

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE UN BUT UNE FOI



**U.S.T.T-B**

UNIVERSITE DES SCIENCES DE  
ET TECHNIQUES ET DE  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Année Universitaire : 2018/2019



FACULTE DE MEDECINE  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Thèse N :

## **THESE**

# **PERITONITES AIGUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET THEURAPETIQUE**

Présentée et soutenue publiquement le 26/12/2019 devant la faculté de  
Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**Par M. ALOU HAMADOUN CISSE**

Pour Obtenir le Grade de Docteur (*Diplôme d'Etat*)

## **JURY**

**Président du jury : Pr Bakary Tientigui DEMBELE**

**Membre de jury : Dr Modibo TOGOLA**

**Codirecteur de thèse : Dr Cheickna TOUNKARA**

**Directeur de thèse : Pr Alhassane TRAORE**

## DEDICACES et REMERCIEMENTS

Je rends grâce

A Allah, le tout puissant, le miséricordieux, le maître des destins de m'avoir guidé et surtout assisté tout au long de mes études. Qu'Il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence.

Je Lui rends grâce de m'avoir donné force, détermination et inspiration pour la réalisation de ce travail.

Je vous dois ce que je suis devenu.

Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.

“Il est ALLAH, unique.

ALLAH, le seul à être imploré pour ce que nous désirons.

Il n'a jamais engendré, n'a pas été engendré non plus.

Et nul n'est égal à Lui”.

ALLAH ! point de divinité à part Lui, le vivant, celui qui subsiste par lui-même “al Qayyum”. ni somnolence ni sommeil ne le saisissent. A lui appartient tout ce qui est dans les cieux et sur la terre. Qui peut intercéder auprès de lui sans sa permission ? Il connaît leur passé et leur futur. Et, de sa science, ils n'embrassent que ce qu'il veut. Son trône “Kursiy” déborde les cieux et la terre, dont la garde ne lui coûte aucune peine. Et il est le très haut, le très Grand.

Ce travail est une infime partie de tes immenses grâces.

A mon père **HAMADOUN BILALY CISSE** tu as préféré m'inscrire à l'école; que j'ai le privilège d'être instruits. Père grâce au tout puissant et à ta détermination me voilà au terme de ce travail. Tu as toujours été pour moi la lumière qui me guide dans les moments les plus obscurs. En témoignage

des profonds liens qui nous unissent, veuillez cher père trouvez à travers ce travail l'expression de mon grand amour, mon attachement et ma profonde reconnaissance. Puisse Dieu me donner la force, la chance et le temps de te témoigner toute ma reconnaissance.

### A ma Mère **BINTA BELCO**

Aucune dédicace, aucun mot, ne sauraient exprimés le profond amour et l'immense respect que je te porte. Je te remercie pour ta patience, ta compréhension et ton soutien. Qu'ALLAH Le Tout Puissant nous procure une vie heureuse pleine de bonheur. Du plus profond de mon cœur je te dis merci.

Puisse Dieu te prêter longue vie pour bénéficier du fruit de ton travail.

A mes frères et sœurs Feue Fatoumata CISSE, Bilaly CISSE, Aye CISSE, Belco CISSE et ma petite sœur Altine CISSE.

Cette thèse est le fruit de vos efforts, vos prières, vos privations recevez toute ma reconnaissance. Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous. Je vous souhaite la réussite dans votre vie, avec tout le bonheur qu'il faut pour vous combler.

Merci pour votre esprit de fraternité.

A la mémoire de mes grands-parents, ma tante (Aissata, Touskel CISSE).

Le destin ne nous a pas laissé le temps pour jouir ce bonheur ensemble et de vous exprimer toute mon affection et mon respect.

Puisse ALLAH Le tout puissant, assurer le repos de vos âmes par sa sainte miséricorde.

A ma très chère Femme **HAMSETOU TRAORE** merci pour le soutien.

A mes neveux et nièces : Fatoumata Dicko, Hamadoun DICKO, Ibrahim DICKO, Ada DICKO, Djénéba TAMBOURA, Hamadoun CISSE, Ousmane, Nouh, mon homonyme Alou CISSE,

A mes amis de la faculté, dont je me garde de citer des noms par craintes d'en omettre, la bonne amitié dont vous avez su faire preuve m'a permis de braver toutes les difficultés de la vie avec courage et optimisme à tout bonheur, succès, et réussite. Particulièrement à **Mamoun SIMAGA** et **Bakary TOURE**.

A mes collègues thésards du CS Réf de la commune I :

Alassane KONATE, Koniba FOFANA, Tieba TRAORE, Hamadou YALCOUYE,

A mes aînés : Dr Bessy SAMAKE, Dr Bamake DEMBELE, Dr FANE Yacouba, Dr Lamine DEMBELE, Dr Mama SIMPARA, Dr Arafaou DICKO, Dr Yaya DIARRA, Dr Dramane CISSE, Dr Ousmane TOLO, Moussa KONE ce travail est le vôtre.

Aux chirurgiens de la commune I : Dr Cheickna TOUNKARA

Dr Modibo SANOGO, Dr Issaka DIARRA, merci pour la formation

Aux Majors de la chirurgie M Youssouf COULIBAY et M Sory KEITA, les autres infirmiers particulièrement à Mariam COULIBALY

Au personnel du bloc opératoire du CS REF CI : Yacouba COULIBALY, Amadou Oury DIA, Tanti Oumou, Tonton Samaké, Tonton Younoussa.tonton SOW Merci pour la collaboration.

A mes collègues thésards de la chirurgie générale du CHU GT : Daouda COULIBALY, Mohamed SAMAKE, DOUMBIA, Kady, Dina, SAMAKE Nouhoum, merci pour la bonne collaboration.

Mes sincères remerciements

Aux Familles de Feu Hamadoun TAMBOURA, Feu Alou Anga TAMBOURA, Feu Hamadoun CISSE, Amadou CISSE, Ousmane CISSE, Oumarou Housseiny TAMBOURA que le seigneur soit toujours avec vous. Amen !

A tous mes enseignants du primaire à la Faculté de Médecine et Odontologie:

Pour l'éducation, l'enseignement et le savoir que vous m'avez donné.

A nos voisins du point G : Pour votre hospitalité durant le temps passé ensemble.

A mes grands frères du QG : Simbo KEITA, Ousmane TAMBOURA ,Majer OUEDRAGO etc. merci pour la confiance.

Aux associations : AERMOS (Association des Elèves et Ressortissant de la Région de Mopti et Sympathisant), CESRCD (Collectifs des Etudiants et Sympathisants des Ressortissants du Cercle de Douentza) Merci pour la formation.

A notre promotion " 10ème promotion du numerus clausus"

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de mes rêves.

A tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens et diminuer leurs souffrances.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY**

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

#### **Pr Bakary Tientigui DEMBELE**

- Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS.
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.
- Chargé des cours à l'INFSS.
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali.
- Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone.

#### **Cher Maître,**

Vous nous faites un grand privilège en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre abord facile, votre amour pour le travail bien fait, et l'étendue de vos connaissances scientifiques font de vous un maître admiré de tous.

Recevez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

### **Dr Modibo TOGOLA**

- Spécialiste en anesthésie réanimation.
- Chef du service d'anesthésie réanimation au CSREF CI.

**Cher maître,**

Nous avons été impressionnés par votre courtoisie votre simplicité votre abord facile et la spontanéité par laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Veillez recevoir ici l'expression de notre profonde reconnaissance.



## **A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE**

### **Dr Cheickna TOUNKARA**

- Spécialiste en chirurgie générale.
- Praticien hospitalier au CS Réf CI.
- Chargé de recherche à la FMOS.

**Cher Maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail.

Votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humilité et votre dextérité au bloc opératoire font de vous le maître admiré de tous.

Nous n'oublierons jamais l'atmosphère chaleureuse et conviviale de vos séances de travail.

Veillez agréer l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **Pr. Alhassane TRAORE**

- Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS.
- Détenteur d'un mastère en chirurgie hépatobiliaire.
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.
- Chargé de cours à l'INFSS.
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone.
- Membre de la société de chirurgie du Mali.

#### **Honorable maître,**

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous aviez placée en nous, pour effectuer ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre assiduité, votre ponctualité, votre amour du travail bien fait, votre courage et vivacité font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique impose le respect et l'admiration de tous. Professeur nous vous envions et souhaiterions emboiter vos pas, bien que difficile. Vous nous avez impressionnés tout au long de ces années d'apprentissage : par la pédagogie, l'humilité, l'accessibilité dont vous faites preuve.

C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi Vos élèves. Nous, vous prions cher maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude.

Que le bon dieu vous gratifie d'une longue et heureuse vie.

# **SIGLES ET ABREVIATIONS**

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**ABP** : Antibioprophylaxie.

**ATB** : Antibiothérapie

**AG**: Anesthésie générale

**AL**: Anesthésie locale

**ALR**: Anesthésie locorégionale

**AMM** : Autorisation de mise sur le marché

**ASA**: American Society of Anaesthesiologists.

**ASP**: Abdomen sans préparation.

**ATCD** : Antécédent

**AVC** : Accident vasculaire –cérébral

**BAAR** : Bacille acido- alcoolo résistant

**BK** : Bacille de Koch

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**CIVD** : Coagulation intra-vasculaire disséminée.

**Cm** : Centimètre

**Cm<sup>2</sup>** : Centimètre carré

**CSCOM** : Centre de santé communautaire

**CC** : Centimètre cube

**CS Réf CI** : Centre de sante de référence de la Commune 1

**Ddl** : Degré de liberté

**DES** : Diplôme d'étude spécialisée.

**ECG** : Electrocardiogramme.

**E. coli** : Escherichia coli.

**EVS** : Echelle visuelle simple.

**EVA** : Echelle visuelle analogue

**Fast-Strack** : Réhabilitation rapide après chirurgie digestive

**FID** : Fosse iliaque droite

**FIG** : Fosse iliaque gauche

**FMOS** : Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

**FPH** : Faculté de pharmacie

**g**: Gramme.

**GEU** : Grossesse extra utérine

**HO** : Hernie ombilicale

**HTA** : Hypertension artérielle

**IOT** : Intubation oro-trachéale

**IMC** : Indice de masse corporelle.

**ISO** : Infection du site opératoire.

**IST** : Infection sexuellement transmissible

**J** : Jours

**K**: Potassium.

**Kcl** : Chlorure de potassium.

**Kg** : Kilogramme

**L**: Litre.

**mg** : Milligramme.

**ml** : Millilitre.

**ml /h** : Millilitre par heure

**MPI** : Mannheim peritonisis index.

**Mn** :Minute

**N** : Nombre.

**Nacl** : Chlorure de sodium.

**NFS** : Numération formule sanguine.

**NB** : Noté bien

**ORL** : Otorhinolaryngologie.

**P.aeruginosa** : Pseudomonas. Aeruginosa.

**P** : Pourcentage

**PEC** : Prise en charge.

**RCI** : République de la côte d'ivoire

**SFAR**: Société française d'anesthésiste – réanimateur

**SNG**: Sonde nasogastrique

**SG**: Sérum glucosé

**SPO** : Soins périopératoires

**SDRA** : Syndrome de détresse respiratoire aigüe.

**TV**: Toucher vaginal

**TR**: Toucher rectal

**USA**: United States of America.

**UGD**: Ulcère-gastroduodéal.

**USAC** : Unité de soins d'accueil et de conseil.

**V T** : Vagotomie tronculaire.

**%** = Pourcentage.

**°c** : Degré Celsius

**<**: Inferieur

**>**: Superieur

# **TABLE DE MATIERES**

## **TABLE DE MATIERES**

<b>1-INTRODUCTION.....</b>	<b>1-2</b>
<b>2-OBJECTIFS.....</b>	<b>3</b>
<b>3-GENERALITES.....</b>	<b>4-25</b>
<b>4-METHODOLOGIE.....</b>	<b>26-28</b>
<b>5-RESULTATS.....</b>	<b>29-51</b>
<b>6-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>52-66</b>
<b>7-CONCLUSION .....</b>	<b>67</b>
<b>8- RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>68</b>
<b>9-REFERENCES.....</b>	<b>69-74</b>
<b>10-ANNEXES.....</b>	<b>75-86</b>



# INTRODUCTION

## **I -Introduction**

La péritonite aiguë généralisée est une inflammation aiguë du péritoine [1]. Elle est le plus souvent secondaire à une perforation d'organe digestif et ou à la diffusion d'un foyer septique intra abdominal.

C'est une pathologie chirurgicale fréquente relevant d'une urgence thérapeutique [2].

Elle occupe la 3ème place des urgences en chirurgie digestive en Afrique après les occlusions et les appendicites aiguës [3].

**Aux U.S.A** : Selon une étude effectuée en 2004, 17% des appendicectomies ont été compliquées de péritonite avec une mortalité de 0,4% et une morbidité de 0,31 à 5,1% [4 ; 5].

**En ALLEMAGNE** : GIESLING [6] a relevé 58% de décès chez 36 patients atteints de péritonites sévères.

**EN ASIE** : RAMACHANDRAN C.S, AGARWAL .S en 2004 [7] ont signalé dans leur étude qu'en cas de défaillance multi viscérale au moment de l'intervention, le pronostic peut atteindre 70 à 80% de décès.

**En AFRIQUE** : Selon une série d'études réalisées en 2005 et 2006, cette fréquence variait de 28,1% au Congo à 49% au Niger avec une mortalité de 20,98% et une morbidité de 49% [8 ;9 ; 10 ;].

**Au BURKINA FASO** : SANOU D, en 1999 [8] a remarqué dans son étude que l'arrivée tardive des malades à l'hôpital, couplée à des interventions longues et complexes ont contribué à une augmentation de la mortalité.

**En TUNISIE** : SAKHRI J. en 2000 [9] a noté que les patients ayant des facteurs de risque (âge supérieur à 65 ans ; tares associées ; signes de choc) doivent bénéficier d'un geste chirurgical simple et rapide. Ce geste ne doit pas faire courir au malade un risque supplémentaire de complication post-opératoire.

**AU MAROC: M'BIDA et Coll.** [11] en 2005 ont remarqué que le pronostic peut être amélioré par une prise en charge urgente et multidisciplinaire, associant un diagnostic précoce, une laparotomie exploratrice en urgence et une réanimation précoce bien adaptée.

**Au MALI : MALLE O.** en 2015 dans son étude a trouvé une fréquence de péritonite aiguë de 7,4% [13].

Le diagnostic de la péritonite aiguë est essentiellement clinique. En cas de doute les examens radiologiques peuvent aider au diagnostic.

De nos jours, la coelioscopie occupe une place importante dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des péritonites [3].

Certains auteurs ont trouvé dans leurs séries 58% de décès chez les patients atteints de péritonite sévère [6].

D'autres auteurs ont signalé dans leur étude qu'en cas de défaillance multi viscérale au moment de l'intervention, le pronostic peut atteindre 70 à 80% de décès [7].

Le pronostic dépend de l'âge, de l'étiologie, du délai de diagnostic, le traitement précoce et la durée longue des interventions.

