

MINISTRE DE L'EDUCATION  
NATIONALE  
\*\*\*\*\*

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple-Un But-Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2006-2007

N° :.....

Thèse  
Thèse

**PERFORMATIONS ILEALES D'ORIGINE  
TYPHIQUE DANS LE SERVICE DE  
CHIRURGIE « A » DU CHU DU POINT « G »**

Présentée et soutenue publiquement le..... /...../ 2007  
Devant la Faculté de Médecine de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par Mr. Soma TRAORE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)

JURY:

**JURY:**

Président :	Pr Sambou SOUMARE
Membre :	Dr Adama KOITA
Membre :	Dr Diénéba DOUMBIA
Co-directeur :	Dr Zimogo Zié SANOGO
Directeur :	Pr Djibril SANGARE

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2006-2007**

**ADMINISTRATION**

DOYEN:

**Anatole TOUNKARA**  
Professeur

1<sup>er</sup> ASSESSEUR:

**Drissa DIALLO**  
MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR:

**Sékou SIDIBE**  
MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL:

**Yénimégue Albert DEMBELE**  
Professeur

AGENT COMPTABLE:

**Mme COULIBALY Fatoumata TALL**  
CONTROLEUR DES FINANCES

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie – Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M Keita	Pédiatrie
Mr Siné Bayo	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya Simaga	Santé Publique, <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine interne

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**

▪ **D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale

## *Perforations iléales d'origine typhique*

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation

### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Niani Mounkoro	Gynécologie/ Obstétrique

#### ▪ **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie - <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou Koné	Physiologie

### **2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES**

## *Perforations iléales d'origine typhique*

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Mahamadou A Théra	Parasitologie

### **4. ASSISTANTS**

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bocary Y Sacko	Biochimie
Mr Mamadou Ba	Biologie/ Parasitologie entomologie médicale

## ▪ **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie

### **2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

## *Perforations iléales d'origine typhique*

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar Guinto	Neurologie

### **▪ D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique <b>Chef de D.E.R</b>

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Boukassoum Haidara	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique

#### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mne Rokia SANOGO	Pharmacognosie

#### **4. ASSISTANTS**

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

### **D.E.R. SANTE PUBLIQUE**

#### **1. PROFESSEUR**

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

#### **2. MAÎTRE DE CONFERENCES**

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
--------------------	----------------

#### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

## *Perforations iléales d'origine typhique*

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo Traoré	Santé Publique

### **4. ASSISTANTS**

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou Diarra	Anthropologie Médicale

### ▪ **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie-Organique

### ▪ **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

## **Dédicaces :**

Je dédie ce travail :

**A ALLAH**, Le Tout puissant, l'Omniscient

O Seigneur ! Ce travail est une infinie partie de tes immenses grâces .

Nous te devons toutes les louanges.

**A feu mon père Dounantié Traoré (in mémorium).**

Toi qui nous a vite quitté tu a été pour moi un model de rigueur, de sincérité, de courage, de persévérance dans l'accomplissement du travail bien fait.

Tu m'as enseigné le sens de l'honneur, de la dignité, de probité morale et du respect de soi. Je suis fier de t'avoir eu comme père.

Que le repos éternel soit pour toi un vrais repos.

Dort en paix Baba.

**A ma mère Noumouténé Koné.**

Model de mère africaine qui se réveille avant et se couche après tout le monde pour qui la recherche de la cohésion familiale est le cheval de bataille.

Tu as toujours accueilli les enfants des autres comme les siens ce qui a beaucoup simplifié mon adoption partout où je suis passé.

Tu m'as enseigné la religion gage de la paix dans toutes les sociétés. Puisse mère ce travail t'apporter satisfaction et répondre à l'espoir que as placé en moi.

**A feu ma marâtre Sedia Koné** qui nous a prématurément quitté. Puisse Dieu t'accepter dans son paradis.

**A ma fiancée Tassira Dembélé.**

Mère de mes enfants ton assistance, ton amour, tes conseils ne m'ont jamais faits défaut. Trouves ici ma Chérie toute ma reconnaissance et mon amour à ton endroit et bonne chance pour le baccalauréat.

**A ma petite sœur Chatou Traoré,**

Ton respect, ton sens de la cohésion familiale feront sûrement de toi une bonne future bonne mère de famille. Trouve ici l'expression de mon affection et de ma grande admiration à ton égard.

Puisse Dieu te donner longue vie et beaucoup de bonheurs dans ton foyer.

**A mon jeune frère Bourama Traoré**

### *Perforations iléales d'origine typhique*

Doué d'une grande humilité, de courage et sincérité je reçois ton respect, ton soutien sans faille avec bonheur et j'en suis reconnaissant. Sois sûr dogo de ma grande affection.

#### **A mes frères Tiécoura, Moussa, Adama et Bakary.**

Retrouvez ici chers frères l'expression de ma grande reconnaissance et de tous mon respect pour vous.

Restons unis car un seul doigt ne peut jamais prendre une cailloux disait le proverbe.

**A monsieur Oumar Yaro** pour avoir été mon logeur quand j'étais dans le besoin sans aucun lien de parenté.

Plus qu'un logeur, vous avez été pour moi un père.

En cet moment de joie trouvez ici cher logeur toute ma gratitude.

#### **A monsieur Mamadou Koné**

Homme humble, plein de simplicité, vrais malien car plein d'hospitalité, vous m'avez trouvé dans la rue et accueilli chez vous sans me demander un rond ni un grain. En cette cérémonie, les mots me manquent pour exprimer toute ma reconnaissance en votre endroit. Croyez moi cher logeur en ma profonde gratitude.

**A monsieur Adama Traoré de Gourouko** qui m'a adopté sans arrière pensée.

Tu m'as soutenu pendant des moments douloureux de ma vie d'élève. Cher grand frère merci pour tout.

#### **A mon ami, collègue et frère Marie Ange Dembélé.**

Ton esprit de franchise, de dévouement, de sincérité et ton sens de responsabilité et de partage ont forcé ton admiration. Sans ton soutien matériel et financier ce travail n'aurait pas été mené à bien avec aisance. Puisse ta fiancée être un modèle d'épouse et que nos relations durent jusqu'à la fin de nos jours.

#### **A mes camarades amis et collègues :**

**Broulaye Mariko, Abdoul Karim Samaké et Mamadou Diabaté** ; merci pour votre collaboration sincère et désintéressée.

**A tous mes collègues** du service de Chirurgie « A » du CHU du Point « G » pour leur collaborations et leur esprit d'équipe. Ce travail est également le vôtre.

A tous les **internes de la promotion 2005-2006** ; puisse ce travail être un souvenir pour vous.

#### **A mes cousins, neveux et nièces ;**



*Perforations iléales d'origine typhique*

En ce moment de joie soyez sûrs de mes sentiments d'être le plus proche de vous.

**A ma fille Noumouténé Traoré et à mon garçon Soumaïla Traoré** soyez sûrs de mon amour paternel et que Dieu vous donne longue prospère et que vous soyez des musulmans pieux et sincères.

A mes **amis et camarades de la FMPOS** puisse ce travail être pour vous un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

**A tous ceux qui ont souffert, souffrent ou souffriront de perforation iléale d'origine typhique**, sachez que nous toujours avec vous dans votre douleur.

**Enfin à tous qui me haïssent.**

Soyez sûrs que sans vous je serais pas ce que je suis.

## **Mes remerciements**

**Au Professeur Yéna Sadio**

**A la famille Dembélé à Daoudabougou.**

Accueilli et accepté comme un des siens, rares sont maintenant des familles qui sont aussi réceptives que la votre. Merci pour m'avoir montré que je suis chez moi.

Aux familles :

**Koné à Bougouni**

**Samaké à Bamako et Bougouni**

**Yaro à Kolondiba**

Pour votre hospitalité.

A tout le **personnel de la chirurgie « A »** du CHU du point « G » pour leur franche collaboration.

A notre tante **Mamou Diallo** partie à la retraite. Vous avez été pour nous à la fois une tante et une grand-mère. Puisse la retraite être pour vous un vrai moment de repos.

**Au Docteur Keïta Ousmane** pour sa simplicité et sa disponibilité.

A tous les **CES de chirurgie et de gynécologie** qui sont passés dans le service pour leur collaboration.

A tout le **personnel du bloc opératoire de la chirurgie «A » et des urgences chirurgicales** du CHU du point « G » pour leur esprit d'équipe.

# HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

**A notre maître et président du jury**

**Professeur Sambou SOUMARE**

C'est un plaisir et un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Cela témoigne encore une fois de plus de l'importance que vous attachez à notre formation médicale.

Vous incarnez des qualités sociales enviabiles : une modestie exemplaire, un sens élevé de l'honneur d'humilité et du don de soi.

Votre simplicité, votre pragmatisme et la qualité de votre enseignement ont fait de vous un être remarquable.

Vous êtes pour nous un modèle de clarté d'efficacité de disponibilité et de travailleur acharné.

Veillez accepter, cher maître l'expression de notre admiration et soyez rassurer de notre profonde gratitude.

A notre Maître et membre du jury

Docteur Doumbia Djeneba

Chef du service d'anesthésie et de réanimation au CHU du Point « G »

Cher maître, c'est avec spontanéité et simplicité que vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Votre efficacité dans la discrétion et votre simplicité font de vous une praticienne admirée et respectée par tous.

Nous prions cher maître de bien vouloir accepter notre profonde gratitude.

*Perforations iléales d'origine typhique*

**A notre maître et membre du jury**

**Dr Adama KOITA**

Praticien hospitalier au CHU du Point « G »

Honorable maître ; c'est un réel plaisir et un grand honneur pour nous de vous compter parmi ce jury.

Votre courage, votre générosité et votre amitié pour vos collaborateurs et vos élèves ; vos qualités d'homme de science et votre enthousiasme à transmettre votre savoir ont forgé votre admiration.

Nous apprécions grandement votre dynamisme et votre disponibilité à l'endroit de la jeune génération pour le bien être de la médecine.

Veillez trouver ici cher maître notre sincère remerciement.

**A notre maître et directeur de thèse**

**Professeur Djibril SANGARE**

Nous sommes très honorés de vous avoir comme directeur de thèse.

Votre modestie, votre sens élevé de l'honneur, votre amour pour le travail font de vous une référence

Votre esprit de tolérance, votre simplicité ont forgé notre admiration.

Tout au long de notre formation vous avez suscité en nous le goût de la chirurgie.

Veillez retrouver ici très cher maître notre profonde gratitude.

*Perforations iléales d'origine typhique*

A notre maître et co-directeur de thèse

**Dr Zimogo Zié SANOGO**

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service et en nous confiant ce travail.

Nous avons profité de votre grande connaissance scientifique et de votre expérience.

Votre rigueur scientifique, votre esprit d'ouverture et votre amour pour le travail bien fait font de vous un exemple à suivre. Soyez rassuré que vos nombreux conseils et enseignements n'auront pas été vains, ils nous serviront de repères dans notre vie professionnelle.

Nous garderons de vous un homme de science et un enseignant soucieux de la formation de ses élèves.

Veillez recevoir cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

**Liste des abréviations :**

Amoxi = Amoxicilline  
AMG = Amaigrissement  
ASP = Abdomen sans préparation  
CC =  
CHU : Centre hospitalier universitaire  
Cipro : Ciprofloxacine  
Cm : Centimètre  
Col : Collaborateurs  
°C : Degré Celsius  
Dx : Douleur  
Genta : Gentamycine  
h : Heure  
Hg : Mercure  
IEC : Information éducation communication  
j : Jour  
Kg : Kilogramme  
Km : Kilomètre  
l : Litre  
m : Metre  
Metro : Metronidazole  
ml : Millilitre  
mn : Minute  
NFS : Numération formule sanguine  
PTFT : Pavillon Tidiani Faganda Traoré  
RCI : République de Côte d'Ivoire  
RDV : Rendez-vous  
TAB :  
TDM : Tomodensitométrie  
TR : Toucher rectal



## SOMMAIRE

	Pages
<b>Liste des enseignants</b> .....	2
<b>Dédicaces</b> .....	7
<b>Remerciements</b> .....	10
<b>Hommages aux membres du jury</b> .....	11
<b>Liste des abréviations</b> .....	16
<b>Introduction</b> .....	19
<b>Objectifs</b> .....	23
<b>Généralités</b> .....	25
Anatomie et physiologie du grêle.....	27
Pathogénie de la fièvre typhoïde.....	31
Rappels cliniques de la fièvre typhoïde.....	33
Rappels cliniques des perforations typhiques.....	36
Examens complémentaires.....	38
Diagnostic.....	40
Traitement.....	40
<b>Méthodologie</b> .....	50
<b>Résultats</b> .....	54
<b>Commentaires et Discussions</b> .....	70
<b>Conclusion et recommandations</b> .....	83
<b>Bibliographie</b> .....	86
<b>Annexes</b> .....	95



# **PLAN**

**Introduction**

**Méthodologie**

**Résultats**

**Discussions**

# **INTRODUCTION**

### *Perforations iléales d'origine typhique*

La péritonite se définit comme étant une inflammation aiguë ou chronique de la séreuse péritonéale qui peut être soit généralisée à la grande cavité péritonéale, soit localisée (loges sous phréniques, gouttières pariéto-coliques, cul de sac de Douglas) [5].

La fièvre typhoïde est une toxi-infection généralisée contagieuse due à *Salmonella typhi* et paratyphi A, B ou C caractérisée du point de vue anatomopathologique par des lésions des plaques de Peyer et des follicules clos de l'intestin [29].

La péritonite par perforation typhique est l'ouverture pathologique dans la cavité péritonéale d'un organe creux suite à une infection à salmonelle.

Les études des perforations d'origine typhique remontent à la révolution scientifique réalisée par l'école française pendant le premier tiers du 19ème siècle.

En 1829 **Louis Pasteur** [42] dans sa monographie, a décrit de façon éloquente les lésions perforatives de l'iléon dans la fièvre typhoïde.

En 1930 **Henri Mondor** [36] dans son important ouvrage intitulé << Diagnostic urgent : Abdomen >> a fait une description sémiologique et diagnostique complète des péritonites par perforation typhique.

#### **Aux Etats –Unis d'Amérique :**

En 1908 **Edouard Quénu** [11] après une enquête, a estimé à 35000 le nombre de décès dus à la fièvre typhoïde.

#### **En France :**

**Dore P et coll.** [15] ont étudié les perforations typhiques de 1950 à 1965 dans deux hôpitaux parisiens sur 632 cas de fièvre typhoïde observés, ils ont trouvé 3 cas de perforations dont deux sur l'iléon (soit 0.66%).

## *Perforations iléales d'origine typhique*

**MALLICK S et collaborateurs [33]** à propos d'une série observée dans l'Ouest **GUYANAIS** ont trouvé que l'incidence de la perforation iléale dans les fièvres typhoïdes y était de 2,48 %.

**En Asie :**

**Au Vietnam**

**Nguyen Van Sach [39]** après une étude rétrospective sur 83 malades de JANVIER 1986 à décembre 1987a conclu que le diagnostic des perforations typhiques se base surtout sur la clinique et sur l'aspect des lésions intestinales trouvées à la laparotomie.

**En Afrique :**

**Au Maroc**

**Le Peltier P [32]** a trouvé une mortalité de 44.4% après une étude effectuée sur 3 ans (de 1967 à 1970) portant sur 27 cas de perforations typhiques.

**En République Démocratique du Congo :**

**Ngandu T et collaborateurs [38]** trouvaient que la perforation typhique survient dans 10 à 18 % des fièvres typhoïdes avec une mortalité autour de 40% des cas.

En 2001 **AYITE A.E et collaborateurs [3]** dans une étude multicentrique menée au **Togo** et au **Bénin** sur les perforations non traumatique du grêle ont trouvé que la fièvre typhoïde est l'étiologie la plus fréquemment incriminée dans les perforations non traumatiques du grêle observées en Afrique noire.

**Au Niger**

**HAROUNA Y et collaborateurs [21]** de février 1995 à décembre 1996, au cours d'une étude prospective ont trouvé qu'avec une fréquence de 73% les péritonites par perforation typhique représentaient la première cause de péritonites par perforation.

**En Côte d'Ivoire :**

## *Perforations iléales d'origine typhique*

**Kouamé BD et collaborateurs** [29], selon une étude faite en 2000 ont conclu que la réduction de la mortalité des péritonites par perforation typhique passe par la prévention, par les conseils hygiéno-diététiques tels que se laver les mains avant de manger, boire de l'eau propre, améliorer les conditions sanitaires et environnementales, ainsi que la couverture vaccinale des enfants.

