

**Ministère de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche  
Scientifique**



**République du Mali**

**Un Peuple – Un But – Une Foi**

## **Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**

**ANNEE UNIVERSITAIRE : 2011-2012**

**N°...../**

*THESE*

# **PERITONITES POST OPERATOIRES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE B DU CHU DU POINT G**

**Présentée et soutenue publiquement le 26/06/2013  
devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**

*Par : Mr. Mahamadou Demba Coulibaly*

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)**

*JURY*

**Président :**

**Pr Gangaly DIALLO**

**Membres :**

**Dr Alassane TRAORE**

**Dr Adama KOITA**

**Directeur :**

**Pr Nouhoum ONGOIBA**

# **DEDICACES**

## Dédicaces

Je dédie ce travail à ALLAH, le tout puissant, le Miséricordieux, le Maître des destins, de m'avoir guidé et surtout assisté tout au long de mes études jusqu'à la réalisation de ce document. Qu'il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence.

A ma mère : Yakaré Coulibaly

Ce travail est le couronnement de vos souffrances et de votre patience. Nous avons bénéficié auprès de vous de toute la tendresse affectueuse qu'une mère doit à ses enfants. Votre soutien moral et maternel ne nous a jamais fait défaut. Puisse ALLAH, le tout puissant vous faire bénéficier du fruit de votre patience.

Amen

A mon père : Demba Coulibaly

La sagesse de vos conseils, la confiance et l'attention avec lesquelles vous m'avez assisté me resteront inoubliables. Jamais, je ne saurais vous rendre un hommage à la hauteur de vos efforts consentis. Retrouvez ici toute ma gratitude.

A mon frère et sa femme : Abdou coulibaly et Maimouna Konaré

Vous avez été d'un soutien infailible tout au long de mes études. Que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens et recevez ainsi toute ma gratitude.

A mes frères et sœurs :

Ce travail est le vôtre, il est le fruit des liens sacrés qui nous unissent. Trouvez ici l'expression de mes sentiments fraternels.

A mes cousins et cousines

Merci pour l'estime et le respect que chacun de vous a manifesté à mon égard

A mes amis : Madou, Solo, Oumar, Doumbia, Konaré, Tahirou, Bafing, Ombotimbé, Seybou

Recevez ici l'expression de ma sincère sympathie.

A toute ma promotion :

Ombotimbé, Seybou, Mohamed, Drabo, Mahamadou, Sanogo, Diarra,  
Souleymane, Keita, Kalilou, Nouhoum, Diarra Kanté

que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens d'amitié.

## **REMERCIEMENTS**

## **Remerciements :**

Au professeur Abdoul Karim Koumaré

Au professeur Nouhoum Ongoiba mon directeur de thèse

Au professeur Filifing Sissoko

Dr Togola Bourama , Dr Coulibaly Bréhima,

Dr Drissa Traore, Dr babou, Dr guidere,

Dr Diallo Siacka, Dr Ouleymatou Siby, Dr souleymane Sanogo

A toute l'équipe technique de la chirurgie B et du bloc opératoire

A tous les CES en chirurgie qui ont passé et qui sont présents dans le service.

A tout le personnel de la chirurgie I et le pavillon Dollo

**HOMMAGES  
AUX MEMBRES  
DU JURY**

**A notre Maître et président du jury :**

**Pr Gangaly DIALLO**

**Professeur titulaire en chirurgie viscérale.**

**Chef de service de la chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.**

**Chef de département de chirurgie du CHU Gabriel Touré**

**Général de Brigade des forces armées du Mali.**

**Chevalier de l'ordre national du Mali**

**Président de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)**

**Secrétaire général de l'association de chirurgie d'Afrique francophone (ACAF)**

En acceptant de diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre grande disponibilité et votre amour du travail bien fait. Nous avons été également comblés par les enseignements de qualité que nous avons bénéficiés à vos côtés ; vos qualités intellectuelles et vos connaissances larges et toujours d'actualité font de vous un modèle de maître souhaité par tout élève.

Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements. Soyez rassuré de notre profonde gratitude.



## **A notre Maître et juge**

**Dr Alhassane TRAORE**

**Maitre assistant en chirurgie générale**

**Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**

**Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé**

Chère Maitre,

Vous nous aviez profondément impressionnés par votre intégrité, votre disponibilité et votre rigueur. Votre sens élevés du travail bien fait et votre courage ont fait de vous un maitre admiré.

Trouvez ici cher maitre, l'expression de notre sincère reconnaissance et notre profond respect.

## **A notre Maître et juge**

**Docteur Adama KOITA**

**Maitre assistant en chirurgie générale**

**Praticien hospitalier au CHU du point G**

Nous vous sommes sincèrement reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Nous avons été marqués par votre assiduité, votre courage et votre amour pour le travail. Recevez ici, cher maître, l'expression de notre profonde considération et de nos remerciements distingués.

## **A notre Maître et directeur de thèse**

**Pr Nouhoum ONGOIBA**

**Professeur agrégé en chirurgie, en anatomie humaine et organogénèse**

**Spécialiste en chirurgie infantile**

**Praticien hospitalier au CHU du point G**

Cher maître,

C'est un grand honneur et privilège de vous avoir pour directeur. Nous avons appris au près de vous la patience, la tolérance et le don de soi pour l'accomplissement des tâches assignées.

Votre rigueur scientifique, votre détermination du travail bien fait, votre courage font de vous un exemple d'enseignant.

Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements.

## **ABREVIATIONS**

## **Abréviations**

PPO : Péritonites post opératoires

CHU : Centre hospitalier universitaire

SOCHIMA: Société de chirurgie du Mali

ACAF : Association de chirurgie d’Afrique francophone

Pr : Professeur

CRP : C-réactive protéine

NB : Nota bene

GPC : Gouttière pariéto-colique

ASP : Abdomen sans préparation

CES : Certificat d’étude spéciale

P : test de probabilité

TP : Taux de prothrombine

TCK: Temps de cephalin kaolin

## **SOMMAIRE**

<b>1-INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....</b>	<b>1</b>
1-1-Objectif général	
1-2-Objectifs spécifiques	
<b>2-GENERALITES.....</b>	<b>5</b>
2-1-Rappels anatomiques	
2-2-Rappels physiologiques	
2-3-Physiopathologie	
2-4- Cas particulier des péritonites post opératoires	
<b>3- SIGNES .....</b>	<b>14</b>
3-1-Type de description	
3-1-1-Signes fonctionnels	
3-1-2-Signes généraux	
3-1-3-Signes physiques	
3-1-4-Examens complémentaires	
3-1-5-Complications	
3-2-Formes cliniques	
<b>4- DIAGNOSTIC .....</b>	<b>16</b>
4-1-Diagnostic positif	
4-2-Diagnostic différentiel	
4-3-Diagnostic étiologique	

<b>5- TRAITEMENT .....</b>	<b>17</b>
5-1-But	
5-2-Moyens et méthodes	
5-2-1-Traitement chirurgical	
5-2-2-Le traitement médical	
5-3-Indications	
5-4-Surveillance	
5-5-Résultat et Pronostic	
<b>6-METHODOLOGIE.....</b>	<b>20</b>
6-1- Lieu d'étude	
6-3- Type et durée de l'étude	
6-4- Critères de non inclusion	
6-5- La fiche d'enquête	
6-6- Le traitement de texte et d'analyse des données	
<b>7-RESULTATS.....</b>	<b>23</b>
7-1-Fréquence globale	
7-2-Age	
7-3-Sexe	
7-4-Profession	
7-5-Lésion initiale	
7-6 Aspects cliniques de la péritonite post opératoire	
7-7- Etiologies des péritonites post opératoires	
7-8-Traitement de la pathologie initiale	
7-9-Traitement de la péritonite post opératoire	
7-10-Durée d'hospitalisation	
7-11-Coût de la prise en charge	

<b>8- DISCUSSION.....</b>	<b>42</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>58</b>
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>60</b>
<b>REFERENCES.....</b>	<b>62</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>67</b>



# **INTRODUCTION**

## 1-INTRODUCTION

Les péritonites post opératoires (PPO), sont des infections nosocomiales postopératoires qui rentrent dans le cadre des péritonites secondaires pour lesquelles une origine intra abdominale est clairement authentifiée, majoritairement liée à une complication de l'acte chirurgical [1]. La fréquence des péritonites post opératoires, par rapport à l'ensemble des complications post opératoires, est estimée entre 1,5 à 3,5% en France selon Yannick en 2007 [2], en Afrique entre 1,5 à 5% (Nabil en Tunisie 2003[3], Harouna au Niger 2000[4] et Traoré au Mali 2003[5]).

Les étiologies sont entre autre la fistule digestive par désunion de suture ou d'anastomose digestive, la nécrose intestinale, l'infection d'une collection sous hépatique ou résiduelle. On peut noter également les imperfections techniques (le retard à l'intervention, la souillure septique per opératoire, le défaut de nettoyage péritonéal, l'absence de drainage ou le drainage défectueux, l'anastomose ou la suture digestive défectueuse et l'abord chirurgical trop étroit conditionnant des manœuvres chirurgicales traumatisantes), la durée de l'intervention, l'infection locale, l'obésité ainsi que le niveau d'anastomose[5].

Le diagnostic positif est évoqué devant les signes cliniques extra digestifs (confusion mentale, agitation, toux), digestifs (douleur abdominale, vomissements, arrêt des matières et des gaz, hoquet), la fièvre, les signes biologiques (l'hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, l'hématocrite élevée), les signes échographiques, scannographiques (un épanchement liquidien anormal intra péritonéal) et de la radiographie de l'abdomen sans préparation (le pneumopéritoine, les niveaux hydro aériques et ou une grisaille diffuse) [6].

Le traitement des péritonites post opératoires repose sur la chirurgie (stomie digestive, ou suture de la perforation et ou résection anastomose, lavage et drainage de la cavité abdominale) associée à la réanimation et l'antibiothérapie Harouna au Niger 2000[3].

Les complications des péritonites post opératoires sont représentées par l'infection de la paroi abdominale, les fistules digestives, l'éviscération, les hémorragies digestives et le retard de cicatrisation [3].

Les péritonites post opératoires sont graves car la mortalité reste élevée: En France entre 35 à 40% [Seguin en 2000, Yannick en 2007], En Afrique entre 40% à 70% (N'Doumba en Côte d'ivoire 1984 [7], Nabil en Tunisie 2000). Au Mali entre 30 à 70% (Traoré en 2003 et Abola en 2006 dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré).

Au Mali, nous n'avons pas d'étude spécifique réalisée sur les péritonites post opératoires à l'heure actuelle. Nous avons voulu réaliser ce travail afin d'étudier les difficultés liées au diagnostic, aux modalités de traitement des péritonites post opératoires et évaluer les dépenses liées à ces complications.

Les objectifs étaient:

1-1-OBJECTIF GENERAL :

-Etudier les péritonites post opératoires dans le service de chirurgie B au CHU du point G.

1-2-OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence hospitalière des péritonites post opératoires.
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des péritonites post opératoires.
- Evaluer le coût de la prise en charge hospitalière.

# **GENERALITES**

## 2-GENERALITES

### 2-1-Rappels anatomiques : [9]

Le péritoine est une membrane séreuse qui tapisse les parois de la cavité abdomino pelvienne et les organes qu'il contient. Il limite ainsi la cavité péritonéale.