Cependant il peut être amélioré par une prise en charge urgente et multidisciplinaire, associant un diagnostic précoce, une laparotomie exploratrice en urgence et une réanimation précoce et bien adaptée [11].

Vu la fréquence élevée de cette pathologie dans notre centre et la non évaluation de la fréquence de cette pathologie sur une période d'un an nous avons décidé de faire une étude, pour contribuer à l'amélioration nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

# OBJECTIFS

## **II / OBJECTIFS**

### **2-1 Objectif général :**

► Etudier les péritonites aiguës au Centre de Santé de Référence de la Commune I du district de Bamako.

### **2-2 Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence des péritonites au CS Réf CI.
- Décrire les aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique de la péritonite aiguë.
- Analyser les suites opératoires des péritonites aiguës.
- Evaluer le coût de la prise en charge (PEC) des péritonites aiguës.

# GENERALITES

### III/GENERALITES

#### 3.1. Définition

La péritonite aiguë est l'infection aiguë de la séreuse péritonéale par un agent infectieux ou chimique. C'est une affection très hétérogène. Parmi les nombreuses classifications, celle de Hambourg, développée en 1987, est la plus utilisée. Elle différencie [14] :

- ✓ Les péritonites primitives dites « spontanées ou idiopathiques » à point de départ supposé hématogène, lymphatique ou transmural par translocation bactérienne à travers la paroi digestive.

Ce sont :

- La péritonite spontanée de l'enfant ;
  - La péritonite bactérienne spontanée du cirrhotique ;
  - La péritonite tuberculeuse ;
  - La péritonite par cathéter de dialyse péritonéale.
- ✓ Les péritonites secondaires avec une origine intra-abdominale clairement authentifiée. Ce sont :
    - La péritonite par perforation intra-péritonéale
      - Perforation gastro-intestinale ;
      - Nécrose de paroi intestinale ;
      - Pelvipéritonite.
    - La péritonite postopératoire
      - Lâchage d'anastomose ;
      - Lâchage de suture ;
      - Lâchage de moignon ;
      - Iatrogénie : perforation per endoscopique, radiologie interventionnelle.
    - La péritonite post-traumatique
      - Traumatisme fermé ;

-Traumatisme par plaie pénétrante.

- ✓ Les péritonites tertiaires
- Evolution péjorative d'une péritonite secondaire.

### **3.2. Rappels anatomiques :**

#### **3.2.1. Séreuse péritonéale [15 ;16 ;17 ;]**

Le péritoine est la membrane séreuse des cavités abdominale et pelvienne. Il est constitué d'un mésothélium et d'une sous séreuse. Cette membrane séreuse délimite donc un espace virtuel, occupé par les viscères appelé cavité péritonéale.

Il comprend :

- Le péritoine pariétal

Il recouvre les parois de la cavité abdomino-pelvienne dont il est séparé par l'espace extra-péritonéal (figure1), comblé par du tissu conjonctif lâche : le fascia extra-péritonéal.

Le péritoine pariétal comprend :

- Le péritoine pariétal antérieur : il est séparé de la face interne de la paroi abdominale antérolatérale par l'espace pré péritonéal, occupé par le fascia pré péritonéal ;
- Le péritoine pariétal postérieur : il est séparé de la paroi abdominale postérieure par l'espace rétropéritonéal, comblé par le fascia rétropéritonéal ;
- Le péritoine pariétal pelvien : il est séparé du diaphragme pelvien par l'espace extra péritonéal pelvien.

- ✓ Le péritoine viscéral

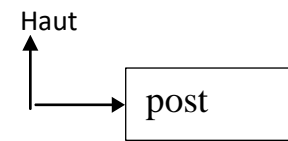
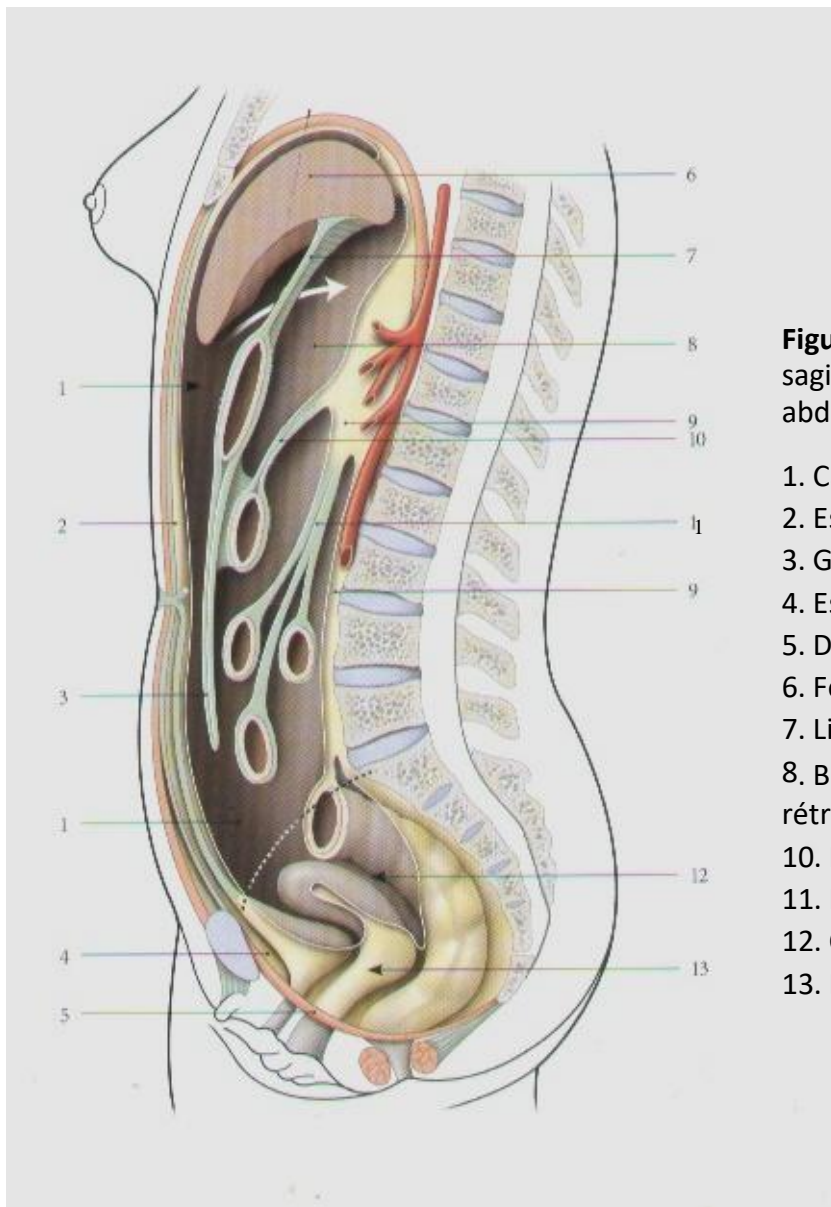
Il enveloppe en totalité ou en partie les organes contenus dans la cavité abdomino-pelvienne.



✓ Les replis péritonéaux

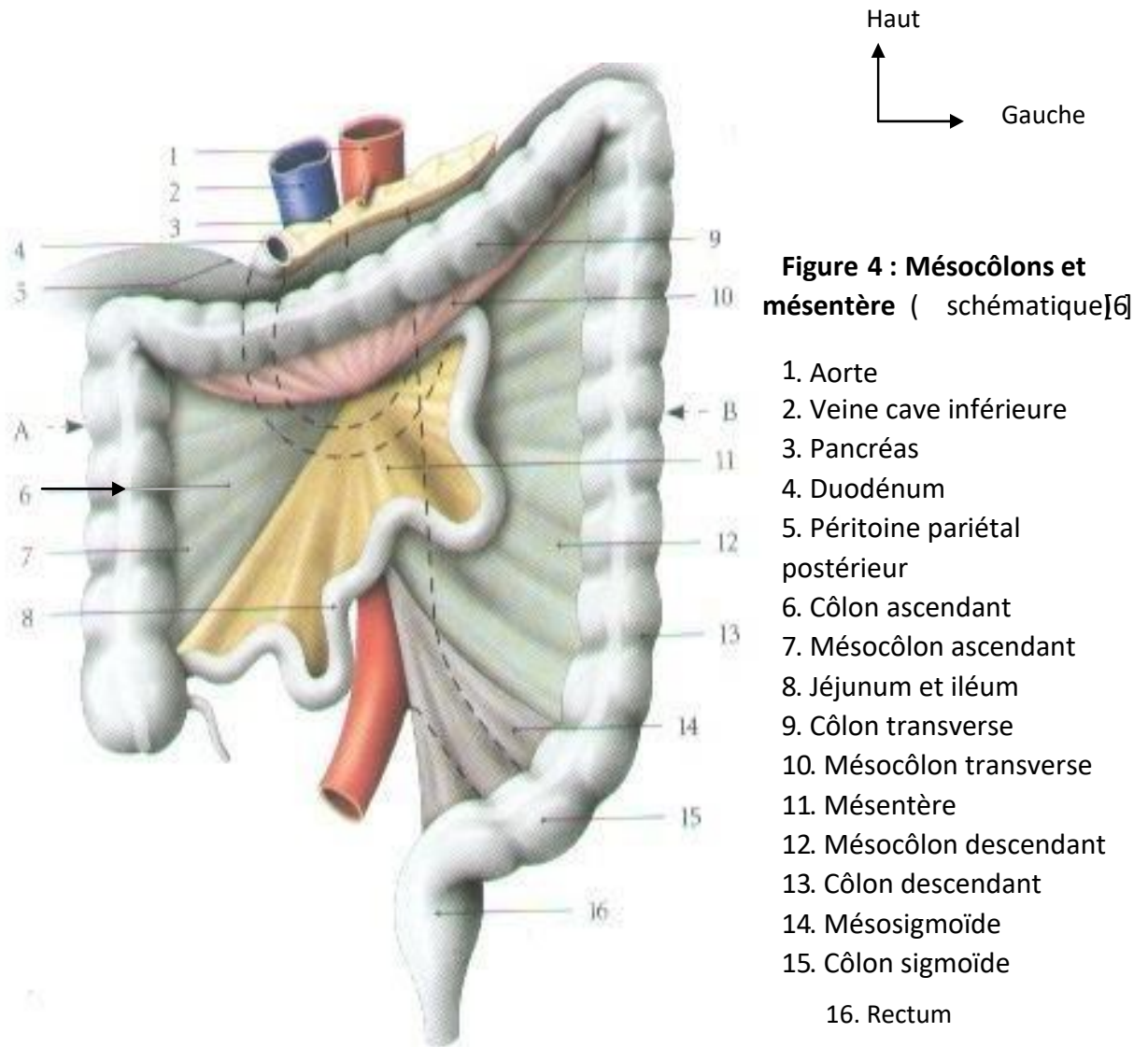
On distingue :

- Les mésos lorsqu'ils relient les viscères à la paroi (figure 2).
- Les mésos renferment des vaisseaux nourriciers pour nourrir les organes auxquels ils sont reliés. Ce sont :
  - Le mésogastre pour l'estomac ;
  - Le méso duodénum pour le duodénum ;
  - Le mésentère pour le jéjuno-iléon ;
  - Le mésocôlon ascendant pour le côlon ascendant ;
  - Le mésocôlon transverse pour le côlon transverse ;
  - Le mésocôlon descendant pour le côlon descendant ;
  - Le mésocôlon sigmoïde pour le côlon sigmoïde.
- Les ligaments ou omentum :
  - Lorsqu'ils relient les viscères entre eux, ils portent le nom de ligament : le ligament gastro-hépatique unissant le foie à l'estomac et au duodénum ;
  - lorsqu'ils sont simplement fixés à un viscère, ils prennent le nom d'omentum : grand omentum « tombant » du bord antérieur du côlon transverse.



**Figure 3 : Espace extrapéritonéal** (coupe sagittale schématisée de la cavité abdominale) [6]

- 1. Cavité péritonéale abdominale
- 2. Espace prépéritonéal
- 3. Grand omentum
- 4. Espace rétropubien
- 5. Diaphragme pelvien
- 6. Foie
- 7. Ligament hépato-duodéal
- 8. Bourse omentale
- 9. Espace rétro-péritonéal
- 10. Mésocôlon transverse
- 11. Mésentère
- 12. Cavité péritonéale pelvienne
- 13. Espace subpéritonéal pelvien



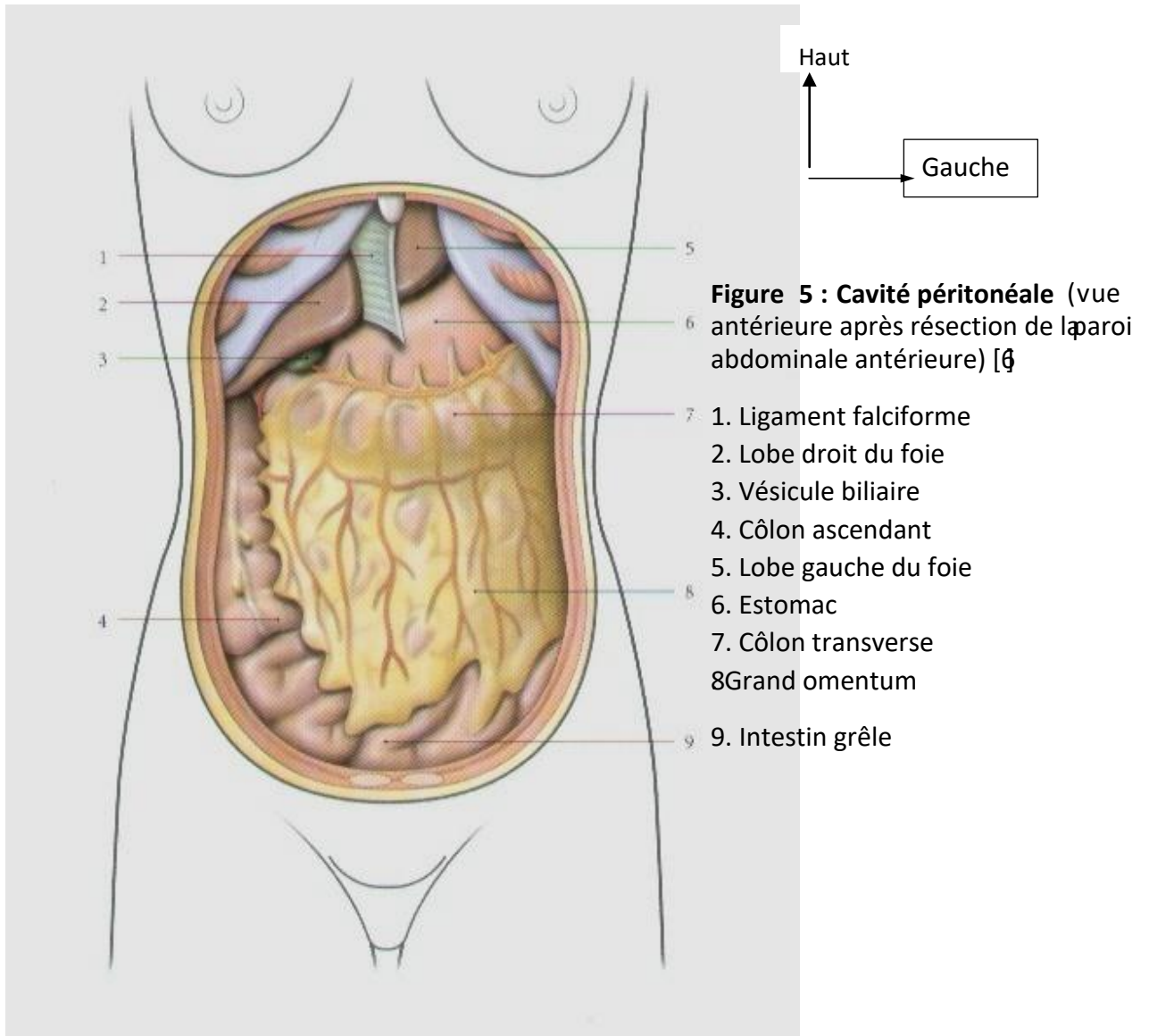
### **3.2.2. Cavité péritonéale [15]**

La cavité péritonéale est délimitée par le péritoine pariétal. Elle est close chez l'homme, mais chez la femme, elle communique avec le canal tubaire par l'ostium abdominal de la trompe utérine. Ceci explique le passage intrapéritonéal du produit de contraste radiologique au cours de l'hystérosalpingographie.

