



Article Original

Les Péritonites Aiguës au Centre de Santé de Référence de la Commune VI (Bamako) : Aspects Cliniques et Thérapeutiques

Acute Peritonitis at the Reference Health Centre of Bamako Council VI: Clinical Features and Management

Konaté M¹, Diallo M¹, Diakité I K¹, Doumbia M M¹, Sissoko M¹, Diarra L², Diallo A¹, Keïta M¹, Maïga M¹, Samaké A¹, Koné D³, Zakaria M¹, Elansari Msame¹, Doumbia S¹, Maïga A⁴, Coulibaly O¹, Berté B¹, Dembélé BT⁵

Affiliations

- Centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako
- Hôpital de dermatologie de Bamako
- Service de chirurgie générale CS Réf V
- Service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré
- Service d'urologie du CHU Point G

Auteur correspondant :

Dr Konaté Moussa ; chirurgien maître de recherche chirurgie générale au centre de santé de références de la commune VI.

BP : 2933 Bamako

Tel : 76182213/66182213

Email : konate08@yahoo.fr

Mots clés : Péritonites, Chirurgie, Centre de Sante Réf CVI

Keys word : Peritonitis, Surgery, Reference Health Centre CVI

Article history

Submitted: 26 August 2024

Revisions requested: 7 September 2024

Accepted: 15 September 2024

Published: 27 September 2024

RÉSUMÉ

Introduction. La péritonite aiguë généralisée (PAG) occupe la 3ème place des urgences en chirurgie digestive en Afrique après les occlusions et les appendicites aiguës. Les objectifs du travail étaient de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës ainsi que les résultats et le coût de leur prise en charge (PEC) dans notre pratique au CSRéf CVI du district de Bamako. **Méthodologie.** Etude transversale rétrospective sur une période de 10 ans, de Janvier 2011 à Décembre 2020, dans le service de chirurgie générale du CSRéf de la CVI de Bamako. Nous avons inclus tout patient opéré pour PAG dans le service. **Résultats.** Nous avons colligé 96 cas de PAG sur une période 10 ans, soit 0,44% des consultations, 2,45% des interventions chirurgicales effectuées et 8,17% des abdomens aigus dans le service. L'âge moyen était de $26,4 \pm 10,6$ ans avec des extrêmes de 8 ans et 64 ans. Il y avait 82 hommes (85%) soit un sex-ratio de 5,8. La douleur abdominale a été le motif de consultation dans 95 cas (99%). Les principaux signes associés ont été la fièvre (62,5%) et les vomissements (53,13%). La température a été supérieure à $38,5^{\circ}\text{C}$ dans 60 cas (62,5%). La douleur à la palpation était présente dans 95 cas (99%). L'échographie a été réalisée dans 50 cas (52,1%). Le croissant gazeux sous phrénique était présent dans 25 cas sur 32 patients ayant effectué l'ASP. La péritonite appendiculaire était l'étiologie dans 53 cas (55,2%). L'appendicectomie avec lavage et drainage a été le geste chirurgical le plus fréquent soit 53 cas (55,2%). Une durée d'hospitalisation comprise entre 7 et 14 jours a été notée dans 56 cas (58,4%). La durée moyenne d'hospitalisation a été de 9 jours. Les suites opératoires tardives ont été simples dans 82 cas (85,5%). Le taux de morbidité globale a été de 12,4% et le taux de mortalité de 2,1%. **Conclusion.** Les péritonites aiguës généralisées affectent surtout le sujet jeune de sexe masculin. Le diagnostic est surtout clinique et la PEC est médicochirurgicale. Les principales étiologies sont l'appendicite, l'ulcère gastroduodénal et la fièvre typhoïde. Le retard de consultation est à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité significative.