On reconnaît au péritoine :

- Un feuillet pariétal : appelé encore péritoine pariétal, appliqué sur les parois des cavités abdominale et pelvienne, le feuillet pariétal est doublé profondément dans toute son étendue par une couche de tissu cellulaire ou cellulo-adipeux appelée Fascia propria.
- Un feuillet viscéral : ou péritoine viscéral, constitué par le revêtement séreux des organes abdomino pelviens.
- Des replis membraneux : qui relie 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. Ces feuillets séreux émanent du péritoine pariétal, s'avancent dans la cavité abdomino pelvienne et se continuent avec le péritoine viscéral de part et d'autre de la zone, suivant la quelle les vaisseaux et les nerfs abordent l'organe auquel ils sont destinés.

Les replis du péritoine sont de plusieurs sortes et portent, suivant les cas, le nom de méso, d'épiploon ou de ligament.

- On appelle méso, les replis péritonéaux qui unissent à la paroi un segment du tube digestif. Ainsi on a mésogastre, méso duodénum, mésentère, ou méso côlon suivant qu'il est en connexion avec l'estomac, le duodénum, le jéjunum ou le côlon.

- On nomme ligament les replis du péritoine qui relient à la paroi des organes intra abdominaux ou pelviens ne faisant pas partie du tube digestif (entre autres le foie, l'utérus, les ovaires)

Enfin on donne le nom d'épiploons aux replis péritonéaux qui s'étendent entre deux organes intra abdominaux. . Ainsi nous avons le petit omentum ou épiploon gastro duodéno hépatique et le grand omentum ou épiploon gastro colique.

#### 2-1-1-Les rapports du péritoine avec les organes voisins [10]

En fonction de leur situation par rapport aux feuilletts 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 postérieur, en dehors de la cavité péritonéale.

Une pathologie pancréatique tend cependant à évoluer vers la cavité péritonéale.

- Les viscères intra péritonéaux, engainés par le péritoine viscéral, tels que l'estomac, les voies biliaires extra hépatiques, les anses intestinales (grêle, côlon, haut rectum), l'utérus et les annexes (excepté les ovaires).

- Les viscères intra péritonéaux non engainés par le péritoine, mais qui sont dans la cavité péritonéale et dont les pathologies peuvent également intéresser le péritoine ; ce sont le foie et la rate.

## 2-1-2-Anatomie topographique de la cavité abdominale et pelvienne:[11]

### 2-1-2-1- La cavité abdominale :

Elle s'étend de la face inférieure du diaphragme au petit bassin, elle empiète en haut sur la cage thoracique (région thoraco abdominale), elle se continue en bas et en arrière dans le grand bassin (région abdomino pelvienne). La racine du méso côlon transverse tendue transversalement d'un hypochondre à l'autre, la divise en deux étages sus et sous méso coliques. La cavité abdominale comprend neuf régions :

-A l'étage sus méso colique on a latéralement de la paroi les hypochondres droit et gauche, et au centre la région épigastrique ;

-A l'étage sous méso colique on a latéralement de la paroi les fosses iliaques et les flancs droit et gauche, et au centre les régions ombilicale et hypogastrique.

2-1-2-2- La cavité péritonéale : Espace virtuel entre le péritoine pariétal et viscéral, elle contient un film liquide qui lubrifie la surface du péritoine et facilite les mouvements libres des viscères. C'est un sac entièrement clos chez l'homme mais communique avec l'extérieur par les ouvertures des trompes utérines chez la femme. Elle est divisée en petite et grande cavité péritonéale :

#### 2-1-2-2-1-La bourse amentale (arrière cavité des épiploons) :

C'est un diverticule de la cavité péritonéale et communique avec elle par le hiatus de WINSLOW. Elle est divisée en deux parties, le vestibule et l'arrière cavité proprement dite, par deux replis séreux soulevés par les artères coronaire stomachique et hépatique. Ces replis limitent un orifice, le foramen boursæ omentalis, qui communique le vestibule avec l'arrière cavité.



2-1-2-2-2-La grande cavité péritonéale : Elle s'étend jusque dans la cavité pelvienne et comporte de nombreuses loges réparties en trois régions :

-Dans la région sus méso colique :

- Les loges sous phréniques droit et gauche qui sont comprises entre le foie et diaphragme.

- La loge sous hépatique, décrit par les radiologues sous le nom de loge de Morrison qui correspond à une petite dépression triangulaire limitée en bas par le bord supérieur du méso côlon transverse dans sa partie droite, en haut en dehors le bord postéro-interne du lobe droit du foie et en dedans la saillie du péritoine postérieur en regard du pôle supérieur du rein droit et du 2e duodénum.

-Dans la région sous méso colique on a :

- \* La gouttière pariéto colique droite comprise entre le côlon ascendant et la paroi latérale de l'abdomen.

- \* La gouttière pariéto colique gauche comprise entre le côlon descendant et la paroi latérale de l'abdomen.

- \* La loge supra mésentérique située entre le mésentère et le côlon ascendant.

- \* La loge infra mésentérique située entre le mésentère et le côlon descendant.

-Dans la région pelvienne on a :

- \* Le cul de sac recto-vésical (douglas) chez l'homme.

- \* Les culs de sac vésico-utérin et recto-utérin chez la femme.

### 2-1-3-Vascularisation du péritoine [10]

- La vascularisation artérielle du péritoine pariétal est assurée, de haut en bas, par des branches des artères inter costales, lombaires, épigastriques et circonflexes, artères issues directement de l'aorte, de l'artère iliaque externe, ou de la fémorale. Celle du péritoine viscéral est assurée par les branches de la division des troncs cœliaque et mésentérique.
- Le retour veineux viscéral se fait par les veines mésentériques qui collectent le sang en direction de la veine porte.
- Il n'a pas de circulation lymphatique propre à la séreuse péritonéale, seul un dispositif juxta diaphragmatique fait de fenêtre permet d'assurer le drainage de la lymphe de la cavité péritonéale vers les diaphragmatiques, le canal thoracique et la circulation générale.

### 2-1-4-Innervation du péritoine [14]

L'innervation du péritoine semble très inégalement répartie et l'on distingue des zones hypersensibles, qui peuvent être des témoins cliniques en cas d'inflammation péritonéale ; ce sont principalement :

- Le diaphragme (hoquet) ;
- L'ombilic (cri de l'ombilic à la palpation digitale)
- Le cul de sac de Douglas, exploré par les touchers pelviens, où le doigt entrant en contact direct avec le péritoine déclenche une douleur vive.

Ces zones hypersensibles correspondent à des foyers où l'innervation péritonéale est très riche et donc l'exploration clinique présente un intérêt diagnostique particulier dans les symptômes péritonéaux.

Cette innervation se signale également par un fait en pathologie : toute agression inflammatoire de la séreuse péritonéale peut se manifester par une contracture des muscles de la paroi abdominale, réponse pratiquement pathognomonique.

## 2-2-Rappels physiologiques [11]

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

### 2-2-1-Sécrétion péritonéale :

Le liquide péritonéal dérive du liquide interstitiel légèrement visqueux, il est plus abondant chez le nouveau-né et forme chez l'adulte un film de 5 microns environ permettant les déplacements viscéraux. Ce liquide péritonéal libre est normalement de 20 à 30 ml environ.

2-2-2-Résorption péritonéale : Le péritoine est une membrane semi-perméable :

- La surface de résorption péritonéale : Elle est comparable à celle de la peau soit environ 1,7m<sup>2</sup>. Le péritoine peut résorber jusqu'à 8% du poids du corps à l'heure (soit environ 450ml/h). Cette absorption concerne surtout les lipides et les petites molécules. Deux applications thérapeutiques utilisent cette technique : La Résorption du sang dans les transfusions du fœtus in utero, la dialyse péritonéale chez les insuffisantes rénales chroniques (le péritoine jouant le rôle d'une membrane de dialyse).

- La circulation péritonéale physiologique : Le liquide péritonéal se dirige vers le système lymphatique infra diaphragmatique. La résorption est efficace surtout au dessus du foie ; d'où l'importance de l'exploration du foie et des coupoles diaphragmatiques en chirurgie. Les sérosités pathologiques abondantes se collectent dans le pelvis en suivant en particulier les gouttières para coliques. En cas de péritonites ou d'épanchements péritonéaux, le toucher rectal déclenche une douleur exquise qui signifie son atteinte.

### 2-2-3-Propriété de défense

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

### 2-2-4-Propriété plastique :

Le péritoine possède une puissance plastique remarquable comme tout épithélium de recouvrement, la réparation du péritoine dépend éventuellement de l'état du tissu conjonctif sous jacent ; S'il est intact, la réparation sera rapide.

### 2-3-Physiopathologie:[14, 15]

Les péritonites entraînent de profondes modifications à la fois péritonéales et systémiques, leurs retentissements entraînent des conséquences physiopathologiques locales et générales qui s'enchaînent entre elles et retentissent les unes sur les autres, créant un cercle vicieux.

- Retentissement local: l'agression péritonéale traduit une d'hyper perméabilité vasculaire et un iléus paralytique. La conséquence en est la création d'un "troisième secteur" avec séquestration liquidienne, électrolytique et péritonite, proportionnelle à la surface du péritoine touché. Le "troisième secteur" est la présence du liquide qui ne participe plus à la circulation générale dans un lieu constitué de la cavité péritonéale, l'espace conjonctif sous péritonéale (la paroi de l'intestin) et de la lumière de l'intestin distendu [15]. Physiologiquement il existe le secteur intra cellulaire et le secteur extra cellulaire.

Les pertes liquidiennes d'une péritonite généralisée avoisinent 4 à 6 litres par 24 heures. Le liquide intra péritonéal devient trouble puis franchement purulent. La cavité péritonéale contient parfois le contenu digestif (perforation). Le péritoine s'épaissit et se couvre de fausses membranes.

- Retentissement général : l'hyper perméabilité vasculaire permet le passage dans la circulation générale des germes et des toxines microbiennes, ce qui peut générer une septicémie et ou un choc septique. Le troisième secteur crée une hypo volémie.

L'hypo volémie et l'atteinte septique entraînent une défaillance cardio-circulatoire et une insuffisance rénale contribuant à la création d'une acidose métabolique (spontanément irréversible).

Une insuffisance respiratoire se surajoute, en relation avec une réduction de la course diaphragmatique (atélectasie des bases pulmonaires, épanchement pleural réactionnel, œdème pulmonaire lésionnel). La mort survient dans un tableau de défaillance poly viscérale.

#### 2-4- Cas particulier des péritonites post opératoires: [16]

Elles sont toutes graves parce qu'elles surviennent sur un terrain aux défenses locales et générales diminuées et parce que leur diagnostic est souvent tardif, elles prédisposent à la défaillance poly viscérale.

**3- SIGNES :** [6, 16,17,]

3-1-Type de description : Péritonites post opératoires par fistule digestive

3-1-1-Signes fonctionnels :

On a la douleur abdominale, les nausées, les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz, le hoquet, la diarrhée, l'agitation, la confusion mentale et la diminution de la diurèse.

3-1-2-Signes généraux :

Ils sont précoces mais manquent de spécificité : Il s'agit entre autre des troubles hémodynamiques, respiratoires, neuro psychiques. On peut noter également l'ictère, la fièvre avec une température supérieure à 38°5 c dans 80 % des cas, et le pouls filant.