C'est une cavité virtuelle car tous les viscères sont contigus (figure 3).

Elle ne devient une cavité réelle que lorsqu'il y a un épanchement liquidien (ascite, hémopéritoine...) ou l'introduction d'un gaz (insufflation péritonéale en vue de laparoscopie, ou perforation d'un viscère digestif creux). Ses points déclives varient suivant la position :

- ✓ Débout, le point déclive est le cul-de-sac de Douglas qui est : le cul-de-sac recto-utérin chez la femme, et le cul-de-sac recto-vésical chez l'homme.
- ✓ Couché, les points déclives sont situés dans le pelvis, en regard du sacrum, et dans l'abdomen, de chaque côté du rachis, dans les gouttières paracoliques et la bourse omentale.



### **3.3. Physiologie [15,19]**

- Le péritoine est caractérisé par ses facultés de sécrétion, de résorption, de défense et de plasticité.

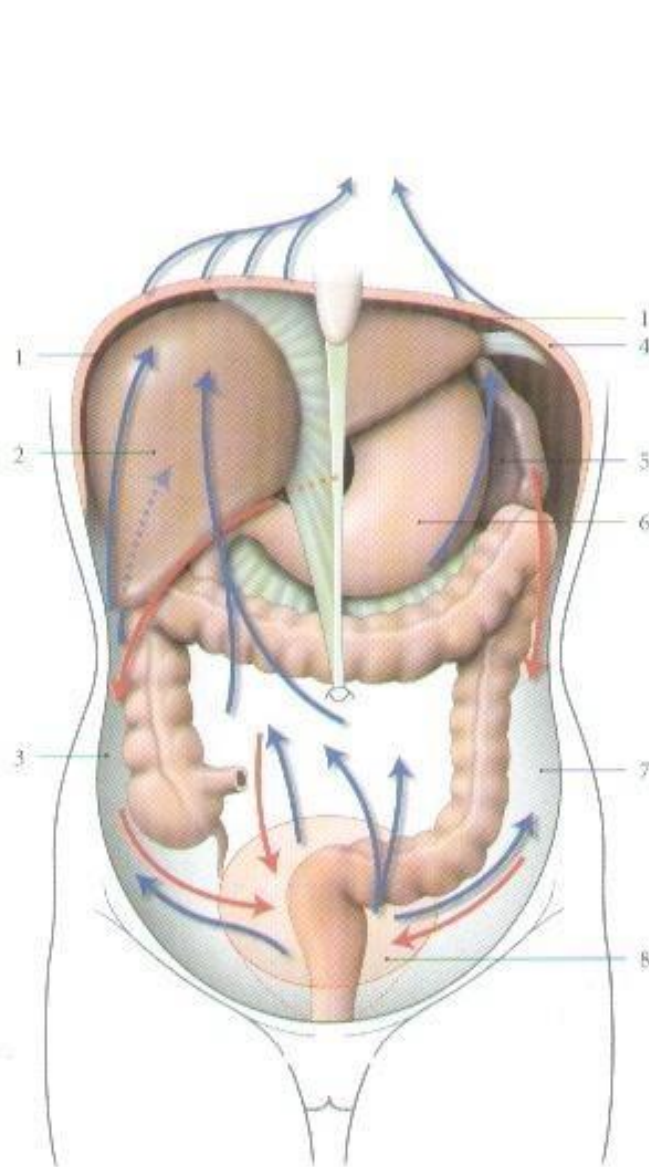
#### **3-3-1.Sécrétion péritonéale :**

Le liquide péritonéal dérive du liquide interstitiel. Légèrement visqueux, il est plus abondant chez le nouveau-né et forme chez l'adulte un film de 5 microns environ permettant les déplacements viscéraux. Ce liquide péritonéal libre est normalement de 20 à 50 ml environ.

#### **3-3-2.Résorption péritonéale :** (figure 4)

- Formé d'une mince nappe endothéliale reposant sur une trame conjonctivoélastique, le péritoine se comporte en membrane dialysante semi perméable obéissant aux lois de l'osmose. La surface de résorption péritonéale est comparable à celle de la peau, soit environ 1700 cm<sup>2</sup>. Le péritoine peut résorber jusqu'à 8% du poids du corps à l'heure (soit environ 450 ml/h). Cette absorption concerne surtout les liquides et les petites molécules.
- Cette fonction de résorption diminue avec l'âge. Elle est presque nulle pour les lipides, rapide pour les protéides et très rapide pour les cristaalloïdes. L'absorption est importante au niveau du grand omentum, accessoire au niveau du péritoine pariétal, et presque nulle au niveau des culs-de-sacs recto-utérin et recto-vésical. Le liquide péritonéal se dirige vers le système lymphatique infra diaphragmatique. La résorption est efficace surtout au-dessus du foie.

Les sérosités pathologiques abondantes se collectent dans le pelvis en suivant en particulier les gouttières paracoliques.



**Figure 4 : Circulation péritonéale [6]**

**En bleu : circulation physiologique**  
**En rouge : circulation pathologique**

1. Récessus subphrénique
2. Foie
3. Gouttière paracolique droite
4. Diaphragme
5. Rate
6. Estomac
7. Gouttière paracolique gauche
8. Cavité pelvienne

### **3.3.3. Propriété de défense**

Le péritoine joue un rôle de défense contre les germes et les corps étrangers qu'il peut phagocyter ou encapsuler, par des cloisonnements adhérentiels. Ce rôle est particulièrement important pour le grand omentum qui se dirige vers le lieu où le péritoine est menacé [« the abdominal policeman » (Morrisson)].

### **3.3.4. Propriété plastique**

Le péritoine possède une puissance plastique remarquable. Comme tout épithélium de recouvrement, la réparation du péritoine dépend essentiellement de l'état du tissu conjonctif sous-jacent. S'il est intact, la réparation sera rapide. Son activité réparatrice est prodigieuse et rapide. Après destruction de la séreuse, il apparaît une hyperhémie sous-jacente en quelques heures, qui se recouvre d'une couche homogène de fibrine. L'activité fibrolytique du milieu péritonéal empêche les adhérences. Les plus précoces sont lysées en moins de 72 heures. La séreuse est en place le 10<sup>ème</sup> ou 12<sup>ème</sup> jour.

## **3.4. Physiopathologie [19]**

### **3.4.1. Facteurs de contamination**

Pour contaminer le péritoine, il faut :

- D'une part une inoculation de germes virulents en quantité suffisante.
- D'autre part la présence de facteurs favorisant la diffusion :
  - L'altération du péritoine par des liquides caustiques (gastriques), irritants (biliaires), enzymatiques (sucs pancréatique et intestinal), septiques (microbes du tube digestif), toxiques (collections abcédées, tissus nécrotiques, etc.) ;
  - La présence d'épanchement hématique.

En cas d'agression péritonéale qui déborde la première ligne de défense différenciée, ligne de défense susceptible d'assurer une asepsie sans faille de la cavité péritonéale face à une agression occasionnelle mineure de quelques



Péritonites aiguës au CS Réf de la commune I : Aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique

germes d'origine endogène, la défense conjonctive et les phénomènes immédiatement par une vasodilatation et par l'augmentation de la perméabilité vasculaire secondaires à la libération d'histamine et de prostaglandine d'origine macrophagique et réticuloendothéliale.

### **3.4.2. Défense péritonéale**

De nombreux processus de défense sont mis en œuvre simultanément, en quelques heures pour juguler l'infection locale :

- ✓ Sécrétion d'un épanchement liquidien abondant doté de pouvoir bactéricide, riche en immunoglobulines, opsonines, fibrinogène, complément et en éléments figurés dont les polynucléaires et les macrophages, ces derniers dotés d'une activité immédiate de phagocytose et d'une activité médiate de stimulation de l'afflux leucocytaire ;
- ✓ Formation d'adhérences inflammatoires, cloisonnement et circonscription du foyer lésionnel par l'inflammation, l'œdème et la trame conjonctive du péritoine et l'hypersécrétion fibrinoïde tendant à l'agglutination des surfaces péritonéales autour des foyers septiques ;
- ✓ Immobilisation et repos fonctionnel aboutissant à un iléus intestinal. Ces trois processus inflammatoires entraînent le déplacement de masses de liquides hydro-ioniques et protidiques importantes extra-luminales dans la cavité péritonéale, dans l'espace conjonctif sous-péritonéal et dans la lumière de l'arbre digestif, constituant le troisième secteur ; modifications de la circulation et de la distribution intra-péritonéale des épanchements par des courants actifs :
- ✓ Une composante ascendante de ces courants due aux mouvements du diaphragme amène une partie des liquides intra-péritonéaux et des particules au contact du péritoine sous-diaphragmatique, dont les pores et stomates mésothéliaux assurent un passage sélectif dans le système lymphatique et dans la circulation générale ;

d'autres courants actifs, transitant par les gouttières pariétocoliques, tendent à collecter ces épanchements en trois sites majeurs : espaces inter hépato-diaphragmatique, sous-phréniques gauche, cul-de-sac de Douglas ; mobilisation de diverses formations intrinsèques de la cavité péritonéale : mésentère, intestin et surtout grand épiploon qui exerce une fonction de défense privilégiée grâce à différentes caractéristiques telles que la conservation de sa capacité fonctionnelle après fragmentation, la grande latitude de mouvements passifs transmis, le pouvoir d'accolement rapide voire de symphyse vis-à-vis de toutes les surfaces désépithélialisées et cruentées, le pouvoir absorbant phagocytaire, captateur de corps étrangers et de débris fibrineux ou nécrotiques, et élaborateur d'anticorps, grâce à sa densité vasculaire et lymphatique, à sa richesse en cellules épithéliales et conjonctives.

Grâce à ces propriétés, le grand épiploon a pour vocation principale l'occupation des zones déperitonisées, l'obturation des orifices de perforation des viscères creux (perforation bouchée), la limitation des risques de diffusion vers la grande cavité.

#### □ Rôle des cytokines

Les cytokines sont des molécules polypeptidiques sécrétées par certaines cellules de l'organisme (lymphocytes, monocytes, macrophages, plaquettes, cellules du tissu réticuloendothélial) dans les minutes qui suivent une agression de tout ou une partie de l'organisme : agression tissulaire (chirurgicale, thermique) ; chimique ; bactérienne ou toxi-infectieuse (endotoxine des bactéries à Gram négatif, exotoxine des bactéries à Gram positif) ; fongique ; virale.

Les cytokines ont une demi-vie très brève (quelques minutes à peine), et des caractères qui les distinguent des hormones à côté desquelles elles interviennent. Elles se manifestent essentiellement par des réactions profuses en chaîne sur les cellules de voisinage. C'est la cascade de cytokines

Péritonites aiguës au CS Réf de la commune I : Aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique inflammatoires, chaque cytokine pouvant atteindre plusieurs cibles distinctes et chaque cible pouvant être touchée par plusieurs cytokines différentes.

Leurs actions peuvent aboutir à des effets synergiques ou antagonistes sur leurs cibles. Les cytokines dites pro inflammatoires provoquent la production de médiateurs dits secondaires : lipides, peptides, amines, globulines. Avec l'entrée en jeu de ces médiateurs secondaires, la réaction inflammatoire risque de s'emballer et de dépasser son but locorégional et général en devenant la source d'effets secondaires pernicious tels une hypercoagulabilité par inhibition de l'activateur du plasminogène, des troubles de la perméabilité vasculaire et de la glycorégulation, une leucopénie, une thrombopénie, des nécroses hémorragiques...

L'activation incontrôlée des cytokines peut ainsi conduire au syndrome de défaillance multiviscérale, suggérant l'hypothèse selon laquelle l'agent infectieux initial à l'origine de l'infection locale n'est plus responsable des effets pathologiques secondaires.

### **3.4.3. Effets des péritonites diffuses sur les grandes fonctions**

L'inflammation aiguë intra-péritonéale et la diffusion extra-péritonéale des produits toxi-infectieux retentissent rapidement sur les grandes fonctions de l'organisme.

**3.4.3.1. Défaillance hémodynamique :** Elle résulte de l'hypovolémie (3<sup>e</sup> secteur), de l'altération des résistances vasculaires périphériques et de l'incompétence myocardique. Elle peut conduire à un choc irréversible en l'absence de traitement d'urgence.

#### **3.4.3.2. Défaillance rénale**

✓ Témoin de la défaillance circulatoire, elle est due à des anomalies sévères de la distribution du flux sanguin rénal (chute du flux sanguin rénal, diminution de la filtration glomérulaire) et à la diffusion des produits

Péritonites aiguës au CS Réf de la commune I : Aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique  
toxi-infectieux dans la circulation systémique. Elle aboutit dans les cas les plus graves à la nécrose tubulaire aiguë et à la néphropathie interstitielle aiguë, justifiant l'éradication rapide du foyer infectieux.

#### **3.4.3.3. Défaillance respiratoire**

Elle découle de plusieurs facteurs souvent associés :

- Diminution de la fonction ventilatoire (distension abdominale, contracture pariétale, mauvais jeu diaphragmatique) conduisant à l'atélectasie des bases ; contiguïté avec l'épanchement septique intrapéritonéal sous-jacent, responsable d'épanchements pleuraux réactionnels ;
- Diffusion des produits toxi-infectieux altérant la perméabilité de la membrane alvéolocapillaire responsable d'un œdème aigu pulmonaire non hémodynamique, lésionnel, nommé syndrome de détresse respiratoire aigu.

