



ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES FISTULES STERCORALES A L'HOPITAL MATANDA DE BUTEMBO, REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Par

LUKWAMIRWE VAHAMWITI A¹, KABUYAHYA KAMENGE E⁽²⁾,
KASEREKA KAMABU⁽³⁾.

RESUME

La fistule stercorale représente une préoccupation pour le chirurgien et le patient. Elle est une des urgences les plus embarrassantes et les plus exigeantes de la pathologie abdominale. La prévention des fistules stercorales impose le respect de règles précises de technique chirurgicale et leur prise en charge justifie la mise en œuvre des mesures thérapeutiques aujourd'hui bien codifiées.

L'objectif de cette recherche était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des fistules stercorales à l'hôpital Matanda.

C'est une étude rétrospective qui a concerné les dossiers cliniques de 48 patients hospitalisés dans le service de chirurgie générale et digestive de l'hôpital Matanda, du 15 novembre 2011 au 15 novembre 2015.

Quarante-huit fistules stercorales ont été observées et étaient réparties en 70,8% des fistules post opératoires et 29,2% des fistules spontanées. La moyenne d'âge a été de 37,8 ans avec des extrêmes de 7 et 75 ans. Le lâchage de suture digestive a été la principale cause (60,4% des cas) des fistules post opératoires. Le phlegmon pyostercoral a été la cause majeure des fistules spontanées. Une phagédénisation de la peau autour de la fistule a été observée dans 30 cas (62,5%). L'intervention de sauvetage d'emblée a intéressé 10,42% des malades opérés. La récurrence de la fistule est survenue dans 28,6% des cas et la mortalité globale a été de 37,5 %. La dénutrition, la septicémie, l'anémie, la proximité du siège et la réintervention précoce multipliait successivement par 3,683 ; 3,38 ; 4,16 ; 4,622 et 7,367 le risque de décès. La durée du séjour a été de 36,2 jours (extrêmes de 1 à 174 jours). Les causes de cette mortalité postopératoire étaient dans plus de deux tiers des cas en rapport avec la fistule (complications infectieuses générales, dénutrition, anémie, le siège proximal), dans un tiers des cas, sans rapport

¹Département de chirurgie, Faculté de Médecine, Université Catholique du Graben, Butembo, République Démocratique du Congo
Médecin à l'UNILUK, République Démocratique du Congo
Auteur correspondant : Email : draimeluk@gmail.com, Tél : +243812514636

évident avec la fistule (complications cardiorespiratoires ou thromboemboliques).

La fistule stercorale est le plus souvent d'origine postopératoire dans notre milieu. Elle est grevée d'une forte mortalité. Un diagnostic précoce et une prise en charge rapide et adaptée basée sur le contrôle de l'infection, du débit fistuleux, l'hyperlimentation et le respect chronologique du temps chirurgical est un élément important qui permettrait de réduire la mortalité. Une approche multidisciplinaire et l'usage de la somatostatine pourraient améliorer le pronostic.

Mots-clés : Fistule Post opératoire, Traitement médical, Chirurgie.

ABSTRACT

Gut fistula is a troublesome for the surgeon and the patient. It is one of emergencies of abdominal pathology. The prevention of gut fistula need precise rules of surgical techniques and the management justifies codify therapeutic measures nowadays.

This study aims to give out epidemiological, clinical and therapeutic aspects of gut fistula on patients admitted to surgical ward of Matanda hospital.

This was a retrospective study which concerned medical files of 48 hospitalized patients with gut fistula in the department of general and digestive surgery at Matanda hospital from 15th october 2011 up to 15th november 2015.

48 files of gut fistula were found and 70.8% were second to an operation whereas 29.2% were spontaneous. The mean age of our patients was 37.8 years old with a range of 7 to 75 years old. The main cause of the fistula was linkage of the gut suture (60.4%). Phlegmon of the gut was the mayor cause of spontaneous gut fistula. 89.58% of our patients were managed immediately by a laparotomy. Recurrence of the gut fistula was seen among 28.6% of patients and the mortality rate was 37.5%. The relative risk of death from malnutrition, sepsis, anemia and earliest re intervention was respectively 3.683, 3.38, 4.16 and 7.367. The mean length of stay in the hospital of patients was 36.2 days with a range of 1 up to 174 days. The mortality rate is high and two third of deaths are related to the fistula itself (infection, malnutrition, anemia) and the other third is due to cardiorespiratory complications.

