

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



ANNEE ACADEMIQUE 2008 – 2009

Thèse N° :

THEME :

**LES PERFORATIONS D'ULCERE
GASTRO-DUODENAL
AU CHU DU POINT-G**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT Le / / 2009

A LA FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET

D' ODONTO STOMATOLOGIE

PAR

MONSIEUR ABDOULAYE SIDDEYE

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)**

JURY :

Président : Pr Djibril SANGARE
Membres : Dr Seydou TOGO
: Dr Moussa A OUATTARA
Directeur de thèse : Pr Zimogo Zié SANOGO
Co-Directeur de thèse : Dr Adama KOITA

Professeur Djibril SANGARE

✚ Professeur titulaire en chirurgie générale

Chef de service de la chirurgie « A » au CHU du Point-G

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre souci constant pour le progrès de la science, votre franchise et votre talent de scientifique émérite ont forcé notre admiration.

Véritable modèle, vous êtes pour nous une source de fierté et d'inspiration; auprès de vous en plus de l'apprentissage de la médecine nous sommes à l'école de la vie.

Veillez croire cher Maître, à l'expression de notre profonde gratitude et de notre dévouement.

➤ **A notre maître et juge**

Docteur Seydou TOGO

✚ Maître assistant à la FMPOS

✚ Spécialiste en chirurgie thoracique et cardio vasculaire

✚ Praticien hospitalier au CHU de Point G.

Cher maître, nous avons été très impressionné par la simplicité avec la quelle vous avez accepté de juger ce travail .Votre rigueur pour le travail bien fait, disponibilité, et votre souci pour la formation de vos élèves font de vous un maître exemplaire.

Vos critiques et suggestions ont contribué à améliorer la qualité de ce travail.

Trouvez ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude et sincère respect

➤ **A notre maître et Juge**

Dr Moussa A OUATTARA

✚ **Maître assistant à la FMPOS**

✚ **Praticien hospitalier au CHU de Point G.**

Cher Maître, nous avons été très impressionné par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Votre rigueur pour le travail bien fait, disponibilité et votre souci pour l'encadrement de vos élèves font de vous un maître exemplaire. Vos critiques et suggestions ont contribué à améliorer la qualité de ce travail.

Trouvez ici cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude et sincère respect

A notre maître et co-directeur de thèse

Docteur Adama KOITA

✚ **Maître assistant à la FMPOS**

✚ **Praticien hospitalier au CHU de Point G.**

Cher maître, Nous sommes honorés par la simplicité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail.

Votre assiduité, disponibilité, et votre rigueur pour le travail bien fait font de vous un maître admiré. Au delà du rôle de maître vous êtes pour nous un père.

Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes dans la réalisation de ce travail.

Veillez croire cher Maître, à notre sincère reconnaissance et profond respect.

➤ **A notre maître et directeur de thèse :**

Professeur Zimogo Zié SANOGO,

✚ Professeur agrégé en Chirurgie Générale

✚ Praticien hospitalier au CHU de Point G.

Cher maître, Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail.

Votre disponibilité, rigueur scientifique et votre contact facile font de vous un maître exemplaire.

Durant notre formation à la faculté de médecine et dans le service, nous avons hautement admiré votre simplicité et votre pragmatisme. La densité et la clarté de votre enseignement permettent d'apprendre aisément à vos côtés.

Veillez croire cher Maître, à notre sincère reconnaissance et profond respect.

❖ **A ALLAH SOUBHANAHOU WA TAALA**

Bismillahi Rahmani Rahimi

« Au nom d'ALLAH le tout MISÉRICORDIEUX, le très MISÉRICORDIEUX.

Gloire à toi! Nous n'avons de savoir que ce que tu nous a appris, certes c'est toi l'Omniscient, le Sage ».

Mes actes de dévotion, ma vie et ma mort appartiennent à ALLAH seigneur de l'Univers.

Que ton salut soit sur ton messager MOHAMED (PSL) et qu'ils nous accompagnent dans ce monde d'ici bas et dans l'autre monde; amen !

❖ **A MOHAMED RASSOUL ALLAH (PSL)**

Puissant messager d'ALLAH envoyé à la totalité des Hommes comme miséricorde, votre merveilleuse vie exemplaire est un repère et un guidage pour l'humanité.

Je pris ALLAH de calquer mes pas sur les vôtres afin que ma vie soit illuminée et mon au delà assuré.

Qu'ALLAH nous accorde une place auprès de vous. Amen !

❖ **A MON PERE ET A MA MERE RESPECTIVEMENT :**

FEU SIDDEYE MIDDO et FEUE FATOUMATA SIDI

Vous qui m'avez donné la vie et par-dessus l'amour et la tendresse, je ne saurais créer les mots, encore moins m'inspirer de paroles au-delà de l'imagination humaine pour vous dire combien de fois je vous aime.

ALLAH vous a appelé très tôt vers lui sachez alors que nous prions constamment pour le repos de vos âmes. Je suis d'autant plus fier de vous que vos frères vos, soeurs et vos proches n'ont jamais cessé de me manifester leur admiration, en reconnaissance à votre humanisme et en hommage à votre mémoire.

Hommes honnêtes, loyaux et humanistes ; je vous dédie ce travail symbole de mon amour à chacun de vous. Je sais que vous l'auriez accepté avec joie et fierté.

Que la terre vous soit légère et qu'ALLAH vous accorde son pardon et sa miséricorde. Amen !

❖ **A MON ONCLE : SIDI MIDDO**

A celui dont les sacrifices ont permis de faire de moi ce que je suis aujourd'hui, je l'espère un homme bien. Je suis fier de te présenter ce travail fruit des valeurs que tu nous as toujours enseignées ; à savoir le travail bien fait, la discipline, le respect, l'amour d'ALLAH et de son prochain.

Homme vertueux et intègre, qui c'est toujours battu pour ce qu'il croit juste, puisse ce travail te soit source de jouissance, de fierté mais aussi le témoignage de ma grande admiration et de l'amour profond que je te voue.

Qu'ALLAH me donne la force et le courage de te servir et de te rendre l'existence aussi douce que possible et que sa grâce vous entoure à jamais.

❖ **A :**

FEU ALMOU SIDDEYE, FEU SIDDEYE DJADJE, FEUE WOURI, FEUE HAWA DJITTEY, FEUE HADI, FEUE LEILA SIDDEYE.

Qu'ALLAH accueille vos âmes dans le paradis et que la terre vous soit légère.

❖ **A MES GRANDS PARENTS :**

MIDDO, ELHABIB, HAWAY, Baba.

Merci pour les conseils, le soutien et l'amour que vous me portez, recevez ce travail témoin de l'amour et du respect que je vous porte.

Qu'ALLAH vous accorde sa grâce et sa miséricorde. Amen !

❖ **A MES ONCLES :**

AMADOU ABOUBACRINE TOURE, AMADOU ALPHA TOURE, ABOUBACRINE TOURE, HAIBALLA SIDDEYE, MAHAMADOU SIDDEYE, KOLAY TOURE, MAHAMADOU MAIGA, ABOUBACRINE ALPHA TOURE, IBRAHIM ISSA, HAMMADI, ALMAOULOUD MAIGA, ALI BERO, ABDOULAYE SEYDOU, HAIBALLA SOUFIYANA, ZALIHATA, BADJI, BAMMA, SIDILAMINE, BABA ALHAKOUM, OUMAR HABIB, OUSMANE, ISMAE NOK Ag ATCHA.

Je ne saurais exprimer par les mots la gratitude qui habite mon cœur. Merci pour vos marques d'amour et de soutien qui ne m'ont jamais fait défaut, soyez en remercier et soyez rassuré de mon indéfectible dévouement et respect.

Que le tout puissant vous ouvre les portes du salut. Amen !

Ce travail que nous présentons est aussi le votre.

A MES COUSINS : DR ABDOULAYE SIDDEYE MAIGA, DR ABDRAMANE MAIGA

Merci de m'avoir toujours assisté, et de partager avec moi mes peines et mes joies ; je suis fière de vous avoir comme grand frères.

Ce travail que nous présentons ; est aussi le votre, recevez le en témoignage de mon estime et de mon admiration à votre égard et à l'égard de vos épouses respectives.

Qu'ALLAH nous accorde une vie heureuse et qu'il consolide nos liens de fraternité n'a jamais. AMINE.

❖ **A :**

HAMIDOU SAMBA, DR SIDIKI KEITA, Dr KONIBA KEITA, Salia MAIGA.

Merci pour la formation, le soutien, l'encouragement et la fraternité. Je témoigne de votre admiration à mon égard. Ce travail que nous présentons est aussi le votre qu'ALLAH vous accorde une vie heureuse.

❖ **AUX :**

Pr IBRAHIM MAIGA, OUSMAMANE SADOU MAIGA, Pr HAMMAR A TRAORE, DEMBELE, SOULEYMANE CISSE, SEYDOU SAGARA, et à leurs familles respectives.

Merci pour le soutien l'accueil chaleureux que m'avez réservé tout au long de mon séjour sur la colline qu'ALLAH vous accorde une vie heureuse.

❖ **A MES COUSINS, COUSINES, FRERES ET SOEURS :**

MAHAMANE SOUFIANA, MAHAMANE OUMAR, ABDOULAYE IBRAHIM, AROUFAYA, ABDOU, ABDRAMANE BAY, MOHAMED MAIGA, MOHAMED ALMOU TOURE, ALIOU ADAMA, ABOUKEY, TALATA, Vieux, CHATA, ALJAOUJA, HALLI, AMINTOU, SALAH, FATI, AMINTOU, SAKA, Maman, SAFIOU, AMMOU, MAMAN, DAOULATA, CHIDO ZOULLA, AYOUBA.

Je profite de ce travail pour vous dire que je vous aime beaucoup et que je suis fier de faire partir de vous. Ce travail est le fruit de l'amour que je vous porte. Soyez rassurés de ma profonde gratitude et de ma sympathie.

Qu'ALLAH vous assiste dans vos démarches et que sa clémence soit sur vous. Amen !

❖ **A MES NEVEUX ET NIECES**

Que ce travail soit un exemple pour vous afin que vous sachiez que rien n'est impossible et qu'il suffit d'y croire pour réussir.

Que Dieu vous bénisse et vous accorde meilleure et longue vie afin que vous puissiez faire mieux que vos parents. Je vous adore.

❖ **A MES AMIS DE GALERE :**

MAKAN , YANTA, ABDAMANE SOUMANA, S NIANGALI, ABOU, A BARRY, ABDOURAHMANE AG, BOUBACAR DIARRA, BOUBA H, HADRAMI JULIEN, CHEICK BADI, MOHAMED AL BAKEY, MOULAYE HAIDARA, SOULEYMAN HASSANE, SOULEYMANE ARWANI, SADOU NGOYBA, DJIBRIL, SOUFO, ALASSANE B , ALPHAGA, YOUSSEF CISSE, HAMMADOUN CISSE, WANGARA, ALBA ,SIDI TOURE, BIJOU, ALMOUSTAPHA MAIGA, SADOU DIALLO, ATTAHER MAIGA, BOUBACAR TALIBO, IBRAHIM ABIDINE , SEKOU DOUMBO, OUSMANE DADDA, ABDOULAYE HOUDDOU, MOUSSA S, MOUSSA KONATE , ALPHAMOY, ADOURA , HIMA SALIHOU, MALICK , ALIA, HALIMA D, BONCANA, KOURA, TATA, HALIMA S, FATIM, FADI, HALIMATOU, ZEINABOU, HAWA, ZABBA. MAMAN, ASSA, MARIAM MAIGA, FATAY, HAMSATOU.

Plus que des amis vous êtes une famille pour moi, partageant des moments de joies et de peines. Vous avez été pour moi le refuge de chaleur contre le froid, l'oasis dans le désert. Trouvez à travers ce modeste travail ma reconnaissance et de mon éternelle admiration pour vous.

Qu'ALLAH consolide nos liens de fraternité et d'amitié à jamais. Amen !

❖ **AUX AINES ET CADETS :**

MOHAMED BABY, ABDOULAYE AG ZAKARIA, YEHIYA DICKO, MOHAMED SALIOU, ALKAYA, SEIDOU, DIADJE, MOUDA , SOUMAILA MOUSSA SALIOU, MOULAYE DJITEY, MOULAY HAIDARA, DIAMOY, HAMCHA, FATAY HAMIDOU ,OUMAR, AZIZ A , SOHEL , ALPHAGA , AZIZ B , AZIZ Y ,TOUHAMI , BOUBA AMADOU, SIDI, HARIRA, NAFISSA, NEMA, FATIM, ANTA, SALAMATA, BOUCHIRA, FAHADI.

Merci pour la fraternité, les conseils, le soutien, l'exemplarité, et l'admiration. Ce travail que nous présentons est aussi le vôtre.

Qu'ALLAH consolide nos liens de fraternité et d'amitié à jamais. Amen !

❖ **AU SERVICE DE CHIRURGIE <A>**

Recevez par le biais de ce travail, toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude pour la formation, le soutien, la disponibilité et l'accueil chaleureux. Qu'ALLAH accorde à chacun et à chacune de vous une vie heureuse et consolide nos liens jamais.

❖ **A LA COMMUNAUTE DE BOUREM :**

Je ne saurais vous remercier assez pour les conseils et le soutien. Recevez ce travail symbole de l'estime et du respect que je porte à votre égard. C'est le lieu pour moi de rendre un hommage mérité aux fondateurs de ce merveilleux village.

❖ **AU GROUPE ETOILE DE BOUREM :**

HIMA, ADOURA, HATTI, AMIRI, DJADJE, ALPHAGA, HAIBALLA, PAPPÀ, OUSMANE, ALMOUSTAPHA.

Qu'ALLAH consolide nos liens de fraternité et d'amitié à jamais. Amen !

❖ **A LA RENNAISSANCE CONVERGENCE SYNDICALE**

Merci pour la formation syndicale et le soutien. Debout sur le champ de l'honneur et de la dignité, unis et déterminés et nous vaincrons. Que chacun et chacune puisse se souvenir constamment, que l'unité d'action syndicale demeure pour nous un devoir pour lequel nous serons toujours prêt même s'il faut notre sang. Agir pour réformer, réformer pour le salut de l'apprenant. Ce travail que nous présentons est aussi le vôtre.

❖ **A GAAKASSINAYE :**

Merci de m'avoir donné la chance de découvrir mes frères et soeurs au sein d'une famille unie et pétrie de chaleur humaine. Merci pour les moments de complicité, de bonne entente. C'est le lieu pour moi d'inviter tous les militants à plus d'exemplarité, à se battre sans relâche pour promouvoir l'unité, la solidarité, l'entraide et continuer à rehausser l'image des régions du Nord à travers la culture, recevez ce modeste travail comme le fruit de l'entraide que vous avez bien voulu m'accorder.

Je garde un très bon souvenir de vous.

Qu'ALLAH consolide nos liens de fraternité, d'amitié à jamais et qu'il facilite l'ascension au succès. Amen !

❖ **A tous les internes et infirmiers du service**

Bazin Isaïe DENA, Harouna KOULIBALY, Issa B BERTHE, Youssouf COULIBALY, Amadou KONE, Salif SANGARE, Adiarratou DOUMBIA, Drissa Oumar BERTHE, Zakari SAYE, Abdoulaye DOUMDIA Mamadou, Lassine SAMOURA, Youssouf BADIAGA, Bagna BABY, SAMAKE, Drissa COULIBALY, MODIBO, SALIF.

Loin de là toute idée d'ingratitude pour ceux dont les noms ne figurent pas sur la page. Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

❖ **A nos aînés** : Dr Mohamed BISSAN, Dr Soma TRAORE, Dr Ange Marie DEMBELE, Dr Sira COULIBALY, Dr Dramane HAIDARA, Dr Mama MOUNKORO, Dr Oumar BAMBA, Dr Adama DIALLO, Dr Louis TRAORE, Dr Cheick SOGODOGO, Dr Tidiane TRAORE, Dr Mohamed Chérif TRAORE, Dr Drissa KONE, Dr Cheick Hamala DIAKITE, Dr Daouda SAMAKE, Dr Louis TRAORE, Dr Salikou SANOGO, Dr Awa SIDIBE, la liste n'est pas exhaustive.