### **Au Mali**

**Dembélé M et Papadato A** [11] en 1974 à travers une étude portant sur 15 cas de perforations typhiques de l'intestin grêle ont conclu que le taux de mortalité élevé des perforations typhiques (20%) dans les pays en développement et notamment le Mali s'expliquait surtout l'arrivée tardive des malades dans les structures spécialisées dans la prise en charge.

**Coulibaly S O** [9] en 1999 dans sa thèse sur les perforations digestives dans le service de " B" de l'hôpital du Point "G" a situé la fréquence des perforation typhiques à 14.16% de toutes les perforations digestives.

**Diarra S** en 2002 [12] dans son étude intitulée péritonite par perforation iléale a trouvé que 75% des perforations iléales étaient d'origine typhique sur un échantillon de 43 perforations toutes étiologies confondues.

**Diefaga M M** en 2005 [13] dans sa thèse sur les perforations typhiques a affirmé que la perforation typhique représentait 4% de toutes les interventions du service de chirurgie générale et pédiatrique du C.H.U Gabriel Touré et la 2<sup>ème</sup> cause de péritonite par perforation.

Les perforations typhiques du grêle reste une complication grave de la fièvre typhoïde.

Le but de notre étude était d'en évaluer la prise en charge chirurgicale dans le service de Chirurgie « A » du CHU du Point « G ».

# **OBJECTIFS**



**A Objectif général**

Etudier les péritonites par perforation typhique dans le service de chirurgie "A" du CHU du point "G".

**B Objectifs spécifiques**

- Décrire les aspects cliniques et paracliniques des perforations iléales d'origine typhique,
- Décrire les aspects thérapeutiques,
- Analyser les suites opératoires,

# **GENERALITES**

## *Perforations iléales d'origine typhique*

Selon le dictionnaire Larousse médical [30], la perforation typhique se définit comme étant l'ouverture d'un viscère creux dans la cavité abdominale due aux salmonelles.

Toute éruption du contenu viscéral dans la cavité abdominale a pour conséquence l'inflammation aiguë de la séreuse péritonéale (péritonite), qui peut être soit généralisée à la grande cavité péritonéale, soit localisée [5].

Les péritonites sont dites primitives lorsque l'intégrité des organes abdominaux paraît respectée [5]. Elles sont dites secondaires lorsqu'il existe une perforation du tractus digestif ou une diffusion d'une infection intra abdominale (salpingite appendicite).

Nous ne décrivons ici que les péritonites secondaires à la perforation iléale due aux salmonelles. Pour ce faire, nous ferons des rappels, anatomiques, pathogéniques, anatomopathologiques et cliniques pour la bonne compréhension des lésions.

### **I Anatomie et physiologie de l'intestin grêle :**

#### **1) Anatomie de l'intestin grêle :**

L'intestin grêle est la portion du tube digestif qui s'étend de l'estomac au gros intestin. C'est un organe de digestion et d'absorption. Il comprend trois segments de haut en bas.

a) **Le duodénum :** c'est la partie proximale de l'intestin grêle. Il prend naissance au sphincter pylorique de l'estomac et s'étend sur environ 0,25m puis fusionne avec le jéjunum.

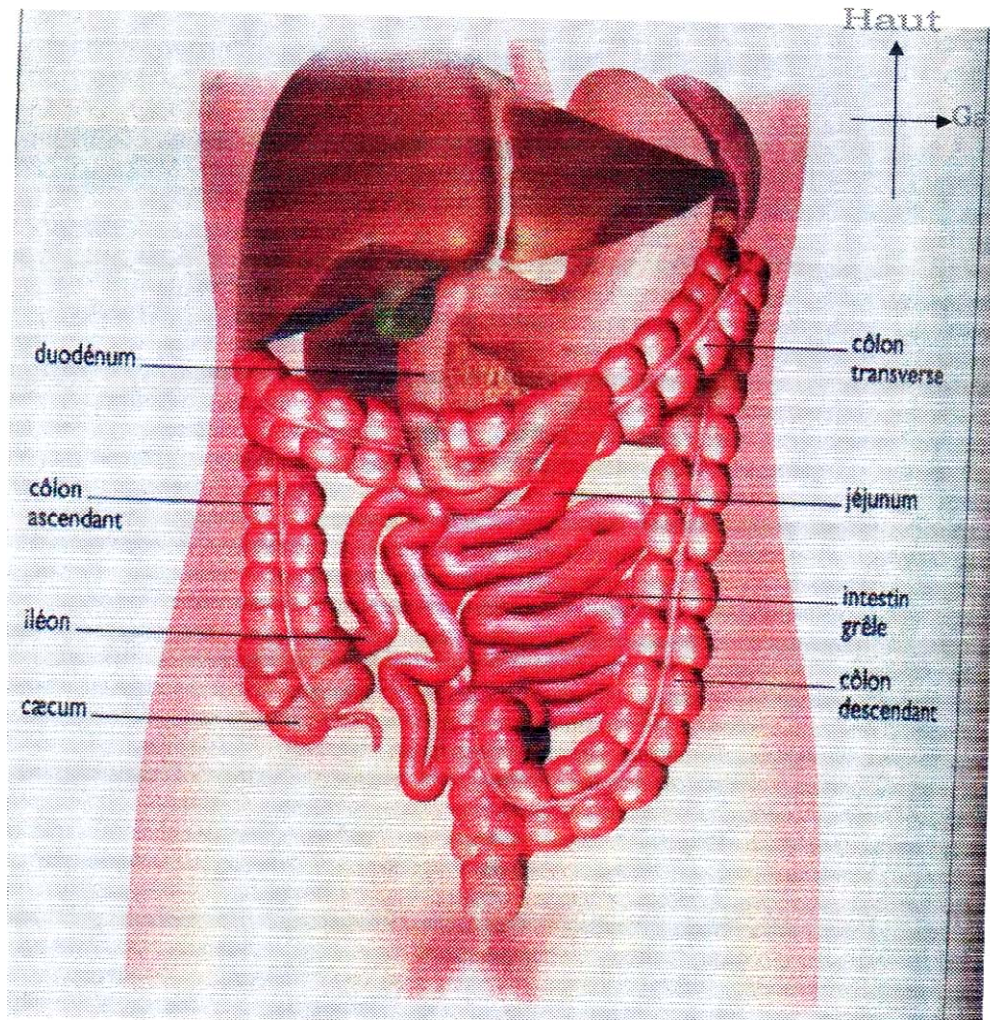
b) **Le jéjunum :** Il mesure 2,5m de longueur et s'étend jusqu'à l'iléon.

c) **L'iléon :** C'est la partie distale du grêle. Il mesure 3,5m de longueur et rejoint le gros intestin à la valvule iléo-cæcale [22].

L'iléon, comme le reste de l'intestin grêle, est un conduit musculo-membraneux plus ou moins aplati à l'état de vacuité, revêtant une forme régulièrement cylindrique quand il est distendu par les aliments ou par les gaz [22].

### *Perforations iléales d'origine typhique*

L'iléon a une coloration rosée, légèrement pale et tirant sur le brun. Il décrit une série d'anses (14 à 16 anses intestinales) dont chacune a une longueur d'environ 20cm.



**Larousse Médical (53)**

**Figure 1 :** Tube digestif: Schéma montrant les rapports de l'iléon avec les autres organes abdominaux.

Sur le plan histologique, l'iléon est constitué de 4 tuniques, de dedans en dehors : la muqueuse, la sous muqueuse, la musculuse et la séreuse.

### *Perforations iléales d'origine typhique*

La tunique séreuse se continue le long du bord adhérent des anses intestinales avec les deux feuilletts du mésentère.

La tunique musculaire est formée d'une couche superficielle de fibres longitudinales et d'une couche profonde de fibres circulaires.

La tunique sous muqueuse est une mince lame de tissu cellulaire lâche.

La muqueuse présente des villosités et des valvules conniventes.

On trouve, en plus dans le jéjuno-iléon, des plaques de Peyer qui sont des amas de follicules clos qui dessinent à la surface de la muqueuse des plaques blanchâtres, siégeant sur la deuxième moitié du jéjuno-iléon et le long du bord libre de l'intestin.[24]

L'iléon, le jéjunum et le colon sont vascularisés par deux artères principales : l'artère mésentérique supérieure et l'artère mésentérique inférieure.

Le drainage veineux est assuré par la veine porte, qui est constituée par la veine mésentérique supérieure et la veine mésentérique inférieure.

Le drainage lymphatique est assuré par les vaisseaux lymphatiques qui sortent de la paroi du jéjuno-iléon (les chylifères d'ASELTIUS). Ils vont directement, soit aux éléments du groupe juxta intestinal, soit au groupe intermédiaire. Ces deux groupes communiquent entre eux-mêmes avec le groupe central dont les efférents conduisent la lymphe du jéjuno-iléon dans le tronc lombaire gauche ou dans la citerne de PECQUET.

Les nerfs viennent du plexus solaire par la mésentérique supérieure.

L'iléon tient de multiples rapports avec les autres organes intra abdominaux :

- en arrière, il répond à la paroi abdominale postérieure et aux organes rétro péritonéaux (gros vaisseaux pré vertébraux, partie sous méso colique du duodénum, reins, uretères, colon ascendant et surtout le colon descendant).
- en avant, il est en contact avec le grand épiploon qui recouvre directement la masse intestinale et la paroi abdominale antérieure.
- en haut, il répond au colon et au méso colon transverses.
- en bas il est en contact avec le colon pelvien.

## 2) **Physiologie de l'iléon :**

La fonction principale de l'iléon se résume à la digestion et à l'absorption.

La présence du chyme dans le grêle entraîne la sécrétion du suc intestinal au rythme de 2 à 3 litres par jour. Ce suc de pH=7,06 légèrement alcalin renferme de l'eau et du mucus. Il est rapidement absorbé par les villosités et sert au transport des substances contenues dans le chyme lorsqu'elles entrent en contact avec les villosités.

Les enzymes intestinales sont élaborées dans les cellules épithéliales qui tapissent les villosités. Toute la digestion effectuée par ces enzymes a lieu à l'intérieur des cellules, à la surface de leurs villosités. Parmi ces enzymes, nous pouvons citer la maltase, l'invertase et la lactase pour la digestion des glucides, les peptidases pour la digestion des protéines, la ribonucléase et la désoxyribonucléase pour les acides nucléiques.

### a) **La digestion :**

La fonction de digestion de l'iléon est mécanique et chimique :

- la digestion mécanique est assurée par les mouvements de l'intestin, qui sont de deux sortes :

- la segmentation est le plus important mouvement de l'intestin grêle. C'est strictement une contraction localisée dans la région contenant la nourriture. Elle assure le mélange du chyme et des sucs digestifs et met les particules de nourritures en contact avec la muqueuse pour qu'elles soient bien absorbées. Cette segmentation ne fait pas avancer les aliments dans le tube digestif.

Le péristaltisme propulse le chyme vers l'avant le long du tube digestif.

Le chyme avance dans l'anse au rythme de 1 cm/mn. Le péristaltisme comme la segmentation est déclenché par la distension et est réglé par le système nerveux autonome.

- la digestion chimique constitue le parachèvement de la digestion entamée dans la bouche et dans l'estomac ; les protéines, les glucides et les lipides qui restent

### *Perforations iléales d'origine typhique*

sont digérés par l'action conjuguée du suc pancréatique, de la bile et du suc intestinal dans l'intestin grêle.

#### **b) L'absorption :**

C'est le passage de nutriment digéré du tube digestif au sang et à la lymphe. Environ 90% de toute l'absorption a lieu dans l'intestin grêle.

Après l'absorption des glucides, des protéines et des lipides, celle de l'eau dans l'intestin grêle reste essentielle pour l'équilibre hémodynamique de l'organisme. Environ 9l de liquides pénètrent quotidiennement dans l'intestin grêle. Ce liquide dérive de l'ingestion de liquide (environ 1,5l).

Près de 8 à 8,5l de liquide sont absorbés dans l'intestin grêle. La quantité de liquide restante (0,5 à 1l) est cédée au colon où une grande partie est absorbée [25].

## **II - Pathogénie de la fièvre typhoïde :**

### **1 -Agent pathogène :**

Parmi les Salmonelles (bacilles mobiles Gram négatifs) seuls le bacille d'Eberth et les paratyphiques A, B et C sont responsables de la maladie humaine.

### **2 - Mode de contamination :**

L'homme se contamine par ingestion d'eaux ou d'aliments souillés. Les germes traversent la muqueuse de l'intestin grêle et, par voie lymphatique, gagnent les ganglions mésentériques où ils se multiplient. A partir de ce repère, ils passent dans la circulation sanguine (septicémie pauci bacillaire) et peuvent créer des localisations secondaires dans n'importe quel organe. Ils sont éliminés par les voies biliaires, l'intestin (permettant ainsi le renouvellement du cycle de la maladie) et accessoirement le rein. Mais la plus part des symptômes est secondaire à l'affinité de l'endotoxine typhique, libérée par la lyse des bacilles, sur le système neurovégétatif :

- *sur les nerfs splanchniques* : cette action est responsable des lésions des formations lymphoïdes du grêle et du colon (tuméfaction, voire ulcération des

### *Perforations iléales d'origine typhique*

plaques de Peyer) et des vaisseaux intestinaux, et, par leur intermédiaire, des signes et complications digestives de la maladie.

- *sur les centres sympathiques de la diencéphale : cette* action est responsable du typhos et de certaines complications (cardio-vasculaires, peut être hémorragies digestives).

### **III - Rappels cliniques de la fièvre typhoïde :**

Du fait des progrès thérapeutiques, les tableaux cliniques classiques sont de plus en plus rares, les différentes phases n'étant plus toujours individualisées en premier, deuxième, troisième septénaires. Après une période d'incubation de deux à quatre semaines, les manifestations cliniques de la fièvre typhoïde ont eu lieu en deux phases [40].

#### **1 - Phase d'invasion :**

Elle se caractérise par son début insidieux marqué par l'apparition progressive de signes réunis sous le vocable mnémotechnique de « C.I.V.E.T » une céphalée qui est progressive, une insomnie, des vertiges, des épistaxis et la température ; des troubles digestifs (nausée, vomissement, anorexie) et une élévation progressive de la température avec, déjà une légère dissociation du pouls et de la température. La fièvre peut atteindre 40°C.

La recherche des signes physiques retrouve un abdomen peu ballonné, sensible, la fosse iliaque droite peu douloureuse, une légère splénomégalie.

#### **2 - La période d'état :**

Au bout de cinq à huit jours, se constitue le tableau typhique caractéristique composé de troubles nerveux (typhus), de troubles digestifs et d'une fièvre élevée en plateau, avec dissociation du pouls et de la température (pouls à 80-90/mn pour une température à 40°). Les troubles nerveux se résument en une asthénie avec adynamie ou torpeur, un délire doux surtout nocturne. Les signes physiques les plus caractéristiques sont :

- météorisme abdominal,



### *Perforations iléales d'origine typhique*

- tâches rosées lenticulaires qui ne sont jamais retrouvées chez le mélanoderme,
- douleur diffuse à la palpation de la fosse iliaque droite où l'on provoque des gargouillements,
- une splénomégalie.

C'est à cette période qu'interviennent les principales complications de la maladie notamment la perforation intestinale qui réalise d'emblée un syndrome de péritonite aigue franche.

Devant l'un ou l'autre de ces tableaux, un bilan biologique est nécessaire, d'une part pour confirmer le diagnostic, d'autre part pour permettre de suivre l'évolution. Ce bilan comporte : une hémoculture, une coproculture, un hémogramme et le sérodiagnostic de WIDAL-FELIX. L'hémogramme retrouve dans les formes non compliquées une leucopénie mais l'apparition d'une hyperleucocytose fait rechercher une éventuelle complication.

#### **IV - Pathogénie des perforations typhiques :**

Le mécanisme de la pathogénie des perforations typhiques a été élucidé en 1935 grâce aux travaux de RELLY cité par DIRRA S [12].