Gut fistulas are often seen after laparotomy in our study and have a high mortality. An early diagnosis and a proper management are required in order to reduce the mortality rate. Prognosis might be enhanced with the use of somatostatine.

Key words: gut fistula, medical treatment, surgical treatment.

1. INTRODUCTION

La fistule stercorale se définit comme une communication anormale entre le tube digestif et la surface cutanée (fistule externe) ou un viscère creux de voisinage (fistule interne), donnant lieu à l'extravasation de liquide digestif par le trajet fistuleux néoformé [1]. La fistule stercorale constitue, de fait, l'une des urgences les plus embarrassantes et les plus exigeantes de la pathologie abdominale. Elle représente encore, dans les services de référence, près de 15 % du recrutement [1,2]. Exceptionnellement spontanée ou traumatique, elle survient, dans la majorité des cas, dans la période postopératoire d'un acte chirurgical ayant comporté une suture ou une exérèse avec rétablissement de continuité par une ou plusieurs anastomoses [2-4]. Cependant, une fistule peut également survenir au décours d'une chirurgie de proximité, vasculaire, abdominale, urologique, gynécologique voire orthopédique [3]. Des progrès considérables concernant le traitement des fistules digestives postopératoires ont été réalisés ces vingt cinq dernières années [4]. Elles restent néanmoins pour l'équipe chirurgicale une éventualité redoutable et redoutée pouvant être à l'origine des complications graves mettant en jeu le pronostic vital. Leur prévention impose le respect des règles précises de technique chirurgicale et leur prise en charge justifie la mise en œuvre des mesures thérapeutiques aujourd'hui bien codifiées.

Les fistules stercorales deviennent de plus en plus fréquentes à Butembo. Aucune étude n'a été effectuée dans ce domaine en ville de Butembo, alors que les fistules stercorales sont un problème médical, légal, social et économique majeur aussi bien à l'échelle nationale que mondiale.

L'objectif de cette étude était de cerner l'importance du problème, d'analyser la prise en charge des patients et d'apprécier les résultats obtenus; ceci afin de contribuer à la prévention des fistules stercorales dans notre milieu et à l'amélioration de leur prise en charge.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Cadre d'étude

Le recrutement a eu lieu dans le service de chirurgie générale et digestive de l'hôpital Matanda en ville de Butembo. Celle-ci est située à l'est de la République Démocratique du Congo dans la province du Nord-Kivu. Elle compte environ 775114 habitants en 2014 [5]. L'hôpital Matanda est situé dans la zone de santé urbano-rurale de Katwa; et a une capacité d'accueil de 350 lits dont 57 lits en service de chirurgie.

2.2. Matériel

Notre population d'étude était constituée de tous les patients admis en service de chirurgie générale et digestive pour une fistule stercorale au cours de notre étude.

2.3. Méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective couvrant une période de 4 ans allant du 15 Octobre 2011 au 15 Novembre 2015 dans le service de chirurgie générale et digestive de l'hôpital Matanda en ville de Butembo.

Notre échantillon était exhaustif. Les renseignements concernant chaque patient ont été recueillis sur des fiches d'enquêtes individuelles préalablement établies. Ces renseignements ont été obtenus à partir des fiches d'hospitalisation ainsi que des registres de protocoles opératoires. Les paramètres prélevés étaient l'âge, le sexe, le lieu de provenance, la profession, les étiologies, les signes généraux, la localisation des orifices externes et internes, la phagédénisation de la peau, les maladies causales, le traitement reçu, les complications et les facteurs de risque liés à la mortalité des.

Ont été inclus dans l'étude, tous les patients ayant présenté une fistule stercorale, spontanée ou dans les suites opératoires d'une intervention portant sur la cavité abdominale et dont le dossier était complet.

Dans l'évaluation des facteurs liés à la mortalité par les fistules stercorales, nous avons apprécié l'état nutritionnel de nos patients à l'aide de l'indice de Quetel et (IQ) ou indice de masse corporelle (IMC) ($IQ = Poids (Kg)/T^2(m)$) tel que présenté dans le tableau I.

