

Ministère de l'Enseignement Supérieur

REPUBLIQUE DU MALI

Et de la Recherche Scientifique

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE
BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE



Année universitaire 2022-2023

N°.....

Thèse :

**Péritonite aiguë généralisée dans le service de chirurgie
générale au centre de santé de référence de
Ouélessébougou.**

Présentée et soutenue publiquement le 18/01/2024 devant le Jury de la Faculté de
Médecine et d'odontostomatologie par :

M. SIDIBE Aliou

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Jury

Président : M. Boubacar KAREMBE

Maitre de conférences

Membres : M. Madiassa KONATE

Maitre de conférences

Co-directeur : M. Emmanuel DAKOUO

Chirurgien

Directeur : M. Lassana KANTE

Maitre de conférences

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DÉDICACES :

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut,

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,

L'amour, le respect, la reconnaissance,

Aussi, c'est tout simplement que :

Je dédie cette thèse à ...

➤ **A mon père :**

Feu Balla Sidibé, toi qui n'as jamais su faire la différence entre tes enfants et ceux des autres par ce que pour toi tous les enfants étaient les tiens. Toi qui m'a toujours dit de prioriser les études. Homme modeste, humble, l'admiration que j'ai pour toi est sans limite. L'amour que tu as porté à tes enfants, la dignité, l'éducation et le sens de l'honneur nous servent de modèle. J'aurai tant souhaité que tu sois là mais le seigneur a décidé autrement. Que dieu t'accueille dans son paradis AMEN !!!

➤ **A mes mamans Mah Diarra, Guidiba Sakiliba et Feu MoussouDoucoure :**

Vous avez guidé mes premiers pas, vous avez fait beaucoup de sacrifices afin de nous donner une bonne éducation. Vos conseil et encouragement m'ont toujours accompagné durant toutes mes études et ont fait de moi un homme fier d'être votre fils. Malgré vos modestes moyens, vous n'avez ménagé aucun effort pour me venir en aide. Mais à travers ce travail, recevez l'expression de ma reconnaissance et de mon amour indéfectible.

➤ **A mes frères et sœurs : Boubacar Sidibé, Fily Sidibé, Assita Sidibé, Assita Sidibé dite Soulanding et Fanta Sidibé :**

Vous avez toujours été là pour moi à chaque fois que j'ai eu besoin de vous. Je vous dédie ce travail, en guise de reconnaissance de votre amour, affection, tendresse, compréhension et générosité avec tous mes vœux de bonheur, santé, succès et de réussite. Je prie Dieu le Tout Puissant pour nous garder, à jamais, unis en plein amour, joie et prospérité. J'espère que vous êtes aujourd'hui fiers de moi. Moi je suis très fier de vous.

➤ **A ma sœur décédée : Feu Sambou Sidibé**

Je te dédie ce modeste travail avec beaucoup d'affection. Que ton âme repose éternellement en paix.

➤ **A toute la famille :**

Merci pour vos conseils, vos prières, votre affection à mon égard et vos encouragements. Puisse Dieu vous bénir et renforcer nos liens fraternels.

A mes oncle **Sékou Sissoko et Omar Maréga**, vous êtes pour moi un second père.

Merci pour vos conseils, vos affections à mon égard et vos encouragements à toujours mieux faire. Je vous dédie ce travail, signe de ma haute considération.

A madame **Keita Fatoumata Touré**, témoignage de mon affection et ma sincère reconnaissance, je te dédie ce travail tout en priant que Dieu te garde dans sa lumière pour l'éternité.

REMERCIEMENTS :

Je rends grâce à **ALLAH Soubhana Watala** ; Le Tout Puissant, Le Miséricordieux, le Clément ; qui m'a inspiré et qui m'a guidé dans le bon chemin.

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

Guide-nous dans le droit chemin, le chemin de ceux que Tu as comblé de faveurs, non pas de ceux qui ont encouru Ta colère, ni des égarés. [Prologue : Al-

Fatihah].Gloire à ALLAH, le tout puissant, pour avoir toujours guidé mes pas et pour m'avoir donné la force d'y croire et la patience d'aller jusqu'au bout de mon rêve.

Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde. Je te dois ce que je suis devenu.

Il m'est difficile de commencer ce travail sans remercier tous ceux dont les efforts conjugués m'ont permis d'arriver au terme de ma formation.

A tout le corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie, merci pour la qualité de la formation que vous nous avez donnée et que vous continuez de donner.

Au personnel du service de chirurgie du CSREF de Ouélessébougou ;

A **Dr DICKO** Abdourhamane médecin chef au CSREF de Ouélessébougou,

Cher maître, ce travail est le vôtre, vous avez été pour moi un encadreur exemplaire.

Votre soutien moral et matériel n'a jamais fait défaut. Vous n'avez ménagé aucun temps, aucune volonté pour la réalisation de ce travail.

A **Dr Emmanuel Dakouo**, merci cher maitre pour la confiance, votre disponibilité, votre amour du travail bien fait, vos esprits scientifiques, vos compétences et vos encouragements m'ont permis d'améliorer mes compétences techniques et professionnelles durant mon séjour au service de chirurgie du CSREF de Ouélessébougou.

Que Dieu vous prête longue vie et plein de succès, qu'il me donne la chance, le courage et la force de combler vos attentes.

Aux **Docteur Mamby Diallo, Dr Mamoudou Sissoko, Dr Sidiki Sidibé et Dr Issiaka Sidibé**, les mots me manquent mais je ne peux que vous dire merci pour tout ce que vous m'avez appris à faire, que Dieu vous bénisse.

A mes autres encadreurs du CSREF de Ouélessébougou **Dr Diarra Souleymane, Dr Togo Ali, Dr Diakité Tiémoko, Dr Samassékou Pathé, Dr Yaya Traoré, Dr Coulibaly Lassana, Dr Mariko Sidiki**

A mes collègues internes du CSREF de Ouélessébougou **Kouyaté Souleymane, Maiga Ibrahima, Sangaré Adama Drissa.**

Aux techniciennes supérieures de santé **Keita Fanta, Aminata Dalla Doumbia**, merci pour votre chaleureux accueil et disponibilité.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis de citer.

Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

Liste de tableaux

Tableau I: Répartition des malades selon l'âge.....	49
Tableau II: Répartition des malades selon la profession.....	51
Tableau III: Répartition des malades selon la provenance.....	51
Tableau IV: Répartition des malades selon l'ethnie.	52
Tableau V: Répartition des patients selon le Niveau d'instruction.....	53
Tableau VI: Répartitions des malades selon les signes fonctionnels.....	53
Tableau VII: Répartition des malades selon la durée d'évolution de la maladie.....	54
Tableau VIII: Répartition des malades selon le siège initial d'installation de la douleur.	54
Tableau X: Répartition des malades selon le type de la douleur.	55
Tableau XIV: Répartition des patients selon l'indice de performance OMS.	57
Tableau XV: Répartition des malades selon le pouls.....	58
Tableau XVI: Répartition selon la pression artérielle.....	58
Tableau XVIII: Répartition des malades selon l'aspect de la langue.	59
Tableau XIX: Répartition des patients selon l'examen physique à l'inspection de l'abdomen.	59
Tableau XX : Répartition des patients selon l'examen physique à la palpation.....	60
Tableau XXI: Répartition des patients selon le résultat du toucher rectal.....	60
Tableau XXII: Répartition des malades selon le résultat de l'ASP.	61
Tableau XXIII: Répartition des malades selon la réalisation de l'échographie abdomino-pelviennne.	61
Tableau XXV: Répartition des patients selon le résultat de la numération formule sanguine.....	62
Tableau XXVIII: Répartition des patients selon la classification des ASA.	62
Tableau XXIX: Répartition des malades selon le diagnostic préopératoire.	63
Tableau XXXIII: Répartition selon la voie d'abord.	64

5.10	Tableau XXXIV: Répartition des malades selon la classification de Hambourg	65
	Tableau XXXV: Répartition des patients selon la technique chirurgicale.	66
	Tableau XXXVII: Répartition des patients selon la qualité du liquide.	67
	Tableau XXXVIII: Répartition des patients selon l'E.C. B du pus.	67
	Tableau XL: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.	69
	Tableau XLI: Répartition des patients selon les suites opératoires immédiates (1-3 mois).	69
	Tableau XLII: Répartition des patients selon les suites opératoires tardives (3-6 mois).	70
	Tableau XLIII : Fréquence de la péritonite selon les auteurs.	79
	Tableau XLIV: L'âge moyen selon les auteurs.....	80
	Tableau XLV: Délai de consultation selon les auteurs.	81
	Tableau XLVI: Les signes fonctionnels.....	82
	Tableau XLVII: La fièvre selon les auteurs.	83
	Tableau XLVIII: La contracture et la défense selon les auteurs.....	84
	Tableau XLIX: Résultats de l'ASP selon les auteurs.....	85
	Tableau L: Les étiologies de la péritonite selon les auteurs.....	86
	Tableau LI: La morbidité selon les auteurs.	89
	Tableau LII: La mortalité selon les auteurs.....	90

Liste de figures

Figure 1: Vue d'ensemble du tube digestif.	0
Figure 2: Les deux étages de la cavité abdominale.	26
Figure 3: les loges péritonéales [16].....	27
Figure 4: Péritonite par perforation appendiculaire.	38
Figure 5 : Répartition des malades selon le sexe.	50
Figure 6: Répartitions des malades selon la résidence.	52
Figure 7: Répartition des malades selon l'évolution de la douleur.	56
Figure 8: Répartition des malades selon la température corporelle.	57
Figure 9: Répartition des patients selon le score de Mannheim.....	68
Figure 10: La péritonite par perforation iléale traumatique à 70 cm de l'angle iléo-caecal.	73
Figure 11: La péritonite par perforation appendiculaire	74
Figure 12: La péritonite par perforation bulbaire.....	75
Figure 13: La péritonite par perforation gastrique.	76
Figure 14: La péritonite par nécrose utérine post césarienne.....	77

Table des matières

1Introduction :	19
2Objectifs :	21
2.1Objectif général :	21
2.2Objectifs spécifiques :	21
3Généralités :	23
3.1Rappel anatomique de l'appareil digestif [11] :	23
3.2Définition et description du péritoine [12] :	24
3.3Vascularisation du péritoine [13, 14] :	25
3.4Innervation du péritoine [15] :	26
3.5Anatomie topographique de la cavité abdominale :	26
3.6Rapports du péritoine avec les organes : [14] [17] :	28
3.7Physiologie [18].	28
3.8La voie passive de sécrétion- absorption :	28
3.8.1Sécrétion :	28
3.8.2Absorption :	29
3.9Mouvement des fluides péritonéaux et voie active :	29
3.9.1Mouvement des fluides :	29
3.9.2Drainage lymphatique actif :	29
3.10Physiopathologie	30
3.10.1Péritonites dites primitives [18] :	30
3.10.2Péritonites secondaires [18] :	30
3.10.3PERITONITES TERTIAIRES [19] :	31
3.11Retentissement Viscéral :	32

3.12Facteurs pronostiques globaux :.....	33
3.13Rappel clinique [18]	33
3.13.1Type de description :	33
3.13.2Signes cliniques :.....	34
3.13.3Signes para cliniques :.....	34
3.13.3.1La Radiographie de l'abdomen sans préparation :	34
3.13.3.1.1Signe en rapport avec la péritonite :.....	35
3.13.3.1.2Signe orientant vers une autre étiologie :.....	35
3.13.4Autres examens complémentaires :.....	35
3.13.5Examens complémentaires du bilan préopératoire :	35
3.13.6Autres formes cliniques :.....	36
3.14DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE [17].....	36
3.14.1Péritonite par perforation d'ulcère gastro duodéal :	36
3.14.2Péritonites par perforation du colon :.....	37
3.14.3Les autres formes de péritonite par perforation colique :	37
3.14.4La péritonite appendiculaire : la plus fréquente.....	38
3.14.5Péritonites biliaires :.....	38
3.14.6Péritonite d'origine génitale :.....	39
3.15Traitement [17].....	39
3.15.1Le But :.....	39
3.15.2 Les moyens : sont médicaux et chirurgicaux	39
3.15.2.1Les moyens médicaux :	39
3.16Résultats [18].....	40
4METHODOLOGIE :	42

4.1 Type et période d'étude :	42
4.2 Cadre d'étude :	42
4.3 Situation géographique :	42
4.4 Carte sanitaire :	43
4.5 Les différents services du Csref : Il est composé des services suivants :	44
4.6 Les locaux :	44
4.7 Le personnel :	44
4.8 Les activités de l'unité de chirurgie :	45
4.9 Echantillonnage :	45
4.10 Les critères d'inclusion :	45
4.11 Les critères de non inclusion :	45
4.12 Méthode :	46
4.12.1 Elaboration de la fiche d'enquête :	46
4.12.2 Activités :	46
4.12.3 Gestion des données :	46
4.12.4 Considération éthique :	46
4.12.5 Déroulement de l'étude :	46
5 RESULTATS :	49
5.1 Fréquence :	49
5.2 Profils sociodémographiques des patients	49
5.2.1 Age :	49
5.2.2 Sexe :	50
5.2.3 Profession :	51
5.2.4 Provenance :	51

5.2.5Ethnie :.....	52
5.2.6Résidence :.....	52
5.2.7Niveau d’instruction :.....	53
5.3Données cliniques :	53
5.3.1Signes fonctionnels :	53
5.3.2Durée d’évolution de la maladie :	54
5.3.3Siege initial d’installation de la douleur :	54
5.3.4Mode d’installation :	55
5.3.5Type de douleur :.....	55
5.3.6Intensité de la douleur :	55
5.3.7Evolution de la douleur :	56
5.3.8Antécédents médicaux :.....	56
5.3.9Antécédents chirurgicaux :.....	56
5.4Examen général :.....	57
5.4.1Indice de performance OMS :	57
5.4.2Température :.....	57
5.4.3Pouls :	58
5.4.4Pression artérielle	58
5.4.5Fréquence respiratoire	58
5.4.6Aspect de la langue :	59
5.5Examen physique :	59
5.5.1Inspection :	59
5.5.2Palpation :.....	60
5.5.3Toucher rectal.....	60

5.6Examens complémentaires :.....	61
5.6.1Radiographie de l'abdomen sans préparation(ASP) :	61
5.6.2Echographie abdomino-pelvienne :.....	61
5.6.3Sérodiagnostic de WIDAL-FELIX.	62
5.6.4La numération formule sanguine ou le taux d'hémoglobine seul :.....	62
5.6.5Résultat de la numération formule sanguine :.....	62
5.6.6Créatininémie :	Erreur ! Signet non défini.
5.6.7Glycémie :	Erreur ! Signet non défini.
5.6.8Groupage rhésus :.....	62
5.7Classification de la société américaine des anesthésistes(ASA) :.....	62
5.8Diagnostics et traitement :.....	63
5.8.1Diagnostic préopératoire :	63
5.9Traitement médical (Réanimation) :	63
<input type="checkbox"/> L'antibiothérapie :	64
<input type="checkbox"/> La Thromboprophylaxie :	64
<input type="checkbox"/> Transfusion sanguine :.....	64
5.9.1Type d'anesthésie :.....	64
5.9.2Voie d'abord :.....	64
5.10Diagnostic peropératoire :	Erreur ! Signet non défini.
5.11Traitement chirurgical :.....	66
5.12Etiologie de la péritonite :	Erreur ! Signet non défini.
5.13Liquide péritonéal.....	67
5.14 Examen cyto bactériologique du liquide péritonéal :.....	67
5.15 Drainage :	68

5.16 Pronostique	68
5.17Evolutions :.....	69
5.17.1Durée d’hospitalisation :	69
5.17.2Suites opératoires immédiates :.....	69
5.17.3Suites opératoires tardives :.....	70
6COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :.....	79
6.1Fréquence :	79
6.2Age :	80
6.3SEXE :	80
6.4ETUDE CLINIQUE :.....	81
6.4.1Délai de consultation :.....	81
6.5SIGNES CLINIQUES :.....	82
6.5.1Signes fonctionnels :	82
6.6Signes généraux :.....	83
6.7Signes physiques :	84
6.8Examens complémentaires :.....	85
6.8.1Imagerie :.....	85
6.9ETIOLOGIES :.....	86
6.10Traitement :	87
6.10.1Médical :.....	87
6.11Traitement Chirurgical :	88
6.12Morbidity :.....	89
6.13Mortalité :	90
7CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :.....	93

7.1 CONCLUSION :	93
7.2 RECOMMANDATIONS :	94
8 REFERENCE :	96
9 FICHE D'ENQUETE.....	105

La liste des signes et abréviations :

ASP : Abdomen sans préparation,

ASA : Classification des anesthésistes de la société Américaine,

Bts/mn : Battements par minute,

Cm : Centimètre,

Cm³ : Centimètre cube,

CO₂ : Dioxyde de carbone,

CIVD : Coagulation intra-vasculaire disséminée,

CSCOM : Centre de santé communautaire,

CSREF : Centre de santé de référence,

CmHg : Centimètre de mercure,

CVC : Circulation veineuse collatérale,

°C : Degrés Celsius,

ECG : Examen électrocardiogramme,

E. Coli : Escherichia Coli,

ECB : Examen Cyto- Bactériologique,

FID : Fosse iliaque droite,

Fmos : Faculté de médecine et odontostomatologie,

G/L : Gramme par Litre

Gr / Rh : Groupe Rhésus,

DH : Hypochondre droit,

HG : hypochondre gauche,

HTA : Hypertension artérielle,

Km² : Kilomètre carré,

M : Mètre,

M² : Mètre carré,

ml : Millilitre,

Mm³ : Millimètre au cube,

Mg : Milligramme,

MPI : index de Mannheim des péritonites,

N : Nombre,

NFS : Numération formule sanguine,

OMS : Organisation mondiale de la santé,

ORL : Oto-rhino-laryngologie,

P : Probabilité,

% : Pourcentage,

≤ : Inférieur ou égal,

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise,

≥ : Supérieur ou égal,

> : Supérieur,

SDRA : Syndrome de détresse respiratoire aigue,

Tx d'Hb : Taux d'hémoglobine,

UGD : Ulcère gastroduodéal,

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine,

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION :

Une péritonite est une inflammation du péritoine, brutale ou chronique, généralisée ou localisée. Elle est le plus souvent secondaire à la perforation d'un organe digestif et ou à la diffusion d'un foyer septique intra-abdominal [1]. Une péritonite est dite généralisée lorsqu'elle s'étend à toute la cavité péritonéale. Elle constitue une urgence vitale nécessitant une hospitalisation et une prise en charge thérapeutique rapide [2].

