

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° .....

## **Thèse**

**Perforations traumatiques du tube digestif dans le service  
de chirurgie générale du centre hospitalier universitaire**

**Pr. Bocar Sidi Sall de Kati**

Présentée et soutenue publiquement le 11/01/2023 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

**Par M. Ladj DIARRA**

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

## **Jury**

**Président du jury : Pr Alhassane TRAORE**

**Membre du jury : Dr Aboubacar KONE**

**Co-Directeur : Pr Koniba KEITA**

**Directeur de thèse : Pr Abdoulaye DIARRA**

## **Dédicace :**

Je rends grâce à **ALLAH Soubhana Watala** ; Le Tout Puissant, Le Miséricordieux, Le Clément ;

Qui m'a inspiré Qui m'a guidé dans le bon chemin.

C'est Toi [Seul] que nous adorons, et c'est Toi [Seul] dont nous implorons secours.

Guide-nous dans le droit chemin,

Le chemin de ceux que tu as comblés de faveurs, non pas de ceux qui ont encouru Ta colère, ni des égarés. [Prologue : Al-Fatih ah]

Je lui rends grâces de m'avoir donné la vie, de m'avoir permis de participer à la réalisation de ce travail.

Louanges et remerciements pour Votre clémence et miséricorde.

Je vous dois ce que je suis devenu.

**Au prophète MOHAMED** : paix et salut sur son âme.

**A ma très chère mère : Mariam TOGOLA**

A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans. Tu m'as donné la vie et l'envie de vivre, les plus précieux de tous les cadeaux. Malgré que Papa soit parti tôt tu as su assumer toute seule ce double rôle celui d'un père et d'une mère à la fois. Que serait ma vie sans toi Maman ? Dans tes bras j'ai grandi, petit à petit ; et aujourd'hui je ne serais pas là sans toi ma maman adorée. Tu m'as toujours comblé d'amour, de tendresse et d'affection. Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes ses années d'études, tu as toujours été présente à mes côtés pour me consoler quand il fallait. Tu as usé de ta santé par tant de sacrifices...j'en suis reconnaissant. Les mots me manquent pour décrire la formidable mère que tu es.

J'espère réaliser ce jour un de tes rêves et être un fils digne de toi. Ces quelques mots ne sauront te prouver maman combien je t'aime. Puisse ton existence pleine de sagesse, d'amour me servir d'exemple dans ma vie et dans l'exercice de ma profession.

Que dieu, le tout puissant, te garde, te procure la santé, le bonheur et une longue vie pour que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin.

**A mon père : Feu Mamadou Diarra**

Séparé très tôt de ton affection ; j'ai reçu de mes frères les conseils, le savoir-faire et le savoir-être que tu leurs a enseignés.

J'ai pensé à toi à chaque instant de ce travail ; que ton âme repose en paix.

**A mes frères et sœurs : Issouf DIARRA, Ibrahim DIARRA, Amadou DIARRA, Salia DIARRA, Faliké DIARRA, Asmane TOURE, Djidi DIARRA, Demou DIARRA, Oumou DIARRA, Baty DIARRA, Koura DIARRA, N'ba DIARRA, Fanta DIARRA, à mes Freres complices : Modibo DIARRA et Tierno Samba Kaou DIALLO.**

En témoignage de toute l'affection et des profonds sentiments fraternels que je vous porte et de l'attachement qui nous unit.

Votre présence et vos encouragements m'ont été d'une grande aide.

Je vous "adore" au-delà des liens du sang et à jamais.

Que ce travail soit pour vous un exemple de volonté, de courage et d'abnégation.

Je ne saurai vous dire combien je vous aime.

Ce travail est aussi le vôtre.

Je vous souhaite une vie pleine de joie, de bonheur et d'amour. Je vous aime !

Jamais personne ne brisera ce lien qui nous unit Insha ALLAH.

**A ma tendre épouse : Kadiatou KONE**

Ton amour ne m'a procuré que confiance et stabilité. Tu as partagé avec moi les bons et les mauvais moments de ma vie et participé à l'élaboration de ce travail. Puisse Dieu nous garder longtemps. Merci pour ta présence.

**A mes tontons : Feu Negué DIARRA, Feu Boubacar DIARRA, Feu Mahamadou Faliké DIARRA mes Tantes : Aichata MAIGA, Kama DIARRA, Fatoumata BA, Maimouna TRAORE, Maimouna SAMAKE, Feu Fatoumata TOGOLA, ma belle-mère : Mariam NIAMBELE**

Merci pour votre présence et vos encouragements. Ce travail est aussi le vôtre.

**Mes cousins, cousines, neveux et nièces : Fatoumata KEITA, Sidi Mohamed DJANE, Boubacar DJANE, Mamadou DIARRA.** Veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection la plus sincère. Je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

**A mes belles sœurs : Binta DIARRA, Hawa , Habi SANOGO, Diadia KEITA, Oumou TRAORE.** Ce travail est le vôtre.

Soyez assurées de mon profond attachement.

**A mes maîtres formateurs : Pr Koniba KEITA, Pr Abdoulaye DIARRA, Dr Issa TRAORE, Dr Aboubacar KONE, Dr KONE Oumou TRAORE**

Vous avez été plus que des maîtres pour nous, c'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves. Trouver en ce document le fruit de vos propres efforts.

## **REMERCIEMENTS**

A tous mes maîtres de l'école fondamentale Diawar DIOP de Nara, du lycée privé Oumou Dilly de Nara (LODN), de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako.

Je profite de cette occasion solennelle pour vous adresser mes sincères remerciements et ma grande reconnaissance.

**Mes aînés et cadets du service de chirurgie : Dr Toufado ONGOIBA, Dr Moussa KANE, Dr Gaoussou MAKADJI, Mamadou KONE, Souleymane Seydou KONE, Ousmane BERETE, Nouhoum MAIGA, Makan TRAORE.**

Merci pour la bonne collaboration et bon courage !

**A mon compagnon de travail, mon binôme Brahim Maroine AGZE.**

Merci pour ta collaboration et ton soutien !

**A tout le personnel du service de chirurgie générale :**

**Major Ismael KONARELassana KANTE, Adja Bintou HAIDARA, Nassira SAMAKE, Mamadou NIARE, Alima SANOGO, Fatim CAMARA, Fatoumata Bintou GOUNDOUROU, Kady DEMBELE et toute l'équipe :**

Nous vous remercions pour l'accueil cordial et la collaboration fraternelle dont vous nous aviez fait part au cours de notre séjour dans le service de chirurgie générale.

**A tout le personnel du bloc opératoire :**

Merci pour la collaboration et votre sens de l'humour.

**A mes amis de Nara : Seydou BABY, Boubou DIAKITE, Alassane GOITA, Taleb SIBY, Adé BABY, Gaoussou SACKO, Ousmane YATTARA, Oumar DJIBO, Lassana KEITA.**

Merci pour votre soutien.

**A mes camarades et amis de la faculté de médecine : Samba DIARRA, Bekaye KOUMA, Hamidou DIARRA, Bourama DIABATE Maimouna KANTE, Bakary GOUNDOUROU, Dr : Hamaïssa TOURE, Ichiaka SACKO, Samba BAGAYOKO, Magni DEMBELE, Cheik Oumar COULIBALY.**

En témoignage des années passées ensemble nous vous remercions infiniment pour votre bonne collaboration.

**A mon ami et mentor Feu Abdramane Youssouf CISSE :** tu es parti trop vite, de là où tu es je voudrais te dire que nous avons réussi.

Puisse ton âme se reposer en paix.

**A toute la 11e promotion du numerus clausus <<Feu Pr GANGALY>> de la FMOS.**

En souvenir des bons moments passés ensemble.

**Aux médecins et infirmiers des urgences :**

Merci pour la bonne collaboration.

**Aux médecins et infirmiers du CSRef de Nara : le chef du centre Dr Souleymane TRAORE, Dr : Djakaridia DIARRA, Alfousseine TRAORE, Amadou BARRY, SACKO, N'DAOU, MAIGA, TOGO**

Recevez par ce modeste travail toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude.

A tous ceux et toutes celles qui ne verront pas leurs noms ici ; je dis merci à tous ; qu'ils sachent que ce travail n'est qu'une œuvre humaine. A tout le personnel du CHU BSS de Kati mes vives salutations pour ces moments passés ensemble.

Je vous aime tous !

**A toute la population de Kati et Nara :**

Pour leur amour, leur confiance et leur hospitalité.

Enfin, je reformule mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidées à la réalisation de ce travail et qui sont si nombreuses pour que j'en fasse une liste nominative.

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :**

**Professeur Alhassane TRAORE**

- ✓ **Professeur Titulaire de chirurgie générale à la FMOS**
- ✓ **Agrégé de chirurgie générale à la FMOS**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU G T**
- ✓ **Spécialiste en chirurgie hépatobiliaire et pancréatique**
- ✓ **Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS)**
- ✓ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (So.Chi.Ma)**
- ✓ **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F)**
- ✓ **Membre de la Société Internationale de Hernie (AMEHS) ;**
- ✓ **Membre du Collège Ouest Africain des Chirurgiens (WACS)**
- ✓ **Membre de la Société Africaine Francophone de Chirurgie Digestive (S.A.F.CH.I.D).**

**Honorable maître, nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury Malgré vos multiples occupations.**

**Votre simplicité, votre humanisme, et votre souci de formation de la jeunesse font de vous un espoir pour notre nation.**

**Veillez recevoir, cher maître, l'expression de nos sincères remerciements.**

**Soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.**

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :**

**Dr Aboubacar KONE**

- ✓ **Spécialiste en chirurgie générale ;**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU Pr BSS de Kati**
- ✓ **Cher Maître,**

En dépit de vos multiples occupations, vous nous faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Votre simplicité et votre disponibilité, vos connaissances ainsi que votre rigueur dans le travail représentent des qualités enviabiles. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance sincere. Que Dieu vous comble avec votre famille de multiples Grâces

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

**Professeur Koniba KEITA.**

- ✓ **Maître de conférence à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;**
- ✓ **Spécialiste en chirurgie générale ;**
- ✓ **Chef de service de chirurgie générale du CHU Pr BSS de Kati**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU Pr BSS de Kati ;**
- ✓ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (So.Chi.Ma) ;**

**Cher Maître,**

Nous avons eu le grand plaisir de travailler sous votre direction, et nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez bien voulu diriger ce travail.

Nous avons bénéficié de l'enseignement d'un maître déterminé, expérimenté et d'actualité. Vous nous aviez appris la rigueur, la persévérance et la réflexion ; vos conseils et critiques nous ont toujours été d'un apport inestimable. Nous retenons de vous : un homme dynamique, pragmatique et cordial. C'est le lieu pour nous de vous témoigner notre profonde gratitude.

Veillez agréer, cher maître, nos dévouements et notre éternelle reconnaissance.

Puisse ce travail être pour nous, l'occasion de vous exprimer notre profond respect et notre gratitude la plus sincère.



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

### **Professeur Abdoulaye DIARRA**

- ✓ **Maître de conférence à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie**
- ✓ **Spécialiste en chirurgie générale ;**
- ✓ **Agrégé de chirurgie générale à la FMOS**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU Pr BSS de Kati ;**
- ✓ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali ;**
- ✓ **Membre de la Société d'Afrique Francophone de Chirurgie digestive (SAFCHID)**
- ✓ **Ancien interne des hôpitaux.**

Chère maître Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous aviez placée en nous pour effectuer ce travail. Votre rigueur scientifique, votre assiduité, votre ponctualité, 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. Nous vous prions cher Maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude. Que le seigneur vous donne longue et heureuse vie.

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

**PLP : Ponction lavage péritonéale**

**CDS : Cul de sac**

**ERP : Espace rétropéritonéal**

**BSS : Bocar Sidy Sall**

**OMS : organisation mondiale de la santé**

**MPI : Index de péritonite de Mannheim**

**DDL : Degrée de liberté**

**DL : Décilitre**

**EPA : Etablissement public à caractère administratif**

**OC : Degré Celsius**

**ASA : American Society of Anesthesiologists**

**AVP : Accident de la voie publique**

**ATB : Antibiotique**

**ASP : Abdomen sans préparation**

**CBV : Coups et blessures volontaires**

**DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées**

**CHU : Centre hospitalier Universitaire**

**Cm : Centimètre**

**DL : Décilitre**

**Km : kilomètre**

**Echo : échographie**

**FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**

**Gram (-) : Gram négatif**

**Gram (+) : Gram positif**

**G : Gramme**

**HTA : Hypertension artérielle**

**< : inférieur**

**> : supérieur**

**L : litre**

**MM HG : millimètre de mercure**

**P : Pouls**

**Suite OP : Suites Opératoires**

**SAU : Service d'accueil des Urgences**

**TDM : Tomodensitométrie**

**Fig : Figure**

**NHA : Niveaux hydro-aériques**

**USA : Etats unis d'Amérique**

**USTTB : Université des sciences des techniques et de technologie de Bamako**

**Liste des tableaux :**

<b>Tableau I :</b> Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	33
<b>Tableau II:</b> Répartition des patients en fonction de leur provenance. ....	33
<b>Tableau III:</b> Répartition des patients selon les activités .....	34
<b>Tableau IV :</b> Répartition des patients selon le niveau d'instruction .....	34
<b>Tableau V :</b> Répartition des patients selon le délai d'admission. ....	37
<b>Tableau VI :</b> Répartition des patients selon le motif d'admission. ....	38
<b>Tableau VII:</b> Répartition des patients en fonction de l'étiologie.....	38
<b>Tableau VIII :</b> Répartition des patients en fonction des antécédents médicaux.....	38
<b>Tableau IX :</b> Répartition des patients selon le score de l'OMS.....	39
<b>Tableau X :</b> Répartition des patients selon le score d'ASA .....	40
<b>Tableau XI :</b> Répartition des patients en fonction de signes fonctionnels.....	40
<b>Tableau XII :</b> Répartition des patients en fonction de signes physiques. ....	40
<b>Tableau XIII:</b> Répartition des patients en fonction du résultat de l'ASP.....	41
<b>Tableau XIV:</b> Répartition des patients selon le résultat de l'échographie.....	41
<b>Tableau XV :</b> Répartition des patients selon le résultat de la tomodensitométrie abdominale.....	42
<b>Tableau XVI :</b> Répartition des patients en fonction du taux d'hémoglobine. ....	42
<b>Tableau XVII:</b> Répartition des patients en fonction du taux de leucocytes. ....	43
<b>Tableau XVIII :</b> Répartition des patients selon le résultat de la glycémie .....	43
<b>Tableau XIX:</b> Répartition des patients selon le résultat de la créatinémie .....	44
<b>Tableau XX:</b> Répartition des patients en fonction du diagnostic pré opératoire. ....	44
<b>Tableau XXI:</b> Répartition des patients en fonction du diagnostic per opératoire.....	45
<b>Tableau XXII:</b> Répartition des patients en fonction des lésions associées.....	45
<b>Tableau XXIII:</b> Répartition des patients en fonction du nombre et le siège de la perforation.....	46
<b>Tableau XXIV:</b> Répartition des patients en fonction du diamètre de la perforation.....	46
<b>Tableau XXV :</b> Répartition des patients en fonction du type de la perforation.....	47

<b>Tableau XXVI :</b> Répartition des patients en fonction de la technique chirurgicale.	47
<b>Tableau XXVII :</b> Répartition des patients selon le score de.....	48
<b>Tableau XXVIII:</b> Répartition des patients en fonction des suites-opératoires.....	48
<b>Tableau XXIX :</b> Répartition des patients en fonction de la nature des complications .....	48
<b>Tableau XXX :</b> Répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation (en jour).....	49
<b>Tableau XXXI :</b> Répartition des patients en fonction de la mortalité.....	49
<b>Tableau XXXII:</b> Répartition des patients selon le délai d'admission (en heure) par rapport aux complications.....	50
<b>Tableau XXXIII :</b> Répartition des patients selon la technique chirurgicale par rapport aux complications.....	50
<b>Tableau XXXIV :</b> Répartition des patients en fonction de la durée de l'hospitalisation par rapport aux complications.....	51
<b>Tableau XXXV :</b> Répartition des patients en fonction des complications post opératoires par rapport à la mortalité.....	52
<b>Tableau XXXVI:</b> Répartition des patients selon le score de Mannheim par rapport à la mortalité. ....	53
<b>Tableau XXXVII:</b> Répartition des patients selon le cout de la prise en charge. ....	53
<b>Tableau XXXVIII :</b> Fréquence hospitalière selon les auteurs. ....	56
<b>Tableau XXXIX :</b> Age moyen des malades selon les différents auteurs.....	57
<b>Tableau XL:</b> Sexe ration selon les auteurs.....	58
<b>Tableau XLI:</b> Etiologies selon les auteurs .....	59
<b>Tableau XLII:</b> Signes fonctionnels selon les auteurs. ....	60
<b>Tableau XLIII:</b> Signes physiques selon les auteurs.....	62
<b>Tableau XLIV :</b> Résultats de la radiographie de l'abdomen sans préparation selon les auteurs.....	64
<b>Tableau XLV:</b> Résultats de l'échographie abdominale selon les auteurs.....	65

<b>Tableau XLVI : Résultats du scanner selon les auteurs.....</b>	<b>66</b>
<b>Tableau XLVII : Techniques chirurgicales selon les auteurs.....</b>	<b>67</b>
<b>Tableau XLVIII: Morbidité selon les auteurs .....</b>	<b>68</b>
<b>Tableau XLIX : Nature de complication selon les auteurs :.....</b>	<b>69</b>
<b>Tableau L : Mortalité selon les auteurs .....</b>	<b>70</b>
<b>Tableau LI: Durée d’hospitalisation selon les auteurs.....</b>	<b>71</b>

### Liste des figures

<b>Figure 1 : Coupe sagittale schématique de la cavité abdominale .....</b>	<b>7</b>
<b>Figure 2 : Topographie du péritoine pariétal postérieur .....</b>	<b>9</b>
<b>Figure 3 : Régions déclives de la cavité péritonéale en décubitus dorsal .....</b>	<b>10</b>
<b>Figure 4: Représentation schématique d’un organe intrapéritonéal .....</b>	<b>11</b>
<b>Figure 5 : Artères mésentériques. ....</b>	<b>12</b>
<b>Figure 6 : Répartition des patients selon le sexe .....</b>	<b>32</b>
<b>Figure 7 : Répartition des patients selon l’année de recrutement.....</b>	<b>35</b>
<b>Figure 8 : Répartition des patients selon le mode d’admission.....</b>	<b>36</b>
<b>Figure 9 : Répartition des patients selon le type de recrutement.....</b>	<b>37</b>
<b>Figure 10 : Répartition des patients en fonction des antécédents chirurgicaux .....</b>	<b>39</b>

## Table des matières

1. INTRODUCTION :	1
2. OBJECTIFS :	4
2.1. Objectif général :	4
2.2. Objectifs spécifiques :	4
3. GENERALITES :	6
1. RAPPELS ANATOMIQUES :	6
2. Etiologie – mécanisme :	13
3. Anatomie Pathologique :	15
4. Etude clinique :	17
5. Traitement :	22
4. Méthodologie	25
1. Le cadre de l'étude :	25
2. Type d'étude :	28
3. L'enquête :	29
4. Ethique :	29
5. Résultats :	32
6. Commentaires et discussion :	55
7. Conclusion et recommandation :	73
A. Conclusion :	73
B. Recommandations :	74
Bibliographie :	77
Annexes.....	84

## **1. INTRODUCTION :**

La perforation traumatique du tube digestif est l'ouverture pathologique dans la paroi d'un organe creux du tube digestif (œsophage, estomac, intestin grêle, gros intestin, rectum, voies biliaires extra hépatiques) suite à un traumatisme [1].

