



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE  
DE CHIRURGIE

**Juin 2023, Volume 7**  
**N°3, Pages 146 - 222**

# **Journal Africain** **de Chirurgie**

**Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie**

**Journal Africain de Chirurgie**  
**Service de Chirurgie Générale**  
**CHU Le DANTEC**  
**B.P. 3001, Avenue Pasteur**  
**Dakar-Sénégal**  
**Tél. : +221.33.822.37.21**  
**Email : jafchir@gmail.com**  
\*\*\*\*\*

#### COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -**Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique**  
Mamadou Diawo Bah - **Anesthésie-Réanimation**  
Mamadou Cissé- **Chirurgie Générale**  
Ndèye Fatou Coulibaly -**Orthopédie-Traumatologie**  
Richard Deguenonvo -**ORL-Chir. Cervico-Faciale**  
Ahmadou Dem -**Cancérologie Chirurgicale**  
Madieng Dieng- **Chirurgie Générale**  
Abdoul Aziz Diouf- **Gynécologie-Obstétrique**  
Mamour Gueye - **Gynécologie-Obstétrique**  
Sidy Ka -**Cancérologie Chirurgicale**  
Ainina Ndiaye - **Anatomie-Chirurgie Plastique**  
Oumar Ndour- **Chirurgie Pédiatrique**  
André Daniel Sané - **Orthopédie-Traumatologie**  
Paule Aida Ndoye- **Ophthalmologie**  
Mamadou Seck- **Chirurgie Générale**  
Yaya Sow- **Urologie-Andrologie**  
Alioune BadaraThiam- **Neurochirurgie**  
Alpha Oumar Touré - **Chirurgie Générale**  
Silly Touré - **Stomatologie et Chir.Maxillo-Faciale**

#### COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (**Tunisie**)  
Momar Codé Ba (**Sénégal**)  
Cécile Brigand (**France**)  
Amadou Gabriel Ciss (**Sénégal**)  
Mamadou Lamine Cissé (**Sénégal**)  
Antoine Doui (**Centrafrique**)  
Aissatou Taran Diallo(**Guinée Conakry**)  
Biro Diallo (**Guinée Conakry**)  
Folly Kadidiatou Diallo (**Gabon**)  
Bamourou Diané (**Côte d'Ivoire**)  
Babacar Diao (**Sénégal**)  
Charles Bertin Diémé (**Sénégal**)  
Papa Saloum Diop(**Sénégal**)  
David Dosseh (**Togo**)  
Arthur Essomba (**Cameroun**)  
Mamadou Birame Faye (**Sénégal**)  
Alexandre Hallode (**Bénin**)  
Yacoubou Harouna (**Niger**)  
Ousmane Ka (**Sénégal**)  
Omar Kane (**Sénégal**)  
Ibrahima Konaté (**Sénégal**)  
Roger Lebeau (**Côte d'Ivoire**)  
Fabrice Muscari (**France**)  
Assane Ndiaye (**Sénégal**)  
Papa Amadou Ndiaye (**Sénégal**)  
Gabriel Ngom (**Sénégal**)  
Jean Léon Olory-Togbe (**Bénin**)  
Choua Ouchemi(**Tchad**)  
Fabien Reche (**France**)  
Rachid Sani (**Niger**)  
Anne Aurore Sankalé (**Sénégal**)  
Zimogo Sanogo (**Mali**)  
Adama Sanou (**Burkina Faso**)  
Mouhmadou Habib Sy (**Sénégal**)  
Adegne Pierre Togo (**Mali**)  
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)  
Maurice Zida (**Burkina Faso**)  
Frank Zinzindouhoue (**France**)



