



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

**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE**

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Journal Africain de Chirurgie
Service de Chirurgie Générale
CHU Le DANTEC
B.P. 3001, Avenue Pasteur
Dakar-Sénégal
Tél. : +221.33.822.37.21
Email : jafrchir@gmail.com

COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -**Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique**
Mamadou Diawo Bah - **Anesthésie-Réanimation**
Mamadou Cissé- **Chirurgie Générale**
Ndèye Fatou Coulibaly -**Orthopédie-Traumatologie**
Richard Deguenonvo -**ORL-Chir. Cervico-Faciale**
Ahmadou Dem -**Cancérologie Chirurgicale**
Madieng Dieng- **Chirurgie Générale**
Abdoul Aziz Diouf- **Gynécologie-Obstétrique**
Mamour Gueye - **Gynécologie-Obstétrique**
Sidy Ka -**Cancérologie Chirurgicale**
Ainina Ndiaye - **Anatomie-Chirurgie Plastique**
Oumar Ndour- **Chirurgie Pédiatrique**
André Daniel Sané - **Orthopédie-Traumatologie**
Paule Aida Ndoye- **Ophthalmologie**
Mamadou Seck- **Chirurgie Générale**
Yaya Sow- **Urologie-Andrologie**
Alioune Badara Thiam- **Neurochirurgie**
Alpha Oumar Touré - **Chirurgie Générale**
Silly Touré - **Stomatologie et Chir. Maxillo-Faciale**

COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (**Tunisie**)
Momar Codé Ba (**Sénégal**)
Cécile Brigand (**France**)
Amadou Gabriel Cissé (**Sénégal**)
Mamadou Lamine Cissé (**Sénégal**)
Antoine Doui (**Centrafrique**)
Aissatou Taran Diallo (**Guinée Conakry**)
Biro Diallo (**Guinée Conakry**)
Folly Kadidiatou Diallo (**Gabon**)
Bamourou Diané (**Côte d'Ivoire**)
Babacar Diao (**Sénégal**)
Charles Bertin Diémé (**Sénégal**)
Papa Saloum Diop (**Sénégal**)
David Dosséh (**Togo**)
Arthur Essomba (**Cameroun**)
Mamadou Birame Faye (**Sénégal**)
Alexandre Hallode (**Bénin**)
Yacoubou Harouna (**Niger**)
Ousmane Ka (**Sénégal**)
Omar Kane (**Sénégal**)
Ibrahima Konaté (**Sénégal**)
Roger Lebeau (**Côte d'Ivoire**)
Fabrice Muscari (**France**)
Assane Ndiaye (**Sénégal**)
Papa Amadou Ndiaye (**Sénégal**)
Gabriel Ngom (**Sénégal**)
Jean Léon Olory-Togbe (**Bénin**)
Choua Ouchemi (**Tchad**)
Fabien Reche (**France**)
Rachid Sani (**Niger**)
Anne Aurore Sankalé (**Sénégal**)
Zimogo Sanogo (**Mali**)
Adama Sanou (**Burkina Faso**)
Mouhammadou Habib Sy (**Sénégal**)
Adegné Pierre Togo (**Mali**)
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)
Maurice Zida (**Burkina Faso**)
Frank Zinzindouhoue (**France**)



**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE**

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Juin 2025, Volume 8,
N°3, Pages 184 - 290

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication
Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@homail.com

Rédacteur en Chef
Pr. Ahmadou DEM

Email : adehdem@gmail.com

Rédacteurs en Chef Adjoints
Pr. Alpha Oumar TOURE

Email : alphaoumartoure@gmail.com

Pr. Mamadou SECK
Email : seckmad@gmail.com

Pr. Abdoul Aziz DIOUF
Email : dioufaziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

SOMMAIRE

EDITORIAL

ARTICLES ORIGINAUX

PAGES

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

CAS CLINIQUES

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

CONTENTS

EDITORIAL

ORIGINALS ARTICLES

PAGES

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

CASES REPORTS

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

PERITONITES AIGUES GENERALISEES BILIAIRES D'ORIGINE TYPHIQUE.

ACUTE GENERALIZED BILIARY PERITONITIS OF TYPHOID ORIGIN.

