

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

MEMOIRE

Les perforations gastriques et duodénales d'origine ulcéreuse dans le service de Chirurgie « A » du CHU du point G

Présenté et soutenu le 29/01/2021 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par Dr Souleymane DOUMBIA

Pour l'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées (D.E.S)
en chirurgie générale

Jury

Président : Pr Lassana KANTE

Membre : Pr Drissa TRAORE

Directeur : Pr Soumaila KEITA

Liste des abréviations

- AINS** : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
- ASA**: American Society of Anesthesiologist
- ASP**: Abdomen Sans Preparation
- ATCD** : Antécédent
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- Cl⁻** : Ion Chlorure
- CVC** : Circulation Veineuse Collatérale
- ECG** : Electrocardiogramme
- EVA** : Echelle Visuelle Analogique
- FOGD** : Fibroscopie Oeso GastroDuodénale
- FMOS** : Faculté de Médecine et d'OdontoStomatologie
- HP**: *Helicobacter Pylori*
- HCO₃⁻** : Ion bicarbonate
- HTA** : Hypertension Artérielle
- IBODE** : Infirmier du Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
- IPOMS** : Indice de Performance de l'Organisation Mondiale de la Santé
- IPP** : Inhibiteur de Pompe à Proton
- K⁺** : Ion Potassium
- NA⁺** : Ion Sodium
- PTFT** : Pavillon Tidiane Faganda Traore
- UGD** : Ulcère Gastrique et/ou Duodéal

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	
II. OBJECTIFS.....	
III. METHODOLOGIE.....	
IV. RESULTATS.....	
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	
VI. CONCLUSION.....	
VII. RECOMMANDATIONS.....	
VIII. REFERENCES.....	
IX. ANNEXES.....	

I – INTRODUCTION

Une péritonite est une inflammation aiguë de la séreuse péritonéale qui peut être soit généralisée à la grande cavité péritonéale soit localisée [1].

L'ulcère gastrique et/ou duodénal est une perte de substance creusant plus ou moins profondément la paroi gastrique et ou duodénale. Il est la résultante d'un déséquilibre entre les facteurs d'agression et les facteurs de défense en un point précis de la muqueuse gastrique et ou duodénale [2].

Au cours de son évolution, il peut être responsable de plusieurs complications dont la perforation qui se traduit par la survenue d'une brèche au niveau de l'estomac et/ou du duodénum entraînant ainsi une péritonite [3].

La péritonite par perforation d'ulcère gastrique et/ou duodénal engendre une urgence médicochirurgicale relativement fréquente, qui requiert une prise en charge multidisciplinaire impliquant chirurgien et anesthésiste réanimateur. Le diagnostic est clinique et radiologique. Son pronostic est grave si la prise en charge est retardée avec un taux de mortalité pouvant atteindre 80% au-delà des premières 24 heures [4 ; 5].

Depuis une dizaine d'années, la prise en charge des perforations ulcéreuses gastriques et/ou duodénales a été modifiée en raison de trois facteurs :

[6; 7 ; 8; 9].

- les progrès du traitement médical associant les inhibiteurs de la pompe à protons à l'éradication systématique de l'*Helicobacter pylori*,
- les progrès de la réanimation,
- L'apport des nouvelles techniques, dont la cœlioscopie.

Le pronostic est encore sombre du fait de l'admission tardive dans les centres hospitaliers spécialisés.

Dans les pays développés, la fréquence des perforations d'ulcère gastrique et/ou duodénal a considérablement diminué grâce à une meilleure prise en charge.

Ainsi selon

-Roméo [10] au Canada, les perforations d'ulcère gastrique et/ou duodéal représentent 5% des urgences abdominales et occupent la deuxième place des complications de l'ulcère après l'hémorragie.

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

-SIDDEYE.A [11] a trouvé que les perforations d'ulcère gastrique et/ou duodéal ont représenté 15,13% des étiologies des péritonites et 4,2% des urgences chirurgicales dans les services de chirurgie A et B du CHU du Point G en 2009

- Sanogo ZZ et collaborateurs [12] en 2013 ont rapporté une fréquence de 20,30% par rapport à l'ensemble des péritonites.

Nous avons initié ce travail afin d'apporter une contribution à l'étude de cette affection avec les objectifs suivants :

II- OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

Etudier les perforations gastriques et duodénales d'origine ulcéreuse dans le service de chirurgie 'A' du CHU du Point G.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1- Déterminer la fréquence.
- 2- Décrire les signes cliniques et para cliniques.
- 3- Décrire les modalités thérapeutiques.
- 4- Décrire les suites opératoires.