**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE**  
**DE CHIRURGIE**

# Journal Africain de **Chirurgie**

**Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie**

**ISSN 2712 - 651X**  
**Juin 2023, Volume 7,**  
**N°3, Pages 146 - 222**

#### COMITE DE REDACTION

**Directeur de Publication**

**Pr. Madieng DIENG**

Email : madiengd@homail.com

**Rédacteur en Chef**

**Pr. Ahmadou DEM**

Email : adehdem@gmail.com

**Rédacteurs en Chef Adjoints**

**Pr. Alpha Oumar TOURE**

Email : alphaoumartoure@gmail.com

**Pr. Mamadou SECK**

Email : seckmad@gmail.com

**Pr. Abdoul Aziz DIOUF**

Email : dioufaziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :  
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques  
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

**LES PERITONITES POSTOPERATOIRES DE L'ADULTE : PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE 19 NOUVEAUX CAS AU CHU DE TREICHVILLE (CÔTE D'IVOIRE).**

**POSTOPERATIVE PERITONITIS IN ADULTS: DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC MANAGEMENT OF 19 NEW CASES AT TREICHVILLE CHU (IVORY COAST).**

**ANOH NA, KOUADIO NL, KONAN KIP, TIJANI F, AKPRO RCA, NGORAN X, BOUEDE, DISSI GL, KOUADIO KG.**

*Service de Chirurgie Digestive et Proctologique CHU de Treichville*

**Auteur correspondant :** ANOH N'djetché Alexandre, Maître Assistant chirurgie digestive et proctologique CHU de Treichville. 01BPV 03 Abidjan 01.

e-mail ; anoh.alexandre@yahoo.fr ; +2250506651174 / +2250749336589 ; Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan ; Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville

**Résumé**

Le but de cette étude était d'analyser les aspects diagnostiques et thérapeutiques de 19 nouveaux cas de péritonite post-opératoire. **Patients et Méthode :** Notre étude rétrospective, de janvier 2018 à décembre 2022, s'est déroulée au service de Chirurgie Digestive et Proctologique du CHU de Treichville. Il s'agissait de 19 patients opérés d'âge moyen 39 ans (extrêmes 21 et 60 ans), avec un sex ratio de 1,4. **Résultats :** Les indications chirurgicales initiales majoritaires ont concernés les péritonites aiguës (37%) et les occlusions intestinales (31,5%). Chez 13 malades (73,7%), les signes sont survenus dans un délai de 10 jours. Les signes généraux et fonctionnels fréquents étaient la douleur abdominale spontanée (n=15, 78,9%) ; l'altération de l'état général et la fièvre dans respectivement 13 cas (68,4%) chacun et un état de choc dans 11 cas (57,9%). Les signes physiques majoritaires étaient représentés par la douleur abdominale provoquée (100%) et une issue des selles par la plaie médiane et les drains dans 17 cas (89%). Les causes fréquentes constatées étaient un lâchage anastomotique (n=7, 37%), une fistule digestive iatrogène (n=6, 31,7%) et un lâchage du moignon appendiculaire (n=2, 10,52%). A la réintervention, la stomie digestive a été le geste chirurgical le plus réalisé dans 13 cas

(68,4%). L'évolution était compliquée chez 16 malades (84,2%). Sept malades sont décédés (37%).

**Conclusion :** Les péritonites post-opératoires demeurent graves car la mortalité reste élevée avec 37%. L'amélioration du pronostic passe par un diagnostic et une prise en charge médico-chirurgicale précoces.

**Mots clés :** Péritonite post-opératoire – lâchage anastomotique- fistule digestive

**Summary**

*The aim of this study was to analyze the diagnostic and therapeutic aspects of 19 new cases of postoperative peritonitis. **Patients and Method:** Our retrospective study, from January 2018 to December 2022, took place in the Digestive and Proctological Surgery Department of the Treichville University Hospital. There were 19 operated patients with a mean age of 39 years (range 21 and 60 years), with a sex ratio of 1.4. **Results:** The majority of initial surgical indications concerned acute peritonitis (37%) and intestinal obstruction (31.5%). In 13 patients (73.7%), the signs appeared within 10 days. Frequent general and functional signs were spontaneous abdominal pain (n=15, 78.9%); deterioration of general condition and fever in respectively 13 cases (68.4%) and a state*

