



Article Original

Présentation Clinique et Prise en Charge des Péritonites par Perforation Iléale d'Origine Typhique dans un Hôpital Périphérique de République de Guinée

*Clinical Presentation and Management of Typhoid Ileal Perforation Peritonitis in a Peripheral Hospital of the Republic of Guinea*Diallo A A¹, Diakité S Y², Koundouno A M³, Baldé T M¹, Camara F L¹, Sylla A¹, Bah A¹, Sylla H¹, Barry A A¹, Touré I¹, Soromou G¹

RÉSUMÉ

Affiliations

1. Service de chirurgie viscérale de l'hôpital national Donka CHU Conakry
2. Hôpital Régional de Conakry Enta Nord
3. Hôpital Régional de Kankan

Auteur correspondant

Diallo Alpha Amadou
Service de Chirurgie Viscérale
Hôpital National Donka CHU de
Conakry

Tel : (+224) 628498007

Email: amadoudombe80@gmail.com
/saikoukonkoronya@gmail.com/
kdnoalymampan@gmail.com

Mots-clés : péritonite typhique, épidémiologie, prise en charge, hôpital régionale de Labé.

Keywords: typhoid peritonitis; epidemiology, management, Labé regional hospital.

Article history

Submitted: 23 December 2024

Revisions requested: 6 January 2025

Accepted: 24 January 2025

Published: 27 January 2025

Introduction. La péritonite par perforation iléale d'origine typhique est une inflammation aigüe ou chronique de la séreuse péritonéale secondaire à l'ouverture de l'iléon dans la cavité abdominale due aux salmonelles. Elle reste préoccupante surtout dans les pays en voie de développement par sa morbi-mortalité. Notre étude avait pour but de décrire les péritonites par perforation iléale d'origine typhique dans le service de chirurgie de l'Hôpital Régional de Labé. **Méthodologie.** Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif d'une durée de 4 ans du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2013. Cette étude a porté sur les dossiers des patients admis et opérés pour péritonite par perforation iléale d'origine typhique. Les registres de consultation, d'hospitalisation, des comptes-rendus opératoires et dossiers médicaux individuels des malades ont constitué nos sources des données. Les variables d'études étaient épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives. **Résultats.** Nous avons colligé 38 cas de péritonites par perforation iléale d'origine typhique soit une fréquence hospitalière de 2,64%. Le sex-ratio H/F était de 2,16 et l'âge moyen des patients était de 19,3 ans. Les principaux signes cliniques étaient la douleur abdominale (100%), la fièvre (100%), la défense abdominale ou contracture (100%), un cri ombilical positif (60,53 %), un silence abdominal à l'auscultation (92,10 %), des signes de déshydratation (73,68%) et un cri de Douglas positif (97,37%). Le traitement a consisté soit à un avivement des berges de la perforation suivie de sa fermeture soit à la résection et anastomose. Les suites opératoires ont été simples dans 53,63% des cas. Le taux de mortalité était de 16% (6/38). **Conclusion.** La péritonite par perforation iléale d'origine typhique est une pathologie grave en Guinée et elle affecte surtout des sujets jeunes de sexe masculin. Le renforcement des mesures hygiéno-diététiques, l'amélioration des mesures de réanimation et la prise en charge précoce des malades pourrait améliorer son pronostic.