❖ **A tous les C.E.S qui sont passés par la chirurgie « A »** :
Dr Bamba, Dr Sidi SANGARE, Dr Ousmane, Dr Youssouf SIDIBE, Dr Sidibé, Dr Drissa, Dr L. SOUMARE, Dr MADIASSA, Dr CAMARA, Dr GUIRE, Dr BARRY, Dr TRAORE L, Dr BARRY ,DR Shankar , DR DAO ,

❖ **Au personnel de la chirurgie « A »** :
Major DABO, Major SANGARE Tiefing, Tanti AWA, Tanti Araba, Tanti Safi, Bassy.
Que DIEU vous prête meilleure et longue vie

❖ **A Dr ADAMA KOITA**
Cher Maître, votre large sens d'écoute, votre disponibilité, votre rigueur pour le travail bien fait, votre courage, votre abord facile et votre souci pour notre encadrement font de vous un maître exemplaire.

Cher Maître nous avons été impressionnés par la qualité de votre encadrement.
Trouvez ici, Cher Maître, l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect. Que Dieu Le Tout Puissant vous accorde sa grâce, longévité, paix et Santé. AMEN !

❖ **A tous nos maîtres de la chirurgie « A »** :
Pr. SOUMARE Sambou, Pr. SANGARE Djibril, Pr. SADIO Yena, Pr. SANOGO Zimogo Zié, Dr KOITA Adama, Dr OUATTARA Moussa, Dr TOGO Seydou, Dr SOW, Dr CAMARA, Dr KOUMARE.

Vos multiples conseils constituent pour nous une lumière et ligne de conduite dans la vie. Nous garderons à jamais en mémoire cet enseignement du professeur SOUMARE « le médecin ne doit avoir qu'un seul objectif : la prise en charge non traumatisante du patient ».

Veuillez accepter, l'expression de notre profonde gratitude sincère respect.

❖ **A l'Etat malien pour tous les efforts consentis à ma formation.**

Vive le MALI

un Peuple –un but une foi

ABREVIATION

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IMRFC: Institut Malien de recherche et de formation en coelio-chirurgie

PTFT: Pavillon Tidiane Faganda Traoré

CES : Certificat d'Etude Spécialisée

UGD : Ulcère Gastro-Duodénale

HTA : Hypertension artérielle

NFS : Numération Formule Sanguine

ASP : Abdomen Sans Préparation

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

MPI : MANNHEIM Index Péritonisis

EFC : Facteur de Croissance Epidermique

GEA : Gastro-Entéro-Anastomose

VBT : Vagotomie bi-tronculaire

Cm : Centimètre

L : Litre

Sommaire

I- INTRODUCTION	1
II- OBJECTIFS.....	3
III- GENERALITES	
3-1 Rappel anatomique.....	4
3-2 Physiopathologie de la maladie ulcéreuse.....	10
3-3 Pathogénie des perforations d'ulcère gastro-duodéal	14
3-4 Rappel clinique des perforations d'ulcère gastro-duodéal.....	15
IV- METHODOLOGIE	20
V- RESULTATS	
5-1 Epidémiologie.....	25
5-2 Signes cliniques	26
5-3 Examens para cliniques.....	35
5-4 Traitement.....	38
5-5 Pronostic.....	44
VI- DISCUSSION	
6-1 Méthodologie	47
6-2 Epidémiologie.....	47
6-3 Etude clinique.....	48
6-4 Signes para cliniques.....	52
6-5 Aspects thérapeutiques.....	53
6-6 Evolution et pronostic.....	56
VII- CONCLUSION.....	60
VIII-RECOMMANDATIONS.....	61
IX- BIBLIOGRAPHIE.....	62
X- ANNEXES.....	69

I INTRODUCTION

L'ulcère gastro-duodéal est une perte de substance creusant plus ou moins profondément la paroi gastrique ou duodénale. Il est la résultante d'un déséquilibre entre les facteurs d'agression et les facteurs de défense en un point précis de la muqueuse gastrique ou duodénale **[44]**

Au cours de son évolution il peut être responsable de plusieurs complications au nombre desquelles la perforation qui se traduit par une brèche au niveau de l'estomac et/ou du duodénum **[20]**.

Cette complication constitue par la péritonite qu'elle engendre une urgence médicochirurgicale relativement fréquente, de pronostic grave si la prise en charge est retardée avec un taux de mortalité pouvant atteindre 80% au delà des premières 24 heures **[41]**. En l'absence des facteurs pronostiques à savoir : un délai de 24 h ou plus depuis la perforation, l'existence d'un état de choc à l'admission et la sévérité des pathologies associées ; la mortalité est inférieure à 1 % **[56]**.

L'approche thérapeutique diffère selon que la perforation soit gastrique ou duodénale. Devant un ulcère gastrique la hantise du risque de dégénérescence conditionne l'approche thérapeutique. Le développement de la technique laparoscopie a permis d'étendre l'utilisation de la coelioscopie dans le traitement des ulcères gastro- duodénaux perforés dont le premier cas a été rapporté dans la littérature en 1990 par Mouret **[1]**.

Dans les pays développés, la fréquence des perforations d'ulcère gastro-duodéal a considérablement diminué grâce à une meilleure prise en charge. Ainsi selon Roméo **[36]** au Canada, les perforations d'ulcère gastro-duodéal représentent 5% des urgences abdominales et occupent la deuxième place des complications de l'ulcère après l'hémorragie.

De martines **[16]** en 1991 en Espagne avait eu un taux de mortalité de 6%.

Par contre en Afrique, selon Harouna **[29]** au Niger les perforations d'ulcère gastro-duodéal occupent le troisième rang des causes de péritonites après celles par perforation appendiculaire et par perforation typhique avec une fréquence de 15%.

OHENE-YEBOAH **[48]** dans une étude réalisée au Ghana en 2006 a noté que la prise d'anti-inflammatoire était responsable de la perforation dans 47,7% des cas. Le pronostic est encore grave à cause de l'admission tardive dans les centres

hospitaliers spécialisés. Angate **[54]** en 2000 en Côte d'Ivoire avait trouvé un taux de mortalité de 10%.

Au Mali ; la plupart des études ont concerné soit les perforations digestives en général soit les complications de l'ulcère. Dembélé **[17]** en 1974 avait trouvé une fréquence de 10.5% pour l'ensemble des urgences abdominales avec un taux de mortalité de 12%.

Selon Diallo **[18]** dans une étude réalisée en 1995 dans le service de chirurgie B de l'hôpital du point G, 25,5 % des ulcères gastro-duodénaux perforent.

Coulibaly I dans une étude réalisée en 2005 dans le service de chirurgie générale et pédiatrique au CHU Gabriel Touré avait noté une fréquence de 30% par rapport aux perforations digestives avec un taux de mortalité de 5%.

Victor **[52]** en 2008 dans le service de chirurgie B du CHU du du Point-G avait noté une fréquence de 14,2% par rapport aux étiologies des péritonites avec un taux de mortalité de 5,8%.

Notre travail a pour but d'étudier cette complication dans les services de chirurgie A et B du CHU du Point-G.

II- OBJECTIFS

Objectif general

→ Etudier les perforations d'ulcère gastro-duodéal dans les services de chirurgie « A » et « B » du CHU du point G.

Objectifs spécifiques :

→ Déterminer la fréquence des perforations d'ulcère gastro-duodéal

→ Décrire les signes cliniques et para cliniques liés aux perforations d'ulcère gastro-duodéal

→ Décrire les techniques chirurgicales utilisées.

→ Déterminer le pronostic.

III- GENERALITES

3-1- Rappel anatomique :

3-1-1- L'estomac :

C'est un réservoir musculo-membraneux, interposé entre l'œsophage et le duodénum, il est situé en dessous du diaphragme dans la cavité abdominale où il occupe l'hypochondre gauche et une partie de l'épigastre. C'est la partie la plus large du tube digestif. A jeun il a 25 cm de long sur 10 cm de large chez l'homme [11].

L'orifice d'entrée est le cardia (ou l'orifice cardial). Il est le siège d'un système anti-reflux, formant l'incisure cardiale, sans sphincter vrai.

L'orifice de sortie est le pylore où existe un sphincter pratiquement fermé en permanence qui ne s'ouvre que par intermittence lors de la digestion fig.1 [11]

L'estomac comprend une portion verticale (corps) surmontée d'une grosse tubérosité (fundus où siège la poche à air) et une portion horizontale, l'antrum qui aboutit au pylore. Son bord droit s'appelle petite courbure et son bord gauche, grande courbure.

Dans la cavité gastrique se passe un temps important de la digestion sous l'action d'un double phénomène :

- mécanique, dû aux contractions des muscles de l'estomac (péristaltisme) et,
- chimique dû au suc gastrique sécrété par les glandes de la paroi.

Ces deux phénomènes aboutissent à la formation du chyme [28].

3-1-1-1 Structure générale de l'estomac [24] :

La paroi de l'estomac comprend quatre couches :

- une couche interne muqueuse qui a un rôle de sécrétion,
- la sous-muqueuse formée d'une lame de tissu conjonctif très irriguée en profondeur, et les fibres longitudinales en superficie,
- la musculuse formée de fibres longitudinales, circulaires et obliques assurant le brassage et le cheminement du bol alimentaire ; elle est plus développée vers l'antrum.
- la couche externe ou séreuse est une mince couche de péritoine, membrane qui tapisse la paroi interne de la cavité abdominale et pelvienne, et les organes contenus dans cette cavité. [24]

3-1-1-2 Vascularisation de l'estomac [24] :

Elle est assurée par le tronc cœliaque qui se divise en 3 branches : l'artère hépatique commune, l'artère splénique, l'artère gastrique gauche (coronaire stomachique).

- L'artère gastrique droite est une branche de l'artère hépatique elle s'anastomose avec l'artère gastrique gauche .Sa branche postérieure est inconstante.
- L'artère gastrique gauche monte devant le pilier gauche du diaphragme, pénètre dans le petit épiploon et suit la petite courbure. Elle donne des branches destinées à l'œsophage, au cardia, à la coupole du fundus. En arrière elle donne parfois une artère gastrique postérieure.
- L'artère gastro-épiploïque droite est une branche de l'artère gastro-duodénale qui naît de l'artère hépatique.
- L'artère gastro-épiploïque gauche est une branche de l'artère splénique.

Ces deux dernières forment le cercle artériel de la grande courbure

Les artères courtes sont des branches de l'artère splénique.

Les veines de l'estomac :

La veine coronaire stomachique, la veine pylorique, les veines gastro-épiploïques droite et gauche se drainent dans le système de la veine porte. Dans la région de l'œsophage les veines gastriques s'anastomosent avec les veines œsophagiennes.

3-1-1-3 Innervation de l'estomac [24] :

L'estomac reçoit une innervation sympathique et para sympathique.

- L'innervation sympathique atteint l'estomac par les nerfs grands splanchniques qui viennent des segments médullaires T5 à T9. Les nerfs sympathiques inhibent le péristaltisme et ferment le pylore.
 - L'innervation para sympathique vient des nerfs pneumogastriques (10^{ème} nerf crânien) de grand intérêt pratique.

Les 2 pneumogastriques traversent le médiastin postérieur au contact de œsophage et forment un véritable plexus. De ce plexus naît le pneumogastrique antérieur ou nerf gastro-hépatique et le pneumogastrique postérieur ou nerf pneumogastrique abdominal.

Le nerf gastro-hépatique donne une branche hépatique et le nerf antérieur de la petite courbure destiné à l'estomac (nerf de LATARJET).

Le pneumogastrique abdominal donne le nerf postérieur de la petite courbure. Les nerfs de la petite courbure innervent le pylore et l'antrum gastrique. Ils augmentent le péristaltisme, ouvrent le sphincter pylorique et entraînent la sécrétion acide par le corps de l'estomac.

Le pneumogastrique abdominal donne l'innervation para sympathique du tube digestif jusqu'à l'angle droit du côlon, de la rate, du foie, du pancréas et des reins. Certaines fibres atteignent le pylore en suivant l'artère hépatique ou la gastro-épiploïque.

Il est possible chirurgicalement de sectionner les branches des pneumogastriques uniquement destinées à l'estomac et de supprimer ainsi la sécrétion acide chez les malades porteurs d'un ulcère sans interrompre ni la motricité antro-pylorique ni l'innervation sympathique des autres viscères abdominaux. Ces interventions s'appellent vagotomie sélective et hyper sélective.

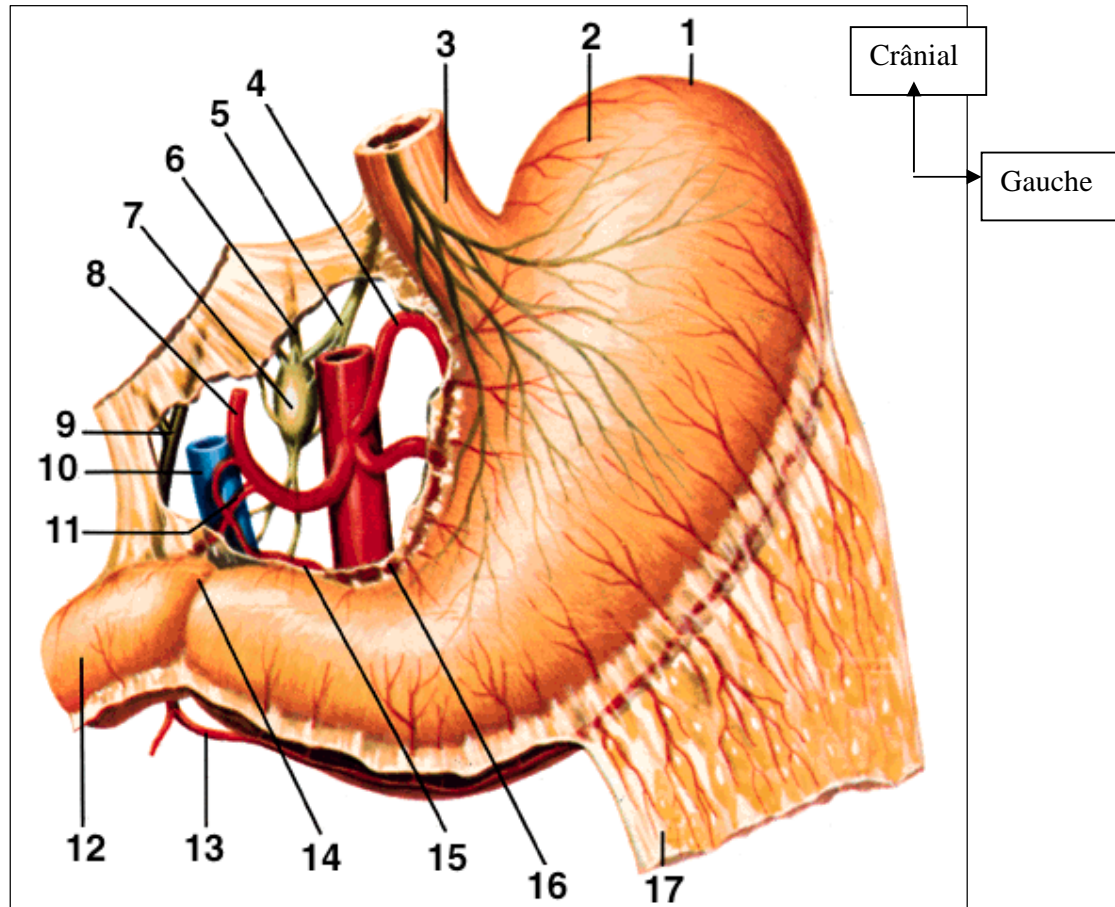


Figure 1 : **Estomac et ses vaisseaux.** [41]

1. pôle supérieur de la grande courbure
2. grosse tubérosité
3. oesophage
4. artère coronaire stomachique
5. nerf vague (X)
6. nerf splanchnique
7. plexus préviscéral
8. artère hépatique propre
9. canal hépatique
10. veine cave inférieure
11. artère pancréatico-duodénale
12. duodénum
13. artère gastro-épiplœique droite
14. pylore
15. artère gastrique droite
16. aorte abdominale
17. grand épiploon

3-1-2- Le duodénum [24] :

Il veut dire en latin « par douze » car il mesure 12 travers de doigts, forme un anneau complet autour de la tête du pancréas. Sa longueur est de 25 cm, avec un diamètre de 3 à 4 cm. C'est la partie du tube digestif qui fait suite à l'estomac et constitue le segment initial de l'intestin grêle.

Il prend son origine au flanc droit de L1 (pylore) marqué par le sillon duodéno pylorique ; il se termine au flanc gauche de L2 (angle duodéno-jéjunal).