#### **3.4.3.4. Défaillance métabolique**

L'équilibre acido-basique est gravement perturbé dans le sens d'une acidose métabolique avec hyperlactatémie secondaire à l'hypoperfusion et à l'hypoxie tissulaire. La dépense énergétique augmente considérablement au détriment des acides aminés de l'organisme et des graisses.

La synthèse protéique hépatique s'effondre entraînant des troubles de la coagulation sanguine.

#### **3.4.3.5. Défaillance hépatique**

Elle apparaît dès les premiers jours chez les sujets en état septique grave sous la forme d'un ictère variable en rapport avec l'infiltration inflammatoire portale et périportale avec stase centro-lobulaire.

#### **3.4.3.6. Défaillance nutritionnelle :**

Elle peut entraîner une perte pondérale quotidienne proche de 100g, une perte azotée supérieure à 0,5 g/kg/j.

### **3.5. Diagnostic positif [21 ;22 ; 23 ; 24 ; 25]**

### **3.5.1. Sémiologie commune :**

Indépendamment de l'étiologie, une symptomatologie commune permet le diagnostic de péritonite : c'est le syndrome péritonéal.

#### **3.5.1.1. Signes d'appel :**

La douleur abdominale : le mode d'apparition, l'intensité, la localisation initiale, les irradiations vont orienter vers l'étiologie de la péritonite.

Les vomissements sont inconstants. Ils peuvent être remplacés par des nausées. Ils traduisent la diffusion de la péritonite et l'iléus paralytique qui l'accompagne.

L'arrêt du transit, peut apparaître en même temps que le syndrome douloureux ou s'installer progressivement. Il peut être précédé par un épisode diarrhéique.

#### **3.5.1.2. Signes généraux :**

La température, le pouls, l'état du faciès, l'attitude du malade, sont variables avec l'étiologie, et le stade de la péritonite.

#### **3.5.1.3. Examen de l'abdomen**

C'est le temps essentiel du diagnostic :

A l'inspection, la contracture abdominale est quelque fois apparente, la paroi est totalement immobile, surface inerte où se dessine le relief des deux muscles grands droits.

La palpation met en évidence une contracture pariétale, rigide "de bois", tonique, franche, permanente, invincible, douloureuse. Mais elle peut être remplacée par une simple défense localisée ou généralisée. La douleur à la décompression brusque, soit de la zone suspecte, ou mieux d'un quadrant voisin lui-même indolore, soit encore de l'ombilic "cri de l'ombilic", peut avoir une valeur équivalente à la défense.

La percussion abdominale, recherche la disparition de la matité pré-hépatique, signe de pneumopéritoine, ou au niveau de la zone suspecte, une matité anormale entourée d'une zone de tympanisme.

L'auscultation renseigne sur la survenue d'un iléus, par un silence abdominal.

Les touchers pelviens, souvent négligés, constituent un élément primordial pour le diagnostic de péritonite, en cas de douleur franche donnant le "cri de Douglas".

#### **3.5.1.4. Examens complémentaires :**

##### **Explorations radiologiques :**

Elles comportent obligatoirement trois incidences :

L'abdomen sans préparation (ASP), cliché de face debout ou assis englobant les coupes diaphragmatiques et l'ensemble du pelvis, un cliché de face couché en décubitus dorsal et un cliché de profil couché en décubitus dorsal.

D'autres clichés peuvent être demandés : en Trendelenburg, en décubitus latéral droit, en décubitus latéral gauche et l'ASP de face en décubitus ventral.

Enfin un cliché du thorax de face est systématique. Elles peuvent montrer :

Un pneumopéritoine, croissant gazeux clair inter hépato-diaphragmatique, signant la perforation d'un organe creux, il peut être absent ; une grisaille abdominale diffuse traduisant l'épanchement intra rétropéritonéal, des niveaux hydro-aériques en rapport avec l'iléus paralytique.

##### **Explorations biologiques**

A but diagnostique : numération formule sanguine, hémocultures, examens sérologiques sont pratiqués.

Comme bilan préopératoire : Le groupe sanguin rhésus, l'azotémie, la glycémie, l'ionogramme sanguin sont réalisés.

##### **Explorations échographiques et scanographiques**

L'échographie faite en urgence pose le diagnostic en montrant un épanchement liquidien intra péritonéal.

Le scanner n'est pas d'un grand apport pour le diagnostic.

✓ **Examen cytobactériologique du liquide péritonéal [2]**

Le prélèvement du liquide péritonéal est fait en per opératoire. Il constitue une étape diagnostique importante visant à adapter l'antibiothérapie donnée en première intention pour traiter ces infections.

### **3.5.2. Principaux tableaux cliniques [16 ;19 ;20, 21]**

#### **3.5.2.1. Péritonites aiguës généralisées par perforation**

Les signes fonctionnels sont marqués par la douleur, de début brutal, atroce, en coup de poignard, accompagnée souvent de quelques vomissements initiaux. A l'examen clinique, les mouvements respiratoires abdominaux sont absents, la contracture abdominale est franche. Une hyperesthésie cutanée, et une douleur nette au toucher rectal sont relevées.

Une hyper leucocytose est retrouvée à la NFS, et un croissant clair de pneumopéritoine, à l'ASP. Ce sont :

- ✓ **Les péritonites par perforation d'ulcère gastroduodéal**
- ✓ **Les péritonites par perforation gastroduodénale non ulcéreuse :**

Perforation du cancer gastrique.

- ✓ **Les péritonites par perforation du grêle**

Au cours de la typhoïde

Perforation du diverticule de Meckel

Suite à une diverticulite ou une perforation d'un ulcère diverticulaire.

La symptomatologie est habituellement celle d'une perforation appendiculaire.

- Les péritonites coliques**

Elles sont provoquées par les perforations soit in situ par suite d'une sigmoïdite diverticulaire, soit diastasiques en amont d'un obstacle colique ou rectal.

✓ **La péritonite biliaire généralisée par perforation de la vésicule biliaire**

**3.5.2.2 Péritonites aiguë généralisée par propagation : Ce sont :**

✓ **Les péritonites appendiculaires par propagation**

✓ **Les péritonites biliaires généralisées**

Elles sont secondaires à la péritonite par propagation à partir d'un plastron vésiculaire (au cours d'une cholécystite aiguë), ou la péritonite en deux ou trois temps. Le diagnostic est difficile entraînant donc un retard à l'indication du traitement chirurgical.

✓ **Les péritonites d'origine hépatique :**

Les formes étiologiques évoquées sont : les abcès amibiens, les abcès à germes banals, la suppuration du foie d'origine traumatique par contusion abdominale, le kyste hydatique rompu.

✓ **Péritonites d'origine génitale :**

**3.5.2.3. Les péritonites d'origine appendiculaire :**

Elles sont représentées par :

✓ **La péritonite aigue généralisée par propagation d'origine appendiculaire**

Elle se voit de plus en plus avec l'usage abusif des antibiotiques.

✓ **La péritonite purulente par perforation appendiculaire**

Le syndrome péritonéal est franc. La douleur est localisée à la fosse iliaque droite, la fièvre est à 39°C, le pouls est accéléré.

□ **La péritonite putride**

Elle est presque toujours due à la perforation d'un appendice gangréné. Le syndrome péritonéal est présent, une diarrhée, fétide, cholérique, remplace l'arrêt des matières et des gaz. Les signes généraux sont précoces et intenses.

**3.5.2.4. Péritonites d'origine urinaire**



Elles sont souvent secondaires à une rupture traumatique de l'appareil urinaire. Les péritonites urinaires spontanées sont rares

### **3.5.2.5. Péritonites primitives**

- ✓ L'origine septicémique (pneumocoque, streptocoque, BK, entérocoque, colibacille...) est souvent incriminée. La recherche de la porte d'entrée est infructueuse la plupart du temps.

### **3.5.2.6. Péritonites traumatiques**

Selon l'étiologie, le début peut être rapide ou insidieux. Devant le cas de traumatisme par arme blanche (couteau, poignard...) ou par arme à feu, la douleur est vite rattachée au traumatisme entraînant donc une consultation plus précoce.

Devant des cas de traumatismes fermés (accident de la voie publique ou accident de sport) la douleur habituellement sourde amène à consulter plus tardivement par rapport au premier cas. L'exploration de l'abdomen pose l'indication opératoire et le diagnostic est confirmé en per-opératoire.

## **3.6. Traitement**

### **3.6.1. But**

- ✓ Le traitement médical en réanimation pré, per et post opératoire, corrige le choc hypovolémique, les désordres métaboliques, les perturbations respiratoires et lutte contre la diffusion de l'infection, cela afin d'assurer la survie du patient.
- ✓ Le traitement chirurgical vise à supprimer la lésion causale, à évacuer l'épanchement, et à drainer le péritoine.

### **3.6.2. Moyens et indications**

#### **3.6.2.1. Traitement médical**

##### **3.6.2.1.1. Réanimation**

- ✓ La réhydratation hydro-électrolytique est envisagée jusqu'à l'amélioration de l'hémodynamique qui devra être maintenue en équilibre. Les quantités à perfuser dépendent donc de l'état hémodynamique du malade.

- ✓ L'équilibre hydro-électrolytique préopératoire permet d'envisager l'acte chirurgical dans de meilleures conditions. Elle est poursuivie en per et en post opératoire.
- ✓ La pose des sondes naso-gastriques et urinaires fait partie de cette réanimation.

#### **3.6.2.1.2. Antibiothérapie**

L'antibiothérapie tient compte de la synergie aérobie-anaérobie. Elle est donc composée d'anti aérobie-anaérobie. Elle est instituée dès que le diagnostic est fait sans attendre la confirmation bactériologique des différents prélèvements. Elle sera prolongée ou modifiée après l'antibiogramme ultérieur.

Généralement une association est faite entre les Beta-lactamines, dirigés contre les aérobies et les anaérobies, les imidazolés (métronidazole), dirigés contre les anaérobies et les aminosides (Gentamycine) contre les aérobies.

#### **3.6.2.2. Traitement chirurgical**

- ✓ La voie d'abord : la cœliotomie médiane longue permet une exploration complète de l'abdomen.
- ✓ L'exploration et les prélèvements sont effectués (bactériologie, anatomopathologie).
- ✓ La suppression de la lésion causale, est assurée par la suture, la résection selon l'organe responsable, et l'extériorisation dont le rétablissement de la continuité se fait ultérieurement.
- ✓ La toilette péritonéale comprend l'aspiration de l'épanchement péritonéale et le lavage avec du sérum salé tiède.
- ✓ Le traitement de l'iléus se fait par vidange intestinale.
- ✓ Le débridement péritonéal autant que possible est pratiqué.
- ✓ Le drainage abdominal en zone déclive, permet de diriger vers l'extérieur le suintement sérohématique persistant.
- ✓ L'intervention se termine par la fermeture pariétale.

### **3.7. Complications post opératoires [29,52]**

✓ Les complications locales :

La suppuration pariétale

Hémorragie et hématome

Les péritonites postopératoires

Les occlusions postopératoires

Les éviscérations

Les fistules digestives

Les abcès profonds

# **METHODOLOGIE**

## **IV / METHODOLOGIE**

### **1. Type et période d'étude :**

Ce travail est une étude prospective transversale descriptive d'une durée d'un an allant du 1<sup>er</sup> janvier 2018 à 31 décembre 2018.

### **2. Cadre d'étude :**

Notre étude a été réalisée dans l'unité de chirurgie générale du CS Réf CI du district de Bamako.

#### **2.1.Situation géographique :**

Le CS Réf CI est situé à Korofina Nord près de la mairie de la commune I.

Dans l'enceinte de l'établissement, le service de chirurgie est situé à deux niveaux :

Le bureau des médecins, la salle de soins, la salle des internes et les salles d'hospitalisation situés dans le bloc d'hospitalisation à l'angle sud-est du centre.

La petite chirurgie à l'entrée du centre au sud.

#### **2.2.Les locaux :**

Le service de chirurgie générale dispose d'une salle d'hospitalisation d'une capacité totale de 8 lits, de 3 bureaux pour les médecins, d'une salle de garde (pour internes et pour infirmiers), d'une salle de permanence (petite chirurgie), et d'un bloc opératoire. Le bloc opératoire situé au côté nord du centre en face du service de gynécologie et comprend deux salles d'opération (nommées salle septique et salle aseptique), une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil ou d'attente et deux bureaux pour les anesthésistes. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du CS Réf hormis la chirurgie ORL et d'Odontostomatologie.

#### **2.3.Le personnel :**

Le personnel permanent est composé de : 3 chirurgiens, 1 technicien supérieur en santé, 4 techniciens de santé, 2 aides-soignantes, 6 techniciens de surface ou manœuvres.

Le personnel non permanent comprend : des médecins stagiaires, des thésards, des étudiants et infirmiers stagiaires.

#### **2.4. Les activités :**

Les consultations externes se font tous les jours, de même que les interventions et les hospitalisations. Les visites, dirigées par un chirurgien sont également quotidiennes. Le staff se tient tous les vendredis. Les thésards sont répartis de telle sorte qu'ils font la rotation entre le bloc opératoire, la consultation chirurgicale externe et l'hospitalisation.

#### **2.5. Echantillonnage**

Tous les patients ont été recrutés en urgence dans le service de chirurgie générale au Centre de Santé de Référence de Commune I.

Nous avons recensé 40 cas de péritonite aiguë.

##### **Critères d'inclusion :**

Tout patient ayant été opéré pour péritonite aiguë dans le service de chirurgie générale du C.S.Réf CI du district de Bamako.

##### **➤ Critères de non inclusion :**

Tous les patients reçus pour péritonite et non opérés.

Tous les patients opérés ailleurs ou opérés pour d'autres causes dans le service de chirurgie du CS Réf CI du district de Bamako.

##### **➤ Supports :**

Les supports utilisés étaient : les dossiers médicaux des malades, les registres d'hospitalisation, les registres consignant les comptes rendus opératoires, les fiches d'enquêtes individuelles, les registres de consultations externes et le protocole d'anesthésie.

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « SPSS » version 25, le traitement de texte a été fait avec le logiciel « WORD » version 2016, et enfin le logiciel « ENDNOTE X 9 » a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques. La comparaison des textes a été faite en utilisant le test statistique Chi2 avec P significatif < 0,05.

# RESULTATS

## V / Résultats

Durant notre période d'étude nous avons effectué 1420 consultations ; 485 patients ont été hospitalisés ; 180 patients ont été admis en urgence ; 386 patients ont été opérés dont 40 cas de péritonite aiguë soit 2,82% des consultations ; 8.25 % des hospitalisations ; 22,22% des urgences et 10,36% des interventions chirurgicales effectuées dans le service de chirurgie générale au CS Réf CI.

### 1/Données sociodémographiques :

**Tableau I** Répartition des patients selon la tranche d'âge

Age	Fréquence	pourcentage
<b>[16-25 [</b>	<b>26</b>	<b>65</b>
] 26-35]	6	15
] 36-45]	3	7,5
[46 et plus	5	12,5
Total	40	100

La tranche d'âge la plus représentée était de 16 à 25 ans soit 65%.