BOKA TOUNGA Yahouza^{1*}, ZABEIROU A. A.³, SAIDOU Adama^{3,5}, IDE Kadi¹,
YOUNSA Hama^{2,5}, JAMES DIDIER Lassey^{1,5}, CHAIBOU Maman Sani^{4,5},
SANI Rachid^{1,5}.

1. Département de chirurgie de l'Hôpital National de Niamey

2. Département de Chirurgie de l'Hôpital national Amirou Boubacar Diallo

3. Département de chirurgie de l'Hôpital Général de Référence

4. Département d'anesthésie-réanimation de l'Hôpital National de Niamey

5. Faculté des sciences de la santé de l'université Abdou Moumouni de Niamey

*Auteur correspondant: Boka Tounga Yahouza; Médecin résident de chirurgie Générale;

Interne des hôpitaux de Niamey, Hôpital National de Niamey. BP: 238

Mail: yahouzabokatoungagmail.com ; Tel: +22798597850

Résumé

Introduction : Les cholécystites alithiasiques représentent des affections rares, associées à diverses étiologies, parmi lesquelles la fièvre typhoïde prédomine dans les pays à ressources limitées. Le but de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des cholécystites alithiasiques dans les pays à ressources limitées.

Patients et méthodes : Il s'est agi d'une étude cohorte à collecte rétrospective et prospective sur une période de 5 ans allant du 1^{er} Mai 2019 au 1^{er} Mai 2024 (rétroussée deux ans et prospective trois ans) incluant les patients opérés pour périctonite biliaire secondaire à une cholécystite alithiasique.

Résultats : Nous avons colligé 16 cas de périctonite biliaire. L'âge moyen était de 12,45 ans avec une sex-ratio de 2,75. Tous les patients étaient admis dans un délai de

plus d'une semaine. Les signes d'irritation périctonale étaient présents chez tous les patients, un sérodiagnostic de Widal et Félix positif chez (13) patients. L'ASP avait objectivé un pneumopéritoïne pour deux patients. À la laparotomie médiane lors de l'exploration chirurgicale, la vésicule biliaire était perforée chez tous les patients. L'association perforation biliaire et perforation iléale était présente chez deux patients. La cholécystectomie a été réalisée chez tous les patients. La bactériologie du liquide périctonale était réalisée chez tous les patients. Chez 14 patients, *Salmonella typhi et/ou paratyphi* était isolé ; pour les 2 patients avec perforation iléale, *Escherichia coli* était associée. L'étiologie était la fièvre typhique chez tous les patients. En post opératoire on avait noté un cas de sepsis et trois cas de suppuration pariétale. Un patient était décédé.

Conclusion : Les péritonites biliaires d'origine typique sont rares. La cholécystite alithiasique constitue une complication inhabituelle mais grave de la fièvre typhoïde.

Mots clés : cholécystite alithiasique, fièvre typhoïde, cholécystectomie, Niger.

Summary:

Introduction: *Acalculous cholecystitis is a rare condition associated with various etiologies, among which typhoid fever predominates in resource-limited countries. The aim was to describe the epidemiological, diagnostic, therapeutic and progressive aspects of alithiasic cholecystitis in countries with limited resources.*

Patients and methods: *This was a cohort study with retrospective and prospective collection over a period of 5 years from May 1, 2019 to May 1, 2024 (two-years retrospective and three-year prospective) including patients operated on for biliary peritonitis secondary to alithiasic cholecystitis.*

Results: *We collected 16 cases of biliary peritonitis with a mean age of 14 years and a sex-ratio of 2,75. All patients were admitted within more than a week. Signs of peritoneal irritation were present in all patients, a positive Widal and Félix serodiagnosis in 13 patients. The abdominal X-ray had revealed pneumoperitoneum in two (2) patients. Surgical exploration through midline laparotomy showed perforated gallbladder in all patients. The association with ileal perforation was present in two patients. Peritoneal fluid bacteriology was performed found, in 14 patients, *Salmonella typhi* and/or *paratyphi* associated with *E. coli* for the patients with ileal perforation. Biliary peritonitis was of typhoid origin in our patients. Postoperatively, one case of sepsis and three cases of wound infection were noted. One patient died.*