*of shock (n=11, 57.9%). The main physical signs were represented by induced abdominal pain (100%) and stool passing through the median wound and the drains in 17 cases (89%). The frequent causes noted were anastomotic release (n=7, 37%), iatrogenic digestive fistula (n=6, 31.7%) and release of the appendicular stump (n=2, 10.52%). At reoperation, the digestive stoma was the most performed procedure in 13 cases (68.4%). The*

*evolution was complicated in 16 patients (84.2%). Seven patients died (37%).*  
**Conclusion:** *Post-operative peritonitis remains serious because morbidity and mortality remains high with 37%. Improving the prognosis requires early diagnosis and medico-surgical management.*

**Keywords:** *Postoperative peritonitis – anastomotic release – digestive fistula*

## **INTRODUCTION**

Les péritonites post-opératoires (PPO) constituent une complication grave consécutive à une chirurgie abdominale ou pelvienne liée à sa morbi-mortalité élevée, 15 à 50% selon la littérature [1, 2]. Les causes sont diverses mais les plus fréquentes sont les lâchages anastomotiques ou de sutures, les fistules digestives iatrogènes et les abcès [1-3]. Le tableau clinique est varié rendant parfois le diagnostic difficile.

La tomodensitométrie abdominale peut aider au diagnostic [2]. La prise en charge chirurgicale est complexe marquée par des réinterventions itératives de l'ordre de 20% selon les séries [4, 5]. Le but de notre travail était d'étudier les aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des PPO dans notre pratique.

## **PATIENTS ET MÉTHODE**

Nous avons effectué une étude rétrospective de janvier 2018 à décembre 2022, au service de chirurgie digestive et proctologique du CHU de Treichville. Elle a concerné 19 cas

de PPO dont 11 patients étaient des opérés du service et 8 autres étaient référés des structures sanitaires périphériques. Il s'agissait de 11 hommes et 08 femmes soit un sex ratio 1,4. L'âge moyen était de 39 ans avec des extrêmes 21 ans et 60 ans. La recherche des données a été effectuée à partir des cahiers d'observation et des registres des comptes rendus opératoires. Les Paramètres étudiés ont concerné ceux de l'intervention initiale, de l'examen clinique, des examens paracliniques, du traitement ainsi que de l'évolution (morbidity et mortalité).

## **RÉSULTATS**

### **➤ Les données de l'intervention initiales**

- Les Indications de la chirurgie précédant la PPO ont concerné majoritairement les péritonites aiguës généralisés dans 7 cas (37%) avec une fréquence pour les perforations iléales typhiques dans 5 cas. (Tableau I).

**Tableau I : Pathologies initiales des patients :**

Pathologies initiales	Pathologie spécifique	N	%
péritonites	Perforation iléales typhiques	05	
	Perforation iléale traumatique	01	37
	Rectocolite caustique nécrosante	01	
occlusions	Occlusion intestinales sur brides avec ou sans nécrose d'anses	03	
	Volvulus du colon pelvien	02	31,5
	Tumeur du sigmoïde en occlusion	01	
Hernies	Hernie étranglée avec nécrose d'anse	02	10,5
Rétablissement de la continuité	Continuité iléo-rectale	01	10,5
	Continuité iléo-iléale	01	
Gynécologie	Pyoannexe droite	01	10,5
	Carcinome du col utérin	01	
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>100</b>

- Les gestes réalisés au cours de la chirurgie précédente ont concerné les résections-stomies dans 9 cas (47,4%) et les résections-anastomoses dans 8 cas (42,1%). (Tableau II).