IV METHODOLOGIE

1. Type d'étude et période d'étude : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive de 01 Janvier 2009 au 31 Décembre 2019

2. Cadre de l'étude : l'étude a été menée dans le service de chirurgie "A" du CHU du Point G.

2.1. Situation géographique :

L'hôpital du Point-G fut construit en 1906. Il est le premier établissement sanitaire qui avait le statut d'hôpital sur le territoire du soudan français (ancienne appellation du Mali). Il est situé sur une colline qui culmine à 300 mètres d'altitude à l'extrême nord de la ville de Bamako. Dans l'enceinte de cet établissement, nous distinguons deux services de chirurgie générale (Chirurgie « A » et « B »). Ces deux services sont situés non loin du bureau des entrées.

2.2. Locaux du service de chirurgie « A » :

Il s'agit d'un service de chirurgie générale et laparoscopique.

Le service comprend :

- Un bureau de consultation externe
- Une salle de colloque
- Deux pavillons (PTFT et Chirurgie II), ces deux entités comprennent 30 lits d'hospitalisation dont 6 de première catégorie, 8 de deuxième catégorie et 16 de troisième catégorie.
- Les bureaux des chirurgiens
- Les salles de garde (pour médecins en spécialisation, internes et infirmiers)
- Le bloc opératoire contigu au service de réanimation est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales de l'hôpital.
- Et le bloc de coelio-chirurgie contigu à la salle de colloque.

3 : Le personnel :

3-1 : Le personnel permanent :

Il comprend

- Un professeur titulaire en chirurgie générale, chef de service
- Deux (2) chirurgiens, maître de conférences à la FMOS
- Deux (2) chirurgiens, maîtres assistants à la FMOS
- Trois (3) chirurgiens, chargés de recherche
- Deux (2) chirurgiens, praticiens hospitaliers
- Neuf(9) techniciens de santé
- Trois (3) aides de bloc
- Six (6) techniciens de surface
- Une secrétaire.

3-2 : Le personnel non permanent :

Il comprend :

- Les médecins en spécialisation de chirurgie
- Les étudiants en année de thèse
- Les étudiants en stage de la FMOS et des écoles de formation des techniciens de santé

4 : Activités du service :

Les activités menées dans le service de chirurgie « A » sont :

- Le staff : tous les jours ouvrables, le matin à 8h00 pour la présentation des dossiers des malades au programme opératoire et le compte rendu de la garde.
- La visite : tous les jours ouvrables après le staff ;
- La contre visite : effectuée dans l'après-midi par le chef de service et l'équipe de garde ;
- Les consultations externes : du lundi au jeudi ;
- Les interventions chirurgicales : programmées et les urgences.
- Les soins aux malades hospitalisés ;

Ailleurs, il faut noter que la journée du vendredi représente, pour le service, la journée universitaire. Elle est consacrée à la présentation de thèmes par les médecins en spécialisation et à la programmation des patients devant être opérés "à froid" au cours de la semaine suivante.

4 : Echantillonnage

a. Critères d'inclusion:

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

b. Critères de non inclusion :

Les patients présentant des perforations digestives non situées sur l'estomac ou le duodénum ; les perforations gastroduodénales d'origine tumorales n'ont pas été retenues.

Les patients opérés pour perforations gastriques traumatiques

5 : Méthodes : Les supports des données ont été :

- les dossiers médicaux,
- les registres d'hospitalisation,
- les registres des comptes rendus opératoires
- la fiche d'enquête préétablie.
- Tous les patients ont été reçus en urgence

6 : Analyse des données :

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés sur le logiciel Office Word 2003. L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS version 12.0. Le test statistique utilisé a été le test de Chi². Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

V : RESULTATS

A- Données sociodémographiques

Durant la période d'étude, nous avons réalisé **4217** interventions chirurgicales, **889** cas d'urgences chirurgicales dont **213** cas de péritonites aiguës généralisées. Nous avons opéré **59** malades pour perforation d'ulcère gastrique et/ou duodéal soit 27,70% (59/213) ; des péritonites aiguës 6,64% (59/889); des urgences chirurgicales 1,40% (59/4217) des interventions chirurgicales.