Conclusion: *Biliary peritonitis of typical origin is rare. Acalculous cholecystitis is an unusual but serious complication of typhoid fever.*

Keywords: *alithiasic cholecystitis, typhoid fever, cholecystectomy, Niger.*

INTRODUCTION

Les cholécystites alithiasiques constituent des affections peu fréquentes. Elles reconnaissent plusieurs causes mais dominées dans notre pays par la fièvre typhoïde [1]. La péritonite biliaire peut être définie par l'existence d'un épanchement de bile dans la grande cavité péritoneale provenant des conduits biliaires et s'accompagnant d'une réaction péritoneale aiguë imposant un geste chirurgical urgent [1,2]. La cholécystite alithiasique est une

cause de la péritonite biliaire, et une complication rare de la fièvre typhoïde. C'est l'inflammation de la paroi vésiculaire plus ou moins associée à une infection de son contenu le plus souvent due à *Salmonella typhi* dans les pays en voie de développement. C'est une affection de gravité croissante pouvant rapidement mettre en jeu le pronostic vital. Un auteur avait trouvé que les péritonites biliaires représentaient 1,65% des interventions sur

les voies biliaires [1,3]. Il s'agit d'une urgence chirurgicale redoutable car sa découverte est le plus souvent une surprise opératoire et son évolution est grevée d'une mortalité élevée supérieure à 25% dans certaines études [1,2]. La présente étude avait pour but de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques et évolutives des périctonites biliaires alithiasiques.

PATIENTS ET METHODES

Il s'est agi d'une étude cohorte à collecte rétrospective et prospective sur une période de 5 ans allant du 1^{er} Mai 2019 au 1^{er} Mai 2024 (rétrospective deux ans et prospective trois ans) incluant les patients opérés pour périctonite biliaire secondaire à une cholangiectasie alithiasique. Les patients opérés dans le service des urgences et Chirurgie générale et digestive de l'hôpital national de Niamey/Niger pour périctonite biliaire ont été inclus. Le diagnostic de périctonite biliaire reposait sur la présence de bile dans la cavité périctonéale, la présence d'une fuite biliaire ou de lésion au niveau d'un conduit biliaire parfois associée à une perforation du tube digestif. L'étiologie typhique de la périctonite biliaire était retenue sur des arguments épidémiologiques, anamnestiques, cliniques, un sérodiagnostic de Widal, Félix positif et la cytologie. Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, le délai de consultation, les circonstances, les signes fonctionnels, les signes physiques, les résultats des examens biologiques, de l'imagerie, les constatations peropératoires, les gestes chirurgicaux, les résultats de l'examen anatomopathologique et les suites opératoires. Le respect de la vie humaine a été observé grâce à une confidentialité des résultats. Nos données ont été saisies et analysées à l'aide des

logiciels Microsoft office 2016 (Word et Excel) et EPI info version 7.2.2.6. Les calculs statistiques étaient constitués de la fréquence. Le test du Khi-carré était utilisé pour déterminer la dépendance ou non des variables, en considérant $p < 0,05$ comme seuil de significativité. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital national de Niamey.

RESULTATS

Aspects épidémiologiques et diagnostiques

Pendant la période d'étude nous avions enregistré 5475 cas de périctonite, dont 16 périctonites d'origine biliaire soit une fréquence de 0,3% (16/5475). Le sexe masculin était le plus représenté dans plus de 2/3 avec un sexe ratio de 2,75 (M/F = 11/5). Plus de la moitié des patients était âgée de moins de 15 ans ($n=10$) avec un âge moyen de 12,45 ans (**tableau I**).

Tableau I : répartition des patients selon l'âge.

| Age | Effectifs |
|--------------|------------------|
| <15 ans | 10 |
| 15-30 ans | 3 |
| ≥30 ans | 3 |
| Total | 16 |

Plus de deux tiers de nos patients était des élèves (n=11/16). Presque tous les patients étaient en provenance de la zone rurale (région de Tillabéry) avec 15 patients sur 16. Le dernier venait de Niamey.

