

## **LES PERITONITES PRIMITIVES AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL YALGADO OUEDRAOGO (CHNYO) DE OUAGADOUGOU (A PROPOS DE 55 CAS).**

### **INTRODUCTION**

Les péritonites primitives correspondent à la contamination péritonéale par un germe. Rares dans les pays développés, elles semblent plus fréquentes et plus graves dans les pays en développement, à cause d'un diagnostic étiologique le plus souvent tardif. Nous nous proposons dans cette étude, de rapporter 55 cas de péritonites primitives dans le but de préciser quelques aspects épidémiologiques et thérapeutiques dans le milieu burkinabé.

### **METHODOLOGIE**

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les cas de péritonites primitives recensées au CHNYO de Ouagadougou de janvier 1998 à décembre 2003.

- Pour chaque dossier, les éléments suivants ont été pris en compte : état civil, les signes cliniques, délai de consultation, délai de prise en charge, la provenance, le protocole opératoire, les résultats de l'examen anatomopathologique qui étaient disponibles dans 21 cas.
- Le diagnostic a été assuré par l'examen clinique, les constatations per-opératoires, la culture du pus dans 5 cas, la biopsie et l'examen anatomopathologique des nodules péritonéaux dans 21 cas.
- Ont été exclues de cette étude, 8 péritonites aiguës généralisées sans protocole opératoire.
- Au terme de l'étude, 55 dossiers exploitables ont été retenus.

### **RESULTATS**

En 6 ans, de janvier 1998 à décembre 2003, 619 péritonites aiguës généralisées dont 55 péritonites primitives ont été recensées au CHNYO de Ouagadougou. Ces péritonites primitives ont représenté 9 % des P.A.G.

Les patients se répartissaient en 45 femmes (82 %) et 10 hommes (18 %). L'âge moyen des patients a été de 18 ans avec des extrêmes de 5 ans et 35 ans. Quarante quatre patients venaient de la ville (80 %) et 11 du milieu rural (20 %). Le délai moyen de consultation a été de 3 jours avec des extrêmes de 1 et 10 jours. Ces patients étaient de condition socio- économique précaire. Un antécédent d'infection génitale a été noté chez 25 patientes. Trente sept patients (67 %) ont été reçus dans un tableau de péritonite asthénique et 18 (23 %) dans un tableau de péritonite sthénique.

### **Le délai de prise en charge**

DELAI	NOMBRE	POURCENTAGE
0-6 h	13	24,6 %
6-12 h	27	49,0 %
12-24 h	11	20,0 %
>24 h	3	06,4 %
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100 %</b>

- Vingt six virgule quatre pour cent (26,4 %) des patients ont été pris en charge après la 12<sup>e</sup> heure.

- La radiographie de l'abdomen sans préparation a mis en évidence une grisaille diffuse et quelques niveaux hydro-aériques.

La numération formule sanguine a révélé une hyperleucocytose supérieure à 16 000 globules blancs dans 34 cas et une anémie dans 21 cas. La sérologie HIV pratiquée dans 25 cas a été positive dans 23 cas.

- Le traitement médical a consisté en la correction des troubles hydro - électrolytiques et de l'anémie. Une antibiothérapie systématique associant amoxicilline, métronidazole gentamycine a été pratiquée.

- Le traitement chirurgical a été réalisé dans tous les cas.

- La voie d'abord a été une médiane sus et sous ombilicale

- L'exploration a permis de retrouver 21 péritonites à liquide citrin et des nodules péritonéaux. La biopsie des nodules péritonéaux dans 21 cas, avec examen anatomopathologique a révélé des lésions tuberculeuses et parfois le bacille de Koch (dans 8 cas).

- La laparotomie exploratrice a permis de noter 34 péritonites à pyogène dont le prélèvement dans 5 cas, a mis en évidence le pneumocoque (4 fois), Escherichia Coli (1 fois).

- Le nettoyage et le lavage de la cavité péritoneale ont été systématiques.

- Les suites opératoires ont été marquées par une suppuration de la paroi dans 7 cas, une pleurésie serofibreuse ou serofibrineuse gauche dans un cas.

- Six décès (11 %) ont été notés en post-opératoire immédiat chez des malades en mauvais état général par insuffisance de réanimation.

- Un traitement antituberculeux a été institué chez 21 patients par un service spécialisé pour 8 mois.

### **COMMENTAIRE**

- Les péritonites primitives ne sont pas exceptionnelles au CHNYO de Ouagadougou. Elles ont représenté 9 % des péritonites aiguës généralisées. Nos résultats sont identiques à ceux de Nali (9) et de Tiemtoré (12) et supérieurs à ceux de Da (4) et Dischino (5) qui ont noté respectivement un taux de 9,6 %, 9,5 %, 6,8 % et 5 %.

- Nos données restent inférieures à celles de Sanou (12), Ouattara (10) et Armitage (1) qui ont observé respectivement un taux de 14 %, 17 % et 25 % des P.A.G. Les conditions socio-économiques précaires, l'absence d'hygiène expliqueraient en partie l'importance des péritonites primitives dans notre série. En Europe, les péritonites primitives seraient rares. Laurens (7) a estimé leur fréquence entre 1 et 2 % des péritonites aiguës généralisées.

- L'âge moyen dans notre série a été de 18 ans. L'affection toucherait essentiellement les enfants et les adolescents. (1-2-3-11-12). Lenriot (8) a estimé que la péritonite primitive reste d'observation courante en pathologie pédiatrique et représenterait 10 % des urgences pédiatriques en France. Le syndrome néphrotique, le diabète, l'ascite, l'immunodépression, seraient des terrains prédisposant. (2-3).