ABSTRACT

Introduction. Acute generalized peritonitis (AGP) ranks 3rd among digestive surgery emergencies in Africa, after occlusions and acute appendicitis. The objectives of our work were to describe the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of acute peritonitis, as well as the results and cost of its management (PEC) in our practice at the CSRéf CVI in the Bamako district. **Methodology.** Retrospective cross-sectional study over a 10-year period, from January 2011 to December 2020, in the general surgery department of the CSRéf CVI in Bamako. We included any patient operated on for PAG in the department. **Results.** We collected 96 cases of PAG over a 10-year period, representing 0.44% of consultations, 2.45% of surgeries performed and 8.17% of acute abdomens in the department. The mean age was 26.4 ± 10.6 years, with extremes of 8 and 64 years. There were 82 men (85%), giving a sex ratio of 5.8. Abdominal pain was the reason for consultation in 95 cases (99%). The main associated signs were fever (62.5%) and vomiting (53.13%). Temperature was above 38.5°C in 60 cases (62.5%). Pain on palpation was present in 95 cases (99%). Ultrasound was performed in 50 cases (52.1%). The subphrenic gas crescent was present in 25 cases out of 32 patients who underwent ASP. Appendicular peritonitis was the etiology in 53 cases (55.2%). Appendectomy with lavage and drainage was the most frequent surgical procedure, in 53 cases (55.2%). Hospitalization was between 7 and 14 days in 56 cases (58.4%). The average hospital stay was 9 days. The post-operative course was straightforward in 82 cases (85.5%). The overall morbidity rate was 12.4% and the mortality rate 2.1%. **Conclusion.** Acute generalized peritonitis mainly affects young males. Diagnosis is mainly clinical, and treatment is medico-surgical. The main causes are appendicitis, peptic ulcer disease and typhoid fever. Delayed consultation results in significant morbidity and mortality.

INTRODUCTION

La péritonite aiguë généralisée est une inflammation brutale du péritoine [1]. C'est une pathologie chirurgicale fréquente relevant d'une urgence thérapeutique [2]. Elle occupe la 3ème place des urgences en chirurgie digestive en Afrique après les occlusions et les appendicites aiguës [3]. Aux U.S.A : Selon une étude effectuée en 2004, 17% des appendicectomies ont été compliquées de péritonite avec une mortalité de 0,4% et une morbidité de 0,31 à 5,1% [4 ; 5]. En Allemagne : Giecling [6] a enregistré 58% de décès chez 36 patients atteints de péritonites sévères. En Asie : Ramachandra C.S, Agarwal. S en 2004 [7] ont signalé dans leur étude qu'en cas de défaillance multi viscérale au moment de l'intervention, le pronostic peut atteindre 70 à 80% de décès. En Afrique : Selon une série d'études réalisées en 2005 et 2006, cette fréquence variait de 28,1% au Congo à 49% au Niger avec une mortalité de 20,98% et une morbidité de 49% [8 ; 9 ; 10 ;]. Au Maroc : M'bidda et Coll. [11] en 2005 ont remarqué que le pronostic peut être amélioré par une prise en charge urgente et multidisciplinaire, associant un diagnostic précoce, une laparotomie exploratrice en urgence et une réanimation précoce bien adaptée. Au Mali : Malle O. en 2015 dans son étude a trouvé une fréquence de péritonite aiguë de 7,4% [12]. Le diagnostic de la péritonite aiguë est essentiellement clinique. En cas de doute les examens radiologiques peuvent aider au diagnostic. L'éradication du foyer infectieux par la méthode chirurgicale constitue une condition préalable de la réussite du traitement. De nos jours, la coelioscopie occupe une place de choix importante dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des péritonites [3]. Le pronostic dépend de l'âge, de l'étiologie, du délai de diagnostic, le traitement précoce et la durée des interventions [7]. Vu le nombre de cas de cette pathologie dans le centre et la non évaluation de cette pathologie, nous avons décidé de réaliser une étude sur les péritonites aiguës dans le service de chirurgie générale de la commune VI du district de Bamako. Les objectifs du travail étaient de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës ainsi que les résultats et le coût de leur prise en charge (PEC) dans notre pratique.

METHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude transversale rétrospective sur une période de 10 ans, allant de Janvier 2011 à Décembre 2020 dans le service de chirurgie générale du CS Réf de la CVI du district de Bamako. Était tout patient opéré pour péritonite aiguë généralisée. Les critères de non inclusion étaient les péritonites non opérées et les patients opérés ailleurs ou opérés pour d'autres causes dans le centre. La collecte et le traitement ont été faits à l'aide d'un questionnaire sur une fiche individuelle d'enquête. Nous avons réalisé une compilation des données à partir des dossiers des malades, des registres de consultation et des registres de compte rendu opératoire (CRO) du bloc opératoire du service. 5- Saisie et analyse des données. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « SPSS » version 26, le traitement de texte a été fait avec le logiciel « Microsoft Office Word » version 2020. La

comparaison des proportions a été faite en utilisant le test statistique Chi2 avec P significatif < 0,05.