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

Dans le monde, plus précisément en France, sa fréquence est estimée, par rapport à l'ensemble des abdomens aigus chirurgicaux à 3% [4] ; et 13, 63% à Oman [5].

En Afrique, au Niger, la fréquence des péritonites est à 28,8% [6].

Au Mali, une étude réalisée en 2022 au Csref de Bougouni a montré une fréquence de 39,80% [7]. A Sikasso, la fréquence des péritonites était estimée 54,7% [8].

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

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

Le pronostic d'une péritonite secondaire généralisée dépend autant de la cause et du terrain que de la précocité du traitement [2]. Ainsi la mortalité des péritonites appendiculaires qui touchent souvent les sujets jeunes est inférieure à 10 %, par contre celle des péritonites d'origine diverticulaire ou des péritonites postopératoires atteint encore les 40 % [1].

A Ouélessébougou, aucune étude jusqu'ici n'avait été réalisée sur les péritonites aigues généralisées malgré la fréquence élevée de cette pathologie dans le service de chirurgie, nous avons donc décidé de mener une étude.

OBJECTIFS

2 OBJECTIFS :

2.1 OBJECTIF GENERAL :

Etudier les aspects épidémiocliniques, thérapeutiques et pronostiques des péritonites aiguës généralisées au CSREF de Ouélessébougou.

2.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence de la péritonite aiguë généralisée.
- Décrire les aspects cliniques, diagnostics et thérapeutiques de la péritonite aiguë généralisée.
- Evaluer les suites opératoires de la péritonite aiguë généralisée.

GENERALITES

3 GENERALITES :

3.1 RAPPEL ANATOMIQUE DE L'APPAREIL DIGESTIF [11] :

L'appareil digestif comporte chez l'homme un long tube musculomembraneux, qui traverse tout le corps de la cavité buccale à l'orifice du canal anal : c'est le tube digestif sa longueur moyenne est de 10m. Il comprend entre autres les éléments suivants : **L'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle, le colon, le rectum et le canal anal.**

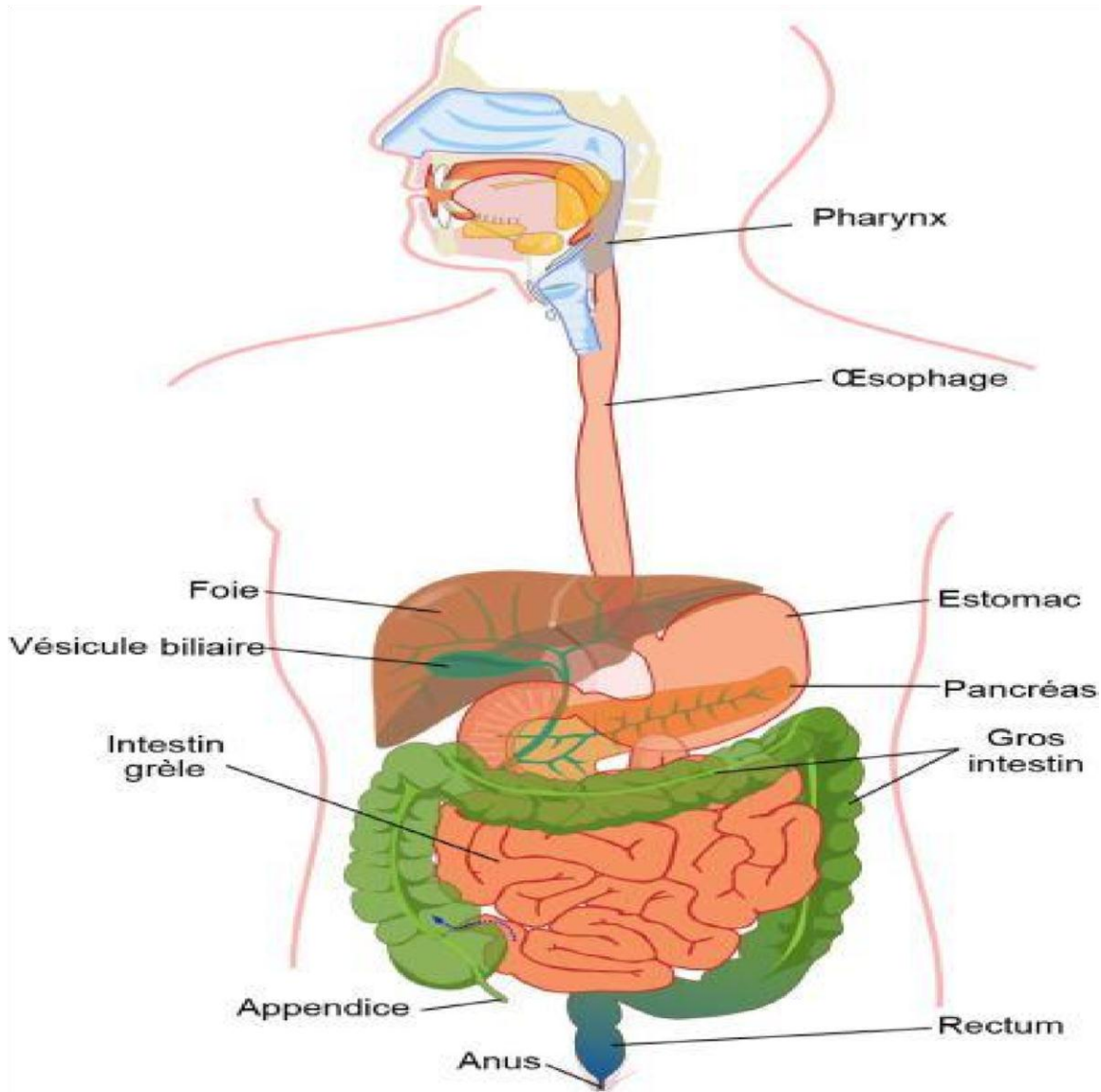
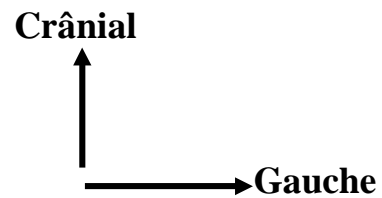


Figure 1: Vue d'ensemble du tube digestif.



3.2 DEFINITION ET DESCRIPTION DU PERITOINE [12] :

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

Macroscopiquement, on reconnaît au péritoine comme toute séreuse :

- ✓ **Un feuillet pariétal** : appelé encore péritoine pariétal, appliqué sur les parois des cavités abdomino-pelviennes. Le feuillet pariétal est doublé profondément dans toute son étendue par une couche de tissu cellulaire ou cellulo-adipeux appelée fascia pro pria.
- ✓ **Un feuillet viscéral** : ou péritoine viscéral, constitue le revêtement séreux des organes abdomino-pelviens.
- ✓ **Des replis membraneux** : ou replis péritonéaux, relie le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Ils engainent les pédicules vasculo-nerveux qui vont de la paroi aux organes enveloppés par la séreuse. Est appelé <<méso>> un repli reliant le péritoine pariétal au péritoine viscéral d'un segment du tube digestif. Est appelé <<ligament>> un repli reliant le péritoine pariétal au péritoine viscéral d'un organe intra abdominal ne faisant pas partir du tube digestif. Est appelé <<épiploon>> un repli joignant le péritoine viscéral de deux organes intra abdominaux.

3.3 VASCULARISATION DU PERITOINE [13, 14] :

- ✓ Le péritoine pariétal est vascularisé de haut en bas par des branches des artères intercostales, lombaires, épigastriques, circonflexes, artères issues directement de l'aorte et de l'artère iliaque externe.
- ✓ Le péritoine viscéral est vascularisé par les branches de division des troncs cœliaques et mésentériques.
- ✓ Le retour veineux viscéral se fait par les veines mésentériques qui collectent le sang en direction de la veine porte.

Il n'y a pas de circulation lymphatique propre à la séreuse péritonéale, seul le dispositif juxta- diaphragmatique fait de fenêtres mésothéliales permet le drainage de la lymphe de la cavité péritonéale vers les lymphatiques diaphragmatiques, le canal thoracique et la circulation générale.

3.4 INNERVATION DU PERITOINE [15] :

- L'innervation est très inégalement répartie, et on distingue des zones hypersensibles, qui peuvent être des témoins cliniques en cas d'inflammation péritonéale ; ce sont principalement :
- Le diaphragme (hoquet) ;
- Le nombril (cri de l'ombilic) ;
- Le cul- de sac de Douglas (cri de Douglas).

3.5 ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE DE LA CAVITE ABDOMINALE :

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

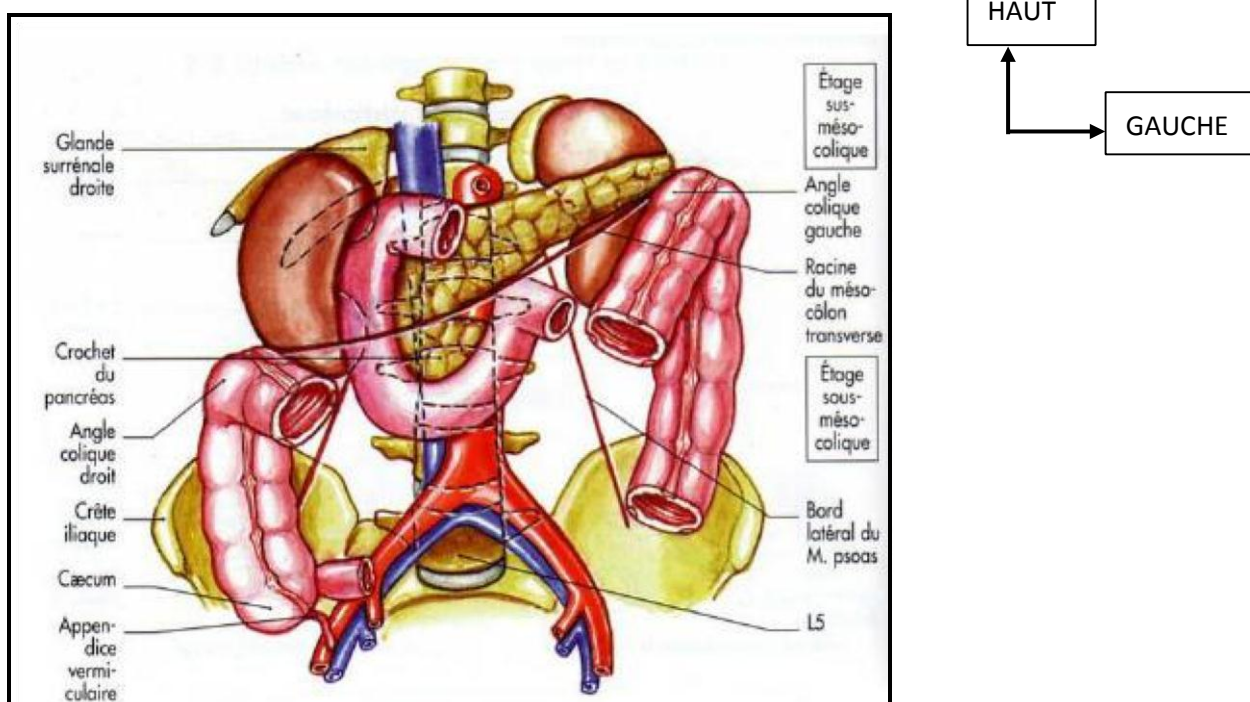


Figure 2: Les deux étages de la cavité abdominale.

Les différentes loges péritonéales sont :

✓ **A l'étage sus-méso colique :**

- **La loge sous phrénique droite**, comprise entre la face supérieure du foie et la coupole diaphragmatique droite. Elle est divisée en deux par le ligament falciforme du foie ;
- **La loge sous – phrénique gauche**, comprise entre la coupole diaphragmatique gauche crânialement, l'estomac en dedans et la rate en bas ;
- **La poche rétro-gastrique** (ou arrière cavité des épiploons) ;
- **L'espace sous –hépatique** : décrit par les radiologues sous le nom de loge de Morrison ;

✓ **À l'étage sous méso colique :**

- **Les gouttières pariéto- coliques** droite et gauche comprises entre le colon ascendant à droite, descendant à gauche et la paroi latérale de l'abdomen ;
- **La loge supra mésentérique**, entre le mésentère et le méso colon ascendant ;
- **La loge infra-mésentérique** entre le mésentère et le méso colon descendant ;
- **Le cul de sac recto-génital** (Douglas).

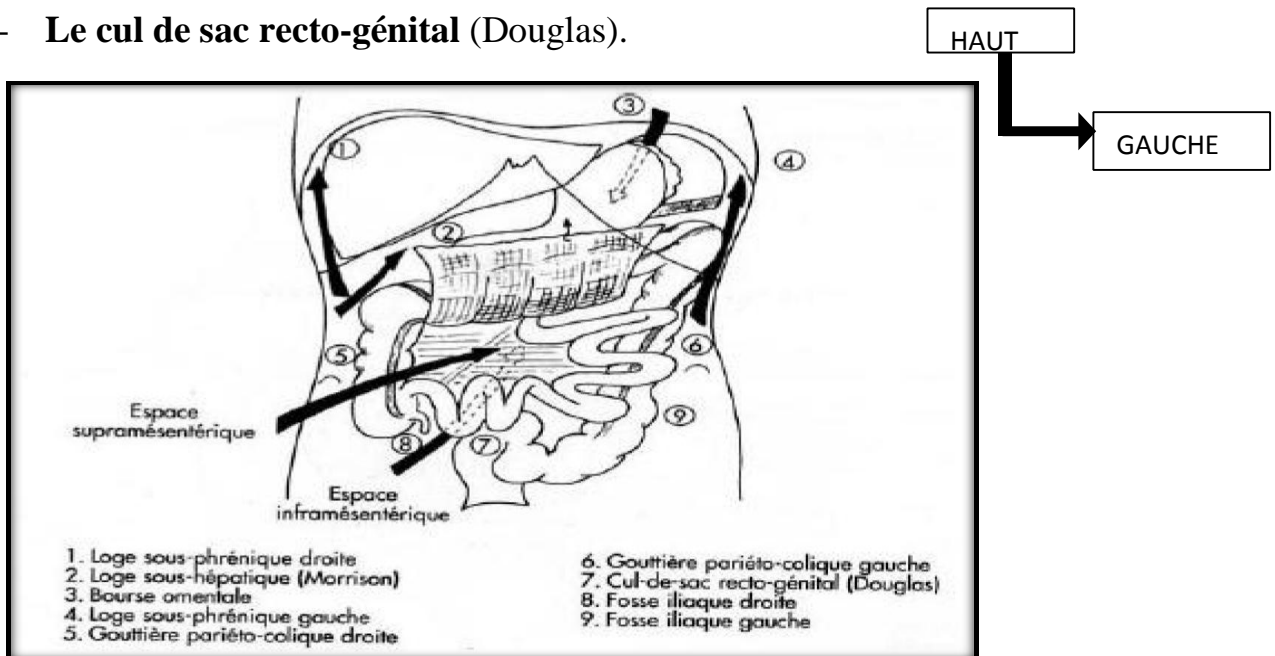


Figure 3: les loges péritonéales [16]

3.6 RAPPORTS DU PERITOINE AVEC LES ORGANES : [14] [17]

En fonction de leur situation par rapport aux feuillets péritonéaux, on peut distinguer trois types d'organes :

✓ **Les viscères rétro péritonéaux**

Comme les reins, les voies urinaires hautes et le pancréas qui recouverts en avant par le péritoine pariétal, sont en dehors de la cavité péritonéale ;

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

✓ **Les viscères intra péritonéaux**, engainés par le péritoine viscéral, tels

L'estomac, les voies biliaires extra hépatiques, le colon (transverse et sigmoïde) les anses intestinales grêles, l'appendice.