La porte d'entrée des bacilles typhiques est digestive. Après ingestion, les bacilles franchissent la barrière intestinale, sont véhiculés par les chylifères et atteignent les ganglions lymphatiques mésentériques où ils se multiplient : c'est la phase d'adénolymphite qui correspond à l'incubation. Après cette étape lymphatique, certains bacilles gagnent le courant sanguin par l'intermédiaire du canal thoracique, caractérisant ainsi la phase septicémique de la maladie et expliquant les autres localisations viscérales. Puis les salmonelles regagnent le tube digestif par l'intermédiaire de la bile. Ils seront excrétés soit dans les selles, soit éliminés dans les urines. La plupart des germes sont détruits au niveau des ganglions mésentériques, libérant une endotoxine qui a un tropisme particulier sur le sympathique abdominal. Cette toxine, par atteinte des ganglions splanchniques est à l'origine des altérations intestinales : ulcération des plaques

### *Perforations iléales d'origine typhique*

de PEYER et les follicules clos de l'intestin grêle responsable des manifestations abdominales et des complications intestinales de la maladie.

Les lésions intestinales dues à l'endotoxine sont la congestion, l'hémorragie et l'ulcération des plaques de PEYER.

L'évolution de ces lésions est à l'origine des perforations dont la localisation préférentielle est l'iléon terminal, bien que les plaques de PEYER soient disposées tout le long de l'intestin grêle. L'iléon terminal est le siège d'un ralentissement du transit : le sphincter iléo-cæcal retenant le contenu iléal jusqu'à son absorption à peu près complète. C'est à ce niveau que sont absorbés les acides biliaires. Cette absorption serait inhibée par l'anoxie tissulaire et par l'œdème de la paroi iléale.

La pullulation microbienne dans la bile (qui est un bon milieu de culture pour les salmonelles) [47] et la stase iléale (non seulement physiologique mais aussi par l'iléus dû à la pathologie typhique), soumettent les plaques de PEYER de l'iléon à une agression puissante.

#### **1 - Anatomie pathologie des lésions :**

Les lésions frappent surtout les ganglions mésentériques, l'iléon et les vaisseaux sanguins.

**a) L'atteinte des ganglions mésentériques** est la première étape qui précède les lésions intestinales. Déjà inflammatoires, volumineux et turgescents ; une coupe de ces ganglions permet de distinguer les foyers nécrotiques jaunâtre exceptionnellement suppurés, associés à une endothélite congestive et à une hyperplasie des éléments lymphoïdes réticulaires.

**b) Les lésions intestinales** siègent au niveau de l'iléon terminal. Leur maximum de fréquence se situe dans les 50 derniers centimètres de l'iléon et elles sont d'autant plus importantes au fur et à mesure qu'on se rapproche de la valvule iléo-cæcale.

## *Perforations iléales d'origine typhique*

L'altération passe par 3 étapes :

### ◆ **Infiltration :**

A partir du 4<sup>ème</sup> jour de la phase septicémique, la muqueuse est hyperhémiee, congestive. Les plaques de PEYER peuvent être dures, régulières, bien limitées pour ensuite être plus rouges, moins saillantes, molles. Elles peuvent être hémorragiques.

Leur nombre varie de 20 à 50 en moyenne.

### ◆ **Ulcération des plaques de PEYER**

A partir du 6<sup>ème</sup> jour, se produisent de petites zones de nécrose sur les plaques de PEYER. Ces lésions de nécrose vont confluer en un vaste placard nécrotique. D'emblée ou secondairement, cette escarre va s'éliminer donnant, soit une ulcération elliptique à grand axe longitudinal de 1 à 3 cm, soit de petites ulcérations de la taille d'une lentille sur le bord libre de l'intestin.

L'ulcération concerne d'abord la muqueuse et la sous muqueuse, ensuite intervient la musculature qui conduit à la perforation de l'intestin. Cette perforation peut prendre l'aspect d'une fissure d'un orifice ponctiforme ou ovalaire de 2 à 8mm de diamètre.

Elle possède une bordure jaunâtre pseudo-membraneuse. Comme au stade d'ulcération, la perforation a la forme d'un entonnoir dont le diamètre est plus important au niveau de la muqueuse qu'au niveau de la séreuse.

La zone pathologique où siège la perforation est friable comme du parchemin ou du papier buvard humide, rendant aléatoire une suture simple dans certains cas [47].

### ◆ **Réparation**

Elle commence vers le quatrième septénaire et se prolonge pendant un mois. Il se développe un bourgeon charnu qui comble l'ulcération, réalisant une cicatrice sans rétraction ni rétrécissement.

### *Perforations iléales d'origine typhique*

Du point de vue histologique, il se produit une hyperplasie des follicules clos prolifération lymphoïde qui tend à envahir les espaces interglandulaires et la sous muqueuse. Cette hyperplasie atteint également les cellules typhiques de RINDFLEISCH. Lors de la nécrose, la prolifération cesse, le centre des follicules nécrosés s'élimine avec des cellules lymphoréticulaires dégénérées, laissant place à une ulcération plus ou moins profonde.

**c) les vaisseaux mésentériques :** l'atteinte vasculaire constante, permet d'observer des capillaires dilatés et congestifs. Il peut y avoir une congestion veineuse avec parfois des images de thrombose associées. Les lésions artériolaires de la muqueuse et de la sous muqueuse sont les plus importantes. Au niveau des bords et du fond des cônes des zones ulcérées, il s'agit de lésions d'artérite thrombosante. Sur l'étendue de la muqueuse on note une artériolite proliférante puis thrombosante à laquelle s'ajoute des lésions dégénératives plus ou moins marquées et une infiltration hémorragique péri vasculaire diffuse de la paroi intestinale.

Ces lésions anatomiques expliquent :

- la date de survenue des perforations au moment où des plaques de PEYER est maximum.
- La rareté des perforations multiples mais aussi la possibilité des perforations itératives [47].
- Le tableau clinique de la perforation réalise une péritonite.

### **V - Rappel sur les péritonites par perforation typhique :**

La perforation de l'iléon est la complication la plus redoutable de la fièvre typhoïde puisqu'elle explique environ un décès sur trois avec une fréquence de 3% en 1963 en France selon PASTEUR V [39]. Elle est l'apanage des typhoïdes graves, mais peut survenir dans les formes frustes voire ambulatoires. Elle apparaît les deuxième et troisième septénaires. Dans tous les cas, l'interrogatoire, temps capital, permet de retrouver devant un tableau de perforation typhique, des antécédents de troubles digestifs et neurologiques,

### *Perforations iléales d'origine typhique*

caractérisant la maladie typhique. La perforation intestinale intervient toujours après un certains nombres de signes dits prémonitoires : le météorisme accentué, la diarrhée profuse, les douleurs abdominales ou l'hémorragie digestive et la chute thermique passagère le plus souvent. Le tableau clinique est toujours celui d'une péritonite aigue.

#### **1 – Type de description : Perforation iléale chez un sujet de 15 ans.**

##### **a- Signes fonctionnels :**

-La douleur est le signe le plus constant, intense, d'apparition brutale et précoce, le plus souvent masquée par le météorisme chez un patient trop asthénique. Elle est prédominante dans la fosse iliaque droite et son moment d'apparition n'est pas toujours précis.

-Les nausées, les vomissements et l'arrêt des matières et des gaz sont des signes accessoires.

##### **b- Signes généraux :**

Les signes généraux apparaissent le plus souvent de façon précoce :

-La fièvre varie avec la virulence de l'infection. Elle est en général supérieure ou égale à 38,5°C. Cette fièvre peut apparaître secondairement quand l'épanchement n'est pas initialement purulent.

-Le pouls est accéléré

-A un stade plus évolué, un état de choc toxi-infectieux s'installe : faciès plombé, nez pincé, chute de la tension artérielle, marbrures localisées ou généralisées, frisson et oligurie peuvent être présents.

##### **c- Signes physiques :**

L'abdomen peut être plat ou souple ou au contraire il peut être le siège d'une défense confinant la contracture. Parfois il présente un météorisme tympanique. La disparition de la matité hépatique à la percussion est un signe évident de perforation.

## *Perforations iléales d'origine typhique*

Le cri de l'ombilic, témoin de l'irritation péritonéale n'est pas toujours retrouvé. Les touchers pelviens par contre conservent une grande valeur d'orientation surtout lorsqu'on retrouve la douleur exquise au niveau du Douglas.

### **2 - Formes cliniques**

Devant ces principaux signes et symptômes et suivant l'état antérieur du patient, on peut décrire, deux formes cliniques de la perforation typhique.

La péritonite sthénique, rare donne au cours d'une forme ambulatoire ou à la convalescence un tableau typique de péritonite par perforation avec contracture abdominale.

La péritonite asthénique, où le sujet est dans le typhos ou au moins très obnubilé sans défense abdominale nette.

### **3 - Examens complémentaires :**

#### **a) Imagerie :**

##### *❖ Radiographie de l'abdomen sans préparation*

C'est l'examen de choix devant tout abdomen aigu. Elle est effectuée chez un patient selon son état, soit en position debout, soit en décubitus. Deux clichés, l'un centré sur les coupes diaphragmatiques et l'autre sur l'abdomen, permettent d'orienter dans la majorité des cas le diagnostic de perforation. Les principales images sont :

-Le pneumopéritoine : c'est une image de croissant gazeux sous la coupole diaphragmatique au dessus de l'ombre hépatique à droite, et de la poche à air gastrique à gauche.

-Les niveaux hydroaériques (horizontaux en position debout et flous diffus en décubitus).

-La grisaille diffuse, inconstante est le signe de l'épanchement liquidien dans la cavité péritonéale.

##### *❖ Echographie abdominale*

Elle met en évidence un épanchement intra péritonéal.

## **b) Biologie**

Elle permet de porter la certitude diagnostique :

### ❖ *Le sérodiagnostic de WIDAL-FELIX :*

Met en évidence dans le sérum du malade la présence d'agglutinines O et H. Les anticorps O, correspondant aux antigènes somatiques, apparaissent les premiers vers le 8<sup>ème</sup>-10<sup>ème</sup> jours de la maladie, puis leur taux s'élève pour atteindre généralement la dilution 1/400<sup>ème</sup> à la période d'état, avant de décroître et de disparaître en quelques semaines.

Les anticorps H, déterminés par les antigènes flagellaires, sont d'apparition plus tardive, vers le 12<sup>ème</sup> jour, leur titre s'élève rapidement (1/1600 et plus) et ne diminue ensuite qu'en plusieurs mois ou années.

### ❖ *L'hémogramme*

Possède une bonne valeur d'orientation diagnostique. La leucopénie est de règle dès le début de la maladie ; mais l'apparition d'une hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile est à peu près constante au cours des complications viscérales, en particulier la perforation intestinale.

### ❖ *L'hémoculture*

Chez un malade non traité, l'hémoculture permet de porter précocement le diagnostic de fièvre typhoïde. Elle est, en effet, positive dans 90-100% des observations pendant le 1<sup>er</sup> septénaire, 75% au 2<sup>ème</sup> et environ 56% au cours du 3<sup>ème</sup> septénaire.

### ❖ *Myéloculture*

Trouve son intérêt si les hémocultures sont décapitées par une antibiothérapie.

### ❖ *Coproculture :*

Quand elle est positive, elle a une double valeur ; diagnostique et prophylactique.

## **4 - Evolution spontanée :**

Elle est celle d'une péritonite généralisée. La perforation typhique, laissée à elle-même met toujours en jeu la vie du malade. Sans traitement, le patient meurt de

### ***Perforations iléales d'origine typhique***

déséquilibres hydro- électrolytiques et de défaillances polyviscérales. La douleur et la contracture, signes pathognomoniques de la forme de début, s'atténuent par épuisement. Les signes généraux dominant, traduisant l'intensité de la déshydratation, de l'infection et de la toxicité des germes. On note un état confusionnel : torpeur, faciès péritonéal majeur avec langue craquelée, subictère conjonctival, pli cutané de déshydratation permanent, tachypnée autour de 40 cycles /mn, tachycardie supérieure à 130/mn, le pouls « filant » avec cyanose, pression artérielle systolique ne dépassant pas 7 à 8cmHg, oligo-anurie.

### **5 - Diagnostic :**

L'importance de reconnaître une péritonite par perforation typhique n'a plus besoins d'être soulignée. En fait le diagnostic positif repose sur les signes cliniques, surtout l'examen de l'abdomen et les examens complémentaires :

La douleur abdominale

La défense pariétale

La contracture abdominale

Le pneumopéritoine à l'ASP

Le sérodiagnostic de WIDAL\_FELIX positif

L'hémoculture positive

La leucopénie à l'hémogramme

Et éventuellement la coproculture et la myéloculture

L'aspect des lésions à la laparotomie.

### **6 - Traitement :**

Le traitement des péritonites par perforation typhique comporte chronologiquement trois temps :

Le temps préopératoire

Le temps per-opératoire

Le temps postopératoire :

❖ **Le but :**



## *Perforations iléales d'origine typhique*

Le but du traitement est triple :

- Assurer le succès du geste chirurgical approprié en faisant disparaître la contamination bactérienne permanente,
- Evacuer le pus et les substances étrangers,
- Traiter la perforation et la cavité péritonéale afin d'assurer si nécessaire un drainage efficace de la cavité et d'éviter la constitution d'abcès intra-abdominaux ou d'une nouvelle péritonite.

### ❖ **Les moyens :**

Ils sont médicaux et chirurgicaux :

#### ◆ *Les moyens médicaux :*

Méthodes :

Le traitement médical utilise l'antibiothérapie et la réanimation comme méthodes.

-Antibiothérapie : Le traitement anti-infectieux est commencé dès que le diagnostic de péritonite est posé, il vise à contrôler le syndrome infectieux immédiat, limiter le risque de surinfection pariétale lié aux bactériémies peropératoires et à éviter les localisations septiques à distance.

En pré et per-opératoire une mono ou bi antibiothérapie probabiliste est instituée en général alors que c'est une bi ou une tri antibiothérapie, également probabiliste en postopératoire immédiat, mais adaptée en fonction des résultats bactériologiques d'un prélèvement effectué lors de l'intervention. [5, 21]

L'association de plusieurs antibiotiques est rendue nécessaire par le caractère souvent poly microbien (aérobies avec fréquence des entérobactéries et anaérobie) de l'épanchement. Ce traitement est poursuivi par voie parentérale jusqu'à l'extinction complète du syndrome infectieux. Il s'installe classiquement en une dizaine de jours. L'antibiothérapie associe le métronidazole à un, deux ou plusieurs antibiotiques synergiques. Elle est poursuivie en postopératoire et sera remplacée dès la reprise du transit par les antibiotiques per os. Elle dure en général jusqu'à la cicatrisation de la plaie opératoire.

◆ **Réanimation préopératoire :**

Elle s'impose pour permettre au malade d'aborder l'acte chirurgical dans les meilleures conditions. Elle est d'autant plus importante que le retard apporté au traitement est grand et que les complications métaboliques ou viscérales sont marquées.

Elle doit être guidée par les données de la surveillance clinique (courbe de température, de pouls, de tension artérielle, de diurèse) et des données biologiques (urée, glycémie, ionogramme, sanguin, réserve alcaline, étude des gaz du sang. Elle comprend :

- un remplissage vasculaire, assuré par les cristaalloïdes et les macromolécules :  
.chez l'adulte la quantité de liquide à perfuser en théorie 35 à 50ml/kg/j, soit environ 2550 à 3500ml pour 70kg de poids.  
.chez l'enfant, elle est de 60 à 80ml/kg/j et 80 à 100ml/kg/j chez le nourrisson.
- la sonde nasogastrique mise en siphonage ou en aspiration continue, permet d'ajuster la réanimation préopératoire en chiffrant les pertes, d'assurer une décompression abdominale et réduire le risque d'inondation bronchique lors de l'induction anesthésique.
- une antibiothérapie qui sera dirigée contre les salmonelles et les autres entérobactéries.

◆ **Réanimation per-opératoire :**

Elle poursuit les actes entrepris en période préopératoires et prévient deux risques :

- l'insuffisance respiratoire mécanique en prenant la précaution d'une ventilation assistée.
- l'anoxie avec chute tensionnelle brutale par dilatation brusque du lit vasculaire sous l'effet de l'anesthésie.

La surveillance rigoureuse des constantes et du début de perfusion sera maintenue afin de prévenir le collapsus.

◆ **Réanimation postopératoire :**

La période postopératoire va être caractérisée par les troubles de la volémie, les désordres hydro électrolytiques, les risques infectieux, la dénutrition, les problèmes de nursing.

La surveillance de la réanimation : la surveillance de cette réanimation parentérale s'intègre dans la surveillance des suites opératoires les principales complications surviennent lorsque la réanimation se prolonge et que l'on est contraint d'utiliser des solutions hyperosmolaires et de hauts niveaux calorico-azotés.

