



Article Original

Prise en Charge des Péritonites Aiguës Généralisées de l'Enfant au CHU Ignace Deen : À Propos de 62 Cas

Management of pediatric acute generalized peritonitis at CHU Ignace Deen: a report of 62 cases

Doubany Mariame Keita^{1,2}, Mohamed Albert Diawara³, Mariama II Guirassy¹, Naby Fofana¹, Balla Moussa Toure², Houssein Fofana¹, Aboubacar Toure¹.

RÉSUMÉ

Objectif. Cette étude avait pour but de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et pronostics des péritonites aiguës généralisées chez l'enfant à l'unité de chirurgie pédiatrique au service de chirurgie générale au CHU Ignace Deen, Conakry. **Méthodes.** Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif d'une durée de 2 ans allant du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2021 réalisée à l'unité de chirurgie pédiatrique au service de chirurgie générale au CHU Ignace Deen. **Résultats.** Nous avons enregistré 62 cas de péritonites aiguës généralisées dont 54,84% de sexe masculin contre 45,16% de sexe féminin, soit un sexe ratio de 1,21. L'âge moyen des patients était de 11,77 ans. Le tableau clinique était dominé par la douleur abdominale ; la défense abdominale et la fièvre chez tous nos malades. L'examen clinique a contribué au diagnostic à 92%, la radio de l'ASP et l'échographie ont été demandés pour confirmer le diagnostic. Les étiologies retrouvées en per-opératoire étaient dominées par la perforation appendiculaire dans 34 cas soit 54,84% suivie de perforation iléale typhique dans 18 cas soit 29,03%. Les gestes réalisés étaient : l'appendicectomie ; la suture de la perforation, la résection anastomose suivi de la toilette péritonéale avec un drain chez tous nos malades. Les suites opératoires ont été simples dans 87,09%. Le taux de morbidité a été de 9,68% et nous avons noté quelques cas de suppuration et d'éventration. Le taux de mortalité était de 3,23%. **Conclusion.** La péritonite aiguë est la conséquence de l'évolution défavorable d'une pathologie médicale, chirurgicale ou traumatique.

ABSTRACT

Introduction. The aim of this study was to describe the clinical, therapeutic and prognostic aspects of acute generalized peritonitis in children in the pediatric surgery unit of the general surgery department at CHU Ignace Deen, Conakry. **Methods.** This was a descriptive retrospective study lasting 2 years from January 1, 2020 to December 31, 2021, carried out in the pediatric surgery unit in the general surgery department at the Ignace Deen University Hospital. **Results.** We recorded 62 cases of generalized acute peritonitis, of which 54.84% were male versus 45.16% female, i.e. a sex ratio of 1.21. The average age of the patients was 11.77 years. The clinical picture was dominated by abdominal pain; abdominal defense and fever in all our patients. The clinical examination contributed to the diagnosis at 92%, the radio of the ASP and the ultrasound were requested to confirm the diagnosis. The etiologies found intraoperatively were dominated by appendicular perforation in 34 cases, i.e. 54.84%, followed by typical ileal perforation in 18 cases, i.e. 29.03%. The procedures performed were: appendectomy; suture of the perforation, resection anastomosis followed by peritoneal toilet with a drain in all our patients. The postoperative course was simple in 87.09%. The morbidity rate was 9.68%, we noted a few cases of suppuration and eventration with a mortality rate of 3.23%. **Conclusion.** Acute peritonitis is the consequence of the unfavorable evolution of a medical, surgical or traumatic pathology.

Affiliations

- 1- Service de chirurgie générale CHU Ignace Deen, faculté des sciences et techniques de santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée.
- 2- Unité de chirurgie pédiatrique au service de chirurgie générale CHU Ignace Deen, faculté des sciences et techniques de santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée.
- 3- Service de chirurgie Viscérale au centre medico-communal de Ratoma, faculté des sciences et techniques de santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée.

