

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SUPERIEURS ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO (USTTB)



U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2003-2014

N°...../

TITRE

**PERITONITES AIGUES GENERALISEES
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET THERAPEUTIQUES
A L'HOPITAL ALFOUSSEYNI DAOU DE KAYES**

THESE

Présentée et Soutenue publiquement le.../.../2014 devant
la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par

M. Lassana DIAKITE

Pour l'obtention du grade de Docteur en médecine
(Diplôme d'Etat)

Jury

Président: Pr. Djibo Mahamane DIANGO

Membre : Dr. Yacaria COULIBALY

Co-Directeur: Dr. Gaoussou SOGOBA

Directeur : Pr .Gangaly DIALLO

DEDICACES :

BISMILAH, RAHMANI, RAHIM

Au nom d'Allah le très Miséricordieux, le tout Miséricordieux.

*« GLOIRE a toi! Nous n'avons de savoir que ce que tu nous a appris.
Certes c'est toi l'omniscient, le sage »*

Louange et gloire à ALLAH le tout puissant, l'omniscient, qui m'a permis de mener ce travail, et voir ce jour que j'attendais.

Après avoir rendu grâce à DIEU, je dédie ce travail :

-A mes Papa : surtout, Samady DIAKITE et Harouna DIAKITE

Très chers papa qui m'apprirent à être humaniste et à accepter les gens tels qu'ils sont, vous nous avez toujours montré le chemin du travail bien fait, de l'honneur, du respect de soi même et d'autrui. Votre rigueur dans l'éducation a toujours guidé nos pas. Votre sagesse, vos critiques et votre culture d'une famille unie resteront à jamais dans notre mémoire. Que l'Eternel vous garde encore longtemps auprès de nous, vos enfants et que vous puissiez profiter du fruit de nos efforts qui sont en réalité les vôtres. Trouvez dans ce modeste travail la récompense de vos nombreux sacrifices.

-Mes mamans: Les deux Soucko (Manthia et Hawa) et Diominé Coulibaly

Modèles de mamans africaines, qui se réveillent avant et se couchent après tout le monde pour qui ; la cohésion familiale est le cheval de bataille. Vous avez toujours accueilli les enfants des autres comme les tiens, ce qui a beaucoup simplifié mon adoption partout où j'ai été ; mamans ce travail vous apportera beaucoup de satisfaction.

Que Dieu le tout puissant vous garde encore très longtemps auprès de nous. Amen!

-A toutes mes autres tantes surtout Sian KONATE et Ramata BALLO:

Très chères tantes, qui m'ont prouvé qu'une mère n'est pas seulement celle qui met au monde un enfant, je ne cesserai jamais de vous remercier pour votre sagesse, votre honnêteté et votre grande générosité. Ce travail est également le fruit de votre encouragement et de vos nombreuses prières et bénédictions. Votre dévouement et votre soutien efficace de tous les jours ont permis d'atteindre notre objectif. Puisse ce modeste travail vous donner un début de satisfaction de vos vœux les plus sincères.

Que Dieu nous prête une longue vie pour que vous puissiez partager avec nous le fruit de ce travail.

Vos sens de la cohésion familiale feront de vous des mères sollicitées de famille.

-A mes autres tontons :

Vous m'avez soutenu pendant des moments difficiles de ma vie d'élève. Chers tontons merci pour tout.

Vos sens de la cohésion familiale feront de vous des bons pères de famille. Trouvez ici l'expression de ma grande admiration, que Dieu vous donne longue vie et beaucoup de bonheurs dans vos foyers.

-A tous mes sœurs et frères : Dr Oumar Samady ; Boubacar DIAKITE ; leurs cadets ainsi que leurs femmes.

Les mots me manquent pour exprimer ma reconnaissance. En aucun moment, vos soutiens moraux et matériels, n'ont fait défaut. Ce travail est le votre ; que le tout puissant vous donne longévité, santé et bonheur.

-A mes cousines et cousins : Fatoumata SANGARE ; Aminata DIAKITE ; Mady KONATE ; mon petit Abdoulaye DADO et Toumany TRAORE;

Les mots me manquent pour exprimer ma reconnaissance. En aucun moment, vos soutiens moraux et matériels, n'ont fait défaut. Ce travail est le votre ; que le tout puissant vous donne longévité, santé et bonheur.

-A Daouda OULOGUEM et ses frères et Mahamadou parkeur ;

-A tous mes collègues et Ami(e)s: surtout Cheick O DIARRA et DIALLO de l'hôpital Alfousseyni N'Daou de Kayes pour leur collaboration et leur esprit d'équipe.

-A tous ceux qui ont souffert, souffrent ou souffriront de péritonite aigue généralisée.

-Tous mes enseignants et collègues techniciens supérieurs en biologie médicale.

-Tous mes collègues du CH U.GT ;

Que le tout puissant, le Miséricordieux vous donne la santé. Amen !

REMERCIEMENTS

C'est le lieu de remercier :

✓ **LE Docteur Boubacar SISSOKO**

Spécialiste en chirurgie générale ;

Ancien chef de service de chirurgie <A> de l'hôpital Alfousseyni N'Daou

Ancien président de l'ordre régional de Kayes ;

Actuel honorable député du cercle de Bafoulabé durant notre séjour ;

vous nous avez donné le gout de la chirurgie générale, par votre qualité humaine, votre rigueur dans le travail, et votre disponibilité. Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude.

✓ **Le Docteur Lassana KANTE**

Spécialiste en chirurgie générale,

Maître assistant en chirurgie générale,

Chargé de cours à l'Institut National de Formation en science de la Santé (INFSS),

Membre de l'Association de Chirurgie de l'Afrique francophone (ACAF).

Cher maître,

Nous sommes honorés par la spontanéité avec laquelle vous nous avez acceptés d'aider à réaliser ce travail. Votre simplicité, votre disponibilité, votre savoir faire et votre compétence ont contribué à la réalisation de ce travail.

Qu'il nous soit permis cher maître, de vous exprimer notre profonde gratitude.

✓ **LE Docteur Gaoussou SOGOBA :**

Actuel chef de service de chirurgie <A> de l'hôpital Alfousseyni N'Daou de Kayes;

Chargé de cours à l'Institut National de Formation en science de la Santé (INFSS) de Kayes ;

Cher chef, nous vous avons trouvé accueillant et disponible. Votre simplicité, Votre courtoisie font qu'il est agréable de travailler à vos côtés.

Nous sommes honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de codiriger ce travail.

Soyez rassuré cher maître de notre profonde reconnaissance.

- ✓ **La famille Kalilou COULIBALY A DJICORONI et celle de Moustapha KANTE à Kayes.**

Merci d'avoir prouvé que je suis chez moi.

- ✓ **Mes compagnons d'arme** à l'hôpital Alfousseyni N'Daou de Kayes

Ce travail est également le votre. Merci à vous tous

- ✓ **Mes ami(e)s :**
- ✓ **Merci à vous tous.**
- ✓ **Tout le personnel** du service de chirurgie, du bloc des urgences et du bloc opératoire à l'hôpital Alfousseyni N'Daou de Kayes : pour leur esprit d'équipe.
- ✓ **Mes cadets :** Le chemin est long mais avec courage et patience rien n'est impossible. Soyez patients et courageux.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY :

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Professeur Djibo Mahamane DIANGO

- Maître de conférences agrégé en Anesthésie-Réanimation
- Chef du département d'Anesthésie-Réanimation et des urgences du CHU-GT
- Secrétaire général de la Société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'urgence du Mali (SARMU - MALI)
- Membre de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation
- Membre de la Société d'Anesthésie-réanimation d'Afrique Noire Francophone.

Cher Maître,

Votre grande culture scientifique, votre grande pédagogie et vos qualités humaines, font qu'il est aisé d'apprendre à vos côtés et expliquent l'estime que vous portent vos pairs et les étudiants de la faculté.

Recevez cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et toutes nos considérations.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**Dr. Yacaria COULIBALY**

- Spécialiste en chirurgie pédiatrique;
- Maître-assistant en chirurgie pédiatrique à la FMOS;
- Membre de la Société Africaine de Chirurgie Pédiatrique

Cher maître,

Vous nous avez fait l'honneur de participer au jugement de cette thèse.

Nous vous remercions de votre disponibilité et de vos enseignements.

Veillez trouver l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR,**Docteur Gaoussou SOGOBA**

- Spécialiste en chirurgie générale,
- Chargé de cours à l'Institut National de Formation en science de la Santé (INFSS),
- Actuel chef de service de chirurgie <A> de l'hôpital Alfousseyni N'Daou de Kayes

Cher maître,

Nous sommes honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de codiriger ce travail. Votre simplicité, votre disponibilité, votre savoir faire et votre compétence ont contribué à la réalisation de ce travail.

Qu'il nous soit permis cher maître, de vous exprimer notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**Professeur Gangaly DIALLO**

- Professeur titulaire en chirurgie viscérale à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (F.M.P.O.S) de Bamako.
- Chef du département de chirurgie au CHU Gabriel Touré.
- Médecin, Général des Forces Armées du Mali.
- Chevalier de l'Ordre de Mérite de la Santé.
- Président de la Société de Chirurgie du Mali.
- Secrétaire général de l'Association de Chirurgie d'Afrique Francophone.

Cher Maître,

C'est un grand honneur pour nous, cher Maître, de vous avoir comme directeur de cette thèse.

Votre exigence scientifique, votre rigueur dans le travail bien fait, votre disponibilité et votre esprit de partage font de vous un personnage international et respecté.

Ce fut un véritable privilège d'avoir été compté parmi vos élèves.

Recevez cher Maître l'expression de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous donne une longue vie afin que nous puissions continuer à bénéficier de vos enseignements.

LISTE DES ABREVIATIONS:

ASP : Abdomen Sans Préparation
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CSCOM : Centre de Santé Communautaire
CS Réf : Centre de Santé de Référence
DNSI: Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
ECG: Electrocardiogramme
EPH: Etablissement public hospitalier
EVA: Echelle Visuelle Analogue
FMOS : Faculté Médecine et d'Odontostomatologie
MPI : Mannheim Peritonitis Index
NFS: Numération Formule Sanguine
ORL: Oto Rhino Laryngologie
SIH: Système Informatique Hospitalier
SOTELMA: Société de Télécommunication du Mali
VIP: Very Importantis Personalising
DCD : Décès
SVC : Survivant
Ddl : Degré de liberté
 μ : Moyenne
Per : Perforation
P : probabilité
TR :Toucher Rectal
CH U.GT:Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE.

SOMMAIRE:

I-INTRODUCTION.....	13-15
II-OBJECTIFS.....	16-17
III- GENERALITES.....	18-36
IV- METHODOLOGIE.....	37-43
V- RESULTATS.....	44-69
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	70-83
VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	84-86
VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	87-92
IX-ANNEXE.....	93-102

INTRODUCTON:

I- INTRODUCTON:

La péritonite est une inflammation ou une infection aigue du péritoine. Elle est le plus souvent secondaire à une perforation d'organe digestif et /ou à la diffusion d'un foyer septique intra abdominal. Une péritonite est dite généralisée, lorsqu'elle s'étend à toute la cavité péritonéale [1].

Elle constitue une urgence grave nécessitant une prise en charge médicochirurgicale rapide [2].

La péritonite aigue est une pathologie très fréquente. Elle occupe la troisième place des abdomens aigus chirurgicaux après l'appendicite et l'occlusion intestinale [3].

Sa fréquence est estimée, par rapport à l'ensemble des abdomens aigus chirurgicaux à 3% en France [4] ; 13, 63% à Oman [5] ; 28,8% au Niger [6], 41% au CHU Gabriel Touré [7] et 54,7% à Sikasso [8].

La coelioscopie occupe une place importante dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des péritonites [9].

La prise en charge de cette pathologie infectieuse aigue associe des mesures de réanimation à une éradication chirurgicale des foyers infectieux intra péritonéaux et une antibiothérapie adaptée et prolongée [10].

La morbidité et mortalité de l'affection restent encore très élevées dans les pays en développement comme le nôtre [11].

- **En France : Brunel Fraisse et Sotto Laporte** [12] en 2008, à partir des études faites sur les péritonites infectieuses, ont montré que les péritonites dues aux infections génitales étaient causées dans 80% par *Neisseria gonorrhoeae*.
- **En Allemagne : GIESSLING et coll** [13] ont relevé 58% de décès chez 36 patients atteints de péritonites sévères, avec un score de MPI >29.

- **EN Inde : RAMACHANDRAN et coll [14]** en 2004 ont signalé au cours de leur étude sur les péritonites aiguës généralisées qu'en cas de défaillance multi viscérale au moment de l'intervention, la mortalité peut atteindre 70-80%.
- **AU NIGERIA : Adesunkanmi [15]** en 2003, sur une étude faite sur les péritonites aiguës chez les enfants a trouvé une mortalité de 11,6% chez les enfants atteints des péritonites.
- **AU MAROC: M'bida et coll [16]** en 2005 ont remarqué que le pronostic peut être amélioré par une prise en charge urgente et multidisciplinaire, associant un diagnostic précoce, une laparotomie exploratrice en urgence et une réanimation précoce bien adaptée.
- **AU MALI: Konaté [17]** en 2010 a aussi prouvé que les étiologies des péritonites aiguës généralisées sont multiples et variées, mais la perforation iléale reste la première cause avec 56 cas sur 101 avec un taux de mortalité de 8,2% d'où la nécessité d'une étroite collaboration interdisciplinaire.
- **DIABY [18]** en 2013 releva un taux de mortalité de 7,9% sur 302 cas de péritonites aiguës par perforation d'ulcère dans les services de chirurgie et pédiatrique à l'hôpital Gabriel Touré.
- Aucune étude n'a été réalisée sur les aspects épidémiologiques et thérapeutiques péritonites aiguës généralisées à l'hôpital Alfousseyni DAOU de Kayes ; ce qui nous a motivé à entreprendre cette étude.

OBJECTIFS:

II-OBJECTIFS:

➤ **Objectif général:**

-Etudier les péritonites aiguës généralisées à l'hôpital Alfousseyni DAOU de Kayes.

➤ **Objectifs spécifiques :**

-Déterminer les aspects épidémiologiques de péritonites aiguës généralisées ;

-Décrire les aspects thérapeutiques ;

-Evaluer le pronostic de péritonites aiguës généralisées.