Il comprend :

- 1^{er} duodénum : horizontal du pylore au genou supérieur, sa portion initiale ampullaire est appelée bulbe : partie mobile, puis se pariétalise et se termine en dessinant l'angle supérieur.
- 2^{ème} duodénum : vertical, du genou supérieur au genou inférieur, c'est le duodénum pré-rénal. Seuls ses 2 /3 supérieurs présentent les glandes de Brunner spécifiques du duodénum,
- 3^{ème} duodénum : horizontal,
- 4^{ème} duodénum : ascendant jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal .

Au niveau du duodénum se terminent les voies excrétrices du foie (cholédoque) et du pancréas (canal pancréatique) . **[24]**

Comme l'estomac, il comprend 4 tuniques :

- La séreuse
- La musculuse
- La sous -muqueuse
- La muqueuse

Vascularisation du duodénum [26] :

Elle se fait par :

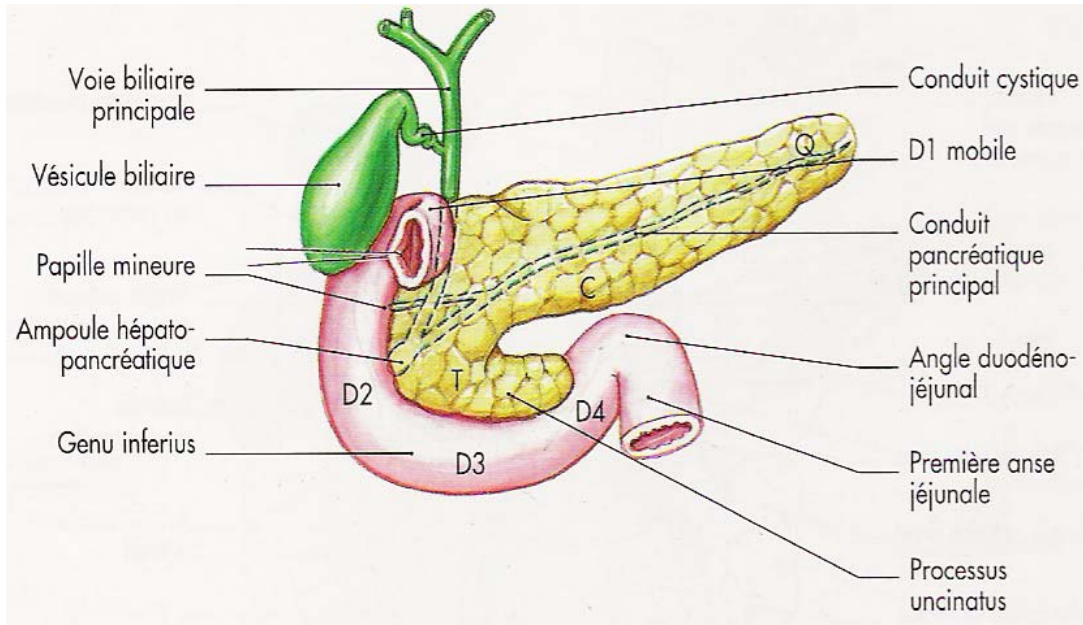
- L'artère pancéatico-duodénale supérieure,
- L'artère pancéatico-duodénale inférieure.

Le duodénum est à cheval sur les territoires vasculaires du tronc coélique et de l'artère mésentérique supérieure. Ces 2 artères importantes s'anastomosent au niveau de la partie moyenne du 2^{ème} duodénum. La dernière branche de l'axe coélique est la pancréatico-duodénale supérieure, et la première branche de la mésentérique supérieure est la pancéatico-duodénale inférieure.

Les veines se drainent dans la veine porte.

cranial

droit



D1 : Partie cranial du duodénum

D2 : Partie descendante

D3 : Partie horizontale

T : Tête du pancréas

C : Corps du pancréas

Q : Queue du pancréas

Fig 2 : Cadre duodéal selon J M CHEVALIER [31]

3-2 - PHYSIOPATHOLOGIE DE LA MALADIE ULCEREUSE [4,7, 12, 20, 21, 22, 40]

Elle se présente sous la forme d'une opposition agression – défense.

3- 2- 1- Agression chlorhydrique :

3-2- 1- 1 La pepsine :

Elle est sécrétée sous forme de précurseurs : les pepsinogènes.

Elle érode la couche de mucus qui normalement forme un gel à la surface de la muqueuse.

Cependant son action reste très limitée en surface, car elle ne peut diffuser à l'intérieur du gel, lequel est renouvelé en permanence à partir de l'épithélium.

3-2-1-2- La rétro diffusion d'ions H⁺ dans la muqueuse :

Elle constitue une phase essentielle de l'agression. Le risque d'ulcère est accru si la sécrétion acide est augmentée, mais la présence d'acide n'est généralement pas suffisante pour entraîner un ulcère. La défense opposée par la muqueuse doit en outre être débordée, soit qu'elle ait été amoindrie, soit qu'elle n'ait pu s'adapter à un excès de sécrétion.

L'hypersécrétion chlorhydropeptique peut avoir plusieurs origines possibles :

- ° Augmentation du nombre de cellules pariétales sécrétantes, qui peut être primitive ou secondaire à une élévation du taux d'hormone trophique de l'estomac (essentiellement la gastrine). Cet état peut être d'origine génétique.

- ° Hypersécrétion de gastrine observée au cours des sténoses pyloriques et dans de rares cas d'augmentation du nombre de cellules G antrales ou de leur hyperactivité.

- ° Accroissement de la sensibilité aux stimulants de la sécrétion naturelle (gastrine, repas protéique) ou synthétique (pentagastrique, histamine).

Une diminution de l'inhibition de la sécrétion gastrinique par l'alcalinité antrale.

3-2-2- La défense muqueuse :

3-2-2-1 La barrière muqueuse :

Le système mis en œuvre par la muqueuse de l'estomac et du duodénum pour s'opposer à la pénétration des ions H⁺ d'origine liminale repose sur quelques lignes de défense :

- ° La 1^{ère} ligne de défense est la couche de mucus riche en bicarbonates.

Cette couche se présente sous forme d'un gel de consistance viscoélastique, composée de glycoprotéines disposées en réseau et constituées de quatre (4) sous

unités unies entre elles à leur axe protéique par des ponts disulfures ; elles contiennent également des phospholipides qui confèrent au gel des propriétés hydrophobes .

Les anomalies structurelles et des altérations fonctionnelles du mucus de l'estomac ont été mises en évidence dans la maladie ulcéreuse :

- ° La couche de gel est fragmentée, hétérogène, opaque par endroits.

La proportion de glycoprotéines dégradées monomériques est excessive dans le gel et leur concentration est accru dans le liquide gastrique.

La viscoélasticité du gel est réduite et sa perméabilité aux ions H⁺ est plus grande.

Les anomalies du mucus gastrique ont été constatées non seulement chez les patients atteints d'ulcère d'estomac mais aussi, bien que dans une moindre mesure, chez les ulcéreux duodénaux.

- ° L'épithélium forme la 2^{ème} ligne de défense

Les cellules qui le constituent sécrètent des glycoprotéines, des lipides et des bicarbonates. Elles sont aussi capables de se débarrasser des ions qui pénètrent dans leur cytoplasme selon deux (2) modalités : elles les tamponnent par des ions HCO₃ provenant des espaces interstitiels de la lamina propria et entrent dans la cellule en échange d'ions Cl⁻ ; alternativement elles expulsent les ions dans les espaces interstitiels grâce à l'intervention d'une Na + K⁺ ATPase située à leur pôle basal.

Ces fonctions cellulaires ne peuvent s'exercer que moyennant l'apport d'oxygène et de bicarbonates.

3-2-2-2- La réparation :

La survenue d'un ulcère résulte également d'un défaut dans le processus de réparation. Les mécanismes régulateurs de ce phénomène de réparation sont mal connus.

L'intervention du facteur de croissance épidermique (E, C, F), encore connu sous le nom d'urogastrone, est suggérée par plusieurs études expérimentales.

L'ECF sécrété dans la salive et le duodénum, diminue la sécrétion acide et est un puissant stimulant de la migration et de la prolifération cellulaires.

3-2-3 Facteurs favorisants :

3-2-3-1 Hélicobacter pylori :

Plusieurs arguments plaident en faveur de son intervention dans la maladie ulcéreuse :

La gastrite antrale chronique de type B avec présence d'HP s'observe chez plus de 90% des ulcéreux duodénaux et chez environ 70% des ulcéreux gastriques.

° L'ulcère duodéal se situe le plus souvent au sein d'une zone de métaplasie gastrique du bulbe et HP se trouve dans ce foyer métaplasique. L'hyperacidité serait à l'origine de la métaplasie gastrique du duodénum, qui serait alors colonisé par HP provenant de l'antra.

La fréquence des récurrences d'ulcère duodéal diminue fortement après éradication d'HP.

3-2-3-2 Hypersécrétion acide :

Le syndrome de Zollinger – Ellison démontre qu'une hypersécrétion acide peut à elle seule provoquer un ulcère.

Dans l'ulcère gastrique, l'acidité est normale et même souvent diminuée.

3-2-3-3- Troubles de la motricité :

Ils concernent la vidange gastrique et le reflux duodéno- gastrique.

3-2-3-4- Facteurs génétiques :

La prévalence de l'ulcère gastro-duodéal est plus élevée chez les parents du premier degré d'un patient atteint d'ulcère gastrique ou duodéal. Dans les familles comptant de nombreux ulcéreux duodénaux, la particularité le plus souvent observée est une augmentation du taux sérique de pepsinogène I, caractère apparemment transmis selon le mode autosomique dominant.

On distingue deux sous groupes d'ulcères duodénaux : l'un constitué de patients avec antécédents familiaux, à début précoce de la maladie et sécrétion acide augmentée ; l'autre constitué de patients du groupe O, sans antécédents familiaux, à début tardif et à sécrétion acide normale.

– Le risque d'ulcère duodéal est plus grand (30 %) chez les sujets de groupe sanguin O que chez les porteurs des groupes A, B et AB. Certaines familles d'ulcéreux gastriques présentent une concentration élevée de pepsinogène II dans le sérum.

3-2-3-5 Facteurs médicamenteux :

° L'aspirine et les salicylates sous toutes leurs formes semblent être un facteur important d'hémorragie digestive.

L'aspirine serait capable de créer un ulcère aigu mais surtout de faire saigner ou de réveiller un ulcère antérieur jusqu'alors latent.

° Les anti inflammatoires

La toxicité des AINS pour la muqueuse gastro-duodénale se manifeste par l'apparition d'érosions et parfois d'un ulcère, le plus souvent gastrique ; celui-ci est fréquemment asymptomatique et sa présence est révélée à l'occasion de complications.

Tous les anti-inflammatoires y compris les corticoïdes exposent au réveil des ulcères antérieurs latents quelle que soit la voie d'administration.

Ils semblent plus ulcérogènes que l'aspirine de par leur efficacité sur l'inflammation.

La voie parentérale, en particulier pour les corticoïdes semble moins agressive pour la muqueuse gastro-duodénale.

3-2-3-6- Facteurs environnementaux :

. **Le tabac** : L'ulcère est deux fois plus fréquent chez les fumeurs hommes et femmes .Il existe également une corrélation entre le nombre de cigarettes et la fréquence de la maladie.

Chez les fumeurs, la concentration salivaire de l'E.G.F est diminuée, la sécrétion acide de l'estomac est augmentée, le reflux duodéno-gastrique est plus abondant, la sécrétion de bicarbonates par la muqueuse duodénale et le pancréas en riposte à l'acidification du duodénum est moindre.

. **Le régime alimentaire** : le mode alimentaire ne paraît pas jouer un rôle prépondérant dans la maladie ulcéreuse ; toute fois, la basse fréquence de l'ulcère dans les populations dont l'alimentation est riche en son de blé et la moindre incidence des récidives d'ulcère duodénal après enrichissement du régime en fibres suggèrent que celles-ci exercent un rôle protecteur.

Les deux mécanismes invoqués sont la sécrétion abondante d'EGF salivaire résultant de la mastication prolongée que leur ingestion exige et le ralentissement de l'évacuation gastrique qu'elles provoquent. La diminution progressive de fréquence de l'ulcère au cours des dernières décennies pourrait être attribuable à la quantité croissante d'huile végétale dans le régime alimentaire durant cette période.

3-2-3-7- Facteurs psychologiques :

Les facteurs psychologiques influencent le cours de la maladie : changement de travail, ennuis financiers, ou autres. Le rôle de l'anxiété, d'émotions réprimées entraînant une hypersécrétion acide est probable. Cependant il n'a pu être démontré que les facteurs précédents retrouvés avant les poussées puissent être à l'origine de la maladie ulcéreuse elle même.

3-3- Pathogénie des perforations d'ulcère gastro-duodéal :

Les perforations d'ulcère gastro-duodéal sont le plus souvent spontanées et résultent de deux mécanismes

3-3-1 Les perforations médicamenteuses :

Les perforations par nécrose sont plus rares que celles par ulcération. Les anti-inflammatoires stéroïdiens, le chlorure de potassium détermineraient cette lésion. En effet, l'attaque de la cuticule protectrice de comprimé de chlorure de potassium en particulier, par le suc gastrique permet la libération rapide de potassium et son absorption localisée sur un court segment de l'estomac. La forte concentration du potassium dans les veines intestinales déterminerait un spasme ou une atonie avec stase, œdème et infarctissement pouvant conduire à l'ulcération, et enfin à la perforation [25].

3-3-2- Sur organe malade :

Les perforations d'ulcère gastro-duodéal peuvent être provoqués par :

- une endoscopie (fibroscopie),
- une tentative de dilatation au niveau oesophagien,

Le plus souvent, elles sont spontanées. Dans ces derniers cas, les lésions sont de trois stades :

- première lésion : congestion, gêne de la circulation veineuse de retour donnant une couleur rouge à la lésion. La suffusion sanguine sous-séreuse, hypersécrétion liquidienne entraînent l'œdème et la distension. Cette lésion est réversible ;
- deuxième lésion : l'ischémie puis interruption de la circulation artérielle donnent une couleur noir à la lésion. La muqueuse et la musculature sont intéressées par cette lésion et prépare la perforation ;
- troisième lésion : gangrène et perforation [30].

3-4- Rappel clinique des perforations d'ulcère gastro-duodéal [38] :

Quelle qu'en soit l'étiologie, les perforations en péritoine libre peuvent survenir :

- soit de façon brutale réalisant d'emblée un syndrome franc de péritonite aiguë généralisée, souvent révélateur de l'affection causale ,
- soit au cours de l'évolution subaiguë ou chronique de lésions inflammatoires spécifiques ou non, donnant lieu alors à un processus de péritonite cloisonnée susceptible d'évoluer vers la fistulisation secondaire à la peau ou dans un viscère creux voisin.

3-4-1- Type de description

Perforation d'ulcère gastro-duodéal en péritoine libre.

3-4-1-1- Signes fonctionnels :

- La douleur est le signe essentiel. D'une extraordinaire violence, c'est véritablement le « coup de poignard » épigastrique qui surprend brutalement le malade et l'oblige à se plier en deux. Elle est persistante, constante et s'atténue que tardivement, pouvant faire croire à une rémission ;
- Les vomissements alimentaires, puis bilieux sont très inconstants ;
- L'hémorragie digestive l'est plus encore ;
- Arrêt des matières et des gaz peut être observé.

3-4-1-2- Signes généraux :

L'état d'angoisse et de choc frappent d'emblée chez ce malade, pâle, couvert de sueur froide, un pouls accéléré et faible, la température est normale ou modérément élevée.

3-4-1-3- Signes physiques :

- Inspection : le malade présente un abdomen immobile dont les muscles se dessinent sous la peau (saillie des muscles droits).
- Palpation : elle se fait la main à plat en commençant par les endroits les moins douloureux, s'appuyant sans brutalité sur l'abdomen. Elle retrouve :
 - une douleur épigastrique,
 - une résistance totale (ventre de bois) que ne réussissent à vaincre ni la fermeté, ni la patience.
- Percussion : sur le malade demi-assis, elle retrouve parfois à la place de la matité hépatique, une sonorité anormale.

- Toucher rectal : il réveille souvent la douleur au niveau du cul-de-sac de Douglas.

3-4-1-4- Signes des examens complémentaires :

Abdomen sans préparation

- Face debout centré sur les coupes diaphragmatiques
- Face couché,
- Profil couché.