3.7 PHYSIOLOGIE [18]

La surface occupée par le péritoine est importante, de l'ordre de celle de la peau environ 2 m² chez l'adulte. La séreuse péritonéale se comporte comme une membrane semi perméable animée de deux mouvements liquidiens de sécrétion et d'absorption. Ces phénomènes osmotiques sont dits « passifs ». A ce premier mécanisme d'échange liquidien s'ajoute un drainage lymphatique dit « actif » rendu possible par le mouvement des fluides dans la cavité péritonéale

3.8 LA VOIE PASSIVE DE SECRETION- ABSORPTION :

3.8.1 SECRETION :

L'espace virtuel limité par les deux feuillets péritonéaux est recouvert par une sérosité liquidienne (50 à 100 cm³) qui est continuellement renouvelé.

La composition chimique de cette sérosité est proche du sérum sanguin. Elle contient des protéines (entre 50 et 70g/l), quelques cellules de type leucocytaire ou histiocytaire (300 par ml) représentées par des lymphocytes (50%), des macrophages (40%), quelques éosinophiles, de rares cellules mésothéliales.

Cette sérosité régulièrement répartie joue pour les deux feuillets péritonéaux le rôle d'une bourse séreuse de glissement.

3.8.2 ABSORPTION :

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

3.9 MOUVEMENT DES FLUIDES PERITONEAUX ET VOIE ACTIVE :

3.9.1 MOUVEMENT DES FLUIDES :

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

Il se fait sous l'effet d'un gradient de pression des hauts vers des basses pressions : en effet en position debout, la pression intra péritonéale est de 20cm d'eau dans l'étage sous méso colique alors qu'elle est de 8cm dans l'étage sus méso colique. Ces mouvements de bas en haut expliquent le drainage lymphatique actif de la cavité péritonéale. Ils expliquent également la possibilité d'abcès sous phrénique compliquant une pathologie infectieuse née en sous- méso colique.

3.9.2 DRAINAGE LYMPHATIQUE ACTIF :

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

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

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

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

3.10 PHYSIOPATHOLOGIE :

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

3.10.1 PERITONITES DITES PRIMITIVES [18] :

Rares, elles correspondent aux infections de la cavité péritonéale qui surviennent en l'absence de foyer infectieux primaire intra abdominal ou de solution de continuité du tube digestif.

La contamination péritonéale se fait par voie hématogène au cours d'une bactériémie ; cependant ce mécanisme n'est probablement pas le seul dans les péritonites tuberculeuses, ni dans les infections d'ascite du cirrhotique (qui présentent l'étiologie la plus fréquente dans ce groupe) : la stase splanchnique pourrait alors favoriser de passage transmural des bactéries depuis la lumière digestive.

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

3.10.2 PERITONITES SECONDAIRES [18] :

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

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

L'évolution de l'infection après l'inoculation péritonéale dépend d'une part de l'infection de celle-ci et de facteurs locaux favorisant (comme le sang ou la nécrose tissulaire), et d'autre part des moyens de défense de l'organisme dont la mise en jeu est immédiate et complexe : ces moyens sont locaux (épiploon, drainage lymphatique) et systémique (phagocytose, fibrinoformation). Il y a systématiquement trois (3) possibilités évolutives : la guérison par résorption du foyer infectieux (par exemple : ulcère perforé bouché) ; la limitation de l'infection par les moyens de défense ,avec constitution d'un abcès (par exemple : abcès péri colique sur perforation sigmoïdienne); la constitution d'une péritonite , en cas de faillite ou de débordement de ces moyens de défense .Les conséquences locales et générales sont d'autant plus graves que l'inoculation bactérienne est virulente , abondante et surtout prolongée.

Localement, l'inflammation produit une fuite plasmatique importante dans la cavité péritonéale, dans le tissu conjonctif de la séreuse et dans la lumière du tube digestif en état d'iléus paralytique :«3ème secteur » qui peut atteindre 4 à 6 litres par jour. L'absorption séreuse augmentée provoque une diffusion des toxines et des bactéries dans la circulation générale, qui peut retentir sur toutes les fonctions de l'organisme : défaillances cardiocirculatoire, respiratoire, rénale, hépatique, digestive, neurologique. Ainsi se trouve la conception de « péritonite grave ».

3.10.3 PERITONITES TERTIAIRES [19] :

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

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

3.11 Retentissement Viscéral :

➤ **L'insuffisance rénale** : est tout d'abord fonctionnelle (oligurie en rapport avec le seul hypo débit artériel), puis lésionnelle (ischémie prolongée, toxines bactériennes) avec débit urinaire chez un adulte, égal ou inférieur à 20 ml/heure, soit moins de 500ml/24 heures. L'hyperkaliémie qu'elle entraîne est un facteur déterminant dans le mécanisme du décès.

➤ **La défaillance respiratoire** : peut être également précoce ; elle entre dans le cadre plus large du syndrome de détresse respiratoire aigue de l'adulte (SDRA) ; elle résulte de l'activation des polynucléaires neutrophiles et de leur adhésion entre eux et aux parois des endothéliums vasculaires pulmonaires.

L'hypoxie qui en résulte ne peut être corrigée par la simple administration d'oxygène, mais exige une ventilation assistée avec pressions positives expiratoires. La rétention de CO₂ majore l'acidose de la glycolyse en anaérobie.

L'installation de tel syndrome, qui complique 40 à 60% des chocs septiques, aggrave considérablement le pronostic.

➤ **L'impact hématologique** : est également d'origine toxique. La première perturbation est une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) avec consommation des facteurs de l'hémostase et tendance hémorragique ; une hypoplaquettose autour de 30000/mm³ en est le témoin ultime.

La toxicité hématologique se signale également par une hyperleucocytose (supérieur à 30000/mm³) ou une hypoleucocytose (inférieur à 2500/mm³) ; le taux d'hémoglobine tend également à s'abaisser ; c'est un facteur pronostique important lorsqu'il se situe au-dessous de 8g/100ml.

➤ **La défaillance hépatique** : (par ischémie prolongée, effets toxiques de la pullulation microbienne intraluminaire) se traduit par un ictère et une chute des facteurs de coagulation, ce dernier aspect majorant la tendance hémorragique.

➤ **La défaillance cardiocirculatoire** : est polyfactorielle et terminale (tachycardie prolongée avec métabolisme en hypoxie, acidose métabolique, hyperkaliémie par l'insuffisance rénale, effets inotropes négatifs des toxines bactériennes, hypertension artérielle pulmonaire par SDRA). Son expression clinique est une hypotension artérielle à pression veineuse centrale élevée, la bradycardie est un signe terminal.

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

3.12 Facteurs pronostiques globaux :

Plusieurs facteurs ou situations sont reconnus dans la littérature comme aigue de mauvais pronostic [20] :

➤ **La durée de l'inoculation péritonéale** : Avant l'intervention thérapeutique est le plus simple à apprécier ; le taux de mortalité augmenterait au-delà de 12 heures d'évolution, en raison d'une diffusion générale toxi-infectieuse.

➤ **La survenue d'une complication évolutive** : Du type syndrome hémorragique, choc septique, insuffisance rénale aigue et insuffisance respiratoire, est également prise en charge ; s'il existe 1,2 ou 3 de ces complications, le taux de mortalité serait de 33,66 ou 100% [21].

➤ **L'âge** : Enfin non pas en tant que tel, mais en relation avec le site d'une perforation digestive est un indicateur important ; en effet, plus l'âge augmente, plus la perforation est distale et plus la mortalité est élevée [22].

3.13 Rappel clinique [18]

3.13.1 Type de description :

Forme typique de la péritonite aigue généralisée en péritoine libre de l'adulte vue tôt.

3.13.2 Signes cliniques :

Le diagnostic est clinique associant :

Une douleur

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

Des vomissements

Alimentaires, puis bilieux, répétés, quasi constants parfois remplacés par des nausées

Des troubles du transit :

-Arrêt des matières et des gaz

-Parfois diarrhée et fièvre, habituellement élevée 39°-40°C, sauf dans les perforations d'ulcère duodénal où au début la température est normale.

L'état général est conservé au début mais

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

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

- A l'inspection : diminution ou absence de la respiration abdominale, saillie des muscles droits ;
- La palpation : mains réchauffées, bien plat en commençant par les endroits les moins ou non douloureux, retrouve la contracture permanente, invincible, douloureuse, tonique, rigide, généralisée.
- Au toucher rectal : douleur vive au cul de sac de Douglas.

Le diagnostic de péritonite étant posé, il faut :

- Rechercher l'étiologie (interrogatoire, examens complémentaires) ;
- Faire un bilan préopératoire ;
- Débuter la réanimation et intervenir en urgence

3.13.3 Signes para cliniques :

Les examens complémentaires sont un élément d'appoint :

3.13.3.1 La Radiographie de l'abdomen sans préparation :

- Face debout centrée sur les coupes ; face couchée, profil couché.

3.13.3.1.1 Signe en rapport avec la péritonite :

✓ Epanchement péritonéal :

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

3.13.3.1.2 Signe orientant vers une autre étiologie :

✓ Le pneumopéritoine :

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

3.13.4 Autres examens complémentaires :

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

✓ **Echographie Abdominale :**

- Peut confirmer le diagnostic d'épanchement intra péritonéal ;
- Dans les péritonites biliaires si on trouve des signes de cholécystite aigue lithiasique
- Dans les péritonites d'origine génitale, si on retrouve des images de pyosalpinx.

✓ **Lavement opaque aux hydrosolubles :**

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

3.13.5 Examens complémentaires du bilan préopératoire :

- Groupe sanguin et rhésus, NFS (Numération Formule Sanguine),

Ionogramme sanguin, urée, glycémie, créatinémie, groupe sanguin, ECG (Electrocardiogramme), Radiographie pulmonaire.

3.13.6 Autres formes cliniques :

✓ **Formes frustes** : Perforations chez des patients sous corticoïdes, chez les hémodialysées chroniques, leur diagnostic est radiologique s'il existe un pneumopéritoine, au maximum, ces formes latentes sont révélées par un abcès sous phrénique.

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

3.14 DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE [17]

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

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

3.14.1 Péritonite par perforation d'ulcère gastro duodénal :

Dans la forme typique le diagnostic est facile :

L'interrogatoire : ulcère connu, antécédents des douleurs épigastriques, notion de prise de médicaments gastro toxiques. Parfois la perforation est révélatrice, maximum épigastrique de la symptomatologie ; absence de fièvre au début ; pneumopéritoine.

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

Perforations couvertes : bouchées par un organe de voisinage (foie, épiploon).

Après un début souvent typique, les signes régressent en quelques heures avec cependant persistance d'une douleur provoquée épigastrique, perforations dans l'arrière cavité des épiploons.

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

3.14.2 Péritonites par perforation du colon :

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

o Diverticulite colique :

La perforation siège habituellement sur le sigmoïde ; on a soit une péritonite stercorale lorsque l'abcès diverticulaire communique encore avec la lumière colique ; soit une péritonite purulente par rupture d'un volumineux abcès péri sigmoïdien.

Le tableau peut être typique surtout chez le sujet jeune, mais il est souvent moins typique chez les sujets âgés (formes asthéniques) ; dans ces cas il y a la discordance entre la gravité des signes généraux et la pauvreté des signes locaux.

o Cancer colique :

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

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

3.14.3 Les autres formes de péritonite par perforation colique :

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

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

3.14.4 La péritonite appendiculaire : la plus fréquente

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

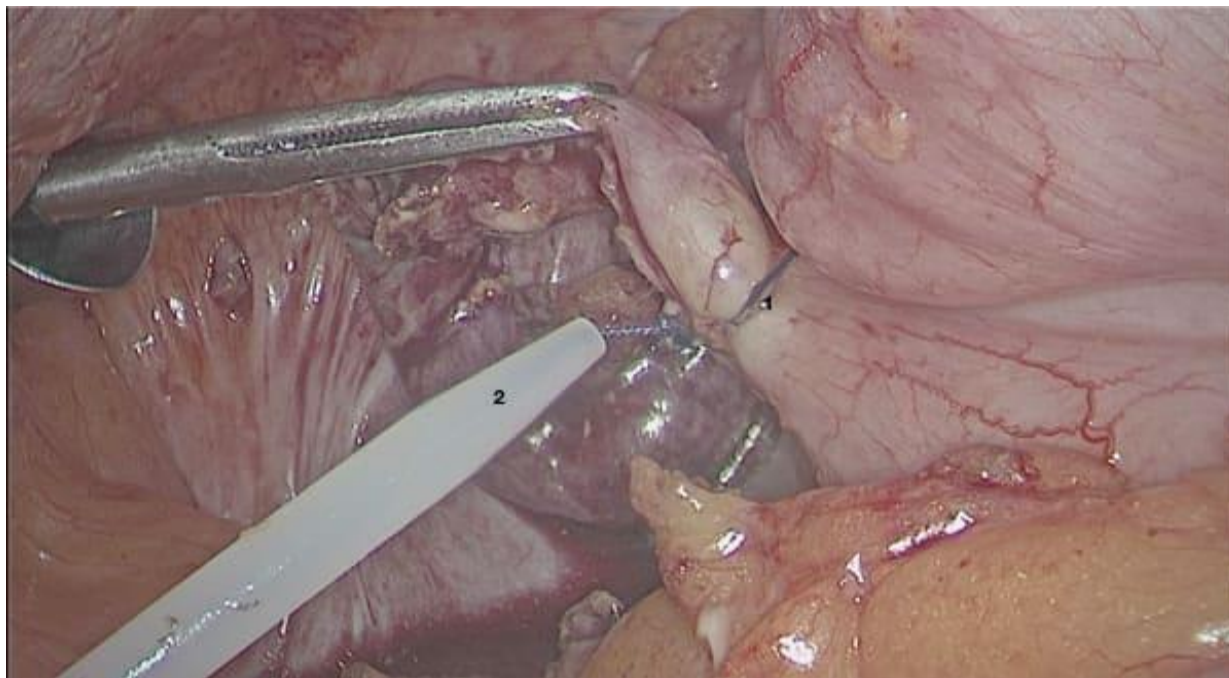


Figure 4: Péritonite par perforation appendiculaire.

3.14.5 Péritonites biliaires :

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

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

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

3.14.6 Péritonite d'origine génitale :

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

3.15 Traitement [17]

3.15.1 Le But :

Eradiquer le foyer infectieux, lutter contre l'infection et assurer l'équilibre hydro électrolytique, traiter la cause.

3.15.2 Les moyens : sont médicaux et chirurgicaux

3.15.2.1 Les moyens médicaux :

❖ **La réanimation :** c'est le premier temps essentiel ; elle associe :

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

❖ **L'antibiothérapie :**

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

❖ **Le traitement chirurgical :**

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

3.16 Résultats [18]

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

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

METHODOLOGIE

4 METHODOLOGIE :

4.1 Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à collecte rétrospective sur 26 mois allant du mois de février 2021 au mois d'avril 2023 du CSREF de Ouélessébougou.

4.2 Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de chirurgie générale du CSREF de Ouélessébougou.

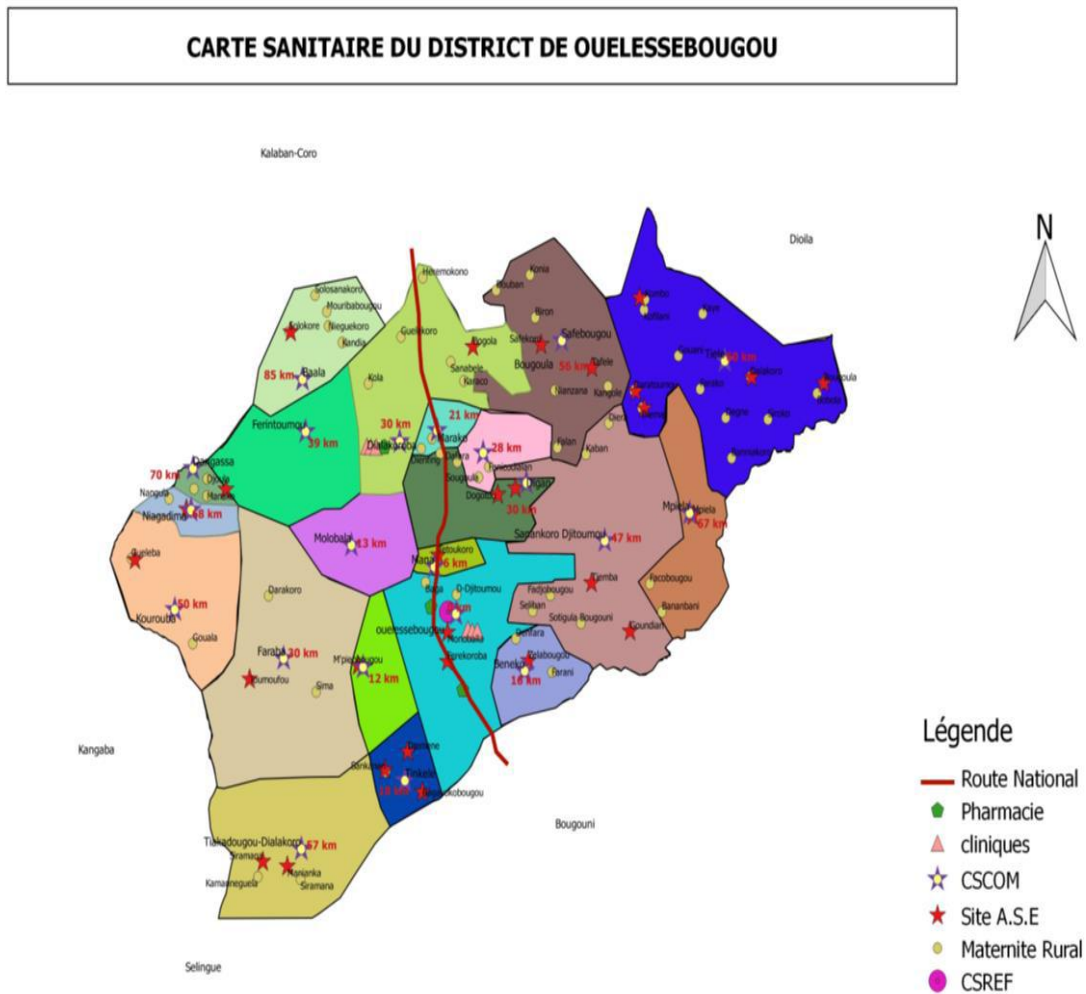
4.3 Situation géographique :

Le district sanitaire de Ouélessébougou couvre une superficie de 1066 km² d'une population générale en 2022 de 297 799 habitants.