**Tableau II : Gestes réalisés lors de la chirurgie initiale.**

Types de gestes	Gestes spécifiques réalisés	N	%
Stomie (n=9)	Iléostomie latérale	02	
	Résection Iléostomie bitubulaire	05	
	Hémicolectomie gauche + colostomie	02	47,4%
	Résection-anastomoses iléo-iléales	05	
Résection anastomose (n=8)	Anastomoses iléo-colique	01	42%
	Rey bar	02	
Section de brides annexectomie	Section des brides	01	5,3
	Annexectomie droite	01	5,3
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>100%</b>

- Les données de l'examen clinique
  - Délai de survenue après la précédente chirurgie

Chez 13 malades soit 68,4% les signes sont survenus au cours des 10 jours (extrême : 1<sup>er</sup> jour-9<sup>ème</sup> jour) suivant l'intervention initiale. Chez 1 patient opéré pour une péritonite par perforation iléale typhique le diagnostic a été posé au 14<sup>ème</sup> jour. Chez 1 autre patient la PPO était survenue au 21<sup>ème</sup> jour à la suite d'une suppuration initialement pariétale qui s'est compliquée de péritonite. Les 4 autres cas sont survenus au-delà de 30 jours (J) des suites de fistules digestives dirigées post-opératoires

compliquées secondairement de péritonite à J33, J36, J45 et J60. Il s'agissait d'un cas après une relaparotomie pour fistule digestive dirigée des suite d'une péritonite par perforation iléale (J33); d'un cas après une intervention de Rey bar pour volvulus du sigmoïde (J36) ; d'un cas après une anastomose iléo-rectale suite à une colectomie totale avec iléostomie pour une amibiase colique maligne (J45); et d'un autre cas après hystérectomie pour un carcinome du col utérin (J60).

• Signes généraux et fonctionnels

Les signes généraux et fonctionnels fréquents ont concerné majoritairement la douleur abdominale spontanée (n=15, 78,9%) et la fièvre dans 13 cas soit 68,4%. (Tableau III).

**Tableau III : Tableau des signes généraux et fonctionnels.**

Signes généraux et fonctionnels	N	%
Douleur abdominale spontanée	15	78,9
Altération de l'état général	13	68,4
Fièvre	13	68,4
Etat de choc	11	57,9
Arrêt des matières et gaz	06	31,6
Vomissement	03	15,8

• Signes physiques :

Les signes physiques étaient variés et associés. L'examen physique avait montré une prédominance de la douleur abdominale provoquée chez tous nos patients (100%) associée à une issue des selles par la plaie de laparotomie médiane et les orifices de drainage dans 17 cas soit 89 %. (Tableau IV).

**Tableau IV : Tableau des signes physiques**

Signes physiques	N	%
Douleur abdominale provoquée	19	100
Désunion pariétale et éviscération	13	68,4
Issue de selles par la plaie médiane	11	57,9
Issue de selles mêlées de pus par le drain	06	31,6
Ulcération cutanée	02	10,5
Défense abdominale	05	26,3
Nécrose stomiale	01	5,3

- Les données des examens paracliniques
- Une échographie de l'abdomen a été réalisée chez un patient et a montré un épanchement intra-péritonéal en faveur d'une péritonite post-opératoire.
- Une anémie avait été constatée chez 17 patients soit 89,5% et une hyperleucocytose supérieure à 10000 éléments/ mm<sup>3</sup> chez 14 patients. (Tableau V)

**Tableau V : Résultats d'hémogramme.**

Hémogramme	Globules blancs 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>		hémoglobine (g/dl)			
	<10000	≥10000	<6	[6-10[	≤10-14[	≥14
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>2</b>

- Dix malades avaient une insuffisance rénale fonctionnelle chez qui le taux d'urée était supérieur à 0,45g/l et le taux de créatinémie était supérieur à 14 mg/l.
- Autres examens biologiques :
  - La protidémie était inférieure à 60g/l chez 4 patients au moment du diagnostic.
  - La glycémie était normale chez nos patients.

- La sérologie VIH était positive chez un patient.

- La bactériologie a permis d'isoler E Coli dans 1 cas et Klebsiella pneumoniae dans 3cas.

➤ **Les données de la reprise opératoire**

- Les constatations per-opératoires

Dans notre série, les causes majoritaires de PPO étaient un lâchage anastomotique dans 7 cas (37%), une fistule digestive iatrogène due aux zones de dépéritonisation per-

opératoire dans 6 cas (31,7%) et un lâchage du moignon appendiculaire après une appendicectomie dans 2 cas (10,52%).

