



PROFIL EPIDEMIOCLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DES FISTULES DIGESTIVES EN VILLE DE BUTEMBO A L'EST DE LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MUHINDO VALIMUNGIGHE Moise¹, MOKONZI MAKUNDO Jean pierre², KAMBALE KETHA Joel³, IMOROU YACOUBOU S.⁴

1. Résident en chirurgie Générale, Faculté des Sciences de la santé, Université d'Abomey Calavi, Benin et Chef de Travaux à l'Université catholique du Graben Butembo, RDC

2. Etudiant en Faculté de Médecine de l'Université Catholique du Graben, Butembo, République Démocratique du Congo

3. Résident en Anesthésie-Réanimation, Université du Rwanda et Assistant en Faculté de Médecine de l'Université catholique du Graben, RDC

4. Maître-Assistant en service de chirurgie Viscérale de CNHU-HKM Cotonou, Université d'Abomey Calavi, République du Bénin

Auteur correspondant : Dr MUHINDO VALIMUNGIGHE Moise, phone :67010895 E-mail : drmoisev@gmail.com

RESUME

INTRODUCTION : La fistule digestive demeure une complication redoutable et redoutée de la chirurgie générale et digestive. Sa prévention impose le respect de règles précises des techniques chirurgicales et leur prise en charge justifie la mise en œuvre des mesures thérapeutiques aujourd'hui bien codifiées. L'objectif de cette étude était d'étudier le profil épidémiologique et thérapeutique des fistules stercorales en ville de Butembo. **METHODES** : Il s'agissait d'une étude rétrospective ayant inclus 52 patients hospitalisés dans le service de chirurgie des hôpitaux Matanda, Katwa, Kitatumba et de Cliniques Universitaires du Graben du 1^{er} Janvier 2013 au 30 Avril 2018. **RESULTATS** : Sur Cinquante-deux fistules digestives observées 82,7% (n= 43) étaient post opératoires et 17,3% (n=9) spontanées. Il s'agissait de 43 femmes et de 9 hommes soit une sex-ratio de 0,2. La moyenne d'âge était de 32 ans avec des extrêmes de 1 à 65 ans Le lâchage du moignon appendiculaire était la principale cause (28,4% de patients) des fistules post opératoires suivie de péritonisation et plaies iatrogènes du grêle 21,2% (n= 11) lors de la chirurgie gynécologique. Le phlegmon pyostercoral était la cause des fistules spontanées (9,6% des cas). La résection intestinale et anastomose immédiate était le traitement chirurgical pratiqué chez 21 patients (40,4%). La suppuration pariétale était la complication dominante (55,8% des cas). La durée du séjour d'hospitalisation a été de 32 jours (extrêmes de 1 à 174 jours). La mortalité en rapport avec la fistule était l'issue majeure (67,3% des cas). **CONCLUSION** : La fistule digestive est le plus souvent d'origine postopératoire dans notre milieu. Elle reste une cause de mortalité et morbidité post opératoires élevées dans notre milieu. Son diagnostic précoce et sa prise en charge rapide et correcte pourraient parvenir à un pronostic meilleur.

MOTS-CLES : Fistule digestive, épidémiologie, thérapeutique

ABSTRACT

INTRODUCTION: The digestive fistula remains a worse complication of general and digestive surgery. Its prevention requires compliance with precise rules of surgical technics and their management that justifies the implementation of therapeutic measures which are now well codified. The aim of this work was to study the epidemiological and therapeutic profile of stercoral fistulas in the city of Butembo. **METHODS**: This was a retrospective study that included 52 patients hospitalized in the department of surgery of Matanda, Katwa, Kitatumba hospitals and Cliniques Universitaires du Graben from January 1, 2013 to April 30, 2018. **RESULTS**: Out of 52 digestive fistulas observed, 82.7% (n = 43) were post-operative and 17.3% (n = 9) spontaneous. There were 43 women and 9 men, a sex ratio of 0.2. The average age was 32 years with extremes from 1 to 65 years. Release of the appendicular stump was the main cause (28.4% of patients) of post-operative fistulas followed by peritonitis and iatrogenic small wounds 21.2 % (n = 11) during gynecological surgery. The phostercmon pyostercoral was the cause of spontaneous fistulas (9.6% of cases). Intestinal resection and immediate anastomosis was the surgical treatment performed in 21 patients (40.4%). Parietal suppuration was the dominant complication (55.8% of cases). The length of hospital stay was 32 days (range 1 to 174 days). Fistula-related mortality was the major outcome (67.3% of cases). **CONCLUSION**: The digestive fistula is most often of postoperative origin in our environment. It remains a cause of high post-operative mortality and morbidity in our environment. Its early diagnosis and its rapid and correct management could lead to a better prognosis.

