

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°

Thème

**ASPETS EPIDEMIOCLINIQUES ET
THERAPEUTIQUES DES PERITONITES
AIGUES GENERALISEES AU CENTRE DE
SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE III
DU DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le /.../.../2022 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako (F.M.O.S)

Par : M. Saiba DEMBELE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président du jury : Pr Lassana KANTE

Membre du jury : Dr Abdoulaye COULIBALY

Codirecteur de thèse : Pr Boubacar KAREMBE

Directeur de thèse : Pr Alassane TRAORE

DEDICACES et REMERCIEMENTS

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 mon père : Moussa DEMBELE

Très cher papa qui m'apprit 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'éternel 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.

- A ma mère : Hawa DEMBELE

Model de mère africaine, qui se réveille avant et se couche après tout le monde pour qui la recherche de la cohésion familiale est le cheval de bataille. Tu as toujours accueilli les enfants des autres comme les tiens, ce qui a beaucoup simplifié mon adoption partout où j'ai été ; mère ce travail t'apportera beaucoup de satisfaction. Que Dieu le tout puissant vous garde encore très longtemps auprès de nous. Amen!

-A ma marâtre : Ami DEMBELE

Très chère marâtre, qui m'a 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.

-A mes frères et sœurs: Doulaye, Bourama, Abdoul Karim, Fatoumata, Salimata, Aminata, Tenin

Les mots me manquent pour vous 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 Tonton : Issouf Traore, Moussa Traore, Arouna Traore, Santara

Vous m'avez accueilli et accepté comme un des siens rares sont maintenant des familles qui sont aussi réceptives que les vôtres. Merci d'avoir prouvé que je suis chez moi. Trouve ici l'expression de ma grande admiration, que Dieu vous donne longue vie et beaucoup de bonheurs dans vos foyers.

-A ma femme : N'gnine Bagayogo

Tu as été une source d'inspiration pour moi et je considère cela comme une chance énorme, merci pour ton soutien et à ta famille.

-A la famille chérifla : la famille de Cherif Ousmane Madane HAIDARA guide spirituel des ançars, président du haut conseil islamique du Mali, président du groupement des leaders religieux du Mali.

Les mots sont minime pour vous remercier a votre juste valeur, vous nous avez été d'un grand soutien tant dans la vie estudiantine que dans la vie sociale, que Dieu vous accorde longévité, santé, réussite.

-A tous mes collègues : du CS Réf commune III pour leur collaboration et leur esprit d'équipe.

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

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

REMERCIEMENTS

C'est le lieu de remercier :

Docteur Boubacar Touré et Docteur Seydou Sanogo : durant notre séjour ; vous nous avez donné le gout de la chirurgie, par votre qualité humaine, votre rigueur dans le travail, et votre disponibilité.

Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude.

Docteur Boureima Traore, Docteur Aboubacar Camara: nous vous avons trouvé accueillant et disponible. Votre simplicité, votre courtoisie font qu'il est agréable de travailler à vos cotés. Soyez rassuré chers maitres de notre profonde reconnaissance.

A tous les personnels du service de chirurgie, du bloc opératoire CS réf Commune III pour leur esprit d'équipe, ce travail est également le votre. Merci à vous tous

Mes amis : Dr Mocktar Diallo, Dr Moussa Fomba, Dr Modibo Diarra, Dr Mamadou Sissoko, Dr Noel Banou, Dr Abdramane Maiga, Youssouf Dosse Traore, Kalifa O Dembélé, Noumory Diallo, Bakary Traore, Issa Coulibaly, Souleymane Maiga, Souleymane Ouedrago, Dr Mamadou Thiero, Issa Dao, Drissa Diarra,

Mamoutou Couliblay, Abdoulaye Diatre, Diango Fily, Ousmane Samake. Merci à vous tous.

Mes cadets : Le chemin est long mais avec courage et patience rien n'est impossible. Soyez patients et courageux.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Président

Professeur Pr Lassana KANTE

- **Maitre de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Membre de l'association française des chirurgiens**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone (ACAF)**
- **Chargé de cours à la FMOS**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre rigueur scientifique font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique forge le respect et l'admiration de tous.

Vous nous avez impressionnés tout au long de ces années d'apprentissage, par la pédagogie et l'humilité dont vous faites preuves. C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves. Que Dieu veille sur vous.

À notre Maître et Membre du jury

Dr Abdoulaye COULIBALY

- **Spécialiste en chirurgie générale.**
- **Praticien au C S Réf de la commune III**
- **Consultant et chirurgien de guerre à la MSF (Médecin sans frontière)**

Cher maître,

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire ; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves

Cher maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance

À notre Maitre et Codirecteur :

Professeur Boubacar KAREMBE

- **Maitre de Conférences à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Praticien hospitalier**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie (SO CHI MA)**
- **Responsable du service de chirurgie du CSRéf C III**

Cher maître,

Vous nous avez fait l'honneur de co-diriger ce travail,

Votre disponibilité, votre humilité, votre modestie ainsi que votre charisme ont été toujours des valeurs humaines séduisantes pour nous depuis les premiers instants de notre rencontre.

Nous avons acquis auprès de vous non seulement des connaissances scientifiques mais aussi des principes de la vie sociale car vous n'avez établi aucune barrière entre nous.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

À notre Maitre et Directeur de thèse :

Professeur Alhassane TRAORE

- **Professeur titulaire de chirurgie générale à la F.M.O.S.**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.**
- **Chargé de cours à l'institut nationale formation en science de la santé.**
- **Membre de la société malienne de chirurgie.**
- **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone.**
- **Détenteur d'un master en chirurgie hépatobiliaire.**

Cher Maître,

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury. Nous vous remercions sincèrement pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements théoriques et pratiques au cours de notre formation. Vous nous avez toujours impressionnés par la clarté et l'aisance avec laquelle vous savez transmettre votre savoir. Nous avons eu l'opportunité de vous côtoyer et avons apprécié votre simplicité, votre acharnement au travail et surtout votre patience. Ces qualités font de vous un homme admiré et respecté de tous. Trouvez ici, cher maître, notre profond respect et toute notre gratitude.

ABBREVIATIONS:

ASA: American Society of Anesthesiologists

ASP: Abdomen Sans Préparation

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIVD : Coagulation intra-vasculaire disséminée

ECG: Electrocardiogramme

EIPC: Ecole des infirmiers du premier cycle

EVA: Echelle visuelle analogique

FID: Fosse iliaque droite

FIG: Fosse iliaque gauche

HTA: Hypertension artérielle

MPI: Mannheim Peritonitis Index

NFS: Numération formule sanguine

SMIC : Salaire minimum interprofessionnel de croissance

UGD: Ulcère gastro-duodéal

VIP : Very important person

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

O.R.L : Oto-Rhino-Laryngologique

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

FOGD : Fibroscopie oeso-gastro-duodénale

TABLE DES MATIERES

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	1
1-OBJECTIF GENERAL :.....	5
2-OBJECTIFS SPECIFIQUES :	5
1- ANATOMIE :	7
2-PHYSIOLOGIE [25 ; 26] :	12
3- Facteurs pronostiques globaux :	20
IV. Méthodologie de Recherche.....	35
1. Type et période d'étude :.....	35
2. Cadre d'étude :	35
3. Situation géographique :.....	35
4. Les locaux :	35
5. Le personnel :	35
6. Les activités :.....	36
7. Population d'étude :	36
8. Echantillonnage :.....	36
9. Supports de l'étude :.....	36
V.RESULTATS	37
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	69
VII.CONCLUSION.....	83
VIII.LES RECOMMANDATIONS	84
REFERENCES	85
ANNEXES	90

Liste des Tableaux

Tableau I : La répartition des patients selon la tranche d'âge.....	37
Tableau II: La répartition selon le sexe des patients.	37
Tableau III : La répartition selon la nationalité des patients.....	38
Tableau IV : La répartition des patients selon la provenance.....	38
Tableau V : La répartition des patients selon les ethnies.	39
Tableau VI: La répartition des patients selon leurs activités.	39
Tableau VII : La répartition des patients selon le mode d'admission au service.	40
Tableau VIII : La répartition selon les personnels de référence.	40
Tableau IX : Motif de retard d'admission à l'hôpital.	41
Tableau X : La répartition des patients selon le motif de consultation.....	41
Tableau XI : Les patients selon le début de la symptomatologie.	42
Tableau XII : Siege initial de la douleur chez les patients.....	42
Tableau XIII : Mode de début de la douleur chez les patients.....	43
Tableau XIV : Type de la douleur selon les patients.	43
Tableau XV: Evolution de la douleur chez les patients.	43
Tableau XVI: Irradiation de la douleur selon les patients.	44
Tableau XVII : Intensité de la douleur selon les patients (Echelle visuelle analogue).	44
Tableau XVIII : Facteur déclenchant la douleur chez les patients.	45
Tableau XIX : Facteur calmant la douleur selon les patients.	45
Tableau XX : Traitement reçu avant admission selon les patients.	46
Tableau XXI: Signe d'accompagnement digestif selon les patients.....	46
Tableau XXII : Signe d'accompagnement gynécologique chez les patientes.	46
Tableau XXIII : Signes urinaire selon les patients.	47
Tableau XXIV: Antécédent médical personnel des patients.	47
Tableau XXV : Antécédent chirurgical personnel des patients.	48
Tableau XXVI : Evaluation du score ASA chez les patients.....	48
Tableau XXVII: Répartition selon la présence de plis de déshydratation.....	48
Tableau XXVIII: Les conjonctives des patients.	49
Tableau XXIX: La température corporelle des patients.	49
Tableau XXX: Le pouls des patients.	49
Tableau XXXI: Fréquence respiratoire des patients.	50
Tableau XXXII : La pression artérielle des patients.....	50
Tableau XXXIII : Faciès des patients.	51
Tableau XXXIV : La répartition selon la présence de cicatrice d'intervention chirurgicale.....	51

Tableau XXXV : La répartition selon la morphologie de l'abdomen.	52
Tableau XXXVI : La répartition selon le mouvement de l'abdomen.....	52
Tableau XXXVII : Douleur accentuée à la palpation abdominale des patients. ..	52
Tableau XXXVIII : La répartition des patients selon la masse abdominale.	53
Tableau XXXIX : La répartition selon la percussion abdominale (Matite).	53
Tableau XL : La répartition selon l'auscultation de l'abdomen (bruits hydroaérique).....	53
Tableau XLI : Toucher rectal des patients.	54
Tableau XLII : Les patients selon le résultat de la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP).....	54
Tableau XLIII : Les patients selon le résultat de l'échographie abdominale.	55
Tableau XLIV : La numération formule sanguine (NFS) selon les patients.	55
Tableau XLV : Groupage-Rhésus selon les patients.	56
Tableau XLVI : les patients selon la glycémie	56
Tableau XLVII : Les patients selon le diagnostic préopératoire	57
Tableau XLVIII : les patients selon le diagnostic per opératoire.	57
Tableau XLIX : répartition des patients selon le traitement médical pré et post opératoire.....	58
Tableau L : répartition des patients selon la voie d'abord chirurgicale.....	59
Tableau LI : répartition des patients selon la nature du liquide péritonéal.....	59
Tableau LII : répartition des patients selon la technique chirurgicale.	60
Tableau LIII : la répartition des patients selon le siège du drain.	60
Tableau LIV : la répartition des patients selon le résultat de l'examen cytobactériologique et chimique du liquide péritonéal.	61
Tableau LV : répartition selon le score de Mannheim :.....	61
Tableau LVI : répartition des patients selon la durée d'hospitalisation post opératoire.....	62
Tableau LVII : répartition des malades selon la morbidité en postopératoire.....	62
Tableau LVIII : la répartition des patients selon la classification de Clavien- Dindo.	63
Tableau LIX : répartition des malades selon les causes de mortalité.	63
Tableau LX : répartition des patients selon le mode de suivi des malades.....	64
Tableau LXI: diagnostic per opératoire des patients et les causes de morbidité post opératoire.	64
Tableau LXII : Age et causes de mortalité patients.	65
Tableau LXIII : causes de mortalité et diagnostic per opératoire des patients.	65
Tableau LXIV : durée hospitalisation et diagnostic per opératoire des patients. .	66

Tableau LXV : Sexe et diagnostic per opératoire.	67
Tableau LXVI : Fréquence de la péritonite selon les auteurs	69
Tableau LXVII: sex-ratio selon les auteurs	70
Tableau LXVIII: L'âge moyen selon les auteurs	71
Tableau LXIX: Répartition des principaux signes fonctionnels selon les auteurs.	72
Tableau LXX : Signes physiques selon les auteurs.	74
Tableau LXXI: Répartition en fonction des résultats de l'ASP et selon les auteurs.	75
Tableau LXXII : Les étiologies selon les auteurs.	76
Tableau LXXIII: Les techniques opératoires selon les auteurs	78
Tableau LXXIV: Comparaison des taux de morbidité postopératoire selon les auteurs.....	79
Tableau LXXV : Répartition de la mortalité des péritonites selon les auteurs.....	81

Liste des figures

Figure 1 : Les deux étages de la cavité abdominale	11
Figure 2: Les différentes loges péritonéales	12
Figure 3: Mouvements des fluides intra-péritonéaux.	14
Figure 4 : Radiographie de l'abdomen sans préparation debout de face	23

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Les péritonites aiguës généralisées sont des inflammations ou des infections aiguës de la séreuse péritonéale ; le plus souvent secondaires à la perforation d'un organe digestif et /ou à la diffusion d'un foyer septique intra abdominal [1].

Elles constituent une urgence grave nécessitant une prise en charge médicochirurgicale rapide [2].

Les péritonites aiguës généralisées sont des pathologies très fréquentes. Elles occupent la troisième place des abdomens aigus chirurgicaux après l'appendicite et l'occlusion intestinale [3].

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

En ALLEMAGNE : GIESLING [5] a relevé 58% de décès chez 36 patients atteints de péritonites sévères.

EN ASIE : RAMACHANDRAN C.S, AGARWAL .S en 2004 [6] ont signalé dans leur étude qu'en cas de défaillance multi viscérale au moment de l'intervention, le pronostic peut atteindre 70 à 80% de décès.

En AFRIQUE :

-Au BURKINA FASO : SANOU D, en 1999 [7] a remarqué dans son étude que l'arrivée tardive des malades à l'hôpital, couplée à des interventions longues et complexes ont contribué à une augmentation de la mortalité

-Au Gabon : MAKITA-NGADI L en 2010 [8] dans son étude a trouvé 10,92 % de péritonites généralisées ; occupant la 2ème place des urgences en chirurgie viscérale après l'appendicite aiguë.

-Au Mali : KONATE H en 2001 [9] : a estimé que le retard de la prise en charge et la pratique de la médecine traditionnelle sont liés au mauvais pronostic des péritonites aiguës. Une étude réalisée à Sikasso par COULIBALY C.O.S en 2010[10] a trouvé une fréquence de 41% de péritonites aiguës généralisées,

occupant la 2ème place des urgences en chirurgie viscérale. Les étiologies sont multiples.

Au Niger Harouna et AL [11] en 2001 ont trouvé que la fièvre typhoïde et l'appendicite aigue constituent les principales étiologies en zone tropicale avec une fréquence de 39 % chacune.

Elles se traduisent cliniquement par une douleur abdominale plus ou moins intense, nausées, vomissements, contracture abdominale, un iléus paralytique, une fièvre, une altération de l'état général et parfois des signes de choc hypovolémique (tachycardie, soif intense, agitation, anxiété, pouls rapide) [12].

Le diagnostic repose sur la clinique. La chirurgie laparoscopique occupe une place importante dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des péritonites aiguës [13].

La prise en charge de cette pathologie infectieuse aiguë associe des mesures de réanimations standard et un traitement chirurgical systématique en urgence des foyers infectieux intra péritonéaux [1].