Les autres étiologies étaient respectivement représentées pour 1 cas (5,2%) d'abcès sous phrénique, un cas de nécrose partielle iléale, un cas de poursuite de la nécrose colique après une intervention de Hartmann pour un volvulus du colon pelvien et un cas de nécrose du moignon rectale après une

résection recto-sigmoïdienne pour une rectocolite caustique nécrosante.

- Gestes thérapeutiques

Le geste chirurgical qui a été le plus réalisé était une stomie dans 13 cas soit 68,4%. Il s'agissait d'une iléostomie dans 12 cas (63,1%) et d'une cœcostomie directe dans un cas (5,3%). (Tableau VI)

**Tableau VI : Gestes thérapeutiques**

Gestes thérapeutiques	N	%
Résection + Iléostomie bi-tubulaire	09	47,4
Suture simple (transverse et jéjunale)	02	10,5
Suture colique + Iléostomie de protection	01	5,3
Hémi-colectomie droite + Iléostomie	01	5,3
Colectomie totale + iléostomie	01	5,3
Nécrosectomie + fermeture du moignon rectal	01	5,3
Hémi-colectomie droite + anastomose iléo transverse	01	5,3
Cœcostomie directe	01	5,3
Toilette péritonéale simple	01	5,3

- Évolution

Nous avons observé des complications chez 16 patients soit 84,2%. Douze patients étaient guéris soit 63%. Nous avons enregistré 7 décès soit 37% dont 2 patients décédés avant la réintervention.

Le séjour moyen était de 30 jours (extrêmes 11 jours et 65 jours).

Les complications les plus fréquentes étaient la suppuration pariétale (n=12, 63,1%); la dénutrition (n=8, 42,1%); l'anémie sévère (n=7, 36,8%) et la fièvre (n=6, 31,6%). Six patients (31,6%) ont été réopérés. Les indications de cette réintervention étaient une suppuration profonde diffuse (n=2), une éviscération

(n=2), une fistule digestive 2<sup>ème</sup> itérative (n=1) et un abcès pelvien (n=1).

## **DISCUSSION**

Dans notre étude, les étiologies des interventions initiales ont concerné majoritairement les péritonites dans 7 cas (37%) avec une fréquence des perforations iléales typhiques dans 5 cas. Elle était suivie par les occlusions intestinales dans 6 cas (31,5%) dont les occlusions sur brides en tête dans 3 cas. Cette prévalence des péritonites et des occlusions a été observée dans la plupart des séries [1, 6, 7]. Dans une étude antérieure de 40 cas de PPO de notre équipe et publiée en 2016, la péritonite était la pathologie initiale fréquente dans 13 cas soit 35,5%. Elle était suivie par l'occlusion intestinale dans 10

cas soit 25% [1]. Cette prévalence des péritonites a été observée dans les travaux de BOUGRINI et al au MAROC. Dans leur série de 40 cas de PPO, l'intervention initiale a porté sur l'étage sus-mésocolique dans 43% des cas et souvent sur ulcère perforé (20%) [6].

TOURE et al à DAKAR avaient noté au cours de leur étude portant sur 45 cas de sepsis intra-abdominaux diffus post-opératoires, 68,8% des cas survenaient au décours d'une intervention septique en urgence [7].

Concernant le délai de survenue, dans la plus part des études les signes étaient apparus fréquemment dans les deux premières semaines, mais peuvent être tardif [1, 3, 7]. Dans notre cas les signes étaient survenus chez 14 malades soit 73,68% entre 0-15 jours suivant l'intervention précédente. Dans 4 autres cas elle est survenue au-delà de 30j et dans 1 seul cas entre 15 et 30j. TOURE et al, avaient observé un délai moyen de survenue de 10j avec plus de la moitié des cas (62,5 %) étaient survenus entre 0 et 10 jours après la 1<sup>ère</sup> intervention [7]. Pour Montravers et al, les signes sont reconnus, classiquement entre le 5<sup>ème</sup> et le 7<sup>ème</sup> jour post-opératoire. Un second pic correspond aux complications retardées constatées au-delà de la seconde semaine. [2, 8].