3-1-3-Signes physiques :

-A l'inspection on trouve une absence de la respiration abdominale, et parfois un écoulement anormal à travers les orifices du drainage.

-A la palpation on trouve la contracture des muscles abdominaux, rigide, tonique, permanente, invincible, douloureuse ; la défense de la paroi abdominale et la douleur vive à la décompression brusque.

-A l'auscultation on trouve une diminution des bruis intestinaux.

-A la percussion on trouve une abolition de la matité pré hépatique.

-Le toucher rectal déclenche une douleur nette au niveau de cul de sac de DOUGLAS.

### 3-1-4-Examens complémentaires

#### 3-1-4-1-Examens biologiques :

-Numération formule sanguine montre une hyperleucocytose avec un taux de leucocytes supérieure à 10000/ml traduisant l'infection et ou une hématicrite élevée supérieure à 45% en rapport avec une hémococoncentration.

-C-réactive protéine (CRP) : Elle est la protéine de l'inflammation la plus utilisée. Sa valeur normale est inférieure à 10 mg/l. Elle a une demi-vie courte (6 à 8 heures) et son taux est élevé en cas de péritonite.

#### 3-1-4-2-Examens bactériologiques :

Tous les germes peuvent se rencontrer. Leur identification et un antibiogramme sont nécessaires. Rarement les germes sont uniques. Le plus souvent on rencontre des associations diverses. Ce pendant les Escherichia Coli sont rencontrés dans deux tiers des cas. [18]

#### 3-1-4-3-Imagerie

-L'abdomen sans préparation debout de face prenant les deux coupes diaphragmatiques peut étayer le diagnostic d'une perforation digestive en montrant un pneumopéritoine et ou un épanchement liquidien en montrant une grisaille.

-L'échographie abdominale et le scanner abdominal permettent d'objectiver un épanchement liquidien anormal.

#### 3-1-5-Complications [15,19] :

Elles sont réparties en deux groupes : Les complications à court terme, représentées par la suppuration pariétale, l'éviscération, les fistules digestives, les hémorragies digestives, l'occlusion intestinale, l'insuffisance rénale, les phlébites, la septicémie et les complications à long terme représentées par le retard de la cicatrisation, l'éventration.

### **3-2-Formes cliniques : [20]**

#### **3-2-1-Péritonites post opératoires localisées :**

Les auteurs ont isolé des sous-catégories de péritonites post opératoires selon leur origine : sus-mésocolique (20 % des cas), intestin grêle (40 % des cas), post appendicectomie (< 10 % des cas), ou colique (30 %). Il s'agit là de leur localisation principale et non de la pathologie causale (sauf pour les Appendicectomies).

#### **3-2-2-Péritonites post opératoires généralisées :**

L'épanchement intra-péritonéal septique peut diffuser dans toute la cavité réalisant une péritonite généralisée, se trouver cloisonner par des structures anatomiques (épiploon, intestin grêle, mésentère), voire disparaître au profit d'abcès multiples en cas de retard diagnostique.

## **4-DIAGNOSTIC**

### **4-1-Diagnostic positif : [6]**

Le diagnostic positif est confirmé devant les signes cliniques extra digestifs (confusion mentale, agitation, toux), digestifs (douleur abdominale, vomissements, arrêt des matières et des gaz, hoquet) et la fièvre. Mais on note également l'importance des signes biologiques (les leucocytes > 10000/ml à polynucléaires neutrophiles, l'hématocrite > 45%), les signes échographiques, scannographiques (un épanchement liquidien anormal intra péritonéal), et de la radiographie de l'abdomen sans préparation (le pneumopéritoine, les niveaux hydro aériques et ou le grisaille diffus) dans le diagnostic positif.



#### 4-2-Diagnostic différentiel [16]

-Péritonites primitives : péritonite à pneumocoque, à streptocoque ou tuberculeuse et infection d'ascite chez le cirrhotique.

-Péritonites secondaires : spontanées (péritonite par perforation gastroduodénale ulcéreuse ou non, péritonite biliaire, appendiculaire), provoquées (péritonites traumatiques ou instrumentales).

#### 4-3-Diagnostic étiologique :

Les étiologies sont entre autre la fistule digestive par désunion de suture ou d'anastomose digestive, la nécrose intestinale, l'infection d'une collection sous hépatique ou résiduelle. On peut noter également les imperfections techniques (le retard à l'intervention, la souillure septique per opératoire, le défaut de nettoyage péritonéal, l'absence de drainage ou le drainage défectueux, l'anastomose ou la suture digestive défectueuse et l'abord chirurgical trop étroit conditionnant des manœuvres chirurgicales traumatisantes).

### **5-TRAITEMENT [16]**

5-1-But : c'est l'éradication chirurgicale de la source de contamination et de ces conséquences péritonéales associées à des mesures de réanimation.

5-2-Méthodes : chirurgicaux associés aux traitements médicaux.

#### 5-2-1-Traitement chirurgical : La ré intervention

Le traitement chirurgical varie en fonction de l'étiologie de la péritonite et de son caractère post opératoire :

La voie d'abord doit être large, une longue médiane. Le traitement de la cause est assuré par une suture et ou une résection de l'organe responsable suivie d'une extériorisation. Le principe est de supprimer toute anastomose en milieu septique et de mettre à la peau les segments digestifs.

Le traitement de la péritonite impose le vidange rétro grade du grêle en état d'iléus vers une sonde naso-duodénale ou antérograde vers le côlon. La toilette péritonéale comprend l'aspiration de la totalité du liquide épanché puis le lavage abondant de la cavité abdominale au sérum tiède jusqu'à l'obtention d'un liquide macroscopiquement clair et le drainage de la cavité péritonéale au niveau du foyer opératoire et les zones de collections préférentielles.

#### 5-2-2-Le traitement médical : La réanimation

Il comprend des assistances hémodynamiques, respiratoires, rénales, métaboliques, nutritionnelles. La réhydratation hydro électrolytique pré, per et post opératoire doit être poursuivie jusqu'à la reprise du transit. L'antibiothérapie doit être active contre les germes aérobies et anaérobies les plus souvent rencontrés et avoir une bonne pénétration intra-péritonéale.

#### 5-3-Indications :

- En cas des péritonites post opératoires localisées (abcès) ou lorsque le risque de lésion est très élevé à cause d'une intervention antérieure récente (10jours) on effectue la toilette simple, le drainage de la cavité péritonéale et l'antibiothérapie.

- En cas de désunion anastomotique une stomie est conseillée à cause des conditions opératoires septiques. Si la fistule est survenue au décours d'une anastomose colo rectale, l'acte chirurgical dépend des conditions opératoires. Ainsi on pratiquera une colostomie d'amont (intervention de Bouilly walkman) si le moignon colique proximal est viable et si la fistule est petite. En cas de nécrose et fistule large on résèque le moignon colique proximal qui sera abouché à la peau suivi d'une fermeture du moignon rectal (intervention de Hartmann).

#### 5-4-Surveillance :

Elle comporte la mise en place d'une sonde d'aspiration digestive, d'un cathéter à gros calibre dans un territoire veineux, d'une sonde vésicale pour contrôler la diurèse, la mise en bilan chronologique des entrées et des sorties liquidiennes, la productibilité des stomies digestives, l'état de la plaie opératoire, le contrôle de la courbe de la température et l'état général du malade.

#### 5-5-Résultat et Pronostic [5,16]

Les péritonites post opératoires sont graves car la mortalité est supérieure à 40%. Mais il faut retenir que la mort de l'opéré est toujours le fait de l'apparition d'une défaillance poly-viscérale et/ou de la persistance de l'infection péritonéale. Le pronostic repose sur un diagnostic précoce ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire impliquant les chirurgiens, les radiologues et les anesthésistes réanimateurs.

# **METHODOLOGIE**

## **6- METHODOLOGIE**

### 6-1- Lieu d'étude :

L'hôpital du point « G » est l'un des trois hôpitaux nationaux du Mali. C'est un centre de référence de 3ème niveau. Il est situé à 8km du centre ville de Bamako au nord sur la colline du point « G ». Au niveau de cet hôpital sont référés les malades de la ville de Bamako et les malades de l'intérieur du pays. Il compte actuellement quinze services répartis en plusieurs spécialités, parmi lesquelles le service de chirurgie « B » et vingt cinq pavillons d'hospitalisation.

### 6-2-Présentation du service de la chirurgie « B » :

Le service de chirurgie « B » a vu le jour en décembre 1978 avec l'arrivée du professeur KOUMARE. Il compte trois salles de première catégorie de deux lits chacune, deux salles de deuxième catégorie de quatre lits chacune, deux salles de troisième catégorie de six lits chacune et une salle de chirurgie cardiaque de quatre lits.

### 6-3- Type et durée de l'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée dans le service de chirurgie B, qui a concerné les péritonites post opératoires (PPO) et s'est étendue sur une période de 30 ans allant de janvier 1980 au janvier 2010.

### 6-3- Critères d'inclusion

L'étude a porté sur tous les malades ayant subi une laparotomie en chirurgie B.

### 6-4- Critères de non inclusion

Ne sont pas pris en compte dans cette étude :

- Les malades hospitalisés dans le service mais non opérés
- Les malades opérés en ambulatoire
- Les dossiers inexploitable

#### 6-5- La fiche d'enquête

La fiche d'enquête a été faite par nous mêmes et corrigée par le Directeur de thèse. Un pré-test a été effectué sur un échantillon de 10 dossiers pour valider le questionnaire qui comportait :

- les renseignements socio-administratifs,
- les aspects cliniques et thérapeutiques de l'intervention initiale,
- les renseignements cliniques sur les péritonites post opératoires,
- le traitement
- le suivi postopératoire.

#### 6-6- Le traitement de texte et d'analyse des données :

Le traitement de texte a été fait sur le logiciel Microsoft Windows version 2007.

L'analyse des dossiers a été faite sur le logiciel SPSS 12.0 pour Windows.

Test de probabilité : le test de chi<sup>2</sup> a été utilisé avec un seuil de signification  $p < 0,05$ .

## **RESULTATS**

## 7-RESULTATS

### 7-1-Fréquence globale :

Pendant 30 ans le service de chirurgie B a recensé 25 péritonites post opératoires sur 12113 laparotomies soit 0,20% et sur 3807 urgences chirurgicales soit 0,65%. Par ailleurs elles ont représenté 0,15% des interventions chirurgicales (16513).

### 7-2-Age :

Tableau I : Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (année)	Effectif	Pourcentage
≤ à 20	4	16,0
21-40	10	40,0
41-60	9	36,0
≥ à 60	2	8,0
Total	25	100,0

L'âge moyen était de 37,2 ans  $\pm$ 17,0 avec des extrêmes de 11 et 77 ans

Il y avait 3 enfants de sexe masculin. Deux avaient 13 ans et l'autre 11 ans.

### 7-3-Sexe

Tableau II: Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Homme	21	84,0
Femme	4	16,0

Le sex-ratio était de 5.



7-4-Profession :

Tableau III: Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	4	16%
Ouvrier	10	40%
Commerçant	7	28%
Autres	4	16%

Les patients étaient des ouvriers dans 40% des cas.