ABSTRACT

Introduction. Typhoid ileal perforation peritonitis is an acute or chronic inflammation of the peritoneal serosa secondary to the opening of the ileum into the abdominal cavity caused by Salmonella. Its morbidity and mortality are of particular concern in developing countries. The aim of our study was to describe ileal perforation peritonitis of typhoid origin in the surgical department of the Labé Regional Hospital. **Methodology.** This was a retrospective descriptive study lasting 4 years from January 1, 2010 to December 31, 2013. This study focused on the records of patients admitted and operated on for ileal perforation peritonitis of typhoid origin. Our data sources were patient consultation and hospitalization registers, operative reports and individual medical records. Study variables were epidemiological, clinical, therapeutic and evolutionary. **Results.** We collected 38 cases of ileal perforation peritonitis of typhoid origin, representing a hospital frequency of 2.64%. The sex ratio M/F was 2.16 and the mean age of patients was 19.3 years. The main clinical signs were abdominal pain (100%), fever (100%), abdominal guarding or contracture (100%), a positive umbilical cry (60.53%), abdominal silence on auscultation (92.10%), signs of dehydration (73.68%) and a positive Douglas tenderness (97.37%). Treatment consisted of either perforation edge avivage followed by closure, or resection and anastomosis. Postoperative follow-up was uneventful in 53.63% of cases. The mortality rate was 16% (6/38). **Conclusion.** Peritonitis due to ileal perforation of typhoid origin is still a serious disease in Guinea, affecting mainly young male subjects. Reinforcing hygienic-dietary measures, improving resuscitation measures and early management of patients could improve its prognosis.

INTRODUCTION

La péritonite par perforation iléale d'origine typhique est une inflammation aiguë ou chronique de la séreuse péritonéale secondaire à l'ouverture de l'iléon dans la cavité abdominale due aux salmonelles [1]. La Fièvre Typhoïde peut être à l'origine des complications digestives redoutables dont les perforations iléales qui évoluent rapidement vers le décès du patient en l'absence d'une prise en charge précoce et adéquate [2].

La péritonite par perforation iléale d'origine typhique est devenue de nos jours rares dans les pays développés en raison de l'élévation de leur niveau de vie socio-économique, la présence du vaccin anti-typhique et surtout le respect des règles d'hygiène. Par contre, dans les pays en voie de développement, elle reste toujours endémique et meurtrière donc constitue un véritable problème de santé publique [3, 4].

En France, la péritonite par perforation iléale d'origine typhique était de 2,48% par rapport à l'ensemble des péritonites dans l'Ouest Guyanais [6]. En Inde, la péritonite par perforation typhique représentait la deuxième cause des péritonites par perforation avec 20 % des cas [5]. En RDC, les perforations intestinales d'origine typhique ont occupé 22,6% de toutes les péritonites [7]. Au Burkina Fasso, les perforations iléales d'origine typhique étaient 29 cas sur 145 cas des péritonites aiguës généralisées soit 20% des cas [8]. Au Mali, les péritonites par perforation iléale origine Typhique représentaient la deuxième cause de péritonites par perforation avec 38,6% des cas. [9].

Ainsi, la fréquence élevée de la péritonite par perforation iléale d'origine typhique en Afrique, la gravité de cette complication, les difficultés liées à sa prise en charge et l'absence d'étude antérieure de ce thème à l'hôpital régional de Labé, ont motivé le choix de ce thème. Les objectifs étaient de déterminer la fréquence hospitalière, de décrire les aspects clinique et thérapeutique et d'apprécier les suites opératoires des péritonites par perforation iléale d'origine typhique.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif menée sur une période de 4 ans, du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2013 au service de chirurgie générale de l'Hôpital Régional de Labé. Cette étude a porté sur les dossiers des patients admis et opérés pour péritonite par perforation iléale d'origine typhique. Les registres de consultation, d'hospitalisation, des comptes-rendus opératoires et dossiers médicaux individuels des malades ont constitué nos sources des données. Une fiche de collecte des données préétablie a servi de support pour cette étude. Nous avons inclus dans cette étude, les dossiers complets (comportant les variables épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutive) des patients.