Les signes cliniques sont peu spécifiques et variés selon la littérature [1, 2, 7, 8]. Cette diversité des signes cliniques rend le diagnostic parfois difficile [8-10]. Pour Montravers et al, la présentation clinique est polymorphe et à l'origine d'un retard de diagnostic. Les signes cliniques spécifiques d'une péritonite sont absents ou tardifs [9, 10]. Dans notre série, les signes généraux et fonctionnels fréquents étaient la douleur abdominale spontanée (n=15, 78,94%); l'altération de l'état général et la fièvre dans respectivement 13 cas soit 68,42% suivi d'un état de choc dans 11 cas (57,98%). L'examen physique observait majoritairement une douleur abdominale

provoquée chez tous nos patients et une issue des selles par la plaie de laparotomie médiane et des orifices de drainage dans 17 cas (89 %). Nos résultats sont superposables à ceux Hssaïda et al au Maroc, de Touré et al et de Cissé et al au Sénégal [7, 9, 11]. Dans toutes ses études, la douleur abdominale et la fièvre ont été les signes annonciateurs dominants [7, 9, 11]. Pour Montravers et al, la fièvre et la douleur sont des signes majoritaires retrouvés dans les PPO [9, 10]. Ainsi l'installation ou la persistance d'une fièvre ou plus rarement d'une hypothermie dans la période post-opératoire d'une chirurgie abdominale doit faire rechercher un foyer infectieux intra-abdominal [7, 12].

Concernant les causes, elles sont diverses selon les études. Les plus fréquentes sont les lâchages anastomotiques ou de sutures, les fistules digestives iatrogènes et les abcès [2, 5, 7]. Dans notre série, les causes de PPO étaient majoritairement dues à un lâchage anastomotique dans 7 cas soit 37% suivi de la fistule digestive iatrogène dans 6 cas soit 31,7% et à un lâchage du moignon appendiculaire après une appendicectomie dans 2 cas.

Cette prévalence avait été relevée dans notre étude antérieure de 40 cas en 2016. Dans cette étude les causes majoritaires étaient la désunion anastomotique (47,5%), la perforation iatrogène (22,5%) et le lâchage du moignon appendiculaire (12,5%) [1]. Bensignor et al en France, avaient constaté à partir d'une étude de 191 cas de PPO, que la cause la plus fréquente était la fuite anastomotique (66,5 %) suivie de la perforation (20,9 %) [5]. Touré et al avaient trouvé une fréquence de lâchage de sutures digestives ou gynécologiques dans 66,7% des cas dans leur série [7]. Coulibaly et al au Burkina, observaient une prédominance de la désunion anastomotique (32%), la collection infectée sous phrénique, la perforation iatrogène (28%) pour leur de série de 25 cas [3]. Pour Mbonicura et al au Burundi, dans une série de 28 cas de Sepsis Intra-Abdominal Diffus



Post-Opératoire (SIADPO) au CHU de Kamenge, les causes étaient dominées par le lâchage d'hystérorraphie ou d'anastomose digestive (38,28%). Dans cette série de réanimation, les étiologies gynécologiques étaient les plus fréquentes [13]. Les différences observées sont fonction des échantillonnages.