Tableau 1 : Appréciation de l'état nutritionnel [6].

IMC (Kg/m ²)	Statut pondéral
< 18,5	Maigreur
18,5 à 24,9	Normalité
25 à 29,9	Surpoids
30 à 39,9	Obésité
≥ 40	Obésité morbide

Un patient était considéré comme ayant une anémie quand le taux d'hémoglobine était inférieur ou égal à 9.

Une fistule était considéré à débit abondant lorsque le débit était élevé c'est-à-dire > 500 ml/24h.

Le siège proximal de la fistule est celle qui se situe dans la partie proximale du grêle, dans le contexte de ce travail.

Etait considérée comme intervention de sauvetage celle au cours de laquelle une laparotomie médiane était faite pour une exploration complète de l'abdomen avec une mise à la peau de tous les orifices internes pour les segments mobiles, intubation transorificielle des orifices internes profonds, confection d'une jéjunostomie, une toilette péritonéale et un drainage déclive.

Tout patient ayant une température supérieur ou égale à 38°C était considéré comme ayant une fièvre.

Dans la prise en charge chirurgicale, après toute intervention de réparation, la toilette abdominale au Na Cl 0,9% a été faite chez tous les patients et l'intervention a été terminée par un drainage de la cavité abdominale.

La saisie des données a été réalisée en utilisant le logiciel EPI INFO 7 et l'analyse des données a été faite par STATA 12.

La réalisation de ce travail n'a posé aucun problème éthique car il a obéi aux principes éthiques de respect des personnes, la bienfaisance et la non-malfaisance ainsi que la justice.

3. RESULTATS

3.1. Données épidémiologiques

Fréquence annuelle

En 4 ans, 48 fistules stercorales ont été enregistrées dans le service de chirurgie générale et digestive de l'hôpital Matanda, soit 12 cas/an. Durant cette période, 2040 laparotomies ont été réalisées dont 34 fistules post opératoires, soit 1,6%.

Données épidémiologiques

Age : L'âge moyen était de 37,8 ans avec des extrêmes de 07 et 75ans.

Sexe : Les patients se répartissaient en 21 hommes (43,8%) et 27 femmes (56,2%), soit un sex ratio de 0,8.

Provenance : Trente-deux patients (soit 66,7% des cas), venaient de la périphérie et 16 (33,3%) de la ville de Butembo.

Profession : La profession a été précisée dans 44 cas représentée dans le tableau II. Les ménagères ont prédominé avec 41,7% des patients.

Tableau 2: Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	N=48	Pourcentage
Ménagère; n (%)	20	41,7
Cultivateur ; n (%)	11	22,9
Travailleur du secteur informel; n (%)	07	14,6
Elève/étudiant; n (%)	05	10,4
Sans fonction; n (%)	04	8,3
Fonctionnaire de l'Etat ; n (%)	01	2,1
Total; n (%)	48	100

3.2. Données cliniques

Signes généraux

La fréquence des signes généraux est représentée dans le tableau 3. L'anémie a été le signe général le plus observé (58,3%).

Tableau 3: Fréquence des signes généraux

Signes généraux	N=48	Pourcentage
Anémie; n (%)	28	58,3
Fièvre ; n (%)	24	50
Amaigrissement; n (%)	27	56,3

Localisation de l'orifice externe

La localisation de l'orifice efférent des fistules la plus fréquente a été observée sur l'incision médiane (41,7%).

Tableau 4. Localisations de l'orifice externe des fistules n = 48

Orifice externe de la fistule	N=48	pourcentage
Incision médiane	20	41,7
Orifice de drainage	17	35,4
Flanc	06	12,5
Ombilic	05	10,4
Total	48	100

Phagédénisation

Une phagédénisation de la peau a été notée dans 30 cas (62,5%) et un aspect normal de la peau dans 18 cas (37,5%).