KEY WORDS: Digestive fistula, epidemiology, therapy

INTRODUCTION

La fistule digestive (digestive fistula) est une communication anormale entre la lumière intestinale avec une cavité naturelle ou avec la peau et ne laissant qu'une faible partie des matières fécales. Elle peut être traumatique, spontanée ou chirurgicale (iléostomie, cœcostomie) [1,2]. Dans la majorité de cas, elle survient dans la période postopératoire d'un acte chirurgical ayant comporté sur une suture ou une exérèse avec rétablissement de continuité par une ou plusieurs anastomoses. La fistule peut également survenir au décours d'une chirurgie générale [3]. La survenue d'une fistule stercorale demeure une complication redoutable et redoutée de la chirurgie générale et digestive. Elle constitue l'une des urgences les plus embarrassantes et les plus exigeantes de la pathologie abdominale [2]. Les fistules intestinales constituent une entité encore mal comprise. Quoique rares, elles demeurent grave de diagnostic, mais souvent tardif et de traitement souvent délicat [4].

En Europe, au Pays bas, VISSCHERS dans sa recherche en 2008, retrouvait une fréquence de 8% de fistules stercorales par an [5]. En France, LEVY affirme l'apparition de fistules postopératoires entre le 5^{ème} et le 15^{ème} jour après l'intervention initiale [6]. Aux Etats Unis d'Amérique (USA), les études de STAWICKI montraient la survenue des fistules iatrogènes par viscérolyse avec déperitonisation [2,7]. En Australie, MAWDSLEY dans ses études en 2008 aboutissait à la conclusion selon laquelle la majorité de patients présentant les fistules stercorales venaient des (83,3%) des centres de santé périphériques [8].

En Afrique, ENI au Nigeria en 2008 s'était intéressé à étudier la prise en charge des fistules stercorales toutes causes confondues. A la fin des études, il s'est présenté une fréquence de 5 fistules par an avec 62% de cas provenant de la province périphérique [9]. Au Cameroun, CHICHOM en 2009 étudiait les complications des laparotomies avec 0,3% de fistules stercorales, la moyenne d'âge de 37,5 ans et 56,2% de la prédominance féminine. Au Burkina Faso, TRAORE en 1998 rencontrait 91% de cas de fistules stercorales avec conséquence de 91,3% de la dénutrition et 65,2% de fistules postopératoires par désunion anastomotique [10]. OHENE-YEBOAH au Ghana avait étudié 1 cas de fistule spontanée secondaire à une hernie inguinale étranglée. ZIDA a analysé de façon rétrospective les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de tous les cas de fistules stercorales (post opératoires et sponta-

nées) reçus dans le service de chirurgie digestive et générale du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou au Burkina Faso. Le lâchage de suture digestive a représenté la principale cause des fistules post opératoires avec 76,5% des cas dont 56,3% présentaient un syndrome infectieux et 56,3% étaient anémiés [2].

En République du Congo, peu d'études ont été réalisées sur ce sujet. Néanmoins, en 2012, EKENGÉ dans ses études sur les complications postopératoires de l'appendicectomie, affirme que le type de complication qui prédominait était la fistule stercorale pour 28% de patients. Il démontre qu'après une prise en charge, le pronostic était vers une guérison totale pour 92% de cas et 2% de décès. Ces cas de décès sont dus au lâchage du moignon appendiculaire, prise en charge tardivement [11]. En 2017, LUKWA-MIRWE V. A *et all* en étudiant les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des fistules stercorales en ville de Butembo ont trouvé qu'il y avait 70,8% des fistules post opératoires et 29,2% des fistules spontanées [12].