RESULTATS

Nous avons colligé 96 cas de péritonite aiguë sur une période 10 ans. Pendant cette période 22002 consultations ont été effectuées, 3912 patients ont été opérés et 1175 pour abdomen aiguë ; Soit 0,44% des consultations, 2,45% des interventions chirurgicales effectuées et 8,17% des abdomens aigus dans le service de chirurgie générale au CS Réf CVI.

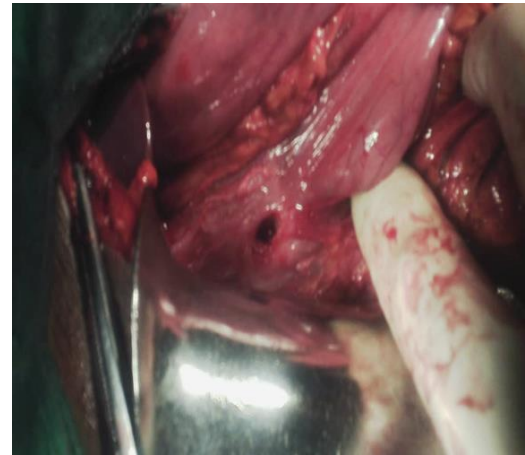


Figure I : Péritonite par perforation gastrique



Figure II : Péritonite par perforation iléale

La tranche d'âge de 25 à 65 ans a été la plus représentée dans 52 cas (54,20%). L'âge moyen a été de $26,4 \pm 10,6$ ans avec des extrêmes de 8 ans et 64 ans. Le sexe masculin a été le plus représenté dans 82 cas (85%), avec un sexe ratio de 5,8. Les patients ont été admis à l'urgence dans 80 cas (83,3%). La durée d'évolution a été supérieure à 72 Heures dans 63 cas (65,6%). La douleur abdominale a été le motif de consultation le plus représenté dans 95 cas (99%). La douleur a été localisée dans fosse iliaque droite dans 44 cas (45,8%). La douleur a été brutale dans 61 cas (63,5%). La douleur a été de type de piquûre dans 80 cas (83,3%). L'intensité de la douleur a été forte dans 50 cas (52,1%). La douleur a été permanente dans 67 cas (69,8%). Il n'y a pas de facteurs déclenchants dans 85 cas (88,6%). Absence de facteurs d'accalmie dans 87 cas (90,6%). Les principaux signes associés ont été la fièvre

(62,5%) et les vomissements (53,13%). Absence d'antécédent chirurgical dans 93 cas (96,9%) (Tableau I).

Tableau I : Répartition des patients selon les signes d'accompagnement de la douleur

Signes d'accompagnements	N	(%)
Néant	9	9,4
Fièvre + Vomissement	41	41,7
Fièvre + Constipation	19	19,8
Vomissements	10	10,4
Nausée	9	9,4
Arrêt de matières et gaz	5	5,2
Diarrhée	3	3,1
Saignement	1	1
Total	96	100

Les principaux signes associés ont été la fièvre (62,5%) et les vomissements (53,13%)

La température a été supérieure à 38,5°C dans 60 cas (62,5%). La douleur à la palpation a été le signe physique majoritaire soit 99% des cas (95). L'échographie a été réalisée dans 50 cas (52,1%). Le croissant gazeux a été représenté dans 25 cas sur 32 patients ayant effectué l'ASP. L'épanchement liquidien a été représenté dans 33 cas sur 50 patients ayant effectué l'échographie. La Péritonite appendiculaire a été la plus représentée dans 53 cas (55,2%) (Tableau II).

Tableau II : Répartition des patients selon le diagnostic Per-opératoire

Diagnostic peropératoire	N	%
Péritonite appendiculaire	53	55,2
Perforation gastrique	31	32,3
Perforation iléale	7	7,3
Abcès du foi rompu	2	2,1
Pyo ovaire rompu	2	2,1
Perforation utérine	1	1
Total	96	100

La Péritonite appendiculaire a été la plus représentée dans 53 cas (55,2%)

Le Score de Mannheim a été inférieur ou égal à 26 dans 90 cas (93,75%). La voie d'abord médiane sus et sous ombilicale a été la plus utilisée dans 58 cas (60,5%). L'appendicectomie lavage et drainage a été le geste chirurgical le plus représenté dans 53 cas (55,2%) (Tableau III).