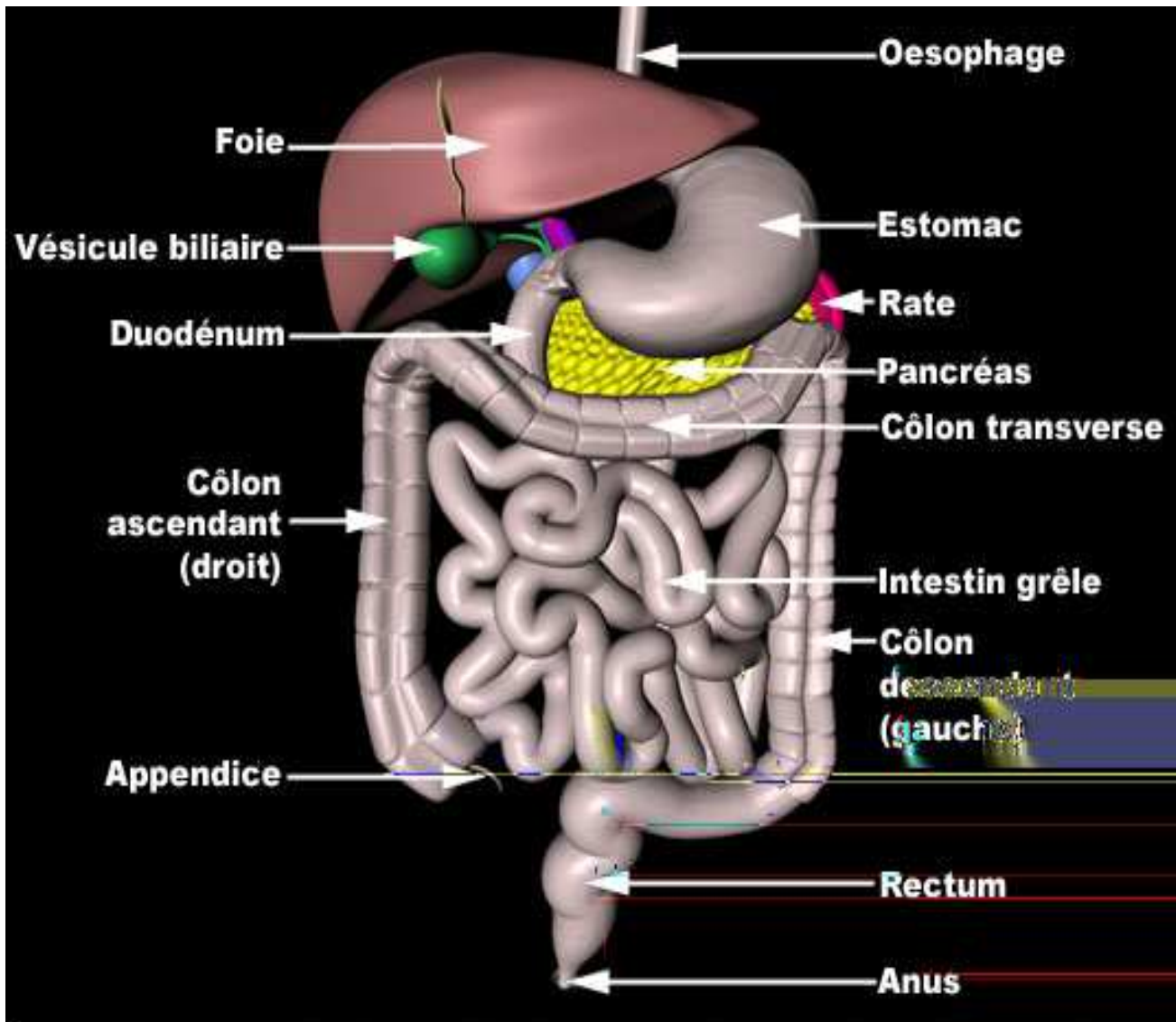
GENERALITES:

III-GENERALITES:

I- RAPPEL ANATOMIQUE DE L'APPAREIL DIGESTIF

L'appareil digestif comporte, chez l'homme un long tube musculo-membraneux, qui traverse tout le corps de la cavité buccale à l'orifice du canal anal : c'est le tube digestif.

Sa longueur moyenne est de 10m. Il comprend entre autres les éléments suivants : **L'œsophage, l'estomac, le duodénum, l'intestin grêle, le colon, le rectum et le canal anal.**



Supérieure



Gauche

Vue d'ensemble du tube digestif

http://www.fr.wikipedia.org/wiki/Système_digestif_humain (2013)

II-ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU PERITOINE :

A-ANATOMIE [17]

1-Définition et description :

Le péritoine est une membrane séreuse annexée aux organes dans la cavité abdomino- pelvienne c'est-à-dire à la partie sous diaphragmatique de l'appareil digestif et à certains organes de l'appareil génito- urinaire.

Macroscopiquement on reconnaît comme toute séreuse :

-Un feuillet pariétal : Appelé encore péritoine pariétal, appliqué sur les parois des cavités abdomino pelviennes, 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 ;

-Les 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 laquelle 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, épiploon ou ligament.

On appelle méso les replis péritonéaux qui unissent à la paroi d'un segment de tube digestif. Le méso s'appelle mésogastre, méso duodénum, mésentère ou méso colon suivant qu'il est en connexion avec l'estomac, le duodénum, le jéjuno-iléon ou le colon.

On appelle ligament les replis du péritoine qui relient la paroi des organes, intra abdominaux ou pelviens ne faisant pas partie du tube digestif (foie, utérus etc.).

Enfin on donne le nom d'épiploon aux replis péritonéaux qui s'étendent entre deux organes intra abdominaux. En fait à la surface des organes le péritoine apparaît comme un simple vernis, il ne prend texture et l'allure d'une membrane ayant une certaine épaisseur qu'au niveau des parois, des méso et des épiploons. Sa doublure par le fascia propria permet alors de le mobiliser et de le suturer.

-Epiploon gastro-duodeno-hepatique ou petit épiploon :

Le petit épiploon unit le foie à l'œsophage abdominal, à l'estomac et à la première portion du duodénum. Les deux feuillets qui le composent forment une lame orientée dans un plan à peu près vertico- transversal.

A cette lame nous décrivons un bord hépatique, un bord gastro-duodéal un bord diaphragmatique, un bord libre et deux faces : l'une antérieure l'autre postérieure.

Le petit épiploon ne présente pas le même aspect dans toute son étendue. Ces deux feuillets sont séparés en haut et à gauche, près de l'œsophage par le tissu cellulaire des rameaux vasculaires et nerveux ; cette partie assez épaisse du petit épiploon est appelée **pars condensata**. Dans sa partie moyenne le petit épiploon est réduit à une lame très mince transparente dans laquelle il est impossible de distinguer les deux feuillets qui la composent, c'est la **pars flaccida**.

Enfin à droite de la pars flaccida, le petit épiploon devient très épais jusqu'à son bord libre, car il contient dans cette région entre ses deux feuillets tous les éléments du pédicule hépatique ; c'est la **pars vasculosa** ou partie duodéno-hépatique.

-Le grand épiploon :

Le colon transverse est relié à l'estomac par un repli péritonéal appelé grand épiploon ou épiploon gastro-colique. Le grand épiploon descend de l'estomac vers le bassin en avant de l'intestin et en arrière de la paroi abdominale antérieure.

Il est irrégulièrement quadrilatère ou en forme de tablier dont le bord inférieur, libre est convexe. Son aspect, son épaisseur, sa constitution varie avec l'âge et l'embonpoint du sujet. Chez l'enfant le grand épiploon est mince. Chez l'adulte, il est infiltré de graisse le long des vaisseaux, mince et fenêtré dans les intervalles quand le sujet est maigre ; il est au contraire épais, rempli de graisse quand le sujet est obèse.

Les dimensions du grand épiploon sont également variables.

-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 division des troncs cœliaques et mésentériques.

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

Pas de circulation lymphatique propre à la séreuse péritonéale, seul un dispositif juxta diaphragmatique fait de fenêtres mesothéliales permet d'assurer le drainage de la lymphe à la cavité péritonéale vers les lymphatiques diaphragmatiques, le canal thoracique et la circulation générale.

-Innervation du péritoine : semble être 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, et ou 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 dont l'exploration clinique présente un intérêt diagnostique dans les syndromes péritonéaux. Cette innervation se signale également par un fait en pathologie : toute agression inflammation de la séreuse péritonéale peut se manifester par une contracture des muscles de la sangle abdominale, réponse pratiquement pathognomonique.

2-Rapports du péritoine avec les organes :

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 sont recouverts en avant par le péritoine pariétal postérieur, sont 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 l'estomac, les voies biliaires extra hépatiques, les anses intestinales (grêle, colon, haut rectum), l'utérus et les annexes utérines (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.

B- PHYSIOLOGIE [17]

La surface occupée par le péritoine est importante, de l'ordre de celle de la peau environ 2 m² chez l'adulte. La séreuse péritonéale se comporte comme 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

1-la voie passive de sécrétion- absorption :

1-1-Sécrétion : l'espace virtuel limité par les deux feuillets péritonéaux est recouvert par une sérosité liquidienne (50 à 100 cm³) qui est continuellement renouvelé. La composition chimique de cette sérosité est proche du sérum sanguin. Elle contient des protéines (entre 50 et 70g/l), quelques cellules de type leucocytaire ou histiocytaire (300 par ml) représentées par des lymphocytes (50%), des macrophages (40%), quelques éosinophiles, de rares cellules mésothéliales. Cette sérosité régulièrement répartie joue pour les deux feuillets péritonéaux le rôle d'une bourse séreuse de glissement.

1-2-Absorption : l'absorption serait maximum au dessus du foie et nulle au niveau du Douglas. Ce mouvement liquidien, du péritoine vers les capillaires explique la possibilité de passage des germes dans la circulation sanguine.

2-Mouvement des fluides péritonéaux et voie active :

2-1-Mouvement des fluides : se fait selon deux directions ; de haut en bas et de bas en haut. Le premier mouvement, de haut en bas, draine les espaces supérieurs vers la cavité pelvienne. Il est quantitativement peu important mais explique certaines collections du cul- de- sac de Douglas compliquant une pathologie sus mésocolique, ou habituellement les pathologies sous-mésocoliques. Le mouvement de bas en haut est quantitativement plus important. Il fait remonter aussi bien en position couchée que debout, les liquides depuis l'excavation pelvienne et l'espace sous méso colique jusqu'aux espaces sous diaphragmatiques par le chemin des gouttières pariéto-colique, essentiellement la gouttière

droite, la gauche pouvant être cloisonnée par le ligament phrénico-colique. Il se fait sous l'effet d'un gradient de pression des hautes vers des basses pressions : en effet en position debout, la pression intra-péritonéale est de 20cm d'eau dans l'étage sous méso colique alors qu'elle est de 8cm dans l'étage sus méso colique.

Ces mouvements de bas en haut expliquent le drainage lymphatique actif de la cavité péritonéale. Ils expliquent également la possibilité d'abcès sous phrénique compliquant une pathologie infectieuse née en sous- méso colique.

2-2-Drainage lymphatique actif : Ce drainage s'effectue dans un seul sens : cavité péritonéale, fenêtres mesothéliales diaphragmatiques, lymphatiques diaphragmatiques, canal thoracique, circulation générale. Le passage unidirectionnel de fluides à travers ces structures constitue la voie d'épuration du péritoine.

Ce mécanisme, qui dépend de la taille et du nombre des fenêtres ouvertes, s'effectue en deux phases qui sont fonction des mouvements respiratoires et de la différence de pression entre l'abdomen et le thorax :

Une phase expiratoire marquée par l'afflux de liquide péritonéal au travers les fenêtres mésothéliales juxta diaphragmatiques qui restent ouvertes dans les canaux lymphatiques collectrices ;

Une phase inspiration marquée par l'éjection vidange des lymphatiques diaphragmatiques vers les collecteurs thoraciques, sous l'effet du gradient de pression abdomino thoracique.

II-PHYSIOPATHOLOGIE [17]

Il est classique de distinguer deux types de péritonites en fonction du mode de contamination du péritoine :

❖ PERITONITES DITES PRIMITIVES :

Rares, elles correspondent aux infections de la cavité péritonéale qui surviennent en l'absence de foyer infectieux primaire intra abdominal ou de solution de continuité du tube digestif. La contamination péritonéale se fait par voie hématogène au cours d'une bactériémie; cependant ce mécanisme n'est probablement pas le seul dans les péritonites tuberculeuses, ni dans les infections d'ascite du cirrhotique (qui pressentent l'étiologie la plus fréquente dans ce groupe) : la stase splanchnique pourrait alors favoriser de passage transmural des bactéries depuis la lumière digestive.

Ce sont des infections à un seul germe (Streptocoque, Pneumocoque chez l'enfant, Entérobactéries surtout chez l'adulte), cette flore monomorphe étant caractéristique des péritonites primitives. Dans tous les cas, la contamination péritonéale « spontanée » est favorisée par la présence d'une ascite et/ou d'un déficit immunitaire de l'hôte : diabète, syndrome néphrotique, cirrhose.

❖ PERITONITES SECONDAIRES :

En règle, les péritonites sont secondaires à une lésion du type digestif ou d'un viscère intra abdominal.

La lésion initiale peut être une suppuration (appendicite, cholécystite) ou une nécrose viscérale (strangulation intestinale), et /ou plus souvent une perforation du tube digestif (ulcère, tumeur). L'inoculation péritonéale est donc faite par la flore intestinale poly microbienne, où le rôle pathogène des entérobactéries (*Escherichia Coli*) et des anaérobies (*Bacteroides fragilis*) est prédominant, et dont la virulence est accrue par une synergie aéro-anaérobie.

L'évolution de l'infection après l'inoculation péritonéale dépend d'une part de l'infection de celle-ci et de facteurs locaux favorisants (comme le sang ou la nécrose tissulaire), et d'autre part des moyens de défense de

l'organisme dont la mise en jeu est immédiate et complexe : ces moyens sont locaux (épiploon, drainage lymphatique) et systémique (phagocytose, fibrino-formation). Il y a systématiquement trois (3) possibilités évolutives : la guérison par résorption du foyer infectieux (par exemple : ulcère perforé bouché) ; la limitation de l'infection par les moyens de défense ,avec constitution d'un abcès (par exemple : abcès péri colique sur perforation sigmoïdienne) ; la constitution d'une péritonite , en cas de faillite ou de débordement de ces moyens de défense .Les conséquences locales et générales sont d'autant plus graves que l'inoculation bactérienne est virulente , abondante et surtout prolongée .Localement , l'inflammation produit une fuite plasmatique importante dans la cavité péritonéale , dans le tissu conjonctif de la séreuse et dans la lumière du tube digestif en état d'iléus paralytique :«3eme secteur » qui peut atteindre 4 à 6 litres par jour . L'absorption séreuse augmentée provoque une diffusion des toxines et des bactéries dans la circulation générale, qui peut retentir sur toutes les fonctions de l'organisme : défaillances cardio-circulatoire, respiratoire, rénale, hépatique, digestif, neurologique. Ainsi se trouve la conception de « péritonite grave ».

