

BURKINA FASO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
DES SCIENCES DE LA SANTE

SECTION MEDECINE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2001/2002

THESE N°: 46

**LES PERITONITES AIGUES GENERALISEES :
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES
AU CHNSS DE BOBO-DIOULASSO.
(A PROPOS DE 369 CAS)**

THESE

présentée et soutenue publiquement le 07 janvier 2002
pour l'obtention du grade de **DOCTEUR EN MEDECINE**
(Diplôme d'Etat)

par

DA Doméouné Cyriac

Né le 03 décembre 1972 à Banfora (Burkina Faso)

Jury

Directeur de thèse : Pr. Amadou SANOU

Président : Pr. Ag. Piga Daniel ILBOUDO

Codirecteurs : Dr. Si Simon TRAORE

Membres : Dr. Michel AKOTIONGA

Dr. Timothée KAMBOU

Dr. Timothée KAMBOU

Dr. Rigobert THJOMBIANO

LISTE DU PERSONNEL

LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS DE L'UFR/SDS

Directeur	Pr. Amadou SANOU
Directeur Adjoint	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur de la Section Pharmacie	Pr. I. Pierre GUISSOU
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr OUEDRAOGO / TRAORE Rasmata
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr. Amadou SANOU
Secrétaire Principal	M. TRAORE Fakouo
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mme Christine NARE
Responsable de la Bibliothèque	M. Salif YADA
Chef de la Scolarité	Mme Kadi ZERBO
Secrétaire du Directeur	Mlle Michèle K. ILBOUDO
Secrétaire du Directeur Adjoint	Mme KABRE Hakiéta

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR/SDS
AU TITRE DE L'ANNEE 2001 / 2002

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires (08)

Rambré Moumouni OUIHINGA	Anatomie-Organogenèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO (in memoriam)	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie

Professeur associé (01)

Blaise KOUDOGBO	Toxicologie
-----------------	-------------

Maîtres de Conférences agrégés (19)

Julien YILBOUDO	Orthopédie -Traumatologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie -Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne/Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
Ludovic KAM	Pédiatrie
Adama LENGANI	Néphrologie
Oumar TRAORE N°1	Orthopédie-Traumatologie
Kampadilemba OUOBA	Oto Rhino Laryngologie

Piga Daniel ILBOUDO	Hépatogastro-entérologie
Albert WANDAOGO	Chirurgie Pédiatrique
Adama TRAORE	Dermatologie-Vénérologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation
Théophile L. TAPSOBA	Biophysique - Médecine Nucléaire

Maîtres-Assistants (23)

Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
Si Simon TRAORE	Chirurgie
Abdoulaye TRAORE	Santé Publique
Daman SANO	Chirurgie Générale
Patrice ZABSONRE	Cardiologie
Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Georges KI-ZERBO	Maladies Infectieuses
Rabiou CISSE	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie-Obstétrique
Alain BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Boubakar TOURE	Gynéco-Obstétrique
Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie
Alain ZOUBGA	Pneumologie
Boubacar NACRO	Pédiatrie
Abel KABRE	Neuro-Chirurgie
Maïmouna DAO / OUATTARA	ORL
Nicole Marie KYELEM / ZABRE	Maladies Infectieuses

Antoinette TRAORE / BELEM	Pédiatrie
Kapouné KARFO	Psychiatrie
Timothée KAMBOU	Chirurgie
Jean Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie
Ali NIAKARA	Cardiologie
André K. SAMANDOULOUGOU	Cardiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Nonfounikoun Dieudonné MEDA	Ophthalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Nazimigouba OUEDRAOGO	Réanimation
Diarra YE / OUATTARA	Pédiatrie
Laurent OUEDRAOGO	Santé Publique
Lassina SANGARE	Bactério-Virologie

Assistants

T.Christian SANOU (in memoriam)	Oto Rhino Laryngologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation- Physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomic-Chirurgie
Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
Bobliwendé SAKANDE	Anatomie-Pathologique
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie

Arsène M. D. DABOUE	Ophthalmologie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail
S. Christophe DA	Chirurgie
Aurélien Jean SANON	Chirurgie
Claudine LOUGUE / SORGHO	Radiologie
Barnabé ZANGO	Chirurgie
L. Valerie Adélaïde NÉBIE	Cardiologie
Blandine THIEBA	Gynécologie-Obstétrique
Abdel Karim SERME	Gastro-Entérologie
Moussa BAMBARA	Gynécologie-Obstétrique
Fatou BARRO	Dermatologie
Olga LOMPO	Anatomie Pathologique
Appolinaire SAWADOGO	Gastro-Entérologie
Martial OUEDRAOGO	Pneumo-Phthisiologie
Moussa KERE	Santé Publique
Innocent NACOUлма	Orthopédie-Traumatologie
P. Antoine NIAMPA	Dermatologie
Françoise Danielle MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-Obstétrique
Z. Théodore OUEDRAOGO	Santé Publique
P. André KOALAGA	Gynécologie-Obstétrique
Emile BANDRE	Chirurgie générale et digestive
Syranyan SEKOULE	Psychiatrie
Dieudonné OUEDRAOGO	Chirurgie maxilo-faciale
Moussa OUEDRAOGO	Pharmacologie

Assistants Biologistes des Hôpitaux

Idrissa SANOU	Bactério-Virologie
Harouna SANON	Hématologie/Immunologie

Issa	SOME	Chimie Analytique
Rasmané	SEMDE	Galénique
Elic	KABRE	Biochimie
Jean	SAKANDE	Biochimie

Assistant associé (01)

Valérie MURAILLE	Galénique et Chimie-Analytique
------------------	--------------------------------

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

UFR des Sciences de l'environnement et de la terre (UFR/SET)

et

UFR des Sciences exactes et Appliquées (UFR/SEA)

Professeurs Titulaires

Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita GUINKO	Botanique-Biologie Végétale
Guy V. OUEDRAOGO	Chimie Minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie Cellulaire
Laou Bernard KAM (in memoriam)	Chimie
Patoin Albert OUEDRAOGO	Zoologie

Maîtres de Conférences

Boukary LEGMA	Chimie-Physique Générale
François ZOUGMORE	Physique
Adama SABA	Chimie Organique
Philippe SANKARA	Cryptogamie-Phytopharmacie
Gustave KABRE	Biologie Générale

Maîtres-Assistants

Makido B. OUEDRAOGO	Génétique
Raymond BELEMTOUGOURI	T.P. Biologie Cellulaire
Drissa SANOU	Biologie Cellulaire

Assistants

Apolinaire BAYALA (in memoriam) Physiologie

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de Conférences

Didier ZONGO Génétique

Georges Amicet OUEDRAOGO Biochimie

UFR des Sciences Economiques et de Gestion (UFR/SEG)

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE Economie-Gestion

UFR des Sciences Juridiques Politiques (UFR/SJP)

Assistants

Jean Claude TAITA Droit

ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. DAHOU (in mémoriam) Hydrologie

Dr Annette OUEDRAOGO Stomatologie

Dr Adama THIOMBIANO Législation Pharmaceutique

Dr Sidiki TRAORE Galénique

Mr Mamadou DIALLO Anglais

Dr Badioré OUATTARA Galénique

Dr Alassane SICKO Anatomie

Dr Aline TIENDREBEOGO Chimie Analytique et contrôle médic.

Dr Noël ZAGRE Nutrition

Dr Maminata TRAORE / COULIBALY Biochimie

Dr Seydou SOURABIE Pharmacognosie

Dr Félix KINI Chimie

Dr Lamine OUEDRAOGO Biologie Cellulaire

Dr Marie Françoise OUEDRAOGO Mathématiques

Mme Cecile OUEDRAOGO

Anglais

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES
A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKHATE

Hématologie (Dakar)

Pr. Abibou SAMB

Bactério-Virologie (Dakar)

Pr. Mbayang NDIAYE-NIANG

Physiologie (Dakar)

Pr. Emmanuel BASSENE

Pharmacognosie (Dakar)

Pr. Mamadou BADIANE

Chimie Thérapeutique (Dakar)

Pr. Babacar FAYE

Pharmacologie (Dakar)

Mission Française de Coopération

Pr. Etienne FROGE

Médecine Légale

Pr. Raphaël DARBOUX

Histologie-Embryologie

Mission de l'Université Libre de Bruxelles
(ULB)

Pr. Jean NEVE

Chimie Thérapeutique

Pr. Viviane MOES

Galénique

Mission avec les autres universités

Pr. André BIGOT

Immunologie

AVERTISSEMENT

“ Par délibération, l’UFR des Sciences de la santé a arrêté : que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu’elle n’entend leur donner aucune approbation ni réprobation. ”

DEDICACES

A ma mère et mon père.

La graine que vous avez semée est arrivée à maturité. Acceptez ce travail, fruit de l'amour du travail que vous m'avez inculqué. Soyez rassurés de mes sentiments filiaux.

A mes sœurs et frères.

Nous menons le même combat : ne pas décevoir nos parents et rester unis. La réussite de l'un est celle des autres. Ce travail n'est qu'une étape. C'est le fruit de nos efforts à tous, soyons-en fiers.

A mes tantes, oncles, cousines, cousins.

Vous êtes très nombreux, vous qui, dans la discrétion ou au grand jour, m'avez conseillé et soutenu, vivants ou prématurément auprès des ancêtres. A travers ce travail, acceptez ma profonde gratitude.

A mes amies et amis.

Que ce travail renforce nos liens d'amitié.

A l'A.J.S.T.L.

Nos objectifs sont nobles et doivent être toujours défendus. Ce travail est également le vôtre et devrait maintenir cet élan de solidarité.

A la promotion 91 FSS.

Nous avons connu des conditions d'étude et des moments inoubliables. La lutte continue.

A la promotion Bobo 98 stage interné.

Malgré un effectif réduit de 9 stagiaires, nous avons su forcer l'admiration de tous. L'ardeur au travail, la solidarité et la compréhension mutuelle ont été notre atout. Soyons-en fiers.

Au personnel du CHNSS et particulièrement de la chirurgie " B ".

La franche collaboration a été d'un grand soutien à notre formation et à la réalisation de la présente œuvre. Sincères remerciements.

A tous ceux qui de façon anonyme ont apporté leur contribution à ma formation et / ou la présente œuvre, mes sincères remerciements.

A NOS MAITRES ET JUGES

Professeur A. SANOU

Professeur de chirurgie générale et digestive.

Chef du département de chirurgie, président de l'ordre des médecins, directeur de l'UFR 'SDS.

Malgré vos hautes fonctions, vous avez accepté de trouver du temps pour parrainer cette étude.

Vos qualités professionnelles reconnues au-delà des frontières du Burkina Faso, vos compétences de bon pédagogue et votre humanisme nous ont plus que convaincu de nous mettre à votre école. Veuillez accepter nos sentiments de profond respect.

Professeur P. D. H. BOUDO

Professeur agrégé d'hépto-gastro-entérologie.

Chef de service de la médecine « B » du CHNYO.

Cher maître, nous avons été très ému par votre prompt acceptation de modifier votre emploi de temps pour présider ce jury. Cela témoigne du grand intérêt que vous accordez à la formation de vos élèves. Nous en avons bénéficié par les enseignements reçus aussi bien à la faculté qu'au cours des stages hospitaliers. Vous êtes si proches de vos élèves que vous ne ménagez aucun effort pour vous déplacer à Bobo à plusieurs reprises afin de les y encadrer.

Acceptez cher maître nos balbutiements pour vous témoigner de notre profonde gratitude.

Dr. S.S. TRAORE

Maître-assistant en chirurgie.

Vos qualités professionnelles et pédagogiques sont indéniables. Votre humanisme incommensurable a fait que vous n'avez pas hésité à apporter votre contribution à la réalisation de cette étude. Nous vous témoignons une profonde gratitude.

Dr. T. KAMBOU

Maître-assistant en chirurgie.

Votre rigueur et le goût du travail bien accompli se répercutent sur l'organisation du service que vous dirigez. Nous avons fait le bon choix en sollicitant votre concours à la réussite de ce travail.

Recevez notre profonde gratitude.

Dr. M. AKOTIONGA

Maître-assistant en gynécologie - obstétrique.

Votre humanisme et votre jovialité sont des qualités que nous voudrions incarner. Nous avons beaucoup appris avec vous, de par votre rigueur au travail. Infatigable, vous êtes beaucoup sollicité. Malgré tout vous avez accepté de juger ce travail. Acceptez nos sincères remerciements.

Dr. R. THIOMBIANO

Assistant chef de clinique des maladies infectieuses.

Vous avez toujours su mettre de l'ambiance dans votre service et être exigeant au moment où il faut. Votre humanisme fait que vous êtes un éducateur disponible à tous et à tout moment. Nous sommes honorés que vous jugiez ce travail. Recevez nos sincères remerciements.

LISTE DES ABREVIATIONS

ASP = Abdomen sans préparation

CHNSS = Centre hospitalier national Souro Sanon

CHNYO = Centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo

ENSP = Ecole nationale de santé publique

FID = Fosse iliaque droite

NFS = Numération formule sanguine

PAG = Péritonite aiguë généralisée

coll. ou al = Collaborateur

LISTE DES TABLEAUX.

Tableau I : PAG au CHNSS : provenance des malades	page 26
Tableau II : PAG : répartition des patients par classe d'âge	page 26
Tableau III : PAG : répartition selon les étiologies	page 30
Tableau IV : PAG : décès selon les étiologies	page 31
Tableau V : perforation iléale typhique : fréquence par an	page 32
Tableau VI : perforation iléale typhique : provenance des malades	page 32
Tableau VII : perforation iléale typhique : fréquence mensuelle	page 33
Tableau VIII : perforation iléale typhique : répartition par classe d'âge	page 33
Tableau IX : perforation iléale typhique : complications selon la technique chirurgicale	page 36
Tableau X : péritonite appendiculaire : fréquence par an	page 37
Tableau XI : péritonite appendiculaire : provenance des patients	page 37
Tableau XII : péritonite appendiculaire : provenance des malades	page 37
Tableau XIII : péritonite appendiculaire : répartition par classe d'âge	page 40
Tableau XIV : perforation d'ulcère gastro-duodéal : fréquence par an	page 40
Tableau XV : perforation d'ulcère gastro-duodéal : provenance des malades	page 40
Tableau XVI : perforation d'ulcère gastro-duodéal : fréquence mensuelle	page 40
Tableau XVII : perforation d'ulcère gastro-duodéal : répartition par classe d'âge	page 43
Tableau XVIII : péritonite primitive : fréquence par an	page 43
Tableau XIX : péritonite primitive : provenance des malades	page 43
Tableau XX : péritonite primitive : répartition par classe d'âge	page 45
Tableau XXI : péritonite génitale : fréquence par an	page 45
Tableau XXII : péritonite génitale : provenance des malades	page 46
Tableau XXIII : péritonite génitale : répartition par classe d'âge	page 48
Tableau XXIV : péritonite post-opératoire : répartition par classe d'âge	page 50
Tableau XXV : rupture d'abcès du foie : répartition par classe d'âge	page 50

LISTE DES FIGURES.

Figure n°1 : fréquence par année des péritonites aiguës généralisées (PAG)	page 25
Figure n° 2 : répartition des PAG selon le sexe	page 27

TABLE DES MATIERES

	Page
<i>INTRODUCTION- ENONCE DU PROBLEME</i>	<i>1</i>
<i>PREMIERE PARTIE : GENERALITES</i>	<i>3</i>
I. RAPPELS PHYSIOPATHOLOGIQUES	4

II. DIAGNOSTICS.....	5
II.1 DIAGNOSTIC POSITIF.....	5
II.2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.....	13
III. Traitement [15, 38, 53].....	15
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE.....	20
I. Objectifs.....	21
I.1. Objectif général	21
I.2. Objectifs spécifiques	21
II. Méthodologie.....	22
II.1 Cadre d'étude : Services de chirurgie et de réanimation du CHNS	22
II.2. Méthodes.....	22
II.2.1 Type d'étude.....	23
II.2.2 Population d'étude et sélection des sujets.....	23
II.2.3. Collecte des données	24
II.2.4. Analyse des données :	24
III. RESULTATS.....	25
III.1. ETUDE-GLOBALE.....	25
III.1.1. Les aspects épidémiologiques.....	25
III.1.2. Les tableaux cliniques.....	27
III.1.3. Les examens paracliniques.....	28
III.1.4. Le traitement.....	29
III.1.5. Les résultats thérapeutiques.....	30
III.2. ETUDE ANALYTIQUE.....	31
III.2.1. La péritonite par perforation iléale d'origine typhique.....	32
III.2.2. La péritonite appendiculaire.....	36
III.2.3. La péritonite par perforation d'ulcère gastro-duodénal.....	39
III.2.4. La péritonite primitive.....	43
III.2.5. La péritonite d'origine génitale.....	45
III.2.6. La péritonite post-traumatique.....	47
III.2.7. La péritonite par rupture d'abcès du foie.....	50
III.2.8. La Péritonite compliquant une occlusion intestinale.....	52
III.2.9. La péritonite post-opératoire.....	53
III.2.10. La péritonite secondaire à une tumeur.....	54
III.2.11. La péritonite biliaire.....	56
TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRE.....	57
I. Les limites de l'étude.....	58
II. Sur le plan global.....	58
II.1. Les aspects épidémiologiques.....	58
II.1.1. La fréquence.....	58
II.1.2. La résidence.....	58
II.1.3. L'âge.....	59
II.1.4. Le sexe.....	59
II.2. Les tableaux cliniques.....	59
II.3. Les tableaux paracliniques.....	59
II.4. Le traitement.....	60
II.4.1. La réanimation.....	60
II.4.2. La laparotomie.....	60
II.5. Les résultats thérapeutiques.....	60
III. Au plan analytique.....	61
III.1. La péritonite par perforation iléale typhique.....	61
III.1.1. Les aspects épidémiologiques.....	61
III.1.2. Les tableaux cliniques.....	62
III.1.3. Les tableaux paracliniques.....	63
III.1.4. Le traitement.....	63
III.1.5. Les résultats thérapeutiques.....	64
III.2. La péritonite appendiculaire.....	65
III.2.1. Les aspects épidémiologiques.....	65
III.2.2. Les tableaux cliniques.....	66

III. 2. 3. Les tableaux paracliniques.	67
III.2.4. Le traitement.	67
III.2.5. Les Résultats thérapeutiques.	67
III.3. Péritonite par perforation d'ulcère gastro-duodénal.....	67
III.3.1. Les aspects épidémiologiques.	67
III.3.2. Les tableaux cliniques.	68
III.3.3. Les tableaux paracliniques.	68
III.3.4. Le traitement.	68
III.3.5. Les résultats thérapeutiques.	68
III.4. Péritonite primitive.....	71
III.4.1. Les aspects épidémiologiques.	71
III.4.2. Les tableaux cliniques.	71
III.4.3. Les tableaux paracliniques.	71
III.4.4. Le traitement.	71
III.4.5. Les résultats thérapeutiques.	71
III.5. Péritonites rares.	71
CONCLUSION	73
SUGGESTIONS	75
BIBLIOGRAPHIE	77
ANNEXES	89

INTRODUCTION

INTRODUCTION- ENONCE DU PROBLEME.

La péritonite est l'inflammation ou l'infection aiguë du péritoine [38]. Elle peut être primitive ou secondaire, localisée ou généralisée.

La péritonite aiguë généralisée secondaire est consécutive à une lésion du tube digestif ou d'un viscère intra-abdominal. C'est l'évolution mal traitée ou non traitée d'une affection abdominale, le plus souvent médicale, chirurgicale ou traumatique. La péritonite est une affection grave dont le pronostic repose sur la précocité du diagnostic et du traitement instauré. L'arrivée tardive du malade en chirurgie rend les conditions d'opérabilité difficiles avec une évolution post-opératoire incertaine. C'est ainsi que la mortalité des péritonites aiguës généralisées croît selon une courbe exponentielle avec le temps écoulé entre le début des troubles et le traitement chirurgical [3]. Le taux de mortalité pour péritonite selon différents auteurs africains rapportés par Millogo dans son étude, est de 6% à Dakar en 1980, 17,9% à Cotonou en 1984, 15,78% à Brazzaville en 1984, 14,36% en 1983 et 12,37% en 1991 à Ouagadougou [48]. Il s'avère donc nécessaire de recourir systématiquement à une formation sanitaire devant tout syndrome douloureux abdominal persistant afin de réduire la morbidité, voire la mortalité de cette urgence chirurgicale.

Tandis que la péritonite est en nette régression dans les pays développés, elle demeure une des préoccupations majeures de santé publique dans les pays en développement. En effet les péritonites aiguës généralisées ont occupé 6,6% des interventions abdominales selon K. Homavoo au Togo dans les années 1980, cité par Sanou M. J [61]. Elles ont atteint 25,4% au Togo en 1990 selon Ayité [4].

Au Burkina Faso, la prévalence des péritonites aiguës généralisées par rapport aux abdomens aigus chirurgicaux a été estimée à 14,14% [5] en 1982, et a atteint 17,10% en 1991 [53, 61].