Le pronostic dépend de l'âge, de l'étiologie, du délai de diagnostic, le traitement précoce et la durée longue des interventions. Cependant il peut être amélioré par une prise en charge urgente et multidisciplinaire, associant un diagnostic précoce, une laparotomie exploratrice en urgence et une réanimation précoce et bien adaptée [14].

Au centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako, aucune étude spécifique n'a porté sur les péritonites aiguës. C'est pour combler ce vide que nous avons entrepris ce travail.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1-OBJECTIF GENERAL :

- Étudier les péritonites aiguës généralisées au centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako.

2-OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence hospitalière des péritonites aiguës généralisées dans le centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako.
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques.
- Analyser les résultats de la prise en charge.

GENERALITES

III. GENERALITES : PERITONITES

A- ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU PERITOINE :

1- ANATOMIE :

a) Définition et description du péritoine : [20]

Le péritoine est une membrane séreuse annexée aux organes contenus 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 au péritoine comme toute séreuse :

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

-Un feuillet viscéral : appelé péritoine viscéral qui est constitué par le revêtement séreux des organes abdomino-pelviens.

-Des replis membraneux : 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, d'épiploon ou de ligament.

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

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

-Enfin on appelle épiploons les replis péritonéaux qui s'étendent entre deux organes intra-abdominaux. A la surface des organes, le péritoine apparaît comme un « **simple vernis** ». Il ne prend la texture et l'allure d'une membrane ayant une certaine épaisseur qu'au niveau des parois (péritoine pariétal) et au niveau des mésos et des épiploons. Sa doublure par le **fascia propria** permet alors de le mobiliser et de le suturer.

➤ **Epiploon gastro-duodéno-hépatique 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 gastroduodéal, un bord diaphragmatique, un bord libre et deux faces (l'une antérieure et 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'oesophage par du tissu cellulaire, des rameaux vasculaires et nerveux. Cette partie assez épaisse du petit épiploon est appelée la **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 la partie duodénohépatique.

➤ **Le grand épiploon :**

Le côlon 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 et sa constitution varient 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 chez un sujet à l'autre.

La vascularisation artérielle du péritoine pariétal est assurée de haut en bas par des branches des artères intercostales, lombaires, épigastriques et circonflexes, artères issues directement de l'aorte, de l'artère iliaque externe et de la fémorale. Celle du péritoine viscéral est assurée par les branches de division des troncs coeliaque et mésentérique [21 ,20].

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

Il n'y a pas de circulation lymphatique propre à la séreuse péritonéale, seul un dispositif juxta-diaphragmatique fait de « **fenêtres** » mesothéliales permet d'assurer le drainage lymphatique de la cavité péritonéale vers les vaisseaux lymphatiques diaphragmatiques, le canal thoracique et la circulation générale.

L'innervation du péritoine [22] 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) ;
- Le nombril (cri de l'ombilic à la palpation digitale) ;
- Le cul-de sac de Douglas, exploré par les touchers pelviens, et où le doigt entrant en contact direct avec le péritoine déclenche une douleur vive.

Ces zones hypersensibles correspondent à des foyers où l'innervation péritonéale est très riche et 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.

b) Rapports du péritoine avec les organes : en fonction de leur situation par rapport aux feuilletts péritonéaux, on peut distinguer trois types d'organes [23]:

-Les viscères rétro péritonéaux comme les reins, les voies urinaires hautes et le pancréas sont recouverts en avant par le péritoine pariétal postérieur et 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 sont l'estomac, les voies biliaires extra hépatiques, les anses intestinales (grêle, côlon, haut rectum), l'utérus et ses annexes (exceptés 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.

c) Anatomie topographique de la cavité abdominale : [24]

La cavité abdominale s'étend de la face inférieure du diaphragme au petit bassin. Elle empiète en haut sur la cage thoracique (région thoraco-abdominale), continue en bas et en arrière dans le grand bassin (région abdomino-pelvienne).

La racine du **mésocôlon transverse** tendue transversalement d'un hypochondre à l'autre, la divise en deux **étages sus et sous-mésocoliques** (Voir figure I).

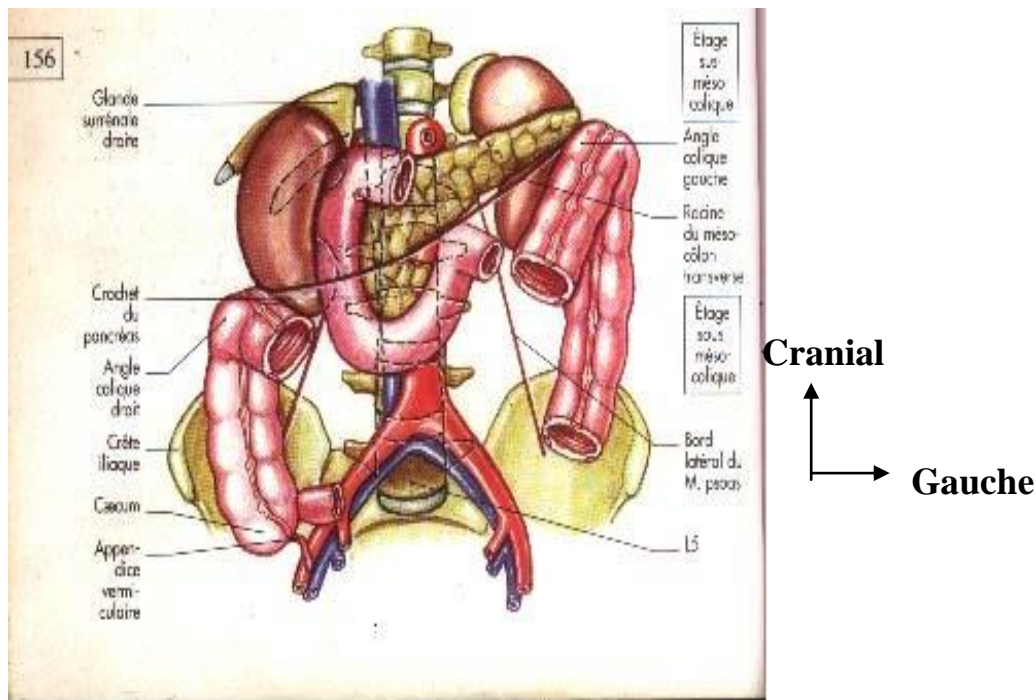


Figure 1 : Les deux étages de la cavité abdominale [24]

Ces étages de la cavité abdominale se situent en regard des régions suivantes de la paroi abdominale :

-L'étage sus-mésocolique correspond latéralement aux hypochondres droit et gauche de la paroi, au centre à la région épigastrique. Il renferme l'œsophage abdominal, l'estomac, le duodéno-pancréas, la rate, le foie et les voies biliaires.

-L'étage sous-mésocolique correspond latéralement aux fosses iliaques et aux flancs droit et gauche, au centre aux régions ombilicale et hypogastrique. Il renferme le jéjuno-iléon, le côlon, le rectum, la vessie et les organes génitaux internes chez la femme. Les différentes loges péritonéales sont : (voir figure II)

A l'étage sus-mésocolique :

-La loge sous-phrénique droite comprise entre la face supérieure du foie, et la coupole diaphragmatique droite. Elle est divisée en deux par le ligament falciforme du foie.

-La loge sous-phrénique gauche, comprise entre la coupole diaphragmatique gauche cranialement, l'estomac en dedans et la rate en bas ;

- La poche retro-gastrique (ou arrière cavité des épiploons) ;

- L'espace sous-hépatique est décrit par les radiologues sous le nom de loge de Morrison.

• Dans l'espace sous-mésocolique :

Les gouttières pariéto-coliques droite et gauche comprises entre le côlon (ascendant à droite, descendant à gauche) et la paroi latérale de l'abdomen. De part et d'autre de la racine du mésentère se trouvent une loge supra-mésentérique (située entre le mésentère et le mésocôlon ascendant), et une loge infra-mésentérique (située entre le mésentère et le mésocôlon descendant).

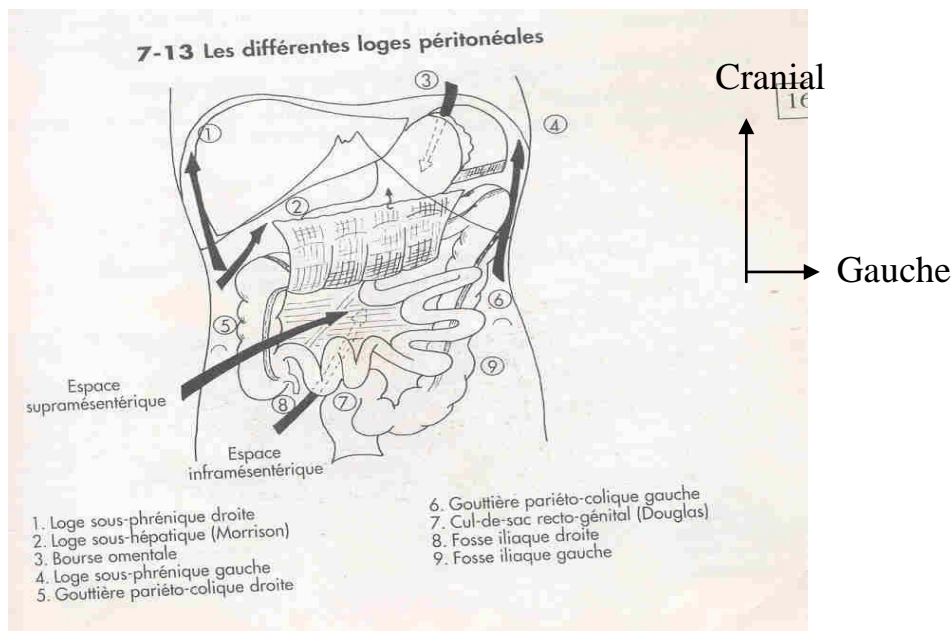


Figure 2: Les différentes loges péritonéales [24]

2-PHYSIOLOGIE [25 ; 26] :

C'est la plus grande séreuse de l'organisme. Il s'agit d'un sac fermé contenant une petite quantité de liquide séreux situé dans la cavité abdominale. La surface occupée par le péritoine est importante, de l'ordre de celle de la peau environ 2m² chez l'adulte.

La séreuse péritonéale ressemble à une membrane semi-perméable animée de deux mouvements liquidiens de sécrétion et d'absorption. Ces phénomènes osmotiques sont dits « passifs ».

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

a) La Voie passive de sécrétion d'absorption

a-1- Sécrétion : l'espace virtuel limité par les deux feuillets péritonéaux est recouvert par une sérosité liquidienne (50 à 100 cm³) qui est continuellement renouvelée. Sa composition chimique est proche à celle du sérum sanguin. Elle contient des protéines (de 50 à 70 g/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.

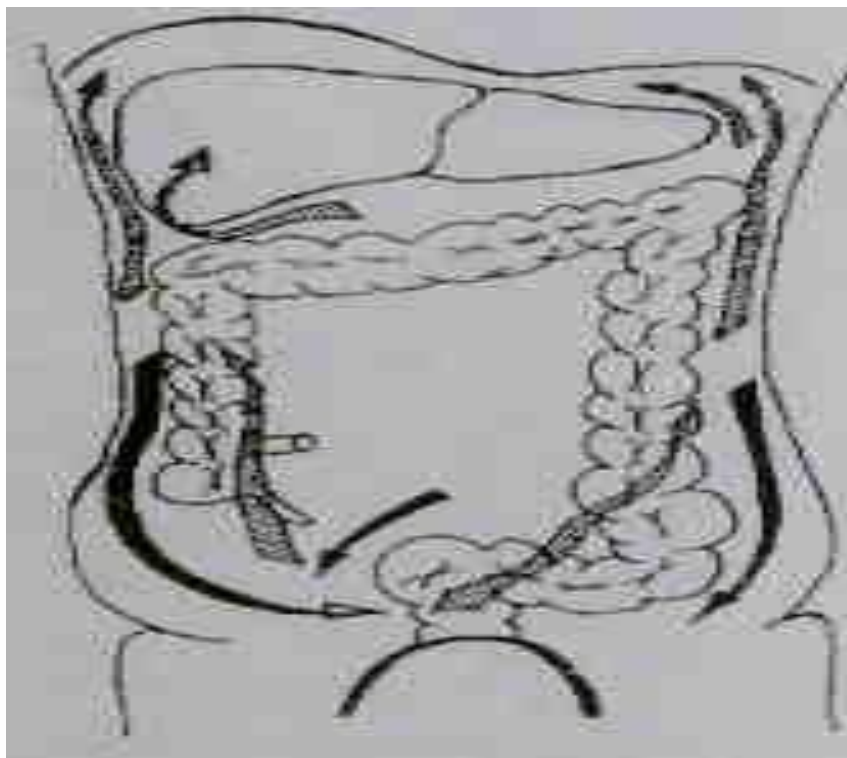
Cette sérosité régulièrement répartie, joue pour les deux feuillets péritonéaux le rôle d'une bourse séreuse de glissement [23; 27].

a-2- L'absorption: elle serait maximum au-dessus du foie et nulle au niveau du cul de sac de Douglas [23 ; 27]. Ce mouvement liquidien du péritoine vers les capillaires, explique la possibilité de passage des germes dans la circulation sanguine (fréquence des bactériémies dans les péritonites aiguës).

b) Mouvements des fluides péritonéaux et voie active

b-1-Mouvements des fluides:

Le mouvement des fluides intra péritonéaux se fait selon deux directions [23; 27], de haut en bas et de bas en haut (Voir figure III).



Cranial

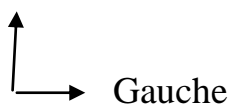


Figure 3: Mouvements des fluides intra-péritonéaux.

Les flèches en plein indiquent les mouvements liquidiens en direction du cul-de-sac de Douglas et les flèches en pointillé indiquent les mouvements liquidiens ascendants, vers les coupes diaphragmatiques et les fenêtres lymphatiques.

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-mésocôlique, ou habituellement les pathologies sous-mésocôlique.

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-mésocôlique jusqu'aux espaces sous diaphragmatiques.

Il suit le trajet des gouttières pariéto-coliques ; essentiellement la gouttière droite, la gauche pouvant être cloisonnée par le ligament phrénico-colique. Il se fait sous l'effet d'un gradient des hautes pressions vers les basses pressions. En effet en position debout la pression intra péritonéale est de 20 cm de mercure dans l'étage sous-mésocôlique alors qu'elle est de 8 cm de mercure dans l'étage sus-mésocôlique.

C'est ce mouvement de bas en haut qui explique le drainage lymphatique actif de la cavité péritonéale. Il explique également la possibilité d'abcès sous phrénique compliquant une pathologie infectieuse d'origine sous-mésocôlique [23;27].

b-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 des fluides à travers ces structures constitue la voie d'épuration du péritoine.

Ce mécanisme, qui dépend de la taille et du nombre des fenêtrés 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 des fenêtrés mésothéliales juxta-diaphragmatiques qui restent ouvertes dans les lacunes lymphatiques collectrices.

-Une phase inspiratoire marquée par l'éjection-vidange des lymphatiques diaphragmatiques vers les collecteurs thoraciques, sous l'effet du gradient de pression abdomino-thoracique [23].

B -PHYSIOPATHOLOGIE DES PERITONITES AIGUES [28; 26]

B -1- MECANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES :

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 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 au cours des péritonites tuberculeuses (aujourd'hui exceptionnelles), ni dans les infections d'ascite du cirrhotique (qui présentent l'étiologie la plus fréquente dans ce groupe). La stase splanchnique pourrait alors favoriser le 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 est 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 DITES « SECONDAIRES » :**

Les péritonites secondaires sont dues à la perforation d'un organe creux ou à l'extension d'un foyer septique intra abdominal. L'agression péritonéale peut être chimique, septique ou mixte.

▪ **Les péritonites chimiques :** correspondent à une perforation du tractus digestif haut (estomac, duodénum) ou des voies biliaires non infectées. Le liquide épanché contient peu de germes mais a une grande acidité. Il faut savoir que toutes les péritonites chimiques finissent par devenir septiques au bout d'une certaine durée d'évolution.