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge

Tranche d'âge (années)	Effectifs	Pourcentages
16-30	19	32,21
31-45	29	49,15
46-60	7	11,86
61-75	4	6,78
TOTAL	59	100

La tranche d'âge 31-45 ans a été majoritaire.

L'écart type était de 12,48.

L'âge moyen était de 49,15 ans avec des extrêmes de 16 ans et 73 ans.

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentages
Masculin	54	91,53
Féminin	5	8,47
TOTAL	59	100

Le sex-ratio était de 10,8 en faveur des hommes.

Tableau III : Répartition des patients selon la résidence

Provenance	Effectifs	Pourcentages
Kati	4	6,78
Reste du Mali	12	20,34
Bamako	43	72,88
TOTAL	59	100,00

La majorité des patients résidait à Bamako

Tableau IV : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentages
Ménagère	5	8,47
Fonctionnaire	7	11,86
Commerçant	8	13,56
Élève- Etudiant	9	15,25
Paysan	11	18,64
Ouvrier	19	32,20
TOTAL	59	100

Les ouvriers étaient majoritaires avec 32,20% des cas.

Tableau V : Répartition des patients selon la référence

Référence	Effectifs	Pourcentages
Infirmier	2	3,39
Etudiant	2	3,39
Médecin spécialiste	5	8,47
Venu d'elle-même	5	8,47
Médecin généraliste	45	76,27
TOTAL	59	100,00

Les patients étaient adressés par les médecins généralistes dans 76,27% des cas.

Tableau VI : Répartition des patients selon la période d'entrée

Mois d'entrée	Effectifs	Pourcentages
Janvier-Mars	8	13,55
Avril-Juin	11	18,65
Juillet –septembre	22	37,29
Octobre –décembre	18	30,51
TOTAL	59	100

Les patients ont été reçus dans 37,29% des cas entre juillet et septembre.

B- Signes généraux

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

IPOMS	Effectifs	Pourcentages
Grade 1	22	37,29
Grade 2	26	44,08
Grade 3	8	13,56
Grade 4	3	5,08
TOTAL	59	100

L'indice de performance OMS était de grade 2 dans 44,07% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon la classification ASA

Classe ASA	Effectifs	Pourcentages
ASA 1	14	23,73
ASA 2	25	42,37
ASA 3	15	25,43
ASA 4	5	8,47
TOTAL	59	100

Les patients de la classe ASA 2 ont représenté 42,37% des cas.

Tableau IX : Répartition des patients selon la douleur à l'échelle visuelle analogique

Douleur selon EVA	Effectifs	Pourcentages
Douleur modérée	7	11,86
Douleur intense	24	40,68
Douleur très intense	28	47,46
TOTAL	59	100

Dans 47,46% des cas la douleur était très intense.

Tableau X : Répartition des patients selon les facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectifs	Pourcentages
Alcool et tabac	10	16,95
Prise d'AINS	16	27,12
Tabac	15	25,42
Aucun	18	30,51
TOTA	59	100

Dans 30,51% des cas, aucun facteur de risque n'a été incriminé.

Tableau XI : Répartition des patients selon la température corporelle à l'admission

Température corporelle(°c)	Effectifs	Pourcentages
35-36°C	1	1,69
37-39°C	46	77,97
> 40°C	12	20,34
TOTAL	59	100

Les patients étaient pyrétiques dans 77,97% des cas.

Tableau XII : Répartition des patients selon les chiffres de la pression artérielle systolique à l'admission

Pression artérielle (cm Hg)	Effectifs	Pourcentages
< 10 cm Hg	7	11,86
10- 14 cm Hg	50	84,75
> 14cm Hg	2	3,39
TOTAL	59	100

Dans 84,75% des cas la pression artérielle systolique à l'admission était comprise entre 10-14 cm Hg

Tableau XIII : Répartition des patients selon le pouls à l'admission

Pouls	Effectifs	Pourcentages
< 70	5	8,47
70-100	49	83,06
> 100	5	8,47
TOTAL	59	100

Dans 83,06% des cas le pouls était compris entre 70-100 pulsations à la minute.

Tableau XIV : Répartition des patients selon l'état des conjonctives à l'admission

Etat des conjonctives	Effectifs	Pourcentages
Pales	4	6,78
Roses	55	93,22
TOTAL	59	100

Les conjonctives étaient roses dans 93,22% des cas.