A cette différence de nombre de cas annuel de péritonite entre pays développés et pays en développement, il faut ajouter une disparité étiologique par ordre de fréquence entre par exemple la France et le Burkina Faso. C'est ainsi qu'en France [38] les péritonites secondaires prédominantes sont :

- celles par perforation d'ulcère gastro-duodéal ;
- biliaires : cholécystites aiguës lithiasiques ;
- appendiculaires : par perforation ou par diffusion ;

- par perforation colique (in situ ou diastatique) des sigmoïdites, des cancers. des colites inflammatoires ;
- génitales : d'origine salpingienne ;
- post-opératoires.

A noter que la perforation du grêle au cours de la typhoïde, complication classique, y est devenue rare grâce aux progrès de l'hygiène et de la vaccination [15].

Au Burkina Faso, selon Sanou [61], les perforations digestives ont représenté 32,7% de l'ensemble des péritonites dont 26,11% pour les perforations du grêle d'origine typhique, 4,95% pour les perforations d'ulcère gastro-duodéal et 1.7% pour les perforations coliques. Les péritonites appendiculaires faisaient 26.5% des péritonites aiguës généralisées, celles génitales, 16,08%: les péritonites post-opératoires ont représenté 3,65% et celles par rupture d'abcès du foie, 3.30% [61].

Toute fois dans notre pays il n'y a pas encore une étude consacrée aux péritonites aiguës généralisées de façon globale, la question a cependant été évoquée par certains auteurs à l'occasion de leurs thèses de fin d'étude médicale.

En 1983 Bamouni Y.A. [5] a fait un bilan de sept années d'urgence abdominale en Haute-volta. En 1988 Simporé A. [63] s'est intéressé aux perforations de l'intestin grêle à propos de 35 cas colligés dans les services de chirurgie du CHNYO.

En 1991, Sanou M. J. [61] a réalisé une étude similaire et Millogo B.B. [48] a étudié la mortalité opératoire dans le service de chirurgie du CHNYO.

En 1997, Kafando R.J. [31] a étudié les perforations typhiques : aspects cliniques et thérapeutiques à propos de 239 cas colligés au CHNYO.

D'autres auteurs ont fait des publications abordant les péritonites aiguës généralisées [8, 11, 12, 14, 21, 24, 40, 44, 46, 53, 62, 67, 69, 71].

C'est pourquoi à la suite de ces auteurs, il nous est paru intéressant de faire le point sur les péritonites aiguës généralisées en insistant sur les aspects épidémiologiques. les conditions de diagnostic et les méthodes de traitement appliquées, au CHNSS de Bobo-Dioulasso. Nous ferons des suggestions pour réduire l'incidence des péritonites aiguës généralisées.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

I. RAPPELS PHYSIOPATHOLOGIQUES [6, 37, 38]

Deux types de péritonites sont distingués en fonction du mode de contamination du péritoine.

1. Péritonites dites " primitives "

Elles correspondent aux infections de la cavité péritonéale qui surviennent en l'absence de foyer infectieux primaire intra-abdominal ou de solution de continuité du tube digestif. La contamination péritonéale se fait par voie hématogène au cours d'une bactériémie. Ce sont des infections à un seul germe (streptocoque, pneumocoque, chez l'enfant, entérobactéries surtout chez l'adulte). La contamination péritonéale "spontanée" est favorisée par la présence d'une ascite et/ou d'un déficit immunitaire de l'hôte: diabète, syndrome néphrotique, cirrhose, SIDA.

2. Péritonites "secondaires"

Elles sont secondaires à une lésion du tube digestif ou d'un viscère intra-abdominal ou encore à un acte opératoire. La lésion initiale peut être une suppuration (appendicite, cholécystite) ou une nécrose viscérale (strangulation intestinale), et/ ou le plus souvent une perforation du tube digestif (gastrique, duodénale ou intestinale). Les péritonites post-opératoires sont dues habituellement à une désunion d'anastomose ou à l'infection d'une collection liquidienne résiduelle. Les désunions d'anastomose sont favorisées par la tension, l'hémorragie et l'infection. Les collections résiduelles, hématiques ou séreuses sont favorisées par l'hémostase insuffisante et des décollements larges.

L'inoculation péritonéale est donc faite par la flore intestinale polymicrobienne, où le rôle pathogène des entérobactéries (*Echérichia coli*) et des anaérobies (*Bactéroïdes fragilis*) est prédominant, et dont la virulence est accrue par une synergie aérobie-anaérobie.

L'évolution de l'infection après l'inoculation péritonéale dépend, d'une part, de l'importance de celle-ci et de facteurs locaux favorisants (comme le sang ou la nécrose tissulaire), et d'autre part, des moyens de défense de l'organisme. Ces moyens sont locaux (épiploon, drainage lymphatique) et systémiques (phagocytose, fibrinoformation). La constitution d'une péritonite se fait en cas de faillite ou de débordement de ces moyens de défense. Localement, l'inflammation produit une fuite plasmatique importante dans la cavité péritonéale, dans le tissu conjonctif de la séreuse et dans la lumière du tube digestif en état d'iléus paralytique: c'est le "3è secteur" qui peut atteindre 4 à 6 litres par jour. L'absorption séreuse augmentée provoque une diffusion

des toxines et des bactéries dans la circulation générale, qui peut retentir sur toutes les grandes fonctions de l'organisme: défaillances cardio-vasculaire, respiratoire, rénale, digestive, hépatique, neurologique, donnant ainsi la "péritonite grave".

II. DIAGNOSTICS [11, 15, 18, 37-39,55]

II.1 DIAGNOSTIC POSITIF

II.1.1.SEMIOLOGIE COMMUNE.

Les signes d'appel.

- La douleur: le mode d'apparition, l'intensité, la localisation initiale, les irradiations vont orienter vers l'étiologie de la péritonite.
- Les vomissements sont inconstants. Ils peuvent être remplacés par des nausées.
- L'arrêt des matières et des gaz, marque l'apparition de l'iléus. Il peut être remplacé par la diarrhée, surtout au début.

Les signes généraux.

La température, le pouls, l'état du faciès, l'attitude du malade, sont variables avec l'étiologie, et le stade de la péritonite.

L'examen de l'abdomen.

C'est le temps essentiel du diagnostic:

- à l'inspection la contracture abdominale est quelquefois apparente, la paroi est totalement immobile, surface inerte où se dessine le relief des deux muscles grands droits. Parfois les mouvements abdominaux se limitent à la respiration costale.
- La palpation met en évidence une contracture pariétale, rigidité "de bois", tonique, franche, permanente, invincible, douloureuse. Mais elle peut être remplacée par une simple défense localisée ou généralisée. La douleur à la décompression brusque, soit de la zone suspecte ou mieux d'un cadran voisin lui-même indolore, soit encore de l'ombilic ("cri de l'ombilic"), peut avoir une valeur équivalente à la défense. Ainsi, la douleur de la fosse iliaque droite, lors de la décompression de la fosse iliaque gauche, semble être un bon signe de péritonite appendiculaire débutante.
- La percussion abdominale recherche la disparition de la matité pré-hépatique signe de pneumopéritoine, ou au niveau de la zone suspecte, une matité anormale entourée d'une zone de tympanisme.

- L'auscultation renseigne sur la survenue d'un iléus, par un silence abdominal.
Le toucher rectal souvent négligé est un élément primordial pour le diagnostic de péritonite, en cas de douleur franche donnant le "cri du Douglas".

Les explorations radiologiques :

Elles comportent obligatoirement trois incidences:

L'abdomen sans préparation (ASP), cliché de face debout, ou assis, englobant les coupes diaphragmatiques, et l'ensemble du pelvis; un cliché de face en décubitus dorsal et un cliché de profil en décubitus dorsal.

D'autres clichés peuvent être demandés: en Trendelenburg, en décubitus latéral droit, en décubitus latéral gauche et l'ASP de face en décubitus ventral.

Enfin un cliché du thorax de face est systématique.

Les explorations biologiques:

- A but diagnostique il s'est agi de la numération formule sanguine, des hémocultures, de l'examen cyto bactériologique des urines, des examens sérologiques et autres.

- Comme bilan pré-opératoire: le groupe sanguin-rhésus, l'azotémie, la glycémie...seront réalisés.

II.1.2. PRINCIPAUX TABLEAUX CLINIQUES [15, 32, 35, 54, 59].

II.1.2.1. Péritonites aiguës généralisées par perforation.

Les signes fonctionnels sont marqués par la douleur, de début brutal, atroce, en coup de poignard, accompagnés souvent de quelques vomissements initiaux.

A l'examen clinique, l'abdomen est immobile ou à respiration costale; la contracture abdominale est franche. Une hyperesthésie cutanée, et une douleur nette au toucher rectal sont notées.

Une hyperleucocytose est retrouvée à la NFS; et un croissant clair de pneumo-péritoine, à l'ASP.

II.1.2.1.1. Péritonites par perforation gastro-duodénale.

a. Péritonite par perforation d'ulcère gastro-duodénal.

L'interrogatoire retrouve parfois des antécédents ulcéreux caractéristiques: des crises douloureuses épigastriques, rythmées par les repas, et périodiques. La notion de prise de médicaments gastro-agressifs (les salicylés et les anti-inflammatoires cortisoniques ou non) devra être recherchée.

Le début est brutal marqué par une douleur intense, en coup de poignard de siège épigastrique, qui irradie à l'épaule droite, puis se généralise rapidement. C'est une douleur continue qui s'accompagne ou non de vomissements.

L'état général est en règle conservé; le pouls est accéléré, mais bien frappé. Il n'y a pas de fièvre au début.

L'examen de l'abdomen montre la contracture. La percussion pré-hépatique. constate parfois la disparition de la matité (témoin du pneumo-péritoine).

Le toucher rectal retrouve le " cri du Douglas".

Le tableau clinique n'est pas aussi complet. Par exemple, dans l'ulcère perforé bouché par un organe voisin, foie, vésicule, l'épanchement est minime ou absent. Le début clinique est brutal, la contracture parfois réduite à une défense, reste localisée. L'évolution est rapidement favorable, mais il faut craindre celle vers un abcès sous-phrénique.

b. Péritonite par perforation du cancer gastrique.

Elle est rare. Le tableau clinique, semblable à celui de la perforation ulcéreuse, peut s'observer dans deux circonstances:

- tantôt il s'agit d'une tumeur évoluée, et la perforation qui peut être associée à des hémorragies, représente un stade souvent ultime de la maladie.
- tantôt la perforation est révélatrice ou bien fait suite à un syndrome ulcéreux banal en apparence, le danger est de méconnaître l'origine néoplasique de l'ulcère.

II.1.2.1.2. Péritonites aiguës généralisées par perforation appendiculaire.

Péritonite purulente appendiculaire.

Elle se traduit par une douleur vive en coup de poignard, dans la FID, qui se généralise rapidement à tout l'abdomen, tout en restant maximale à la FID. Les vomissements sont fréquents et abondants.

L'arrêt des matières et des gaz est patent.

La fièvre est à 39°, le pouls est accéléré.

L'examen montre un " ventre de bois " plus accentué à la FID.

Le toucher rectal note le " cri du Douglas ".

Une forme particulière est la péritonite putride par perforation d'un appendice gangrené, c'est une forme de péritonite asthénique.

De début brutal, la douleur est atroce, syncopale, vite diffusée, accompagnée de nausées. Une diarrhée, fétide, cholériforme, remplace l'arrêt des matières et des gaz.

Les signes généraux sont précoces et intenses: le faciès est expressif, le pouls est rapide, dissocié de la température, sub-normale.

A l'examen, le ventre est un peu mobile, il existe une contracture discrète à droite, et autour de l'ombilic. Le toucher rectal note une douleur vive.

L'évolution se fait vers l'atténuation des douleurs quand l'appendice se sphacèle. A l'absence d'une intervention chirurgicale, et malgré elle, la mortalité est élevée.

II.1.2.1.3. Péritonites par perforation du grêle.

a. Au cours de la typhoïde.

C'est une complication devenue rare en Europe, grâce aux progrès de l'hygiène et de la vaccination, mais très fréquente au Burkina Faso.

La perforation sthénique est reconnue par un tableau classique de la péritonite par perforation.

La perforation asthénique chez les malades plongés dans le typhos, présente un tableau subaigu. La douleur se résume à un endolorissement abdominal diffus et persistant, les vomissements manquent souvent, la diarrhée est fréquente. Il n'y a pas de fièvre. Une douleur provoquée ou une défense localisée est retrouvée. Le toucher rectal est peu ou pas douloureux.

Le pneumopéritoine est inconstant.

Le diagnostic de certitude est habituellement rétrospectif grâce aux examens sérologiques.

b. Perforations du diverticule de Meckel.

Le diverticule de Meckel peut être le siège d'une diverticulite puis d'une perforation.

Les péritonites généralisées succèdent soit à la perforation vraie de diverticule, soit à la diffusion de proche en proche de l'infection à partir de la gangrène diverticulaire. Il s'agit habituellement de péritonite purulente. La symptomatologie est celle d'une perforation appendiculaire.

Le diverticule de Meckel peut également développer une péritonite par perforation d'ulcère de Meckel.

II.1.2.1.4. Péritonites coliques.

Les perforations in situ (par exemple celles compliquant une sigmoïdite diverticulaire ou celles des diverticules coliques) et les péritonites par perforation diastatique sont à distinguer.

a. Péritonite aiguë par perforation in situ.

La douleur d'apparition brutale dans la fosse iliaque gauche, irradie au pubis et aux organes génito-urinaires. Les vomissements sont quasi constants, l'arrêt des matières et des gaz est complet.

Une contracture diffuse prédominant dans la région sous ombilicale et à gauche est relevée. Le toucher rectal donne le " cri du Douglas ".

L'ASP montre un pneumopéritoine très volumineux.

Mais le tableau clinique n'est pas toujours aussi franc.

- Dans la forme asthénique, la discrétion des signes physiques contraste avec l'altération profonde de l'état général.

- La perforation bouchée constitue un tableau clinique atténué: les douleurs sont parfois réduites à leur irradiation génito-urinaire, après une douleur initiale.

Il n'y a pas ou peu de défense. Le pneumopéritoine est habituellement absent.

L'association de signes urinaires à une occlusion fébrile doit faire évoquer une sigmoïdite compliquée.

a. Péritonites par perforation diastatique.

Elles surviennent en amont d'un obstacle colique ou rectal.

Elles reconnaissent pour cause déterminante une occlusion, le plus souvent sur cancer recto-colique sténosant.

Il y a d'autres agents occlusifs : les brides post-opératoires, les sténoses non néoplasiques du côlon notamment des sigmoïdites, les étranglements herniaires, le volvulus du côlon pelvien.

Cliniquement, il s'agit d'un malade souvent âgé, fatigué, choqué, ayant présenté une constipation chronique, parfois récemment aggravée et prolongée. L'apparition brutale de douleur en coup de poignard dans la région hypogastrique va faire évoquer le diagnostic.

A l'examen, le météorisme est souvent étendu.

Une défense plutôt qu'une contracture qui est tardive ou absente est décelée.

Le toucher rectal retrouve la douleur, et parfois la lésion sténosante responsable de l'occlusion.

L'ASP montre un pneumopéritoine gigantesque.

II.1.2.1.5. Péritonites biliaires généralisées par perforation.

Les formes étiologiques qui peuvent être rencontrées sont: la lithiase biliaire et les cholécystites non lithiasiques telles que les cholécystites typhiques, le volvulus de la vésicule biliaire, les cholécystites gangreneuses, le pyocholécyste, les perforations tumorales et les interventions de la voie biliaire.

Elles vont se manifester sous forme de péritonite aiguë généralisée par perforation.

Le début est brutal, marqué par une douleur de l'hypochondre droit, transfixiante, irradiant vers les lombes, la région scapulaire droite, s'accompagnant d'un état de choc impressionnant.

Le tableau clinique est celui d'une péritonite par perforation, diagnostic évident, mais la difficulté réside à l'affirmation de son origine biliaire lorsque manquent les antécédents.

A l'examen, un sub-ictère conjonctival peut être relevé.

A l'ASP, d'éventuelles opacités lithiasiques peuvent montrer une grisaille de l'hypochondre droit.

II.1.2.2. Péritonites aiguës généralisées par propagation.

Au début, la symptomatologie n'est pas significative. L'attention sera attirée plus tard par la persistance de la douleur malgré les antispasmodiques, et sa diffusion ou la défense à tout l'abdomen.

II.1.2.2.1. Péritonites aiguës généralisées secondaires appendiculaires.

Les péritonites progressives par diffusion, celles en deux ou trois temps, sont marquées par une accalmie " traîtresse " plus ou moins franche. Puis les signes de péritonite s'affirment avec netteté entre la soixante douzième heure et le cinquième jour. Elle se voient de plus en plus avec l'usage abusif des antibiotiques. Il faut donc savoir intervenir au moment opportun.

II.1.2.2.2. Péritonites biliaires généralisées secondaires.

Elles sont secondaires à la péritonite par propagation à partir d'un plastron vésiculaire (au cours d'une cholécystite aiguë) ou la péritonite en deux ou trois temps. Elles posent le problème du retard diagnostique et du traitement chirurgical.

II.1.2.2.3. Péritonites d'origine hépatique.

Les formes étiologiques évoquées sont: les abcès amibiens, les abcès à germes banals, la suppuration du foie d'origine traumatique par contusion abdominale, le kyste hydatique.

Les tableaux cliniques se présentent sous divers aspects:

- la péritonite généralisée d'emblée caractérisée par une douleur intense de survenue brutale avec contracture diffuse et un état de choc majeur;
- la péritonite progressive, soit par suintement, à partir d'une petite brèche, soit par diffusion, ou rupture, à partir d'une péritonite cloisonnée.

Dans tous les cas, l'origine hépatique est évoquée devant une fièvre élevée et oscillante, des douleurs de l'hypochondre droit, une hépatomégalie douloureuse et/ ou une douleur à l'ébranlement du foie, une surélévation de la coupole diaphragmatique droite avec épanchement pleural souvent discret sur la radiographie du thorax.

Parfois sur l'ASP centré sur l'hypochondre droit, une image de grisaille arrondie, voire un niveau liquide est visualisé.

II.1.2.2.4. Péritonites d'origine génitale.

Les péritonites généralisées et les pelvi-péritonites sont à distinguer.

Les pelvi-péritonites présentent des signes hypogastriques. L'intervention s'impose en cas de collection.

Les péritonites généralisées par rupture de pyosalpinx ou de kyste de l'ovaire, par perforation utérine provoquée d'origine instrumentale, ont une symptomatologie commune.

Le début est brutal marqué par la douleur, des nausées, et de la fièvre.

L'examen clinique retrouve la contracture généralisée franche, un cri de Douglas au toucher vaginal.

Les péritonites secondaires à une endométrite ou à une salpingite sont diagnostiquées à la phase asthénique dans nos régions.

II.1.2.3. Les péritonites urinaires.

Elles sont souvent secondaires à une rupture traumatique de l'appareil urinaire, tandis que les péritonites urinaires spontanées sont rares.

II.1.2.4. Les péritonites post-opératoires.

Leur diagnostic est difficile et souvent tardif. Elles surviennent sur un terrain aux défenses locales et générales diminuées.

Les signes généraux sont fréquents et précoces, mais ne sont pas spécifiques: ictère, fièvre, troubles hémodynamiques, respiratoires.

Les signes cliniques tels que la douleur abdominale, les vomissements, la défense abdominale ou la contracture, sont inconstants et tardifs.

En pratique, le problème posé est en général celui de l'origine abdominale ou extra-abdominale d'un syndrome infectieux post-opératoire.

II.1.2.5. Les péritonites primitives.

L'origine septicémique, à pneumocoque et à streptocoque, élargie à d'autres germes (entérocoque, colibacille) est souvent incriminée. La recherche de la porte d'entrée est infructueuse la plupart du temps.

Le début est brutal marqué par des vomissements, une diarrhée abondante et fétide. L'état général est altéré, il y a une hyperthermie.

La palpation de l'abdomen retrouve plus souvent une défense abdominale qu'une contracture vraie. Mais le diagnostic de péritonite primitive est méconnu dans la majorité des cas ; il est fait en per-opératoire en l'absence de lésions organiques intra-abdominales. La mise en évidence du germe est rare dans nos conditions.

II.2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.

II.2.1. Les formes pseudo-péritonéales de certaines urgences chirurgicales.

II.2.1.1. Le tableau clinique du volvulus du grêle.

Le diagnostic est vite évoqué en présence d'une cicatrice de laparotomie orientant vers une occlusion sur bride. Il est beaucoup plus difficile lorsqu'elle emprunte les signes de péritonite, surtout dans sa forme haute.

Le début est brutal, le choc intense, le ventre est plat, contracturé, sans météorisme.

Mais ici, les vomissements sont abondants et à répétition, la dégradation de l'état général est rapide.

II.2.1.2. L'infarctus intestino-mésentérique.

Le diagnostic avec certaines péritonites par perforation, en particulier colique, est fait devant le terrain : il s'agit d'un homme âgé athéromateux avec des antécédents d'angor abdominal.