Les fistules stercorales restent encore une complication chirurgicale entraînant une charge financière et un long séjour en milieu hospitalier. L'objectif de cette étude était de déterminer le profil épidémiologique et thérapeutique des fistules stercorales dans les formations sanitaires de référence de la ville de Butembo à l'Est de la République Démocratique du Congo

PATIENT ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective et analytique couvrant la période du 1er janvier 2013 au 30 avril 2018 portant sur 1164 dossiers médicaux des patients hospitalisés en service de chirurgie des formations sanitaires de référence de la ville de Butembo (Cliniques Universitaires du Graben (CUG), Hôpital Matanda, Hôpital Général de Référence de Kitatumba, Hôpital Général de référence de Katwa) parmi lesquels 52 dossiers des patients pris en charge pour fistule digestive ont été retenus.

Ont été inclus dans l'étude, tous les patients ayant présenté une fistule digestive avec un dossier médical complet. Etaient exclus de notre étude, tous les patients dont le dossier médical n'a pas fourni tous les paramètres considérés par notre étude. La collecte des données a été faite grâce aux fiches et registres d'hospitalisation et le compte rendu opératoire des patients sélectionnés en recherchant les paramètres suivants : âge, sexe, provenance, cause, délai d'hospitalisation, traitement, complication, issue.

Le traitement des données était réalisé par les logiciels Microsoft Excel 2007 et EPI-INFO, version 6.014. L'étude a été réalisée dans l'anonymat et dans les conditions du respect de la dignité humaine, ainsi notre étude n'a pas posé de problème éthique.

RESULTATS FREQUENCE DES FISTULES DIGESTIVES DANS LA VILLE DE BUTEMBO

Au total, 11694 patients ont été soignés en service de chirurgie dans nos milieux d'étude, parmi lesquels 52 ont présentés les fistules digestives soit une fréquence de 0,44%. Le ta-

bleau I indique la fréquence des fistules digestives dans la ville de Butembo en fonction des formations sanitaires.

Tableau I : Répartition des fistules digestives en fonction des formations sanitaires.

Structure de prise en charge	Chirurgie	Fistules	Pourcentage
Matanda	6040	40	76,9
CUG	2845	6	11,5
Katwa	1985	4	7,7
Kitatumba	824	2	3,8
Total	11694	52	100

VARIABLE SOCIO DEMOGRAPHIQUE DE PATIENTS AVEC FISTULES DIGESTIVES

Le tableau II indique la répartition des patients avec -fistules digestives selon les variables socio demographiques.

Tableau II : Répartition des patients avec fistules digestives selon les variables sociodémographiques

Fistule Variables	Présente	Absente	Total	Effectif	Pourcentage
Sexe					
F	43	7240	7283	43	83,7
M	9	4402	4411	9	17,3
TOTAL	52	11642	11694	52	100
Age (Année)					
1 – 15	1	1600	1601	1	1,9
16 – 31	19	3016	3035	19	36,5
32 – 47	27	4201	4228	27	51,9
48 – 63	5	2825	2830	5	9,5
TOTAL	52	1642	11694	52	100
Provenance					
Hors de la ville de Butembo	47	3001	3048	47	90,4
Ville de Butembo	5	8641	8646	5	9,6
TOTAL	52	11642	11694	52	100
Etat civil					
Marié	40	8962	9002	40	76,9
Célibataire	12	2680	2692	12	23,1
TOTAL	52	11642	11694	52	100

On note une prédominance des femmes (83,7%), des jeunes (27 sur 52, soit 21,9% âgés de 32 à 47 ans) des mariés (76,9%), provenant majoritairement (90,4%) hors de la ville de Butembo

CAUSES DES FISTULES DIGESTIVES

Le tableau III indique les différentes causes de fistules digestives

Tableau III : Les différentes causes de fistules digestives dans notre milieu

Causes	Effectif	Pourcentage
Fistules postopératoires		
Lâchage de moignon appendiculaire	15	28,8
De péritonisation et plaie intestinale lors d'une viscérolyse au cours des interventions gynécologiques	11	21,2
Lâchage d'anastomose faite après résection pour occlusion intestinale aiguë	8	15,4
Lâchage de suture iléale faite pour perforation typhique	6	11,5
Lâchage de suture gastrique faite pour perforation gastrique d'origine ulcéreuse :	3	5,8
Fistules spontanées		
Hernie inguinale étranglée : Phlegmon pyostercorale fistulisé	5	9,6
Hernie ombilicale étranglée : Phlegmon pyostercorale fistulisé	4	7,7
Total	52	100

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le tableau IV indique la répartition des fistules digestives selon le type de chirurgie.