3.3. Constats préopératoires

Etiologies des fistules stercorales

Les fistules stercorales post opératoires ont été retrouvées chez 70,8% des patients et les fistules stercorales spontanées ont été observées dans 29,2% des cas. Toutes les hernies étranglées ont été compliquées de phlegmon pyostercoral qui a fistulisé. L'appendicite a été plus incriminée comme facteur causal dans 20,8% des cas. Les fistules stercorales spontanées sont apparues entre le 2ème et le 5ème jour après l'étranglement herniaire et les fistules post opératoires dans les 5 jours qui ont suivi l'intervention initiale.

Tableau 5 : Etiologies des fistules stercorales n = 48

Etiologie	Phénomène incriminé	Effectif	%
Fistules postopératoires			
Appendicectomie	Mauvaise ligature du moignon	10	20,8
OIA	Lâchage d'anastomose	8	16,6
Affections gynécologiques	Viscerolyse	8	16,6
Perforation typhique	Lâchage de suture iléale	7	14,6
Perforation gastrique opérée	Lâchage de suture gastrique	4	8,4
Fistules spontanés			
Hernie inguinale étranglée	Phlégon pyostercorale fistulisé	6	12,5
Hernie ombilicale étranglée	Phlégon pyostercorale fistulisé	5	10,4
Total		48	100

a. Etude des orifices

Dans 52,1% des cas, l'orifice interne de la fistule a été retrouvé sur l'iléon.

Tableau 6. Localisation de l'orifice viscéral de la fistule

Localisations de l'orifice interne	N=48
Iléon; n (%)	25(52,1%)
Caecum; n (%)	06(12,5%)
Colon; n (%)	06(12,5%)
Jéjunum; n (%)	05(10,4%)
Rectum; n (%)	04(8,3%)
Estomac; n (%)	02(04,2%)
Total	48(100%)

3.4. Traitement

L'intervention de réparation immédiate a concerné 89,58% des malades. La résection intestinale et anastomose immédiate ont été l'acte opératoire le plus pratiqué (37,5%).

La toilette abdominale au NaCl a été faite chez tous les patients et l'intervention a été terminée par un drainage de la cavité abdominale.

Tableau 7. Traitement chirurgical des fistules, N= 48

Traitement de la fistule	N=48
Résection intestinale + anastomose immédiate; n (%)	18(37,5%)
Avivement suture des berges de la perforation; n (%)	15(31,25%)
Résection intestinale + anastomose immédiate+ cure de la hernie; n (%)	10(20,83%)
Intervention de sauvetage; n (%)	05(10,42%)
Total	48(100%)

3.5. Complications

A l'issue du traitement chirurgical, 35 patients sur 48 (72,9%) ont présenté des complications. La suppuration pariétale a été la complication la plus observée dans notre série avec 37,5%. Les différentes complications sont représentées dans le tableau VIII.

Tableau 8: Fréquence des complications post opératoires des fistules N=48

Localisations de l'orifice afférent	N=48
Suppuration pariétale; n (%)	18(37,5%)
Aucune; n (%)	13(27,1%)
Récidive; n (%)	10(20,8%)
Escarre; n (%)	07(14,6%)
Total	48(100%)

3.6. Evolution

Globalement, le taux de guérison par rapport au nombre de malades opérés était de 62,5%.

La mortalité globale était de 18 cas sur 48 (37,5%). Ces décès ont été observés dans un tableau de septicémie, de dénutrition et de choc hypovolémique. Les causes de mortalité postopératoire étaient, dans plus de deux tiers des cas en rapport avec la fistule (complications infectieuses générales : 40 %, péritonite : 10 %, éviscération : 10 %, fistulisation : 10 %), dans un tiers des cas, sans rapport évident avec la fistule (complications cardiorespiratoires ou thromboemboliques). Le séjour moyen hospitalier était de 36,2 jours, avec des extrêmes de 1 et 174 jours (6 mois).

Nous avons obtenu les observations ci-dessous: l'âge avancé > 50 ans, la ré intervention précoce ≤ 6 semaines, la septicémie, la dénutrition, Anémie et le siège proximale la fistule sur le tube digestif ont été des facteurs associés à la mortalité chez les patients suivis dans notre étude.

Tableau 9 : Facteurs liés à la mortalité des fistules digestives.

