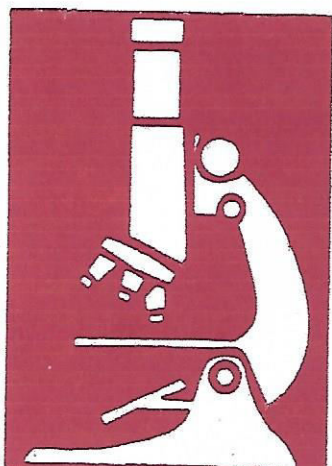


PUBLICATION P20

Evaluation de la Prise en charge Péri opératoire des Péritonites au Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé Plateau (CHUD/OP)

Ahounou E, Hounkpè PC, Akodjenou J, Agbocki E

Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin, 2020 ; N° ???



Le Journal de la **SOCIETE
DE BIOLOGIE
CLINIQUE-BENIN**

Organe Officiel d'information de la Société de Biologie Clinique du Bénin - N° 035 - Année 2020

- TRANSLOCATION 46, XY, t(2;5)(q37.3 ; q35.3)
DANS UN CAS D'INFERTILITE MASCULINE**
- MALADIES GENETIQUES RARES ET DIFFI-
CULTES DE DIAGNOSTIC AU BURKINA FASO :
A PROPOS DE DEUX CAS DE LA MALADIE DE
PROTEE**
- ASPECTS HISTOLOGIQUES DES BIOPSIES
TESTICULAIRES REALISEE DANS LE CADRE
DE L'EXPLORATION D'UNE HYPOFERTILITE
MASCULINE A OUAGADOUGOU : A PROPOS DE
46 CAS COLLIGES**
- TROUBLES DU SOMMEIL CHEZ LES BRAS-
SEURS DE LA BRASSERIE BB LOME**
- KYSTE OSSEUX ESSENTIEL TRAITE PAR
INJECTION DE NANOPARTICULES D'HY-
DROXYAPATITE : A PROPOS D'UN CAS**

COMITE DE LECTURE (REFEREES)



Professeur I. ZOHOUN	(Bénin)
Professeur M. SOSSO	(Cameroun)
Professeur S.A. AKPONA	(Bénin)
Professeur S.Y. ANAGONOU	(Bénin)
Professeur D. THIAM	(Sénégal)
Professeur M. TOURE	(Sénégal)
Professeur S. ABDOU BA	(Sénégal)
Professeur E. NGOU MILAMA	(Gabon)
Professeur K. KOUMARE	(Mali)
Professeur J. AKA	(Côte d'Ivoire)
Professeur A. MASSOUGBODJI	(Bénin)
Professeur S. LATOUNDI	(Bénin)
Professeur J. NGOGANG	(Cameroun)
Professeur A. LALEYE	(Cotonou)
Professeur B. AWEDE	(Cotonou)

COMITE DE REDACTION

Directeur de publication : Raphaël Darboux
Directeur Adjoint : Marcellin Amoussou-Guenou

Membres : Simon Akpona
Séverin Anagonou

Composition et mise en page :

Centre de Réalisation de Matériels de Communication
Champ de Foire 01 BP 188 Cotonou
Tél : 229/21301236

E-mail : jbcbenin@gmail.com

ISSN 1840-7587

Dépôt légal numéro 7075 du 03 février 2014
Bibliothèque nationale 1^{er} trimestre