Au plan thérapeutique, nos gestes chirurgicaux étaient fonction des constatations per opératoires et du siège de la lésion causale. Le geste chirurgical qui a été le plus réalisés dans notre étude était une stomie dans 13 cas soit 68,4% (iléostomie : n=12 ; 63,1% ; Cæcostomie directe : n=1 ; 5,3%). Cette attitude thérapeutique a été observée dans la plupart des séries [1,5-8]. Devant les lâchages anastomotiques ou de sutures et les fistules iatrogènes, les auteurs comme Montravers et al observent qu'il n'y a pas de recommandations formelles dans la littérature en dehors d'une suppression de la source infectieuse [2, 14]. Une stomie de dérivation ou de protection suivie d'un rétablissement secondaire améliorerait le pronostic selon les auteurs [2, 7, 13]. Cette attitude pourrait s'expliquer par la présence de défaillance multiviscérale, l'état inflammatoire et septique de la cavité abdominale rendant toute tentative de suture infructueuse avec un risque de réintervention itérative [7-9]. Dans notre série de 2016, les gestes per opératoires étaient majoritairement représentés par une résection de la suture initiale suivie de stomie dans 26 cas soit 65% [1]. Dans les travaux Bensignor et al, la formation de stomie s'est produite chez 81,6 % des patients après relaparotomie [5]. La PPO a été majoritairement traitée par démontage anastomotique (51,8%), suture avec stomie dérivée (11,5%), résection entérale et stomie (12%), drainage de la fuite (8,9%), stomie sur perforation (8,4%) [5]. Dans ceux de Touré et al, la stomie digestive représentait 41% [7]. A l'inverse, dans la série de COULIBALY et al, les gestes chirurgicaux réalisés étaient la suture de la perforation ou la reprise de l'anastomose plus une toilette péritonéale et un drainage

dans 36% [3]. Devant les lésions intestinales post-opératoires une dérivation externe des selles devrait être préférée à la suture simple au risque de réintervention itérative [2, 7].

L'évolution des PPO est marquée par une morbidité et une mortalité élevée respectivement de l'ordre de 30 à 50% et de 20-30% selon les séries [1, 5-7, 13]. Selon les auteurs ces complications seraient liées au caractère septique de la première intervention, du retard au diagnostic et de la réintervention, et du type d'intervention en urgence et à une défaillance multiviscérale [2, 5, 9-14]. Dans notre travail, l'évolution était compliquée chez 16 patients (94%) des 17 réopérés. La complication la plus fréquente était représentée par la suppuration pariétale dans 12 cas (70,6%). Six patients ont été repris (35%). Douze patients étaient sortis (63%). Nous avons déploré 7 décès soit 37%. Dans nos travaux de PPO de 2016 [1], l'évolution était compliquée chez 18 autres soit 45%. Ces complications étaient dominées par l'infection et les suppurations pariétales chez 17 patients soit 42,5%. Cette différence pourrait s'expliquer par la différence d'échantillonnage. Il était également observé 12 décès soit 30% [1]. Dans la série de Bensignor et al, les complications majeures observées étaient de 47 % de sa cohorte. La mortalité globale était de 22 %. La mortalité des patients avec une seule relaparotomie était de 20 % contre 44 % s'ils étaient réopérés deux fois [5]. Dans celle de Touré et al, la morbidité opératoire était de 42% faite de suppuration pariétale (10 cas ; 22,2%), de fistule entérocutanée (n=6 cas), d'éviscération (2 cas). La mortalité était de 24,5% (11 cas) en rapport avec le retard diagnostique et les défaillances multiviscérales [7]. Saïd Benlamkaddem et al au Maroc, pour leur série de réanimation de 46 cas publiée en 2022, avaient constaté un taux de mortalité qui était de 60% [14]. Cette différence de proportion par rapport aux autres auteurs pourrait s'expliquer par une différence d'échantillonnage et aux défaillances

multiviscérales graves observées dans leur série. Pour Montravers et al, dans les PPO, la rapidité avec laquelle le diagnostic est porté et l'efficacité du traitement mis en œuvre conditionnent le pronostic [8]. Une reprise chirurgicale « pour rien » vaut toujours mieux qu'un sepsis dépassé, opéré trop tardivement. L'attitude sera d'autant plus interventionniste que l'état clinique du patient sera grave (choc, défaillances polyviscérales...) [8].