RÉSULTATS

Sur les 1440 dossiers des patients admis et opérés dans le service durant la période d'étude, nous avons colligé 38 cas des péritonites par perforation iléale d'origine

typhique soit une fréquence hospitalière de 2,64% et 42,22% (Tableau I)

Tableau I : Fréquence des péritonites typhiques par rapport aux autres étiologies des péritonites.

| Étiologies des péritonites | N | % |
|---|----|-------|
| Péritonites typhique | 38 | 42,22 |
| Péritonites appendiculaire | 18 | 34,61 |
| Péritonites/perforation gastroduodénale | 10 | 19,23 |
| Péritonites d'origine gynécologique | 10 | 19,23 |
| Péritonites post-opératoires | 08 | 15,38 |
| Péritonites d'origine traumatique | 06 | 11,53 |

Par rapport aux autres péritonites admises et opérés durant la même période. Par rapport au sexe et l'âge des patients, nous avons noté une prédominance masculine : 26 hommes (68,42%) contre 12 femmes (31,58%) avec un sex-ratio H/F de 2,16. L'âge moyen des patients était de 19,3 ans avec des extrêmes de 5 ans et 56 ans (Tableau II).

Tableau II: Répartition des cas selon l'âge

| Tranches d'âge | N | % |
|----------------|----|-------|
| 1-10 | 12 | 31,58 |
| 11-20 | 17 | 44,74 |
| 21-30 | 6 | 15,79 |
| 31-40 | 1 | 2,63 |
| 41 et + | 2 | 5,26 |
| Total | 38 | 100 |

Age moyen : 19,3 ans âges extrêmes : 5 et 56 ans

Les motifs de consultations étaient la douleur abdominale associée à la fièvre, rencontrée chez tous les patients (100%), les vomissements dans 63,10% (n=24) et l'arrêt des matières et des gaz dans 31,58% (n=12). A l'examen physique, la défense ou la contracture était présente chez tous les patients (100%). Des signes de déshydratation sont retrouvés dans 73,68% des cas, un amaigrissement dans 60,52%, un cri ombilical positif dans 60,53%, un cri de Douglass positif dans 97,37%, et un silence abdominal à l'auscultation dans 92,10% (Tableau III).

Tableau III: Fréquence des signes cliniques (N=38)

| Signes cliniques | N | % |
|-----------------------------------|----|-------|
| Douleur abdominale | 38 | 100 |
| Fièvre | 38 | 100 |
| Vomissements | 24 | 63,16 |
| Arrêt des matières et gaz | 12 | 31,58 |
| Diarrhées | 7 | 18,42 |
| Défense abdominale ou contracture | 38 | 100 |
| Cri du Douglas | 37 | 97,37 |
| Silence abdominal | 35 | 92,10 |
| Cri ombilical positif | 23 | 60,53 |

Dix-neuf de nos patients soit 50% ont eu un délai d'admission compris entre 8 – 14 jours et le délai moyen d'admission était de 8 jours avec des extrêmes de 1 et 23 jours. Douze de nos patients soit 31,58% sont reçus après les 15 jours d'évolutions et sept (18,42%) sont reçus avant les 7 jours (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des cas selon l'évolution de la maladie

| Évolution (Jours) | N | % |
|-------------------|----|-------|
| 1-7 | 7 | 18,42 |
| 8-14 | 19 | 50 |
| ≥15 | 12 | 31,58 |
| Total | 38 | 100 |

Durée moyenne d'évolution : 8 jours Durée Extrêmes : 1 et 23 jours

Par rapport aux examens paracliniques, le sérodiagnostic de Widal-Félix a été réalisé chez tous les patients (100%), l'ASP montrant la présence des niveaux hydro-aériques dans 52,63%(n=20) et l'échographie abdominale présentant des signes d'épanchement liquidien dans 10,53% (n= 4). Tous nos patients ont bénéficié en pré, per et post opératoire des solutés entre 1,5 l à 2,5 l par 24 heures pour la mise en condition, des antibiotiques faits de céphalosporine de 3^{ème} génération (55,63%), de fluoquinolone (32,12%) les deux (12,25%) et des antalgiques chez tous les patients. La transfusion sanguine a été faite chez 15 patients soit 39,47 %. La laparotomie médiane sus et sous ombilicale a été la voie d'abord utilisée dans tous les cas. Les gestes chirurgicaux réalisés en per opératoire étaient en fonction du nombre de perforations et leur siège. L'excision suivie de suture dans 86, 84% (n= 33), la résection et anastomose termino-terminal, intestino-intestinale dans 13, 15% (n=5), la toilette au sérum physiologique dans 18,42%, le drainage en zones déclives a été observé 81,57% (n= 31). Les suites opératoires ont été simples dans 53,63% (n= 20); nous avons recensé 26,31% (n=10) de suppurations pariétales ; 5,26% (n=2) de fistule digestive et 15,79% (n=6) de décès. La durée moyenne d'hospitalisation était de 14,5 jours avec des extrêmes de 1 et 30 jours.