Il est situé sur la rive droite du fleuve Niger, et limité au sud par les cercles de Bougouni, sud-ouest par Yanfolila, à l'ouest par Kangala et au nord par le district de Kalabancoro. Le cercle a été divisé en trois zones sanitaires : Kati, Ouélessébougou et Kalabancoro.

La zone socio sanitaire de Ouelessebougou regroupe les sous-préfectures de Ouélessébougou, Kourouba une partie de Baguineda et Sanankoroba, un service social, 17 CSCOM, 5 structures sanitaires privées recensée, et 2 officines.

4.4 Carte sanitaire :



4.5 **Les différents services du CSREF:** Il est composé des services suivants :

❖ **La direction générale et financière :** administration, comptabilité, surveillance générale,

❖ **Les services spécialisés :**

- Le service de chirurgie qui comprend le pavillon d'hospitalisation ; les bureaux de consultation externe et l'unité du bloc opératoire
- Le service d'anesthésie réanimation
- Le service de gynécologie
- Le service de pédiatrie
- Le service d'imagerie
- Le service d'ORL
- Le service d'ophtalmologie
- Le service d'odontologie
- Le service de médecine interne
- Le service de laboratoire

4.6 **Les locaux :**

Le service de chirurgie comprend :

Un bureau pour le chirurgien général chef de service ;

Un bureau pour la major ;

Une salle d'hospitalisation homme contenant 12 lits, ventilés avec 3 ventilateurs et une salle d'hospitalisation femme contenant 5 lits avec 2 ventilateurs ;

Un bloc opératoire à chaud et un bloc opératoire à froid ;

Quatre toilettes réservées aux personnels.

Quatre toilettes hors du service pour les patients.

4.7 **Le personnel :**

✓ **Le personnel permanent :**

Un chirurgien généraliste chef de service ;

Une infirmière d'état la major

✓ **Le personnel non permanent :**

Comprend 3 thésards et souvent certains étudiants de la Fmos.

4.8 Les activités de l'unité de chirurgie :

La visite se fait chaque jour à 08 heures dirigée par le chirurgien. Les consultations ordinaires se font du lundi au vendredi, les interventions chirurgicales d'urgence se font tous les jours au bloc. Les hospitalisations se font chaque jour et à tout moment. Le programme opératoire au bloc se fait chaque mardi et jeudi sous l'ordre du chef de service. Les pansements des opérés se font chaque lundi, mercredi et vendredi et en fonction de l'état des plaies. Tous les malades à l'admission ont bénéficié d'un examen clinique, et un bilan préopératoire (glycémie, créatininémie, groupage rhésus et numération formule sanguine) chez les patients opérés sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie.

4.9 Echantillonnage :

Tous les cas de péritonite aigue généralisée dans le service de chirurgie du centre de santé de référence de Ouélessébougou.

4.10 Les critères d'inclusion :

- Les patients opérés pour péritonite aigue généralisée (avec un dossier exploitable).

4.11 Les critères de non inclusion :

- Les patients admis dans le service d'accueil des urgences en dehors de la période d'étude.

- Les patients opérés hors du service de chirurgie générale et tout patient opéré pour d'autres urgences.

- Les patients non consentant.

4.12 Méthode :

4.12.1 Elaboration de la fiche d'enquête :

Nous avons élaboré une fiche d'enquête discutée, par l'équipe de chirurgie et corrigée par le codirecteur de thèse. Cette fiche d'enquête était constituée de données sur l'état civil, le motif de consultation, les antécédents avec facteurs de risque, les examens cliniques et para cliniques, le traitement, les suites opératoires.

4.12.2 Activités :

La collecte des données est faite à partir :

Des registres de consultation ;

Des dossiers de malade ;

Des registres de compte rendu opératoire ;

Des registres d'hospitalisation ;

Des fiches d'enquête.

4.12.3 Gestion des données :

Les données sont saisies sur le logiciel Word 2016, analysées par SPSS21 version française et traitées sur les logiciels Excel 2016 avec différence significative si P inférieur 0,05.

4.12.4 Considération éthique :

Nous avons sollicité l'autorisation du médecin chef du Csref de Ouélessébougou pour la réalisation de cette étude, tout en lui garantissant que les informations collectées ne seront utilisées qu'aux fins de l'étude et leurs noms ne seront pas utilisés pour divulguer un secret professionnel pouvant porter préjudice aux patients ou aux prestataires.

4.12.5 Déroulement de l'étude :

L'étude se déroule en trois phases :

1ère phase : nous avons collecté l'ensemble des dossiers des patients suivis, opérés pendant la période de février 2021 à avril 2023.

2ème phase : un questionnaire est rempli pour chaque dossier.

3ème phase : la gestion des données pour l'analyse.

Paramètres cliniques et para cliniques (signes fonctionnels, signes généraux, signes physiques, les examens complémentaires).

Suites opératoires à court terme ; La complication était dite immédiate lorsqu'elle survenait avant le 7^{ième} jour de l'intervention et tardive à partir de 3 mois.

RESULTATS

5 RESULTATS :

5.1 Fréquence :

Durant la période d'étude allant de février 2021 à avril 2023, nous avons enregistré **9776** hospitalisations dont **641** interventions. Parmi ces **641** interventions, **182** étaient des urgences dont **43** cas de péritonites, soit une fréquence de de 0,44% d'hospitalisation ,6,70% d'intervention générale et 23,62% des urgences chirurgicales.

5.2 Profils sociodémographiques des patients

5.2.1 Age

Tableau I:Répartition des malades selon l'âge.

Age(année)	Effectif	Pourcentage
1-30 ans	26	60,5
30-50 ans	12	27,9
50-70 ans	3	7,0
70-90 ans	2	4,6
Total	43	100,0

L'âge moyen était de **28,58** ans, un écart type de **16,53** ans avec des extrêmes de **7** ans et **74** ans.

La tranche d'âge de **01** à **30** ans était la plus représentée avec **60,5%** des cas.

5.2.2 Sexe :

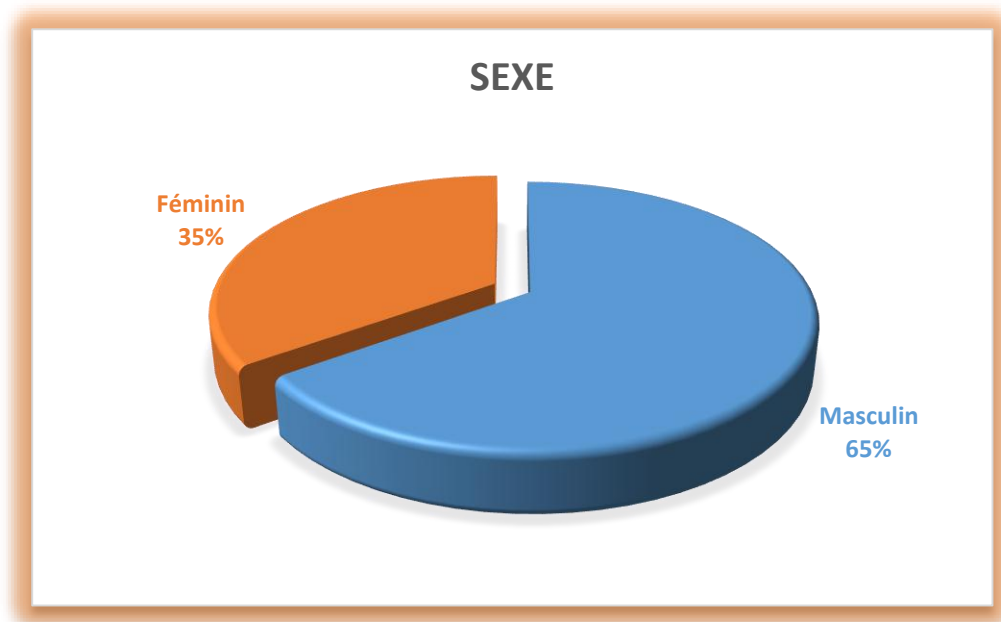


Figure 5 : Répartition des malades selon le sexe.

Le sexe masculin a été le plus rencontré soit 65% avec une **sex-ratio** à 1,85.

5.2.3 Profession :

Tableau II: Répartition des malades selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Cultivateur	16	37,2
Femme au foyer	10	23,3
Elève	7	16,3
Ouvrier	3	7,0
Enfant	3	7,0
Commerçant(e)	2	4,7
Enseignant(e)	1	2,3
Agent de sante	1	2,3
Total	43	100,0

Les cultivateurs étaient les plus représentées avec **37,2 %**.

5.2.4 Provenance :

Tableau III: Répartition des malades selon la provenance.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Venu de lui-même	20	46,5
Conseil de parent	6	14,0
Personnel de cscom	10	23,2
Clinique ou cabinet	7	16,3
Total	43	100,0

Les patients étaient venus d'eux même dans **46,5%** des cas.

5.2.5 Ethnie :

Tableau IV: Répartition des malades selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	27	62,8
Peulh	8	18,6
Bwa	3	7,0
Dogon	2	4,7
Bambara	2	4,7
Sarakolé	1	2,3
Total	43	100,0

L'ethnie Bambara était la plus représentée soit **62,8 %** des cas.

5.2.6 Résidence :

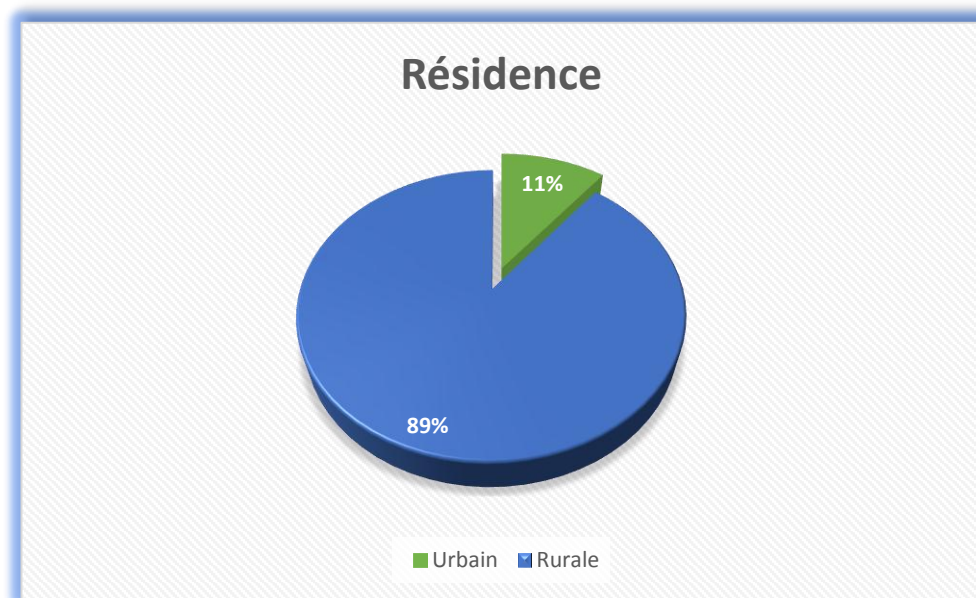


Figure 6: Répartitions des malades selon la résidence.

La majorité de nos patients provenait de la zone rurale soit **89 %** des cas.

5.2.7 Niveau d'instruction :

Tableau V: Répartition des patients selon le Niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	30	69,8
Primaire	10	23,3
Supérieur	2	4,7
Secondaire	1	2,3
Total	43	100,0

La majorité de nos patients (30) était non scolarisée soit **69,8 %** des cas.

5.3 Données cliniques :

5.3.1 Signes fonctionnels :

Tableau VI: Répartitions des malades selon les signes fonctionnels.

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale diffuse	15	34,9
Douleur abdominale + vomissement	24	55,8
Douleur abdominale +vomissements +arrêt des matières et des gaz	4	9,3
Total	43	100,0

La douleur abdominale avec vomissements étaient présents dans **55,8%**.

5.3.2 Durée d'évolution de la maladie :

Tableau VII: Répartition des malades selon la durée d'évolution de la maladie.

Délai consultation (jours)	Effectif	Pourcentage
≤5 jours	30	69,8
6-10 jours	10	23,2
≥10 jours	3	7,0
Total	43	100,0

La majorité de nos patients auraient consulté dans un délai ≤5 jours avec **69,8 %**.

La durée moyenne d'évolution était de 4,41 jours.

5.3.3 Siege initial d'installation de la douleur :

Tableau VIII: Répartition des malades selon le siège initial d'installation de la douleur.

Siège initial de la douleur	Effectif	Pourcentage
FID	21	48,8
Epigastrique	8	18,6
Hypogastre	5	11,6
Diffuse	3	7,0
HD	2	4,7
HG	2	4,7
Péri ombilicale	2	4,7
Total	43	100,0

La douleur était localisée dans la fosse iliaque droite et épigastrique dans **67,4 %** des cas.

5.3.4 Mode d'installation :

La douleur était d'installation progressive chez **23** patients soit **53,5%** des cas.

5.3.5 Type de douleur :

Tableau IX: Répartition des malades selon le type de la douleur.

Type de douleur	Effectif	Pourcentage
Crampe	12	27,9
Torsion	12	27,9
Pesanteur	10	23,3
Brulure	5	11,6
Piqure	4	9,3
Total	43	100

La douleur était type de crampe et de torsion dans 12 cas soit **27,9%**.

5.3.6 Intensité de la douleur :

Intensité de la douleur	Effectif	Pourcentage
Intense	11	25,6
Modérée	1	2,3
Très intense	31	72,1
Total	43	100,0

La douleur était intense chez 31 patients soit **72,1%** des cas.

5.3.7 Evolution de la douleur :

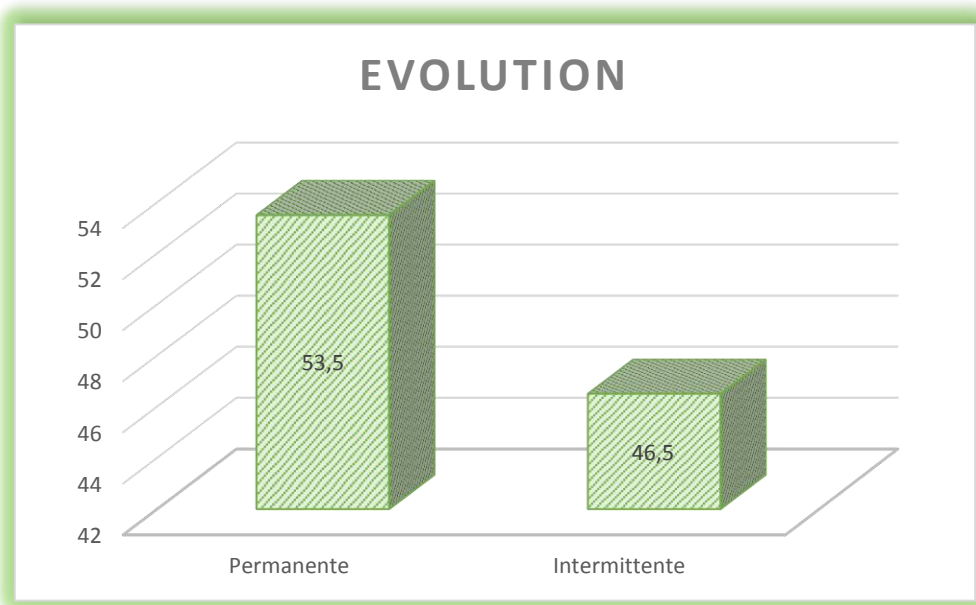


Figure 7: Répartition des malades selon l'évolution de la douleur.

La douleur était permanente chez **53,5%** des patients.

5.3.8 Antécédents médicaux :

La majorité des patients (**40**) était sans antécédent soit **93,0%** et **3** avaient des antécédents dont **2** cas d'ulcère gastroduodéal soit (**4,7%**) et **1** cas d'hypertension artérielle soit (**2,3%**)

5.3.9 Antécédents chirurgicaux :

La majorité des patients (**39**) était sans antécédent soit **90,7%** et **4** patients avaient des antécédents dont **3** cas de césarienne (**7,0%**) des cas et **1** cas de hernie inguinale (**2,3%**) des cas.

