



**Décembre 2023, Volume 7  
N°4, Pages 223 - 304**

**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE  
DE CHIRURGIE**

# **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 Zinzindouhou (**France**)



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

# Journal Africain de **Chirurgie**

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

**ISSN 2712 - 651X**  
**Décembre 2023, Volume 7,**  
**N°4, Pages 223 - 304**

#### 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

**EDITORIAL**

**Articles Originaux Numéros de Pages**

- 1) Prise en charge du phéochromocytome : expérience du service de chirurgie générale de l'hôpital général Idrissa Pouye. **Ka et al..... 223**
- 2) Traitement chirurgical des ruptures traumatiques du diaphragme : à propos de 13 cas à l'Hôpital du Mali. **Maiga AA et al..... 228**
- 3) Maladie hémorroïdaire traitée par la méthode de Milligan-Morgan à l'Hôpital National Donka. **Sylla H et al. ....235**
- 4) Cure prothétique des éventrations post-opératoires de l'adulte à l'hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry (Guinée). **Soumaoro LT et al. . ....240**
- 5) Invaginations intestinales aiguës de l'adulte : aspects diagnostiques, thérapeutiques à propos de 7 cas diagnostiqués au CHU de l'Amitié Sino-centrafricaine de Bangui (RCA). **Ngboko Mirotiga PA et al. ....247**
- 6) Mortalité de l'atrésie de l'œsophage en milieu défavorisé : à propos de 21 cas. **Salihou AS et al. ....254**
- 7) Colectomie idéale versus colectomie en 2 temps : indications et résultats au CHU de Conakry. **Diakité SY et al. ....260**
- 8) Étude de la mortalité post-opératoire au service de chirurgie générale du CHU de l'Amitié Sino-centrafricaine de Bangui, RCA. **Doui Doumgba A et al. ....271**
- 9) Aspects diagnostiques et thérapeutiques des perforations digestives non traumatiques au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (Gabon). **Diallo FK et al. ....280**

**CAS CLINIQUES**

- 10) Prise en charge d'un cancer canalaire invasif du sein chez un homme de 61 ans à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé : difficultés thérapeutiques. **Ngaha J et al. ....288**
- 11) Hernies post-traumatiques dites « guidon ». Expérience de l'Hôpital du District sanitaire de Tessoua/Malai /Niger. **Maman Boukari H et al. ....295**
- 12) Pseudokyste du pancréas chez la personne âgée : à propos d'une observation à l'Hôpital National Donka, CHU de Conakry et revue de la littérature. **Diakité SY et al.....299**

**EDITORIAL**

**Original Articles Pages number**

- 1) *Management of pheochromocytoma: experience of the general surgery department of the Idrissa Pouye Geneal Hospital. **Ka I et al.....223***
- 2) *Surgical treatment of traumatic ruptures of the diaphragm: about 13 cases at the Mali Hospital. **Maiga AA et al.....228***
- 3) *Hemorrhoidal disease treated by the Milligan-Morgan operation at the Donka National Hospital. **Sylla H et al.....235***
- 4) *Prosthetic mesh repair of adult incisional hernia at Ignace Deen Natinal Hospital, Universiry Hospital of Conakry (Guinea). **Souamoro LT et al..... 240***
- 5) *Acute intestinal intussusception in adults: diagnostic and therapeutic aspects of seven cases diagnosed at the Sino central African Friendship Hospital in Bangui (CAR). **Ngboko Mirotiga PA et al.....247***
- 6) *Mortality of oesophageal atresia in low-income setting: about 21 cases. **Salihou AS et al .....254***
- 7) *Ideal colectomy versus two-stages colectomy: indications and results at Conakry University Hospital. **Diakité SY et al.....260***
- 8) *Study of post-operative mortality in the general surgery department of the Sino- central African Friendship University Hospital in Bangui, CAR. **Doui Doumgba A et al .....271***
- 9) *Diagnostic and therapeutic aspects of non-traumatic digestive perforations at the Libreville University Hospital (Gabon). **Diallo FK et al.....280***

**CASES REPORTS**

- 10) *Management of invasive ductal carcinoma of the breast in a 61-years-old male at the Yaounde Gyneco-obstetric and pediatric hospital: therapeutic challenges. **Ngaha J et al.....288***
- 11) *Post-traumatic handlebar hernias. Experience of the Health District Hospital of Tessoua/Marali/Niger. **Maman Boukari H et al.....295***
- 12) *Pseudocyst of pancreas in the elderly: about a case presentation at National Hospital Donka, University Hospital of Conakry and review of literature. **Diakité SY et al.....299***