L'âge moyen était 25 ans.

Ecart type 11,78.

Les extrêmes étaient de 16 ans et 54 ans.

**Tableau II** Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
<b>Féminin</b>	12	30
<b>Masculin</b>	<b>28</b>	<b>70</b>
<b>Total</b>	40	100

Le sex-ratio était de 2,3.



**Tableau III** Répartition des patients selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Fréquence	Pourcentage
<b>Marié(e)</b>	<b>16</b>	<b>40</b>
<b>Célibataire</b>	24	60
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

60% de nos patients étaient célibataires.

**Tableau IV** : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnies	Fréquence	Pourcentage
<b>Bamanan</b>	<b>17</b>	<b>42,5</b>
Sarakolé	6	15
Peulh	6	15
Malinké	4	10
Sonrhäï	2	5
Dogon	2	5
Senoufo	1	2,5
Autres	2	5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

L'ethnie bamanan était la plus représentée avec 42,5%

**Tableau V** : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Fréquence	Pourcentage
Commune 1	20	50
Autres	20	50
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

50% des patients résidaient en commune I.

**Tableau VI** : Répartition des patients selon la nationalité

Nationalité	fréquence	Pourcentage
<b>Maliennne</b>	<b>39</b>	<b>97,5</b>
Autre	1	2,5
Total	40	100

97,5% de nos patients étaient de nationalité maliennne.

Autre : **Benin**

**Tableau VII** : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Supérieur	4	10
Primaire	7	17,5
Secondaire	12	30
<b>Non scolarisé</b>	<b>17</b>	<b>42,5</b>
Total	40	100

42,5% des patients étaient non scolarisés.

**Tableau VIII** : Répartition des patients selon l'activité

Principale activité	Fréquence	Pourcentage
Marabout	2	5
Ouvrier	2	5
Eleveur	2	5
Cultivateur	3	7,5
Commençant (e)	3	7,5
Ménagère	5	12,5
<b>Scolaire</b>	<b>16</b>	<b>40</b>
Autre	7	17,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

40% de nos patients avaient été scolarisés.

**Tableau IX** : Répartition des patients selon le mode d'admission

Mode d'admission	Fréquence	Pourcentage
Urgence	31	77.5
Consultation ordinaire	9	22.5
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

77.5% de nos patients étaient admis en urgence.

**Tableau X :** Répartition des patients selon la durée d'évolution de la maladie

Durée d'évolution de la Maladie	Fréquence	Pourcentage
<48 heures	5	12.5
Entre 2j et 4j	29	72.5
>4jours	6	15
Total	40	100

La durée d'évolution de la maladie entre 2 et 4 jours était la plus représentée avec une moyenne de 2J.

## **2/Signes fonctionnels**

**Tableau XI :** Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Fréquence	pourcentage
<b>Douleur abdominale</b>	<b>40/40</b>	<b>100</b>
Arrêt de matières et de gaz	2/40	5
Vomissements	35/40	87.5

97,5% de nos patients avaient consulté pour douleur abdominale.

**Tableau XII** : Répartition des patients selon le siège de la douleur.

Siège de la douleur	Fréquence	Pourcentage
Péri ombilicale	1	2,5
Pelvis	2	5
Hypochondre droit	2	5
Hypogastre	2	5
Epigastrique	4	10
Diffuse	10	25
<b>FID</b>	<b>19</b>	<b>47,5</b>
Total	40	100

La douleur siégeait dans la FID dans 47,5% de cas.

**Tableau XIII** : Répartition des patients selon la durée de la douleur

Durée de la douleur	Fréquence	Pourcentage
< 24 Heures	2	5
1 -2 jours	9	22,5
3 jours au plus	29	72,5
Total	40	100

72,5% des patients avaient consultés au 3ème jour ou plus.

**Tableau XIV** : Répartition des patients selon le mode d'apparition de la douleur.

Mode d'apparition de la douleur	Fréquence	Pourcentage
<b>Progressif</b>	<b>31</b>	<b>77,5</b>
Brutal	8	20
Indéterminé	1	2,5
Total	40	100

La douleur était d'apparition progressive dans 77,5% des cas.

**Tableau XV** Répartition des patients selon le type de la douleur

Type de douleur	Fréquence	Pourcentage
Torsion	2	5
Tiraillement	2	5
Brûlure	4	10
Crampe	9	22,5
<b>Piqûre</b>	<b>23</b>	<b>57,5</b>
Total	40	100

23 patients présentaient une douleur à type de piqûre soit 57.5.

**Tableau XVI** Répartition des patients selon l'irradiation de la douleur

Irradiation de la douleur	Fréquence	Pourcentage
OGE	1	2,5
Postérieure	2	5
Péri-ombilicale	2	5
Ascendante	2	5
Descendante	3	7,5
Diffuse	14	35
<b>Sans irradiation</b>	<b>16</b>	<b>40</b>
Total	40	100

La douleur était sans irradiation dans 40% de cas.

**Tableau XVII** : Répartition des patients selon l'intensité de la douleur

EVA

Intensité de la douleur	Fréquence	Pourcentage
EVA1	0	0
EVA2	0	0
EVA3	12	30
EVA4	15	37,5
EVA5	13	32,
Total	40	100

La douleur était intense dans 37,5% des cas.

**Tableau XVIII** : Répartition des patients selon l'évolution de la douleur

Evolution	Fréquence	Pourcentage
<b>Permanente</b>	<b>28</b>	<b>70</b>
Intermittente	12	30
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

L'évolution de la douleur était permanente dans 70% des cas.

**Tableau XIX** : Répartition des patients selon le facteur déclenchant

Facteurs déclenchants	Fréquence	pourcentage
<b>Aucun</b>	<b>26</b>	<b>65</b>
Effort	14	35
Total	40	100

65% de patients ne présentaient aucun facteur déclenchant.

**Tableau XX** : Répartition des patients selon les facteurs d'accalmie

Facteur d'accalmie	Fréquence	Pourcentage
<b>Médicaments</b>	<b>28</b>	<b>70</b>
Sans facteur d'accalmie	10	25
Position antalgique	2	5
Total	40	100

La douleur était calmée par les médicaments dans 70%.

NB : Facteur d'accalmie position en décubitus latéral gauche et droit.

**Tableau XXI** : Répartition des patients selon les signes d'accompagnement.

Signe d'accompagnement de la douleur	Fréquence	Pourcentage
<b>Fièvre + vomissement</b>	<b>21</b>	<b>52.5</b>
Fièvre	20	50
Diarrhée	3	7.5
Vomissements	35	87.5
Arrêt de matière et de gaz	2	5
Néant	5	12.5

La Fièvre + vomissement étaient les signes d'accompagnement les plus représentés soit 52,5% des cas.

**Tableau XXII** : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgical	Fréquence	Pourcentage
Cure de la hernie	1	2,5
Appendicectomie	3	7,5
<b>Aucun</b>	<b>36</b>	<b>90</b>
Total	40	100

90% des patients étaient sans ATCD chirurgical.



**Tableau XXIII :** Répartition des patients selon les antécédents gyneco-obstetrique

ATCD G O	Fréquence	Pourcentage
Aucun	11	92
Avortement	1	8
Total	12	100

92% de nos patientes n'avaient aucun ATCD gyneco-obstetrique.

**Tableau XXIV :** Répartition des patients selon le mode de vie

Mode de vie	Fréquence	Pourcentage
Tabac	1	2,5
Café	1	2,5
Lipton	1	2,5
Aucun	9	22,5
<b>Thé</b>	<b>28</b>	<b>70</b>
Alcool	0	0
Total	40	100

70% de nos patients prenaient le thé.

### 3/ Examen général

**Tableau XXV :** Répartition des patients selon la fréquence cardiaque.

Pouls	Fréquence	Pourcentage
Bradycardie	1	2,5
Tachycardie	9	22,5
Normocardie	30	75
Total	40	100

60% de nos patients avaient une fréquence cardiaque normale.

**Tableau XXVI** : Répartition des patients selon la fréquence respiratoire

Fréquence respiratoire	Fréquence	Pourcentage
<b>17-22 cycles /mn</b>	<b>22</b>	<b>55</b>
23-28cycles/mn	14	35
29 et plus	4	10
Total	40	100

35% des patients étaient tachypnéique.

**Tableau XXVII** Répartition des patients selon la température

Température	Fréquence	Pourcentage
<b>Hyperthermie</b>	<b>34</b>	<b>85</b>
Hypothermie	4	10
Normo thermie	2	5
Total	40	100

L'hyperthermie a été observée dans 85%.

**Tableau XXVIII** Répartition des patients selon la tension artérielle

Tension artérielle	Fréquence	Pourcentage
Hypertendu	2	5
Hypotendu	5	12.5
<b>Normo tendu</b>	<b>33</b>	<b>82.5</b>
Total	40	100

82.5% des patients étaient normo-tendus.

**Tableau XXIX** Répartition des patients selon la coloration des conjonctives

Coloration des conjonctives	Fréquence	Pourcentage
Pâles	1	2,5
<b>Normales</b>	<b>39</b>	<b>97.5</b>
Total	40	100

97.5% de nos patients avaient des conjonctives rouges.

**Tableau XXX** Répartition des patients selon l'état de langue

Langue	Fréquence	Pourcentage
Propre	9	22.5
<b>Saburrale</b>	<b>31</b>	<b>77.5</b>
Total	40	100

La langue était saburrale dans 77.5% des cas.

#### 4 / Examen physique

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

Signes physiques	Fréquence	Pourcentage
Silence abdominal	20/40	50%
Contracture	37/40	92.5%
Douleur à la palpation	40/40	100%
Diminution de la respiration		
Abdominale	38/40	95%
Cri de l'ombilic	35/40	87.5%
Masse abdominale	9/40	22.5%
Défense	30/40	75%
Tympanisme	5/40	12,5%
Météorisme abdominal	5/40	12.5%
Douglas bombé	35/40	87.5%
Toucher vaginal douloureux	12/40	30%
Leucorrhées fétides (TV)	10/12	83%

#### 5 / Examens Complémentaires

**Tableau XXXII** : Répartition des patients selon le résultat de l'ASP.

Résultats de l'ASP	Fréquence	Pourcentage
Présence de niveau hydro-aérique	2/4	50
Pneumopéritoine	2/4	50
Total	4	100

10% de nos patients avaient réalisé une radiographie de l'ASP.

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

Résultat de l'échographie	Fréquence	Pourcentage
Epanchement de moyenne abondance	11	30%
Une masse dans la FID	2	6%
Aspect échographique en faveur d'une péritonite aiguë	16	44%
Aspect en faveur d'un abcès du foie rompu	3	8%
Appendicite aiguë	2	6%
Syndrome occlusif	2	6%
Total	36	100

La péritonite aiguë était la plus représentée soit 44%.

**Tableau XXXIV** : Répartition des patients selon le groupage sanguin

Groupe sanguin et Rhésus	Fréquence	Pourcentage
B-	1	2.5
O-	2	5
B+	9	22.5
O+	11	27.5
<b>A+</b>	<b>17</b>	<b>42.5</b>
Total	40	100

Le groupe sanguin A+ était le plus représenté soit 42.5%.

## 6 / Diagnostic

**Tableau XXXV:** Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire

Diagnostic préopératoire	Fréquence	Pourcentage
Péritonite gynécologique	3	7.5
Rupture d'un abcès du foie	3	7.5
Occlusion intestinale	3	7.5
Perforation d'organe creux	5	12.5
Appendicite	12	30
<b>Péritonite aiguë</b>	<b>14</b>	<b>35</b>
Total	40	100

La péritonite aiguë était le diagnostic préopératoire le plus représenté soit 35%

**Tableau XXXVI :** Répartition des patients selon le diagnostic Per-opératoire

Diagnostic per opératoire	Fréquence	Pourcentage
Plastron abcédé	6	15
Péritonite d'origine gynécologique	3	7.5
Péritonite par perforation gastrique antrale	5	12.5
Péritonite par rupture d'un abcès du foie	5	12.5
Péritonite appendiculaire	20	50
Péritonite par perforation grêlique	1	2.5
Total	40	100

La péritonite appendiculaire était la plus représentée soit 50%.

## 7 TRAITEMENTS

Tous nos patients avaient reçu un traitement à base d'antalgique, antibiotique et réhydratation soit 100%.

Les antibiotiques utilisés étaient la ceftriaxone 80 à 100mg/Kg/j en deux prises,

Le métronidazole perfusion 30mg/kg/j en deux prises ;

La gentamycine 3 à 5 mg/kg pendant 5 jours ;

L'antalgique à base de Perfalgan et Acupan injectable ;

La réhydratation à base de sérum salé 0,9%, le Ringer lactate et le sérum glucosé 0,5% était de règle.

La transfusion a été faite chez 5 de nos patients soit 12,5%.

La technique d'anesthésie utilisée était celle d'anesthésie générale soit 100%.

**Tableau XXXVII** : Répartition des patients selon la voie d'abord

Voie d'abord	Fréquence	Pourcentage
Médiane sus et sous ombilicale	31	77.5
Mc Burney élargi	9	22.5
Total	40	100

L'abord médian a représenté 77,5%.

**Tableau XXXVIII** : Répartition des patients selon la nature du liquide péritonéal

Nature de liquide péritonéal	Fréquence	Pourcentage
Purulent	31	77.5
Sero-purulent	9	22.5
Total	40	100

Le liquide péritonéal était du purulent dans 77.5% des cas.

**Tableau XXXIX : Répartition des patients selon la technique chirurgicale**

Technique chirurgical	Fréquence	Pourcentage
Résection Anastomoses		
termino-terminales grêlique	1	2.5
Appendicectomie	20	50
Exérèse des berges et		
Suture en 2 plans	5	12.5
Lavage et drainage	40	100

La technique chirurgicale la plus utilisée était l'appendicectomie soit 50%.

Autre : Toilette péritonéale plus drainage.

**Tableau XL : Répartition des patients selon le siège du drain**

Siege du drain	Fréquence	Pourcentage
Sous hépatique droit	3	7.5
Sous hépatique et Douglas	6	15
FID	31	77.5
Total	40	100

Le siège du drain était dans la FID dans 77,5%.



**Tableau XLI** : Répartition des patients selon le résultat de la bactériologie

Résultat de la bactériologie	Fréquence	Pourcentage
Présence de germes	7	26
<b>Absence de germe</b>	<b>20</b>	<b>74</b>
Total	27	100

74% des cultures étaient stériles.

NB : La biopsie a objectivé une gastrite aigue non spécifique sans signe de malignité chez les 5 patients.

**Tableau XLII**: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Fréquence	Pourcentage
< 7 jours	32	80
1 à 2 semaines	5	12,5
> 2 semaines	3	7,5
Total	40	100

La durée d'hospitalisation moyenne était < à 7 jours soit 80 %.

## 8 / Pronostic

**Tableau XLIII**: Répartition des patients selon le score de Mannheim

Score	Fréquence	Pourcentage
Inférieur à 26	40	100
Supérieur ou égale à 26	0	0
Total	40	100

Le score était < 26 chez tous nos patients.