5.4 Examen général :

5.4.1 Indice de performance OMS :

Tableau X: Répartition des patients selon l'indice de performance OMS.

Indice de performance OMS	Effectif	Pourcentage
OMS 1	2	4,6
OMS 2	15	34,9
OMS 3	20	46,5
OMS 4	6	14,0
Total	43	100

La majorité des patients avait un indice de performance OMS à 3 soit **46,5%**.

5.4.2 Température :

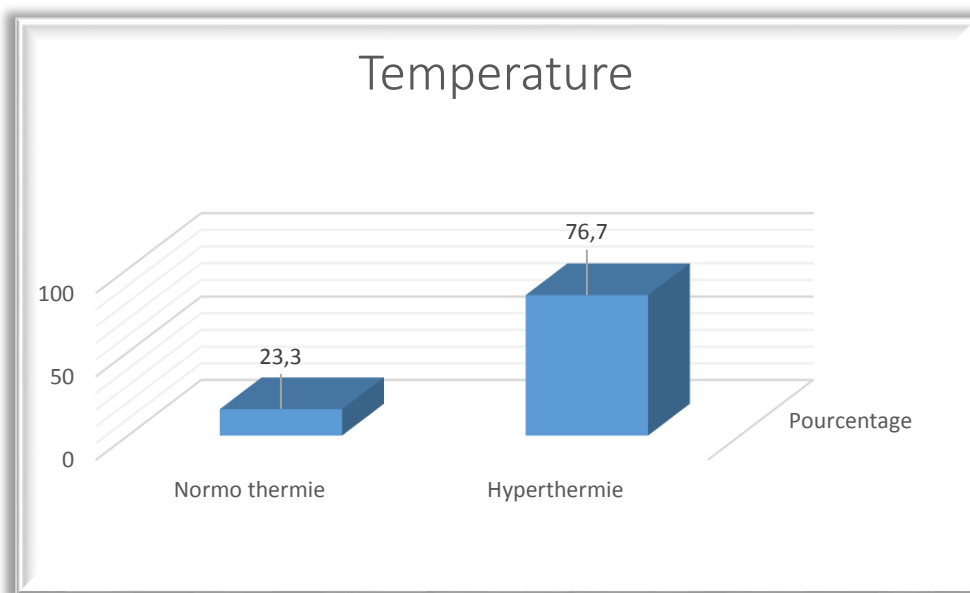


Figure 8: Répartition des malades selon la température corporelle.

L'hyperthermie était retrouvée chez **76,7%** de nos patients.

5.4.3 Pouls :

Tableau XI: Répartition des malades selon le pouls.

Pouls	Effectif	Pourcentage
≤80 bts/mn	5	11,6
81-100 bts/mn	18	41,9
>100 bts/mn	20	46,5
Total	43	100,0

La majorité des patients (**20**) avait un pouls supérieur à 100 bts/mn soit **46,5 %** des cas.

5.4.4 Pression artérielle :

Tableau XII: Répartition selon la pression artérielle.

Pression artérielle (cmhg)	Effectif	Pourcentage
Normale	35	81,4
Hypertendue	3	7,0
Hypotendue	5	11,6
Total	43	100,0%

La majorité des patients (**35**) était normo tendu soit **81,4%** des cas.

5.4.5 Fréquence respiratoire :

La fréquence respiratoire était normale chez (**34**) patients soit **79,1%** des cas et **9** patients avaient une fréquence respiratoire élevée soit **20,9 %** des cas.

5.4.6 Aspect de la langue :

Tableau XIII: Répartition des malades selon l'aspect de la langue.

Langue	Effectif	Pourcentage
Propre	20	46,5
Saburrale	20	46,5
Sèche	3	7,0
Total	43	100,0

La langue était saburrale chez 20 patients soit **46,5 %** des cas.

5.5 Examen physique :

5.5.1 Inspection :

Tableau XIV: Répartition des patients selon l'examen physique à l'inspection de l'abdomen.

Inspection de l'abdomen	Effectif	Pourcentage
Peu distendu et diminution de la respiration abdominale	29	67,4
Distension et diminution respiratoire	12	27,9
Distendu+ CVC	2	4,6
Total	43	100,0

A l'inspection, **67,4%** de nos patients avaient un abdomen peu distendu et une diminution de la respiration abdominale.

5.5.2 Palpation :

Tableau XV : Répartition des patients selon l'examen physique à la palpation.

Palpation abdominale	Effectif	Pourcentage
Contracture généralisée +cri de l'ombilic	39	90,7
Douleur avec défense abdominale + cri de l'ombilic	4	9,3
Total	43	100,0

A la palpation on observait une contracture généralisée chez **39** patients soit **90,7%** des cas.

5.5.3 Toucher rectal

Tableau XVI: Répartition des patients selon le résultat du toucher rectal.

Toucher rectal	Effectif	Pourcentage
Douglas douloureux	14	32,6
Douglas bombé Douloureux	24	55,8
Non fait	5	11,6
Total	43	100,0

Le toucher rectal avait révélé un douglas bombé et douloureux chez **24** patients soit **55,8%** des cas.

5.6 Examens complémentaires :

5.6.1 Radiographie de l'abdomen sans préparation(ASP) :

Tableau XVII: Répartition des malades selon le résultat de l'ASP.

A.S.P	Effectif	Pourcentage
Grisaille diffuse	22	51,2
Croissant et Grisaille diffuse	11	25,6
Non fait	10	22,2
Total	43	100,0

L'ASP a permis d'objectiver une image de grisaille diffuse chez **22** patients soit **51,2%** des cas.

5.6.2 Echographie abdomino-pelvienne :

Tableau XVIII: Répartition des malades selon la réalisation de l'échographie abdomino-pelvienne.

Echographie abdomino-pelvienne	Effectif	Pourcentage
Agglutination des anses	3	7,0
Epanchement	18	42,0
Non réalisée	22	51,0
Total	43	100,0

L'échographie réalisée chez **21** de nos patients a montré un épanchement chez **18 (42,0%)** et une agglutination des anses chez **3 (7,0%)**.

5.6.3 Sérodiagnostic de WIDAL-FELIX.

La majorité de nos patients (33) était venue avec le résultat du sérodiagnostic de WIDAL-FELIX, positif chez 24 soit 72,7% des cas.

5.6.4 La numération formule sanguine ou le taux d'hémoglobine seul :

Le taux d'hémoglobine seul était demandé chez (29) soit 67,4% des cas et la numération formule sanguine était demandée chez (14) patients soit 32,6% des cas.

5.6.5 Résultat de la numération formule sanguine :

Tableau XIX: Répartition des patients selon le résultat de la numération formule sanguine.

N F S	Effectif	Pourcentage
Normal (Tx d'Hb)	1	46,5
Anémie	13	30,2
Anémie+Hyperleucocytose	10	23,2

L'anémie et l'hyperleucocytose ont été retrouvées chez 10 patients soit 23,2% des cas.

5.6.6 Groupage rhésus :

Le groupage rhésus était réalisé chez tous les patients.

5.7 Classification de la société américaine des anesthésistes(ASA) :

Tableau XX: Répartition des patients selon la classification des ASA.

Classification ASA	Effectif	Pourcentage
ASA I	38	88,4
ASA II	3	7,0
ASA III	2	4,6
Total	43	100,0

La classification ASA I était la plus représentée chez 38 patients, soit 88,4% des cas.

5.8 Diagnostics et traitement :

5.8.1 Diagnostic préopératoire :

Tableau XXI: Répartition des malades selon le diagnostic préopératoire.

Diagnostic préopératoire	Effectif	Pourcentage
Péritonite appendiculaire	28	65,1
Péritonite par perforation gastrique	5	11,6
Occlusion	6	13,9
Abcès splénique	1	2,3
Hémopéritoine traumatique par rupture hépatique	3	7,0
Total	43	100,0

La péritonite aigue a été le diagnostic préopératoire le plus fréquent soit **65,1%** des patients.

5.9 Traitement médical (Réanimation) :

➤ Une réanimation pré-per-post-op a été effectué chez tous les malades, après la mise en place d'une bonne voie veineuse, une sonde urinaire et nasogastrique pour remplissage vasculaire.

➤ **L'antibiothérapie :**

La triple antibiothérapie était effectuée (30) patients soit 69,7% des cas.

➤ **La Thromboprophylaxie :**

La thromboprophylaxie avaient été réalisée chez (8) patients soit 18,6% des cas.

➤ **Transfusion sanguine :**

La transfusion du sang total avait été réalisée chez (2) patients soit 4,7% des cas.

5.9.1 Type d'anesthésie :

L'anesthésie générale était réalisée chez 100% de nos malades.

5.9.2 Voie d'abord :

Tableau XXII: Répartition selon la voie d'abord.

Voie d'abord	Effectif	Pourcentage
Médiane sus et sous ombilicale	34	79,1
Xipho pubienne	9	20,9
Total	43	100,0

L'abord médian sus et sous ombilical a été réalisé chez 34 patients soit 79,1% cas.

5.10 **Tableau XXIII:** Répartition des malades selon la classification de Hambourg

Classification de Hambourg		Effectif	Pourcentage
Péritonite primitive		-	-
Péritonite appendiculaire		20	46,5
Perforation duodénale		6	13,9
Perforation iléale		4	9,3
Péritonite secondaire	Péritonite d'origine Gynécologique	3	7,0
	Rupture d'un abcès du foie	3	7,0
	Perforation gastrique	2	4,6
	Perforation colique	1	2,3
	Perforation jéjunale	1	2,3
Péritonite tertiaire	Péritonite post césarienne	3	7,0
Total		43	100,0

La péritonite appendiculaire a été le diagnostic retenu dans **46,5%**des cas.

5.11 Traitement chirurgical :

Tableau XXIV: Répartition des patients selon la technique chirurgicale.

Technique chirurgicale	Effectif	Pourcentage
Appendicectomie	20	46,5
Suture de la perforation gastrique + épiploplastie + biopsie	2	4,6
Suture de la perforation duodénale + épiploplastie	6	14,0
Colostomie à double canon	1	2,3
Iléocolostomie droite	1	2,3
Résection iléojuno-anastomose	1	2,3
Suture de la perforation iléale	3	7,0
Lavage + drainage + biopsie hépatique	3	7,0
Annexectomie gauche	1	2,3
Néosalpingostomie + lavage + drainage	2	4,6
Suture du lâchage utérin	2	4,6
Hystérectomie	1	2,3
Total	43	100,0

Le geste le plus réalisé était l'appendicectomie chez **20** patients, soit **46,5%** des cas.

5.12 Liquide péritonéal

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

Qualité du liquide	Effectif	Pourcentage
Purulente	21	48,8
Séro-purulente	13	30,2
Séro-purulente et Fécaloïde	9	20,9
Total	43	100,0

L'aspect du liquide purulent était retrouvé en peropératoire chez **21** patients, soit **48,8%** des cas.

5.14 Examen cyto bactériologique du liquide péritonéal :

Tableau XXVI: Répartition des patients selon l'E.C. B du pus.

E.C.B du pus	Effectif	Pourcentage
Non fait	19	44,2
Klebsiella pneumonie	7	16,3
Staphylococcus aureus	8	18,6
E. coli	3	6,9
Culture stérile	6	13,9
Total	43	100,0

Des germes (Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumonie et E. coli) ont été isolés respectivement **18,6%** ,**16,3%** et **6,9%** des cas.

5.15 Drainage :

Le double drainage avait été mis en place chez **25** de nos patients soit **58,1%** des cas et 18 patients avaient bénéficié d'un mono drainage soit **41,9%** des cas.

5.16 Pronostique

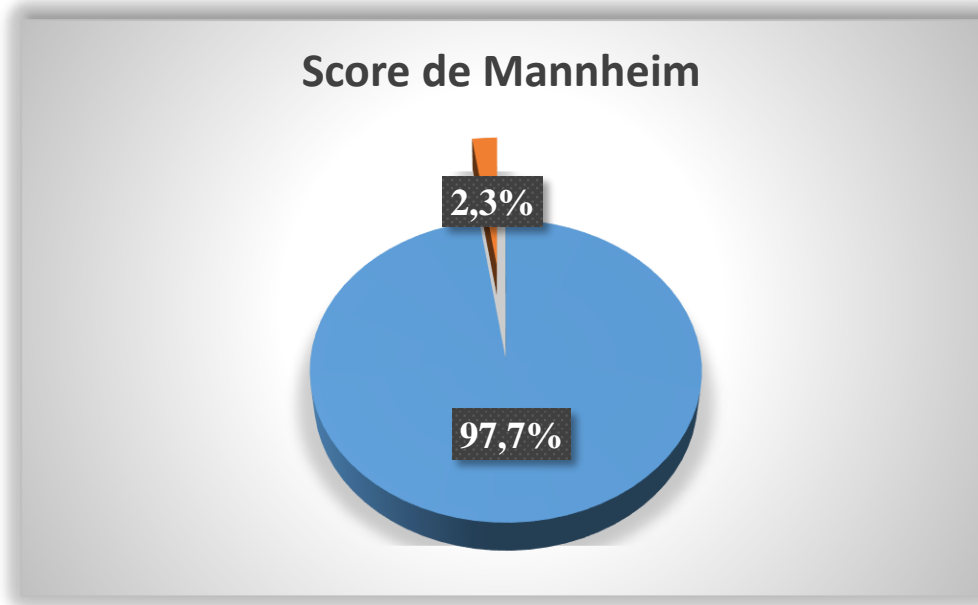


Figure 9: Répartition des patients selon le score de Mannheim

Le score de Mannheim était <26 chez **97,7%** des patients.

5.17 Evolutions :

5.17.1 Durée d'hospitalisation :

Tableau XXVII: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
≤10jours	19	44,2
11-15 jours	11	25,6
>15jours	13	30,2
Total	43	100,0

La plupart de nos patients avaient une évolution favorable après **15** jours.

La durée moyenne d'hospitalisation était de **8,39** jours.

5.17.2 Suites opératoires immédiates :

Tableau XXVIII: Répartition des patients selon les suites opératoires immédiates (1-3 mois).

Suites opératoires immédiates	Effectif	Pourcentage
Simple	31	72,1
Suppuration pariétale	10	23,3
Eviscération	1	2,3
Décès	1	2,3
Total	43	100,0

Les suites opératoires immédiates étaient simples chez **31** de nos patients soit **72,1%** des cas.

5.17.3 Répartition des patients selon le mode de suivi :

Au cours de notre étude, la totalité de nos patients avait un mode de suivi sur rendez-vous.

5.17.4 Suites opératoires tardives :

Tableau XXIX: Répartition des patients selon les suites opératoires tardives (3-6 mois).

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage
Simple	38	88,4
Éventration	1	2,3
Décès	1	2,3
Perdu de vue	1	2,3
Rétablissement de la continuité digestive avec succès	2	4,6
Total	43	100,0

Les suites opératoires tardives étaient simples dans **88,4%** des cas.

5.17.5 Etude analytique :

Tableau XLIII : Répartition de la tranche d'âge en fonction des suites opératoire immédiates

Tranche d'âge	Suites opératoire immédiates			Total
	Simple	Suppuration pariétale	Hémorragie	
1-30 ans	21 (63,6)	5 (62,5)	1 (50,0)	27 (62,7)
31-50 ans	8 (24,2)	3 (37,5)	1 (50,0)	12 (27,9)
51-70 ans	3 (9,1)	0 (00,0)	0 (00,0)	3 (7,0)
71-90 ans	1 (3,0)	0 (00,0)	0 (00,0)	1 (2,4)
Total	33 (100,0)	8 (100,0)	2 (100,0)	43(100,0)

X² de Pearson = 2,041

ddl= 6

P= 0,916

Tableau XLIV : Répartition de la tranche d'âge en fonction des suites opératoire tardives

Tranche d'âge	Suites opératoires tardives					Total
	Simple	Eventration	Décès	Perdue de vue	Rétablissement de la continuité digestive avec succès	
1-30 ans	24 (63,3)	1(100,0)	0 (0,00)	1(100,0)	1 (50,0)	27 (62,7)
31-50 ans	10 (26,3)	0 (00,0)	1(100,0)	0 (00,0)	1 (50,0)	12 (27,9)
51-70 ans	3 (7,8)	0 (00,0)	0 (00,0)	0 (00,0)	0 (00,0)	3 (7,0)
71-90 ans	1 (2,6)	0 (00,0)	0 (00,0)	0 (00,0)	0 (00,0)	1(2,4)
Total	38 (100,0)	1 (100,0)	1(100,0)	1(100,0)	2 (100,0)	43 (100,0)

X² de Pearson = 4,453

ddl= 12

P= 0,974

Quelques images de péritonite par perforation digestive et gynécologique retrouvées au service de chirurgie générale de Ouélessébougou :



Figure 10: La péritonite par perforation iléale traumatique à 70 cm de l'angle iléo-caecal chez un garçon de 10 ans.

