

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



UNIVERSITÉ DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTÉ DE MÉDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2025-2026

THÈME

N°.....

**PERITONITES AIGUËS GÉNÉRALISÉES:
ASPECT ÉPIDÉMIO-CLINIQUE ET
THÉRAPEUTIQUE AU CENTRE DE SANTÉ
DE RÉFÉRENCES DE TOMINIAN**

THÈSE

Présentée Et Soutenue Publiquement Le 31/07/2026 Devant
La Faculté De Médecine Et D'odonto-Stomatologie

Par M. Souleymane FONGORO

Pour Obtenir Le Grade De Docteur En Médecine (Diplôme D'Etat)

JURY

Président du Jury : M. Bakary Tientigui DEMBELE (Professeur)

Directeur de thèse : M. Drissa TRAORE (Professeur)

Membres du Jury : Moustapha Issa Mangané (Professeur)

M. Klétigui Samuel DEMBELE (Chirurgien)

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail :

A Allah : le Tout puissant, le Miséricordieux de m'avoir donné la chance de réaliser ce travail.

Au Prophète : Mohamed, paix et salut sur Lui.

À mon pays : le Mali, Chère patrie, que la paix et la prospérité puissent te recouvrir.

A mon père : Feu Amadou Fongoro

Vous avez toujours su guider nos pas avec rigueur et amour ; sans vos efforts nous ne serions pas devenus ce que nous sommes aujourd'hui. Votre soutien sans cesse, votre volonté de nous voir réussir, votre amour pour le travail bien fait font de vous un père exemplaire. Qu'Allah le miséricordieux vous accorde son paradis.

A ma mère : Fatoumata Togo

Mère soumise et courageuse ; Infatigable maman qui se soucie du bien-être de ses enfants et ceux d'autrui. Tu as fait de notre éducation ta priorité. Tu t'es toujours battue sur tous les plans pour que nous soyons parmi les meilleurs. Tu as été toujours présente aux moments où nous avons eu besoins de toi. Tu as toujours donné sans rien demander en retour. Je suis fier de toi aujourd'hui d'avoir essuyé nos larmes dans les moments les plus durs. Que le Tout Puissant (DIEU), le miséricordieux me donne la chance de soulager toutes tes souffrances et vous donne une longue vie en bonne santé. Je prie ALLAH pour qu'il t'accorde son paradis. Amen

A mes tontons : M Moussa Fongoro et M Djémègouna fongoro

Ce travail est la résultante de vos efforts par l'enseignement que j'ai reçu de vous depuis mon enfance jusqu'à maintenant. Merci ! C'est un mot trop simple. Ce que je souhaiterais exprimer est au-delà. Je suis à la fois touché et reconnaissant pour l'aide que vous m'avez apporté. Je ne saurais assez-vous remercier. Que Dieu vous donne une longue vie.

A mes tantes : Feu Fatoumata waban feu Fatoumata djiré et feu Aminata Dicko

Je vous remercie infiniment pour vos bénédictions et conseils. Que la terre vous soit légère et DIEU vous accepte dans son paradis amen !

Aux familles : Togo et Guindo

A mes frères et sœurs : Feu Seydou Fongoro ; Feu Mamadou Fongoro ; Dramane Fongoro ; kassum Fongoro ; Bintou Fongoro ; djènèba Fongoro ; Sadio Fongoro ; Kadiatou Fongoro et Mariam Fongoro.

Ce travail est le vôtre également ; si je suis là aujourd'hui c'est quelque part grâce à vos encouragements et vos soutiens. Merci pour l'accompagnement tout au long de ce parcours
Que ce travail soit pour vous un exemple.

A mes cousins et cousines : Madou tolofidie ; Assana Arama ; kassum Togo ; Oumar Arama Amadou Togo ; feu Hawa tolofidie et feu Fatoumata tolofidie

A tous mes Amis(es) : Amadou Togo ; Modibo Togo Drissa Traoré ; Drissa Konaté ; Moumouni yossi ; Boureima djibo ; laya djibo ; soumaila Guindo Dr Sékou Fofana et Dr Boureima Kanta

Amis d'enfance, de l'école primaire à la faculté de médecine, merci pour les moments passés ensemble.

A tout le corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie :

Merci pour la qualité de la formation que vous nous avez donnée et que vous continuez de donner. Sincères remerciements et grande reconnaissance à nos chers maîtres notamment

Au Pr Drissa TRAORE : merci de m'avoir accepté dans votre service. Votre générosité et votre encouragement dans la recherche scientifique m'ont beaucoup aidé.

Au Dr KLETIGUI Samuel DEMBELE : merci pour votre disponibilité et d'avoir accepté de m'accompagner pour cette thèse. Votre simplicité et votre principe de travail bien fait m'ont beaucoup aidé.

Au Médecin Chef du CSRéf Dr Amara dembélé : merci pour votre générosité, votre sympathie, et la formation offerte tout au long de cette thèse.

A Madame DEMBELE Marie KONATE merci de m'avoir accueilli les bras ouverts et votre soutien sans limite.

A toute ma famille : De peur d'en oublier je me garde de citer les noms, vous avez été d'une très bonne compagnie. Ce travail est le vôtre

Je vous remercie infiniment pour votre accompagnement tout au long de ce travail.

A toute l'équipe du bloc opératoire du CSRéf : Dr Amara DEMBELE ; Dr Ibrahim Keita ; M Bakary COULIBALY ; Dr Ironé Diarra ; Dr Sékou Fofana ; M Hamadoun DOLO ; M Seibou Ouattara. Merci de votre collaboration.

A tous les personnels du Csréf de Tominian :

Merci pour la franche collaboration et pour tous les moments passés ensemble.

A l'équipe de petite chirurgie du Csréf de Tominian : merci pour la franche collaboration.

**HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury :

- ✓ **Professeur Bakary Tientigui DEMBELE.**
- ✓ **Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS.**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE.**
- ✓ **Chargé de cours à l'I.N.F.S.S.**
- ✓ **Membre de la société de chirurgie du MALI (SO.CHI.MA).**
- ✓ **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone du MALI (ACAF).**
- ✓ **Membre de la société Malienne de gynécologie obstétrique du MALI (SOMAGO).**
- ✓ **Membre de la société Africaine de chirurgie digestive (SAFCHID).**
- ✓ **Membre de l'association Française de chirurgie (AFC).**
- ✓ **Membre du collège Ouest Africain de chirurgie (Sacs West Africa College Of Surgeons).**
- ✓ **Diplômé de pédagogie en science de la santé à l'Université de Bordeaux (France).**

Cher Maître, C'est un grand honneur et privilège pour nous d'avoir travaillé à vos côtés. Votre rigueur scientifique, votre large ouverture d'esprit, votre gentillesse font de vous un grand homme scientifique exceptionnel. Au-delà de votre compétence, votre disponibilité et votre engagement pour un travail bien fait, nous ont beaucoup aidés. Cher Maître, permettez-nous, de vous exprimer notre gratitude et nos sincères remerciements.

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JUGE :

Professeur Moustapha Issa Mangané

- ✓ **Professeur titulaire d'anesthésie Réanimation à la FMOS**
- ✓ **Praticien Hospitalier et chef du service Réanimation du CHU Gabriel Touré**
- ✓ **Titulaire d'un diplôme inter universitaire en Neuro- Réanimation**
- ✓ **Membre de la société d'anesthésie réanimation et Médecine d'urgence du Mali (SARMU-Mali).**
- ✓ **Membre de la société française d'anesthésie et réanimation**
- ✓ **Membre de la société française d'anesthésie et réanimation d'Afrique francophone (SARAF)**
- ✓ **Membre de la Fédération mondiale des sociétés d'anesthésie et réanimation (WFSA)**

Cher Maître, Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques. Votre disponibilité constante et votre engagement pour le travail bien fait font de vous un maître respecté et respectable. Permettez-nous, cher Maître, de vous adresser l'expression de notre immense gratitude et de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Pr Drissa TRAORE :

- ✓ **Professeur Titulaire de Chirurgie Générale à la F.M.O.S**
- ✓ **Chirurgien praticien au CHU du POINT G**
- ✓ **Chef de service de Chirurgie B au CHU Point G**
- ✓ **Diplôme inter universitaire Européen de pratique chirurgicale en oncologie**
- ✓ **Diplôme inter universitaire de chirurgie oncologique digestive**
- ✓ **Diplôme inter universitaire de chirurgie hépatobiliaire et transplantation hépatique**
- ✓ **Diplôme universitaire d'anatomie chirurgicale et sectionnelle**
- ✓ **Master en pédagogie médicale**
- ✓ **Secrétaire général de la société de chirurgie du Mali**
- ✓ **Membre du collège Ouest Africain des Chirurgiens**
- ✓ **Membre de l'association des Chirurgiens Francophone**
- ✓ **Directeur adjoint à l'institut Africain de Formation en Pédagogie Recherche et Evaluation en Science de la Santé**
- ✓ **Prix de meilleure communication Charles Marie Gros en France en 2019 lors du congrès de la société française de sénologie et de pathologie mammaire.**
- ✓ **Président de l'ASACO de la commune de Ouolon**

Cher Maître, C'est un grand honneur et privilège pour nous d'avoir travaillé à vos côtés. Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait, vos qualités d'homme de sciences Cher Maître, Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. L'opportunité nous est ainsi donnée pour vous faire part de l'estime et de l'admiration que nous portons à votre égard. Vos qualités d'homme de science éclairé, de praticien infatigable, pédagogue averti font de vous un enseignant apprécié de tous. Recevez cher maître le témoignage de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE MEMBRE :

Docteur Klétigui Samuel DEMBELE

- ✓ **Chargé de recherche en chirurgie générale**
- ✓ **Spécialiste en chirurgie générale**
- ✓ **Praticien au CSRéf de Tominian**
- ✓ **Détenteur d'un Master en santé publique**

Cher Maître, Nous avons été marqués par votre courtoisie, votre modestie, votre gentillesse, votre accessibilité font de vous un enseignant de qualité. Vous m'avez dit un jour « concentre toi seulement sur ton travail, c'est ton objectif seulement qui t'intéresse pour le moment tout le reste vient après » je vais toujours garder ce conseil en tête qui fut la clé de ma réussite. Trouvez ici l'expression de notre grande estime. Que Dieu vous accompagne dans votre carrière. Recevez ici toute notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

LISTE DES FIGURES

Figure 1: coupe frontale de l'abdomen [15].	8
Figure 2: principales parties du péritoine [16].	9
Figure 3: cavité péritonéale.....	11
Figure 4: différent étage de l'abdomen.....	13
Figure 5: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le sexe	37
Figure 6: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon la période d'admission.....	40

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon d'âge	36
Tableau II: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon l'activités	37
Tableau III: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon leurs localités	38
Tableau IV: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon des ethnies.....	39
Tableau V: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au Csréf de Tominian selon le niveau d'étude.....	39
Tableau VI: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le mode de vie.....	40
Tableau VII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le mode d'admission.....	41
Tableau VIII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon les délais de consultation	41
Tableau IX: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le motif de consultation	42
Tableau X: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le siège de la douleur	43
Tableau XI: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le type de la douleur.....	44
Tableau XII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon l'intensités de la douleur EVA.....	44
Tableau XIII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon des signes physiques	45
Tableau XIV: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon l'imagerie et la biologie	46
Tableau XV: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon examens Biologiques	47
Tableau XVI: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le diagnostic per opératoire.....	48

Tableau XVII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon les techniques chirurgicales	49
Tableau XVIII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon les suites opératoires	49
Tableau XIX: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon la technique chirurgicale et les suites opératoires	50
Tableau XX: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon la durée d'hospitalisations	51
Tableau XXI: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon la Classification de Dindo.....	51
Tableau XXII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon l'âge et type péritonite	52
Tableau XXIII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le sexe et type de péritonite	52
Tableau XXIV: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le délai de consultation et les complications	53
Tableau XXV: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon la fréquence et selon les auteurs	55
Tableau XXVI: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le délai de consultation et selon les auteurs.....	57
Tableau XXVII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon les signes cliniques et selon les auteurs	58
Tableau XXVIII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon les signes physiques et selon les auteurs	59
Tableau XXIX: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon les examens complémentaires et selon les auteurs	59
Tableau XXX: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon des étiologies et selon les auteurs	60

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	3
OBJECTIFS	4
Objectif général :.....	4
Objectifs spécifiques :.....	4
1.GENERALITES	6
1.1-Définition.....	6
1.2-Intérêt.....	6
1.3-Rappel anatomique des péritoines :	6
1.4-Physiopathologie du péritoine	14
2-signes	18
2.1-Type de description : péritonites aiguës généralisée.	18
2.1.1- Signes fonctionnels.....	18
2.1.2-Signes généraux.....	18
-Complications.....	21
2.2 Formes cliniques :	21
3.3-Diagnostics différentiels :.....	23
TRAITEMENTS.....	Erreur ! Signet non défini.
4.Traitements	25
5-MATERIEL ET METHODES.....	31
5.1-Cadre d'étude :	31
5.2-Type et période de l'étude :	33
5.3-Population d'étude :	33
5.4-Echantillonnage :	33

5.5-Critères d'inclusion :	33
5.6-Critères de non inclusion :	33
5.7-Fiche d'exploitation :	33
5.8-Outils collecte :	33
5.9-Collecte des données :	34
5.10-Analyse des données :	34
5.11-Considération éthique :	34
6-RÉSULTATS.....	36
6.1-Characteristiques épidémiologiques :	36
6.2-Characteristiques socio démographique :	36
7.COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	55
Aspects épidémiologiques :	55
Aspects cliniques :	57
Le traitement médical.....	60
Le traitement chirurgical	61
Les complications :	61
CONCLUSION :	63
RECOMMANDATIONS.....	64
BIBLIOGRAPHIE ET REFERENCE	66
ANNEXES.....	72

SIGLES DES ABREVIATIONS ET TABLE DES ILLUSTRATIONS

ASP : Abdomen sans préparation

BTS : Battement

CRO : Compte rendu opératoire

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREF : Centre de santé de référence

EVA : Echelle visuelle analogue

ECG : Electrocardiogramme

FID : Fosse iliaque droite

FMOS : Faculté de médecine et odontostomatologie

HTA : Hypertension artérielle

IST : Infection sexuellement transmissible

ISO : Infection du site opératoire

M² : Mètre carré

MN : Minutes

NFS : Numération formule sanguine

OGE : Organe génitaux externes

PPO : Péritonite postopératoire

PEC : Prise en charge

SMIG : Salaire minimum interprofessionnel garanti

TTT: treatment

USA: United States of America

% : Pourcentage

°C : Degrés Celsius

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La péritonite est une inflammation où des infections partielles ou totales de la séreuse péritonéale le plus souvent secondaire à la perforation d'un organe digestif et/ou à la diffusion d'un foyer septique intra abdominal [1].

La péritonite aiguë constitue une affection fréquente en pratique chirurgicale. Elle présente une morbidité et une mortalité élevées. C'est une urgence chirurgicale quotidienne des pavillons des urgences. Son pronostic est étroitement lié à la précocité du traitement.

C'est une situation effrayante avec un taux de mortalité élevé. Affection mettant rapidement en cause l'intégrité de la plupart des grandes fonctions vitales, la péritonite aiguë impose à côté des gestes chirurgicaux indiqués et exécutés à temps la mise en œuvre intensive des ressources de réanimation.

La gravité de la péritonite varie suivant la durée d'évolution avant la prise en charge, l'étiologie, le traitement, le terrain et l'âge sur lesquels elle survient [2].

La morbidité et la mortalité restent encore très importantes surtout dans les pays en voie de développement comme le nôtre où elle constitue un réel problème de santé publique [4].