**Tableau XLIV** : Répartition des patients selon les suites opératoires tardives

Suites opératoires tardives	Fréquence	Pourcentage
Simple	38	95
Infection du site opératoire	2	5
Décès	0	0
Total	40	100

2 de nos patients avaient des complications postopératoires soit 5%.

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

Mode de suivi	Fréquence	Pourcentage
Perdu de vue	3	7,5
Sur rendez-vous	37	92,5
Total	40	100

67,5% de nos patients ont été vus sur rendez-vous.

**Tableau XLVI** : Répartition des patients selon le coût de la prise en charge

Coût de la prise en charge	Fréquence	Pourcentage
100005-150000FCFA	13	32,5
150005-200000FCFA	23	57,5
≥200000FCFA	4	10
Total	40	100

Le cout moyen de la prise en charge était entre 150005 -200000F.

**Tableau bi varié**

**Tableau : XLVII : Age et complication**

Age	Complication		
	Oui	Non	Total
[0-25[	1	25	26
] 26-35]	0	6	6
] 36-45]	0	3	3
] 46-55]	1	4	5
[56 et plus [	0	0	0
Total	2	38	40

Test Exact de Fischer : 0,1667      ddl : 4      p : 0,7107

Pas de lien entre les complications et l'âge.

**Tableau : XLVIII:** Répartition des malades selon l'âge et le diagnostic per-opératoire.

Age	[0-25[	] 26-35]	] 36-45]	] 46-55]	] 56 et plus	[Total
Diagnostic per-opératoire						
Péritonite par perforation intestinale	1	0	0	0	0	1
Péritonite gynécologique	3	0	0	0	0	3
Plastron abcédé	3	1	2	0	0	6
Péritonite par rupture d'abcès du foie	3	1	1	0	0	5
Péritonite par perforation gastrique	1	1	1	2	0	5
Péritonite appendiculaire	14	2	1	3	0	20
Total	25	6	4	5	0	40

Test Exacte de Fischer : < 0,0001      ddl : 20      p : 31.4104

Il y'a un lien entre l'âge et le type de péritonite.

**Tableau XLVIX:** Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation et le diagnostic per-opératoire

Durée d'hospitalisation Diagnostic Per-opératoire	1 à 3 j	4 à 7 j	1 à 2 s	> 2 s	Total
Péritonite par perforation intestinale	0	0	0	1	1
Péritonite gynécologique	0	3	0	0	3
Plastron abcédé	1	5	0	0	6
Péritonite par rupture d'abcès du foie	0	3	2	0	5
Péritonite par perforation gastrique	0	5	0	0	5
Péritonite appendiculaire	0	15	2	3	20
Total	2	30	4	4	40

Test Exacte de Fischer =0,000003      ddl =18      P =9,3905

La durée d'hospitalisation dépend du diagnostic per-opératoire.

**Tableau L:** Répartition des malades selon le sexe et les suites opératoires

Suite opératoire	SEXE		
	Masculin	Féminin	Total
Simple	26	12	38
Suppuration pariétale	2	0	2
Décès	0	0	0
Total	28	12	40

Test Exacte de Fischer =0,4846    ddl=2    P=5.9915

Il y'a une association entre le sexe et la suite opératoire.

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## 5 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 5-1 METHODOLOGIE :

Nous avons réalisé une étude prospective et descriptive sur douze (12) mois allant du 1er Janvier au 31 Décembre 2018. Elle a porté sur 40 patients opérés pour péritonite aiguë.

Les patients ont été recensés à partir des dossiers d'hospitalisation et des registres de compte rendu et de consultation.

Au cours de notre étude, nous avons été confrontés à un certain nombre de difficultés telles que :

-L'insuffisance du plateau technique rendant difficile la réalisation de certains examens complémentaires en urgence (prélèvement de pus + antibiogramme, ionogramme sanguin, la créatinémie etc.).

- Certains examens d'imagerie et biologiques n'étaient pas réalisables en urgence dans le centre pendant la garde et les jours non ouvrables.

#### 5-1-1 : FREQUENCE :

**Tableau LI** : Fréquence de la péritonite selon les auteurs

Auteurs	Fréquence	Test statistique
MALLE O. (13) Mali 2015	7.4%	P =0.060289
HAROUNA Y.D. (32) Niger 2001	28.8 %	P =0.428473
LORAND I. (51) France 1999	3%	P =0.002631
DISSA B.A. (31) Mali 2012	21.14%	P =0.845078
Notre série 2019	22.22%	

Les péritonites aiguës ont représenté 22,22% des urgences chirurgicales opérées durant cette étude, et ont constituée ainsi la 2ème cause des urgences chirurgicales en chirurgie viscérale contre [60%] des appendicites aiguës.

Cette fréquence est comparable à celle de DISSA BA [31] au Mali et



HAROUNA Y.D. au Niger [32] avec une fréquence respective de 21.14% et 28.8%. Par contre elle est nettement supérieure à celle de LORAND I. [51] en France avec une fréquence de 3%. Cette différence pourrait être liée à la fréquence élevée des maladies infectieuses d'une part et d'autre part à un retard dans la consultation, de diagnostic et la prise en charge en amont des principales affections en cause.

**5-1-2 Sexe :**

**Tableau LII : sex-ratio selon les auteurs**

Auteurs ODD ratio	MALLE O. [13]	J.L. KAMBIRE [34]	DOUI D. [50]	
	Notre 2015 Mali 2018	2012 Burkina	2008 RCA	série
Masculin	22/40 (0.55)	112/148 (0.76)	61/93 (0.66)	28/40 (0.70)
Féminin	18/40 (0.45)	36/148 (0.34)	32/93 (0.34)	12/40 (0.30)

Plusieurs études rapportent que la péritonite survient plus fréquemment chez l'homme que chez la femme [13 ; 33 ;34]. Cet aspect a été retrouvé dans notre étude bien que le sexe ne soit un facteur de risque. Le sex-ratio était de 2,3 en faveur des hommes.

**5-1-3 Age :****Tableau LIII : L'âge moyen selon les auteurs**

Auteurs	Age moyen	Effectifs
MALLE O. 2015 [13] Mali	30.10	N=40
OUENGRE E. 2013 [35] Burkina	24.34	N=221
J.L. KAMBIRÉ 2017 [34] Burkina	30	N=148
DISSA B.A. 2012 [32] Mali	24	N=100
COUGARD P. France 2000 [36]	48	N=419
Notre série 2018 Mali	25	N=40

L'âge moyen dans notre étude était de 25 ans avec des extrêmes allant de 16 ans et 54 ans. Il pourrait s'expliquer par la fréquence de certaines pathologies chez le sujet jeune en Afrique (l'appendicite les ulcères gastro-duodénaux et les IST chez les jeunes femmes).

Cet âge moyen est comparable à celui de OUENGRE E. [35] au Burkina Faso 24,34 ans avec  $P=0.939010$ ,  $KHI2 =0.01$  et de DISSA B.A. [31] au MALI 24ans,  $P=0.900799$  mais statistiquement différent de celui de COUGARD P. [36] en France et de MALLE O. [13] au Mali respectivement 48 ans  $P=0.005349$  et 32 ans  $P=0.616524$ .

**ETUDE CLINIQUE****5-2-1 Signes Fonctionnels**

**Tableau LIV:** Répartition des principaux signes fonctionnels selon les auteurs.

Auteurs	MALLE O.[13]	DISSA B.A. [31]	RAHMAN G.A.[37]	Notre série
Signes fonctionnels	Mali 2015 N=40	Mali 2012 N=100	Niger 2001 N=106	Mali 2018 N=40
Douleur abdominale	100%	96%	90.6%	97.5%
Vomissements	53%	78%	60%	87.5%
Arrêt de matières et de gaz	-	40%	-	5%

La fréquence des signes fonctionnels est différente selon les auteurs [24]. Cette différence pourrait être liée aux différentes étiologies, au retard de consultation et au stade d'évolution de la maladie.

La douleur abdominale reste le signe fonctionnel dominant selon plusieurs auteurs. La douleur a été retrouvée chez 97.5% de nos malades. Elle était intense, permanente, à début brutal était le symptôme le plus constant [13 ; 31 ; 38].

Les autres caractéristiques de la douleur, comme le siège, l'irradiation et le type ont une valeur dans l'orientation diagnostique [10].

Plus de 2/3 de nos malades (87.5 %) ont présenté des vomissements (alimentaires, bilieux ou fécaloïdes). Ces vomissements étaient statistiquement comparables à ceux de DISSA B.A. [31] au Mali avec un taux à 78% et  $P=0.198076$  mais nettement inférieur à ceux de MALLE O. [13] au Mali, RAHMAN G.A. [37] au Niger, avec une fréquence respectivement 53%  $P=0.019076$ , et 60%  $P=0.001066$ . Ces vomissements

Péritonites aiguës au CS Réf de la commune I : Aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique traduisent l'expression de l'iléus paralytique et sont responsables en partie de la perte liquidienne entraînant la déshydratation et les troubles électrolytiques. L'arrêt des matières et des gaz témoigne une paralysie intestinale franche. Peut-être précoce ou tardif ; d'installation progressive ; parfois masqué par une fausse diarrhée reflexe (manifestation initiale de l'irritation intestinale) [17]. Les 5% de notre série diffèrent statistiquement des 40%,  $p=0.000044$  de DISSA BA [31] au Mali.

### **5-2-2 Signes généraux:**

La rapidité d'installation des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale [8]. La fièvre habituellement élevée dès le début de la symptomatologie (sauf dans les perforations gastriques) a été un signe fréquemment noté chez les patients (50% des cas). Ceci est conforme aux données de la littérature [13 ;31 ; 38].

### 5-2-3 Signes Physiques :

**Tableau LV:** Comparaison des signes physiques selon les auteurs.

Auteurs Signes Cliniques	MALLE O. Mali 2015 [13]		MALLICK S. Guyane 2001 [39]		Notre série Mali 2018	
	N	%	N=	%	N	%
Respiration abdominal diminuée	37/40	92,5%	6 /7	85,7	38/40	95%
Contracture abdominale	39/40	97,5	5/7	71,4	37/40	92,5%
Douglas douloureux et bombé	28/40	70%	-	-	37/40	87,5%

Le diagnostic des péritonites aiguës généralisées est avant tout clinique [10]. L'examen physique est le plus souvent l'élément capital dans la prise de décision thérapeutique. Lorsqu'il est réalisé de façon correcte et attentive et devant l'existence de certains signes physiques objectifs, l'examen physique peut permettre au chirurgien de se passer des examens complémentaires pour poser l'indication opératoire [8 ; 9 ; 10 ; 13].

La contracture abdominale est le signe physique majeur [13].

Si l'examen physique est précoce, la contracture abdominale peut être localisée.

A un stade avancé on a une défense généralisée [2] qui a la même signification sémiologique [13]. Elle a été notée chez 92,5 % de nos patients. Ce taux ne diffère pas à ceux retrouvés dans la littérature [7;13;19;21 et 39].

La douleur dans le cul de sac de Douglas dont l'exploration clinique présente un intérêt diagnostique dans les syndromes péritonéaux, témoigne l'irritation péritonéale. Elle a été notée chez 87.5% des patients ; statistiquement supérieur au 70% de MALLE O. [13] au Mali avec  $p=0.055729$ .

#### 5-2-4 Examens Complémentaires

Les examens complémentaires (imagerie médicale, et la biologie) sont utiles pour dépister les causes ou les complications de la péritonite mais ne doivent pas retarder le traitement chirurgical [2].

**Tableau LVI** : Répartition en fonction des résultats de l'ASP et selon les auteurs.

Auteurs Résultat De l'ASP	MALLE O. Mali [13] 2015 N=40	HAROUNA Y.D.Niger [32] 2001 N=160	HOSOGLU S. Et coll [33] Turquie 2004 N=40	Notre série 2018 N=40
Niveaux hydro- aérique	7.5%	24%	-	5%
Pneumopéritoine	2.5%	47.5 %	70%	5%

A La radiographie de l'abdomen sans préparation, les péritonites aiguës par perforation digestive réalisent un pneumopéritoine qui est visible sur le cliché sous forme de croissant (gazeux) inter-hepatodiaphragmatique [38].

Dans notre série cette radiographie a été réalisée chez 4 patients.

Le pneumopéritoine a été objectivé dans 5 % des cas ; ce taux varie entre 8 % et 71 % dans la littérature [8 ; 24 ; 32 ; 40].

Cette différence pourrait être liée à l'étiologie. Toutefois, l'absence de pneumopéritoine n'élimine pas une perforation digestive [33 ; 41] car

l'organe creux peut être vide de gaz et /ou la perforation peut être obstruée par un viscère voisin.

5 % de nos patients avaient présenté des signes radiologiques d'occlusion intestinale (niveaux hydro-aériques).

Ce résultat diffère statistiquement des 47.5 % de HAROUNA Y.D. [32] au NIGER en 2001  $P=0.000001$ ,  $KHI2=24.30$  mais comparable au 7.5% de MALLE O. [13] au MALI en 2015. Cette différence peut être liée à l'évolution de la maladie et à la limitation de la réalisation de l'ASP chez les patients dans notre série.

### **Echographie abdominale :**

L'échographie abdominale est devenue un examen anodin courant dès lors que le diagnostic clinique n'est pas typique ou pour éliminer certains diagnostics différentiels [42].

Réalisée chez 36 patients (dans les cas douteux, généralement avant leur admission dans le service), l'échographie a permis d'objectiver un épanchement péritonéal en faveur d'une péritonite appendiculaire chez 33% des cas. Ce résultat est comparable aux 35.29% de MALLE O. [13] au Mali en 2015 avec  $p=0.813089$ ,  $KHI2=0.01$ .

Par contre ce résultat est nettement inférieur à ce trouvé par DISSA B.A. [31] au Mali 70, 45%,  $p=0.000045$ ,  $KHI2=16.65$ .

### 5 -3 ETIOLOGIE :

**Tableau LVII :** Répartition des péritonites en fonction des étiologies selon les auteurs.

<b>Etiologies</b> <b>Auteurs</b>	1	2	3
MALLE O. Mali 2015 [13]	Appendicite	Gynécologiques	Ulcère gastroduodéal
J.L.KAMBIRE Burkina Faso 2017 [34].	Perforation d'UGD	Perforation iléale non traumatique	Péritonite appendiculaire
POMATA M. Italie 2002 [43]	Péritonite appendiculaire	Perforation d'UGD	Péritonite colique
Notre étude Mali 2018	Perforation appendiculaire	Perforation gastroduodénale	Rupture d'abcès du foie

En Europe, les principales étiologies des péritonites aiguës sont représentées par les perforations digestives (appendicite, UGD, diverticulose intestinale, lithiase biliaire, traumatisme abdominal, et les tumeurs digestives) [40,44]. Ces mêmes pathologies sont notées dans les séries africaines [32 ; 45], sauf la diverticulose intestinale qui est rarement diagnostiquée chez les africains. Par contre, la fièvre typhoïde et ses complications digestives sont très fréquentes en Afrique mais rares en Europe [38].