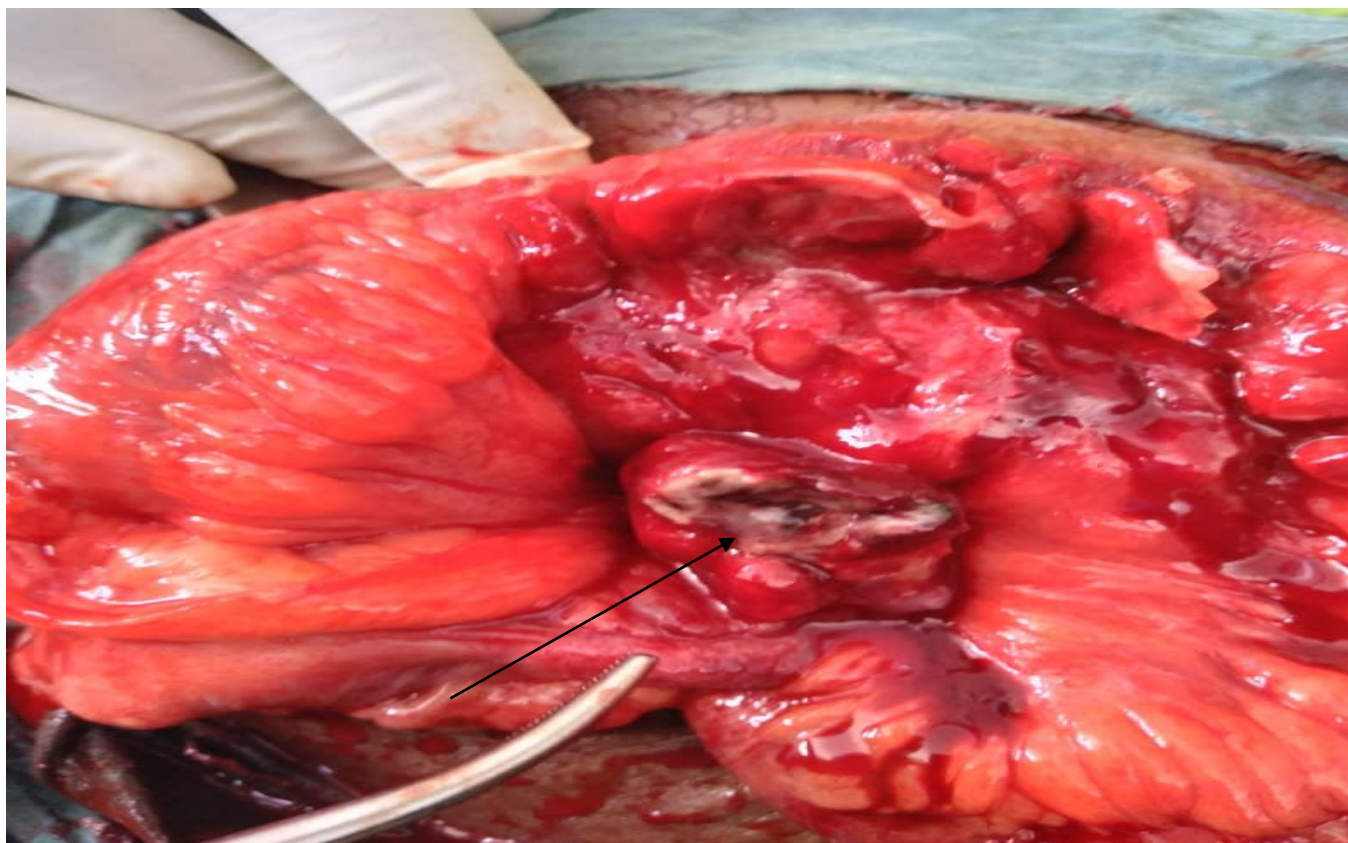


Figure 11: La péritonite par perforation appendiculaire chez un patient de 34 ans.



Figure 12: La péritonite traumatique par perforation bulbaire chez un patient de 27 ans.

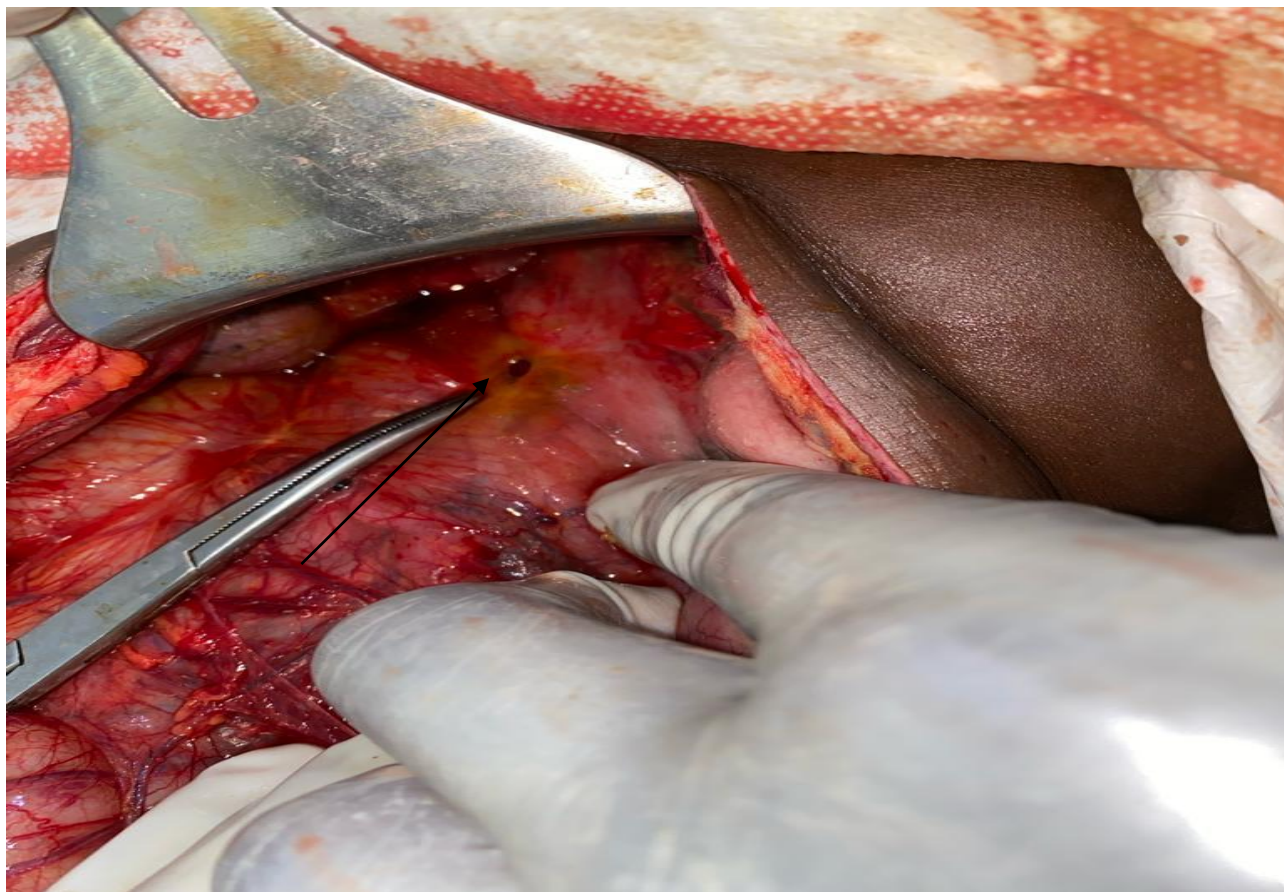


Figure 13:La péritonite par perforation gastrique chez un patient de 36 ans.

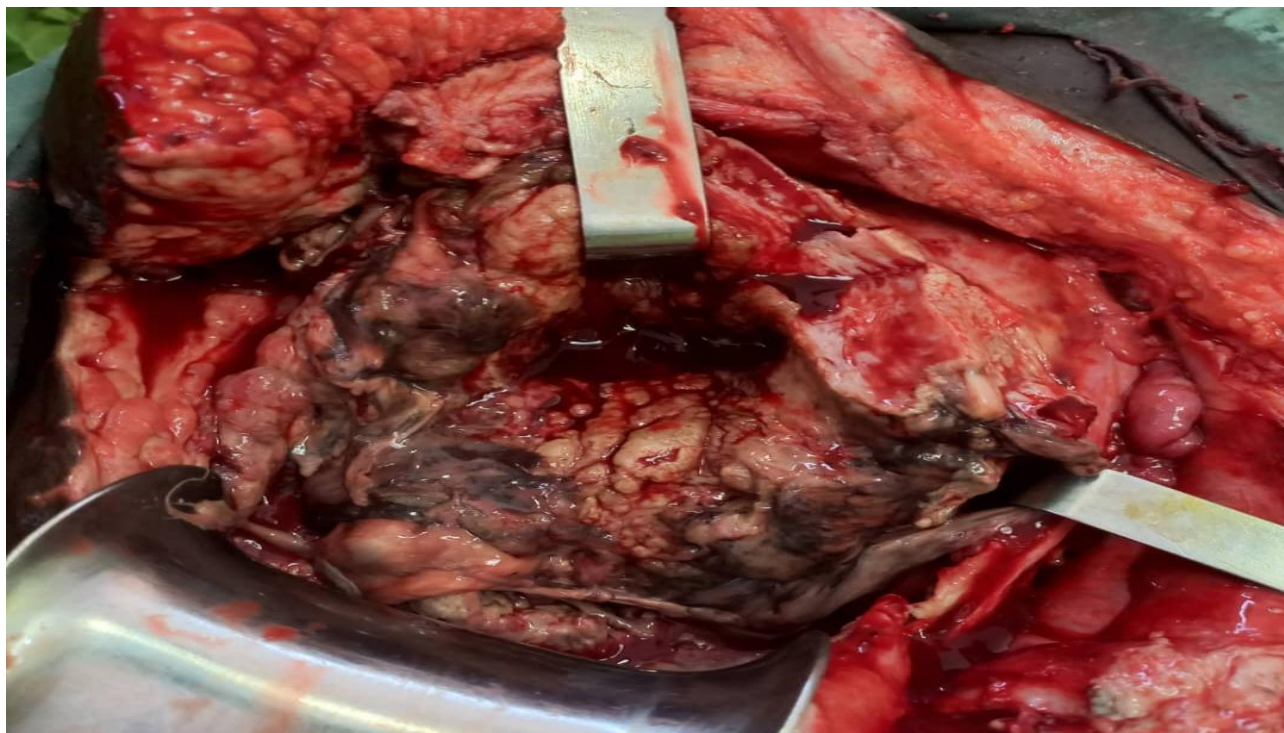


Figure 14: La péritonite par nécrose utérine post césarienne chez une patiente de 27 ans.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

METHODOLOGIE :

Les 43 malades de notre étude ont été colligés à partir des dossiers médicaux ; des registres de consultation, d'hospitalisation et de compte rendu opératoire.

Le profil épidémiologique a été déterminé ; les aspects cliniques, évolutifs de même que les étiologies ont été décrits et confrontés avec les données de la littérature. Les difficultés rencontrées étaient entre autres :

La non-réalisation de l'échographie pendant les heures de garde de même que l'examen bactériologique pour la confirmation du germe en cause de la péritonite ; le retard de consultation et ou dans la référence/évacuation ; le faible pouvoir d'achat ; des problèmes techniques récurrents au niveau du bloc opératoire ; la non-disponibilité de kit opératoire ; la perte de certains dossiers de malades à cause de déménagements multiples avant l'ouverture du service. Certains auteurs maliens ont signalé des problèmes similaires [25 ;35 ;50].

6.1 FREQUENCE :

Tableau XXX : Fréquence de la péritonite selon les auteurs.

Auteurs	Fréquence	Tests statistiques
Sidibé et al. [7] 2022 N = 80	39,80%	P = 0,010
Cissé et al. [23] 2019 N = 40	22,22%	P = 0,009
Lorand I et al. [24] 1999 N = 84	3%	P = 0,022
Notre série N = 43	6,70%	

Durant la période d'étude, la péritonite a représenté 6,70% des interventions chirurgicales. Cette fréquence serait similaire à celle de **Lorand I et al [24]**, soit 3%. Cependant il y a une différence avec celles des études réalisées par **Cissé et al [23]** et **Sidibé et al [7]** soient respectivement 39,80% et 22,22%. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille des échantillons.

6.2 Age :

Tableau XXXI: L'âge moyen selon les auteurs.

Auteurs	Age moyen	Tests statistiques
Sidibé et al. [7] N=80	36,15ans	P = 0,210
Dissa B A et al. [25] N=100	24 ans	P = 0,002
Gougard [42] N=418	48 ans	P = 0,000
Notre série N=43	28,58 ans	

La moyenne d'âge a été de 28,58 ans dans cette étude, comme dans la plupart des séries Africaines [7,25,42] ; en revanche dans les pays développés, il s'agit de sujets beaucoup plus âgés comme dans l'étude de **Gougard [42]**. Cette différence pourrait s'expliquée par la prédominance de l'âge jeune de la population Africaine. L'âge n'est donc pas un facteur de survenu de la péritonite.

6.3 SEXE :

Nous retrouvons une prédominance de sexe masculin rencontré dans **65%** avec un sex-ratio de **1,85** soit **2 hommes/1 femme** qui ne diffère pas statistiquement à ceux de **Doumbia D et al. [26]** et **Berthé A et al. [27]** qui ont trouvé respectivement un sex-ratio de **1,50** et **1,20** avec un $p > 0,05$ d'autre part une différence significative à celui de **Kambiré. J.L. [28]** avec un sex-ratio de **2,3** soit **3 hommes/1 femme**, $p < 0,05$.

Cela pourrait être lié à des perforations ulcéreuses gastrique et duodénale plus observés chez l'homme.

6.4 ETUDE CLINIQUE :

6.4.1 Délai de consultation :

Tableau XXXII: Délai de consultation selon les auteurs.

Auteurs	Délai de consultation	Tests statistiques
Mariage M et al N=29	1 jour	P=0,215
Bakhou A et al N=63	5 jours	P=0,530
Camara B et al N=43	5,8 jours	P=0,942
Notre série N=43	4,41 jours	

Dans notre étude les patients avaient consulté dans un délai moyen de **4,41** jours soit **46,5 %**. Ce résultat est similaire à ceux de **Bakhou A. et al. [30]** et **Camara B et al. [31]** qui avaient trouvé respectivement **5** jours et **5,8** jours. Cependant ce résultat est différent à celui de **Mariage M et al. [29]** avec un délai de **1** jour.

6.5 SIGNES CLINIQUES :

6.5.1 Signes fonctionnels :

Tableau XXXIII: Les signes fonctionnels.

Auteurs	Maiga B et al	L. Traore et al	Sidibé YS et al	Notre série
	[32]	[34]	[7]	N=43
	N=68	N=202	N= 80	
Signes	2015	2014	2022	
Fonctionnels	P=0,056%	P=0,000%	P=0,011%	
Douleur abdominale	100%	100%	100%	100%
Vomissement	85,3%	71,3%	87,5%	34,9%
Arrêt des matières et gaz	27,9%	11,9%	33,7%	9,3%

La douleur abdominale intense, continue, à début brutal, est le symptôme le plus constant [49]. Les autres caractéristiques de la douleur comme le siège, l'irradiation et le type ont une grande valeur dans l'orientation diagnostique [41]. Elle reste le signe fonctionnel dominant selon plusieurs auteurs [10 ; 36 ; 46]. Dans notre étude elle était présente chez tous les malades. Ce résultat est conforme aux données de **Sidibé et al**, de **L. Traoré et al** et de **Maiga B et al** avec respectivement [7,32,34]. Les vomissements alimentaires, bilieux ou fécaloïdes ont été retrouvés 34,9% des malades selon le stade évolutif de la péritonite aiguë. Ce taux ne diffère pas statistiquement des 71,3% de **L. Traoré et al** [34]. Ils traduisent l'expression de l'iléus paralytique dans les formes généralisées, et sont responsables en partie de la perte liquidienne entraînant la déshydratation et les troubles électrolytiques [52].

L'arrêt des matières et des gaz témoigne une paralysie intestinale franche. Peut-être précoce ou tardif ; d'installation progressive ; parfois masqué par une fausse diarrhée réflexe (manifestation initiale de l'irritation intestinale) [52].

Les 9,3% de notre série ne diffèrent pas statistiquement des 11,9% de **L. Traoré et al** [34] et des 14,3% de **Kunin** [37] en France mais des fréquences plus élevées ont été trouvées dans les séries de **Yacouba** au Mali et de **Akgun** en Turquie [50, 51].

6.6 Signes généraux :

Tableau XXXIV: La fièvre selon les auteurs.

Auteurs	Fièvre	Tests statistiques
Sidibé et al N=80	55,7%	0,454
L. Traoré N=202	66,4%	0,696
Notre série N=43	76,7%	

L'hyperthermie représentait dans 76,7% de notre étude, supérieure à ceux **Sidibé et al** [7] $p=0,454$ et **L. Traoré et al.** [34] $p=0,696$ avec respectivement 55,7% et 66,4%.

La rapidité d'installation des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale **Camara B et al.**[31]. La fièvre habituellement élevée dès le début de la symptomatologie (sauf dans les perforations gastriques) a été un signe fréquemment noté chez les patients (76,7% des cas). Ceci est conforme aux données de la littérature [19 ;25 ; 53].

6.7 Signes physiques :

Tableau XXXV: La contracture et la défense selon les auteurs.