Le délai d'admission était supérieur à 7 jours chez tous les patients. Aucun antécédent de lithiase biliaire n'était retrouvé chez nos patients. Une douleur abdominale généralisée était présente chez tous les patients (n=16), les vomissements et arrêt de matières et des gaz a été retrouvé chez la moitié de nos patients (n=8). Le syndrome infectieux était présent chez tous les patients.

Selon la classification du score de OMS de l'état général, tous les patients avaient une altération de l'état général dont les deux tiers étaient au stade III (n=11). Le score ASA était au stade IV chez presque tous les patients (n=12). Le syndrome d'irritation péritonéale était retrouvé chez tous les patients. Le test sérodiagnostique de Widal et Félix était positif chez 13 patients avant leur admission. La bactériologie avait isolé le *Salmonella thypni* dans presque deux tiers des cas (n=14) dont deux associaient *Salmonella* et *Escherichia coli*. Tous les patients avaient une hyperleucytose à prédominance neutrophile ; 8 patients avaient une anémie et 5 avaient une thrombopénie. On notait une insuffisance rénale d'allure fonctionnelle chez 10 patients et un trouble ionique chez presque deux tiers des patients (n=11). Deux patients avaient un pneumopéritoine sur l'ASP correspondant aux patients avec une perforation iléale associée.

Aspects thérapeutiques et évolutifs

Tous les patients avaient bénéficié d'une réanimation per-opératoire : Apports

hydroélectrolytiques, double antibiothérapie, antalgique (**tableau II**).

Tableau II : répartition des patients selon le traitement médical

| Traitements médicaux | Effectifs | |
|----------------------|---|----------------|
| Antibiotiques* | Ceftriaxone Métronidazole | 16 16 |
| Antalgiques* | Paracétamol Tramadol | 16 16 |
| Réanimation* | Sérum salé Sérum glucosé Ringer lactate | 16 16 16 |
| Conditionnement* | Voie veineuse périphérique Sonde urinaire Sonde nasogastrique | 16 16 16 |

Tous les patients ont été opérés en urgence par laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic (n=16). La quantité de liquide péritonéal aspirée était en moyenne de 1,35 L avec des extrêmes de 500 ml et 3 L. Le liquide péritonéal était bilieux chez huit patients, bilio-purulent chez six patients et bilio-purulo-stercoral chez deux patients. Des lésions de la vésicule biliaire étaient présentes chez tous les patients (n=16). La vésicule biliaire était gangrenée et/ou perforée chez tous patients (n=16) et deux patients avaient une association à une perforation iléale (**figures 1, 2 et 3**). Une péritonite biliaire secondaire à une cholécystite typhique était retenue chez tous les patients. La cholécystectomie, toilette de la cavité abdominale, ablation des fausses membranes suivie d'un drainage de la cavité péritonéale ont été effectués chez tous les patients (n=16) et une iléostomie

pour les deux patients. L'examen anatomo-pathologique réalisé chez neuf patients a révélé un aspect de cholécystite gangrénouse. On notait trois cas de suppuration pariétale superficielle en post-opératoire ($n=3$). Un patient était décédé

dans un tableau de sepsis ($n=1$). La durée moyenne d'hospitalisation était de dix jours avec des extrêmes de 7 et 19 jours. Nous avons revu tous les patients à un mois puis 4 mois pour 13 patients.



Figure 1 : images per-opératoires d'un patient qui montre une vésicule biliaire inflammatoire avec de multiples perforations et issue de la bile.



Figure 2 : image per-opératoire montrant une vésicule biliaire gangrenée et perforée au fond avec issue de la bile



Figure 3 : image d'une vésicule avec plusieurs perforations

DISCUSSION

La péritonite biliaire est une forme de péritonite relativement rare dans la pratique chirurgicale à l'hôpital national de Niamey particulièrement et au Niger en général. La fréquence dans notre série (0,3%) était inférieure à celle de Ouédraogo (2,6%) [2] également au Burkina Faso, et celle de Belemlilga (0,6%) au Mali [3]. Grati en Tunisie [1] trouvait qu'elle représentait 1,6% des interventions chirurgicales sur les conduits biliaires, cette différence pourrait s'expliquer par l'inclusion de toutes les causes de lésions biliaires. La majorité des patients était jeune et de sexe masculin. Cette prédominance a été décrite dans la littérature. La moyenne d'âge et le sex-ratio variaient selon les études [1-3]. La plupart des patients provenaient de la zone rurale ou sévissent beaucoup de cas de fièvre typhoïde. Tous les patients étaient admis dans un délai d'au moins deux semaines, correspondant au délai de survenue de la fièvre typhoïde. Le diagnostic de péritonite aiguë généralisée d'origine biliaire a été