**ASPECTS DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES DES PERFORATIONS DIGESTIVES NON TRAUMATIQUES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIBREVILLE (GABON).**

**DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS OF NON-TRAUMATIC DIGESTIVE PERFORATIONS AT THE LIBREVILLE UNIVERSITY HOSPITAL (GABON).**

**DIALLO KF<sup>1,2</sup>, DYATTA MAYOMBO K<sup>1,2</sup>, NGUELE NDJOTA<sup>1,2</sup>, IPOUKA DOUSSIEMOU S<sup>1,2</sup>, MBANA BOUKOULOU FCA<sup>1</sup>, TCHOBA S<sup>1</sup>, ONDO N'DONG F<sup>1,2</sup>.**

<sup>1</sup>: *Service de Chirurgie Viscérale, Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (Gabon)*

<sup>2</sup>: *Département de Chirurgie, Université des Sciences de la Santé de Libreville-Owendo (Gabon)*

**Correspondance** : DIALLO Kadidiatou Folly, Tel : +241 66 166 069, CHU de Libreville : BP 2228 Libreville-Gabon. Email : follykd60@yahoo.fr

---

**RESUME**

**Introduction** : Les perforations digestives non traumatiques sont des urgences chirurgicales digestives. Elles sont habituellement considérées comme des perforations en péritoine libre. L'objectif de ce travail est d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des perforations digestives non traumatiques au Service de Chirurgie Viscérale du CHU de Libreville. **Patients et méthode** : Il s'agit d'une étude rétrospective concernant des patients hospitalisés et opérés au Service de Chirurgie Viscérale du CHU de Libreville de janvier 2016 à décembre 2020 pour perforations digestives non traumatiques. Les données épidémiologiques, étiologiques et thérapeutiques ont été étudiées. **Résultats** : Les perforations digestives non traumatiques représentaient 14,1 % des urgences chirurgicales digestives. L'âge moyen des patients était de 34±13,7 ans [16-70 ans]. Le sex ratio était égal à 2,3. En per-opératoire, les perforations duodénales étaient retrouvées chez 48,1 % des patients (n=37). Parmi les perforations du grêle, 4 étaient probablement d'origine typhique (5,1 %). La seule perforation colique était d'origine tumorale. En cas de perforation d'ulcère duodénal, il a été réalisé une suture associée à une épiploplastie. Une appendicectomie était réalisée chez tous les patients présentant une perforation appendiculaire. La morbidité opératoire globale était de

3,9%. La mortalité était de 1,3% (n=1). La durée moyenne d'hospitalisation était de 8,3 jours. **Conclusion** : Les perforations digestives non traumatiques sont des urgences chirurgicales digestives fréquentes, survenant à tout âge, surtout chez l'homme. Les étiologies sont nombreuses. Le geste chirurgical est fonction de l'étiologie.

**Mots clés** : ulcère duodénal, intestin grêle, colon, perforation, Libreville.

**ABSTRACT**

**Introduction:** *Non-traumatic digestive perforations are digestive surgical emergencies. They are usually considered perforations in free peritoneum. The objective of this work is to study the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of non-traumatic digestive perforations at the Visceral Surgery Department of the Libreville University Hospital.* **Patients and method:** *Retrospective study of patients hospitalized and operated on at the Visceral Surgery Department of the Libreville University Hospital from January 2016 to December 2020 for non-traumatic digestive perforations. Epidemiological, etiological and therapeutic data were studied*

**Results:** *They represented 14.1% of digestive surgical emergencies. The average age of the patients was 34±13.7*

years [16-70 years]. the sex ratio was equal to 2.3. Intraoperatively, duodenal perforations were found in 48.1% of patients (n=37). Among the perforations of the small intestine, 4 were probably of typhoid origin (5.1%). The only colonic perforation was of tumor origin. In case of perforation of duodenal ulcer, suture associated with omental plasty was performed. An appendectomy was performed in all patients with appendiceal perforation. Overall operative morbidity

was 3.9%. Mortality was 1.3% (n=1). The average length of hospitalization was 8.3 days. **Conclusion:** Non-traumatic digestive perforations are frequent digestive surgical emergencies, occurring at all ages, especially in men. The etiologies are numerous. The surgical procedure depends on the etiology.