La péritonite c'est une urgence chirurgicale, 3^{ème} pathologies la plus fréquente de la chirurgie digestive après l'appendicite aiguë et les occlusions [3].

Il existe trois types de péritonites selon Hambourg [5]

- la péritonite par voie hématogène à partir d'un foyer infectieux à distance ;
- la péritonite secondaire à une lésion abdominale (perforation spontanée ou traumatique d'un viscère creux, diffusion d'une infection intra abdominale).
- la péritonite tertiaires par surinfection de la cavité abdominale

Aux U.S.A GROSFELD a trouvé une mortalité de 48 % chez les enfants atteints de péritonites [6].

En Asie Ramachandran C. Sont signalés 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].

En France Brunel.Fraisse. ont étudié des péritonites qui sont dues aux infections sexuellement transmissibles dont 80% causées par *Neisseria gonorrhoeae* [8].

En Allemagne GIESLING a relevé 58% de décès chez 36 patients atteints de péritonites sévères [9]

Sa fréquence est estimée, par rapport à l'ensemble des abdomens aigus chirurgicaux à 3% en France [10] ; 12,6% au Bénin [11]. 13,63% à Oman [12]. 27,6 % à Tominian [13]; 35,88% au Niger [14]., 41% au CHU Gabriel Touré [15]. ; 54,7% à Sikasso [16].

En chirurgie B de l'hôpital du POINT G la péritonite aigue était à 14,2 % des urgences chirurgicale [17].

En Afrique, selon une série d'étude était réalisée entre 2005 et 2006, la prévalence variait de 21,2 % au Congo à 49 % au Niger, avec un taux de mortalité de 20,98 % et une morbidité 49 %.

Par ailleurs, en Guinée, une étude réalisée en 2024 par Ousmane Bah indique un taux de 49,6 %, tandis qu'au Mali, le taux était à 49% avec une mortalité de 5,8 % [9, 10, 11].

Bien qu'ayant une incidence élevée (elles compliquent 2 à 3 % des laparotomies), Carlet et son équipe ont rapporté une mortalité de 6 % quand un traitement chirurgical correct et une antibiothérapie adaptée étaient entrepris d'emblée. La mortalité pouvait atteindre 71% en l'absence d'antibiothérapie, malgré un traitement chirurgical correct, voire même 90 % dans le cas inverse [12].

Les principaux facteurs pronostiques actuels sont le retard diagnostique et l'insuffisance de moyens de réanimation [13].

Ce travail avait pour objectif d'évaluer la clinique et la prise en charge de la péritonite aiguë à l'unité de la chirurgie générale au Csréf de Tominian.

Aucune étude n'a été réalisé sur cette question au Csréf de TOMINIAN c'est pourquoi nous l'avons initié cette étude. Vu le nombre de cas de cette pathologie dans le centre et la non évaluation de cette pathologie, nous avons décidé de faire une étude sur les péritonites aigues.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les aspects cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées au centre de santé de référence de Tominian.

Objectifs spécifiques :

1. Déterminer la fréquence des péritonites aiguës généralisées dans le Csréf de Tominian.
2. Décrire les aspects cliniques et paraclinique des péritonites aiguës généralisées.
3. Déterminer la stratégie thérapeutique de la péritonite dans le csréf de Tominian
4. Analyser les résultats de la prise en charge

GENERALITES

1.GENERALITES

L'abdomen est la partie inférieure, sous-diaphragmatique, du tronc. Il comprend 2 parties : la cavité abdominale et le petit bassin ou pelvis, La limite entre ces 2 régions, qui communiquent largement entre elles, est située au niveau du détroit supérieur.

1.1-Définition :

La péritonite : est une inflammation où des infections partielles ou totales de la séreuse péritonéale le plus souvent secondaire à la perforation d'un organe digestif et/ou à la diffusion d'un foyer septique intra abdominal [1].

1.2-Intérêt : [18]

- **Epidémiologique** : c'est une urgence très fréquente.
- **Gravité** : par son retentissement multi viscéral
- Diagnostic positif : est clinique, facile dans sa forme typique
- **Etiologique** : cause diverses (perforation d'ulcères gastrique, duodénal, iléale typhique, biliaires, appendiculaire ou tumorales).
Apport des nouvelles techniques d'imagerie
- **Thérapeutique** : c'est une urgence médico-chirurgicale.
- **Pronostic** : étroitement lié à la précocité du traitement.

1.3-Rappel anatomique des péritoines :

Le péritoine est séparé de la paroi abdominale par des espaces extra péritonéaux : espace pré péritonéal en avant, rétro péritonéal en arrière, et sous péritonéal en bas. La cavité péritonéale est virtuelle car ses deux feuillets sont normalement au contact, glissant l'un sur l'autre. La cavité est close chez l'homme et communique avec l'extérieur chez la femme par l'intermédiaire des trompes.

Macroscopiquement, on reconnaît au péritoine comme toute séreuse :

- Un feuillet pariétal :

Encore appelé péritoine pariétal, est appliqué sur les parois des cavités abdominale et pelvienne. Il est doublé profondément dans toute son étendue par une couche de tissu cellulaire ou cellulo-adipeux appelée fascia propria.

- Un feuillet viscéral :

Appelé péritoine viscéral qui est constitué par le revêtement séreux des organes abdomino-pelviens.

- Des replis membraneux :

Relient le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Ces replis engainent les pédicules vasculo-nerveux qui vont de la paroi aux organes enveloppés par la séreuse.

Chacun d'eux se compose de deux feuillets séparés l'un de l'autre par une mince lame de tissu cellulo-graisseux, renfermant des vaisseaux et des nerfs.

On appelle **mésos** un repli reliant le péritoine pariétal au péritoine viscéral d'un segment du tube digestif ; les mésos lorsqu'ils relient les viscères à la paroi.

Les mésos renferment des vaisseaux nourriciers pour nourrir les organes auxquels s'ils sont reliés. Ce sont :

- Le mésogastre pour l'estomac ;
- Le méso duodénum pour le duodénum ;
- Le mésentère pour le jéjuno-iléon ;
- Le méso côlon ascendant pour le côlon ascendant ;
- Le méso côlon transverse pour le côlon transverse ;
- Le méso côlon descendant pour le côlon descendant ;
- Le méso côlon sigmoïde pour le côlon sigmoïde

Ligament :

Est un repli reliant le péritoine pariétal au péritoine viscéral d'un organe intra abdominal ne faisant pas partir du tube digestif ; 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.

Épiploon :

Est un repli joignant le péritoine viscéral de deux organes intra abdominaux.

Il prend le nom des 2 organes qu'il réunit (ainsi, l'épiploon qui réunit l'estomac à la rate se nomme épiploon gastrosplénique).

Les principaux épiploons :

Le petit épiploon :

C'est l'épiploon gastro-hépatique tendu entre l'estomac et le foie.

De forme quadrilatère, il présente 4 bords et 2 faces.

On lui distingue 3 parties :

- Pars vasculosa,
- Pars flacida
- Pars condensa

Le grand épiploon :

C'est l'épiploon gastro-colique, allant de l'estomac au colon transverse et au-delà. Il est de taille variable, très irrégulier, épaissi par des pelotons de graisse.

Les péritoines sont unis à la paroi abdominale par des méso : ce sont des lames porte-vaisseau à deux feuillets contenant l'irrigation du viscère.

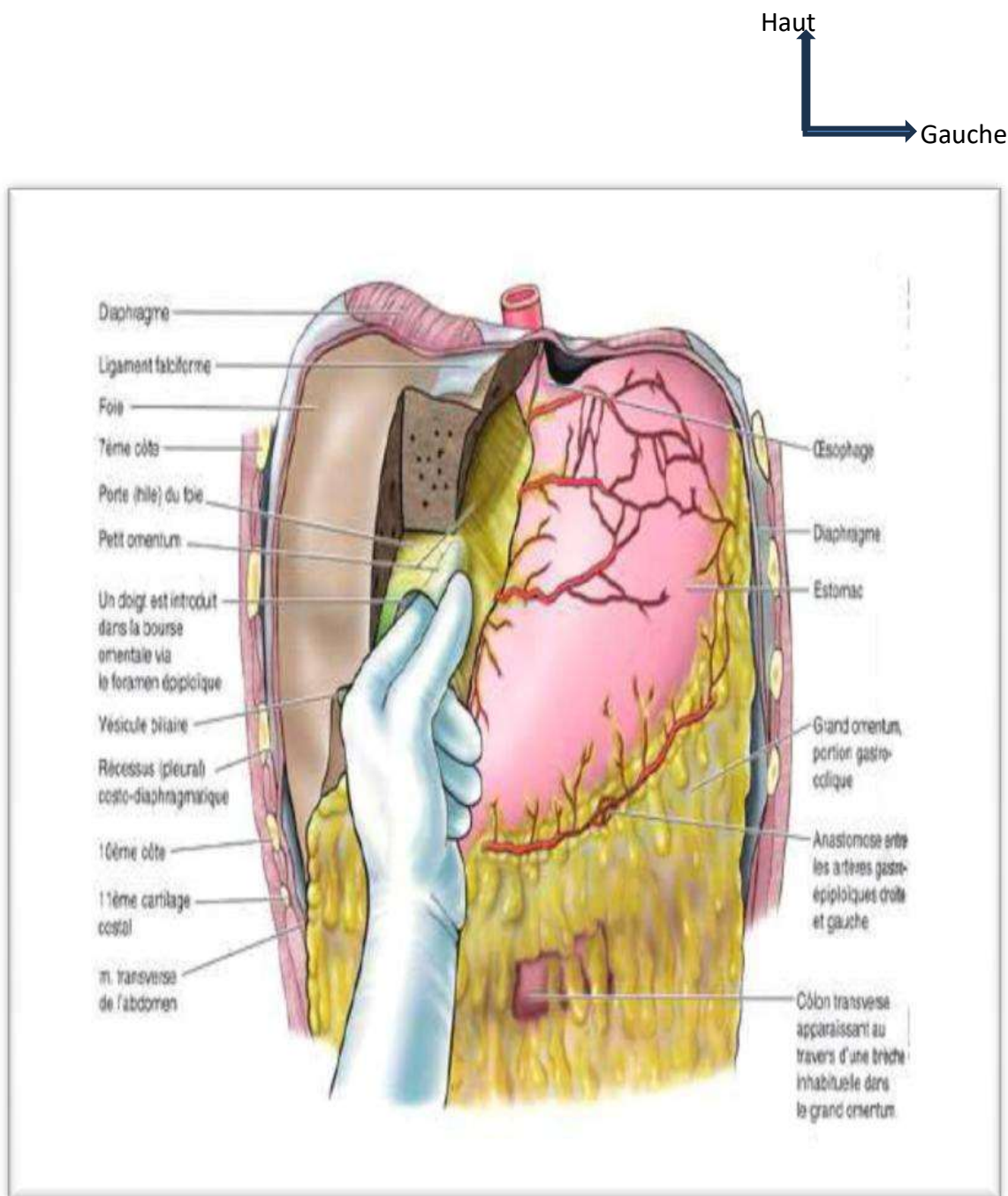
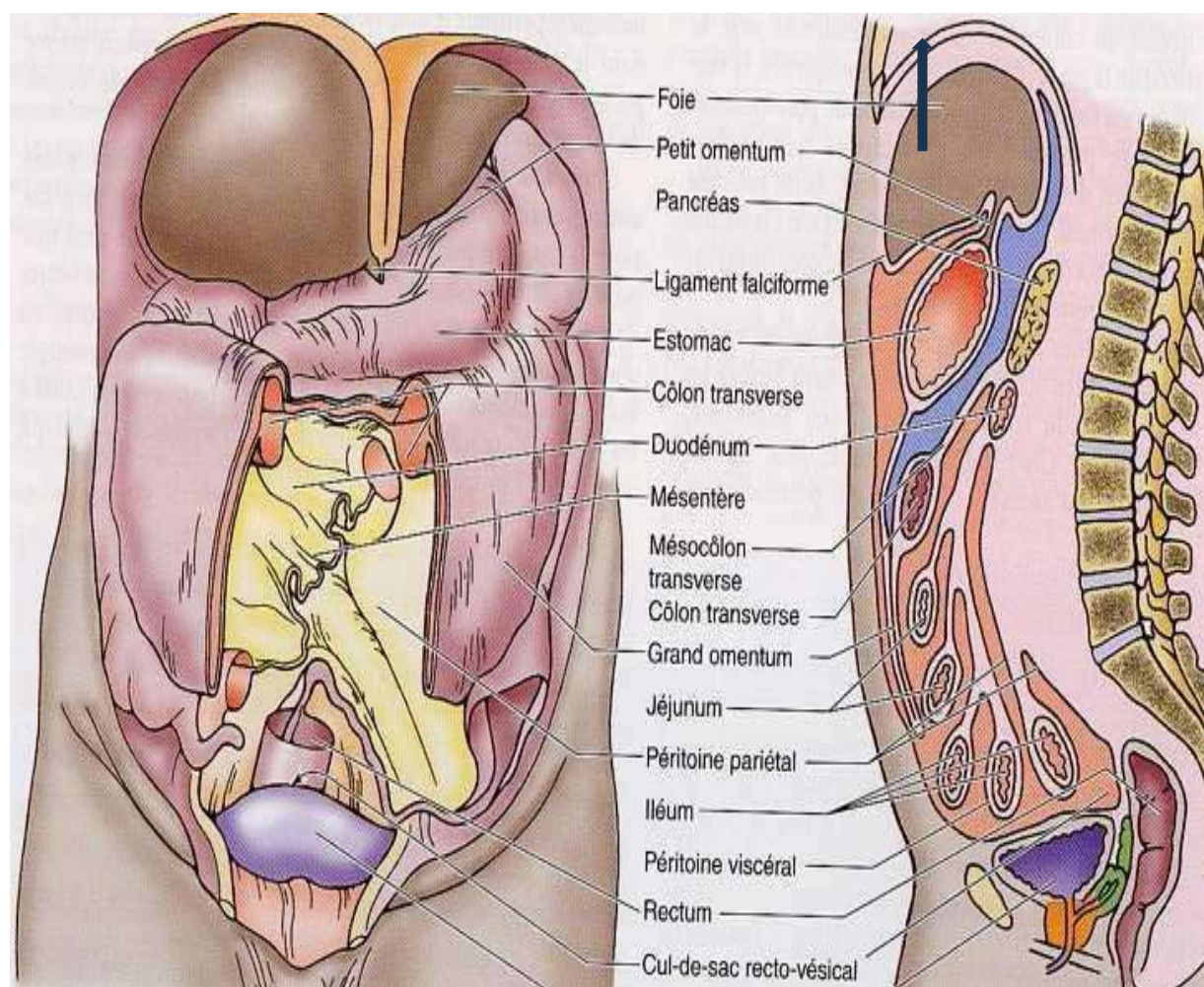


Figure 1: coupe frontale de l'abdomen [19].

La cavité péritonéale est divisée en deux parties par le côlon et son méso (méso côlon transverse) qui forment une barrière transversale délimitant deux étages :

Un étage sus-méso colique qui comprend le foie, l'estomac, la rate, la première portion du duodénum, une grande partie de la deuxième portion du duodénum, presque toute la tête du pancréas, le corps et la queue.

-Un étage sous-méso colique comprenant les anses grêles au milieu, le cadre colique autour, la troisième et quatrième portion du duodénum et le crochet du pancréas (partie basse de la tête).



(A)

(B)

Figure 2: principales parties du péritoine [20].

Vue antérieure de la cavité péritonéale ouverte montrant les structures profondes et la structures de méso.

Coupe sagittale de la cavité abdomino-pelvienne chez l'homme montrant les divers sites de fixation du péritoine et leurs rapports.