- La prédominance féminine notée dans notre série (80 % des cas) est une donnée classique (1-2-3-4-5-6-7-8-10). Barguelli (2) et Brun-Buisson (3) ont relevé exclusivement le sexe féminin. Les infections génitales basses expliqueraient en partie l'importance de la péritonite primitive dans le sexe féminin dans notre série (25 cas). La présence d'un dispositif intra-utérin, le post-partum, le post-abortum, toutes les interventions de chirurgie gynécologique, les pratiques sexuelles oro-génitales, seraient des facteurs favorisant la péritonite primitive chez la femme jeune (6). Le traitement traditionnel de première intention, l'automédication en milieu urbain (80% venaient de la ville) expliqueraient en partie d'une part le retard au diagnostic (délai moyen de consultation de 3 jours) et d'autre part l'importance des formes asthéniques notées dans notre série. (67 % des cas)

- La laparotomie diagnostique et thérapeutique de première intention a été notre méthode de choix. Elle a permis l'élimination rapide d'une grande quantité de pus dans 34 cas, la biopsie de nodules péritonéaux dans 21 cas et surtout d'exclure d'autres pathologies telles que, une perforation iléale d'origine typhique, une appendicite aiguë. La laparotomie diagnostique et thérapeutique, associée à une antibiothérapie a été également la méthode de choix de nombreux auteurs (6-9-10-11-12). L'hémoculture, la laparoscopie, absentes dans notre série ont permis le diagnostic de péritonite primitive à certains auteurs (6-7-8) et dans ces conditions le traitement médical pourrait suffire.

- Les conditions d'urgence, l'absence de matériel adéquat, expliqueraient en partie l'absence de prélèvement de pus en per-opératoire pour culture en milieu aérobie et anaérobie. Classiquement le streptocoque et le pneumocoque sont le plus souvent en causes (1-2-3-4-6-7). Laurens (7) citant Glasser a suggéré la recherche systématique d'une infection à VIH dans les cas de péritonites primitives à Salmonelles. Vingt trois patients dans notre série étaient de sérologie HIV positive dont 21 avaient une tuberculose péritonéale. L'importance de la forme aiguë de la tuberculose péritonéale a été signalée ailleurs au Burkina Faso (4). La recherche d'une infection VIH, devrait être systématique dans toute tuberculose péritonéale dans notre région. Le taux de mortalité élevé noté dans notre série (11 %) est conforme aux données des auteurs africains où elle oscille entre 4,1 et 20 % (5-10-11-12).

## **CONCLUSION**

Les péritonites primitives sont fréquentes au CHNYO de Ouagadougou.

L'enfant et l'adolescent, surtout de sexe féminin sont le plus souvent touchés.

La tuberculose péritonéale, favorisée par l'infection VIH occupe une place prépondérante.

L'amélioration des conditions de vie, le changement de comportement devraient permettre de diminuer cette affection et surtout son taux élevé de mortalité.

## **REFERENCES**

1. Armitage T. C, Williamson R. C. Primary peritonitis in children and adults: Prostgrad Med. 1983, 5, 59: 21-24.
2. Barguelli F, Gordah N, Benaies N, Amor A, Ben Aleya M , Péritonite primitive à pneumocoque chez l'enfant. Méd. Trop. 1996 ; 56 : 279-281.
3. Brun-Buisson C. H. Péritonites primitives. Revue Prat. 1986, 36 : 1051-1058.
4. Da D.C. Les péritonites aiguës généralisées : aspects épidémiologiques et thérapeutiques au CHNSS de Bobo-Dioulasso. A propos de 369 cas. Thèse de Méd. U. O : 2002. n°15
5. Dischino M, Vitris M, Becmeur F, Saud V, Maistre B. Les péritonites aiguës. A propos de 100 cas à l'hôpital principal de Dakar. Dakar Méd. 1983, 28, 4 : 687-702.
6. Garnache F, Simon M, Goffinet P. Péritonites primitives à streptococcus pneumoniae. S. Gyn. Obst. Biol. Reprod. 1997, 26 : 617-622.
7. Laurens E, Ponier T, Viand S. Y, Fabre X, Lorre G. Péritonite primitive à Salmonella Brandenburg chez une patiente non immunodéprimée. J. Chir. (Paris) 1991, 128,5 : 240-242.
8. Lenriot S. P. Péritonites aiguës. Encycl. Méd. Chir : Urgence 12 – 1975, 240 48 BIO.
9. Nali M. N, Pianick V, Ramadan G. M, Cadeoue F, Lochouarn P, Badaya-Ngaro S. Péritonites généralisées au CHU de Bangui. Afr. Méd. 1978, 17, 163 : 565-566.
10. Ouattara T, Bonkougou B, Kambou T. Les facteurs de gravité des péritonites au CHNSS de Bobo-Dioulasso : A propos de 47 cas. Annales de l'université de Ouagadougou Série B, vol II. 1994 : 44-93.
11. Sanou A, Traoré S. S, Sano D, R. Dakouré. Les abdomens chirurgicaux au CHN yalgado ouédraogo (bilan de 5 ans d'activité). Ann. De l'université de ouagadougou. Série B, vol III. 1995.

12. Tiemtoré W.O. Les péritonites aiguës généralisées au CHN yalgado ouédraogo. Aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques. Thèse de Méd. U. O : 2002-2003.