1- Retentissement Viscéral :

- ✓ **L'insuffisance rénale** : est tout d'abord fonctionnelle (oligurie en rapport avec le seul hypo débit artériel), puis lésionnelle (ischémie prolongée, toxines bactériennes) avec débit urinaire chez un adulte, égal ou inférieur à 20 ml/heure, soit moins de 500ml/24 heures. L'hyperkaliémie qu'elle entraîne est un facteur déterminant dans le mécanisme du décès.
- ✓ **La défaillance respiratoire** : peut être également précoce ; elle entre dans le cadre plus large du Syndrome de Détresse Respiratoire Aigue de l'adulte (SDRA) ; elle résulte de l'activation

des polynucléaires neutrophiles et de leur adhésion entre eux et aux parois des endothéliums vasculaires pulmonaires. L'hypoxie qui en résulte ne peut être corrigée par la simple administration d'oxygène, mais exige une ventilation assistée avec pressions positives expiratoires. La rétention de CO₂ majore l'acidose de la glycolyse en anaérobie. L'installation de tel syndrome, qui complique 40 à 60% des chocs septiques, aggrave considérablement le pronostic.

- ✓ **L'impact hématologique** : est également d'origine toxique. La première perturbation est une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) avec consommation des facteurs de l'hémostase et tendance hémorragique ; une hypoplaquettose autour de 30000/mm³ en est le témoin ultime. La toxicité hématologique se signale également par une hyperleucocytose (supérieur à 30000/mm³) ou une hypo leucocytose (inférieur à 2500/mm³) ; le taux d'hémoglobine tend également à s'abaisser ; c'est un facteur pronostique important lorsqu'il se situe au dessous de 8g/100ml.
- ✓ **La défaillance hépatique** : (par ischémie prolongée, effets toxiques de la pullulation microbienne intraluminale) se traduit par un ictère et une chute des facteurs de coagulation, ce dernier aspect majorant la tendance hémorragique.
- ✓ **La défaillance cardio-circulatoire** : est poly factorielle et terminale (tachycardie prolongée avec métabolisme en hypoxie, acidose métabolique, hyperkaliémie par l'insuffisance rénale, effets inotropes négatifs des toxines bactériennes, hypertension artérielle pulmonaire par SDRA). Son expression clinique est une hypotension artérielle à pression veineuse centrale élevée, la bradycardie est un signe terminal.

- ✓ **La traduction cérébrale** : enfin, résulte du cumul de l'ensemble de ces facteurs pathologiques ; on l'évalue à l'aide du Score de GLASGOW ; un chiffre égal ou inférieur à 6 témoigne d'une situation terminale, pratiquement irréversible.

2- Facteurs pronostiques globaux :

Plusieurs facteurs ou situations sont reconnus dans la littérature comme aigue de mauvais pronostic [19] :

- **la durée de l'inoculation péritonéale** : avant l'intervention thérapeutique est le plus simple à apprécier ; le taux de mortalité augmenterait au-delà de 12 heures d'évolution, en raison d'une diffusion générale toxi-infectieuse.
- **La survenue d'une complication évolutive** : du type syndrome hémorragique, choc septique, insuffisance rénale aigue et insuffisance respiratoire, est également prise en charge ; s'il existe 1,2 ou 3 de ces complications, le taux de mortalité serait de 33,66 ou 100% [20].
- **L'âge** : enfin non pas en tant que tel, mais en relation avec le site d'une perforation digestive est un indicateur important ; en effet, plus l'âge augmente, plus la perforation est distale et plus la mortalité est élevée [21].

III- RAPPEL CLINIQUE[18]

1- **Type de description** : Forme typique de la péritonite aigue généralisée en péritoine libre de l'adulte vue tôt.

2- Signes cliniques :

Le diagnostic est clinique associant :

❖ Une douleur

Constante, brutale, très intense, d'emblée maximale, rapidement généralisée.

❖ Des vomissements

Alimentaires, puis bilieux, répétés, quasi constants

Parfois remplacés par des nausées

❖ **Des troubles du transit :**

-arrêt des matières et des gaz

-Parfois diarrhée

❖ **La fièvre**

Habituellement élevée 39°-40°C, sauf dans les perforations d'ulcère duodénal où au début la température est normale.

❖ **L'état général est conservé au début mais**

- Le sujet est anxieux
- Le pouls est filant et rapide

L'examen de l'abdomen permet d'affirmer le diagnostic de péritonite devant l'existence d'une **contracture**.

- A l'inspection : diminution ou absence de la respiration abdominale,

Saillie des muscles droits ;

- La palpation : mains réchauffées, bien plat en commençant par les endroits les moins ou non douloureux, retrouve la contracture permanente, invincible, douloureuse, tonique rigide, généralisée.

- Au toucher rectal : douleur vive au cul de sac de Douglas.

Le diagnostic de péritonite étant posé, il faut :

- rechercher l'étiologie (interrogatoire, examens complémentaires) ;
- faire un bilan préopératoire ;
- débiter la réanimation et intervenir en urgence

3- Signes para cliniques :

Les examens complémentaires sont un élément d'appoint :

3-1- La Radiographie de l'abdomen sans préparation :

- Face debout centrée sur les coupoles ; Face couchée, Profil couché.

- **Signe en rapport avec la péritonite:** Epanchement péritonéal :

- Grisaille diffuse ;
- Décollement pariétal du colon ;
- Anses grêles cernées ;
- iléus réflexe : distension gazeuse du grêle et du colon avec niveaux hydroaériques.

- Signe orientant vers une autre étiologie : Le pneumopéritoine :

- Croissant gazeux clair, inter hépato-diaphragmatique et sous diaphragmatique gauche sur les clichés debout ;
- De taille variable ;
- Sur le profil couché : clarté gazeuse sous pariétale ;

- Lithiase vésiculaire radio opaque.

3-2- Autres examens complémentaires :

Ils sont d'un intérêt dans les cas où le diagnostic de péritonite est difficile

3-2-1-Echographie Abdominale :

-peut confirmer le diagnostic d'épanchement intra péritonéal ;

- dans les péritonites biliaires si on trouve des signes de cholécystite aiguë lithiasique

-Dans les péritonites d'origine génitale, si on retrouve des images de pyosalpinx.

3-2-2-Lavement opaque aux hydrosolubles :

Dans les perforations coliques de diagnostic difficile (formes asthéniques chez le sujet âgé).

4 - Examens complémentaires du bilan préopératoire :

- Groupe sanguin et rhésus, NFS (Numération Formule Sanguine), Ionogramme sanguin, urée, glycémie, créatinémie, groupe sanguin, ECG (Electrocardiogramme), Radiographie pulmonaire.

5- Autres formes cliniques :

5-1- Formes frustes : Perforations chez des patients sous corticoïdes, chez les hémodialysés chroniques, leur diagnostic est radiologique s'il

existe un pneumopéritoine, au maximum, ces formes latentes sont révélées par un abcès sous phrénique.

5-2-Formes dites « asthénique » : Tableaux fréquents chez les sujets âgés et les sujets immunodéprimés, surtout dans les péritonites par perforation colique, le diagnostic est évoqué devant le contraste entre la gravité des signes généraux (choc toxi-infectieux) et la pauvreté des signes locaux (abdomen peu douloureux, météorisme abdominal, absence de contracture) . C'est devant ces tableaux que prend toute leur valeur : les examens cliniques répétés et les examens complémentaires.

IV- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE [17]

Il repose sur : L'interrogatoire, le terrain (âge, sexe), les antécédents, l'examen clinique, le pneumopéritoine.

On distingue les péritonites par perforations : d'un viscère creux (estomac, duodénum, grêle, colon), d'une collection abcédée (pyocholécystite, abcès péri appendiculaires, pyosalpinx).

1- Péritonite par perforation d'ulcère gastro duodéal :

Dans la forme typique le diagnostic est facile : l'interrogatoire : ulcère connu, antécédents douloureux épigastriques, notion de prise de médicaments gastro toxiques

Parfois la perforation est révélatrice, maximum épigastrique de la symptomatologie ; absence de fièvre au début ; pneumopéritoine.

Plus difficile est le diagnostic : le pneumopéritoine est absent dans 30% des cas, dans les formes frustes, perforations au cours des traitements par les corticoïdes (valeur du pneumopéritoine).

Perforations couvertes : bouchées par un organe de voisinage (foie, épiploon). Après un début souvent typique, les signes régressent en quelques heures avec cependant persistance d'une douleur provoquée épigastrique, perforations dans l'arrière cavité des épiploons. A la

radiographie d'abdomen sans préparation : on peut retrouver sur un cliché de profil une bulle claire rétro gastrique.

2- Péritonites par perforation du colon :

✓ Les deux étiologies les plus fréquentes sont : Diverticulite colique, Cancer colique.

3-Diverticulite colique :

La perforation siège habituellement sur le sigmoïde ; on a soit une péritonite stercorale lorsque l'abcès diverticulaire communique encore avec la lumière colique ; soit une péritonite purulente par rupture d'un volumineux abcès péri sigmoïdien. Le tableau peut être typique surtout chez le sujet jeune, mais il est souvent moins typique chez les sujets âgés (formes asthéniques) ; dans ces cas il y a la discordance entre la gravité des signes généraux et la pauvreté des signes locaux.

4-Cancer colique :

Soit on a une perforation tumorale, favorisée par l'infection péritonéale, le siège est généralement sigmoïdien ; soit on a une perforation diastatique secondaire à la distension colique d'amont, habituellement le cæcum .Ce sont des ruptures au niveau d'une plage de nécrose ischémique. Ces péritonites coliques sont caractérisées par :

- Le début des signes dans la région hypogastrique ;
- Les signes infectieux : fréquence des formes asthéniques chez les sujets âgés, pneumopéritoine en cas de perforation diastatique, gravité.

5-Les autres formes de péritonite par perforation colique :

Colites aiguës (Crohn, recto-colite hémorragique) .Le diagnostic est souvent tardif car la péritonite évolue à bas bruit chez ces sujets sous antibiotiques et corticoïdes ;

Perforations iatrogènes : au cours des coloscopies surtout en cas de polypectomie, au cours d'un lavement baryté (baryto péritonite gravissime) ; perforations en amont d'un fécalome

7- La péritonite appendiculaire : la plus fréquente

En sa faveur : âge jeune, prédominance des signes dans la fosse iliaque droite ; absence de cicatrice au point de Mac Burney.

8- Péritonites biliaires :

Elles sont rares mais graves, en rapport avec la perforation d'une cholécystite gangreneuse ou d'un pyocholécystite.

Rarement le tableau est typique et en faveur de l'origine biliaire, on retiendra le contexte de femme âgée, souvent obèse, antécédente de lithiase vésiculaire ; début de la douleur dans l'hypochondre droit, signes infectieux présents, existence d'un ictère ou d'un sub-ictère, échographie d'une grande utilité.

Plus souvent le tableau est celui d'une péritonite biliaire localisée associant : Un blindage sous pariétal douloureux ; des troubles du transit ; un syndrome infectieux. En l'absence de traitement, cet abcès peut se rompre dans un organe de voisinage ou dans la grande cavité péritonéale.

9-Péritonite d'origine génitale : Il s'agit le plus souvent de la rupture d'un pyosalpinx (touchers pelviens, échographie) ; perforation utérine iatrogène au cours de l'interruption de la grossesse.

V-TRAITEMENT [17]

1-Le But : Eradiquer le foyer infectieux, lutter contre l'infection et assurer l'équilibre hydro électrolytique, traiter la cause.

2-Les moyens : sont médicaux et chirurgicaux

2-1- les moyens médicaux :

2-1-1 -la réanimation : c'est le premier temps essentiel ; elle associe :

La rééquilibration hydro électrolytique par perfusion de solutés avec une voie veineuse centrale permettant la mesure répétée de la pression veineuse centrale. La sonde naso gastrique pour l'aspiration douce et continue, la sonde urinaire pour la surveillance de la diurèse horaire.

2-1-2- l'antibiothérapie :

Précoce, active sur les germes aérobies et anaérobies et les Gram négatifs, adaptée aux germes retrouvés dans les différents prélèvements (pus péritonéal, hémocultures).

2-2- le traitement chirurgical :

- Voie d'abord large : laparotomie médiane ou incision para rectale
- Prélèvements du liquide péritonéal avec recherche des germes aéro et anaérobies ;
- Exploration complète de toute la cavité abdominale ;
- Traitement de la lésion causale : exérèse de la lésion chaque fois que c'est possible, absence de suture en milieu septique (entérostomies), ablation des fausses membranes, toilette péritonéale abondante (10 à 12 L) au sérum physiologique jusqu'à ce que la cavité abdominale soit propre (gouttières, Douglas), drainage de la cavité péritonéale.

VI-RESULTATS [17]

La gravité est fonction de l'âge du malade, de son état général, du retard diagnostique et de la nature des lésions.

- Bon pronostic : appendicite
- Plus grave : vésicules, traumatisme
- Pronostic réservé : perforations (iléale, colique, d'ulcère), pancréatite nécrosante, péritonites post opératoire, personnes âgées, sujets immunodéprimés.

METHODOLOGIE:

IV-METHODOLOGIE:

4.1. Type et période d'étude:

Nous avons effectué une étude prospective allant du 1^{er} février 2013 au 1^{er} janvier 2014 portant sur 42 patients aux services de chirurgie générale «A» et «B» de l'hôpital Alfousseyni DAOU de Kayes.

4.2. Cadre de l'étude (chirurgie «A» et «B» de l'hôpital Fousseyni Daou) :

. Présentation de la Région de Kayes [22] :

Première Région du Mali, Kayes est situé entre le 12^{ème} et le 17^{ème} degré de l'attitude nord, il est limité par :

- La Région de Koulikoro à l'Est.
- Le Sénégal à l'Ouest.
- La Mauritanie au Nord et la Guinée Conakry au Sud.