Rapports du péritoine : [21].

En fonction de leur situation par rapport aux feuillets péritonéaux, on peut distinguer trois types d'organes:

Les viscères rétro péritonéaux :

Comme les reins, les voies urinaires hautes et le pancréas qui recouverts en avant par le péritoine pariétal, sont en dehors de la cavité péritonéale ;

Les viscères extra péritonéaux :

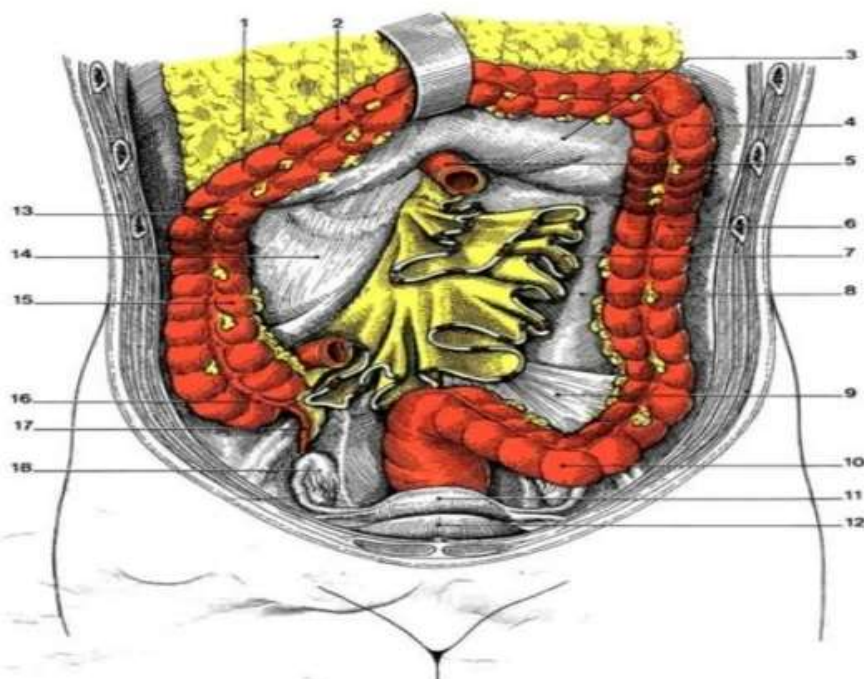
Non engainés par le péritoine viscéral, mais qui sont dans la cavité péritonéale et dont les pathologies peuvent intéresser le péritoine ; ce sont le foie et la rate.

Les viscères intra péritonéaux :

Engainés par le péritoine viscéral, tel l'estomac, les voies biliaires extra hépatiques, le colon (transverse et sigmoïde) les anses intestinales grêles, l'appendice.

INTESTIN GRÊLE

145



Colon et mésentère (rèsection du jéjunum et de l'iléum)

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1 - Grand omentum récliné | 10 - Colon sigmoïde |
| 2 - Colon transverse récliné | 11 - Uterus |
| 3 - Mésocolon transverse | 12 - Vessie |
| 4 - Angle colique gauche | 13 - Courbure colique droit |
| 5 - Jéjunum | 14 - Mésocolon ascendant |
| 6 - Colon descendant | 15 - Colon ascendant |
| 7 - Mésentère | 16 - Cecum |
| 8 - Mésocolon descendant | 17 - Appendice vermiforme |
| 9 - Mésosigmoïde | 18 - Trompe utérine et ovaire |

Crânial



Gauche

Figure 3: cavité péritonéale

Anatomie topographique de la cavité abdominale : [22]

L'espace intra-péritonéal :

Appelé simplement cavité péritonéale, présente deux compartiments et des épiploons : La grande cavité péritonéale, La petite cavité péritonéale, Les épiploons principaux : petit et grand

Grande cavité péritonéale :

Elle est divisée en 2 parties par le colon transverse et son méso (Mésocolon transverse) qui forment une barrière transversale à 2 étages : l'étage sus- mésocolique et l'étage sous-mésocolique

Etage sus mésocolique :

Il contient l'œsophage abdominal et l'estomac, le duodéno-pancréas en quasi-totalité, le foie, les voies biliaires, la rate

Etage sous mésocolique :

Il contient une partie minime du duodéno-pancréas, l'intestin grêle, le colon.

Le relief du colon et le mésentère délimitent 5 compartiments.

La petite cavité péritonéale :

Délimitée par : le petit épiploon, le grand omentum l'épiploon gastro-splénique et l'épiploon pancréaticosplénique. C'est un diverticule ou prolongement de la grande cavité péritonéale, située, dans l'étage sus-mésocolique

Les différentes loges péritonéales sont :

A l'étage sus-mésocolique :

La loge sous phrénique droite :

Comprise entre la face supérieure du foie et la coupole diaphragmatique droite. Elle est divisée en deux par le ligament falciforme du foie ;

La loge sous-phrénique gauche :

Comprise entre la coupole diaphragmatique gauche, crânialement, l'estomac en dedans et la rate en bas ; la poche rétro-gastrique (arrière cavité des épiploons) l'espace sous -hépatique, décrit par les radiologues sous le nom de loge de Morrison ;

A l'étage sous méso colique :

Les gouttières pariéto-coliques droite et gauche :

Comprises entre le colon ascendant à droite, descendant à gauche et la paroi latérale de l'abdomen ;

La loge supra mésentérique :

Entre le mésentère et le méso colon ascendant ; - la loge infra-mésentérique entre le mésentère et le méso colon descendant ; - le cul de sac recto-génital (Douglas).

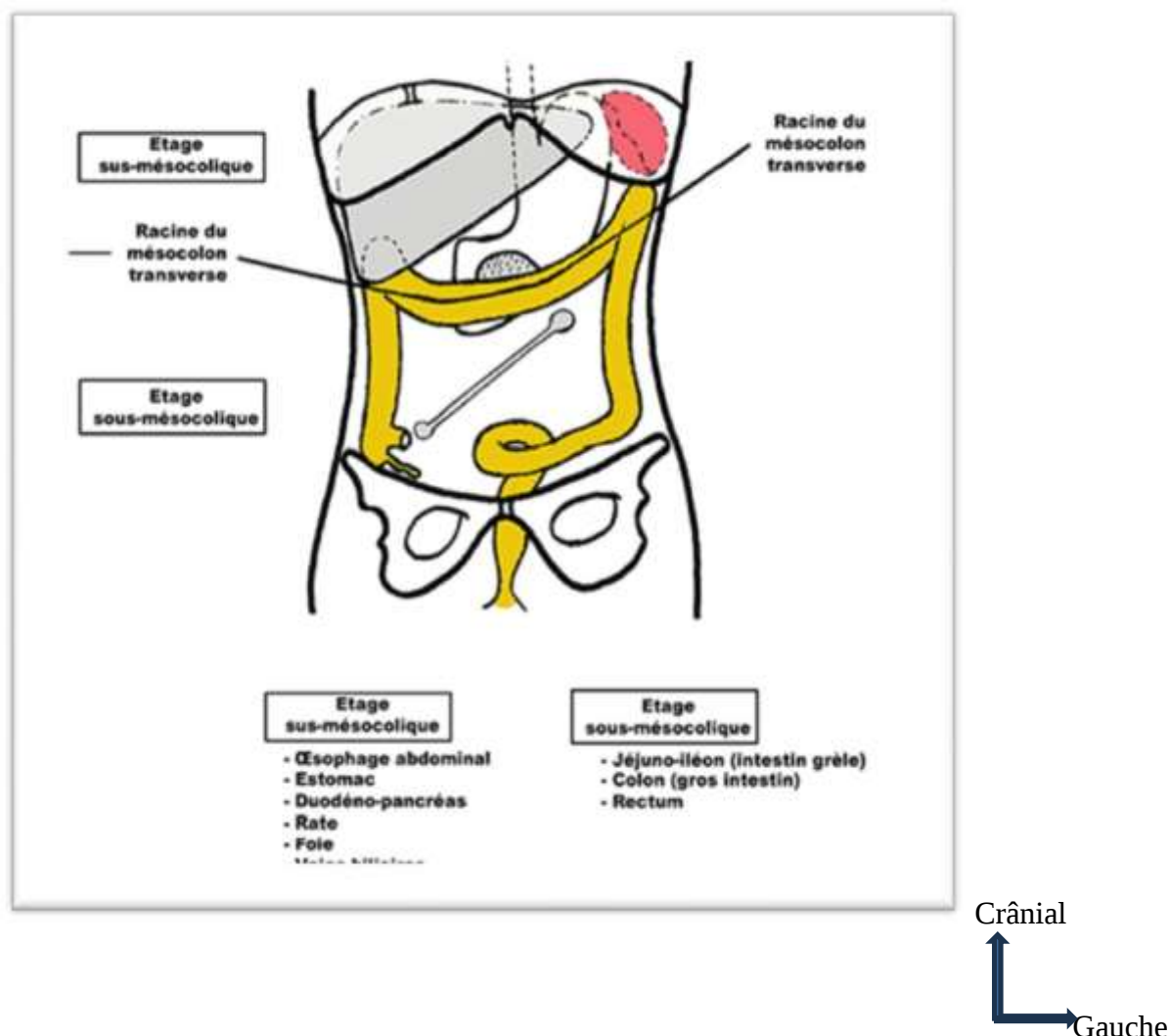


Figure 4: différent étage de l'abdomen

Vascularisation et innervation du péritoine : [18 19]

a. Vascularisation :

Le péritoine pariétal est vascularisé de haut en bas par des branches des artères intercostales, lombaires, épigastriques, circonflexes, artères issues directement de l'aorte et de l'artère iliaque externe.

Le péritoine viscéral est vascularisé par les branches de division des troncs cœliaques et mésentériques.

Le retour veineux viscéral se fait par les veines mésentériques qui collectent le sang en direction de la veine porte.

Il n'y a pas de circulation lymphatique propre à la séreuse péritonéale, seul dispositif juxta-diaphragmatique fait de fenêtres méso-téliales permet le drainage de la lymphe de la cavité péritonéale vers les lymphatiques diaphragmatiques, le canal thoracique et la circulation générale.

b. Innervation :

Elle est très inégalement répartie et on distingue des zones hypersensibles, qui peuvent être des témoins cliniques en cas d'inflammation péritonéale. Ce sont principalement :

- le diaphragme (hoquet)
- le nombril (cri de l'ombilic)
- le cul- de sac de Douglas (cri de Douglas)

1.4-Physiopathologie du péritoine : [20 ,11]

Mécanismes de défense du péritoine :

Toute contamination intra péritonéale entraîne immédiatement une réaction inflammatoire avec vasodilatation augmentation de la perméabilité vasculaire provoquée par une libération d'histamine et de prostaglandines à partir des mastocytes et des macrophages. Il s'en suit une exsudation de grande quantité de liquide riche en complément, immunoglobulines, facteurs de coagulation et fibrinogène. Durant les 6 premières heures on constate un afflux important de neutrophiles du essentiellement à la libération de leucotriène B4 à partir des macrophages et des neutrophiles eux-mêmes. Tout ceci aboutit à la constitution d'un milieu inflammatoire favorable au contrôle de l'infection par les cellules spécialisées, des phagocytes

Une fois ce mécanisme de défense mis en jeu, il existe 3 possibilités :

Soit les mécanismes de défense sont efficaces, l'infection va alors se résoudre et guérie

Soit les mécanismes de défenses arrivent à circonscrire le foyer sans le faire complètement disparaître, l'évolution se fera vers un abcès localisé.

Soit les mécanismes de défense sont dépassés, l'évolution se fera vers la péritonite généralisée. Cette situation est probablement la plus fréquente. Elle a des conséquences locales et générales. La séreuse péritonéale ressemble à une membrane semi-perméable animée de deux mouvements liquidiens de sécrétion et d'absorption. Ces phénomènes osmotiques sont dits « passifs ».

A ce premier mécanisme d'échange liquidien s'ajoute un drainage lymphatique dit « actif » rendu possible par le mouvement des fluides dans la cavité péritonéale.

Conséquences locales :

Les facteurs d'agression sont doubles chimio-bactériologiques. La flore bactérienne est quasiment nulle au niveau de l'estomac, elle atteint 10¹¹/ GR de matière au niveau du colon-rectum. L'agression chimio-bactériologique du péritoine se traduit par une réaction inflammatoire de défense qui se manifeste par :

Liquide comme nous l'avons déjà vu est doté de pouvoir bactéricide, riche en immunoglobulines, opsonines, fibrinogène, macrophage, polynucléaires...

La formation d'adhérences inflammatoires avec pour but la conscription et le cloisonnement du foyer septique avec agglutination d'anses.

L'iléus intestinal réactionnel avec séquestration liquidienne dans la lumière digestive.

Tout ceci aboutit à des vomissements parfois des diarrhées aggravant ainsi les pertes liquidiennes qui peuvent atteindre plus de 4 à 6 L/24H.

Conséquences générales :

a. Rôle des cytokines :

Les cytokines sont des molécules polypeptidiques sécrétées par certaines cellules (lymphocytes, monocytes, plaquettes...) dans les minutes qui suivent une agression de tout ou partie de l'organisme. Les actions sont particulièrement complexes faites d'associations d'interactions et d'interdépendances.

Les principales cytokines mises en jeu dans les états infectieux graves sont : TNF, IL1, IL6, IL8. On admet aujourd'hui que l'endotoxine des BGN, le lipopolysaccharide (LPS) entraîne la libération rapide des cytokines et se retrouve à l'origine de la réaction immuno-inflammatoire caractéristique des infections à BGN.

Les cytokines dites pro inflammatoires provoquent la production de médiateurs dits secondaires : prostaglandines E2, thromboxanes A2, leucotriènes, PAF, bradykinines, VIP, angiotensine, sérotonine, histamine, complément...

À l'entrée de ces médiateurs, la réaction inflammatoire risque de s'emballer et de dépasser son but locorégional pour devenir la source d'effets secondaires aux conséquences extrêmement graves :

Hypercoagulabilité par inhibition de l'activateur du plasminogène ;

Troubles de la perméabilité vasculaire ;

Troubles de la glycorégulation ;

Leucopénie ;

Nécrose hémorragique ;

C'est ainsi que l'activation des cytokines peut conduire à un syndrome de **DEFAILLANCE MULTIVISCÉRALE**, suggérant l'hypothèse selon laquelle l'agent infectieux initial à l'origine de l'agression n'est plus responsable des effets pathologiques secondaires.

Le choc septique serait dû à une réponse inappropriée et excessive du système immunitaire. Ceci plaide encore plus pour un diagnostic et un traitement précoce des péritonites aiguës.

Effets sur les fonctions vitales :

b. défaillances hémodynamiques :

Hypo volémie, incompetence myocardique et vasoplégie qui conduit à un cercle vicieux ou s'enchaînent hypoxie tissulaire, glycolyse anaérobie, acidose métabolique jusqu'au choc irréversible en l'absence de traitement urgent.

c. défaillance rénale :

Témoin de la défaillance circulatoire au début. Elle aboutit dans les cas les plus graves à la nécrose tubulaire aiguë et à la néphropathie interstitielle.

d. défaillance respiratoire :

Conséquence de plusieurs événements. L'un mécanique avec diminution de la course diaphragmatique, douleurs et quelques fois épanchement pleural réactionnel, le tout conduisant une atélectasie des bases. Le deuxième est lié à la diffusion des produits toxi-infectieux alternant la perméabilité de la membrane alvéolo-capillaire et entraînant un OAP lésionnel connu sous le nom de SDRA.

e. défaillance hépatique :

En rapport avec l'infiltration inflammatoire portale et péri- portale avec stase Centro lobulaire. Objectivée essentiellement par la biologie qui montre une cholestase et une cytolyse. L'hypoglycémie et la chute des facteurs de coagulations en sont les manifestations les plus graves.

f. hémorragies digestives :

Il s'agit d'ulcérations aiguës sous forme de pétéchies, d'ulcérations muqueuses avec hémorragies. L'ischémie muqueuse, l'hypersécrétion acide, et la rétrodiffusion des ions H⁺ en sont responsables.

g. défaillance neurologique :

Confusion mentale liée à l'hypoxie et à l'hypo volémie.

h. défaillance hématologique :

L'hyperleucocytose et suivie d'une leucopénie alors que la thrombopénie peut relever d'une CIVD.

i. défaillance métabolique :

Acidose métabolique, diminution de la perfusion cellulaire, hyper catabolisme protéidique qui contribue à la diminution des défenses immunitaires dès l'organisme souvent rencontrées lors des sepsis sévères.