▪ **Les péritonites septiques:** correspondent à une perforation du tractus digestif bas (grêle distal, côlon, sigmoïde), à la perforation d'une collection abcédée ou à la diffusion d'un foyer septique intra-abdominal. L'inoculation péritonéale est donc faite par la flore intestinale poly microbienne.

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.

▪ **Les péritonites mixtes** : sont généralement des péritonites chimiques devenues septiques.

➤ **PERITONITES DITES «TERTIAIRES »:**

Elles ont été définies plus récemment. Elles correspondent à des infections abdominales persistantes malgré un traitement bien conduit (antibiothérapie adaptée et éradication du foyer primitif abdominal par une ou plusieurs interventions).

La cavité abdominale est surinfectée par des micro-organismes peu virulents mais devenus résistants ou par des levures. Ces péritonites sont fréquemment associées à un syndrome de défaillance multi-viscérale ou à une immunodépression. Elles sont en recrudescence à l'heure actuelle à cause de la fréquence de l'infection VIH-SIDA.

L'évolution de l'infection après l'inoculation péritonéale : dépend d'une part de la virulence de l'infection en cause et des facteurs locaux favorisant (le sang ou la nécrose tissulaire), 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, fibrinoformation).

Ainsi il y a trois possibilités évolutives d'une infection péritonéale:

-**La guérison par résorption du foyer infectieux** : par exemple l'ulcère gastrique perforé bouché ;

-**La constitution d'une péritonite localisée** : la réaction initiale à la dissémination microbienne provoque en quelques heures une dilatation capillaire et une augmentation de la perméabilité péritonéale.

Un épanchement liquidien septique se forme dans la zone inflammatoire. La richesse en fibrine de cet épanchement et les replis péritonéaux physiologiques favorisent la localisation du processus. Les mécanismes cellulaires anti-infectieux

se déclenchent (accumulation intra péritonéale de granulocytes et de mastocytes), provoquent une phagocytose bactérienne. Si le nombre de bactéries est faible (< 10 micro organismes/ml), le processus peut demeurer localisé ou évoluer vers la guérison, ou la constitution d'un plastron, ou le développement d'un abcès (par exemple : abcès péri colique sur perforation sigmoïdienne);

-La constitution d'une péritonite généralisée : en cas de défaillance ou de débordement des moyens de défense.

B-2 CONSEQUENCES PHYSIOPATHOLOGIQUES LOCALES ET GENERALES:

Elles sont d'autant plus graves que l'inoculation bactérienne est virulente, abondante et surtout prolongée. Elles s'enchaînent entre elles et retentissent les unes sur les autres fonctions créant un cercle vicieux.

1-Retentissement local : l'agression péritonéale se traduit par une réaction d'hyperperméabilité vasculaire et par un iléus paralytique.

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 cas d'iléus paralytique : « 3e secteur » avec séquestration liquidienne, électrolytique et protidique ; proportionnelle à la surface du péritoine touché. Les pertes peuvent atteindre 4 à 6 litres par jour. Le liquide intra péritonéal devient trouble puis franchement purulent. La cavité péritonéale contient parfois le contenu digestif (perforation). Le péritoine s'épaissit et se couvre de fausses membranes.

2- Retentissement général : une concentration élevée de micro-organismes, un système immunitaire déficient ou une contamination par des germes particulièrement virulents peut conduire à une diffusion du processus infectieux à l'ensemble de la cavité péritonéale. Le péritoine est inflammatoire, épaissi et fragilisé. Cette modification explique que la réalisation d'une suture digestive dans la péritonite aboutit inéluctablement à un lâchage de celle-ci, sauf en cas de suture d'ulcère perforé. Elle explique également la séquestration liquidienne intra

péritonéale par défaut de réabsorption et l'augmentation de la production de sécrétions inflammatoires, conduisant à la déshydratation et à l'insuffisance rénale fonctionnelle.

L'augmentation de la perméabilité péritonéale, notamment aux endotoxines bactériennes explique les conséquences systémiques : choc septique, syndrome de détresse respiratoire, nécrose tubulaire aiguë, coagulation intra vasculaire disséminée, embolies septiques à distance ou thrombose portale septique (pyléphlébite), digestives, hépatiques et neurologiques. D'où le concept de «**péritonite grave**».

-L'insuffisance rénale : est tout d'abord fonctionnelle (oligurie en rapport avec l'hypo-perfusion artérielle), puis lésionnelle (ischémie prolongée, toxines bactériennes) avec un débit urinaire chez l'adulte inférieur ou égal à 20 ml/ heure, soit moins de 500 ml/ 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 aigu (S D R A) de l'adulte. 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 des 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 [29], aggrave considérablement le pronostic des péritonites aiguës [27 ; 29 ; 30].

-L'impact hématologique : est également d'origine toxique. La première perturbation est une coagulation intra-vasculaire disséminée (CIVD) avec une consommation accrue des facteurs de l'hémostase et une tendance hémorragique ; une hypo plaquettose autour de 30.000/mm³ en est le témoin ultime.

La toxicité hématologique se signale également par une hyper leucocytose (supérieur à 30.000/mm³) ou une hypoleucocytose (inférieur à 2500). 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 intraluminaire) se traduit par un ictère et une chute des facteurs de coagulation. Ce dernier aspect majore la tendance hémorragique.

-La défaillance cardio-circulatoire : est multi-factorielle et terminale (tachycardie prolongée, hypoxie, acidose métabolique, hyperkaliémie par 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.

-Une dénutrition : qui est consécutive à la séquestration liquidienne, électrolytique et protidique. Elle est précoce et doit être compensée par une alimentation parentérale puis par la voie orale.

-La traduction cérébrale : est une altération de la conscience qui résulte du cumul des conséquences de l'ensemble de ces facteurs pathogènes. On l'évalue à l'aide du Score de Glasgow ; un chiffre égal ou inférieur à 6 témoigne d'une situation terminale, pratiquement irréversible.

3- Facteurs pronostiques globaux :

Plusieurs facteurs ou situations sont reconnus dans la littérature comme signes de mauvais pronostic [27] :

-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 de type syndrome hémorragique, choc septique, insuffisance rénale aiguë ou insuffisance respiratoire, est également prise en compte. S'il existe 1, 2 ou 3 de ces complications, le taux de mortalité serait respectivement de 33, 66 ou 100% [23; 27].

-L'âge : n'est 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 [23;27 ; 29 ; 31; 32 ; 33].

C-RAPPEL CLINIQUE [35]:

C-1- Type de description : Forme typique de la péritonite aiguë généralisée en péritoine libre de l'adulte de 20 ans vu tôt.

a- Signes cliniques :

Le diagnostic positif de la péritonite aiguë généralisée est clinique. Une symptomatologie commune permet de poser le diagnostic : le syndrome péritonéal. Cependant il existe des caractéristiques spécifiques à chaque étiologie.

a-1-SIGNES FONCTIONNELS :

-La douleur abdominale constante et de siège variable. Son siège et son maximum d'intensité ont une valeur localisatrice. Elle peut être violente, brutale, diffuse à tout l'abdomen.

-Les nausées ou les vomissements qui sont inconstants.

-Un arrêt des matières et des gaz (iléus), parfois remplacés par des diarrhées.

Ces troubles du transit sont un avertissement pour le malade.

a-2- SIGNES GENERAUX : ils sont fonction de l'ancienneté de la péritonite aiguë :

-La température : en règle élevée 39 - 40 °C à l'exception des perforations d'ulcère gastrique où la température est normale dans les six premières heures.

-L'état général est altéré.

-La tension artérielle est diminuée.

-Le sujet est anxieux.

-Le pouls est petit et rapide.

-Les signes infectieux peuvent se compliquer d'un état de choc : tachycardie, marbrures, cyanose, oligurie à un stade avancé.

a-3- SIGNES PHYSIQUES :

-Inspection : le visage est plombé et prend un aspect typique dit faciès hippocratique (yeux enfoncés, joues creuses, saillie de l'ossature faciale).

L'abdomen est météorisé et le sujet tousse mal. Il y'a une diminution ou suppression de la respiration abdominale, avec une saillie des muscles droits chez le sujet jeune. C'est un signe de grande valeur et peut imposer l'intervention chirurgicale.

- Palpation : il existe une contracture qui est la contraction permanente, douloureuse, tonique, invincible et extensive des muscles de l'abdomen: c'est le « Ventre de bois ». Elle prédomine là où elle a commencé.

Elle se palpe les mains réchauffées, à plat, en commençant par la zone supposée la moins douloureuse.

La contracture peut être atténuée ou absente du fait d'une maladie sous jacente (un diabète, une immunodépression) d'une corticothérapie, ou chez le sujet âgé.

Parfois c'est la défense généralisée avec une contraction plus limitée.

- Percussion : on recherchera une disparition de la matité pré-hépatique en faveur d'un pneumopéritoine signant la perforation d'un organe creux.

Un météorisme témoigne l'iléus paralytique. Une matité hydrique déclive témoigne un épanchement liquidien.

-Le toucher rectal : déclenche une douleur vive au bout du doigt contre la paroi antérieure du rectum.

Le diagnostic de péritonite étant posé, il faut :

-rechercher l'étiologie (interrogatoire, examens complémentaires) ;

-faire un bilan préopératoire ;

-débuter la réanimation et intervenir d'urgence

a-4-SIGNES PARA CLINIQUES :

a-4-1- La Radiographie de l'abdomen sans préparation :

•Face debout centré sur les coupes diaphragmatiques;

• Face couché ;

- Profil couché avec les rayons horizontaux.

a-4-1-1 Signes en rapport avec la péritonite aiguë:

- Epanchement intra péritonéal :

- Grisaille diffuse ;

- Décollement pariétal du côlon, déplacement de la grosse tubérosité gastrique ;

- Anses grêles cernées.

- Image d'anse sentinelle dans la fosse iliaque droite faisant suspecter une étiologie appendiculaire).

- Distension gazeuse du grêle et du côlon avec des niveaux hydroaériques: iléus réflexe.

a-4-1-2 Signes orientant vers d'autres étiologies :

- Le pneumopéritoine : croissant gazeux inter hépato diaphragmatique ou sous diaphragmatique gauche sur le cliché centré sur les coupes diaphragmatiques (Voir Figure IV) ; ou clarté gazeuse dans la gouttière pariéto colique droite sur un cliché pris en décubitus latéral gauche.

- Les lithiases vésiculaires radio- opaques dans l'hypochondre droit ou urinaires sur l'aire de projection des voies urinaires.

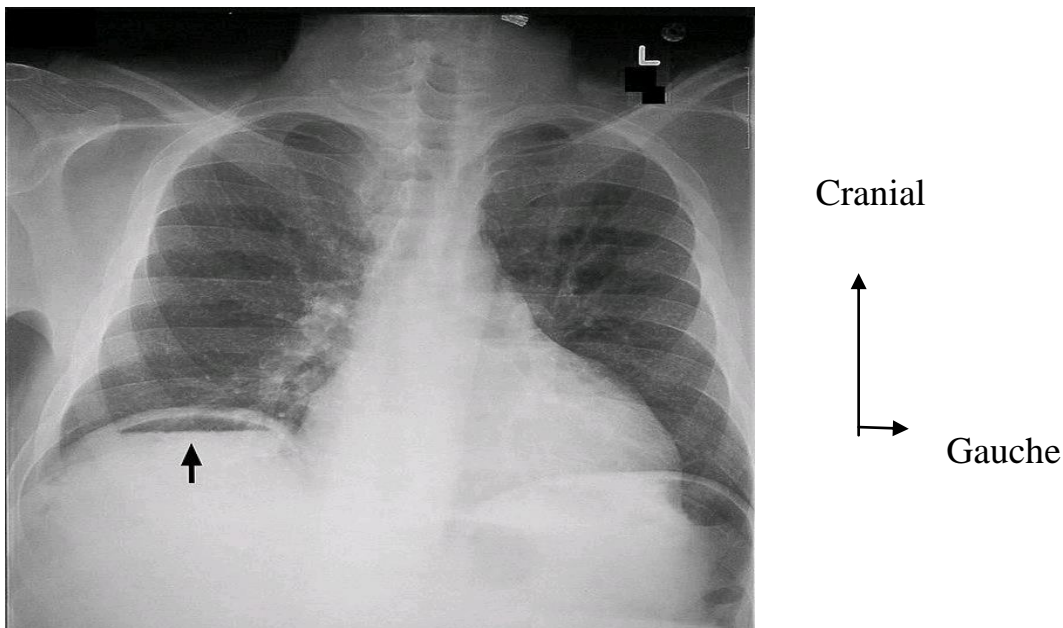


Figure 4 : Radiographie de l'abdomen sans préparation debout de face

La bulle d'air visible sous l'hémi diaphragme droit est un pneumopéritoine. Image radiographique de l'ASP d'un patient du service de chirurgie « A » au CHU du Point « G » de Bamako.

a-4-2- Autres examens complémentaires :

Ils ont un intérêt dans les cas où le diagnostic de la péritonite est difficile.

a-4-2-1 Echographie abdominale et /ou pelvienne : peut confirmer le diagnostic de l'épanchement intra péritonéal ; dans les péritonites biliaires avec des signes de cholécystite aiguë lithiasique ; dans les péritonites génitales avec des images de pyo-annexe.

a-4-2-2 Lavement opaque aux hydrosolubles : dans les perforations cœliques de diagnostic difficile (formes asthéniques chez le sujet âgé).

a-4-2-3 Scanner : surtout si le diagnostic est difficile permet de rechercher :

- Un pneumopéritoine ou une masse anormale hypodense ;
- Des anomalies de la paroi vésiculaire poreuse ;
- Un bulle d'air extra digestif.

a-5-Examens complémentaires du bilan préopératoire :

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

C-2- Autres formes cliniques :

a- Formes frustes :

- Les perforations digestives chez les patients sous corticoïdes, chez les hémodialysés chroniques.
- Leur diagnostic est radiologique s'il existe un pneumopéritoine.
- Généralement ces formes latentes sont révélées par un abcès sous phrénique.

b-Forme dite « asthénique » :

Elle est fréquente chez les sujets âgés et les sujets immunodéprimés surtout dans les péritonites par perforation coliques. 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 signes que les examens cliniques répétés prennent toute leur importance.

D-DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

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, côlon ;
- D'une collection abcédée : pyocholécystite, abcès appendiculaire, pyosalpinx.

d-1- Péritonite par perforation d'ulcère gastro duodéal :

Dans la forme typique le diagnostic est facile :

- A l'interrogatoire : ulcère connu ;
- Antécédents douloureux épigastriques ;
- Notion de prise de médicaments(AINS).

Parfois la perforation est révélée par :

- Le maximum épigastrique de la symptomatologie;
- L'absence de fièvre au début ;
- Un pneumopéritoine.

Dans les formes atypiques ou frustes le diagnostic est plus difficile: le pneumopéritoine est absent dans 30% des cas. Ce sont :

- Les perforations digestives au cours des traitements par les corticoïdes (valeur du pneumopéritoine) ;
- Les perforations bouchées par un organe de voisinage (foie, épiploon). Après un début souvent typique, les signes régressent en quelques heures avec cependant la persistance d'une douleur provoquée à l'épigastre ;
- Les perforations dans l'arrière cavité des épiploons. A la radiographie de l'abdomen sans préparation, on peut retrouver sur un cliché de profil un bulle claire rétro-gastrique.

d-2- Péritonites par perforation du grêle :

Les causes les plus fréquentes sont :

- La fièvre typhoïde ;
- La nécrose d'une anse grêle par strangulation : bride, volvulus, étranglement, invagination, perforation d'un diverticule de Meckel ;
- L'infarctus du mésentère.

d-3- Péritonites par perforation colique

Les deux étiologies les plus fréquentes sont :

La diverticulite colique : la perforation siège habituellement sur le sigmoïde et se présente sous forme de :

- Péritonite stercorale lorsque l'abcès diverticulaire communique encore avec la lumière colique ;
- Péritonite purulente par rupture d'un volumineux abcès péri sigmoïdien.