Tableau IV : Les fistules digestives et type de chirurgie

Type de chirurgie	Effectif	Pourcentage
Resection intestinale + Anastomose immédiate	21	40,4
Avivement et suture des berges de la perforation	9	17,3
Réséction intestinale + Anastomose immédiate + cure de la hernie	9	17,3
Intervention de sauvetage (colostomie)	13	25
Total	52	100

COMPLICATIONS

Le tableau V indique la répartition des fistules digestives selon les différentes complications.

Tableau V : Les fistules digestives et complications

Complications	Masculin	Féminin	Effectif n _i	Pourcentage
Suppuration pariétale	5	24	29	55,8
Récidive	1	10	11	21,2
Escarre fessière	1	4	5	9,6
Dénutrition	2	2	4	7,7
Thrombophlébite	0	2	2	3,8
Aucune	0	1	1	1,9
Total	9	43	52	100

DUREE D'HOSPITALISATION

Le tableau VI indique la répartition des fistules digestives en fonction de la durée d'hospitalisation.

Tableau IV : Les fistules digestives en fonction de la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
1-28j	5	9,6
29-56j	26	50
57-84j	9	17,3
85-112j	7	13,5
113-140j	5	9,6
Total	52	100

ISSUE

Le tableau VII indique l'issue de la prise en charge des fistules digestives.

Tableau VII : L'issue de la prise en charge des fistules digestives

Issue	Masculin	Féminin	Effectif n _i	Pourcentage
Décès	6	29	35	67,3
Guérison	3	14	17	32,7
Total	9	43	52	100

DISCUSSION

Durant notre étude, 11694 dossiers des patients ont été colligés dans le service de Chirurgie des formations sanitaires de référence de la ville de Butembo parmi lesquels 52 dossiers des patients avec fistules digestives, soit une fréquence globale de 0,44 % et une fréquence annuelle 11 cas de fistules par an. ENI en 2007 au Nigéria et VISSCHERS en 2008 aux Pays-Bas retrouvaient des fréquences inférieures à la nôtre, respectivement de 5 et 8 fistules par an [9,5]. Les fistules stercorales observées viennent majoritairement des autres formations sanitaires pour enfin être prises en charge dans les hôpitaux de référence [Tableau I].

La prédominance de survenue des fistules est féminine dans notre série (82,7%) a été également notée par VISSCHERS qui retrouvait 51,9%

[5]. ENI notait une prédominance masculine (59,3%). L'importance des affections gynécologiques (21,2%) dans notre série pourrait en être la cause [9]. La tranche d'âge de 31-45 ans était la plus représentée (tableau II) avec une moyenne de 32 ans qui était inférieure à celle retrouvée par VISSCHERS qui était de 57 ans. L'espérance de vie élevée de la population européenne soutiendrait ce constat [4]. Toutefois, LEVY trouve que 50 % des fistules surviennent entre 40 et 65 ans ; tranche qui subissait le maximum d'interventions chirurgicales et/ou la fréquence des tares organiques associées croît avec l'âge [6]. La majorité des patients (32,7%) quoique apparue dans un paquet, venaient des zones périphériques (tableau II). MAWDSLEY en 2008 en Australie et ENI au Nigéria notaient aussi une majorité, respectivement à 83,3% et

62,8% des patients référés des centres de santé périphériques [8,9]. Ce constat pourrait s'expliquer d'une part par la difficulté de prise en charge des cas de fistules dans les structures périphériques et d'autre part par le retard mis pour le traitement de la pathologie initiale.