Elle peut être consécutive aux traumatismes abdominaux ouverts (armes blanches, armes à feu, etc...) ou aux traumatismes abdominaux fermés ou contusions abdominales (accident de la route, accident du travail et du sport, etc.). Exceptionnellement, elle peut constituer la complication d'une coelioscopie [2].

Une rupture d'un viscère creux peut évoluer vers une péritonite qui est ici la conséquence d'une infection de la cavité péritonéale par épandage du contenu digestif, qui est une urgence chirurgicale [2].

Sa prise en charge est multidisciplinaire et fait intervenir la réanimation et la chirurgie.

Au cours des cents dernières années, la fréquence des perforations digestives traumatiques a augmenté dans les pays développés en raison du développement des moyens de transport, de la prolifération des armes légères et les agressions par arme blanche [3]. En plus la multiplication des conflits armés (rébellion, groupe d'auto-défense) de part dans le monde et plus particulièrement en Afrique fait que les populations civiles sont de plus en plus victimes de ces perforations traumatiques digestives dans les zones de guerre.

Le pronostic de cette pathologie dépend à la fois du siège de la perforation, du terrain et de la précocité de la prise en charge [3].

Aux Etats Unis d'Amérique :

Julie Gorchynski en 2008 sur une série de 516 cas de traumatisme abdominal a observé une fréquence d'infection péritonéale de 11% [4].

En Europe :

En France Barth au cours de son étude faite sur 79 patients (mai 1995-mai 2002) a retrouvé un taux de mortalité de 8% [5].



En Asie :

L'auteur indien Sarita Magu au cours de son étude : la tomодensitométrie multi-décteur dans le diagnostic des lésions intestinales en 2012 a retrouvé 62,5% de pneumopéritoine comme signe évocateur [6].

En Afrique :

Au Sénégal une étude rétrospective de 9 ans (de janvier 1997 à décembre 2005) portant sur 55 cas de perforation traumatique digestive T.M.M. Wade et Al ont retrouvé comme mécanisme de survenue un traumatisme abdominal fermé dans 21,8% des cas et un traumatisme abdominal ouvert dans 78,2% des cas [7].

Les circonstances de survenue étaient les rixes dans 58,2% des cas (n=32) au cours de la même étude.

En 2012 au Burkina Faso Ba Sambo au cours d'une étude de 2ans portant sur les perforations traumatiques du colon a retrouvé l'arme blanche comme l'agent vulnérant le plus incriminé, suivie de l'arme à feu [8].

Au Maroc une étude faite sur 50 cas de perforations greliques de 2008 à 2016, Khaoula a rapporté que la douleur est le signe fonctionnel le plus fréquent (92,45% à 97,65%) [9].

Au Mali en 2013 Oumar Tiecoura Traoré a rapporté un taux de mortalité de 13,9% au cours d'une étude de 72 patients [10].

Aucune étude n'a été faite sur cette pathologie au CHU Pr BSS de Kati, ainsi nous avons initié cette étude qui avait pour objectifs

# **OBJECTIFS**

## **2. OBJECTIFS :**

### **2.1. Objectif général :**

Étudier les perforations traumatiques du tube digestif dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Kati.

### **2.2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence des perforations traumatiques du tube digestif.
- Décrire les aspects clinique, para clinique, thérapeutique des perforations traumatiques du tube digestif.
- Analyser les suites opératoires
- Evaluer le coût de la prise en charge.

# **GENERALITES**

### **3. GENERALITES :**

#### **1. RAPPELS ANATOMIQUES :**

Située en-dessous du thorax et occupant la partie sous-diaphragmatique du tronc, la cavité abdominale contient la plus grande partie de l'appareil digestif et une partie de l'appareil génito-urinaire.

Elle est tapissée par une membrane, le péritoine (du grec « Periteinô » ; étendre autour) qui constitue la séreuse la plus étendue de l'organisme, et qui, comme toute séreuse, comprend deux feuillets en continuité l'un avec l'autre :

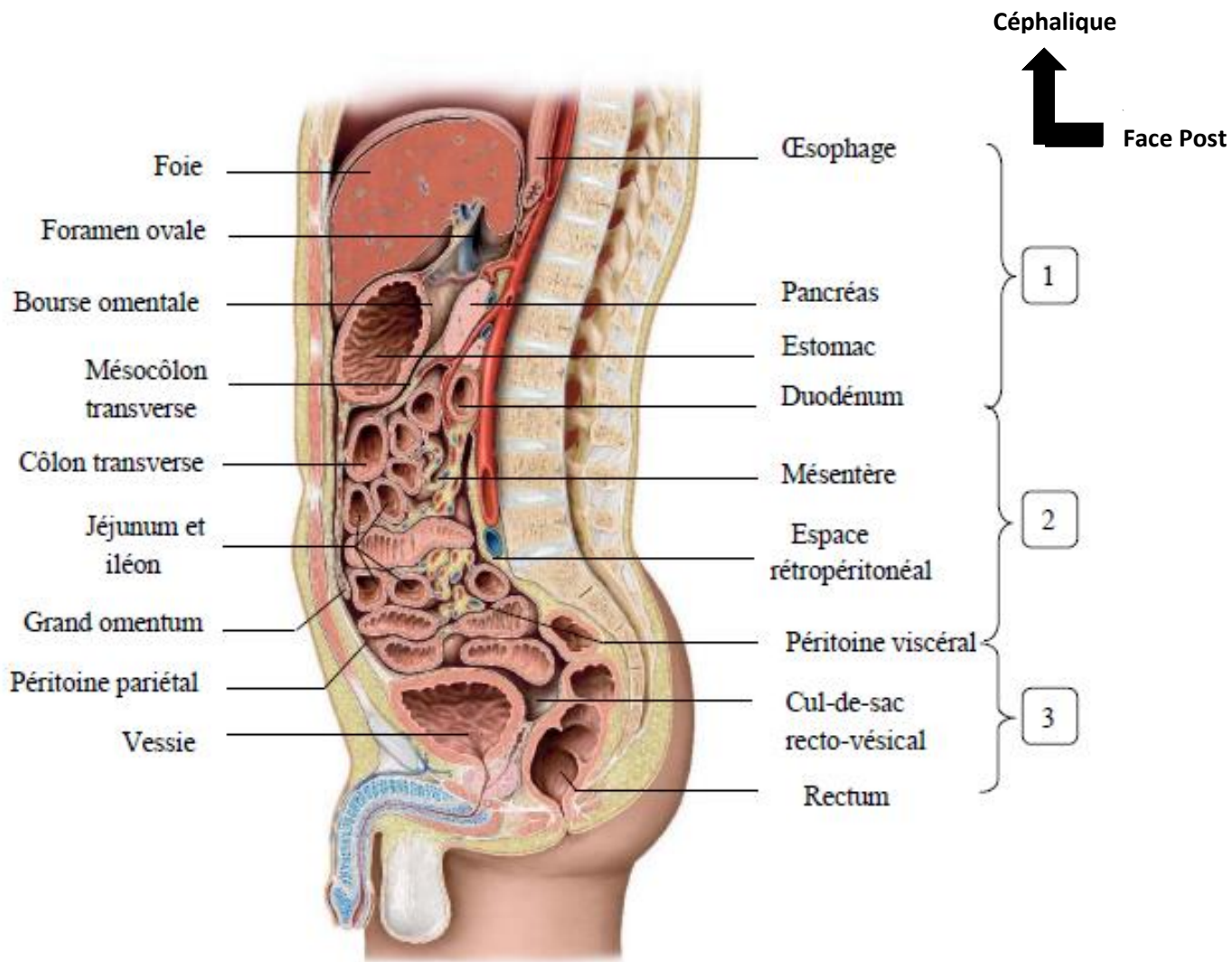
- Un feuillet viscéral qui tapisse le tube digestif et les principaux viscères abdominaux
- Et un feuillet pariétal qui moule les parois musculo-aponévrotiques de la cavité abdomino-pelvienne.

Ces deux feuillets circonscrivent un sac, fermé chez l'homme et semi-fermé chez la femme (qui communique avec le canal tubaire par l'ostium abdominal), appelé la cavité péritonéale.

#### **1.1. Péritoine et cavité abdomino-pelvienne**

##### **1.1.1. Péritoine et cavité abdominale :**

Dès que les organes fœtaux occupent leur position définitive, la cavité péritonéale peut être subdivisée en deux compartiments : la cavité péritonéale proprement dite, principale et la plus vaste des deux compartiments, et la bourse omentale (ou arrière cavité des épiploons), qui se trouve en arrière de l'estomac et des structures qui lui sont annexées



Source : Schuenke et al. *THIEME Atlas of Anatomy, Neck and Internal Organs*

1: Etage sus-mésocolique, 2: Etage sous mésocolique, 3: Cavité péritonéale pelvienne.

**Figure 1 :** Coupe sagittale schématique de la cavité abdominale

Une incision pratiquée dans la paroi abdominale antérolatérale donne accès à la cavité péritonéale, qui est subdivisée par le méso côlon transverse en :

**1.1.1.1 Compartiment sus-mésocolique :**

Lui-même subdivisé par les replis péritonéaux en différents espaces qui sont en continuité :

- La loge sous-phrénique, située entre le diaphragme et le foie, divisée par le ligament falciforme du foie en deux régions, droite et gauche, et fermée en arrière par

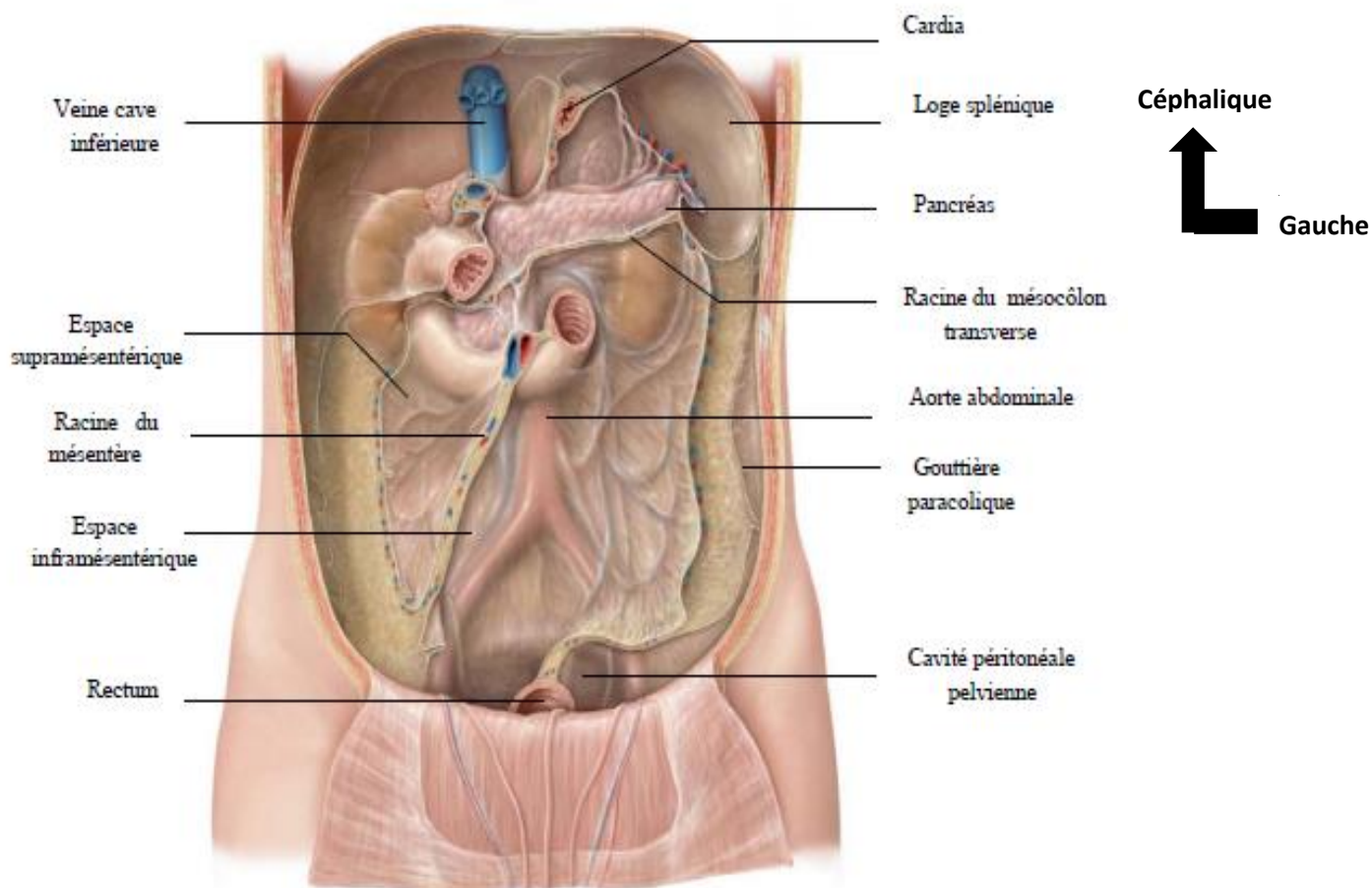
le ligament coronaire droit du foie qui la sépare de la loge sous-hépatique postérieure.

➤ La loge sous-hépatique, comprise entre la face inférieure du foie et la face supérieure du méso côlon transverse. Elle se prolonge en arrière jusqu'au ligament coronaire droit du foie, formant le récessus ou poche de Morrison qui, en décubitus, constitue le point le plus déclive de l'étage sus-mésocolique. La loge sous-hépatique s'ouvre à droite dans la gouttière paracolique droite et, à gauche, communique avec l'arrière cavité des épiploons en arrière et la loge sous-phrénique gauche en avant.

➤ La loge splénique, dont le plancher est formé par le ligament phrénocolique et qui forme une barrière entre l'espace sus-mésocolique gauche et la gouttière paracolique gauche. La bourse omentale est un diverticule postérieur de l'étage sus-mésocolique, insinué entre la face postérieure de l'estomac et les organes pariétaux postérieurs. Elle est presque entièrement isolée de la cavité péritonéale avec laquelle elle communique par un orifice de petite dimension : le hiatus de Winslow ou foramen omental.

#### **1.1.1.2. Compartiment sous-mésocolique**

Comme le compartiment sus-mésocolique, il est parcouru de mésos, de ligaments et d'épiploons qui le subdivisent en différents espaces. La racine du mésentère le divise en diagonale en deux loges mésentérico-coliques droite et gauche. Les segments ascendants et descendants du côlon vont à leur tour individualiser les gouttières paracoliques, droite et gauche, dans chacune des loges précédentes.



Source : Schuenke et al. *THIEME Atlas of Anatomy, Neck and Internal Organs*

**Figure 2 :** topographie du péritoine pariétal postérieur

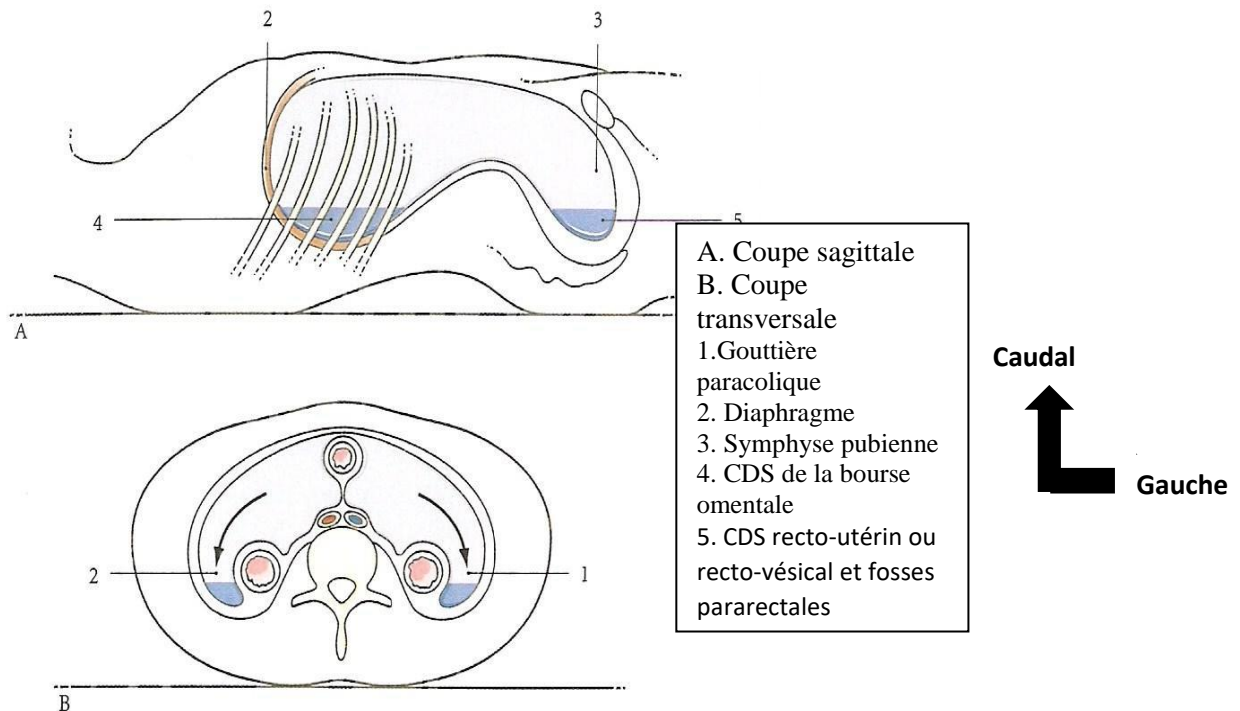
### 1.1.2. Péritoine et cavité pelvienne

La cavité pelvienne est bordée par du péritoine en continuité avec le péritoine abdominal. Il tapisse les faces supérieures des viscères pelviens, mais n'atteint que rarement le plancher pelvien.

Le péritoine pariétal pelvien prend au niveau de ces différents organes la valeur d'un feuillet viscéral. Il dessine en outre, entre ces viscères, une série de cul-de-sac (CDS) dont le plus important est le CDS de Douglas, point le plus déclive de la cavité péritonéale en position debout, situé immédiatement en avant du rectum. A l'état normal les feuillets péritonéaux sont accolés, faisant de la cavité péritonéale une cavité virtuelle qui ne peut être visualisée à l'imagerie. Suite à un traumatisme abdominal, elle peut devenir réelle en cas d'épanchement :



- Aérique, ou pneumopéritoine, par introduction d'air entre les deux feuillets du péritoine, à la suite d'une perforation digestive, de l'introduction d'un trocart lors d'une coéloscopie ou d'une PLP.
- Liquidien, qui pourra être détecté à l'échographie au niveau des zones déclives que sont le cul-de-sac de Douglas ou la poche de Morrison s'il est de faible abondance, et s'il est plus important dans les gouttières paracoliques et dans la région médiane où il étire les plis mésentériques, dans les espaces sous-phréniques droit et gauche et au niveau de l'arrière cavité des épiploons.