Tableau III : Répartition des patients selon la technique chirurgicale

Geste chirurgical	N	%
Appendicectomie Lavage et drainage	53	55,2
Suture simple de la perforation gastrique Lavage et drainage	31	32,3
Réséction digestive anastomose lavage et drainage	4	4,2
Suture simple de la perforation iléale lavage et drainage	3	3,1
Hystérorraphie	1	1
Ovariectomie lavage et drainage	2	2,1
lavage et drainage	2	2,1
Total	96	100

L'appendicectomie lavage et drainage a été le geste chirurgical le plus représenté dans 53 cas (55,2%).

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 9 jours. Les suites opératoires tardives ont été simples dans 82 cas (85,5%) (Tableau IV). La morbidité globale a été de 12,4%, la mortalité a été de 2,1%. Les complications majeures ont été représentées par le grade III de Clavien Dindo.

Tableau IV : Répartition des patients selon les suites opératoires tardives (1 à 6 mois)

Suites opératoires tardives	N	%
Simple	82	85,5
Fistule digestive	1	1
Eventration	4	4,1
Infection du site opératoire	7	7,3
Décès	2	2,1
Total	96	100

Les suites opératoires tardives ont été simples dans 82 cas (85,5%). La morbidité globale a été de 12,4%, la mortalité a été de 2,1%.

DISCUSSION

Les péritonites aiguës sont des affections cosmopolites mais ce sont les populations à faible revenu qui en payent le lourd tribut. Dans notre étude 96 patients ont représenté 8,17% des abdomens aigus chirurgicaux. Ce résultat est comparable à celui rapporté par Malle O [12] 7,4% et à celui de Makita [26] 10,9% avec $P < 0,05$. Par contre ce résultat est différent à ceux des auteurs [23, 24, 25] respectivement Cisse AH [23] 22,8%, Dissa B.A [24] 21,14% et Coulibaly OS [25] 41%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les péritonites aiguës sont des affections fréquentes dans les populations à faible revenu. Nous avons retrouvé la même prédominance masculine que la plupart des auteurs [12 ; 23 ; 28]. La péritonite est une pathologie qui survient à tout âge, mais plus fréquemment chez les jeunes. Dans notre étude, l'âge moyen a été de 26,4 ans. Ce résultat est comparable à celui Cissé AH [23], de Ouengre E [29] et de Dissa BA [24] mais différent de celui de de Kambire JL [28] et de Cougard P [30] qui ont eu respectivement 30 ans et 48 ans. Ceci pourrait s'expliquer par la fréquence de certaines pathologies chez le sujet jeune en Afrique comme l'appendicite, les ulcères gastroduodénaux et les IST chez les jeunes femmes). La fréquence des signes fonctionnels est différente selon les auteurs [16]. Cette différence pourrait être liée aux différentes étiologies, au retard de consultation et au stade d'évolution de la maladie. La douleur abdominale reste le signe fonctionnel dominant selon plusieurs auteurs. La douleur a été retrouvée chez 99% des malades. Elle était intense, permanente, à début brutal sans facteur calmant [12 ; 23 ; 24]. Le vomissement a été retrouvé chez 57% des patients. Cette fréquence des vomissements était comparable à celles rapportées dans les études de Malle O [12] avec un taux à 53%. Par contre inférieure à ceux rapportés de Cissé AH [23] et Dissa BA [24] avec un taux respectivement 87,5% et 78% avec $P < 0,05$. La rapidité d'installation des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale [9]. La fièvre habituellement élevée dès le début de la symptomatologie (sauf dans les perforations gastriques) a été un signe fréquemment noté chez les patients (60% des cas). Ceci est conforme aux données de la littérature [12 ; 23 ; 24].