L'auscultation note un silence intestinal.

Un discret iléus peut être visualisé à la radiographie de l'abdomen.

Le diagnostic est confirmé à la laparotomie.

II.2.1.3. Pancréatite nécrotico-hémorragique.

Elle peut être difficile à distinguer de certaines perforations d'ulcère ou de péritonite biliaire atypique. La symptomatologie douloureuse haute est identique. La défense épigastrique est parfois particulièrement marquée.

Les antécédents de lithiase vésiculaire peuvent être présents aussi bien dans les pancréatites que dans les péritonites biliaires.

Il faut alors rechercher une augmentation de l'amylasémie et de l'amylasurie, une hyperglycémie, une hypercalcémie, en faveur d'une pancréatite aiguë grave.

II.2.1.4. L'hémopéritoine.

Le diagnostic est maintenant facilement posé grâce la ponction lavage du péritoine.

II.2.1.5. Les adénolymphites mésentériques.

Le diagnostic est évoqué de principe devant un syndrome appendiculaire de l'enfant, surtout quand il y a des antécédents de rhinopharyngite, et devant une élévation thermique très brutale sans altération de l'état général, ni hyper-leucocytose.

Le météorisme important de l'abdomen contraste avec une défense modérée.

Le diagnostic est confirmé à l'intervention.

2.2. Les urgences médicales pseudo-péritonéales.

Le siège de la douleur amène à distinguer les affections cardiovasculaires des ulcères gastro-duodénaux. Elles peuvent en effet s'accompagner de douleur épigastrique violente, voire même d'une défense.

Mais l'irradiation différente de la douleur, les signes auscultatoires, et surtout les anomalies du tracé électrocardiographique systématique devant tout syndrome douloureux abdominal aigu doivent permettre le diagnostic.

La confusion d'une embolie pulmonaire, et surtout d'une pneumopathie de la base droite, avec la perforation d'ulcère ou une cholécystite est possible. Mais l'attention doit être attirée, par l'intensité des signes respiratoires, et l'auscultation pulmonaire systématique et soigneuse.

La colique néphrétique et la pyélonéphrite, du fait de la douleur au flanc droit, ou à la fosse iliaque droite, peuvent évoquer l'origine appendiculaire. Mais, les signes urinaires : la pollakiurie, la dysurie, l'irradiation descendante de la douleur, et une

radiographie de l'abdomen sans préparation, recherchant une lithiase radio-opaque, ou l'urographie intraveineuse, feront le diagnostic.

D'autres urgences médicales peuvent conduire à une laparotomie blanche.

Ce sont : les porphyries aiguës intermittentes, le purpura rhumatoïde, les angéites nécrosantes.

III. Traitement [15, 38, 53, 55].

1. But.

* Le traitement médical en réanimation pré, per, et post-opératoire. corrige le choc hypovolémique, les désordres métaboliques, les perturbations respiratoires, et lutte contre la diffusion de l'infection.

* Le traitement chirurgical vise à supprimer la lésion causale, à évacuer l'épanchement, et à drainer le péritoine.

2. Moyens et indications.

2.1. Le traitement médical.

2.1.1. La réanimation.

La réhydratation hydroélectrolytique est instituée jusqu'à l'amélioration de l'hémodynamique qui devra être maintenue en équilibre. Les quantités à perfuser dépendent donc de l'état hémodynamique du malade.

La réhydratation préopératoire permet d'envisager l'acte chirurgical dans de meilleures conditions. Elle est poursuivie en per-opératoire et en post-opératoire.

2.1.2. Les antibiotiques.

L'antibiothérapie tient compte de la synergie aérobie-anaérobie. Elle est donc composée d'anti aérobie-anaérobies. Elle est instituée dès que le diagnostic est fait sans attendre la confirmation bactériologique des différents prélèvements. Elle sera prolongée ou modifiée après l'antibiogramme ultérieur.

Généralement Bêta-lactamines (pénicilline G, ampicilline) et métronidazole (Flagyl), dirigés contre les anaérobies et les aminosides (Gentamycine) contre les aérobies sont associés.

2.2. *Le traitement chirurgical. La laparotomie est pratiquée, elle comprend différents gestes :*

- La voie d'abord: la coeliotomie médiane longue permet une exploration complète de l'abdomen.
- La suppression de la lésion causale est réalisée par la résection de l'organe responsable, suivie d'une suture ou non, ou encore d'une stomie dont le rétablissement de la continuité se fait ultérieurement.
- La toilette péritonéale comprend l'aspiration de l'épanchement péritonéal et le lavage avec du sérum salé tiède.
- Le traitement de l'iléus se fait par vidange intestinale.
- Le débridement péritonéal autant que possible est pratiqué.
- Le drainage abdominal en zone déclive, permet de diriger vers l'extérieur le suintement séro-hémalique persistant.
- L'intervention se termine par la fermeture pariétale.

4. Les particularités thérapeutiques selon l'étiologie.

4.1. Perforation d'ulcère.

4.1.1. Le traitement médical de Taylor.

Une réanimation adéquate permet d'appliquer la méthode de Taylor qui consiste en une aspiration naso-gastrique avec une sonde placée par voie naso-oesophagienne dont il faut vérifier la position intra-gastrique par la radiographie abdominale. Une antibiothérapie et un anti-ulcéreux sont institués simultanément par voie intraveineuse. Sa mise en œuvre est justifiée par des conditions bien codifiées :

- le diagnostic de perforation d'ulcère doit être certain et précoce (6 premières heures).
- La perforation survenue chez un patient à jeun.
- Le malade ne doit avoir aucune autre affection ou un syndrome infectieux.

Défendue par Perrotin et al en 1982 actuellement la méthode de Taylor est de moins en moins employée, on lui préfère le traitement chirurgical qui permet d'associer au traitement de la perforation, un traitement étiologique de la maladie ulcéreuse.

4.1.2. Le traitement chirurgical.

- La suture seule, technique la plus simple, peut être appliquée à la plupart des perforations duodénales.

- La gastrectomie est justifiée dans l'ulcère gastrique par crainte d'un ulcère dégénéré ou pouvant l'être.

- Dans l'ulcère duodénal, la vagotomie-antrectomie peut être pratiquée ou la vagotomie-pyloroplastie, opérant ainsi un traitement radical.

Dans nos conditions, seule la suture est pratiquée.

4.2. *Péritonites appendiculaires.*

L'appendicectomie est l'intervention indiquée. Si la base de l'appendice est nécrosée, une résection coecale limitée est pratiquée.

4.3. *Perforation du grêle au cours de la typhoïde.*

La résection segmentaire peut être réalisée avec anastomose termino-terminale en zone saine ou une iléostomie ou encore une extériorisation chez les sujets immunodéprimés.

4.4. *Perforations coliques.*

Le traitement chirurgical est fonction du malade, de la lésion perforée, sa nature, son siège, et de l'état du côlon d'amont.

- Côlon droit: une héli-colectomie droite, avec anastomose en zone saine sur le côlon ou le grêle est pratiquée.

- Sigmoides, c'est la résection plus anastomose immédiate, protégée ou non par la colostomie d'amont.

- Lésion recto-sigmoïdienne: la colectomie selon Hartmann, associée à la colostomie est l'intervention de choix.

4.5. *Péritonites biliaires.*

Si l'origine est vésiculaire, la cholécystectomie est systématique.

Quand il y a un obstacle sur la voie biliaire principale, une cholangiographie en per-opératoire et une extraction du calcul ou une dérivation biliaire sont réalisées.

4.6. *Abcès du foie rompu.*

Le traitement consiste à un drainage, après l'effondrement des logettes, une bonne aspiration et une toilette abdominale.

4.7. Péritonites d'origine génitale.

La pelvipéritonite est traitée médicalement en première intention. Mais la persistance et/ou l'aggravation des signes généraux et locaux entraîne l'intervention pour évacuer le pus et faire la toilette péritonéale.

En cas de péritonite par pyosalpinx rompu ou par diffusion, les signes péritonéaux sont francs, alors, une ovariectomie est nécessaire si l'ovaire est englobé.

4.8. Rupture intrapéritonéale d'une pyonéphrose.

Deux attitudes ont été proposées:

- un double drainage du péritoine et du rein pyonéphrotique, suivi de la néphrectomie à froid trois semaines plus tard;
- un drainage intra et rétro-péritonéal et la néphrectomie immédiate.

4.9. Rupture intra-péritonéale de la vessie.

Après l'évacuation de l'épanchement intra-péritonéal, l'excision, ou l'avivement des berges et la suture sont pratiqués. Le drainage se fait par une sonde vésicale à demeure.

4.10. Péritonite post-opératoire.

Le premier temps du traitement est une bonne réanimation pour corriger la défaillance multi-viscérale chez un malade très affaibli.

L'incision initiale est reprise en l'agrandissant au besoin, avec excision de nécrose pariétale ou évacuation d'un abcès de paroi.

La toilette abdominale sera large et méthodique en évitant la contamination des zones non ou peu touchées. L'étiologie la plus fréquente est une désunion d'anastomose ou de suture dont le traitement est fonction du siège :

- à l'étage sous mésocolique, la préférence est la double stomie du fait de la contamination stercorale grave ;
- à l'étage sus-mésocolique, moins septique, des anastomoses ou des sutures sont souvent refaites; certains ont proposé la fistule dirigée.

Le péritoine sera drainé ou irrigué au sérum salé isotonique. La fermeture de la paroi est toujours imparfaite, mais il faut éviter les éviscérations.

4.11. Péritonite primitive.

Il n'y a pas de traitement spécifique, puisqu'aucune lésion organique n'est visualisée. Donc, après avoir aspiré le liquide intrapéritonéal, la toilette abdominale, suivie du drainage du péritoine est l'essentiel du traitement chirurgical.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I. Objectifs.

I.1. Objectif général.

Faire le bilan des péritonites aiguës généralisées au Centre Hospitalier National Souro Sanon de 1995 à 1999 en vue d'améliorer la qualité de leur prise en charge et les résultats thérapeutiques.

I.2. Objectifs spécifiques.

1. Préciser l'incidence globale et spécifique des péritonites aiguës généralisées au CHNSS.
2. Déterminer le profil épidémiologique des malades de péritonites aiguës généralisées au CHNSS.
3. Décrire les différents tableaux cliniques et paracliniques des péritonites aiguës généralisées au CHNSS.
4. Identifier les principales étiologies des péritonites aiguës généralisées au CHNSS.
5. Décrire les principes de traitement des péritonites aiguës généralisées au CHNSS.
6. Rapporter les résultats thérapeutiques.

II. Méthodologie.

II.1. Cadre d'étude : Services de chirurgie et de réanimation du CHNSS.

II.1.1. Situation géographique et structure générale.

Situés au Sud de l'enceinte du centre hospitalier, les services de chirurgie et de réanimation sont composés de six entités que sont : le plateau technique de chirurgie, la réanimation, la chirurgie générale et digestive " A " et " B ", la traumatologie-orthopédie, et l'urologie.

L'étude s'est déroulée dans les services de chirurgie générale et digestive " A " et " B ", les urgences chirurgicales et le service de réanimation.

- Le plateau technique de chirurgie: ce service abrite le bloc opératoire composé de quatre salles d'intervention chirurgicale. Il comprend également une salle de petite chirurgie et une salle d'accueil.

- Le service de réanimation.

Sa capacité est de 14 lits.

- La chirurgie générale et digestive " A ".

Ce service a une capacité totale de 30 lits. Les enfants y sont prioritairement hospitalisés.

- La chirurgie générale et digestive " B ".

Sa capacité d'accueil est de 30 lits.

II.1.2. Personnel médical, paramédical et de soutien.

- Le service de chirurgie comprend comme personnel :

Six chirurgiens, 24 aides-chirurgiens, 14 aides-anesthésistes, et six filles de salle.

- En réanimation il y a trois médecins anesthésistes-réanimateurs, 17 infirmiers (ères), deux filles de salle.

II.1.3. Les principales activités.

Il s'agit pour l'essentiel des soins curatifs et préventifs, les tâches étant réparties selon les niveaux de compétence des acteurs.

Des activités d'enseignement et d'encadrement sont menées au profit des stagiaires internes et des élèves et stagiaires de l'ENSP.

II.2. Méthodes.

II.2.1. Type d'étude.

Nous avons réalisé une étude rétrospective, portant sur les dossiers des malades opérés pour péritonite aiguë généralisée, hospitalisés au CHNSS, du 1er janvier 1995 au 31 décembre 1999, soit une période de cinq ans.

Pour chaque cas, nous avons enregistré :

- l'état civil ;
- la provenance ;
- les signes cliniques ;
- les examens paracliniques ;
- les données du compte-rendu opératoire ;
- les suites opératoires immédiates.

II.2.2. Population d'étude et sélection des sujets.

III.2.2.1. Critères d'inclusion.

Ce sont les malades opérés de péritonite aiguë généralisée, hospitalisés au CHNSS durant la période d'étude : Janvier 1995 à Décembre 1999.

Les examens cliniques et paracliniques ont permis de suspecter la péritonite, dont la confirmation a été faite en per-opératoire.

- L'étiologie a été évoquée souvent en rapport avec les lésions trouvées en per-opératoire et quelquefois confirmée par des examens paracliniques.
- Les circonstances de diagnostic :

Il s'agit de patients vus en urgence, dans un tableau de péritonite ; parfois, ce sont des malades qui ont présenté un syndrome occlusif ;

quelquefois, ce sont des patients traités dans un service de médecine ou de pédiatrie et qui sont transférés en chirurgie pour suspicion de péritonite.

En per-opératoire, des prélèvements de pus pour analyse bactériologique de même que des biopsies pour examen histopathologique ont été quelquefois faits.

En post-opératoire, des examens indispensables à la confirmation du diagnostic étiologique tels que : le sérodiagnostic de Widal et Félix, les hémocultures, sont quasi inexistantes.

III.2.2.2. Critères d'exclusion :

Ont été exclus de l'étude, les dossiers des malades qui n'ont pas été opérés ; ainsi que les malades opérés de péritonite aiguë généralisée, mais dont les dossiers médicaux sont inexploitablement parce que très incomplets. Au terme de l'étude, 17 dossiers ont ainsi été rejetés.

II.2.3. Collecte des données :

Les supports à partir desquels les données ont été collectées sont :

- les registres des comptes-rendus opératoires. Ces documents nous ont permis de dénombrer les péritonites aiguës généralisées de la période d'étude. Nous y retrouvons l'identité des malades opérés, l'âge, le sexe, la date de l'opération, les différents temps de l'acte opératoire et la technique utilisée.

- Les dossiers médicaux : certains sont gardés dans une salle des archives commune aux services de chirurgie, d'autres sont dans un endroit interne aménagé à cet effet à l'instar du service de réanimation.

Chaque dossier comporte, une feuille clinique, les résultats des examens paracliniques, un exemplaire du compte-rendu opératoire. Nous y retrouvons entre autres renseignements, la durée d'hospitalisation, l'évolution post-opératoire.

- Des fiches d'enquête ont été élaborées pour la collecte des informations utiles à l'étude.

II.2.4. Analyse des données :

Elle a été réalisée à l'aide d'un micro-ordinateur, avec le logiciel Epi-Info version 6.0 (version française).

III. RESULTATS.

III.1. ETUDE GLOBALE.

III.1.1. Les aspects épidémiologiques.

III.1.1.1. La fréquence.

En cinq ans, soit de janvier 1995 à décembre 1999, 2354 cas d'abdomens aigus chirurgicaux ont été recensés au CHNSS. Les urgences abdominales les plus fréquentes ont été : les hernies étranglées (514 cas), les occlusions intestinales (495 cas) et les péritonites aiguës généralisées (369 cas). Ces trois affections ont représenté respectivement 21,3%, 20,6% et 15,7% des abdomens aigus chirurgicaux.

III.1.1.2. L'incidence annuelle des péritonites aiguës généralisées.

La moyenne annuelle a été de 74 péritonites aiguës généralisées opérées.

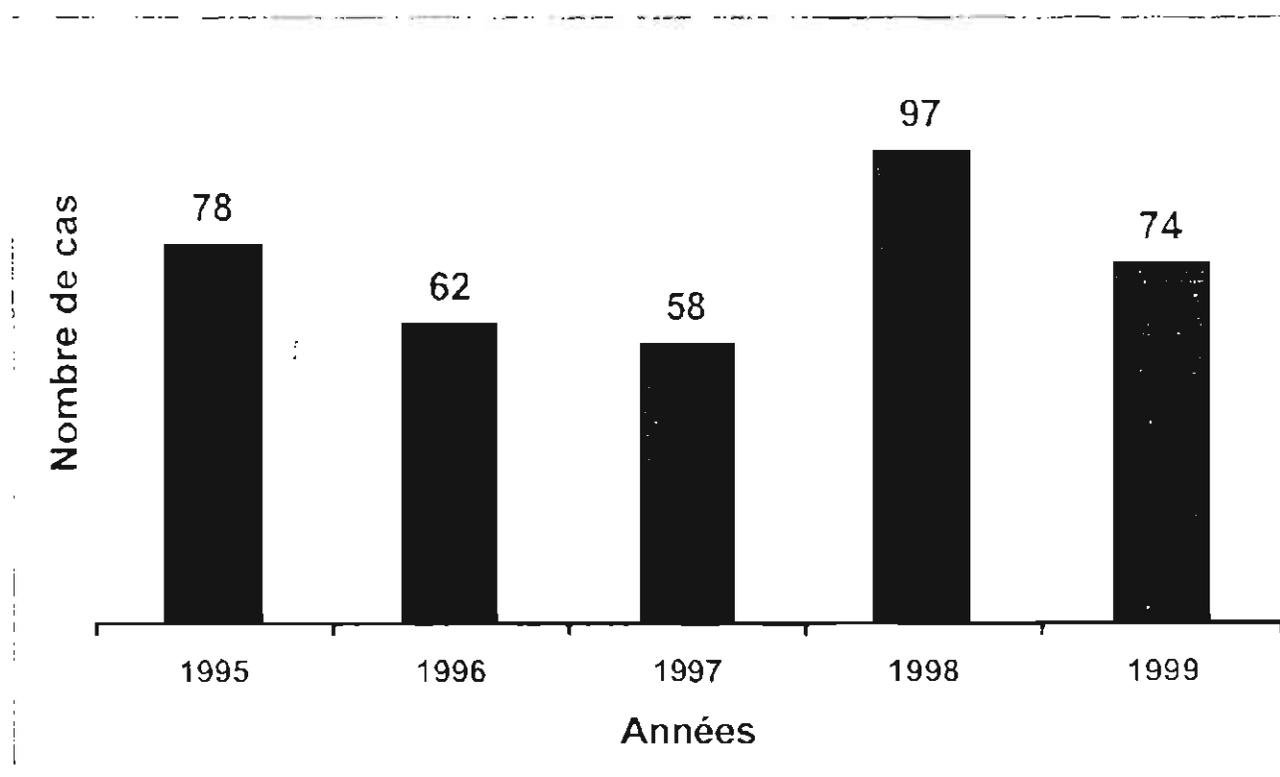


Figure n° 1 : Fréquence par année des péritonites aiguës généralisées.

III.1.1.3. La répartition des patients selon la provenance.

La provenance des malades est précisée dans le tableau I.

Tableau I : PAG au CHNSS : provenance des malades.

Provenance	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Milieu urbain	116	31
Milieu rural	253	69
Total	369	100

III.1.1.4. La répartition selon l'âge.

Le tableau II montre la répartition des patients selon l'âge.

Tableau II: répartition des patients par tranche d'âge.

Age	Cas de péritonites	Pourcentage(%)
0 à 9	39	10,6
10 à 19	107	29
20 à 29	69	18,7
30 à 39	60	16,3
40 à 49	33	8,9
50 à 59	16	4,3
60 à 69	12	3,3
70 à 79	5	1,4
80 à 89	2	0,5
Non précisé	26	7
Total	369	100

L'âge moyen a été de 26,3 avec des extrêmes de 2 ans et 83 ans.

III.1.1.5. La répartition des patients selon le sexe.

La prédominance masculine a été nette avec 262 hommes (71%) soit un sex-ratio de 2,4.

La figure n° 2 montre la répartition selon le sexe.