Ces complications sont :

- Le choc par lyse de salmonelles due à une forte dose de quinolone ;
- Inflammatoires (thrombose de veines périphériques sur le cathéter sans autre effet immédiat notable que celui d'amputer définitivement le capital veineux mais aussi thrombose veineuse centrale avec risque d'embolie pulmonaire)
- Infectieuses avec décharges bactériennes à partir de l'extrémité d'un cathéter veineux central et de métastases septiques.
- Métaboliques complexes et à retentissement souvent encéphalique (hyperamoniémie, acidose et déséquilibre électrolytique, coma par hyperosmolarité ou par hypoglycémie)

En pratique, ces situations compliquées semblent exceptionnelles dans le cadre de la réanimation d'une péritonite aiguë généralisée chez l'adulte jeune, elles sont moins rares chez les sujets âgés à terrain fragile.

◆ **Les moyens chirurgicaux :**

Le traitement chirurgical utilise trois méthodes.

Le traitement de la cavité péritonéale :

La laparotomie médiane peut être, soit sus ou sous ombilicale, soit xyphoïdienne. Elle doit permettre l'exploration la plus large possible de la cavité péritonéale. Les berges de l'incision sont protégées par des champs stériles pour

### *Perforations iléales d'origine typhique*

tenter d'éviter une contamination par l'épanchement. L'incision médiane xyphopubienne peut être remplacée chez les sujets obèses ou brévilignes par une grande incision transversale. [5, 21]

A l'ouverture de la cavité péritonéale, ouverture qui est momentanément étroite et autour de l'ombilic, on aspire le liquide épanché dont on fera un prélèvement pour examen bactériologique et culture.

Le traitement de la cavité est presque toujours identique, quelle que soit la cause de la péritonite.

#### **La toilette péritonéale :**

Elle s'effectue en amont et en aval du traitement de la cause. Elle doit assurer l'évacuation complète et le débridement de toute la cavité et obtenir un espace péritonéal libre et aussi propre que possible. On procède à l'exploration soigneuse et méthodique de la cavité, étage par étage, à la recherche d'une étiologie et/ou d'un ou plusieurs abcès cloisonnés.

L'exploration est un temps essentiel qui permet de préciser : la taille, le siège, le nombre de perforations, l'état de l'anse de voisinage, l'état du mésentère, les lésions associées éventuelles et l'état du péritoine.

Les étages sus et sous-mésocoliques sont minutieusement explorés.

A l'étage sus-mésocolique, on explore les viscères suivants : bas œsophage, estomac, premier duodénum, foie, voies biliaires, rate, pancréas éventuellement et les espaces sous phréniques pour ne pas y méconnaître une collection.

A l'étage sous méso colique, on explore les différents viscères (duodénum, anses jéjuno-iléales depuis l'angle duodéno-jéjunal jusqu'au cæcum, appendice, colon dans son entier, appareil génital interne chez la femme) et les gouttières pariéto-coliques depuis le mesocolon transverse jusqu'au cul de sac de Douglas.

Cette exploration peut être rendue difficile si les anses grêles sont très dilatées et il peut être nécessaire d'éclairer la situation par une évacuation intestinale telle que décrite plus bas. Au cours de cette exploration, on peut être amené à libérer des cloisons d'adhérence entre les anses intestinales. Cette adhésiolyse qui se

### *Perforations iléales d'origine typhique*

fait de façon douce permet l'évacuation plus complète du pus et d'éviter l'organisation des loges exclues, source de récurrence postopératoire. On procède ensuite à l'ablation soignée et douce des fausses membranes accolées aux anses intestinales et aux parois. Au cours de ces manoeuvres de décollement, il faut éviter toute blessure (pouvant être méconnue) des anses intestinales (risque de fistule et de la séreuse péritonéale, risque d'hémorragie, de septicémie, de contamination du rétro péritoine, de brides et d'adhérence à distance) [5, 6,7]

L'évacuation de l'intestin grêle (traitement de l'iléus) peut s'effectuer à l'aide d'une des trois méthodes suivantes [6, 7]

Vidange rétrograde par traite manuelle des anses de l'aval vers l'amont permettant l'aspiration par une sonde nasogastrique poussée dans le duodénum. Cette technique exige une intubation oro-trachéale étanche qui, seule peut interdire une inhalation.

L'aspiration par une longue sonde gastro-intestinale (délicate à placer car il est difficile de franchir le duodénum ;

L'entérostomie qui est pratiquée sur le bord anti-mésentérique de l'intestin, est dangereuse en raison d'une part du risque d'ensemencement immédiat de la cavité à partir des germes intraluminaux, et de raccourcir le délai de la reprise du transit d'autre part. On termine la toilette péritonéale par un lavage abondant de la cavité au sérum salé physiologique (6 à 9l), éventuellement additionne d'un antiseptique type polyvidone iodée par exemple, diluée à 2%.

Traitement de la lésion intestinale :

Une grande variété de techniques est utilisée sans qu'aucune d'entre elles ne fasse l'unanimité. Les techniques les plus utilisées dans notre service sont :

**L'excision suture** (en cas de perforation isolée) : C'est un geste simple, comportant la résection losangique de la zone perforée dans le grand arc de l'intestin, suivie d'une suture transversale. Elle se justifie car les lésions des plaques de PEYER sont plus étendues sur le versant muqueux que sur le versant

### *Perforations iléales d'origine typhique*

séreux. La suture est souvent faite en deux plans associée ou non à une bourse d'enfouissement ou une épiplooplastie.

Ces sutures ont certains inconvénients : la suture est faite en zone pathologique extrêmement fragile se déchirant lors du serrage des nœuds et exposant au lâchage de suture.

Elles n'éliminent pas le risque de perforation itérative du fait de la méconnaissance des zones pré-perforatives voisines ; d'ailleurs, l'état des anses en amont et en aval de la perforation ne les permet pas toujours.

**La résection anastomose termino-terminale** : Elle est exceptionnellement indiquée lorsque la péritonite est vue tôt et que les parois sont encore peu inflammatoires.

Elle vise à enlever la portion pathologique de l'iléon permettant de supprimer une bonne partie de l'organe cible. L'étendue de la résection segmentaire plus ou moins importante. Elle est fonction du nombre de perforation et de l'état des anses en amont et en aval de la perforation. L'anastomose est iléo iléale ou iléo-caecale lorsque les derniers centimètres d'iléon ont été réséqués.

**L'iléostomie avec rétablissement secondaire** de la continuité.

Beaucoup d'autres techniques ont été citées dans la littérature.

**L'entérostomie** : C'est une méthode ancienne, réalisée semble-t-il pour la première fois par Escher en 1903 cité par Lauroy J [29], dans le cas où la suture apparaît difficile ou impossible. Elle consiste à introduire une sonde dans l'intestin grêle par l'orifice de perforation, à aboucher sonde et perforation à la paroi et à fixer l'anse malade au péritoine pariétal. Cela permet d'évacuer le contenu toxique de l'intestin, de lutter contre la distension intestinale et de mettre au repos les lésions ulcéreuses de voisinage. On réduirait ainsi le risque de perforation itérative bien que la portion de l'intestin grêle pathologique soit laissée sur place. Cette méthode nécessite des soins postopératoires attentifs et une réanimation adaptée aux importantes pertes hydro électrolytiques qu'elle entraîne. Elle impose souvent une fermeture secondaire de cette "fistule dirigée".

## *Perforations iléales d'origine typhique*

**La fermeture de la paroi :** Lors de la fermeture de la paroi, il est rare de pouvoir fermer isolement le plan péritonéal généralement modifié par l'inflammation, on utilise alors des points subtotaux séparés (de préférence au fil à résorption lente de calibre 0 ou décimal 4) prenant à la fois, péritoine et aponévrose. La fermeture cutanée par des points séparés, doit être suffisamment lâche pour tenter de prévenir une éventuelle suppuration pariétale ou faciliter son drainage spontané. [30]

### **7 - Evolution et pronostic :**

Elément de la surveillance : La surveillance porte sur les éléments suivants :

-L'équilibre hydro électrolytique et hémodynamique (conscience, faciès, hydratation des muqueuses buccales et de la peau, constantes cardio-vasculaires, diurèse, hémocrite, protidémie créatininémie, ionogramme sanguin et urinaire, [6]

-L'évolution du syndrome infectieux (courbe de température, qualité et quantité de l'émission par des drains abdominaux, formule sanguine et éventuelle hémoculture) ;

- L'état digestif et abdominal (courbe de la sonde nasogastrique, qualité de cette émission, signes physiques abdominaux, reprise du transit, reprise alimentaire orale).

#### **a) Evolution favorable :**

L'évolution lorsqu'elle est favorable, s'étale sur une semaine ou un peu moins.

Elle s'apprécie sur la base des signes suivants :

- La survenue en 3 à 4 jours de l'apyrexie avec normalisation progressive, mais plus lente de la leucocytose ;
- La diurèse comprise entre 0,5 et 1 ml/kg/h et hydratation globale (clinique et biologique) ;
- La respiration normale ;
- L'abdomen progressivement assoupli et indolent ;

### *Perforations iléales d'origine typhique*

- La sonde nasogastrique peu productive, reprise du transit intestinal dans les 3 à 4 jours post opératoires, avec disparition du météorisme post opératoire et tolérance à la reprise alimentaire, liquide puis semi solide.

Dans ces conditions, les gestes suivants pourront être menés :

-l'ablation de la sonde nasogastrique est effectuée dès qu'elle devient peu productive (habituellement vers les 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> jours post opératoires).

Elle peut être différée d'un ou de deux lorsqu'on a pratiqué une anastomose digestive. La reprise alimentaire peut débuter le même jour ou le lendemain après un clampage de 6-12 heures.

-la sonde urinaire est retirée lorsqu'elle n'est plus nécessaire.

Les drains abdominaux sont retirés progressivement lorsqu'ils ne produisent plus depuis 24 heures ; en général, le drainage abdominal ne dépasse pas une semaine [21].

-l'arrêt des perfusions intervient généralement le jour ou le lendemain de la reprise alimentaire quand le malade s'alimente correctement et à l'absence de toute poussée fébrile.

-l'arrêt des antibiotiques est habituellement décidé à la guérison clinique du malade (absence de toute fièvre, reprise alimentaire et absence d'autres signes de complication).

-l'ablation des fils de suture est réalisée entre les 12<sup>ème</sup> et 15<sup>ème</sup> jours postopératoires.

#### **b) Evolution défavorable**

Une évolution défavorable peut avoir des causes diverses, souvent liées entre elles :

-une complication infectieuse pariétale (du «simple» abcès sous cutané à la désunion large de l'abord avec éviscération ;

-une perforation itérative, lorsque la suture a été faite en zone pré perforée ou dans une cavité mal lavée ;



### *Perforations iléales d'origine typhique*

-une poursuite ou une reprise abdominale (péritonite rarement généralisée en un abcès d'un espace sous phrénique ou du cul de sac de Douglas pour les localisations les moins rares, fistule anastomotique...);

-une généralisation de l'infection (septicémie, choc toxi-infectieux à germes Gram négatif) et dont l'origine peut être l'abdomen, mais aussi un cathéter veineux central ou une sonde urinaire.

Les tableaux réalisés sont complexes et polymorphes et la première difficulté est de rattacher la symptomatologie à une cause précise; la deuxième difficulté est de poser l'indication d'une re-intervention. En pratique cependant, toute stagnation postopératoire ou toute aggravation doivent être, à priori et jusqu'à preuve du contraire, considérées comme d'origine abdominale [51]

Les principaux signes d'une complication abdominale postopératoire indiquant une re-intervention sont les suivants :

-troubles de la conscience à type de désorientation, de délire ;

-une fièvre persistante ou rallumée, pour Hollender [21] la présence d'un syndrome infectieux postopératoire traduirait une complication péritonique 8fois/10 ;

-la survenue d'une insuffisance rénale aigue au cours de la première semaine postopératoire en sachant que les signes biologiques peuvent être tardifs ;

-la survenue d'une diarrhée précoce aux environs du 3eme jour postopératoire et supérieure à 500ml/24 heures.

Écoulements anormaux par les drains et orifices de drainage ou par la plaie de laparotomie ;

-la persistance ou la réapparition d'un météorisme et/ou émission de quantité importante de gaz par la sonde nasogastrique au delà des 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> jours postopératoires ;

-le choc hypovolémique persistant ou secondairement installé ;

-la survenue d'une complication respiratoire (surinfection, mais surtout détresse aigue).

### *Perforations iléales d'origine typhique*

L'analyse de ces signes permet de dégager les principaux critères de reintervention précoces suivants [9, 17, 49, 51] :

Critères infectieux : choc toxi-infectieux et ou bactériémie associés ou non à des signes cliniques abdominaux ;

Critères d'ordre rénal et les critères métaboliques et hydro électrolytiques : un bilan azoté nul ou négatif, malgré un apport calorico-azotés élevé, plaide en faveur d'une complication abdominale qui s'accompagne aussi de perturbations hydro électrolytiques.

Ces critères, considérés dans les années 70 comme des complications graves qui pouvaient contre indiquer une reintervention précoce, en sont aujourd'hui des indications habituelles. La décision de reintervention ne doit pas attendre la dégradation de la situation et l'association de plusieurs de ces critères : un des signes doit déclencher une enquête étiologique immédiate au rang de laquelle l'échographie au minimum et la TDM au mieux, sont un appoint indispensable et précis.

# **METHODOLOGIE**

## **1 - CADRE D'ETUDE :**

Le centre hospitalo-universitaire du point G est un centre de troisième niveau de référence. Il est situé à 8Km du centre ville, sur la colline du point G. Présentement l'hôpital compte 18 services dont deux services de chirurgie abdominale.

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie «A » du centre hospitalo-universitaire du point G. Les activités du service sont dominées par la chirurgie digestive, thoracique et laparoscopique.

Le service comprend deux pavillons (PTFT et chirurgie II). Les entités comprennent 40 lits d'hospitalisation dont 18 de troisième catégorie, 16 de deuxième catégorie et 6 de première catégorie.

## **2 - TYPE D'ETUDE :**

Il s'agit d'une étude rétrospective.

## **3 - PERIODE D'ETUDE :**

Cette étude s'est déroulée sur une période de 6 ans allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2000 au 31 Décembre 2005

## **4 - LES PATIENTS**

Tous les patients ont été recrutés dans le service de chirurgie "A". Le recrutement a concerné les malades des deux sexes et tout âge.

Un questionnaire établi a permis de recueillir tous les renseignements nécessaires pour chaque patient.

## **5 - CRITERES D'INCLUSION**

Ont été inclus dans notre étude tous les patients opérés pour péritonite par perforation iléale d'origine typhique et hospitalisés dans les services de chirurgie A.

### *Perforations iléales d'origine typhique*

Le diagnostic de perforation typhique a été posé sur la base des arguments cliniques, l'aspect des lésions en per-opératoire la positivité du sérodiagnostic de Widal et Félix.

#### **6 - CRITERES DE NON INCLUSION**

- Tout patient opéré pour péritonite par perforation iléale non typhique.
- Tout patient non hospitalisé ou dont la prise en charge a été effectuée en dehors de la chirurgie « A ».
- Tous les patients chez qui le diagnostic de perforation typhique a été retenue mais décédé avant l'intervention chirurgicale.

#### **7 - METHODE :**

Elle a comporté :

- Une phase de recherche bibliographique
  - Une phase de confection du questionnaire
  - Une phase de collecte des données
  - Une phase d'analyse des données
  - Une phase de rédaction.
- À l'interrogatoire, nous avons recherché et caractérisé le motif de consultation et les signes fonctionnels.
- À l'examen clinique, nous avons recherché et caractérisé une douleur abdominale, une contracture abdominale, une fièvre, les signes péritonéaux. La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) a été demandée chez tous les patients. Une échographie abdominale qui pourrait être d'un apport essentiel n'a pu être demandée chez tous les patients à cause de sa non disponibilité en urgence.

### *Perforations iléales d'origine typhique*

- Notre approche thérapeutique a d'abord été médicale pour tous les patients (réanimation préopératoire) suivie de l'acte chirurgicale qui permet le traitement de la perforation et de la cavité abdominale.

#### **8 -LES SUPPORTS DES DONNEES :**

- les dossiers médicaux
- les registres d'hospitalisation
- les registres consignants les comptes rendus opératoires
- les fiches d'anesthésie
- la fiche d'enquête que nous avons élaborée.