La première étiologie dans notre série était la péritonite appendiculaire 50% de même que dans celle de MALLE O. [13] 52.5%  $p= 0.070400$ , au Mali et POMATA M. [43] en Italie et ce taux est nettement supérieur de celui du J.L. KAMBIRE [34] 2017 Burkina Faso qui l'a placée en 3eme position avec une fréquence de 19% et  $p=0.44036$ .

La perforation d'ulcère gastroduodéal deuxième étiologie dans notre étude (12.5%) est statistiquement identique à celle de MALLE O. [13] 2015 qui la placé en troisième position (12.5%).

#### **5-4 Traitement**

Traitement médical pré opératoire

##### **5-4-1 La réanimation :**

Constitue un élément important dans la prise en charge des péritonites aiguës généralisées. Elle vise à corriger les troubles hydro électrolytiques et hématologiques [46]. Dans notre série, cette réanimation a été faite en pré per et postopératoire , faite (essentiellement un remplissage avec du sérum glucosé, salé isotonique, ringer lactate).

**L'antibiothérapie :** Elle a pour but de prévenir l'extension du processus infectieux en luttant contre les bactériémies ou la septicémie.

Les molécules utilisées sont de large spectre avec une bonne pénétration intra péritonéale.

Souvent utilisée, l'association Bêta-lactamine et imidazoles, éventuellement complétée par un aminoside répond à ce schéma [24]. Dans notre série nous avons utilisé les associations (Ceftriaxone 1000mg + Métronidazole 500 mg + la Gentamicine 80 mg).

Ultérieurement elles étaient modifiées et adaptées selon l'évolution clinique.

Ces associations ont été utilisées par d'autres auteurs [39 ; 47].

**Les antalgiques- antipyrétiques :** Pour la maîtrise de la fièvre et de la douleur en pré et post opératoire immédiat, la Noramidopyrine 500mg (Novalgin ® injectable) a été la plus utilisée et rarement le Perfalgan ® 1000 mg (Paracétamol injectable) + acupan.

### 5-4-3 Traitement Chirurgical

#### 5-4-3-1 La voie d'abord :

Les incisions les plus fréquemment utilisées ont été les incisions médianes sus et sous ombilicales et xypho-pubiennes à cheval sur l'ombilic. Le choix de ces deux voies d'abord se justifie par la nécessité du lavage et du drainage aussi larges que possibles de la cavité péritonéale [10 ; 13 ; 45 ; 46].

#### 5-4-3-2 Technique opératoire :

**Tableau LVIII :** Répartition de techniques opératoires selon les auteurs

Auteurs Techniques Opératoires	MALLE O. Mali 2015 [13]	TRAORE L.S. Mali 2014 [38]	Notre série Mali 2018
Appendicectomie	52.5	47	62.5
Résection-anastomose intestinale	10	-	5
Lavage péritonéal + Drainage.	20	100	100
Exérèse des berges et Suture en 2 plans	-	27.5	12.5

La technique opératoire d'une péritonite aiguë dépend de la constatation per opératoire faite par le chirurgien.

En suite c'est l'appendicectomie qui a été le geste chirurgical le plus pratiqué dans notre série avec 50% des cas, puis l'exérèse-suture.

La toilette péritonéale et le drainage ont été effectués chez tous nos patients. Ceci est compréhensible car les péritonites par perforation appendiculaire ont représenté l'étiologie la plus fréquente (selon le mécanisme).

Notre résultat est comparable à celui de MALLE O. [13] et de TRAORE L.S. [38] qui ont respectivement trouvé (52.5% et (47%) des cas.

L'exérèse-suture est particulièrement efficace pour les perforations uniques, arrondies ou punctiformes vues tôt [48]. Aucune vagotomie tronculaire n'a été réalisée au cours du traitement des perforations gastriques dans notre série.

## 5-5 Evolution et Pronostic

### 5-5-1 Morbidité

**Tableau LIX:** Comparaison des taux de morbidité postopératoire selon les auteurs.

Auteurs	TRAORE L.S. Mali 2014 N=202 [38]	MALLE O. [13] Mali 2015 N=40	KOUAME B. C. Ivoire 2001 N=48 [47]	Notre étude Mali 2018 N=40
Taux de Morbidité				
Pourcentage	24.7%	13.5%	46%	5%
Tests statistiques	P=0.748901 KHI2=0.10	P=0.239204 KHI2=1.39 YATES	P=0.000018 KHI2=18.34	

En Afrique comme en Europe, ce taux varie entre 13,5% et 46% [37 ; 41]. La procédure opératoire peut avoir un impact prédictif sur les suites post opératoires.

Le taux de morbidité postopératoire a été de 5% dans notre série qui est statistiquement comparable aux 13,5% de MALLE O. [13] au Mali mais nettement inférieur au 46% de KOUAME B. [47] en Côte d'Ivoire avec ( $P = 0.000018$ ). Cela pourrait être lié à la taille de l'échantillon et au stade évolutif des malades [3]. Le contexte chirurgical de la péritonite aiguë qui est une chirurgie sale (Classe IV d'Altemeier) pourrait expliquer cette fréquence élevée. La suppuration pariétale a été la complication la plus fréquente avec un taux variant entre 17% et 27% dans les séries africaines [32 ; 47 ; 48].

Elle a été de 5% dans notre série.

#### **5-5-2 Durée d'hospitalisation :**

La morbidité influence le séjour hospitalier qui a été de < 7 jours en moyenne dans notre série et 8 jours dans les séries européennes [13 ; 40 ; 49].

### 5-5-3 La mortalité

**Tableau LX :** Répartition de la mortalité des péritonites selon les auteurs

Auteurs	MALLE O. Mali 2015[13]	J.L. KAMBIRE Burkina Faso 2017 [34]	Notre série
Effectifs	40	148	0
Nombre de décès	1	14	0
Pourcentage	2.5%	9.45 %	0
Test statistique			

La mortalité des péritonites aiguës dépend de leur étiologie [1].

Dans les séries africaines [10 ; 13 ; 32] ; cette mortalité varie entre 11.11% et 15.7%. Nous n'avons pas enregistré des cas de décès dans notre série.

Les principaux facteurs pronostics rapportés dans toutes les études africaines seraient :

- le retard dans la prise en charge lié à certaines pratiques de la médecine traditionnelle et aux erreurs diagnostiques.
- Le manque des moyens diagnostiques précoces.
- Le manque de moyens financiers.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **VI CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **6-1 CONCLUSION**

- Les péritonites aiguës généralisées constituent une urgence chirurgicale fréquente.
- Une amélioration du plateau technique, une couverture sanitaire suffisante et une éducation pour la santé pourraient diminuer la fréquence d'hospitalisation.
- Elle occupe une place importante dans les pathologies chirurgicales en générale et concerne surtout les sujets jeunes, 40 patients sur 180 opérés en urgences étaient des péritonites.
- Le diagnostic est surtout clinique et la prise en charge est médico-chirurgicale.
- Les étiologies sont multiples et variées, mais la perforation appendiculaire reste la première cause avec 20 cas sur 40 d'où la nécessité d'une étroite collaboration interdisciplinaire
- Une réanimation correcte pourrait améliorer le pronostic.
- La mortalité est importante et est liée surtout au retard de consultation.

## **6-2 LES RECOMMANDATIONS**

### **❖ Aux populations :**

- Consulter immédiatement en cas de douleur abdominale dans un centre de santé le plus proche.
- Eviter le traitement traditionnel et l'automédication devant les douleurs abdominales.
- L'amélioration de l'hygiène individuelle et collective.

### **❖ Aux autorités sanitaires :**

- Mettre à la disposition un kit d'urgence pour la prise en charge des abdomens aigus chirurgicaux.
- Doter le CS Réf d'une unité de réanimation de qualité.

### **❖ Aux personnels sanitaires :**

- La référence à temps opportun des patients.
- Eviter la prescription abusive d'antalgiques et d'antibiotiques devant les douleurs abdominales avant le diagnostic.
- Le traitement des foyers infectieux.

### **❖ Aux C S Réf CI :**

- La disponibilité des examens biologiques, un personnel qualifié pour l'échographie et l'ASP pendant les heures de garde et jours fériés.
- La formation continue du personnel.



## **BIBLIOGRAPHIE**

### **1-PROSKE. J.M, FRANCO.D.**

Péritonite aiguë ; Revue Prat (Paris) 2005 : 55 : 2167-2172.

### **2-JEAN Y.M. JEAN L.C.**

Péritonite aiguë Rev prat (Paris) 2001; 51: 2141-2145

### **3-ALAMOWITCH B.**

Traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé Gastro enterol ClinBiol (Paris) 2000 ; 24 : 1012 – 17.

### **4- BLOMQUIST P.G., ANDERSON R.E., GRANATH F., LAMBE M.P.,**

### **EKBOM A.R.**

Mortality after appendectomy in Swenden, 1987-1996 Ann Surg 2001; 233 (4):455-60.

### **5- KOSLOSK A.M.**

The diagnosis of Appendicitis in children: Outcomes of a strategy based on pediatric Surgical. Pediatrics 2004; 113 (1 parte 1):29-34

### **6-GIESSLING U., PETERSEN S., FREITAG M. et al:**

Surgical management of severe peritonitis Zentralbtchir 2002 Jull; 127(7):594-7.

### **7-RAMACHANDRAN C.S., AGARWAL S.**

Laparoscopic surgical management of prerogative peritonitis in enteric fever: a preliminary Study Surge New Delhi 2004; 14(3) 122-124.

### **8- SANOU D. :**

Les perforations iléales d'origine typhique : Difficulté diagnostique et thérapeutique (à propos de 239 cas) Burkina Méd 1999 ; 1(2).17-20.

### **9- SAKHRI J.**

Traitement des ulcères duodénaux perforés Tunisie Médicale 2000 ; Vol 78, N° 08-09.

**10- DEMBELE M.**

Perforations typhiques de l'intestin grêle : A propos de 16 cas. Med d'Afrique Noire 1974 ; 21 (4) : P3.

**11- M'BIDA:**

Péritonite secondaire à la rupture spontanée d'une pyonéphrose dans la grande cavité péritonéale à propos d'un cas, Rev. Méd. De LIEGE 2005, 60 : 81-83.

**12- GROSFELD J.L., MOINARI-CHAET M. ; ENGUM S.A. et al :**

Gastro-Intestinal perforation and peritonitis in infants and children Surg (USA) 1996; 120 (4): 650 – 5.

**13. MALLE O.**

Péritonites au CSREF de la commune 1 de Bamako : Aspects épidémiologique, clinique, et thérapeutique.

These med ; Bamako 2015 ; N°145 p43

**14. SEGUIN P., AGUILLON D., MALLEDANT Y.**

Antibiothérapie des péritonites communautaires. France 2004:169-179.

**15. KAMINA P.**

Anatomie clinique. 2ème édition Paris : Maloine, 2007:213-230.

**16. CADY J., KRON B.**

Anatomie du corps humain. 2ème édition Paris IV : Maloine, 1982:12-14.

**17. POILLEUX F. et al. Séméiologie chirurgicale. 4ème édition Paris IV :**

Flammarion Médecine-Sciences, 1979:971-989.

**18-EDDLIMI A, ABAUTHASSAN J, EL ABIB A R ET AL.**

Profil bactériologique des péritonites communautaires. Journal maghrébin d'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence, 2006 ; 13 : 64-66.

**19. LEVY E., FRILEUX P., OLLIVIER J.M., PARC R.**

Péritonites postopératoires diffuses. Données actuelles. EMC (Paris-France), Gastro-entérologie :9-045 A-10, 1995, 8p.

**20- CHICHE B., LENRIOT J.P.**

Péritonites sous mésocoliques. Encycl. Méd. Chir., Paris, 4.1.12, Urgence, 24048B-30.

**21- FABIANI J.N., DELOCHE A.**

Péritonites aiguës généralisées, formes cliniques, traitement internat chirurgie, 2ème édition mise à jour. Edition médicale « heure de France » :3-14.

**22- FAYSSE E., BERNARD P.H.**

Les péritonites biliaires. Rev. Prat., 1986, 36, (19): 1070-1076.

**23. LENRIOT J.P.** Péritonites aiguës. Encycl. Méd. Chir., Paris, Urgence, 12-1975, 240 48 B 10. 102

**24- LE TREUT Y.R.**

Les péritonites aiguës : Physiologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement. Rev. Prat. 1993 ; 43, (2) : 259-262.

**25- PERRONTIN J., BASTRAN, LASSAN J.P., et PAGES CH.**

Diagnostic et traitement des perforations des ulcères duodénaux (défense de la méthode de Taylor-Quenu). Rev. Prat. 1982 ; Tome XXXII, 32 :357-371.

**26-DA D.C.**

Les péritonites aiguës généralisée : Aspect épidémiologique, cliniques et thérapeutiques ; à propos de 369 cas colligés au CNHSS de Bobo-Dioulasso, thèse méd. Ouagadougou 2002 N°15, 88.p

**27-PARC R., LEVY E., LOYGUE J.** Principe d'une intervention pour péritonites. CAT vis-à-vis du péritoine et du tube digestif. Ann Chir, 1985 ; 39, (8) : 541-546.

**28- SANOU A., TRAORE S.S., SANO D., COMPAORE T., BANDRE E.,**

**DAKOURE R.** Les abdomens chirurgicaux au CHNYO (bilan de cinq ans d'activité). Annales de l'université de Ouaga, 1995, Serie B, vol III : 34-39.

**29-KAFANDO R J.**

Les perforations typhiques : aspects cliniques et thérapeutiques ; à propos de 239 cas colligés au CHU YO, thèse méd. Ouagadougou 1997 65.p

**30-CHAMPAULT G., GROSDIDIER J.**

Les péritonites diffuses post-opératoires après chirurgie du tube digestif. Paris. Masson. 1982.

**31-DISSA B.A.**

Les péritonites aiguës : aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. These med ; Bamako 2012 ; N°53.P55

**32-HAROUNA Y.D.**

Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey ( Niger ) :Etude analytique et pronostique  
MédAfr Noire 2001 ; 48 (2).

**33-HOSOGLU S., MUSTAFA ADEMIR et coll:**

Risk factors for enteric perforation in patients with typhoid fever.  
Am J Epidemiology 2004; 160: 46-50.

**34-J.L. KAMBIRÉ, C. ZARÉ, B.G. SANOU, T. KAMBOU**

Étiologies et pronostic des péritonites secondaires au centre hospitalier universitaire de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)  
J. Afr. Hépatol. Gastroentérol. 2017 p1,v11

**35- OUANGRE E., ZIDA M., BONKOUNGOU P.G., et al (2013)**

Les péritonites aiguës généralisées en milieu rural au Burkina Faso : à propos de 221 cas. Rev Cames Sante 1:75–9

**36- GOUGARD P., BARRAT C.:**

Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé . Résultats d'une étude rétrospective multicentrique .Ann Chir 2000 ; 125 : 726 – 31

**37- RAHMAN G.A. et al.** Typhoid iléal perforation in Niger children: an analysis of 106 operative cases. Pédiatre Surg Int 2001 ; 17 : 628-630.