Le diagnostic des péritonites aiguës généralisées est avant tout clinique [16]. L'examen physique est le plus souvent l'élément capital dans la prise de décision thérapeutique. Lorsqu'il est réalisé de façon correcte et attentive et devant l'existence de certains signes physiques objectifs, l'examen physique peut permettre au chirurgien de se passer des examens complémentaires pour poser l'indication opératoire [12 ; 23 ; 28 ; 32]. La contracture abdominale est le signe physique majeur [16]. Si l'examen physique est précoce, la contracture abdominale peut être localisée. A un stade avancé elle devient généralisée [16]. Elle a été représentée chez 93,8 % des patients. Ce taux ne diffère pas à ceux retrouvés dans la littérature [12 ; 23]. La douleur dans le cul de sac de Douglas dont l'exploration clinique présente un intérêt diagnostique dans les syndromes péritonéaux, témoigne l'irritation péritonéale. Elle a été retrouvée chez 84,4% des patients ; ce taux est supérieur au 26% de Kunin [32] $P=0000$

A La radiographie de l'abdomen sans préparation, les péritonites aiguës par perforation digestive réalisent un pneumopéritoine qui est visible sur le cliché sous forme de croissant (gazeux) inter-hepatodiaphragmatique [31]. Dans notre série cette radiographie a été réalisée chez 32 patients. Le pneumopéritoine a été objectivé dans 78,13 % des cas ; ce taux varie entre 8 % et 71 % dans la littérature [8 ; 37 ; 38 ; 39]. Cette différence pourrait être liée à l'étiologie. Toutefois, l'absence de pneumopéritoine n'élimine pas une perforation digestive [40 ; 41] car l'organe creux peut être vide de gaz et /ou la perforation peut être obstruée par un viscère voisin. Les niveaux hydro aériques ont été représentés dans 21,87 % des cas. Ce résultat est comparable au 21,5% de Traoré SL [31] $P=0,5047$ mais différent à celui de Cissé AH [23] $P=0000$. Cette différence pourrait être liée à l'évolution de la maladie et à la limitation de la réalisation de l'ASP chez les patients. Echographie abdominale L'échographie abdominale est devenue un examen anodin courant dès lors que le diagnostic clinique n'est pas typique ou pour éliminer certains diagnostics différentiels [42]. Réalisée chez 50 patients (dans les cas douteux), l'échographie a permis d'objectiver un épanchement péritonéal en faveur d'une péritonite appendiculaire chez 66 % des cas. Ce résultat est comparable aux 70,45% de Dissa BA [24] $P=0,6492$, mais différent à celui de Cissé AH [23] 33,5% $P=0000$. En Europe, les principales étiologies des péritonites aiguës sont représentées par les perforations digestives (appendicite, UGD, diverticulose intestinale, lithiase biliaire, traumatisme abdominal, et les tumeurs digestives) [38 ; 43]. Ces mêmes pathologies sont notées dans les séries africaines [37 ; 44], sauf la diverticulose intestinale qui est rarement diagnostiquée chez les africains. Par contre, la fièvre typhoïde et ses complications digestives sont très fréquentes en Afrique mais rares en Europe [31]. La première étiologie dans notre série a été la péritonite appendiculaire 55,2%. Elle était de même que celle de Malle O [12] 52,5% $P=0,7767$ et Cissé AH [23] 50% $P=0,5711$. Par contre Azgaou I [33] et Kambire JL [28] ont rapporté dans leur étude en 2ème et 3ème position ; avec une fréquence de 32,8%, $P=0,0027$ et 19% $P=0000$. La perforation d'ulcère gastroduodénale a été la deuxième étiologie dans notre étude (32,3%) est

inférieure à celle rapportée par Traoré SL [31] et Malle O [12] qui ont rapporté dans leur étude en troisième position. La technique opératoire d'une péritonite aiguë dépend de l'étiologie. L'appendicectomie a été le geste chirurgical le plus pratiqué dans notre série avec 57,3% des cas, puis l'excision suture des perforations digestives. La toilette péritonéale et le drainage ont été effectués chez tous les patients. Ceci est compréhensible car les péritonites par perforation appendiculaire ont représenté l'étiologie la plus fréquente (selon le mécanisme). Notre résultat est comparable à celui de Cissé AH [23] qui a rapporté 50% avec $P>0,05$. L'excision-suture est particulièrement efficace pour les perforations uniques, arrondies ou punctiformes vues tôt [47]