Dans notre série, les fistules digestives post opératoires ont été retrouvées chez la majeure partie des patients (82,7%) comme mentionné (au tableau III) où la mauvaise ligature suite à une appendicectomie en était la cause première (28,8%), suivie de la viscérolyse suite aux affections gynécologiques (21,2%). HOLLINGTON, VISSCHERS et ENI notaient respectivement 84,8%, 88,1%, 94,4% de fistules post opératoires [2, 5,9]. Le lâchage de suture digestive a représenté la principale cause des fistules post opératoires (tableau III). TRAORE au Burkina-Faso qui se retrouvait 65,2% de fistules stercorales par désunion anastomotique [10]. Plusieurs auteurs rapportaient également la fréquence élevée de cette étiologie [2]. Des fistules iatrogènes par viscérolyse avec déperitonisation ont été retrouvées dans la chirurgie gynécologique (21,2%) des cas. LEVY en France et STAWICK aux USA retrouvaient aussi cette étiologie [6,7]. Dans la littérature d'autres étiologies ont été rapportées notamment la notion d'intervention en urgence, les sutures et anastomoses faites en milieu septique, la nature trop rigide et la durée des drains, la modalité de fermeture pariétale (points totaux pour le renforcement de la fermeture pariétale), les plaques pariétales mises au contact de l'intestin, les traumatismes per opératoires. 17,3% des cas des fistules liées aux hernies inguinales et ombilicales ont été retrouvées dans notre série [2]. Les fistules stercorales spontanées dans notre étude étaient secondaires à un phlegmon Pyo stercoral qui compliquait des hernies inguinales étranglées dans 5 cas et des hernies ombilicales étranglées dans 4 cas. Dans la série d'ENI les 3 fistules spontanées étaient toutes secondaires à des hernies inguinales étranglées [9]. HAROUNA rapportait 1 cas de fistulisation sur 4 cas de hernies ombilicales étranglées [13]. AJAO évoquait aussi les hernies inguinales et ombilicales étranglées dans les causes des fistules stercorales. Ces cas sporadiques évoqués dans la littérature témoignent de la moindre fréquence des fistules spontanées [2].

Le séjour moyen hospitalier a été dans notre étude de 36,2 jours, avec des extrêmes de 1 et 140 jours (tableau IV), ce qui est inférieur à celui retrouvé par VISSCHERS qui était de 56 jours avec des extrêmes de 6 et 317 jours [5]. Cette différence pourrait s'expliquer par le traitement

médical prolongé souvent adopté dans de nombreuses séries. Aussi, les difficultés à traiter médicalement une fistule stercorale contraignent à élargir les indications opératoires, ce qui contribuerait à réduire la durée d'hospitalisation [2].

La résection intestinale avec anastomose immédiate a été réalisée dans 21 cas, soit (40,4%) et l'avivement-suture des berges de la perforation dans 9 cas, soit (17,3%) [Tableau V]. Certains auteurs rapportent que la meilleure façon de réparer les fistules est la résection intestinale avec anastomose immédiate. D'autres auteurs par contre suggèrent que l'intervention de réparation soit différée après un traitement médical prolongé de plus de 45 jours pour réduire sensiblement la mortalité. L'intervention de sauvetage d'emblée a intéressé 25 % des malades. Ce taux est inférieur à celui des autres séries qui soutienne qu'une telle attitude entraîne la prolongation de l'hospitalisation et nécessite une ré-intervention [11].

A l'issue du traitement chirurgical, certaines complications ont été signalées parmi lesquelles la suppuration pariétale (55,8%), ce qui est supérieur au résultat de LEVY qui notait 40% [6]. Cette fréquence de l'infection post opératoire dans notre contexte pourrait s'expliquer par l'état général altéré des patients et le manque d'hygiène du patient et de son entourage. La persistance de la fistule que nous avons notée (21,2%) se rapprochait des taux rapportés par TRAORE et HOLLINGTON de l'ordre de 26,7% et 33%. La ré-intervention dans la plupart des cas a permis une bonne amélioration chez les patients présentant les cas de récurrence. Nous avons noté le cas des escarres fessiers (9,6%) chez 5 malades. Cette fréquence peut être due à la qualité des services. Il y a eu l'état de dénutrition chez certains patients (7,7%). TRAORE au Burkina-Faso, en 2012, faisait également ce constat avec 91,3% de cas de dénutrition [10].