**38- TRAORE L.S.** Etude des peritonites aiguës aux CHU de kati

These med ; Bamako 2014 ; N°112 ;P 55-57

**39-MALLICK S., KLEIN J.F.**

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 - 94.

**40- BÜCHLER M.V.**

Chirurgische Therapie der diffusen peritonitis

Chirug 1997 ; 68 : 811 – 815 .

**41- SIDIBE Y.**

Les péritonites généralisées au Mali : A propos de 140 cas opérés dans les hôpitaux de Bamako et de Kati. Thèse méd Bamako 1996 ; n°1.

**42- PODEVIN G., M. BARUSSAUD, M.-D. LECLAIR, Y.**

Appendicite et péritonite appendiculaire de l'enfant 2005. EMC-Pédiatrie-maladies infectieuses 2013(4) :1-6[Article 4-018-Y-10]

**43- POMATA M., VARGIU N., MARTINASCOL et al.**

Our experience in the diagnosis and treatment of diffuse peritonitis.

Co chir 2002 May; 23(5): 193-8

**44-ROSEAU G., MARC F.**

Abdomen aigu non traumatique en dehors de la période post opératoire. Encycl Med Chir (paris – France) Estomac – Intestin 1989 ; 9042 A 10,2 : P8.

**45-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: 99.

**46- KONATE H.:**

Abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et pédiatrique au CHU Gabriel TOURE. Thèse Méd Bamako 2001 ; N° 67.

**47- Kouamé B.**

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

Bull Soc Pathol Exot 2001; 94 (5): 379 - 82.

**48- Dembélé B.M.**

Etude des péritonites aiguës généralisées dans les Services de Chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Méd. Bamako 05 M 215: 1-116.

**49- KHOSROVANIC, KOHEN M.**

Perforation des ulcères duodéno-Pyloriques : Facteurs pronostiques et choix thérapeutiques. Etude rétrospective de 140 malades Ann. Chir.1994 ; 48 (4) : 345-349.

**50- DOUI D. et al :**

Les péritonites aiguës généralisées opérées dans les hôpitaux de Bangui. Etiologies et profil bactériologique à propos de 93 cas : 2008,55 :617-622.

**51- LORAND I., MALINIER N.**

Résultats du traitement coelioscopique des ulcères perforés. Chir Paris 1999 ; 124 : 149-53.

**52- CHAMBERS H F, SANDE M A.**

Antimicrobial agents Ré general considerations. In: Goodman L S, Gilman A. G, eds. The pharmacological basis of therapeutics.9th edition. New-York: McGraw Hill, 1996: 1029 Ré 1055.

## Fiche d'enquête

### I Données administratives

1-Nom du malade... .. /...../

2 Date d'entrée..... /...../...../...../

3-Date de sortie..... /...../...../...../

### II Données sociodémographiques du malade

4- Age : ans ..... /...../

1= 16 à 25 ans      2= 26 à 35ans      3= 36 à 45      4= 46 et plus

5-Sexe..... /...../

1 Masculin      2 Féminin      3= Autres à préciser.....

6=Situation matrimoniale ..... /...../

1=Marié(e)      2=Célibataire

7-Ethnie..... /...../

1= Senoufo    2 =Bambara    3= Sarakolé    4 =Peulh    5=

Malinké    6= Mianka    7 =Bobo    8 =Dogon    9=Samogo

10=Dafing    11= Mossi    12=Sonrhai

13= Autres à préciser...

8-Provenance..... /...../

**a /Commune1**

**b/ Autres**

9- Nationalité ..... /...../

1 Malienne      2 Autres à préciser.....

10- Niveau d'instruction..... /...../

1= Supérieur      2= Secondaire      3 =Primaire      4= Ecole

coranique      5= Non scolarisé.

11-Principale activité..... /...../

1 =Cultivateur    2 =Eleveur    3 =Commerçant (e)    4 =Artisan

5 =Cadre supérieur    6 =Cadre moyen    7= Cadre inférieur    8

=Scolaire

9= Retraité (e) 10= Ménagère    11 =Autres à préciser. ....

12=Enseignant                      13=Marabout                      14 =Ouvrier

**12-Mode d'admission**...../...../

1=Consultation Ordinaire      2= Urgence                      =3 Référé (e)

4 \_Autres à préciser .....

**13-Adressée par**...../...../

1 =Venu d'elle/lui-même      2 =Médecin spécialiste      3 = Médecin généraliste

4= Infirmier(e)      5= Autres à préciser.....

**14-Durée d'hospitalisation préopératoire (en jours)** ...../...../

1=< 4 J                      2=[ 5 à 8 J ]                      3= > 9J

**15-Retard prise en charge**...../...../

1= Oui                      2= Non

**16-Motif de retard de prise en charge**...../...../

1= Manque de moyen      2= Retard de diagnostic      3= Méconnaissance

4 =Autres à préciser.....

### **III Données Cliniques**

#### **a-Interrogatoire**

**17-Motif de consultation**...../...../

1 =Douleur abdominale      2= Arrêt des matières et de gaz

3= vomissements      4 =fièvre =      5= Hoquet      6 =Météorisme abdominal

7) 1+2+3 +4                      8=1+2+3+4                      9= 1+2

#### **b-Histoire de la maladie(Anamnèse)**

**18- Douleur abdominale**...../...../

1 Oui                      2 Non

**19-Siège de la douleur**...../...../

1 =FID      2 = FIG      3= Flanc droit      4 =Flanc gauche      5 =Hypochondre

droit 6=Hypochondre gauche                      7= Hypogastre                      8 =Péri

ombilicale 9= Epigastrique 10 =Diffuse 11= Pelvis                      99

Indéterminé



**20-Durée de la douleur**...../...../

1= 0 - 8 h      2= 9 – 16 h    3= 17 – 24 h    4= 2 – 3 jours    5= supérieur à 3 jrs    6= Autres à préciser..... ; 99= Indéterminé.

**21-Mode d'apparition**...../...../

1 = Brutal            2= Progressif            99 = Indéterminé

**22-Types de douleur**...../...../

1= Brûlure    2 = Piqure    3 =Torsion    4= Pesanteur    5 =

Ecrasement

6 = Crampe            7= Autres (à préciser).....8=Tiraillement

99 = Indéterminé

**23-Irradiation de la douleur**...../...../

1=OGE            2= Périnée            3 = Bretelle            4= Postérieure

5= Ascendante    6= Sans irradiation    7=Péri ombilicale

8 = Autres (à préciser) ..... 9=descendante    10=diffuse

99=Indéterminée

**24-Intensité de la douleur**...../...../

1 = Faible      2= Moyenne      3= Forte      4 = Extrême      99 =

Indéterminé

**25-Evolution de la douleur**..... /...../

1= Permanente            2= intermittente            99= Indéterminée

**26-Facteurs déclenchant**...../...../

1 = Néant      2 = Effort      3 =Stress      4= Repas      5= Faim

6 =Autres (à préciser).....99 Indéterminé

**27-Facteur d'accalmie**...../...../

1 = Médicament            2= Néant

3= Position antalgique (à préciser).....

4= Vomissements      5= Autres (à préciser).....

99 Indéterminée

**28-Signes d'accompagnement de la douleur**...../...../

- 1 =Néant                    2= Nausées                    3= Vomissements  
4= Diarrhée    5 =Constipation    6 =Rectorragie    7= Méléna  
8= Hématémèse                    9= Fièvre                    10= Fièvre + Vomissement  
11=Arrêt de matière et de gaz 12=Autres à préciser.....

### c- Les Antécédents

**29-Antécédents médicaux** ...../...../

- 1= Gastro-entérite                    2= Diabète                    3 =Drépanocytose  
4=HTA    5 =Asthme                    6= Ictère                    7= Fièvre typhoïde  
8=aucun  
9=Autres à préciser.....99= Indéterminés

**30-Antécédents chirurgicaux**...../...../

- 1 =Appendicectomie    2= GEU    3= Laparotomie    4= HI    5 = HO  
6=Césarienne    7=Aucun

**31-Antécédent gynécologiques obstétricaux**...../...../

- 1 =GEU    2= Avortement                    3= Césarienne                    4 =Pyo-ovaire  
5=Perforation utérine                    6= Pyo-salpinx  
7= Autres (à préciser.....8=Aucun                    99 Indéterminé

**32-Habitude alimentaire**..... /..... /

- 1 =Céréale                    2 Autre à préciser .....

**33-mode de vie**...../...../

- 1 =Thé                    2= Alcool                    3 =Tabac                    4= Cola                    5 =Café  
6=1+2+3+4+5    7= Aucun    8=Autres (à préciser).....

### d/ Examen physique

#### ✓ Signes Généraux

**34-Pouls**...../...../

- 1=Inférieur à 50 bts/mn                    2=51-80 bts/mn                    3= 81-99bts/mn  
4=100bts /mn et plus

**35-Fréquence Respiratoire**...../...../



9= Hypochondre gauche                      10= Généralisée en ventre de bois

11= Cris de l'ombilic    12=Pelvis

**45-Masse Abdominale**...../...../

1 =Oui                      2= Non                      3 =Autres (à préciser).....

Si oui (préciser la taille de la masse)

**46-Contours de la masse**...../...../

1= Irrégulière                      2 =régulière                      3 =Autres à préciser).....

99 =Indéterminé

**47-Consistance de la masse abdominale**...../...../

1 =Molle    2 =Ferme    3= Autres (à préciser.....99=Indeterminé

**48-Percussion de l'abdomen**...../...../

1 =Normale                      2= Matité                      3 =Tympanisme

4- Autres à préciser.....

**49-Adénopathies** ...../...../

1 =Oui    2 =Non

Si oui préciser la taille le siège et la forme.....

**50-Toucher rectal**...../...../

1= Normale                      2= Dououreux                      3 =Douglas bombé

4 =Hémorragique 5 =Douglas sensible                      6 =Sphincter lâche                      7=2+3

8=3+4+5    9 =Autres (à préciser).....

**51= Toucher vaginal**...../...../

1=Normal                      2 = Dououreux                      3= Présence de masse                      4= Non fait

(Préciser la taille et la circonstance).....

### **e/Examens complémentaires avant l'opération**

**52-A S P**...../...../

1 = OUI    2 = NON

Si OUI    Résultat

**53-Echographie abdomino-pelvienne**...../...../

1=OUI                      2 = Non



## V -Traitement

**61**= Technique anesthésie utilisé...../...../

1=AG      2=ALR      3=Rachianesthésie      4=ALR convertie en AG

**62-Traitement médical** ...../...../

1=Réhydratation      2= antibiotique      3= Antalgique      4=

Transfusion

5=1+2+3      6= 1+2+3+4      7=1+3      8=2+3

9=Autre (à préciser...../...../

## A-Traitement Chirurgical

**63**-Voie d'abord...../...../

1 = Médiane sus et sous ombilicale      2 =Sous ombilicale      3= Xiphopubien  
4=Mc Berney      5= Autres (à préciser...../...../

**64**-Technique chirurgicale...../...../

1 =Résection Anastomoses termino-terminales

2= Résection-suture      3 =Ablation      4= Stomie      5 =Drainage

6= Appendicectomie      7 Autres à préciser...../...../

**65**-Siège du drain...../...../

1 =Sous hépatique      2=Gouttières pariétocoliques      3= Douglas

**4= 1+3**

**66**-Nature du liquide péritonéale...../...../

1= Pus      2 = Selles      3 =Sero-hématique      4 =1+2

5= 2+3      6 =Autres (à préciser)...../...../

**67**-Prélèvement du pus + antibiogramme...../...../

1 =Oui      2 =Non

Si oui conclusion :

**68**-Surveillance post opératoire...../...../

1= A jeun      2= Sonde nasogastrique      3= Mobilisation précoce

4) 1+2+3      5) 1+2      6 )2+3      7=1+3

**69**-Durée d'hospitalisation...../...../

1) 1 à 3 jours      2) 4 à 7 jours      3) 1 à 2 semaines      4) > 2 semaines

### 70- Traitement médical post opératoire

1 /Antibiotiques      2/ Antalgiques      3 /Anti-inflammatoire

4) 1+2      5) 2+3      6) 1+3      7) 1+2+3

71-Pronostic...../...../

1= Bon      2 =Réservé      3= Sombre

### - Suites opératoires

72= Score de Mannheim...../...../

1 : <26      2 :>= 26

73=-Suites opératoires immédiate...../...../

1 = Simple      2= Etat de choc      3 =Septicémie      4 =Décès

5= Hémorragie      6=Autres à préciser

74=Suites opératoires précoces (1 semaine)...../...../

1 =Simple      2= Suppuration pariétale      3 = Fistule digestive

4 = Sténose anastomotique      5 = Décès

6 = Ré intervention      7=Autres à préciser

75=Suites opératoires tardives...../...../

1 = Simple      2 = Décès      3 =Eventration      4 Retard de cicatrisation  
5= Autres (à préciser).....

76=Mode de suivi...../...../

1 = Ambulatoire      2 = Vue à domicile      3 =Sur rendez-vous

4= Sur convocation      5 =Consultation ordinaire      6 =Perdu de vue

77= Coût de la Prise en Charge...../...../

1= ≤100000FCFA      2=100005-

150000FCFA

3= 150005-200000FCFA      3= ≥200000FCFA.

## **Fiche Signalétique**

**Nom : CISSE**

**Prénoms : Alou Hamadoun**

**Titre de la thèse : Aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique de la Péritonite aiguë.**

**Secteur d'intérêt : CS Réf commune I**

**Pays : Mali**

**Ville de Soutenance : Bamako**

**Année universitaire : 2018-2019**

**Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.**

### **Résumé :**

Nous avons réalisé une étude prospective transversale descriptive portant sur 40 patients reçus au CS Réf de la commune I pour péritonite aiguë du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2018. Il s'agissait de 28 hommes et 12 femmes (Sex-ratio = 2.3 homme pour 1 Femme) dont l'âge moyen était de 25 ans avec un écart type de 11.78 ; des extrêmes allant de 16 ans à 54 ans.

La douleur abdominale a été le principal motif de consultation

L'examen clinique seul a permis de poser le diagnostic dans 75% des cas.

Le diagnostic clinique a été étayé par l'ASP et l'échographie abdominale; réalisés respectivement chez 10% et 90% des patients. La péritonite appendiculaire a été le diagnostic peropératoire dans 50% des cas.

Le traitement chirurgical était fonction de l'étiologie en peropératoire

Tous nos patients ont bénéficié la toilette péritonéale plus drainage.

Nous avons noté un taux de morbidité de 5% dominé par la suppuration pariétale.

Le Coût moyen de la prise en charge était de 150005-200000FCFA

**Mots Clés : Péritonites aiguës ; épidémiologie ; diagnostic thérapeutique ; urgences Chirurgicales CSREF CI ; Mali.**



## **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**