SOMMAIRE

<p>LES PLAIES PALPEBRALES AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA DE COTONOU Aïgbè N^{1,2}, Abouki C^{1,3}, Bohoun DE^{3,4}, Alamou S^{1,3}, Odoulami L^{1,4}, Tchabi S^{1,3}</p>	6-10
<p>ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES ATTEINTES OCULAIRES CHEZ LES PATIENTS VIVANT AVEC LE VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE Aïgbè N^{1,2}, Odoulami L^{1,4}, Abouki C^{1,3}, Akpamoli ABP^{3,4}, Alamou S^{1,3}, Tchabi S^{1,3}</p>	11-17
<p>MORTALITE A J30 DES MALADES POSITIFS AU COVID 19 AUX SOINS INTENSIFS DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC (CUSL) DE BRUXELLES Ahounou E¹, Akodjenou J², Hounkpè P-C¹, Dégila S³, Zoumenou E¹</p>	18-23
<p>QUID DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS SOUFFRANT DE POLYARTHRITE RHUMATOÏDE AU CNHU-HKM DE COTONOU Bancolé Pognon SA^{1*}, Adjadohoun SMBG², Moussa M³, Zomaletho Z⁴, Yèkpè Ahouansou P², Biaou O², Adjibabi W⁴.</p>	24-30
<p>ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE DES ACCIDENTS DE TRAVAIL DANS UNE ENTREPRISE DE BRASSERIE AU TOGO DE 2010 A 2016 Hinson Antoine Vikkey¹, Mama Cisse Ibrahim², Gbéhomilo Edorh³, Ahiadou Komla Mawufemol^{1,4}, Mikponhoué Rose¹, Adjobimey Mènonli¹, Ayélo Paul¹</p>	31-40
<p>TROUBLES DU SOMMEIL CHEZ LES BRASSEURS DE LA BRASSERIE BB LOME Hinson Antoine Vikkey¹, Aguèmon Badirou², Messan Dedevis^{1,3}, Rose Mikponhoué¹, Adjobimey Mènonli¹, Ayélo Paul¹</p>	41-47
<p>KYSTE OSSEUX ESSENTIEL TRAITE PAR INJECTION DE NANOPARTICULES D'HYDROXYAPATITE : A PROPOS D'UN CAS SP. Chigblo^{1,3}, FL. Amossou² O. Goukodadja³, A. Padonou³, E Lawson³, S. Madougou³, AA. Hans-Moévi³, C. Schwartz¹</p>	48-50
<p>ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET LESIONNELS DES FRACTURES BIMALLEOLAIRES ET EQUIVALENTS Lawson E¹, Padonou A¹, Touré L¹, Amossou F², Goukodadja O¹, Tidjani F¹, Chigblo P¹, Kassoumou AS¹, Hans-Moevi Akué A¹</p>	51-53
<p>INDICATIONS DE L'ANESTHESIE GENERALE (AG) EN CAS DE CESARIENNE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE MERE ENFANT – LAGUNE (CHU-MEL) Akodjenou J¹, Biaou COA², Ahounou E³, Boton P⁴, Zoumenou E</p>	54-60
<p>EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE PERI OPERATOIRE DES PERITONITES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DEPARTEMENTAL OUEME PLATEAU (CHUD/OP) Ahounou E¹, Hounkpè P C²; Akodjenou J³; Agbocki E⁴</p>	61-65
<p>PERFORMANCE DU SYSTEME DE GESTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS DANS LA COMMUNE D'ABOMEY-CALAVI AU BENIN EN 2019 Charles Sossa-Jérôme¹, Virginie Mongbo¹, Bah-Tassou Bagnan¹, Jacques Saizonou¹, Patrick Makoutodé¹, Biaou Alphonse¹, Ouendo Edgard-Marius¹</p>	66-73
<p>LES ANOMALIES SPERMIOLOGIQUES ET TESTICULAIRES ASSOCIEES A LA VARICOCELE CLINIQUE AU SERVICE D'UROLOGIE DU CHUSS DE BOBO-DIOULASSO (BURKINA FASO) Paré A-K¹, Ouattara A¹, Zaré C², Yé D¹, Bayané D¹, Rouamba M¹, Bako A¹, Aweh AB³</p>	74-76
<p>REMISSION D'HEPATITE B APRES TRAITEMENT DE L'HEPATITE C CHEZ UNE PATIENTE NOIRE AFRICAINE CO-INFECTEE PAR LES DEUX VIRUS. Kpoussou AR¹, Diallo K², Sokpon CNM¹, Dabo CAT³, Wouadjè C⁴, Vignon RK¹, Séhonou J¹, Kodjoh N⁵.</p>	77-80
<p>EPIDEMIOLOGIE ET CLINIQUE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHEZ L'ADULTE AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE MARADI, NIGER Ahamadou Biraima¹, Amadou Oumarou², Harouna Amadou M Laouali², Tawayé Illiassou¹ Amadou Issa Abdou³, Ousmane Abdoulaye⁴.</p>	81-84



EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE PERI OPERATOIRE DES PERITONITES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DEPARTEMENTAL OUEME PLATEAU (CHUD/OP)

Ahounou E¹; Hounkpè P C²; Akodjenou J³; Agbocki E⁴

1. Service polyvalent d'Anesthésie et Réanimation du CHUD/OP

2. Service Polyvalent d'Anesthésie-Réanimation du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou

3. Service d'anesthésie-Réanimation du centre hospitalier universitaire mère enfant lagune (CHU-MEL)

4. Service de Médecine interne, CHUD-OP, Porto-Novo

Auteur correspondant : Dr Ahounou Ernest; ahounousteph@yahoo.fr

RESUME

Introduction : les péritonites sont des urgences médico-chirurgicales. Elles sont de par leur fréquence un problème de santé publique en Afrique subsaharienne. Le retard à la prise en charge est responsable d'une morbi-mortalité élevée. **Objectif** : évaluer la prise en charge péri opératoire des péritonites. **Matériels et Méthodes** : étude rétrospective, descriptive et analytique, sur douze mois. Les données sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été étudiées. Les données ont été saisies et analysées avec les logiciels Epi Data 3.1 et SPSS version 21. Pour la comparaison des résultats, le test de chi-carré ou le test exact de Fischer ont été utilisés selon le cas. Le seuil significativité était pour une p-value $\leq 5\%$. **Résultats** : La fréquence des péritonites était 21%. La moyenne d'âge était 28,7 ans. La sex-ratio était de 1,65. La majorité des malades (87%) était opérée dans moins de 24 heures après admission. L'anesthésie a été générale avec *crush induction* dans tous les cas, elle est assurée surtout par les infirmiers anesthésistes (85%). 75% des malades ont été suivis en postopératoire dans le service de la réanimation. La mortalité était de 10,39 %. L'âge supérieur à 60 ans et le délai de prise en charge chirurgicale supérieure à 48 heures ont été associés au décès. **Conclusion** : Les péritonites sont très fréquentes au CHUD/OP et représentent 21% des chirurgies digestives. La prise en charge médico-chirurgicale a souffert de beaucoup d'insuffisance.

Mots clés : péritonite ; péri opératoire ; CHUD/OP

ABSTRACT

Evaluation of perioperative management of peritonitis at the Regional University Hospital of Ouémé-Plateau (CHUD / OP)

Introduction: peritonitis is a surgical emergency. Because of their frequency, they are a public health problem in sub-Saharan Africa. The delay in appropriate medical and surgical management is responsible for high morbidity and mortality. **Objective**: evaluate the perioperative management of peritonitis preoperatively. **Materials and Methods**: retrospective, descriptive and analytical study, carried out over a period of 12 months. Sociodemographic, clinical, therapeutic and evolutionary data were studied. The data were entered and analyzed with the Epi Data 3.1 and SPSS version 21 software. For the comparison of the results, the chi-square test or the exact Fischer test were used as appropriate. The significance threshold was for a p-value $\leq 5\%$. **Results**: The frequency of peritonitis was 21% of those operated on for digestive surgery. The average age was 28.7. The sex ratio was 1.65. The majority of patients (87%) were operated on in less than 24 hours after admission. Anesthesia was general with crush induction in all cases, it is provided especially by nurse anesthetists in 85% of cases. 75% of patients were followed postoperatively in the intensive care unit. Mortality was 10.39%. Age over 60 and delay in surgical management over 48 hours were associated with death. **Conclusion**: Peritonitis is very common in CHUD / OP and represents 21% of digestive surgeries. The medical and surgical management suffers from a lot of insufficiency.