Autres: Elèves ( 2 ), étudiant( 1 ), comptable ( 1 )

7-5-Lésion initiale :

Tableau IV: Répartition des péritonites post opératoires selon le siège la lésion initiale

Lésion initiale	Effectif	Pourcentage
Gastrique	3	12,0
Duodénale	2	8,0
Iléale	5	20,0
Colique et rectale	6	24,0
Appendiculaire	4	16,0
Autres	5	20,0
Total	25	100,0

NB : Autres : Rupture de l'abcès du foie gauche, rupture de la rate, adénome de la prostate, hernie inguinale, péritonite primitive

Parmi les trois cas de lésion gastrique, il y avait 3 cas de perforation gastrique. Pour les lésions d'origine colique et rectale, il y avait 2 cas de perforation caecale dont l'une était une tumeur perforée, 3 cas de perforation du côlon sigmoïde (1 cas de tumeur perforée) et un cas de tumeur rectale perforée. Pour les lésions appendiculaires, il y avait deux cas de péritonite appendiculaire, l'appendicite aigue (un cas) et l'abcès appendiculaire (un cas).

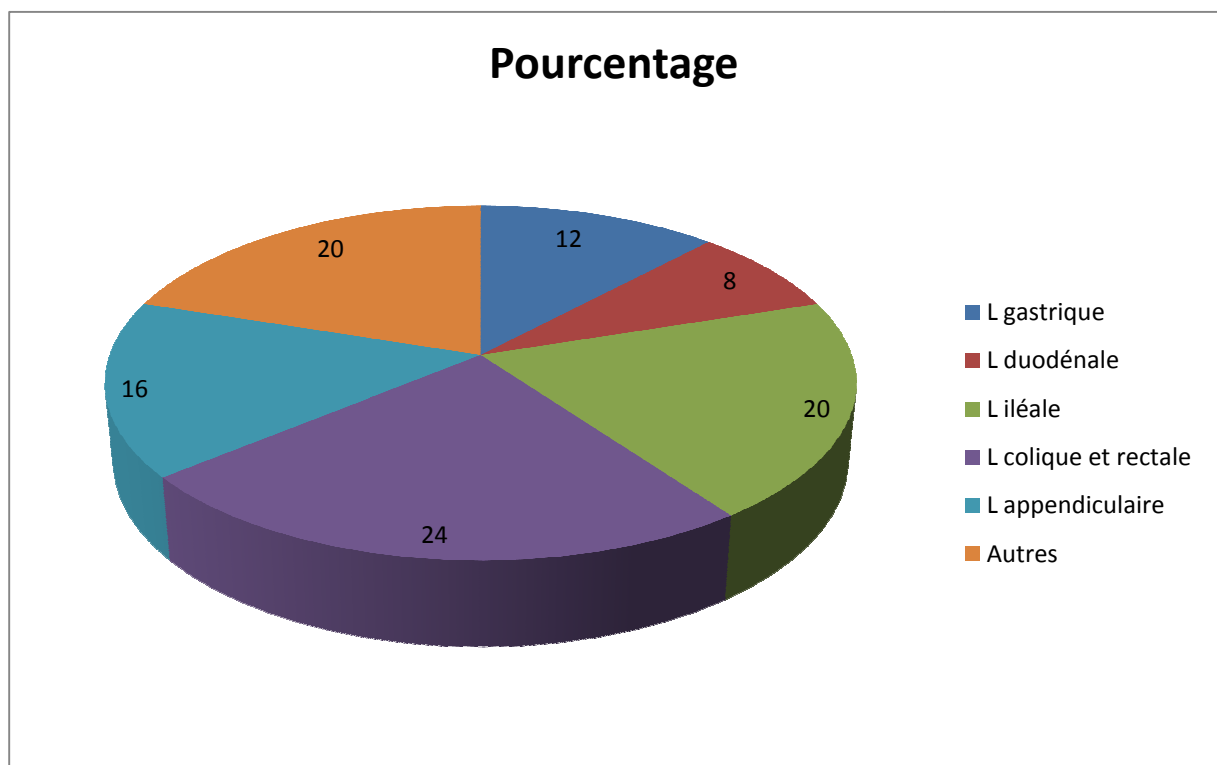


Figure 1: Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon la lésion initiale

7-6Aspects cliniques de la péritonite post opératoire :

7-7-1-Signes fonctionnels :

Tableau V: Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	23	92
Vomissements	12	48
Arrêt des matières et des gaz	5	20
Hoquet	2	8
Agitation	1	4
Délire	1	4
Diarrhée	1	4

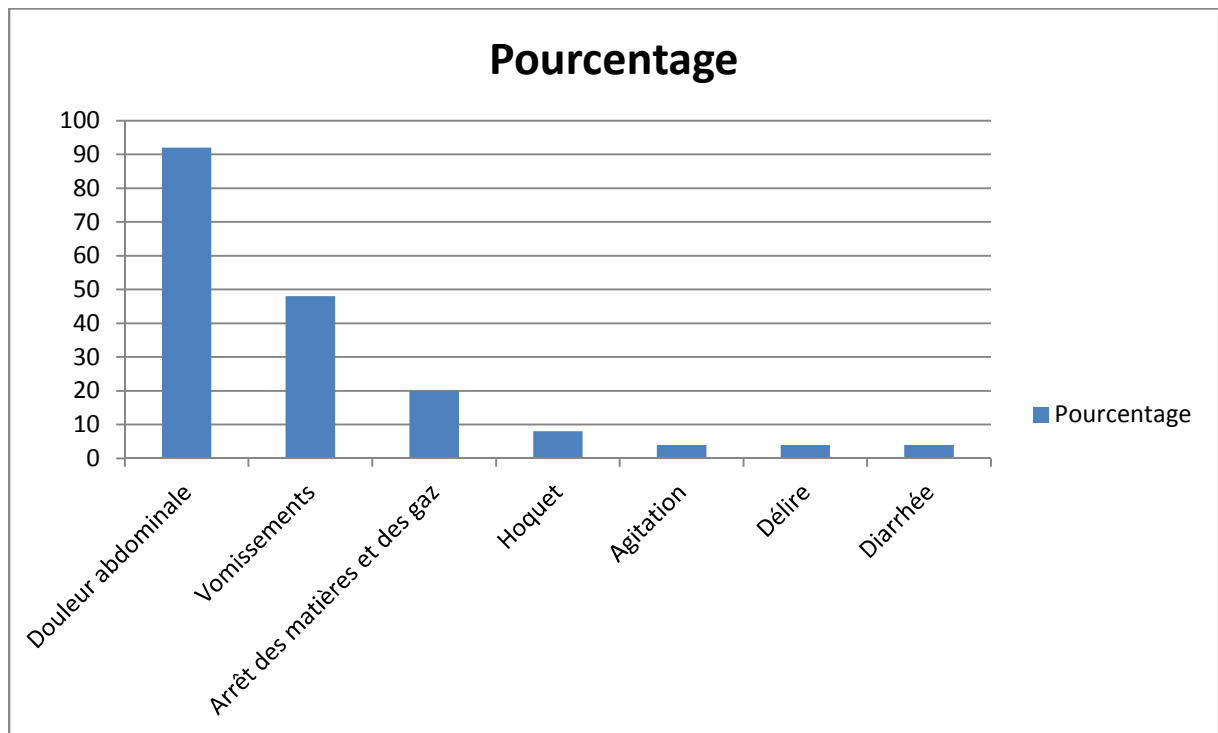


Figure 2: Répartition des patients atteints de péritonites post opérations selon les signes fonctionnels

7-7-2-Signes généraux

Tableau VI: Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon les signes généraux

Signes généraux	Effectif	Pourcentage
Altération de l'état général (Karnofsky)	21	80
Hypotension artérielle	11	44
Fièvre	22	84
Tachycardie	10	40
Anémie	1	4
Altération de la conscience (Score de Glasgow)	1	4

Nous avons observé une fièvre en plateau avec une température supérieure à 38°C, survenue au troisième jour de l'intervention chez 22 patients.

7-7-3 Signes physiques :

Tableau VII: Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon les signes physiques

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Diminution de la respiration abdominale	15	60
Eviscération	1	4
Distension abdominale	4	16
Douleur à la palpation abdominale	23	92
Défense abdominale	23	92
Contracture généralisée	6	24
Météorisme abdominal	20	80
Abolition de la matité pré hépatique	21	84
Silence abdominal	15	60
Douglas douloureux	17	68
Douglas bombé	13	52

7-7-Les examens para cliniques

7-7-1-Les examens para cliniques de confirmation diagnostique :

7-7-1-1- L'échographie abdominale :

Tableau VIII: Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon le résultat de l'échographie abdominale

Echographie	Effectif	Pourcentage
Non faite	7	28,0
Epanchement dans la grande cavité péritonéale	12	48,0
Collection sous phrénique	2	8,0
Collection dans la GPC	4	16,0
Total	25	100,0

NB : GPC= gouttière pariéto-colique

7-7-1-2- Radiographie de l'abdomen sans préparation :

Tableau IX: Répartition des péritonites post opératoires selon le résultat de la radiographie de l'abdomen sans préparation

A S P	Effectif	Pourcentage
Non faite	18	72,0
Pneumopéritoine	1	4,0
Niveau hydro aérique	3	12,0
Grisaille diffuse	3	12,0
Total	25	100,0

NB : ASP = la radiographie de l'abdomen sans préparation. Elle a été réalisée dans 28% des cas.

7-7-1-3- La numération formulaire sanguine :

Tableau X: Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon le résultat de la numération formulaire sanguine

Résultats	Effectif	Pourcentage
Non faite	6	24,0
Hyperleucocytose	7	28,0
Hématocrite élevée	2	8,0
1+2	1	4,0
Anémie	4	16,0
Normale	5	20,0
Total	25	100,0

NB : 1+2= Il s'agissait des patients qui avait une hyperleucocytose et une hématocrite élevée

7-7-2-Les examens para cliniques d'opérabilité :

Les patients étaient de groupe sanguin O+ dans 44% des cas. La glycémie a été faite dans 32% des cas et elle était normale. La créatininémie a été réalisée chez 8 patients soit 32% des cas et elle était normale. Le taux de prothrombine a été fait chez un seul patient soit 4% des cas et il était normal. Il y avait la pleurésie dans 4% des cas à la radiographie du thorax de face.

7-7-3- Etiologies des péritonites post opératoires :

Tableau XI: Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon les étiologies

Etiologies des PPO	Effectif	Pourcentage
Perforation iatrogène	7	28,0
Fistule digestive	2	8,0
Désunion anastomotique	8	32,0
Collection sous phrénique	8	32,0
Total	25	100,0

7-8- Facteurs de risque des complications post opératoires:

7-8-1- Le type d'anesthésie à l'intervention initiale :

L'anesthésie générale a été réalisée chez 23 patients soit 93% des cas.

7-8-2- L'opérateur à l'intervention initiale :

Tableau XII: Répartition des péritonites post opératoires selon l'opérateur à l'intervention initiale

L'opérateur	Effectif	Pourcentage
Professeur	5	20,0
Assistant chef de clinique	19	76,0
CES	1	4,0
Total	25	100,0

NB : CES= certificat d'étude spéciale



7-9-3-Techniques opératoires à l'intervention initiale :

Tableau XIII: Répartition des péritonites post opératoires selon les techniques opératoires à l'intervention initiale

Lésions	Effectif	Pourcentage
Appendicectomie	4	16,0
Suture de la perforation	9	36,0
Colostomie selon Hartmann	2	8,0
Iléo-colostomie	2	8,0
Toilette simple et drainage	1	4,0
Cure de hernie	1	4,0
Adenomectomie	1	4,0
Sigmoïdectomie+anastomose colorectale	2	8,0
Splénectomie	1	4,0
Adhésiolyse	1	4,0
Gastrectomie	1	4,0
Total	25	100,0

7-8-4-Durée de l'intervention initiale

Tableau XIV : Répartition des péritonites post opératoire selon la durée de l'intervention initiale

Durée de l'intervention initiale	Effectif	Pourcentage
0 h à 1h59	8	32,0
2 h à 3h59	16	64,0
4h à 5h	1	4,0
Total	25	100,0

La durée la plus courte était de 45mn, la plus longue était de 4h15mn et la durée moyenne était de 2h.