Le tableau clinique 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.

Le cancer colique : de siège généralement sigmoïdien, la perforation tumorale favorise l'infection péritonéale.

La perforation diastatique : c'est la rupture au niveau d'une plage de nécrose ischémique secondaire à la distension colique d'amont, habituellement le cæcum.

Ces péritonites coliques sont caractérisées par :

- Le début des signes dans la région hypogastrique associé aux signes infectieux ;
- Leur fréquence dans les formes asthéniques chez les sujets âgés ;
- Un pneumopéritoine énorme en cas de perforation diastatique ;
- Leur gravité.

❖ **Les autres causes de péritonites par perforations coliques :**

- Colites aiguës (maladie de Crohn, recto-colite hémorragique). Le diagnostic est souvent tardif car la péritonite évolue à bas bruit chez ces sujets sous traitement antibiotique et /ou corticoïde ;
- Perforations iatrogènes : au cours des colonoscopies surtout en cas de polypectomie, au cours d'un lavement baryté (baryto-péritonite gravissime) ;
- Perforations en amont d'un fécalome.

d-4- La péritonite appendiculaire : est fréquente en milieu tropical.

En sa faveur :

- L'âge jeune ;
- La prédominance des signes dans la fosse iliaque droite ;
- L'absence de cicatrice au point Mac Burney.

d-5- Péritonites biliaires :

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

Rarement le tableau clinique est typique. En faveur de l'origine biliaire, survient généralement chez la femme âgée, souvent obèse aux antécédents médicaux de lithiase vésiculaire chez qui :

- La douleur débute dans l'hypochondre droit ;
- Les signes infectieux sont présents ;
- Il existe un ictère ou un subictère conjonctival, palmaire, plantaire ou cutané ;
- L'échographie a une grande utilité diagnostique.

Généralement le tableau clinique est celui d'une péritonite biliaire localisée associant:

- Un blindage douloureux de l'hypochondre droit ;
- Des troubles du transit ;
- Un syndrome infectieux. En absence de traitement, cet abcès peut se rompre dans un organe de voisinage ou dans la grande cavité péritonéale.

d-6- Péritonite génitale :

- Il s'agit le plus souvent de la rupture d'un pyosalpinx (touchers pelviens, échographie) ;
- Perforation utérine iatrogène au cours de l'interruption volontaire de la grossesse ou de curetage utérin.

d-7- Péritonites urinaires : elles sont dues aux traumatismes du petit bassin ou d'une lithiase vésicale associée à une rupture de la vessie avec éruption de l'urine dans la cavité péritonéale.

E-Diagnostic différentiel : se pose avec les autres syndromes abdominaux aigus hyperalgiques s'accompagnant d'une pseudo-contraction.

1-Occlusion intestinale : particulièrement le volvulus du grêle avec un mécanisme mécanique entraînant des troubles vasculaires et un épanchement intra péritonéal séro-hématique. La clinique associe : des douleurs péri ombilicales intenses et intermittentes, un météorisme peu important, des vomissements, un arrêt des matières et des gaz et une défense traduisant la souffrance de l'anse volvulée avec un risque de perforation.

2-Pancréatite aiguë : la symptomatologie est maximale dans la forme nécrosante. La symptomatologie associe :

- Une douleur (épigastrique, post prandiale, intense, irradiante vers le dos et les hypochondres, continue, soulagée par la position dite en chien de fusil);
- Des vomissements plus ou moins sanglants;
- Un arrêt du transit;
- Des signes de choc hypovolémique;
- Une fièvre à 38, 5° C ou plus;
- Parfois un subictère.

A l'examen physique il existe une défense et un météorisme péri-ombilical.

La biologie révèle une hyper lipasémie et une amylasémie > 3 ou 5 fois la normale.

3-Autres syndromes abdominaux aigus hyperalgiques s'accompagnant d'une pseudo-contraction:

-L'ulcère gastrique aigu non perforé ;

-L'infarctus mésentérique ;

-La colique hépatique ou néphrétique.

F-TRAITEMENT : c'est une urgence chirurgicale. Le traitement de la péritonite est avant tout celui de la maladie sous-jacente.

f-1- Le But :

- Eradiquer le foyer infectieux;

- Lutter contre l'infection et assurer l'équilibre hydro électrolytique.

f-2- Les moyens : sont médicaux et chirurgicaux.

f-2-1 Les moyens médicaux : traitement adjuvant.

f-2-1-1-La réanimation: c'est le premier temps essentiel qui comporte:

- La rééquilibration hydro-électrolytique par la perfusion des solutés en intraveineuse
- et la mesure répétée de la pression veineuse centrale ;
- La transfusion de sang total ou de culot globulaire en cas d'anémie ;
- L'oxygénothérapie à l'aide d'un masque à gaz ;
- Le sondage naso-gastrique pour l'aspiration gastrique douce et continue ;
- Le sondage urinaire pour la surveillance de la diurèse horaire.

f-2-1-2-L'antibiothérapie : initialement empirique, est une urgence thérapeutique et doit être :

-Précoce et instituée une fois le diagnostic suspecté, sans attendre la confirmation chirurgicale ou les résultats bactériologique;

-Active sur les germes aérobie et anaérobie et les bactéries à Gram négatifs;

-Adaptée aux germes retrouvés dans les différents prélèvements (pus péritonéal, sécrétions recueillies par les drains);

-La durée du traitement varie selon l'évolution des signes généraux.

f-2-1-3 Rééducation : en post opératoire le malade est placé en décubitus dorsale avec une légère élévation de la tête par rapport aux membres inférieurs.

En outre il est recommandé une mobilisation et une levée précoce du patient.

Ces manœuvres visent non seulement à favoriser la reprise du transit mais aussi à minimiser les complications liées aux décubitus prolongé.

f-2-1-4 Cas particulier : traitement médical de la perforation d'un ulcère gastroduodéal.

Méthode de Taylor : rarement utilisée aujourd'hui, elle conserve une indication chez les sujets âgés à haut risque opératoire.

▪ **Conditions d'application de cette méthode non opératoire:**

- Malade à jeun au moment de la perforation (dernier repas pris à plus de 6 heures de la perforation) ;

- Malade vu à moins de 6 heures après la perforation ;

- Certitude diagnostique ;

- Absence de signes de gravité (choc, hémorragie...) ;

- Maladie ulcéreuse < 3 mois ;

- Possibilité d'une surveillance médico-chirurgicale.

• **Modalités**

- Patient à jeun ;

- Sondage naso-gastrique en aspiration douce ;

- Voie veineuse et apports hydro électrolytiques en compensation des pertes de la sonde naso-gastrique ;

- Traitement antibiotique par voie parentérale à large spectre, dirigé contre les bacilles à Gram négatif et les anaérobies (Bêta-lactamines, aminoside, 5 nitroimidazolé);

- Traitement anti-ulcéreux : IPP ou anti-H2 à double dose par voie parentérale (Omeprazole ou Ranitidine);
- Antalgiques non opiacés ;
- Prévention de la maladie thrombo-embolique ;
- Surveillance.

- **Évolution**

- Si l'évolution est favorable, le traitement parentéral est maintenu sur sept jours.
- La réalimentation est progressive à partir du septième jour.
- Le traitement antibiotique est relayé par la voie orale (éradication de l'*Helicobacter pylori*).
- Et le traitement par IPP est maintenu six semaines par la voie orale.
- Un contrôle de la cicatrisation est nécessaire par une FOGD (des biopsies seront réalisées en cas d'ulcère gastrique et systématiquement à la recherche de *Helicobacter pylori*).

f- 2-2 Le traitement chirurgical :

Indications : elles sont de règle dans tous les cas.

Principes du traitement chirurgical :

- Installation du patient en décubitus dorsal avec une sonde urinaire à demeure.
- Préparations : rasage de l'abdomen du patient, suivi d'une asepsie au Polyvidone dermique. Le nettoyage va du creux épigastrique à la mi-hauteur des cuisses en prévision d'un élargissement possible de la voie d'abord.

Les champs opératoires doivent être disposés de façon à dégager l'aire ainsi définie et à recouvrir les membres inférieurs et supérieurs.

- Sous anesthésie générale, intubation oro-trachéale et ventilation assistée, monitoring par craniographe, cardiographe et un suivi de la saturation artérielle en oxygène pour la surveillance anesthésiologique du patient.

- Voie d'abord large : laparotomie médiane (incision : xypho suspubienne, médiane sus ombilicale, médiane sous ombilicale), au point de Mac Burney, de Pfannenstiel...

- Voie d'abord coelioscopique : est préconisée pour les perforations d'ulcère gastroduodéal, les péritonites d'origine appendiculaire et gynécologique. Elle peut prévenir les suppurations pariétales en minimisant la morbidité postopératoire [30].

Cependant en cas d'impossibilité de réaliser un traitement complet et de bonne qualité (liée à des adhérences ou un épanchement stercoral abondant), il ne faut pas hésiter à convertir.

-Prélèvements du liquide péritonéal avec recherche des germes aéro et anaérobies.

-Exploration complète de toute la cavité abdominale à la recherche de la source de l'infection après le prélèvement bactériologique et aspiration du pus.

-Traitement de la lésion causale : Exérèse de la lésion chaque fois que c'est possible.

-Les anastomoses doivent être évitées en milieu septique au profit des stomies.

-Si la lésion du grêle est traitée précocement (< 12 heures), chez un malade en bon état général sans état de choc, en absence d'épanchement péritonéal stercoral et de péritoine très inflammatoire, on peut réaliser une résection anastomose d'emblée.

-En cas de perforation iatrogène du côlon au cours d'une coloscopie ; l'intervention est précoce, une simple suture ou une résection-anastomose colocolique peut être réalisée ;

-Vidange rétrograde du grêle dans l'estomac qui est aspiré ;

-Ablation des fausses membranes ;

-Toilette péritonéale: abondante (10 à 12 L) au sérum physiologique puis associé à la Bétadine dermique (Polyvidone) jusqu'à ce que la cavité abdominale soit propre ;

- Drainage de la cavité péritonéale : la mise en place des drains se fait essentiellement dans les différents compartiments intra-abdominaux, en particulier dans le cul de sac de Douglas et dans les gouttières pariéto-coliques.

L'intervention prend fin par la fermeture classique de la paroi plan par plan ; après contrôle de l'hémostase, suivie d'un pansement.

G -Surveillance post opératoire immédiate: doit être stricte et s'appuie sur :

-Les courbes de la feuille de réanimation : tracés et écrits, indispensables au suivi (température, pouls, pression artérielle, rythme respiratoire, diurèse, ainsi que la quantité et la qualité du drainage).

-L'examen clinique répété: faciès, moiteur de la peau, sueur (hypercapnie), coloration des muqueuses, pouls radiale (anoxie, hypercapnie, choc hypovolémique, réponse cardiaque à la réanimation) ; auscultation cardio-pulmonaire; abdomen (respiration, souplesse, ballonnement, état de la plaie ou du pansement), mollets (ballotement, douleur, inflammation locale).

-Appréciation de la ventilation (ampliation thoracique, asymétrie, tirage, signes d'encombrement visibles ou audibles).

Le système de drainage : les suites opératoires immédiates et ultérieures dépendent en grande partie de son efficacité. La surveillance porte sur le système lui-même, la qualité et la quantité du drainage.

Le système : courbe harmonieuse du drain sans traction ni coudure pouvant contraindre un écoulement satisfaisant. La quantité et la qualité de l'émission par le drain sont notées deux fois par jour.

H-Evolution:

La péritonite aiguë localisée peut être circonscrite par les défenses physiologiques de l'organisme et évoluée vers la guérison, par contre l'évolution peut être défavorable, entraînant rapidement la mort par un état de choc septique sévère, ou un syndrome de défaillance poly viscérale.

I- Complications:

- **Complications précoces** : choc hypo volumique, septicémie, abcès de la paroi, défaillance cardiaque, acidose métabolique, thrombophlébite périphérique, abcès métastatique extra -abdominaux (rein, poumon, cerveau), insuffisance rénale, fistulisation digestive, lâchage anastomotique, répéritonisation, occlusion sur

bride, retard de cicatrisation, syndrome du grêle court, éviscération, éventration, décès.

- **Complications tardives** : éventration, troubles digestifs, occlusion par brides intra péritonéales, syndrome du grêle court, décès.

J-Pronostic:

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

-**Bon pronostic** : les péritonites appendiculaires, perforation d'ulcère ;

-**Plus grave** : les péritonites biliaires, les péritonites par traumatisme abdominal;

-**Pronostic réservé** : les péritonites par perforation colique, par pancréatite nécrosante, les péritonites post opératoires (nosocomiales), les péritonites chez les sujets immunodéprimés et chez les personnes âgées.

IV. Méthodologie de Recherche

1. Type et période d'étude :

Ce travail est une étude rétrospective et prospective, descriptive et analytique allant du 1er Janvier 2014 au 31 Décembre 2021.

2. Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako.

3. Situation géographique :

Le CS Réf CIII est situé à Bamako Coura en face de l'Avenue de l'indépendance.

Dans l'enceinte de l'établissement, on distingue :

Le service administratif et financier, le service de la Médecine Interne, le service de la Gynéco-obstétrique, le service de la Pédiatrie et PEV, le service d'Imagerie Médicale, le service de la Pharmacie et Laboratoire ; le service de la chirurgie Générale.

L'unité de la chirurgie est divisée en trois blocs :

Les bureaux des chirurgiens ; les salles d'hospitalisation ; la petite chirurgie à l'entrée du centre qui représente également la salle de soins.

4. Les locaux :

Le service de chirurgie générale dispose de 3 salles d'hospitalisation, de 5 bureaux pour les chirurgiens, d'une salle de garde (pour les infirmiers), d'un bureau du Major, d'une salle de permanence (petite chirurgie), et d'une unité de bloc opératoire. Le bloc opératoire comprend deux salles d'opération, une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil, un bureau du major et deux bureaux pour les anesthésistes. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du C.S.Réf excepté la chirurgie Oto-rhino-laryngologie et l'Ophthalmologie qui n'ont pas commencé les activités chirurgicales.

5. Le personnel :

Le personnel permanent est composé de : 6 chirurgiens dont 1 urologue et 1 traumatologue-orthopédiste, 2 IBODES, 4 techniciens supérieurs de sante, 1

technicien de santé, 6 techniciens de surface ou manœuvres. Le personnel non permanent comprend : des médecins stagiaires, des thésards, des étudiants et des infirmiers stagiaires.

6. Les activités :

Les consultations externes se font tous les jours, de même que les interventions d'urgences et les hospitalisations. Les staffs se tiennent les vendredi. Les visites, dirigées par un chirurgien sont également quotidiennes.

7. Population d'étude :

Les patients ont été reçus en provenance du district de Bamako et environnement. Le recrutement a concerné les patients des deux sexes et de tout âge, admis au C.S.Ref C III pour péritonite aiguë généralisée.

8. Echantillonnage :

Critère d'inclusion : Ont été inclus dans notre étude :

-Tout patient ayant été opéré dans le service de chirurgie générale du C.S.Réf CIII du district de Bamako pour péritonite aigue généralisée.

Critères de non inclusion : Ne faisait pas partis de notre étude :

- Toute péritonite localisée,
- Tout patient présentant une autre pathologie que la péritonite aigue généralisée.
- Tout les cas de péritonite opéré ailleurs.
- Les patients dont les dossiers sont incomplets.

9. Supports de l'étude :

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

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « SPSS » version 25, le traitement de texte a été fait avec le logiciel « WORD » version 2016. La comparaison des textes sera faite en utilisant le test statistique Chi2 avec P significatif < 0,05.

V. RESULTATS

1. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES :

1-1. Fréquence :

Au cours de la durée d'étude 7 875 consultations avaient été effectuées, 2 968 hospitalisations, 2 429 interventions chirurgicales dont 735 abdomens aigus chirurgicaux et 88 péritonites aiguës généralisées opérées. Les péritonites aiguës généralisées représentaient 2,96 % des hospitalisations 3,62 % des indications chirurgicales, 11,97 % des urgences chirurgicales abdominales.