**Keywords:** duodenal ulcer, small intestine, colon, perforation, Libreville

---

## INTRODUCTION

Les urgences chirurgicales représentent selon Mondor, les affections qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou en peu de jours [1]. Les perforations digestives font parties de ces urgences chirurgicales. Elles sont habituellement considérées comme des perforations en péritoine libre, elles concernent donc surtout les segments abdomino-pelviens du tube digestif [2]. Elles sont définies comme étant une ouverture pathologique d'un organe creux intra-péritonéal [3]. Elles peuvent également intéresser un organe portant une pathologie infectieuse, ulcéreuse ou néoplasique [4]. Cette présente étude se propose de décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques des perforations digestives non traumatiques au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville.

## MATERIELS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude observationnelle et descriptive à collecte rétrospective. Elle s'était déroulée du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 décembre 2020 au Service de Chirurgie Viscérale du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville. Etaient inclus tous les patients des deux sexes, avec un âge supérieur ou égal à 16 ans ayant consulté au Service des Urgences Chirurgicales ou au

Service de Chirurgie Viscérale du CHUL, puis opérés et hospitalisés pour perforation digestive non traumatique dans le Service de Chirurgie Viscérale. N'avaient pas été inclus tous les patients n'ayant pas consulté dans le Service des Urgences Chirurgicales ni au Service de Chirurgie Viscérale du CHUL, tout patient non hospitalisé ou dont la prise en charge avait été effectué dans un autre hôpital, tout patient suspect de perforation digestive, décédé avant l'admission au bloc opératoire, tous les patients ne présentant pas de perforation digestive et tous les patients ayant des dossiers incomplets. Un dossier médical complet comprenait une observation médicale, des examens biologiques, des examens morphologiques, un compte rendu opératoire. Les dossiers ne répondant pas à ces critères sont considérés comme incomplets. Les variables étudiées étaient l'âge, le sexe, les facteurs favorisants, le niveau socio-économique, le délai de prise en charge, les procédures thérapeutiques, la morbidité et la mortalité, la durée d'hospitalisation. Les complications post opératoires étaient décrites selon la classification de Clavien-Dindo. Les données étaient collectées dans les dossiers médicaux et les registres du bloc opératoire et consignées sur une fiche de recueil. La saisie et l'analyse des données étaient effectuées sur le logiciel Excel version 2013

et l'interprétation des données était réalisée par comparaison des moyennes et pourcentages.

## RESULTATS

Durant la période d'étude, 1087 patients étaient opérés dont, 547 présentaient une urgence chirurgicale digestive et 77 une perforation digestive non traumatique. Les perforations digestives représentaient 14,1% (N=77) des urgences chirurgicales digestives et 7,1 % de l'activité opératoire. Il s'agissait de la deuxième urgence chirurgicale digestive après l'appendicite aiguë (43,6 %). Il y avait 54 hommes (70,1%) et 23 femmes (29,9%). Le sex-ratio était de 2,3. La tranche d'âge de 16 à 26 ans comprenait 26 patients suivie de celle de 36 à 46 ans avec 21 patients (Figure 1). L'âge moyen était de  $34 \pm 13,7$ ans avec des extrêmes de 16 et 70 ans. Vingt-six patients (33,7%) avaient mentionné une épigastralgie chronique non investiguée et non traitée. La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens était retrouvée chez 52 patients (67,5 %). Cinquante-neuf patients avaient mentionné une addiction à l'alcool soit 76,6% et 32 d'entre eux au tabac soit 41,5%. Les élèves et étudiants représentaient 20,7%, les sans-emploi 46,7% et les employés du secteur privé 23,2%.

En per-opératoire, les perforations duodénales étaient retrouvées chez 48,1 % des patients (n=37). Parmi les perforations du grêle, 4 étaient probablement d'origine typhique (5,1 %). La seule perforation colique était d'origine tumorale (**Tableau I**).