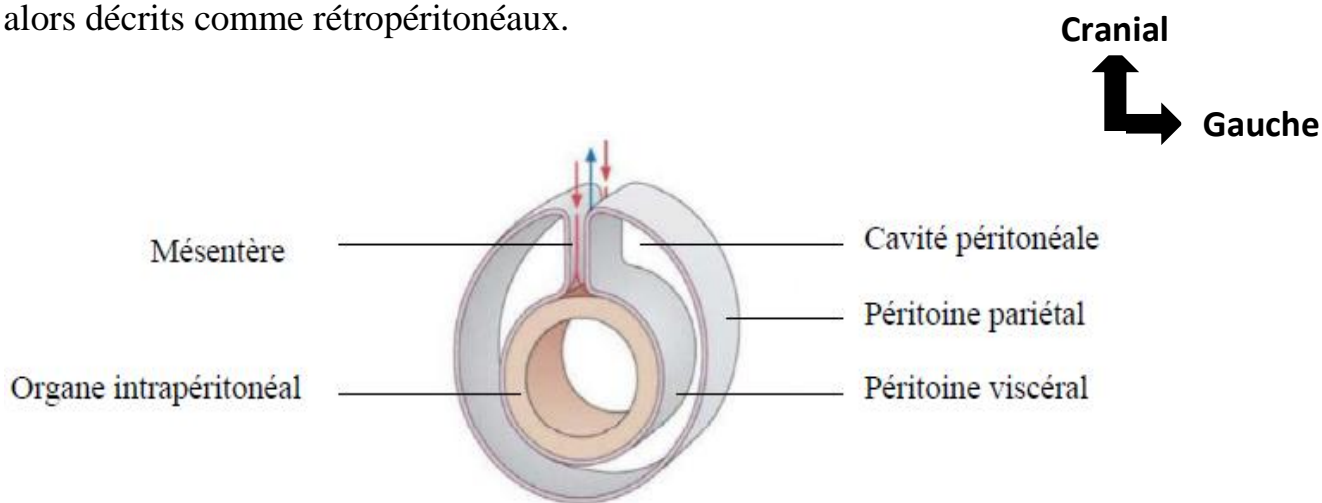
Source : Kamina P. Anatomie Clinique, Tome 3 Thorax. Abdomen

**Figure 3 :** Régions déclives de la cavité péritonéale en décubitus dorsal

## 1.2. Péritoine et viscères abdominaux

### 1.2.1. Viscères abdominaux

Les viscères abdominaux sont soit suspendus dans la cavité péritonéale par des replis du péritoine (mésentères), et ils sont dits intrapéritonéaux ; soit situés à l'extérieur de la cavité péritonéale, et donc recouverts de péritoine seulement sur une face. Ils sont alors décrits comme rétropéritonéaux.



Source : Schuenke et al. *THIEME Atlas of Anatomy, Neck and Internal Organs*

**Figure 4:** Représentation schématique d'un organe intrapéritonéal

**1.2.1.1. Organes intrapéritonéaux** Le compartiment sus-mésocolique contient l'oesophage abdominal et l'estomac, le duodéno-pancréas en quasi-totalité, le foie, les voies biliaires et la rate, alors que le compartiment sous-mésocolique ne contient qu'une partie minime du duodéno-pancréas, l'intestin grêle et le colon.

**1.2.1.2. Organes rétropéritonéaux :** Au niveau de l'espace rétropéritonéal (ERP), cheminent sur la ligne médiane, l'aorte et la veine cave inférieure accompagnées d'éléments lymphatiques et sympathiques, et latéralement, se logent les reins, les surrénales, les uretères, et les vaisseaux destinés aux gonades.

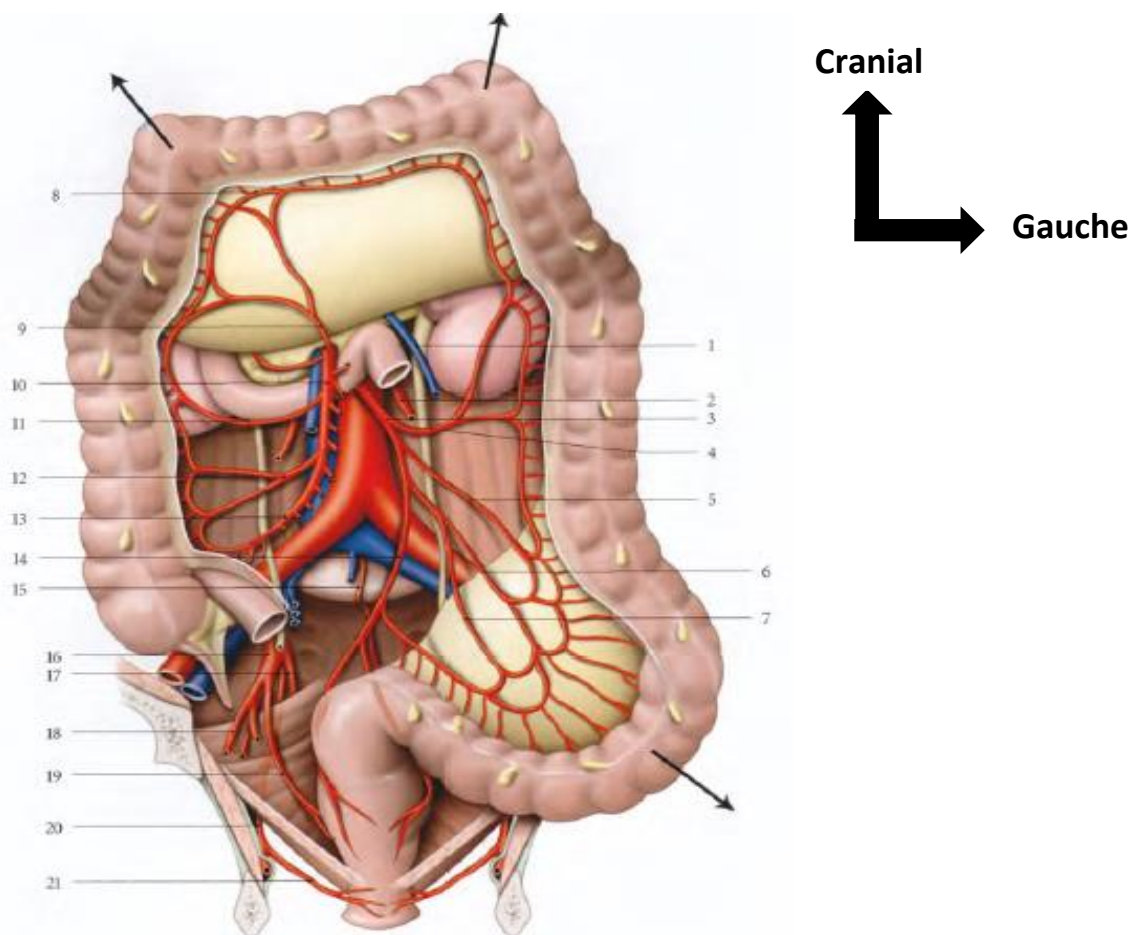
### 1.3. La vascularisation de l'abdomen :

**1.3.1. Les artères de l'étage sus-mésocolique :** A l'exception des branches pancréatico-duodénales venues de l'artère mésentérique supérieure, ainsi que l'artère hépatique droite, les artères de la loge sus-mésocolique viennent du tronc coeliaque.

### 1.3.2. Les artères de l'étage sous-méso colique : Ce sont :

1.3.2.1. L'artère mésentérique supérieure, dont les branches gauches vascularisent le grêle et les branches droites vascularisent le colon droit.

1.3.2.2. L'artère mésentérique inférieure, qui vascularise le colon gauche et le haut rectum.



1. v. mésentérique inf.
2. a. gonadique gauche
3. a. mésentérique inf.
4. a. colique gauche
5. a. sigmoïdienne sup.
6. a. sigmoïdienne moyenne

7. a. sigmoïdienne inf.
8. arcade colique bordante
9. a. colique moyenne
10. a. mésentérique sup.
11. a. colique droite
12. a. colique droite accessoire

13. a. iléo-colique
14. a. rectale sup.
15. a. et v. sacrales médianes
16. a. iliaque interne
17. a. glutéale inf.
18. a. ombilicale droite

19. a. rectale moyenne
20. a. pudendale interne
21. a. rectale inf.

**Figure 5 :** Artères mésentériques.

**Source :** Kamina

**1.3.3. Les veines** : Elles dépendent toutes de la veine porte et du système cave.

**1.3.4. Les lymphatiques** : En général, satellites des veines, ils convergent vers deux confluents :

- Le confluent gastro-hépto-intestinal,
- Le confluent gastro-spléno-colique.

2. Etiologie – mécanisme :

Les perforations traumatiques du tube digestif sont la conséquence des traumatismes abdominaux pouvant intervenir par différents mécanismes. Il peut s'agir de :

**2.1. Contusions de l'abdomen** :

Deux causes principales sont à l'origine des contusions de l'abdomen : la percussion et la pression.

— **Contusion par percussion** : Ici, il y a un choc direct, le coup vient atteindre l'abdomen ou l'abdomen est propulsé sur l'agent vulnérant. Le coup atteint l'abdomen, dans ce cas, il peut s'agir d'un coup de tête, d'un coup de pied ou d'un coup donné par un culot d'obus en fin de course. Dans cette situation, il est important de savoir si le corps contus était ou non adossé, immobilisé au moment du traumatisme. Ainsi, lorsque le corps est adossé, il y a aggravation par accueil maximum du traumatisme. Par contre, si le corps a été repoussé, il y a atténuation de l'action traumatisante. L'abdomen est propulsé sur le coup : Par exemple sur :

- Une souche d'arbre ;
- Une borne de route ;
- Un angle de mur ;
- Un escalier ;
- Ou un volant de voiture...

Dans ce cas, la gravité lésionnelle n'est pas obligatoirement proportionnelle à l'intensité du traumatisme.

— **Contusion par pression** : sous l'action de l'agent traumatisant il y a tassement, écrasement.

- Causes pré disposantes : On a aussi évoqué des situations pré disposantes :
  - Causes anatomiques : les viscères superficiels comme le grêle sont les plus fréquemment atteints alors que les viscères comme le gros intestin caché dans les flancs et le rectum situé dans le pelvis sont moins atteints.
  - Causes physiologiques : l'état de la paroi abdominale au moment de la survenue du traumatisme joue un rôle prépondérant dans la détermination des lésions. Un relâchement de la paroi abdominale plaiderait en faveur de la gravité des lésions.
  - Causes pathologiques : les atteintes pathologiques comme les adhérences, les inflammations chroniques majorent les lésions traumatiques, car favorisent l'immobilisation des structures anatomiques intéressées.
- Mécanismes : trois mécanismes principaux interviennent dans les contusions de l'abdomen, à savoir :
  - l'écrasement ;
  - l'éclatement ;
  - l'arrachement. :

**L'écrasement** : les organes creux sont les plus atteints. C'est le cas de l'intestin qui s'écrase contre le rachis et le pelvis.

**L'éclatement** : il est rare dans les lésions de la grêle, par contre, il est assez fréquent dans le cas des cavités closes ou n'ayant qu'un petit orifice, comme la vessie ou l'estomac.

**L'arrachement** : il est exceptionnel et nécessite que l'anse soit fixée. L'arrachement explique les longues déchirures de l'intestin.

**2.2. Plaies de l'abdomen** : Actuellement, on a tendance à classer les plaies de l'abdomen en deux grandes catégories :

Les plaies par arme blanche pouvant être : les plaies par instruments piquants (fourchette, lance, flèche) ; ou par instruments tranchants (couteau, lame).

Les plaies par arme à feu pouvant être provoquées par une arme de chasse ou une arme de guerre.

D'une manière générale, ces plaies quelle que soit la nature de l'agent vulnérant en cause peuvent être pénétrantes ou non selon qu'il y a atteinte ou non du péritoine.

### 3. Anatomie Pathologique :

#### **3.1. Lésions pariétales :** il peut s'agir de

— **Contusions** : elles sont ici réduites à des ecchymoses, ce qui n'élimine nullement une lésion viscérale. Elles sont au contraire majeures en cas de contusion appuyée.

— **Plaies** : les plaies par arme blanche posent le problème de leur caractère pénétrant ou non. Les plaies par projectile sont matérialisées par un orifice d'entrée et un orifice de sortie, ce qui permet de retracer dans l'espace le trajet projectiltaire. La paroi peut, ici, être le siège de délabrements importants avec perte de substance et éviscération. Cependant, il faut souligner que l'orifice d'entrée reste toujours plus petit que l'orifice de sortie.

**3.2. Lésions viscérales :** nous ne parlerons ici que des lésions imprimées aux organes creux. Les organes creux sont le siège de plaies linéaires par arme blanche ou de perforations le plus souvent multiples, provoquées par des projectiles à grande vitesse. Toutes les tuniques de la paroi intestinale sont atteintes et la muqueuse est souvent éversée. Nous étudierons séparément les lésions de chacun des viscères creux (jéjuno-iléon, duodénum, côlon, estomac et voies biliaires)

\* Le jéjuno-iléon : il est le plus atteint, et les lésions sont plus fréquentes sur le jéjunum que sur l'iléon.

Sur le jéjunum, elles siègent avec prédilection au niveau de la région de l'angle Jéjuno-duodéal, alors que sur l'iléon, le siège le plus fréquent est au voisinage de l'angle iléo-caecal.

On y rencontre d'habitude deux types de lésions : les contusions et les ruptures ou les déchirures.

Dans les contusions, il peut s'agir soit de contusion légère réalisant des ecchymoses, des épanchements sanguins sous-séreux, de petits hématomes pariétaux dans la sous-muqueuse, soit de contusions graves avec altération des tuniques intestinales. Il faut

noter que si les contusions légères sont de pronostic favorable car guérissent spontanément, les contusions graves sont de pronostic réservé car peuvent ultérieurement perforer.

Dans les ruptures ou les déchirures, il faut distinguer :

- Les déchirures incomplètes qui ne portent pas sur toutes les tuniques de l'intestin. Elles se présentent sous forme d'éraillures perpendiculaire à l'axe de l'intestin.

- Les déchirures complètes qui intéressent toute l'épaisseur de la paroi intestinale. Ce sont les perforations, responsables de péritonite. Il y a des perforations par écrasement de dimensions variables, arrondies ou ovalaires, allongées ou étoilées, à bords irréguliers, déchiquetés, contus avec une zone ecchymotique entourant la plaie ; des perforations par éclatement (rares) qui sont ovalaires et à grand axe perpendiculaire à celui de l'intestin.

- Signalons enfin les ruptures totales. Elles sont rares, l'intestin est complètement divisé sur toute ou presque toute sa circonférence. La rupture est perpendiculaire à l'axe de l'intestin, les surfaces de section sont mâchées, contuses, irrégulières, la muqueuse s'ectropionne et forme un bourrelet. Lorsque le malade est vu plusieurs heures ou plusieurs jours après la contusion, on peut observer une anse gangrénée (surtout en cas de contusions profondes) ou une « sténose traumatique » de la grêle.

- \* Le duodénum : il est rarement atteint. Au niveau du duodénum il s'agit le plus souvent de rupture qui est soit partielle, soit totale. Plus de la moitié des ruptures siègent sur la deuxième portion (D2), les  $\frac{3}{4}$  à droite des vaisseaux mésentériques. Dans 6% des cas, il y'a plusieurs lésions duodénales proches ou séparées. Dans 25% des cas, la rupture est retro-péritonéale.

- \* Le côlon :

La déchirure est la plus fréquente des lésions du gros intestin. Elle est soit intra soit extra-péritonéale. La rupture totale est possible mais exceptionnelle.

- \* L'estomac :

La lésion de l'estomac est une rupture. Il s'agit le plus souvent d'une rupture incomplète, la rupture complète étant très rare voire même exceptionnelle.

\* Les voies biliaires : Là aussi, on observe une rupture soit de la vésicule, soit de la voie biliaire principale, soit du canal cystique.

\* Lésions vasculaires : les ruptures complètes des gros vaisseaux n'arrivent pratiquement jamais jusqu'à la table d'opération. Seules y parviennent les lésions incomplètes, sous-intimales ou sous-adventitielles dont les risques sont la thrombose et l'ischémie secondaire.

#### 4. Etude clinique :

Les traumatismes de l'abdomen, qu'il s'agisse de contusion ou de plaie, peuvent être la cause d'une perforation d'organes creux intra-abdominaux. Une étude clinique de ces dits traumatismes demeure capitale. Très souvent, ce sera elle qui motivera le chirurgien à opérer, même en l'absence d'examen complémentaire.

Dans environ 70% des cas, le diagnostic peut être fait uniquement par la Clinique.

Par ailleurs, toute perforation même minime et quel que soit sa cause, demeurant non diagnostiquée évolue spontanément vers la péritonite.

L'urgence du diagnostic de perforation avant que s'installe la péritonite n'est plus à démontrer. Ce qu'il faut, c'est de savoir rapidement poser le diagnostic de perforation. Pour cela, quels sont les signes qui doivent attirer notre attention vers une perforation ?

On a l'habitude de diviser les signes de perforation en trois principaux groupes :

➤ Les signes trompeurs

➤ Les signes inconstants

➤ Le signe révélateur : la contracture

**4.1. Les signes trompeurs\_:** Comme leur nom l'indique, il s'agit de signes dont l'absence ne signifie absolument rien. Ils peuvent ne pas exister, alors qu'il y a bel et



bien perforation. C'est pourquoi il ne faut jamais les attendre pour poser le diagnostic de perforation. Parmi ces signes trompeurs, il faut retenir :

- La température
- Les vomissements
- Le facies

\* La température : Le sujet peut avoir une température élevée ou au contraire normale ou même abaissée.

\*. Les vomissements : Ils sont aussi insignifiants que la température, du moins tout au début.

Un sujet peut avoir de très fréquents vomissements par suite d'une contusion minime ; alors qu'une grave contusion peut ne s'accompagner d'aucun vomissement.

Signalons enfin, que si le vomissement initial a peu d'importance, un vomissement tardif accompagne presque toujours l'avancée vers une infection péritonéale.

\*. Le facies : S'il nous renseigne sur la présence ou non d'une hémorragie interne, il n'en est pas de même pour une perforation. Le faciès peut être altéré, mais il peut être également parfaitement normal en cas de perforation.

Notons enfin, que certains auteurs classent parmi les signes trompeurs, l'affaiblissement de la voix, l'hyperesthésie cutanée large. Comme tous les autres signes trompeurs, ils ne rendent pas de très grands services.

**4.2. Les signes inconstants :** Contrairement aux signes trompeurs, les

Signes inconstants peuvent rendre de précieux services, mais malheureusement

Ils sont le plus souvent absents. Il peut s'agir de :

- La douleur ;
- Les enterorragies ;
- Le météorisme
- Le tympanisme et la sonorité pre-hepatique
- L'accélération du pouls.

\* **La douleur** : Il se n'agit non pas de douleurs pariétales, immédiates, qui se dissipent rapidement, mais des douleurs profondes s'accroissant progressivement au fil du temps. Ce sont des douleurs qui se diffusent, se généralisent et qui sont exacerbées par la toux ou par de simples mouvements respiratoires. En général, il y a en plus, une douleur à distance de la zone contuse, en particulier au niveau du cul-de-sac de Douglas. Il convient de souligner tout de même, qu'il n'existe pas obligatoirement de parallélisme entre l'intensité de la douleur et la gravité de la lésion. Une douleur locale, persistante peut-être la manifestation clinique d'une lésion pariétale, alors qu'une grave lésion viscérale peut ne s'accompagner d'aucune douleur. Cette remarque montre, combien peut-être difficile l'appréciation des lésions, pariétales ou viscérales à partir uniquement de la douleur.