#### **9- LE TRAITEMENT DE TEXTE ET L'ANALYSE DES DONNEES :**

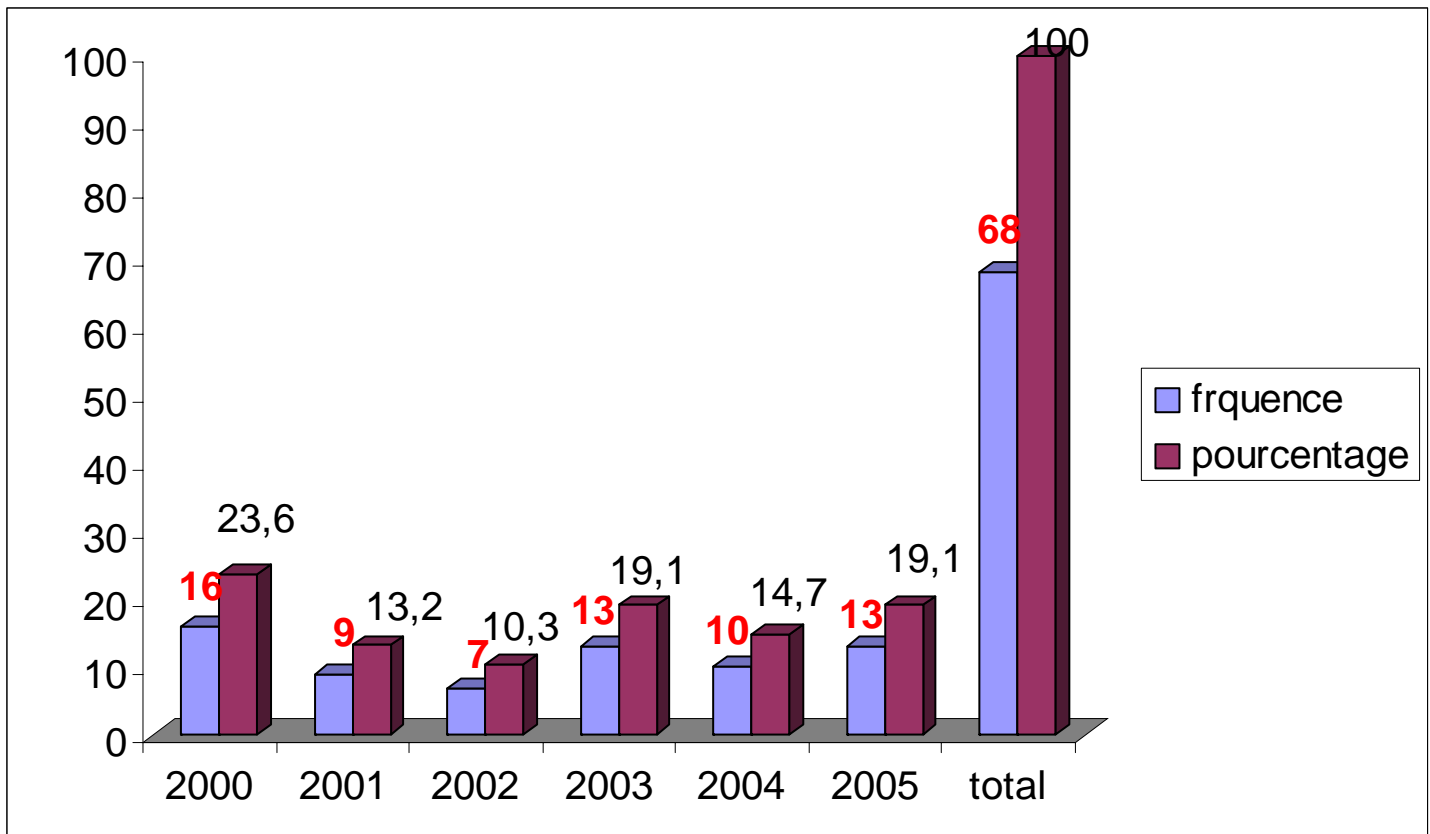
Le traitement de texte a été réalisé à l'aide du logiciel Microsoft Windows XP version 2003.

L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel EPI info version 6.0.

**TEST DE PROBABILITE :** nous avons utilisé le test de Chi<sup>2</sup> avec un seuil de signification  $p < 0,05$ .

# **RESULTATS**

**Répartition des malades selon l'année :**



**Figure 2 : Répartition selon l'année**

En 2000 il y'a plus de cas de perforations typhique dans le service que les autres années.

**Tableau I : Répartition des patients selon l'âge :**

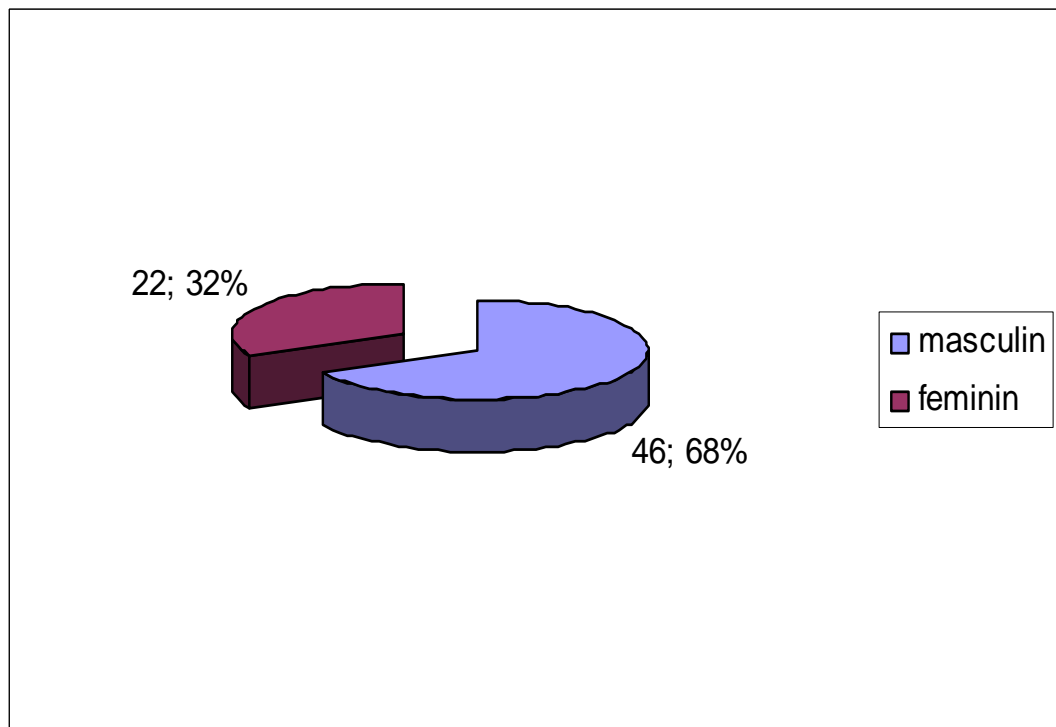
Age	Fréquence	Pourcentage
0-10	15	22,1
<b>11-20</b>	<b>27</b>	<b>39,7</b>
21-30	13	19,1
31-40	6	8,8
41 et plus	7	10,3
Total	68	100

39,7% de nos patients avaient un âge compris entre 11 et 20 ans .

L'âge moyen était de 21,9 ans et avec un âge médian de 27 ans.



**Répartition des patients selon le sexe :**



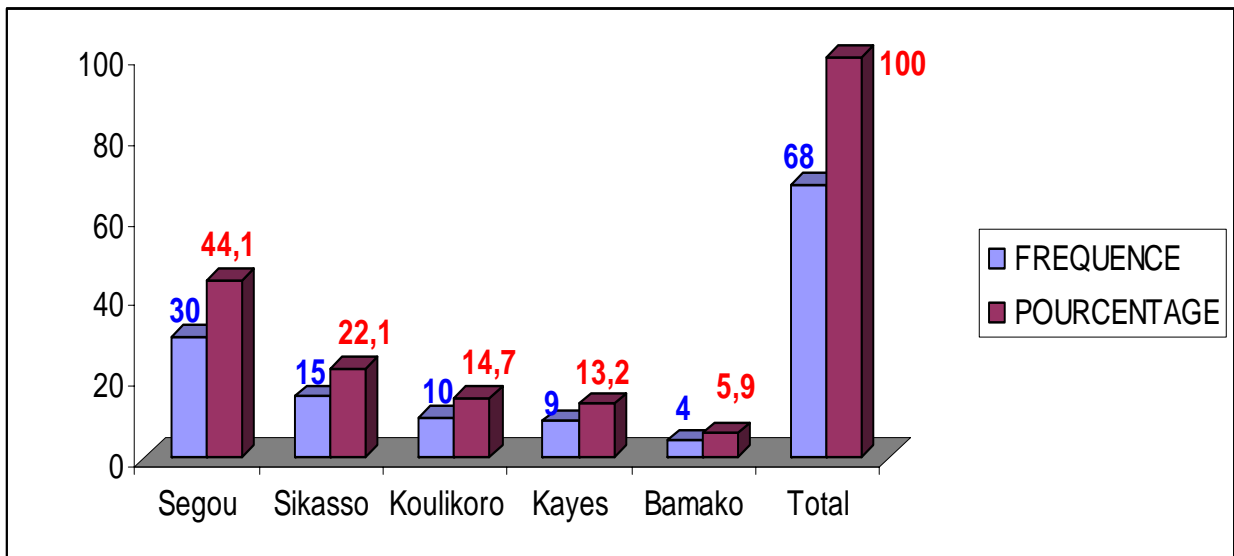
**Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe :**

Avec 68% de nos patients étaient de sexe masculin ; avec un sexe ratio de 2,1.

**Tableau II: Répartition selon l'âge et le sexe :**

Age \ Sexe	Sexe		Total
	Hommes	Femmes	
0-10	10 (14,7%)	5 (7,3%)	15 (22,1%)
<b>11-20</b>	<b>16 (23,5%)</b>	<b>11 (16,2%)</b>	<b>27 (39,7%)</b>
21-30	9 (13,2%)	4 (5,9%)	13 (19,1%)
31-40	4 (5,9%)	2 (2,9%)	6 (8,8%)
41 et plus	7 (10,3%)	0	7 (10,3%)
Total	46 (67,6%)	22 (32,4%)	68 (100%)

**Répartition selon la provenance :**



**Figure 4 : Répartition selon la provenance :**

La région de Ségou a été la plus affectée avec 44,1% des cas

**Tableau III : Répartition des patients selon le mode d'admission à l'hôpital :**

Mode de recrutement	Fréquence	Pourcentage
<b>Urgences</b>	<b>64</b>	<b>94,1%</b>
Consultation externe	4	5,9%
Total	68	100%

94,1% de nos malades ont été recrutés en urgences.

**Tableau IV : Répartition des patients selon le mode d'orientation :**

Mode d'orientation	Fréquence	Pourcentage
<b>Référé par un médecin</b>	<b>56</b>	<b>82,4</b>
Référé par un infirmier	2	2,9
Venu de lui-même	10	14,7
Total	68	100

**Tableau V : Répartitions des patients selon le motif de consultation :**

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Péritonite	21	30,9
<b>Occlusion</b>	<b>24</b>	<b>35,3</b>
Douleurs abdominales	20	29,4
Autres	2	2,9
Total	68	100

**NB :** autres=appendicite, abdomen aigu.

**Tableau VI : Répartition des malades selon les signes fonctionnels :**

Signes fonctionnels	Fréquence	Pourcentage
<b>Douleurs abdominales</b>	<b>68</b>	<b>100</b>
Nausées/vomissements	41	62,3
Arrêt des matières et des gaz	22	32,3

**Tableau VII : Répartition selon la température des patients à l'admission (en °C):**

Température	Fréquence	Pourcentage
<37,5	6	8,8
37,5 -38,5	28	41,2
<b>&gt;38,5</b>	<b>30</b>	<b>44,1</b>
Indéterminée	4	5,9
Total	68	100

**Tableau VIII : Répartition selon la dissociation du pouls et de la température :**

Dissociation	Fréquence	Pourcentage
<b>Présente</b>	<b>7</b>	<b>10,3</b>
Absente	44	64,7
Indéterminée	17	25,0
Total	68	100

**Tableau IX : Répartition des patients selon le délai de consultation (en jour) et la défense abdominale :**

Délai de consultation Défense de l'abdomen	Délai de consultation				Total
	0-5	6-10	11-15	Plus de 15	
Localisée	7	0	0	0	7
<b>Généralisée</b>	<b>28</b>	<b>19</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>59(86,8)</b>
Indéterminée	1	1	0	0	2
Total	36	20	7	5	68

**Tableau X : Répartition des patients selon les signes physiques :**

Signes physiques	Fréquence	Pourcentage
Déshydratation clinique (langue rôtie, pli cutané)	55	80,9
Météorisme abdominal	49	72,1
Contracture abdominale (ventre de bois)	59	86,8
<b>Toucher rectal douloureux</b>	<b>61</b>	<b>89,7</b>
Cri de l'ombilic positif	60	88,2

### *Perforations iléales d'origine typhique*

La douleur au toucher rectal était présente chez 61 patients soit 89,7% des cas.

**Tableau XI : Répartition des patients selon le résultat de la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) :**

ASP	Fréquence	Pourcentage
Niveaux hydroaériques	4	5,9
<b>Grisaille floue</b>	<b>43</b>	<b>63,2</b>
Croissant gazeux inter-hépatodiaphragmatique	39	57,4
Grisaille+croissant gazeux	27	39,7
Grisaille+niveaux	19	27,9
Indéterminé	3	4,4

**Tableau XII : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie abdominale :**

Echographie	Fréquence	Pourcentage
Présence de pus	8	11,8
<b>Non faite</b>	<b>58</b>	<b>85,3</b>
Indéterminée	2	2,9
Total	68	100

**Tableau XIII : Répartition des patients selon le diagnostic pré opératoire :**

Diagnostic	Fréquence	Pourcentage
<b>Péritonite</b>	<b>47</b>	<b>69,1</b>
Occlusion intestinale	14	25,0
Abcès appendiculaire	4	5,9
Total	68	100

**Tableau XIV : Répartition des malades selon la réanimation préopératoire :**

Réanimation préopératoire	Fréquence	Pourcentage
<b>Réhydratation + antalgique + antibiothérapie</b>	<b>66</b>	<b>97,1</b>
Réhydratation + antalgique + antibiothérapie + transfusion	2	2,9
Total	68	100

**Tableau XV : Répartition des patients selon la sérologie de Widal-Félix :**

Sérodiagnostic de Widal-Félix	Fréquence	Pourcentage
<b>Positif</b>	<b>35</b>	<b>51,3</b>
Négatif	23	34
Non fait	10	14,7
Total	68	100

**Tous nos patients ont et opérés sous anesthésie générale.**

**Tableau XVI : Répartition des patients selon le nombre de perforation :**

Nombre de perforation	Fréquence	Pourcentage
1	57	83,9
2	7	10,3
3	2	2,9
Plus de 3	2	2,9
Total	68	100

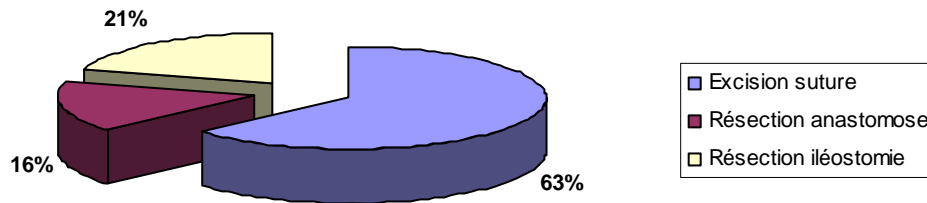
**Tableau XVII : Répartition des patients selon le siège de la perforation sur les bords de l'intestin :**

Siège	Fréquence	Pourcentage
Bord Anti-mésentérique	64	94,1
Indéterminé	4	5,9
Total	68	100

**Tableau XVIII : Répartition des patients selon la distance de la perforation par rapport à la valvule de Bauhin (en cm) :**

Distance	Fréquence	Pourcentage
<b>0-70</b>	<b>56</b>	<b>82,4</b>
71 et plus	12	17,6
Total	68	100

**Répartition des patients selon la technique opératoire :**



**Figure 5 : Répartition des patients selon la technique opératoire :**

L'excision suture a été la technique opératoire la plus utilisée avec 63,3%.