Auteur correspondant : Doubany Mariame Keita

Téléphone : 00224 622 61 29 20

Email : doubanymk2016@gmail.com

Mots clés : Péritonite de l'enfant-Conakry.

Keywords: Childhood peritonitis-Conakry.

RÉSULTATS SAILLANTS DE L'ÉTUDE

1. L'examen clinique a été suffisant pour le diagnostic dans 92% des cas.
2. Les étiologies étaient dominées par la perforation appendiculaire (54,84%) et la perforation iléale typhique (29,03%).
3. Des complications ont été notées dans 13% des cas. Le taux de mortalité était de 3,23%.
4. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10,44 jours.

INTRODUCTION

La péritonite se définit comme une réponse inflammatoire de tout ou une partie du péritoine due à une agression dont l'origine est le plus souvent infectieuse. Elle demeure un problème de santé publique en Afrique [5]. C'est une urgence chirurgicale grave et fréquente. La péritonite est dite primitive quand aucune cause anatomique sous-jacente n'est retrouvée. Dans la majorité des cas, la péritonite est secondaire à une infection abdominale provoquée par la perforation d'un viscère creux. Les péritonites tertiaires sont des infections intra-abdominales persistantes ou récurrentes, résultant des complications de péritonites primitives ou secondaires [4]. Le diagnostic positif est essentiellement clinique et repose sur : les douleurs abdominales diffuses, une contracture abdominale, une douleur au cul de sac de Douglas, et des signes d'infection lorsque le diagnostic est tardif. Il est confirmé par des examens paracliniques notamment l'imagerie. L'intervention chirurgicale inclut le traitement de la cause de la péritonite [12]. Le pronostic des PAG reste sévère à cause des retards dans la prise en charge [4]. Le but du travail est de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et pronostiques des péritonites aiguës généralisées chez l'enfant.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude mixte (rétrospective et prospective) de type descriptif d'une durée de 2 ans allant du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2021 réalisée à l'unité de chirurgie pédiatrique au service de chirurgie générale au CHU Ignace Deen.

Étaient inclus, tous les dossiers et les patients âgés de 0 à 15 ans reçus et opérés dans le service pour péritonite aiguë généralisée pour les quels, le diagnostic a été confirmé par la clinique, l'imagerie et ou en per – opératoire. Ont été exclus tous les patients ayant plus de 15 ans ainsi que tous les dossiers ou patients dont le diagnostic de PAG a été infirmé en per – opératoire. Nos variables d'étude étaient sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques. Nos données ont été recueillies à partir des registres d'hospitalisations ; le registre de compte rendu opératoire ; les dossiers médicaux individuels et mentionnées sur une fiche d'enquête établie.

RÉSULTATS

Durant la période d'étude, 1310 patients ont été pris en charge dont 62 cas de péritonite aiguë généralisée soit une fréquente hospitalière de 4,73%.

L'âge moyen de nos patients était de 11,77 ans avec des extrêmes de 5 -15 ans et la tranche d'âge la plus touchée était de 11-15 ans soit 54,84% (illustré dans le tableau I). Le sexe masculin était concerné dans 54,84 % des cas soit un sex-ratio de 1,21.

Tableau I : Répartition par tranche d'âge

Tranche d'âge(ans)	Effectifs	%
1 – 5	3	4,84
6 – 10	25	40,32
11 – 15	34	54,84
Total	62	100

Le tableau clinique était dominé par la douleur abdominale et la fièvre chez tous les malades (100%), la défense abdominale (93,54%), la contracture abdominale (87,10%) et le cri ombilical (87,10%) (Tableau II).

Tableau II : Signes cliniques

Signes cliniques	Effectifs	%
Fonctionnels		
Douleur abdominale	62	100
Vomissements/nausées	44	70,96
Arrêt des matières et gaz	16	25,81
Diarrhée	18	29,03
Physiques		
Contracture abdominale	54	87,10
Défense abdominale	58	93,54
Cri ombilical	54	87,10
Cri de Douglas	54	87,10
Météorisme	56	90,32
Matité déclives des flancs	23	37,10
Généraux		
Fièvre	62	100
Altérations de l'état général	56	90,32

La radiographie de l'abdomen sans préparation été réalisée chez tous les malades avec des résultats suivants : le pneumopéritoine dans 32 cas soit 51%, des niveaux hydro-aériques dans 19 cas soit 31%, une grisaille diffuse dans 6 cas soit 10% et la radiographie a été normale chez 5 patients soit 8%.