\* **Les enterorragies** : Elles sont exceptionnelles car le plus souvent on note une absence des selles et un arrêt des gaz.

\* **Le météorisme** : Il était fort apprécié autrefois par certains auteurs qui lui accordaient une valeur pathognomonique. Il a fallu attendre 1883 pour que BOUILLY pratique la première laparotomie faite en France, pour une contusion de l'estomac, sans tenir compte de ce signe, pour qu'il perde un peu de son crédit. Le météorisme est un mauvais signe, car il signe presque toujours la péritonite à son dernier stade. Le ventre au cours des perforations est au contraire plat, rétracté (au début). Il faut signaler qu'il peut exister un météorisme précoce sans relation avec une perforation. C'est le cas d'une contusion rénale avec hématome péri-rénal pouvant donner un important météorisme.

\*. **Le tympanisme, la matité sous-hépatique** : Il s'agit là de deux signes d'une valeur inestimable. Le tympanisme est dû aux gaz épanchés dans la cavité péritonéale après une perforation du tube digestif qui se situent entre le diaphragme, les côtes et la face.

\*. **Le pouls** : Son accélération ou son ralentissement n'a pas un grand intérêt. Il y a des cas où le pouls est normal, du moins pendant les premières heures, alors que le sujet présente une ou plusieurs perforations et le pouls ne s'accélère que tardivement. Tous ces signes dits inconstants et que nous venons de voir ne sont pas pathognomoniques. S'ils existent, ils sont d'une bonne valeur diagnostique, mais ils peuvent-être absents alors que le sujet présente une ou plusieurs perforations.

\*. **La contracture abdominale** : Il s'agit là d'un signe auquel est accordé une place de premier ordre par la très grande majorité des auteurs.

C'est le signe d'**Henri MONDOR**. En effet, la contracture abdominale révèle toujours ou presque toujours, une perforation viscérale.

Cette contracture est une rigidité de la paroi abdominale, que la palpation ne peut vaincre. Le ventre est comme « du bois ». D'abord localisé en un point fixe, elle s'intensifie et se généralise progressivement. L'abdomen est rétracté au début avec disparition des mouvements respiratoires ; il se distend ensuite à sa partie inférieure d'abord. Ce signe nous semble être le seul de tous qui peut, à lui seul, permettre au chirurgien de pratiquer une laparotomie.

A la contracture de la paroi abdominale, on ajoute souvent un autre signe intéressant : l'immobilité du diaphragme et la diminution ou la suppression de l'amplitude respiratoire abdominale. L'immobilité du diaphragme est d'un diagnostic facile car il suffit de regarder l'abdomen.

**4.3. Les signes associés** : Signalons qu'au cours des perforations traumatiques d'organes creux, on peut être amené à observer des lésions associées atteignant les mésos, les vaisseaux ou même des organes pleins. D'où la survenue de signes à type de choc et/ou d'hémorragie interne.

\* **Le choc** : Il s'agit d'un état qui, très souvent, s'installe rapidement après le traumatisme. Le blessé en question est pâle, le pouls est petit et filant avec tachycardie, le visage et les extrémités sont couverts de sueurs, le regard est terne,

indifférent. On note également une température qui est soit normale, soit basse ; une tension artérielle basse et pincée avec une tendance syncopale.

La respiration est courte, rapide et superficielle. Il se produit parfois des vomissements. Enfin, soulignons que le choc peut-être souvent de courte durée (au maximum deux heures) et qu'avec un traitement approprié, tout rentre dans l'ordre.

**\* L'hémorragie interne :**

Le diagnostic de l'hémorragie interne est facilement posé chaque fois qu'après l'amélioration de l'état de choc, on constatera les faits suivants : le pouls redevient petit, filant ou s'accélère suivant les cas ; la température est basse et le reste avec persistance. La face qui s'était colorée sous l'effet du traitement du choc, pâlit ; les muqueuses se décolorent, les lèvres, les conjonctives sont blanches ; des sueurs froides couvrent le visage et les extrémités. A la stupeur des premières heures succède l'agitation, une agitation parfois délirante.

Le malade a soif et demande sans cesse à boire. On note une tachycardie progressive (au-dessus de 120 battements/minute). La palpation de l'abdomen révèle une douleur mal localisée, ne tendant pas à s'aggraver ou à se généraliser.

Cette douleur irradie à l'épaule surtout si on installe le malade en position de Trendelenburg.

A la percussion, on note une petite matité dans les flancs, une sonorité péri ombilicale.

Le toucher vaginal ou rectal déclenche une vive douleur au niveau du cul-de-sac de Douglas. Devant un tel tableau, l'intervention chirurgicale s'impose. Il faut tout de suite signaler, qu'il y a beaucoup de cas qui n'ont pas cette « éloquence immédiate », car les signes généraux d'une hémorragie profonde et importante peuvent être retardataires.

## 5. Traitement :

### 5.1. But :

Eradiquer le foyer infectieux par le parage de la perforation traumatique tout en luttant contre l'infection et en restaurant l'équilibre hydro-électrolytique.

**5.2. Moyens :** Ils sont médicaux et chirurgicaux.

#### 5.2.1. Moyens médicaux :

\* **La réanimation :** C'est le temps essentiel au cours duquel il faut pratiquer la prise des différentes voies à savoir :

La voie veineuse centrale permettant la rééquilibration hydro-électrolytique par la perfusion de solutés et les mesures répétées de la pression veineuse centrale ;

La sonde naso-gastrique pour une aspiration douce et continue ;

La sonde urinaire pour la surveillance de diurèse horaire.

\* **L'antibiothérapie :** Elle doit être précoce, d'abord active sur les germes aérobies, anaérobies et Grams négatifs, puis adaptée aux germes trouvés dans les différents prélèvements (pus péritonéal, hémocultures).

#### 5.2.2. Le traitement chirurgical :

- La voie d'abord doit être large pour permettre un bon drainage complet du contenu péritonéal. Pour cela, il faut pratiquer une laparotomie médiane.
- Faire un prélèvement de liquide péritonéal pour examen bactériologique et un éventuel antibiogramme ;
- Pratiquer une exploration complète de la cavité péritonéale ;
- Traitement de la lésion causale ;
- Toilette péritonéale abondante avec 10 à 12 litres de sérum physiologique avec ablation des fausses membranes ;
- Il faudra toutefois éviter les sutures en milieu septique en pratiquant des entérostomies ;
- Enfin, drainage de la cavité péritonéale.

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

Le pronostic est bon si la perforation siège sur le grêle et l'estomac. Il est redoutable lorsqu'elle est colique.

# **METHODOLOGIE**

## **4. Méthodologie**

### ***1. Le cadre de l'étude :***

Notre étude s'est déroulée dans le service de chirurgie générale du CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati.

#### **➤ Présentation du CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati :**

Ancienne infirmerie de garnison militaire française, elle fut créée en 1916 ; transformée en hôpital en 1967. Une année plus tard avec le changement de régime, l'infirmerie de garnison fut érigée en hôpital national en 1968. En 1992, il changea de statut pour devenir un établissement public à caractère administratif (EPA). Puis érigé en établissement public hospitalier en 2003. Il fut baptisé le 17 novembre 2016 au nom du CHU professeur Bocar Sidy SALL de Kati. Il est l'un des 4 grands hôpitaux de troisième référence du Mali. Il est situé en plein centre de la plus grande base militaire "camp Soundiata Keita " à 15 km au nord de Bamako.

Il est limité par :

- L'infirmerie militaire à l'est ;
- Le logement des médecins du CHU BSS de Kati à l'ouest ;
- Le camp du nord et une partie de l'infirmerie militaire au nord ;
- Le Prytanée militaire et le quartier Sananfara au sud.

De nos jours l'hôpital a connu un grand changement. Tous les anciens bâtiments coloniaux ont été démolis. Des structures modernes ont vu le jour, c'est ainsi que nous avons 17 services dont 13 services techniques et 4 services administratifs :

#### **• Les services techniques :**

- ✓ Le service de chirurgie générale,
- ✓ Le service de traumatologie et d'orthopédie,
- ✓ Le service d'accueil des urgences,
- ✓ Le service d'anesthésie et réanimation,
- ✓ Le service d'imagerie médicale,
- ✓ Le service de gynéco-obstétrique,



- ✓ Le service de médecine interne,
- ✓ Le service de cardiologie,
- ✓ Le service d'odontostomatologie,
- ✓ Le service de kinésithérapie et d'acupuncture,
- ✓ Le service d'urologie,
- ✓ Le service d'ophtalmologie,
- ✓ Le laboratoire d'analyses biomédicales,
- ✓ La pharmacie hospitalière,
- ✓ Le service de pédiatrie.

• **Les services administratifs :**

- ✓ L'agence comptable,
- ✓ Les ressources humaines,
- ✓ Le service social,
- ✓ La maintenance.

• **Le service de chirurgie générale :**

Le service de chirurgie générale occupe le premier étage d'un édifice à trois (3) niveaux, divisés en deux (2) ailes (Est et Ouest), réuni par une passerelle. Le deuxième abrite le service de médecine générale et le service de l'urologie. Au rez-de-chaussée se trouve la cardiologie et les bureaux de consultation des médecins à l'aile Est.

- Le service a une capacité de 33 lits, repartis comme :
  - Deux salles de première catégorie ;
  - Cinq salles de deuxième catégorie ;
  - Sept salles de troisième catégorie ;
  - En plus deux (2) salles de gardes, une (1) salle de soins, un bureau pour le chirurgien généraliste maître de conférence qu'il partage avec un autre chirurgien attaché de recherche, un (1) bureau pour le chirurgien attaché de recherche, un (1)

bureau pour l'IBOBE qui le partage avec un chirurgien généraliste et un (1) bureau pour le major.

• **Personnel :**

- ✓ Chef de service chirurgical généraliste, maîtres de conférence à la FMOS,
- ✓ Un chirurgien généraliste agrégé maître de conférence à la FMOS,
- ✓ Un chirurgien généraliste,
- ✓ Deux chirurgiens chargés de recherche,
- ✓ Un infirmier du bloc opératoire diplômé d'Etat (IBODE),
- ✓ Deux techniciens supérieur de santé,
- ✓ Une technicienne de santé,
- ✓ Six techniciens de santé pour renforcer la garde,
- ✓ Huit étudiants hospitaliers faisant fonction d'interne,
- ✓ Quatre étudiants de la FMOS faisant fonction d'externe,

• **Le bloc opératoire est composé de :**

Trois (3) salles d'opération (salle I, II, III) dont deux pour la chirurgie programmée et une pour la chirurgie non programmée dont nous avons en partage avec les chirurgiens orthopédistes et traumatologues ;

Une salle de réveil non fonctionnelle ;

Un hall de lavage des mains entre salle I et II ;

Une salle de stérilisation et un vestiaire ;

Un bureau pour le major ;

Une salle de garde des infirmiers anesthésistes ;

Deux (2) magasins.

• **Les activités du service :**

Les activités du service se résument en des :

- Consultations externes : du lundi au vendredi,
- Hospitalisations,

- Interventions chirurgicales programmées sont lundi et jeudi, des urgences chirurgicales sont prises en charge tous les jours.
- Visite : tous les jours
- Staff : les Vendredis.
- Méthode :

## **2. Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude rétrospective pendant 5ans et prospective pendant 2 ans réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU BSS de Kati.

### **2.1. Durée de l'étude :**

L'étude a été réalisée de janvier 2014 à décembre 2020 soit une période de 7ans.

### **2.2. Les critères d'inclusion :**

Nous avons inclus dans l'étude : Tous patients âgés de 15 ans ou plus ayant consulté dans le service de chirurgie générale du CHU BSS de Kati et qui ont été opérés puis hospitalisés pour perforation traumatique du tube digestive.

#### **2.2.3. Critère de non inclusion :**

Nous avons exclu de l'étude :

- Tous les dossiers incomplets.
- Les patients opérés pour traumatisme abdominal n'ayant présenté aucune perforation du tube digestif.
- Tous les patients non opérés et hospitalisés dans le service ;
- Tous les patients avec un âge inférieur à 15 ans opérés et hospitalisés dans le service ;
- les patients dont le décès a été constaté à l'admission à l'hôpital.

#### **2.2.4. L'échantillonnage :**

Il s'agissait d'une étude exhaustive qui a porté sur tous les patients opérés dans le service de chirurgie générale et qui ont présenté une perforation digestive traumatique.

### **3. L'enquête :**

Pour élaborer notre travail, nous avons suivi les étapes suivantes :

#### **3.1. Confection de la fiche d'enquête :**

Elle a été faite par nous-mêmes, corrigée par le directeur de thèse et ses assistants.

Elle comportait :

- une première partie portant sur les données administratives : âge, sexe, profession, nationalité, ethnie, durée d'hospitalisation.
- une deuxième partie portant sur les paramètres cliniques et para cliniques, diagnostic, étiologies, les lésions.
- une troisième partie portant sur les différents traitements médicaux et/ou chirurgicaux qu'a bénéficié chaque malade.
- une quatrième partie portant sur le suivi postopératoire et le coût de la prise en charge.

#### **3.2. La collecte des données :**

Les données ont été collectées à partir des registres de compte rendus opératoire, des dossiers des malades, des registres de consultation.

#### **3.3. Saisie et analyse des données :**

Les données ont été saisies sur Microsoft Word et analysées par les logiciels SPSS version 25 et Excel 2016. Le test statistique utilisé était le khi2 avec un seuil de significativité à 0,05.

### **4. Ethique :**

La participation à cette étude était volontaire et chaque patient était libre de se retirer à n'importe quel moment. Nous avons utilisé les fiches d'enquêtes avec un anonymat. Le respect de l'anonymat n'a constitué aucune entrave dans la réalisation de l'étude. Le refus du patient de ne pas participer à cette étude n'empêchait rien à cette étude en rien sa prise en charge et son suivi dans le service. Les renseignements

donnés par chaque patient étaient totalement confidentiels et ne s'auraient être divulgués.

Ils ont été uniquement utilisés à des fins de recherche.

# RESULTATS

## 5. Résultats :

### ● Etude univariée :

#### 1. Données épidémiologiques :

Du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2020, nous avons enregistré dans le service :

□□1983 hospitalisations dont 151 cas de traumatisme abdominal. Les traumatismes abdominaux ont représenté 7,61%(151/1983) des hospitalisations.

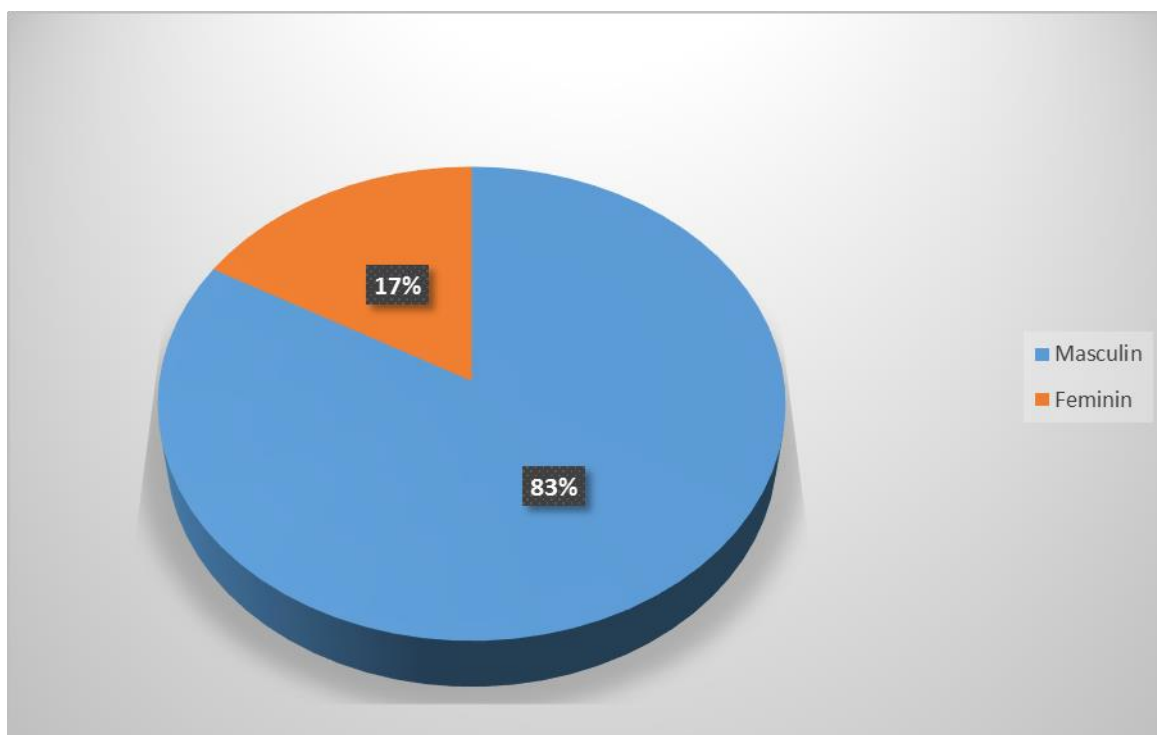
Pendant la même période :

□□1100 interventions pour urgences abdomino-chirurgicales dont 30 cas pour perforation traumatique du tube digestif.

Les traumatismes ouverts du tube digestifs ont représenté 2,73%(30/1100) des urgences abdomino-chirurgicales et 19,86%(30/151) des traumatismes abdominaux.

#### 2-Aspects sociodémographiques :

##### 2.1. Sexe :



**Figure 6 :** répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin a représenté 83% de cas avec un sex-ratio de 5.

## 2.2. Tranche d'âge :

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

Age en année	Fréquence	Pourcentage
15 a 29	19	63,3
30 a 44	09	30,0
45 a 59	01	03,3
60 a 74	01	03,3
Total	30	100,0

La tranche d'âge de 15-29 ans a représenté **63,3%**.

La moyenne d'âge était de 28,5 ans avec un écart type 10,4 ans. Les âges extrêmes étaient de 15ans et 74ans.

## 2.3. La provenance :

**Tableau II:** Répartition des patients en fonction de leur provenance.

Provenance	Fréquence	Pourcentage
<b>Koulikoro</b>	<b>21</b>	<b>70,0</b>
Bamako	05	16,7
Kayes	03	10,0
Mopti	01	03,3
Total	30	100,0

Nos patients résidaient en majorité dans la région de Koulikoro dans 70% des cas.



## 2.4. Activité :

**Tableau III:** Répartition des patients selon les activités

Profession	Fréquence	Pourcentage
Fonctionnaire	01	03,3
Cultivateur	05	16,7
<b>Ouvrier</b>	<b>07</b>	<b>23,3</b>
Commerçant	01	03,3
Eleveur	02	06,7
Elève/étudiant	05	16,7
Aide-ménagère	02	6,7
Chauffeur	03	10,0
Vigile	01	03,3
Tailleur	02	06,7
Professionnelle du sexe	01	03,3
Total	30	100,0

Les ouvriers ont représenté 23,3% des travailleurs.