La mortalité globale dans notre série était de 67,3%. Notre taux est supérieur à ceux de VISSCHERS qui a noté 9,6%, MAWDESLEY 15% et LI 5,5% [14]. Ce taux élevé de décès pourrait, dans notre contexte, être lié aux moyens limités de réanimation médicale du fait de la pauvreté des patients. Toutefois, 32,7% de cas enregistrés sont sortis guéris. Ce taux explique une bonne prise en charge malgré certaines limitations tant matérielles que financières.

CONCLUSION

Les fistules digestives constituent toujours une préoccupation majeure pour la chirurgie digestive. Elles sont d'une part post opératoires et

d'autre spontanées. Dans notre étude, les fistules post opératoires sont plus nombreuses que les fistules spontanées. Les désunions anastomotiques constituent la cause principale des fistules. La bonne pratique chirurgicale et une bonne réanimation seraient d'une importance capitale enfin d'éviter la suppuration, les récidives et de diminuer la mortalité.

CONFLITS D'INTERET

Aucun conflit n'a été déclaré par les auteurs

REFERENCES

1. GOUIN, F., et Al. *Traitement médical des fistules du grêle*. Encycl. Méd. Chir., Paris, 1981.
2. ZIDA M. OUANGRE E. OUEDRAOGO S. TRAORE S. Les Fistules stercorales au CHU YALGADO. EDUCI 2012. Revint sc méd. 2012 ;14 ;1 ;114-120
3. BRICARD, H., TRAVERO, C. *Fistules digestives*. *Anesth – Réa, Chir., Médecines – sciences*, Flammarion, Paris, 1995 ; 2ème édition : 1295 – 1304.
4. GARNIER, M., DELAMARE, V. *Dictionnaire des termes de Médecine*. Maloine, S.A., Editeur, Paris 1980.
5. VISSCHERS, R.G., et al. Treatment strategies in 135 consecutive patients with enterocutaneous fistulas. *World J Surg* 2014; 32: 445-53.
6. Lévy, E., et al. *Fistules entéro-cutanées postopératoires : Données actuelles*. Encycl Med Chir. gastro-entérologie, Elsevier, Paris 1996, 16 p.
7. STAWICK, S.P, *Gastrointestinal fistulae*. *OPUS 12 Scientist* 2008; 2 (1): 13-16.
8. MAWDSLEY, J E. et al. *An analysis of predictive factors for healing and mortality in patients with enterocutaneous fistulas*. *AP&T* 2008 July; 28: 1111-21
9. ENI, U.E. Aetiology, management and outcome of enterocutaneous fistulas in Maiduguri, nigeria. *niger J Clin Pract*. 2007 Sep; 10(3): 270p.
10. TRAORE, S.S. *Les désunions anastomotiques après résection intestinale au centre hospitalier national yalgadooué-draogo (chnyo) Ouagadougou*. *Annales de l'université de Ouagadougou* 1998 ; 6 : 63-71.
11. MAIGA A M. Prise en charge des fistules digestives externes post opératoires dans le service de réanimation de l'hôpital du Point G. Thèse 2005-2006 en ligne Url : <http://www.chirurgie-digestive-st.cphp> consulté le 20.01.2018 à 16h00.
12. LUKWAMIRWE, V.A, KABUYAHYA, K. E, KASEREKA *Aspects clinique et thérapeutique des fistules stercorales à l'hôpital Matanda de Butembo, République Démocratique Du Congo*. In *Revue interdisciplinaire du Graben n° 17* Décembre 2017.
13. HAROUNA, Y, et al. *La hernie ombilicale de l'enfant noir africain : Aspects cliniques et résultats du traitement à propos de 52 cas*. *Méd Afr Noire*. 2012 ; 48 (6) : 266-269.
14. LI, J., et al. *Management of enterocutaneous fistula: 30-year clinical experience*. *Chin Med J (Engl)*. 2003; 116 (2) : 171-175