DISCUSSION

Au cours de cette étude nous avons colligé 38 cas de péritonite par perforation iléale d'origine typhique soit 2, 64% de toutes les pathologies chirurgicales et 42% des péritonites aiguës généralisées admises et opérées dans le service durant la période d'étude. Dans cette étude, les péritonites typhiques ont occupé la première place par rapport à l'ensemble des péritonites opérées dans le service. Cette fréquence hospitalière des péritonites typhique obtenue (42%) dans notre étude est proche à celui rapporté par [Keita A](#) et al. [9] en 2020 au CHU de Bss (Mali) qui ont trouvé une fréquence de 38,6% et où les péritonites typhiques avaient occupé la deuxième place après les péritonites appendiculaires. En Inde, [Tariq Hameed](#) et al [5] en 2020 dans le spectre émergent de la péritonite par perforation dans les pays en développement ont rapporté une fréquence de 20 % des péritonites typhiques par rapport à l'ensemble des péritonites et ces péritonites avaient occupé la deuxième place après les péritonites par perforations d'ulcère gastro duodénal. Au Burkina Fasso, [Kambiré J.L](#) et al. [8] en 2017 sur leur étude portant sur 145 cas de péritonites aiguës généralisées, ont rapporté 29 cas, soit 20%, des perforations iléales d'origine typhique. La péritonite par perforation iléale d'origine typhique est devenue de nos jours rares dans les pays développés en raison de l'élévation de leur niveau de vie socio-économique, la

présence du vaccin anti-typhique et surtout le respect des règles d'hygiène. Par contre, dans les pays en voie de développement, elle reste toujours endémique et meurtrière [3, 4]. Cette fréquence élevée des péritonites par perforation typhique s'expliquerait dans notre étude par la recrudescence de la fièvre typhoïde dans la région de Labé mais aussi et surtout par la faiblesse du niveau d'éducation sanitaire, le non-respect des règles d'hygiène alimentaire et la desserte en eau potable. L'âge moyen de nos patients étaient de 19, 3 ans avec des âge extrêmes : 5 et 56 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 11-20 ans soit 44,74% suivie de celle de 1-10 ans soit 31,58%. Le sexe masculin a été le plus touché dans cette série avec 26 cas soit 68,42% contre 31,58% (n=12) de sexe féminin avec un sex-ratio de 2,16. La plupart des travaux réalisés en Afrique confirme ces tendances : Il a été rapporté une prédominance masculine (63,8% d'hommes) avec un sexe ratio de 1,76. Il s'agit d'une pathologie du sujet jeune avec un âge moyen de 19,7 ans [3]. Ils ont noté également une prédominance masculine (61,8%) avec un sex-ratio de 1,6. La tranche d'âge la plus touchée était comprise entre 6 et 27 ans (59%) ; l'âge moyen 23,3 ±13,75 ans ; l'âges extrêmes : 6 et 71 ans. La majorité des patients (43,6%) étaient en âge scolaire [7]. Certains comportements alimentaires qu'adoptent les hommes en dehors du milieu familial, l'automédication qu'ils réalisent du fait de leur négligence devant des malaises digestives avant la consultation médicale seraient à l'origine de leur prédominance dans cette série. La fréquence de la tranche d'âge de 11-20 ans dans notre étude représentée par les enfants et les adolescents pourrait s'expliquer par la fragilité de leur terrain face à la fièvre typhoïde. Dans notre série, les motifs de consultations étaient dominés par la douleur abdominale associée à la fièvre chez tous les patients (100%), les vomissements dans 63,10% (n=24) et l'arrêt des matières et des gaz dans 31,58% (n=12). [Malick S](#) et al. [6] en France ont affirmé que la fièvre était présente chez tous leurs patients soit 100% avec une température moyenne de 38,9°C et la douleur était la deuxième manifestation de la perforation intestinale. [Manix Ilunga Banza](#) et al. [7] en RDC ont affirmé que la douleur abdominale était le motif de consultation principal rencontré dans 100% des cas, suivi de l'arrêt de matières et de gaz dans 92% des cas. La douleur était plus localisée dans la fosse iliaque droite avec 72,7% des cas et le mode de survenue était brutale le plus souvent avec 69,2% contre 30,8% des cas de survenue progressive. [Kambire J.L](#) et al. [2] au Burkina Fasso ont rapporté que la douleur abdominale a été rencontré chez tous les patients (100%) et cette douleur était associée à l'arrêt des matières et gaz et aux vomissements respectivement dans 55%(n=16) et 41,4%(n=12). Dans notre étude le délai moyen d'admission des cas était de 8 jours avec des extrêmes de 1 et 23 jours. [Kambire J.L](#) et al. [2] au Burkina Fasso ont noté un délai moyen d'admission des cas de 9,8 jours avec des extrêmes de 8 et 15 jours. A l'examen physique, la défense ou la contracture était présente dans tous les cas (100%). Des signes de déshydratation sont retrouvés dans 73,68%, un amaigrissement dans 60,21%, un cri ombilical positif dans 60,53%, un cri de Douglass positif dans