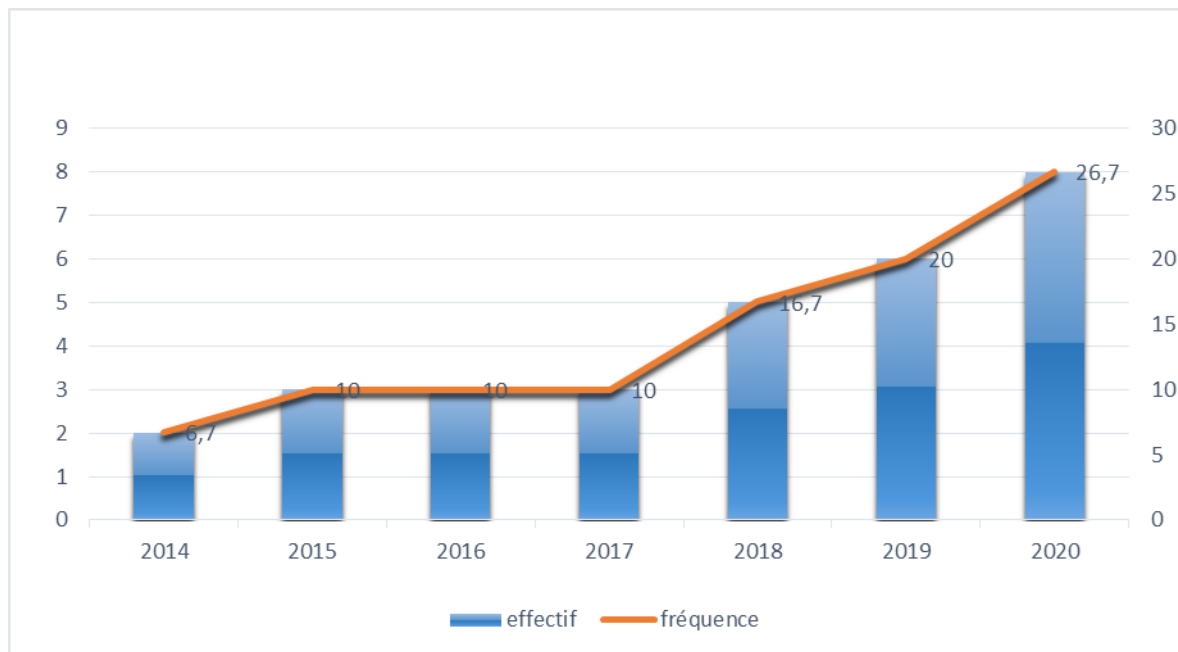
## 2.5. Niveau d'instruction :

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

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
<b>Primaire</b>	<b>14</b>	<b>46,9</b>
Secondaire	05	16,7
Supérieur	03	10,0
Ecole coranique	01	03,3
Non instruit	07	23,1
Total	30	100,0

Nos patients avaient un niveau d'étude primaire dans 46,9% des cas.

## 2.6. L'année de recrutement :

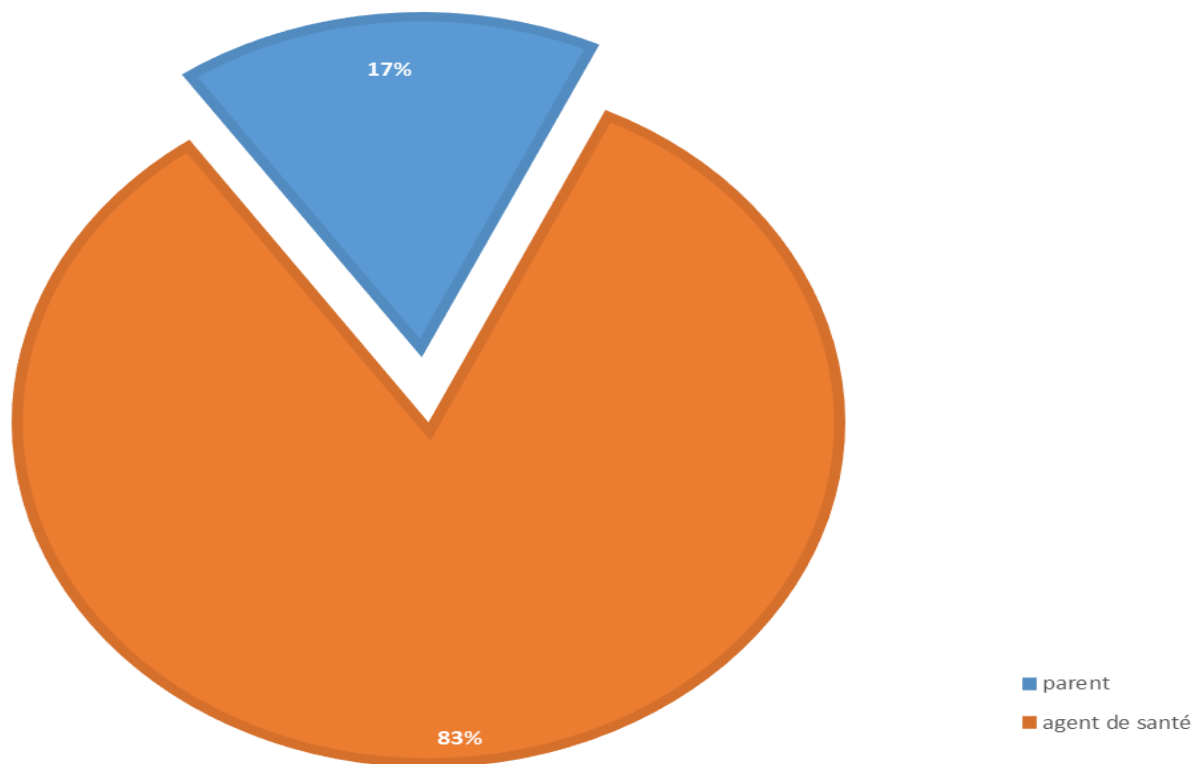


**Figure 7 :** répartition des patients selon l'année de recrutement

Nous avons enregistré un pic en 2020 soit 26,7% de cas.

### 3. Etude clinique :

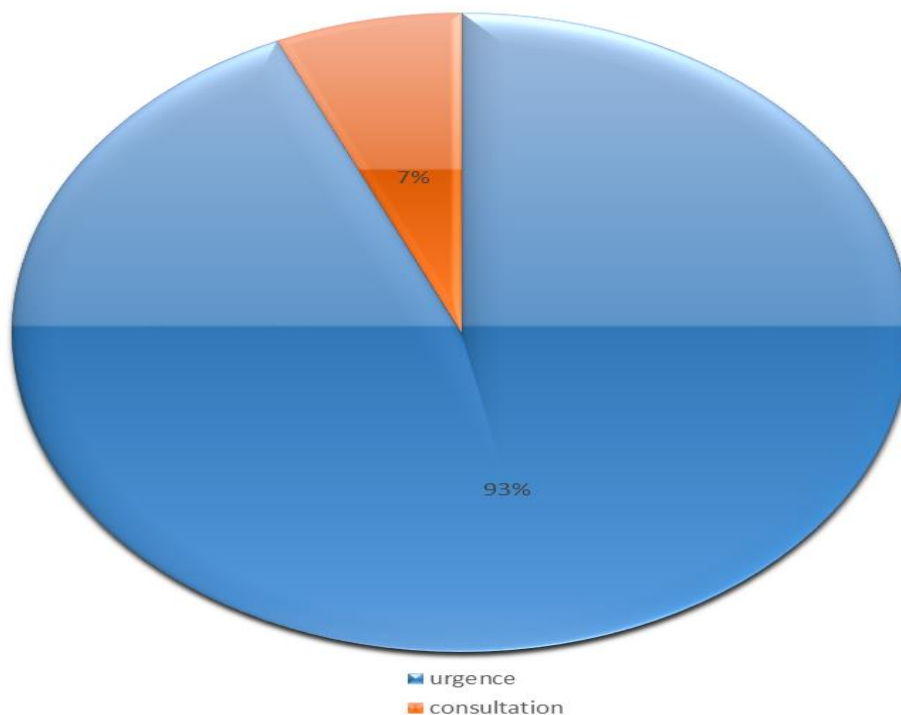
#### 3.1. Mode d'admission :



**Figure 8 :** Répartition des patients selon le mode d'admission.

Nos patients ont été adressés par un agent de santé dans 83% des cas.

### 3.2. Type de recrutement :



**Figure 9 :** Répartition des patients selon le type de recrutement.

Nos patients ont été admis en urgence dans 93% des cas.

### 3.3. Délai d'admission :

**Tableau V :** Répartition des patients selon le délai d'admission.

Délai d'admission en (heure)	Fréquence	Pourcentage
≤ 2H	01	03,3
3H-6H	15	50,0
≥7H	14	46,7

Le délai moyen d'admission était de 6,9 heures et un écart type de 7,3 heures avec des extrêmes de 1 heure et 24 heures.

### 3.4. Motif d'admission :

**Tableau VI :** Répartition des patients selon le motif d'admission.

Motif d'admission	Fréquence	Pourcentage
Polytraumatisme	10	33,4
Eviscération	09	30,0
<b>Plaie pénétrante</b>	<b>11</b>	<b>36,6</b>
Total	30	100,0

La plaie pénétrante était le motif d'admission le plus fréquent dans 36,6% de cas.

### 3.5. Etiologie :

**Tableau VII:** Répartition des patients en fonction de l'étiologie.

Etiologie	Fréquence	Pourcentage
<b>lésion par arme blanche</b>	<b>15</b>	<b>50,0</b>
Contusion abdominale(AVP)	08	26,7
Lésion balistique	05	16,6
Encornement	02	06,7
Total	30	100,0

La lésion par arme blanche était l'étiologie la plus fréquente dans 50,0% des cas.

### 3.6. Antécédents :

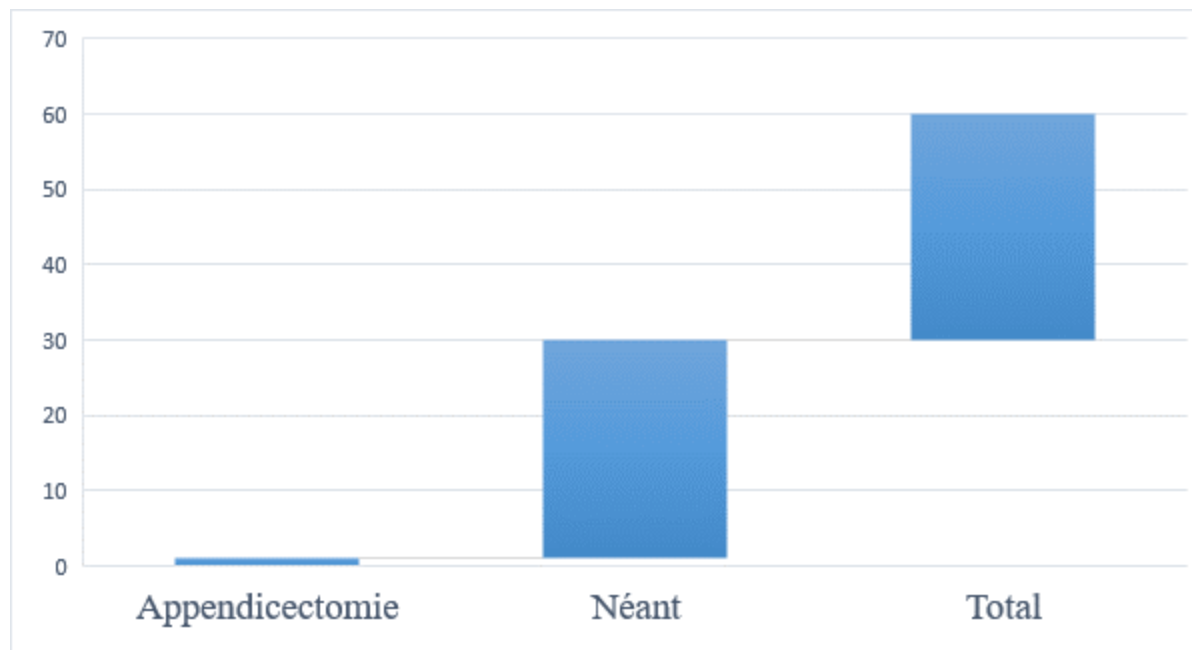
**Tableau VIII :** Répartition des patients en fonction des antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Fréquence	Pourcentage
Hypertension	01	03,3
Diabète	01	03,3
Asthme	01	03,3
Ulcère gastrique	02	06,7
Néant	25	83,3

Total 30 100,0

Nos patients n’avaient pas d’antécédent médical dans 83% des cas.

Antécédents chirurgicaux :



**Figure 10** : Répartition des patients en fonction des antécédents chirurgicaux

### 3.7. Signes :

#### 3.7.1. Signes cliniques

**Tableau IX** : Répartition des patients selon le score de l’OMS

Echelle OMS grade	Fréquence	Pourcentage
1	03	10,1
2	10	33,3
<b>3</b>	<b>15</b>	<b>50,0</b>
4	02	06,6
Total	30	100,0

Le grade 3 selon l’OMS était majoritaire dans 50% de cas.

**Tableau X : Répartition des patients selon le score d'ASA**

Classification	Fréquence	Pourcentage
ASA		
<b>ASA 1</b>	<b>28</b>	<b>93,3</b>
ASA 2	02	06,9
ASA 3	0	00,0
Total	30	99,9

Nos patients étaient classés ASA1 dans 93,3% de cas.

**Tableau XI : Répartition des patients en fonction de signes fonctionnels**

Signes fonctionnels	Fréquence	Pourcentage
<b>Douleur abdominale</b>	<b>28</b>	<b>93,3</b>
Vomissements	10	33,3
Hématémèse	01	03,3
Rectorragie	01	03,3

Le signe fonctionnel le plus représenté était la douleur abdominale dans 93,3% des cas.

**Tableau XII : Répartition des patients en fonction de signes physiques.**

Signes physiques	Fréquence	Pourcentage
Contracture abdominale	04	13,3
<b>Défense abdominale</b>	<b>09</b>	<b>30,0</b>
Cri de l'ombilic	06	20,0
Matité déclive	03	10,0
Bruits intestinaux diminués	06	20,0
Douglas bombé	04	13,3

La défense abdominale était le signe physique le plus représenté dans 30% des cas.

### 3.7.2. Signes d'imagerie :

#### a- ASP (Radiographie de l'abdomen sans préparation) :

**Tableau XIII:** Répartition des patients en fonction du résultat de l'ASP.

ASP	Effectifs	Pourcentage
<b>Croissant gazeux sous diaphragmatique</b>	<b>19</b>	<b>63,3%</b>
NHA	01	03,3%
Image de grisaille	06	19,9
Non fait	04	13,2
Total	30	100

Le croissant gazeux sous diaphragmatique a représenté 63,3% des cas.

#### b- Echographie abdominale :

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

Echographie	Effectifs	Pourcentage
Epanchement liquidien	05	16,7%
<b>Contusion d'organe</b>	<b>15</b>	<b>50,0%</b>
Non faite	10	33,3%
Total	30	100

La contusion d'organe a représenté 50% des cas.



### c- Résultat de la tomodensitométrie :

**Tableau XV** : Répartition des patients selon le résultat de la tomodensitométrie abdominale

Tomodensitométrie	Effectifs	Pourcentage
Hémopéritoine + contusion d'organe	01	03,3%
Non fait	29	97,7%
Total	30	100

La tomodensitométrie a été faite chez un patient soit 03,3% des cas.

### 3.7.3. Biologie :

#### a- NFS :

**Tableau XVI** : Répartition des patients en fonction du taux d'hémoglobine.

Taux d'hémoglobine	Fréquence	Pourcentage
< 10g/dl	09	30,0
<b>10 à 16 g/dl</b>	<b>20</b>	<b>66,7</b>
> 16 g/dl	01	03,3
Total	30	100,0

Nos patients avaient un taux d'hémoglobine comprise entre 10 g/dl et 16 g/dl dans 66,7 %.

**Tableau XVII: Répartition des patients en fonction du taux de leucocytes.**

Taux de leucocytes	Fréquence	Pourcentage
< 4000	01	03,3
<b>4000 à 10000</b>	<b>21</b>	<b>70,0</b>
> 10000	08	26,7
Total	30	100,0

Le taux de leucocytes était normal dans 70% des cas.

**b- Glycémie :**

**Tableau XVIII : Répartition des patients selon le résultat de la glycémie**

Glycémie	Fréquence	Pourcentage
<b>Normale</b>	<b>21</b>	<b>70,0</b>
Hypoglycémie	01	03,3
Hyperglycémie	08	26,7
Total	30	100,0

La glycémie était normale dans 70% des cas.

### c- Créatininémie :

**Tableau XIX:** Répartition des patients selon le résultat de la créatinémie

Créatininémie	Fréquence	Pourcentage
Normale	23	76,6
<b>Hyper-créatininémie</b>	<b>06</b>	<b>20,0</b>
Non fait	01	03,3
Total	30	100,0

La créatininémie était normale dans 76,6 % des cas.

### 3.8. Diagnostic pré opératoire :

**Tableau XX:** Répartition des patients en fonction du diagnostic pré opératoire.

Diagnostic pré opératoire	Fréquence	Pourcentage
<b>Péritonite par perforation d'organe creux</b>	<b>19</b>	<b>63,3</b>
Hémopéritoine instable	05	16,7
Plaie pénétrante	06	20,0
Total	30	100,0

La Péritonite par perforation d'organe creux a représenté dans 63,3% des cas.

### 3.9. Diagnostic per opératoire :

**Tableau XXI:** Répartition des patients en fonction du diagnostic per opératoire

Diagnostic per opératoire	Fréquence	Pourcentage
Perforation de l'estomac	02	06,7
<b>Perforation iléo-jéjunale</b>	<b>18</b>	<b>60,0</b>
perforation du colon	09	30,0
Perforation du duodénum	01	03,3
Total	30	100,0

La perforation jéjuno-iléale a représenté 60% des cas.

### 3.10. Lésions associées :

**Tableau XXII:** Répartition des patients en fonction des lésions associées.

Lésion associée	Fréquence	Pourcentage
absente	18	60,0
lésion du mésentère	01	03,3
<b>Contusion splénique</b>	<b>07</b>	<b>23,3</b>
Contusion hépatique	04	13,3
Total	30	100,0

La contusion splénique était la lésion la plus fréquemment associée dans 23,3% des cas.

### 3.11. Le nombre et le siège de la perforation :

**Tableau XXIII:** Répartition des patients en fonction du nombre et le siège de la perforation.

Nombre + siège de la perforation	Fréquence	Pourcentage
<b>1 perforation jéjunale</b>	<b>12</b>	<b>39,9</b>
2 perforations jéjunales	01	03,3
1 perforation iléale	05	16,7
2 perforations iléo-coliques	02	06,6
1 perforation colique	07	23,6
1 perforation gastrique	02	06,6
1 perforation duodénale	01	03,3
Total	30	100,0

La perforation jéjunale unique a représenté 39,9% des cas.

### 3.12. Diamètre de la perforation :

**Tableau XXIV:** Répartition des patients en fonction du diamètre de la perforation.

Diamètre de la perforation	Fréquence	Pourcentage
<b>≤ 1cm</b>	<b>28</b>	<b>93,3</b>
> à 1cm	02	06,7
Total	30	100,0

Le diamètre de la perforation était inférieur ou égal à 1cm dans 93,3% cas.