La morbidité de péritonite est élevée car c'est une chirurgie salle. En Europe comme en Afrique, ce taux varie entre 13,5% et 46% [41 ; 48]. Dans notre série le taux de morbidité a été de 12,4%, ce qui est comparable à celui de Malle O [12] 13,5% $P=1$ au Mali mais inférieur à celui de Kouame B [46] 46% en Côte d'Ivoire avec ($P=0.0000$). Cela pourrait être lié à la taille de l'échantillon et au stade évolutif des malades [3]. L'infection du site opératoire a été la complication la plus fréquente avec un taux variant entre 17% et 27% dans les séries africaines [37 ; 46 ; 47]. Elle a été de 7,2% dans notre série. La morbidité influence la durée d'hospitalisation a été de 9 jours en moyenne dans notre série et 8 jours dans les séries européennes [12 ; 42 ; 49]. La mortalité des péritonites aiguës dépend de leur étiologie [1]. Dans les séries africaines [10 ; 12 ; 37] ; cette mortalité varie entre 11,11% et 15,7%. Nous avons enregistré 2 cas de décès (arrêt cardio respiratoire et choc hypovolémique) dans notre série. Les principaux facteurs pronostics rapportés dans toutes les études africaines seraient : - le retard dans la prise en charge lié à certaines pratiques de la médecine traditionnelle et aux erreurs diagnostiques. - Le manque des moyens diagnostiques précoces. -Le manque de moyens financiers. Le coût de la prise en charge a été à la charge des patients eux-mêmes et/ou de leur famille. Le coût moyen dans notre série a été évalué à 164448 FCFA est nettement au-dessus du SMIG [Salaire minimum inter professionnel garanti] malien qui est de 40 000 FCFA, Cette situation a eu un impact négatif sur la qualité de la prise en charge car bon nombre de nos patients du fait de leur revenu bas ont été incapables d'effectuer les examens complémentaires et même parfois de payer les médicaments. Nous avons cependant pu offrir à nos patients les soins adéquats avec l'aide des parents et amis des malades, l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

CONCLUSION

Les péritonites aiguës généralisées affectent surtout le sujet jeune de sexe masculin. Le diagnostic est surtout clinique et la prise en charge est médicochirurgicale. Les principales étiologies sont l'appendicite, l'ulcère gastroduodénal et la fièvre typhoïde. Le retard de consultation est à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité significative.