Variables	Decès	Survivant	OR	95% CI	P value
Age> 50 ans	10	26	1.00	0.84-4.16	0.1201
Multiplicité de fistules	7	21	0.867	0.81-2.52	0.2199
Dénutrition	17	12	3.683	1.65-5.49	0.0002
Septicémie	13	10	3.380	1.82-8.51	0.0002
Débitabondant	7	12	1.517	0.35-5.54	0.6451
Anémie	16	10	4.160	2.19-9.38	0.0000
Siège proximal	16	9	4.622	1.52-5.62	0.0008
Réinterventionprécoce	17	6	7.367	2.81-13.40	0.0011

La dénutrition, la septicémie, l'anémie, la proximité du siège et la réintervention précoce multipliait successivement par 3,683 ; 3,38 ; 4,16 ; 4,622 et 7,367 le risque de décès dans notre étude.

4. DISCUSSION

La fréquence des fistules stercorales dans notre étude était de 12 cas par an. ENI en 2013 au Nigéria [7] et Visschers [8] en 2014 aux Pays-Bas, avaient observé des fréquences inférieures à la nôtre, respectivement de 5 et 8 fistules/an.

La moyenne d'âge de nos patients de 37,8 ans est inférieure à celle retrouvée par Visschers [8] qui était de 57 ans. L'espérance de vie élevée de la population européenne expliquerait cette différence. La prédominance féminine trouvée dans notre série (56,2% des cas) a été également notée par Visschers [8] qui a trouvé 51,9%. Eni [7] a observé une prédominance masculine (59,3%). L'importance des affections gynécologiques (16,6% des cas) dans notre série pourrait en être la cause. La majorité des patients (soit 66,7% des cas) venaient de la périphérie. Ce résultat est en accord avec les recherches de Mawdsley [9] en 2014 en Australie et ENI [7] au Nigéria, qui avait observé notaient respectivement à 83,3% et 62,8% des patients, référés des centres de santé périphériques. 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 du fait du recours initial au traitement traditionnel.

Toute chirurgie sur le tube digestif est susceptible d'entraîner une fistule entérocutanée[18]. Ainsi, dans notre série, les fistules stercorales post opératoires ont été retrouvées chez la majeure partie des patients (70,8% des cas). Hollington[10], Visschers [8] et Eni [7] ont observé l'origine postopératoire dans respectivement 84,8%, 88,1%, 94,4% de fistules stercorales. Les fistules spontanées n'ont été retrouvées que dans 29,2% des cas dans notre série. Un cas de fistule stercorale spontanée a été rapporté dans chacune des séries de Rai [11], Ohene-Yeboah [12] et Elusoji [13]. Ces cas sporadiques évoqués dans la littérature témoignent de la moindre fréquence des fistules spontanées.

58,3% de nos patients étaient anémiés et 56,3% présentaient un syndrome infectieux (Tableau III). Nos résultats se rapprochent de ceux de VISSCHERS [8] et Dionigi [4] qui ont rapporté respectivement 63% pour l'anémie et 54,1% pour le syndrome infectieux. Nous avons noté un état de dénutrition chez la moitié des patients, soit 50% des cas (Tableau IX). Traoré [14] au Burkina-Faso, en 2012, faisait également ce constat avec 91,3% de cas de dénutrition.

Autour de la fistule, il a été observé une phagédénisation de la peau dans 62,5% des cas. Les difficultés d'appareillage adéquat des fistules, l'absence d'irrigation permettant de réduire la causticité du liquide digestif, l'absence d'administration de la somatostatine pouvant entraîner une diminution du débit fistuleux expliqueraient notre taux important de phagédénisation de la peau

observée. Le débit fistuleux est d'autant plus important que l'origine de la fistule est haute (duodénum ou jéjunum). Dans la littérature, il est habituellement considéré qu'au-delà de 500 ml/24h, la fistule est à haut débit avec un risque important de dénutrition et d'infection, d'où sa valeur pronostique [4]. Dans notre série, le débit de la fistule en ml/24h n'a pu être précisé. Toutefois sont ressorties des notions telles peu abondant et abondant que nous avons corrélées aux fistules à bas et à haut débit. Ainsi, nous avons retrouvé une prédominance des fistules à haut débit (70,8% des cas), comme LI [15] en 2013 en Chine qui notait 70,03%.