retenu après l'exploration chirurgicale chez tous nos patients. Dans les contextes à ressources limitées, le diagnostic a été fait en per-opératoire dans la plupart des séries [1,2,3,5,7,8,9]. En effet le diagnostic pré-opératoire d'une péritonite biliaire semble peu courant mais possible grâce l'avènement des nouvelles techniques d'imagerie [1,6]. L'exploration à la laparotomie permet de constater les lésions des voies biliaires. La péritonite était diffuse chez tous nos patients. Cela est probablement lié à un diagnostic tardif dans notre contexte car des formes localisées avec un épanchement limité à l'étage sus-mésocolique sont décrites [1,6]. Le diagnostic étiologique des péritonites a été posé sur l'anamnèse (un syndrome infectieux fébrile évoluant depuis deux semaines associant des céphalées, vertige, épistaxis et douleurs de l'hypochondre droit avant la diffusion à tout l'abdomen), l'examen physique, la sérologie du liquide péritonéale et la sérologie de Widal et Felix.

Les péritonites biliaires sont subdivisées en péritonites biliaires primitives, et en péritonites biliaires secondaires en fonction du mécanisme de survenue [1-3]. On distingue les péritonites biliaires secondaires provoquées par un traumatisme abdominal, et les péritonites biliaires secondaires iatrogènes provoquées par une intervention chirurgicale sur les conduits biliaires ou une endoscopie [3,4]. Les péritonites biliaires primitives ont pour principale cause la lithiasse chez l'adulte, les malformations congénitales chez l'enfant, les infections des voies biliaires à tout âge. D'autres causes moins fréquentes sont les cancers des conduits biliaires, le cancer du pancréas, les pancréatites nécrosantes, les kystes hydatiques du foie [1-3,6]. Les péritonites biliaires primitives prédominaient dans notre série. Nous n'avons pas retrouvé de lithiasse biliaire. Grace à l'isolement de *Salmonella typhi*, des arguments épidémiologiques, la fièvre, la douleur abdominale, la positivité du Sérodiagnostic de Widal et Félix malgré ont servi à retenir l'infection typhique comme cause probable des péritonites biliaires primitives. En effet dans notre pays la fièvre typhoïde est un fléau qui sévit selon le mode endémique. Ainsi l'infection à *Salmonella typhi* était la première cause des péritonites biliaires dans l'étude de Ouédraogo et celle Grati [1,2]. Contrairement à notre étude les péritonites biliaires secondaires rapportées dans la littérature sont surtout liées à des traumatismes iatrogènes au cours des interventions chirurgicales ou endoscopiques occasionnant des lésions sur les conduits biliaires [3,6]. Au cours des péritonites biliaires la fuite biliaire se situait le plus souvent au niveau des conduits biliaires extra-hépatiques [2,3]. Dans notre série, comme dans celle de Ouédraogo et Belemilga [9], la vésicule biliaire était le