### 3.13. Aspect lésionnel :

**Tableau XXV :** Répartition des patients en fonction du type de la perforation.

Type de perforation	Fréquence	Pourcentage
<b>Linéaire</b>	<b>23</b>	<b>76,7</b>
Ponctiforme	06	20,0
Délabrant	01	03,3
Total	30	100,0

Nos patients avaient une perforation linéaire dans 76,7% des cas.

### 3.14. Technique Chirurgicale :

**Tableau XXVI :** Répartition des patients en fonction de la technique chirurgicale.

Technique chirurgicale	Fréquence	Pourcentage
Résection + anastomose	09	30,0
<b>Excision + suture</b>	<b>18</b>	<b>60,0</b>
Iléostomie	02	06,7
Colostomie	01	03,3
Total	30	100,0

L'excision plus suture était la technique la plus utilisée dans 60 % des cas.

### 3.15. Evolution et pronostic :

Pronostic selon le score de Mannheim(MPI).

**Tableau XXVII :** Répartition des patients selon le score de Mannheim (MPI).

Score de Mannheim(MPI).	Fréquence	Pourcentage
<b>MPI &lt; 26</b>	<b>27</b>	<b>90,0</b>
MPI > 26	03	10,0
Total	30	100,0

Le score de MPI était inférieur à 26 chez 90% de nos patients.

### 3.16. Suites-opératoires :

**Tableau XXVIII:** Répartition des patients en fonction des suites-opératoires.

Suites opératoires	Fréquence	Pourcentage
<b>Simple</b>	<b>23</b>	<b>76,7</b>
Complicées	07	23,3
Total	30	100,0

Les suites opératoires ont été simples dans 76,7% des cas.

### 3.17. Nature des complications :

**Tableau XXIX :** Répartition des patients en fonction de la nature des complications

Complications	Fréquence	Pourcentage
<b>Suppuration pariétale</b>	<b>03</b>	<b>10,0</b>
Fistule digestive	02	06,7
Instabilité hémodynamique	02	06,7
Total	07	23,3

La suppuration pariétale était majoritaire dans 10,0% des cas.

### 3.18. Durée d'hospitalisation :

**Tableau XXX** : Répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation (en jour).

Durée de l'hospitalisation	Fréquence	Pourcentage
0-5jours	03	10,0
6-10jours	15	50,0
11-15jours	09	30,0
16-30jours	03	10,0
Total	30	100,0

La durée moyenne d'hospitalisation était de 14,22 avec des extrêmes de 4 et de 30 jours.

### 3.19. Mortalité :

**Tableau XXXI** : Répartition des patients en fonction de la mortalité

Décès	Fréquence	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>03</b>	<b>10,1</b>
Non	27	89,9
Total	30	100,0

Le taux de mortalité était de 10,1% dans notre étude.



● **Etude bivariée :**

**3.20. Délai d'admission par rapport aux complications :**

**Tableau XXXII:** Répartition des patients selon le délai d'admission (en heure) par rapport aux complications.

Complications	Délai d'admission en heure			Total
	≤ 2H	3- 6H	≥ 7H	
suppuration profonde	00	01	02	03
Fistule digestive	00	00	02	02
Instabilité hémodynamique	00	00	02	02
Absente	01	03	09	23
<b>Total</b>	<b>01</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>30</b>

Il existait une relation significative entre le délai d'admission et la survenue des complications ( $P= 0,04$  ;  $\chi^2=5,474$  ; et  $ddl= 6$ ).

**3.21. Technique chirurgicale par rapport aux complications :**

**Tableau XXXIII :** Répartition des patients selon la technique chirurgicale par rapport aux complications.

Complications	Technique chirurgicale				Total
	résection- anastomose	excision +suture	iléosto mie	colost omie	
Suppuration profonde	00	02	01	00	03
Fistule digestive	01	01	00	00	02
Instabilité hémodynamique	00	01	01	00	02
Absente	08	14	00	01	23
<b>Total</b>	<b>09</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>01</b>	<b>30</b>

La technique chirurgicale n'a pas d'influence statistiquement significative sur la survenue des complications ( $P=0,17$  ;  $\chi^2=12,838$  et  $ddl=9$ ).

### 3.22. Durée de l'hospitalisation par rapport aux complications :

**Tableau XXXIV** : Répartition des patients en fonction de la durée de l'hospitalisation par rapport aux complications

Complications	Hospitalisation en jour				Total
	0-5	6-10	11-15	16-30	
Suppuration profonde	00	00	02	01	03
Fistule digestive	00	00	01	01	02
Instabilité hémodynamique	00	00	01	01	02
Absente	03	15	05	00	23
<b>Total</b>	<b>03</b>	<b>15</b>	<b>09</b>	<b>03</b>	<b>30</b>

Il existait une corrélation entre les complications postopératoires et la durée longue d'hospitalisation ( $p=0,033$  ;  $\chi^2=18,21$  ; et  $ddl=9$ ).

### 3.23. Complications post opératoires par rapport à la mortalité :

**Tableau XXXV** : Répartition des patients en fonction des complications post opératoires par rapport à la mortalité.

complications	Décès		Total
	OUI	Non	
Suppuration profonde	01	02	03
Fistule digestive	01	01	02
Instabilité hémodynamique	01	01	02
Absente	00	23	23
<b>Total</b>	<b>03</b>	<b>27</b>	<b>30</b>

Les décès sont fortement corrélés à la survenue des complications postopératoires (p=0,002 ; khi2=11,4 ; dll=3).

### 3.24. Score de Mannheim par rapport à la mortalité :

**Tableau XXXVI:** Répartition des patients selon le score de Mannheim par rapport à la mortalité.

score Mannheim	Décès		Total
	Oui	Non	
< 26	00	27	27
> 26	03	00	03
Total	03	27	30

Il y'avait une corrélation significative entre la survenue des décès et le score de Mannheim supérieur à 26 (P=0,00 ; Khi2=30 et dll=1).

### 4. Coût de la prise en charge :

**Tableau XXXVII:** Répartition des patients selon le cout de la prise en charge.

Cout global en CFA	Effectifs	Pourcentage(%)
< 160000	05	16,5
<b>[160000-200000]</b>	<b>23</b>	<b>80,0</b>
>200000	02	06,6
Total	30	100,0

Le coût moyen de la prise en charge était estimé à 155000,54 FCFA avec un écartype de 100841,064 FCFA ;(extrêmes :150000 à 210000 FCFA)

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## **6. Commentaires et discussion :**

### **A-Méthodologie :**

Il s'agissait d'une étude rétrospective de 5ans (du 1<sup>ier</sup> janvier 2014 au 31 décembre 2018) et prospective de 2 ans (du 1<sup>ier</sup> janvier 2019 au 31 décembre 2020), portant sur les patients ayant été victimes des perforations traumatiques du tube digestif.

Les difficultés rencontrées au cours de l'étude ont été :

- difficultés d'exploitation de certains dossiers ;
- l'absence de l'assurance maladie pour tous.
- le pouvoir d'achat de certains patients était insuffisant pour assurer une prise en charge financière correcte.
- La difficulté pour les malades indigènes d'accéder au service Social.

## B. Résultat :

### Aspect épidémiologique :

#### 1. Fréquence :

**Tableau XXXVIII** : Fréquence hospitalière selon les auteurs.

Auteurs	Effectifs	Fréquence(%)	Test statistique
Kevin [4] USA 2008	57	11	P=0,004
O.Choua [11] Tchad 2019	178	65,7	P=0,00
Youness Elsbahani [12] Marrakech 2020	24	22,02	P=0,4
Traoré OT [10] Mali 2013	72	15,8	P=0,15
Notre étude	30	19,87	

La fréquence des perforations traumatiques du tube digestif dans notre étude était de 19,87%. Cette fréquence est comparable à celles de Youness Elsbahani [11] au Maroc en 2020 et de Traoré OT [10] au Mali en 2013. Par contre elle diffère de celles de Kevin [4] aux USA en 2008 et de O Choua [10] au Tchad en 2019.

La fréquence élevée dans les différentes séries pourrait s'expliquer par l'augmentation du banditisme, la prolifération des armes à feu et le développement des moyens de transport.

## Aspect sociodémographique :

### 2. Age :

**Tableau XXXIX** : Age moyen des malades selon les différents auteurs.

Auteurs	Effectifs	Age moyen en année
Raherinantenaina. F [13] Madagascar 2015	175	30,4
Carlos [14] USA 2005	916	29
T. M. M. Wade [7] Dakar 2014	55	27
Notre étude	30	28,5

Dans notre population d'étude, nous avons observé une nette prédominance du sujet jeune, la tranche d'âge la plus touchée était de 15 ans à 29 ans avec un âge moyen de 28,5 ans, proche de celui des auteurs malgache, américain et sénégalais [13 ;14 ;7]. Cela peut être expliqué par la forte activité de cette tranche d'âge : accident de la circulation, accident du travail, les rixes.

Les jeunes sont exposés aux aléas de la circulation surtout dans un pays où le parc automobile augmente avec une situation routière précaire associée à l'incivisme des conducteurs [12].



### 3. SEXE :

**Tableau XL:** Sexe ration selon les auteurs.

Auteurs	Effectifs	Pourcentage (%)		Sex-ratio
		homme	Femme	
Brian [15] USA 2008	54	67	33	2/1
Youness Elsbahani [12] Maroc 2020	109	94	15	6/1
Traoré. OT [10] Mali 2014	72	83	17	5/1
Notre étude	30	83,3	16,7	5/1

Dans notre étude ainsi que dans celles d'autres auteurs : américaine, marocaine et malienne [15 ;12 ;10], les hommes ont été les plus nombreux avec un sex-ratio variant de 2 à 6.

Ceci peut être expliqué par le profil socioprofessionnel des hommes qui sont exposés à différentes étiologies des traumatismes abdominaux.

**Clinique :**

**4. Etiologies selon les auteurs :**

**Tableau XLI:** Etiologies selon les auteurs

Etiologie Auteurs	Lésion par arme blanche	Lésion balistique	AVP
O. Choua [11] Tchad 2019 N=117	64,1%	8,5%	5,1%
T. M. M. Wade [7] Dakar 2014. N=55	58,2%	5,5%	10,9%
Carlos [14] USA, 2004 N=916	28%	72%	-
Notre étude N=30	50,0%	16,6%	26,7%

Les lésions par arme blanche restent le premier mécanisme étiologique suivi par les accidents de la voie publique et enfin les lésions balistiques dans notre série. Ce constat a été fait par d'autres auteurs comme dans les séries tchadiennes et sénégalaise [11 ;7]. Par contre, aux États-Unis se sont les armes à feu qui sont à l'origine de perforation traumatique du tube digestif à cause de l'accès facile aux armes de guerre et du crime organisé [10].

**5. Signes fonctionnels :****Tableau XLII:** Signes fonctionnels selon les auteurs.

Auteurs	Effectif	Douleur Abdominale	Vomissements	AMG
O. Choua [11] Tchad 2019	117	100% P=0,007	0,9% P=0,00	14,5% P=0,002
Rakotoarivony [16], Antananarivo 2008	316	92,5% P=0,60	70,5% P=0,00	20,5% P=0,04
Nicholas [17], USA 2003	250	90% P=0,30	65% P=0,00	24% P=0,10
Traoré. OT [10] Mali 2013	72	90,3% P=0,30	81,9% P=0,01	2,8% P=0,00
Notre étude	30	93,3%	33,3%	33,3%

La douleur abdominale, les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz ont été les principaux signes fonctionnels recensés par différents auteurs au cours de leur étude [11].

La douleur abdominale était présente chez 93,3% de nos patients. Ce taux n'est pas différent de celui des auteurs [16 ;17 ;10]  $P > 0,05$ .

Il était statistiquement différent de celui de O. Choua [11] au Tchad, qui avait observé la douleur chez tous ses patients (100%,  $P=0,007$ ).

Ces taux élevés sont l'expression de la grande sensibilité du péritoine qui réagit face à l'infection de la cavité péritonéale par les douleurs abdominales [18].

Les vomissements ont été constatés chez 33,3% de nos malades. Ce taux est statistiquement différent de celui des auteurs tchadien, malgache, américain et malien [11 ;16 ;17 ;10]  $P < 0,05$ .

Ces vomissements traduisent l'expression de l'iléus paralytique, et responsables en partie de la perte liquidienne, entraînant une déshydratation et des troubles électrolytiques [19].

L'arrêt des matières et des gaz était constaté chez 33,3% de nos malades. Ce chiffre est statistiquement sans différence de celui d'un auteur américain Nicholas [17]. Il est statistiquement différent de celui des auteurs [11 ;16 ;10].

L'arrêt des matières et des gaz qui est un signe d'occlusion se rencontre dans la péritonite à un stade tardif comme traduction de l'iléus paralytique lié à l'atonie digestive [19].

**6. Signes physiques :****Tableau XLIII:** Signes physiques selon les auteurs.

Signes physiques	Effectif	Contracture abdominale	Défense	Diminution de la mobilité abdominale	Douglas bombé et douloureux
O. Choua [11]	178 cas	8,9% P=0,24	25% P=0,21	-	-
Nicholas [17],	250 cas	70% P=0,00	11,9% P=0,001	60% P=0,01	65% P=0,00
Kunin [18]	N 216 cas	20,8% P=0,09	28% P=0,37	63% P=0,00	26% P=0,07
Traoré. OT Mali [10]	72 cas	62,5% P=0,00	34,6% P=0,23	41,6% P=0,06	54,2% P=0,03
Notre étude	30 cas	13,3%	30%	20%	13,3%

L'examen physique est l'élément capital dans la prise de décision thérapeutique.

Lorsqu'il est réalisé de façon correcte et attentive il permet au chirurgien de poser l'indication opératoire même en absence des examens complémentaires [20].

La contracture abdominale a été retrouvée chez 13,3% de nos malades ce chiffre n'est pas statistiquement différent de celui des auteurs tchadien et français [11 ;18].

Par contre il diffère de ceux des auteurs américain et malien [17 ;10]. Cette différence pourrait s'expliquer par le retard du diagnostic.

La diminution de la mobilité abdominale était présente à 20% de nos malades cette proportion n'est pas différente de celle de l'auteur malien Traoré. OT [10] P=0,06.

Ce pendant elle est différente de celles des auteurs américain et français [17 ;18].

La défense abdominale a été retrouvée chez 30% de nos patients ce taux n'est pas statistiquement différent de celui retrouvé par d'autres auteurs [11 ;18 ;10]

Le douglas était bombé et douloureux chez 13,3% de nos malades. Ce taux n'est pas différent de celui d'un auteur français [18]. Par contre il est différent de ceux d'autres auteurs [17 ;10].

**Paraclinique :**

**7. La radiographie de l'abdomen sans préparation :**

**Tableau XLIV :** Résultats de la radiographie de l'abdomen sans préparation selon les auteurs.

Auteurs	Gougard [21], France, 2000 N=419	Magu [7]. Inde 2012 N=47	Mme Keita N.S Koné [22],Mali 2014 N=	Notre étude
Pneumopéritoine	71% P=0,32	62,5% P=0,32	45,31% P=0,001	66,6%
Niveaux	15,8%	-	6,25%	03,3%
Hydro-aérique	P=0,0014		P=0,25	

La sensibilité de cet examen est faible : elle permet le diagnostic de rupture d'un organe creux dans moins de 50 % des cas [23].

Ainsi, l'absence d'épanchement gazeux n'est pas le garant de l'absence de perforation d'un organe creux. Ces clichés permettent également la constatation des signes indirects d'épanchement intra péritonéal (grisaille diffuse, espacement inter anse, les limites floues du psoas) [24].

Dans notre étude nous avons enregistré 66,6% de pneumopéritoine, ce résultat n'est pas différent de ceux des séries françaises [21] et indienne [7].

Le pneumopéritoine se traduit radiologiquement par la présence d'un croissant gazeux inter hépato-diaphragmatique qui atteste la perforation d'un viscère creux intra abdominal [24].

Le taux de 3,3% de niveaux hydro-aériques de notre étude est comparable (p=0,25) à celui de l'auteur malien NS Koné [22] qui a trouvé 6,6%. Cependant elle diffère de celui de Gougard [21] qui avait trouvé 15,8%. Cette différence pourrait s'expliquer

par l'évolution de la maladie. Les niveaux hydro-aériques constituent l'expression radiologique de la présence de l'iléus paralytique ou occlusion fonctionnelle compliquant toute péritonite évolutive [24].

## 8. Echographie :

**Tableau XLV:** Résultats de l'échographie abdominale selon les auteurs.

Auteurs	Pa.Bâ[25]	Harouna [26],	Notre
Signe	Sénégal	Niger, 2001	Etude
	2012	N=160	N=30
	N=9		
Epanchement	22,22%	14,5%	16,7%
Intra- péritonéal	P=0,18	P=0,6	

L'échographie abdominale ne permet pas de faire le diagnostic des lésions mésentérico- intestinales mais la découverte d'un épanchement intra péritonéal isolé est un signe présomptif de lésion intestinale ou mésentérique [27 ;15].

Elle a été réalisée chez 11 patients et a permis d'objectiver un épanchement intra péritonéal chez 16,7% de ces malades. Ce taux est statistiquement comparable à celui des auteurs sénégalais [25] et nigérien [26].



## 9. Le scanner ou la tomodensitométrie :

**Tableau XLVI : Résultats du scanner selon les auteurs.**

Auteurs	Traoré.OT[10]	Carlos [14],	Notre étude
Signe	Mali 2013 N=72	USA, 2005 N=220	N=30
Croissant gazeux	5(06,9%) P=0,079	55(25%) P=0,25	1(100%)

La tomodensitométrie abdominale de nos jours est la méthode d'imagerie de choix pour l'exploration de l'abdomen en urgence. Elle est fiable dans l'analyse des lésions associées et dans l'évaluation de l'hémopéritoine. Parmi les signes tomodensitométriques évocateurs d'une lésion intestinale ou mésentérique, on peut citer : un épaississement de la paroi du tube digestif, un hématome mésentérique, et un aspect strié du mésentère ou du colon [28 ;5]. Il a été réalisé chez 1 de nos patients soit 3,3% de cas. Ce taux est statistiquement comparable à ceux des auteurs malien Traoré. OT [10] P=0,079 et américain Carlos [14] P=0,25. Ce taux faible de réalisation du scanner chez nos patients s'explique non seulement par le cout élevé par rapport au revenu de nos patients mais aussi par le fait qu'elle n'est pas souvent réalisable en urgence dans notre hôpital.

**Traitement :**

**10. Technique chirurgicale :**

**Tableau XLVII :** Techniques chirurgicales selon les auteurs.

Auteurs	Barth [6], France, 2004 N=120	K.K. TanSingapore [29] 2012, N=21	Sadullah [30] Turquie, 2009 N=198	Khaoula IKEMAKHE N [9] Maroc 2019 N=50	Notre étude
Excision- suture	40,8% P=0,005	42,9% 0,012	65% P=0,28	54% P=0,20	60%
Résection anastomose	8,33% P=0,00005	57,1% P=0,0009	2,5% P=0,07	14% P=0,003	30%
Iléostomie	0,83 P=0,032	-	1,5% P=0,084	32% P=0,00	6,7%
Colostomie	-	-	-	-	3,3%

L'attitude thérapeutique dépend de la constatation per opératoire faite par le chirurgien [20].