Keywords: peritonitis; perioperative; CHUD / OP

INTRODUCTION

La péritonite aiguë est une réaction inflammatoire du péritoine à une agression qui peut être chimique, infectieuse ou autres (corps étrangers) [1, 2,3]. La classification de *Hambourg* différencie les péritonites en primaires, secondaires et tertiaires [4,5]. L'anesthésiste sera plus confronté aux formes secondaires qui sont les plus fréquentes [4, 5,6]. Les péritonites constituent en Afrique subsaharienne un problème de santé publique et sont grevées d'une morbi-mortalité élevées [1, 4,5]. Le traitement

passé par le contrôle chirurgical de la source infectieuse, l'antibiothérapie adaptée et la correction des désordres hydroélectriques [7, 8,9]. Le retard à la prise en charge, associé à l'antibiothérapie inadaptée assombrissent le pronostic des malades [4]. Les objectifs de cette étude étaient de :

- Déterminer la fréquence des péritonites
- Décrire les caractéristiques cliniques et la prise en charge péri opératoire des péritonites

- Comparer la prise en charge péri opératoire des péritonites au CHUD/OP, aux recommandations des sociétés savantes

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique. Elle était réalisée sur une période de 12mois (du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017) dans le service d'Anesthésie-réanimation.

La collecte des données a été réalisée au moyen d'une fiche de collecte préétablie, à partir des registres et des dossiers médicaux du bloc opératoire, des services de chirurgie et de la réanimation. Tous les cas de péritonite opérés pendant la période d'étude ont été inclus. Les cas de péritonite dont les dossiers sont inexploitable ont été exclus. Pour l'évaluation de la prise en charge, nous avons choisi comme référentiel : les recommandations de la société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR).

Les données ont été saisies et analysées grâce aux logiciels Epi Data 3.1 et SPSS version 21. Les données quantitatives ont été exprimées en moyenne suivie de l'écart type et les données qualitatives en fréquence. La relation entre les différentes variables a été testée grâce au test de chi-carré ou le test exact de Fischer selon le cas au seuil significativité de 5%.

La variable dépendante était la péritonite ; les variables indépendantes étudiées étaient : sociodémographiques (l'âge, le sexe), cliniques (la classe ASA, les étiologies des péritonites, le délai de prise en charge entre l'admission aux urgences et l'intervention chirurgicale, le type d'anesthésie), thérapeutiques (les drogues d'induction anesthésique, l'antibiothérapie), la qualité de l'anesthésiste et la morbi-mortalité.

RESULTATS

Au total, soixante-dix-sept (77) cas de péritonite ont été colligés sur les trois cents soixante-cinq (365) opérés de chirurgie digestive, correspondant à une fréquence de 21%.

La moyenne d'âge était de 28,7 ans (extrêmes : 5ans et 75 ans) ; vingt-cinq malades (32,50 %) avaient moins de 18 ans ; trente-huit malades (49,50 %) avaient un âge compris entre 18ans et 40 ans ; quatorze malades (18%) ont plus de 40 ans. Le sexe masculin avait représenté 62,34% des malades, soit une sex- ratio de 1,65.

Le tableau I représente les caractéristiques des cas de péritonite

Tableau I : Caractéristiques générales des cas de péritonite au CHUD/OP en 2018

Caractéristiques	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Classes d'âge		
< 18 ans	25	32,5
]18 ans - 40 ans]	38	49,5
> 40	14	18
Sexe		
Masculin	48	62,34
Féminin	29	37,66
Classe ASA		
ASA 3	74	96
ASA 4	3	4

Tous les malades ont bénéficié d'évaluation préanesthésique aux urgences, le plus souvent par les infirmiers anesthésistes. Les malades étaient classés ASA3 dans 96% des cas, ASA4 dans 4% des cas. Un bilan préopératoire systématique est demandé aux urgences. Il était fait du bilan rénal, l'hémogramme et le bilan d'hémostase. Les autres bilans sont fonction des antécédents du malade. Dans 52% des cas, les bilans n'ont pas été réalisés.

Au plan étiopathologique, 97,40% des péritonites étaient communautaires d'origine appendiculaire (47%), typhique (18%), par perforations gastriques (17%), gynécologique (9%), les péritonites traumatique et primaire (6,40%).