Retrouve : le pneumopéritoine :

- croissant gazeux clair, inter-hépatodiaphragmatique et sous diaphragmatique gauche sur les clichés debout de taille variable.

Sur le profil couché : clarté gazeuse sous pariétale :

- épanchement intra péritonéal : grisaille diffuse,
- iléus réflexe : distension gazeuse du grêle et du côlon avec niveaux hydroaériques.

Echographie abdominale : [39,43]

Peut confirmer le diagnostic d'épanchement péritonéal.

Elle peut montrer également une ligne hyperéchogène entre la convexité du foie et la paroi abdominale antérieure en rapport avec le pneumopéritoine.

Le scanner : [39,43]

Montre une bulle gazeuse extra digestive dans la région pré pédiculaire hépatique, dans la région du ligament rond, à condition d'utiliser un fenêtrage adéquat. L'épanchement intra péritonéal prédomine à l'étage sus-mésocolique. Ces anomalies peuvent être rattachées à une perforation d'ulcère, si l'on retrouve un épaississement, un hématome pariétal, ou si la graisse péritonéale en périphérie apparaît infiltrée.

3-4-1-5- Examens préopératoires :

groupage rhésus, NFS, ionogramme, urée, glycémie, créatininémie, crase sanguine, ECG, radiographie pulmonaire.

3-4-2- Formes cliniques :

Toutes les perforations d'ulcère ne présentent pas cette symptomatologie typique :

- il en est où les signes principaux se trouvent dans la fosse iliaque droite, simulant une appendicite aiguë ;

- d'autres évoluant en deux temps, séparés par une période d'accalmie plus ou moins longue ;
- certaines sont moins violentes et guérissent spontanément : ce sont les perforations qui sont spontanément couvertes par un organe voisin (foie, vésicule, épiploon) ;
- Certaines encore peuvent évoluer progressivement vers la constitution d'une collection suppurée ;
- Enfin, une hémorragie digestive peut accompagner ou précéder une perforation assombrissant notablement le pronostic.

Tous les ulcères, qu'ils siègent sur le duodénum, le canal pylorique, sur la petite courbure ou l'une des faces du corps de l'estomac sont susceptibles de perforer.

3-4-3- Diagnostic :

L'importance de reconnaître tôt une péritonite par perforation d'ulcère G. D. n'a plus besoin d'être soulignée.

- Il faut d'abord, c'est l'essentiel, reconnaître la péritonite qu'affirment aisément la douleur brutale et la contracture abdominale.
- Rattacher cette péritonite aiguë à une perforation d'ulcère est facile, comme nous l'avons vu dans certains cas. Dans ceux par contre, où manquaient les antécédents ulcéreux, l'hésitation est permise avec la péritonite appendiculaire, la plus fréquente après la péritonite par perforation ulcéreuse et également avec des péritonites de causes rares, telles que la péritonite par perforation d'un diverticule de Meckel, d'un ulcère colique. Dans ces cas il convient avant tout de poser l'indication opératoire, à charge à la laparotomie d'apporter les précisions.

3-4-4- Traitement :

3-4-4-1- Le but :

- Assurer une correction des troubles hydro - électrolytiques
- Lever le foyer de contamination par le traitement de la péritonite
- Traiter la perforation
- Traiter la maladie ulcéreuse afin d'éviter les récurrences

3-4-4-2- Les moyens :

Sont médicaux et chirurgicaux

3-4-4-2-1- Moyens médicaux :

- La réanimation : c'est le premier temps essentiel. Elle associe :
 - la ré équilibration hydro-électrolytique avec une voie veineuse,
 - sonde naso-gastrique pour une aspiration douce et continue,
 - sonde urinaire pour une surveillance de la diurèse.
- Antibiothérapie Précoce,
 - active sur les germes aérobies et anaérobies,
 - Adaptée aux germes retrouvés dans les différents prélèvements (pus péritonéal).
- Traitement de la maladie ulcéreuse : par les anti H2 ou les I p p.

La méthode de Taylor consiste en l'aspiration continue du contenu gastrique par une sonde nasale. Elle favorise l'obturation de la perforation par les organes de voisinage et donne des guérisons très spectaculaires.

Elle ne doit cependant être appliquée qu'avec beaucoup de discernement dans des cas bien choisis (diagnostic certain, perforation récente, survenue à distance du dernier repas, patient en bon état général) , et nécessite de la part du médecin et de l'infirmier, une surveillance très étroite du malade car elle comporte le grand risque de laisser évoluer la péritonite si l'effet voulu n'est pas obtenu.

3-4-4-2-2- Traitement chirurgical :

La perforation aiguë en péritoine libre d'un ulcère gastro-duodénal doit être opérée dans les plus brefs délais. Dès l'incision du péritoine du gaz s'échappe, plus ou moins abondant, il existe un épanchement liquidien muqueux, teinté, souvent mêlé de débris alimentaires.

La perforation peut être évidente si elle est antérieure ; dans d'autres cas, elle est masquée par l'épiploon, ou postérieure et demande d'être recherchée avec soins. Il faut encore en évaluer le diamètre qui va de celui de lentille à celui d'un pois de terre, et apprécier l'état de la paroi gastrique ou duodénale à sa périphérie, puis procéder à un prélèvement (biopsie) si perforation gastrique. Ceci étant le chirurgien se décidera : soit pour une obturation simple de la perforation par suture, soit pour

une intervention majeure : la gastrectomie large telle qu'on la pratique « à froid » pour les ulcères compliqués.

3-4-4-3- Indications :

3-4-4-3-1- Traitement médical :

Il s'applique aux perforations d'ulcère gastro-duodéal répondant aux critères de Taylor

- diagnostic certain
- malade vu tôt (moins de 6H)
- malade à jeun
- malade en bon état général
- absence de complications associées.

3-4-4-3-2- Traitement chirurgical :

La suture simple si ulcère jeune , la vagotomie pyloroplastie après suture dans certains cas , la gastrectomie partielle dans d'autres cas.

.3-4-5- Résultats et pronostic :

Le pronostic dépend avant tout, de l'heure de l'intervention. Vues tôt, les péritonites par perforation d'ulcère gasro-duodéal guérissent presque toutes, mais passé la 16^{ème} ou 17^{ème} heure, la mortalité est beaucoup plus importante : elle atteint 20 à 30%, passée la 24^{ème} heure, la guérison devient tout à fait exceptionnelle **[41]**.

IV. METHODOLOGIE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive.

2. Période d'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de 7 ans et 6 mois ; allant de Janvier 2001 à Juin 2008.

3. Cadre d'étude

Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

Construit en 1906, et devenu opérationnel à partir de 1916, l'Hôpital du Point G couvre une superficie de 25 hectares.

Il est situé à 8 km de la ville de Bamako vers le nord, sur la colline du POINT G surplombant la ville. Bien que situé sur un site escarpé, son accès est facile, car la route qui y mène fait partie des meilleures routes de la ville de Bamako. Il reçoit des malades venant du district de Bamako, mais aussi de l'intérieur du pays. Cet hôpital participe à des actions de santé publique, de formation et de recherche dans le domaine de la santé.

Il comporte en son sein plusieurs services :

- une administration générale,
- un service de maintenance ;
- des services médicaux tels que : le service d'anesthésie et de réanimation, les services de cardiologie A et B, le service des maladies infectieuses, le service d'hémato-oncologie, le service de médecine interne, le service de rhumatologie, le service de néphrologie et d'hémodialyse, le service de neurologie, le service de pneumo-phtisiologie, le service de psychiatrie ;
- des services de chirurgie tels que : la chirurgie « A » (service de chirurgie viscérale, endocrinienne, thoracique et de coelioscopie), la chirurgie « B » (service de chirurgie viscérale vasculaire et endocrinienne), le service d'urologie et le service de gynéco obstétrique ;
- un laboratoire et une pharmacie hospitalière ;
- un service d'imagerie et de médecine nucléaire ;
- une morgue.

Il comporte également des logements pour certains cadres de l'hôpital.

Présentation du service de chirurgie « A »

Les activités chirurgicales de ce service sont dominées par la chirurgie digestive, thoracique et endoscopique.

Le service comprend deux pavillons [Pavillon Tidiani Faganda TRAORE (PTFT) et Pavillon Chirurgie II] et un institut, (l'Institut Malien de Recherche et de Formation en Coelio-chirurgie) :IMRFC . Ces pavillons comprennent 40 lits d'hospitalisation. L'INSTITUT abrite quatre bureaux, deux blocs opératoires, un magasin, une salle de réunion.

Le personnel est constitué comme suit :

- quatre Professeurs ;
- trois Maîtres –Assistants ;
- trois Praticiens hospitaliers ;
- six médecins inscrits au Certificat d'Etudes Spécialisées (CES) ;
- quatorze étudiants en instance de thèse et Faisant Fonction d'Interne ;
- treize Infirmiers : 5 au PTFT, 4 en CHIR II et 4 au bloc opératoire ;
- une secrétaire ;
- six Techniciens de surface : trois dans chaque pavillon.

Présentation du service de chirurgie « B »

Il comprend deux secteurs : la chirurgie I et le pavillon Dolo .Il est doté de 25 lits, de 4 professeurs et 2 chirurgiens chefs de clinique. Il disposait pour son activité chirurgicale d'une salle d'opération pour la chirurgie aseptique.

Il existe une salle d'urgence commune à tous les services de chirurgie pour les interventions septiques.

4. Patients :

Tous les patients ont été recrutés dans les services de chirurgie « A » et <> du C.H.U du Point G.

Le recrutement a concerné les malades des deux sexes et tout âge.

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

5. Critères d'inclusion:

Tous les patients présentant une perforation d'ulcère gastrique ou duodénal confirmée par la laparotomie, ont été inclus dans l'étude.

6. Critères de non n'inclusion :

- Les patients présentant des perforations digestives non situées sur l'estomac ou le duodénum, les perforations traumatiques et les perforations tumorales.
- Les patients suspects de perforations et non opérés

7. Les supports des données ont été :

- les dossiers médicaux,
- les registres d'hospitalisation,
- les registres des comptes rendus opératoires, et de protocoles d'anesthésie
- la fiche d'enquête préétablie.

8 : Analyse des données :

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés sur le logiciel Office Word 2003

. L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS version 12.0

Le test statistique utilisé a été le test de Chi². Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

V : RESULTATS

5. 1 Epidémiologie

Durant la période d'étude allant janvier 2001 à Juin 2008 nous avons enregistré 120 patients pour perforation d'ulcère gastro-duodénal sur 2795 malades reçus en urgences soit **4,2%**. Les péritonites, toutes les étiologies confondues ont représenté 793 patients (28,37%). Les perforations d'ulcère gastro-duodénal ont représenté 15,13% des étiologies des péritonites.

TABLEAU 1 : Répartition des patients selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
20 -29	35	29,2
30- 39	40	33,3
40 – 49	20	16,7
50 -59	12	10,0
60 -69	13	10,8
Total	120	100

La tranche d'âge 30-39 était la plus représentée soit 33,3% des cas.

TABLEAU 2: Répartition des patients selon le sexe

sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	109	89,8
Féminin	11	9,2
Total	120	100

Le sexe masculin était le plus représenté soit 89,8% ; le sexe ratio était de 9,9 en faveur des hommes.

Tableau 3 : Répartition des patients selon l'année de recrutement

année	Effectif	pourcentage
2001	7	5,84
2002	11	9,16
2003	13	10,8
2004	17	14,2
2005	15	12,5
2006	20	16,7
2007	24	20
2008 (6 mois)	13	10,8
Total	120	100

Le plus grand taux a été enregistré en 2007 soit 20% des cas.

Tableau 4 : Répartition des patients selon la provenance

Zone de provenance	Effectif	pourcentage
urbaine	34	28,3
rurale	86	71,7
total	120	100

Les 71,7% des patients venaient du milieu rural.

TABLEAU 5: Répartition des patients selon la durée d'évolution de la symptomatologie avant la première consultation médicale.

Durée de la symptomatologie : heure	Effectif	Pourcentage
< 48	94	78,37
Entre 48 et 72	15	12,5
> 72	11	9,16
Total	120	100

La durée d'évolution de la symptomatologie était inférieure ou égale à 48 heures dans 78,37% des cas.

5. 2 Signes cliniques

TABLEAU 6: Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur	58	48,4
Douleur+Hoquet	10	8,3
Douleur+Vomissement	28	23,3
Douleur+Arrêt des matières et de gaz	24	20,0
Total	120	100

La douleur abdominale a été le principal motif de consultation chez tous nos patients (100%). Elle était quelque fois associée aux vomissements, à l'arrêt des matières et des gaz ou aux hoquets.

TABLEAU 7 : Répartition des patients selon le siège de la douleur

Siège	Effectif	Pourcentage
Fosse iliaque gauche	5	4,2
Fosse iliaque droite	8	6,7
Hypochondre droit	15	12,5
Péri ombilical	12	10,0
Epigastre	52	43,3
Diffus	28	23,3
Total	120	100,0

Le siège épigastrique a été le plus représenté soit 43,3% des cas.

TABLEAU 8 : Répartition des patients selon le type de la douleur

TYPE	Effectif	Pourcentage
Brûlure	16	13,3
Coup de poignard	62	51,7
Torsion	11	9,2
Crampe	24	20,0
Indéterminé	7	5,8
Total	120	100,0

Le coup de poignard a été le type de douleur le plus retrouvé soit 51,7% des cas.

TABLEAU 9 : Répartition des patients selon l'intensité de la douleur

Intensité	Effectif	Pourcentage
intense	106	88,4
modéré	10	8,3
faible	4	3,3
Total	120	100

La douleur était intense chez la majorité des patients avec 88,4%

TABLEAU 10: Répartition des patients selon les signes digestifs associés

Signes digestifs	Effectif	Pourcentage
Nausées	35	29,2
Hoquets	8	6,7
vomissement	28	23,3
Arrêt de matières et de gaz	24	20,0
Aucun	25	20,8
Total	120	100

Les nausées étaient le signe le plus associé soit 29,2% des cas.

TABLEAU 11: Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Epigastralgie	58	48,33
Ulcère	13	10,83
Aucun	43	35,8
Diabète	2	1,7
Hypertension artérielle	4	3,3
Total	120	100,0

La majorité des patients avait des antécédents d'épi gastralgie soit 48,33% des cas.

Tableau 12 : Répartition des patients selon les facteurs favorisant la perforation

Facteur déclanchant	Effectif	Pourcentage
aucun	17	14,18
AINS	28	23,33
faim	24	20,0
stress	10	8,3
Tabac	41	34,16
Total	120	100

Le tabac était le facteur favorisant le plus rencontré soit 34,16% des cas.

Tableau 13 : Répartition des patients selon les valeurs de la tension artérielle (TA) systolique

Valeurs de la TA systolique en Cm	Effectif	pourcentage
<10	58	48,4
10 - 14	50	41,6
>14	12	10
Total	120	100

La valeur de la tension artérielle systolique était inférieure à 10 cm chez 48,4% des patients.

TABLEAU 14: Répartition des patients selon la température corporelle

Température	Effectif	Pourcentage
35° -36°9	7	5,8
37° - 37°8	10	8,3
37°9 – 40	103	85,8
Total	120	100,0

La majorité de nos patients présentait de la fièvre soit 85,8% des cas.

TABLEAU 15: Répartition des patients selon le pouls périphérique

pouls	Effectif	Pourcentage
<60	4	3,3
60 – 79	31	25,8
80 – 100	63	52,5
>100	22	18,3
Total	120	100,0

La majorité de nos patients présentait une tachycardie soit 70,8% des cas.

TABLEAU 16: répartition des patients selon l'aspect de l'abdomen

Aspect de l'abdomen	Effectif	Pourcentage
Symétrique	8	6,7
Plat	95	79,2
Ballonne	17	14,2
Total	120	100,0

L'abdomen plat a été le plus retrouvé soit 79,2% des cas.

TABLEAU 17 : Répartition des patients selon le type de contracture abdominale

Type de contracture abdominale	Effectif	Pourcentage
Néant	24	20,0
Localisée	26	21,7
Généralisée	70	58,3
Total	120	100

La contracture abdominale généralisée a été retrouvée dans 58,3% des cas.

TABLEAU 18: Répartition des patients selon la présence du cri de l'ombilic

Cri de l'ombilic	Effectif	Pourcentage
Oui	92	76,7
Non	28	23,3
Total	120	100

Le cri de l'ombilic a été positif chez la majorité des patients soit 76,7% des cas.