L'excision suture a été l'acte chirurgical le plus pratiqué dans notre série soit 60% des cas, ce taux est statistiquement comparable à celui des auteurs [29,30,9]  $P > 0,05$ . Il est différent de celui de Barth en France [6] qui a rapporté un taux de (40,8%). Cette différence serait dû à la décision peropératoire du chirurgien et au degré de gravité des lésions.

La résection-anastomose en un temps et la réalisation d'une stomie ont été effectuées successivement chez 30% et 10% de nos malades.

Ces taux sont statistiquement comparables à celui de l'auteur turc Sadullah [30] et différent de ceux d'autres auteurs [6,29,9]. Cette différence serait due au retard de consultation, à l'état précaire de certains de nos patients, à la gravité de la lésion et au sepsis péritonéal.

## Evolution et pronostic :

### 11. Morbidité selon les auteurs :

**Tableau XLVIII:** Morbidité selon les auteurs

Auteurs	Morbidité %	Test statistique
Yagini [27] Maroc 2011, N=53	25,4	P=0,43
Seiler CA [31], Allemagne, 2000 N=258	41%	P=0,004
Abbas [23], Nouvelles Zélande, 2007 N=29	35%	P=0,043
Traoré OT [10] Mali 2013 N=72	36,1%	P=0,06
Notre étude N=30	<b>23,3%</b>	

La morbidité dans notre étude était de 23,3%. Ce taux est comparable à celui des auteurs marocain et malien [27, 10]  $P > 0,05$ . Par contre, il diffère de celui des auteurs allemand et néo-zélandais [31, 23]  $P < 0,05$ . Cette différence pourrait s'expliquer par le caractère hautement septique des lésions intestinales, le retard de la prise en charge, le siège, le nombre de la perforation, la nature de l'agent vulnérant et la technique chirurgicale.

**12. Complication selon les auteurs :****Tableau XLIX :** Nature de complication selon les auteurs :

Auteurs	Kanté [28] Mali	K.K.	Yagini [27]	Notre
	2013,	TanSingapore	Madagascar	étude
Complications	N=70	[29], 2012	2011,	
		N=21	N=53	
Suppuration	8,57%	14,3%	9,94%	10,0%
pariétale	P=0,50	P=0,25	P=0,59	
Fistule digestive	2,85%	8,9%	-	06,7%
	P=0,17	P=0,40		
Instabilité	-	-	4,6%	06,7%
hémodynamique			P=0,38	

L'évolution postopératoire des perforations digestives traumatiques peut être émaillée de complications, parmi celles-ci : la suppuration pariétale qui a été la principale complication post opératoire retrouvée dans toutes les séries [28, 29, 27]. Au cours de notre étude nous l'avons enregistré chez 10% de nos patients. Ce chiffre n'est pas statistiquement différent de celui des auteurs [28, 29, 27].

La fistule digestive a été observé chez 6,7% de nos patients, Cette étude est comparable à celles de Kanté [28] et de KK Tan Singapore [29].

L'instabilité hémodynamique était présente chez 6,7% de nos malades ce chiffre est comparable à celui de l'auteur malgache Yagini [27].

Les suites opératoires seraient surtout influencées par le type de lésion, le type d'armes, l'urgence et la technique chirurgicale.

**13. Mortalité selon les auteurs :****Tableau L : Mortalité selon les auteurs**

Auteurs	Mortalité %	Test statistique
Sani [32], Niger, 2004 N=208	18	P=0,076
Dembélé BT [33] Mali 2011 N=43	13,9	P=0,257
Raherinantenaina Fanomezantsoa [13] Madagascar 2015	05,7	P=0,22
Traoré OT [10] Mali 2013 N=72	13,9	P=0,26
Notre étude N=30	<b>10%</b>	

Le pronostic d'un traumatisme abdominal quelles que soient les circonstances de survenues, est conditionné par la rapidité et la précision du diagnostic lésionnel et également par l'option thérapeutique [34] ; il dépend aussi des lésions associées. Le taux de mortalité de notre étude a été de 10%, il n'est pas statistiquement différent de ceux des auteurs africains qui varie de 5,7% à 18% [13,10,32,33]. Cette fréquence élevée de la mortalité serait due au degré de pénétration du traumatisme, à la sévérité de la blessure et le délai de prise en charge.

#### 14. Durée d'hospitalisation selon les auteurs :

**Tableau LI:** Durée d'hospitalisation selon les auteurs

Auteurs	Durée moyenne d'hospitalisation en jour	Test statistique
O. Choua [11] Tchad 2019 N=117	9,9	P=0,25
Mme Keita N.S Koné [22], Mali 2014 N=128	09	P=0,19
Notre étude N=30	<b>14</b>	

La durée d'hospitalisation d'un patient victime d'une perforation digestive traumatique dépend de multiples facteurs, notamment du délai de la prise en charge thérapeutique, des lésions associées, et enfin des complications qui peuvent émailler l'évolution clinique du patient [35 ;36 ;37].

La durée moyenne d'hospitalisation de notre étude a été de 14jours qui est statistiquement comparable à celui de Choua. O [11] et de Mme Keita N.S Koné [22] qui ont respectivement observé 9,9 et 9 jours.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **7. Conclusion et recommandation :**

### **A. Conclusion :**

Les perforations traumatiques du tube digestif sont de nos jours une préoccupation en chirurgie d'urgence, car elles représentent une cause importante de décès. Une surveillance s'impose devant tout traumatisme de l'abdomen, car si minime soit-il, peut entraîner une lésion viscérale pouvant être fatale pour le patient.



## **B. Recommandations :**

### **Aux autorités politiques.**

S'investir dans la prévention des accidents de la voie publique par :

- La limitation de vitesse ;
- L'information, la sensibilisation et l'éducation des usagers de la route et de toute la population en générale ;
- Le port obligatoire des ceintures de sécurité ;
- Elaborer des programmes d'information, d'éducation et de communication à l'intention des populations sur les dangers de la prolifération des armes légères ;
- Mettre en place un système de sécurité sociale.

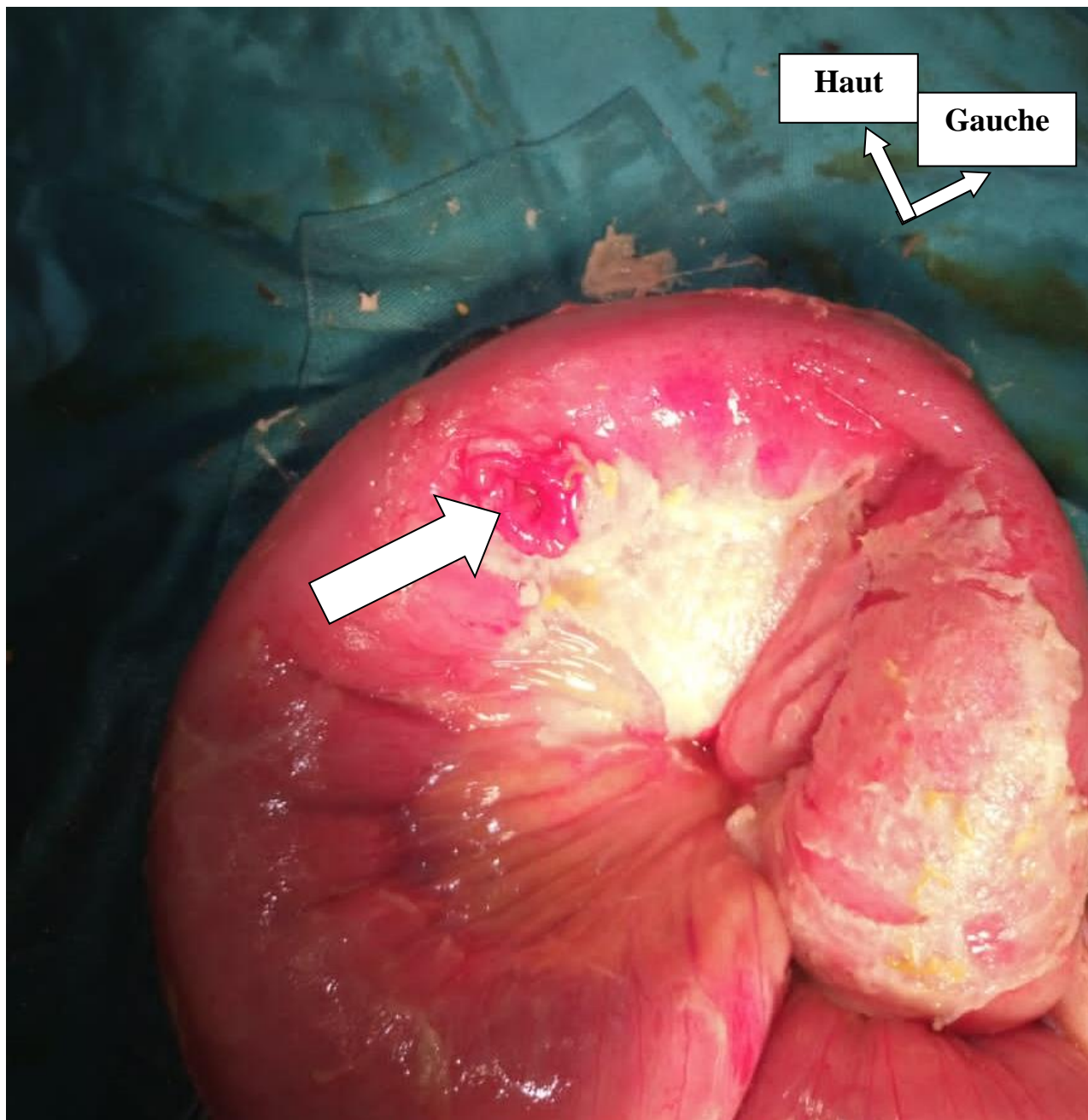
### **Aux autorités hospitalières :**

- Assurer la formation continue des agents de santé en vue de leur permettre d'acquérir une vigilance accrue par rapport aux urgences abdominales et particulièrement les formes traumatiques.
- Améliorer le transport et l'évacuation des blessés.
- La mise en place d'un service d'aide médicale d'urgence (S A M U).
- Expliquer à la population les avantages du respect du code de la route.
- Sensibiliser la population sur les inconvénients de l'automédication.

### **A la population :**

- La limitation de vitesse de circulation.
- Le respect du code de la route.
- La diminution de l'automédication.
- La consultation rapide devant tout cas de traumatisme.

# ICONOGRAPHIE



**Fig 11: Perforation Grélique post AVP avec fausses membranes chez un patient au CHU Pr Bocar Sidi Sall de Kati**



**Fig 12 : Ablation des fausses membranes et ravivement des berges plus suture chez le même patient.**



**Fig : Drainage et fermeture pariétale chez le même patient**

## **BIBLIOGRAPHIE :**

1. Suter M, Kayoumi A. Les lésions de l'intestin grêle et du colon dans les traumatismes fermés de l'abdomen. *Méd Hyg.* 1992;50:2169-74.
2. Jean YM, Jean LC. Péritonite aiguë. *Rév Prat Paris.* 2001;51:2141-5.
3. Gore RM, Meyers MM. Text book of gastrointestinal radiology. WB Saunders Co Phila. 1994;2:13-529.
4. Julie Gorchynski, Kevin Dean, Craiz L, Anderson. Analysis of urobilinogen and urine bilirubin for intra-abdominal injury in Blunt trauma patients. *West J Emerg Med.* 2009;10(2):85-8.
5. Barth X, Le Neel JC, Guillon E. Traumatisme de l'abdomen. *Ann Chir.* 2004;129:156-63.
6. Magu S, Agarwal S, Gill RS. Multi detector computed tomography in the diagnosis of bowel injury. *India J Surg.* 2012;74(6):445-50.
7. Wade, T.M.M, I. Konaté, M.L. Diao, J.N. Tendeng, M. Cissé, M. Seck, et al. Perforations digestives traumatiques : aspects anatomo-cliniques. *J Afr Hépatogastroentérologie.* 2014;(8):139-42.
8. Ba Sambo. Les perforations traumatiques du colon aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs au CHU-YO à propos de 27 cas. 2019;(017):105-20.
9. Khaoula Ikemakhen. Le profil épidémiologique et la prise en charge des perforations grêliques post-traumatiques. Thèse de med. Marrakech (Maroc), 2019 ; thèse N°0147, 132p.

10. Oumar Tiecoura Traoré. Les perforations digestives traumatiques dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Thèse méd. USTTB de Bamako (Mali) 2013 ; 103p.
11. Choua O, KM Moussa, K N'djanone, MO Ahmat, O Aboulghassim, IG Sadie, et al. Les perforations post traumatiques des viscères creux à l'hôpital général de référence nationale de N'djamena(Tchad). J AFR CHIR Dig. 2019;19(2):2769-74.
12. Youness Elsbahani. Les traumatismes de l'abdomen. Thèse méd N° 99.Université Cadi Ayyad Marrakech 2020;(99):145.
13. Raherinantenaina Fanomezantsoa, Rakotomena Solonirina Davidà1, Rajaonarivony Tianarivelo1, Rabetsiahiny Lalao Fabienne2, Rajaonanahary Toky Mamin'Ny Aina1, Rakototiana Felantsoa Auberlin3, et al. Traumatismes fermés et pénétrants de l'abdomen : analyse rétrospective sur 175 cas. CHU-JRA. 2015;4150.
14. Carlos V R Brown, MD, Georges C, Velmahos, Angelo L.Neville, Peter Rhee, et al. Hemodynamically « stable » patients with peritonitis after penetrating abdominal trauma. Arch Surg. 2005;140:767-72.
15. Brian C Lucey, Jorgez A Soto. Development of renal scars on CT after abdominal trauma: Does grade of injury matter. AJR Am J Roentgenol. 2008;190(5):1174-9.
16. Rakotoarivony S.T, S.D. Rakotomena, H.N Rakoto-Ratsimba, J.M. Randriamiarana. Aspects épidémiologiques des traumatismes abdominaux par accident de circulation au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo. Rev Trop Chir. 2008;(2):18-21.

17. Nicholas JM, Rix EP, Easley KA, Feliciano DV, Cavara, Ingram WL, et al. Modification des schémas de prise en charge des traumatismes abdominaux pénétrants. *J Trauma*. 2003;55(6):1095.
18. Kunin N, Bansard JY, Letoquart JP. Facteurs pronostiques des péritonites du sujet âgé : analyse statistique multifactorielle de 216 observations. *J Chir*. 1991;128(11):481-6.
19. Balmes M. Sémiologie générale des péritonites aiguës diffuses. *Soins Chir*. 1989;4(6):102-3.
20. Le Treut YP. Péritonites aiguës : physiopathologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement. *Rév Prat*. 1993;43(3):259-62.
21. Gougard P, Barrat C. Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé : résultat d'une étude rétrospective multicentrique. *Ann Chir*. 2000;125:726-31.
22. Mme Keita N.S Koné. Perforations traumatiques du grêle au CHU Gabriel Toure. Thèse méd. USTTB Bamako(Mali). 2014;128:117 p.
23. Saleh M Abbas, Vipul Upaahyay. Hollow viscus injury in children : starship hospital experience. *World J Emerg Surg*. 2007;2:14.
24. Fikri M, Imad Z, Abu Z, Mehraj S et al. Role of Ultrasonographie in blunt abdominal trauma : a prospective study. *Eur J Surg*. 1996;14:361-5.
25. Pa Ba, Diop B, Soumah SA et al. Les lésions intestinales au cours des traumatismes fermes de l'abdomen : diagnostic et prise en charge en milieu défavorisé. *J AfrHepatolGastroenterol*. 2013;7:14-7.
26. Harouna YD, Niamey (Niger). Etude analytique et pronostique. *Méd Afr Noire*. 2001;2:48.



27. Yagini k, Mouhaoui M, Lemrini M. Prise en charge des plaies abdominales par arme blanche au service d'accueil des urgences de Casablanca. *J Maghrebin Anesth-Réanimation Demédecine Urgence*. 2011;17(74):209-12.
28. Kante L, Togo A, Diakité I, Dembélé B T, Traore A, Coulibaly Y. Plaies pénétrantes abdominales par armes dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. *Malimedical*. 2013;28(3).
29. Tan kk, JZY, Liu A, VijayanM, Chiu. Gastrointestinal tract perforation following blunt abdominalTrauma:aninstitution'sexperience. *Eur J Trauma EmergSurg*. 2012;38(1):43-7.
30. Sadullah Girgui, Ersin Uyal, Ercan Gedik, Ibrahim Halil Taçyildiz. Independent risk factors of morbidity in penetrating colon injuries. *Turk J Trauma Emerg Surg*. 2009;15(2):154-8.
31. Seiler C A, Bürgger L, Forssmann U. Conservative surgical treatment of diffuse peritonitis. *Surgery*. 2000;127:178-84.
32. Sani R, Ngo Bissimb NM, Illo A. La plaie abdominale Revue de dossiers à l'hôpital national de Niamey-Niger. *Med Afr Noire*, 2004; 51(7) :399-402.;
33. Dembele BT, Togo A, Diakite I. Perforations traumatiques d'organes creux intra-abdominaux au CHU Gabriel-Toure. *J Afr HepatolGastroenterol*. 2011;5:290-2.
34. Chevalier JM. *Tronc. Anatomie. Médecine-Sci Flammarion*. 1998;1:234-40.
35. El Idrissi H. D, Kalih M, Ajbal M, Salmi A. Plaies pénétrantes de l'abdomen. Résultats de deux attitudes classiques et sélectives dans la prise en charge de 249 cas. *J Chir Paris*. 1994;375-7.

36. Benissa N, Zoubidi M, Kafih M, Ridai M, Zerouali N.O. Plaies abdominales avec épiplocèle. *Ann Chir.* 2003;128:710-3.
37. Paillet JL. Plaie, contusion de l'abdomen. Orientation diagnostique et traitement d'urgence. *Rev Prat.* 1992;42:2353-8.

## ANNEXES

### FICHE D'ENQUETE :

### PERFORATIONS DIGESTIVES TRAUMATIQUES

### LES DONNEES ADMINISTRATIVES

1. N° de la Fiche

d'Enquête...../\_\_\_\_\_/

2. Service.....

3. N° du dossier du malade.....

4. Nom et Prénom.....

5. Date d'admission.....

6. Age de malade.....

7.

Sexe.....

1 Masculin 2 Féminin

8. Provenance.....

1. Koulikoro 2. Bamako 3. Kayes 4. Mopti 5. Sikasso 6. Gao

7. Ségou 8. Tombouctou

8a Si autre préciser.....

9. Nationalité.....

1. Malienne 9. Autres 99. Indéterminé

9a. Si autre préciser.....

10.

Ethnie.....

1. Bambara..... 2. Malinké..... 3. Sarakolé

4. Peulh..... 5. Minianka..... 6. Senoufo

7. Dogon..... 99. Indéterminé..... 9. Autres

10a. Si autre Préciser.....