Après admission aux urgences, soixante-sept malades (87%) ont été opérés dans les 24 heures, huit malades (10%) entre la 24^{ème} heure et la 48^{ème} heure. Les deux cas restants étaient des péritonites post-opératoires qui ont été opérés 48 heures après le diagnostic. La réanimation préopératoire avait été instaurée chez tous les malades, aux urgences et a consisté à la correction de l'hypovolémie, des troubles hydro électrolytiques et de l'anémie. Une antibiothérapie probabiliste à large spectre, était initiée aux urgences chez nos malades. Il s'agit des associations ceftriaxone + métronidazole chez 93% des malades, amoxicilline-acide clavulanique + métronidazole chez 04% des malades et ciprofloxacine + métronidazole dans les cas de péritonites post-opératoires (3%).

L'anesthésie générale avec intubation orotrachéale et induction à séquence rapide a été la technique d'anesthésie utilisée chez tous les opérés. L'anesthésiste a été dans 85% des cas, un infirmiers anesthésistes. Les drogues d'induction utilisées étaient : kétamine +suxaméthonium chez cinquante-cinq malades (71,40%), thiopental + suxaméthonium chez-vingt-un malade (27,30%) ; Diprivan + suxaméthonium chez un malade (1.30%). L'entretien de

l'anesthésie était réalisé avec du pancuronium, fentanyl et de l'isoflurane chez tous les malades.

L'analgésie postopératoire a été une analgésie multimodale avec les associations : paracétamol + tramadol + néfopam chez cinquante-neuf malades (76,40%) ; paracétamol + tramadol chez dix-huit (23,40%). Cinquante-huit malades (75%) ont séjourné en réanimation en post-opératoire. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 05 jours.

Morbidité et mortalité

Les complications des cas de péritonites sont résumées dans le tableau II. Les suppurations de la paroi n'ont pas été renseignées dans les dossiers des malades.

Tableau II : Complications postopératoires des cas de péritonite au CHUD/OP en 2018

Complications postopératoires	Effectif	Pourcentages (%)
Anémies	16	21,00
Troubles métaboliques	11	14,00
Etats de choc septique	04	05,20
Pneumopathie d'inhalation	01	01,30

Huit décès ont été enregistrés correspondant à une mortalité de 10,39%

Facteurs associés à la mortalité : l'âge ≥ 60 ans et le délai de prise en charge > 48 heures ont été associés à la mortalité ($p < 0.001$ dans les 2 cas).

Tableau III : Relation délai de prise en charge et décès chez les 77 cas de péritonite au CHUD/OP.

	Délai de PEC			Total
	0- 24h	24h- 48h	48-72h	
Décédés	2	4	2	8
Survivants	65	4	0	69
Total	67	8	2	77

Tableau IV : Relation âge et décès chez les 77 cas de péritonite au CHUD/OP

	Classe d'âge d'appartenance				Total
	<20 ans	20-40 ans	40-60 ans	≥ 60 ans	
Décédés	2	0	2	4	8
Survivants	22	36	5	6	69
Total	24	36	7	10	77

DISCUSSION

Notre étude étant rétrospective, certaines données nous ont échappé parce que données non renseignées dans les dossiers médicaux des malades. C'est le cas des résultats des bilans préopératoires. Les événements indésirables peropératoires ne sont pas toujours notés sur les fiches de surveillance et constituent les limites de notre étude.

La fréquence des péritonites était relativement élevée soit 21% des chirurgies digestives. En Afrique Subsaharienne cette fréquence varie entre 12,5% et 35% des interventions digestives [10-12]. En Afrique du Nord et en Europe, les péritonites sont moins fréquentes ; *Bouagad E et al, Azgaou I et al* ont retrouvé au Maroc, des fréquences de 8,7% et 9,8% de toutes les interventions [13,14] ; *Lorand I et al* ont rapporté une fréquence de 3% des chirurgie digestives [15].

Les péritonites ont concerné les adultes jeunes (28,7 ans de moyenne d'âge) de sexe masculin. En effet les étiologies des péritonites au Bénin, comme dans les pays de l'Afrique Subsaharienne, sont représentées par les infections digestives négligées (péritonites appendiculaires et typhiques), les causes abortives chez la femme en âge de procréation. Ces différentes étiologies étaient retrouvées chez les jeunes. La moyenne d'âge des péritonites en Afrique en dessous du Sahara varie entre 23 et 29 ans [10-12]. En Afrique du Nord et en Europe par contre, les péritonites touchent les sujets plus âgés avec des moyennes d'âge respectifs de 45,5 ans et 48 ans [14,15]. Les étiologies sont dominées par les perforation gastriques au Maghreb, les maladies inflammatoires et tumorales intestinales en Europe [15].