**Tableau I :** Répartition des patients selon le diagnostic per opératoire

Diagnostic	Effectifs	(%)
Perforation/UD	37	48,1
Perforation/appendice	33	42,9
Perforation/grêle	06	7,7
Perforation/colon	01	1,3
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

La voie d'abord était une laparotomie chez tous les patients. Une suture associée à une épiplooplastie avait été réalisée chez 48,1% des patients (n=37) et une suture associée à une appendicectomie chez 42,9 % des patients (n=33) (**Tableau II**). Dans tous les cas une toilette péritonéale avec du sérum physiologique était effectuée.

**Tableau II:** Répartition des patients selon le geste réalisé

Geste	Effectifs	(%)
Suture / Epiplooplastie	37	48,1
Résection / Suture/ appendicectomie	33	42,9
Résection / anastomose	05	6,4
Résection/ stomie	02	2,5
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

La morbidité était de 15,6% (n=12) et la mortalité de 1,3% (n=1). Sept (9,1%) patients avaient présenté une complication Grade I de la classification de Clavien-Dindo (suppuration de paroi). Deux autres présentaient une complication Grade II et trois présentaient une complication Grade V. La durée moyenne d'hospitalisation était de  $8,3 \pm 6,5$  jours pour des extrêmes de 4 et 40 jours (**Tableau III**).

**Tableau III :** Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation (Jours).

Durée d'hospitalisation	Effectifs	(%)
0 - 7	31	40,2
7 - 14	38	49,3
14 - 21	4	5,1
21 - 28	2	2,6
28 - 35	1	1,3
35 - 42	1	1,3
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

## DISCUSSION

La fréquence de perforations digestives non traumatiques retrouvée est inférieure à celle retrouvée dans la littérature, oscillant entre 30 et 50% [5-7]. Cette différence pourrait s'expliquer par la prédominance des perforations iléales à des fréquences très élevées dans ces pays en zone sahélienne au

climat aride. La prédominance masculine est un fait unanimement retrouvé par les auteurs en Afrique sub-saharienne [8-11]. Certains facteurs de risque de perforation digestive rencontrés plus souvent chez l'homme, notamment de nombreux éléments psychologiques et la prédominance de la consommation tabagique, expliqueraient cette prédominance [4]. Aussi, le fait que les hommes aient tendance à négliger la douleur, les poussant à consommer plus d'alcool et de drogues afin de supporter et cacher cette dernière [12], les rendant ainsi plus susceptible de présenter des perforations digestives. Ainsi si les perforations digestives concernent plus l'adulte jeune de sexe masculin dans les séries africaines, cela n'est pas le cas dans les séries européennes où la prédominance de l'affection semble équivalente chez les hommes et les femmes plus âgés [12].

L'âge moyen dans notre série était sensiblement identique à celle des séries béninoise et malienne [8,13]. Les perforations digestives touchent surtout l'adulte jeune [14-16].

La consommation alcool-tabagique et la prise d'AINS était très importante. Azgaou et al [17] au Maroc retrouvaient une consommation tabagique sensible à la nôtre. Aussi, les patients en situation de jeûne et/ou souffrant d'épigastralgie chronique sont plus susceptibles de réaliser un tableau de perforation digestive [17,18].

Le diagnostic étiologique des perforations digestives n'est pas aisé du fait de la similitude de la symptomatologie initiale qui est un tableau de péritonite aiguë généralisé. Il est généralement posé en per-opératoire. En Occident, ce sont les perforations appendiculaire et colique qui prédominent [19]. Dans notre série les perforations duodénales prédominaient suivie de près par les perforations appendiculaires. Ouangré et al [20] du Burkina Faso en 2013 trouvaient, par contre, dans leur série que les perforations iléales étaient en première position (42,5%),

suivies des perforations appendiculaires (33%) et des perforations gastro-duodénales (6,8%). Les perforations gastro-duodénales sont une complication fréquente des ulcères gastro-duodénaux. La hausse de la survenue de cette affection sous nos cieux pourrait être liée à la croissance de l'éthylisme dans notre pays signalé d'ailleurs par l'OMS qui classe le Gabon au premier rang des pays africains qui consomment le plus d'alcool par habitant [21]. L'alimentation souvent épicée, le jeûne prolongé ou encore les situations de stress pourraient aussi expliquer cette hausse. Ainsi tous ces facteurs de risque de la maladie ulcéreuse et l'augmentation de l'incidence de cette dernière dans notre contrée expliqueraient la hausse des perforations d'ulcère gastro duodéal [22]. Les perforations appendiculaires sont une complication des appendicites aiguës. Cela s'explique par le retard de prise en charge observé dans la majeure partie des cas. Effectivement, face à une douleur abdominale associé ou non à une fièvre les patients auraient tendance à pratiquer une automédication avec des antalgiques, des AINS, des antipyrétiques, des antipaludiques ou des breuvages traditionnels. C'est l'évolution défavorable qui les pousse à se rendre dans une structure médicale.