Avec une superficie de 120760 Km² ; la Région de Kayes comprend 7 cercles (Kayes, Bafoulabé, Kenieba, Kita, Yelimané, Nioro, et Diéma). Ces cercles sont subdivisés en 129 communes à majorité rurale, 49 arrondissements et 1.531 villages. La population globale était de 1.403.578 habitants en 2000 [22] à majorité Soninké, Malinké, Bambara, Khassonké, peulh, et Maure. La région connaît une immigration importante tendant à devenir culturelle. Elle voyait son développement tributaire de ses relations avec la diaspora malienne. L'exode rural et transhumance sont fréquents aussi dans la région. L'enclavement était la principale contrainte de cette région du Mali occidental depuis l'époque coloniale jusqu'à nos jours. En effet de nombreuses localités restent isolées pendant la période hivernale. Le transport aérien restait toujours inaccessible à la population par son coût élevé soit en moyenne 130.000 F CFA aller et retour par passager de Kayes -Bamako.

. Infrastructures sanitaires:

La région dispose d'un hôpital régional et de 8 centres de santé de référence dont un dans chaque cercle. Le taux de couverture sanitaire était estimé à 43% en 2000 [22]. Plusieurs villages disposaient d'un dispensaire et de centre de santé qui sont en voie de réorganisation pour devenir de centres de santé communautaire conformément à la population sanitaire en vigueur.

Les ratios infrastructures population se présentaient comme suite en 2000(DNS):

1 hôpital pour 1.438.261 habitants

1 centre de santé pour 205.466 habitants

Les ratios personnels population se présentent comme suit :

1 Médecin pour 24.377 habitants

1 Sage femme pour 16.874 femmes à l'âge de procréer

1 infirmier pour 8.561 habitants.

Dans le cadre de la collaboration Mali Cuba, l'arrivée de la mission cubaine (1 chirurgien généraliste, 1 Médecin interniste, 1 traumatologue, 1 Médecin pédiatre, 1 Médecin ORL, 1 Médecin anesthésiste réanimateur, 1 infirmière anesthésiste, 1 Infirmière laborantine) a atténué les besoins en personnel spécialisé. La création de l'école secondaire de la santé annexe (Soriba Dembélé), érigée en institut de formation socio-sanitaire de Kayes est salubre; elle a ouvert ses portes le 10 Février 2003.

.Présentation de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes [22] :

. Historique :

L'hôpital est situé à l'entrée de la commune de Kayes en venant de Bamako à quelques mètres de la gare du Trans Rail entre le dépôt, la cité du chemin de fer (Trans-rail), le camp militaire, et la gendarmerie. L'hôpital de Kayes est l'une des plus anciennes structures sanitaires du Mali. Il a été créé en 1883 par les militaires français dans le but d'apporter aux missionnaires blessés lors des conquêtes coloniales, les

premiers soins avant leur évacuation sur la France ou le Sénégal. Il devint hôpital secondaire en 1959 (selon la loi cadre) avec la réorganisation des formations hospitalières. Il fut érigé en hôpital régional en 1969 ; c'est-à-dire une référence pour la région. En 1991 il a été nommé hôpital régional Fousseyni Daou (HRFD) du nom d'un de ses anciens Médecins Directeurs assassiné la même année. Avec une superficie de 12 hectares, il avait une capacité d'hospitalisation de 131 lits.

. Service administratif et financier: comprend

- 1 Médecin Directeur
- 1 secrétariat de direction avec 2 secrétaires
- 1 section de comptabilité avec 2 comptables.

. Services techniques:

- Le service de médecine générale
- Le service de pédiatrie
- Le service de dermatologie
- Le service de chirurgie générale «A»
- Le service de chirurgie générale «B»
- Le service de traumatologie
- Le service d'urologie
- Le service des urgences et des soins intensifs
- Le service du bloc d'hospitalisation
- Le service de gynéco obstétrique
- Le service du bloc opératoire
- Le service de radiologie.
- Le service d'ophtalmologie
- Le service d'Odonto-Stomatologie
- Le service d'ORL
- Le service de laboratoire d'analyse.

- La pharmacie.
- Le centre d'orthopédie d'appareillage et de rééducation fonctionnelle (COARF).
- La buanderie.
- La cuisine.
- Deux morgues.

. **Les moyens logistiques:** l'hôpital dispose de :

- 2 ambulances
- 2 motos Yamaha 100
- 1 Toyota Hi lux double cabine

. **Les logements des Médecins:** 9 Médecins et 2 Pharmaciens.

. **Institut national de formation en Sciences de la Santé (INFSS) :**

Il comporte :

- 6 salles de classe et un bloc administratif
- 1 logement pour le directeur de l'établissement

-Les personnels du service de chirurgie « A » : se compose d'un(1) chirurgien généraliste, d'un(1) médecin généraliste ; de quatre(4) infirmiers d'État, de trois(3) thésards et des Elèves Infirmiers stagiaires.

-En chirurgie « B » : il y a deux chirurgiens généralistes, quatre(4) infirmiers d'État, deux thésards en médecine, et des Elèves Infirmiers stagiaires.

- Les activités : Elles sont réparties comme suite : Un staff tous les jours ouvrables suivi de la visite des malades hospitalisés ; la consultation externe chirurgicale, traumatologique et urologique ; la prise en charge des urgences chirurgicales, traumatologiques ; le programme opératoire le lundi, mercredi, et jeudi.

Les Patients :

Tous les patients ont été recrutés dans le service de chirurgie à l'hôpital de Kayes.

Un questionnaire établi a permis de recueillir tous les renseignements nécessaires pour chaque patient.

- **Critères d'inclusion** : Nous avons inclus dans cette étude tout patient ayant consulté dans nos services de l'hôpital Alfousseyni Daou de Kayes et ayant été opéré puis hospitalisé pour péritonite aiguë généralisée.

- **Critères de non inclusion** : les critères de non inclusion étaient :

-tout patient décédé avant l'admission à l'hôpital ;

-tout patient porteur de péritonite localisée.

1-4- Méthode :

Tous les malades recrutés ont bénéficié d'un examen clinique et para clinique (ASP; Echographie abdominale).

- **Le MPI** (Mannheim Peritonitis Index) a été évalué chez tous nos patients

-Paramètres d'évaluation du score de Mannheim :

Défaut d'organes; péritonite diffuse; âge de plus de 50ans; le sexe féminin; malignité; infection non d'origine colique ; durée préopératoire d'une péritonite; exsudat (fécale, nuageux ou purulent, effacé).

➤ Critères d'évaluation du score de Mannheim :

A=Défaut d'organes : 7 ;

B=Péritonite diffuse : 6 ;

C=Age de plus de 50ans :5 ;

D=Le sexe féminin : 5 ;

E=Malignité : 4 ;

F=Non-colique Sepsis origine : 4 ;

G=Durée préopératoire d'une péritonite : 4 ;

H=Exsudat :

1=Fécale : 12

2=Nuageux ou purulent : 6

3=Effacé: 0.

MPI > 26 : Mauvais pronostic.

MPI < 26 : Bon pronostic.

Support :

- **La fiche d'enquête :** Elle a comporté des variables réparties en :
 - Données administratives: âge, sexe, principale activité, nationalité, éthnie, durée d'hospitalisation.
 - Paramètres cliniques et para cliniques (signes fonctionnels, généraux ; physiques et examens complémentaires).
 - Suites opératoires à court et moyen termes.
 - Pronostic.

- **La collecte :**

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS version 21 et world avec un test statistique chi2 significatif $p < 0,05$.

RESULTATS:

V-RESULTATS :

1-Aspects épidémiologiques :

1-1/Fréquence :

Durant la période d'étude de février 2013 à janvier 2014 nous avons effectué dans les services de chirurgie à l'hôpital Alfousseyni DAOU de Kayes :

780 consultations ordinaires ;

1742 consultations au bloc des urgences ;

416 hospitalisations ;

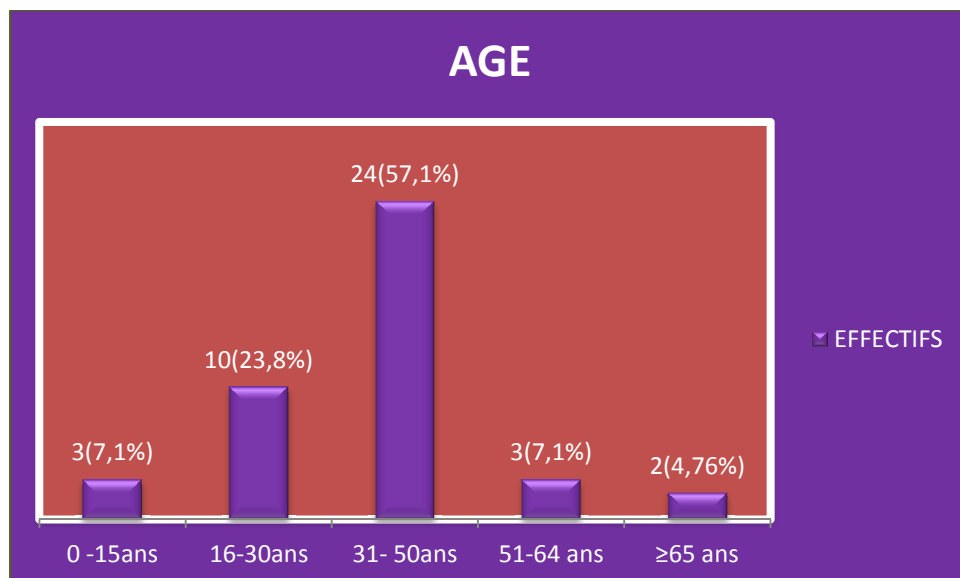
256 patients ont été admis pour urgences digestives dont 42 péritonites aiguës généralisées.

Nous avons colligé 42 cas de péritonites aiguës généralisées soit respectivement : 5,4% des consultations ordinaires, 2,4% des consultations au bloc des urgences ; 10,1% des hospitalisations et 16,4% des urgences digestives.

Sur un nombre total de 2522 consultations, nous avons enregistré 256 cas soit 10,15% des urgences digestives dont 42 répondaient aux critères de notre étude soit une fréquence de 1,66% par rapport au nombre total de consultations.

1-2/Age.

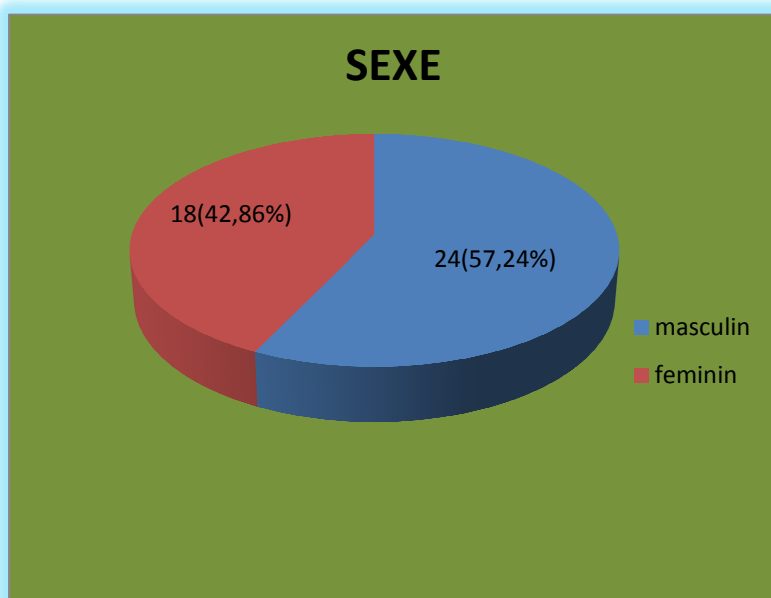
Figure1: Répartition des patients selon l'âge.



La tranche d'âge 31-50ans a été la plus représentée ; soit 57,1% des cas ; avec un âge moyen de 40,1 ; l'Ecartype=0,75, et l'extrême de 1 et 80ans.

1-3/Sexe.

Figure 2 : La répartition des patients le sexe:



Au cours de notre étude il y a eu 24 hommes contre 18 femmes avec sex- ratio de:1,33.

1-4 /Mode de référence :**Tableau I :** Répartition des patients selon les personnels de référence.

Personnels	Effectifs	Pourcentage
Aide soignant	4	9,5
Infirmier	25	59,5
Venu d'elle-même	3	7,1
Médecin	10	23,9
Total	42	100,0

*Au cours de notre étude la plupart des patients a été adressée par les infirmiers soit **59,5 %** des cas.*

1-5/Ethnie .**Tableau II:** Répartition des patients selon l'ethnie.

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	7	16,7
Malinké	7	16,7
Sarakolé	3	7,1
Peulh	9	21,4
Kassonké	15	35,7
Maure	1	2,4
Total	42	100,0

*Au cours de notre étude les Khassonké étaient plus représentés soient **35,7%** des cas.*

1-6/ Principale activité :

Tableau III : Répartition des patients selon la principale activité.

Principale activité	Effectifs	Pourcentage
Fonctionnaire	1	2,4
Ouvrier	10	23,8
Commerçant	6	14,3
Elève	3	7,1
Ménagère	10	23,8
Paysan	11	26,2
Indéterminée	1	2,4
Total	42	100,0

Les **11 paysans** représentaient l'effectif le plus élevé soient **26,2%** des cas.

1-7/ Nationalité :

Tableaux IV: Répartition des patients selon la nationalité.

Nationalité	Effectifs	Pourcentage
Maliennne	41	97,6
Mauritanienne	1	2,4
Total	42	100,0

2,4% des cas étaient étrangers.

1-8/ Provenance :**Tableaux V: Répartition des patients selon la provenance.**

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Bafoulabe	12	28,6
Diéma	5	11,9
Kayes	8	19,0
Kénieba	4	9,5
Kita	2	4,8
Nioro du sahel	4	9,5
Yelimane	7	16,7
Total	42	100,0

La plupart de nos patients était du cercle de Bafoulabe soient **28,6%** des cas suivi du cercle de Kayes soient **19,0%** des cas.

1-9/ facteurs déclenchant de la douleur.**Tableau VI: Répartition des patients selon les facteurs déclenchant de la douleur.**

Facteurs déclenchant de la douleur	Effectifs	Pourcentages
Aucun	20	47,6
Café	5	11,9
Tabac	3	7,1
Jeun	2	4,8
Thé	6	14,3
Alcool	1	2,4
AINS	5	11,9
Total	42	100,0

Au cours de notre étude, plus de la moitié de nos patients soit 47,62% des cas ignoraient un facteur déclenchant de leur douleur.

1-10 /Motif de consultation :

Tableaux VII: Répartition des patients selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
Douleur abdominale	42/42	100,0
Arrêt de matières et de gaz	4/42	9,5
Hoquet	2/42	4,8
Météorisme abdominal	3/42	7,1
Vomissements	30/42	70,1
Fièvre	40/42	95,2
Diarrhée	3/42	7,1
Constipation	2/42	4,8
Métrorragies	1/42	2,4
Nausées	42/42	100,0

100%, de nos patients présentaient une douleur abdominale et des vomissements.