Le délai de prise en charge entre l'admission aux urgences et l'incision chirurgicale était de moins de 24 heures chez 87% de nos malades. En réalité la symptomatologie débute plusieurs jours avant l'admission aux urgences chez la majorité de nos malades qui se livrent à l'automédication ou font des consultations dans des couvants et des églises avant de se rendre à l'hôpital dans un tableau sévère. Il est bien décrit dans la littérature qu'un délai de prise en charge entre les symptômes de la péritonite et la chirurgie supérieur à vingt-quatre heures, est associé à un facteur de risque de mortalité [5].

Antibiothérapie a été probabiliste à large spectre pendant toute la prise en charge ; aucune donnée microbiologique n'a été fournie par le laboratoire. Dans notre travail, l'association ceftriaxone et métronidazole a été la plus

utilisée (93% des cas), alors qu'une étude parue en 2016 a montrées un taux de résistance à la ceftriaxone de 40,1% au CNHU-HKM [16]. Quant à la durée de l'antibiothérapie et au choix de certains molécules d'antibiotique, ils n'ont pas été conformes aux recommandations de notre référentiel [17]. Les molécules d'antibiotique utilisées dans les cas de péritonites post-opératoires n'ont pas été également conformes aux recommandations de notre référentiel [18-20].

85% des actes anesthésiques a été assuré par les infirmiers anesthésistes. En effet pendant la période d'étude, un seul médecin anesthésiste était présent dans l'hôpital. L'insuffisance de médecins spécialistes dans les hôpitaux en Afrique en général, et au Bénin en particulier participe à une mauvaise prise en charges des malades [5].

Les drogues d'induction anesthésiques utilisées dans notre étude n'ont pas été conformes dans 28,60% des cas, pose le problème de recyclage de nos infirmiers anesthésistes.

Le suivi postopératoire des malades a été fait dans 75% des cas en réanimation ; il a consisté à une rééquilibration hydroélectrolytique, une analgésie multimodale, une prévention de la maladie thromboembolique, et à la poursuite de l'antibiothérapie probabiliste ; un bilan para clinique post-opératoire systématique est demandé à J1 d'hospitalisation et avant la sortie de la réanimation ou, lorsqu'une modification du tableau clinique est notée. Le coût élevé de la prise en charge en réanimation, le manque de moyens financiers chez la majorité de nos malades et l'inexistence de couverture assurance santé pour les populations, font que les malades ne bénéficient pas totalement des soins prescrits.

Les complications postopératoires, ont surtout été représentées par les anémies (21%) et les troubles métaboliques (14%). Les anémies étaient d'origine inflammatoire et ont été traitées par la transfusion de culot globulaire. Les troubles métaboliques étaient surtout représentés par les hyponatrémies, les hypokaliémies, et les insuffisances rénales fonctionnelles ; leur prise en charge a été une rééquilibration hydro électrolytique. Quatre (04) cas d'état de choc septique ont été enregistrés.

Toutes ces insuffisances notées au niveau des ressources humaines, ressources financières et du plateau technique vont favoriser une mortalité relativement importante des péritonites dans le service de la réanimation dans notre étude.

L'Afrique Subsaharienne souffre des mêmes problèmes au niveau de ses structures sanitaires [13,14]. Dans les pays développés le taux de mortalité varie de 4% à 26% selon les travaux de Montravers P et al, Dupont H et al, Sotto A et al [7,15, 17]. Les taux de mortalité élevés retrouvés en occident sont dus aux étiologies des péritonites dominées par les maladies tumorales, l'âge avancé le plus souvent des malades et la présences de plusieurs comorbidités.