L'échographie a été réalisée chez 5 enfants (8%). Le résultat était un épanchement péritonéal chez tous les 5 malades (8%).

La numération et la formule sanguine réalisée chez 46 patients, était normale dans 32 cas (51,61%). Il y avait une hyperleucocytose de plus de 13.000 globule/mm³ dans 14 cas (22,58%) et une anémie avec un taux inférieur à 10g/dl chez 16 malades soit 25,80 %.

Tous les malades ont bénéficié d'une réanimation avant la prise en charge chirurgicale : 74,19% soit 46 cas ont bénéficié de réhydratation, d'antalgiques et antibiotiques ; 16 cas (25,81%) ont bénéficié de réhydratation, d'antalgiques, d'antibiotiques et de transfusion sanguine. Comme voie d'abord, la laparotomie a été réalisée chez tous nos malades.

Les gestes en fonction de l'étiologie étaient une appendicectomie dans 34 cas (55%), une excision-suture dans 20 cas (32%), une résection anastomose dans 6 cas (10%). Dans 2 cas (3%), il s'agissait de péritonite tuberculeuse.

La toilette péritonéale et la mise en place d'un drain ont été effectués dans 60 cas soit 97% et les deux cas de péritonite tuberculeuse soit 3% ont été mis sous traitement spécifique anti tuberculeux.

Le pus a été prélevé chez 7 malades (11%) pour l'examen cyto bactériologique. Dans 4 cas, le prélèvement était stérile et chez 3 malades, *Escherichia coli* a été identifié, et le traitement a été corrigé conformément aux résultats de l'antibiogramme.

Le tableau III montre que les étiologies étaient dominées par la péritonite d'origine appendiculaire.

Étiologies	Effectifs	%
Péritonite appendiculaire	34	55
Perforation iléale typhique	18	29
Perforation colique traumatique	5	8
Perforation gastroduodénal	3	5
Péritonite tuberculeuse	2	3
Total	62	100



Figure 1 : Péritonite tuberculeuse



Figure 2 : Perforation iléale

Les suites opératoires ont été simples dans 54 cas (87%). Nous avons enregistré 6 cas avec complication à type de suppuration pariétale (4 cas) et éventration (2 cas) soit, 10%. Nous avons aussi enregistré deux décès (3%), en rapport avec un choc septique.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10,44 jours avec des extrêmes de 5 et de 30 jours.

DISCUSSION

Les péritonites occupaient le deuxième rang des urgences abdominales digestives après les appendicites soit une fréquence de 4,73%.

Nos chiffres sont supérieurs à ceux retrouvés par Keita.M et al. [1] qui ont enregistré 3.83% de péritonites aiguës généralisées ; par contre ils sont inférieurs à ceux notés

par Katungu S et al. [9] et Harouna Y.D et al. [6] respectivement 37,9% ; 19%.

Dans notre étude, l'âge moyen des patients était de 11,77 ans ; il est comparable à celui de Mabilia-B et al. [7] ; BAKHOU. A [11] ; KOUAME B. D. [2] qui avaient noté respectivement un âge moyen de 11 ans, 10 ans et 9 ans.

Dans notre série, les douleurs abdominales et la fièvre ont été notés chez tous les patients soit 100% ; la contracture abdominale et le cri ombilical étaient observés dans 87,10%. Nos résultats sont similaires à ceux d'autres études [7, 4, 11].