1.5-Classification des péritonites : [23]

La classification de Hambourg sépare les péritonites en trois classes selon l'origine de l'infection.

Péritonite primaire :

Les péritonites primaires sont dues à une infection spontanée mono bactérienne du péritoine d'origine hématogène ou par translocation. Leur traitement est médical.

Les causes les plus fréquentes sont :

- l'infection d'ascite chez le cirrhotique
- l'infection à staphylocoque par l'intermédiaire du cathéter chez les patients avec dialyse péritonéale
- la péritonite spontanée à pneumocoque de l'adulte.

Péritonite secondaire :

Les péritonites secondaires sont liées à la diffusion d'une infection abdominale localisée ou à la perforation d'un viscère digestif.

Causes des péritonites secondaires :

. Infection/perforation intra-abdominale :

Appendicite, diverticulite sigmoïdienne, perforation d'ulcère gastroduodénal, cholécystite, infarctus mésentérique, perforation digestive tumorale ou diastaltiques en amont d'un obstacle, maladie de Cohn ou recto-colite hémorragique, typhoïde...

. Post-opératoire :

Désunion anastomotique, contamination peropératoire

. Post-traumatique :

Plaie pénétrante, traumatisme fermé avec perforation ou ischémie digestive, perforation endoscopique ou corps étranger.

Péritonite tertiaire :

Les péritonites tertiaires correspondent à des infections abdominales persistantes malgré un traitement bien conduit (antibiothérapie adaptée et éradication du foyer primitif abdominal par une ou plusieurs interventions). La cavité abdominale est surinfectée par des micro-organismes peu virulents mais devenus résistants ou des levures. Ces péritonites sont fréquemment associées à un syndrome de défaillance multi viscérale.

Classification selon la localisation anatomique

- ✓ Péritonite sus-mésocolique
- ✓ Péritonite sous-mésocolique

Classification selon la sévérité

Score de Mannheim (MPI) ou péritonitis index Altona (PIA II) : critère d'évaluation

A : défaut d'organe : 7

E : Malignité : 4

B : Péritonite diffuse : 6

F : Non colique sepsis origine :4

C : Age de plus de 50ans : 5

G : durée préopératoire d'une péritonite >24H :4

D : Le sexe féminin :5

H : Exsudat :

1 : Fécale :12

2 : Nuageux ou purulent : 6

3 : Effacé : 0

Classification selon l'environnement

- ✓ Péritonite extrahospitalière (communautaire)
- ✓ Péritonite intrahospitalière (nosocomiale)

2-signes : [24 25 26 27]

La péritonite aiguë se présente classiquement sous la forme d'une occlusion fébrile douloureuse.

Il peut néanmoins s'agir de tableau clinique moins typique, notamment chez l'enfant ou dans certaines étiologies, nécessitant une démarche diagnostique rigoureuse afin d'éviter par erreur un retour à domicile, extrêmement préjudiciable mais qui survient encore de nos jours.

2.1-Type de description : péritonites aiguës généralisée.

2.1.1- Signes fonctionnels

Le diagnostic est clinique associant :

La douleur : est intense, d'installation brutale ou progressive le plus souvent permanent parfois paroxystique, diffusée ou localisée au flanc droit

Des vomissements : Souvent précédés par un simple refus de l'alimentation accompagné de nausées, puis vomissements alimentaires et enfin bilieux et répétés.

Arrêt de matières et de gaz

Diarrhée parfois

2.1.2-Signes généraux

- ✓ État général : s'altérant rapidement
- ✓ Température (39 à 40°C)
- ✓ Faciès péritonéal : faciès anxieux, pâleur, sueurs

- ✓ Langue et muqueuses : sèches, présence de plis cutanés de déshydratation
- ✓ Polypnée (FR>20 cycles/mn)
- ✓ Accélération du pouls
- ✓ Hypotension artérielle
- ✓ Oligurie

2.1.3- Les signes physiques

L'examen de l'abdomen permet d'affirmer le diagnostic de péritonite.

A l'inspection :

Diminution ou absence de la respiration abdominale.

La palpation :

Mains réchauffées bien à plat en commençant par les endroits moins douloureux ; trouve typiquement une contracture diffuse, invincible permanente et douloureuse, le creux l'ombilic positif et parfois une défense

Percussion :

tympanisme discret (iléus paralytique)

matité des flancs (épanchement intra-péritonéal)

disparition de la matité pré hépatique (dans les perforations digestives (pneumopéritoine))

Auscultation :

Bruit hydroaérique diminue ou absent

Touchers pelviens

TV/TR :

Cul de sac de Douglas bombé et douloureux

2.1.4- Les examens para cliniques :

L'Echographie :

Elle est inutile dans ces formes typiques, met en évidence des signes d'épanchement intrapéritonéal et identifie la lésion causale : L'appendicite ou perforation d'organes.

NB : l'examen est rendu difficile par iléus réflexe ou par l'obésité.

TDM Abdomino pelvienne :

Avec injection du produit de contraste si la fonction rénale du patient le permet:

- ✓ Confirme l'origine,
- ✓ Epanchement liquidien,
- ✓ Epaissement appendiculaire,
- ✓ Lésions associées.

La biologie :

La biologie vient confirmer l'atteinte infectieuse péritonéale : un hémocrite supérieur à 50% témoigne une déshydratation extracellulaire ; leucocytose élevée souvent supérieure à 15000/mm³.

Bilan préopératoire : TP, TCK, Groupage, Rhésus,

Radiographie d'abdomen sans préparation (ASP) :

Debout de face prenant (debout de face prenant les coupes diaphragmatiques et le pelvis)
Elle montre : Un épanchement péritonéal (grisaille diffuse), disparition des lignes claires pré péritonéales, image de pneumopéritoine (perforation d'organe creux)

Des signes occlusifs (distension gazeuse de la grêle et du côlon avec des niveaux hydro-aériques)

L'absence de pneumopéritoine dans la péritonite appendiculaire apparaît comme un signe distinctif très important



Pneumopéritoine

Le scanner abdominale :

Il est aussi inutile dans ces formes typiques, met en évidence les mêmes signes comme pour l'échographie. **2.1.5-évolution et complication :**

- Evolution :

Sous traitement, évolution favorable,

Sans traitement, aggravation tableau clinique marquée par : altération profonde de l'état général péritonite toxique, choc septique et défaillance multi viscérale conduisant à la mort du patient

-Complications : défaillance multi- viscérale décès si absence TTT

Précoce

Hémorragies

Infection du site opératoire,

Fistule digestive, éviscération

Trouble hydro électrolytique,

Péritonite post-opératoire, septicémie

Tardive

Eventration,

Occlusion

Abcès résiduels

2.2 Formes cliniques :

a. Forme selon âge :

Fréquente chez l'enfant âgé de 11 à 20 ans selon nos études

c. Forme selon localisation :

Appendiculaire, perforation iléales et gastrique et abcès hépatiques

d. Formes étiologiques :

Péritonite par perforation d'un organe : (perforation iléale fréquente pendant l'études)

Colon : sigmoïdite, cancer, colite, traumatisme, **iatrogène++**

Estomac-duodénum : ulcère, cancer (chimique au départ)

Grêle : volvulus nécrosé, infarctus mésentérique, trauma, Meckel, typhique

Péritonite par diffusion d'un foyer septique :

Appendicite

Cholécystite

Diverticulite

Infection génitale : salpingite

Péritonite primitive : rare, diagnostic peropératoire

Péritonite post-opératoire : fistule anastomotique plaie digestive

3. Diagnostics :

3.1- Diagnostics positif :

Signes cliniques :

Douleur, fièvre,

Contracture abdominale, cri de l'ombilic

Cul de sac de Douglas bombé et douloureux au TR.

Signes paracliniques :

Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) :

A la recherche de pneumopéritoine (perforation d'organe creux)

Grisaille floue diffuse,

Un croissant gazeux inter hépato diaphragmatique (pneumopéritoine)

Des niveaux hydro aériques

Echographie abdomino-pelvienne :

Opérateur dépendant, limite chez les obèses

Epanchement intra péritonéal

TDM : non opérateur dépendant

Diagnostic topographique

Bilan biologique

NFS : (GB > 15000/ mm)

CRP > 5 mg

Hémocultures

3.2-Diagnostic étiologique :

Péritonite par perforation gastro ou duodénale :

Ulcéreux, notion prise d'AINS, douleur épigastrique et brutale, matité pré hépatique-, pneumopéritoine+++ (ASP).

Péritonite par perforation iléale typhique :

Contexte (fièvre plateau), dx péri-ombilicale, sérologie Vidal, hémoculture et coproculture (confirmé).

Péritonite par perforation diverticule du sigmoïde :

Âge > 50ans, crises de diverticulose, scanner (confirme)

Péritonites biliaires :

Complication de LV douleur de l'hypochondre droit, l'échographie (épanchement région biliaire).

Péritonites d'origines gynécologiques :

Douleur hypogastrique et pelvienne. Touchers pelviens et l'écho = origine utérine ou annexielle.

Péritonite perforation de cancer colorectal :

Perforation cancer ou perforation Diastasique : Cancer digestif connue, AEG douleur chronique, péri-ombilicale, ganglion de Troisier la TDM et la ASP (pneumopéritoine, NHA)

Péritonite par rupture d'abcès du foie :

Douleur de l'hypochondre droit fièvre hépatomégalie TDM

Péritonites post opératoires :

Persistance fièvre, douleur abdominale en postopératoires > 48h, aggravation des signes infectieux, tachycardie, tachypnée, hyperleucocytose (1ers jours post-op).

Péritonites asthéniques :

Chimiothérapie (carcinomateuse), corticothérapie long court, tuberculose péritonéale, ascite infectée : Contracture -, faible intensité de la douleur

Abcès sous-phrénique :

Fièvre en plateau à 39°C, AEG, Dx sous-costales, troubles du transit, hoquet (Echo Abdo et Rx ASP)

Abcès du cul de sac de Douglas :

Diarrhée, Dx pelviennes, ténésme, météorisme, vomissements, dysurie, pollakiurie TR (tuméfaction irrégulière, fluctuante, douloureuse)

3.3-Diagnostics différentiels :

La pancréatite aiguë :

ATCD Alcoolique, Alithiasse : Douleur transfixiante, position « chien de fusil » : lipasémie, amylasémie, Scanner abdominal

Adénolymphite mésentérique : Surtout chez l'enfant ; Dx abdominal, fièvre ; échographie, scanner.

L'infarctus mésentérique :

Facteur risque cardio-vasculaire ; douleur très violente, angioscanner abdominale

Occlusions intestinales :

Douleur abdominale, vomissements, AMG, météorisme, défense abdominale, ampoule rectale vide, ASP, TDM.

3.4-Diagnostics de gravités :

Les éléments de gravité d'une péritonite aiguë peuvent dépendre du terrain, de l'état clinique du patient au moment du diagnostic, du bilan biologique, du diagnostic étiologique et de la rapidité de mise en œuvre des mesures thérapeutiques. Ainsi on peut dégager comme éléments de gravité :

- Terrain (diabète, coronaropathie, immunodépression, défaillance d'un système...)
- Eléments cliniques : Etat de choc, détresse respiratoire et détresse neurologique

- Biologiques : Insuffisance rénale, troubles ioniques et insuffisance respiratoire acidose métabolique et troubles de l'hémostase (baisse du TP, thrombopénie)
- Etiologique : Péritonites stercorales, péritonites dues à une complication néoplasique

4.Traitements : [28]

Le traitement est médico chirurgical, une réanimation pré per et post opératoire

4.1-But :

Rétablir l'hémodynamie, supprimer la cause, éradiquer les foyers infectieux, toilette péritonéale.Prévenir et éviter les complications et récurrences .

Améliorer le confort du patient

4.2-Moyen et méthodes :

Il y a les moyens et méthodes non chirurgicaux, et les moyens et méthodes chirurgicaux

Méthodes non chirurgicales

Elle ne doit pas retarder la chirurgie qui est une urgence.

Hospitaliser le malade en réanimation

Le traitement médical est symptomatique

Réanimation : pré, per, post opératoire

Prise d'une voie veineuse

Sonde urinaire

Sonde nasogastrique

Diète totale

Réhydratation

Chimiothérapie, Radiothérapie et Immunothérapies

Antalgiques : Paracétamol perf 1g/6h, Nefopam (Acupan) inj 20mg/6h

Adapter plus tard aux résultats de l'antibiogramme

Amoxicilline+ acide clavulanique+ 1g/12h relai per os dès que possible 50 à 70 mg /kg

Métronidazole 500mg perf : 1fl/12h 20mg /kg

C3G+ imidazoles

*correction des troubles ioniques :

Adapté en fonction des résultats de l'ionogramme

*Prévention des maladies thromboemboliques :

Lovenox 4000UI en S/C

*Nutrition parentérale

*Prévention des ulcères de stress :

IPP (Omeprazole 20mg/12h).

*choc septique : dopamine, dobutamine

*IRA :

Furosémide, voir une épuration extra rénale.

* Oxygène + ventilation assistée.

Méthode de Taylor

Traitement médical de la perforation UDG

Rarement utilisée aujourd'hui, elle conserve une indication chez les sujets à haut risque opératoire.

Conditions : malade vu moins de 6H, certitude diagnostique, absence signes gravités.

Patient à jeun,

Prise de la voie veineuse (réhydrations avec sérum sale, ringer lactate et sérum glucose),

Sonde naso en aspiration douce,

Sonde urinaire,

Antibiothérapie à large spectre,

Antalgiques,

IPP

Expectative armée (surveillance stricte) +++++

Moyens /Méthodes Chirurgicaux

Voies d'abord :

Laparotomie, et laparoscopie

La voie préférentielle est la laparotomie dans notre contexte vu la limite de notre plateau technique

Avantages : permet d'explorer toute la cavité abdominale et de faire un très bon lavage

Inconvénients : cicatrice abdominale, chéloïde cicatricielle, ISO, éviscération et éviscération

laparoscopie :

Avantages : diminue la durée de séjour hospitalière, la douleur post opératoire, ISO.

Inconvénients : malades très fatigués

- Malade en décubitus dorsal sous AG +IOT lavage de la Cavité abdominale avec le savon jusqu'aux niveaux des cuisses, badigeonnage avec Bétadine solution dermique + champage, faire des minis incisions en fonction de la dimension des trocards (T10 au niveau ombilical et 2T5 dans les fosses iliaques droite et gauche.

Exploration :

-Prélèvement du pus pour l'examen cytot bactériologique et ATB

Aspiration du pus dans la cavité abdominale

Biopsie s'il y a des granulations pour l'examen ANAPATH

Appendicectomie sous coelioscopie et après l'envoi de la pièce appendicectomie pour l'examen ANAPATH

Lavage avec du sérum salé 0,9% jusqu'à ce que le liquide péritonéal devient clair comme eau de roche, insufflation retrait du pneumopéritoine.