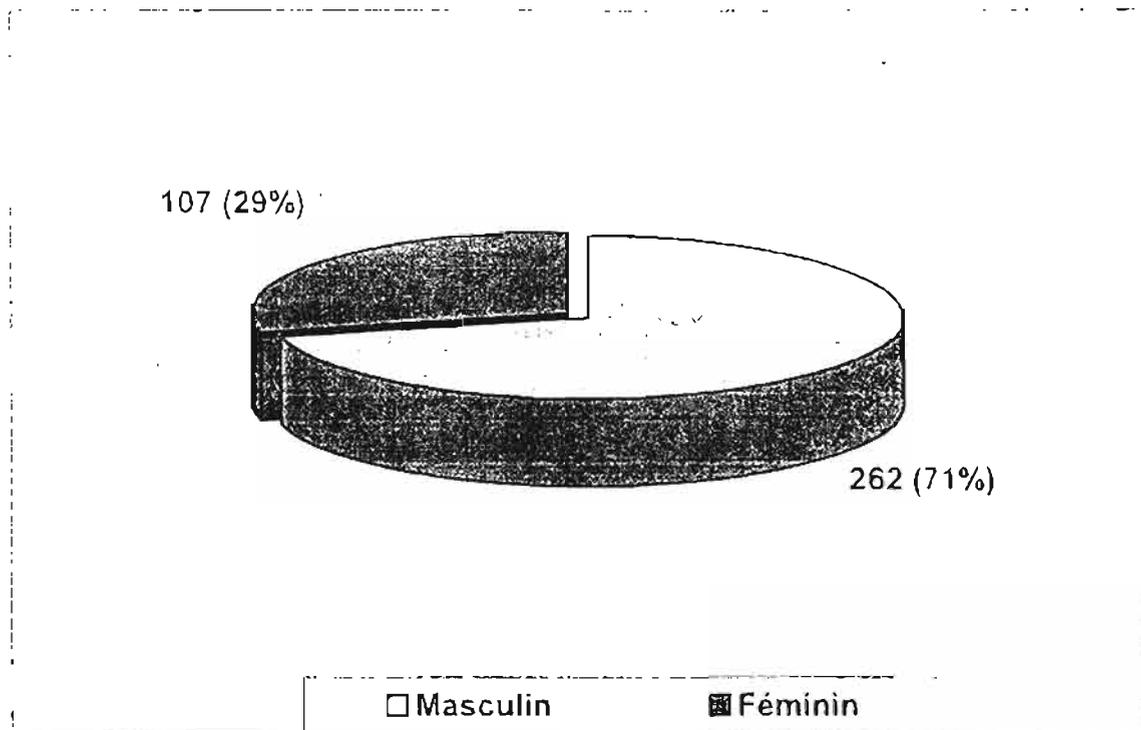


Figure n° 2 : Répartition selon le sexe.

III.1.2. Les tableaux cliniques.

Selon que les patients ont été vus au début de la maladie ou tardivement, ils ont présenté deux formes cliniques :

III.1.2.1. La forme sthénique.

Cent quarante-neuf patients (40 %) ont été reçus en chirurgie pour douleur abdominale d'apparition brutale, ou exacerbée, en coup de poignard, d'emblée intense, de siège variable et rapidement diffuse à tout l'abdomen. Les vomissements ont été notés dans 106 cas (71%); un arrêt des matières et des gaz a complété le tableau.

L'état général était bon dans tous les cas. La fièvre a été présente chez 123 personnes (90%) et absente chez 14 autres (10 %). La température n'a pas été mentionnée dans 12 cas.

L'examen de l'abdomen a retrouvé une abolition de la respiration abdominale, une contracture de l'abdomen, un cri de l'ombilic et du Douglas quasi constants.

III.1.2.2. La forme asthénique.

Deux cents vingt malades (60 %) ont été présentés en chirurgie dans un tableau atypique de syndrome péritonéo-occlusif d'installation insidieuse depuis quelques jours ou plusieurs semaines. Ces malades ont suivi un long itinéraire thérapeutique devant un syndrome infectieux. L'aggravation clinique et l'apparition d'une diarrhée chez 22 patients (10%), après une période de constipation, ont amené à consulter. Avec un organisme affaibli, ils étaient asthéniques et en mauvais état général dans tous les cas. La fièvre a été notée chez 186 personnes (98%), absente chez quatre patients (2%). La température n'a pas été mentionnée chez 30 malades. Les patients étaient déshydratés avec un faciès terreux.

La palpation abdominale a noté un abdomen ballonné, sensible sans contracture vraie.

III.1.3. Les examens paracliniques.

La radiographie de l'abdomen sans préparation de face prenant les coupes diaphragmatiques, pratiquée dans 333 cas, a montré des images non spécifiques (grisaille diffuse et niveaux hydro-aériques), parfois un pneumopéritoine dans 86 cas. Dans de très rares cas (13 fois), une échographie abdominale a été faite, ayant révélé la présence d'un liquide intra-péritonéal ou dans le Douglas.

Une numération formule sanguine faite dans tous les cas a révélé une hyperleucocytosé dans 249 cas (67%), une leucocytose normale chez 106 patients (29%) et une neutropénie dans 14 cas (4%).

Les hémocultures rarement faites (10 fois) ont montré la prédominance de *Eschericia Coli* dans huit cas.

Le séro-diagnostic de Widal pratiqué dans 27 cas a donné 15 résultats positifs (55,5%).

Les examens de la sérologie retrovirale VIH ont été faits dans 12 cas dont cinq résultats ont été positifs soit 41,7%.

Un examen histopathologique de pièce opératoire réalisé chez 21 patients a confirmé six tumeurs malignes (23,8%).

Le bilan bactériologique a été complété par le groupe parasitologique "Bactéries". Le

III.1.4. Le traitement.

III.1.4.1. La réanimation et le traitement médical.

Dans notre étude, la réanimation a surtout consisté à une réhydratation hydro-électrolytique systématique pour tous les patients à l'aide de sérum salé isotonique ou de ringer lactate. En préopératoire, une sonde naso-gastrique d'aspiration et une sonde urinaire ont été posées dans tous les cas. Une transfusion sanguine de sang total a été nécessaire dans quatre cas d'anémie sévère. En post-opératoire, 222 malades soit 60%, selon leur tableau clinique, ont été transférés au service de réanimation qui tient lieu de service de post-opéré ; les autres ont été hospitalisés aux pavillons de chirurgie générale " A " et " B ".

Le traitement antibiotique a consisté essentiellement à la prescription de l'association B-lactamines, aminosides et métronidazole. Dans 23 cas des céphalosporines et le chloramphénicol dans 5 cas ont été utilisés.

III.1.4.2. La laparotomie.

La voie d'abord a été choisie selon le type d'étiologie suspectée, mais la plupart du temps, c'est la voie médiane, à cheval sur l'ombilic qui a été pratiquée.

III.1.4.3. L'exploration

Elle a permis d'identifier les étiologies et d'appliquer le traitement spécifique.

Les principales étiologies répertoriées sont résumées dans le tableau III.

Etiologies	Nombre de cas	Pourcentage (%) par rapport aux PAG (369 cas)	Pourcentage (%) par rapport aux abdomens chirurgicaux (2354)
Perforation iléale typhique	115	31,2	4.9
Péritonite appendiculaire	106	28,7	4.5
Perforation d'ulcère	50	13,6	2.1
Péritonite primitive	25	6,8	1.1
Péritonite génitale	20	5,3	0.9
Péritonite traumatique	19	5,1	0.8
Rupture d'abcès du foie	10	2,7	0.4
Postopératoire	07	1,9	0.3
Perforation sur une occlusion	07	1,9	0.3
Perforation sur une tumeur	06	1,6	0.2
Péritonite biliaire	04	1,1	0.2
Total	369	100	15.7

III.1.5. Les résultats thérapeutiques.

III.1.5.1. La morbidité.

L'évolution post-opératoire a été simple dans la plupart des cas, mais nous avons enregistré 100 cas de complications soit 27,1% dont les principales ont été :

- Suppuration pariétale : 53 cas (14,4%)
- Lâchage de suture pariétale : 17 cas (4,6%)
- Irritation cutanée péri- stomiale: 8 cas (2,2%)
- Péritonite post-opératoire : 7 cas (1,9%)
- Fistule stercorale : 5 cas (1,4 %)

III.1.5.2. La durée de séjour.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 17,8 jours avec des extrêmes d'1 jour et de 99 jours.

III.1.5.3. La mortalité.

Sur 369 cas de péritonite aiguë généralisée étudiés, 60 décès ont été constatés, soit une mortalité globale de 16,3%. Le tableau IV montre le nombre de décès selon l'étiologie et la mortalité par rapport au nombre total de décès.

Tableau IV : décès selon les étiologies.

Etiologies	Nombre de décès	Taux de létalité	Mortalité par rapport au nombre total de décès (60)
Perforation iléale typhique (115 cas)	19	16,5%	31,7%
Perforation appendiculaire (106 cas)	08	7,5%	13,3%
Perforation d'ulcère (50 cas)	09	18%	15%
Péritonite primitive (25 cas)	03	12%	5%
Péritonite génitale (20 cas)	01	05%	1,7%
Péritonite traumatique (19 cas)	08	42,1%	13,3%
Rupture d'abcès du foie (10 cas)	01	10%	1,6%
Péritonite post-opératoire (7 cas)	04	57,1%	6,7%
Perforation sur une occlusion (7 cas)	04	57,1%	6,7%
Perforation sur une tumeur (6 cas)	03	50%	5%

L'étude a porté sur les étiologies les plus rencontrées. Elles sont indiquées au tableau III précédent.

III.2.1. La péritonite par perforation iléale d'origine typhique (115 cas).

III.2.1.1. Les aspects épidémiologiques.

III.2.1.1.1. La fréquence

Durant l'étude cent quinze perforations typhiques ont été répertoriées, soit 4,9% des abdomens aigus chirurgicaux et 31,2% des péritonites aiguës généralisées. Les péritonites par perforation iléale d'origine typhique ont donc occupé la première place.

III.2.1.1.2. L'incidence annuelle.

Le tableau V donne le nombre de cas de péritonite d'origine typhique par an.

Tableau V : fréquence par an

Année	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Nombre de cas	31	17	19	28	20	115

La moyenne annuelle a été de 23 cas par an.

III.2.1.1.3. La répartition selon la provenance.

La provenance des malades est indiquée dans le tableau VI.

Tableau VI : Provenance des malades

Provenance des malades	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Milieu urbain	32	27,8 %
Milieu rural	83	72,2 %
Total	115	100 %

72 % des patients provenaient du milieu rural.

III.2.1.1.4. La variation saisonnière.

Le tableau VII montre la fréquence mensuelle et permet d'appréhender la variation saisonnière

Tableau VII : fréquence mensuelle.

Mois	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
Cas	3	7	7	4	5	13	12	26	11	10	8	9	115

De juin à octobre, 72 cas ont été recensés contre 43 cas pour les neuf mois restants. Le pic a été observé au mois d'août.

III.2.1.1.5. La répartition selon l'âge.

Le tableau VIII montre la répartition des patients selon l'âge.

Tableau VIII : Répartition par tranche d'âge.

Age	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Non précisé	Total
cas	24	47	25	8	6	0	0	1	0	4	115
Pourcentage	20,9	40,9	21,7	7	5,2	0	0	0,9	0	3,4	100

83, 5% des patients avaient moins de 30 ans.

III.2.1.1.6. La répartition selon le sexe.

75 hommes et 40 femmes ont été enregistrés. Le sexe masculin a prédominé avec un sex-ratio de 1,9.

III.2.1.2. Les tableaux cliniques des péritonites aiguës généralisées par perforation iléale typhique.

III.2.1.2.1. La forme sthénique.

Vingt-neuf patients (25,2%) étaient suivis en milieu hospitalier dont dix huit enfants en pédiatrie, pour fièvre au long cours ou syndrome palustre. Ils ont été transférés en

avec un faciès infectieux. L'examen de l'abdomen a noté : une immobilité abdominale,

une tension des muscles de la paroi, une contracture franche avec abolition des réflexes cutanés, un silence auscultatoire, un cri de l'ombilic ainsi que des touchers pelviens douloureux.

III.2.1.2.2. La forme asthénique.

Quatre vingt six patients (74,8%) ont été référés des services de santé périphériques dans un tableau de syndrome occlusif. Ces malades ont suivi un long itinéraire thérapeutique ayant consulté pour la plupart les tradipraticiens. Ils ont été reçus en chirurgie dans un tableau d'asthénie, de cachexie, et parfois une obnubilation s'était installée. Le faciès infectieux, ils étaient déshydratés, avaient un pouls accéléré et une température élevée ; parfois un état de choc a été noté. L'examen a révélé un météorisme abdominal et un abdomen sensible sans contracture vraie.

Dans tous les cas les orifices herniaires étaient libres.

III.2.1.3. Les examens paracliniques.

La numération formule sanguine pratiquée dans tous les cas a révélé. une hyperleucocytose dans 67 cas (58%) à prédominance polynucléaire neutrophile, 13 cas (11%) de neutropénie et 35 cas (31%) de leucocytose normale.

Quinze patients avaient un sérodiagnostic de Widal positif en préopératoire. Les examens sérologiques post-opératoires étaient quasi inexistantes. Quatre résultats de sérologie VIH ont été retrouvés, ils étaient tous négatifs.

La radiographie de l'abdomen sans préparation a montré des images de grisaille diffuse ou de niveaux hydro-aériques, seules ou en association dans 75 cas (65%). Pour 40 cas (35%) c'était un pneumopéritoine.

III.2.1.4. Le traitement.

Après une réanimation satisfaisante selon le tableau clinique, la laparotomie a été faite. A l'ouverture de la cavité péritonéale, la présence de pus jaunâtre mêlé à des matières fécales ou non a été constatée. Les anses intestinales distendues étaient agglutinées et liées entre elles par des fausses membranes. Il a été noté 98 cas (85%) de perforation intestinale, 17 cas (15%) de perforation colique, 10 cas (9%) de perforation vésiculaire, 2 cas (2%) de perforation vésiculaire et 1 cas (1%) de perforation vésiculaire. Les perforations étaient multiples dans 75 cas (65,2%) et a plus de 40 cm dans 40 cas (34,8%). Après avoir libéré les anses

intestinales et aspiré le contenu péritonéal, la loiette abdominale a été abondante. Ensuite, le traitement de la perforation a consisté à une iléostomie temporaire dans 84 cas (73%), à un avivement-suture des bords dans 24 cas (21%) et à une résection segmentaire avec anastomose immédiate termino-terminale dans 7 cas (6%). La fermeture de la cavité abdominale a été faite avec un large drainage des régions déclives dans 98 cas (85%). Le drainage n'a pas été jugé nécessaire chez 17 patients (15%).

III.2.1.5. Les résultats thérapeutiques.

III.2.1.5.1. La morbidité.

Les complications post-opératoires ont été notées dans 45 cas (39,1%). Elles ont été réparties comme suit :

- suppurations pariétales : 17 cas (14,8%)
- lâchage de suture: 10 cas (8,7%)
- irritation cutanée péri-stomiale: 8 cas (7%)
- fistule stercorale : 5 cas (4,3%)
- péritonite post-opératoire : 3 cas (2,6%)
- éviscération : 2 cas (1,7%)

Les complications post-opératoires selon la technique chirurgicale ont été résumées dans le tableau IX.

Tableau IX : complications selon la technique chirurgicale.

Technique opératoire	Suppuration de la paroi	Lâchage de suture pariétale	Eviscération	Irritation péristomie	Fistule stercorale	péritonite post-opératoire
iléostomie (84 cas)	14	8	0	8	0	0
suture (24 cas)	2	2	2	0	4	2
anastomose (7 cas)	1	0	0	0	1	1

III.2.1.5.2. La durée de séjour.

Le séjour moyen a été de 25,7 jours, avec des extrêmes d'1 jour et de 75 jours

III.2.1.5.3. La mortalité.

Dix neuf décès ont été enregistrés soit un taux de létalité de 16,5%, dont 15 décès en post-opératoire immédiat. La mort est survenue dans un tableau de choc septique. Quatre patients sont décédés après le 7^{ème} jour post-opératoire par dénutrition sévère chez trois d'entre eux et par anémie sévère chez le dernier qui n'a pas été transfusé par manque de sang.

III.2.2. La péritonite appendiculaire (106 cas).

III.2.2.1. Les aspects épidémiologiques.

III.2.2.1.1. La fréquence.

Cent six patients ont été répertoriés, soit 4,5% des abdomens aigus chirurgicaux et 28,7% des péritonites aiguës généralisées. La deuxième place est revenue à la péritonite d'origine appendiculaire.

III.2.2.1.2. L'incidence annuelle.

Tableau X : fréquence par an.

Année	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Nombre de cas	17	22	20	28	19	106

Il n'y a pas eu de tendance à la baisse des cas. La moyenne a été de 21 cas par an.

III.2.2.1.3. La répartition selon la provenance.

La provenance des malades est indiquée dans le tableau XI.

Tableau XI: provenance des patients.

Provenance	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Urbain	30	28,3
Rural	76	71,7
Total	106	100

III.2.2.1.4. La répartition selon l'âge.

Le tableau XII montre la répartition des patients selon l'âge.

Tableau XII: répartition des patients par tranche d'âge.

Age	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Non précisé	Total
Cas	6	40	23	17	8	4	2	2	1	3	105
Pourcentage	5,7%	37,7%	21,7%	16%	7,6%	3,8%	1,9%	1,9%	0,9%	2,8%	100%

III.2.2.1.5. La répartition selon le sexe.

Les patients se répartissaient en 87 hommes (82%) et 19 femmes (18%).

Le sexe ratio a été de 4,6 en faveur des hommes.

III.2.2.2. Les tableaux cliniques.

III.2.2.2.1. La forme sthénique.

Cinquante neuf patients (55,7%) ont été évacués des centres hospitaliers ou sont venus d'eux-mêmes en chirurgie pour douleur très vive en coup de poignard dans la fosse iliaque droite qui s'est vite généralisée à tout l'abdomen. Les vomissements étaient fréquents avec un arrêt des matières et des gaz.

Chez 41 patients (69,5%) l'état général était satisfaisant. Tous les patients étaient fébriles dont 33 (60%) avaient une température supérieure ou égale à 39°.

L'examen a noté une immobilité de l'abdomen lors des mouvements respiratoires. La palpation a noté une contracture abdominale franche et un cri de l'ombilic. Le toucher rectal a réveillé un cul-de-sac de Douglas très douloureux.

III.2.2.2. La forme asthénique.

47 malades (44,3%) ont été évacués des formations sanitaires périphériques pour un syndrome occlusif. La plupart d'entre eux ont été traités par les tradipraticiens qui disposent d'une gamme variée de produits contre les 'maux de ventre et la constipation'. C'est l'exacerbation de la douleur vite généralisée à tout l'abdomen après une période d'accalmie ou non et la persistance de l'arrêt des matières et des gaz qui ont amené à consulter. A leur admission ils avaient un faciès infectieux, une polypnée, une déshydratation avec oligurie et étaient fébriles. L'examen a noté un abdomen un peu mobile, météorisé, sensible sans contracture vraie.

III.2.2.3. Les examens paracliniques.

Les examens sanguins ont relevé 71 cas (67%) d'hyperleucocytose et 35 cas (33 %) de leucocytose normale. Un examen de sérologie VIH a été fait et il était positif.

La radiographie de l'abdomen sans préparation pratiquée dans 79 cas a montré des images de grisaille diffuse dans 45 cas (57%) associées ou non à niveaux hydro-aériques dans 34 cas (43 %). L'échographie réalisée dans six cas a révélé en plus de l'aspect pathologique de l'appendice, la présence de liquide intra-péritonéal (4 cas) et dans le Douglas (2 cas).

III.2.2.4. Le traitement.

La coeliotomie médiane a été pratiquée dans 97 cas (91%), tandis qu'une incision au point de Mc-Burney élargie a été faite dans 10 cas (9%) . L'exploration a mis en évidence du liquide péritonéal franchement purulent dans 47 cas (44%), putride dans 28 cas (26%) et louche dans 31 cas (30%). La présence de fausses membranes plus ou moins nombreuses a été notée. L'inspection a permis de dénombrer une appendicite catarrhale dans 5 cas (5%), une appendicite suppurée dans 16 cas (15%), une appendicite nécrosée dans 40 cas (37,7%) une appendicite perforée dans 46 cas (42,4%). Après avoir débarrassé la cavité péritonéale des fausses membranes, l'appendicectomie sans enfouissement du moignon a été réalisée, associée à une

résection coecale limitée dans 40 cas. La toilette abdominale à la polyvidone iodée diluée au sérum salé, s'est avérée nécessaire. Le drainage abdominal à la lame de Delbet des régions déclives dans 99 cas(93%) a terminé l'intervention.

III.2.2.5. Les résultats thérapeutiques.

III.2.2.5.1. La morbidité.

L'évolution post-opératoire a été émaillée de 11 complications (10,4%) dont 10 cas (9,4%) de suppuration pariétale et un cas (1%) de lâchage de suture pariétale.

III.2.2.5.2. La durée de séjour .

Le séjour moyen a été de 12 jours avec des extrêmes d'1jour et de 65 jours.

III.2.2.5.3. La mortalité.

Huit décès ont été recensés soit un taux de létalité de 7,5%: sept patients sont décédés précocement par choc septique ou par choc hypovolémique ; un patient est décédé au 4^{ème} jour post-opératoire par anémie sévère et qui n'a pas été transfusé par manque de sang isogroupe.

III.2.3. La péritonite par perforation d'ulcère gastro-duodéal (50 cas).

III.2.3.1. Les aspects épidémiologiques.

III.2.3.1.1. La fréquence.

Il a été recensé 50 cas de péritonite par perforation d'ulcère soit 2,1% des abdomens aigus chirurgicaux et 13,6% des péritonites aiguës généralisées.