Tableau I : La répartition des patients selon la tranche d'âge.

Age	Effectifs	Pourcentage
0 – 15 ans	22	25,0 %
16 – 35 ans	45	51,1%
36 – 45 ans	10	11,4%
46 ans et plus	11	12,5%
Total	88	100%

La tranche d'âge la plus représentée était de 16-35 ans, l'âge moyen était de 35 ans avec un Écart -type de 0,928 les extrêmes étaient de 6 et 66 ans.

Tableau II: La répartition selon le sexe des patients.

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Masculin	52	59,1%
Féminin	36	40,9%
Total	88	100%

Le sexe masculin était le plus représenté soit 59,1%, le sex-ratio était de 1,4.

Tableau III : La répartition selon la nationalité des patients.

Nationalité	Effectifs	Pourcentage
Maliennne	81	92%
Autres	7	8%
Total	88	100%

Les patients étaient de nationalité malienne dans 92% des cas.

Autres : Guinée Conakry (4), Sénégal (2), Côte-D'ivoire (1).

Tableau IV : La répartition des patients selon la provenance.

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Commune 1	7	8%
Commune 2	13	14,8%
Commune 3	35	39,8%
Commune 4	7	8%
Commune 5	1	1,1%
Commune 6	9	10,2%
Autre	16	18,2%
Total	88	100%

Autres : Kayes (5), Kita (3), Sikasso (4) , Bougouni (4)

La majorité des patients résidaient en commune 3 du district de Bamako soit 39,8%.

Tableau V : La répartition des patients selon les ethnies.

Ethnies	Effectifs	Pourcentage
Bambara	40	45%
Malinké	18	20,5%
Sarakolé	1	1,1%
Peulh	13	14,8%
Khassonké	5	5,7%
Mianka	5	5,7%
Sonrhäi	3	3,4%
Senoufo	3	3,4%
Total	88	100%

L'ethnie Bambara était la plus représentée avec 45 %.

Tableau VI: La répartition des patients selon leurs activités.

Activité	Effectifs	Pourcentage
Fonctionnaire	3	3,4%
Enfant	4	4,5%
Ouvrier	10	11,4%
Commerçant	11	12,5%
Scolaire	30	34,1%
Paysan	10	11,4%
Ménagère	19	21,6%
Sans emploi	1	1,1%
Total	88	100%

Les scolaires étaient plus représentés avec 34,1%.

Tableau VII : La répartition des patients selon le mode d'admission au service.

Mode	Effectifs	Pourcentage
Urgence	72	81,8%
Consultation Ordinaire	16	18,2%
Total	88	100%

L'urgence a été le mode d'admission le plus représenté soit 81,8 % des cas.

Tableau VIII : La répartition selon les personnels de référence.

Référence	Effectifs	Pourcentage
Médecin généraliste	30	34,1%
Venu d'elle ou de lui-même	2	2,3%
Médecin spécialiste	7	8,0%
Infirmier	8	9,1%
Les parents	41	46,6%
Total	88	100%

Au cours de notre étude la plus part des patients a été amenée par les parents soit 46,6% des cas.

Tableau IX : Motif de retard d'admission à l'hôpital.

Motif de retard	Effectifs	Pourcentage
Manque de moyen	14	16%
Traitement traditionnel	29	33%
Pas de retard	45	51%
Total	88	100%

Le traitement traditionnel était le motif de retard d'admission à l'hôpital chez 33 % de nos patients.

2. ASPECTS CLINIQUES :

2-1. Signes fonctionnels :

Tableau X : La répartition des patients selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
Douleur abdominale	88/88	100%
Arrêt des matières et gaz	51/88	58%
Météorisme abdominale	66/88	75%
Vomissement	67/88	76,1%
Hoquet	8/88	9,1%

Tous nos patients avaient consulté pour douleur abdominale.

Tableau XI : Les patients selon le début de la symptomatologie.

Début	Effectifs	Pourcentage
Inferieur a 7 jours	51	58%
8-14 jours	24	27,3%
Supérieur 15 jours	13	14,8%
Total	88	100%

La majorité de nos patients avait un début des symptômes inférieur à 7 jours soit 58 % des cas.

Tableau XII : Siege initial de la douleur chez les patients.

Siege	Effectifs	Pourcentage
Fosse iliaque droite	14	15,9%
Hypochondre droit	8	9,1%
Epigastrique	12	13,6%
Hypogastrique	7	8%
Péri-ombilicale	6	6,8%
Diffuse	41	46,6%
Total	88	100%

Nos patients avaient un siège diffus de la douleur initialement soit 46,6%.

Tableau XIII : Mode de début de la douleur chez les patients.

Mode	Effectifs	Pourcentage
Brutal	64	72,7%
Progressif	24	27,3%
Total	88	100%

Nos patients avaient un début brutal de la douleur dans 72,7% des cas.

Tableau XIV : Type de la douleur selon les patients.

Type	Effectifs	Pourcentage
Brulure	9	10,2%
Piqure	13	14,8%
Torsion	49	55,7%
Pesanteur	11	12,5%
Colique	6	6,8%
Total	88	100%

Nos patients avaient une douleur à type de torsion dans 55,7% des cas.

Tableau XV: Evolution de la douleur chez les patients.

Evolution	Effectifs	Pourcentage
Douleur permanente	69	78,4%
Douleur intermittente	19	21,6%
Total	88	100%

La douleur était permanente chez 78,4% des patients.

Tableau XVI: Irradiation de la douleur selon les patients.

Irradiation	Effectifs	Pourcentage
Organe génitaux externe	30	34,1%
Sans irradiation	58	65,9%
Total	88	100%

La douleur était sans irradiation chez 65,9 % de nos patients.

Tableau XVII : Intensité de la douleur selon les patients (Echelle visuelle analogue).

Intensité	Effectifs	Pourcentage
Douleur faible	4	4,5%
Douleur modérée	16	18,2%
Douleur intense	53	60,2%
Douleur très intense	15	17%
Total	88	100%

La douleur était intense chez 60,2% de nos patients.

Tableau XVIII : Facteur déclenchant la douleur chez les patients.

Facteur	Effectifs	Pourcentage
Absent	16	18,2%
Effort	46	52,3%
Stress	1	1,1%
Repas	17	19,3%
Faim	8	9,1%
Total	88	100%

L'effort était le facteur déclenchant le plus représenté soit 52,3% des cas.

Tableau XIX : Facteur calmant la douleur selon les patients.

Facteur	Effectifs	Pourcentage
Médicament	16	18,1%
Vomissement	20	22,7%
Aucun	52	59,2%
Total	88	100%

Il n'y avait aucun facteur calmant chez 59,2% des patients.

Tableau XX : Traitement reçu avant admission selon les patients.

Traitement	Effectifs	Pourcentage
Aucun	6	6,8%
Traitement traditionnel	58	65,9%
Traitement médical	17	19,3%
Traitement médical et traditionnel	7	8,0%
Total	88	100%

Les patients avaient bénéficié d'un traitement traditionnel avant l'admission dans 65,9% des cas.

Tableau XXI: Signe d'accompagnement digestif selon les patients.

Signe	Effectifs	Pourcentage
Nausée	12/88	13,6%
Vomissement	67/88	76,1%
Diarrhée	3/88	3,4%
Arrêt des matières et gaz	51/88	58%

Le vomissement était le signe d'accompagnement digestif le plus représenté soit 76,1%.

Tableau XXII : Signe d'accompagnement gynécologique chez les patientes.

Signe	Effectifs	Pourcentage
Métrorragie	02/36	2,3%
Leucorrhée	11/36	12,5%

Les patientes avaient des leucorrhées comme signe gynécologique dans 12,5% des cas.

Tableau XXIII : Signes urinaire selon les patients.

Signe urinaire	Effectifs	Pourcentage
Brulure mictionnelle	4/88	4,3%
Oligo-anurie	11/88	11,7%
Total	15 /88	16%

L'oligo-anurie était présente chez 16% de nos patients.

2-2. Les antécédents :

Tableau XXIV: Antécédent médical personnel des patients.

Antécédent	Effectifs	Pourcentage
Bilharziose	7	8%
Diabète	7	8%
HTA	17	19,3%
Epi gastralgie	14	15,9%
Ulcère gastroduodéal	4	4,5%
Aucun	39	44,5%
Total	88	100%

Nos patients n'avaient pas d'antécédent médical dans 44,5% des cas.

Tableau XXV : Antécédent chirurgical personnel des patients.

Antécédent	Effectifs	Pourcentage
GEU	6	6,8%
Césarienne	9	10,2%
Hernie inguinale	15	17,0%
Hernie Ombilicale	5	5,7%
Non opéré	53	60,2%
Total	88	100%

Plus de la moitié des patients n'avait pas d'antécédent chirurgical soit 60,2%.

2-3. Signes généraux:

Tableau XXVI : Evaluation du score ASA chez les patients.

Score	Effectifs	Pourcentage
ASA II	70	79,5%
ASA III	15	17%
ASA IV	3	3,4%
Total	88	100%

Nos patients étaient classés ASA II dans 79,5% des cas.

Tableau XXVII: Répartition selon la présence de plis de déshydratation.

Plis	Effectifs	Pourcentage
Absent	74	84%
Présent	14	16%
Total	88	100%

Il n'y avait pas de plis cutanés chez 84% des patients.

Tableau XXVIII: Les conjonctives des patients.

Conjonctives	Effectifs	Pourcentage
Pale	12	13,6%
Colorée	74	84,1%
Ictère	2	2,3%
Total	88	100%

Les patients avaient les conjonctives colorées dans 84,1% des cas.

Tableau XXIX: La température corporelle des patients.

Température corporelle	Effectifs	Pourcentage
< 37	3	3,4%
37,5-38	24	27,3%
39-40	54	61,4%
>40	7	8%
Total	88	100%

Nos patients avaient une fièvre comprise entre 39-40 C dans 61,4% des cas.

Tableau XXX: Le pouls des patients.

Pouls	Effectifs	Pourcentage
51-80 pulsations	7	8%
81-99 pulsations	16	18,2%
100 pulsations ou plus	65	73,9%
Total	88	100%

Les patients avaient un pouls de 100 pulsations ou plus dans 73,9% des cas.

Tableau XXXI: Fréquence respiratoire des patients.

Fréquence respiratoire	Effectifs	Pourcentage
17-22 c/min	66	75%
23-28 c/min	16	18,2%
29 c/min ou plus	6	6,8%
Total	88	100%

La fréquence respiratoire des patients était comprise entre 17-22c/min dans 75% des cas.

Tableau XXXII : La pression artérielle des patients.

Tension	Effectifs	Pourcentage
Normo tendu	71	80,7%
Hypotendu	7	8%
Hypertendu	10	11,4%
Total	88	100%

Les patients avaient une pression artérielle normale dans 80,7% des cas.

2-4. Signes physiques :

2-4-1. Inspection :

Tableau XXXIII : Faciès des patients.

Faciès	Effectifs	Pourcentage
Normal	9	10,2%
Péritonéal	79	89,8%
Total	88	100%

Le faciès des patients était péritonéal dans 89,8% des cas.

Tableau XXXIV : La répartition selon la présence de cicatrice d'intervention chirurgicale.

Cicatrice	Effectifs	Pourcentage
Pas de cicatrice	53	60,2%
Médiane sous-ombilicale	5	5,7%
Pfannenstiel	15	17%
Inguinale droite	10	11,4%
Inguinale gauche	5	5,7%
Total	88	100%

La majorité des patients n'avait pas de cicatrice d'intervention chirurgicale soit 60,2% des cas.

Tableau XXXV : La répartition selon la morphologie de l'abdomen.

Morphologie	Effectifs	Pourcentage
Distension abdominale	63	71,6%
Abdomen plat	17	19,3%
Asymétrie abdominale	8	9,1%
Total	88	100%

L'abdomen était distendu chez 71,6 % des patients.

Tableau XXXVI : La répartition selon le mouvement de l'abdomen.

Mouvement	Effectifs	Pourcentage
Normal	9	10,2%
Diminuer	12	13,6%
Absent	67	76,1%
Total	88	100%

Le mouvement abdominal était absent chez 76,1% des patients.

2-4-2. Palpation :

Tableau XXXVII : Douleur accentuée à la palpation abdominale des patients.

Douleur	Effectifs	Pourcentage
FID	8	9%
Hypogastre	7	8%
Epigastrique	8	9%
Ombilic	33	37,5%
Généralisée	32	36,5%
Total	88	100%

La douleur était accentuée à la palpation de l'ombilic dans 37,5% des cas.

• **La répartition des patients selon la contracture abdominale :**

La contracture abdominale était présente chez tous nos patients.

Tableau XXXVIII : La répartition des patients selon la masse abdominale.

Masse	Effectifs	Pourcentage
Oui	8	9,1%
Non	80	90,9%
Total	88	100%

Une masse abdominale existait chez 9,1% de nos patients..

2-4-3. Percussion :

Tableau XXXIX : La répartition selon la percussion abdominale (Matite).

Bruits	Effectifs	Pourcentage
Absent	24	27,3%
Présent	64	72,7%
Total	88	100%

Il y avait une matité abdominale chez 72,7% des patients.

2-4-4. Auscultation :

Tableau XL : La répartition selon l'auscultation de l'abdomen (bruits hydroaérique).

Bruits hydroaérique	Effectifs	Pourcentage
Présent	21	23,9%
Absent	67	76,1%
Total	88	100%

Il n'y avait pas de bruit hydroaérique à l'auscultation de l'abdomen dans 76,1% des cas.

2-4-5. Le toucher rectal :

Tableau XLI : Toucher rectal des patients.

Cul de sac de Douglas bombe et douloureux	Effectifs	Pourcentage
Non	25	28,4%
Oui	63	71,6%
Total	88	100%

Le cul de sac de douglas était bombé et douloureux au toucher rectal dans 71,6% des cas.

2-4-6- Les examens complémentaires :

Tableau XLII : Les patients selon le résultat de la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP).

Résultats de l'A.S.P	Effectifs	Pourcentage
Pneumopéritoine	12 /88	63,2%
Présence de niveaux hydro-aérique	4/88	21,1%
Grisaille diffuse	3/88	15,8%
Total	19/88	100%

La radiographie de l'abdomen sans préparation a été réalisée chez 19 patients objectivant un pneumopéritoine dans 63,2% des cas.

Tableau XLIII : Les patients selon le résultat de l'échographie abdominale.

Résultats	Effectifs	Pourcentage
Epanchement de moyenne abondance	5/69	7,2%
Masse dans la fosse iliaque droite	5/69	7,2%
Aspect en faveur de péritonite aigue généralisée	50/69	72,5%
Aspect en faveur d'un abcès de foie rompu	3/69	4,3%
Appendicite aigue	4/69	5,8%
Syndrome occlusif	2/69	2,9%
Total	69/69	100%

L'échographie abdominale a été réalisée chez 69 patients dont plus de la moitié des résultats était en faveur d'une péritonite aigue généralisée soit 72,5% des cas.

Tableau XLIV : La numération formule sanguine (NFS) selon les patients.

Résultats	Effectifs	Pourcentage
Normale	13	14,8%
Anémie	11	12,7%
Hyperleucocytose	64	72,7%
Total	88	100%

La majorité des patients avait une hyperleucocytose à la numération formule sanguine soit 72,7% des cas.

Tableau XLV : Groupage-Rhésus selon les patients.

Groupe-Rhésus	Effectifs	Pourcentage
A+	27/88	30,7%
A-	9/88	10,2%
B+	18/88	20,4%
B-	2/88	2,2%
AB+	10/88	11,4%
AB-	1/88	1,1%
O+	16/88	18,4%
O-	5/88	5,6%

Le groupe sanguin A+ était le plus représenté avec 30,7 % des cas.