7-8-5- Répartition des pathologies initiales selon la classification ALTEMEIER

Tableau XV: Répartition des pathologies initiales selon la classification ALTEMEIER

Type de chirurgie	Effectif	Pourcentage
ALTEMEIER I	1	4,0
ALTEMEIER II	4	16,0
ALTEMEIER III	6	24,0
ALTEMEIER IV	14	56,0
Total	25	100,0

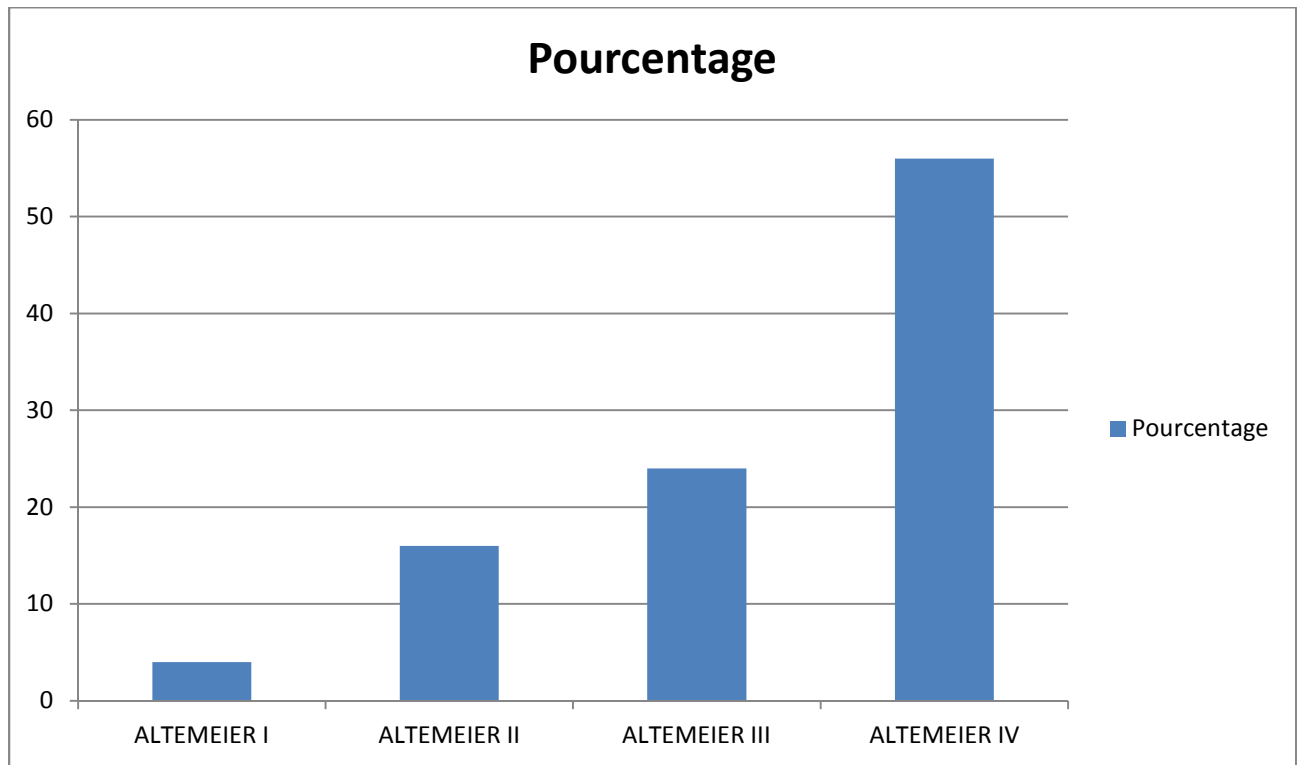


Figure 3: Répartition des pathologies initiales selon la classification ALTEMEIER

7-9-Traitement de la péritonite post opératoire :

7-9-1-Traitement médical

Tous les patients ont été réanimés en pré, per, et post opératoire. La réhydratation était de 2 litres en moyenne par jour dans 60% des cas. La ciprofloxacine et le métronidazol étaient les antibiotiques les plus utilisés soit 96% des cas. Comme antalgique, le métamizol sodique a été utilisé chez 19 patients soit 76% des cas suivi de paracétamol en perfusion (4%).

7-9-2-Traitement chirurgical de la péritonite post opératoire

a)- La voie d'abord :

Tableau XVI: Répartition des péritonites post opératoires selon la voie d'abord

Type d'incision	Effectif	Pourcentage
Médiane sus ombilicale	1	4,0
Médiane sous ombilicale	2	8,0
Médiane xypho pubienne	22	88,0
Total	25	100,0

b)-Traitement réalisé

Tableau XVII: Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon le traitement réalisé

Traitement étiologique	Effectif	Pourcentage
Toilette simple+drainage	8	32,0
Stomie digestive temporaire	6	24,0
Suture de la perforation	9	36,0
Résection anastomose	2	8,0
Total	25	100,0

NB : L'aspiration, la toilette péritonéale et le drainage ont été réalisés chez tous les patients.

c)-Fermeture pariétale :

La fermeture pariétale était simple dans 80% des cas et en bourdonnet dans 20% des cas.

7-10- Les suites opératoires :

Tableau XVIII: Répartition des péritonites post opératoires selon des suites opératoires

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage
Simple	19	76,0
Complicées	5	20,0
Décès	1	4,0
Total	25	100,0

7-11 Morbidité :

Tableau XIX: Répartition des péritonites post opératoires selon la morbidité (N=5)

Morbidité	Effectif	Poucentage
Infections de la paroi	2	40
Eviscération	1	20
Fistule digestive	1	20
Thrombophlébite des M I	1	20

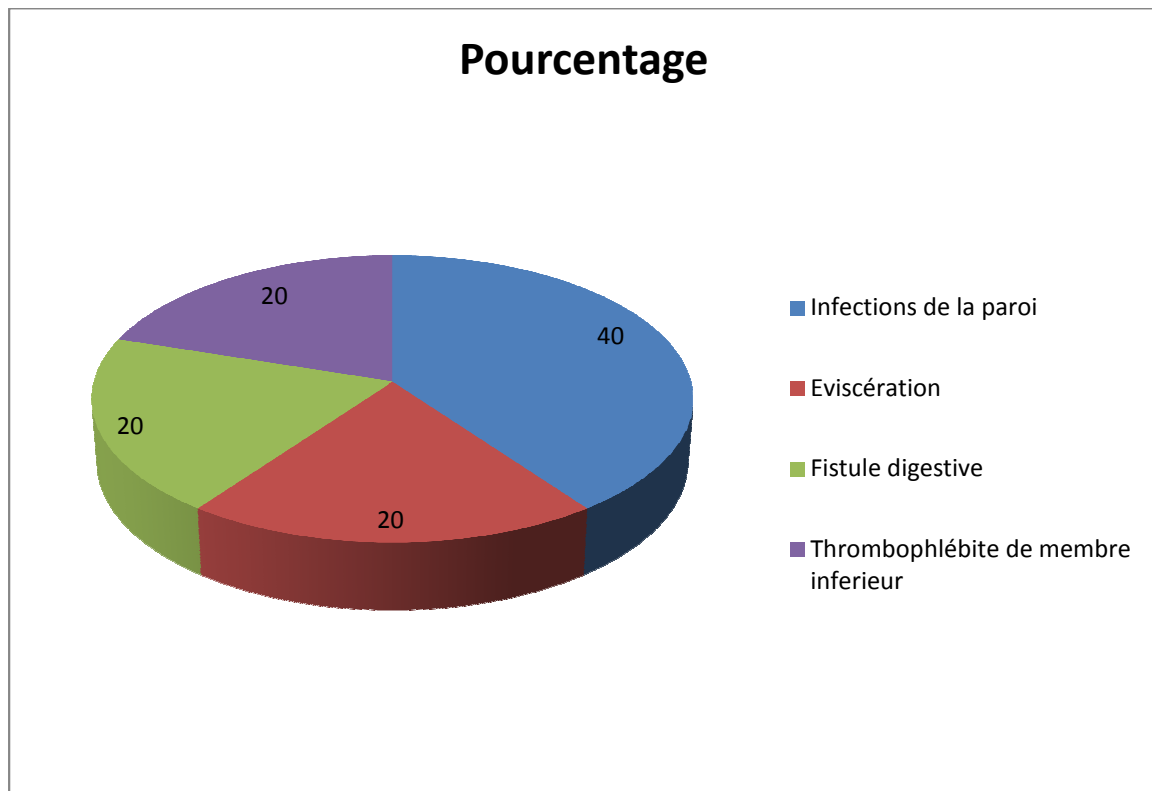


Figure 4 Répartition des péritonites post opératoires selon la morbidité

NB : Le taux de morbidité a été de 20% et le taux de mortalité a été de 4%.

7-12-Durée d'hospitalisation:

Tableau XX: Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation en jours	Effectif	Pourcentage
1-10	2	8,0
11-20	10	40,0
21-30	9	36,0
31-40	4	12,0
Total	25	100,0

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 21,6 jours $\pm$ 7,7 avec des extrêmes 11 et 37 jours.

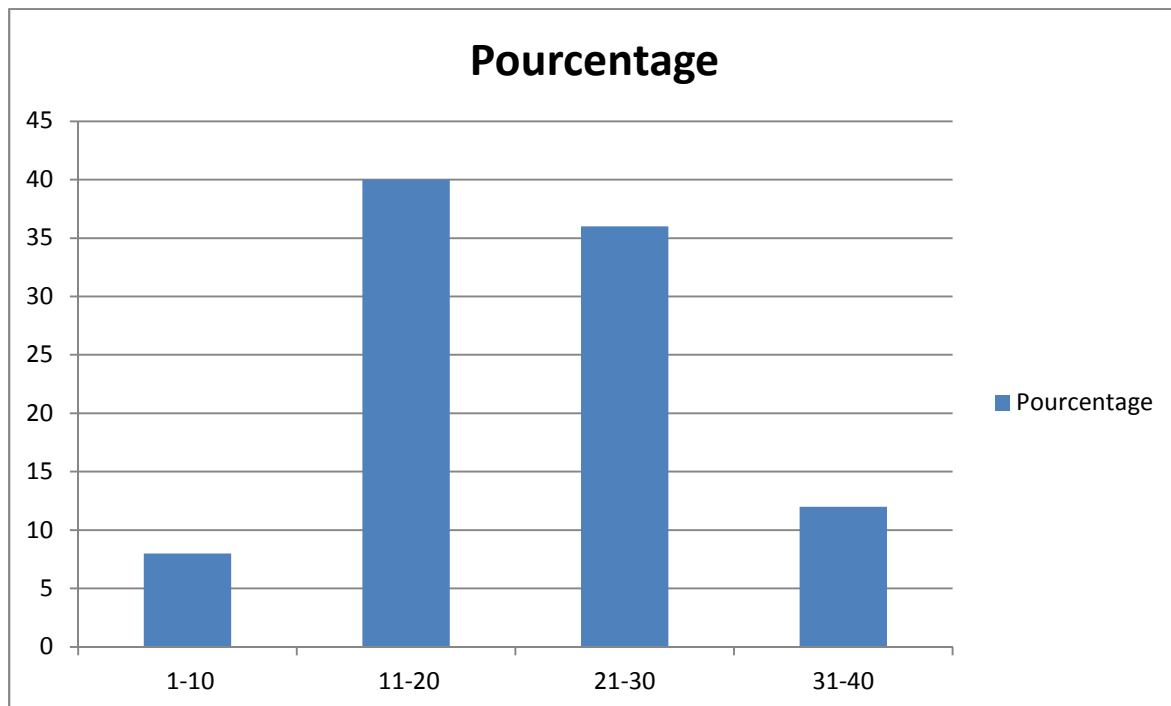


Figure 5: Répartition des patients atteints de péritonites post opératoires selon la durée d'hospitalisation

7-13-Le coût de la prise en charge hospitalière:

Le coût moyen de la prise en charge a été de 125000 fcfa avec des extrêmes de 75000 à 150000 fcfa. Il comprend : les frais de bilan pré opératoire, les frais de l'intervention, les frais de l'ordonnance post opératoire et les frais de l'hospitalisation.



