Evaluation of factors influencing prognosis. *Hepatogastroenterology* 2003 ; 50 : 1956-8.
7. Kulah B, Gulgez B, Ozer MV, Coskun F. Emergency bowel in the elderly. *Turk J Gastroenterol* 2003 ; 14 : 189-93.
8. Mittinen P, Pasanen P, Lahtinen J, Alhava E. The outcome of elderly patients after operation for acute abdomen. *Ann Chir Gynaecol* 1996 ; 85 : 11-5.
9. Arenal JJ, Bengoechea-Beeby M. Mortality associated with emergency abdominal surgery in the elderly. *Can J Surg* 2003 ; 46 : 111-6.
10. Lunca S, Bowas G, Romedea NS. Acute appendicitis in the elderly patient: Diagnostic problems prognostic factors and outcomes. *Romanian Journal of Gastroenterology* 2004 ; 13 : 299-303.
11. Kettunen J, Paajanen H, Kostiaainen S. Emergency abdominal surgery in the elderly. *Hepatogastroenterology* 1995 ; 42 : 106-8.
12. Mabilia- Babela JR, Pandzou N, Koutaba E, Ganga-Zandou S, Senga P. Etude retrospective des urgences chirurgicales viscérales de l'enfant au CHU de Brazzaville (Congo). *Med Trop* 2006 ; 66 : 172-6.
13. Harouna Y, Ali L, Seibou A, Abdou I, Gamatié Y, Rakotomala J, Habibou A. Deux années de chirurgie à l'hôpital national de Niamey. Etude analytique et pronostique. *Med Afr Noire* 2001 ; 48 : 49-54.
14. Makela JT, Kiviniemi H, Laitinen S. Prognostic factors of perforated sigmoid diverticulitis in the elderly. *Dig Surg* 2005 ; 22 : 100-6.
15. Khoja HR, Garg D, Gupta M, Naga RC. Evaluation of risk factor and outcome of surgery in elderly patients. *Journal of the Indian Academy of Geriatrics* 2008 ; 1 : 14-7.
16. Espinoza R, Balbontin P, Feuerhake S, Pinera C. Acute Abdomen in the elderly. *Rev Med Chil* 2004 ; 132 : 1505-12.
17. Fomaro R, Stabilini C, Picori E, Frascio M, Riccì B, Canaletti M *et al.* Abdominal emergency surgery in the geriatric patients our experience. *G Chir* 2006 ; 27 : 137-44.
18. Özkan E, Fersahoglu MM, Dunlundu E, Özel Y, Yildiz MK, Topaloglu Ü. Factors affecting mortality and morbidity in emergency abdominal surgery in geriatric patients. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery* 2010 ; 16 : 439-44.
19. Rosenthal RA, Andersen DK. Physiologic considerations in the elderly surgical patient. In « Miller TA. Modern Surgical Care ». MO: Quality Medical Publishing Inc ed, 2nd ed, St Louis, 1998, pp 1362-84.