Tableau XLVI : les patients selon la glycémie

Glycémie	Effectifs	Pourcentage
Normale	83	94,4%
Hyperglycémie	3	3,4%
Hypoglycémie	2	2,2%
Total	88	100%

Les patients avaient une glycémie normale dans 94,4% des cas.

2-4-7- Les diagnostics :

Tableau XLVII : Les patients selon le diagnostic préopératoire

Diagnostic préopératoire	Effectifs	Pourcentage
Péritonite aigue généralisée	64	72,8%
Abcès de foie rompu	3	3,4%
Abcès appendiculaire	11	12,5%
Occlusion intestinale	8	9%
Cholécystite	2	2,3%
Total	88	100%

La péritonite aigue généralisée était le diagnostic préopératoire le plus représentée soit 72,8% des cas.

Tableau XLVIII : les patients selon le diagnostic per opératoire.

Diagnostic per opératoire	Effectifs	Pourcentage
Perforation appendiculaire	38	43,2%
Perforation gastrique	18	20,5%
Perforation iléale	7	8%
Perforation de vésicule biliaire	2	2,3%
Péritonite tuberculeuse	3	3,4%
Péritonite gynécologique	13	14,7%
Rupture abcès du foie	3	3,4%
Perforation colique	4	4,5%
Total	88	100%

La péritonite par perforation appendiculaire était le diagnostic per opératoire le plus représenté soit 43,2% des cas.

3. ASPECTS THERAPEUTIQUES :

3 -1- Traitement médical :

Tableau XLIX : répartition des patients selon le traitement médical pré et post opératoire.

Traitement médical pré et post opératoire	Effectifs	Pourcentage
Antibiotique	88/88	100%
Antalgique	88/88	100%
Réhydratation	88/88	100%

Tous nos patients avaient reçu un traitement médical à base d'antalgique, antibiotique et réhydratation en préopératoire et postopératoire.

Les antibiotiques utilisés étaient la ceftriaxone 80 à 100 mg/Kg/J en deux prises.

Le métronidazole perfusion 30 mg/Kg/J.

La gentamicine 3 à 5 mg/Kg/J pendant 3 jours.

L'antalgique à base de paracétamol et nefopam injectable.

La réhydratation était à base de sérum salée 0,9%, le ringer lactate et le sérum glucosée 5%.

NB : les antituberculeux ont été associés aux antibiotiques pour les péritonites tuberculeuses.

La transfusion a été faite chez 4 de nos patients soit 4,5%.

L'anesthésie générale a été utilisée chez tous nos patients

3-2- Traitement chirurgical :

Tableau L : répartition des patients selon la voie d'abord chirurgicale.

Voie d'abord	Effectifs	Pourcentage
Médiane sus et sous ombilicale	61	69,3%
Médiane sus ombilicale	18	20,5%
Médiane sous ombilicale	9	10,2%
Total	88	100%

L'incision médiane sus et sous ombilicale à été la voie d'abord chirurgicale la plus effectuée chez nos patients soit 89,8%.

Tableau LI : répartition des patients selon la nature du liquide péritonéal.

Nature du liquide	Effectifs	Pourcentage
Pus	54	61,4%
Sero-purulent	21	24%
Bilieux	2	2,2%
Fécaloïdes	8	9%
Séro-purulent+caséum tuberculeux	3	3,4%
Total	88	100%

Le liquide péritonéal des patients était de nature purulente dans 61,4% des cas.

Tableau LII : répartition des patients selon la technique chirurgicale.

Technique	Effectifs	Pourcentage
Toilette péritonéal + Drainage	88/88	100%
Appendicectomie + Enfouissement	30/88	34%
Appendicectomie sans enfouissement	8/88	9%
Excision + Suture + Epiploplastie	18/88	20,4%
Cholécystectomie	2/88	2,2%
Necrosectomie	3/88	3,4%
Résection anastomose termino-terminale grelique	4/88	4,6%
Résection anastomose colo-colique	1/88	1,1%
Exérèse des berges + Suture en deux plans	4/88	4,6%
Iléostomie	2/88	2,2%

La technique chirurgicale la plus utilisée était l'appendicectomie avec enfouissement du moignon soit 34% des cas.

NB : La toilette péritonéal plus drainage ont été effectuées chez tous nos patients.

Tableau LIII : la répartition des patients selon le siège du drain.

Siège	Effectifs	Pourcentage
Douglas	88/88	100%
Gouttières pariéto-coliques	76/88	86,4%
Intra hépatique	3/88	3,4%
Sous hépatique	20/88	22,7%

Le drain a été placé dans le cul de sac de douglas et dans les gouttières pariéto-colique dans respectivement 100% et 86,4% des cas.

Tableau LIV : la répartition des patients selon le résultat de l'examen cyto bactériologique et chimique du liquide péritonéal.

Résultat	Effectifs	Pourcentage
Absence de germes	21	61,7%
Présence de germes	13	38,3%
Total	34	100%

L'examen cyto bactériologique et chimique du liquide péritonéal été réalisé chez 34 patients avec des germes isolés dans 38,3% des cas.

Germes isolés: E. Coli, Staphylococcus aureus, Salmonella spp, Enterobacter cloacae.

3-3- Pronostic :

Tableau LV : répartition selon le score de Mannheim :

MPI	Effectifs	Pourcentage
Inferieur à 26	86	97,8%
Supérieur ou égal à 26	2	2,2%
Total	88	100%

Le score de Mannheim était inferieur à 26 chez 97,8% des patients.

Tableau LVI : répartition des patients selon la durée d'hospitalisation post opératoire.

Durée d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
4-7 jours	84	95,5%
1-2 semaines	3	3,4%
> à 2 semaines	1	1,1%
Total	88	100%

Nos patients avaient une durée d'hospitalisation post opératoire comprise entre 4-7 jours soit 95,5% des cas.

Moyenne= 5 jours Ecart type= 1,09 Extrêmes= 4 jours et 21 jours

Tableau LVII : répartition des malades selon la morbidité en postopératoire

Morbidités postopératoire	Effectifs	Pourcentage
Suppuration pariétale	12	75%
Eviscération	1	6,3%
Fistule digestive	3	18,7%
Total	16	100%

La suppuration pariétale était la morbidité post opératoire la plus représenté soit 75% des cas.

Tableau LVIII : la répartition des patients selon la classification de Clavien-Dindo.

Classification de Clavien-Dindo	Effectifs	Pourcentage
Grade I	12	13,6%
Grade II	0	0
Grade IIIa	1	1,1%
Grade IIIb	3	3,4%
Grade V	5	5,6%
Total	21	23,7%

Nos patients étaient classés grade I selon la classification de Clavien Dindo dans 73,8% des cas.

Tableau LIX : répartition des malades selon les causes de mortalité.

Causes de mortalité	Effectifs	Pourcentage
Choc septique	3	60%
Choc hypovolémique	2	40%
Total	5	100%

Le choc septique a représenté la cause de mortalité chez 60% des patients décédés.

Tableau LX : répartition des patients selon le mode de suivi des malades.

Mode de suivi	Effectifs	Pourcentage
Sur rendez-vous	79	89,7%
Vu à domicile	3	3,4%
Perdu de vu	1	1,1%
Total	83	94,2%

Les patients étaient suivis sur rendez-vous dans 89,7% des cas.

3-4- Analyse Bi variée :

Tableau LXI: diagnostic per opératoire des patients et les causes de morbidité post opératoire.

Causes de morbidité Post opératoire	Suppuration pariétale	Eviscération	Fistule digestive	Total
Diagnostic Per opératoire				
Perforation appendiculaire	5	0	0	5
Péritonite gynécologique	1	1	0	2
Perforation iléale	2	0	2	4
Perforation gastrique	3	0	0	3
Perforation de la vésicule biliaire	1	0	1	2
Total	12	1	3	16

Khi-carré= 13,333 ddl=8 P=0,101

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le diagnostic per opératoire et la morbidité (P=0,101)

Tableau LXII : Age et causes de mortalité patients.

Age causes de mortalité	36-45 ans	46 et plus	Total
Choc septique	1	1	2
Choc hypovolémique	1	2	3
Total	2	3	5

Khi-carré= 0,139

ddl=1

P=0,709

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre l'âge et les causes de mortalité (P=0,709).

Tableau LXIII : causes de mortalité et diagnostic per opératoire des patients.

Diagnostic per opératoire Causes de mortalité	Perforation appendiculaire	Perforation gastrique	Perforation gynécologique	Total
Choc septique	2	0	1	3
Choc hypovolémique	1	1	0	2
Total	3	1	1	5

Khi-carré= 2,222

ddl= 2

P=0,329

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le diagnostic per opératoire et la mortalité (P=0,329).

Tableau LXIV : durée hospitalisation et diagnostic per opératoire des patients.

Diagnostic Per opératoire	Durée	4-7 j	1-2	2	Total
	d'hospitalisation		semaines	semaines	
Perforation appendiculaire		29	8	1	38
Perforation gastrique		14	4	0	18
Perforation iléale		5	2	0	7
Perforation vésicule biliaire		0	2	0	2
Perforation tuberculeuse		3	0	0	3
Perforation gynécologique		11	1	1	13
Rupture abcès du foie		2	1	0	3
Perforation colique		3	1	0	4
Total		67	19	2	88

Khi-carré=12,361

ddl=14

P=0,577

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le diagnostic per opératoire et la durée d'hospitalisation des patients (P=0,577).

Tableau LXV : Sexe et diagnostic per opératoire.

Sexe	Masculin	Féminin	Total
Diagnostic per opératoire			
Perforation appendiculaire	25	13	38
Perforation gastrique	11	7	18
Perforation iléale	4	3	7
Perforation vésiculaire	1	1	2
Perforation tuberculeuse	2	1	3
Perforation gynécologique	0	13	13
Rupture d'abcès du foie	1	2	3
Perforation colique	3	1	4
Total	47	41	88

Khi-carré = 19,168

ddl= 7

P= 0,008

Il y'a une différence statistiquement significative entre le sexe et le diagnostic per opératoire (P= 0,008).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1) METHODOLOGIE :

Nous avons réalisé une étude rétrospective et prospective, descriptive et analytique sur quatre-vingt-seize (96) mois allant du 1er Janvier 2014 au 31 Décembre 2021. Elle a porté sur 88 patients opérés pour péritonite aiguë.

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

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

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

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

2) FREQUENCE :

Tableau LXVI : Fréquence de la péritonite selon les auteurs

Auteurs	Fréquence	Test statistique
MALLE O. Mali [35] 2015	7,4%	P=0,060289
HAROUNA Y.D. [36] Niger 2001	28,8%	P=0,428473
LORAND I.[37] France 1999	3%	P=0,002631
DISSA B.A [38] Mali 2012	21,14%	P=0,845078
Notre série	11,97%	

Les péritonites aiguës ont représenté 11,97% des urgences chirurgicales opérées durant cette étude, et ont constitué ainsi la 2ème cause des urgences chirurgicales en chirurgie viscérale contre 60% des appendicites aiguës.

Cette fréquence est comparable à celle de DISSA B.A [38] au Mali et HAROUNA Y.D. au Niger [36] avec une fréquence respective de 21.14% et 28.8%. Par contre elle est nettement supérieure à celle de LORAND I. [37] en France avec une fréquence de 3%. Cette différence pourrait être liée à la fréquence élevée des maladies infectieuses d'une part et d'autre part à un retard dans la consultation, de diagnostic et la prise en charge en amont des principales affections en cause.

3) Sexe :

Tableau LXVII: sex-ratio selon les auteurs

Auteurs	MALLE O J.L. [35] 2015 Mali	KAMBIRE [39] 2012 Burkina Faso	DOUI .D 2008 RCA[40]	Notre série
Sex-ratio				
Masculin	22/40 (0,55)	112/148 (0,76)	61/93 (0,66)	52/88 (0,60)
Féminin	18/40 (0,45)	36/148 (0,24)	32/93 (0,34)	36/88 (0,40)

Plusieurs études rapportent que la péritonite survient plus fréquemment chez l'homme que chez la femme [35 ; 39; 40]. Cet aspect a été retrouvé dans notre étude bien que le sexe ne soit un facteur de risque.

Le sex-ratio était de 1,4 en faveur des hommes.

4) Age :

Tableau LXVIII: L'âge moyen selon les auteurs

Auteurs	Age moyen	Effectifs
MALLE O. 2015 [35] Mali	30	N=40
OUENGRE E.2013 [42] Burkina	24	N=221
J.L. KAMBIRE 2017 [39] Burkina	30	N=148
DISSA B.A 2012 [38] Mali	24	N=100
COUGARD P. France 2000 [33]	48	N=419
Notre série	35	N=88

L'âge moyen dans notre étude était de 35 ans avec des extrêmes allant de 6 ans et 66 ans. Il pourrait s'expliquer par la fréquence de certaines pathologies chez le sujet jeune en Afrique (l'appendicite, les ulcères gastro- duodénaux et les IST chez les jeunes femmes).

Cet âge moyen est comparable à celui de OUENGRE E. [42] au Burkina Faso 24 ans avec $P=0.939010$, $KHI2 = 0.01$ et de DISSA B.A. [38] au MALI 24 ans avec $P=0.900799$

5) ETUDE CLINIQUE

5-1. Signes Fonctionnels

Tableau LXIX: Répartition des principaux signes fonctionnels selon les auteurs.

Auteurs	MALLE O [35] 2015 N=40	DISSA B.A [38] Mali 2012 N=100	RAHMAN G.A [43] Niger 2001 N=106	Notre série N=88
Signes fonctionnels				
Douleur abdominale	100%	96%	90,6%	100%
Vomissement	53%	78%	60%	76,1%
Arrêt des matières et des gaz	-	40%	-	58%

La fréquence des signes fonctionnels est différente selon les auteurs [28]. Cette différence pourrait être liée aux différentes étiologies, au retard de consultation et au stade d'évolution de la maladie.

La douleur abdominale reste le signe fonctionnel dominant et le symptôme le plus constant selon plusieurs auteurs [35 ; 38]. La douleur a été retrouvée chez 100% de nos malades. Elle était intense, permanente, à début brutal.

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

Plus de 2/3 de nos malades (76.1%) ont présenté des vomissements (alimentaires, bilieux ou fécaloïdes). Ces vomissements étaient statistiquement comparables à ceux de DISSA B.A. [38] au Mali avec un taux à 78% et $P= 0.198076$ mais nettement supérieur à ceux de MALLE O. [35] au Mali, RAHMAN G.A. [43] au Niger, avec une fréquence respectivement 53% $P=0.019076$, et 60% $P=0.001066$. Ces vomissements traduisent l'expression de l'iléus paralytique et sont

responsables en partie de la perte liquidienne entraînant la déshydratation et les troubles électrolytiques. L'arrêt des matières et des gaz témoigne une paralysie intestinale franche. Peut-être précoce ou tardif ; d'installation progressive ; parfois masqué par une fausse diarrhée reflexe (manifestation initiale de l'irritation intestinale) [26]. Les 58 % de notre série diffèrent statistiquement des 40%, $p=0.000044$ de DISSA BA [38] au Mali.

5-2. Signes généraux :

La rapidité d'installation des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale [8]. La fièvre habituellement élevée dès le début de la symptomatologie (sauf dans les perforations gastriques) a été un signe fréquemment noté chez les patients (61,4% des cas). Ceci est conforme aux données de la littérature [35 ; 38].

5-3. Signes Physiques :

Tableau LXX : Signes physiques selon les auteurs.

Auteurs	MALLE Mali 2015 [35] N=40	O. MALICK GUYANE 2001[45] N=7	S. Notre série N=88
Signes cliniques			
Respiration abdominale diminuée	37/40 (92,5%)	6/7 (85,7%)	67/88 (76,1%)
Contracture abdominale	39/40 (97,5%)	5/7 (71,4%)	88/88 (100%)
Douglas douloureux	28/40 (70%)	-	63/88 (71,6%)

Le diagnostic des péritonites aiguës généralisées est avant tout clinique [10]. L'examen physique est le plus souvent l'élément capital dans la prise de décision thérapeutique. Lorsqu'il est réalisé de façon correcte et attentive et devant l'existence de certains signes physiques objectifs, l'examen physique peut permettre au chirurgien de se passer des examens complémentaires pour poser l'indication opératoire [8 ; 9 ; 10 ; 35].