## **Discussion**

## 8- Discussion

Sur le plan de la méthodologie les 25 cas de péritonites post opératoires ont été recensés à partir des dossiers hospitaliers des malades et des comptes-rendus du bloc opératoire. Dans cette étude nous avons rencontrés des difficultés: le mauvais archivage des dossiers et quatre d'entre eux étaient incomplets.

Après l'intervention les malades qui habitaient à Bamako ont été facilement retrouvés par les adresses et les numéros de téléphone qui sont systématiquement notés dans les dossiers au moment de leur admission.

### 8-1-Fréquence :

Tableau XXI : Fréquence des péritonites post opératoires et auteurs

Auteurs	Nombre de laparotomie	PPO	Pourcentage	Test statistique(P)
Roehrborn France 2001[29]	5812	116	2	P<0,00
Harouna Niger 2001[4]	831	15	1,5	P<0.00
Traoré RCI 2013 [33]	106	50	4,7	P<0,00
Dembélé Mali 2005 [13]	200	4	2	P<0,00
Notre série	12113	25	0,20	

Dans notre série la fréquence des PPO par rapport à l'ensemble de laparotomie était de 0,20%. Dans les séries française et africaines cette fréquence est située entre 1,5 à 4,7% [4,13, 29, 33]. Nous pensons que cette différence pourrait être expliquée par la situation géographique de CHU du Point G qui reçoit moins d'urgence que celui des autres auteurs plus particulièrement celui de Dembélé [13].

**8-2-Age moyen :**

Tableau XXII: Age moyen et auteurs

Auteurs	Effectif	Age moyen	Test statistique(p)
Carlos Colombie 2012[32]	112	57,2	P=0,0553
Bader Allemangne 2009[31]	114	59,2	P=0,03834
Traoré RCI 2013[33]	106	33,7	P=0,8469
Noure Maroc [30] 2002	70	50	P=0,2281
Notre série	25	37,2	

Nous n'avons pas observé de différence entre l'âge moyen de nos patients et celui des séries colombienne et africaine [30, 32, 33]. Par contre dans une étude allemande Bader [31] a trouvé un âge moyen supérieur (59,2 ans p=0,02). La différence pourrait être liée au fait que leur étude a été réalisée uniquement chez les adultes. L'âge n'est pas un facteur favorisant la péritonite post opératoire.

**8-3-Sexe ratio:**

Tableau XXIII : Sexe ratio et auteurs

Auteurs	Effectif	Sexe-ratio
Carlos Colombie 2012[32]	112	1,5 H
Bader Allemangne 2009[31]	114	1,03 H
Mignonsin RCI 2000[21]	68	3,8 F
Hssaida Maroc 2000[22]	16	2,2 H
Noure RCI 2002[30]	70	1,2 H
Notre série	25	

Dans notre série les hommes étaient plus nombreux que les femmes. Il en a été de même dans les autres études avec (1,03 à 2,2) hommes que des femmes [22, 30, 31]. Par contre dans une étude ivoirienne les femmes étaient 4 fois plus nombreuses que les hommes (sex ratio=3,8) [21]. En conclusion le sexe n'est pas un facteur favorisant la péritonite post opératoire.

**8-4-Lésions initiales :**

Tableau XXIV : Lésions initiales des péritonites post opératoires et auteurs

Lésions initiales Auteurs	Estomac et duodenum	Grêle	Côlon ou rectum	Appendice
Bader Allemagne 2009[31] N=114	15 14% P=0,65	30 27% P=0,45	47 42% P=0,09	
Levy France 1985[20] N=419	83 20% P=0,99	167 40% P=0.05	125 30% P=0.5187	42 10% P=0.5387
Mignonsin RCI 2000[21] N=68	2 2,94% P=0,0202	1 1,48% P<0,05	3 4,41% P=0,050	
Notre série N=25	5 20%	5 20%	6 24%	4 16%

Dans notre étude les lésions initiales étaient au niveau des intestins dans la plupart des cas suivie des lésions gastriques. Il en a été de même chez les autres auteurs [20, 31]. Par contre Mignonsin a trouvé une atteinte inférieure au niveau des intestins (grêle :  $p=0,00$  ; côlon :  $p=0,05$ ) et de l'estomac ( $p=0,02$ ). Cette différence pourrait être expliquée par le fait que son étude était réalisée dans un service chirurgie générale et de gynéco obstétrique où les lésions sur l'utérus et ses annexes étaient dominantes avec 75% ( $n=51$ ).

**8-5-Etiologies :**

Tableau XXV: Etiologies des péritonites post opératoires et auteurs

Etiologies Auteurs	Fistule digestive	Désunion anastomotique	Perforation iatrogène	Collection intra péritonéale
Bader Allemagne 2009[31] N=114	58 50,9% P<0,05	13 11,4% P=0,02	26 22,8% P=0,58	
Levy France 1983[20] N=419		293 70% P<0,05	84 20% P=0,33	42 10% P=0,0022
Mignonsin RCI 2000[21] N=68	5 7,36% P=0,73	25 36,76% P=0,67	34 50% P=0,05	4 5,8% P=0,0028
Traoré RCI 2013[33] N=106		34 32,1% P=0,99		
Notre série N=25	2 8%	8 32%	7 28%	8 32%

Dans la recherche étiologique nous avons trouvé un taux de désunion anastomotique de 32%. Ce même taux a été trouvé par des auteurs africains [21,33] . En France Levy a trouvé un taux de désunion anastomotique supérieur (70% P=0,00). En Allemagne Bader a trouvé 50,9% de fistule digestive. Ce taux est supérieur au notre qui était de 8%(p=0,00). Levy et Mignonsin ont apporté un taux de collection intra péritonéale situé entre 5,8% à 10% qui était supérieur au notre (P=0,0022, P=0,0028). Ces différences sont pourrions être liées à notre acte chirurgical correct et un plateau technique insuffisant.

**8-6-Signes :****8-6-1-Signes fonctionnels :**

Tableau XXVI: Signes fonctionnels et auteurs :

Signes Auteurs	Douleur abdominale	Vomissements	AMG	Hoquet	Diarrhée
Bader Allemagne 2009[31] N=114	93 81,6% P=0,33				
Levy France 1983[20] N=419	184 44% P<0,05				171 41% P<0,05
Mignonsin RCI 2000[21] N=68	29 65,99% P=0,01	10 22,72% P=0,01	14 31,81% P=0,24	-	20 45,50% P<0,05
Hssaida Maroc 2000[22] N=16	12 75% P=0,29				
Notre série N=25	23 92%	12 48%	5 20%	2 8%	1 4%

La douleur abdominale a été trouvée chez 92% de nos malades. Il en a été de même dans les autres études [22, 31]. Par contre dans une série ivoirienne Mignonsin a trouvé un taux inférieur (65,99% p=0,01). Cette différence pourrait être expliquée par le fait que son étude portait beaucoup plus sur la sphère gynécologique que le tube digestif.

**8-6-2-Signes généraux :**

Tableau XXVII : Signes généraux et auteurs

Signes Auteurs	Hypotension artérielle	Fièvre	Tachycardie	Anémie
Bader Allemagne 2009[31] N=114		99 86,9% P=0,33		
Levy France 1983[20] N=419		347 83% P=0,87		
Mignonsin RCI 2000[21] N=68	16 36,36% P=0,52	34 77,27% P=0,52	-	-
Hassaida Maroc 2000[22] N=16	-	11 68,7% P=0,44	8 50% P=0,52	-
Notre série N=25	11 44%	22 84%	10 40%	1 4%

La fièvre est un signe assez fréquent en postopératoire et dont les causes extra-digestives sont nombreuses. Toute fois, la survenue d'une fièvre au décours d'une chirurgie digestive impose la recherche systématique d'un foyer infectieux intra - abdominal [8]. A l'opposé, l'absence de fièvre ne doit pas éliminer le diagnostic d'une infection intra - péritonéale. Dans notre série, 84 % de nos malades avaient la fièvre. Il en a été de même dans les autres études [20, 21, 22,31].



**8-6-3-Signes physiques :**

Tableau XXVIII: Signes physiques et auteurs

Signes Auteur	Défense abdominal	Météorisme abdominal	Silence abdominal	Douglas Douloureux
Bader Amagne 2009[31] N=114	25 21,9% P=0,00		-	-
Levy France 1985[20] N=419	134 32% P<0,05	150 36% P<0,05		
Mignonsin Abidjan 2000[21] N=68	20 45,50% P<0,05	28 63,63% P=0,12		
Hassaida Maroc 2000[22] N=16	4 25% P<0,05	2 12,5% P<0,05	-	-
Notre série N=25	23 92%	20 80%	15 60%	17 68%

La défense abdominale était trouvée dans 92% des cas. Ce taux est supérieur à ceux trouvés par les autres études [20 21 22 31]. Mignonsin et Hssaida ont trouvé un taux de météorisme inférieur au notre qui était situé entre 12,5% à 36%. Ces différences pourraient être expliquées par le fait que les autres études portaient beaucoup plus chez les sujets âgés dont les signes cliniques pourraient être moins francs et plus particulièrement chez Mignonsin dont l'étude portait sur la sphère gynécologique.

**8-6-4-Signes para cliniques :****8-6-4-1-Hyperleucocytose :**

Tableau XXIX: Hyperleucocytose et auteurs

Auteurs	Hyperleucocytose	Pourcentage	Test statistique (P)
Levy France 1985[20] N=419	60	60	P<0,05
Mignonsin RCI[21] N=68	16	37,27	P=0.43
Hssaida Maroc[22] N=16	10	63,7	p=0,02
Notre série N=25	7	28	

Une hyperleucocytose a été trouvée dans 28% des cas à la numération formule sanguine, ce taux est inférieur de ceux de Hssaida [22] (63,7%, p=0,02) et de Levy (60% P=0,00). Nous pensons que cette différence pourrait être liée à notre attitude à intervenir le plus tôt possible dès que le diagnostic est confirmé mais aussi à l'automédication fréquente dans notre milieu à base d'antibiotique.