11. Principale activité.....

1. Fontionnaire.....
  2. Cultivateur.....
  3. Ouvrier
  4. Commerçant.....
  5. Scolaire.....
  6. Aide-ménagère
  7. Chauffeur.....
  9. Vigile.....
  10. Tailleur
  11. Professionnelle du sexe.....
  12. Autre.....
  12. Référence .....
  1. Agent de santé.....
  2. Parent.....
  13. Delai de la prise en charge.....
    - a. 2-6.....
    - b. sup 6.....
    - c. inf 6.....
  14. Mode de recrutement à l'hôpital.....
    1. Urgence.....
    2. Ordinaire.....
    99. Indéterminé
  - 14a. Si autre préciser.....
  15. Date d'entrée.....
  16. Durée d'hospitalisation préopératoire (en jours) .....
  17. Durée d'hospitalisation postopératoire (en jours) .....
  18. Date de sortie.....
  19. Motif d'admission.....
    1. Douleur.....
    2. Arrêt matières et gaz.....
    3. Hoquet
    4. Météorisme abdominal.....
    5. Vomissement.....
    6. Fièvre
    7. Diarrhée.....
    8. Plaie dans l'abdomen.....
    9. Autres.....
    10. Contusion.....
    11. Rectorragie.....
    12. Méléna.....
    13. Hématémèse.....
  14. 1 + 6 .....
  15. 5 + 3.....
  99. Indéterminé.....
  - 19 a Si autre préciser.....
- DYNAMIQUE :**
20. Symptomatologie évoluant depuis (en jours) .....
  21. Siège de la douleur.....

1. Fosse iliaque droite..... 2. Fosse iliaque gauche..... 3. Flanc droit.....
- 4.Flanc gauche..... 5.Hypochondre droit..... 6. Hypochondre gauche.....7. Epigastrique..... 8.Hypogastrique..... 10.Péri – ombilicale.....11. Diffuse.....9. Autres..... 99. Indéterminé.....
- 21a. Si autre préciser.....
22. La durée de la douleur.....
  1. 0-6 H..... 2. 7-12 H..... 3. 12-24 H..... 4. 1 à 2 jours.....
  5. > à 2 jours..... 9. Autres..... 99. Indéterminé.....
- 22a. Si autre préciser.....
22. Le mode du début de la douleur.....
  - 1.Brutal.....2. Progressif..... 3. Intermittent..... 9.Autres..... 99.Indéterminé
- 22a. Si autre précisé.....
23. Type de la douleur.....
  - 1.Brûlure.....2. Piquêre..... 3. Torsion..... 4. Pesanteur.....
  - 5.Ecrasement.....6. Colique.....9. Autres..... 99.Indéterminé.....
24. Irradiation de la douleur.....
  - 1.Organes génitaux..... 2. Périnée..... 3. Bretelle.....
  - 4.Postérieur.....5. Transfixiante.....6.Latérale.....7.Pan radiante..... 8. Ceinture.....
  - 10.Ascendante..... 11.S/Irradiation..... 9.Autres..... 99.

Indéterminé....

24a. Si autre précisé.....

25. Intensité de la douleur.....

1.Faible..... 2. Moyenne.....3. Forte.....99.

Indéterminé.....

....

25a. Si autre précisé.....

26. Evolution de la douleur.....

1.Permanente..... 2. Intermittente.....3. Paroxystique.....

9.Autres.....99. Indéterminé.....

26a. Si autre précisé.....

27. Facteurs déclenchant.....

1.Non..... 2.Effort.....3. Stress.....4.

Repas.....

.....5. Faim..... 9. Autres..... 99. Indéterminé.....

27a. Si autre précisé.....

28. Facteurs calmants.....

Médicaments (à préciser)

- Position antalgique.....

1a. Décubitus dorsal 1b. Décubitus latéral gauche 1c. Décubitus latéral droit

1d. Chien de fusil 1e. Autres à préciser

- Ingestion d'aliment.....

2a. Riche en graisse 2b. Riche en sucre 3. Vomissements postprandiaux

9. Autre 99. Indéterminé

28a. Si autre précisé.....

Signes d'accompagnement de la douleur

29. Signes digestifs.....

1. Pas de signes digestifs 2. Nausée 3. Vomissements 4. Diarrhée 5Constipation

6Rectorragie 7Méléna 8Hématemese 9. Autres .99. Indéterminé

10Arrêt matières et gaz 11Gargouillement 12Flatulens 13. Ténésme 14. Epreinte

15. Engouement 16 .2 + 3 + 5

29a. Si autre précisé.....

30. Signes gynéco-obstétriques.....

1. Leucorrhée..... 2.Métrorragie..... 3. Prurit vulvaire.....9. Autres

99. Indéterminé...

30a. Si autre préciser.....

31. Signes urinaires.....

1.Pas de signes urinaires 2. Dysurie 3. Hématurie

4. Brûlures mictionnelles 5. Pyurie 9. Autres 99. Indéterminé

31a. Si autre précisé.....

TRAITEMENT RECU AVANT L'ARRIVEE A L'EQUIPE DE GARDE

32. Médical.....

1. Oui..... 2. Non..... 9. Indéterminé.....

33. Prescription.....

1. Antalgique..... 2. Anti –inflammatoire..... 3. Antibiotique

4. 1+2..... 5. 1+3..... 6. 2+3..... 9. Autres.....9

9.

Indéterminé.....

33a. Si autre précisé.....

34. Durée moyenne du traitement.....

1. 0- 12 H..... 2. 12-24 H..... 3. 1-2 J.....

4. > 2 J.....

9. Autres..... 99. Indéterminé.....

34a. Si autre précisé.....

35. Les effets de traitement.....

1. Sans effet..... 2. Diminution de la douleur..... 3. Disparition temporaire de la douleur

4. Espacement des crises.....

9. Autres.....99Indéterminé.....

35a. Si autre précisé.....

36. Traitement traditionnel.....

1. Oui..... 2. Non.....

#### ANTECEDENT

37. Médicaux.....

1. HTA 2. Diabète 3. Asthme 4. Drépanocytose 5. Infection génitale

6. Gastrite 7. Ulcère gastrique 8. Ulcère duodéal 10. Infection urinaire 11. Fièvre typhoïde

12. Infection respiratoire 9. Autres 99. Indéterminé

37a. Si autre précisé.....

38. Chirurgicaux.....

1. Oui..... 2. Non.....

38a. Si Oui Diagnostic préciser.....

39. Suites Opératoires.....

1. Simple..... 2. Abscès de parois ..... 9. Autres.....99.

Indéterminé.....

39a. Si autre préciser.....

40. Gynéco-obstétrique.....

1. Multiparité..... 2. Avortement..... 3. Césarienne..... 4. Fibrome utérin.....

5. Kyste de l'ovaire..... 6. GEU..... 7. Obstruction tubaire..... 9.

Autres.....99. Indéterminé.....



## EXAMEN PHYSIQUE

### Signes généraux

41. Température.....
1.  $T^{\circ} > 37^{\circ} 5$  2.  $T^{\circ} < 37^{\circ} 5$  9. Autres 99. Indéterminé
- 41a. Si autre préciser.....
42. Tension artérielle.....
1. Normale 2. Elevée 3. Abaissée 9. Indéterminé
- 42a. Si autre préciser.....
43. Conscience.....
1. Normale 2. Agitée 3. Confus 4. Coma 9. Autre 99. Indéterminé
44. Faciès.....
1. Norma 2. Tiré 3. Péritonéal 9. Autres 99. Indéterminé
- 44a. Si autre préciser.....
45. Pli cutané.....
1. Absent 2. Présent 99. Indéterminé
46. Langue.....
1. Humide 2. Sèche 3. Saburrale 99. Indéterminé
47. Pouls.....
1. 80/mn 2.  $< 80/mn$  9. Autres 99. Indéterminé
- 47a. Si autre préciser.....
48. Fréquence respiratoire.....
1.  $< 16$  cycles / mn 2.  $> 22$  cycles / mn 9. Autres 99. Indéterminé
- 48a. Si autre préciser.....
49. Conjonctives.....
1. Colorées 2. Pâleur 3. Ictère 9. Autres 99. Indéterminé
- 49a. Si autre préciser.....
50. Poids en Kilogramme.....

51. Taille en Cm.....  
52.Score OMS.....  
a. Grade 1.....b. Grade 2.....c. Grade 3.....d. Grade 4.....

**Signe physique :**

Inspection de l'abdomen

53. Présence de cicatrice abdominale.....  
1. Oui.....2.Non.....  
54. Siège de la cicatrice à préciser.....  
55. Taille de la cicatrice à préciser.....  
56. Aspect de l'abdomen.....  
1. Plat 2. Asymétrique 3. Ballonné 9. Autres 99. Indéterminé  
56a. Si autre préciser.....  
57.siège de l'impact.....  
58.Score de pénétration.....  
59. Mouvement de l'abdomen.....  
1.Mobilité normale 2. Immobile 3. Ondulation péristaltique 9. Autres  
99. Indéterminé  
60. Présence de circulation veineuse collatérale.....  
1. Oui..... 2. Non..... 9. Autres..... 99.  
Indéterminé.....  
60a. Si autre préciser.....

Palpation de l'abdomen

61. Défense abdominale.....  
1. Fosse iliaque droite..... 2. Fosse iliaque gauche..... 3. Flanc  
droit.....  
4. Flanc gauche..... 5. Hypogastre..... 6.  
Périombilicale.....7. Hypochondre droit..... 8. Hypochondre

gauche..... 10. Epigastre.....11. Généralisée : ventre en bois..... 9.  
Autres..... 99.

Indéterminé.....

61a. Si autre préciser.....

62. Masse Abdominale.....

1. Oui..... 2. Non.....

63. Siège de la masse à Préciser.....

64. Taille de la masse en Cm.....

65. Contours masse abdominale.....

1. Réguliers 2. Irréguliers 9. Autres 99. Indéterminé

65a. Si autre préciser.....

66. Mobilité masse abdominale.....

1. Oui.....

a. Par rapport au plan profond..... b. Par rapport au plan superficiel.....

2. Non.....99. Indéterminé.....

67. Impulsivité à la toux.....

1. Oui..... 2. Non..... 9. Indéterminé.....

68. Consistance de la Masse abdominale.....

1. Ferme..... 2. Molle..... 9. Autres..... 99.

Indéterminé.....

68a. Si autre préciser.....

69. Douleurs provoquées.....

1. Fosse iliaque droite..... 2. Fosse iliaque gauche..... 3. Flanc  
droit.....

4. Flanc gauche..... 5. Hypogastre..... 6.

Périombilicale.....

7. Hypochondre droit..... 8. Hypochondre gauche..... 10.

Epigastre.....

9. Autres.....99. Indéterminé.....
- 69a. Si autre préciser.....
70. Percussion abdominale.....
1. Normale 2. Matité 3. Tympanisme 9. Autres 99. Indéterminé
- 70a. Si autre préciser.....
71. Bruits intestinaux à l'auscultation.....
1. Normaux 2. Tympanique 3. Silence abdominal 9. Autres  
99. Indéterminé
- 71a. Si autre préciser.....
72. Orifices herniaires.....
1. Normaux..... 9. Autres..... 99. Indéterminé.....
- 72a. Si autre préciser.....
73. Adénopathies.....
1. Oui..... 9. Autres..... 99. Indéterminé.....
74. Siège Adénopathie à préciser.....
75. Organes génitaux.....
1. Normaux..... 2. Anomalie..... 9. Indéterminé
- 75a. Si anomalie préciser.....
- TOUCHERS PELVIENS
76. Toucher rectal.....
1. Normal 2. Douleur à droite.....3. Douleur à gauche.....4. Douleur à gauche et à droite 5. Douleur au cul de sac 6. Masse à droite .....7. Masse à gauche .....8. Masse à gauche et à droite 9. Autres 10. 2 + 6 11. 3 + 7 12. 4 + 8
- 76a. Si autre préciser.....
77. Touches vaginal.....

1. Normal 2. Douleur à droite 3. Douleur à gauche 4. Douleur à gauche et à droite 5. Douleur à la mobilisation utérine 6. Masse à droite 7. Masse à gauche..... 8.

Masse à gauche et à droite 9. Autres 10. 2 + 6

11. 3 + 7..... 12. 4 + 8

77a. Si autre préciser.....

### **AUTRES APPAREILS**

78. Circulaire.....

1. Normal 2. Bruits anormaux 9. Autres 99. Indéterminé

78a. Si autre préciser.....

79. Respiratoire.....

1. Normal 2. Bruits anormaux 3. Dyspnée 9. Autres 99. Indéterminé

79a. Si autre préciser.....

### **EXAMENS COMPLEMENTAIRES AVANT L'OPERATION**

80. ASP.....

1. Normal 2. Croissant gazeux 3. Opacité 4. Niveaux hydro-aériques colon

5. Niveaux hydro-aériques grêle 6. 4 + 5 9. Autres 99. Indéterminé

80a. Si autre préciser.....

81. Echographie.....

1. Normal 2. Anomalie

81a. Anomalie à préciser.....

82. Radio – thorax.....

1. Normale 2. Anomalie 9. Indéterminé 82a. Si autre précisé

83. Taux d'hémoglobine.....

1. inf. 10 g / dl..... 2 : 10 – 16 g / dl..... 3sup 16 g/dl.....

9. Autres.....

99. Indéterminé

83a. Si autre préciser.....

84. Taux d'hématocrite.....
1. Homme : 40 – 50%..... Femme : 37 – 47%.....
2. Homme < 40%..... Femme : < 37%.....
9. Autres.....99. Indéterminé.....
- 84a. Si autre préciser.....
- 85.Leucocytes.....
- 1.inf 4000.....2.4000-10000.....3.sup 100000.....
86. Polynucléaire Neutrophile.....
1. 35 – 60%..... 2. < 35%..... >35%..... 99. Indéterminé.....
87. Polynucléaire Eosinophile.....
1. 1 – 4%..... 2. < 1%..... 3. >4%.....99. Indéterminé.....
- 88.Polynucléaire.....
- Basophile.....
1. 0 – 1%..... 2. > 1%.....99. Indéterminé.....
89. Monocytes.....
1. 1 – 10%..... 2. > 10%..... 3. < 1%.....99. Indéterminé.....
90. Lymphocytes.....
1. 40 – 60%..... 2. > 40%..... 3. < 60%..... 99. Indéterminé.....

91. Groupage et Rhésus.....

1. A+..... 2. A-..... 3.

B+.....

4. B-..... 5. AB+..... 6. Ab-

.....

7. O+..... 8. O-.....

92. Glycémie.....

1. Normale 2. Elevée 3. Abaissée 9. Autres 99. Indéterminé

90a. Si autre préciser.....

93.

Créatininémie.....

1. Normale 2. Elevée 3. Abaissée 9. Autres 99. Indéterminé

91a. Si autre préciser.....

94. VS.....

1. Normal 2. Accéléré 99. Indéterminé

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES A VISEE ETIOLOGIQUE AVANT ET APRES**

**L'OPERATION.....**

1. Echographie 2.ASP 3. TDM abdomino-pelvienne 4. Ano rectoscopie 5.

Fibroskopie 6. Examen biologique 7. Hémoculture 8. TOGD 99

Indéterminé 9. Si autre préciser

95. Mécanismes.....

1. Plaie par arme à feu 2. Plaie par arme blanche 3. AVP 4.CBV

5. Chute 9. Autres

**DIAGNOSTIC**

96. Diagnostic préopératoire.....

1. péritonite.....2. Occlusion.....3. Perforation d'organe.....

4. Hémopéritoine..... 5. Plaie pénétrante..... 9. Autres 99. Indéterminé

96a. Si autre préciser

97. Siege de la perforation.....

1. Oesophage 2. Jéjunum 3. Estomac 4. Duodénum 5. Ileon 6. Colon

7. Rectum 8. Appendice 9. Autres 10. Caecum 99. Indéterminé

97a. Si autre préciser

98. Dimension en cm.....

99. Nombre de lésions .....

1. Unique 2. Double 3. Multiple 9. Autres 99. Indéterminé

99a. Si autre précisé

100. Aspect lésionnel.....

1. Linéaire 2. Arrondi 3. Arciforme 4. Ponctiforme 5. Index de pénétration

9. Autres 99. Indéterminé

## **TRAITEMENT**

Traitement médical

101. Avant l'intervention.....

1. Antalgique 2. Anti – ulcéreux 3. Antibiotique 4. Transfusion 5.

Perfusion

6. 2 + 3 7. 1 + 3 9. Autres 99. Indéterminé

101a. Si autre précisé

102. Per –opérateur.....

1. Toilette péritonéale 2. Antibiotique 9. Autres 99. Indéterminé

102a. Si autre précisé.....

## **TRAITEMENT CHIRURGICAL**

103. Par qui ?.....

1. Interne 2. CES. 3. Chirurgien 4. Médecin généraliste 9. Autres

99. Indéterminé

103a. Si autre précisé.....

104. Techniques.....



1. Excision – suture 2. Résection Anastomose termino – terminale 3. Drainage  
4. Colostomie 5. Iléostomie 9. Autres 99. Indéterminé

104a. Si autre précisé.....

105. Nombre de drain.....

106. Siège du drain.....

1. Gouttière pariéto – colique droite 2. Gouttière pariéto – colique gauche 3. Les deux  
9. Autres 99. Indéterminé

106a. Si autre préciser.....

## **EVOLUTION**

107. Avant

L'intervention.....

1. Favorable 2. Défavorable 9. Autres 99. Indéterminé

107a. Si autre précisé.....

108. Pronostic selon le score de Mannheim(MPI).

1.MPI inf. 26.....2. MPI sup 26.....

109. Suites opératoires (15 à 21 jours) .....

1. Simple...2. Décès ... 3. Abscess de la paroi 4. Eviscération 5. Sténose –  
anastomotique

..... 6. Pneumopathie.....7. Infections urinaires .....8. Occlusion..... 9.

Autres

.....10. Péritonite.....11. Fistule

109a. Si autre précisé

110. Suite opératoire à moyen terme (3 à 24 mois) .....

1. Simple.....5. Troubles digestifs

2. Décès.....6. Retard de cicatrisation

3. Occlusion.....9. Autres

4. Syndrome du grêle court.....99. Indéterminé

110a. Si autre précisé

111. Mode de Suivi.....

1. Venu de lui-même 2. Sur rendez – vous 3. Vue à domicile 4. Sur convocation

5. Consultation ordinaire

111a. Si autre précisé

## **Fiche signalétique**

Nom : Diarra

Prénom : Ladj

Titre de la thèse : Perforations traumatiques du tube digestif dans le service de chirurgie générale du CHU Bocar Sidi Sall de Kati.

Secteur d'intérêt : service de chirurgie générale du CHU Bocar Sidi Sall de Kati.

Pays : Mali

Année de soutenance :

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

**Résumé :** Nous avons réalisé une étude rétrospective pendant 5 ans et prospective pendant 2 ans portant sur 30 patients opérés pour perforation traumatique du tube digestif dans le service de chirurgie générale du CHU Bocar Sidi Sall de Kati du 1er Janvier 2014 au 31 Décembre 2020.

Il s'agissait de 25 hommes contre 5 femmes (sexe ratio=5 hommes pour 1 femme).

L'âge moyen a été de 28,5 ans avec des extrêmes de 15 et de 74 ans.

La contracture abdominale associée à la douleur ont été les signes évocateurs de la perforation, le diagnostic de perforation évoqué par l'ASP et parfois l'échographie a été confirmé en per opératoire.

Le traitement chirurgical était fonction de l'étiologie (résection anastomose termino-terminale, excision suture, stomie)

L'anesthésie générale a été utilisée dans tous les cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 14 jours avec des extrêmes de 4 à 30 jours. Nous avons observé un taux de morbidité de 23,3% et un taux de mortalité de 10,1%.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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