La contracture abdominale est le signe physique majeur [35].

Si l'examen physique est précoce, la contracture abdominale peut être localisée. Elle a été notée chez 100 % de nos patients.

Ce taux ne diffère pas à ceux retrouvés dans la littérature [35 ; 45].

La douleur dans le cul de sac de Douglas dont l'exploration clinique présente un intérêt diagnostique dans les syndromes péritonéaux, témoigne l'irritation

péritonéale. Elle a été notée chez 71,6 % des patients ; qui est statistiquement comparable au 70% de MALLE O. [35] au Mali avec $p=0.055729$.

6) Examens Complémentaires

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

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

Auteurs		MALLE O.	HAROUNA	HOSOGLU	Notre série
		Mali [35] N=40	Y.D. Niger [36] 2001 N=160	S. Coll [41] Turquie 2004 N=40	N=88
Résultats de l'ASP					
Niveau- aérique	hydro	7,5%	24%	-	21,1%
Pneumopéritoine		2,5%	47,5%	70%	63,2%

A La radiographie de l'abdomen sans préparation, les péritonites aiguës par perforation digestive réalisent un pneumopéritoine qui est visible sur le cliché sous forme de croissant (gazeux) inter-hepatodiaphragmatique [44].

Dans notre série cette radiographie a été réalisée chez 19 patients.

Le pneumopéritoine a été objectivé dans 63,2 % des cas ; ce taux varie entre 8 % et 71 % dans la littérature [8 ; 28 ; 37 ; 48].

Toutefois, l'absence de pneumopéritoine n'élimine pas une perforation digestive [41 ; 13] car l'organe creux peut être vide de gaz et /ou la perforation peut être obstruée par un viscère voisin.

Le niveau hydro-aérique a été trouvé chez 21,1% de nos de nos patients.

Ce résultat est statistiquement comparable des 24 % de HAROUNA Y.D. [36] au NIGER en 2001, mais statistiquement différent des 7.5% de MALLE O. [35] au MALI en 2015. Cette différence pourrait être liée à l'évolution de la maladie.

Echographie abdominale :

L'échographie abdominale est devenue un examen anodin courant dès lors que le diagnostic clinique n'est pas typique ou pour éliminer certains diagnostics différentiels [49].

Réalisée chez 69 patients (dans les cas douteux, généralement avant leur admission dans le service), l'échographie a permis d'objectiver un épanchement péritonéal en faveur d'une péritonite aigue chez 72,5 % des cas. Ce résultat est comparable à celui trouvé par DISSA B.A. [38] au Mali 70, 45%, $p=0.813089$, $KHI^2=0.01$. Mais statistiquement différent des 10% de MALLE O. [35] au Mali en 2015 avec $p=0.000045$, $KHI^2=16.65$.

7) ETIOLOGIE :

Tableau LXXII : Les étiologies selon les auteurs.

Etiologie Auteurs	1 Causes	2 Causes	3 Causes
MALLE O. Mali 2015 [35]	Perforation Appendiculaire	Gynécologique	Ulcère gastroduodéal
J.L.KAMBIRE Burkina Faso 2017 [39]	Perforation d'ulcère gastroduodéal	Perforation iléale non traumatique	Péritonite appendiculaire
POMATA .M Italie 2002 [50]	Péritonite appendiculaire	Perforation d'ulcère gastroduodéal	Péritonite colique
Notre étude	Perforation appendiculaire	Perforation gastrique	Péritonite gynécologique

En Europe, les principales étiologies des péritonites aiguës sont représentées par les perforations digestives (appendicite, UGD, diverticulose intestinale, lithiase biliaire, traumatisme abdominal, et les tumeurs digestives). Ces mêmes pathologies sont notées dans les séries africaines [35 ; 39], sauf la diverticulose intestinale qui est rarement diagnostiquée chez les africains. Par contre, la fièvre typhoïde et ses complications digestives sont très fréquentes en Afrique mais rares en Europe [44].

La première étiologie dans notre série était la perforation appendiculaire 43,2% de même que dans celle de MALLE O. [35] 52.5% $p= 0.070400$, au Mali et POMATA M. [50] en Italie.

La perforation d'ulcère gastroduodénale deuxième étiologie dans notre étude (20,5%) est statistiquement différent à celle de MALLE O. [35] 2015 qui la placée en troisième position (12.5%).

8) Traitement

Traitement médical pré opératoire

8-1. La réanimation :

Constitue un élément important dans la prise en charge des péritonites aiguës généralisées. Elle vise à corriger les troubles hydro électrolytiques et hématologiques [14]. Dans notre série, cette réanimation a été faite en pré per et postopératoire, faite (essentiellement un remplissage avec du sérum salé isotonique 0,9%, ringer lactate et du sérum glucosé 5%).

8-2. L'antibiothérapie : Elle a pour but de prévenir l'extension du processus infectieux en luttant contre les bactériémies ou la septicémie.

Les molécules utilisées sont de large spectre avec une bonne pénétration intra péritonéale. Souvent utilisée, l'association Bêta-lactamine et imidazoles, éventuellement complétée par un aminoside répond à ce schéma [28]. Dans notre série nous avons utilisé les associations (Ceftriaxone 1000mg + Métronidazole 500 mg + la Gentamicine 80 mg).

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

Ces associations ont été utilisées par d'autres auteurs [45 ; 52].

8-3. Les antalgiques- antipyrétiques : Pour la maîtrise de la fièvre et de la douleur en pré et post opératoire immédiat, le paracétamol injectable 1000 mg + nefopam ont été le plus utilisée et rarement la Noramidopyrine 500mg.

8-4. Traitement Chirurgical

8-4-1. La voie d'abord :

Les incisions les plus fréquemment utilisées ont été les incisions médianes sus et sous ombilicales et xypho-pubiennes à cheval sur l'ombilic. Le choix de ces deux voies d'abord se justifie par la nécessité du lavage et du drainage aussi larges que possibles de la cavité péritonéale [10 ; 36 ; 51 ; 14].

8-4-2. Technique opératoire :

Tableau LXXIII: Les techniques opératoires selon les auteurs

Auteurs MALLE Mali 2015 [35]	O. TRAORE Mali 2014 [44]	L.S Notre étude
Appendicectomie	52,5%	47%
Résection anastomose intestinale	10%	5,7%
Lavage péritonéal + drainage	20%	100%
Exérèse des berges et suture en deux plans	-	27,5%

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

En suite c'est l'appendicectomie qui a été le geste chirurgical le plus pratiqué dans notre série avec 43% des cas. La toilette péritonéale et le drainage ont été effectués chez tous nos patients.

Ceci est compréhensible car les péritonites par perforation appendiculaire ont représenté l'étiologie la plus fréquente.

Notre résultat est comparable à celui de MALLE O. [35] et de TRAORE L.S. [44] qui ont respectivement trouvé (52.5% et (47%) des cas.

L'exérèse-suture dans les perforations gastriques est particulièrement efficace pour les perforations uniques, arrondies ou punctiformes vues tôt [53]. Aucune vagotomie tronculaire n'a été réalisée au cours du traitement des perforations gastriques dans notre série.

9) Evolution et Pronostic

9-1. Morbidité

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

Auteurs	TRAORE		MALLE O.		KOUAME	Notre étude N=88
	L.S	Mali	[35]	Mali	B. Côte-	
	2014 [44]		2015		D'ivoire	
	N=202		N=40		2001	
Taux de morbidité					N=48	
Pourcentage	24,7%		13,5%		46%	18,18%
Test statistique	P=0,748901 Khi2=0,10		P= 0,239204 Khie2= 1,39		P=0,000018 Khie2=18,34	

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

Le taux de morbidité postopératoire a été de 18,18% dans notre série qui est statistiquement comparable aux 13,5% de MALLE O. [35] au Mali mais nettement inférieur au 46% de KOUAME B. [52] en Côte d'Ivoire avec $P=0.000018$.

Le contexte chirurgical de la péritonite aiguë qui est une chirurgie sale (Classe IV d'Altemeier) pourrait expliquer cette fréquence élevée. La suppuration pariétale est la complication la plus fréquente avec un taux variant entre 17% et 27% dans les séries africaines [44 ; 35].

Elle a été de 13,6% dans notre série.

9-2. Durée d'hospitalisation :

La morbidité influence le séjour hospitalier qui était inférieur à < 7 jours dans notre série et 8 jours dans les séries européennes [45 ; 50].

9-3. La mortalité

Tableau LXXV : Répartition de la mortalité des péritonites selon les auteurs.

Auteurs	MALLE Mali 2015 [35]	O. J. KAMBIRE Burkina Faso 2017 [39]	L. Notre série
Effectifs	40	148	88
Nombre de décès	1	14	5
Pourcentage	2,5%	9,45%	5,6%

La mortalité des péritonites aiguës dépend de leur étiologie [54].

Dans les séries africaines [36, 44] ; cette mortalité varie entre 11.11% et 15.7%. Nous avons enregistré 5 cas de décès dans notre série qui est nettement supérieure à ceux de MALLE O. Mali 2015 [35] et inférieur à celui de J.L KAMBIRE Burkina Faso 2017 [39].

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

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

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION

Les péritonites aiguës généralisées constituent une urgence chirurgicale fréquente, affections surtout de l'adulte jeune en milieu tropical, 88 patients sur 735 opérés en urgences étaient des péritonites, avec une fréquence de 11,97%.

Elles occupent la 3^e place des urgences en chirurgie abdominale (après les occlusions intestinales et les appendicites).

Les étiologies sont multiples et variées, mais la perforation appendiculaire reste la première cause avec 38 cas sur 88 d'où la nécessité d'une étroite collaboration interdisciplinaire.

La morbidité et la mortalité restent encore élevées dans notre contexte.

Le retard diagnostique et l'absence d'un service de réanimation ont affecté négativement le pronostic.

VIII. RECOMMANDATIONS

❖ Aux populations :

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

❖ Aux autorités sanitaires :

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

❖ Aux personnels sanitaires :

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

❖ Aux C S Réf CIII :

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

REFERENCES

- 1-CONSTANTIN C L.** Internat Mémoire, éditions Vernazobres - Gregor, 99 bd de l'hôpital 75013. Paris 2006 : Urgences chirurgicales, 2ème Edition: n° 275 ; péritonite P 109.
- 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-KOSLOSK A.M.** The diagnosis of Appendicitis in children: Outcomes of a strategy based on pediatric Surgical. Pediatrics 2004; 113 (1 pinte 1):29-34
- 5-GIESSLING U., PETERSEN S., FREITAG M. et al.** Surgical management of severe peritonitis Zentralbtchir 2002 Jull; 127(7):594-7.
- 6-RAMACHANDRAN C.S., AGARWAL S.** Laparoscopic surgical management of prerogative peritonitis in entries fever: a preliminary Study Surge New Delhi 2004; 14(3) 122-124.
- 7- SANOU D.** Les perforations iléales d'origine typhique : Difficulté diagnostique et thérapeutique (à propos de 239 cas) Burkina Méd 1999 ; 1(2).17-20.
- 8-MAKITA-NGADI L.** Les péritonites aiguës généralisées à Libreville(Gabon). Thèse Méd. Bamako 2010, N°10 M 140, 55-72.
- 9-KONATE H.** Abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et pédiatrique au CHU Gabriel TOURE. Thèse Méd Bamako 2001 ; N° 67.
- 10-COULIBALY C.O.S.** Les péritonites aiguës généralisées à l'Hôpital de Sikasso. Thèse Méd. Bamako 2010, N°10 M 408.
- 11-HAROUNA YD, ABDOU I, SAIBOU B, BAZIRA L.** Les péritonites en milieu tropical : Particularités étiologiques et facteurs pronostiques actuels : à propos de 160 cas. MédAfr Noire 2001; 48 (3): 103 - 106.

- 12-ALAMOWITCH B.** Traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé. Gastro enterol Clin Biol (Paris) 2000; 24: 1012 - 17.
- 13-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.
- 14-ROUVIERE H.** Anatomie descriptive, topographique et fonctionnelle : le tronc, Tome 2. Paris: Masson; Edition 1998.
- 15- SAKHRI J.** Traitement des ulcères duodénaux perforés Tunisie Médicale 2000 ; Vol 78, N° 08-09.
- 16- DEMBELE M.** Perforations typhiques de l'intestin grêle : A propos de 16 cas. Med d'Afrique Noire 1974 ; 21 (4) : P3.
- 17- ONGOIBA N.** Contribution à l'étude épidémiologique et clinique des péritonites aiguës dans les hôpitaux de Bamako et de Kati. Thèse méd Bamako 1984 ; n° 24.
- 18- SIDIBE Y.** Les péritonites généralisées au Mali : à propos de 140 cas opérés dans les hôpitaux de Bamako et de Kati. Thèse Med Bamako 1996 ; n° 1.
- 19- ARTICLE DE LAROUSSE MEDICALE 2006.** Péritonite (Signes et diagnostic) ; Paris 2006 ; P 777.
- 20- SERGE E, JACQUES M.** Péritonites aiguës diffuses : Physiopathologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement. Rev Prat (Paris) 1995 ; 45 : 1791 - 95.
- 21-KAMINA P.** Dictionnaire Atlas d'Anatomie, A-F. Paris : Maloine S.A ; Edition 1983 : 74 – 86.
- 22-FAGNIEZ PL, SERPEAU, THOMSON C.** Péritonites aiguës. Encycl Méd Chir Estomac – Intestin 1982 ; 9045 A10, 6.
- 23-CHEVALIER JM.** Anatomie : le tronc. Paris : Flammarion Méd. -Sciences 1998.
- 24-ROSS ET WILSON.** Anatomie et Physiologie normales et pathologiques. Maloine. Traduit de la 9ème Edition anglaise, le système digestif, Péritonite : 284.

25-POILLEUX F ET COLLABORATEURS. Sémiologie chirurgicale: Sémiologie du péritoine (Rappels généraux anatomiques et physiopathologiques). Paris : Flammarion-Médecine et sciences, Tome II (Appareil digestif), 4ème Edition 1979 ; 971 - 989.

26-BARBIER J, CARRETIER M. Péritonites aiguës. Encycl Méd – Chir Urgences 1988 ; 24048 B 10 ,2 : P18.

27-LE TREUT YP. Péritonites aiguës : Physiopathologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement. Rev Prat (Paris) 1993 ; 43 (3) : 259-62.

28-GUIDET B, STOKOWSKI F, OFFENSTAD G. Etats Septiques et Choc infectieux. Rev Prat 1993; 43(1): 7-13.

29-GILBERT J, GOLDSTEIN F W, LAFAIX C. Infections à Entérobactéries. Encycl Méd Chir, Maladies infectieuses 1981 ; 5 ; 80016.

30-AGHAZADI TR, ALMOU, BOUKIND B. La Séromyotomie antérieure et Vagotomie postérieure dans le traitement l'ulcère perforé. Ann Chir 1992; 124 (5): 2 - 299.

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

32-KUNIN N, LETOQUARD JP. Facteurs pronostiques des péritonites du sujet âgé : Analyse statistique multifactorielle de 216 observations. J Chir (Paris) 1991 ; 128(11) : 86 - 481.

33-GOUGARD P, BARRAT C. Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé. Résultats d'une étude rétrospective multicentrique. Ann Chir 2000 ; 125 : 726 - 31.

34-ROSEAU G, MARC F. Abdomen aigu non traumatique en dehors de la période post opératoire. Encycl Méd Chir (paris – France) Estomac – Intestin 1989 ; 9042 A 10, 2 : P8.