TABLEAU 19: Répartition des patients selon les résultats de la percussion

Résultats de la percussion	Effectif	Pourcentage
Percussion normale	9	7,5
Disparition de la matité pré hépatique	111	92,5
Total	120	100

La matité pré hépatique était absente chez la grande majorité des patients soit 92,5% des cas.

TABLEAU 20 : Répartition des patients selon le résultat du toucher rectal

Toucher rectal	Effectif	Pourcentage
Normal	25	20,83
Douglas bombé+ cri du douglas	62	51,7
Cri du douglas	33	27,5
Total	120	100

Le cri du douglas a été positif chez la majorité des patients soit 79,2 % des cas.

5.3 Examen para clinique

TABLEAU 21: Répartition des patients selon le résultat de la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) (N=112)

ASP	Effectif	Pourcentage
Normal	8	7,14
Pneumopéritoine	20	17,86
Grisaille floue	8	7,14
Niveaux hydroaériques	8	7,14
Pneumopéritoine et niveau hydroaérique	68	60,72
Total	112	100

Le pneumopéritoine a été trouvé chez la majorité des patients soit 78,58% des cas.

TABLEAU 22: Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine (N=110)

Taux d'hémoglobine :g/dl	Effectif	Pourcentage
<10	40	36,36
10 – 15	70	63,64
Total	110	100

Le taux d'hémoglobine était normal chez la majorité de nos patients soit à 63,64% des cas.

TABLEAU 23 : Répartition des patients selon le taux d'hématocrite (N=110)

Taux d'hématocrite :%	Effectif	Pourcentage
<30	46	41,82
30 – 42	64	58,18
Total	110	100

Le taux d'hématocrite était normal à 58,18%.

TABLEAU 24: répartition des patients selon le groupage rhésus

Groupe rhésus	Effectif	Pourcentage
A+	17	14,2
A-	2	1,7
B+	15	12,5
B-	2	1,7
AB+	11	9,2
O+	68	56,7
O-	4	3,3
AB-	1	,8
Total	120	100

Le groupe O+ (O positif) a été le plus fréquent avec 56,7%.

TABLEAU 25 : répartition des patients selon la créatininémie

Créatininémie : $\mu\text{mol/l}$.	Effectif	Pourcentage
<70	5	4,2
70 - 120	96	80
>120	19	15,8
Total	120	100

Les valeurs de la créatininémie étaient normales chez 80% des patients.

TABLEAU 26 : répartition des patients selon la glycémie

Glycémie : mmol/l	Effectif	Pourcentage
<4,1	32	26,7
4,1 - 6,1	72	60,0
>6,1	16	13,3
Total	120	100

La glycémie était normale chez la majorité des patients à 60%.

5 .4 Traitement

5 .4 .1 traitement médical

La préparation des malades consistait essentiellement à une réhydratation hydro-électrolytique, la mise en place d'une sonde naso-gastrique et urinaire. Cinq (5) parmi nos malades ont été transfusés pour anémie sévère.

Nous avons pratiqué une double antibiothérapie (Amoxicilline ,Métronidazole)

6 .4 .2 Traitement chirurgical

TABLEAU 27:répartition des patients selon le diagnostic pré opératoire

Diagnostic pré opératoire	Effectif	Pourcentage
Péritonite	92	76,7
Abcès du foie	8	6,7
occlusion	7	5,8
Abcès appendiculaire	13	10,8
Total	120	100

La péritonite était le diagnostic préopératoire le plus retenu soit 76,7% des cas.

TABLEAU 28 : Répartition des patients selon la quantité du liquide péritonéal

Quantité de liquide : CC	Effectif	Pourcentage
100 -1000	58	48,3
1001 – 2000	24	20,0
2001 - 3000	21	17,5
3001 – 4000	17	14,2
Total	120	100

La quantité du liquide péritonéal était comprise entre 100 CC et 1000 CC chez 48,3% des malades.

TABLEAU 29: Répartition des patients selon l'aspect du liquide péritonéal

Aspect du liquide	Effectif	Pourcentage
Verdâtre	74	61,67
Séro hématique	6	4,99
Jaune	40	33,34
Total	120	100

En peropératoire le liquide péritonéal était d'aspect verdâtre à 61,67%.

TABLEAU 30: Répartition des patients selon la localisation de la perforation

Localisation	Effectif	Pourcentage
Perforation duodénale	72	60
Perforation gastrique	41	34,16
Pylorique	7	5,84
Total	120	100

La localisation duodénale de la perforation a été la plus fréquente avec 60%.

TABLEAU 31: Répartition des patients selon le diamètre de la perforation

Dimension : cm	Effectif	Pourcentage
<1	84	70,0
1 – 2	28	23,3
>2	8	6,7
Total	120	100

Le diamètre des perforations dans la majorité des cas était inférieur à 1cm soit 70,0%.

TABLEAU 32: Répartition des patients selon l'aspect de l'orifice de perforation

Aspect de la lésion	Effectif	Pourcentage
linéaire	9	7,5
arrondi	71	59,2
arciforme	7	5,8
punctiforme	33	27,5
Total	120	100

Les lésions arrondies ont été les plus fréquentes avec 59,2%.

TABLEAU 33 : Répartition des patients selon le geste chirurgical effectué sur l'orifice de la perforation.

Geste chirurgical	Effectif	Pourcentage
Suture simple	58	48,4
Excision + suture	40	33,3
Avivement + suture	21	17,5
Suture par pyloroplastie	1	0,83
Total	120	100

La technique opératoire a consisté dans la majorité des à une suture simple soit 48,4%.

Tableau 34 : Répartition des patients selon le geste chirurgical effectué sur la perforation en fonction du siège

Geste chirurgical siège de perforation	Suture simple	excision suture	Suture par pyloroplastie	Total
duodéal	55	3	0	60%
Gastrique	1	37	0	34,16%
Pylorique	2	0	1	5,84%
Total /%	58(48,4%)	61(50,8%)	1(0,83%)	100%

L'excision suture a été réalisée dans 50,8% des cas pour le traitement chirurgical de l'orifice de la perforation.

TABEAU 35 : Répartition des patients selon le geste associé au traitement chirurgical de la perforation

Technique opératoire	Effectif	Pourcentage
Pas de geste associé	78	65
Vagotomie tronculaire	1	0,83
Epiploplastie	34	28,36
Cholécystectomie	1	0,83
Gastro-entéro-anastomose	3	2,49
Appendicectomie	3	2,49
Total	120	100

L'épiploplastie a été le geste le plus associé au traitement de l'orifice de perforation soit 28,36%.

6 - 5 Pronostic

TABLEAU 36: Répartition des patients selon les suites opératoires précoces (1 à 30 jours)

Suite opératoire	Effectif	Pourcentage
Simple	98	81,7
Décès	5	4,2
abcès de la paroi	13	10,8
Pneumopathie	1	0,83
Fistule	3	2,49
Total	120	100

Les suites opératoires précoces étaient simples chez la majorité des patients soit 81,7% ; nous avons noté cinq décès soit 4,2% des cas.

Tableau 37 : Répartition des patients selon la mortalité en fonction de la durée d'évolution de la symptomatologie avant la première consultation.

Durée d'évolution avant la 1ère consultation	Effectif de cas	Effectif de décès	pourcentage
< 48 heures	94	0	0
Entre 48et 72heures	15	1	6,6
> 72 heures	11	4	36,36

Le nombre de décès augmentait avec le retard de consultation.

TABLEAU 38 : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation post opératoire

Durée d'hospitalisation (en jour)	Effectif	Pourcentage
0 - 9	88	73,3
10 - 15	16	13,3
16 - 25	12	10,0
26 - 35	4	3,3
Total	120	100

La durée d'hospitalisation en post opératoire chez la majorité des patients était comprise entre 1 à 9 jours soit 73,3% des cas.

TABLEAU 39: Répartition des patients selon le score MPI

MPI	Effectif	Pourcentage
< 26	84	69,16
>26	36	30,84
Total	120	100

Le score MPI était supérieur à 26 dans 30,84% des cas.

Tableau 40: Mortalité en fonction du score de Mannheim péritonisis index (MPI)

Score MPI	Effectif	Pourcentage	décès	Pourcentage
MPI < 26	84	70	0	0
MPI > 26	36	30	5	13,88

La mortalité augmentait lorsque le score de MPI était supérieur à 26

Tableau 41 : Répartition des suites opératoires chez 89 patients vus à 6 mois

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage
Suites simples	57	64,04
Epigastralgie	27	30,33
Eventration	2	2,25
Occlusion sur bride	3	3,38
Total	89	100

Les suites opératoires à 6 mois étaient simples dans 64,04% des cas.

VI- DISCUSSION

6. 1 Méthodologie :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive s'étendant sur sept ans et six mois allant de Janvier 2001 à Juin 2008. Nous avons recruté 120 patients. Pour chaque dossier, les données mentionnent : l'âge, le sexe, les aspects cliniques, thérapeutiques, radiologiques, biologiques et les suites opératoires.

Pendant certaines difficultés ont été rencontrées parmi lesquelles : l'exploitation difficile de certains dossiers, ainsi que le nombre élevé de malades perdus de vue.

6 - 2 Epidémiologie

6- 2 -1 L'âge

L'âge moyen des malades dans les différentes séries varie de 35 à 47 ans **[33, 39, 46 ,14]**. Ceci confirme la littérature selon laquelle la << La maladie ulcéreuse serait une maladie de l'adulte jeune >> **[54]**

6-2-2 Le sexe

Les perforations d'ulcère gastro-duodéal concernaient essentiellement les hommes dans notre série. D'autres auteurs comme **[37,14,54]** avaient fait le même constat. Cette prédominance pourrait s'expliquer par la consommation de tabac, le stress ; l'homme étant beaucoup confronté aux aléas de la vie quotidienne serait fortement exposé aux perforations ulcéreuses.

Selon SOULE J. C **[47]** cette prédominance s'expliquait par la présence en quantité plus importante chez l'homme que chez la femme de cellules pariétales au niveau de l'estomac. Ces cellules sécrètent la composante primaire qui a une concentration très élevée en acide chlorhydrique.

6- 3- Etude clinique :

Les perforations d'U.G.D. réalisent tôt ou tard une péritonite dont le tableau clinique est le plus souvent univoque.

6-3-1-Signes fonctionnels :

La douleur : elle a été le premier symptôme et avait constitué l'un des trois éléments principaux du diagnostic de la perforation lors qu'elle était associée à une contracture et à un antécédent d'épigastralgie.

Elle a été retrouvée chez tous nos malades (100%), ce taux a été noté par plusieurs auteurs [1, 8, 34, 49].

La valeur prédictive de la douleur pour le diagnostic est élevée quand elle est de début brutal << en coup de poignard >> ; épigastrique intense et permanente [3]

Ce tableau a été retrouvé à 43,3% dans notre série ; ce résultat est comparable à celui de Coulibaly I ; 38, 3% mais inférieur à celui de Yangni-Angate [54] (80%) avec $p=0,0001$

Elle peut simuler une appendicite avec la localisation au niveau de la fosse iliaque droite ; la douleur peut se généraliser mais toujours de siège maximal épigastrique.

La localisation dans la FID a été plus fréquente dans les perforations d'ulcère duodénal et pourrait s'expliquer selon la littérature par le drainage du contenu duodénal par la racine mésentérique. Elle a été retrouvée chez 6,7% de nos malades, SAKHRI a rapporté un taux de 9% dans son étude [41].

Les vomissements : Ils sont tardifs dans la plupart des cas car dus à l'iléus paralytique, peuvent aussi inaugurer le tableau clinique d'une perforation d'ulcère gastro-duodénal. Ils ont été retrouvés chez 23.3% de nos malades. Ce taux est comparable à celui de Coulibaly I mais supérieur à celui de Cougard [13] (15.8%) ; ceci s'expliquerait par le retard de consultation dans notre série. De toutes les péritonites, celles d'origine gastro-duodénale seraient celles qui font le moins vomir [41].

Arrêt des matières et des gaz : Il peut être précoce (contemporain au syndrome douloureux) ou tardif à installation progressive. Il traduit la paralysie intestinale. Il a été tardif et retrouvé chez 20% de nos malades. Sa présence est prédictive pour le diagnostic des péritonites dans 40 à 60% [3].

Délai de consultation :

Le délai moyen de consultation était long dans notre série (54,3h), dans la littérature elle relativement varié d'un pays à un autre (13,4h en France) [38] et au sein d'un même pays suivant le lieu d'étude ; Coulibaly I [14] a trouvé (18h) au CHU Gabriel TOURE 2005 par contre VICTOIRE [54] lui a rapporté une moyenne (63,1h) [14] au CHU du Point- G. Cette élévation de la durée moyenne dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos malades était référée des centres ruraux ou du moins ont été pris en charge dans d'autres structures sanitaires avant de nous être référés plus tard. L'état de certains patients exigeait un délai important de réanimation.

Dans la littérature ; cliniquement les symptômes d'une péritonite peuvent apparaître dès la sixième heure, il est très rare qu'ils fassent défaut au-delà de la vingtième heure. Les facteurs pouvant intervenir dans l'apparition de ces signes sont : l'heure du dernier repas et son abondance, le calibre de la perforation et enfin la septicité propre au liquide [41].

6-3-2 /Les antécédents :

Ils constituaient l'un des trépieds du diagnostic et ont été découverts par un interrogatoire méthodique. Ainsi, nos malades ont été classés en 3 catégories :

- Ceux qui avaient un ulcère confirmé, chez eux les accidents actuels ont été aisément liés à leur vraie cause. Ils représentaient 10,83% de l'échantillon ; ce taux est comparable à celui de Kafih [34] au Maroc qui a noté 13,8% ($P=0,7053$) mais reste inférieur à ceux de Cougard et de Boris en France [1,13] ; cette différence pourrait s'expliquer par l'attitude thérapeutique des agents de santé face au syndrome ulcéreux (la banalisation du syndrome ulcéreux) et surtout par la non disponibilité de la FOGD en milieu rural.
- Ceux qui présentaient une épi gastralgie mais l'intensité des phénomènes douloureux de la perforation leur semblent sans lien possible avec les troubles. Ils ont représenté 48,33% dans notre série.
- D'autres enfin n'avaient aucun trouble gastrique connu ; chez eux la perforation a été le signe révélateur d'un ulcère latent ; c'est le plus fréquent lorsque la perforation siège au niveau du duodénum. Ils ont représenté 40,84% ; cette fréquence est statistiquement peu différente de celle notée par Sakhri [46] 53.6%.

6-3 -3 /FACTEURS DE RISQUE :

Les facteurs associés à la perforation d'ulcère gastro-duodéal les plus rencontrés étaient le tabac avec 34,16% des cas suivi de la prise d'anti-inflammatoire dans 23,3% des cas ; la recherche de **l'hélicobacter pylori** n'a pas été effectuée dans notre étude.

- Rôle de l'hélicobacter pylori dans la perforation d'UGD

La place de l'hélicobacter pylori dans les perforations d'UGD est importante, elle varie entre 47 à 96% selon les auteurs [10, 49].

Nous n'avons pu le situer dans notre série car si la recherche d'hélicobacter pylori est systématique dans les pays développés en cas de maladie ulcéreuse, il n'en est pas de même dans notre pays où les moyens sont limités. Mais depuis peu l'antibiothérapie contre ce germe est devenue systématique

- La prise d'AINS :Il n'existe pas de différence significative entre nos résultats 23,3% concernant la prise d'anti-inflammatoire et ceux de la plupart des auteurs [48, 14,52] . Ce résultat confirmerait les données de la littérature par rapport à la gastrototoxicité connue des anti-inflammatoires [5]

Tableau I: Comparaison des perforations d'UGD selon la prise d'AINS en fonction des auteurs :

Auteurs	Effectif	Prise d'AINS	Test statistique
L'Helgouarch, France, 2000 [37]	35	5 (14,2%)	p=0,2495
OHENE-YEBOAH Ghana 2006 [48]	331	158 (47,7%)	P=0,00005
Coulibaly I Mali 2005 [14]	60	21 (35%)	P=0,0973
VICTOR Mali 2008 [52]	52	15(28,8%)	P=0,4431
Notre série Mali	120	23,3%	

6-3-4/Signes généraux :

La rapidité d'installation des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale. La fièvre habituellement absente au début de la perforation d'UGD a été fréquemment notée chez nos malades (85,8%). Ce taux comparable à celui de Couloubaly I (81,7%) est supérieur à celui de Yangni Angate en Côte d'Ivoire **[54]** 16,2% et celui de Boris en France 17%. Cette différence pourrait s'expliquer par le retard de consultation de nos malades.