1-11/ Délai de prise en charge de la maladie avant l'hôpital:

Tableaux VIII: Répartition des patients selon le délai de prise en charge de la maladie avant l'hôpital.

Délai de prise en charge de la maladie avant l'hôpital	Effectifs	Pourcentage
0-24 heures	12	28,57
2 – 7jours	22	52,38
≥7 jours	8	19,05
Total	42	100,0

La majorité des patients avait un délai d'évolution de la maladie supérieur à 2 jours soient **71,3%** des patients, avec une moyenne de 4,5jours ; un écartype de 0,40 et une extrême de 1et 8jours.

2/ Antécédents.

2-1/ Les antécédents médicaux:

Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectifs	Pourcentage
Aucun	24	57,14
Ulcère	7	16,7
Constipation	3	7,1
HTA	5	11,9
Diabète	2	4,8
Indéterminé	1	2,4
Total	42	100,0

Notre étude a prouvé que **24** de nos patients n'avaient pas d'antécédents médicaux soient **57,14%** des cas et **16,7%** étaient ulcéreux.

2-2/ Les antécédents chirurgicaux:

Seuls deux de nos patients avaient subi une intervention chirurgicale soient 4,8% des cas avant leur péritonite aigue généralisée ; dont

-l'un pour l'hernie inguinale ;

-et l'autre pour l'appendicite.

3/ Signes généraux:

Tableau X: Répartition des malades selon les signes généraux.

Signes généraux	Effectifs	Pourcentage
Fièvre	30/42	71,4
Tachycardie	26/42	61,9
Pâleur conjonctivale	8/42	19,0
Faciès péritonéal	24/42	57,1
Pli de déshydratation	22/42	52,4
Langue sèche	16/42	38,1
Langue saburrale	10/42	23,8
Amaigrissement	12/42	28,6
Asthénie	24/42	57,1

Au cours de notre étude **30** de nos patients avaient la fièvre soit **71,4%** des cas.

4/ Signes physiques.

Tableau XI : Répartition des patients selon les signes physiques.

Signes physiques	Effectifs	Pourcentages
Douleur à la palpation	42/42	100,0
Cri de l'ombilic	26/42	61,9
Douglas bombé	5/42	11,9
Contracture abdominale	42/42	100
Douglas douloureux auTR	36/42	85,7
Météorisme abdominal	24/42	57,1
Tympanisme	3/42	7,1
Matité abdominale	39/42	92,8
Diminution de la respiration	39/42	92,8

La douleur à la palpation, la contracture abdominale et défense généralisée ont été retrouvées chez la totalité de nos patients soient **100% des cas.**

5/ Autres signes.

Tableau XII: Répartition des malades selon les autres signes associés.

Autres signes	Effectifs	Pourcentage
Céphalées	26/42	61,9
Brulure mictionnelle	2/42	4,8
Constipation	11/42	26,2
Œdèmes des membres inférieurs	22/42	52,4
Pollakiurie	3/42	7,1
Vertiges	20/42	47,6
Dysurie	3.42	7,1
Frisson	16/42	38,1
Hématurie terminale	1/42	2,4

Au cours de notre étude **26** de nos patients avaient de céphalées soient **61,9% des cas.**

6/Examens complémentaires.

6-1/ Examens biologiques.

6-1-1/ Glycémie.

Tableau XIII: Répartition des patients selon glycémie en g/L.

Glycémie g/L	Effectifs	Pourcentage
Non réalisée	16	38,1
< 0,60	14	33,3
0,60-1.25	12	28,6
Total	42	100,0

42 patients ont effectué la glycémie soit 61,9% des cas, et 14/26 avaient de l'hypoglycémie soient 53,85% des cas.

6-1-2/ Taux d'hémoglobine.

Tableau XIV : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine.

Taux d'hémoglobine en g /dl	Effectifs	Pourcentage
Normal	30	71,43
Anémie	12	28,57
TOTAL	42	100

Au cours de notre étude **71,43%** de nos patients avaient un taux d'hémoglobine normal à l'admission.

6-1-3/ Sérologie de WIDAL-FELIX.

Tableau XV : Résultats du sérodiagnostic de WIDAL-FELIX.

Résultats	Effectifs	Pourcentage
Positif	10	55,6
Négatif	8	44,4
TOTAL	18	100

Le sérodiagnostic de WIDAL-FELIX a été réalisé chez **18** patients dont **10** cas positifs soient **55,6%** des cas.

6-2/Imageries médicales :

6-2-1/ radiographie de l'Abdomen Sans Préparation (ASP).

Tableau XVI: Résultats de la radiographie de l'Abdomen Sans Préparation (ASP).

Résultats	Effectifs	Pourcentage
Pneumopéritoine	12	66,7
(Croissant gazeux)		
Niveaux hydroaériques	5	27,8
Grisaille diffuse	1	5,5
TOTAL	18	100

Dix huit(18) Patients ont bénéficié d'une radiographie d'A.S.P avec présence de pneumopéritoine chez **66,7%** des cas.

6-2-2/Echographie abdominale.

Tableau XVII: Résultats d'Echographie abdominale.

Résultat de l'échographie	Effectifs	Pourcentage
Epanchement liquidien	22	71,0
Appendicite	6	19,3
Abcès appendiculaire	3	9,7
Total	31	100,0

L'Echographie abdominale a été réalisée chez **31** patients, avec présence d'épanchement liquidien chez **91,0%** des cas.

7/ Durée de la prise en charge avant l'opération.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la durée de la prise en charge avant l'opération.

Durée de la prise en charge avant l'opération	Effectifs	Pourcentage
0 -06heures	36	85,7
7 - 12 heures	5	11,9
13 - 18heures	1	2,4
Total	42	100,0

La majorité des patients avait une durée de prise de la prise en charge comprise entre 0 et 06heures soient **85,7%** des patients avec une durée moyenne de 2,33heures.

8- Diagnostic

8-1/ Diagnostic pré opératoire:

Tableau XIX: Répartition des patients selon le diagnostic pré opératoire.

Diagnostic pré opératoire	Effectifs	Pourcentage
Per. Perforation gastrique	5 /42	11,9
Per. Perforation iléale	12/42	66,7
Per. Perforation caecale	3/42	7,14
Per. Perforation appendiculaire	20/42	47,6
Per+Tumeur gastrique	1/42	2,4
Kyste ovarien rompu	1/42	2,4
Total	42/42	100,0

Au cours de notre étude, la perforation appendiculaire était le diagnostic pré opératoire le plus posé soit 66,7% des cas.

8-2/ type d'anesthésie.

Seule l'anesthésie généralisée a été appliquée chez tous nos malades.

8-3/ Voie d'abord chirurgicale.

Tableaux XX: Répartition des patients selon la voie d'abord.

Voie d'abord	Effectifs	Pourcentage
Médiane sus et sous ombilicale	36	85,7
Médianes sous ombilicale	6	14,3
Total	42	100,0

La voie d'abord la plus utilisée a été la médiane sus et sous ombilicale soit **85,7%** des cas.

8-4/Diagnostic per opératoire.

Tableaux XXI: Répartition des patients selon le diagnostic per opératoire.

Diagnostic per opératoire	Effectifs	Pourcentage
Perforation appendiculaire	15	35,71
Perforation iléale	11	26,19
Péritonite d'origine inconnue	5	11,90
Perforation colique traumatique	1	2,38
Péritonite par kyste ovarien rompu	2	4,76
Perforation gastrique	3	7,14
Perforation duodénale	2	4,76
Perforation de la vésicule biliaire	3	7,14
Total	42	100,0

Les perforations appendiculaire ont été les plus fréquentes soient **35,71%** des cas .

8-5/ Gestes opératoires.**Tableau XXII: Répartition des patients selon les gestes opératoires.**

Diagnostic per opératoire	Gestes opératoires.	Effectifs	Pourcentage	Total
Perforation appendiculaire	Appendicectomie	15/15	35,71	15
Perforation iléale	Excision + Suture simple	5/12	11,90	11
	Iléostomie	1/42	2,4	
	Résection+ Anastomose	4/42	9,52	
	Excision + Suture + Epiploplastie	1/42	2,4	
Péritonite d'origine inconnue	Excision + Suture + Epiploplastie	3/42	7,14	5
	Excision + Suture simple	2/42	4,76	
Perforation colique traumatique	Excision + Suture + Epiploplastie	1/42	2,4	1
Péritonite par kyste ovarien rompu	Excision + Suture simple	2/42	4,76	2
Perforation gastrique	Excision + Epiploplastie + Suture	3/42	7,14	3
Perforation duodénale	Excision + Suture + Epiploplastie	2/42	4,76	2
Perforation de la vésicule biliaire	Excision + Suture simple	3/42	7,14	3

La technique : Excision + Suture simple a été la plus pratiquée en fonction des différentes étiologies soit un 50% des cas étiologiques.

8-6/ Etat de l'anse.

Au cours de notre étude 90,5% des patients avaient un bon état de l'anse.

8-7/ Nombre de perforation.**Tableaux XXIII: Répartition des patients selon le nombre de perforation.**

Nombre de perforation	Effectifs	Pourcentage
Unique	28	66,66
Double	8	19,05
Multiple	6	14,29
Total	42	100,0

On a observé au cours de notre étude que la majorité de nos patients avait une perforation unique d'organe soit un pourcentage de **68,66%** des cas.

8-8/Aspects de perforation.**Tableaux XXIV: Répartition des patients selon l'aspect de perforation.**

Aspects de perforation	Fréquence	Pourcentage
Punctiforme	35	90,5
Linéaire	7	16,66
Total	42	100

Au cours de notre étude 90,5% des patients avaient une perforation punctiforme de l'organe concerné.

8-9/ Nombre de drains.**Tableaux XXVII: Répartition des patients selon le nombre de drains.**

Nombre de drains	Effectifs	Pourcentage
Double	41	97,62
Unique	1	2,38
Total	42	100

Presque tous nos patients ciblés ont subi un **double** drainage soit **97,62% des cas**.

8-10/ Prélèvement et qualité du liquide.

Tableaux XXV: Répartition des patients selon la qualité du liquide.

Qualité la qualité du liquide	Effectifs	Pourcentage
Pus	32	76,2
Selles	4	9,5
Pyo stercorale	1	2,4
Alimentaire	5	11,9
Total	42	100,0

76,2% de nos patients cibles ont été sujets de prélèvement de pus.

9/Technique opératoire.

Tableau XXVI: Répartition des malades selon la technique opératoire.

Technique opératoire.	Effectifs	Pourcentage
Appendicectomie	16	31,1
Excision + Suture simple	12	28,6
Excision + Suture + Epiploplastie	10	23,8
Resection – Anastomose	7	16,7
Iléostomie	1	2,4
Total	42	100

Au cours de notre étude l'appendicectomie a été la technique la plus utilisée soit 31,1% des cas.

10/ Modalités d'antibiothérapie reçue à après l'opération.
Tableau XVII: Répartition des malades selon les modalités d'antibiothérapie reçue après l'opération.

Modalités d'antibiothérapie reçue	Effectifs	Pourcentage
Bithérapie	32	76,2
Triple thérapie	10	23,8
Total	42	100,0

Au cours de notre étude la bi-antibiothérapie était la plus utilisée soit **76,2%** de l'antibiothérapie utilisée.

11/ Examen bactériologique.

Tableau XXVIII : Répartition des malades selon l'examen bactériologique.

Examens bactériologiques	Effectifs	Pourcentage
Réalisé	23	31,0
Non réalisé	29	69,0
Total	42	100,0

Au cours de notre étude l'examen cyto-bactériologique a été réalisé chez **23** patients soient **54,8%** des cas.

12/ Examen bactériologique du liquide péritonéal.

Tableau XXIX: Résultats de l'examen bactériologique du liquide péritonéal.

Résultat de l'ECBC	Effectifs	Pourcentage
Escherichia coli	10	23,8
Staphylocoques Aureus	4	9,5
E. Coli+Staph.Aureus	1	2,4
E. Coli+Enterobacter	1	2,4
Absence de germes	7	16,7
S. Typhi	9	21,4
Résultats non connus	10	23,8
Total	42	100,0

Escherichia Coli été le germe le plus fréquemment rencontré **10** suivi de Salmonella Typhi **09** soient respectivement **23,8%** et **21,4%** dans l'ensemble des patients.

13/ résultats de l'antibiogramme.

Tableau XXX : Répartition des patients selon les résultats de l'antibiogramme.

Résultats de l'antibiogramme					
Antibiotiques	Sensible	Intermédiaire	Résistant	Effectifs	Pourcentage
	S	I	R	S + I	
Amoxicilline	16/24 (66,7%)	5/24 (20,8%)	3/24 (12,5%)	23/24	95,8
Acide Clavulanique	20/24 (83,3%)	2/24 (8,3%)	2/24 (8,3%)	22/24	91,7
Ampicilline	20/24 (83,3%)	3/24 (12,5)	1/24 (4,2)	23/24	95,8
Ceftriaxone	22/24 (91,7%)	1/24 (4,7)	1/24 (4,2)	23/24	95,8
Métronidazole	18/24 (75,0%)	4/24 (16,7)	2/24 (8,3%)	20/24	83,3
Ciprofloxacine	22/24 (91,7%)	1/24 (4,2)	1/24 (4,2)	23/24	95,8
Gentamycine	21/24 (87,5%)	2/24 (8,3%)	1/24 (4,2)	23/24	95,8
Erythromycine	18/24 (75,0%)	4/24 (16,7)	2/24 (8,3%)	22/24	91,7

Les germes étaient plus sensibles à la Ceftriaxone et à la ciprofloxacine soient **91,67%** des cas, mais la sensibilité de l'Ampicilline, de la Gentamycine étaient aussi considérables soient respectivement **83,3%** et **87,5%** des **24** patients chez qui l'antibiogramme a été réalisé.

14/Evolution :**14-1/ Pronostic selon le score de Mannheim(MPI).**

Tableaux XXXI: Répartition des patients selon le score de Mannheim(MPI).

Score de Mannheim(MPI)	Effectifs	Pourcentage
MPI > 26	5	11,9
MPI < 26	37	88,1
Total	42	100,0

Au cours de notre étude la majorité des patients avait un bon pronostic selon score de Mannheim(MPI) soient **88,1%** des cas.

14-2/ Morbidité et Mortalité.

Tableau XXXII: Répartition des patients selon la morbidité et mortalité.