35-MALLE O. Péritonites au CSREF de la commune 1 de Bamako : Aspects épidémiologique, clinique, et thérapeutique. These med ; Bamako 2015 ; N°145 p43

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

37-LORAND I., MALINIER N. Résultats du traitement coelioscopique des ulcères perforés. Chir Paris 1999 ; 124 : 149-53.

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

39-J.L. KAMBIRÉ, C. ZARÉ, B.G. SANOU, T. KAMBOU. Étiologies et pronostic des péritonites secondaires au centre hospitalier universitaire de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) J. Afr. Hépatol. Gastroentérol. 2017 p1, v 11

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

41-HOSOGLU S., MUSTAFA ADEMIR et coll. Risk factors for enteric perforation in patients with typhoid fever. Am J Epidemiology 2004; 160: 46-50.

42-OUENGRE E, ZIDA M., BONKOUNGOU P.G., et al (2013). Les péritonites aiguës généralisées en milieu rural au Burkina Faso : à propos de 221 cas. Rev Cames Sante 1:75–9

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

44-TRAORE L.S. Etude des peritonites aiguës aux CHU de kati These med ; Bamako 2014 ; N°112 ;P 55-57

45-MALLICK S., KLEIN J.F. Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique : A propos d'une série observée dans l'Ouest Guyanais.Med Trop 2001; 61: 491 - 94.

46-LEVY E., FRILEUX P., OLLIVIER J.M., PARC R. Péritonites postopératoires diffuses. Données actuelles. EMC (Paris-France), Gastro-entérologie :9-045 A-10, 1995, 8p.

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

48-BÜCHLER M.V. Chirurgische Therapie der diffusen peritonitis Chirug 1997 ; 68 : 811 – 815 .

49-PODEVIN G., M. BARUSSAUD, M.-D. LECLAIR, Y. Appendicite et péritonite appendiculaire de l'enfant 2005. EMC-Pédiatrie-maladies infectieuses 2013(4) :1-6.

50-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

51-COULIBALY O.S. Perforations digestives en chirurgie « B » de l'hôpital du Point G à propos de 120 cas Thèse med Bamako 1999; N° 188: 99.

52-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 - 82.

53-DEMBELE B.M. Etude des péritonites aiguës généralisées dans les Services de Chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Méd. Bamako 05 M 215: 1-116.

54-PROSKE. J.M, FRANCO.D. Péritonite aiguë ; Revue Prat (Paris) 2005 : 55 : 2167-2172.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I - Les données administratives :

1-N° de la fiche d'enquête...../...../...../

2-N° du dossier du malade...../...../...../

3-Nom et Prénom/...../...../

4-Date de consultation...../...../...../

5-Age : ans/...../...../

1= 0 à 15 ans 2= 16 à 35 ans 3= 36 à 45 ans 4= 46 et plus

6-Sexe...../...../...../

1=Masculin 2=Féminin

7-Nationalité...../...../...../

=Malienne 2=Autre 99=Indéterminée

8-Provenance N° Tél :...../...../...../

1= C I 2= C II 3= C III 4= IV

5= C V 6= C VI 7= Autre 9=Indéterminée

9- Ethnie/...../...../

1=Bambara 2=Malinké 3=Sarakolé 4=Peulh

5=Khassonké 6=Mianka 7= Sonrhäï 8= Senoufo 99=

Indéterminée

10- Principale activité...../...../...../

1=Fonctionnaire 2=Enfant 3=Ouvrier 4=Commerçant 5=Scolaire

6=Paysan 7=Ménagère 8=sans emploi 99=Indéterminée.

11- Mode d'admission au C.S.Ref...../...../...../

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

12- Adressez par/...../...../

1= Médecin généraliste 2= venue d'elle ou de lui-même

3= Médecin spécialiste 4=Infirmier (e) 5= Les parents

13- Date d'entrée...../...../...../

14- Motif de retard de prise en charge...../...../...../

1= Manque de moyen 2= Retard de diagnostic 3= Méconnaissance
4= Traitement traditionnel

15- Date de sortie...../...../...../

16- Motif de consultation...../...../...../

1= Douleurs abdominales 2= Arrêt des matières et des gaz
3=Météorisme abdominal 4= Vomissement 5=Fièvre
6=Hoquet 7=1+2+3+4+5 8= 1+2+3+4 99=
Indéterminé

II – Histoire de la Maladie

17- Début de la symptomatologie (jours)...../...../...../

1= < 7j 2= 8-14j 3= > 15 j

18- Siège initial 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 9= Péri-ombilicale
10= Diffuse 11= Autres 99= Indéterminé

19- Mode de début de la douleur...../...../...../

1=Brutal 2= Progressif 3=Autre 9=Indéterminé

20- Type de la douleur...../...../...../

1=Brûlure 2=Piqûre 3=Torsion 4=Pesanteur 5=Ecrasement
6=Colique 7=Autres 9=Indéterminé

21 -Evolution de la douleur...../...../...../

1= Douleurs permanentes 2=Douleurs intermittentes
3=Autres 99= indéterminée

22 - Irradiation de la douleur...../...../...../

1= Organes génitaux 2= Périnée 3= Bretelle 4= Postérieure
5=Descendante 6= Diffuse 7= Péri ombilicale 8= Sans irradiation
9= Ascendante 11= Autre 99= Indéterminé

23 - Intensité de la douleur...../...../...../

EVA : échelle visuelle analogue

La note est comprise entre 0 et 10

Score :

- 1= 1-2 : douleur minime 2= 3-4 : douleur faible
3= 5-6 : douleur modérée 4= 7-8 : douleur intense
5= 9-10 : douleur très intense

24-Facteurs déclenchant la douleur/...../...../

- 1= absent 2= effort 3= stress 4= repas 5= faim 6 = Traumatisme
7= Autres 99= indéterminé

25- Facteurs calmant la douleur...../...../...../

- 1= médicaments 2= position antalgique 3= ingestion d'aliments
4= vomissements 5= autres 99= indéterminé

26-Traitement reçu avant admission...../...../...../

- 1= Aucun 2=Traitement traditionnel 3=Traitement médical
4=Traitement médical et traditionnel

III - Signes d'accompagnement

27-Digestifs...../...../...../

- 1=Pas de signes digestifs 2= Nausées 3= Vomissements
4= Diarrhée 5= Constipation 6=Rectorragie 7= Méléna
8= Hématémèse 9= Arrêt des matières et des gaz 10= Gargouillement
11= Flatulence 12= Autres 99= Indéterminés

28- Gynéco-obstétrique...../...../...../

- 1=Pas de signes gynéco-obstétriques 2=Métrorragie 3=Autres
4= leucorrhée 5= prurit génital 99=Indéterminés

29-Signe urinaire...../...../...../

- 1=Brulure mictionnelle 2= Hématurie 3= Ecoulement urétral
4= Oligo-anurie 5= Dysurie 99= Indéterminé

IV - Antécédents (ATCD) :

30- Médicaux...../...../...../

1= Bilharziose 2= Diabète 3= HTA 4= Infection urinaire 5= Drépanocytose
6=Asthme 7= Epigastralgie 8= Fièvre typhoïde 9= Gastro-entérite
10= UGD 11=Ictères 12= Autres 99= Indéterminé

31-Chirurgicaux...../...../...../

1= Laparotomie 2= Appendicectomie 3= GEU 4= Césarienne
5=Hernie inguinale 6= Hernie ombilicale 7= Non opéré 8= Autres
diagnostic à préciser.....

V - EXAMEN CLINIQUE:

A -Signes généraux :

32- Etat général : Classification ASA...../...../...../

1=ASA I. 2=ASAI. 3=ASA III. 4= ASA IV. 5=ASA V.

33- Plis de déshydratation...../...../...../

1=Absent 2= Présent

34- Conjonctives...../...../...../

1= Bien colorées 2= Pales 3= Moyennement colorées

35- Température en degré...../...../...../

1= < 37 °c 2= 37,5°c- 38°c 3= 39°-40°c 4= > 40°c

36- Pouls en battements/mn...../...../...../

1= Inferieur a 50 bats/mn 2= 51-80 bats/mn
3= 81-99 bats/mn 4= 99 bats/mn au plus

37-Fréquence respiratoire en cycles/m...../...../...../

1= 14-16 c/min 2= 17-22 c/min 3= 23-28 c/min 4= 29 au plus c/min

38-Tension artérielle en mmHg...../...../...../

1= Normo tendu 2= Hypotendu 3=Hypertendu

B - Signes physiques :

-Inspection :

39- Faciès:...../...../...../

1= normal 2= tiré 3= péritonéal 4= autres 99 = indéterminé

40- Présence de cicatrice opératoire sur l'abdomen..../...../...../

1= Pas de cicatrice 2= Xipho-sus-pubienne 3= Médiane sus ombilicale
4= Médiane sous ombilicale 5= Au point de Mac Burney 6= Pfannentiel
7= Inguinale droite 8= Inguinale gauche 9= Autres
99= Indéterminée.

41- Morphologie de l'abdomen...../...../...../

1= Abdomen plat 2= Distension abdominale 3= Asymétrie de l'abdomen
4= Autre 99= Indéterminée

42- Mouvements de l'abdomen...../...../...../

1= Normal 2= Diminuer 3= Absent

- Palpation :

43- Accentuation de la douleur abdominale.../...../...../

1= FID 2= Hypogastre 3= FIG 4= Flanc droit 5= Flanc gauche
6= Péri ombilicale 7= Généralisée 8= Autre

44-Contracture abdominale...../...../...../

1= FID 2= Hypogastre 3= FIG 4= Flanc droit 5= Flanc gauche
6= Péri ombilicale 7= Généralisée 8= Autre

45- Masse...../...../...../

1= Oui 2= Non

46-Percussion abdominale...../...../...../

1=Absent 2= Présent

47- Auscultation des bruits intestinaux/...../...../

1= Présent 2=Absent

48- Toucher rectal (douglas bombé et douloureux)...../...../...../

1= Oui 2= Non

VI-EXAMEN COMPLEMENTAIRE :

A – Imagerie :

49- Radiographie d'ASP...../...../...../

1= Pneumopéritoine 2= Présence de niveau hydroaérique

3= Grisaille diffuse 4= Normale 5= Non fait

50- Echographie abdominale...../...../...../

1=Epanchement de moyenne abondance 2= Une masse dans la fosse iliaque droite

3= Aspect échographique en faveur d'une péritonite aigue

4= Aspect en faveur d'un abcès du foie rompu 5=Appendicite Aigue

6= Syndrome Occlusif

-Bilan sanguin :

51- N F S...../...../...../

1= Normale 2= Anémie 3= Hyperleucocytose > 10 000 éléments/mm³

4= Leucopénie

52- Groupage sanguin et Rhésus..../...../...../

1= A+ 2=A- 3=B+ 4=B- 5=AB+ 6=AB- 7= O+ 8= O-

53- Glycémie/...../...../

1= < 0,75 g/l 2= 0,75-1,26 g/l 3= >1,26 g/l

VII- DIAGNOSTIC:

54- Diagnostic préopératoire/...../...../

1= Péritonite aigue 2= Péritonite appendiculaire 3= péritonite par

perforation d'organe creux 4= péritonite par rupture abcès du foie

5=Occlusion 6=hernie étranglée 7= Tumeur digestive 8=

Péritonite du post-partum 9=Pathologie vésiculaire 10= Appendicite

11= Salpingite 12= Autre à

préciser.....

55- Diagnostic per opératoire...../...../...../

- | | | |
|---|---|--------------------------------|
| 1= Péritonite appendiculaire | 2= Péritonite par perforation iléale | |
| 3= Péritonite par perforation gastrique
typhique | 4= Péritonite par perforation
colique | 6= Péritonite
gynécologique |
| 5= Péritonite par perforation
gynécologique | 7= Péritonite post traumatique | 8= Péritonite
tuberculeuse |
| 9= Péritonite post opératoire | 10= Péritonite par
rupture d'abcès du foie | |
- 11= Autres à préciser.....

VIII -TRAITEMENT

56-Traitement médical/...../...../

- | | | | |
|-------------------------|-----------------|---------------|----------------|
| 1=Réhydratation | 2= antibiotique | 3= Antalgique | 4= Transfusion |
| 5=1+2+3 | 6= 1+2+3+4 | 7=1+3 | 8=2+3 |
| 9=Autre à préciser..... | | | |

A-Traitement Chirurgical

57-Voie d'abord...../...../...../

- | | | | | |
|------------------------------------|--------------------|------------------------|--------------|--------------------|
| 1 = Médiane sus et sous ombilicale | 2 =Sous ombilicale | 3= Xipho-sus
pubien | 4=Mac Burney | 5= sus ombilicale. |
|------------------------------------|--------------------|------------------------|--------------|--------------------|

58-Nature du liquide péritonéale...../...../...../

- | | | | |
|---|------------|-------------------|--------|
| 1= Pus | 2 = Selles | 3 =Sero-hématique | 4 =1+2 |
| 5= 2+3 6 =Autres (à préciser)..... | | | |

59-Technique chirurgicale...../...../...../

- | | | | |
|--|---------------------|-------------------------|------------|
| 1 =Résection Anastomoses termino-terminales | 2= Résection-suture | 3 | |
| =Ablation | 4= Stomie | 5 =Toilette peritoneale | 6=Drainage |
| 6= Appendicectomie 7 Autres à préciser..... | | | |

60-Siège du drain...../...../...../

- | | | | |
|-------------------|------------------------------|------------|-----------|
| 1 =Sous hépatique | 2=Gouttières pariétocoliques | 3= Douglas | 4=
1+3 |
|-------------------|------------------------------|------------|-----------|

61- Examen bactériologique du liquide pleural...../...../...../

- | | | | |
|--|-----------|-------------------|------------------------|
| 1= Stérile | 2=E. Coli | 3= Salmonella spp | 4=Enterobacter cloacae |
| 5=Serratia liquefaciens 6= Proteus mirabilis 7= Rahnella aquatilis | | | |

8= Pseudomonas aeruginosa 9= Staphylococcus aureus

IX-PRONOSTIC :

62- Score de Mannheim...../...../...../

1= < 26 2 = >26

63-Durée d'hospitalisation...../...../...../

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

- Suites opératoires

64- la morbidité...../...../...../

1 = Simple 2= Suppuration pariétale 3= Eviscération 4

=Décès

5= Fistule digestive 6=Autres à préciser

65- Classification de Clavien-Dindo...../...../...../

1= Grade I 2= Grade II 3=Grade III

4=Grade IV 5= Grade VI

66- Cause de mortalité...../...../...../

1 = Choc septique 2 = Choc hypovolémique 3 =Septicémie

5= Autres (à préciser).....

67-Mode de suivi...../...../...../

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

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

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DEMBELE

Prénom : Saiba

Adresse : Niamana ; Commune VI

Tel : 91 90 68 88 – 62 20 06 02

Email : saibadembele14@gmail.com

Titre : Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées au centre de sante de référence de la commune iii du district de Bamako

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Chirurgie Générale.

Résumé : Nous avons réalisé une étude rétrospective et prospective portant sur 88 patients reçus au CS Réf de la commune III du district de Bamako et opéré pour péritonite aiguë généralisées du 1er Janvier 2014 au 31 Décembre 2021. Il s'agissait de 52 hommes et 36 femmes (Sex-ratio = 1,4 en faveur des hommes) dont l'âge moyen était de 35 ans avec un écart type de 0.928 ; des extrêmes allant de 6 ans à 66 ans.

La douleur abdominale a été le principal motif de consultation

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

Le diagnostic clinique a été étayé par l'ASP et l'échographie abdominale ; réalisés respectivement chez 21,5% et 78,5% des patients. La péritonite par perforation appendiculaire a été le diagnostic peropératoire dans 43,2% des cas.

Le traitement chirurgical était fonction de l'étiologie en peropératoire

Tous nos patients ont bénéficié de la toilette péritonéale plus drainage.

Nous avons noté un taux de morbidité de 18% dominé par la suppuration pariétale et un taux de mortalité de 5% dominé par le choc septique.

Mots Clés : Péritonite ; Chirurgie ; CSREF CIII.

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