**Tableau XIX : Répartition des patients selon la quantité du liquide de lavage péritonéal (en CC) :**

Quantité	Fréquence	Pourcentage
<b>2000</b>	<b>54</b>	<b>79,4</b>
<2000	9	13,2
>2000	4	5,9
Indéterminée	1	1,5
Total	68	100



**Tableau XX : Répartition des patients selon le nombre de drains :**

Nombre de drains	Fréquence	Pourcentage
1	4	5,9
2	10	14,7
3	54	79,4
Total	68	100

**Tableau XXI : Répartition des patients selon le résultat de la culture du pus péritonéal :**

Culture	Fréquence	Pourcentage
<b>Stérile</b>	<b>59</b>	<b>86,7</b>
Escherichia coli	3	4,4
Salmonella	1	1,5
Staphylocoques	1	1,5
Proteus vulgaris	1	1,5
Non faite	3	4,4
Total	68	100

**Tableau XXII : Répartition des patients selon l'antibiothérapie post-opératoire :**

Antibiothérapie	Fréquence	Pourcentage
Cipro+Métro	23	33,8
<b>Ceftriaxone+Métro</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>
Amoxi+Genta+Métro	11	16,2
Total	68	100

**Tableau XXIII : Répartition des patients selon la cause du séjour en réanimation (n=13) :**

Raisons du séjour	Fréquence	Pourcentage
Choc septique	3	23,1
<b>Choc hypovolémique</b>	<b>8</b>	<b>61,5</b>
Anémie sévère	2	15,4
Total	13	100

**Tableau XXIV : Répartition des patients selon les suites opératoires à 24 heures :**

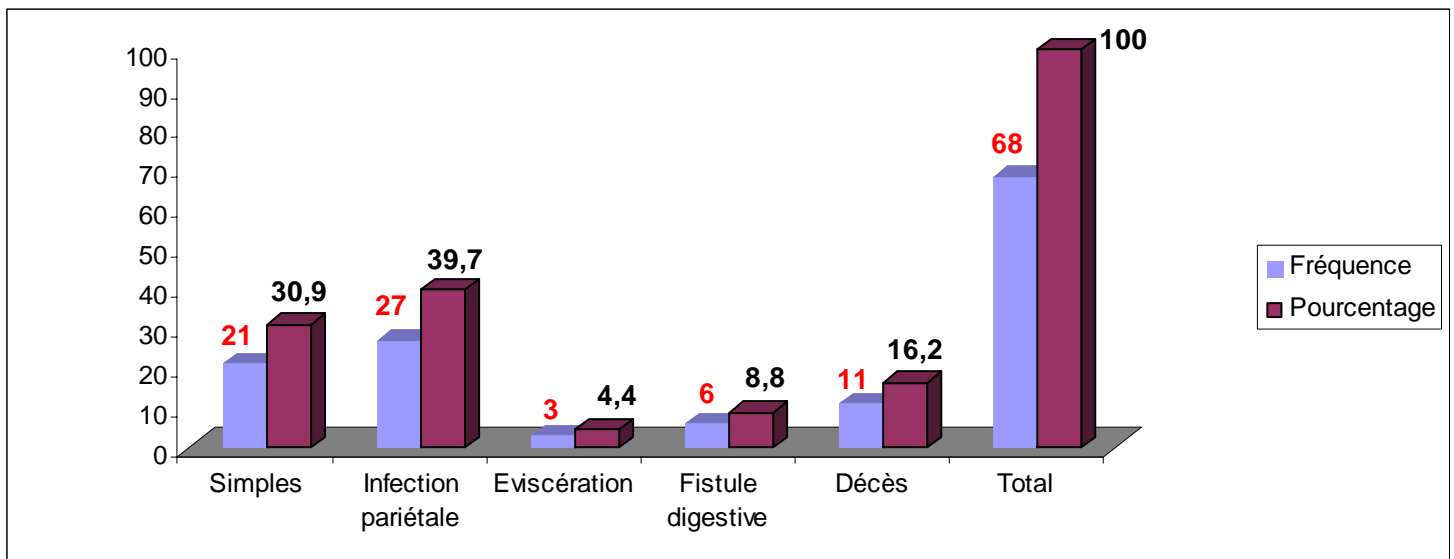
Suites	Fréquence	Pourcentage
<b>Simple</b>	<b>51</b>	<b>75</b>
Choc hémodynamique	10	14,7
Septicémie	1	1,5
Décès	6	8,8
Total	68	100

8,8% de nos patients sont décédés au bout de 24 heures après l'intervention.

**Tableau XXV : Répartition des patients selon les suites opératoires à 72 heures :**

Suites	Fréquences	Pourcentage
<b>Simple</b>	<b>56</b>	<b>82,3</b>
Instabilité Hémodynamique	4	5,9
Décès	8	11,8
Total	68	100

**Répartition des patients selon les suites opératoires globales :**



**Figure 6 : Répartition des patients selon les suites opératoires globales :**

Le taux de décès global a été de 16,2% dans notre étude :

**Tableau XXVI : Répartition des patients selon l'antibiothérapie postopératoire et les suites opératoires :**

Suites Antibiothérapie	Simple	Suppuration pariétale	Eviscération	Fistulisation	Décès	Total
Cipro+Métro	15	6	0	1	1	23
<b>Ceftriaxone+Métro</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>34</b>
Amoxi+Genta+Métro	2	5	1	2	1	11
Total	21	27	3	6	11	68

**Tableau XXVII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation post-opératoire (en jours) :**

Durée	Fréquence	Pourcentage
<10	3	4,4
<b>11-20</b>	<b>45</b>	<b>66,2</b>
>20	13	19,1
Indéterminé	7	10,3
Total	68	100

**Tableau XXVIII : Répartition des patients selon le mode de suivi :**

Mode de suivi	Fréquence	Pourcentage
Venu de lui-même	20	29,4
Sur convocation	15	22,1
Sur RDV	10	14,7
<b>Perdu de vue</b>	<b>23</b>	<b>33,8</b>
Total	68	100

**Tableau XXIX : Répartition des patients selon le délai de rétablissement de la continuité digestive (n=11) :**

Délai (en semaines)	Fréquence	Pourcentage
<6	2	18,2
6	4	36,4
<b>&gt;6</b>	<b>5</b>	<b>45,4</b>
Total	11	100

45% des rétablissements de la continuité digestive ont lieu au delà de six (6) semaines.

**Tableau XXX : Répartition des patients selon la distance de la perforation par rapport à la valvule de Bauhin (en Cm) et la positivité du sérodiagnostic de Widal et Félix :**

Sérodiagnostic Distance	Positif	Négatif	Total
<b>0-70</b>	<b>30</b> <b>(60%)</b>	<b>20</b> <b>(40%)</b>	<b>50</b>
71 et plus	3 (37,5)	5 (62,5%)	8
Total	35	23	58

**Tableau XXXI : Répartition selon la technique opératoire et la mortalité :**

Mortalité Technique opératoire	Effectif	Pourcentage
Excision suture	2/43	4,6
<b>Résection anastomose</b>	<b>8/11</b>	<b>72,7</b>
Iléostomie	4/14	28,6
Total	11	100

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

## *Perforations iléales d'origine typhique*

### **1 Méthodologie :**

Nous avons mené une étude rétrospective s'étendant sur six (6) ans allant de Janvier 2000 à Décembre 2005. Ceci nous a permis de recenser 68 patients. Pour chaque dossier, les données mentionnant l'âge, le sexe, les aspects, clinique, radiologique, biologique et les suites opératoires ont été prises en compte. Cependant certaines difficultés ont été rencontrées comme l'exploitation difficile de certains dossiers et l'absence du résultat de certains examens importants pour la confirmation diagnostic comme l'hémoculture et le sérodiagnostic de Widal et Félix.

### **2 - Fréquence :**

**Tableau 32 : Fréquences des perforations typhiques selon les auteurs par rapport aux urgences chirurgicales**

Auteurs	Nguyen [39] Vietnam 1994	Harouna [21] Niger 2000	Dieffaga M.M. [13] Mali 2005	Notre série
Effectifs	83/600	56/160	65/200	68/712
Pourcentage	13,8	35	32,5	9,5
P	0,015	$10^{-7}$	$10^{-7}$	

Si dans les pays développés, la vaccination et le traitement antibiotique réduit la fréquence et la gravité des perforations iléales d'origine typhique, il n'en est pas de même dans les pays en voie de développement [14]. Dans notre étude la perforation typhique du grêle occupe le 2<sup>ème</sup> rang des urgences chirurgicales. Notre taux de 9,5% est inférieure à celui des séries [13, 21, 39]; avec un  $p < 0,05$ .



## *Perforations iléales d'origine typhique*

### 3 - Age et sexe :

#### a) Age :

**Tableau 33 : Moyenne d'âge selon les auteurs**

Auteurs	Age moyen	N
Nguyen [39] Vietnam 1994	18,4 ans	83
Harouna [21] Niger 2001	20 ans	56
Dieffaga M M [13] Mali 2005	15,2	65
Notre série	21,9 ans	68

La perforation typhique est une pathologie du sujet jeune. La moyenne d'âge dans notre série est de 21,9 ans avec 80,9% des patients ayant un âge inférieur à 30 ans. Ce constat a été fait par la plupart des auteurs [13 ; 21 ; 39].

#### b) Sexe :

**Tableau 34 : Sexe selon les auteurs.**

Auteurs Sexe	Hosoglu .S et all [26] Turquie 2004	Nguyen [39] Vietnam 1994	Mallick S. [33] Guyane 2001	Notre série
Masculin	30/40	56/83	5/7	46/68
Féminin	10/40	27/83	2/7	22/68

Nous avons trouvé une prédominance masculine 46 hommes (67,6%) contre 22 femmes (32,4%) soit un sexe ratio de 2,1 en faveur des hommes. Celle-ci a été retrouvée dans toutes les séries asiatiques, européennes et africaines parmi lesquelles Nguyen [39], Mallick [33] et Sidibé [49] qui ont trouvé respectivement 67,4% ; 71,4% et 71,4% d'hommes.

## II - Etude clinique

### 1 – **Tableau 35 : Délai de perforation**

Délai de perforation Auteurs	Inférieur à 7 jours	7 à 15 jours
S. Mallick [32] GUYANE 2001	5/7 (71,4%)	2/7 (28,6)
Nguyen VS [38] Vietnam 1994	26/83	44/83
Dieffaga M. M. [13] Mali 2005	21/65	44/65
Notre série	19/68	46/65

Le délai de perforation définit la période comprise entre le début de la maladie et l'apparition des premiers signes de la perforation.

Dans la majorité des séries publiées [13, 32, 38] et dans la notre, la perforation a lieu dans le deuxième septénaire (délai compris entre 7 et 14 jours).

Dans la série nigérienne [21] le délai moyen de survenue de la perforation était de 17 jours avec des extrêmes de 6 et 27 jours.

Le délai de perforation peu être raccourci par une antibiothérapie à forte dose ce qui serait responsable de la fréquence élevée de la perforation au cours du premier septénaire de la maladie dans l'étude de Mallick [32] (71,4%) dans la première semaine. Dans cette série, les malades étaient hospitalisées pour fièvre typhoïde et ont tous bénéficié d'une forte antibiothérapie.

2 - **Signes fonctionnels**

**Tableau 36 : Signes fonctionnels selon les auteurs.**

Auteurs Signes Fonctionnels	Mallick [32] Guyane 2001		Nguyen [38] Vietnam 1994		Kouamé BD [28] Cote d'Ivoire 2000		Notre série	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dx abdominales	7/7	100	81/83	95,7	56/56	100	68/68	100
Fièvre	7/7	100	81/83	95,7	56/56	100	58/68	85,3
Vomissements	5/7	71,4	28/83	33,7	40/56	71,4	36/68	52,9
Diarrhées	3/7	42,8	22/83	26,5	25	44,6	24/68	35,3

La douleur abdominale est la manifestation clinique la plus fréquente de la perforation souvent localisée à la fosse iliaque dans la phase de début [38]. Elle est brutale intense ou sans cause adjuvante (H Mondor). Elle a été retrouvée chez tous nos patients comme dans beaucoup d'autres séries [28, 32].

Nguyen a trouvé 2 cas de perforations typhiques sans douleur associée.

La fièvre a été retrouvée dans toutes les séries [28, 32, 38] et dans la notre avec des taux variant de 85,3 et 100%.

Le vomissement est un signe fréquent. Il n'est pas précoce mais devient rapidement fécaloïde.

La diarrhée a été soulignée également par tous les auteurs et retrouvée chez 26,5 à 44,6% des patients [28, 32, 38].

3 - **Signes physiques :**

**Tableau 38 : Signes physiques selon les auteurs.**

Auteurs Signes Physiques	Mallick [32] Guyane 2001		Nguyen [38] Vietnam 1994		Kouamé BD [28] Côte d'Ivoire 2000		Notre série	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Défense et/ou Contracture	5/7	71,3 p=0,59	80/83	96,3	34/56	60,7	59/68	86,8
Ballonnement Abdominal	6/7	85,7	83/83	100	52/56	92,8	49/68	71,2
Douleur au Toucher rectal	-	-	83/83	100	47/56	83,7	61/68	89,7
Cri de l'ombilic	-	-	70/83	84,33 p=0.33	-	-	61/68	89,7
Mobilité abdominale abolie à la respiration	6/7	85,7	-	-	50/56	89,9	49/68	71,2

La défense et/ou la contracture abdominale est le signe physique majeur évoqué par tous les auteurs. Notre taux de 86% est similaire à ceux des séries [32 et 38].

Le ballonnement abdominal est un signe fréquent. Il a été retrouvé chez 71,2% des patients dans notre série.

Le cri de l'ombilic témoin de l'irritation péritonéale a été évoqué seulement dans la série vietnamienne et la nôtre avec des taux élevés respectivement 84,33% et

### *Perforations iléales d'origine typhique*

89,7% dans notre série, la douleur du Douglas a été retrouvée dans 89,7% des cas.

L'abolition de la mobilité abdominale à la respiration, consécutive à l'irritation diaphragmatique a été retrouvée dans 71,2 % des cas dans notre série.

### **III - ETUDE PARACLINIQUE :**

#### **1 - Radiographie de l'abdomen sans préparation**

**Tableau 39 : Présence de pneumopéritoine à l'ASP selon les auteurs**

Auteurs	Rahman [43] Nigeria 2000	Hosoglu S [26] Turquie 2004	Dieffaga MM [13] Mali 2005	Notre série
Effectifs	27/42	28/40	35/50	39/68
Pourcentages	64,3	70	70	57,3
P	0,47	0,19	0,15	
Chi <sup>2</sup>	0,52	1,71	1,97	

La perforation typhique tout comme les autres perforations d'organe creux réalisent un pneumopéritoine entre le foie et le diaphragme visible sur un cliché de radiographie de l'abdomen sans préparation réalisé chez un patient debout de face prenant les deux (2) coupes diaphragmatiques. Cependant il peut manquer si le malade est vu tôt. Notre taux de 57,3% est inférieur à ceux des séries [13, 23, 43].

D'autres images sont également retrouvées à l'ASP, il s'agit de :

- la grisaille floue
- les niveaux hydroaériques.

## 2 - Sérodiagnostic de Widal et Félix :

**Tableau 40 : Positivité du sérodiagnostic de Widal et Félix selon les auteurs**

Auteurs	Nguyen [39] Vietnam 1994	Harouna [21] Niger 2001	Diarra S [12 ] Mali 2000	Notre série
Effectifs	22/45	9/15	18/24	45
Pourcentages	48,8%	60%	75%	60,3%
P	0,24	0,98	0,24	
Chi <sup>2</sup>	1,35		1,38	

Le sérodiagnostic de Widal et Félix a été dans notre étude le seul examen biologique de diagnostic de la pathologie typhique. Il a été réalisé chez 58 de nos patients et s'est révélé positif dans 60,3% des cas. Ce taux est proche à ceux des séries [12 ; 21 et 39] avec un  $p > 0,05$ .

## **IV - Traitement :**

### 1 - Traitement médical

Les réanimations pré, pers et post opératoires sont la clé de la réussite du traitement. Tous les désordres immuno-électrolytiques doivent être corrigés en pré opératoire et toujours associés à une antibiothérapie active sur les salmonelles et les entérobactéries car il y'a une diffusion du contenu intestinal dans la cavité péritonéale. Cette réanimation doit être la plus courte possible car la mortalité augmente avec le délai opératoire. Cependant, la réanimation doit au moins atteindre des objectifs essentiels tels que la restauration d'une bonne hydratation et d'une diurèse adéquate de 50 ml/heure chez l'adulte et 2 ml/kg/heure chez l'enfant jusqu'à 25kg, la levée de l'état de choc et la correction de l'anémie [37].