III.2.3.1.2. L'incidence annuelle.

Le tableau XIII donne le nombre de cas de perforation d'ulcère gastro-duodéal par an.

Tableau XIII : Fréquence par an.

Année	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Nombre de cas	12	5	9	16	8	50

Il a été noté une moyenne de 10 cas par an.

III.2.3.1.3. La répartition selon la provenance.

La provenance des malades est indiquée dans le tableau XIV.

Tableau XIV : provenance des patients.

Provenance	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Milieu urbain	36	72
Milieu rural	14	28
Total	50	100

III.2.3.1.4. La variation saisonnière.

Le tableau XV qui montre la fréquence mensuelle permet d'appréhender la variation saisonnière.

Tableau XV: nombre de cas par mois.

Mois	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
cas	1	7	13	7	4	5	4	1	1	3	0	4	50

Plus de la moitié des cas (27 soit 54%) ont été recensés pendant les mois les plus chauds de l'année avec un pic en mars. C'est une période d'inactivité en ville comme en campagne et propice à la consommation de substances gastro-agressives (thé, café, alcool, drogues diverses).

III.2.3.1.5. La répartition selon l'âge.

Le tableau XVI montre la répartition des patients selon l'âge.

Tableau XVI : Répartition par tranche d'âge.

Age	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Non précisé	Total
Cas	0	5	21	8	5	4	4	0	0	3	50
Pourcentage (%)	0%	10%	42%	16%	10%	8%	8%	0%	0%	6%	100%

52% des patients avaient moins de 30 ans.

44 hommes (88%) et 6 femmes (12%) ont été retenus, ce qui représente un sex-ratio de 7,3 en faveur des hommes.

III.2.3.2. Les tableaux cliniques.

III.2.3.2.1. La forme sthénique.

Trente malades (60%) ont été reçus en chirurgie pour douleur abdominale généralisée de début brutal, intense d'emblée en coup de poignard dont le point de départ a été épigastrique. L'anamnèse a révélé que sept patients étaient ulcéreux connus et sept autres avaient des épisodes de douleur épigastrique à type de brûlure et traités aux anti-ulcéreux.

L'état général était bon chez tous les patients. La température entre 38°5 et 39° a été relevée dans 17 cas (34%). L'examen de l'abdomen a noté une immobilité respiratoire, une contracture abdominale caractéristique en ventre de bois et un cri de l'ombilic. Le toucher rectal a montré un cul-de-sac de Douglas très douloureux.

III.2.3.2.2. La forme asthénique.

Vingt patients (40%) ont été évacués pour syndrome occlusif survenu après une période de douleur abdominale intense. L'interrogatoire a retrouvé la prise de produits traditionnels gastro-agressifs chez huit patients (40%), de salicylés chez quatre autres (20%) et d'alcool chez trois malades (15%).

Ils avaient un état général altéré, ils étaient tous fébriles, déshydratés et en oligurie. L'abdomen était météorisé, peu mobile et sensible sans contracture vraie.

III.2.3. 3. Les examens paracliniques.

La numération formule sanguine a révélé une leucocytose normale dans 50% et une hyperleucocytose dans 50%.

La radiographie de l'abdomen sans préparation a mis en évidence un pneumopéritoine inter-hépatodiaphragmatique dans 40 cas soit 80%. Les 10 autres cas (20%) ont montré une image de grisaille diffuse avec ou sans niveaux hydro-aériques.

La biopsie des berges, pratiquée dans les cas de perforation d'ulcère gastrique (16 cas) pour examen histopathologique, a permis d'éliminer une lésion maligne.

III.2.3.4. Le traitement.

Le type d'abordement a consisté à une coeliotomie médiane sus-ombilicale dans 48 cas (96%) et à une laparotomie sus-ombilicale agrandie en sous-ombilical dans deux

cas soit 4%. (Il s'est agi de cas d'ulcère gastrique associé à une appendicite aiguë). L'exploration a révélé un liquide péritonéal louche plus ou moins bilieux dans 33 cas (66 %), Il a été franchement purulent dans 17 cas (34%). Le siège de la perforation a été précisé à la face antérieure du bulbe duodénal dans 34 cas (68%), à la face antérieure de la région antrale dans 11 cas (22%), sur la petite courbure dans 3 cas (6%), au niveau antro-pylorique dans deux cas (4%).

Au terme de l'exploration, après la biopsie des berges de l'ulcère, la suture simple dans 15 cas (30%), et la suture associée à l'épiploplastie dans 35 cas (70%), ont été pratiquées. Aucune intervention radicale n'a été faite en urgence. L'appendicectomie a été associée dans deux cas. Un drainage des régions déclives a complété l'intervention 44 fois (88%).

En post-opératoire, un traitement spécifique visant à l'éradication de *l'Helicobacter pylori* a été institué. Il comprenait l'association Amoxicilline, Clarithromycine et un inhibiteur de la pompe à proton

III.2.3.5. Les résultats thérapeutiques.

III.2.3.5.1. La morbidité.

L'évolution a été émaillée par des complications chez sept patients (14%) dont cinq cas de suppuration pariétale (10%), un cas de lâchage de suture pariétale (2%) et un cas d'occlusion post-opératoire précoce (2%).

III.2.3.5.2. La durée de séjour.

Le séjour moyen a été de 12,1 jours avec des extrêmes d'un jour et de 42 jours.

III.2.3.5.3. La mortalité.

Neuf décès ont été observés soit un taux de létalité de 18%.

Huit décès ont été observés en post-opératoire immédiat par choc septique chez cinq patients et choc hypovolémique chez trois insuffisants rénaux.

Un décès a été noté au 20^{ème} jour post-opératoire, décès survenu au décours d'une insuffisance rénale aiguë.

III.2.4. La péritonite primitive (25 cas).

III.2.4.1. Les aspects épidémiologiques.

III.2.4.1.1. La fréquence.

Vingt cinq patients ont été répertoriés, soit 1% des abdomens aigus chirurgicaux et 6,8% des péritonites.

III.2.4.1.2. L'incidence annuelle.

Le tableau XVII montre le nombre de cas de péritonite primitive par an.

Tableau XVII : fréquence par an.

Année	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Nombre de cas	5	3	4	7	6	25

Cinq cas par an en moyenne ont été notés.

III.2.4.1.3. La répartition selon la provenance.

La provenance des patients est indiquée dans le tableau XVIII

Tableau XVIII : provenance des patients.

Provenance	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Urbain	8	32
Rural	17	68
Total	25	100

III.2.4.1.4. La répartition selon l'âge.

Le tableau XIX montre la répartition des patients selon l'âge.

Tableau XIX: répartition des patients par tranche d'âge.

Age	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Non précisé	Total
cas	6	11	3	1	1	0	0	0	0	3	25
Pourcentage	24%	44%	12%	4%	4%	0%	0%	0%	0%	12%	100%

III.2.4.1.5. La répartition selon le sexe.

Les patients se répartissaient en 10 hommes (40%) et en 15 femmes (60%).

III.2.4.2. Les tableaux cliniques.

Cinq enfants (20%) ont été transférés de la pédiatrie pour suspicion de péritonite, 20 autres patients (80%) ont été référés par les formations sanitaires périphériques pour syndrome occlusif. Dans tous les cas, les signes cliniques peu francs associaient la fièvre et des douleurs abdominales mal systématisées évoluant depuis plusieurs semaines. Ils ont souvent été traités avec les antipaludéens ou les antibiotiques sans succès.

l'examen des malades a révélé un mauvais état général, une déshydratation sévère. La température était supérieure ou égale à 38°.

L'abdomen était sensible chez tous les patients. Ce sont des cas de péritonite asthénique.

III.2.4.3. Les examens paracliniques.

La numération formule sanguine a révélé 24 cas d'hyperleucocytose (95%) et un cas de neutropénie.

Dix hémocultures pratiquées avant la laparotomie, associées aux prélèvements en per-opératoire de pus mis en culture, ont révélé les germes suivants :

- L'*Escherichia Coli* dans 8 cas;
- Le pneumocoque dans 1 cas;
- Le pseudomonas dans 1 cas.

La sérologie retrovirale VIH effectuée deux fois a été positive dans un cas.

La radiographie de l'abdomen sans préparation a montré des images de grisaille diffuse de l'abdomen dans 14 cas (56%) et de niveaux hydro-aériques dans six cas (24%).

III.2.4.4. Le traitement.

Après une réanimation satisfaisante, la laparotomie médiane a été pratiquée. L'exploration a mis en évidence un liquide péritonéal purulent dans 14 cas (56%), louche dans 6 cas (24%), et citrin dans 5 cas (20%). Des adénopathies mésentériques ont été trouvées dans 9 cas (36%). Le traitement a consisté à l'aspiration du liquide péritonéal, suivie d'une toilette abdominale abondante. Des drains ont été placés dans 20 cas (80%).

III.2.4.5. Les résultats thérapeutiques.

III.2.4.5.1. La morbidité.

Cinq types de complications (20%) ont émaillé l'évolution post-opératoire : une suppuration pariétale chez un patient (4%), un lâchage de suture pariétale chez deux autres (8%). Un abcès sous-phrénique a été noté dans un cas et une évolution défavorable qui a nécessité une réintervention dans un autre cas (4%)

III.2.4.5.2. La durée de séjour.

Le séjour moyen a été de 14,3 jours avec des extrêmes d'1jour et de 90 jours.

III.2.4.5.3. La mortalité.

Trois décès soit 12% sont survenus en post-opératoire immédiat par suite d'un choc hypovolémique chez un patient et un choc septique chez deux autres.

III.2.5. La péritonite d'origine génitale (20 cas).

III.2.5.1. Les aspects épidémiologiques.

III.2.5.1.1. La fréquence.

Vingt patientes ont été recensées, soit 0,85% des abdomens aigus chirurgicaux et 5.3% des péritonites aiguës généralisées. La péritonite génitale a occupé la 5^{ème} place par ordre de fréquence étiologique.

III.2.5.1.2. L'incidence annuelle.

Le tableau XX montre le nombre de cas de péritonite d'origine génitale par an

Tableau XX : fréquence par an.

Année	1995	1996	1997	1998	1999
Cas	5	2	1	8	4

III.2.5.1.3. La répartition selon la provenance.

La provenance des patientes est indiquée au tableau XXI

Tableau XXI : provenance des patientes.

Provenance	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Urbain	6	30
Rural	14	70
Total	20	100

III.2.5.1.4. La répartition selon l'âge.

Le tableau XXII montre la répartition des patientes selon l'âge.

Tableau XXII: répartition des patientes par tranche d'âge.

Age	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Non précisé	Total
cas	0	2	9	7	0	0	0	0	0	2	20
Pourcentage	0%	10%	45%	35%	0%	0%	0%	0%	0%	10%	100%

III.2.5.2. Les tableaux cliniques.

L'anamnèse a révélé des signes hypogastriques à type de douleur, de dysurie et de pollakiurie. Des antécédents d'annexite aiguë et traitée comme telle ont été notés chez quatre patientes (20%). Les malades avaient un état général moyen avec un faciès infectieux. La température était égale ou supérieure à 39°.

L'examen de l'abdomen a mis en évidence une défense hypogastrique.

Les touchers pelviens ont montré des leucorrhées nauséabondes ; ils ont provoqué une douleur importante à la mobilisation utérine et dans les culs-de-sac vaginaux qui étaient empâtés.

;

III.2.5.3. Les examens paracliniques.

La radiographie de l'abdomen sans préparation a été faite chez 11 patientes (55%). Elle a montré des images de grisaille bas-situées associées ou non à des niveaux hydro-aériques.

L'échographie abdomino-pelvienne peu courante en urgence a été pratiquée chez cinq patientes (25%). Elle a révélé un épanchement intra-péritonéal et dans le Douglas dans tous les cas. Elle a permis d'identifier le siège des lésions (trois fois sur les ovaires et deux fois au niveau des trompes).

Une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile a prédominé à la numération formule sanguine.

Une sérologie rétrovirale faite chez trois patientes (15%) a été positive dans deux cas.

III.2.5.4. Le traitement.

En plus de la voie classique, une incision large xypho-pubienne a été pratiquée chez trois patientes (15%).

Le liquide péritonéal a été purulent dans 15 cas (75%) et louche dans cinq cas (25%). Chez quatre patientes (20%), il y avait des fausses membranes et pour cinq cas (25%), des adhérences avec les intestins. L'exploration a aussi permis d'identifier le type de lésion :

- un pyosalpinx rompu dans neuf cas (45%);
- une pyo-ovarite rompue dans sept cas (35%);
- une salpingite purulente bilatérale dans 3 cas (15%) ;
- une salpingite purulente associée à une perforation iléale dans un cas (5%).

Le traitement a consisté à une ovariectomie sept fois (35%), tandis que la perforation iléale a été suturée. L'intervention s'est terminée par une toilette abondante de la cavité abdominale suivie d'un drainage des régions déclives.

III.2.5.5. Les résultats thérapeutiques.

III.2.5.5.1. La morbidité.

Les complications post-opératoires ont été notées dans neuf cas (45%) : une suppuration pariétale dans six cas (30%) ; un abcès sous-phrénique gauche dans deux cas (10%), un lâchage de suture pariétale dans un cas (10%).

III.2.5.5.2. La durée de séjour.

Le séjour moyen a été de 27,9 jours avec des extrêmes d'1 jour et de 91 jours.

III.2.5.5.3. La mortalité.

Un décès a été enregistré soit 5% de taux de létalité. Le décès est survenu dans les suites opératoires immédiates par choc septique.

III.2.6. La péritonite post-traumatique (19 cas).

III.2.6.1. Les aspects épidémiologiques.

III.2.6.1.1. La fréquence.

Neuf patients ont été enregistrés, soit 0,8% des abdomens aigus chirurgicaux et 5,1% des péritonites aiguës généralisées.

III.2.6.1.2. La répartition selon l'âge.

Le tableau XXIII montre la répartition des patients selon l'âge

Tableau XXIII : répartition des patients par tranche d'âge.

Age	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Non précisé	Total
Cas	1	6	4	4	1	0	0	0	0	3	19
Pourcentage	5,3%	31,6%	21%	21%	5,3%	0%	0%	0%	0%	15,8%	100%

Les patients de moins de 40 ans ont été les plus concernés par la péritonite d'origine traumatique.

III.2.6.1.3. La répartition selon le sexe.

Quinze patients (79%) étaient du sexe masculin et quatre (21%) du sexe féminin soit un sex-ratio de 3,8 en faveur des hommes.

III.2.6.1.4. La répartition selon les circonstances du traumatisme.

Trois circonstances ont été notées :

- La contusion abdominale a été notée dans cinq cas (26,3%)
- Onze patients (57,9%) ont été victimes de plaie pénétrante abdominale.
- Deux patients (10,5%) ont subi un lavement évacuateur à domicile, un autre (5,3%), une endoscopie de la prostate.

III.2.6.2. Les tableaux cliniques.

Les patients ont été évacués dans un tableau de choc hémorragique, avec sueurs, déshydratation et polypnée.

La prise de la tension artérielle a révélé une chute des chiffres tensionnels chez quinze malades avec pincement de la différentielle. Les conjonctives étaient pâles.

L'examen de l'abdomen a permis de noter une immobilité respiratoire. La palpation a noté une contracture abdominale dans tous les cas. La ponction-lavage du péritoine réalisée quatre fois a donné des résultats positifs par la présence de liquide péritonéal sanglant dans deux cas, et de liquide digestif dans deux autres cas.

III.2.6.3. Les examens complémentaires.

La numération formule sanguine a montré une leucocytose normale dans 10 cas (52,6%) et une hyperleucocytose dans 9 cas (47,4%). Une anémie normochrome et

normocytaire (avec un taux d'hémoglobine situé entre 7 et 9 g/dl) a été décelée chez quatre patients (21%).

La radiographie de l'abdomen sans préparation a identifié des images de grisaille diffuse dans sept cas (36,8%) ; le pneumopéritoine était présent dans huit cas (42,1%) et des niveaux hydroaériques dans quatre cas (21%).

III.2.6.4. Le traitement.

En pré-opératoire, la transfusion de sang total a été administrée chez quatre patients en anémie sévère, les autres ont bénéficié de perfusion de macromolécules.

L'exploration a permis de noter :

- 12 cas (63,1%) de perforation de l'intestin grêle,
- 4 cas (21,1%) de perforation du côlon,
- 2 cas (10,5%) de perforation gastrique,
- 1 cas de perforation de la vessie.

Les lésions de la rate et du foie ont été associées dans deux cas ; celles de la vésicule biliaire dans un cas.

Le traitement des lésions a été adapté à l'organe atteint :

- Les sutures après avivement des berges ont été pratiquées 11 fois dans les lésions du grêle associées à une iléostomie temporaire dans 1 cas.
- Pour les lésions du côlon, la suture simple a été réalisée 1 fois, une colostomie temporaire a été faite dans 1 cas.
- Les perforations gastriques ont été suturées.
- La cystorraphie a été effectuée pour traiter la lésion vésicale.

La splénectomie, la suture hépatique et la cholécystectomie ont été des traitements associés.

III.2.6.5. Les résultats thérapeutiques.

III.2.6.5.1. La morbidité.

L'évolution post-opératoire s'est compliquée d'une suppuration pariétale dans deux cas (10,5%) et de péritonite post-opératoire dans deux autres cas (10,5%).

III.2.6.5.2. La durée de séjour.

Le séjour moyen a été de 15,3 jours avec des extrêmes d'1 jour et de 99 jours.

III.2.6.5.2. La mortalité.

Huit décès ont été enregistrés soit un taux de létalité de 42,1%. Les décès sont survenus en post-opératoire immédiat par suite de choc hémorragique non compensé par la transfusion sanguine.

III.2.7. La péritonite par rupture d'abcès du foie (10 cas).

III.2.7.1. Les aspects épidémiologiques.

III.2.7.1.1. La fréquence.

Dix patients ont été retenus, soit 0,4% des abdomens aigus chirurgicaux et 2,7% des péritonites aiguës généralisées.

III.2.7.1.2. La répartition selon l'âge.

Le tableau XXIV montre la répartition des patients selon l'âge.

Tableau XXIV : répartition par tranche d'âge.

Age	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Non précisé	Total
Cas	1	2	1	2	1	1	0	0	0	2	10
Pourcentage	10%	20%	10%	20%	10%	10%	0%	0%	0%	20%	100%

80% des patients avaient moins de 60 ans.

III.2.7.1.3. La répartition selon la provenance.

La provenance des malades est indiquée au tableau XXV

Tableau XXV : provenance des patients.

Provenance	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Urbain	3	30
Rural	7	70
Total	10	100

III.2.7.1.4. La répartition selon le sexe.

La prédominance masculine a été notée avec sept hommes contre trois femmes soit un sex-ratio de 2,3.

III.2.7.2. Les tableaux cliniques.

Trois patients ont été transférés d'un service de médecine où ils étaient traités pour abcès du foie. C'est l'apparition d'une douleur en coup de poignard au niveau de l'hypochondre droit vite généralisée à l'abdomen qui a motivé l'avis chirurgical.

La fièvre était modérée avec une température inférieure à 39°. L'examen a montré un abdomen distendu, immobile, une contracture abdominale et un cri de l'ombilic. Le toucher rectal était douloureux. Il s'agissait alors d'un tableau de péritonite sthénique.

Sept autres patients ont été évacués d'un centre médical pour arrêt des matières et des gaz. Cinq d'entre eux ont signalé des douleurs traînantes de l'hypochondre droit.

Ces malades ont été reçus dans un tableau d'adynamie, avec un faciès infectieux. Ils étaient déshydratés et en oligurie. A l'examen, l'abdomen était météorisé, souple à la palpation, mais sensible avec une douleur plus marquée à l'hypochondre droit. Ils étaient donc à la phase asthénique de la péritonite.

III.2.7.3. Les examens paracliniques.

La numération formule sanguine a montré une hyperleucocytose faite de polynucléaires neutrophiles dans neuf cas (90 %). La sérologie VIH a été demandée deux fois avec un résultat positif.

III.2.7.4. Le traitement.

La voie médiane à cheval sur l'ombilic a été utilisée dans tous les cas.

L'exploration a révélé du pus chocolat dans un cas (10%), caractéristique d'abcès amibien et du liquide franchement purulent dans 9 cas (90%) révélateur d'une infection à germes pyogènes. L'abcès a siégé sur le lobe droit du foie dans quatre cas (40%). Il a siégé sur le lobe gauche six fois (60%). Le traitement a consisté à l'aspiration de pus, à l'effondrement des logettes non rompues suivie de la toilette abdominale à la polyvidone iodée diluée au sérum salé isotonique, complétée par un drainage des régions déclives.

III.2.7.5. Les résultats thérapeutiques.

III.2.7.5.1. La morbidité.

Cinq complications (50%) ont été notées en post-opératoire, soit trois suppurations pariétales (30%) et deux abcès sous-phréniques (20%).

III.2.7.5.2. La durée de séjour.