Morbidité et Mortalité	Effectifs	Pourcentage
Morbidité	12 /42	28,6
Mortalité	2/42	4,8

Notre étude nous a rapporté:

- 4,8% de mortalité;
- **28,6% de morbidité.**

14-3/ complications post opératoires.**Tableau XXXIII: Répartition des patients selon les complications post opératoires.**

Complications post- opératoires	Effectifs	Pourcentage
Aucune	29/42	69,0
Fistule digestive	2/42	2,4
Eviscération	1/42	2,4
Choc hypovolémique	2/42	4,8
Décès	2/42	4,8
TOTAL	12/42	28,6

Au cours de notre étude, **29** de nos patients avaient de suites opératoires simples soit **69%** des cas.

Il y a eu **2** décès soit **4,8%** des cas entre le premier Jour et le deuxième jour des opérations.

15/ Durée d'hospitalisation post opératoire en jour.**Tableau XXXIV: Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation post opératoire en jour.**

Durée d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
0-7	17	40,5
8-14	20	47,5
15-21	3	7,1
≥21	2	4,5
Total	42	100

Au cours de notre étude la majorité de nos patients avaient une durée d'hospitalisation comprise entre 8 et 14 jours soient **47,5%** des cas, avec

une moyenne de 13 jours dont les extrêmes allaient de 1 à 25 jours.

16/ Mode de suivi.

Tableaux XXXV: Répartition des patients selon le mode de suivi.

Mode de suivi	Effectifs	Pourcentage
Venu de lui-même	3	7,1
Sur rendez- vous	37	88,1
Vu à domicile	2	4,8
Total	42	100,0

Au cours de notre étude, la plupart des patients avaient un mode de suivi sur rendez-vous soient **88,1%** des cas.

17/Causes de décès.

Tableau XXXVI: Répartition des patients selon les causes de décès.

Cause de décès	Effectifs	Pourcentage
Choc septique	1/42	2,4
Tumeur gastrique	1/42	2,4
Total	2/42	4,8

Au cours de notre étude les 2 cas de décès étaient liés au choc septique et à la tumeur gastrique, alors la fréquence de décès était de **4,8%** des cas.

18/Le score de MANNHEIM (MPI) et les suites opératoires.

Tableau XXXVII: Répartition des malades selon le score de MANNHEIM(MPI) et les suites opératoires.

Suites Opératoires	SCORE DE MANNHEIM (MPI)		TOTAL
	< 26	> 26	
Simple	25(59,52%)	12(28,57%)	37(88,09%)
Complicées	4(9,52%)	1(2,38%)	5(11,9%)
TOTAL	29(69,05%)	13(30,95%)	42(100%)

Khi-deux de Pearson=0,044 ; ddl=1 ; p=0,834

19/L'âge et le sexe.

Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon l'âge et le sexe.

Age	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
0 -15ans	1(50,0%)	2(66,7%)	3(100,0%)
16-30ans	4(36,36%)	6(63,64%)	11(100,0%)
31- 50ans	16(66,7%)	8(33,3%)	24(100,0%)
51-64ans	1(33,3%)	2(66,7%)	3(100,0%)
> 65 ans	1(50,0%)	1(50,0%)	2(100,0%)
Total	24(57,1%)	18(42,9%)	42(100,0%)

Khi-deux de Pearson=3,301 ; ddl=3 ; P=0,347

20/ Coût moyen de la prise en charge.**Tableau XXXIX: Répartition des patients selon coût moyen de la prise en charge.**

Coût moyen de la prise en charge	Effectifs	Pourcentage
50.000 – 100.000 F.CFA	17	40,5
100.005 – 150.000 F.CFA	19	45,2
150.005 – 250.000 F.CFA	6	14,3
Total	42	100,0

La plupart de nos patients avaient un coût moyen de la prise en charge compris entre **100.005 – 150.000 F.CFA, soient 45,2% des cas.**

21/ Coût moyen de la prise en charge et diagnostic per opératoire.

Tableau XL: Répartition des patients selon le coût moyen de la prise en charge et diagnostic per opératoire.

		Coût de la prise en charge en F.CFA			
		50000 à 100000	100005 à 150000	150005 à 250000	
Diagnostic Per opératoire	Perforation iléale	4 (9,5%)	6 (14,3%)	1 (2,4%)	11 (26,2%)
	Perforation appendiculaire	4 (9,5%)	9 (21,4%)	2 (4,8%)	15 (35,7%)
	Péritonite d'origine inconnue	3 (7,1%)	1 (2,4%)	1 (2,4%)	5 (11,9%)
	Perforation colique traumatique	0 (0,0%)	1 (2,4%)	0 (0,0%)	1 (2,4%)
	Péritonite par kyste ovarien rompu	2 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (4,8%)
	Per duodénale	1 (2,4%)	0 (0,0%)	1 (2,4%)	2 (4,8%)
	Perforation gastrique	11,8% (4,8%)	0,0% (0,0%)	16,7% (2,4%)	7,1% (7,1%)
	Péritonite par per de la V biliaire	1 (2,4%)	2 (4,8%)	0 (0,0%)	3 (7,1%)
Total		17 (40,5%)	19 (45,2%)	6 (14,3%)	42 (100,0%)

Khi-deux de Pearson=13,478 ; ddl=14 ; P=0,489.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION:

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSION:

A-METHODOLOGIE :

Nous avons mené une étude prospective de douze mois de février 2013 à janvier 2014. Comme difficultés rencontrées, nous citons :

- Le retard dans le système de référence ;
- L'insuffisance de matériels au bloc des urgences ;
- L'absence d'assurance maladie ;
- Le pouvoir d'achat des malades faible ;
- L'insuffisance de suivi post opératoire.

B-ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE :

1- Fréquence :

Tableau XLI: Fréquence des péritonites aiguës généralisées selon les auteurs par rapport aux urgences digestives.

AUTEURS	Hosoglu Turquie 2004[23] N=40/306	Doui R C A 2008[24] N=93/746	Dembélé Mali 2005[25] N=200/2670	Coulibaly 2009 [26] N=101/246	Notre Etude 2013 N=42 /256
	13,2	12,5%	7,4%	41%	16,4%
Fréquence					
Probabilité	P=0,00000	P=0,00000	P=0,00000	P=0,00000	P=0,00000

Notre fréquence de 16,4% est nettement supérieure statistiquement à celles retrouvées par les auteurs [23 ; 24 ; 25], ceci pourrait s'expliquer probablement par le manque d'information et de couverture sanitaire dans la région de Kayes par rapport aux autres ; mais inférieur à celle retrouvée par Coulibaly [26] et cela pourrait s'expliquer par la fréquence élevée de fièvre typhoïde à Sikasso par rapport à Kayes.

2- Age et sexe

a)Age :

Tableau XLII : Moyenne d'âge selon les auteurs.

Auteurs	Age moyen	N
Cougard [27] France 2000	48 ans	418 P=0,0000
Doui [24] R C A 2008	25,8 ans	93 P=0,8659
Dembélé [25] Mali2005	26ans	200 P=0,814
Coulibaly [26] Mali2009	24,4 ans	101 P=0,241
Notre étude 2013	40,1ans	42

L'âge moyen de 40,1 ans dans notre série ne diffère pas statistiquement de ceux retrouvés dans la littérature africaine, mais statistiquement différent de celui de Cougard [27] en France qui a trouvé 48 ans (P=0,0000).

Ceci pourrait s'expliquer par la précarité des conditions d'hygiènes dans les pays en voie de développement contribuant à la survenue de l'affection.

b)- Sexe :

Tableau XLIII: Sexe selon les auteurs.

Auteurs	Hosoglu [23]Turquie 2004	Dembélé [25] Mali 2005	Doui [24] RCA 2008	Coulibaly [26] Mali2009	Notre Série Mali2013
Sexe					
Masculin	30/40	160/200	61/93	69/101	24/42
Féminin	10/40	40/200	32/93	32/101	18/42
Probabilité	P=---	P=0,560	P=0,672	0,634	

Plusieurs études rapportent que la péritonite survient plus fréquemment

chez l'homme que la femme [23 ; 24 ; 25 ; 26]. Cet aspect a été retrouvé dans notre étude.

Notre fréquence de 24 hommes pour 18 femmes ne diffèrent pas statistiquement de celles des autres auteurs [23 ; 24 ; 25 ; 26].

c) ASPECTS CLINIQUES :

1-Signes fonctionnels selon les auteurs :

Tableau XLIV : Signes fonctionnels selon les auteurs.

Auteurs	Mallick (Guyane) 2001 [28]		Rahman (Nigeria) 2001 [29]		Doumbia (Mali) 2008 [30]		Coulibaly [26] Mali2009		Notre Série 2013	
	N=	%	N=	%	N=	%	N=	%	N=	%
Signes Fonctionnels	7		106		202		101		42	
Douleur abdominale	7	100	96	90,6	202	100	101	100	42	100
		P=---		P=0,004		P=---				
Vomissements	5	71,4	64	60	162	80	46	54,5	25	59,5
		P=0,630		P=0,388		P=0,000	P=0,00			
Arrêt des matières et des gaz	-	-	-	-	98	48,5	21	20,8	4	9,5
Diarrhée	3	42,8	36	33,9	25	12,4	5	4,9	3	7,1
		P=---		P=0,000		P=0,041				

La douleur abdominale est la manifestation clinique la plus fréquente selon plusieurs auteurs [26,28 ; 29 ; 30] comme dans notre série.

Une proportion importante de nos malades (59,5%) a eu des vomissements, ce qui ne diffèrent pas statistiquement de ceux de Mellick au Guyane [28] ; de Rahman au Nigeria [26] et de Coulibaly [26] au Mali 2009 avec $P > 0,05$. Ces vomissements sont l'expression de l'iléus paralytique, et sont responsables en partie de la perte liquidienne entraînant des troubles hydro électrolytiques [29].

L'arrêt des matières et des gaz peut être précoce ou tardif à l'installation progressive ; parfois masqué par une fausse diarrhée réflexe [41]. Il n'a pas été signalé dans les séries de Mellick au Guyane [28] et de Rahman [30], mais dans la notre, il a été retrouvé chez 4 malades soit 9,5%.

La diarrhée est parfois la manifestation initiale de l'irritation intestinale [29].

2-Signes physiques :

Tableau XLV: Signes physiques selon les auteurs.

Auteurs	Mellick (Guyane) 2001 [28]		Dembélé (Mali) 2005 [25]		Doumbia (Mali) 2008 [30]		Coulibaly (Mali) 2009[26]		Notre Série 2014	
	N=7	%	N=200	%	N=202	%	N=101	%	N=42	%
Signes Physiques										
Respiration abdominale abolie	6	85,7 P=----	130	65 P=0,00	171	84,7 P=0,191	91	90,1	39	92,6
Contracture	5	71,4 P=0,933	144	72 P=0,235	132	65,3 P=1,000	66	65,4	41	97,6
Abolition des bruits intestinaux	6	85,7 P=0,241	94	47 P=0,166	69	34,2 P=0,000	56	55,4	22	52,4
Douleur dans le Douglas	-	-	160	80 P=0,000	183	90,6 P=0,091	97	96	40	95,2

Le diagnostic de la péritonite aigue généralisée est avant tout clinique.

Les signes physiques sont d'intérêt capital dans la prise de décision thérapeutique. Le taux 97,6% de contracture abdominale de notre étude ne diffère pas de ceux retrouvés dans la littérature [25; 28 ; 26 et 30] avec $P > 0,05$.

L'abolition des bruits intestinaux à l'auscultation a été retrouvée chez 52,4% des cas de notre série, ce taux ne diffère pas statistiquement de ceux retrouvés par Mellick (85,7%) ; Coulibaly (55,4%) et Dembélé (47%) avec des $p > 0,05$, mais statistiquement différent de celui de Doumbia (34,2%) avec un $p < 0,05$.

Cette différence pourrait être liée au stade d'évolution de la maladie.

d) ASPECTS PARACLINIQUES :

1- Radiographie de l'abdomen sans préparation :

Tableau XLVI: Présence de pneumopéritoine à l'ASP selon les auteurs.

Auteurs	Effectifs	Pourcentage (%)
Rahman [29] Nigeria 2001	27/42	64,3 P=0,4708
Hosoglu [23] Turquie 2004	28/40	70 P=0,1909
Dieffaga [31] Mali 2005	35/50	70 P=0,1603
Coulibaly [26] Mali2009	39 /68	57,4
Notre étude 2013	12/18	66,7

L'A S P est l'examen de choix dans les perforations digestives surtout. Le taux 66,7% de pneumopéritoine de notre étude ne diffère pas de façon statistique ceux de Dieffaga [31] au Mali, Hosoglu [23] en Turquie, Rahman [29] au Nigeria et Coulibaly [26] au Mali avec des taux respectifs 70%, 70%, 64,3% et 57,4 avec des $p > 0,05$.

2- Echographie abdominale :

Elle a retrouvé dans notre série un épanchement péritonéal de 91,0% des cas. Ce taux ne diffère pas des 75% retrouvés dans la série tunisienne de Sakhri [32] ($P=0,432$).

e) ETIOLOGIE :

Tableau XLVII : Principales étiologies des péritonites aiguës selon les auteurs.

ETIOLOGIES	AUTEURS									
	Pomata [33] 2002 Italie		Dieng [34] 2006Sénégal		Dembélé [25] 2005 Mali		Coulibaly [26] Mali2009		Notre série 2013	
	N=200	%	N=207	%	N=200	%	N=101	%	N=42	%
Perforations iléales	7	3,3	13		64	32,5	56	55,4	11	26,19
	P=0,00		P=0,000		P=0,000					
	0									
Appendiculaires	63	31,5	76	36,7	65	32,5	19	18,8	15	35,71
Ulcères Gastroduodénaux	60	30	109	52,7	60	30	12	11,9	3	7,1
Coliques	53	26,5	5	2,4	2	1	3	2	1	2,4
	P=0,00		P=0,924		P=0,921					
	0									
Perforations bilaires	17	8,5	3	1,4	2	1	2	2	3	7,1

Le taux 26,19% de perforations iléales de notre étude est statistiquement différent de ceux de Pomata [33], de Dieng [34] de Dembélé [25] et de Coulibaly [26] Mali2009 avec des $P < 0,05$.

Cette différence pourrait être liée à la fréquence élevée de la fièvre typhoïde dans la région de Sikasso [8], et de la différence des effectifs.

Parmi les 11 cas de perforations iléales retrouvées au cours de notre étude dont 9 avaient un sérodiagnostic de Widal positif et les 4 autres n'avaient pas fait la sérologie de Widal au 8^{ème} et 10^{ème} jour de la maladie.