97,37%, et un silence abdominal à l'auscultation (92,10%). Niangaly, Abdoulaye et al. [3] au Mali ont rapporté que : la douleur abdominale (100%), la défense ou contracture abdominale (100%), la douleur au toucher rectal (94,9%) et l'abolition de la respiration abdominale (74,1%) étaient les signes évocateurs de la perforation intestinale les plus fréquents. Sanogo Z.Z et al. [10] au Mali : une défense abdominale dans 91,6%(n=98), une contracture abdominale dans 87,5%(n=105), un cri ombilical positif dans 88,3%(n=106), et le cri du Douglas positif dans 54,2%(n=65) étaient les signes plus rencontrés. Dans notre étude, selon les examens paracliniques, le sérodiagnostic de Widal-Félix a été réalisé chez tous les patients (100%), l'ASP montrant la présence des niveaux hydro-aériques dans 52,63%(n=20) et l'échographie abdominale présentant des signes d'épanchement liquidien dans 10,53% (n= 4). Niangaly, Abdoulaye et al. [3] au Mali : l'ASP a posé le diagnostic de perforation intestinale à travers le croissant gazeux dans 53,4% des cas. Le sérodiagnostic de Widal était positif dans 74,1% des cas. Sanogo Z.Z et al [10] au Mali : l'ASP montrant la présence des niveaux hydro-aériques dans 31,7%(n=38). Tous nos patients ont bénéficié en pré, per et post opératoire des solutés pour la mise en condition, des antibiotiques et des antalgiques (100%). La transfusion sanguine a été faite dans 39,47 % (n=15). La laparotomie médiane sus et sous ombilicale a été la voie d'abord utilisée dans tous les cas. Les gestes chirurgicaux réalisés en per opératoire étaient en fonction du nombre de perforations et leur siège. L'excision suivie de suture dans 86, 84% (n= 33), la résection et anastomose termino-terminal, intestino-intestinale dans 13, 15% (n=5), la toilette au sérum physiologique dans 18,42%, le drainage en zones déclives a été observé 81,57% (n= 31). Niangaly, Abdoulaye et al [3] au Mali : l'excision-suture a été la technique opératoire la plus utilisée avec 58,6%. La morbidité post opératoire précoce a été de 51,5% et la mortalité globale a été de 29,3% soit 17 décès sur 58 cas de perforations iléales d'origine typhique. Coulibaly Y et Coll. [11], ont utilisé les techniques suivantes dans leur étude : Excision- suture : 273 cas soit 70, 91% ; Résection anastomose : 44 cas soit 11, 43% ; Résection-iléostomie : 59 cas soit 15, 32%. Ngueyen Van Sach et coll. [12] au Vietnam ont rapporté dans leur série 75 cas, soit 90, 4% de laparotomie médiane sous-ombilicale sous anesthésie générale. Excision-suture : 80 fois (96, 3%) ; Résection et anastomose 2 fois (8, 4%) ; Iléostomie ou extériorisation simple 1 fois (1, 2%). L'intervention a été complétée par une toilette de la cavité abdominale avec drainage. En cas de perforation simple, le recours à une excision-suture simple et en cas de perforations multiples, à une résection-anastomose. Les suites opératoires ont été simples dans 53,63% et émaillées de complications dans 26,31% à type de suppuration pariétale, la fistule digestive dans 5,26% et de décès dans 15,79%. Notre résultat corrobore celui de Ngueyen Van Sach et coll [12] au Vietnam qui ont enregistré 66,3% des cas des suites simple ; 12,16% (n=5) de fistule ; 26,31%(n=10) de suppuration et 18%(n=15) de décès. Quant à Mehinto D et Coll. [13] les suites opératoires étaient simples dans 78, 8% ; la mortalité était 11cas soit 21, 2% due à une suppuration pariétale et 4cas