Fermeture des trous des trocards et pansement

Laparotomie :

Malade en décubitus dorsal sous AG+IOT, lavage de la Cavité abdominale avec le savon jusqu'aux niveaux des cuisses ; badigeonnage à la Bétadine dermique +champagne

Incision médiane sus et sous ombilicale

Prélèvement du pus

Aspiration du contenu

Bien exploré la cavité en cherchant la cause

Biopsies en cas des granulations

Appendicectomie après envoi de la pièce appendicectomie pour histologie

Lavage + drainage.

Fermeture paroi plan par plan.

4.3-Indications :

Coelioscopie en 1^{er} intention :

Patient stable, péritonite localisée absence d'épanchement stercoral, absence d'adhérence, fausses membranes

Laparotomie :

péritonite généralisée, épanchement stercoral, patient instable, lésions associées.

Ulcère gastroduodénal :

Biopsie des berges, excision suture, épiploplastie,

Lavage drainage de la cavité péritonéale

Envisager un traitement d'éradication de *Helicobacter de Pylori*

Péritonite biliaire

Cholécystectomie

Lavage

Drainage

Péritonite par perforation sigmoïdienne diverticulaire

Sigmoïdectomie

colostomie selon Hartmann

lavage et drainage.

Péritonite par perforation d'un cancer colorectal

colectomie segmentaire

colostomie selon Hartmann

Lavage et drainage

Rétablissement de la continuité digestive et curage plus tard

Péritonite gynécologique

Pas de salpingectomie ni d'annexectomie lorsque c'est chez une jeune fille multigeste surtout

Suture

Lavage et drainage

Uro péritonite (rupture)

Lavage et drainage

Suture

Perforation du grêle

Résection anastomose en un temps

Iléostomie, rétablissement plus tard

Lavage, drainage.

Péritonite post opératoire

Stomie

Rétablissement continuité digestive plus tard

Péritonite traumatique (par arme blanche ou arme à feu de la grêle ou du colon)

Suture

Résection anastomose

Stomie si c'est le colon, mais de stomie pour le grêle

Lavage, drainage

Péritonite primitive

Traitement est essentiellement médical.

4.4-Surveillance

Température

Pouls

Pression artérielle

La fréquence respiratoire

L'EVA,

La diurèse

L'état de l'abdomen

transit

Les bilans biologiques

4.5-Prévention prise en charge de l'appendicite avant les complications, la fièvre typhoïde, les infections gynécologiques, les lithiases biliaires, UGD, et les tumeurs.

MATERIEL ET METHODES

5-MATERIEL ET METHODES

5.1-Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée dans l'unité de chirurgie générale du csréf de Tominian

5.1.1-Présentation du Csréf de Tominian :

Ce centre de santé distant de 240 km de la région de Ségou et 180 km de la région de Mopti ; il est le premier niveau de la référence où est rattaché 24 centres de santé communautaire (Cscom). Avec une superficie de 6 563 Km² et une population de 357 969 Hbts.

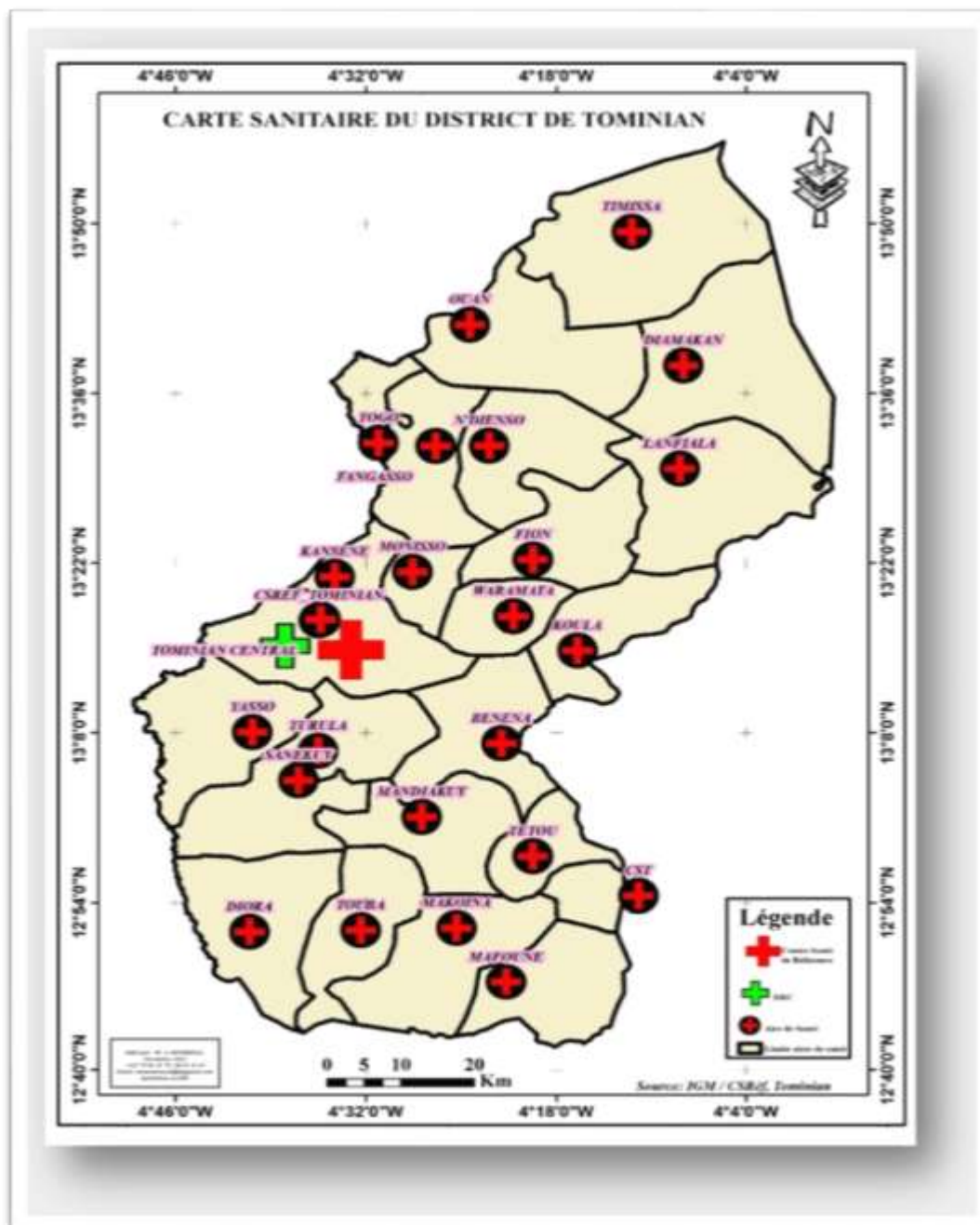
Le centre de santé de référence est composé de plusieurs unités notamment :

- L'unité de Médecine
- L'unité de Chirurgie
- L'unité de Maternité
- L'unité de Pédiatrie
- L'URENI

Le personnel de la chirurgie est composé de :

- Un Chirurgien
- 2 Médecins généralistes
- Un Assistant en anesthésie réanimation
- Un infirmier faisant fonction d'anesthésie

Le bloc opératoire du Csréf est doté de deux salles pour les interventions chirurgicales (Chirurgie urgente et froid.



- Superficie : 6 563 Km²
- Population 2025 : 357 969 Hbts
- Densité : 54,54 hbts/ Km²
- Taux d'accroissement : 2,30%
- Distance district Ségou : 240 Km
- Régions et/ou pays limitrophes :
 - Nord : les cercles de Bankass et de Djenné (Région de Mopti)
 - Sud : Yorosso (Région de Sikasso)
 - Est : District Nouna (Burkina Fasso)
 - Ouest : District de San

5.2-Type et période de l'étude :

Il s'agit d'une étude prospective, rétrospective et descriptive qui s'est déroulée sur une période de 14 mois allant du 1er Janvier 2025 au 31 Mars 2026.

5.3-Population d'étude :

Elle était constituée de tous les patients admis à l'unité de chirurgie générale opérés pour péritonites aiguës généralisées parmi les autres urgences durant la période d'étude.

5.4-Echantillonnage :

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de tous les malades opérés pour péritonites aiguës dans l'unité.

5.5-Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude :

Tous les malades opérés dans l'unité de chirurgie générale pour péritonites aiguës.

5.6-Critères de non inclusion :

Les patients non opérés et/ou ceux décédés avant leurs interventions selon les autres d'urgence

5.7-Fiche d'exploitation :

La fiche d'exploitation a permis de recueillir des renseignements caractéristiques de chaque patient. Elle est constituée de 4 parties :

- La première partie renseigne sur les caractéristiques sociodémographiques du patient.
- La deuxième partie renseigne sur les étiologies et leurs mécanismes
- La troisième partie renseigne sur le diagnostic de la maladie (signes fonctionnels, signes physiques et les examens paracliniques)
- La quatrième partie renseigne sur la prise en charge thérapeutique.

5.8-Outils collecte :

Le recueil des informations a été réalisé à partir :

- Des dossiers médicaux.
- Des registres des comptes rendus opératoires.
- Des registres d'hospitalisation.

5.9-Collecte des données :

Nous avons ainsi établi des fiches analytiques permettant d'étudier les paramètres suivants :

- L'âge et le sexe ;
- Les signes cliniques ;
- Les examens complémentaires ;
- Le traitement instauré qu'il soit médical ou chirurgical ;
- L'évolution et les suites opératoires

5.10-Analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées à partir du logiciel SPSS version 21. Le traitement du texte et les graphiques ont été réalisés respectivement à partir des logiciels Word 2024 et Excel 2024.

5.11-Considération éthique :

La considération éthique a été respectée à savoir l'anonymat et la confidentialité des informations notées sur les dossiers des malades.

RÉSULTATS

6-RÉSULTATS

6.1-Characteristiques épidémiologiques :

6.1.1-Fréquence :

Pendant la période d'étude, les péritonites aiguës (n = 72) ont représenté 29,50% des urgences chirurgicales (n = 244), soit 11,07% de l'ensemble des interventions (n= 614) et 9,49% des hospitalisations (n= 758).

6.2-Characteristiques socio démographique :

Age :

Tableau I: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon d'âge

Age en année	Effectifs	Pourcentage
[00 – 10]	13	18,1
[11 – 20]	27	37,5
[21 – 30]	10	13,9
[31 – 40]	6	8,3
[41 – 50]	5	6,9
Plus de 50	11	15,3
Total	72	100

La tranche d'âge de 11- 20 a été la plus représentée soit 37,5%.

Les âges extrêmes ont été de 3 ans et 68 ans l'âge moyen était de 22,06 ans.

L'écart type était égal à 4,25.

Sexe :

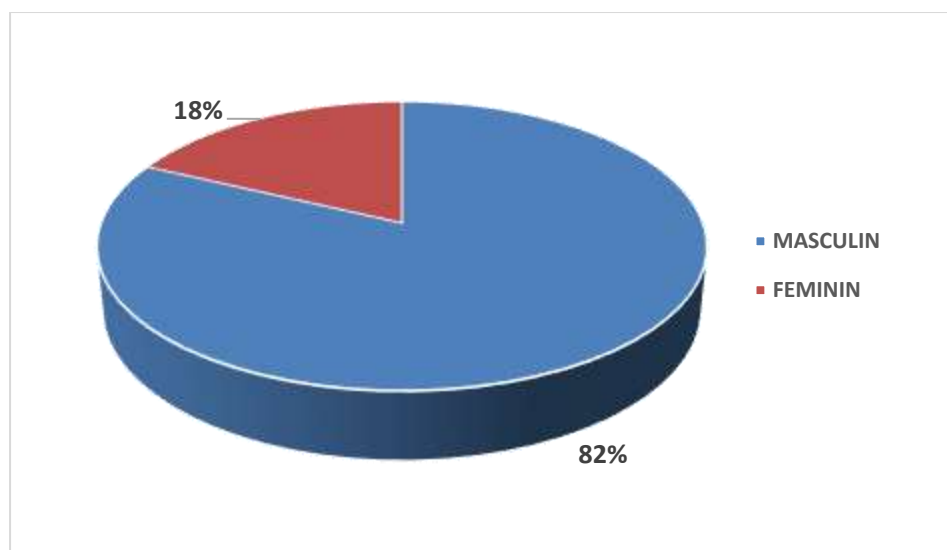


Figure 5: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le sexe

Le sexe masculin était le plus représenté soit **82%** des cas.

Le Sex-ratio= **4,53**

Tableau II: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon l'activités

Activité	Effectifs	Pourcentage
Cultivateur	30	41,7
Ménagère	3	4,2
Chauffeur	1	1,4
Enfants	19	26,4
Elèves	16	22,5
Personne âgée	3	4,2
Total	72	100

Tableau III: Répartition des patients opérées pour péritonite aigüe de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon leurs localités

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Tominian ville	44	62,0
Mandiakuy	6	8,3
Sanekuy	2	2,8
Fangasso	2	2,8
Bènèna	3	4,1
Lanfiala	1	1,4
Timissa	2	2,8
Ouan	2	2,8
Koula	4	5,6
Mafouné	2	2,8
Diora	1	1,4
Burkina Faso	3	4,1
Total	72	100

Tableau IV: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon des ethnies

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bobo	54	75
Dafing	9	12,7
Minianka	3	4,2
Peulh	2	2,8
Dogon	2	2,8
Bambara	2	2,8
Total	72	100

Tableau V: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au Csréf de Tominian selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage
École coranique	7	9,7
Non scolarisés	28	38,8
Supérieur	2	2,8
Secondaire	18	25
Primaire	17	23,6
Total	72	100

Tableau VI: Répartition des patients opérées pour péritonite aigüe de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le mode de vie

Mode de vie	Effectifs	Pourcentage
Thé	3	4,2
Café	3	4,2
Cola	1	1,4
Tabac	1	1,4
Thé + Café	2	2,8
Alcool	40	55,6
Aucun	2	2,8
TOUT	20	27,8
Total	72	100

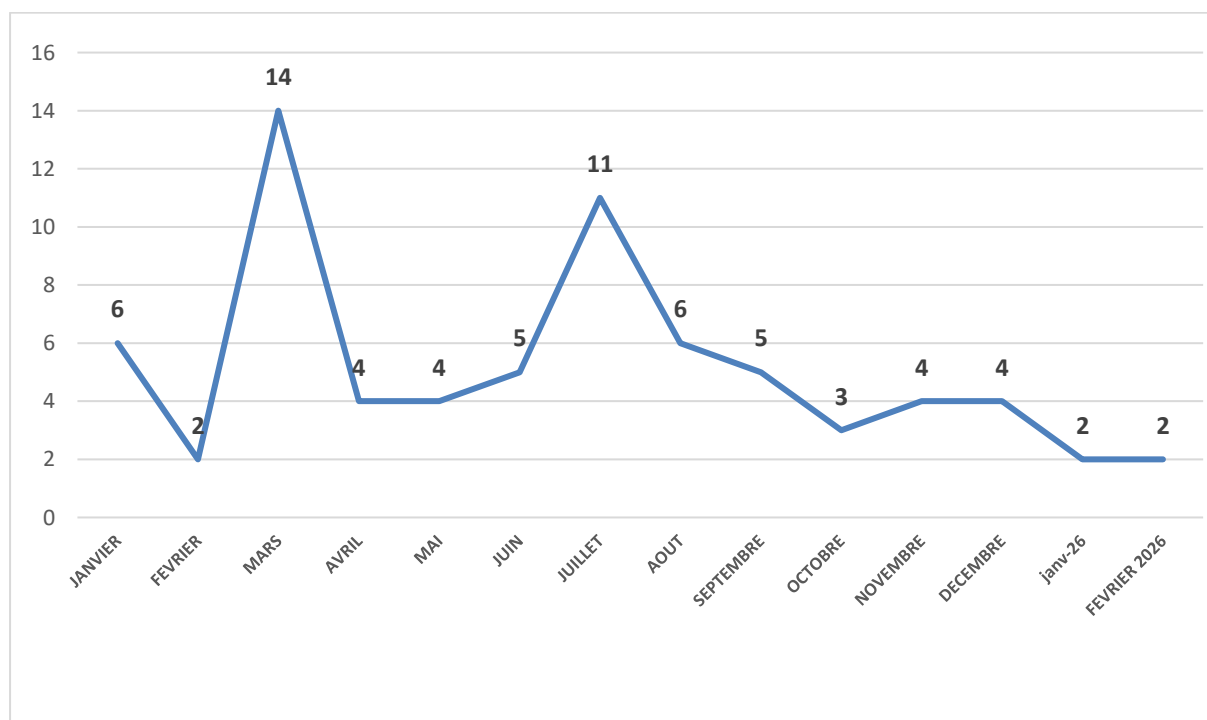


Figure 6: Répartition des patients opérées pour péritonite aigüe de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon la période d'admission