RÉFÉRENCES

1. PROSKE JM, FRANCO D. Péritonite aiguë ; Revue Prat (paris) 2005 ; 55 : 2167- 2172.

2. Jean YM, Jean LC. Péritonite aiguë Revue Prat (Paris) 2001 ; 51 : 2141-2145.
3. Alamowitch B, Khalil A, Philippe S, Bethoux JP, Bouillot JL. Traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé Gastro enterol Clin Biol (Paris) 2000 ; 24 : 1012 – 17.
4. Blomqvist PG, Roland E, Anderson B, Granath F, Lambe MP, Anders R. Mortality after appendectomy in Sweden, 1987-1996 Ann Surg 2001; 233 (4):455- 60.
5. Koslosk AM, Love CL, Rohrer JE, Goldthorn, Lacey SR; The diagnosis of Appendicitis in children: Outcomes of a strategy based on pediatric Surgical evaluation. Pediatrics 2004 Jan; 113 (1Pt1):29-34.
6. Giessling U, Petersen S, Freitag M, Kleine-Kraneburg H, Ludwig K. Chirurgisches Management der schweren Peritonitis [Surgical management of severe peritonitis]. Zentralbl Chir. 2002 Jul ;127(7):594-7.
7. Ramachandran CS, Agarwal S, Dip DG, Arora V. Laparoscopic surgical management of perforative peritonitis in enteric fever: a preliminary Study .Surg Laparoscosc Enosc Percutan Tech.2004 Jun; 14(3) 122-124.
8. Sanou D, Sanou A, Kafando R. Les perforations iléales d'origine typhique : difficulté diagnostique et thérapeutique (à propos de 239 cas). Burkina Méd 1999 ; 1,17-20.
9. Sakhri J. Traitement des ulcères duodénaux perforés ; Tunisie méd. 2000 ; n°08-09.
10. Dembelé M, Papadato A. Perforations typhiques de l'intestin grêle : A propos de 16 cas. Med d'Afrique Noire 1974 ; 21 (4) : P3.
11. M'bida. Péritonite secondaire à la rupture spontanée d'une pyonéphrose dans la grande cavité péritonéale à propos d'un cas. Rev. Méd. De LIEGE 2005, 60 : 81-83.
12. Malle O. Péritonites au CSREF de la commune 1 de Bamako : Aspects épidémiologique, clinique, et thérapeutique. Thèse méd ; Bamako 2015 ; N°145 p43
13. Makita, NGadi L. Les péritonites aiguës généralisées à Libreville(Gabon). Thèse méd. Bamako 2010 ; N°10 M 140, 52-72.
14. Cissé AH. Péritonites aiguës : aspects clinique, épidémiologiste et thérapeutiques, Thèse méd ; USTTB 2019 P 57.
15. Dissa BA. Les péritonites aiguës : aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Thèse méd ; Bamako 2012 ; N°53.P55.
16. Perrotin J, Bastran D, Lassau JP, Pages C. Diagnosis and treatment of duodenal ulcer perforation (defense of the Taylor-Quenu method). Rev. Prat. 1982 ; 32(5) :357- 371.
17. Kambiré JL, Zaré C, Sanou BG, Kambou T. Étiologies et pronostic des péritonites secondaires au centre hospitalier universitaire de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) J. Afr. Hépatol. Gastroentérol. 2017 ,1-3
18. Bonkougou PG, Ouangré E, Sanou A, Traoré SS, Zida M. Les péritonites aiguës généralisées en milieu rural au Burkina Faso : à propos de 221 cas. Science de la santé 2015 ; 1:75–79.
19. Fagniez PL, Serpeau, Thomson C. Péritonites aiguës. Encycl Méd Chir Estomac – Intestin 1982; 9045 A10, 6. J Am coll Surg .2000 Dec; 191(6):635 - 42.
20. Kunin N, Bansard YL, Letoquart JP, Chareton B, Lebois E, La Gamma A et al. Facteurs pronostiques des péritonites du sujet âgé : Analyse statistique multifactorielle de 216 observations. J Chir (Paris) 1991 ; 128(11) : 481 -86.
21. Traoré LS. Eude des péritonites aiguës aux CHU de Kati. Thèse méd. ; Bamako 2014 ; N°112 ; P 55-57.
22. Le Treut YP. Les péritonites aiguës : Physiologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement. Rev.Prat.1993 ; 43, (2) :259-262.
23. Harouna YD. Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey(Niger) : Etude analytique et pronostique. Med Afr Noire 2001 ; 48(2).
24. Buchler MV, Baer HU, Brugger LE, Feodorovici MA, Uhl W, Seiler C. Surgical therapy of diffuse peritonitis:debridement and intraoperative extensive lavage.Chirurg 1997; 68:811-815.
25. Hosoglu S, Mustafa A, Serife A, Geyik MF, Tacyildiz IH,Mark I. Risk factors for enteric perforation in patients with typhoid fever. Am J Epidemiology 2004 ; 160 : 46-50.
26. Sidibe Y. Les péritonites généralisées au Mali : A propos de 140 cas opérés dans les hôpitaux de Bamako et de Kati. Thèse méd. Bamako 1996 ; n°1
27. Podevin G, Barussaud M, Leclair DM, Heloury Y. Appendicite et péritonite appendiculaire de l'enfant 2005.EMC-Pédiatrie-maladies infectieuses 2013(4) :1-6[Article 4-018-Y-10].
28. Azgaou I. Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des péritonites aiguës ; étude rétrospective sur 2 ans au CHU Mohamed VI de Marrakech.2011, Thèse méd ; 120 P14.
29. Dembele BM. Etude des péritonites aiguës généralisées dans les Services de Chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. These Méd. Bamako 05 M 215 : 1-116.
30. Rahman GA, Abubakar A, Johnson AW, Adeniran J. Typhoid iléal perforation in Niger children: an analysis of 106 operative cases. Pédiatre Surg Int 2001 ; 17 : 628- 630.
31. Kouame B. Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques de la grêle de l'enfant à Abidjan, Côte d'Ivoire. Bull Soc Pathol Exot 2001 ; 94 (5): 379 - 82.
32. Khosrovanic, Kohen M. peritonite des ulcères duodéno-Pyloriques : Facteurs pronostiques et choix thérapeutiques. Etude rétrospective de 140 malades Ann. Chir.1994 ; 48 (4) : 345-349.