de fistules digestives soit 7, 7%. Coulibaly Y et Coll. [11] ont rapporté 9 cas de décès soit 8, 33% dans leur étude. Dans notre série, la durée moyenne de séjour hospitalier était de 14,5 jours avec des extrêmes de 1 et 30 jours. 52,63% de nos patients sont sortis avant 10 jours ; 31,57% sont sortis entre 11 et 19 jours et 15,78% sont sortis après 20 jours. Ngueyen Van Sach et coll. [12] au Vietnam ont rapporté une durée moyenne d'hospitalisation de 14 jours avec extrême 05 et 29 jours. Mehinto D et Coll. [13] ont noté une durée moyenne d'hospitalisation de 12 jours avec pour extrême 09 et 35jours. Dieng. M et coll. [14] au Mali rapportaient une durée moyenne de séjours de 14 jours avec des extrême 05 et 29jours. L'instauration de la couverture vaccinale anti-typhique au niveau du PEV, l'organisation des programmes d'éducation sanitaire pour la sensibilisation des populations sur l'intérêt de l'hygiène alimentaire et environnementale, la formation continue du personnel généraliste et spécialiste et la création des mutuelles sociales pour faciliter la prise en charge des malades pourrait avoir un impact positif pour lutter contre la fièvre typhoïde dans la région. La principale limite de l'étude était la non possibilité de réaliser l'hémoculture dans notre contexte alors que de nos jours c'est l'examen de certitude de la fièvre typhoïde.

CONCLUSION

La péritonite par perforation iléale d'origine typhique est une pathologie chirurgicale grave et fréquente à l'hôpital régional de Labé. Elle affecte surtout les sujets jeunes de sexe masculin. Dans notre contexte, son diagnostic était basé sur la clinique, l'aspect des lésions en peropératoire et le sérodiagnostic Widal-Felix. Le renforcement des mesures hygiéno-diététiques, l'amélioration des mesures de réanimation et la prise en charge précoce des malades pourrait améliorer le pronostic vital du patient.