6-3-5 /Signes physiques :

Parmi ces signes, la valeur prédictive de la contracture abdominale est élevée ; elle réalise une rigidité « aspects en ventre de bois », associée à un ventre plat se défendant contre les mouvements respiratoires, elle a été trouvée à 80% dans notre série ; Yangni Angate **[54]**, de Coulibaly I, LORAND **[38]** ont trouvé respectivement dans leur série (76%), (91,7%) et (61,9%) . Elle a été beaucoup plus fréquente dans les perforations gastriques que duodénales ; la cause en est (pour MONDOR) **[41]** que le liquide duodénal neutre ou alcalin est beaucoup moins irritant que le liquide acide de l'estomac.

La disparition de la matité pré-hépatique a été le deuxième signe important retrouvé au cours de notre examen avec 92,5%, ce taux est comparable à celui de Yangni Angate **[54]** et de Coulibaly I qui ont trouvé respectivement (90%) et (81,7%). Cette disparition de la matité pré-hepatique s'expliquerait par l'interposition entre le foie et la paroi thoracique droite d'air provenant de la poche à air gastrique en cas de perforation UGD.

Elle a une valeur décisive, si une petite zone de tympanisme trouvée d'abord au devant du foie peut être déplacée avec un changement de position du malade et venir par exemple, sur la face externe de l'hypochondre droit lorsque le malade est en décubitus latéral gauche **[36]**

Elle peut être absente en cas de perforation postérieure, bouchée ou être réabsorbée.

Nous avons considéré ces deux signes (contracture abdominale, sonorité pré hépatique) comme absolument pathognomoniques de la perforation intestinale ; ils deviennent ceux d'une perforation d'UGD lorsqu'ils sont associés à un antécédent ulcéreux.

6-4/ Aspects para cliniques :

L'A.S.P a été notre principal examen complémentaire. Il a permis d'objectiver le pneumopéritoine qui se traduisait par un croissant gazeux inter hépato-diaphragmatique uni ou bilatéral sur un cliché debout de face prenant les coupes diaphragmatiques.

Il a été réalisé chez 112 de nos malades, soit 93,3% .Pour les 8 autres patients ; l'état de choc limitait la mobilisation chez 5 malades ; il y avait une panne technique qui empêchait la faisabilité de l'examen pour les 3 patients.

Notre taux 78,58% de pneumopéritoine est comparable à ceux rapportés par plusieurs auteurs notamment **[32,35,46,14]**. Cependant l'absence de pneumopéritoine n'élimine pas une perforation d' U.G.D.

Les raisons de son absence sont nombreuses :

- l'organe creux peut être vide de gaz,
- la perforation peut être aussitôt obstruée par une particule alimentaire ou par un viscère voisin ou encore par la fibrine,
- il peut y avoir une résorption rapide de gaz ou aspiration lors d'une ponction de l'abdomen **[23]**.

L'A.S.P. n'a pas révélé de pneumopéritoine dans 18,3% des cas. Devant le doute diagnostique, une laparotomie exploratrice a été pratiquée.

Selon Loygue **[39]** l'indication opératoire doit être posée dans les cas douteux de péritonite aiguë généralisée par perforation digestive car au delà de 24heures, la guérison devient exceptionnelle.

Ailleurs d'autres examens complémentaires étaient réalisés tel que : le groupage-rhésus, le dosage de l'hémoglobine, le taux d'hématocrite et quelques fois l'échographie.

Tableau II: répartition des malades selon la présence de pneumopéritoine en fonction des auteurs :

Auteurs	Effectif	Pneumopéritoine	Test statistique
Kreissler-haag, Allemagne, 2002 [35]	73	87,6%	P=0,114
Jean Hmc Intesh, Australie, 1999 [32]	300	63,9%	P=0,004
Sakhri, Tunisie, 2000 [46]	110	62,7%	P=0,009
Couloubaly I ,Mali 2004 [14]	42/51	70%	P=0,67
Notre série	88/112	78,58%	

6-5 –Aspects thérapeutiques

6-5-1 Réanimation :

Un traitement médical était systématiquement institué en pré opératoire. Il consistait essentiellement à la correction des troubles hydro-électrolytiques, la vidange gastrique. Cependant cinq (5) de nos malades soit 4,2% ont été transfusés pour anémie sévère.

L'Antibiothérapie à consisté en une association (Amoxicilline , et Métronidazole). En post-opératoire immédiate la majorité de nos patients soit 97,51% avaient reçu un traitement anti ulcéreux (Ranitidine = Azantac) en injection intra-veineuse jusqu'à la reprise du transit et le relais était fait avec l'Oméprazole en per os pendant 4 à 6 semaines. Une deuxième cure avait été instituée en fonction du résultat de la fibroscopie de contrôle.

Ce taux est comparable à celui de Helgouarc'h [37] qui a trouvé (100%).

Le traitement de référence est basé essentiellement sur les recommandation de la conférence de consensus de 1995 à savoir la trithérapie associant : IPP-amoxicilline-clarithromicine ou IPP-métronidazole-clarithromicine. Un troisième schéma associant IPP-amoxicilline-métronidazole a été proposé en alternative, en cas d'intolérance ou de forte prévalence

de résistance à la clarithomycine. Les taux d'éradication avec le premier schéma sont, en France, de 56 à 84 %. [55] .Tous nos malades avaient reçu un antalgique (Noramidopirine injectable= Novalgin) .

6-5-2 Traitement chirurgical : l'attitude thérapeutique face à une perforation d'U.G.D. dépend de la constatation per -opératoire faite par le chirurgien.

Ainsi la quantité de liquide péritonéale trouvée en per opératoire chez 51,7% de nos patients excédait 1000 CC .L'aspect du liquide était verdâtre à 61,67%

Les perforations duodénales ont été les plus fréquentes avec 60% des cas .Ce résultat était statistiquement peu différent de celui des autres séries [**38,54,14,52**]

Nous avons noté 99,17% de lésion unique dans notre série, ce taux est comparable à celui de couloubaly I qui a rapporté (96,66%) de lésion unique P=0.5368.

Tableau III: Répartition du siège de la perforation d'U.G.D selon les auteurs.

Auteurs		Lorand France1999 [38]	Yangni- Angate RCI 2000 [54]	Couloubaly I Mali 2005 [14]	VICTOR Mali 2008 [52]	Notre Série
Effectif		84	80	60	52	120
Siège	Pylorique	0			5 (9,6%)	7(5,83%)
	duodéal	59(70,3%) p=0,00002	63(78,7%) p=0,0009	39(65%) P=0,5154	36(69,2%) P=0,2500	72(60%)
	gastrique	25(29,7) P=0,3986	15(18,7%) P=0,0097	23(38,3%) P=0,5819	11(21,2%) P=0,0878	41(34,16%)

Techniques chirurgicales : face à une perforation d'U.G.D. la technique chirurgicale est fonction de l'expérience du chirurgien, de l'état du malade et de l'examen per-opératoire.

La perforation a été traitée soit par suture simple (48,4%) , excision suture (50,8%), soit par pyloroplastie (0,83%). L'excision suture a donc été le geste chirurgical le plus réalisé. Elle a été réalisée par HELGOUARC'H en 2000 à 74,2%, par Coulibaly I en 2005 à 81,7%. La large utilisation de cette méthode chirurgicale s'explique par les bons résultats qu'elle permet d'obtenir, par sa rapidité et sa facilité d'exécution.

Notre taux de 65% d'excision + suture simple est comparable à celui de plusieurs auteurs **[37, 38, 14, 15 ,52]**.

Tableau IV : répartition des techniques opératoires selon les auteurs :

Techniques Auteurs	Excision + suture simple	Suture + pyloro-plastie	Suture+V.B .T.+ G.E.A.	Suture + Epiploplastie	Total
L'helgouarc'h, France 2000 [37]	26(74,2%) p=0,2619				36
Lorand, 1999France [38]	65(77,8) p=0,0573	17(20,2%)	2(2,3%)		84
Jean HMc Intesh Australie, 1999 [32]	293(97,7%) p=0,0001		7		300
Coulibaly ,Mali, 1999 [15]	28(82,5%) p=0,0538	5(14,7%)	1(3,03%)		34
Couloubaly I 2005[14]	49(81,7%) P=0,0207	8(13,3%)	3(5%)		60
Victor Mali 2008 [52]	33(63,5%) P=0,8466	1(1,9%)	1(1,9%)	15(28,8%)	52
Notre série	78(65%)	1(0,83%)	3(2,49%)	34(28,3%)	120

6-6- Evolution et pronostic :

6-6-1 Morbidité : Les suites opératoires sont fonctions du délai de consultation et de la technique opératoire [47].

Les suites opératoires précoces ont été simples dans 81,7% des cas ; d'autres auteurs comme Cougard [13], ANGATE [54], VICTOR [52] ont rapporté des résultats semblable .

Le taux de morbidité (14,17%) était supérieur à celui de Cougard [13] 7,3%. Cette différence pourrait s'expliquer par plusieurs raisons : d'une part les conditions et les méthodes d'intervention et d'autre part le délai de consultation.

Si la fistule digestive et l'abcès profond paraient fréquents dans les pays développés, il n'en est pas de même dans les pays en voie de développement où l'abcès de la paroi demeure le plus observé.

Tableau V : répartition des morbidités en fonction des auteurs

Auteur Suites opératoires	Cougard France 2000 [13]	Yangni-angate RCI 2000 [54]	Coulibaly I Mali 2005 [14]	VICTOR Mali 2008 [52]	Notre série Mali 2008
Simple	91,1% P=0,0002	80% P=0,8811	78,3% p=0,6926	44(84,6%) P=0,5534	81,7%
Abcès de paroi	3,1%	6,2%	8,3%	3(5,8%)	13(10,8%)
Occlusion	1,9%	5%	3%	1(1,9%)	3(2,49%)
Eviscération		1,2%	1,7%		
Fistule	2,3%			1(1,9%)	2,49%
Eventration				1(1,9%)	2(1,7%)
Pneumopathie				1(1,9%)	1(0,83%)
Effectif	419	80	60	52	120

6-6-2 Durée d'hospitalisation :

Elle est fonction du délai de consultation et des suites opératoires. La durée moyenne d'hospitalisation post opératoire dans notre série était de (9,1 jours) .Boris [13], Coulibaly [14] ont rapporté respectivement (7,8 jours) et (10,2 jours) ; par contre Kafih au Maroc [34] a rapporté un délai de (5,5 jours). Cette durée moyenne d'hospitalisation longue pourrait s'expliquer par plusieurs raisons, à savoir : la pratique de la laparoscopie, le retard de la prise en charge et les suites opératoires dans la notre.

6-6-3 Mortalité :

Les progrès de la chirurgie et de la réanimation ont amélioré le pronostic des perforations d'UGD ; jadis mortelles (6 à 20%).[41] . Ce pronostic est fonction du score de MANNHEIM.,

Nous avons trouvé un taux de sensibilité de MPI estimé à (13,88%). ALMOWITH [1] lui a rapporté un taux estimé à (50%) avec un $P=0,2652$. Nos malades décédés avaient un score largement supérieur à 26. TROCHE [50] disait que ce score serait le plus sensible (86%) et le plus spécifique (97%) des perforations d'UGD.

Dans notre série nous avons noté (30%) de score $MPI > 26$, VICTOR [52] et COULIBALY [14] ont trouvé respectivement (34,6%) et (5%) : cette différence avec les résultats de COULIBALY pourrait s'expliquer le temps de réanimation élevé, les moyens financiers très limités de la plus par des patients et par le retard de consultation dans notre série , retard lui même lié au fait que la majorité de nos patients venait des zones rurales (71,7%) contre (38,3%) pour Coulibaly I [14]

Si l'âge constitue le facteur de risque le plus important dans les pays européens où la population est vieille ; le retard de consultation responsable de l'état de choc demeure le plus important dans notre contexte.

Tableau VI : répartition selon le MPI et les auteurs

Auteurs	Boris Alamowith [1]		Coulibaly I Mali 2005 [14]		Notre série Mali 2008	
MPI>26	2		3		36	
Evolution	Survécus	Décédés	Survécus	Décédés	Survécus	Décédés
	2	1(2,6%)	0	3(5%)	31	5(4,2%)

Notre taux de mortalité (4,2%) était statistiquement peu différent de celui noté par d'autres auteurs en Afrique tropicale [14,52,54], mais reste supérieur à celui des auteurs Occidentaux et Magrébin [1,13,46]. La faiblesse du taux de mortalité dans les pays développés serait liée aux progrès beaucoup plus importants (coelio-chirurgie) et à la précocité de la prise en charge des patients. La mortalité dans notre série était liée au choc septique.

Tableau VII: répartition du taux de mortalité selon les auteurs.

AUTEURS	Taux de mortalité	Effectif	Test statistique
Boris alamowith, France , 2000, [1]	1(2,5%)	39	P = 0,70
Cougard, France,2000 [13]	6(1,4%)	419	P= 0,0436
Sakhri , Tunisie, 2000 [46]	2,86%	110	P=0,5147
Yangni Angate, RCI, 2000 [54]	6(10,5%)	80	P=0,4463
Coulibaly I Mali 2005 [14]	3(5%)	60	P=0,8982
Notre série	5(4,2%)	120	

6-6-4 Les récidives :

La surveillance des malades à moyen et à long terme basée sur la réalisation de la fibroscopie à 1 mois puis tous les 6 mois.

- La connaissance du rôle de l'hélicobacter pylori dans la pathogénie de la maladie ulcéreuse et sa possible éradication ;
- La découverte des anti h2, des IPP et leur coût réduit ;
- La connaissance de la place qu'occupent les anti inflammatoires dans la survenue de l'UGD a contribué à la réduction du taux de récidence. La diminution constante des indications chirurgicales à froid en est la preuve [36].

Ainsi pour la prévention des récurrences, notre attitude consistait à : -
l'éradication systématique de l'*helicobacter pylori* par l'association AMOXICILLINE
et METRONIDAZOLE,

-la prescription en per et post opératoire d'un anti h2 ou d'un IPP pendant 4 à 6
semaines, à l'arrêt des médicaments gastrotrotoxiques (AINS, aspirine) l'arrêt du tabac
et les conseils pour les règles d'hygiène alimentaire

La récurrence était observée chez 3 patients soit 2,49% des cas, HELGOUARCH [37]
en France et COULIBALI [14] au Mali ont trouvé respectivement (5,7%) et (8,3%) .
Pour ces trois patients ; la guérison était obtenue chez l'un des patients après 9
semaines de traitement médical, une vagotomie tronculaire était effectuée chez le
deuxième patient, le troisième patient était décédé six jours après la deuxième
intervention. Parmi les facteurs particuliers pouvant agir sur la surveillance on peut
citer entre autres : le taux élevé de perdu de vue, le changement d'adresse, et de
lieu de résidence des patients et les moyens financiers très limités de la plus par des
patients.

VII- CONCLUSION

Les perforations d'ulcère gastro duodenal sont en nette augmentation dans notre pays malgré la disponibilité des médicaments anti ulcéreux et la baisse de leur coût.

Au cours de cette étude réalisée de Janvier 2001 à Juin 2008 sur les perforations d'ulcère gastro-duodénal au CHU du POINT G nous avons recruté 120 patients qui ont représenté 4,2% des urgences chirurgicales. Il s'agit d'une pathologie fréquente

Touchant essentiellement l'adulte jeune (30-39) de sexe masculin : Le sexe ratio est de 9,9 en faveur des hommes.

-La douleur abdominale est de loin le premier signe fonctionnel, il a été trouvé chez tous les patients (100%).

- A l'examen physique, la disparition de la matité pré hépatique est le signe prédominant trouvé à (92,5%), suivie de la contracture (80%) et le cri du Douglas positif (79,2%).

- Si le diagnostic de perforation d'organe creux s'affirme facilement à l'ASP (78,58% de sensibilité dans notre série) par le pneumopéritoine, la certitude du diagnostic est portée en per-opératoire.

L'excision suture simple était la technique opératoire la plus utilisée (65%), elle été associée à l'épiploplastie dans 28,3% des cas. Les suites opératoires ont été simples à (81,7%).

VIII-RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes.