#### **8-6-4-2-Echographie abdominale :**

L'échographie abdominale a contribué au diagnostic de péritonite post opératoire dans 72% des cas dans notre série, par la mise en évidence d'un épanchement dans la grande cavité péritonéale (48%), des collections dans la gouttière pariéto- colique (16%), ou sous phrénique (8%). Cependant elle n a pas permis d'objectiver les 32% de collection sous phrénique diagnostiquées à l'intervention chirurgicale. Cette différence pourrait être expliquée par le fait que l'échographie abdominale est opérateur dépendant et peut avoir des limites dans le diagnostic de la péritonite post opératoire.

#### **8-7-Traitement :**

##### **8-7-1-Traitement médical :**

Tous les patients ont été réanimés en pré, per, et post opératoire. La réhydratation était de 2 litres en moyenne par jour dans 60% des cas. En tout état de cause, l'administration d'antibiotique(s) doit être la plus précoce possible, dès l'évocation du diagnostic. Ce traitement antibiotique doit être différent des traitements antibiotiques préalables (prophylactique ou curatif). Il doit prendre en compte les germes les plus fréquents : entérobactéries, entérocoques et anaérobies [24]. . Dans notre étude la ciprofloxacine et le métronidazol étaient les antibiotiques les plus utilisés soit 96% des cas. Comme antalgique, le métamizol sodique a été utilisé chez 19 patients soit 76% des cas suivi de paracétamol en perfusion (4%).

**8-7-2-Traitement chirurgical**

Tableau XXX: traitement chirurgical des péritonites post opératoires et auteurs

Traitement Auteurs	Toilette simple+drainage	Stomie digestive temporaire	Suture de la perforation	Résection anastomose
Carlos Colombie 2012[32] N=112		78 69,7% P<0,05		34 30,3% P=0,02
Traoré RCI 2013[33] N=106	18 16,98% P=0,15	30 28,3% P=0,66	26 24,5% P=0,24	
Notre série N=25	8 32%	6 24%	9 36%	2 8%

Dans le traitement chirurgical nous n'avons pas observé de différence entre nos techniques et celles de Traoré [31]. Par contre Carlos a rapporté un taux de stomie ( $p=0,00$ ) et résection anastomose ( $p=0,02$ ) supérieur [32]. La différence pourrait être expliquée par le fait que son étude était une étude comparative entre la stomie digestive temporaire et la résection anastomose dans le traitement des PPO.

**8-8-Morbidité :**

Tableau XXXI : Taux de morbidité et auteurs

Auteurs	Effectif	Taux de morbidité	Test statistique(p)
CarlosColombie 2012[32]	112	69 61,6%	P<0,05
Degremont France 2011[34]	190	95 50%	P<0,05
Traoré RDC 2013[33]	106	15 14,1%	P=0,67
Notre série	25	5 20%	

Nous avons trouvé un taux de morbidité de 20%. Ce taux n'est pas différent de celui de Traoré (p=0,67) [33]. Par contre ce taux est inférieur à celui de Carlos (p=0,00) et de Degremont (p=0,00). Carlos avait son étude sur la comparaison entre la stomie et la résection digestive dans le traitement des PPO [32], L'infection fréquente péri stomiale pourrait expliquée cette différence. L'étude de Degremont était basée sur le drainage (drain de Levy) dans le traitement des PPO, l'obstruction de drain et la persistance de la fistule entéro cutanée pourraient expliquées la différence [34].

**8-9-Mortalité :**

Tableau XXXII : Taux de mortalité et auteurs

Auteurs	Effectif	Taux de mortalité	Test statistique(P)
Bader Allemagne 2009[31]	114	54 47,4%	P<0,05
Carlos Colombie 2012[32]	112	33 30%	P<0,05
Carlet France 1988[26]	50	3 6%	P<0,85
Traoré RCI 2013[33]	106	21 19,8	P=0,10
Noure Maroc 2002[30]	70	43 61%	P<0,05
Notre série	25	1 4%	

La précocité du diagnostic et de la reprise chirurgicale sont des éléments indispensables à prendre en compte. [26]. Dans notre série le taux de mortalité était de 4%. Ce taux n'est pas différent de celui de Carlet ( $p=0,85$ ) et de Traoré ( $p=0,10$ ) [26, 33]. Par contre dans les autres études le taux de mortalité était situé entre 30% à 61% [30, 31,32] donc supérieur au notre. Cette différence pourrait être liée par notre attitude chirurgicale adéquat associé à un traitement antibiotique précoce.

**8-10-Durée moyenne d'hospitalisation :**

Tableau XXIII: Durée moyenne d'hospitalisation et auteurs

Auteurs	Effectif	Durée moyenne d'hospitalisation	Test statistique(p)
Carlos Colombie 2012[32]	112	24	P=0,66
Degremont France 2011[34]	190	70,7	P<0,05
Traoré RCI 2013 [33]	106	21,9	P=0,85
Notre série	25	21,6	

Dans notre étude la durée moyenne d'hospitalisation a été de 21,9 jours. La même durée a été trouvée par Carlos (p= 0,66) et Traoré (p=0,85) [32, 33]. En France Degremont a trouvé une durée moyenne d'hospitalisation supérieure (70,7 jours p=0,00). Cette différence pourrait être expliquée par le fait que Degremont a utilisé le drain de Levy pour traiter ces cas de PPO, ce qui nécessitait une longue surveillance hospitalière.

### **8-11-Coût de la prise en charge hospitalière:**

Le coût moyen de la prise en charge initiale a été de 125000 fcfa avec des extrêmes de 75000 à 150000 fcfa. Ce coût était majoré:

-Chez les patients avec des péritonites post opératoires sans perforations digestives de 110000fcf (88%). Cette augmentation était due aux dépenses effectuées pour le diagnostic et le traitement.

-Chez les patients avec des péritonites post opératoires avec perforations digestives de 232500fcfa (186%). Cette majoration était due aux dépenses pour le rétablissement de la continuité digestive et l'allongement de la durée d'hospitalisation du malade.



## **CONCLUSION**

## **CONCLUSION**

Au cours de cette étude nous avons recensé 25 cas de péritonite postopératoire dans le service de chirurgie « B » du CHU du Point « G ».

Les péritonites postopératoires sont rares dans notre service. Quant elles surviennent leurs taux de morbidité et de mortalité sont élevés. L'étiologie était dominée par la fistule digestive par le lâchage de suture et la perforation iatrogène. Le tableau clinique était dominé par la douleur abdominale, la défense abdominale, le cul de sac de Douglas douloureux et bombé et la fièvre. Le pronostic repose sur un diagnostic précoce ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire impliquant les chirurgiens, les radiologues et les anesthésistes réanimateurs. Le traitement de la source infectieuse est fondamental par la chirurgie associée à une antibiothérapie.

## **Recommandations**

## **Recommandations**

### **Aux autorités sanitaires :**

- Dotation des blocs opératoires des matériels pour prévenir et traiter les complications (la fistule digestive, l'infection de la paroi, l'éviscération).
- Mobilisation des ressources pour la formation continue des chirurgiens, les infirmiers et les aides de bloc.
- Amélioration des conditions d'hospitalisation des malades opérés.

### **Aux aides de bloc :**

- Application correcte des mesures d'hygiène et d'asepsie au bloc opératoire
- Lavage du site opératoire avec de l'eau et du savon

### **Aux anesthésistes :**

- Relaxation des malades au moment de l'intervention pour éviter les traumatismes.
- Application correcte des mesures d'hygiène et d'asepsie.

### **Aux chirurgiens :**

- Application correcte des techniques opératoires en fonction des indications opératoires.
- Réduction des heures de l'intervention chirurgicale.
- Surveillance rigoureuse des malades en post opératoire.

## **REFERENCES**

## REFERENCES

- 1- Seguin P. Péritonites post opératoires. Paris Masson 2000;1-6.
- 2- Mallebant Y, Dupont H, Mahjoub Y. Infection abdominale aigue.  
Paris Masson 2007; 215.
- 3-Nabil F. Facteurs prédictifs de mortalités des péritonites post opératoires.  
Maroc médical 2003;1.
- 4- Harouna Y, Saidou B, Seibou A, Abarchi H, Abdou I, Madougou M,  
Gamatie Y, Bazira L. Péritonites post opératoires. Médecine d'Afrique  
Noire 2000;47(6).
- 5-Traoré S. Complications post opératoires dans le service de chirurgie  
générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine  
Bamako 2003;N°69.
- 6-Mondor H. Diagnostics urgents-abdomen. Paris Masson 1965;1-31.
- 7-N'Douba .Péritonites post opératoires dans le service de réanimation  
de l'hôpital de Cocody. Thèse de médecine Cocody1984;N°696.
- 8- Abola T. Complications post opératoires dans le service de chirurgie  
générale de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine Bamako 2006 ;  
N°108.
- 9- Rouvière H. Anatomie humaine descriptive et topographie. Paris Masson  
1967;2:287-310.
- 10- Kamina P. Dictionnaire atlas d'anatomie. Paris Masson 1983;74-86  
1742-44.
- 11- Kamina P. Anatomie clinique thorax-abdomen. Paris Masson 2007;3(2):  
223-30.
- 12- Conférence de consensus. Prise en charge des Péritonite communautaires.  
Ann Fr Anesth Réanim 2001;20:344-47.

- 13- Dembélé M. Péritonite aiguë généralisée dans le service de chirurgie Générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine. Bamako 2005. N° 124 P : 26
- 14- Fagniez P L, Serpeau, Tomsom C. Péritonites aiguës. Encyclo Méd chir estomac-intestin 1982 ;6:9045-10.
- 15- Roux M, Lucien L, Olivier CL, Sicard A. Pathologie chirurgicale. Paris Masson 1975;2:836-4.
- 16- Fagniez P L, Houssin D. Pathologie chirurgicale digestive et thoracique. paris 1991 ;2:337-47.
- 17-Lucien L. Semiologie chirurgicale . Paris, New York, Barcelone, Milan Masson 1978;4:617.
- 18- Montravers P, Lambrosso A, EL Houssieni L. Antibiothérapie des péritonites nosocomiales. Paris Masson 2001:181-89.
- 19- Francois D, Dubost CH, Lance P, Monsaingeon A. Pathologie chirurgicale générale. Paris Flammarion 1956;153-57.
- 20-Levy E, Frileux P, Parc R, Hannoun L, Nordlinger B, Gugnenc P, Loygue J. Péritonites post opératoires, Données communes. Ann Chir 1985; 39:603.
- 21- Mignonsin D, Kane M, Coffi S, A. Bondura A, N'Goui N. Péritonites post opératoires Diagnostic, traitement et pronostic à propos de 68 cas. Médecine d'Afrique Noire 1990;37.
- 22- Hassada R, Daali M, Seddiki R, Zoubir M, Zoubir M, Elguelaa K, Boughalem M. Péritonites post opératoires chez le sujet âgé. Médecine du Maghreb 2000;20-4.
- 23- Djibril B. Péritonites aiguës à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. Thèse de médecine Bamako 2006;8.
- 24- Montravers P, Agaesse V, Barsam E. Péritonites post opératoires. Paris Masson 1997;465-78.