Dans cette série, la radiographie de l'abdomen sans préparation avait été demandée chez tous nos malades permettant l'approche diagnostique en montrant le pneumopéritoine dans 32 cas soit 51%, le niveau hydro-aérique dans 19 cas soit 31%, une grisaille diffuse dans 6 cas soit 10% et normale chez 5 patients soit 8%. L'échographie demandée chez 5 patients avait montré un épanchement péritonéal chez tous les 5 malades soit 8%. Dans plusieurs autres séries, des résultats similaires ont été observés [4, 6, 13].

Dans notre étude, la numération/formule sanguine avait été demandée chez 46 patients ; elle était normale dans 32 cas (51,61%) et il y avait une hyperleucocytose de plus de 13.000 globules/mm³ dans 14 cas (22,58%). Une anémie avec un taux inférieur à 10g/dl était constatée chez 16 malades soit 25,80 %. Des résultats similaires ont été reportés dans d'autres études africaines [11, 13, 4, 11].

La réanimation pré opératoire a été effectuée chez tous nos malades incluant la mise en place d'une sonde d'aspiration gastrique, d'une sonde urinaire, d'une voie veineuse centrale visant à corriger les troubles hydroélectrolytiques et hématologiques, d'une antibiothérapie reposant sur la ceftriaxone, ampicilline, ou métronidazole et gentamycine pour prévenir l'extension du processus infectieux en luttant contre les bactériémies. Ce même schéma de réanimation avait été effectué dans d'autres séries [9, 3 13].

Dans notre étude, la laparotomie à cheval sur l'ombilic a été l'abord chez tous les malades. Le geste réalisé dépendait de l'étiologie : l'appendicectomie a été réalisée dans 34 cas soit 55%, l'excision suture dans 20 cas soit 32%, la résection/anastomose dans 6 cas soit 10% associée à une toilette péritonéale avec le sérum physiologique plus la mise d'un drain. Nos résultats sont superposables à ceux d'autres d'autres études [9, 13, 5, 10]. Dans cette série, la péritonite tuberculeuse a été observée dans 2 cas soit 3% ; aucun geste chirurgical n'a été réalisé et les patients ont été mis sous antituberculeux oraux.

Le prélèvement du pus pour analyse cyto bactériologique avait isolé *Escherichia coli* qui avait été corrigé conformément aux résultats de l'antibiogramme comme dans d'autre étude [11].

Durant cette étude les étiologies étaient dominés par la perforation appendiculaire dans 55% des cas suivi de la perforation iléale d'origine typhique dans 29% de cas. Ces résultats sont superposables à ceux de Keita. M et al. [1] et Harouna Y.D et al. [6] qui ont observés respectivement 51,05% ; 18,18% et 33,5% ; 35% comme étiologies d'origine appendiculaire et typhique. Ils sont différents à

ceux de [10, 4] qui ont notés dans leurs études que les étiologies étaient dominés par les perforations d'ulcère gastroduodénal et traumatique respectivement 52,7% et 46%.

Les suites opératoires ont été simples chez 87% (54 cas sur 62). Les principales complications ont été la suppuration pariétale 4 cas soit 6,45% et l'éventration 2 cas soit 3,22% que nous avons gérés par les soins locaux et la ré intervention pour les cas d'éventrations avec une suite favorable.

Nous avons enregistré 3% de décès (2 cas)

En Guinée, KEÏTA.M et al. [1] avaient rapporté les suites opératoires simples chez 51,05 % (73cas sur 143). La principale complication a été : l'infection du site opératoire (30,77%) avec un taux de décès de 20,98% [1] ; Y. HAROUNA et al. [13] avaient notés une suite opératoire dans 53,5%, 20% de suppuration pariétale et 29% de décès.

La durée moyenne d'hospitalisation dans notre série était de 10,44 jours avec des extrêmes de 5 et 30 jours. Dans les séries de Y. HAROUNA et al. [13] ont notés 15 jours avec des extrêmes de 7 à 45 jours ; BAKHOU. A [11] ont enregistré 9 jours avec des extrêmes de 7- 45 jours et Tamou B et al. [5] avaient notés 21,7 jours avec des extrêmes de 1 à 91 jours. La durée d'hospitalisation était liée aux complications post opératoire et le souhait de certains parents de rester à l'hôpital jusqu'à la cicatrisation complète.