Dans de nombreux pays d'Afrique la perforation d'origine typhique est l'étiologie la plus fréquente et elle est la principale cause de perforation du grêle dans les pays en voie de développement [20, 23-26]. Une perforation au niveau du bord anti mésentérique sur les 30 derniers centimètres du grêle était quasiment pathognomonique des perforations typhiques [23]. La forte proportion des perforations iléales en Afrique de l'Ouest pourrait s'expliquer par la promiscuité de populations à hygiène précaire, et l'accès difficile à l'eau potable, favorisant ainsi la propagation de la fièvre typhoïde qui est une maladie liée au péril fécal [27].

Notre série n'enregistre qu'un seul cas de perforation colique, résultat similaire à celui

retrouvé dans quelques séries africaines [17, 28, 29]. Cela pourrait s'expliquer par la jeunesse de la population en Afrique en général, quand on sait que le cancer colique survient le plus souvent chez des sujets âgés.

La prise en charge thérapeutique n'est pas toujours évidente, due aux soucis financiers auxquelles sont confrontés les patients et leurs proches. L'accès aux médicaments à travers les pharmacies intra - hospitalières serait d'un grand secours. La prise en charge qui est médico-chirurgicale doit être débutée sans délai. Le traitement médical est basé sur une réanimation hémodynamique et hydro-électrolytique qui est pré, per et post opératoire [30 - 33].

La laparotomie a été la seule voie d'abord utilisée dans notre série. Cependant, la laparoscopie a de plus en plus d'indications dans les perforations appendiculaires ou perforation d'ulcère gastro-duodéal précocement détecté [34]. Le geste en per-opératoire est fonction du constat fait par le chirurgien et du type de perforation digestive. Une suture associée à une épiploplastie était le geste le plus réalisé dans notre série soit 48,1%. La littérature décrit d'autres gestes chirurgicaux possibles à savoir, la suture associée à la vagotomie ou la pyloroplastie réalisée en outre par Sanogo et al [28], Azgaou et al [17] en cas d'ulcère duodéal.

Pour les perforations appendiculaires les gestes réalisés étaient une appendicectomie. Concernant les perforations intestinales nous avons réalisé une résection-anastomose et des stomies (une iléostomie et une colostomie). Au Burkina Faso, Ouangre et al [25] pratiquent des résections avec iléostomie. Plusieurs attitudes ont été soulignées dans la littérature à savoir

l'excision - suture, la résection-anastomose et l'iléostomie. Le choix du geste dépend du nombre de perforations, de l'état général du patient et du degré de contamination fécale. L'excision - suture est le geste le plus réalisé dans plusieurs études [9, 28, 35].

Plusieurs études ont également signalé comme première complication la suppuration pariétale [28, 35, 36]. Le taux de mortalité dans notre étude est inférieur à celui de Ngo Nonga et al [15] au Cameroun, Choua et al [5] au Tchad, mais supérieur à ceux de Ouangré et al [20] au Burkina Faso, et Ali et al [37] au Nigéria. Le retard de la prise en charge, l'existence de comorbidités et l'âge avancé sont les facteurs les plus incriminés. Le patient décède généralement dans un tableau de choc septique et de défaillance multiviscérale [37].

## **CONCLUSION**

Les perforations digestives non traumatiques surviennent à tout âge et touchent aussi bien l'homme que la femme, avec une prédominance masculine. Les étiologies sont multiples. Les plus fréquentes restent la perforation d'ulcère gastro duodéal, suivies de la perforation appendiculaire et de la perforation du grêle d'origine typhique. Le geste chirurgical est fonction de l'étiologie. Les complications sont dominées par les infections de paroi et la mortalité n'est pas négligeable.

## **CONFLIT D'INTERET OU DE CONSIDERATION ETHIQUE**

Les auteurs ont tous participé à la rédaction et /ou conception de ce travail et ont validé la version finale. L'autorisation des autorités hospitalières a été requise. La confidentialité des données a été respectée.