Notre taux 2,4% de perforations coliques ne diffère pas de ceux retrouvés dans la littérature africaine [25 ; 26 et 34] avec $P > 0,05$; mais statistiquement différent de celui de Pomata en Italie [36] $P = 0,0000$.

Ce qui explique la rareté de certaines pathologies en Afrique comme la maladie diverticulaire sigmoïdienne et le cancer colique.

f) TRAITEMENT :

2- Technique Opératoire :

Tableau XLVIII: Principales techniques opératoires selon les auteurs.

Auteurs	Rahman [29] Nigeria 2001		Kouamé [35] RCI 2000		Dembélé [25] Mali 2005		Coulibaly [26] Mali 2009		Notre série 2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Techniques opératoires										
Excision suture	80/83	96,4	38/48	81	90/200	45	45/101	44,5	12/42	28,6
	P=0,000		P=0,000		P=0,941					
Résection anastomose	2/83	2,4	6/48	13	5/200	2,5	6/101	5,9	7/42	16,7
	P=0,420		P=0,292		P=0,239					
Iléostomie	1/83	1,2	3/48	6	3/200	1,5	4/101	4	-	-
	P=0,491		P=0,839		P=0,351					
Colostomie	-	-	-	-	2/200	1	-	-	-	-
					P=0,432					

L'attitude thérapeutique face à une péritonite aiguë généralisée dépend de la constatation per-opératoire faite par le chirurgien.

L'excision+suture a été l'acte chirurgical le plus pratiqué dans notre série soit 28,6% ; ceci est compréhensible si l'on sait que les perforations digestives ont représenté l'étiologie la plus fréquente (selon le mécanisme).

Ce taux ne diffère pas statistiquement de celui de Dembélé [28] avec $P=0,941$ mais statistiquement différent de ceux de Rahman [29] et Kouamé [35] avec des $P<0,05$.

Cette différence pourrait être liée à la taille de l'échantillon.

3- Evolution et pronostic :

a)-Morbidité :

Tableau XLIX: Morbidité selon les auteurs.

Auteurs	Effectifs	Pourcentage (%)
Almowitch [36] France 2000	1/39	2,5 P=0,554
Kouamé [35] RCI 2001	15/48	31,25 P=0,0000
Dembélé [25] Mali 2005	27/200	13,5 P=0,081
Coulibaly [26]	7/101	6,9
Notre série2013	12/42	28,6

La morbidité varie entre 2,5% à 31,2% [33 ; 35].

Ce qui reste encore élevé et représente la principale cause de long séjour des malades en milieu hospitalier et de majoration des frais.

Notre taux 28,6% est statistiquement inférieur à celui de Kouamé en Cote d'Ivoire [35] avec $P=0,000$.

Cette différence pourrait être liée à la taille de l'échantillon.

b)- Mortalité :**Tableau L:** Mortalité des péritonites selon les auteurs.

AUTEURS	Cougard 2000[27] France	Dembélé 2005[25] Mali	Doumbia 2008[29] Mali	Coulibaly 2009[26] Mali	Notre étude 2013
Nombre de décès	4 /412	9/200	17/202	5/101	2/42
Pourcentage	1	4,5	8,5	4,9	4,8
Tests statistiques	P=0.021	P=0.908	Khi²=1.20		P=0.273

La mortalité des péritonites aiguës dépend de l'étiologie et de la précocité de la prise en charge [2].

Le taux 4,8% de décès de notre étude est sans différence statistique avec ceux des autres auteurs [25,29 et 26] $P > 0,05$.

Dans les séries africaines [25 ; 29 et 26] dont la nôtre où dominant les causes infectieuses, cette mortalité varie entre 4,5% - 8,5%.

Ces taux sont différents de celui de Cougard en France [27] 1% ($P < 0,05$) où dominant les perforations duodénales.

c/Le score de Mannheim et auteurs :

Tableau LI : Le score de Mannheim et auteurs :

Auteurs	Boris [37] France2000 n(%)		Victor [38] Niger2001 n(%)		Siddeye [39] Mali2005 n(%)		Diaby [18] Mali2011 n(%)		Notre étude Mali2013 n(%)	
	MPI>26	2		3		36		51		5
Evolution	Svc	Dcd	Svc	Dcd	Svc	Dcd	Svc	Dcd	Svc	Dcd
Evolution	1	1(2,6)	0	3(5)	31	5(4,2)	40	11(3,6)	3	2(4,8)

Dans la présente étude, nous avons rapporté un taux de sensibilité du score de Mannheim estimé à 77,32%. Dans l'étude de Boris ce taux était estimé à 50% ; et 22,68% de nos patients décédés avaient un score de Mannheim supérieur à 26. Ce score serait sensible dans 86% des cas et spécifique dans 97% des cas de péritonites aiguës.

Dans notre série 11,9% de nos malades avaient un score de Mannheim supérieur à 26 ; Victor [38] ; Siddeye [39] et Diaby [18] ont respectivement rapporté un taux de 5% ; 4,2% et 3,6% des cas. Si l'âge constitue un facteur de risque plus important dans les pays européens ou la population est vieille ; le retard de consultation responsable de l'état de choc demeure le plus important dans certains pays comme le notre.

La durée d'hospitalisation: elle est en fonction du délai de consultation et des morbidités dans notre série soit 7 jours. Boris [37], Siddeye [39], Diaby [18] ont respectivement rapporté 7,8jours 9,1jours et 7,6jours par contre Kafih au Maroc [40] a apporté un délai de 5,5jours. Cette durée moyenne d'hospitalisation relativement longue s'explique par le retard de la prise en charge des patients dans notre pays avec $P=0,000$.

CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS :

VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS:

1) CONCLUSION :

La péritonite aigue généralisée est une affection fréquente dans les pays en voie de développement.

Elle occupe une place importante dans les pathologies chirurgicales en général et concerne surtout les sujets jeunes. Près de 42 patients opérés sur 256 se présentent avec une péritonite aigue généralisée.

Plus de 3 patients sur 42 étaient des enfants alors que l'hôpital dispose de chirurgien pédiatrique.

Plus de 13 patients sur 42 consultent directement à l'hôpital, ce qui pose le problème de l'organisation de la sante de première ligne (CSCoM, CS Réf).

Les étiologies sont multiples et variées, mais la perforation appendiculaire reste la première cause avec 15 cas sur 42 d'où la nécessité d'une étroite collaboration interdisciplinaire.

La mortalité est importante et est liée surtout au retard de consultation.

2) RECOMMANDATIONS :

❖ Aux populations :

- L'éviction de l'automédication et du traitement traditionnel ;
- Consultation immédiate en cas de douleur abdominale ;
- L'amélioration de l'hygiène individuelle et collective.

❖ Aux centres de santé de la périphérie :

- L'éviction de l'administration prolongée d'antalgique ;
- La référence en temps opportun des patients et leur préparation pour une bonne évacuation ;
- La redynamisation de la caisse de solidarité du système de référence-évacuation.

❖ A l'hôpital de Kayes :

- La pérennisation des kits d'urgence chirurgicale ;
- La dotation des différents pavillons de chirurgie de matériels adéquats de qualité et en quantité ;
- La formation continue du personnel.

❖ Aux décideurs :

- La mise en place des moyens logistiques pour la référence-évacuation ;
- La dotation des hôpitaux de référence en moyens d'investigations performants et en médecins spécialistes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIES:

VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIES:

1- PROSKE. J.M, FRANCO.D :

Péritonite aigue ; Revue Prat (paris) 2005 ; 55 : 2167-2172.

2-JEAN YM, JEAN LC :

Péritonite aigue

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

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-THOREAU N, FAIN O, BABINET P, LORTHOLARY O, ROBINEAU M et AL

Peritoneal tuberculosis: 27 cases in the suburbs of northeastern Paris.

Int J Tuberc Lung Dis 2002; 6: 253- 258

5- CHOW KM, CHOW VC & SZETO CC

Indication for peritoneal biopsy in tuberculosis peritonitis. Am J Surgery 2003;185: 567-573.

6- OUOLOGUEM M:

Les urgences chirurgicales non traumatiques à l'hôpital de Sikasso, à propos de 380 cas. Thèse méd. Bamako 2007 ; N°12

7- DIALLO A

Les fistules digestives externes post opératoires à l'hôpital du Point G

Thèse méd. Bamako 2000 ; n°64 :

8- COULIBALY I. S :

Perforations digestives à l'hôpital régional de Sikasso. Thèse de médecine, Bamako 2005 ;n°215 ; P 22

9- SHITTU OB et AL:

Pattern of mechanical intestinal obstruction in Abandon a ten year review

A J Med 2001; 30 (12):17-21.

10- SISSOKO F, ONGOIBA N, BERETE S et AL

Péritonites par perforation iléale en chirurgie B de l'hôpital du Point G
Mali méd. 2003 ; T18 : N°1 :

11- TOGOLA I

Les contusions de l'abdomen au CHU Gabriel Touré
Thèse méd ; Bamako ; 2002 ; n°12 : p 73

12-BRUNEL. FRAISSE LECHICHE SOTTO LAPORTE :

Une péritonite sexuellement transmise. Médecine et maladie infectieuse
2008 ; 38 : 233-234

13- GIESSLING U, PETERSEN S, FREITAG M et AL

Surgical management of severe peritonitis
Zentralbt chir 2002 jul; 127(7):594-7

14-RAMACHANDRAN CS, AGARWAL S

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

15- ADESUNKANMI A

Acute generalized peritonitis in African Children: Assessment of severity of
illness using modified
APACHE II Score
J surgi 2003; 73 (5) : 275-279

16-M'BIDA :

Péritonite secondaire à la rupture spontanée d'une pyonéphrose dans la
grande cavité péritonéale à propos d'un cas.
Rev. Méd. De LIEGE 2005 ; 60 : 81-83
Khirurgia 2001;(2): 18-20

17- KONATE. H :

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

18-Hamadou B DIABY : Releva un taux de mortalité de 7,9% sur 302 cas de péritonites aiguës par perforation d'ulcère dans les services de chirurgie et pédiatrique à l'hôpital Gabriel Touré Thèse méd ; Bamako 2013 ; N°67.

19- SETO S :

Contribution à l'étude des complications des appendicites aiguës chez l'adulte à propos de 1251 cas dans le service de chirurgie viscérale au C.H.U de Cotonou .Thèse de Méd ; Cotonou-1994 ; N°615.

20- Boukhaka S :

Les urgences abdominales au Congo.
Thèse Médecine ; Brazzaville-1982 ; N° 34,

21- Dictionnaire de Médecine :

Flammarion. Médecine - sciences.
2005 ; 26: 423-427.

22-. Direction nationale de la statistique et de l'informatique :

Présentation de la région de Kayes en 2000.

23- Hosoglu S, Mustafa Ademir et Coll:

Risk factors for enteric perforation in patients with typhoid fever.

Am j epidemiology 2004; 160: 46-50.

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

25-DEMBELE B:

Etude de péritonite aiguë généralisée dans les services de chirurgie et pédiatrique à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Méd. Bamako ; 2005 ; N° 215.

26-COULIBALY Cheick Omar .S.

Péritonites généralisées dans le service de chirurgie générale à l'hôpital régional de Sikasso.

Thèse méd. Bamako 2010 ;n°22

27- GOUGARD P, BARRAT C : Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé. Résultat d'une étude rétrospective multicentrique

Ann Chir 2000 ; 125 : 726-731

28- MALICK S, KLEIN JF :

Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique : à propos d'une série observée dans l'Ouest Guyanais :

Méd. Trop. 2001 ; 61 : 491-494

29- RAHMAN GA et AL.

Typhoid iléal perforation in Niger children: an analysis of 106 operative cases. Pédiatre Surg Int 2001 ; 17 : 628-630.

30- DOUMBIA. MM :

Prise en charge des perforations digestives dans le service de chirurgie A au CHU du Point G. Thèse méd. Bamako 2008 ;n°2

31- DIEFFAGA MM :

Péritonite par perforation typhique dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Thèse méd ; Bamako 2005 ; n°176

32- SAKHRI J :

Traitement des ulcères duodénaux perforés; Tunisie méd. 2000; n°08

33-POMATA M, VARGIU N, MARTINASCOL et AL

Our experience in the diagnosis and treatment of diffuse peritonitis.

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

34- Dieng M, N'diaye Aï, Ka O, Konaté I, Dia A, Touré CT:

Aspects étiologiques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées d'origine digestive. Une série de 207 cas opérés en cinq ans

Sénégal 2006 ;4 : 47-51

35-KOUAME 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): 379-382

36- ALMOWITCH H

Traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé

Gastro enterol clin bio (Paris) 2000; 24: 1012-1017

37-BORIS A ,KAHALIL O,PHILIPPE Set al.

Traitement laparoscopique de l'ulcère duodénale perforé.

Gastro entérologie clin Biol 2000;24:1012-1017

38- VICTOR PAINING TAFOYEM :

Les perforation d'une ulcère gastro duodenal au CHU du P G.

Mémoire Méd;Bamako2008;n°22

39-SIDDEYE A.

Les perforation d'une ulcère gastro duodenal au CHU Gabriel

Touré.Thèse méd Bamako;2009; n° 194.

40-Kafih M;Fekak H;El Idrissi A et al

Ulcère duodenal perforé; traitement coelioscopique de la perforation et la maladie ulcéreuse duodénale Ann chir 2000;125:242-6.