- 25-Carpentier E, Besson M, Gomez M, Scotto B, Alison D. Paris Masson 2005 ;1-5.
- 26- Carlet J, Bouhaja B, Blériot JP, Dazza FE. Infections péritonéales postopératoires. Paris Masson, 1988:126-38
- 27- Gonzague A, La prise en charge anti biotiques des péritonites post opératoires. Thèse de pharmacie- Nancy1 2003.
- 28- Montravers P. Infections post-opératoires abdominales et péritonitesln Pathologies infectieuses en réanimation. Edition Elsevier 2002, 241-69 ;
- 29- Roehrborn A, Thomas L, Potreck O, Ebener C, Ohmann C, Goretzki PE, Roher HO. The microbiology of postoperative peritonitis. Clin Infect Dis. 2001 1 ; 33 : 1513-9.
- 30-** Noure T, Mazouzi A, Bouderkha MA, Lefriykh M.R, Bouaggad A, Hammoudi A, Harti A. Facteurs pronostiques des péritonites post opératoires. Service d'anesthésie réanimation- *CHU Ibn Rochd –Cas ablanca 2013. P33-*
- 31- Bader<sup>1</sup>, Schröder<sup>1</sup> M, P. kujath<sup>1</sup>, Muhl<sup>1</sup>, E, Bruch<sup>1</sup> H, Eckmann C. Diffuse postoperative peritonitis value of diagnostic parameters and impact of early indication for relaparotomy. European journal of medical research allemagne 2009.
- 32-Carlos A. Ordóñez, Álvaro I. Sánchez., Deferred primary anastomosis Versus diversion in patients with severe secondary peritonitis managed with staged laparotomies. Departamento de Cirugía, Universidad del Valle, Cali, Colombia 2009.
- 33-Traoré M, LEBEAU R, Kouakou I, Kouamé B, Kakou G, Diané B. Résultat des ré interventions en urgence en chirurgie abdominale au CHU de Bouaké. RCI 2012.



34-Degremont R, Brehant O, Fuks D, Sabbagh C, Dhahri A, Browet F, Mahjoub Y. Prise en charge des péritonites sus méso coliques post opératoires par drainage de Levy. Journal de chirurgie viscérale, Elsevier Masson France 2011. 328-35

## **ANNEXES**

## Fiche Signalétique

Nom : COULIBALY

Prénom : Mahamadou Demba

**Titre de thèse** : Péritonites post opératoires dans le service de chirurgie B de 1980- 2010 Secteur d'intérêt : CHU du point G

Pays: Mali Ville de Soutenance : Bamako

Année de Soutenance : 2013

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

### Résumé :

Nous avons réalisé une étude rétrospective portant sur 25 cas de péritonite postopératoire dans le service de chirurgie « B » du CHU du Point « G » de janvier 1980 au janvier 2010.

Il s'agissait de 21 hommes contre 4 femmes avec un sex ratio=5. Les étiologies étaient la désunion anastomotique 32%(8cas), la perforation iatrogène 28%(7 cas) et la fistule digestive 8%(2cas). Les principaux signes retrouvés étaient la douleur abdominale 92%(23cas), la défense abdominale 92%(23cas), l'abolition de la matité pré hépatique 84%(21cas), le cul de sac de Douglas bombé et douloureux 68%(17cas) et la fièvre 84% (21cas). L'échographie abdominale réalisée chez 18 patients a objectivé un épanchement liquidien dans 72%.

Nous avons réalisé un lavage et drainage de la cavité péritonéale dans 36%(9cas), la suture de la perforation 36%(9cas), la stomie digestive temporaire 24%(6cas) et la résection anastomose 4% (1cas). Le taux de morbidité a été de 20% (5cas) : l'infection de la paroi (2cas), la fistule digestive (1cas), l'éviscération (1cas) et la thrombophlébite des membres inférieurs (1cas). La mortalité a été de 4% (1cas).

**Mots Clés** : Péritonites post opératoires, ré intervention

## FICHE D'ENQUETE

-THEME : Péritonites post opératoires dans le service de chirurgie B au CHU du point G.

I- Données administratives :

1- N° de la fiche d'enquête :.....

2-N° du dossier :.....

3-Date de consultation :.....

4-Nom prénom :.....

5Age :.....

6- Sexe.....a- M..... /\_\_/ b- F..... /\_\_/

7- Nationalité : /\_\_/1=Maliennne 2=Autres

8-Principale occupation :...../\_\_/

1=Ménagère 2=Ouvrier 3=Commerçant 4=Autres

9-Niveau d'instruction :...../\_\_/

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

10- Situation familiale : /\_\_/ 1=Marié 2=Célibataire 3=Divorcé 4=Veuf(e)

II- RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

A- INTERROGATOIRE :

11- Adressé par :/\_\_/

1=Médecin 2=Infirmier 3=Venu de lui (elle) même 4=Hospitalisé(e) 5= Autres

12- Motif de consultation :...../\_\_/

1=Douleur abdominale 2=Vomissements 3= Arrêt des matières et des gaz

4= Diarrhée 5=Hoquet 6=Toux 7=Autres à préciser

13- Mode du début : /\_\_/1=Brutal 2=Progressif 3=Autres

14-Durée d'évolution :.....(heures)

15- Antécédents personnels médicaux : /\_\_/

0=Non 1=HTA 2=Diabète 3=Asthme 4=Autres à préciser

•Antécédents chirurgicaux :

16-Motif

d'hospitalisation :.....

17-Type d'anesthésie : /\_\_/ a- Locale b- Locorégionale c- Générale 4= Autres à préciser

18- Nature de l'intervention antérieure:.....

19- Durée de l'intervention:.....(minutes)

20- Opérateur:...../\_\_/

a- Professeur b- Assistant chef clinique c- C E S d- Interne

e- a+b+c+d f- a+b+c g- b+c+d h- Autres à préciser

21- Type de chirurgie selon ALTEMEIER :...../\_\_/

a- Chirurgie propre b- Chirurgie propre contaminée c- Chirurgie sale

d- Chirurgie très sale e- Autres à préciser

22- Pose de cathéter et sondes :...../\_\_/

a- Cathéter intra veineux b- Sonde urinaire

c- Sonde naso-gastrique d- Sonde d'intubation f- Autres à préciser

23-Antibioprophilaxie pré opératoire : /\_\_/ 1-Non 2-Oui

24- Antibioprophilaxie per opératoire : /\_\_/ 1-Non 2-Oui

25- Antibioprophilaxie post opératoire : /\_\_/ 1-Non 2- Oui

26-Antécédants gynéco-obstetricaux :...../\_\_/

0= Non 1= Accouchement récent 2= Avortement 3= Autres à préciser

27- Habitudes socio alimentaires : /.../0= Non 1= Tabac 2= Alcool 3=

Autres à préciser

**B- EXAMEN PHYSIQUE :**

**B-1- SIGNES FONCTIONNELS :**

- 28- Douleur abdominale : /\_\_/ 1= Faible 2= Moyenne 3= Forte
- 29- Vomissements : /\_\_/ 1= Présents 2= Absents
- 30- Nausées : /\_\_/ 1= Présentes 2= Absentes
- 31 -Arrêt des matières et des gaz : /\_\_/ 1= Présents 2= Absents
- 32-Diarrhée /\_\_/ 1= Présente 2= Absente
- 33- Hoquet : /\_\_/ 1= Présent 2= Absent
- 34-Autres à préciser :...../\_\_/

**B-2- SIGNES GENERAUX :**

- 36- Etat général (Karnofsky).....%
- 37- Température :.....°C
- 38- Fréquence cardiaque :.....(cycles/ mn)
- 39- Fréquence respiratoire :.....(cycles/mn)
- 40- Tension artérielle :.....mmhg
- 41-Conscience (Glasgow).....
- 42- Conjonctives : /\_\_/ 1= Bien colorées 2=Moyennement colorées  
3= Pâles 4= Autres à préciser
- 43- Indice de masse corporelle(IMC) : .....kg /m<sup>2</sup>

**B-3- SIGNES PHYSIQUES :**

- 44- Respiration abdominale : /\_\_/ 1= Normale 2= Minimale 3= Absente
- 45-Distension abdominale : /\_\_/ 1= Faible 2= Moyenne 3=Forte
- 46-Contracture abdominale : /\_\_/ 1= Présente 2= Absente
- 47- Douleur abdominale : /\_\_/ 1= Faible 2= Moyenne 3= Forte
- 48- Défense : /\_\_/ 1= Présente 2= Absente
- 49-Matité pré hépatique : /\_\_/ 1= Présente 2= Absente
- 50- Bruits hydro aériques : /\_\_/ 1= Présents 2= Absents
- 51- Douleur du cul de sac de Douglas : /\_\_/ 1= Présente 2= Absente

### C-EXAMENS PARACLINIQUES

52-Numération formule sanguine(NFS)...../\_\_\_/

1= Hyperleucocytose 2= Hématocrite élevée 3=1+2 4= Autres à préciser

53- CRP : .....mg/L

54-Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) debout de face prenant les coupes diaphragmatiques ou couchée de profil :...../\_\_\_/

1= pneumopéritoine 2= Niveau hydro aérique 3=Autres à préciser 4=Non faite

55-Echographie abdominale :...../\_\_\_/

1= Epenchement intra péritonéale diffuse 2= Epenchement intra péritonéale cloisonné 3=Hemopéritoine 4= Autres à préciser 5= Non faite

56- Radiographie du thorax de face : /\_\_\_/ 1= Pleurésie 2= Autres à préciser

3=Non faite

### D- BILAN D'OPERABILITE :

57-Groupage sanguin rhésus :.....

58-

Glycémie :.....mmol/L

59-Créatinémie :.....mmol/L

60-Taux de prothrombine :...../\_\_\_/

61- Temps de cephalin kaolin( TCK) : .....

### E-TRAITEMENT DES PERITONITES POST OPERATOIRES :

#### E-1-REANIMATION :

62-Réhydratation :1= Nombre de litre :...../24heures 2= Durée :.....(jours)

63-

Antibiothérapie :...../\_\_\_/

1=Ciprofloxacine 2= Ceftriaxone 3= Métronidazol 4= 1+3 5= Autres

64-Antalgique : /\_\_\_/ 1= Novalgin 2= Perfalgan 3= Autres à préciser





87- Coût de la prise en charge

a-Intervention initiale :

- Les examens complémentaires:.....
- Le kit (anesthésie, intervention, hospitalisation 10jours).....
- Médicaments :.....
- Frais de pansements :.....
- Restauration du malade et des accompagnants :.....
- Frais d'entretien du malade et des accompagnants :.....
- Frais de transport des visiteurs :.....
- Autres à préciser :.....

b- Péritonites post opératoires :.....

- Les examens complémentaires :.....
- Le kit (anesthésie, intervention) :.....
- Frais d'hospitalisation :.....
- Médicaments :.....
- Frais de pansements :.....
- Restauration du malade et des accompagnants :.....
- Frais d'entretien du malade et des accompagnants :.....
- Frais de transport des visiteurs :.....
- Autres à préciser :.....

c- Péritonites post opératoires sans perforation digestive :

- Frais d'entretien du malade :.....

d- Péritonites post opératoires avec perforation digestive (Rétablissement de la continuité):

- Le kit (anesthésie, intervention) :.....
- Frais d'hospitalisation :.....
- Médicaments :.....
- Frais de pansements:.....
- Restauration du malade et des accompagnants :.....

Péritonites post opératoires en chirurgie B.

- Frais d'entretien du malade et des accompagnants :.....
- Fais de transport des visiteurs :.....
- Autres à préciser:.....

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

**Je le jure !**