## *Perforations iléales d'origine typhique*

Bittar et Tarpley cités par Dieffaga M M [13] ont colligé dans la littérature 16 observations de traitement conservateur pendant la période 1948-1950 avec une mortalité de 31,2%. Malheureusement plusieurs études ultérieures ont montré que cette méthode avait des taux de mortalité très élevés variant entre 79 et 96%. Aujourd'hui, tous les auteurs sont unanimes sur l'association du traitement médical et du traitement chirurgical. Ceci aurait permis une réduction du taux de mortalité jadis élevé avec des valeurs variant entre 1 et 30% maintenant. Cette mortalité est inférieure à 1% dans les pays développés.

La bi antibiothérapie a été systématique dans notre service. Elle a associé soit la ciprofloxacine au métronidazole chez les patients de plus de 12 ans et le ceftriaxone au métronidazole chez les moins de 12 ans en l'absence de surinfection. Une tri antibiothérapie a été utilisée chez des patients ayant présenté une suppuration pariétale et adaptée aux germes de surinfection.

## 2 - Traitement chirurgical

**Tableau 40 : Techniques opératoires selon les auteurs**

Auteurs	Nguyen [39] Vietnam 1994		Kouamé BD Et col [29] RCI 2000		Dieffaga MM [13] Mali 2005		Notre série	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Excision suture	80/83 p=0,0003	96,4	38/48 p=0,53	81	34/65 p=0,95	76,5	52	76,4
Résection anastomose	2/83 p=16	2,4	6/48 p=0,74	13	5/65 p=0,53	4,6	6	8,8
Iléostomie	1/83	1,2	3/48	6	2/65	3,1	10	14,8

### *Perforations iléales d'origine typhique*

	p=0,004		p=0,1		p=0.01			
--	---------	--	-------	--	--------	--	--	--

Aujourd'hui tous les auteurs recommandent l'intervention chirurgicale systématique chez tous patients souffrant de perforation typhique.

Les techniques opératoires dépendent de plusieurs paramètres :

- ◆ L'état général du malade
- ◆ Le degré de contamination de la cavité abdominale
- ◆ L'état de l'iléon (ischémie, oedème, menace d'autres perforations)
- ◆ Du nombre d'orifices de perforation.

Dans notre service, trois techniques sont utilisées :

- L'excision suture : c'est la technique la plus utilisée (61,8-94,6) dans les différentes séries y compris la notre [13, 29, 39]. Elle est indiquée en cas de perforation simple, de malade en bon état général et en absence de lésions ischémiques.
- La résection iléostomie a été la deuxième technique la plus utilisée dans notre série avec 14,8% des cas. Elle a été préférée à la résection anastomose par de fistules digestives post opératoires qui majoreraient la morbidité post opératoire. Il faut avoir à l'esprit le dogme «pas de suture digestive en milieu septique» disait Loygue, cité par Adjadja [2].
- La résection anastomose est indiquée lorsque la péritonite est vue tôt et que les parois intestinales sont encore peu inflammatoires.

En effet, il existe d'autres techniques par différentes écoles :

- La méthode de Maillet, cité par Adjadja [2], consiste à pratiquer une double iléostomie et à « raccorder », au moyen d'une sonde de Pezzer, le segment d'amont à celui d'aval de façon que le transit soit maintenu. Le chyme intestinal d'amont est recueilli en aval.



## *Perforations iléales d'origine typhique*

- La technique de Veillard, utilise l'intubation ilio-colique termino-laterale. Cette technique semblerait plus simple à pratiquer et assez efficace avec un taux de mortalité de 13,9% [48].

### **V - Evolution et pronostic :**

#### **1- Evolution**

**Tableau 41 : Durée moyenne d'hospitalisation selon les auteurs**

Auteurs	Ramachandran CS et all [44] Inde 2004	Mallick S [33] Guyane 2001	Diarra S [12] Mali 2000	Notre série
Séjours moyens D'hospitalisation	4 jours	12 jours	23,2 jours	19,8 jours

Le séjour moyen d'hospitalisation qui varie de 12 à 23,2 dans les séries [12, 32, 43 et la notre], est influencé par l'état mauvais des patients avant l'intervention et la fréquence élevée des complications post opératoire. Il est de 4 jours dans la série indienne où tous les patients ont bénéficié de la coelio-chirurgie [44].

#### **2 - Pronostic :**

##### **a) Morbidité :**

**Tableau 42 : Morbidité selon les auteurs**

Auteurs	Nguyen [39] Vietnam 1994	Edino ST et all [16] Nigeria 2004	Dieffaga M M [13] Mali 2004	Notre série
Effectif	55/83	5/17	14/65	45/68
Pourcentage	66,3	29,4	21/6	66,2

### *Perforations iléales d'origine typhique*

Les complications au cours de la perforation typhique sont variées ; les taux de morbidité varient entre 21,6% à 66,3% [13, 16,39].

Ils restent encore élevés et représente la principale cause de majoration des frais et le motif d'un long séjour, des malades en milieu hospitalier.

L'abcès de la paroi est de loin la complication post opératoire la plus fréquente dans notre série. Il a été noté entre 11,76-66,6% [12, 13] et 58,8% dans notre série.

#### **b) Mortalité :**

**Tableau 43 : Mortalité selon les auteurs**

Auteurs	Jin Pok Kim et all [26] Corée du Sud	Saxes JM et all [46] Togo 2004	Edino ST et all [16] Nigeria 2004	Notre series
Effectifs	16/161	18/112	6/47	10/68
Pourcentage	9,9%	16%	12,8	14,7
p	0,29	0,80	0,76	

Le progrès de la réanimation et l'utilisation des antibiotiques ont amélioré le pronostic des perforations typhiques ; jadis mortelles [26].

Carayon cité par JIN avait trouvé un taux de mortalité estimé à 98,28% en 1965 en Afrique occidentale française.

Notre taux de 14,7% est sans différence statistique avec les séries [16, 26 et 46] avec  $p > 0,05$ .

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**



## **1 - Conclusion :**

De 2000 à 2005, nous avons mené une étude rétrospective portant sur les perforations iléales d'origine typhique dans le service de Chirurgie « A » du CHU du Point « G ». Il ressort que c'est une pathologie fréquente (9,5%) des urgences chirurgicales. Cette pathologie touche surtout la population jeune avec (80,9%) des patients ayant un âge inférieur à 29 ans et une prédominance masculine avec un sexe ratio de 2,1.

Dans notre étude la douleur abdominale a été de loin la première cause de consultation (100%). A l'examen clinique la douleur au toucher rectal a été le premier signe physique retrouvé avec (89,7%) suivi par le ventre de bois (86,8%).

La résection suture a été la technique opératoire la plus utilisée (63%) suivie de la résection iléostomie (21%) et la résection anastomose termino-terminale en un temps (16%).

Les suites opératoires ont été par la suppuration pariétale (39,7%), la fistule digestive (8,8%), l'éviscération (4,4%).

La mortalité globale a été de (16,2%) des patients.

## **2 - Recommandations :**

### **Aux autorités sanitaires et politiques :**

- La systématisation de la couverture vaccinale anti-typhique dans les groupes à risque (militaires, scolaires et paysans);
- L'élaboration d'un programme d'IEC à l'intention des populations sur l'intérêt de l'hygiène alimentaire et environnementale ;
- La formation en nombre suffisant des spécialistes en chirurgie viscérale et la pérennisation de la formation continue des généralistes pour l'intérieur du pays ;
- Le renforcement du plateau technique pour une meilleure prise en charge des patients.

### *Perforations iléales d'origine typhique*

#### **Aux personnels socio sanitaires**

- La référence à temps opportun de tout cas de syndrome abdominal aigu vers des structures spécialisées,
- Eviter les sutures intestinales en cas de perforation vues tardivement

#### **A la population**

- Le renforcement des mesures hygiéno-diététiques,
- La consultation devant tout cas de douleur abdominale persistante.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## *Perforations iléales d'origine typhique*

### **1-Adesunkanmi A R, Ajao O G.**

The prognostic factor in typhoid ileal perforation: a prospective study of 50 patients. Journal of the royal college of surgeon of Edinburgh, 42 (2):395-9, 1997.

### **2- Adjadja G.**

Contribution à l'étude des péritonites aiguës généralisées chez l'enfant au CHU de Dakar (à propos de 100 cas).

Thèse Med 1980; Dakar; n° 43.

### **3- Ayité E, Sako AS, Abdou I.**

Le traitement des perforations intestinales d'origine typhique : à propos de 21 cas.

Publications médicales africaines Octobre 1987 ; n°85.

### **4- Banda N, Mpuju Y K, Kasonga M, Disngomoka I, Mushegerha et Beltchika K.**

Considération sur les perforations digestives infectieuses de l'enfant en milieu tropical.

Médecine d'Afrique noire 1979, 26, (2) 121-124.

### **5- Barbier J, Careretier M, Rouffineau J, Kraimps J L.**

Les péritonites aiguës.

Encycl. Med. Chir. (Paris, France), Urgences 24048B 10, 2-1988 P : 18.

### **6- Barraya L, Ndjaga-Mba.**

Drainage.

Encycl. Med. Chir, Estomac-Intestin, Tech-Chir, 1971, 2, 40075, 1-8.

### **7- Barraya L et coll.**

Physiologie du péritoine – Applications chirurgicales.

Péritonisation et Drainage.

Actualités chirurgicales, 78<sup>ème</sup> Congrès Français de Chirurgie.

Chirurgie Abdominale et Digestive 1977 ; 2 : 58.



**8- Boulvin R.**

Les péritonites par perforation typhique en Iran.

Ann. Chir 1965; 19 : 785-789.

**9- Coulibaly O S.**

Perforations digestives en chirurgie « B » de l'hôpital du Point «G » (à propos de 120 cas).

Thèse Med. Bamako 1999; n°188.

**10- Dembélé Boubacar Mamadou.**

Etude des Péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du C.H.U Gabriel Touré.

Thèse Med Bamako 2005 N°215.

**11- Dembélé M et Papadato A.**

Perforations typhiques de l'intestin grêle à propos de 16 cas.

Méd. d'Afrique noire 1974 ; 21(4) : 3.

**12- Diarra S.**

Péritonites par perforation iléale dans le service de chirurgie « B » de l'hôpital du Point « G » (de 1978 à 1998).

Thèse Med. Bamako 2000 ; n°133.

**13- Dieffaga M M**

Péritonite par perforation typhique dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du C.H.U Gabriel Touré.

Thèse Med Bamako 2005; n°176.

**14- Diouf A B, Touré P, Padonon N, Sow M L.**

Perforations intestinales (à propos de 30 cas observés à la clinique chirurgicale du C.H.U de Dakar).

Bulletin de la société médicale d'Afrique noire de langue française, 1975; 20, (2) :115-119.

**15- Dor P Maurice J C, Rouffineau J et coll.**

A propos de 31 cas de perforations typhiques (place de la résection iléostomie temporaire).

J chir, 1973; 106(4) : 341-352.

**16- Edino S T, Mohamed A Z, Uba A F, Sheshe A A, Anumah M, Ochicha O, Yacubu A A, Alhassan S U, Mamman M.**

Typhoid enteric perforation in north western Nigeria.

Nigeria J Med. 2004 Oct-Dec: 13(4) 345-9.

**17- Fagnier P L, Serpeau, Thomson C, et coll.**

Péritonites aiguës.

Encycl. Med. Chir., Estomac-Intestin, 9045A10, 6-1982.

**18- Gerard J. Tortora, Nicholas P.**

Principes d'anatomie et de physiologie.

Edition Frison-Roche.

**19- Gupta R, Gupta SK, Shukla V K et Gupta S.**

Perforation Typhoid Enteritis in Children.

Postgraduate Medical Journal 1994 January; 70 (819): 19-22.

**20- Hamburger J, Godeau P.**

Traité de médecine.

Flammarion médecine sciences Paris, 1980, 1, 1451.

**21- Harouna H, B.Saïdou, A.Saïbou, M. Abarchi, J.Abdou, M.Mamadou, Y.Yamatié et L.Baya.**

Perforations typhiques : Aspects cliniques, thérapeutiques et pronostiques.

Etudes prospectives à propos de 56 cas traités à l'hôpital national de Niamey (Niger).

Med. d'Afrique Noire 2000 ; 47 : 6.

*Perforations iléales d'origine typhique*

**22- Harouna Y D.**

Deux ans de chirurgie digestives d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger): Etude analytique et pronostique.

Méd. d'Afrique noire 2001 ; 48 :2.

**23- Henri Rouvière. André Delmas.**

Anatomie Humaine descriptive, topographique et fonctionnelle, 15<sup>ème</sup> édition révisée par Vincent Delmas Tome2 : 342, 400.

**24- H. Rouvière.**

Atlas aide-mémoire d'anatomie 4<sup>ème</sup> édition révisée et augmentée par A Delmas P.

**25- Hollender L. F., Bur F., Manzini N et coll.**

Chirurgie du grand épiploon.

Encycl. Med. Chir, App. Digestif, 3<sup>ème</sup> édition, 40070, 11-1989.

**26- Hosoglu S, Mustafa Ademir et coll.**

Risk factors for enteric perforation in patients with typhoid fever.

Am J Epidemiology 2004; 160: 46-50.

**27- Jin Pok Kim et coll.**

Management of ileal perforation due to typhoid fever.

Ann. Surg. January 1975, 181 (1): 88-91.

**28- Kamina P. et coll.**

Dictionnaire Atlas d'Anatomie.

P – Z Maloine sa. Edition 1983, 1742-1744.

**29- KOUAME B D.**

Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques du grêle de l'enfant à Abidjan, Cote d'Ivoire.

Médecine d'Afrique noire 2000 ; 47(12) : 509-511.

**30- Larousse Médical.**

Dictionnaire Médical 1995 n°6145, 580.

*Perforations iléales d'origine typhique*

**31- Lauroy J P.**

Intérêt de la suture extériorisée de l'intestin grêle dans les perforations iléales d'origine typhique.

Thèse Med Dakar; 1984, n°84.

**32- Le Peltier P.**

Perforations typhiques et perforations iléales.

Médecine tropicale (Mars) 1971, 31 : 417.

**33- Mallick S; J F Klein.**

Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique : A propos d'une série observée dans l'ouest Guyanais.

Med. Trop. 2001 ; 61 : 491-494.

**34- Martin C., Varnet B.**

Anesthésie-réanimation en chirurgie abdominale d'urgence chez l'adulte. Encycl. Chir., Anesthésie réanimation. 36568 A10, 11- 1985, 16.

**35- Mock C N, Amaral J, Visser L E.**

Improvement insurvivol from typhoid ileal perforation – Result of 221 operative cases.

Ann surg 1992 Mars; 215(3): 244-249.

**36- Mondor H.**

Diagnostics abdomens urgents/ Henri Mondor

2<sup>me</sup> Edition, 1965; 24 cm: 1119 .

**37- Nali M N Befdaya, Ngaro S.**

Péritonites typhiques : étude de 45 cas observés au Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui, de 1982 à 1986.

**38- Ngandu T.**

Péritonite par perforation typhique.

Développement et Santé 1995, n°117.

**39- Nguyen V S.**

Typhus perforation in the tropics. A bout 83 cases

J. chir. (Paris) 1994 ; (131) n°2 : 90-95

**40- N Ongoiba**

Contribution à l'étude épidémiologique et clinique des péritonites aiguës dans les hôpitaux de Bamako et Kati.

Thèse Med. Bamako 1983 n°24.

**41- Odoulami H, Touré P, Vovor V M, Diouf B.**

Réflexion à propos de 176 observations de péritonites aiguës non traumatiques d'origine extra génitale.

Bull. Soc. Afr. Noire lang. Franc ; 1972, (4) :543-548.

**42- Pasteur V R et coll.**

Pathologie médicale – (appareil respiratoire, maladie infectieuse et respiratoire, intoxication).

Flammarion médecine sciences Paris ; 1980 (1), 1234.

**43- Rahman G A et coll.**

Typhoid in Nigeria children: An analysis of 106 operatives cases.

Peditric Surg Int (2001); 17: 628-630.

**44- Ramachandran C S et coll.**

Laparoscopic surgical management of perforative peritonitis in enteric fever eliminary study.

Surg. Laparosc. Endosc percutan tech. 2004 June : 122-124.

**45- Roseo G, Marc F.**

Abdomen aigu non traumatique en dehors de la période post-opératoire.

Encycl. Méd. Chir. (Paris France), Estomac intestin, 9042 A, 2-1989, BP.