Auteurs	Contracture généralisée	Défense
Kunin N=216	20,8% P=0,000	63% P=0,001
L.Traoré N=202	56,4% P=0,031	77,2% P=0,002
Mallick N=7	71,4% P=0,614	85,7% P=0,597
Sidibé N=80	96,25% P=0,019	87,5% P=0,006
Notre série N=43	90,7%	9,3%

Le diagnostic de la péritonite est avant tout clinique. Les signes physiques sont d'intérêt capital dans la prise de décision thérapeutique [35]. La contracture abdominale, signe pathognomonique de la péritonite était présente chez 90,7% de nos patients. Ce qui rejoint les 71,4% de **Mallick** [36] (Guyane) et les 96,25% de **Sidibé** pour la contracture abdominale mais supérieur aux 20,8% pour la contracture abdominale de **Kunin** [37] en France et aux 56,4% pour la contracture abdominale de **L. Traoré** au Mali [34]. Cela pourrait être lié au fait que nos malades consultent à des stades avancés de la maladie.

6.8 Examens complémentaires :

6.8.1 Imagerie :

Tableau XXXVI: Résultats de l'ASP selon les auteurs.

Auteurs Résultats ASP	Doumbia. D N=30	L.Traoré N=202	Notre série N=43
Grisaille diffuse	4/30 13,3%	1/202 1,2%	22/43 51,2%
Croissant et grisaille diffuse	-	158/202 36,7%	11/43 25,6%

Le diagnostic de la péritonite aigue généralisée est essentiellement clinique et la confirmation est per opératoire. Aucun examen ne doit retarder l'indication chirurgicale qui s'impose en urgence, mais sont utiles pour dépister les causes ou les complications de la péritonite [40,41].

A la radiographie de l'abdomen sans préparation les péritonites aigues par perforation digestive réalisent un cliché sous forme de grisaille diffuse dans **51,2%** largement supérieur de celui **Doumbia. D et al. [26]** avec **13,3%**. D'autre part le pneumopéritoine avait été retrouvé chez **25,6%** de nos patients mais ce résultat est inférieur à celui de **L. Traoré** avec **36,7%** des cas.

L'échographie abdomino-pelvienne est devenue un examen anodin courant lors que le diagnostic clinique n'est pas typique ou pour éliminer certains diagnostics différentiels [38]. Elle a été réalisée chez 21 patients soit **48,8%**.

Elle peut montrer des signes en rapport avec la péritonite et ou des signes orientant vers l'étiologie, elle n'a pas été systématique.

Une numération formule sanguine a été effectuée chez 14 de nos patients cependant le taux d'hémoglobine seul a été effectué chez 29 de nos patients.

L'hyperleucocytose était présente dans 23,2% des cas. Ce taux est inférieur aux **58%** de **Harouna** au Niger et aux 74,7% de **L. Traoré**. Ce qui pourrait être en rapport avec notre long délai de consultation. Le sérodiagnostic de Widal et Felix été réalisé et cela dans le cadre de la recherche étiologique des perforations iléales. Il a été effectué chez 33 patients et est revenu positif chez 24 patients, contribuant à la confirmation du diagnostic de perforation iléale d'origine typhique. Ce taux ne diffère pas statistiquement de celui de **L. Traoré** ce qui pourrait être en rapport avec la fréquence élevée de la fièvre typhoïde dans notre population.

6.9 ETIOLOGIES :

Tableau XXXVII: Les étiologies de la péritonite selon les auteurs.

Etiologies Auteurs	1	2	3
Sidibé et al [7]	Péritonite appendiculaire (65%)	Perforation iléale (13,75%)	Perforation gastrique (11,25%)
Cissé et al [23]	Plastron abcédé(15%)	Péritonite appendiculaire (50%)	Perforation gastrique (12,5%)
L.Traoré et al [34]	Perforation gastrique et bulbaire (11,4%)	Perforation iléale (38,6%)	Péritonite appendiculaire (44,5%)
Dissa et al [25]	Péritonite aigue (55%)	Abcès appendiculaire (19%)	Perforation d'organes creux (11,4%)
Notre série	Péritonite appendiculaire (46,5%)	Perforation duodénale (4,0%)	Péritonite traumatique (9,3%)

En Europe, les principales étiologies des péritonites aiguës sont représentées par les perforations digestives (appendicite, UGD, diverticulose intestinale, lithiase biliaire, traumatisme abdominal, et les tumeurs digestives) [43 ; 44]. Ces mêmes pathologies sont notées dans les séries africaines [45 ; 46], sauf la diverticulose intestinale qui est rarement diagnostiquée chez les Africains. Par contre, la fièvre typhoïde et ses complications digestives sont très fréquentes en Afrique mais rares en Europe.

Cela pourrait s'expliquer par les conditions d'hygiène alimentaire précaires dans les populations africaines et surtout dans les zones rurales d'où venait beaucoup de nos patients (46,5%).

L'étiologie dans notre série était la péritonite appendiculaire (46,5%) ; de même que dans celle de **Sidibé et al. [7]** (65%) et de **Cissé et al [47]** au Mali $P > 0,05$ ne diffère pas statistiquement, cependant il y a une différence significative avec ceux de **L. Traoré et al. [34]** (44,5%), de **Dissa et al [25]** (19, %) $P < 0,05$.

6.10 TRAITEMENT :

Le traitement de la péritonite aiguë généralisée comprend :

La réanimation, la chirurgie, antalgique et l'antibiothérapie.

6.10.1 Médical :

➤ Réanimation :

Le traitement médical a constitué en une réanimation visant à corriger les troubles hydro électrolytiques et hématologiques, élément important dans la prise en charge des péritonites aiguës généralisées [39] ;

Dans notre étude, la réanimation a été systématique chez tous les patients. Cette réanimation a été brève en pré opératoire (quelques heures avant la laparotomie) poursuivie en post opératoire. Elle était couplée à la mise en place de sondes nasogastrique et urinaire pour évaluer le bilan hydrique.

➤ L'anesthésie :

L'anesthésie générale était réalisée chez tous nos malades.

➤ **L'Antibiothérapie :**

Elle a pour but de prévenir l'extension du processus infectieux en luttant contre les bactériémies ou la septicémie.

Les molécules utilisées sont de large spectre avec une bonne pénétration intra péritonéale. Souvent utilisée, l'association Bêta-lactamine et imidazoles, éventuellement complétée par un aminoside répond à ce schéma [24]. Dans notre série nous avons utilisé les associations (Ceftriaxone 1000mg + Métronidazole 500 mg + la Gentamicine 80 mg). Ultérieurement elles étaient modifiées et adaptées selon le résultat de l'antibiogramme et souvent l'évolution clinique. Ces associations ont été utilisées par d'autres auteurs [36 ; 54].

➤ **Antalgiques et antipyrétiques**

Pour la maîtrise de la fièvre et de la douleur en pré et post opératoire immédiat, le paracétamol 1000 mg en perfusion associé au trabar 100 mg injectable ont été les plus utilisés et rarement le novalgin 500mg injectable.

6.11 TRAITEMENT CHIRURGICAL :

➤ **La voie d'abord :**

Les incisions les plus fréquemment utilisées ont été les incisions médianes sus et sous ombilicales et xipho-pubiennes à cheval sur l'ombilic. Le choix de ces deux voies d'abord se justifie par la nécessité du lavage et du drainage aussi large que possibles de la cavité péritonéale [18 ; 46].

➤ **La technique opératoire :**

Dépend de la constatation per opératoire faite par le chirurgien. Le lavage péritonéal et le drainage ont été effectués chez 100% de nos malades ; ensuite c'est l'appendicectomie qui a été le geste chirurgical le plus pratiqué dans notre série avec 46,5% des cas. La prédominance de l'appendicectomie est liée au fait que les péritonites appendiculaires ont représenté l'étiologie la plus fréquente avec 46,5% de notre étude. Cet aspect rejoint celui de **L. Traoré et al. [34]**, de **Dissa et al. [25]** et de

Makita et al. [47] au Gabon au Mali chez qui l'appendicectomie venait en première ligne avec respectivement **47%**, **62%** et **51,7%** des cas.

6.12 MORBIDITE :

Tableau XXXVIII: La morbidité selon les auteurs.

Auteurs	Morbidité	Pourcentage(%)
Harouna Y N=70	18,5%	P=0,756
Camara B N=137	15,3%	P=0,124
Dramane D N=30	3,3%	P=0,001
Mariage M N=89	24,7%	P=0,697
Notre série N=43	27,8%	

Le taux de morbidité dans notre étude était de **27,8%** qui ne diffère pas statistiquement de ceux des auteurs africains et occidentaux. Dans notre étude la morbidité post opératoire a été marqué par des complications à type de suppuration pariétale chez **10** patients (**23,2%**), un cas d'éviscération (**2,3%**) et un cas d'éventration (**2,3%**). Certains patients ont fait objet de reprise chirurgicale.

Les facteurs de morbidité retrouvés dans notre étude étaient dus aux conditions d'asepsie précaire dans nos blocs, aux tares de certains malades et le retard de consultation.

6.13 MORTALITE :

Tableau XXXIX: La mortalité selon les auteurs.

Auteurs	Mortalité	Pourcentage(%)
Sidibé [7] N=80	8	P=0,142
Makita [47] Gabon 2012 N=87	4	P=0,540
Dissa [25] Mali 2012 N=100	15	P=0,043
Gougard [42] France 2000 N=419	4	P=0,391
Notre série N=43	1	

Dans notre série, la mortalité post opératoire était de **2,3%**. Ce taux ne diffère pas statistiquement de ceux de **Sidibé** YS et al [7] au Mali, de **Gougard** en France et de

Makita au Gabon [7 ; 42 ; 47] avec $P > 0,05$. Il est supérieur à celui de **Dissa** [25] au Mali avec $P < 0,05$. Cette différence pourrait être en rapport avec l'intervention précoce de la plupart de nos malades. Le retard dans la prise en charge a été le principal facteur rapporté dans les séries Africaines [28 ; 35 ; 46 ;]. Cela serait lié à la pratique de la médecine traditionnelle ; aux erreurs diagnostiques prolongeant le délai opératoire et au manque de moyens financiers.

**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS**

7 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

7.1 CONCLUSION :

La péritonite aigue généralisée reste une affection fréquente dans les pays en voie de développement comme le nôtre. Son diagnostic et sa prise en charge précoce de ses étiologies contribueraient à l'amélioration de son pronostic. La nécessité d'une étroite collaboration multidisciplinaire permettrait une réduction de la morbidité et de la mortalité.

7.2 RECOMMANDATIONS :

Aux autorités politiques et sanitaires

- Mettre à la disposition un kit d'urgence pour la prise en charge des abdomens aigus chirurgicaux ; en mettant en œuvre l'article 10 de la loi hospitalière.
- Doter le CSREF d'une unité de réanimation de qualité.
- Améliorer la référence/évacuation.

Au personnel soignant :

- Référer à temps opportun des patients.
- Traiter des foyers infectieux

A la population :

- Consulter immédiatement un centre de santé en cas de douleur abdominale.
- Eviter l'automédication devant les douleurs abdominales.
- L'amélioration de l'hygiène individuelle et collective.
- La disponibilité des examens biologiques et radiologiques pendant les heures de garde et jours fériés.

REFERENCES

8 REFERENCE :

1. Lassana Diakité.

Aspects Thérapeutiques et Pronostiques des Péritonites Aigues Généralisées à l'hôpital de Kayes 2014-103p. N°167

2. Jean Ym, Jean Lc.

Péritonite ague Revprat (Paris) 2001; 51: 2141-2145

3. Golash V, Wilson P D.

Early laparoscopy as a routine procedure in the management of acute abdominal pain: a review of 1320 patients. Surgendocc 2005 July; 19(7): 8825

4. Thoreau N, Fain O, Babinet P, Lortholary O, Robineau M Et AL. Peritoneal tuberculosis: 27 cases in the suburbs of northeastern Paris. Int J Tuberc Lung Dis 2002; 6: 253- 258

5. Chow Km, Chow Vc & Szeto Cc.

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

6. Ouologuem M.

Les urgences chirurgicales non traumatiques à l'hôpital de Sikasso, à propos de 380 cas. Thèse méd. Bamako 2007 ; P89 ; N°12

7. Sidibé Ys et al.

Aspects Thérapeutiques et Pronostiques des Péritonites Aigues Généralisées au Csref de Bougouni [Internet] [Thesis]. USTTB ; 2022 [cité 24 July. 2023].

8. Coulibaly I. S et al.

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

9. Shittu Ob Et Al.

Pattern of mechanical intestinal obstruction in Abandon a ten-year review A J Med
2001; 30 (12) :17-21.

10. Sissoko F, Ongoiba N, Berthé S et al.

Péritonites par perforation iléale en chirurgie B de l'hôpital du Point G. Mali méd.
2013 ; (3) 1-5

11. Cady J, Kronb.

Anatomie du corps humain. 2ème édition Paris IV: Maloine ,1982 : 12-
14.

12. Rouvière H.

Anatomie descriptive, topographique et fonctionnelle : le tronc Edition Masson 1998
; Tome 2, p728.

13. Kamina P.

Dictionnaire Atlas d'Anatomie, P-Z Malione S.A Editeur 1983 : 1742-44.

14. Kamina P.

Dictionnaire Atlas d'anatomie, A-F Maloine S.A Editeur 1983 : P74-86.

15. Faniez PL, Serpeau, Thomson C.

Péritonite aigue Encycl. Med Chir Estomac –Intestin 1982 ; 9045 A10, 6.

16. Chevalier JM.

Anatomie : Le Tronc Flammarion Med -Sciences (Paris) 1998.

17. Kamina P.

Anatomie clinique. 2ème édition Paris : Maloine, 2007 : 213-230.

18. Konate. H.

Abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et pédiatrique au
CHU Gabriel Touré. Thèse méd ; Bamako 2001 ; P89 N°67.

19. Traore MLS.

ETUDE DES PERITONITES AIGUES AU CHU DE KATI. Thèse de Med (FMOS).2014;(14M112) :80p.

20. Seto S.

Contribution à l'étude des complications des appendicites aiguës chez l'adulte à propos de 1251 cas dans le service de chirurgie viscérale au C.H. U de Cotonou. Thèse de Méd ; Cotonou-1994 ; P97 ; N°615.

21. Boukhaka S.

Les urgences abdominales au Congo. Thèse Médecine ; Brazzaville-1982 ; P86 ; N°34,

22. Dictionnaire de Médecine.

Flammarion. Médecine - sciences. France. 2005.

23. Cissé AH et al.

Péritonites aiguës au CS Réf de la commune I : Aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique [Internet] [Thésis]. USTTB ; 2019 [cité 24 juill. 2023].

24. Lorand I, Malinier N, et Sales J P.

Résultats du traitement cœlioscopie des ulcères perforés. J. Chir. (Paris, 1908).1999 ; 124 : 149-53

25. Dissa B A.

Les péritonites aiguës : aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Thèse méd ; Bamako 2012 ; P88 ; N°53.

26. Doumbia D et al.

Prise en charge des péritonites appendiculaires au centre de sante de Bougouni [Internet] [Thésis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2020 [cité 24 juill. 2023].

27. Berthe-Aucejoa, Postairea M, Cheikhlarb A, Zaharc J-R., Bourgeta P.

Antibiothérapie dans les péritonites appendiculaires de l'enfant : le relais par voie orale est-il effectué ? ElsevierMasson 2012 Archives de Pédiatrie 2012 ;19 :1303-1307

28. Kambiré J L, Zaré C, Sanou B G, Kamba T.

Étiologies et pronostic des péritonites secondaires au centre hospitalier universitaire de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) J. Afr. Hépatol. Gastroentérol . 2017 ; Vol 11

29. Mariage M et al.

Péritonite stercorale d'origine appendiculaire : une forme rare et grave d'appendicite aiguë Thèse méd. Amiens 2016 n°174 P=59

30. Bakhou A et al.

Les péritonites appendiculaires chez l'enfant Expérience du service de chirurgie pédiatrique générale du CHU Marrakech [Thèse Med] Marrakech 2012. N° 2

31. Camara B et al.

Péritonites par perforation appendiculaire dans le service de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Med Bamako 2008 13M148 P=89

32. Maiga B et al.

Contribution à l'étude des appendicites : aspect clinique, anatomopathologique, et étiologique au CSREF de la commune I en 2015,15M59, pages :90.

33. Slim K, Ali Ben A, Bouhafa A.

Traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal faisabilité et résultat. La Tunisie médicale. 2008 vol 86(n°2) ; 114-17.

34. L.Traoré et al.

Etude des péritonites au CHU de Kati. Thèse Med 2013-2014 ; P80 ; N°112.

35. COULIBALY C O S et al.

Les péritonites aiguës généralisées à l'Hôpital de Sikasso. Thèse Méd. Bamako 2010, N°10 M 408.

36. Mallick S, Klein Jf.

Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique :A propos d'une série observée dans l'Ouest Guyanais. Méd Trop 2001; 61: 491 - 94.

37. Kunin N, Letoquard Jp.

Facteurs pronostiques des péritonites du sujet âgé : Analyse statistique multifactorielle de 216 observations.JChir (Paris) 1991 ; 128(11) : 481 -86.