Tableau VII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le mode d'admission

MODE d'admission	Effectifs	Pourcentage
En urgence	53	73,6
Consultation ordinaire	19	26,3
Total	72	100

Tableau VIII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon les délais de consultation

Délais de consultation	Effectifs	Pourcentage
Moins d'un JOURS	12	16,9
Moins de 3 JOURS	25	34,7
Moins de 5JOURS	12	16,9
Moins de 6 JOURS	7	9,9
Moins de 7 JOURS	16	22,5
Total	72	100

Le délai moyen de consultation était 4 JOURS et l'écart type était à 1,2

Tableau IX: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
Contusion abdominale	3	4,2
Vomissements	6	8,3
Arrêt des matières et des gaz	3	4,2
Fièvre	1	1,4
Douleur abdominale	58	81,7
Traumatisme anale	1	1,4
Total	72	100

Tableau X: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le siège de la douleur

Siège de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Epigastre	6	8,3
Péri-ombilicale	9	12,5
Pelvis	1	1,4
Hypogastre	4	5,6
Hypocondre droit	1	1,4
Hypocondre Gauche	6	8,3
Diffuse	23	31,9
FID	18	25,0
Flanc droit	1	1,4
Flanc gauche	3	4,2
Total	72	100

Tableau XI: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le type de la douleur

Type de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Coup de poignard	9	12,5
Crampe	3	4,2
Tiraillement	4	5,6
Piqûre	14	19,4
Brûlure	13	18,0
Pesanteur	29	40,3
Total	72	100

Tableau XII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon l'intensité de la douleur EVA

Intensités de la douleur EVA	Effectifs	Pourcentage
Faible (1 à 3)	7	9,7
Modéré (4 à 6)	39	54,2
FORTE (7 à 8)	18	25,0
Intense (9 à 10)	8	11,1
Total	72	100

Tableau XIII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon des signes physiques

Signes Physiques		Effectifs	Pourcentage
Contracture abdominale	Présente	58	80,5
	Absent	14	19,5
Cri de l'ombilic	Présente	57	79,1
	Absent	15	20,8
Défense abdominale	Présente	48	66,7
	Absente	24	33,3
Etat du Douglas	Bombe et douloureux	47	65,3
	Normal	25	34,7

Tableau XIV: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon l'imagerie et la biologie

Imagerie	Résultats	Effectifs	Pourcentage
Échographie abdomino-pelvienne	Normale	6	8,3
	Hémopéritoine	14	19,4
	Plaçon appendiculaire	2	2,8
	Epanchement liquidien	12	16,7
	Appendicite aiguë	20	27,8
	OIA /Ecran gazeux	2	2,8
	Péritonite aiguë / épanchement liquidien	15	20,8
ASP	Niveau Hydroaériques/ épanchement liquidien	1	1,4
	Total	72	100

Tableau XV: Répartition des patients opérées pour péritonite aigüe de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon examens Biologiques

Examens Biologiques		Effectifs	Pourcentage
Groupage /Rhésus	A+	10	13,9
	B+	20	25,0
	B-	5	6,9
	A-	3	3,8
	AB+	11	13,8
	AB-	6	5,0
	O+	17	23,6
	O-	3	3,8
Taux d'hémoglobine	≤10g/dl	44	61,1
	10-16g/dl	28	38,9
Total		72	100

Le groupe B+ a été le plus représenté dans 20 cas (25,0%).

NB : NFS n'était pas disponible

Tableau XVI: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le diagnostic per opératoire

Diagnostic per opératoire	Effectifs	Pourcentage
Péritonite par Perforation iléale	23	31,9
Péritonite par Perforation gastrique	8	11,1
Péritonite appendiculaire	33	45,8
Péritonite par Abscès du foie rompu	1	1,4
Péritonite par Pyo ovaire rompu	2	2,8
Péritonite par Perforation utérine	1	1,4
Péritonite par perforation rectale	1	1,4
Péritonite par rupture vésicale	2	2,8
Péritonite par Perforation caecale	1	1,4
Péritonite par tumeur colique perforée	1	1,4
Total	72	100

Tableau XVII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon les techniques chirurgicales

Techniques chirurgicales	Effectifs	Pourcentage
Excision suture de la perforation gastrique	7	9,7
Excision suture de la perforation iléale lavage et drainage	8	11,1
Résection digestive anastomose lavage et drainage	24	33,3
Appendicectomie Lavage et drainage	33	45,8
Total	72	100

Tableau XVIII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon les suites opératoires

Suites opératoires	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Simple	61	84,7
Complication	10	13,9
Décès	1	1,4
Total	72	100

Tableau XIX: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon la technique chirurgicale et les suites opératoires

Suites opératoires		Simple	Iso	Décès	TOTAL
Techniques chirurgicales					
Excision-suture de la perforation gastrique		6 (8,3%)	-	-	6(8,3%)
Suture simple de la perforation iléale lavage et drainage		7 (9,7%)	2 (2,8%)	-	9(12,5%)
Résection digestive anastomose lavage et drainage		19 (26,4%)	3 (4,2%)	-	22(30,6%)
Appendicectomie Lavage et drainage		29 (40,3%)	5 (6,9%)	1 (1,4%)	35(48,6%)
Total		61	10	1	72

Khi²=5,145 dll=4 P=0,273 il n'y avait pas de corrélation entre les techniques et les suites opératoires

L'appendicectomie a été fréquente avec 29/35 cas (82,9%) dont 5 cas ont présenté des suppurations pariétales. Il y a donc une corrélation entre les techniques les suites opératoires.

Réanimation hydro électrolytique pré per et post opératoire.

Tous nos patients ont bénéficié d'une réanimation hydro électrolytique préopératoire de courte durée composée de :

- perfusions de solutés,
- mise en place d'une sonde urinaire, de sonde naso-gastrique,
- triple antibiothérapie à large spectre d'action à base de ceftriaxone, métronidazole et de gentamycine,
- une diète jusqu'à la reprise du transit,
- administration d'antalgiques.

La transfusion a été réalisée près que chez tous les patients opérés.

Tableau XX: Répartition des patients opérées pour péritonite aigue de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon la durée d'hospitalisations en fonction de l'EVA

Durée hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
5 à 7 jours	5	6,9
7 à 14 jours	22	30,6
Plus de 14 jours	45	62,5
Total	72	100

La durée moyenne de séjour hospitalier est 10 jours et écart type 0,74

Tableau XXI: Répartition des patients opérées pour péritonite aigue de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon la Classification de Dindo

Classification de Dindo	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Grade I	9	12.5
Grade II	1	1.4
Grade IIIa	1	1.4
Grade IIIb	0	00
Grade V	1	1.4
Total	72	100

Tableau XXII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon l'âge et type péritonite

Type de péritonite	Primaire	Secondaire	Tertiaire	Total
Age				
[00 – 10]	1(1,4%)	-	-	1(1,4%)
[11 – 20]	-	39(54,2%)	-	39(54,2%)
[21 – 30]	-	10(13,9%)	-	10(13,9%)
[31– 40]	-	6(8,3%)	-	6(8,3%)
[41 – 50]	-	5(6,9%)	-	5(6,9%)
Plus de 50	-	11(15,3%)	-	11(15,3%)
Total		72(100%)		72(100%)

Khi2=23,467 dl=35 P=0,931 il y a de corrélation entre les types de péritonite et l'âge

Tableau XXIII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le sexe et type de péritonite

Type de péritonite	Primaire	Secondaire	Tertiaire	Total
Sexe				
Homme	-	59(81,9%)	-	59(81,9%)
Femme	-	13(18,1%)	-	13(18,1%)
Total	-	72(100%)		72(100%)

Khi2=1,720 dl=3 P=0,632 il n'y avait pas de corrélation entre les types de péritonite et le sexe

Tableau XXIV: Répartition des patients opérées pour péritonite aigüe de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le délai de consultation et les complications

Complications	Iso	Ppo	Normale	Total
Délai de consultation				
Moins d'un jour	-	-	12(16,7%)	12(16,7%)
Moins de 3jours	2(2,8%)	-	23(31,9%)	25(34,7%)
Moins de 5jours	2(2,8%)	-	10(13,9%)	12(16,7%)
Moins de 6jours	3(4,2%)	-	4(5,6%)	7(9,8%)
Moins de 7jours	3(4,2%)	1(1,4%)	12(16,7%)	16(22,2%)
Total	10(13,9%)	1(1,4%)	61(84,1%)	72(100%)

Khi2=6,012 dli=4 P=0,595 **il y a de corrélation entre les complications et le délai de consultation**

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

7.COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

L'étude a été portée sur 72 patients ayant consulté pour péritonites aiguës, colligés dans l'unité de chirurgie au Csréf de Tominian.

L'étude était de type rétrospective, prospective et descriptive réalisées au Csréf de Tominian s'étant déroulée entre le 1er janvier 2025 et le 31 Mars 2026. Ils y avaient au total 72 dossiers. Les patients étaient venus soit d'eux même, soit sur recommandations de tierces personnes ou orientés par d'autres services, ou d'autres structures sanitaires du Cercle.

Aspects épidémiologiques :

Tableau XXV: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon la fréquence et selon les auteurs

Auteurs	Fréquence (%)	Test statistique
Cisse AH [30] 2018	22,8	P=0,0062
Malle O [29] 2015	7,4	P=1
Coulibaly OS [32] 2010	41	P=0,0000
Makita [33] 2010	10,9	P=0,8048
Dissa BA [31] 2012	21,14	P=0,0159
Notre étude	29,5	

Les péritonites aiguës sont des affections cosmopolites mais ce sont les populations à faible revenu qui en payent le lourd tribut. Dans notre étude 72 patients ont représenté 29,5% des abdomens aigus chirurgicaux. Ce résultat est comparable à celui rapporté par Dissa Ba [31] 21,14% et à celui de Cissé AH [30] 22,8% avec $P>0,05$. Par contre ce résultat est différent à ceux des auteurs [29, 33, 32] respectivement 7,4%, 10,9% et 41%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les péritonites aiguës sont des affections fréquentes dans les populations à faible revenu.

Age :

La péritonite aiguë se voit à tous les âges mais principalement chez les sujets jeunes. Comme dans l'étude, cela a été constaté dans d'autres études [9,10, 12] Sans différence statistique. $P > 0,05$

Nos données étaient supérieures à celles retrouvées par Keïta, Oubelkacem et Haroun Y.D [14] qui avaient enregistré respectivement 3.83% ; 17% ; 19%

Dans notre étude, l'âge moyen des patients était comparable à celui de KOUAME, Mabilia-B, BAKHOU. A [2,7,11] qui avaient noté respectivement un âge moyen de 11 ans, 10 ans et 9 ans.

Sexe :

Pendant l'étude, le sexe masculin était majoritaire avec un sex-ratio à 4,53, ce constat a été fait par d'autres auteurs au Mali [22, 27].

Tout comme l'âge, le sexe n'est pas considéré comme un facteur de risque épidémiologique de la péritonite aiguë.

Etiologie :

Pendant l'étude, l'origine appendiculaire de la péritonite était majoritaire ; cela a été observé par d'autres auteurs Keita M, Ouangre, Oumar A, et Yaokreh et qui avaient trouvé respectivement 55%, 46%, 53%, 48%, 33%. [10, 18, 26, 28].

D'une manière générale, dans la littérature la fréquence des péritonites dépend de plusieurs facteurs et varie d'un pays à un autre [7, 6] ; en particulier la cause appendiculaire semble liée d'une part à la fréquence des appendicites non ou mal prise en charge et d'autre part à la limitation des moyens socio-économiques de la population en milieu rural.

Aspects cliniques :

Tableau XXVI: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon le délai de consultation et selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Délai moyen de consultation (jours)	Valeur de P
Ngo Dingom, Yaoundé, 2025 [34]	3	6	P > 0,05
Nguema Asseko, Gabon 2025 [35]	54	3	P > 0,05
Konaté M, Mali 2020 [36]	96	4	P > 0,05
COULIBALY M [37], Mali 2021	300	4.8	P > 0,05
Notre étude	72	4	P = 0,086

Dans notre étude, le délai moyen était comparable aux autres auteurs sans différence statistique.

Ce retard de consultation constaté dans différentes études semble lié d’une part à l’automédication (Médical et traditionnel) pour le traitement de l’appendicite, aux moyens socio-économiques et d’autres part aux difficultés d’accessibilité géographique des structures de santé lié à l’insécurité.

La douleur abdominale qui était le premier symptôme observé chez tous les auteurs sans différence statistique.

L’examen clinique doit s’attacher à rechercher des signes classiques de péritonite aiguë d’une part et l’origine probable d’autres part.

Tableau XXVII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon les signes cliniques et selon les auteurs

Auteur Signes	Diallo A Guinée 2022 [38]	Ghita Maroc 2024 [39]	El M Mali 2025 [36]	Konaté Mali 2025	Koumaré Mali 2022 [40]	Notre étude Mali 2025
Douleur abdominal	100 %	100%	99%		100%	81,7%
Vomissement	63.16 %	50%	53.13%		91.2%	8 ,3%
Arrêt des matières et des gaz	31.58 %	33%	14.3 %		-	4,2 %

Au total, concernant la symptomatologie, la douleur est un signe subjectif difficile à évaluer chez certaines patientes. Pourtant c'est un symptôme majeur et le plus fréquent dans notre série et qui mériterait d'être mieux pris en compte

Les vomissements et les arrêts des matières et des gaz sont les signes fonctionnels le plus évocateur qui traduit l'expression de l'iléus paralytique et sont responsables en partie de la perte liquidienne entraînant déshydratation et trouble électrolytiques.

La rapidité de l'installation des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale.

La fièvre habituellement élevée dès le début a été le signe plus fréquemment noté chez nos malades : 80% (sauf les perforations gastriques)

Tableau XXVIII: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon les signes physiques et selon les auteurs

Auteur	Nguema Asseko	Maha Alain	Konaté M	Notre étude
Le signe	Gabon 2025 [35]	Congo2023 [41]	Mali 2020 [36]	
Sensibilité abdominale	65 %	52.7 %	26 %	19,5 %
Contracture abdominale	72 %	100%	93 %	80,5 %
Défense abdominale	35,7 %	50%	27 %	66,7 %
Etat du Douglas	80,3 %		47%	65,3%

Le diagnostic de la péritonite est avant tout clinique.

Au stade de péritonite, la défense peut occuper toute la moitié inférieure de l'abdomen, elle se généralise, devient diffuse et se transforme en contracture. Quant au ventre de bois, témoignant d'une péritonite généralisée,

La contracture abdominale est le signe physique majeur (80,5%) comparable à celui de l'étude de Konaté [29,].