Les fistules stercorales spontanées sont apparues entre le 2ème et le 5ème jour après l'étranglement herniaire et les fistules post opératoires dans les 5 jours qui ont suivi l'intervention initiale. Lévy [16] en France et SORO [17] en Côte d'Ivoire ont montré que la majeure partie des fistules apparaissaient entre le 5ème et le 15ème jour après l'intervention initiale. L'extériorisation de la fistule à la faveur de la reprise du transit (généralement entre le 3ème et le 5ème jour post opératoire) expliquerait cela.

Le lâchage de suture digestive a représenté la principale cause des fistules post opératoires avec 60,4% des cas (Tableau V). Traoré [14] au Burkina-Faso a enregistré 65,2% de fistules stercorales par désunion anastomotique. Plusieurs auteurs [2, 15] ont rapporté également la fréquence élevée de cette étiologie. Des fistules iatrogènes par viscérolyse avec dépéritonisation ont été retrouvées dans la chirurgie gynécologique (16,6%) des cas. Lévy [16] en France et Stawicki [18] aux USA ont retrouvé aussi cette étiologie. 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[14].

Dans notre étude, tous les patients ont bénéficié d'une réanimation faite de compensation des pertes hydro-électrolytiques et d'une antibiothérapie. Vingt-huit patients (58,3%) ont bénéficié d'une transfusion de sang isogroupe isorhésus et du fer + acide folique per os (Tableau 3). Cette réanimation pourrait aboutir soit à une fermeture spontanée de la fistule, soit à un meilleur conditionnement du patient pour l'intervention de réparation. La nutrition parentérale totale n'a été effective que chez 4 patients (8,3% des cas) pour des raisons de disponibilité et de cout des produits. Hollington [10], Vischer [8] ont effectué respectivement une nutrition parentérale totale chez 51,6% et 60,7% des patients de leur série.

Tous nos patients ont été traités chirurgicalement. Ce taux est de loin supérieur de ceux d'Hollington [10] et de Vischer [8] qui ont rapporté 60,3% et 71,9%. Ce constat se justifierait d'une part par le fait que la majorité de nos cas étaient des fistules anastomotiques larges et précoces à l'origine d'une péritonite diffuse grave. Vischer [8] l'estimait à 42 jours, Stawicki [18] à 90 jours et Hollington

[10] à 240 jours pour s'assurer d'obtenir un état nutritionnel optimum et un contrôle de tout foyer septique avant l'intervention.

Lors de l'intervention de réparation, l'orifice interne de la fistule a été retrouvé majoritairement au niveau de l'iléon (52,1%) (Tableau 4). Hollington [10] et Mawdsley [9] ont retrouvé également cette localisation dans respectivement 76,6% et 57,9% des cas. Cette fréquence s'expliquerait par le fait que l'intestin grêle est le siège fréquent des pathologies inflammatoires et est plus fréquemment retrouvé parmi les viscères herniés du fait de sa mobilité et de sa petite taille par rapport au colon. L'intervention de réparation immédiate a concerné 89,58% des malades opérés. Notre résultat est supérieur à celui de Lévy [16] qui a noté 80%. La résection intestinale avec anastomose immédiate a été réalisée dans 18 cas, soit (37,5%) et l'avivement-suture des berges de la perforation dans 17 cas, soit (35,4%). Certains auteurs [1] 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 [4,9].

L'intervention de sauvetage d'emblée a intéressé 10,42 % des malades opérés dans un tableau septique péritonéal précoce et grave (Tableau 7). Ce taux est inférieur à celui des autres séries [9,15]. Cependant, une telle attitude entraîne bien entendu la prolongation de l'hospitalisation et nécessite une réintervention [8].

A l'issue du traitement chirurgical, environ 3/4 de nos patients opérés (72,9%) ont présenté des complications parmi lesquelles la suppuration pariétale avec 18cas (51,4%) (Tableau 8), ce qui est supérieur au résultat de Lévy [16] qui a noté 40%. 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 dans 10 cas (28,6%) se rapprochait des taux rapportés par Traoré [14] et Hollington [10] de l'ordre de 26,7% et 33%.