CONCLUSION

La PAG est l'une des urgences abdominales de l'enfant, d'étiologies multiples. Le pronostic dépend du délai de diagnostic et de prise en charge.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

- 1- Keita M, Traore A, Keita AK, Toure BM, Diaoune A, Keita A : Les péritonites chez l'enfant : Particularités étiologiques et facteurs pronostics en chirurgie pédiatrique de l'hôpital national Donka J Afr Chir Digest, 2006 ; vol 6, N° 2, 579-483.
- 2- B. D. Kouame, O. Ouattara, R.K. Dick, C. Roux : résultats du traitement des perforations typhiques de l'enfant à Abidjan (Côte d'ivoire) : Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47 (12), 509-511.
- 3- Kassegne, I., Kanassoua, KK., Sewa, EVB., Sambiani, DM., Ayite, AE., & al. (2013). Prise en charge des péritonites aiguës généralisées au Centre Hospitalier Universitaire de Kara. Saranf ; 18(2):115-21.

- 4- Choua O., Ali M.M., Kaboro M., Moussa K.M., Anour M. : Aspects étiologiques, cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées à N'Djamena, Tchad : Médecine et Santé Tropicales 2017 ; 27 : 270-273.

- 5- Bio Tamou Sambo Salako, Alexandre Allodé, Didier Sewadé Wekpon, Djifid Morel Séto, Montcho Adrien Hodonou, Babatoundé Dossou : Prise En Charge Des Péritonites Aiguës Dans Un Hôpital De District En Afrique Sub-saharienne : Cas Du Bénin ; European Scientific Journal 2017 edition Vol.13, No.36. Doi: 10.19044/esj.2017.v13n36p388

[URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2017.v13n36p388](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2017.v13n36p388)

- 6- Y.D. Harouna, I. Abdou, B. Saidou, L. Bazira. Les péritonites en milieu tropical Particularités étiologiques et facteurs pronostiques actuels - A propos de 160 cas ; Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (3) ; 103-106.

- 7- JR. Mabiala- Babela, N. Pandou, E. Koutaba, S. Ganga-Zandzou, P. Senga. Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales de l' enfant au CHU de Brazzaville (Congo) ; Med Trop 2006; 66 : 172-176.

- 8- M.Keita, A.D.Mahamat-Nour ; A-K.Keita ; B.M.Toure : Urgences abdominales de l'enfant : Facteurs pronostiques à l'hôpital national Donka. J Afr Chir Digest 2007 ; Vol 7 ; N° 2 : 704-707.

- 9- Katungu Sifa Nganza1, Muhindo Valimungighe Moise, Kambale Ketha Joel Et Ahuka Ona Longombe Albert. Prise en charge de la péritonite aigue généralisée à butembo, Est de la Republique Democratique du Congo. Revue Médicale des Grands Lacs 2020 Vol11, N°2, 3-8.

- 10- Dieng M, Ndiaye Ai, Ka O, Konaté I, Dia A, Touré CT : aspects étiologiques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées d'origine digestive. Une série de 207 cas opérés en cinq ans. Mali Médical, 2006 ; Vol 21 ; N°4 ; 47-51.

- 11- A. Bakhou, M. Oulad Saiad ; Les Péritonites appendiculaires chez l'enfant Expérience du service de chirurgie pédiatrique générale du CHU de Marrakech ; Faculté de Médecine et de Pharmacie - Marrakech Thèse N° 25 / 2012.

- 12- Aasen AO, Barie PS, Faist E, Ford HR, Fry DE, Hau T. Panel discussion: current issues in the prevention and management of surgical site infection-part 2. Surg Infect 2002 ; 3 : S99-102.

- 13- Y. Harouna, B. Saidou, A.Seibou, H. Abarchi, I. Abdou, M. Madougou 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) : Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47 (6) ; 270-275.