siège de la fuite biliaire chez tous les patients. La vésicule est exposée dans les traumatismes de l'hypochondre droit, du fait de sa situation sous hépatique et est fragilisée lorsqu'elle est en état de réplétion [9, 10]. L'endémie de la fièvre typhoïde dans notre région explique la fréquence des cholécystites alithiasiques et de leurs complications à type de péritonites biliaires primitives [2]. En plus de la cholécystite nous apportons deux patients qui avaient un perforation iléale associé, une complication très fréquente de la fièvre typhoïde. Aucun écrit décrit l'association de la perforation biliaire et iléal. La voie d'abord chirurgicale était une laparotomie médiane du fait du caractère diffus des péritonites dans notre série. Un abord électif sous costal droit peut être utilisé en cas de péritonite localisée [6]. La laparoscopie est un moyen thérapeutique peu rapporté. Kang dans une série de onze perforations des conduits biliaires a eu recours à la laparoscopie chez un seul patient [6,7]. Une cholécystectomie, lavage et drainage ont été réalisée chez tous nos patients. Deux patients qui avaient une association des lésions, avaient bénéficié d'une iléostomie en plus de la cholécystectomie Cependant un drainage de la vésicule biliaire peut être réalisé lorsque les conditions locales ne permettent pas l'ablation chirurgicale de la vésicule biliaire (cholecystendeses). Le taux de mortalité des péritonites biliaires était faible (6,25%) dans notre série mais il était inférieur à celui de la série de Ouédraogo et Belemilga où il était respectivement de 46,7% et 30% [2,9]. En dehors de l'atteinte vésiculaire, cette septicémie dans ses formes graves entraîne des défaillances poly viscérales (neurologiques, cardiaques, respiratoires, hépatiques, rénales) qui peuvent expliquer sa létalité [8,10].

CONCLUSION

Les péritonites alithiasiques sont rares, urgences médico-chirurgicales. Une complication chirurgicale de la fièvre typhoïde. Le diagnostic est le plus souvent en per-opératoires, la cytologie et le sérodiagnostique de Widal Felix nous a

permis de faire le diagnostic étiologique. Le traitement est chirurgical qui consiste à une cholécystectomie et drainage. La plupart des patients avaient les suites opératoires simples. Une pathologie évitable par les simples mesures d'hygiènes et la vaccination contre la fièvre typhoïde.

REFERENCES

- 1. Grati I, Louzi M, Noomene F, Ghrissi, RStambouli N, Mhamdi K et al.** Les péritonites biliaires primitives. Annales de Chirurgie 2006 ; 131(2):96-9.
- 2. Ouédraogo S, Windsouri M, Sawadogo JT, Zida M, Ouangré E, Traore SS.** Particularités étiologiques, thérapeutiques et pronostiques des péritonites biliaires primitives en milieu tropical. Med Sant Trop 2018; 28:50-3.
- 3. Subasinghe D, Udayakumara EAD, Somathilaka U, Hurugamuwa M.** Spontaneous Perforation of Common Bile Duct: A Rare Presentation of Gall Stones Disease. Case Rep Gastrointest Med 2016; 2016:1-3.
- 4. Budipramana VS, Meilita M.** ObstructiveType Jaundice without Bile Duct Dilatation in Generalized Peritonitis Is a Specific Sign of Spontaneous Gall Bladder Perforation. Case Rep Med 2020 ; 2020:1-4.
- 5. Perchoc A, Le Gall G, Malgras B.** Péritonite biliaire après cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique. J Chir Visc 2021; 158(6):584-5.
- 6. Sumer F, Kayaalp C, Karagül S, Ertugrul I, Yagci MA, Onur A.** Case report of non-traumatic spontaneous intrahepatic bile duct rupture in an adult. Int J Surg Case Rep 2016 ; 21 :104-6.
- 7. Song S, Jo S.** Peritonitis from injury of an aberrant sub vesical bile duct during laparoscopic cholecystectomy: A rare case report. Clin Case Rep 2018; 6(9):1677-80.
- 8. Hamura R, Haruki K, Tsutsumi J, Takayama S, Shiba H, Yanaga K.** Spontaneous biliary peritonitis with common bile duct stones: report of a case. Surg Case 2016 ; 2(1) :1-4.
- 9. Bélemlilga Gueswendé Larba Hermann1, Ouédraogo Souleymane2, Yabré Nassirou1, Kéita Namori1, Tiendrébéogo Lazare3, Zaré Cyprien1, Zida Maurice3.** Les péritonites biliaires : aspects diagnostiques et thérapeutiques. Biliary peritonitis : diagnostic and therapeutic aspects. Mali Med 2023 ; TOME XXXVIII N°3.
- 10. Lochan R, Joypaul BV.** Bile peritonitis due to intra-hepatic bile duct rupture. World J Gastroenterol, 2005 ;11 (42): 6728-9. 14.
- 11. World Health Organization.** Typhoid vaccines: WHO position paper. Weekly Epidemiological Record, 2008; 83(06): 49-59.