**46- Sanou D, Sanou A, Kanfado R.**

Les perforations iléales d'origine typhique : difficultés diagnostiques et thérapeutiques (à propos de 239 cas).

Burkina méd. 1998, 1 (2) : 17-20.

*Perforations iléales d'origine typhique*

**47- Saxe J M et coll.**

Contribution à l'étude des perforations inférieures non tuberculeuses de l'intestin grêle en milieu africain à Dakar.

Thèse Med Dakar 1977; N°97.

**48- Seck B.**

Contribution à l'étude des perforations infectieuses non tuberculeuses du grêle en milieu africain à Dakar.

Thèse Med. Dakar, 1977, n°24.

**49- Sidibé Y.**

Péritonites généralisées au Mali. A propos de 140 cas opérés dans les hôpitaux de Bamako et Kati.

Thèse Med. Bamako ; 1996, n°1.

**50- Sissoko F, Ongoïba N, Bérété et coll.**

Les péritonites par perforation iléale en chirurgie "B" de l'hôpital du point G. Mali médical 2003 : n°1 et 2.

**51- Soumaré S.**

Les réinterventions précoces après laparotomies, Institut des sciences Médicales de l'université d'Alger.

Thèse Med, 1984.

**52- Sow M L, Dia A, Fall B, Mogueya S A, Touré C T, Cherbonnel G et coll.**

La suture extériorisée de l'intestin grêle dans les perforations intestinales non traumatiques (Etude préliminaire à propos de 13 observations).

Dakar Médical 1982 ; 27(4) : 465-470.

**54- Spay G, Ejazy M M, Rahim N.**

À propos de 31 cas de perforations typhiques (place de la résection iléostomie temporaire).

J. chir. 1973; 106 : 341-352.

*Perforations iléales d'origine typhique*

**51- Tostain J, Brouillard A et Peltier P.**

Les perforations typhiques de l'intestin grêle (à propos de 37 observations Cambodgiennes).

Bulletin officiel de la société de chirurgie de Lyon ; 61, (4) : 240-244.

**55- Traoré S S, Sanou A.**

Peritonitis typhiques au Burkina Faso.

A propos de 58 cas.

A-U-O série B volume III 1995: 56-60.

**56- Versier G.**

Infections perforations of the terminal ileal (apropos of 42 cases treated in the Islamic republic of Mauritania)

Medicin trop (Mars) 1990) Oct-Dec., 50 (4) : 407- 12.

**57- Yabi D.**

Les péritonites généralisés post opératoires. A propos de 29 cas colligés à la clinique universitaire de chirurgie viscérale du CHU de Cotonou.

Thèses Med Cotonou, 1994 ; n°21.

**58- Yao J G, Masso-Misse P.**

Perforation typhiques : Expérience en milieu chirurgical camerounais. (A propos de 49 cas).

Médecine tropicale 1994 ; 54(3) : 242-246.

## **FICHE D'ENQUETE**

### **I. DONNEES ADMINISTRATIVES**

1. Numéro de la fiche d'enquête : .....
2. Nom et prénom : .....
3. Date de la consultation : .....
4. Age : ...
5. Sexe :  
1 = Masculin /.../ 2 = Féminin /.../
6. Provenance : /.../  
1= Bamako 2=Intérieur
7. Ethnie : /.../  
1= Bambara : / / 2 = Malinké : / / 3= Sénoufo : / /  
4=Sarakolé : / / 5= Peulh : / / 6= Dogon : / /  
7= Minianka : / / 8= Autres à préciser :
8. Principale activité :  
1= Cadre supérieur : /.../ 2= Cadre moyen /.../ 3= Ouvrier/.../  
4= Commerçant /.../ 5= Scolaire /.../ 6= Paysan /.../  
7= Ménagère /.../ 8= Autres à préciser /.../
9. Mode de recrutement à l'hôpital :  
1= Urgences /.../ 2 = Consultations externes /.../
10. Adressé par :  
1= Médecin spécialiste /.../ 2= Médecin généraliste /.../  
3= Infirmier /.../ 4= Venu de lui-même /.../  
5= Autres à préciser :
11. Délai de la consultation (en jours) : .....
12. Durée d'hospitalisation préopératoire (en jours) : .....
13. Durée d'hospitalisation postopératoire (en jours) : .....

### **II. DONNEES CLINIQUES**

14. Motifs de consultation :  
1= Douleurs abdominales /.../ 2=Arrêt des matières et des gaz /.../  
3 =Douleurs abdominales plus vomissements /.../
15. Siège de la douleur :  
1= Localisée /.../ 2= Diffuse /.../  
Si localisée, préciser le siège : .....
16. Durée de la douleur (en jours): .....
17. Mode de début de la douleur :  
1= brutal /.../ 2= Progressif /.../ 3= Intermittent /.../
18. Type de la douleur :  
1= Torsion /.../ 2= Pesanteur /.../ 3= Colique /.../ 4=Piqûre /.../



## *Perforations iléales d'origine typhique*

19. Irradiations de la douleur :  
1= Ascendante /.../ 2= Transfixiante /.../; 3= Pan radiante /.../;  
4=Fixe /.../ 5= Autres à préciser /.../  
Si autres préciser :.....
20. Intensité de la douleur :  
1= faible /.../ 2= Moyenne /.../ 3= Forte /.../
21. Evolution de la douleur :  
1= Permanente /.../ 2= Intermittente /.../
22. Facteurs déclenchants: Oui /.../; Non /.../  
Si oui préciser : .....
23. Facteurs sédatifs : Oui /.../ Non /.../ /  
Si oui préciser : .....
24. Signes d'accompagnement de la douleur :  
1= Pas de signes digestifs /.../ 2= Nausées /.../  
3= Vomissements /.../ 4= Diarrhée /.../  
5= Arrêt des matières et des gaz /.../ 6= Constipation /.../  
7= Gargouillement /.../ 8=Céphalées /.../ 9=Vertiges/.../  
10=Insomnie /.../ 11=Epistaxis /.../ 12=fièvre /.../

### **III. ANTECEDENTS :**

25. Médicaux :  
1= Gastro-entérite /.../ 2= Fièvre typhoïde /.../  
3= Fièvre au long cours /.../ 4= Paludisme /.../
26. Chirurgicaux : 1= Oui /.../ 2= Non /.../  
Si oui préciser le diagnostic : .....
27. Traitement reçu avant l'admission à l'hôpital :  
1= Anti-typhique /.../ préciser : .....
- 2= Autres à préciser : .....
28. Durée du traitement :  
1= 1-2 jours /.../ 2= 2 jours -1 semaine /.../  
3 = supérieure à 1semaine /.../
29. Habitudes alimentaires :  
1=Consommation de crudité /.../ 2=Consommation d'eau  
non potable /.../ 3=Consommation de lait frais /.../

### **IV. EXAMENS PHYSIQUES :**

#### **IV. 1. Signes généraux :**

## *Perforations iléales d'origine typhique*

30. Température :  
1= Normale /.../ 2= Hyperthermie /.../ 3= Hypothermie /.../
31. Tension artérielle :  
1= Hypotendu /.../ 2= Hypertendu /.../ 3= Normotendu /.../
32. Etat de conscience :  
1= Bonne /.../ 2= Agité(e) /.../  
3= Obnubilé(e) /.../ 4= Coma /.../ 5= Glasgow : ....
33. Pouls :  
1= Normale /.../; 2= Accélééré /.../;  
3= Dissociation entre pouls et température /.../
34. Respiration :  
1= Normale /.../ 2= Polypnée /.../ 3= Bradypnée /.../
35. Conjonctives :  
1= Colorées /.../ 2= Pâles /.../ 3= Ictère /.../
- IV. 2. Inspection :**
36. Présence de cicatrice abdominale : 1= Oui /.../; 2= Non /.../  
Si oui préciser la nature de la cicatrice : .....
37. Aspect de l'abdomen :  
1= Plat /.../ 2= Asymétrique /.../ 3= Distendu /.../
38. Mouvements de l'abdomen :  
1= Mobilité normale /.../ 2= Immobile /.../  
3= Ondulations péristaltiques /.../
39. Présence de circulations veineuses collatérales :  
1= Oui /.../ 2= Non /.../
- IV. 3. Palpation :**
40. Défense abdominale : /.../  
1= Fosse iliaque droite /.../ 2= Fosse iliaque gauche /.../  
3= flanc droit /.../ 4= Flanc gauche /.../ 5= Hypogastre /.../  
6= péri ombilical /.../ 7= ventre de bois /.../
41. Cri de l'ombilic: 1=Positif /.../ 2=Négatif /.../
42. Organomégalie : /.../  
1= Splénomégalie /.../; 2= Hépatomégalie /.../  
3= Hépto-splénomégalie /.../ 4= Absente /.../
- IV.4. Percussion :**
43. Percussion abdominale :  
1= Normale /.../ 2= Matité /.../ 3= Tympanisme /.../

**IV.5. Touchers pelviens :**

44. Toucher rectal : /.../  
1=Normal /.../ 2=Douleur à droite /.../ 3= Douleur à gauche /.../ 4= Douleur dans le cul de sac de Douglas /.../

**IV.6. Auscultation :**

45. Péristaltisme :  
1=Présent /.../ 2= Silence abdominal /.../  
46. Bruits du cœur :  
1= Normaux /.../ 2= Anormaux /.../  
Si Anormaux préciser : .....  
47. Poumons: /.../  
1= Normal /.../ 2= Râles /.../ 3= Ronchus /... / 4= souffle /.../

**V. EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

**1 IMAGERIE**

48. ASP : /.../  
1=Niveaux hydroaériques /.../ 2= Grisaille floue /.../  
3=Croissant gazeux inter-hépto-diaphragmatique /.../  
Autres à préciser : .....

49. Echographie abdomino-pelvienne : /.../  
1= Normale /.../ 2=Anormale /.../  
Si anormale, préciser : .....  
.....

**2 BIOLOGIE**

50. Sérologie de Widal et Félix : /.../  
1= Positif /.../ 2= Négatif /.../  
51. Numération Formule Sanguine (NFS) : /.../  
1=Normale /.../ 2= Anémie /.../  
3= Hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles /.../  
Si autres anomalies préciser :.....  
52. Hémoculture (milieu SS): /.../  
1= Négative /.../ 2= Positive /.../  
53. Glycémie : /.../  
1= Normale /.../ 2= Hyperglycémie /.../ 3=Hypoglycémie /.../  
54. Créatininémie : /.../  
1= Normale /.../ 2= Anormale /.../

**VI DIAGNOSTIC**

55. Diagnostic préopératoire :  
1= Péritonite /.../    2= Occlusion /.../    3= Salpingite /.../  
4= Appendicite /.../    5= Autres /.../  
Si Autres préciser : .....
56. Siège de la perforation par rapport à la valvule de  
1= < 70cm /.../    2=70cm et plus/.../
57. Dimension de la perforation (en cm): .....
58. Nombre de lésions: .....
59. Aspect de la lésion :  
1= Linéaire /.../    2= Arrondi /.../  
3= Punctiforme /.../    4= Arciforme /.../
60. Présence de pus :  
1= Oui /.../    2= Non /.../
61. Quantité de pus (en CC): .....

**VII. TRAITEMENT :**

**VII.1 Traitement médical :**

62. Traitement médical reçu avant l'intervention : /.../  
1= Antalgique /.../    2= Antibiothérapie /.../  
3= perfusion /.../    Transfusion /.../    5= Oxygène /.../
63. Traitement médical per-opératoire : /.../  
1= Antibiotique /.../    2= Transfusion /.../  
3= Perfusion /.../
64. Traitement médical post-opératoire : /.../  
1= Antibiotique /.../    2= Transfusion /.../    3= Perfusion /.../

**VII.2. Traitement chirurgical :**

65. Opérateur :  
1= CES de chirurgie /.../    2= Chirurgien senior
66. Type d'incision  
1=Médiane sus et sous ombilicale /.../    2=Autres à préciser /.../
67. Diagnostic per opératoire : .....
68. Prélèvement de pus à l'ouverture  
1=Oui /.../    2=Non /.../
69. Technique opératoire :  
1= Excision suture de la brèche /.../  
2= Résection et anastomose termino-terminale /.../  
3=Iléostomie à double canon /.../  
4= Iléostomie terminale /.../

67. Nature du liquide de Toilette péritonéale :

## *Perforations iléales d'origine typhique*

- 1=Sérum salé isotonique tiède /.../  
2=Sérum salé isotonique tiède bétadiné /.../
68. Nombre de drains : .....
69. Siège du drain :  
1= Douglas /.../ 2= Sous hépatique /.../ 3= Flanc /.../
70. Fermeture de la paroi :  
1= Plan par plan /.../ 2= En 2 plans /.../
71. Séjour en réanimation :  
1= Oui /.../ 2= Non /.../ Si oui préciser le séjour : .....
72. Suites opératoires immédiates (24 heures) :  
1=Hémorragies /.../ 2= Etat de choc /.../  
3=Septicémie /.../ 4=Décès /.../
73. Suites opératoires précoces (une semaine):  
1= Simple /.../ 2= Décès /.../ 3= Abscès de la paroi /.../  
4= Eviscération /.../ 5= Sténose anastomotique /.../  
6= Occlusion /.../ 7= Fistule digestive /.../  
8= Péritonite /.../; 9= Infection urinaire /.../  
10=Ré intervention /.../
74. Antibiothérapie post-opératoire : /... /  
1= Pénicillines /.../ 2=Quinolones /.../  
3= Céphalosporines /.../ 5= Autres /.../
75. Durée de l'antibiothérapie (en jours) : .....
76. Durée d'hospitalisation (en jours): /.../  
1=<7 /.../ 2=7 à 14 /.../ 3= $\geq$ 15 /.../
77. Suites opératoires à moyen terme ( un mois) :  
1= Simple /.../ 2= Occlusion /... /  
3= Syndrome du grêle court /.../ 4= Retard de cicatrisation /.../  
5= Décès /.../ 6= Troubles digestifs /.../
78. Suites opératoires à long terme (1 à 6 mois)  
1=Simple /.../ 2= Occlusion /.../  
3=Malade perdu(e) de vue /.../ 4= Autres /.../
79. Mode de suivi :  
1= Venu de lui-même /.../ 2= Sur rendez-vous /.../  
3= Vu à domicile /.../ 4= Sur convocation /.../

## **VIII EXAMENS COMPLEMENTAIRES A VISEE ETIOLOGIQUE**

### **APRES L'INTERVENTION :**

80. Examens effectués : /  
1= Sérodiagnostic de Widal et Félix /.../; 2= Hémoculture /.../  
si autre à préciser : .....

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom :** TRAORE

**Prénom :** Soma

**TITRE DE LA THESE : PERFORATIONS ILEALES D'ORIGINE TYPHIQUE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE « A » DU CHU DU POINT « G »**

**Année Universitaire :** 2006-2007

**Ville de soutenance :** BAMAKO

**Pays d'origine :** MALI

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

**Secteur d'intérêt :** CHIRURGIE

### **RESUME :**

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a pris en compte tous les patients reçus en chirurgie « A » pour perforations iléales d'origine typhique entre Janvier 2000 et Décembre 2005.

L'objectif de cette étude d'étudier les aspects, cliniques et thérapeutiques des perforations iléales d'origine typhique dans le service de Chirurgie « A » du CHU du Point « G ».

68 patients ont été répertoriés. 64(94,1%) de nos patients ont été recrutés lors des gardes d'urgences chirurgicales. Les perforations iléales typhiques ont représenté 9,5% de toutes les interventions en urgence. Le délai moyen de consultation entre le début des signes de perforation et l'intervention a été de 6,9 jours. Le sexe ratio a été de 2,1 en faveur des hommes. L'âge moyen de nos patients était de 21,9 ans.

Le diagnostic a été retenu sur la base des signes cliniques et l'aspect des lésions iléales à la laparotomie. Les signes cliniques évocateurs ont été la fièvre au long cours (85,3%), la défense pariétale (86,7%) et la disparition de la matité pré hépatique (57,4%). Le pneumopéritoine a été retrouvé dans 57,4% des cas.

L'excision suture a été la technique opératoire la plus utilisée (63,3%). Le taux guérison a été de 83,8% avec une morbidité de et une mortalité de 16,2%.

Les principaux facteurs de gravité ont été le délai de consultation, l'état nutritionnel des patients et le nombre de perforation.

**Mots clés :** fièvre typhoïde, perforation iléale, clinique, traitement, Chirurgie « A ».

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.*

*Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

**JE LE JURE !!!**