RÉFÉRENCES

1. Fattorusso V, Ritter O. *Vadémécum Clinique du diagnostic au traitement* 17^{ème} Edition Masson. 2012 :456-57.
2. Kambire J.L, Ouedraogo S, Ouangre E, Traore SS. Résultat de la prise en charge des perforations iléales d'origines typhiques : à propos de 29 cas à Ouahigoua (Burkina Fasso) en 2017. *Société de pathologie exotique et lavoisier SAS 110* :297-299. DOI : 10.1007/s13149-017-059-5.
3. Niangaly, Abdoulaye Metadata. Péritonite par perforation iléale d'origine typhique au service de chirurgie de l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti (Mali) en 2019. *Bibliothèque Numérique Sanitaire africaine* <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4128>.
4. Haeghebaer S, Bouvet P, De Valk H. les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes en France en 2001. *Bull épidémiol. Hebdo.* 2003 ; 14 :77-9
5. [Tariq Hameed](#), [Awad Kumar](#), [Shivanand Sahni](#), [Rahul Bhatia](#), [Ajit Kumar Vidhyarthi](#). Spectre émergent de la péritonite par perforation dans les pays en développement en 2020 ; doi : 10.3389/fsurg.2020.00050 PMID :33102512 PMID : [PMC7522547](#).
6. Malick S, Klein J.F. Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique à propos d'une série observée dans l'ouest guyanais. *Med Trop.* 2010 ; 61 :491-494.
7. Manix Ilunga Banza, Augustin Kibonge Mukakala , Trésor Kibangula Kasang, Serge Ngoie Yumba, Emmy Manda Kisimba, Yannick Tietie Ben N'Dwala, Vincent de Paul Kaoma Cabala André Olela Ahuka, Israël Badywpwyla. Profil

épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de la perforation intestinale typhique aux cliniques universitaires de Lubumbashi: A propos de 55 cas. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)e-ISSN: 2279-0853, p-ISSN: 2279-0861. Volume 21, Issue 2 Ser.3 (February. 2022), PP 31-39. www.iosrjournals.org ; DOI : 10.9790/0853-2102033139.

8. Kambiré JL, Ouédraogo S, Zida M. Les péritonites aiguës généralisées : étiologies et morbi-mortalité à propos de 145 cas au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Burkina Faso en 2017. [Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé](#) . 2017 ;19 (3).

9. [Keita A, Diarra A.G, Coulibaly O, Diallo M, Traoré L. S, Keita F, Coulibaly B.S, Coulibaly A, Kassongué F. K, Tall K. S, Keita A, Koné. O, Koné A. N, Traoré D, Ongoiba.](#) Les péritonites aiguës au CHU Bss de Kati : aspects étiologiques et thérapeutiques [Journal of African Clinical Cases and Reviews/Journal Africain des Cas Cliniques et Revues](#). 2020; 4(3) :366-372, Ilus Artigo em Francês | AIM (África) | ID: biblio-1264312 Biblioteca responsável: [CGI.1](#).

10. Sanogo Z.Z, Sanogo B, Koita A.K, Traoré D, Camara M, Traoré S, Soumaré L, Doumbia D, Konaté B, Ouatarra Z, Koulibaly Y, Dembele M, Sangaré D. Les perforations typhiques iléales : aspects cliniques et thérapeutiques en milieu Tropical. MALI MEDICAL 2013 /TOME XXVIII n° 3 total pages =9.

11. Coulibaly. Y et coll. Péritonites par perforations typhique au CHU Gabriel-Touré de Bamako (Mali). j. Afrique-hépatogastroentérologie en 2009 ; 3 :198-202.

12. N'Guyen Van Sach et coll. Perforation typhique en milieu tropical ; à propos de 83 cas observées de péritonites par perforation typhique au service de chirurgie générale de l'hôpital Angiang Vietnam, province Angiang (journal de chirurgie Paris1908. Editions 2009 :26-03.

13. Mehinto. D et Coll. Perforation du grêle d'origine typhique chirurgie viscérale de l'hôpital national de Cotonou. 2009 ; Vol 2, P56.

14. Dieng M, et al. Aspects étiologiques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées d'origine digestive, une série de 207 cas opérés de janvier 1997 à décembre 2001. Mali médical. 2006 :47-51.