° Aux autorités sanitaires et politiques

- L'élaboration à l'intention des populations d'un programme de sensibilisation sur le danger de l'automédication et de la consommation de la cigarette.

- Encourager la formation de spécialistes en chirurgie viscérale et en réanimation

° Rendre plus performant le plateau technique pour une meilleure prise en charge des urgences abdominales.

° La redynamisation du service social pour la prise charge effective des patients indigents.

Au personnel socio- sanitaire

- La prise en charge correcte des cas d'ulcère gastro duodéal

- L'évacuation en temps réel des patients suspects de perforation d'UGD vers les structures spécialisées, sans étouffer le diagnostic par des prescriptions hasardeuses.

- La référence des cas d'UGD ayant résistés au traitement médical bien conduit.

° Aux populations

- Consulter le plus tôt possible dans les structures sanitaires devant toute douleur abdominale aiguë.

- Eviter l'automédication et la consommation de cigarette

- L'adoption d'une bonne hygiène alimentaire

- Demander un avis médical chaque année avant de commencer le jeun du mois de Ramadan pour les malades ulcéreux connus.

IX- BIBLIOGRAPHIE

1- Alamowith Boris, Khalil Oua, Philippe Sellam, Jean Fourmestraux, Pierre Gasne, Jean Pierre Bethoux, Jean Luc Bouillot :

Traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé.

Gastro enterol clin Biol 2000; 24 : 1012 – 1017.

2- Arc, Aure, Hay J M:

Les péritonites par perforation gastro duodénales.

Rev Prat 1986 ; 36 : 1059 – 6

3-. Barbier J, Careretier M, Rouffineau J, Kraimps J L.

Les péritonites aiguës.

Encycl. Méd. Chir. (Paris, France), Urgences 24048B- 10, 2-1988 : 18p

4- Bernade P :

Rôle du tabac, de l'alcool et des médicaments gastrottoxiques dans la maladie ulcéreuse :

In :DIVECHéd.progrès en hépato-gastro-entérologie dans la maladie ulcéreuse. Paris Doin1990 ; 91-98.

5 -BERNADES P

Lesion gastro-duodénale e anti-inflmatoire

Encycl.Méd .Chr.,9021D10,1983,6(2):p1-5

6- Boey J, Wong J Ong GB:

A Prospective study of Operative Risk Factors in perforated duodenal ulcer .

Ann Surg 1982; 195: 265 – 269.

7- Bonfils S :

Physiologie de la maladie ulcéreuse : pour un élanement des concepts.

DIVECH ed Paris :i 1990 ;107-16.

8- Brahma Cissé :

les perforations digestives dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du C H U Gabriel Touré .

Thèse Méd Bamako 2001 ; n° 54

9- Brunet C, Sielezneff I, Thomas P, Samson p, Farisse J:Ulcère duodénal perforé: Gastrectomie linéaire antérieure subtotale et tubérositaire postérieure.

Press méd 1995; 24 n° 14.

10- Cadiot G:

Quelle est la prise en charge thérapeutique de la maladie ulcéreuse gastroduodénale non compliquée et compliquée.

Gastro entéro Clin Biol 1999; 23: 34- 47

11- Chevrel (J P):

Introduction à l'étude de l'anatomie.

Abrège d'anatomie générale Paris Masson 1991 ; 201 p.

12- Conte M :

Pathologie digestive. In : CONTE M et BONFIILS S

Pathologie médicale Gastroenterologie.4^{ème} édition Flammarion Paris 1980 ;77-190.

13- Cougard P , Barrat C, Gayral F, Cadière GB, Meyer C, Fagniez L, Bouillot JL, Boissel P , Samama G , Champault G et la société Française de chirurgie laparoscopique :

Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé. Résultat d'une étude rétrospective multicentrique.

Ann Chir 2000 ; 125 : 726 – 31

14 COULIBALI I

Les perforations d ulcère gasto duodenal à l'hôpital Gabriel Touré

Thèse médecine Mali 2004

15- COULOUBALI Oumar Sountié:

Perforations digestives en chirurgie « B » de l'hôpital national du Point G : a propos de 120 cas.

Thèse méd Bamako 1999 ;n°30.

16- Demartines N, Rothenbühler J M, Chevalley J P, Harder F :

La chirurgie d'urgence en cas d'ulcère gastro duodénal perforé

Helv Chir Acta 1991 ; 58 : 783 – 787

17- Dembélé M :

Abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital National du point G : 273cas

Thèse Méd Bamako 1998 ; 58 :58p

18- Diallo G , Ongoiba N ,Maiga M Y , Yena S , Keita B.J, Traoré A.K , Koumaré A.K :

Traitement chirurgical des ulcères duodénaux : à propos de 120 cas.Mali Médical 1995 ;10 (3et 4) :77-78

19- Dive ch :

physiologie de la maladie ulcéreuse.

Gastro entéro 2è éd Paris Ellipses, 1992 ;311-18 .

20- DOMART A,Bourneuf J :

Petit Larousse de la médecine

Dictionnaire N 6145,580

21- Editorial

« Diet and peptic ulcer » Lancet 1997 ; (2) : 80-81

22- Fouet P:

Abrégé de gastro-entérologie.

2eme édition Paris : Masson, 1983, 341 pages.

23 François Luthi, Pierre Kaeser, Diane Hebert , Thérèse desart, Pierre Tschantz :

Perforation cardiaque d'un ulcère gastrique : une cause inhabituelle de décès , après résection oeso gastrique pour carcinome épidermoïde de l'œsophage .

Rev Méd de la Suisse Romande 1999 ; 119 : 59 – 62

24- Gambarelli J, Guerinel G :

Anatomie générale Pc EMI.

Médiaprint 1982 ; 177p

25- Green J.H,Silver P.H.S:

Manuel d'antomie humaine.

Masson Paris 1986 ; P21565- 2170.26- Gurleyik E:

Changing trend in emergency surgery for perforated duodenal ulcer.

Phys surg p 2003; 13 (12): 708 – 10

27- Harouna Y, Ali L, Seibou A, Abdou I, Gamatie Y, Rakotomalala J, Habibou A, Bazira :

Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital National de Niamey (Niger)

Méd Afr 2001; 48 (2) : 49 53

28- Hermann H, Cier JF:

Digestion-excrétion urinaire muscle.

Précis de physiologie, Paris Masson 1979(2) ;399 p

29- Huguier M, Houry S, Lacaine F :

Le traitement des ulcères duodénaux perforés

Ann chir 1984 ; 38 : 395 – 398 n ° 6

30 Hurean J, Patel JC :

Paroi de l'abdomen (hernie, éventration et éviscération).

Pathologie chirurgicale, 3ème édition entièrement refondue

Masson Paris 1978, xxv 1520p: ill, Index 2cm,471-234.

31- J M CHEVALIER

Anatomie le tronc

Le duodéno-pancréas et les voies biliaires extra hépatique

Médecine –sciences flammrion

32- Jean HM cl Intosh, Karen Berman , Fiona M Holliday, Karen Byth, Renata Chapman, Douglas W Piter :

Alimentary Tract and pancreas: some factors associated with mortality in perforated peptic ulcer , a case control studyJ of Gastro antero and Hepat 1999; 11: 82 – 8

33 Jordan P H Jr, Thornby J:

perforated pyloro duodenal ulcer : long term résultats with Omental patch closure and parietal cellvagotomy

Ann Surg, 1995 ; 222 (6) : 768- 9 .

34- Kafih M, Fekak H, El Idrissi A , Zerouali N O:

ulcère duodéal perforé : traitement coelioscopie de la perforation et de la maladie ulcéreuse *Ann chir 2000; 125: 242 – 6*

35- Kreissler Haag D , Schilling M K Mawer C A : / surgery of complicated gastro duodenal ulcers : autcome at the millimium /

Zentralbl chir 2002 Déc; 127 (12): 1078 – 82

36- Lafrance Romèò , Denis Bernard , Daniel Tasse Stephen Morgan :

Traitement de l'ulcère peptique perforé : alternatives et études rétropective de 131 patients

L'union médicale du Canada tome 106 M ai 1977

37- L'helgouarc'h J L, Feschand F, Benoit L , Goudet P, Couguard P

Traitement des ulcères duodénaux perforés par laparoscopie. 35 cas.

La presse Médicale 23 Septembre 2000 ; (29) : no 27

38- Lorand I Molinier N, Soles J P, Douchez F , Gayral F : résultat du traitement Coelioscopique des ulcères perforés .

chirurgie 1999 ; 124 : 149 – 53 .

39- Loygue J, Malafosse M, Derieux J.

Pathologie chirurgicale, chirurgie viscérale nouvelle Edition augmentée.

Editions Foucher 1982 , 201P

40- Mignon M, Nguyen, Phuoc BK

Etiopathogénie de la maladie ulcéreuse.

In : BERNIER JJ . Gastro –entérologie, 2ème édition Paris Flammarion 1987;290-96.

41 Mondor H

Diagnostique Urgents abdomen:

Masson 9^{ème} ed 1979 ; 11190 24 cm

42 N – VACHERET – UCB LYON

43- Paillet JL,Brissiaud JC,Jancovovici R, Vica PH :

Radio diagnostique des perforations d'ulcère.

Encycl Méd Chir Editions Techniques (Paris-France)

Estomac-intestin 9007, A 10,5-1990 20p

44- PICAUD R

Pathologie chirurgicale:chirurgie digestive et thoracique

Tome I,1991,148-158

45- Rahuman MM, Saha AK, Rahim A:

Experience of peptic ulcer perforatio over a decade in ateaching hospital of Bangladesh

Ceylon Med J 2003 Juin ; 48 (2) : 53 - 5

.46 Sakhri Joballah, Youssef Sabri, Karim Skandrani, Dhafer Beltaifa:

Traitement des ulcères duodénaux perforés.

La Tunisie Médicale vol 78, no 08 – 09 2000 ; 494 – 498

47- SOULE J C

Mécanisme de défense de la muqueuse gastro-duodénale et physiopathologie de la maladie ulcéreuse

In DIVE Ch éd : Progrès en hépato-gastro-entérologie, la maladie ulcéreuse .DOIN ,Paris(France),1990, 35-57

48-TOGBE OHENE-YEBOAH

Perforated gastric and duodenal ulcers in an urban African population.

West African journal of Médecine , vol .25(3) 2006,205,201

49-Tran TT, Ouandalle P:

Traitement des perforations d'ulcère gastroduodénal par suture simple suivie de l'éradication de l'H P Ann Chir 2002 ; 127 : 32 – 4

50-Troché G

Pronostic des péritonites.

Med Mal infect 1995; 25 : 20 – 37

51- Ccheddu A , Floris G, Altana ML , Pisanu A, Cois A, Farci SL :

Surgery for perforated peptic ulcer in the elderly Evaluation of factors influencing prognosis.

Hepato gastro enterology 2003 Nov Déc ; 50 (54):1956 – 8

52 - VICTOR PANING TAFOYEM

Les perforations d'ulcère gastro-duodénal en chirurgie B au CHU du Point-G . Mémoire Méd ,Bamako 2008

53- Wong CH,Chow PK, Ong HS, Chan WH ,Khin LW,Soo KC :

Posterior perforation of peptic ulcer: presentation and outcome of an uncommon surgical emergency

Surgery 2004; 13(3): 321-5

54- Yangni-Angate, Cornet L , Kebe M, Le Guyader A, Khoury J, Kanga M :

Perforation des ulcères Gastro duodénaux

A propos de 80 cas observés à Abidjan .

Méd Trop 2000 ; volume 40 n° 2

55 WWW.la.cnfencehippocrate.com

Ulcère gastrique et duodéal – gastrique

P : 7

56-WWW.snfge.asso.fr/02-connaîtremaladie/OH-urgence/faq/urgences_péritonite.htm

A. GUIRAT, M. ABID, M. BEM AMAR, A. GHORBEL, R. MZALI, F. FRIKHA, S. BOUJELBEN,
M. I. BEYROUTI

Urgence : Péritonite aigue - 1999 - P :3

FICHE D'ENQUETE
PERFORATIONS GASTRO-DODENALES

Données socio administratives

- 1- N° FICHE : |__|__|__|
- 2- Service : |__|
- 3- N° dossier du malade : |__|__|__|/|__|__|
- 4- Nom et prénom :
/ _____ /
- 5- Date de consultation : |__|__|__|
- 6- Age du malade : |__|
- 7- Sexe : |__| (1=Masculin, 2=Féminin)
- 8- Provenance : |__| (1=Bamako, 2=Kati, 3=Intérieur, 4=Autres)
- 8a- Autre à préciser : / _____ /
- 9- Nationalité : |__| (1=Maliennne, 2=Autres, 3=Indéterminée)
- 9a- Si Autre à préciser : / _____ /
- 10-Ethnie : |__|
- 1=Bambara, 2=Malinké, 3=Sarakolé,
4=Peulh, 5=Sonrhai 6=Sénoufo,
7=Dogon, 8=Autres, 9=Indéterminée)
- 10a- Si Autre à préciser : / _____ /
- 11-Principale activité : |__|
- 1=Cadre supérieur, 2=Cadre moyen, 3=Ouvrier,
4=Commerçant, 5=Scolaire, 6=Paysan,
7=Ménagère, 8=Autres, 9=Indéterminée)
- 11a- Si Autre à préciser : / _____ /
- 12-Mode de recrutement à l'hôpital : |__|
- 1=Urgence 2=Consultation ordinaire,
3=Autre 9=Indéterminé)
- 12a- Si Autre à préciser : / _____ /
- 13-Adressé par : |__|

1=Aide soignant, 2=Infirmier, 3=Médecin généraliste,
4=Médecin spécialiste, 5=Etudiant, 6=Autres, 7=Indéterminé)

13a- Si Autre à préciser : / _____/

14-Date d'entrée : |____| |____| |____|

15-Durée d'hospitalisation préopératoire : |____| (en heures)

16-Durée d'hospitalisation postopératoire : |____| (en jours)

17-Date de sortie : |____| |____| |____|

18-Motif de consultation : |__| |__|

1=Douleur abdominale 2=Arrêt de matières et gaz,

3=Hoquet, 4=Météorisme abdominale,

5=Vomissement, 6=Fièvre,

7=Diarrhée, 8=Autres, 9=Indéterminé,

10=1+6, 11=1+3, 12=1+2, 13=1+5

18a- Si Autre à préciser : / _____/

19-Circonstance de survenue : |____|

1=spontané, 2=UGD connu, 3=prise AINS,

4=Notion de traumatisme, 5=Stress, 6=Autres,

7=Indéterminée)

19a- Si Autre à préciser : / _____/

20-Symptomatologie évoluant depuis : |____| (en jours)

21-Début des signes |____| (en heures)

22-Arrivée à l'hôpital : |____| (en heures)

23-Début de prise en charge : |____| (en heures)

24-Siège de la douleur : |____|

1=Epigastrique, 2=Hypogastre, 3=hypochondre droit,

4=Péri ombilicale, 5=Diffus, 6=Fosse iliaque gauche, 9=Fosse iliaque droite

24a- Si Autre à préciser : / _____/

25-Durée de la douleur : |____|

1=0-6H, 2=7-12H, 3=12-24H,

4=1à2j, 5=>2j, 6=autres, 9=Indéterminé)

26-Mode début de la douleur : |____|(1=brutal,2=progressif,9=Indéterminé)

26a- Si Autre à préciser : / _____/

27-Type de la douleur : |____|

1=brûlure, 2=coup de poignard, 3=torsion, 4=écrasement,
5=pesanteur, 6=crampes, 7=Piqûre , 9=Autres , 10=indéterminé

27a- Si Autre à préciser : /_____/

Irradiation de la douleur : |____|

1=péri ombilicale, 2=postérieur (dos), 3=épaule gauche,
4=périnée, 5=organe génitaux ext, 6=diffuse, 7=localisée,
8=pan radiant,

9=ceinture, 10=autre, 99=indéterminé)

27a- Si Autre à préciser : /_____/

28-Intensité de la douleur : |____|

EVS :

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Douleur	Absente	Légère	Modérée	Intense	Insupportable
Soulagement	Nul	Faible	Modéré	Important	Complet

EVA : échelle visuelle analogue

La note est comprise entre 0 et 10

Scores :

0-2= douleur nulle,

3-4= douleur faible,

5-6= douleur modérée,

7-8= douleur intense,

9-10= douleur très intense

28a- Si Autres à préciser : /_____/

29-Facteurs déclenchant : |____|

1=non, 2=effort, 3=stress,

4=répas, 5=faim, 6=autres, 9=indéterminé

29a- Si Autre à préciser : /_____/

30-Facteurs calmants : |____| (1=médicaments, 2=position antalgique, 3=ingestion
d'aliment, 4=vomissements, 5=autres, 9=indéterminé)