La mortalité globale dans notre série était de 37,5%. Notre taux est supérieur à ceux de Vischer [8] qui a noté 9,6%, LI [15] 5,5% et Mawdsley [9] 15%. Ce taux élevé de décès pourrait, dans notre contexte, être lié aux moyens limités de réanimation médicale du fait de la pauvreté des patients.

Dans notre étude : la dénutrition, la septicémie, l'anémie, la proximité du siège et la réintervention précoce multipliait successivement par 3,683 ; 3,38 ; 4,16 ; 4,622 et 7,367 le risque de décès (Tableau IV). Il a été démontré par plusieurs études [8,9] que l'âge supérieur à 50 ans, la multiplicité de fistules, la dénutrition,

la septicémie, l'abondance du débit, le choc hypovolémique, la proximité du siège et les réinterventions multiples sont des facteurs favorisant l'incertitude du pronostic.

Ainsi, notre étude a montré qu'une reprise précoce d'anastomose ou de suture retarde considérablement la cicatrisation et majore le risque de récidives et de décès, expliquant la nocivité des réinterventions rapprochées sur les anastomoses et les dangers des tentatives de suture itérative précoce [9]. Quelle que soit la situation, un traitement médical bien conduit doit être poursuivi suffisamment longtemps (au minimum 45 jours avant de conclure à son échec). S'il ne permet toujours pas d'assurer la cicatrisation et une fermeture spontanée de la fistule, cependant, il permet d'attendre et d'amener le patient à l'intervention de réparation définitive dans les meilleures conditions possibles : disparition des phénomènes inflammatoires, du sepsis et état nutritionnel correct. Il faut résister à l'idée de vouloir gagner du temps en intervenant plus précocement (difficulté d'appareillage, sollicitations du patient ou de l'entourage).

En effet, l'anémie chronique, par ses spoliations sanguines mineures mais répétées entraîne une hypoxie tissulaire et fait le lit des hypoprotidémies rebelles [2]. La carence en apports alimentaires est conditionnée par l'anorexie, qui manque rarement. L'infection, toujours omnipotente quand elle est présente, environ 6 fois sur 10 peut entraîner, en association avec une fistule entérocutanée à haut débit, un amaigrissement et une fonte musculaire proche de 1 kg/j. [4, 9]

Le séjour moyen hospitalier a été, dans notre étude, de 36,2 jours, avec des extrêmes de 1 et 174 jours, ce qui est inférieur à celui retrouvé par Vischer [8], qui était de 56 jours avec des extrêmes de 6 et 317 jours. Cette différence pourrait s'expliquer par le traitement médical prolongé souvent adopté dans de nombreuses séries [1, 8,9]. Aussi, les difficultés à traiter médicalement une fistule digestive contraignent à élargir les indications opératoires dans notre contexte, ce qui contribuerait à réduire la durée d'hospitalisation [17].

CONCLUSION

Cette étude portait sur les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des fistules stercorales à l'hôpital Matanda de Butembo, en République Démocratique du Congo et avait comme objectif de cerner l'importance du problème, d'analyser la prise en charge des patients et d'apprécier les résultats obtenus; afin de contribuer à la prévention des fistules stercorales dans notre milieu et à l'amélioration de leur prise en charge.

En cela, les fistules stercorales constituent toujours une préoccupation pour les praticiens de la chirurgie digestive. Les fistules stercorales sont beaucoup plus post opératoires que spontanées. Les étiologies des fistules post opératoires sont en majorité liées aux désunions anastomotiques, et celle des fistules spontanées sont lié au phlegmon pyostercoral fistulisé. Du fait de la dénutrition importante

qu'elles entraînent, une bonne réanimation pourrait permettre le tarissement de la fistule ou à défaut la mise du patient dans de bonnes conditions pour l'opération, ce qui permettrait d'éviter les récidives et de diminuer la mortalité.

La pierre de touche de la guérison d'une fistule entérocutanée est dans la primauté du traitement médical initial. En l'absence, contrôlée régulièrement, de critères formels de réintervention qui forceraient la main du chirurgien pour une intervention de sauvetage au pronostic encore désastreux, seul un temps médical prolongé plusieurs semaines permet, soit la guérison médicale de la fistule entérocutanée, soit l'accès optimal à un temps chirurgical réglé de réparation au pronostic plus favorable.