Le séjour moyen a été de 14,8 jours avec des extrêmes de 3 jours et de 32 jours.

III.2.7.5.3. La mortalité.

Un cas de décès a été enregistré, soit 10%. Le décès est survenu dans les 72 heures post-opératoires par choc septique.

III.2.8. La Péritonite compliquant une occlusion intestinale (7 cas).

III.2.8.1. La fréquence.

Sept cas de péritonite par occlusion intestinale ont été notés soit 0,3% des abdomens aigus chirurgicaux et 1,9% des péritonites aiguës généralisées.

III.2.8.2. Les tableaux cliniques et les examens paracliniques.

Sept patients ont été évacués d'un centre médical pour syndrome occlusif.

L'examen a montré des malades en mauvais état général, ils étaient déshydratés, fébriles. L'abdomen était météorisé, tympanique avec matité des flancs, et sensible à la palpation sans contracture vraie. L'examen des orifices herniaires a noté une tuméfaction rénitente, irréductible dans 5 cas.

Les examens complémentaires pratiqués ont été :

La numération formule sanguine, elle a montré une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile.

la radiographie de l'abdomen sans préparation a révélé des niveaux hydroaériques associés à une grisaille diffuse.

III.2.8.3. Le traitement.

L'exploration a mis en évidence :

- une hernie étranglée perforée dans 5 cas (71,4%)
- un volvulus du sigmoïde perforé dans un cas (14,3%).

- une pancolite amibienne perforée dans un cas (14,3%)

Le traitement a consisté à :

- la résection suivie d'une anastomose termino-terminale dans 3 cas (42,8%),
- la résection-iléostomie dans deux cas (28,6%),

Dans tous les cas, une cure de hernie a été pratiquée.

- La colectomie selon Hartmann et une colectomie totale ont été faites une fois respectivement (14,3%).

III.2.8.4. Les résultats thérapeutiques.

III.2.8.4.1. La morbidité.

Cinq complications (71,4%) ont émaillé l'évolution post-opératoire.

La suppuration pariétale pour deux cas (28,6%), une éviscération (14,3%) , un lâchage de suture pariétale (14,4%), une péritonite post-opératoire (14,3%).

III.2.8.4.2. La mortalité.

Quatre décès précoces ont été enregistrés soit 57,1%. Ils sont survenus dans un tableau de choc septique ou hypovolémique.

III.2.9. La péritonite post-opératoire (7 cas).

III.2.9.1. La fréquence.

Sept cas ont été enregistrés soit 0,3% des abdomens aigus chirurgicaux et 1,9% des péritonites aiguës généralisées.

Les interventions en cause ont été :

- un lavage péritonéal sans drainage dans un cas (14,3%) ;
- un avivement-suture dans quatre cas (57,1%) ;
- une résection-anastomose, dans deux cas (28,6%).

III.2.9.2. Les tableaux cliniques et paracliniques.

Le tableau clinique a été dominé par les signes généraux. L'altération de l'état général, la persistance de la fièvre, la déshydratation, malgré la réanimation et le traitement antibiotique, ont attiré l'attention, au bout du troisième jour post-opératoire. Dans deux cas, la reprise du transit a été précocée au bout de 24 heures avec des selles liquides. La course nasogastrique précocée chez quatre patients était très productive de liquide gastrique.

Les signes locaux ont été déterminants dans le diagnostic de péritonite post-opératoire mais ont été vus dans deux cas : l'écoulement de matière fécale à travers l'orifice de drainage et par l'incision médiane.

La numération formule sanguine a confirmé le syndrome infectieux en montrant une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

La radiographie de l'abdomen sans préparation a montré des images de grisaille diffuse et de niveaux hydro-aériques.

III.2.9.3. Le traitement.

L'incision initiale a été reprise et agrandie avec excision des nécroses pariétales.

Les lésions retrouvées à l'exploration ont été :

- un lâchage d'anastomose colique dans un cas (14,3%) et iléale dans deux cas (28,6%) ;
- un lâchage de suture iléale dans deux cas (28,6%);
- un lâchage de suture vésicale dans un cas (14,3%).

Après la toilette abdominale, le traitement a consisté à :

- une hémicolectomie droite selon Hartmann dans un cas;
- une iléostomie dans quatre cas (57,1%) ;
- une cystorraphie associée à un drainage par une sonde vésicale à demeure dans un cas ;
- un lavage péritonéal avec drainage des régions déclives dans un cas.

III.2.9.4. Les résultats thérapeutiques.

III.2.9.4.1. La morbidité.

Quatre fois il y a eu la suppuration pariétale.

III.2.9.4.2. La mortalité.

Il y a eu quatre décès soit un taux de létalité de 57,1%.

III.2.10. La péritonite secondaire à une tumeur (6 cas).

III.2.10.1. La fréquence.

Six cas ont été recensés soit 0,2% des abdomens aigus chirurgicaux et 1,6% des péritonites aiguës généralisées.

III.2.10.2. La répartition selon le sexe.

Le sexe masculin a prédominé avec cinq hommes contre une femme soit un sex-ratio de 5 en faveur des hommes.

III.2.10.3. Les tableaux cliniques et les examens paracliniques.

La perforation est survenue chez des patients en très mauvais état général, déshydratés et cachectiques. La température était supérieure à 39°chez tous les patients.

L'examen de l'abdomen a mis en évidence un météorisme important, tympanique. L'abdomen était sensible à la palpation sans contracture vraie.

La radiographie a montré un énorme croissant gazeux inter-hépatodiaphragmatique dans trois cas (50%) et de niveaux hydro-aériques associés à des images de grisaille diffuse dans trois cas (50%).

III.2.10.4. Le traitement.

Après une phase de réanimation, la laparotomie a permis de noter à l'exploration :

- une tumeur gastrique perforée dans deux cas (33, 3%) ;
- une tumeur appendiculaire perforée chez un patient (16,7%) ;
- un kyste méésentérique infecté et rompu dans deux cas (33,3%) ;
- une tumeur du côlon ascendant perforée dans un cas (16,7%).

Le traitement a consisté :

- à une gastrotomie temporaire dans deux cas,
- une appendicectomie dans un cas,
- une kystectomie dans deux cas,
- une colostomie temporaire dans un cas.

Les pièces opératoires ont été prélevées pour analyse histopathologique. Le traitement à visée tumorale a été envisagé secondairement en fonction du stade de la tumeur.

III.2.10.5. Les résultats thérapeutiques.

III.2.10.5.1. La morbidité.

L'évolution post-opératoire a été émaillée de deux complications (22,2%) : la suppuration pariétale une fois (16,7%) et une occlusion post-opératoire (16,7%).

III.2.10.5.2. La mortalité.

Trois décès ont été enregistrés soit un taux de létalité de 50%.

III.2.11. La péritonite biliaire (4 cas).

III.2.11.1. La fréquence.

Quatre cas ont été recensés soit 1,1% des péritonites aiguës généralisées.

III.2.11.2. Les tableaux cliniques et les examens paracliniques.

La symptomatologie a été dominée par une douleur de l'hypochondre droit qui s'est ensuite généralisée à l'abdomen.

La température était supérieure ou égale à 38°. Un sub-ictère dans trois cas (75%) et un ictère franc dans un cas (15%) ont été notés.

A l'examen la palpation la palpation sous costale droite a provoqué une douleur au point vésiculaire inhibant la respiration (signe de Murphy).

L'échographie pratiquée chez deux patients (50%) a évoqué l'origine vésiculaire de la lésion.

III.2.11.3. Le traitement.

La laparotomie exploratrice a permis de noter l'aspect du liquide péritonéal qui était bilio-purulent dans deux cas, et louche dans deux autres cas. La lésion causale était une lithiase vésiculaire dans trois cas et une nécrose vésiculaire alithiasique dans un cas. L'intervention a consisté à une cholécystectomie dans tous les cas. Le drainage des régions déclives à la lame de Delbet a été systématique.

III.2.11.4. Les résultats thérapeutiques.

Trois complications (75%) ont marqué l'évolution post-opératoire :

- La suppuration pariétale dans deux cas (50 %).
- Le lâchage de suture dans un cas (25%).

Aucun décès n'a été noté.

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRE

I. Les limites de l'étude

Elles sont liées au caractère rétrospectif de l'étude. Elles nous ont amené à rejeter 17 cas de péritonite du fait :

- de la mauvaise tenue des dossiers ;
- de l'absence du compte-rendu opératoire.

II. Sur le plan global.

II.1. Les aspects épidémiologiques.

II.1.1. La fréquence.

Les péritonites aiguës généralisées, dans leur forme secondaire, sont une affection dont la prévalence devrait tendre à la baisse l'amélioration de la prise en charge des malades de nos formations sanitaires, ceci étant vérifié dans les pays développés [46]. Les péritonites aiguës généralisées, opérées de 1995 à 1999, ont représenté 15,7% des urgences abdominales chirurgicales au CHNSS. Elles ont occupé la troisième place des abdomens aigus chirurgicaux de la même période. Ce taux de 15,7% dans notre série est identique au taux de 17,10% noté respectivement par Sanou en 1991 à Ouagadougou [61] et par Ouattara et collaborateurs [53] en 1994 à Bobo-dioulasso. Le taux dans notre série est inférieur aux taux observés par Ongoïba et coll à Bamako [52] et par Ayité et coll. [4] au Togo qui ont noté respectivement 20,1% et 25,4%. Le taux de 15,7% est supérieur au taux de 14,14% noté par Bamouni à Ouaga en 1982 [5]. L'importance des péritonites aiguës généralisées est due à la pauvreté, à l'ignorance et aux pratiques culturelles qui amènent les patients à l'automédication et au traitement traditionnel avec pour conséquence un retard diagnostic. La tendance évolutive des cas de péritonite aiguë généralisée n'est donc pas à la diminution des cas comme cela se devrait avec l'amélioration des conditions de diagnostic et des possibilités thérapeutiques même dans les pays en développement. Ceci est illustré par la figure n°1 de notre série.

II.1.2. La résidence.

La fréquentation de l'hôpital de l'état est inégale selon l'éloignement de la ville d'implantation. Les patients du milieu rural ont connu un long itinéraire thérapeutique. Ils ont souvent eu recours à l'automédication et au traitement traditionnel à cause de la

pauvreté ou de l'éloignement du centre de santé. Ces raisons expliqueraient la fréquence élevée des péritonites en milieu rural par rapport au milieu urbain.

II.1.3. L'âge.

L'âge moyen des patients de notre série a été de 26,3 ans. Il est comparable à celui de Sanou à Ouagadougou [60] et supérieur à celui de Ouattara à Bobo-Dioulasso [53] qui ont noté respectivement 27 ans et 22,9 ans.

II.1.4. Le sexe.

Le sex-ratio dans notre série a été en faveur des hommes. La prédominance du sexe masculin a été rapportée par de nombreux auteurs [16, 31, 49, 53, 61, 74]. Le nombre élevé des hommes pourrait être expliqué par le fait que ceux-ci vont plus facilement consulter que les femmes pour douleur abdominale. En effet ce signe est perçu, comme " normal " chez la femme, mais pathologique chez le sujet masculin, dans certains milieux culturels.

II. 2. Les tableaux cliniques.

Le diagnostic de péritonite aiguë généralisée n'a pas posé de problème dans l'ensemble puisque " Le diagnostic des péritonites aiguës généralisées est avant tout clinique "[39]. 220 patients soit 60% ont été reçus pour péritonite asthénique. Le retard à la consultation lié entre autre à la pauvreté a favorisé l'évolution vers cette forme.

II.3. Les tableaux paracliniques.

La radiographie de l'abdomen sans préparation dans la majorité des cas (90%) a permis l'approche diagnostique. Cet examen est capital dans les pays en développement où il est presque toujours disponible dans les hôpitaux de référence. Il existe dans les pays développés d'autres moyens diagnostiques qui sont peu utilisés dans nos conditions de travail : Il s'agit de l'échographie qui confirme l'épanchement intrapéritonéal et l'opacification digestive par un produit hydrosoluble [39] qui tout en indiquant le siège d'une perforation en précise l'étendue. Quant à l'examen histopathologique de pièce opératoire, capital pour confirmer une tumeur, il n'a pas souvent été disponible par manque de spécialiste, ce qui a obligé l'envoi des prélèvements à Ouagadougou ou en France.

II.4. Le traitement.

II.4.1. La réanimation.

La réanimation a été systématique, particulièrement 222 malades (60%) ont séjourné dans le service spécialisé en fonction de leur état clinique. Les conditions socio-économiques difficiles chez la plupart des patients, le manque de sang, n'ont pas permis une réanimation adéquate. Certains auteurs comme Le Treut en France [39] préconisent des mesures de réanimation comparables à celles que nécessiterait une brûlure de 50% de la surface corporelle : assistance hémodynamique, respiratoire, rénale, métabolique et nutritionnelle.

II.4.2. La laparotomie.

Elle a été systématique dans notre série. Le traitement coelioscopique de certaines péritonites aiguës généralisées est actuellement possible [7, 13, 35, 40]. Certains auteurs ont expérimenté l'irrigation intra-péritonale dans le traitement des péritonites aiguës généralisées [22, 66,76].

II.5. Les résultats thérapeutiques.

En post-opératoire 27,6% de complications ont été enregistrées. Ce pourcentage est supérieur aux 23,4% de Ouattara à Bobo [53]. Nous avons relevé une mortalité de 16,3% ce qui est supérieur aux 7,74% de Fall et coll. à Dakar [20], mais inférieur aux taux observés par Ouattara [53] et Nali à Bangui [50] qui ont noté respectivement 23,4% et 41,4% de mortalité.

Cette lourde mortalité serait due en partie au retard à la consultation, au diagnostic et au mauvais état général des patients ainsi qu'à une réanimation souvent insuffisante.

III. Au plan analytique.

III.1. La péritonite par perforation iléale typhique.

III.1.1. Les aspects épidémiologiques.

III.1.1.1. La fréquence.

Les péritonites d'origine typhique, qui occupent la première place des péritonites de notre série avec 31,2%, constituent un problème de santé publique dans la région de Bobo-Dioulasso.

Pourtant la fièvre typhoïde par des mesures rigoureuses d'hygiène et par la vaccination est une maladie évitable. Cependant le constat est le même sous les tropiques, sauf l'étude de Sanou à Ouaga en 1991 [61] et celle de Bikandou à Brazzaville en 1996 [9] où l'étiologie typhique a occupé la deuxième place. Notre taux est identique à celui de Nali à Bangui en 1978 [50] où il avait relevé 31,7%. Il est comparable aux 32,4% de Yao au Cameroun [75] et inférieur aux taux d'autres auteurs [26, 49]. En effet, Harouna à Niamey [26] a rapporté 35%, et Nali [49] à Bangui en 1986 a observé 39,4%. Néanmoins 31,2% est supérieur aux 25% admis pour l'Afrique de l'Est selon Golakaï et Makuniké [23]. C'est ainsi qu'il est supérieur aux taux donnés, à Ouaga en 1991 par Sanou [61] et en 1997 par Kafando [31], et à Bobo en 1993 par Ouattara et al [53]. Ce sont respectivement 26,15%, 18,64% et 29,7%. La différence de fréquence observée entre Ouagadougou et Bobo-Dioulasso serait liée en partie à la différence de pluviométrie entre ces deux régions (la saison des pluies est plus étalée en mois à Bobo-Dioulasso qu'à Ouagadougou. L'influence de la saison des pluies a été évoquée par Kafando [31].

III.1.1.2. Incidence annuelle.

La moyenne annuelle de notre étude a été de 23 cas, ce qui est inférieur à 39,9 cas par an de Kafando [31] et supérieur à 8,6 cas par an chez Nali [49]. L'incidence a été marquée par une évolution fluctuante chez nous comme chez Nali [49], par contre l'évolution croissant a été relevée par Kafando [31] dans son étude.

II.1.1.3. La variation saisonnière.

La saison des pluies étalée de Juin à Octobre dans la région a été la plus grande pourvoyeuse de cas, près des deux tiers (72 cas soit 62,6%). Non seulement le retard diagnostic dû à la difficulté du diagnostic différentiel avec le paludisme en milieu médical non équipé, mais aussi la contamination hydrique par les sols souillés par le péril fécal, peuvent expliquer l'influence de la saison pluvieuse. Yao et al au Cameroun [75], Raobijaona à Antananarivo [58], Simporé à Ouaga [63] puis Kafando [31]. citant en plus certains auteurs comme Tostain au Cambodge, sont du même avis. Par contre, Mbula à Kinshasa et Zannou en Côte d'ivoire, cités par Kafando [31] n'ont pas trouvé une influence saisonnière.

III.1.1.4. La provenance.

72% de nos malades ont été recrutés parmi la population rurale, il en est de même chez Kafando avec 74% [31]. L'influence saisonnière augmenterait le risque chez les ruraux qui vivent dans des conditions encore plus précaires dans les champs. Cependant Bula à Kinshasa [46] a relevé 4,4% de prévalence chez les ruraux. Il semble privilégier l'évolution épidémique de la fièvre typhoïde retrouvée dans les collectivités telles que les casernes militaires et les universités.

III.1.1.5. L'âge.

La maladie a été plus fréquente chez les sujets de moins de 30 ans. Ils ont représenté 83,5% des cas de notre série. Chez Harouna [26], 85% avaient moins de 30 ans. Kafando [31] a trouvé 88,7% chez les sujets de 0 à 30 ans. Au delà de 40 ans, l'affection a été rare dans notre étude, de même que chez Bula [46]. Nous pouvons retenir avec Nali [49] que " la maladie frappe souvent les enfants et les adultes jeunes ".

III.1.1.6. Le sexe.

Le sex-ratio dans notre série a été en faveur des hommes. La prédominance masculine a été confirmée par de nombreux auteurs [1, 16, 26, 31, 46].

III.1.2. Les tableaux cliniques.

La forme asthénique a prédominé dans notre série avec 74,8%. La même constatation a été faite par de nombreux auteurs [28, 31, 44, 75]. Le retard diagnostic

dû, d'une part à la consultation tardive des patients qui ont pratiqué l'automédication, ou le traitement traditionnel, d'autre part, à la confusion avec un syndrome palustre, a favorisé la forme asthénique. Néanmoins, certains auteurs comme Bikandou à Brazzaville [9], Mballa – Ndi, Padanou et Spay, cités par Kafando [31] ont trouvé que les formes sthéniques ont été les plus importantes. Dans tous les cas, le tableau clinique évocateur n'a pas accordé beaucoup de place aux examens paracliniques dont les résultats spécifiques au diagnostic positif sont quasi impossibles en urgence dans nos conditions de travail.

III.1.3. Les tableaux paracliniques.

La radiographie de l'abdomen sans préparation, a confirmé la perforation d'un organe creux par le pneumopéritoine dans 35% des cas. Ce taux est identique à celui de Kafando [31] à Ouagadougou. Il est nettement inférieur à 81,7% de Harouna à Niamey [26]. La mauvaise qualité des incidences qui n'ont pas montré les coupes diaphragmatiques pourrait expliquer le faible taux de notre série. Nous préconisons avec Abantaga [1] l'association systématique d'une radiographie du thorax.

Les bilans biologiques tels que le sérodiagnostic et les hémocultures ont été rarement pratiqués dans notre série. Certains auteurs tels que Kafando à Ouagadougou [31], Nali à Bangui [49] et Yao au Cameroun [75], n'ont pas souvent réalisé les examens biologiques. L'étiologie typhique de la péritonite évoquée en préopératoire sur des critères cliniques s'est souvent avérée juste dans notre étude comme dans celle de Nali à Bangui [49].

III.1.4. Le traitement.

Le siège de la perforation a été classiquement l'iléon terminal sur le bord antimésentérique à moins de 40 cm de la jonction iléo-coecale dans 65,7%.

Nos résultats sont identiques à ceux de Kafando [31] qui l'a situé entre 2 et 25 cm de la valvule iléo-coecale dans 66,7%. La plupart des auteurs sont unanimes que la perforation siège à moins de 50 cm de la jonction iléo-coecale [1, 9, 16, 31, 75].

Dans notre série, la perforation a été unique dans 85%. Entre autres, Abantanga [1], Bikandou [9], Kafando [31], Simporé [63], et Yao [75] ont noté respectivement un taux de 85,7%, 85,7%, 85,7%, 85,7% et 85,7%. Le traitement de la perforation typhique ne peut se concevoir que par la réparation chirurgicale. Les techniques de

traitements pratiqués dans notre série ont été de trois ordres ; elles ont dépendu des lésions à l'exploration.