30a- Si Autre à préciser : /_____/

31-Evolution de la douleur : |___| (1=permanente, 2=intermittente, 3=autres, 9=indéterminée)

31a- Si Autre à préciser : /_____/

32-Signes digestifs : |___| (1=pas de signes digestifs, 2=nausée, 3=vomissement, 4=diarrhée, 5=constipation, 6=hématémèse, 7=méléna, 8=arrêt matières et gaz, 9=2+3, 10=2+3+5, 11= Hoquet, 12=autres, 13=Indéterminé)

32a- Si Autre à préciser : /_____/

33-Signes gynéco-obstétrique : |___| (1=leucorrhée, 2=métrorragie, 3=prurit génital, 4=aménorrhée, 5=autres, 9=indéterminé)

33a- Si Autre à préciser : /_____/

34-Signes urinaire : |___| (1=pas de signes urinaires, 2=dysurie, 3=hématurie, 4=brûlure mictionnelle, 5=pyurie, 6=Oligurie, 7=autres, 8=indéterminé)

34a- Si Autre à préciser : /_____/

Antécédents

- Personnel

35-Médicaux : |___| (1=ulcère gastr duodéal, 2=tumeur gastrique, 3=gastrite, 4=gastro-entérite, 5=diabète, 6=drépanocytose, 7=HTA, 8=Asthme, 9=bilharziose, 10=autres, 11=indéterminé)

35a- Si Autre à préciser : /_____/

36-Chirurgicaux : |___| (1=Oui, 2=Non)

36a- Si oui diagnostic : /_____/

37-Suites opératoires : |___| (1=simple, 2=abcès de parois, 3=autres, 9=indéterminé)

37a- Si Autre à préciser : /_____/

38-Gynéco obstétrique : |___| (1=DDR, 2=parité, 3=opérée, 4=autre, 9=indéterminé)

38a- Si opéré Diagnostic à préciser : /_____/

- Familiaux

39-Médicaux |___| (1=Oui, 2=Non)

40-Chirurgicaux : |___| (1=Oui, 2=Non)

41-Mode de vie : |____| (1=dermocorticoïde, 2=prise AINS, 3=tabac, 4=alcool, 5=café, 6=thé, 7=Cola, 8=autres)

Signes généraux

42-Température : |__|_|_|.|_|_| (°C)

43-Tension artérielle : |__|_|_|/|_|_|_|_| (mmHg)

44-Pouls : |_____|

45-Fréquence respiratoire : |_____|

46-Faciès : |____|(1=normal,2=tiré, 3=péritonéal, 4=autres, 9=indéterminé)

46a- Si Autre à préciser : / _____/

47-conjonctives : |_| (1=colorées,2=pâleur,3=ictère,4=autre,9=indéterminé)

47a- Si Autre à préciser : / _____/

48-Pli cutané : |____| (1=absent, 2=présent, 9=indéterminé)

48a- Si Autre à préciser : / _____/

49-Langue : |____| (1=humide, 2=sèche, 3=saburrale, 9=indéterminé)

49a- Si Autre à préciser : / _____/

50-Conscience : |____| (1=normale, 2=agitée, 3=confus, 4=coma, 5=autres, 9=indéterminé)

50a- Si Autre à préciser : / _____/

51-Taille : |_____| (cm)

52-Poids : |_____| (kg)

Examen physique

- Inspection :

53-Présence de cicatrice abdominale : |____| (1=Oui, 2=Non)

54-Siège de cicatrice : |____|

55-Aspect de l'abdomen : |____| (1=plat, 2=symétrique, 3=ballonné, 4=ne respire pas, 5=saillie des muscles droits, 6=1+2, 7=1+5, 8=1+3, 9=autres, 10=indéterminé)

55a- Si Autre à préciser : / _____/

56-Présence de circulation veineuse collatérale : |____| (1=Oui, 2=Non, 3=autre, 9=indéterminé)

56a- Si Autre à préciser : / _____/

- Palpation de l'abdomen

57-Défense : |____| (1=localisé, 2=diffuse)

58-Contracture : |____| (1=localisée, 2=généralisée)

59-Cris de l'ombilic : |____| (1=Oui, 2=Non, 9=Indéterminé)

60-Masse abdominale : |____| (1=Oui, 2=Non, 9=Indéterminé)

61-Douleur provoquée : |____| (1=localisée, 2=diffuse, 9=Indéterminé)

61a- Si Autre à préciser : /_____/

62-Orifices herniaire : |____| (1=libres, 2=autres, 3=indéterminé)

62a- Si Autre à préciser : /_____/

63-Adénopathie : |____| (1=Oui, 2=Non, 9=indéterminé)

63a- Si Autre à préciser : /_____/

- Percussion

64-Percussion : |____| (1=normale, 2=matité déclive, 3=disparut de matité préhépatique, 9=indéterminé)

64a- Si Autre à préciser : /_____/

- Auscultation :

65-Bruits intestinaux à l'auscultation : |____| (1=normaux, 2=bruits augmentés, 3=silence abdominale, 4=autres, 9=indéterminé)

65a- Si Autre à préciser : /_____/

66-Organes génitaux : |____| (1=normaux, 2=anoamlie, 9=indéterminé)

Toucher pelvien

67-Toucher rectal : |____| (1=normal, 2=douleur à droite, 3=douleur à gauche, 4=Douglas bombé, 5=cri du Douglas, 6=2+4, 7=3+4, 8=autres, 9=4+5,10=indéterminé)

67a- Si Autre à préciser : /_____/

68-Toucher vaginal : |____| (1=normal, 2=douleur latéro utérine, 3=Douglas bombé, 4=douleur mobilisant l'utérus, 5=masse latéro utérine, 6=masse utérine, 7=2+3, 8=4+5, 9=2+5, 10=autre, 11=indéterminé)

68a- Si Autre à préciser : /_____/

Autres appareils

69-Cœur : |____| (1=bruits normaux, 2=bruits anormaux, 3=souffles, 4=autres, 9=indéterminé)

69a- Si Autre à préciser : / _____ /

70-Pouls périphériques : |____| (1=perçus, 2=non perçus

70a Si Autres à préciser : / _____ /

71-Appareil respiratoire |____| (1=normal, 2=bruits anormaux, 3=dyspnée,
4=autres, 9=indéterminé)

71a- Si Autre à préciser : / _____ /

Examens complémentaires avant l'opération

72-ASP : |____| (1=normal, 2=pneumopéritoine, 3=grissaille, 4=niveau
hydroaérique, 5=2+4, 6=2+3+4, 7=autres, 9=indéterminé)

73a- Si Autre à préciser : / _____ /

73-Echographie : |____| (1=normale, 2=tumeur, 3=épanchement péritonéal)

73a- Si Autre à préciser : / _____ /

74-Radio thorax : |____|

1=normale, 2=pneumopéritoine, 3=opacité, 4=
empatement pleural, 5=iléus réflexe, 6= autre, 9=indéterminé

74a- Si Autre à préciser : / _____ /

75-TOGD : |____|

1=normal, 2=béance du cardia, 3=niche gastrique, 4=distension gastrite,
5=lacune, 6=autres, 9=indéterminé

75a- Si Autre à préciser : / _____ /

Biologie

76-Taux d'hémoglobine : |____|

(1=femme : 12-16g/dl homme : 13-18g/dl

2=femme : <12g/dl homme : <13g/dl

3=femme : >16g/dl homme : <12g/dl

9=indéterminé)

77-Taux d'hématocrite : |____|

(1=femme : 35-47% homme : 40-54%

2=femme : <35% homme : <40%

3=femme : >47% homme : >40%

9=indéterminé)

78-Polynucléaire neutrophile : |____| (1=35-60%, 2= <35%, 3=>5%,
9=indéterminé)

79-Polynucléaire éosinophile : |____| (1=1-4%, 2=<1%, 3=>5%)

80-Lymphocytes : |____| (1=40-60%, 2= <40%, 3=>60%, 9=indéterminé)

81-Widal : |____| (1=positif, 2=négatif)

82-Groupe sanguin et rhésus : |____|

83-Glycémie : |____|

84-Créatininémie : |____|

Diagnostic retenu

85-Diagnostic préopératoire : |____|

1=péritonite, 2=occlusion, 3=appendicite,
4=hernie étranglée, 5=salpingite, 6=perforation d'organe,
7=Abcès du foie, 8=Autres, 9=indéterminé)

85a- Si Autre à préciser : / _____ /

86-Constataction peropératoire : |____|

1=perforation gastrique, 2=perforation duodénale,
3=autre, 9=indéterminé

86a- Si Autre à préciser : / _____ /

87-Siège de la perforation : |____|

1=antral, 2=fundus, 3=petite courbure,
4=grande courbure, 5=postérieur, 6=corps,
7=pylorique,

8=antérieur, 9=bulbaire, 10=D2, 11=D3, 12=D4, 13=autres,
14=indéterminé

87a- Si Autre à préciser : / _____ /

88-Dimension : |____| (cm)

89-Nombre de lésions : |____| 1=unique, 2=double, 3=multiple,
4=autre, 9=indéterminé

89a- Si Autre à préciser : / _____ /

90-Aspect lésionnel : |____|

1=linéaire, 2=arrondi, 3=arciforme,
4=punctiforme, 5=autre, 9=inéterminé

90a- Si Autre à préciser : / _____ /

91-Durée de l'évolution : |____| (1=1-5H, 2=6-12H, 3=12-18H, 4=18-24H,
5=autres, 9=indéterminé)

91a- Si Autres à préciser : / _____ /

Pronostic

MPI : Mannheim Peritonitis Index

Paramètres	Données	Points
Age (en année)	>50	5
	<50	0
Sexe	Féminin	5
	Masculin	0
Défaillance viscérale	Présente	7
	Absent	0
Malignité	Présent	4
	Absent	0
Délai de prise en charge >24H	Présent	4
	Absent	0
Foyer primaire	Pas dans le côlon	4
	Dans le côlon	0
Péritonite généralisée diffuse	Présente	6
	Absent	0
Nature du liquide péritonéal	Claire	0
	Visqueuse	6
	Purulente	12

Interprétation : score minimal=0 ; score maximal = 47

MPI > 26 : taux de mortalité élevé

NB : les défaillances viscérales

*Rénales =

créatininime $\geq 177 \mu\text{mol}$

urée $\geq 16,7$ mmol

oligurie < 20 ml/H

*Respiratoire=

PaO₂ < 50 mmHg

PaCO₂ > 50 mmHg

*Choc

*Obstruction intestinale

paralysie > 24 H

Iléus mécanique complet

92-Résultats : |____| (1=0-10, 2=11-20, 3=21-30, 4=31-40, 5=41-50, 6=autres,
9=indéterminé)

92a- Si Autres à préciser : /_____/

Traitement

93-Avant l'intervention : |_____|

1=antalgique, 2=antiulcéreux, 3=ATB,

4=transfusion, 5=perfusion, 6=sonde naso gastrique,

7=2+3+5, 8=1+3+5, 9=5+6, 10=autres, 11=indéterminé

93- Si Autre à préciser : /_____/

Traitement Chirurgical

94-Technique : |_____|

1=suture simple, 2=suture simple+omentoplastie 3=gastrectomie,

4=suture + vagotomie bitronculaire+GEA, 5=suture+vagotomie

bitronculaire+pyloroplastie 7=suture+vagotomie supraselective,

8=entérectomie+vagotomie bitronculaire, 9=Epiploplastie 10=autre,

11=indéterminé)

94a- Si Autre à préciser : /_____/

95-Nombre de drain : |_____|

1=unique, 2=multiple, 3=autre, 9=indéterminé)

96a- Si Autre à préciser : /_____/

Evolution

96-Avant l'intervention : |_____|

1=favorable, 2=défavorable, 3=stable, 4=autre, 9=indéterminé

96a- Si Autre à préciser : / _____ /

97- Suites opératoires précoces (1-30j) : |____|

1=simple, 2=décès, 3=abcès de la paroi,
4=éviscération, 5=sténose anastomose, 6=pneumopathie,
7=occlusion, 8=péritonite, 9=fistule,
10=autre, 11=indéterminé)

97a- Si Autre à préciser : / _____ /

98- Mode de suivi (1-30jours) : |____|

1=venu de lui-même, 2=sur RDV, 3=vue à domicile,
4=sur convocation, 5=consultation ordinaire, 6=autre

98a- Si Autre à préciser : / _____ /

99- Suites opératoires à moyen terme (1-12 mois) : |____| (1=simple, 2=décès, 3=occlusion, 4=syndrome de petit estomac, 5=retard de cicatrisation, 6=éventration, 7=trouble digestif, 8=autre, 9=indéterminé)

99a- Si Autre à préciser : / _____ /

100- Mode de suivi (1-12 mois) : |____| (1=venu de lui-même, 2=sur RDV, 3=vue à domicile, 4=sur convocation, 5=consultation ordinaire, 6=autre)

100a- Si Autre à préciser : / _____ /

101- Suites opératoires tardives (1-5 ans) : |____| (1=Simple 2=syndrome de petit estomac, 3=trouble digestif, 4=éventration, 5=autres, 6=indéterminé)

101a- Si Autre à préciser : / _____ /

102- Mode de suivi (1-5ans) : |____| (1=venu de lui-même, 2=sur RDV, 3=vue à domicile, 4=sur convocation, 5=consultation ordinaire, 6=autre)

102a- Si Autre à préciser : / _____ /

103- Examens complémentaires à visée étiologique avant et après l'opération : |____| (1=fibroscopie, 2=lavement baryté, 3=échographie, 4=biopsie, 5=autres, 9=indéterminé)

103a- Autre à préciser : / _____ /

104- Diagnostic étiologique : |____| (1=ulcère gastro duodéal, 2=cancer de l'estomac, 3=plaie par arme blanche, 4=plaie par arme à feu, 5=AVP, 6=CBV, 7=iatrogène, 8=ascaridose, 9=schistosoma massoni, 10=autre, 11=indéterminé)

105a- Si Autre à préciser : / _____ /

Les perforations d'ulcère gastro-duodéal au CHU du Point-G

Nom et prénom : Abdoulaye Siddeye

Année de Soutenance : 2009

Ville de Soutenance : Bamako

Secteur Lieu de dépôt : Bibliothèque de la F.M.P.O.S

Secteur d'intérêt : Chirurgie

Résumé

Les perforations d'ulcère gastro duodéal sont en nette augmentation dans notre pays malgré la disponibilité des médicaments anti ulcéreux et la baisse de leur coût. Elles sont fréquentes en milieu hospitalier. Au Mali, notre étude constitue la troisième du genre après celle de COULOUBALI ISSOUF au CHU GABRIEL TOURE en 2005 ; et de VICTOR en 2008 au CHU du Point-G.

Nos objectifs spécifiques ont été : Préciser la fréquence, analyser les signes cliniques et para cliniques, décrire les techniques chirurgicales utilisées et déterminer le pronostic des perforations d'ulcère gastro-duodéal. C'est ainsi que de Janvier 2001 à Juin 2008, 120 cas de perforations d'ulcère gastro-duodéal ont été pris en charge. Elles ont représenté 4,2% des urgences chirurgicales.

L'âge de nos patients variait entre 20 - 60 ans avec une moyenne de 38 ans. L'étude a concerné 109 hommes et 11 femmes. La majorité de nos patients sont évacués du milieu rural soit (71,7%) avec un délai moyen de 54,3h.

Les signes en faveur d'une perforation d'ulcère gastro-duodéal ont été : l'antécédent d'ulcère gastro-duodéal confirmé (10,83%), la douleur abdominale (100%), une contracture abdominale (80%), une disparition de la matité pré hépatique (92,5%), un pneumopéritoine à l'ASP (73,4%).

L'excision suture a été la technique opératoire la plus utilisée (65%). Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement médical composé d'antibiotique, d'antalgique en pré et post opératoires. La majorité de nos malades (97,51%) ont reçu un traitement médical anti-ulcéreux. Les suites opératoires étaient simples à 81,7%. L'évolution est marquée par la suppuration pariétale (7,49%). Dans notre étude nous avons enregistré 5 décès (4,2%)

Mots clés : **Ulcère, gastrique, duodénum, perforation, chirurgie -/-**