ANNEXES :

IX- ANNEXES:**FICHE D'ENQUETE :****I /Les données administratives :**

1. N° de la fiche d'enquête..... /...../
2. Service...../...../
3. N° du dossier du malade...../...../
4. Nom et Prénom
5. Date de consultation.....
6. Age du malade.....
 1=0 à15ans 2=16 à29ans
 3=30 à 59ans 3=60 et plus
7. Sexe.....
 1=Masculin 2=Féminin
8. Provenance
- 1=Bafoulabé 2= Diéma 3=Kayes
 4=Keneyeba 5=Kita 6=Nioro du sahel
 7=Yelimane 9=Indéterminé 99= Autres à préciser :
9. Nationalité.....
- 1=Maliennne 9=Indéterminée 99=Autres à préciser :
10. Ethnie
- 1=Bambara 2=Malinké 3=Sarakolé
 4=Peuhl 5=Miliana 6=Sénoufo
 7=Dogon 8=Bobo 10=Sonrhäi
 9=Indéterminée 99=autres à préciser :
11. Principale activité.....
- 1=Fonctionnaire 2=Cadre moyen 3=Ouvrier
 4=Commerçant 5=Elève 6=Paysan 7=Ménagère
 9=Indéterminée 99=Autres à préciser :
12. Mode de recrutement à l'hôpital.....
- 1=Urgence 2=Consultation
13. Adresse par.....
- 1= Aide-soignant 2 = Infirmier 3= Venu de lui-même
 4= Médecin 9= Indéterminée 99 = Autres à préciser :
14. Date d'entrée.....en jours.
 1=1 à7J 2=8à15J 3=16 à30J 4=Plus de 16J.
15. Durée d'hospitalisation préopératoire en jours.....
- 1= 1 à 7jours 2=8 à 15jours
 3=16 à 30jours 4= 30 et plus
16. Durée d'hospitalisation postopératoire en jours.....
- 1=Après guérison 2 = Avant guérison

17. Date de sortie...../...../...../...../

18. Motif de consultation

1= Douleurs 2= Arrêt des matières et des gaz 3= Hoquet

4=Météorisme abdominal 5= Vomissement 6=Fièvre

7= Diarrhée 9= Indéterminé

99=Autres à préciser :

19. Début de la douleuren jours.

1=<7 jours

2>= 7 jours

20. Siège de la douleur.....

1= Fosse iliaque droite 2= fosse iliaque gauche 3= flanc droit

4 = flanc gauche 5=Hypochondre droit 6=Hypochondre gauche

7= Epigastrique 8=Hypogastrique 10=Péri ombilicale

11=Diffuse 99=Autres préciser :

21. La durée de la douleur.....

1=0-6h 2=7-12h 3=13-18h 4=19-24h

5=2-3jours 6=4-7jours

22. Mode de début de la douleur.....

1=Brutal 2= Progressif 9=Indéterminé

99=Autres à préciser :

23. Type de la douleur.....

1=Brûlure 2=Piqûre 3=Torsion

4=pesanteur 5=Ecrasement

99=Autres préciser :

24. Intensité de la douleur.....

1=Faible 2=Modérée 3=Intense 4=Très intense .

25. Facteurs déclenchant la douleur :.....

26. Facteurs calmant la douleur :

1= médicaments 2= position antalgique

3= ingestion d'aliments 4= vomissements

99= autres préciser :

27. Durée d'une crise.....

1= 5-15mn 2= 16-30mn 3=31-60mn

4=1-3 jours 5= plus de 3 jours

II/Signes d'accompagnement

28. Digestifs.....

1=Non 2= Nausées 3= Vomissements

4= Diarrhée 5= Constipation 6=Rectorragie

7= Méléna 8= Hématémèse 9= Indéterminée

10= Arrêt des matières et des gaz 11= Gargouillement

12= Flatulence 13= Ténésmes 14=Epreintes

99= Autres à préciser :

III/ATCD :

Personnels*29. Médicaux.....**

1=Si oui à préciser :

2=Non 9=indéterminée **30. Chirurgicaux.....**

1=Oui à préciser :

2=Non 9=indéterminée **31. Suites opératoires**1=Simple 2=Abscesses de paroi 9=Indéterminée 99=Autres à préciser :***FAMILIAUX**

1= oui à préciser :

2= non 9=Indéterminée .**IV/EXAMENS :****+Signes généraux****32. INDICE DE KARNOFSKY (IK) :**1= <70 2= $IK > 70$ **33. Conjonctives.....**1=Pâles 2=Colorées 3=Ictère 9 =Indéterminées 99= Autres préciser :**34. Température en degré.....**

1=Inf. à 36°C 2=36°C à 38°C 3=Sup à 38°C

35. Pouls en battements/mn.....

1=Inf à 60bts/min 2=60 à 120bts/min 3=Sup à

120bts/min.

36. Poids en**Kg.....**

1=Inf à 60Kg 2= 60 à 100Kg 3=Sup à 100Kg.

37. TA en mm de HG.....

1=Inf à la norme 2=Normale 3=Sup à la norme.

38. Rythme respiratoire en mouvements/mn.....

1=Inf à la norme 2=Normale 3=Sup à la Norme.

39. Faciès:.....1= normal 2= tiré 3= péritonéal ,

99= autres à préciser :

40. Plis cutanés :1= absent 2= présent 9= indéterminé

99= Si Autres à préciser :

41. Langue :1 = humide 2 = sèche 3= saburrale 9 = indéterminé 99= Si Autres à préciser :

42 Conscience :.....1 = normal 2 = agitée 3 = confus 4 = coma 9 = indéterminé 99 = Si autres à préciser :**+Signes physiques :****· Inspection :****43. Présence de cicatrice opératoire sur l'abdomen.....**1=Xipho-sus-pubienne 2=Médiane sus ombilicale 3=Médiane sous ombilicale 4=Au point de Mac Burney 5=Pfannentiel 6= Inguinale droite 7= Inguinale gauche 9= Indéterminée

99= Autres à préciser :

44. Morphologie de l'abdomen.....1= Asymétrie de l'abdomen 2= Distension abdominale sus ombilicale 3= Distension abdominale généralisée 4= Rétraction abdominale 5=Symétrique 9= Indéterminée . 99= Autres à préciser :**45. Mouvements de l'abdomen.....**1= Immobilité 2= Ondulations péristaltiques 9= Indéterminée 99= Autres préciser :**· Palpation :****46. Défense abdominale.....**1=généralisée 2=Non 9=indéterminée

99=autres à préciser :

47. Contracture abdominale.....**1=Oui****2=Non****48. T R et /ou TV :****1=Normal****2 =Anormal****V / Autres Appareils****49. Cœur :.....**1= bruits normaux , 2=bruits anormaux 3= souffles 9= indéterminé 99= autres à préciser :**50. Pouls périphériques :.....**1= perçus , 2= non perçus

3=Si autres à préciser :

51. Appareil respiratoire:.....1=normal , 2=bruits anormaux , 3=dyspnée ,9 = indéterminé 99= autres à préciser :**VI/Les examens complémentaires avant ou après l'opération :****52. Radiographie d'ASP.....**1= Si oui à préciser: 2= Non **53. Echographie.....**1= oui à préciser : 2= Non **54. Examen bactériologique.....**

1= Absence de germes

2= Germes à préciser :

55. Sérodiagnostic de Widal.....

1= Oui à préciser :

2= Non

3=Positif

4=Négatif

56. N.F.S.....

1= SI oui à préciser :

2= Non

57. Groupage sanguin et Rhésus.....

1= A+

2=A-

3=B+

4=B-

5=AB+

6=AB-

7= O+

8= O-

58. Créatininémie.....

1=<50µmol/L

2= 50 à 150 µmol/L

2= >150 µmol/L

59.

Glycémie.....

1=Si oui à préciser :

2= Non

3= $\leq 0,75$ g/L

4=0,75 à 1,25g/L

5= $\geq 1,25$ g/L

60.

V.S.....

1=Si Oui à préciser :

2= Non

3= ≤ 70

4=70–100

5= ≥ 100

61.

TP.....

1=Si Oui à préciser :

2= Anomalie à préciser :

3= $\leq 70\%$

4=70 à 100 %

5= $\geq 100\%$

VII/Diagnostic :

62. Diagnostic préopératoire

1= Perforation d'organes creux

2= Occlusion

9=indéterminée

99=Autres à préciser

63. Diagnostic per opératoire

1=Si oui à préciser :

2 =non

64. Traitement reçu avant l'arrivée de l'équipe de garde :

64a. Médical.....

1=Si Oui à préciser :

2= Non

9= Indéterminé

64b. Durée moyenne du traitement.....

1= 0-12h

2= 13-24h

3= 2-3 jours

4= 4-5 jours

5= 6-7 jours

64c. Les effets du traitement médical.....

1=Sans effet

2= Diminution de la douleur

3=Disparition temporaire de la Douleur

4= Espacement des crises

9= Indéterminée

99= Autres à préciser :

65. Traitement Traditionnel.....

1=Si Oui à préciser :

2= Non 9= Indéterminée **65a. Effet du traitement traditionnel.**1= Sans effet 2= Diminue la douleur 3= Disparition temporaire de la douleur 4= Espacement des crises 9= Indéterminée 99= Autres préciser :**VIII/TRAITEMENT****66 .Traitement chirurgical.....****1=Oui****2=Non****66a. Techniques.....****66b. Type d'anesthésie :**1=Générale 2=Locorégionale **66c. Incision :**1=Laparotomie médian sus et sous ombilicale 2=Laparotomie sous ombilicale 3=Laparotomie sus ombilicale

99=Si Autre à préciser :

67. Diagnostique per opératoire :1=Perforation gastrique 2= Perforation iléale 3= Perforation caecale 4= Perforation appendiculaire 5=Abcès du foie rompu 6=Tumeur gastrique perforée 9=Indeterminé 99=Si Autres à préciser :**68. Prélèvements et Qualité du liquide :**1=Pus 2= Selles 3=Pyo stercorale 99=Si Autres à préciser :**69. Nombre de perforation :**1=Unique 2=Multiple 3=Bon 4=Douteux 5=Nécrosé

99= Autres à préciser :

70.Etat de l anse :.....1=Bon : 2=Mauvais 99=Autres à préciser:**71. Gestes opératoires :.....**1=Suture 2= Iléostomie 3=Colostomie 4=Résection/Anastomose—Termine—Terminale

99=Si autre à préciser :

72. Nombre de drain.....1= unique 2=Double 3=multiple **73. Siège du drain.....**1=Gouttière pariétaux-colique droite 4=Sous hépatique droite 2=Sous hépatique gauche 5=1+2 6=Sous hépatique 3=Gouttière pariétaux-colique gauche 99=Si autre à préciser :

74. PRONOSTIC :**+Score de MANNHEIM (MPI)****1=MPI<26****2=MPI>26****X/Après l'opération :****75. Suites opératoires précoces (1 à 30jours).....**

- 1= Simples 2= Choc volémique 3= Septicémie
 4= Abscesses de la paroi 5= Défaillance cardiaque 6= IR
 7= fistulisation digestive 8= Lâchage anastomotique
 10= Décès 11=occlusion 12=éviscération
 9= indéterminé 99=autres à préciser :

76. Suites opératoires à court terme (1 à 3 mois).....

- 1= Simples 2 = Eventration
 3= Troubles digestifs 4= Occlusion
 5= Syndrome de grêle court 6= Décès
 7 =Intervention 8 = Retard de cicatrisation
 9= Indéterminé . 99= Autres à préciser:

77. Suites opératoires à moyen terme (3 à 24 mois).....

- 1= Simples 2= Eventration
 3= Troubles digestifs 4=Occlusion
 5= Syndrome de grêle court 6= Décès
 9= Indéterminé 99= Autres préciser :

78. Suites opératoires tardives.....

- 1= Simples 2= Eventration 3= Troubles digestifs
 4= Occlusion 5= Syndrome de grêle court
 6= Décès 9= Indeterminé 99= Autres à préciser :

79. Mode de suivi.....

- 1= Venu de lui-même 2= Sur rendez-vous
 3= Vu à domicile 4= Sur convocation
 9= Indeterminé 99= Autres à préciser :

80. Coût de la Prise en Charge

- Frais de consultation/...../
 - Ordonnances/...../
 - Kit/...../
 - Frais d'hospitalisation/...../
 1=Inf à 100000FCFA 2= 100000 à 200000FCFA 3=Sup à 200000FCFA.

FICHE SIGNALÉTIQUE:Nom : **DIAKITE**Prénom : **Lassana****Titre : Péritonite aigues généralisées****Aspects épidémiologiques et thérapeutiques à l'hôpital de Kayes.**

Année universitaire : 2013 – 2014

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS.

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale.

RESUME :

La péritonite est une inflammation ou une infection aigue du péritoine. Elle est le plus souvent secondaire à une perforation d'organe digestif et /ou à la diffusion d'un foyer septique intra abdominal. Une péritonite est dite généralisée, lorsqu'elle s'étend à toute la cavité péritonéale.

Elle constitue une urgence grave nécessitant une prise en charge médicochirurgicale rapide.

Elles sont en nette augmentation malgré la disponibilité des antibiotiques et des anti inflammatoires et la baisse de leur coût.

Au Mali, notre étude fut la deuxième des péritonites étudiées à l'hôpital Alfousseyni N'Daou de Kayes après celle réalisée El Bassir Konate et la première à Kayes selon les aspects étudiés.

Nous rapportons notre expérience dans la prise en charge de cette affection jadis mortelle pendant une durée étude prospective d'une année allant du 1^{er} février 2013 au 1^{er} janvier 2014, sur nos 42 patients qui ont été reçus en urgence dans les services de chirurgies pour péritonite aigue généralisée.

L'objectif principal de notre étude était d'analyser le profil épidémiologique, le pronostic et thérapeutique des péritonites aigues généralisées à l'hôpital Alfousseyni DAOU de Kayes.

Au cours de cette étude la fréquence des péritonites aiguës généralisées était de 61,9% des urgences digestives ; le principal motif de consultation était la douleur soit 100% de nos malades ; *la plupart des patients ont été adressés par les infirmiers soit 59,5 % des cas après un délai moyen de 48 heures ; les adultes ne dépassant pas 50 ans étaient les plus représentés ; soit 57,1% des cas ; avec un âge moyen de 40,1ans ; naturellement les Khassonké étaient plus sujets soit 35,7% des cas ; il avait une prédominance masculine soit 24 hommes contre 18 femmes dont le sex- ratio est de:1,33.*

Les signes cliniques et para cliniques en faveur d'une péritonite aiguë généralisée ont été essentiellement : la confirmation d'une contracture abdominale ; de la douleur abdominale intense et des nausées ou vomissements chez tous nos malades (100%) ; et un pneumopéritoine à l'ASP (66,7%) des cas.

L'incision-suture-lavage puis drainage a été la technique la plus utilisée.

Les Escherichia coli ont dominé le tableau des étiologies infectieuses (23%) ; les perforations appendiculaires étaient les fréquentes des causes(35,71%) ; 100% des germes ont été sensibles à la Ceftriaxone et aucun patient n'a subi la monothérapie.

En post opératoire,(76,2%) des patients subissent une bi antibiothérapie.

Les suites opératoires ont été simples dans 69% des cas.

L'évolution est marquée par la suppuration pariétale (4,8% des cas) et nous avons enregistré 2 décès (4,8%) dans notre étude.

En fin, Le retard; l'absence de service de soins intensifs, le coût estimé élevé de l'intervention chirurgicale d'urgence sont des facteurs déterminants de la mortalité et de la morbidité.

Mots clés : Péritonite, chirurgie, urgence digestive, Perforation ; Kayes.

SERMENT D'HIPPOCRATE:

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE