



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Juin 2025, Volume 8
N°3, Pages 184 - 290

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- Ophtalmologie
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 2025, Volume 8,
N°3, Pages 184 - 290

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@hotmail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adeh-dem@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 : dioufziz@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

SOMMAIRE

EDITORIAL

ARTICLES ORIGINAUX

PAGES

1. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques des péritonites spontanées primitives au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Maradi au Niger. **Maman Boukari H et al** 184
2. L'opération de Heller par voie laparoscopique pour achalasie à propos de 8 cas au CHU de Treichville. **Goho KM et al** 193
3. Les péritonites post-opératoires : aspects diagnostiques et prise en charge à l'hôpital régional de Kankan. **Koundouno AM et al** 199
4. Aspects diagnostiques et thérapeutiques de la maladie hémorroïdaire au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (Gabon). **Dyatta Mayombo K et al** 208
5. Péritonites aiguës généralisées biliaires d'origine typhique. **Boka Tounga Y et al** 215
6. Prise en charge des formes compliquées de l'appendicite aiguë de l'adulte **Niasse A. et al**... 223
7. Évaluation du temps d'attente des patients en salle de préparation du bloc opératoire dans deux hôpitaux de Yaoundé (Cameroun). **Bang GA et al** 231
8. Gestion de la gangrène de Fournier en chirurgie générale : quels résultats ? **Hama Y et al** 238
9. Arthrodèse de la cheville : alternative radicale salvatrice dans les pays à ressources limitées. **Dabire MN et al** 246
10. Cancers de l'ovaire : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. A propos de 170 cas à l'Institut Joliot Curie de Dakar. **Thiam J et al** 253

CAS CLINIQUES

11. Prise en charge d'une tumeur desmoïde géante abdominale à l'unité de chirurgie oncologique de l'Hôpital National Donka. **Touré AI et al** 261
12. Tumeur gastrique perforée compliquée d'abcès hépatiques et spléniques : à propos d'un cas. **Dieng M et al** 269
13. A propos d'un gossybipome pariétal : une curieuse découverte. **Kambiré JL et al** 277
14. La maladie de Bowen péri-anale : à propos d'un cas au CHU de Bouaké. **Leh Bi KI et al** 282
15. Corps étranger incarcéré dans le haut rectum : à propos d'un cas. **Leh Bi KI et al** 287

CONTENTS

EDITORIAL

ORIGINALS ARTICLES

PAGES

1. *Epidemiological and therapeutic aspects of primary spontaneous peritonitis at the Regional Hospital Center of Maradi in Niger.* **Maman Boukari M et al** 184
2. *Heller's laparoscopic operation for achalasia about 8 cases at teaching hospital of Treichville.* **Goho KM et al** 193
3. *Post-operative peritonitis: diagnostic aspects and management at the Kankan regional hospital.* **Koundouno AM et al** 199
4. *Diagnostic and therapeutic aspects of hemorrhoid disease at the University Hospital center of Libreville (Gabon).* **Dyatta Mayombo K et al** 208
5. *Acute generalized biliary peritonitis of typhoid origin.* **Boka Tounga Y et al** 215
6. *Management of complications of acute appendicitis in adult.* **Niasse A et al** 223
7. *Evaluation of patient waiting time in the theatre's preparation room in two hospitals of Yaounde (Cameroon).* **Bang GA et al** 231
8. *Management of Fournier's gangrene in general surgery: what are the outcomes?* **Hama Y et al** 238
9. *Ankle arthrodesis: a radical solution in low-income countries.* **Dabire MN et al** 246
10. *Ovarian cancer: epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects, about 170 cases at the Joliot Curie Institute in Dakar.* **Thiam J et al** 253

CASES REPORTS

11. *Management of a giant abdominal desmoid tumor at the oncological surgery unit of the Donka National Hospital.* **Toure A et al** 261
12. *Perforated gastric tumour complicated by hepatic and splenic abscesses: a case report.* **Dieng M et al** 269
13. *About a parietal gossybipoma: a curious discovery* **Kambire JL et al** 277
14. *Peri-anal Bowen disease: a case report from Bouake Hospital.* **Leh Bi KI et al** 282
15. *Foreign body incarcerated in the Upper rectum: a case report.* **Leh Bi KI et al** 287

LES PERITONITES POSTOPERATOIRES : ASPECTS DIAGNOSTIQUES ET PRISE EN CHARGE A L'HOPITAL REGIONAL DE KANKAN

POSTOPERATIVE PERITONITIS: DIAGNOSTIC ASPECTS AND MANAGEMENT AT THE KANKAN REGIONAL HOSPITAL.

Koundouno AM¹., Diallo AA², Sylla A², Keita I¹, Soumaoro LT³, Diakite SY², Touré I², Baldé TM² Koundouno FR¹, Doumbouya M¹, Cherif M¹, Sacko M¹

1- Chirurgie, Hôpital Régional de Kankan

2- Chirurgie Viscérale, Hôpital National Donka,

3- Chirurgie générale, Hôpital National Ignace Deen

RESUME

Introduction : Le but de ce travail était d'étudier les aspects diagnostique et la prise en charge des péritonites post-opératoires (PPO) au service de chirurgie de l'hôpital régional de Kankan.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective, analytique de 12 mois portant sur les PPO quel que soit le lieu de l'intervention initiale. **Résultats :** Sur 737 interventions, 50 cas étaient des PPO soit une fréquence de 6,7 %. La moyenne d'âge a été de 20,4 ans. Les femmes ont été les plus touchées (54 %). Il s'agissait des ménagères dans 38% des cas, en provenance des zones rurales (54%). L'intervention initiale a été réalisée dans les cliniques privées dans 46% des cas, et dans les centres de santé (30 %) principalement pour appendicites (56%). Les médecins généralistes et infirmiers dans respectivement 64% et 26% des cas, ont été les premiers opérateurs. Le lâchage du moignon appendiculaire (56%) était la 1^{ère} étiologie de PPO. L'intervention a duré, en moyenne 95,7 min. Les suites ont été simples chez 78 % des patients. La durée moyenne de séjour était de 16,4 jours. La létalité a été de 16%. **Conclusion :** Les PPO ont été fréquentes et graves. Une étude

multicentrique serait nécessaire afin de recueillir plus de données sur les aspects étiologiques et de prise en charge.

Mots clés : Péritonite, Post-opératoire, Hôpital, Régional, Kankan

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to study the diagnostic aspects and management of postoperative peritonitis (POP) in the surgical department of the Kankan Regional Hospital.

Methodology: This was a prospective, 12-month analytical study of POPs regardless of the location of the initial procedure.

Results: Of 737 procedures, 50 cases were POPs, representing a frequency of 6.7%. The average age was 20.4 years. Women were the most affected (54%). They were housewives in 38% of cases, and came from rural areas (54%). The initial procedure was performed in private clinics in 46% of cases, and in health centers (30%), mainly for appendicitis (56%). General practitioners and nurses were the first operators in 64% and 26% of cases, respectively. Appendiceal stump release (56%) was the primary etiology of POI. The procedure lasted an average of 95.7

minutes. The postoperative course was uneventful in 78% of patients. The average length of stay was 16.4 days. The case fatality rate was 16%. **Conclusion:** POIs were common and serious. A multicenter

study would be necessary to collect more data on the etiological aspects and management.

Keywords: Peritonitis, Postoperative, Hospital, Regional, Kankan

INTRODUCTION

Les péritonites post-opératoires correspondent à une infection de la cavité péritonéale au décours d'une précédente chirurgie abdomino-pelvienne planifiée ou urgente [1].

Elles sont généralement le résultat de trois agressions à savoir la pathologie initiale, la première intervention et la complication infectieuse intra-abdominale et généralement après une rupture de la barrière du tractus intestinal secondaire soit à une désunion anastomotique ou une ischémique ou d'autres formes de dommages à l'intégrité de la paroi gastro-intestinale [2].

La fistule digestive par désunion de suture ou d'anastomose, la nécrose intestinale, l'infection d'une collection sous hépatique ou résiduelle sont les principales étiologies. Sans oublier la durée de l'intervention ainsi que l'infection locale et l'obésité [3].

Les facteurs à prendre en compte dans la survenue des péritonites post-opératoires sont entre autres : les interventions effectuées dans un contexte septique, les conditions locales, la difficulté du geste chirurgical et l'expérience de l'opérateur [4].

C'est une complication grave rencontrée dans tous les types d'interventions chirurgicales abdominales avec une mortalité allant de 36% à 44% dans le monde en 2022 [5]. Leur incidence était de 9,3 pour 1 000 habitant en 2022 aux États-Unis [2]. En Pologne, en 2021, la fréquence des péritonites post-opératoires était de

38,27% avec une mortalité de 18,4% à la clinique du Conseil régional d'Ivano-Frankivsk [6]. Au Burkina Faso, en 2013, Ouangré au centre hospitalier régional de Dédougou a mentionné que les PPO représentaient 31,2% de toutes les urgences abdominales dans les régions de Yalgado [7].

Le but de ce travail était d'étudier les aspects étiologiques et la prise en charge des péritonites post-opératoires au service de chirurgie générale de l'hôpital régional de Kankan (HRK).

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif et analytique d'une durée de douze mois allant du 1^{er} Août 2021 au 31 Juillet 2022 portant sur l'ensemble des patients admis dans le service pour PPO. Nous avons inclus dans l'étude tous les patients sans distinction de genre ou de provenance, opérés dans le service pour une péritonite post-opératoire, quel que soit le lieu de l'intervention initiale et qui ont accepté de participer à l'enquête durant la période d'étude. Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de tous les patients qui ont répondu à nos critères d'inclusion durant la période d'étude. Nos variables d'étude ont été qualitatives et quantitatives réparties en données épidémiologique, cliniques, paraclinique et thérapeutique.

RESULTATS

Sur les 737 laparotomies réalisées dans le service de chirurgie générale de l'HRK, le diagnostic de péritonite post-opératoire a été retenu chez 50 patients, qui ont bénéficié d'une ré-intervention chirurgicale soit une fréquence hospitalière de 6,8%.

Nous avons trouvé 52% des patients repris pour PPO dont l'âge variait entre 7 et 64 ans avec un âge moyen de 20,42+ 15,44 ans. Le sexe féminin était le plus touché avec un sex-ratio de 0,8.

Les ménagères et la couche socio-professionnelle composée d'élèves et d'étudiants étaient les plus représentées avec respectivement 19 cas (38%) et 14 cas (28%). Pour la plupart, ces patients provenaient des zones rurales (27 cas soit 54%), et les autres, des communes urbaines

des différentes préfectures de la région. La plupart des patients qui ont été opérés pour PPO venaient des cliniques privées et des centres de santé avec respectivement 46% et 30% (Tableau I).

Un peu plus de la moitié des patients que nous avons opérés pour PPO ont initialement bénéficié d'appendicectomies (56%) (Tableau II). La majorité des patients a été opérée par les médecins généralistes faisant fonction de chirurgien, suivis des infirmiers soit respectivement 64% et 28% (Tableau III). Les signes cliniques révélant une PPO étaient dominés chez nos patients par les douleurs abdominales (100%), la fièvre (94%), la défense abdominale (98%), l'arrêt des matières et gaz (64%) (Tableau IV).

Tableau I : Répartition des patients selon le lieu de l'intervention initiale.

Lieu de l'intervention initiale	Effectifs	(%)
Cliniques privées	23	46
Centres de santé	15	30
Hôpital Régional de Kankan		
Service de chirurgie	7	14
Service de Maternité	5	10
Total	50	100

Tableau II : Répartition des patients selon l'intervention initiale

Intervention initiale	Effectifs	(%)
Appendicectomie	28	56
Herniorraphie	7	14
Laparotomie pour abcès du foie	5	10
Kystectomie	4	8
Césarienne	4	6
Laparotomie pour plaie par arme à feu	1	2
Myomectomie	1	2
Total	50	100

Tableau III : Répartition des patients selon la qualification de l'opérateur initial

Qualification de l'opérateur initial	Effectifs	(%)
Médecins généralistes faisant fonction de chirurgien	32	64
Infirmiers	14	28
Gynécologues	4	8
Total	50	100

Tableau IV : Répartition selon les signes cliniques

Motifs de consultation	Effectifs	Pourcentage (%)
Douleur abdominale	50	100
Fièvre	47	94
Arrêt des matières et des gaz	32	64
Pâleur des conjonctives et téguments	15	30
Défense abdominale	49	98

L'échographie abdominale réalisée a montré un épanchement chez 15 patients (30%), un hémopéritoine chez 2 patients (4%) et un abcès du foie dans 1 cas (2%). La Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) a été réalisée chez 3 patients avec 2 cas de pneumopéritoine (4%) et des niveaux hydro-aériques chez un patient.

La totalité des patients ont bénéficié d'une prise de la voie veineuse pour la réhydratation en moyenne 2litre/24h, l'antibiothérapie était faite à base du Métronidazole en perfusion et de la Ceftriaxone injectable ; le principal antalgique était du paracétamol injectable, une sonde naso-gastrique et vésicale ont été mise en place.

Tous les patients ont été opérés sous anesthésie générale et la voie d'abord était une laparotomie médiane sus et sous ombilicale a été la plus pratiquée dans 42 cas (84%).

La moyenne de la durée des ré-interventions des patients était de $95,74 \pm 24,64$ minutes avec des extrêmes de 60 et 180 minutes.

A l'ouverture de la cavité abdominale, la fuite grossière du contenu intestinal

responsable de la PPO était due en partie à des lâchages de sutures du moignon appendiculaire de la première intervention dans 50% des cas (Tableau V).

Une toilette péritonéale associée à une suture des brèches a été faite chez la totalité de nos patients (Tableau VI).

La moyenne de la durée des ré-interventions des patients était de $95,74 \pm 24,64$ minutes avec des extrêmes de 60 et 180 minutes. La quasi-totalité des patients a été opéré durant 61 à 120 minutes.

La majorité des patients avait une évolution favorable. La durée moyenne de séjours de nos patients était de $16,4 \pm 9,1071$ jours avec des extrêmes de 4 à 40 jours (Figure 1).

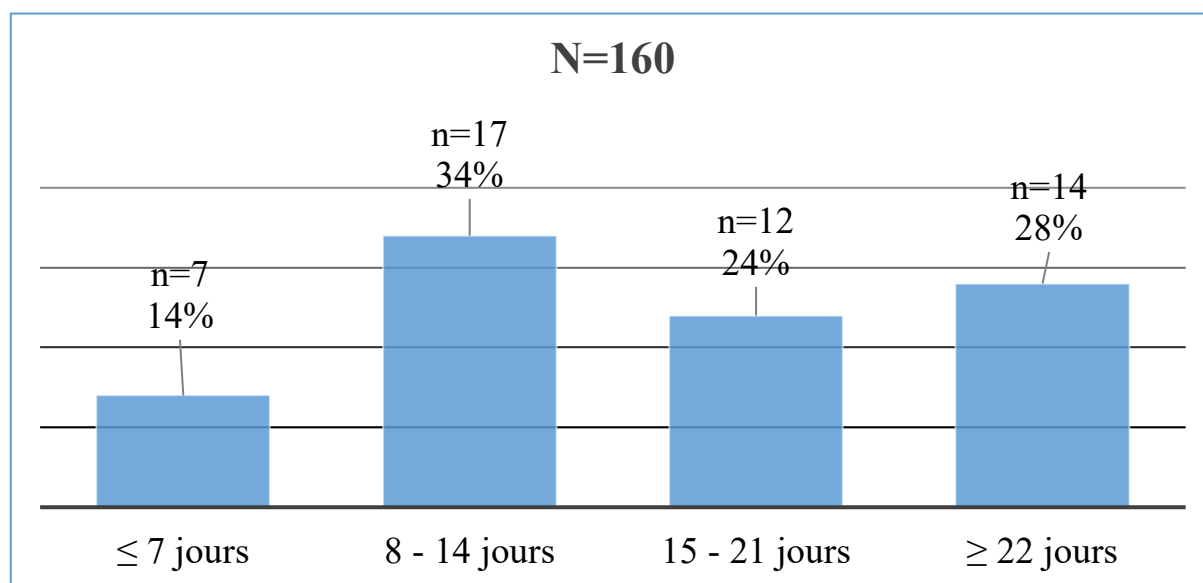
Les facteurs pronostiques ont été recherchés en fonction des suites opératoires sur la base d'un test statistique. Nos variables étaient : Antécédents, et la durée de séjour. Nous avons obtenu après l'analyse, les valeurs P-value du délai prolongé de la prise en charge des péritonites post-opératoires sont significatifs (P-value 0,0161) (Tableau VII). Huit cas de décès (16%) ont été notés (Tableau VIII).

Tableau V : Répartition des patients selon l'étiologie de la PPO.

Étiologies	Effectif	(%)
Lâchages de sutures du moignon appendiculaire	25	50
Perforation iléale	10	20
Abcès sous phréniques	6	12
Lâchages de sutures sur l'utérus	4	8
Nécrose iléale	3	6
Abcès du douglas	2	38
Total	50	100

Tableau VI : Répartition des patients selon le geste réalisé

Geste réalisé	Effectif (N=50)	(%)
Toilette péritonéale	50	100
Suture des brèches	33	66
Résection/Anastomose intestinales	17	34
Stomie	3	6



Moyenne : $16,4 \pm 9,1071$ jours avec des extrêmes de 4 à 40 jours

Figure 1 : Répartition des patients selon la durée de séjour.

Tableau VII : Répartition des patients selon les facteurs pronostiques

Facteurs pronostiques	Suite opératoire (n = 50)		P-value
	Complicqué	Simple	
ATCD médicaux			
Fièvre typhoïde		7 (100%)	
Ulcère gastrique	1 (12,50%)	2 (87,50%)	
Syphilis		2 (100%)	
Amibiase	0	2 (100%)	
Durée de séjour			
≤ 7jours		7 (100%)	
8 – 14 jours	3 (17,65%)	14 (82,35%)	0,0161
15 – 21 jours	3 (25%)	9 (75%)	
≥ 22 jours	3 (21,43%)	9 (78,57%)	

Tableau VIII : Répartition des patients selon les causes des décès

Cause des décès	Effectif	(%)
Effet de l'anesthésie générale	4	50
Choc septique	3	37,5
OAP	1	12,5
Total	8	100

DISCUSSION

Sur les 737 laparotomies réalisées dans le service de chirurgie générale de l'HRK, le diagnostic de péritonite post-opératoire a été retenu chez 50 patients, qui ont bénéficié d'une réintervention chirurgicale soit une fréquence hospitalière de 6,8%. Nos données sont supérieures à celles d'une étude dirigée par Marano qui a colligé en Italie 40 cas de péritonites post-opératoires ce qui représentaient une fréquence de 5% des patients [8]. Elle traduit le caractère épidémiologique des PPO dans la sous-région (fréquence élevée).

La moyenne d'âge était de $20,42 \pm 15,44$ ans. Nous avons retrouvé une égalité de pic entre la tranche d'âge de 1 à 17 ans et de 17 à 27 ans. Nos résultats sont inférieurs à celui de Catherine et coll, en 2018 sur les re-laparotomies précoces aux Hôpitaux

Universitaires de Lubumbashi ont rapporté une moyenne d'âge de $34,6 \pm 19$ ans [9]. La jeunesse de la population de Kankan traduit ce résultat.

Une prédominance féminine était retrouvée dans l'étude. Ce résultat corrobore avec celui de Negura en 2016 dans son étude portant sur le traitement de la péritonite post-opératoire a rapporté une prédominance féminine soit 65% [10]. La forte représentativité des femmes en termes de démographie pourrait expliquer ce résultat.

La couche socio-professionnelle la plus touchée était les ménagères. Elle traduit le taux élevé de déscolarisation des femmes d'une part et le fait que la maternité faisait partie des services d'où provenaient les patientes. Une précédente étude guinéenne

réalisée par Kanté et coll en 2021 au CHU Ignace Deen a rapporté une prédominance d'ouvriers (28,12%) [3].

L'étude a démontré que la quasi-totalité des patients résidaient en zone rurale. Ce résultat s'expliquerait par le fait que ces zones rurales n'ont pas de structure spécialisée ou de médecins spécialistes pour la prise en charge des interventions chirurgicales habituelles.

La plupart des patients qui ont été opérés pour PPO venaient des cliniques privées et des centres de santé. Ce résultat se justifierait par la présence massive des cliniques clandestines d'une part et le manque de chirurgien compétant d'autre part. Launey, en 2017, en Belgique, a remarqué 59% de ces patients venaient des cliniques [11].

Un peu plus de la moitié des patients que nous avons opérés pour PPO ont initialement bénéficié d'appendicectomies. Cela s'explique par le fait que l'appendicite est la pathologie la plus fréquente en consultation dans les services de chirurgie. La majorité des patients ont été opérés par les médecins généralistes suivis des agents techniques de santé. Cela se justifierait par le manque de spécialiste dans les structures sanitaires de la région. Bien que courantes, ces interventions, telles que l'appendicectomie, nécessitent une maîtrise parfaite de la technique chirurgicale acquise au bout d'une formation adéquate et d'une expérience avérée. Hameed, en 2020, a rapporté que les interventions étaient réalisées par les chirurgiens dans 80% [12]. Les signes abdominaux révélant une PPO étaient dominés chez nos patients par les douleurs abdominales et la fièvre. Elle dénote l'envahissement de la cavité abdominale par l'infection due au retard de diagnostic. En Italie, en 2017, Marano a observé que la quasi-totalité des patients ont

été reçus pour douleur abdominale soit 75% [8].

L'échographie abdominale a été réalisée dans peu de cas dans notre série et a objectivé un épanchement intrapéritonéal diffus chez la plupart. La pauvreté et la faible contribution dans le diagnostic de la PPO expliquerait ce résultat. Tirizite, dans son étude sur les critères pronostiques des péritonites post-opératoires, a également rapporté que l'échographie a montré que 77% de ces patients avaient un épanchement intra-péritonéal [13].

La totalité des patients ont bénéficié d'une prise de la voie veineuse pour la réhydratation en moyenne 2litre/24h, l'antibiothérapie était faite à base du Métronidazole en perfusion et de la Ceftriaxone injectable ; le principal antalgique était du paracétamol injectable, une sonde naso-gastrique et vésicale. Ce résultat s'expliquerait par l'application stricte du principe de la prise en charge en cas d'une péritonite post-opératoire. Une étude Belge de 2017 menée par Launey Y a mentionné que 80% de ces patients avaient reçus un traitement antimicrobien avant la première ré-intervention [11].

Au bloc opératoire, nous avons généralement procédé à une incision médiane sus et sous ombilicale. Kanté et coll, au CHU Ignace Deen a rapporté que tous leurs patients opérés avaient bénéficié d'une incision sue et sous ombilicale dans 93,75% des cas [3]. Il s'agit de l'abord le plus réalisé permettant d'explorer toute la cavité en cas de PPO.

A l'ouverture de la cavité abdominale, la fuite grossière du contenu intestinal responsable de la PPO était due en partie à des lâchages de sutures du moignon appendiculaire de la première intervention. Le non-respect de l'asepsie, d'antisepsie et la non disponibilité de chirurgiens

expliquerait ce résultat. Dans la littérature grecque, Mykola a observé que la cause était le lâchage de sutures dans 53% des cas [14].

Une toilette péritonéale associée à une suture des brèches a été faite chez la totalité de nos patients. Ce résultat s'expliquerait par l'état septique du contenu dû à l'appendicite qui était la cause majeure des premières interventions.

La moyenne de la durée des ré-interventions au bloc opératoire était de $95,74 \pm 24,64$ minutes avec des extrêmes de 60 et 180 minutes. La quasi-totalité des patients a été opérés entre 61 et 120 minutes. Cette longue durée reflète l'étendue du dégât causé par l'infection avec des difficultés d'accès à la cavité péritonéale et la fragilisation des tissus digestifs. Au Maroc, Ross, en 2018 a mentionné que la plupart de ces patients étaient opérés pendant 50 à 100 minutes qui représentaient une fréquence de 72,8% [15]. La majorité des patients avaient une évolution favorable. La précocité de la prise en charge spécialisée associée à un suivi post opératoire mieux adapté justifierait ce taux de guérison. Traoré a rapporté une mortalité de 53,4 %. Cette différence s'expliquerait par le fait que ces deux études ont été faite dans deux centres de niveaux différents.

La durée moyenne de séjours de nos patients était de $16,4 \pm 9,1071$ jours avec des extrêmes de 4 à 40 jours. Cela

s'expliquerait par le fait que certains de nos patients étaient reçus tardivement à la phase de choc septique et ont bénéficié des séances de réanimation avant leur intervention. En Ukraine en 2019, Mykola a mentionné que la plupart de ces patients (60,2%) ont fait plus de 14 jours après la chirurgie [14].

Les facteurs pronostiques ont été recherchés en fonction des suites opératoires sur la base d'un test statistique. Nos variables étaient : Antécédents et durée de séjour. Nous avons obtenu après l'analyse, les valeurs P-value de l'antécédent gastro-intestinal du patient et le délai prolongé de la prise en charge des péritonites post-opératoires comme facteurs significatifs.

CONCLUSION

Cette étude a montré une fréquence élevée des péritonites post-opératoires dans le service dont la majorité était des jeunes femmes venues des cliniques de la périphérie. La plupart des péritonites post-opératoires étaient due à des lâchages de sutures du moignon appendiculaire. Tous les patients ont bénéficié d'une toilette péritonéale et d'une suture des brèches et l'évolution était favorable. Pour une bonne compréhension des facteurs étiologie, une étude multicentrique serait nécessaire afin de recueillir les données sur les aspects étiologiques et la prise en charge des péritonites post opératoire.

REFERENCES

- 1- **Montravers P, Lortat-Jacob B, Snauwaert A, BenRehouma M.** Quoi de neuf dans la prise en charge des péritonites postopératoires. *Réanimation*. 2016;25(3):274-86.
- 2- **Drăghici L, Drăghici I, Ungureanu A, Copăescu C.** Laparoscopic surgery complications: Postoperative peritonitis. *J Med Lif* 2012;5(3):288-96.
- 3- **Kanté DB.** Facteurs pronostiques des post-opératoires au service de chirurgie générale de l'hôpital national Deen. Thèse de doctorat médecine Conakry UGANC 2021. 112p.
- 4- **Sartelli M, Bassetti M, Martin I,** éditeurs. *Abdominal sepsis: A multidisciplinary approach*. Cham, Switzerland: Springer 2018. ;19(6):271.
- 5- **Honoré C, Chalumeau L, Dumont F, Goéré D.** Postoperative peritonitis without an underlying digestive fistula after complete cytoreductive surgery plus HIPEC. *Saudi J Gastroenterol* 2013;19(6):271.
- 6- **Droniak MM.** Prevention of postoperative peritonitis and its complications. *J Educ Health Sport*. 2021;11(2):192-9.
- 7- **Ouangre E, Zida M, Bonkougou PG.** les péritonites aiguës généralisées en milieu rural au Burkina Faso : A propos de 221 cas. *Rev CAMES Sante* 2013;1(2):75-9.
- 8- **Marano A, Giuffrida MC, Giraudo G, Pellegrino L.** Management of Peritonitis After Minimally Invasive Colorectal Surgery: Can We Stick to Laparoscopy? *J Laparoendosc Adv Surg Tech*. 2017;27(4):342-7.
- 9- **Catherine SU, Kasong MK, Milindi CS, Warach GW.** Etude des relaparotomies précoces aux Hôpitaux Universitaires de Lubumbashi: aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Pan Afr Med J*. 2018 ;30.
- 10- **Negura A.** Diagnosis and treatment of patients with postoperative peritonitis. *Nom du Journal?* 2016;11(2):34.
- 11- **Launey Y, Duteurtre B, Larmet R, Nessler N.** Risk factors for mortality in postoperative peritonitis in critically ill patients. *World J Crit Care Med*. 2017;6(1):48.
- 12- **Hameed T, Kumar A, Sahni S, Bhatia R.** Emerging Spectrum of Perforation Peritonitis in Developing World. *Front Surg*. 2020;7:50.
- 13- **Tirizite N.** Les critères pronostiques des péritonites postopératoires. Thèse de doctorat médecine Marrakech 2019.
- 14- **Mykola D.** Management of postoperative peritonitis in low-resources services. *Health Sci*. 2019;3:3-9.
- 15- **Ross J, Matthay M, Harris H.** Secondary peritonitis: principles of diagnosis and intervention. *BMJ*. 2018;k1407.
- 16- **Traoré A, Dembélé B, Togo A, Kanté L.** Post-Operative Peritonitis: Diagnostic Problems, Morbidity and Mortality in Developing Countries. *Surg Sci*. 2014;05:363-7.