## CONCLUSION

Dans notre étude, les signes cliniques de PPO étaient variés. Ils sont survenus en majorité dans les dix premiers jours (68,4%) après une chirurgie d'urgence péritonéale ou occlusive. Les causes majoritaires étaient un lâchage anastomotique, une fistule digestive iatrogène et un lâchage du moignon appendiculaire. Les PPO demeurent graves car la morbi-mortalité reste élevée avec 37% de mortalité. L'amélioration du pronostic passe par un diagnostic et une prise en charge médico-chirurgicale précoces.

## REFERENCES

**1- Anoh N, Kouadio NL, Traoré L, Kouamé YJ, Konan PI, Baka AA, Kouadio KG.** Les péritonites postopératoires au centre hospitalier universitaire de Treichville à propos de 40 cas. *Afr. Bioméd.* 2016 ; (21), 3 : 29-39.

**2- Montravers P, Lortat-Jacob B, Snauwaert A, BenRehouma M, Guivarch E, Ribeiro-Parent L.** Quoi de neuf dans la prise en charge des péritonites postopératoires. *Réanimation* 2016 (25):274-286.

**3- Coulibaly B, Togola B, Traoré D, Coulibaly M, Diallo S, Sanogo S et al.** Péritonites postopératoires dans le service de chirurgie B du CHU du point G. *MALI MEDICAL* 2013 ; TOME XXVIII (3) :10-12.

**4- Martínez-Casas I, Sancho JJ, Nve E, Pons M-J, Membrilla E, Grande L.** Facteurs de risque préopératoire de mortalité après relaparotomie : analyse de 254 patients. *Archives de chirurgie de Langenbeck* 2010 ; 395 :527-34.

**5- Bensignor T, Lefèvre JH, Créavin B, Chafaï N, Lescot T, Hor T et al.** Péritonite postopératoire après chirurgie du tube digestif : prise en charge chirurgicale et facteurs de risque de morbidité et de mortalité, une cohorte de

191 patients. *Journal mondial de chirurgie* 2018 (42) : 3589-98.

**6-EL Bougrini K.** Les péritonites post opératoires (à propos de 40 cas cliniques. *Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat. Thèses de médecine* 2012.

**7- Touré AO, Cissé M, Ka I, Dieng M, Konaté I, Ka O et al.** Les sepsis intra-abdominaux diffus post-opératoires: aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques au Service de Chirurgie Générale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar. *Pan African Medical Journal* 2014; 17:204.

**8-Montravers P, Elhousseini L, Rekkik R.** Les péritonites postopératoires : diagnostic et indication des réinterventions. *Réanimation* 2004; 13(6-7):431-5.

**9-Hssaida R, Daali M, Seddiki R, Zoubir M, Elguelaa K, Boughalem M.** Les péritonites post-opératoires chez le sujet âgé. *Médecine du Maghreb* 2000 ; 81:19-22.

**10- Montravers Ph, Barsam E, Agaesse V.** Sepsis intra-abdominal post-opératoire. *In : SFAR 97, Paris. Ed. MASSON* : 599-615.

**11- Cisse M, Toure FB, Konate I et al.** Les péritonites postopératoires dans la clinique chirurgicale de l'hôpital Aristide Le Dantec : à propos de 15 cas. *Dakar Med.* 2008; 53(3):260-6.

**12- Montravers P, Agaesse V, Barsam E.** Péritonites postopératoires. *MAPAR.* 1997:465- 78.

**13- Mbonicura JC, Harakandi S, Manirakiza M, Murekatete C, Irankunda S, Harerimana S.** Sepsis Intra-Abdominal Diffus Post-Opératoire (SIADPO) au CHU de Kamenge (Burundi) : épidémiologie, diagnostic et évolution. *Jaccr Infectiology* 2020; 2(4): 9-15.

**14- Said Benlamkaddem, Nawfal Houari, Abderrahim El Bouazzaoui, Brahim Boukatta, Hicham Sbai, Nabil Kanjaa.** Les péritonites postopératoires en réanimation: étude rétrospective, à propos de 46 cas. *PAMJ* 2022 ; 43(125):1-10.