Le délai de prise en charge \geq 48 heures et l'âge $>$ 60 ans ont été associés au décès dans notre série. ces données confirment celle de la littérature sur les péritonites [14]

CONCLUSION

Les péritonites sont fréquentes au CHUD/OP soit 21% des cas de chirurgie digestive. Dans 87% des cas les malades sont prises en charges chirurgicalement dans les 24 heures suivant leur admission aux urgences. La prise en charge au plan anesthésique est assurée dans 85% des cas par les infirmiers anesthésistes. Les non conformités ont été observées aussi bien dans l'antibiothérapie que dans les drogues d'induction anesthésiques utilisées. 75% des malades sont admis en réanimation en postopératoires, mais ne reçoivent pas la totalité des soins prescrits par défaut moyens financiers. Toutes ces insuffisances ont contribué à une morbi-mortalité élevée des péritonites au CHUD/OP.

REFERENCES

1. Epidemiology, aetiology and management. Semin Pediatr Surg. 2014; 23(6):357-62.
2. Loganathan A, Gunn J. The surgical treatment of intra-abdominal sepsis. Surg Oxf. 2012;30(12):662-6.
3. Prise en charge des péritonites communautaires. Conférence de consensus. Ann. Fr. Anesth. Réanim 2001 ; 20 : 149-154
4. Harouna YD, Abdou I, Saidou B, Bazira L. Les péritonites aiguës en milieu tropical: Particularités étiologiques et facteurs pronostiques actuels: A propos de 160 cas. Méd Afr Noire 2001; 48(3):103-6.
5. Wittmann D.H. intra-abdominal infection. World J. Surg 1990 ; 14 :147-147
6. péritonite en milieu rural au Burkina Faso: à propos de 221 cas. Rev CAMES SANTE 2014; 1(2):75-9.
7. Montravers P, Guivarch E, Genève C, et col. Traitement anti-infectieux au cours des péritonites. JEPU 2016
8. Solomkin J. S., Mazuski J.S., Bradley J.S., et col. – Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and

children : guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin. Infect. Dis 2010; 50 : 133-164

9. Sartelli M., Vitale P., Catena F. et al. - WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. World J. Emerg. Surg 2013 ; 8 : 3.

10. Adamou H., Habou O., Amadou I. et col. Etiologie, traitement des péritonites à l'hôpital national de Zinder à propos de 320 patients. Revue Africaine de Chirurgie et Spécialité 2016 ; 10 :1

11. Dieng M., Ndiaye Ai., Ka O., et col. Aspect étiologique et thérapeutique des péritonites. Mali médical 2006 ; tome 21 :447.

12. Ngo Nonga B., Mouaffo Tambo FF., Ngawe Ngawe M. et col. Etiologie des péritonites aiguës généralisées au CHU de Yaoundé. Revue Africaine de Chirurgie et Spécialités 2010 ; 4 :7.

13. I. Azgaou. Profil épidémiologique, Clinique et thérapeutique des péritonites aiguës: étude retrospective sur 2 ans [Thèse de Doctorat en Médecine Université CADI AYYAD Faculté de Médecine et de Pharmacie] Maroc: CHU Mohamed VI de Marrakech 2011

14. Montravers P, Gauzlt R, Morazin F. Avancées thérapeutiques en reanimation: les péritonites. SFAR 2004; p 287-96.

15. Dupont H, Carbon C, Carlet J. Monotherapy with a broad-spectrum betalactams as effective as its combination with an aminoglycoside in treatment of severe generalized peritonitis: a multicenter randomized controlled trial. Antimicrob. Agents Chemother; 2000; 44: 2028-33

16. Leonce M, Martin C. Antibiothérapie probabiliste des péritonites communautaires: influence du site. Ann. Fr. Anesthésie reanimation 2001; 20: 427-40

17. Sotto A, Lefrant JY, Fabbro-paray P. Evaluation of antimicrobial therapy management of 120 consecutive patients with secondary peritonitis. J. Antimicrob. Chemother, 2002; 50: 569-76

18. Nguyen J, Jarlier V. épidémiologie bactérienne et intérêt des prélèvements microbiologiques périopératoires. Ann. Fr. Anesthésie reanimation 2001; 20: 395-9

19. Bourgoin A, Léone M, Martin C. Prise en charge thérapeutique des péritonites. Médecine et maladies infectieuses 2004; 34: 183-95

20. Jean YM, Jean LC. Péritonite aiguë. Rev Prat (Paris) 2001;51: 2141-45