## REFERENCES

- 1) **Mondor H.** Diagnostics urgents. Paris : Masson; 1965, 1119 p.
- 2) **Regent D, Balaj C, Jausset F, Oliver A, Sellal-Aubriot C, Croise-Laurent V.** Perforation du tube digestif. EMC 2012 ; 33(4) : 705-15.
- 3) **Fattorusso V, Ritter O.** Vademecum clinique : Du diagnostic au traitement. 17<sup>e</sup> ed. Paris : Masson ;2004, 1970 p.
- 4) **Ongoïba T.** Les péritonites par perforation d'ulcère gastro-duodénal au service de chirurgie général au CHU de Kati. Thèse de médecine, Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako ;2020, 111 p.
- 5) **Choua O, Ali MM, Kaboro M, Moussa KM, Anour M.** Aspects étiologiques, cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées à N'djamena, Tchad. Med Sante Trop 2017 ; 27 : 270-3.
- 6) **Allode AS, Dossou FM, Hodounou MA et al.** Non-traumatic intestinal perforation in the regional hospital Borgou of Benin : epidemiological and therapeutic characteristics. Int Surg J 2017 ;4(4) :1376-79.
- 7) **Kambire JL, Zida M, Ouedraogo S, Ouedraogo S, Sanon B.** Les perforations gastroduodénales à propos de 25 cas au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya au Burkina Faso. Rev Int Sc Méd Abj 2018 ; 20(1) :81-4.
- 8) **Alou H.** Péritonites aiguës au Centre de Santé de Référence de la commune du district de Bamako : aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique. Thèse de médecine. Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako ;2019,105 p.
- 9) **Sambo BT, Allodé SA, Wekpon DS, Séto DM, Hodonou MA, Dossou B.** Prise en charge des péritonites aiguës dans un Hôpital de district en Afrique subsaharienne : cas du Bénin. Eur Sci J 2017 ; 13(36):388-95.
- 10) **Ndri Ahou B.** Péritonites aiguës diffuses secondaires non traumatiques au Centre Hospitalier et Universitaire de Bouaké. Thèse de médecine. Université Alassane Ouattara (Bouaké) ; 2015,120 p.
- 11) **Kambiré JL, Zaré C, Sanou BG, Kambou T.** Etiologie et pronostic des péritonites secondaires au Centre Hospitalier Universitaire de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). J Afr Hepato-Gastroenterol 2017 ; 10 :1-3.
- 12) **Jaunin-Stalder N, Mazzocato C.** Hommes et femmes : sommes-nous tous égaux face à la douleur ? Rev Me Suisse 2012 8 :1470-3.
- 13) **Vignon KC, Mehinto DK, Vignon KR, Mbele RII, Natta N'tcha NH, Hounkpe EJ.** Les Perforations d'ulcère gastroduodénal au Centre National Hospitalier et Universitaire (Cnhu) de Cotonou (Bénin) Eur Sci J 2016 ;12(27) :117-28.
- 14) **Rakotomavo FA, Riel AM, Rakotoarison RCN, Randrianambinina H, Randrianambinina T, Randriamiarana MJ.** Péritonite aiguë : aspects épidémio-clinique et étiologique dans un service des urgences chirurgicales malgaches. A propos de 60 cas. J Afr Hepato-Gastroenterol 2012 ; 6 : 33-7.
- 15) **Ngo Nonga B, Mouafo Tambo FF, Ngowe Ngowe M, Takongmo S, Sosso MA.** Etiologies des péritonites aiguës généralisées au CHU de Yaoundé. Rev Afr Chir Spéc 2010 ; 4(7) :30-2.