Tableau XXIX: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon les examens complémentaires et selon les auteurs

Auteurs	Khaldi H	Drissa D	Notre étude
Imageries	Algérie 2021[42]	Mali 2022[43]	
Échographie	67%	97%	100%
ASP	52%	81,72%	1,4 %

Notre taux de demande d'ASP dans notre étude est statistiquement inférieur à celui des autres auteurs [23, 24], due à l'absence d'appareil radiographique. $P > 0,05$

Tableau XXX: Répartition des patients opérées pour péritonite aiguë de janvier 2025 à mars 2026 au csréf de Tominian selon des étiologies et selon les auteurs

Auteurs Étiologie	Konaté Mali 2020 [36]	M Moussa Tchad 2020[44]	KM Drissa Mali [43]	2021 Notre étude
Appendiculaires	55,2%	16,4%	35,71%	36,1%
Perforations iléale	7,3%	8,9%	29,19%	26,4%
Perforation gastrique	32,3%	23,3%	11,9%	11,1%
Perforation colique		2,1 %	2,38%	1,4%

Dans la littérature les principales causes de la péritonite aiguës sont représentées par la perforation gastrique ; la perforation appendiculaire ; perforation iléale et lithiase biliaire en Europe. Ces étiologies ont été retrouvées dans les séries africaines dont les diverticuloses et lithiase biliaire sont rares ; la fièvre typhoïde et ses complications digestives est très fréquente en Afrique tropicale. Affections fréquentes dans la population à faibles revenus

Ces causes de péritonite ont été retrouvées dans notre étude à des fréquences variées.

Le traitement médical

a. Antalgie :

« Le problème qui casse la tête du médecin traitant : traiter ou non la douleur ? »

Pour plusieurs auteurs, calmer la douleur et soulager le patient est un souci majeur et un pilier important de la prise en charge d'une péritonite, d'autres craignent fausser l'examen clinique et faire erreur le praticien.

Plusieurs études ont été effectuées tant chez l'adulte que chez l'enfant, parmi lesquelles une étude prospective randomisée publiée en 2006 [45] concluant à l'efficacité de l'administration

de morphine sur la réduction de l'intensité douloureuse, sans altérer la fiabilité de l'examen clinique.

D'autres expliquent qu'il ne faut absolument pas Prendre d'antidouleurs, qui masqueraient les symptômes, soulageraient le patient à tel point qu'il ne consulte pas assez tôt et passe à côté d'une intervention primordiale pour sa santé de sa vie. [26]

Dans notre étude le traitement de la douleur a été administré à tous nos patients après confirmation diagnostique et prise de décision chirurgicale et cela était 95%.

Le traitement chirurgical

La chirurgie reste une pierre angulaire du traitement de la péritonite. Toute opération devrait porter sur les deux principes du traitement des infections intrapéritonéales :

- Eliminer la cause
- Élimination physique des germes par le lavage de la cavité péritonéale

Elle doit être aussi précoce que possible et assurer la suppression de la cause de l'inoculum : devant une lésion appendiculaire, l'appendicectomie est la règle.

Dans notre étude l'appendicectomie a été réalisé chez près de 50% de nos patients.

La toilette et le drainage péritoneale ont été systématique chez tous nos patients.

Les suites opératoires ont été simples chez près de 80% de nos patients, cela concorde avec la littérature [29].

Les complications :

Les pays en voie de développement, le sous équipement des formations sanitaires et l'absence de personnel qualifié constituent un véritable handicap dans l'approche de la chirurgie notamment digestive [37]. Dans l'étude, les suites opératoires étaient compliquées chez certains patients (13,9%) ; ces complications étaient essentiellement des cas des péritonites post opératoires, des infections du site opératoire (Surtout superficielle). Ce taux est supérieur à celui de DEMBELE, Tamou et Hodounou qui avaient trouvés respectivement 5,9%, 6% et 7,3% [37, 38, 39], mais reste dans l'intervalle africaine qui est compris entre 2,5% et 30,90%. [40]. Ce Taux élevé de la morbidité pourrait s'expliquer par la limitation des moyens techniques et de réanimation d'une part, et d'autre part par le retard de prise en charge des patients

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

La péritonite est une pathologie fréquente au Csréf de Tominian les principales manifestations étaient dx abdominale, la contractures et la défense. Le délai de consultation était le plus souvent tardives ce qui augmente le taux des complications d'où l'intérêt de la sensibilisation de la population

La péritonite est une pathologie fréquente à tout âge en particulier chez le sujet jeune (11 à 20 ans). La prise en charge doit être urgente en milieu chirurgical. Les étiologies sont multiples et variées. Près de la totalité nos patients étaient Jeune avec une prédominance masculine. L'origine appendiculaires était majoritaire avec un taux de morbidité élevé.

La technique chirurgicale incluait l'aspiration, lavage drainage associée aux ttt de la cause qui était dominée par l'appendicectomie réalisée au Csréf. Ce taux reste relativement élevé s'expliquant par la fréquence des patients qui consulte tardivement soit par négligence, automédication, défaut de moyens ou diagnostique erroné dans un premier temps.

RECOMMANDATIONS

Aux autorités politiques et sanitaires :

Approvisionnement des Csréf en matériels, appareils et locaux pour la réalisation de soins adéquats

Améliorer la référence évacuation des pathologies chirurgicales vers les structures sanitaires adaptées.

L'accessibilité de service sociale aux indigènes.

Aux autorités du csréf :

Renforcement de la formation du personnel par la multiplication des staffs inter services.

Prévoir des séances de formation sur les mesures d'hygiène intra hospitalières.

Aux personnels de l'unité de chirurgie

Mise en place des critères de ré intervention bien définis et systématiques permettant de guider la décision chirurgicale.

Respect strict des mesures d'hygiène et d'asepsie.

Surveillance quotidienne correcte des patients en période post op

A la population

La consultation sans délai, des malades dans un centre de santé devant toute douleur abdominale aiguë

L'observance d'une bonne hygiène alimentaire et corporelle

Eviction le traitement traditionnel et l'automédication devant les douleurs abdominales.

BIBLIOGRAPHIE ET REFERENCE

BIBLIOGRAPHIE ET REFERENCE

- 1-Calin Lazar Constantin : Internat Mémoire, éditions Vernazobres - Gregor, 99 bd de l'hôpital -75013. Paris : Urgences chirurgicales, 2ème Edition : n° 275 ; péritonite P 109.
- 2- RAMACHANDRAN CS, AGARWAL S: Laparoscopic surgical management of prerogative peritonitis in enteric fever: *a preliminary Study Surge New Delhi 2004; 14(3): 122-124*
- 3- GOLASH V, WILSON P D : Early laparoscopy as a routine procedure in the management of acute abdominal pain: a review of 1320 patients. *Surg endosc 2005 jul; 19(7): 882-5*
- 4-TOGOLA I Les contusions de l'abdomen au CHU Gabriel Touré Thèse méd ; Bamako ; 2002 ; n°12 : p 73
- 5-Dietmar H, Wittmann. Intraabdominal infection. 1990.
- 6-GROSFELD JL, MOINARI-CHAET M, ENGUM SA ET AL : Gastro-Intestinal perforation and peritonitis in infants and children *Surg (USA) 1996; 120 (4): 650 – 5.*
- 7- RAMACHANDRAN CS, AGARWAL S : Laparoscopic surgical management of prerogative peritonitis in enteric fever: *a preliminary Study Surge New Delhi 2004; 14(3): 122-124*
- 8- BRUNEL. FRAISSE LECHICHE SOTTO LAPORTE : Une péritonite sexuellement transmise. *Médecine et maladies infectieuses 2008; 38: 233-234*
- 9- GIESSLING U, PETERSEN S, FREITAG Met AL: Surgical management of severe peritonitis *Zentralbt. chir 2002 jul; 127(7):594-7*
- 10- Lorand I, Malinier N : Résultats du traitement cœlioscopique des ulcères perforés. *Chir Paris 1999; 124: 149 – 53*
- 11 Hodonou MA, Hounkponou F, Allodé SA et al : Aspects bactériologiques des infections du site opératoire au centre hospitalier départemental du Borgou à Parakou (Benin) *European Scientific Journal 12(9): 353-360 doi:10.19044/esj.2016.v12n9p353*
- 12 Golash V, Wilson P.D: Early laparoscopy as a routine procedure in the management at acute abdominal pain: a review of 1320 patients. *Surg Endosc 2005 ; 19(7) :882 - 5.*

13- Fofana S : Les urgences chirurgicales digestives au centre de sante de référence de Tominian. Thèse de Med :2023 ; 96(23M646)

14-Harouna YD : Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger) : Étude analytique et pronostique. *Med Afr Noire* 2001 ; 48 (2) : 49 - 53.

15- 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.

16- Coulibaly C.O.S: Les péritonites aiguës généralisées à l'Hôpital de Sikasso. *Thèse Méd. Bamako* 2010, N°10 M 408.

17-Traoré D, Sissoko F, Diallo S, Coulibaly B, Togola B, Ongoïba N. Péritonites aiguës généralisées dans le service de chirurgie B du CHU du Point G : 300 cas. *J Afr Chir Digest* 2011 ;11 : 1193-96

18-. P. Montravers, F. Morazin, A. Cargeac *Encycl Med Chir* 36-726-A-30 Faniez P, Serpeau, Thomson C. Péritonite aiguë. *Encycl. Med Chir Estomac –Intestin* ; 1982. 9045 A10, 6.

19- Chevalier J. Anatomie : Le Tronc. *Flammarion. Paris : Med –Sciences* ; 1998.

20- Constantin C. : Urgences chirurgicales. Éditions Vernazobres. Vol. 2ème Edition. *Paris : Gregor, 99 bd de l'hôpital -75013* ;

21- Niaré A. Péritonites post-opératoires : prise en charge et pronostic en réanimation. [Thèse Med] *FMOS Bamako* 2020. 89p. N°20M226.

22- Ross et Wilson. Anatomie et Physiologie normales et pathologiques. *Maloine.Traduit de la 9ème Edition anglaise, le système digestif, Péritonite. Paris* ; 08/2011 ; P 284.

23- Faysse E, Bernard PH. Les péritonites biliaires. *Rev. Prat*, 1986, 36, (19): 1070 1076.

24- Lenriot JP. Péritonites aiguës. *Encycl. Méd. Chir., Paris, Urgence*, 12-1975, 240 48 B 10. 102.

25-Dembélé B M : Etude des péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale. *Thèse Méd Bamako* 2005 ; N° 05M215 : 51-57.

26-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.

27 -Konate. M et al., « Acute Peritonitis at the Reference Health Centre of Bamako Council VI : Clinical Features and Management : Les Péritonites Aiguës au Centre de Santé de Référence de la Commune VI (Bamako) : Aspects Cliniques et Thérapeutiques », *HEALTH RESEARCH IN AFRICA*, vol. 2, no 10, sept. 2024, doi: 10.5281/hra.v2i10.6063.

28- Nganza KS, Valimungighe MM, Ketha KJ, Ahuka OL PRISE EN CHARGE DE LA PERITONITE AIGUE GENERALISEE A BUTEMBO, EST DE LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO. *Revue Médicale des Grands Lacs* Vol11, N°2, Juin

29-Malle O. Péritonites au CSREF de la commune 1 de Bamako : Aspects épidémiologique, clinique, et thérapeutique. Thèse méd ; Bamako 2015 ; N°145 p43

30-Cissé AH. Péritonites aiguës : aspects clinique, épidémiologiste et thérapeutiques, Thèse méd ; USTTB 2019 P 57.

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

32-Perrotin J, Bastran D, Lassau JP, Pages C. Diagnosis and treatment of duodenal ulcer perforation (defense of the Taylor-Quenu method). *Rev. Prat.* 1982 ; 32(5) :357 371.

33-Makita, NGadi L. Les péritonites aiguës généralisées à Libreville(Gabon). Thèse méd. Bamako 2010 ; N°10 M 140, 52-72.

34 Ange, Ngo Dingom Madye, Essiben Félix, Guifo Foubi Serge, et al. « Peritonitis Due to Appendicular Perforation and Pregnancy in Yaoundé : Péritonite par Perforation Appendiculaire et Grossesse à Yaoundé ». *HEALTH RESEARCH IN AFRICA* 3, n° 2 (2025). <https://doi.org/10.5281/hra.v3i2.6415>.

35-. B NA, Ndjota N, S MM, F SM, M A, G MN, et al. Epidemiological Profile and Management of Abdominal Emergencies in a Gabonese Trauma Center : An Observational Study : Profil Épidémiologique et Prise en Charge des Urgences Abdominales au Sein d'un Centre de Traumatologie Gabonais : Une Étude Observationnelle. *HEALTH RESEARCH IN AFRICA*. 26 déc 2025;4(1). doi:10.5281/zenodo.17921893

- 36- M, Konaté , Berté B, Coulibaly O, et al. « Acute Peritonitis at the Reference Health Centre of Bamako Council VI: Clinical Features and Management: Les Péritonites Aiguës au Centre de Santé de Référence de la Commune VI (Bamako) : Aspects Cliniques et Thérapeutiques ». *HEALTH RESEARCH IN AFRICA* 2, n° 10 (2024). <https://doi.org/10.5281/hra.v2i10.6063>.
- 37- M, Coulibaly, Bengaly B, Sanogo S, et al. « Gastroduodenal Perforations in Koutiala (Eastern Region of Mali): Clinical Presentation and Management: Les Perforations Gastroduodénales à Koutiala (Région Est Du Mali) : Aspects Cliniques et Thérapeutiques ». *HEALTH RESEARCH IN AFRICA* 3, n° 3 (2025). <https://doi.org/10.5281/hra.v3i3.6520>.
- 38-A DA, Y DS, M KA, M BT, L CF, A S, et al. Typhoid Iléale Perforation Peritonitis in a Peripheral Hospital of the Republic of Guinea : Les Péritonites par Perforation Iléale d'Origine Typhique dans un Hôpital Périphérique de République de Guinée. *HEALTH RESEARCH IN AFRICA*. 27 janv 2025 ;3(2). doi:10.5281/hra. v3i2.6389
- 39-G. El Baroudi, M. Boulatar, A. Louzi, et K. Rabbani, « Causes rares de péritonites sus-mésocolique: à propos d'une série de 6 cas », *Pan Afr Med J*, p. 43640, déc. 2025, doi: 10.11604/pamj.2025.52.156.43640.
- 40- Péritonite par perforation iléale d'origine typhique dans le service de chirurgie générale d'un hôpital secondaire au MALI : aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif | *Journal de Chirurgie et Spécialités du Mali* ». Consulté le 4 août 2026. <https://revues.ml/index.php/jcsm/article/view/2875>.
- 41-Fedoua, KHALDI Hanane, Zekri Sara, et Saadi Zahra. Les péritonites chez l'enfant : difficultés diagnostiques et prise en charge chirurgicale (à propos de 77 cas) expérience de l'hôpital CHU Tlemcen. *University of Tlemcen* ; <https://dspace.univ-tlemcen.dz/handle/112/20711>**
- 42-Dissa D : Péritonite aiguë au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de Med :2023 ; 96(23M 215)**
- 43-Ba PA, Traore MM, Diop B et al. ASPECTS ÉTIOLOGIQUES, THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DES PÉRITONITES AIGUËS GÉNÉRALISÉES AU SERVICE DES URGENCES DE L'HÔPITAL RÉGIONAL DE THIÈS (SÉNÉGAL). *J AFR CHIR DIGEST* 2020; VOL 20(1) : 2929 - 2934 ; ISSN: 2415 - 2307**