38. Flamant Y et al.

Complications de l'appendicite aiguë Rev Prat (paris) 1994 ; 44 :2231-35

39. Jean YM, Jean LC.

Péritonite aiguë Rev Prat (Paris) 2001 ; 51 :2141-45

40. Mondor H.

Diagnostics urgents abdomen Masson 9ème éd 1979; 1190, 24cm

41. Fagniez Pl, Serpeau, Thomson C.

Péritonites aiguës. EncyclMédChir Estomac – Intestin 1982 ; 9045 A10, 6.

42. Gougard P, Barrat C.

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

43. Roseau G, Marc F.

Abdomen aigu non traumatique en dehors de la période post opératoire.

EncyclMédChir (paris – France) Estomac – Intestin 1989 ; 9042 A 10, 2 : P8.

44. Büchler M V.

Chirurgische therapie der diffusen peritonitis. Chirurg1997 ; 68 : 811 - 15.

45. Harouna Yd.

Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger) : Étude analytique et pronostique. Med Afr Noire 2001 ; 48 (2) : 49 - 53.

46. Coulibaly O S.

Perforations digestives en chirurgie « B » de l'hôpital du PointG à propos de 120 cas
Thèse méd Bamako 1999; N° 188: 99.

47. Makita-Nadi L.

Les péritonites aiguës généralisées à Libreville(Gabon). Thèse Méd. Bamako 2010 ;
N°10 M 140, 55-72.

48. Biondo's S

Prognostic factors for mortality in left colonic peritonitis: a new scoring system. J
Am collSurg. 2000 Déc.; 191 (6): 635 – 42.

49.Le Treut YP.

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

50.Yacouba A A.

Péritonite aiguës à l'hôpital régional de GAO. Thèse méd. Bamako 2011 ; N°35.

51.Akgun Y.

Typhoid enteric perforation Br J Surg 1995 ; 82 : 1512 - 13.

52. Poilleux F et al.

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

53.MALLE O.

Péritonites au CSREF de la commune 1 de Bamako : Aspects
épidémiologique,clinique, et thérapeutique.

These med; Bamako 2015; N°145 p 43.

54.Kouamé B.

Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques du grêle de l'enfant à Abidjan, Côte d'Ivoire.

Bull Soc Pathol Exot 2001 ; 94 (5) : 379 - 82.

ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : SIDIBE

Prénom : ALIOU

Titre de la thèse : Aspects Thérapeutiques et Pronostiques des Péritonites Aigues Généralisées au CSREF de Ouélessébougou.

Année de soutenance : 2021-2023.

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Objectif : Etudier les péritonites aiguës généralisées dans le service de Chirurgie générale du CSREF de Ouélessébougou.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective qui a eu lieu dans le service de chirurgie du CSREF de Ouélessébougou. L'étude s'est déroulée sur une période allant de février 2021 à avril 2023 et concernait tous les malades opérés pour péritonite aiguë au CSREF de Ouélessébougou avec un dossier médical exploitable.

Résultats : Nous avons enregistré 43 cas de péritonites aiguës généralisées sur 182 urgences chirurgicales soit 23,62% des urgences chirurgicales. L'âge moyen était de $28,58 \pm 16,53$ ans avec des extrêmes de 7ans et 74 ans. La tranche d'âge 01 à 30 ans était la plus représentée soit 60,5%. La majorité de nos patients était de sexe masculin soit 65%. La totalité de nos patients avait la douleur abdominale avec vomissements comme signes fonctionnels. Le diagnostic de la péritonite aiguë généralisée est essentiellement clinique et la confirmation est per opératoire. L'ASP a été réalisé chez 22/43 patients, avec présence de grisaille diffuse soit 51,2% des cas. L'échographie est devenue est un examen anodin courant lorsque le diagnostic clinique n'est pas typique ou pour éliminer certains diagnostics différentiels. L'anesthésie généralisée a été réalisée chez tous les patients. L'appendicectomie, le lavage et le drainage ont été les gestes les plus utilisés. La majorité des patients avait un bon pronostic soit 97,7% des cas.

Mots clés : Chirurgie, Péritonite aiguë généralisée, Pronostic.

Material Safety Data Sheet

Name: SIDIBE

First name: ALIOU

Thesis title: Therapeutic and Prognostic Aspects of Generalized Acute Peritonitis at the CSREF of Ouélessébougou.

Year of defense: 2021-2023.

Country of origin: Mali

Place of deposit: FMOS Library

Objective: To study acute generalized peritonitis in the general surgery department of the CSREF of Ouélessébougou.

Methodology: This was a retrospective study which took place in the surgery department of the CSREF of Ouélessébougou. The study took place over a period from February 2021 to April 2023 and concerned all patients operated on for acute peritonitis at the CSREF in Ouélessébougou with a usable medical file.

Results: We recorded 43 cases of generalized acute peritonitis out of 182 surgical emergencies, or 23.62% of surgical emergencies. The average age was 28.58 ± 16.53 years with a range of 7 to 70 years. The age group 01 to 30 years was the most represented, either 60.5%. The majority of our patients were male, either 65%. All our patients had abdominal pain with vomiting as functional signs. The diagnosis of acute generalized peritonitis is essentially clinical, and confirmation is intraoperative. ASP was performed in 22/43 patients, with the presence of diffuse grayness, either 51.2% of cases. Ultrasound has become a common innocuous examination when the clinical diagnosis is not typical or to eliminate certain differential diagnoses. Generalized anesthesia was performed in all patients. Appendectomy, washing, and drainage were the most used procedures. The majority of patients had a good prognosis, either 97.7% of cases.

Keywords: Surgery, Acute generalized peritonitis, Prognosis.

FICHE D'ENQUETE

A- Données administratives

1-Nom du malade...../...../

2-Date d'entrée...../...../...../

3-Date de sortie...../...../...../

B- Données sociodémographiques du malade

4- Age :/...../

5-Sexe...../.../

1= Masculin ; 2= Féminin

6-Situation matrimoniale/...../

1=Marié(e) ; 2=Célibataire

7-Ethnie...../...../

1= Senoufo ; 2 =Bambara ; 3= Sarakolé ; 4 =Peulh ; 5= Malinké ; 6= Malinké ;

7 =Baw ; 8 =Dogon ; 9=Samogon ; 10=Dafing ; 11= Mossi ; 12=Sonrhäi

8-Provenance...../...../

9- Nationalité/...../

1 Malienne ; 2 Autres nationalités.....

10- Niveau d'instruction...../...../

1= Supérieur 2= Secondaire 3 =Primaire 4= Ecole coranique 5= Non scolarisé.

11-Principaleactivité...../...../

1 =Cultivateur ; 2 =Eleveur ; 3 =Commerçant (e) ; 4 =Artisan ; 5 =Cadre supérieur ; 6

=Cadre moyen ; 7= Cadre inférieur ; 8 =Scolaire

9= Retraité (e) ; 10= Ménagère.....

11=Enseignant ; 13=Marabout ; 14 =Ouvrier

12-Moded'admission...../...../

1=Consultation Ordinaire ; 2= Urgence ; =3 Référé (e)

.....

13-Adresserpar...../...../

1 =Venu d'elle/lui-même ; 2 =Médecin spécialiste ; 3 = Médecin généraliste ;

4= Infirmier(e).....

14-Durée d'hospitalisation préopératoire(en jours) /...../

1=< 4 J ;2= [5 à 8 J] ; 3= > 9J

15-Retard prise en charge..... /...../

1= Oui 2= Non

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

1= Manque de moyen ; 2= Retard de diagnostic ; 3= Méconnaissance

C- Données Cliniques

A-Interrogatoire

17-Motif de consultation..... /...../

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

3= vomissements 4 =fièvre = 5= Hoquet 6 =Météorisme abdominal

7) 1+2+3 +4 8=1+2+3+4 9= 1+2

B-Histoire de la maladie(Anamnèse)

18- Douleur abdominale..... /...../

1 Oui 2 Non

19-Siège de la douleur..... /...../

1 =FID 2 = FIG 3= Flanc droit 4 =Flanc gauche 5 =Hypochondre droit

6=Hypochondre gauche 7= Hypogastre 8 =Péri ombilicale 9= Epigastrique 10

=Diffuse 11= Pelvis

20-Durée de la douleur..... /...../

1= <jours ;2=6-10 jours ;3>10 jours

21-Mode d'apparition..... /...../

1 = Brutal ; 2= Progressif

22-Types de douleur..... /...../

1= Brûlure 2 = Pique 3 =Torsion 4= Pesanteur 5 = Ecrasement

6 = Crampe 7= Tiraillement

23-Irradiation de la douleur..... /...../

1=OGE 2= Périnée 3 = Bretelle 4= Postérieure

5= Ascendante 6= Sans irradiation 7=Péri ombilicale ;8=descendante ;9=diffuse

24-Intensitédeladouleur...../...../

1 = Faible 2= Moyenne 3= Forte 4 = Extrême

25-Evolutiondeladouleur..... /...../

1= Permanente ; 2= intermittente

26-Facteursdéclenchant...../...../

1 = Néant ; 2 = Effort ; 3 =Stress ;4= Repas ; 5= Faim

27-Facteur d'accalmie...../...../

1 = Médicament

3= Position antalgique.....

4= Vomissements.....

28-Signes d'accompagnementdeladouleur...../...../

1 =Néant ; 2= Nausées ; 3= Vomissements

4= Diarrhée ; 5 =Constipation ; 6 =Rectorragie ;7= Méléna

8= Hématémèse ;9= Fièvre ; 10= Fièvre + Vomissement ;11=Arrêt de matière et de gaz

C- Les Antécédents

29-Antécédentsmédicaux...../...../

1= Gastro-entérite ;2= Diabète ;3 =Drépanocytose ; 4=HTA ; 5 =Asthme ; 6= Ictère ;7= Fièvre typhoïde ; 8=aucun

30-Antécédentschirurgicaux...../...../

1 =Appendicectomie ; 2= GEU ; 3= Laparotomie ; 4= HI ; 5 = HO ;6=Césarienne

31-Antécédentgynécologiquesobstétricaux...../...../

1 =GEU ; 2= Avortement ;3= Césarienne ; 4 =Pyo-ovaire ; 5=Perforation utérine ; 6= Pyosalpinx

32-Habitudealimentaire..... /...../

1 =Céréale ; 2 Autre à préciser

33-Modedevie...../...../

1 =Thé ;2= Alcool ;3 =Tabac ; 4= Cola ; 5 =Café

6=1+2+3+4+5.....

D/ Examen physique

Signes Généraux

34-Pouls...../...../

1=Inférieur à 50 bts/mn ;2=51-80 bts/mn ; 3= 81-99bts/mn ;4=100bts /mn et plus

35-Fréquencerespiratoire.....

1= 14-16cycles/mn ; 2= 17-22 cycles /mn ; 3= 23-28cycles/mn ; 4=29 et plus

36-Température...../...../

1=Normo thermie ; 2= Hypothermie ; 3=Hyperthermie

37-Tensionartérielle...../...../

1 =Normo tendu ; 2= Hypertendu ;3 =Hypotendu

38. INDICE DE PERFORMANCE SELON OMS :

- OMS1
- OMS2
- OMS3
- OMS4

Signes physiques

39-Conjonctives...../...../

1= Bien colorées ;2= Pâles ;3= Moyennement colorées

39-Langue...../...../

1= Propre ; 2 =Saburrale ; 3= Sèche

40-Conscience...../...../

1 =Normale ; 2 =Agitée ;3= Confuse.....

Inspection de l'abdomen

41-Présencedecicatrice...../...../

1= Oui ;2= N on

Si oui le siège de la cicatrice.....

42-Aspectdel'abdomen...../...../

1 =Distendu ;2 =Plat

43-Mouvementdel'abdomen...../...../

1 =Respire ; 2 = Distendu ;3= Ondulation péristaltique ;

4=Absence de respiration

Palpation

44-Défenseabdominale...../...../

1 =FID ; 2= FIG ; 3 = Flanc droit ;4= Flanc ; gauche ; 5= Epigastrique ;

6 =Hypogastrique ; 7= Péri ombilicale ;8 =Hypocondre droit ;

9= Hypocondre gauche ;10= Généralisée en ventre de bois ;11= Cris de l'ombilic ;12=Pelvis

45-Masseabdominale...../...../

1 =Oui ; 2= Non

Si oui (préciser la taille de la masse)

46-Contoursdelamasse...../...../

1= Irrégulière 2 =régulière

47-Consistancedelamasseabdominale...../...../

1 =Molle ;2 =Ferme

48-Percussiondel'abdomen...../...../

1 =Normale ; 2= Matité ; 3 =Tympanisme

49-Adénopathies/...../

1 =Oui ; 2 =Non

Si oui préciser la taille le siège et la forme.....

50-Toucherrectal...../...../

1= Normale ; 2= Dououreux ; 3 =Douglas bombé

4 =Hémorragique ; 5 =Douglas sensible ;6 =Sphincter lâche ; 7=2+3 8=3+4+5 9

51= Touchervaginal...../...../

1=Normal ; 2 = Dououreux ; 3= Présence de masse ; 4= Non fait

E/Examens complémentaires avant l'opération

52-ASP...../...../

1 = OUI ; 2 = NON

Si oui Résultat

53-Echographie abdomino-pelvienne...../...../

1=OUI ; 2 = Non

Si oui préciser le résultat :

54= Taux d'hémoglobine...../...../

55=NFS (numération formule sanguine)/...../

1 =Oui ; 2=Non

Si oui la conclusion.....

56-GroupesanguinetRhésus...../...../

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

57= Glycémie...../...../

1=Hypoglycémie ; 2=Normo glycémie ;3=hyperglycémie ; 4=Non fait

58=Autres analyse...../...../

1=OUI ; 2=NON

Si oui le résultat :

D- Diagnostic...../...../

59- Diagnostic préopératoire

1 =Péritonite aigue ; 2 = Occlusion ; 3= Tumeur digestive ;

4 =Appendicite ;5 =Salpingite ;

6 =Péritonite par perforation d'organe creux ;7 =Pathologie vésiculaire ; 8=Pelvi
péritonite ;9=Péritonite du post partum ;10=péritonite par rupture d'un abcès du foie

60-Diagnosticperopératoire...../...../

1 =Péritonite appendiculaire

2 =Péritonite par perforation gastrique

3= Péritonite d'origine gynécologique

4=Plastron abcédé

5= péritonite par rupture d'un abcès du foie

61-ClassificationASAdesanesthésistes : Evaluation du risque

ASA1-Absence d'une affection autre que celle nécessitant l'acte, pas de perturbation d'une grande fonction

ASA2-Perturbation modérée d'une grande fonction, en relation ou non avec l'affection chirurgicale.

ASA3-Perturbation sévère d'une grande fonction, en relation ou non avec l'affection chirurgicale.

ASA4-Atteinte d'une grande fonction faisant courir un risque vital imminent.

ASA5-Patient moribond.

E -Traitement

61= Technique anesthésie utilisée...../...../

1=AG ; 2=ALR ;3=Rachianesthésie ; 4=ALR convertie en AG

62-Traitement médical/.../

1=Réhydratation ; 2= antibiotique ; 3= Antalgique ; 4= Transfusion

5=1+2+3 6= 1+2+3+4 7=1+3 8=2+3

63-Traitement Chirurgical

A- Voie d'abord...../...../

1 = Médiane sus et sous ombilicale ; 2 =Sous ombilicale ; 3= Xipho-pubien 4=Mc Berny.

B-Technique chirurgicale...../...../

1 =Résection Anastomoses termino-terminales ;

2= Résection-suture ;3 =Ablation ; 4= Stomie ; 5 =Drainage ; 6= Appendicectomie

C-Siège du drain...../...../

1 =Sous hépatique ; 2=Gouttières pariéto-coliques ; 3= Douglas

64-Natureduliquidepéritonéale...../...../

1= Pus ;2 = Selles ; 3 =Sero-hématique ; 4 =1+2 ;5= 2+3

65-Prélèvementdupus+antibiogramme...../...../

1 =Oui ; 2 =Non

Si oui conclusion :

66-Surveillancepostopératoire...../...../

1= A jeun ; 2= Sonde nasogastrique ; 3= Mobilisation précoce

4) 1+2+3 5) 1+2 6)2+3 7=1+3

67-Durée d'hospitalisation...../...../

1)5 jours ; 2) 6 à 10 jours ;3) >10 jours

68- Traitement médical post opératoire

1 /Antibiotiques 2/ Antalgiques 3 /Anti-inflammatoire

4) 1+2 5) 2+3 6) 1+3 7) 1+2+3

69-Pronostic...../...../

1= Bon ; 2 =Réservé ;3= Sombre

70= Score de Mannheim...../...../

1 : <26 ;2 :>= 26

72=-Suites opératoires immédiate...../...../

1 = Simples ; 2= Etat de choc ; 3 =Septicémie ; 4 =Décès ;

5= Hémorragie

73=Suites opératoires précoces(1-3mois)/...../

1 =Simples ; 2= Suppuration pariétale ; 3 = Fistule digestive ;

4 = Sténose anastomotique ; 5 = Décès ;

6 = Réintervention

74=Suites opératoires tardives...../...../

1 = Simple ; 2 = Décès ; 3 =Eventration ;4 Retard de cicatrisation

75=Mode de suivi...../...../

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

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

9 Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

JE LE JURE.