- 16) **Philip D, Jill H, Jonathon B et al.** Prognostic factors for morbidity and mortality in elderly patients undergoing acute gastrointestinal surgery: a systematic review. *J Can Chir* 2014 ; 57(2) : 44-52.
- 17) **Azgaou I.** Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des péritonites aiguës : étude rétrospective sur 2 ans au CHU Mohammed VI de Marrakech. Thèse de médecine. Université Cadi Ayyad, Marrakech ; 2011, 102 p.
- 18) **Baghad I, Bellebab A, Cherkaoui A, Loukili O, Chihab F.** Les complications des ulcères gastroduodénaux au cours du Ramadan, *Espérance Med* 2010 ;170 : 380-3.
- 19) **Ipouka Doussiemou S.** Péritonites aiguës généralisées au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville : Aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique. Thèse de médecine. Université des Sciences de la Santé. 2021,105 p.
- 20) **Ouangré E, Zida M, Bonkougou PG, Sanou A, Traoré SS.** Les péritonites aiguës généralisées en milieu rural au Burkina Faso : à propos de 221 cas. *Rev Cames Sante* 2013 ; 1(2) : 75 - 9.
- 21) **OMS.** Consommation totale par habitant (15+) (en litres d'alcool pur) par pays. [En ligne]. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1029SDG3?lang=en>. Consulté le 22 septembre 2021.
- 22) **Itoudi Bignoumba PE, Maganga Moussavou IF, Ziza N, Nzouto PD, Saibou M, Moussavou Kombila JB.** Hélicobacter Pylori au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville : Aspects épidémiologiques et cliniques à propos de 728 patients. *Health Sci Dis* 2019 ; 20(1) : 64-8.
- 23) **Wasukama GT, Uwonda A, Pembeni FR, Léon C, Mbala LC, Matanda RN.** Suites opératoires des patients opérés des péritonites du grêle à l'hôpital de la Compagnie Sucrière de Kwilu-Nongo, en République Démocratique du Congo. *Ann Afr Med* 2018 ;11(2) : 2805-13.
- 24) **Kassegne I, Sewa EV, Kanassoua KK et al.** Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques du grêle à Dapaong, Togo. *Med Sante Trop* 2016 ; 26 : 71-4
- 25) **Ouedraogo S, Ouangre E, Zida M.** Profils épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des perforations iléales d'origine typhique en milieu rural burkinabé. *Méd Santé Trop* 2017 ; 27 : 67-70.
- 26) **Coulibaly M, Traoré D, Togola B et al.** Perforation digestive non traumatique à Koutiala : Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques. *Mali Med* 2019 ; 34(3):20-3.
- 27) **Contini S.** Typhoid intestinal perforation in developing countries : still unavoidable deaths ? *World J Gastroenterol* 2017 ; 23(11) :1925-31.
- 28) **Sanogo ZZ, Sanogo B, Koita AK et al.** Perforations typhiques iléales : aspects cliniques et thérapeutiques en milieu tropical. *Mali Médical* 2013 ; 28 : 5-9.
- 29) **Yadav D, Garg PK.** Spectrum of perforation peritonitis in Delhi : 77 cases experience. *Indian J Surg* 2013 ; 75(2) : 133-7.
- 30) **Montravers P, Dupont H, Leone M et al.** Guidelines for management of intra-abdominal infections. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2015 ; 34(2) : 117-30.

- 31) **Choquet C, Bernard J, Berthoumieu A, Colosi L.** Les douleurs abdominales qui masquent une pathologie extra-digestive. 6<sup>e</sup> Congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence. Paris : Urgences ; 2012,11p.
- 32) **Lopez N, Kobayashi L, Coimbra R.** A comprehensive review of abdominal infections. *World J Emerg Surg* 2011 ; 6 : 1-10.
- 33) **Sartelli M, Viale P, Koike K et al.** WSES consensus conference : Guidelines for first-line management of intra-abdominal infections. *World J Emerg Surg.* 2011 ; 6 : 1-29.
- 34) **Cissé M, Touré AO, Tendeng JN et al.** Apport de la laparoscopie devant les urgences abdominales au CHU A le Dantec de Dakar, à propos de 144 cas. *J Coelio-chir* 2015 ; 95 : 1-4.
- 35) **Chalya P.L, Mabula J.B, Koy M et al.** Typhoid intestinal perforations at a University teaching hospital in Northwestern Tanzania : a surgical experience of 104 cases in a resource-limited setting. *World J Emergenc Surg* 2012 ; 7(4) : 1-11.
- 36) **Chichom-Mefire A, Fon TA, Ngowe-Ngowe M.** Which cause of diffuse peritonitis is the deadliest in the tropics ? A retrospective analysis of 305 cases from the South-West Region of Cameroon. *World J Emergenc Surg* 2016 ; 11(14) : 1-11.
- 37) **Ali Nuhul, Samuel Dahwa, Abdul Karim Hamza.** Opérative management of typhoid iléal perforation in children. *Afr J of Paediatr Surg* 2010 ; 1(7) : 9-13.