- L'iléostomie temporaire a été la plus employée (73%). Elle a été pratiquée plus fréquemment que certains auteurs tels que Harouna à Niamey [26], Kafando [31] à Ouagadougou et Ouattara à Bobo-Dioulasso [53]. Ces auteurs ont réalisé une iléostomie temporaire respectivement dans 3,5%, 14% et 35,8%. Le choix de cette technique dans notre étude a été guidé par l'ancienneté et le nombre de perforations. Nous avons évité au maximum de faire la suture digestive en sous méso-colique, en milieu septique en conformité avec ce qui a été préconisé par Loygue [42], Spay[65], Dumurgier [16] et Koffi [34], car le principal risque après suture simple ou résection-suture est la fistule stercorale [59].
- La suture simple (21%) a été réalisée lorsque la septicité du liquide péritonéal a été reconnue minime. Nali et al [49] ont pratiqué dans la grande majorité des cas un avivement des bords et une suture des perforations à l'instar d'autres auteurs [1, 26, 31, 36, 49, 53, 63]. Dumurgier [16] a conseillé de réserver les sutures aux perforations uniques vues tôt.
- La résection avec anastomose termino-terminale a été très peu employée (6%). L'iléostomie temporaire lui a été préférée lorsque les lésions ont été importantes et le milieu septique. Nali et al [49] ont parfois eu recours à une résection-anastomose termino-terminale. Harouna et al ont réalisé 25,5% de résection-anastomose [26]. Kafando en a recensé 19,2% [31]. Dumurgier [16] a réservé la résection-anastomose immédiate en zone saine cette fois-ci aux perforations iléales multiples chez des patients vus quelques heures après l'inoculation péritonéale.

Dans tous les cas, après réparation des lésions, une toilette péritonéale aussi abondante que possible a été faite à la polyvidone iodée diluée au sérum salé isotonique.

- Des techniques opératoires, pratiquées par certains auteurs, n'ont pas été expérimentées dans notre série. Ce sont : le drainage simple, l'entérostomie, la suture extériorisée faite à Dakar par Sow et al [64].

III.1.5. Les résultats thérapeutiques.

L'évolution post-opératoire a été favorisée de complications dans 30% des cas. Ce taux est cependant inférieur à ceux de Harouna [26] et Kafando [31] qui ont

respectivement enregistré 46,4% et 55,6%. Le degré d'infection de la cavité péritonéale et la technique opératoire pourraient favoriser certaines complications.

Le tableau ci-dessous compare l'évolution post-opératoire de notre série à celle de Harouna [26] et de Kafando [31].

Complications	Notre étude Pourcentage	Harouna [26] Pourcentage	Kafando [31] Pourcentage
Suppuration pariétale	14,8%	20%	19,6%
Lâchage de suture	8,7%	0%	21,8%
Irritation péristomiale	6,9%	0%	0%
Fistule Stercorale	4,3%	1,9%	5%
Péritonite post-opératoire	2,6%	5%	1,7%
Eviscération	1,7%	3,5%	7,5%

Dix neuf décès soit 16,5% ont été enregistrés. Ce taux de mortalité est supérieur aux 8,57% de Simporé [63] à Ouagadougou et aux 13,6% de Abantanga [1]. Il est comparable à ceux de Nguyen au Vietnam [51] et de Yao au Cameroun [75] qui ont noté respectivement 18% et 18,5%. Mais il est inférieur aux taux de nombreux auteurs tels que Dumurgier [16], James [29], Kafando [31], Nali [49], Harouna [26] qui ont noté respectivement un taux de mortalité de: 46,2%, 38%, 40%, 32,5%, 29%. Le taux de mortalité élevé de notre série serait lié au mauvais état général pré-opératoire des patients qui n'ont pas bénéficié par ailleurs d'une réanimation suffisante.

III.2. La péritonite appendiculaire.

III.2.1. Les aspects épidémiologiques.

III.2.1.1. La fréquence.

La péritonite appendiculaire a occupé la deuxième place dans notre série. C'est la même observation qui a été faite à Bobo en 1993 par Ouattara [53], à Bangui par Nali [50] et en France par Hay [27]. Par contre, Sanou à Ouaga [61] a observé que la

péritonite appendiculaire était la première cause des péritonites aiguës généralisées en 1991.

III.2.1.2. La provenance.

Les habitants de la ville sont mieux sensibilisés à la pathologie appendiculaire devant la douleur à la fosse iliaque droite notamment chez l'homme. Ils sont également plus prompts à aller en consultation du fait de l'accessibilité des formations sanitaires, d'où la proportion relativement faible (28,3%) de péritonite appendiculaire en milieu urbain. La même explication quant à la fréquence plus élevée de l'appendicite aiguë en milieu urbain (85,3%) que rural a été donnée par Traoré [72].

III.2.1.3. L'âge.

Nous avons relevé 75% des cas de péritonite appendiculaire dans la tranche d'âge de 10 à 39 ans. Dans une étude sur l'appendicite aiguë à Ouaga, Traoré et al [72] ont trouvé que l'adulte entre 21 et 40 ans est plus touché soit 50 %. Kaba [30] situe sa tranche entre 15 et 35 ans à Abidjan. En France, la péritonite appendiculaire a concerné les sujets de plus de 40 ans dans un tiers des cas [19], observation confirmée par Hay [27]. Kaba [30] a remarqué par contre que " la fréquence des appendicites aiguës diminue entre 45 et 60 ans pour devenir exceptionnelle après 60 ans ". La péritonite appendiculaire, complication la plus redoutable, a été plus rare dans notre série à partir de 60 ans.

III.2.1.4. Le sexe.

La péritonite appendiculaire a affecté plus d'hommes que de femmes. La même observation a été faite par certains auteurs [19, 27, 72].

III.2.2. Les tableaux cliniques.

Les formes sthénique ont dominé le tableau clinique dans 55,7% des cas, la même observation a été faite par Fagnier [19]. L'appendicite ne devrait plus évoluer vers la péritonite surtout chez l'homme où une douleur à la fosse iliaque droite fait évoquer l'appendicite aiguë et prise en charge immédiatement. La faible fréquentation des services de santé expliquerait le nombre élevé de péritonite appendiculaire.

III. 2. 3. Les examens paracliniques.

Le diagnostic de péritonite appendiculaire est purement clinique dans nos conditions de travail. Dans certains pays, la laparoscopie est un examen de choix qui permet de visualiser l'état de l'appendice et de poser l'indication opératoire [7, 19].

III.2.4. Le traitement.

La laparotomie médiane large a été la voie d'abord de choix dans notre étude. Elle a permis une toilette abdominale correcte et complète. Elle est toujours pratiquée en France pour les mêmes raisons [19, 27]. Cependant le traitement coelioscopique employé depuis 1908 [7] n'est pas encore de pratique courante chez nous malgré les nombreux avantages qu'il offre.

III.2.5. Les Résultats thérapeutiques.

Nous avons enregistré une mortalité de 7,5%. Ce taux est inférieur à 13,10% de Millogo [48]. Il est comparable à celui de Fagniez [19] qui l'a situé à moins de 10%.

III.3. Péritonite par perforation d'ulcère gastro-duodénal.

III.3.1. Les aspects épidémiologiques.

III.3.1.1. La fréquence.

La perforation d'ulcère gastro-duodénal a représenté 13,6% des péritonites de notre série. Le taux de 13,6% est supérieur aux taux observés par Traoré [73] et Simporé [63] à Ouaga, Ouattara [53] à Bobo, Nali [50] à Bangui, qui ont respectivement noté : 3%, 4,5%, 6,4% et 9,56%. Le taux de 13,6% dans notre série est identique au taux de 15% rapporté par Perrotin en France [55]. La fréquence élevée de notre série serait liée à la consommation de substances gastro-agressives. L'influence du jeûne sur la perforation sur une population à majorité musulmane a été recherchée, mais nous ne pourrions l'incriminer de façon formelle.

III.3.1.2. La provenance.

C'est une pathologie urbaine', 72% des patients dans notre série et 75% chez Traoré [73] habitaient le milieu urbain. La ville offre des facteurs favorisants comme le stress et une plus grande disponibilité des médicaments gastro-agressifs.

III.3.1.3. L'âge

Plus fréquente chez l'adulte jeune dans notre étude, elle a une prédilection chez les sujets de la cinquantaine en France [27]. Les facteurs favorisants que sont le stress, les produits gastro-agressifs, l'alcool et le tabagisme, sont davantage rencontrés chez les adultes jeunes. Ils pourraient expliquer la fréquence élevée de l'ulcère et par conséquent la péritonite à cette période de la vie.

III.3.1.4. Le sexe

Le sex-ratio a été en faveur des hommes dans notre série. La fréquence plus élevée chez l'homme a été notée par Idali [28], Karayuba [33] et Traoré [73].

III.3.2. Les tableaux cliniques.

La perforation a été révélatrice de la maladie ulcéreuse dans 72% des cas. Ce taux est légèrement inférieur aux 75% de Traoré [73]. Il est supérieur aux 50% donnés par Perrontin comme limite supérieure [55]. Les patients ont été évacués dans un tableau de péritonite asthénique pour 40% d'entre eux. Ce taux est inférieur aux taux observés par Traoré [73] et Idali [28] qui ont noté respectivement 45% et 78,3%. Le retard à la consultation et donc au diagnostic pourrait expliquer le taux élevé de la forme asthénique de notre série.

III.3.3. Les tableaux paracliniques.

La radiographie de l'abdomen sans préparation a permis dans 80% des cas de poser le diagnostic en montrant un pneumopéritoine. Cet examen a également permis à certains auteurs de poser le diagnostic de perforation d'organe creux en montrant le pneumopéritoine, entre autres, Ovasse [54], Traoré [73] et Nali [28].

Le transit aux hydrosolubles pratiqué dans certains pays permet de situer le siège de la perforation et l'étendue de la perforation [38, 55]. Mais cet examen n'est pas disponible dans notre pays.

III.3.4. Le traitement chirurgical.

Il a consisté à une suture simple seule dans 30% et associée à une épiplooplastie dans 70%. Aucun de nos patients n'a bénéficié d'un traitement à visée étiologique. Ils sont venus consulter lorsque leur état général s'est altéré ; ils ne pouvaient pas supporter une intervention de longue durée. Certains auteurs ont associé un traitement étiologique. Karayuba [33] a traité ses patients par vagotomie supra sélective. Idali et al [28] ont pratiqué une bivagotomie avec pyloroplastie, une séromyotomie et une antrectomie pour traiter leurs cas. Traoré et al [73] ont réalisé la vagotomie tronculaire avec pyloroplastie dans cinq cas de perforation vues avant 24 heures. " La plupart des chirurgiens réalisent actuellement une suture avec vagotomie suprasélective, d'autres font une vagotomie tronculaire associée à une pyloroplastie, la vagotomie tronculaire plus antrectomie ou une gastroentérostomie sont beaucoup moins pratiquées en urgence " [33]. Cependant les méthodes radicales ne mettent pas à l'abri des récurrences ulcéreuses, 7,7% chez Edelman [17].

Des anti-H2 ont été institués afin de réduire les risques de récurrence immédiate. Mais dans nos contextes de difficultés socio-économiques, il paraît difficile de respecter les deux mois de traitement d'attaque comme le proposent beaucoup de chirurgiens après suture de la perforation. [57, 68].

III.3.5. Les résultats thérapeutiques.

Les complications post-opératoires ont été de 14,6% composées essentiellement de suppuration pariétale pour 10,4%. Ce dernier taux est inférieur aux 12,5% de suppuration relevés par Traoré [73].

Le taux de létalité de notre série a été 18%, ce qui est supérieur aux 5% observés par Traoré [73]. Il est inférieur aux 30,4% de Idali [28]. L'état général altéré des patients de notre étude, une réanimation insuffisante par manque de moyens financiers pourraient expliquer l'écart entre le taux de Traoré à Ouagadougou [73] et le nôtre à Bobo-Dioulasso. Cependant 18% est dans la fourchette de 5 à 26% de mortalité de certains auteurs rapportés par Idali [28].

III.4. Péritonite primitive.

III.4.1. Les aspects épidémiologiques.

III.4.1.1. La fréquence.

La péritonite primitive a occupé la quatrième place avec 6,8%. Ce taux observé dans notre série est inférieur aux taux observés par Armitage [2], Nali [50], Ouattara [53], Sanou [61] qui ont respectivement noté 25%, 9,56%, 17%, 14%. Laurens a situé les péritonites primitives entre 1 et 2% [35].

III.4.1.2. L'âge:

Soixante huit pour cent de nos patients avaient entre 0 et 19 ans. Lenriot [37] affirme que les péritonites primitives restent d'observation relativement courante en particulier en pathologie pédiatrique et représenteraient 10% environ des urgences pédiatriques en France. Tandis que Barguellil [6] en Tunisie a constaté que les péritonites primitives de l'enfant étaient rares. Mais tous sont unanimes qu'il y a un terrain prédisposant. Par exemple, la péritonite à pneumocoque touche l'enfant atteint de syndrome néphrotique [6, 13, 15].

III.4.1.3. Le sexe.

La prédominance féminine a été nette (60% des cas). Les cas de péritonite primitive rapportés par Brun-Buisson [13] et Barguellil [6] étaient exclusivement du sexe féminin. Les infections génitales basses fréquentes chez les jeunes filles en seraient une raison dans notre série. Cependant dans notre contexte, le diagnostic différentiel non aisé d'avec certaines péritonites d'origine génitale n'a – t'il pas contribué à augmenter ce taux chez les femmes ?

III.4.2. Les tableaux cliniques.

Le diagnostic de péritonite primitive a été exclusivement post-opératoire dans nos conditions de travail. Avant la laparotomie, Barguellil [6] pose un problème de diagnostic différentiel avec la péritonite appendiculaire. Dans les pays développés, la laparoscopie a permis d'éviter la laparotomie en posant le diagnostic de péritonite essentielle [13, 35, 40].

III.4.3. Les examens paracliniques.

Les hémocultures ont été réalisées dans 40% des cas associées à la culture du pus péritonéal, elles ont identifié *E. coli* dans 80%. Ce taux est supérieur à 53,85% de Mbopi-kéon [45]. Brun-Buisson [13] a noté que les entérobactéries représentaient deux tiers des isollements. En l'absence d'hyperthermie, les hémocultures ne peuvent être pratiquées chez tous les malades. La sérologie VIH par contre pourrait être systématique. Nous l'avons faite deux fois et un cas s'est révélé positif. Laurens [35] est de cet avis en citant Glasser : "l'augmentation constante de l'épidémie à VIH, la fréquence des bactériémies à salmonelle mineure, doivent faire pratiquer en tel cas une recherche systématique d'immunodépression."

III.4.4. Le traitement.

Certains auteurs déconseillent la laparotomie dans les péritonites primitives [35]. Dans notre série, la toilette abdominale a été faite après avoir aspiré le liquide péritonéal. Mais la clé du traitement réside en la mise en évidence du germe responsable ce qui n'a pas été souvent le cas. Le traitement médical fait d'antibiotiques à large spectre et surtout spécifiques aurait suffi quand il est reconnu que chez l'enfant, le pneumocoque est en cause dans 50% des cas [2].

La laparotomie exploratrice peut actuellement être évitée par l'utilisation de la coelioscopie qui présente plusieurs intérêts [6]. C'est ainsi que la coelioscopie permet une bonne exploration abdominale et un meilleur diagnostic lésionnel notamment chez la femme et chez l'enfant [40].

III.4.5. Les résultats thérapeutiques.

L'évolution post-opératoire s'est compliquée dans 22,7% des cas avec une péritonite post-opératoire survenue le 7^{ème} jour chez un malade qui n'avait pas bénéficié d'un drainage.

La mortalité de 12% dans notre série est identique, à celle observée par Ouattara [53], et inférieure à celle de Sanou [61], qui ont noté respectivement 11,8% et 19,8%. Il n'y a pas eu de décès dans la série de Nali [50] à Bangui. La forte mortalité dans notre série serait due au retard diagnostique chez des malades en très mauvais état général et financièrement démunis qui n'ont pas pu supporter les frais d'une réanimation adéquate.

III.5. Péritonites rares.

- Les péritonites génitales ont été rares dans notre série. La même observation a été faite par certains auteurs [51, 54, 75]. La prise en charge de ces patientes dans les services de maternité expliquerait cette tendance.
- D'autres étiologies ont été également rarement observées :
 - Les péritonites par rupture d'abcès du foie. La ponction échoguidée a permis d'éviter les ruptures d'abcès du foie. La même technique a été employée par Traoré [70] à Ouagadougou. Elle a réduit de ce fait l'incidence des péritonites par rupture d'abcès du foie.
 - Les péritonites compliquant une occlusion intestinale, relèvent dans notre série d'un diagnostic tardif. Elles sont imputables à certains gestes proscrits tels que la réduction d'une hernie étranglée.
 - D'autres étiologies seraient dues au retard diagnostic: les péritonites survenant sur une tumeur, les péritonites biliaires.
 - Les péritonites post-opératoires posent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques puisqu'elles surviennent sur un terrain fragilisé. Les mêmes difficultés ont été relevées par Mignonsin [47].

Ces étiologies sont rarement décrites dans les pays développés [16, 39]. Leur fréquence relativement élevée dans notre étude et par ailleurs en Afrique, serait liée aux conditions socio-économiques défavorables des populations.

CONCLUSION

La péritonite aiguë généralisée est la conséquence de l'évolution défavorable d'une pathologie médicale, chirurgicale ou traumatique. Elle a représenté 15,7% des urgences abdominales et ne semble pas régresser malgré les efforts de prévention et de prise en charge des malades. Elle constitue de ce fait toujours un problème de santé publique au Burkina Faso en général et dans la région de Bobo-Dioulasso en particulier. Sa fréquence élevée dans notre pratique quotidienne nous a amené à initier une étude sur ses aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. En rapportant nos résultats, nous envisageons les mesures à prendre pour diminuer l'incidence de cette urgence chirurgicale.

Au terme de l'étude, quatre principales étiologies ont été identifiées, par ordre de fréquence, ce sont :

- la péritonite par perforation iléale d'origine typhique,
- la péritonite appendiculaire,
- la péritonite par perforation d'ulcère gastrique ou duodéal,
- la péritonite essentielle.

Les péritonites ont touché essentiellement les sujets jeunes de moins de 30 ans, tranche d'âge la plus active économiquement, dans environ 62,5% et le sexe masculin a prédominé avec un ratio de 2,4.

Sur le plan clinique, la forme asthénique a été la plus décrite dans environ 60% des cas. La survenue de cette forme est liée au retard à la consultation et à la prise en charge adéquate des patients.

La laparotomie a été pratiquée dans tous les cas. Elle a permis de réaliser la technique chirurgicale appliquée à l'étiologie. C'est ainsi que pour les perforations iléales typhiques, l'iléostomie a été choisie dans 73% des cas pour minimiser les risques de fistule intestinale liée à la suture dans un milieu septique. L'évolution post-opératoire s'est compliquée essentiellement de suppuration intra-abdominale ou pariétale du fait de la septicité du liquide péritonéal. La mortalité reste élevée malgré les efforts de réanimation.

Le contrôle des péritonites aiguës généralisées nécessite :

- l'éducation sanitaire de la population,
- l'élévation du niveau de formation du personnel de première ligne dans les formations sanitaires pour améliorer le diagnostic précoce,
- l'implication d'autres secteurs de la vie économique et sociale dans une action pluridisciplinaire.

SUGGESTIONS

Au terme de l'étude et à la lumière des problèmes répertoriés tels que : le retard à la consultation, au diagnostic et à la prise en charge, nous formulons les recommandations suivantes à l'attention des autorités, du personnel de santé et de la population.

1. Aux autorités.

- Mettre à la disposition de la population de l'eau potable et assurer une meilleure salubrité du cadre de vie.
- Rendre plus accessible le vaccin anti-typhique.
- Relever le niveau socio-économique des populations.
- Interdire la vente illicite des médicaments en dehors des officines et des centres médicaux.
- Relever le niveau du personnel de première ligne des formations sanitaires.
- Améliorer l'équipement des services de santé en matériel biomédical de diagnostic, en matériel de réanimation et en personnel suffisant et qualifié.

2. Au personnel de santé.

- Sensibiliser la population pour une meilleure hygiène de vie
- Eduquer la population à éviter l'automédication devant toute fièvre associée à la douleur abdominale.
- Référer toute fièvre au long cours dans un service spécialisé pour faire le diagnostic étiologique.
- Eviter tout geste contre-indiqué telle que la réduction d'une hernie étranglée.

3. A la population.

- Il faut respecter les mesures élémentaires d'hygiène individuelle et collective.
- Il est impérieux d'aller à la consultation pour toute douleur abdominale évolutive associée à la fièvre, d'éviter l'automédication et le traitement

BIBLIOGRAPHIE

1. Abantaga F.A.

Complications of typhoid perforation of the ileum in children after surgery.
East. Afr. J. Med, 1997, 74 (12): 800-802

2. Armitage T.G., Williamson R.C.

Primary peritonitis in children and adults.
Postgrad J. Med., 1983, 59: 21-24.

3. Arnaud J.P., Turbelin J.M.

Conduite à tenir devant un abdomen aigu.
In Encycl. Méd. Chir., Urgences, 24039 B10, 3-1982

4. Ayité A., Etey K., Feteke L., et al.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen au CHU de Lomé.
A propos de 44 cas.
Méd. d'Afr. Noire, 1996, 43 (12): 642-646.