ICONOGRAPHIE :

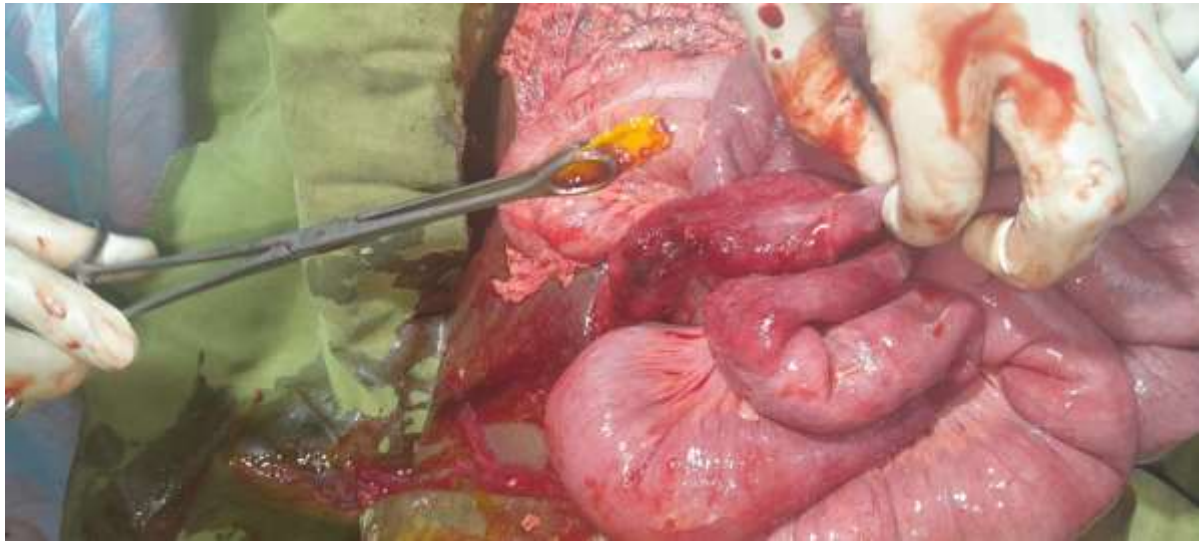


Fig 7 : aspect per opératoire d'une péritonite par perforation iléale par sequestre d'os

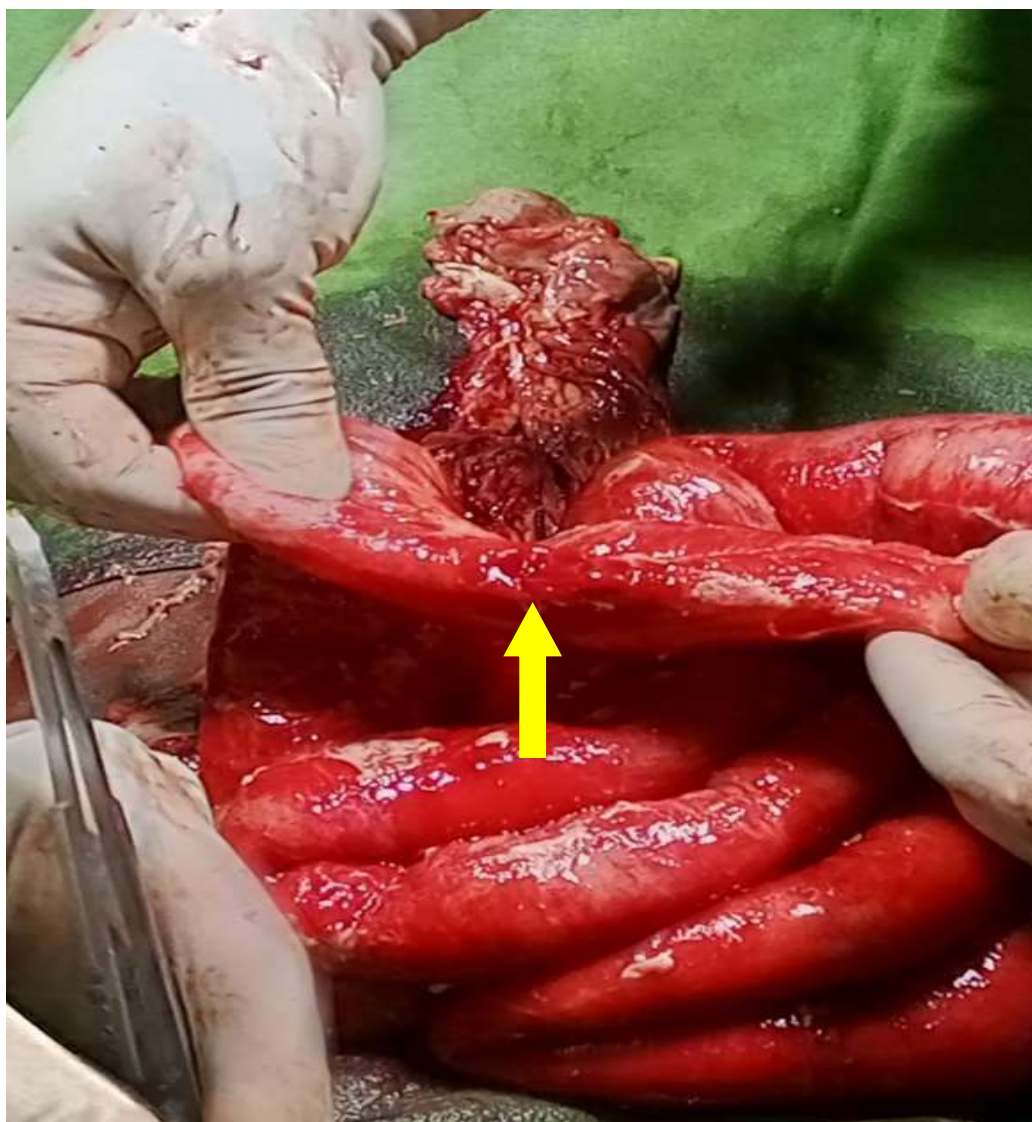


Fig 8 : aspect per opératoire d'une peritonite par perforation iléale

ANNEXES

Résumé

Titre : Les péritonites aiguës : aspects épidémiocliniques et thérapeutiques au centre de santé de référence de Tominian (à propos de 72 cas)

Prénom : Souleymane

Nom : Fongoro

Pays : Mali

Ville de Soutenance : Bamako Année universitaire : 2025-2026

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

La péritonite est une inflammation où des infections partielles ou totales de la séreuse péritonéale le plus souvent secondaire à la perforation d'un organe digestif et/ou à la diffusion d'un foyer septique intra abdominal.

Il s'agit d'une étude prospective, rétrospective et descriptive qui s'est déroulée sur une période de 14 mois allant du 1er Janvier 2025 au 31 Mars 2026 ; incluant tous les patients opérés pour Péritonite dans le Centre de Santé de Référence de Tominian.

Les péritonites aiguës (n = 72) ont représenté 29,50% des urgences chirurgicales (n = 244) et 11,07% de l'ensemble des interventions (n= 614). L'âge moyen de nos patients était de 22,06 ans, avec une prédominance masculine. La Péritonite Appendiculaire était la cause la plus fréquente (16,9 %). L'échographie a été réalisée chez tous nos patients. Les suites opératoires étaient simples dans la majorité des cas, (84,7%) et Compliquées chez 15,3%). La durée moyenne d'hospitalisation observée est de 10 jours.

La péritonite est une pathologie fréquente au Csréf de Tominian les principales manifestations étaient dx abdominale, la contractures et la défense. Le délai de consultation était le plus souvent tardives. Les étiologies sont multiples et variées ; L'origine appendiculaires était majoritaire avec un taux de morbidité élevé.

Mots clés : Péritonites chirurgie, Centre de Santé de Référence ; Tominian.

FICHE D'ENQUETE

I Données administratives 1 Nom du malade...
/..... / 2 Date

d'entrée...../...../...../...../

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

II Données sociodémographiques du malade

4- Age : ans/...../ 1=0 - 10 ans 2= 11
 -20 ans 3= 21-30ans ,4=31-40,5=41-50etplus50

Sexe...../...../

1 Masculin 2 Féminin 3= Autres à préciser..... 6=Situation matrimoniale
/...../ 1=Marié(e) 2=Célibataire

7-Ethnie...../...../ 1= Bobo 2 =Bambara
 3=Peulh 4= Minianka 5=Dogon 6=Dafing Autres à préciser...

8-Provenance...../...../ a /Tominian ville
 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

12-Mode d'admission...../...../ 1=Consultation
Ordinaire

2=Urgence 3=Autres
précise.....

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/...../ 1=< 96 H J 2= [120 à 192 H]
3= >216 H 15-Durée d'évolution...../...../ 1= 24H 2=
48H 3=72H 4=Plus de 72H

III Données Cliniques

a-Interrogatoire

16-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 b-Histoire de la maladie (Anamnèse) 9=
1+2

17- Douleur abdominale...../...../ 0 Oui 1Non

18-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 (tout l'abdomen)

19-Durée de la douleur...../...../ 1= – 1jours 2= – 3
jours 4= supérieur à 3jours 6= Autres à préciser..... ; 99= Indéterminé.

20-Mode d'apparition...../...../ 1 = Brutal 2=
Progressif 99 = Indéterminé

21-Types de douleur...../...../

1= Brûlure 2 = Pique 3 =Torsion 4= Pesanteur 5 =Ecrasement 6 = Crampe 7= Autres (à
préciser).....8=Tiraillement 99 = Indéterminé

22-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

23-Intensité de la douleur...../...../ 1 = Faible
2=Moyenne 3=Forte 4 =Extrême 99 =Indéterminé

24-Mode de la douleur..... /...../ 1= Permanente 2=
intermittente 99= Indéterminée

25-Facteurs déclenchant...../...../ 1 = Néant 2=
Effort 3 =Mouvements 4= Repas 5= Faim 6 =Autres (à préciser)
.....99 Indéterminé 26-Facteur

d'accalmie...../...../ 1 = Médicament 2= Néant 3=
Position antalgique (à préciser) 4= Vomissements 5=
Autres (à préciser) 99= Indéterminée 27-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

28-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

29-Antécédents chirurgicaux...../..... / 1
=Appendicectomie 2= GEU 3= Laparotomie 4= HI 5 = HO 6=Césarienne 7=Aucun

30-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

31-Habitude alimentaire..... /..... / 1 =Céréale 2=Autre à
préciser

32-mode de vie...../...../ 1 =Thé 2= Alcool
3=Tabac 4= Cola 7=Aucun 5=Café 6=1+2+3+4+5 8=Autres préciser)
.....

d-	Examen	physique	Signes	Généraux	33-
Pouls...../...../	1=Inférieur à 50 bts/mn 2=51-80 bts/mn 3= 81-99bts/mn (à 4=100bts /mn et plus	34-Fréquence Respiratoire...../...../ 1= 14-16 cycles/mn 2= 17-22 cycles /mn 3= 23-28cycles/mn 4=29 et plus 35-	Température...../...../ 1= 36,5 2= 37,5 3= 38,5	36-Tension Artérielle...../...../ 1 ≤100/60 mmHg 2= 140/80 mmHg 3 ≥140/90 mmHg	Signes physiques 37-
Conjonctives...../...../	1= Bien colorées 2= Pâles 3= Moyennement colorées				
38-Langue...../...../	1= Propre 2 =Saburrale 3= Sèche				
39-Conscience...../...../	1 =Normale 2 =Agitée 3= Confuse 4= Autres à préciser.....	Inspection de l'abdomen			
40-Présence de cicatrice...../...../	1= Oui 2= Non	Si oui le siège de la cicatrice.....			
41-Aspect de l'abdomen...../...../	1 =Distendu 2 =Plat 3= Autre à préciser.....				
42-Mouvement de l'abdomen...../...../	1 =Respire 2 = Distendu 3= Ondulation péristaltique 4=Absence de respiration	Palpation			
43-Défense Abdominale...../...../	1 =FID 2= FIG 3= Flanc droit 4= Flanc gauche 5=Epigastrique 6 =Hypogastrique 7= Péri ombilicale 8 =Hypochondre droit Hypochondre gauche 10= Généralisée en ventre de bois				
44. contracture abdominale	1=cris de l'ombilic				
45-Toucher rectal..... /..... /	1= Normale 2= Dououreux =Douglas sensible 3=Douglas bombé 4 =Hémorragique 6=2+3 8=3+4+5 9=Autres (à préciser)				
46= 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

47-A S P...../...../ 1 = OUI 2 = NON

Si OUI Résultat 48-Echographie abdomino-pelvienne..... /..... /

1=OUI 2 = Non Si oui préciser le résultat :

49=NFS (numération formule sanguine)/...../

1 =Oui 2=Non Si oui la conclusion.....

50-Groupage sanguin et Rhésus...../...../ 1= A+ 2=A- 3=B+

4=B- 5=AB+ 6=AB- 7= O+ 8=O- 9=

Glycémie...../...../ 1=Hypoglycémie

2=Normo glycémie 3=hyperglycémie 4=Non fait

52=Autres analyse...../...../ 1=OUI 2=NON Si

oui le résultat : IV- Diagnostic...../...../

53- Diagnostic pré opératoire 1 =Péritonite aigue 2 = Occlusion 3= Tumeur digestive

appendiculaire 4=Péritonite par perforation d'organe creux 5=Pathologie vésiculaire

9=Péritonite du post partum 10=péritonite par rupture d'un abcès du foie 11=Autres à

préciser.....

54-Diagnostic opératoire...../...../ 1

=Péritonite appendiculaire 2 =Péritonite par perforation gastrique 3=Péritonite par perforation

grêlique ou iléale 4= Péritonite d'origine gynécologique 5=Plastron abcédé 6= péritonite par

rupture d'un abcès du foie 7=Autre per à

préciser.....

V -Traitement

55= Technique anesthésie utilisé...../...../ 1=AG

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

56-Traitement médical/...../

1=Réhydratation 5=1+2+3 2= antibiotique 6= 1+2+3+4 7=1+3 3= Antalgique

4=Transfusion 8=2+3 9=Autres à préciser.....

A-Traitement Chirurgical

57-Voie

d'abord...../...../

1 Médiane sus et sous ombilicale 2=Sous ombilicale 3= Xipho pubien 4=Mc Burney 5= Autres à préciser.....

58=Traitement étiologique :.....

1=Appendicectomie 2= Sutures simple de l'ulcère 3= Bi vagotomie pyloroplastie 4= Résection digestive + anastomose péritonéale 7 = Drainage 5= Résection digestive+Stomie 6 = Toilette 8= Autres à préciser.....

59-Siège du drain...../...../ 1

=Sous hépatique 2=Gouttières pariétocoliques 2= Selles 3= Douglas 4= 1+3 60-Nature du liquide péritonéale /..... / 1= Pus

3=Sérohématique 4=1+2 5= 2+3 6 =Autres préciser.....

61-Prélèvement du pus + antibiogramme...../...../ 1 =Oui

2=Non Si oui conclusion :

61-Surveillance post opératoire...../...../ 1= A jeun 2=

Sonde nasogastrique 4= 1+2+3 5=1+2 6=2+3 3= Mobilisation précoce 7=1+3

62-Durée d'hospitalisation...../...../ 1) 3 jours 2) 4 à 7

jours 3) 1 à 2 semaines 4) plus de 2 semaines

63- Traitement médical post opératoire Antibiotiques 2) Antalgiques 3) Anti-inflammatoire 4)

1+2 5) 2+3 6) 1+3 1+2+

64 Pronostic..... 1=Bon

2=Réservé Suites opératoires 3=Sombre 65-Score de

Mannheim..... 1 :

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'Etre 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!