La prise en charge nutritionnelle par une équipe spécialisée est indispensable dans tout milieu hospitalier afin d'améliorer le pronostic tant vital que fonctionnel des patients avec fistules stercorales.

REFERENCES

1. Chaudry R. The challenge of enterocutaneous fistulae. *MJAFI*. 2014; 60: 235-8
2. Ajoa O G, Shehri M Y. Enterocutaneous fistula. *Saudi J Gastro enterol* 2011; 7: 51-4.
3. ChichomMefire A, Tchounzou R, Masso MP, Pisoh C, Pagbe JJ, Essomba A. Réinterventions de chirurgie abdominale en milieu défavorisé: indications et suites opératoires (238 cas). *J Chir Visc* 2009 août; 46 (4): 387-91.
4. Dionigi G, Dionigi R, Rovera F, Boni L. Treatment of high output enterocutaneous fistulae associated with large abdominal wall defects: single center experience. *IJS* 2008; 6 (1): 51-6.
5. Bureau de l'Etat civil de la Ville de Butembo. Statistiques de la population de la Ville de Butembo 2014. Butembo : Etat Civil ; 2014.
6. 5-Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles. <http://www.iph.fgov.be/epidemie/Initiative> pour la promotion de la qualité et épidémiologie dans les cliniques multidisciplinaires du pied Diabétique. Années 2014-2015. Date de consultation : Le 12 décembre 2015.
7. Eni UE, Na'aya HU, Gali BM. Aetiology, management and outcome of enterocutaneous fistulas in Maiduguri, Nigeria. *Niger J Clin Pract* 2013 Sep; 10(3): 270.
8. Visschers RG, Damink SW, Winkens B, Soeters PB, Gemert WG. Treatment strategies in 135 consecutive patients with enterocutaneous fistulas. *World J Surg* 2014; 32: 445-53.
9. Mawdsley JE, Hollington P, Bassett P, Windsor AJ, Forbes A, Gabes SM. An analysis of predictive factors for healing and mortality in patients with enterocutaneous fistulas. *AP&T* 2008 July; 28: 1111-21.

10. Hollington P, Mawdsley J, Lim W, Gabe SM, Forbes A, Windsor J. An 11-year experience of enterocutaneous fistula. *Br J Surg.* 2014; 91: 1646-51
11. Rai A, Kumar A, Pahwa H, Rajamanickam S, Sonkar A, Kaur G. Spontaneous enterocutaneous fistula – A rare presentation. *The internet journal of surgery.* 2009; 18 (2).
12. Ohene-Yeboah M. Entero-scrotal fistula in a Ghanaian adult: a case report of the spontaneous rupture of a neglected strangulated inguinal hernia. *Hernia* 18 May 2010;2.
13. Elusoji SO, Osime OC, Iribhogbe PE, Egwaikhide EOA, Egbagbe EE. Spontaneous enterocutaneous fistula in an HIV positive patient. *Pak J Med Sci.* October-December 2007; 23(5): 788-9.
14. Traoré SS, Kafando R, Sanou J, Deva S, Dakouré R, Sanou A. Les désunions anastomotiques après résection intestinale au centre hospitalier national yalgadoouédraogo (chnyo) ouagadougou (bf). *Annales de l'université de ouagadougou* 1998 ; 6 : 63-7.
15. Li J, Ren J, Zhu W, Yin L, Han J. Management of enterocutaneous fistula: 30-year clinical experience. *Chin Med J (Engl)* 2013; 116 (2) : 171-5.
16. Levy E, Olivier JM, Masini JP, Desnault H, Tired E, Nordlinger B, Hannoun L, Parc R. Fistules entéro-cutanées post-opératoires – Données actuelles. *Encycl Méd Chir –Elsevier, Paris, Gastro-entérologie, 9-067-A10, 1996 : 16 pages.*
17. Soro KG, Coulibaly A, Yapo P, Koffi G, N'Da HA, Ehua SF et al. Pronostic des fistules digestives post opératoires au CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Mali Méd* 2006; XXI (4): 12-5.
18. Stawicki SP, Braslow BM. Absite corner, Gastrointestinal fistulae. *OPUS 12 Scientist* 2008; 2 (1): 13-6.