5. Bamouni Y.A.

Les abdomens aigus chirurgicaux en Haute Volta. Bilan de sept ans
d'activités d'un service de chirurgie générale.
Thèse Méd. Ouagadougou, 1982

6. Barguellil F., Gordah N., Benraies N., Amor A., Ben Aleya M.

Péritonite primitive à pneumocoque chez l'enfant.
Méd. Trop., 1996, 56: 279-281

7. Benoît J; Cruard P; Lauroy J; Boutelier P; Champault G.

Le traitement laparoscopique des infections abdominales génère-t-il les
bactériémies? Etude prospective : 75 cas.
J. Chir., 1995, 132 (12) : 472-477

8. Bikandou G., Barthes C., Massengo R.

Une étiologie peu commune de péritonite biliaire: la perforation de la vésicule au cours d'une fièvre typhoïde.

Méd. d'Afr. Noire, 1996, 43 (3) : 182-185

9. Bikandou G., Dykoka-Ngolo R., Fila A., Benamar B., Obengui

Les perforations intestinales d'origine typhique à Brazzaville.

Méd d'Afr. Noire, 1982, 3 (1) : 48-52

10. Boro G.

Les stomies intestinales au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo : indications et complications (à propos de 106 cas).

Thèse Méd. Ouagadougou, 2001, 27.

11. Boukinda P.

A propos d'un cas de péritonite aiguë d'origine génitale observé en milieu hospitalier congolais.

Méd. Trop., 1996, 56: 279-281

12. Bourdais A., Wong Fat R., Lepetit J.F., Jeannette F.

Hyperkaliémie aiguë révélatrice d'une rupture intra-péritonéale d'abcès amibien du foie.

Intérêt de la dialyse péritonéale pré-opératoire.

Méd. Trop., 1984, 44(1) : 79-82

13. Brun-Buisson Ch.

Les péritonites primitives.

Revue Prat., 1986, 36 : 1051-1058.

14. Carretier M., Coste G., Jardel P., Reynaud J., Montag N., Barbier J.

Péritonites généralisées d'origine colique non traumatique. Réflexion à propos de soixante deux observations.

Annales de chirurgie, 1983, 37 (6) : 417-422

15. Chiche B., Lenriot J.P.

Péritonites sous-mésocoliques.

In Encycl. Méd. Chir., 4.1.12, Urgences. 24048B-30.

16. Dumurgier C., Falandry L., Jancovici R. et Abdallah M.I.

Place de l'iléostomie terminale temporaire dans le traitement des péritonites généralisées par perforation iléale.

Lyon chir., 1989, 85 (1) : 17-21

17. Edelmann G., Ph. de Mestier et Martin P.

Traitement actuel de l'ulcère gastro-duodéal.

Chirurgie, 1981, 107 : 402-406

18. Fabiani J.N., Deloche A.

Péritonites aiguës généralisées formes cliniques, traitement.

Internat chirurgie ;

Editions Médicales " Heures de France " : 3-14

19. Fagnier P.L., Koffi E., Paris Y. et les associations de recherche en chirurgie

Péritonites appendiculaires.

Revue. Prat., 1992, 42, 6: 706-710

20. Fall B., Diop P.S., Deme A., Dioye Y., Ndiaye P.D.

Mortalité au service des urgences chirurgicales du CHU Le Dantec de Dakar.

Bilan de 15 mois. A propos de 168 décès.

Burkina Médical; 1998, 2 (2) : 81-84

21. Faysse E. et Bérard Ph.

Les péritonites biliaires.

Revue prat., 1986, 36, (19) : 1076-1070

22. Forisyuk L.N.

Drainage de la cavité abdominale dans la péritonite aiguë généralisée.

Klin. Khir., U.S.S.R., 1973, 8: 69-70.

23. Golakai and Makunike

Perforation of terminal ileum and appendix in typhoid enteritis : report of two cases.

East Afr. j Med., 1997,74 (12): 796-802

24. Guira A.

Les contusions abdominales au CHNYO.

A propos de 224 cas.

Thèse Méd. Ouagadougou, 1994, 259

25. Hamladji R. M.

Péritonites.

In Précis de sémiologie .

Edition Office des publications universitaires (Alger),1996

26. Harouna Y., Saïdou B., Serbou A., et al.

Les perforations typhiques: Aspects cliniques, thérapeutiques et pronostiques. Etude prospective à propos de 56 cas traités à l'hôpital national de Niamey (Niger).

Méd. d'Afr. Noire, 2000, 47 (6) : 568-573

27. Hay J.-M. et l'A.R.C, l'AURC

Les péritonites par perforations gastro-intestinales.

Revue prat., 1986, 36, 19 : 1059-1066

28. Idali B., Miguil M., Quartit A., Boudierka M.A., Abassi O., Beaguirda M.

Les péritonites graves par perforation d'ulcère gastro-duodéal.

Méd. d'Afr. Noire, 1995, 42 (6) : 333-335

29. James K., Ames K.G., Sodji A. et Kekeh K.

Evaluation des techniques chirurgicales dans le traitement des perforations non traumatiques du grêle terminal.

Afr. Méd., 1989, 28 (278) : 464-469

30. Kaba M.

Les appendicites entre 60 et 82 ans.

Méd. d'Afr. Noire, 1997, 44 (10) : 546-547

31. Kafando R.J.

Les perforations typhiques: aspects cliniques et thérapeutiques.

A propos de 239 cas colligés au CHNYO.

Thèse Méd. Ouagadougou, 1997, 6.

32. Kam K. L., Sanou I, Kouéta F., Dao L., Sawadogo A., Zeba B.

Evolution et pronostic de l'abcès du foie traité en milieu pédiatrique au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouaga.

Burkina Médical, 1998, 2 (1) : 16-19

33. Karayuba R., Armstrong O., Ndayisaba G., Bazira L.

Le traitement de l'ulcère duodéal perforé.

Méd. d'Afr. Noire, 1990, 37 (10) : 565-566

34. Koffi E., Yénon, Kouassi JC.

Les entérostomies dans notre pratique hospitalière.

Méd. d'Afr. Noire, 1998, 45 (1) : 62-65

35. Laurens E., Poirier T., Viaud J.-Y., Fabre X., Lorre G.

Péritonite primitive à *Salmonella brandenburg* chez une patiente non immuno-déprimée.

J. Chir. , 1991, 128 (5) : 240-242

36. Leniaud P., Vitris M., Bernard A., Kankolongo T., Cornen L.

Les fièvres typhoïdes en service de réanimation. A propos de 42 cas.

Méd. Trop., 1984, 44 (2) : 121-126

37. Lenriot J.-P.

Péritonites aiguës.

In Encycl. Méd. Chir, Urgences, 12-1975,24048 B10

38. Lesieur O., Leroy B., Scherpereel

Les péritonites aiguës : physiopathologie et principes thérapeutiques.

La lettre de l'Infectiologue, 1993, 8 (8) : 284-291

39. Le Treut Y.R.

Péritonites aiguës. Physiologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement.

Revue. Prat., 1993, 43 (2) : 259-262

40. Loh A., Taylor R.S.

Laparoscopic appendicectomy.

Br. J. Surg., 1992, 79: 289-290

41. Loup J.

Désinsertion de la valvule de Bauhin à la suite d'une contusion abdominale chez l'enfant.

J. Chir. , 1996, 133 (4) : 191-192

42. Loygue J, Levy E, Parc R, Bloch P, Cugnenc Ph.

Entérostomies de sauvetage ou pas d'anastomoses dans un milieu septique.

Lyon Chir, 1979, 75: 217-220

43. Malonga E., Essomba R., Essomba A., Sosso M., Gonsu F.

Les péritonites par migration d'abcès ambiens du foie.

Méd. Chir. Digestive, 1991, 20 (3): 134-135

44. Massengo R., Bikandou G., Mianfoutila S.

Les ruptures traumatiques du jejuno-iléon.

A propos de 25 cas .

Méd. d'Afr. Noire, 1993, 40 (3) : 201-203

45. Mbopi Kéon F-X., Bloch F., Buuhoi A. Y., Lavril M., Petite J. P. et Acar J.F.

Les péritonites bactériennes chez le cirrhotique alcoolique.

L'Eurobiologiste, 1991, 25 (196) : 349-354

46. Mbula M., Odio W., Kashongwe K., Mzirero M.

Les aspects épidémiologiques de la fièvre typhoïde à Kinshasa: à propos de 208 observations.

Méd. d'Afr. Noire, 1993, 40 (11) : 673-678

47. Mignonsin D. Kane M., Coffi S., Bondurand A., N'Goui N.

Péritonites post-opératoires: Diagnostic, Traitement et Pronostic.

A propos de 68 cas.

Méd. d'Afr. Noire, 1990, 37 (7) : 397-399

48. Millogo B.B.

La mortalité opératoire dans le service de chirurgie du CHNYO. Etude rétrospective sur 10 ans 1980-1989.

Thèse Méd. Ouagadougou, 1991

49. Nali M.N., Bedaya-Ngaro S., Mandaba J.L., Hilso M., Marandet, Ianguerre J.B., Dappa-Colomba B.

Péritonites typhiques: Etudes de 43 cas observés au Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui, de 1982 à 1986.

Méd. d'Afr. Noire, 1989, 36 (1) : 38-40

50. Nali M.N., Pianick V., Ramadan G.M., Cadeau F., Lochouarn P., Bedaya-Ngaro S.

Péritonites généralisées au CNHU de Bangui.

Afr. Méd., 1978, 17 (163): 565-566

51. Nguyen Van Sach.

Perforations typhiques en milieu tropical: à propos de 83 observations.

J. Chir. , 1994, 131 (2) : 90-95

52. Ongoïba N., Yena S., Dembélé M., Diallo G., Traoré A.K.D., Koumaré A.K.

Abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital du Point G-Bamako.

Les premières journées des sciences de la santé 1999, Ouagadougou : 50

53. Ouattara T., Bonkougou B., Kambou T., et al.

Facteurs de gravité des péritonites au CHNSS de Bobo-Dioulasso.

A propos de 47 cas.

Annales de l'Université de Ouagadougou, 1994, série B, vol.II: 44-49

54. Ovasse P., Lenriot J.-P.

Péritonites sus-mésocoliques.

In Encycl. Méd- Chir., 4.1.12, Urgences, 24048 B-20.

55. Perrotin J., Bastian D., Lassau J.-P. et Pages Ch.

Diagnostic et traitement des perforations des ulcères duodénaux (Défense de la méthode de Taylor-Quenu).

Revue Prat. , 1982, 32 : 357-371

56. Poilleux F.

Péritonites aiguës généralisées.

In Sémiologie Chirurgicale .

Edition Flammarion Médecine-Sciences , 4^e édition, 1979

57. Raimés S.A., H.B. Delvin

Perforated duodenal ulcer.

Br. J. Surg., 1987, 74 : 81-82.

58. Raobijaona H., Ranaivo-Harisoa H.A.

Fièvre typhoïde chez l'enfant à Antananarivo.

Méd. d'Afr. Noire, 2000, 47 (5) : 244-246

59. Sako A.S., Ajité E, Abdou I.

Le traitement des perforations intestinales d'origine typhique.

A propos de 21 cas.

Publications Médicales Africaines : 1987, 85: 18-29

60. Sanou A., Traoré S.S., Sano D., Compaoré T., Bandré E., Dakouré R.

Les abdomens chirurgicaux au CHNYO (bilan de cinq ans d'activités).

Annales de l'université de Ouagadougou, 1995, série B, vol.III : 34-39

61. Sanou . M.J.

Les abdomens chirurgicaux au CHNYO. Bilan de cinq années d'activités d'un service de chirurgie générale.

Thèse Méd. Ouagadougou, 1991

62. Shukia V.K., Khanderlval C., Kunar M. and Vaidia M.P.

Enteric perforation of the gall bladder.

Postgraduate Medical Journal, 1983, 59: 125-126

63. Simporé A.

Les perforations typhiques de l'intestin grêle.

A propos de 35 cas colligés dans les services de chirurgie de l'hôpital national Yalgado Ouédraogo en 1988.

Thèse Méd. Ouagadougou, 1989, 5

64. Sow M.L., Dia A., Fall B., Mogueya S.A., Touré C.T., Cherbonnel G., Diop A.

La suture extériorisée du grêle dans les perforations intestinales non traumatiques: Etudes préliminaires à propos de 13 observations.

Bull. Soc. Méd. Afr. Noire Langue Française, 1983, 27 (4) : 465-470

65. Spay G.

Particularités des péritonites typhiques.

Lyon chir., 1990, 86 (6) : 499-500.

66. Speranza V., Basso N., Mennini G.

Acquisitions récentes concernant le traitement de la péritonite généralisée.

Minerva chir. ; Itali , 1977, 32 (12) : 869-876

67. Takpara I., Akpo-Akélé M.T., Houngbe F., Gbenou, J., de Souza J., Perrin R.X., Alihonou E.

Péritonite aiguë révélatrice d'un granulome péritonéal sur corps étranger. Difficulté diagnostique.

Le Bénin Médical, 1998, 8 : 34-35

68. Tamphiphat C., Tanprayoon A Na Thalamy T.

Surgical treatment of perforated duodenal ulcer: a prospective trial between simple closure and definitive surgery.

Br. J. Surg., 1985, 72 : 370-372.

69. Tiret E., Andry G., Bahnini A., Levy E., Parc R., Loygue J.

Les péritonites d'origine génitale. Trente deux cas.

Ann. Chir., 1985, 39 : 585-591

70. Traoré S.S., Ilboudo P.D., Kam L., Traoré O., Sano D., Ouédraogo H., Dakouré R., Ould Silmanne, Sanou A.

Les indications actuelles du traitement chirurgical des abcès amibiens du foie au CHNYO B.F.

Annales de l'université de Ouagadougou, 1995, série B, vol.III : 115-121

71. **Traoré S.S., Kafando R., Sanou J., Deva S., Dakouré R., Sanou A.**
Les désunions anastomotiques après résection intestinale au CHNYO B.F.
Annales de l'Université de Ouagadougou, 1998, série B, vol.VI : 63-71
72. **Traoré S.S., Sanou A., Dakouré R., Compaoré T. M., Sano D., Ould Silmanne, Yago Z.**
Les appendicites aiguës au CHNYO.
Annales de l'Université de Ouagadougou, 1995, série B, vol. III : 141-149
73. **Traoré S.S., Sanou J., Bonkougou G., Kirakoya B., Zida M., Bandré E., Sanou A.**
Les perforations des ulcères gastro-duodénaux au CHNYO- B.F.
Annales de l'Université de Ouagadougou, 2000, Série B, vol.VIII : 115-121
74. **Waré A.**
Contribution à l'étude des occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Yalgado.
(A propos de 268 cas observés de 1975 à1981)
Thèse Méd. Ouagadougou, 1983, 4.
75. **Yao J.G., Masso-Missé P., lile A., Malonga E.**
Perforations typhiques: expérience en milieu chirurgical camerounais.
A propos de 49 cas.
Méd. Trop., 1994, 54: 242-246.
76. **Ziarek S., Medouarkh, Kaandil S.**
Irrigation drainage péritonéal. Indications et résultats. (A propos de 27 observations)
Ann. Alger. Chir., 1997, 11 (1) : 37-46.

ANNEXES

FICHE DE COLLECTE

N° FICHE :

Service d'hospitalisation :

I ETAT CIVIL

Nom :

Prénoms :

Sexe :

Age :

Province :

Secteur :

II ADMISSION

Date d'entrée :

Mode de référence /_/ 1= sans référence 2= CSPS 3= CMA 4= CHR
5= transfert

Délai de consultation /_/ 1= inférieur ou égal à 48 heures 2= supérieure à 48 heures

III ANTECEDENTS

Fièvre au long cours /_/ 1= oui 2= non

Ulcère gastrique ou duodénal /_/ 1= traité 2= non traité

Douleur à la fosse iliaque droite /_/ 1= traité 2= non traité

Tumeur digestive /_/ 1= connue 2= non connue

Infection génitale haute /_/ 1= traitée 2= non traitée

IV TABLEAUX CLINIQUES

Signes généraux

Etat général /_/ 1= bon 2= passable 3= passable

Température : Tension artérielle : Pouls :

Anémie /_/ 1= oui 2= non

Signes fonctionnels

Douleur abdominale /_/ 1= aiguë 2= chronique

Vomissements /_/ 1= oui 2= non

Arrêt des matières et des gaz /_/ 1= oui 2= non

Signes physiques

Abolition de la respiration abdominale /_/ 1= oui 2= non

Contracture abdominale /_/ 1= oui 2= non

Défense abdominale généralisée /_/ 1= oui 2= non
Cri de l'ombilic /_/ 1= oui 2= non
Cri du Douglas /_/ 1= oui 2= non

V EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Hémogramme normal /_/ 1= oui 2= non
Hyperleucocytose /_/ 1= oui 2= non
Neutropénie /_/ 1= oui 2= non

Abdomen sans préparation :

grisaille diffuse /_
pneumopéritoine /_
niveaux hydro-aériques /_

Echographie abdominale :

liquide intrapéritonéal /_
liquide dans le Douglas /_

Sérodiagnostic de Widal et Félix (SDW) /_/ 1= positif 2= négatif

Si 1, germe identifié

Hémocultures /_/ 1= positif 2= négatif

Si 1, germe identifié

VI DIAGNOSTIC PRE-OPERATOIRE

VII Date d'intervention chirurgicale :

VIII Type d'intervention chirurgicale :

IX Diagnostic per-opératoire :

niveau lésionnel :

autre anomalie :

X. BILAN ETIOLOGIQUE POST-OPERATOIRE

S.D.W. /_/ 1= positif 2= négatif

Hémocultures /_/ 1= positif 2= négatif

Si 1, germes identifiés :

Résultat d'histopathologie :

XI Suites opératoires immédiates :

simples /_/

transfert en réanimation /_/ 1= oui 2= non

compliquées /_/

*suppuration pariétale /_/

*lâchage de suture pariétale /_/

*éviscération /_/

*fistule intestinale /_/

*désunion d'anastomose /_/

*autre :

XII EVOLUTION

Date de sortie :

Statut de sortie /_/

1= évolution favorable

2= évolution stationnaire

3= transfert

4= référé

5= évadé

6= contre avis médical

7= décédé

XIII Durée de séjour :

;

SERMENT D'HIPPOCRATE

“ En présence des Maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur respect si je reste fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.”

RESUME

Une étude rétrospective, ayant porté sur les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées de 1995 à 1999 a été menée au CHNSS. Elle avait pour but d'appréhender l'ampleur du problème, de répertorier les conditions de diagnostic et de traitement en vue de leur amélioration et de contribuer ainsi à la réduction du nombre de cas de péritonite.

La mauvaise tenue des dossiers dont certains égarés et les biais liés à ce genre d'étude, ont été des facteurs limitants. Les limites ne nous autorisent pas à tirer des conclusions. Néanmoins, au terme de ce travail, certaines constatations ont été faites.

I. Au plan global.

- La fréquence des PAG est élevée avec 15,7%, soit la 3^{ème} place des abdomens aigus chirurgicaux.

- Les patients provenaient du milieu rural dans 69% des cas.

- Les sujets jeunes ont été les plus touchés avec un sex-ratio de 2,4 en faveur des hommes.

- Les tableaux cliniques étaient dominés par la forme asthénique dans 60% des cas chez des malades qui n'ont pas consulté tôt.

- Le retard à la consultation et la pauvreté ont conduit à une réanimation insuffisante. La laparotomie pratiquée dans tous les cas a révélé quatre principales étiologies qui sont par ordre de fréquence: la perforation iléale typhique, la péritonite appendiculaire, la perforation d'ulcère gastrique ou duodénal, la péritonite primitive.

- L'évolution post-opératoire s'est compliquée de suppuration pariétale dans 14,8% des cas, complication liée à la septicité de l'épanchement péritonéal.

- La mortalité a été de 16,3%. Ce taux encore élevé est lié au mauvais état général des patients et dont les moyens financiers limités n'ont pas permis une réanimation adéquate.

II. Au plan analytique.

Cas de la péritonite par perforation iléale typhique.

- La perforation iléale typhique a occupé la première place des péritonites aiguës généralisées avec 31,2% des cas.

La saison des pluies a favorisé la survenue de la fièvre typhoïde dont le diagnostic différentiel non aisé avec le paludisme a été à l'origine de la complication chirurgicale.

- Les sujets de moins de 20 ans ont été les plus touchés dans 61,8% des cas avec un sex-ratio de 1,9 en faveur des hommes.

- La forme asthénique a prédominé dans 75% des cas.

- Le diagnostic étiologique s'est basé sur le siège et l'aspect des lésions en per-opératoire. L'iléostomie temporaire pratiquée dans 73% des cas a été préférée à la suture après avivement (21%) et à la résection-anastomose (6%).

- Le taux de morbidité a été de 39%. La fistule stercorale (11%) et la péritonite post-opératoire (6,7%) sont liées la suture et à l'anastomose, techniques inadaptées au milieu septique sous-mésocolique.

- La mortalité a été de 16,5%. Les patients sont décédés en post-opératoire précoce, dans un tableau de dénutrition sévère et de choc septique non compensés par la réanimation.