Tableau XV: Répartition des patients selon l'état du pli cutané

Plis cutanés	Effectifs	Pourcentages
Présents	8	13,56
Absents	51	86,44
TOTAL	59	100

Dans 86,44% des cas le pli cutané était absent.

Tableau XVI : Répartition des patients selon l'état de la langue à l'admission

Etat de la langue	Effectifs	Pourcentages
Sèche	9	15,25
Saburrale	10	16,95
Humide	40	67,80
TOTAL	59	100

Dans 67,80% des cas la langue était humide.

Tableau XVII : Répartition des patients selon l'état de conscience à l'admission

Etat de la conscience	Effectifs	Pourcentages
Normal	51	86,44
Agité	4	6,78
Confus	4	6,78
TOTAL	59	100

Dans 86,44% des cas l'état de la conscience était normal.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon l'indice de masse corporelle

IMC (Kg/m ²)	Effectifs	Pourcentages
Maigreur (<18)	7	11,87
Normal (18-25)	49	83,05
Surpoids (>25)	3	5,08
TOTAL	59	100

Dans 83,05% des cas l'indice de masse corporelle était normal.

C-Antécédents

Tableau XIX : Répartition des patients selon les pathologies associées

Pathologies associées	Effectifs	Pourcentages
Cholécystite aigue	1	1,69
Cardiomégalie	2	3,39
Ulcère du membre	6	10 ,18
Aucune	50	84,74
TOTAL	59	100

Les pathologies associées étaient la cause de prise des AINS dans 15,26% des cas

Tableau XX : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectifs	Pourcentages
Drépanocytose	1	1,69
Gastrite	6	10,18
Ulcère gastroduodéal	21	35,59
Aucun	31	52,54
TOTAL	59	100

Aucun ATCD médical n'a été noté chez 52,54% des patients.

D -Signes cliniques

Tableau XXI : Répartition des patients selon le motif de référence

Motif de référence	Effectifs	Pourcentages
Vomissement	1	1,70
Arrêt de matière et de gaz	1	1,70
Epigastralgie	9	15,25
Péritonite	9	15,25
Douleur abdominale	39	66,10
TOTAL	59	100

La douleur abdominale a été le principal motif de référence dans 66,10% des cas.

Tableau XXII : Répartition des patients selon le début des symptômes

Début des symptômes	Effectifs	Pourcentages
Moins de 24H	8	13,56
Moins de 3j	21	35,59
3J-7j	24	40,67
Plus de 7j	6	10,18
TOTAL	59	100

Les symptômes avaient débuté entre 3 et 7 jours chez 40,67% des patients.

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le délai de prise en charge

Début de prise en charge	Effectifs	Pourcentages
Moins de 24 H	46	77,95
24 h-72 H	10	16,95
Plus de 72 H	3	5,10
TOTAL	59	100

Les patients ont été pris en charge en moins de 24heures dans 77,95% des cas.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon le mode de début

Mode de début	Effectifs	Pourcentages
Brutal	49	83 ,05
Progressif	10	16,95
TOTAL	59	100

Le mode de début était brutal dans 83,05% des cas.

Tableau XXV : Répartition des patients selon le siège de la douleur abdominale

Siège de la douleur	Effectifs	Pourcentages
Péri ombilical	5	8,47
Epigastrique	7	11,87
Fosse iliaque droite	5	8,47
Diffus	42	71,19
TOTAL	59	100

La douleur était diffuse dans tout l'abdomen dans 71,19% des cas.

Tableau XXVI : Répartition des patients selon la durée de la douleur

Durée de la douleur	Effectifs	Pourcentages
12-24 H	9	15,25
24- 72 H	16	27,12
Plus de 72 H	34	57,63
TOTAL	59	100

La durée de la douleur était supérieure à 72 heures chez 57,63% des patients.

Tableau XXVII: Répartition des patients selon le type de douleur

Type de douleur	Effectifs	Pourcentages
Crampes	1	1,70
Torsion	3	5,08
Brulure	3	5,08
Piqûre	47	79,70
Coups de poignard	5	8,47
TOTAL	59	100

La douleur était à type de piqûre dans 79,70% des cas.

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon l'irradiation de la douleur

Irradiation de la douleur	Effectifs	Pourcentages
Pas d'irradiation	5	8,47
Diffuse	54	91,53
TOTAL	59	100

La douleur était diffuse dans 91,53% des cas

Tableau XXIX : Répartition des patients selon les facteurs déclenchants

Facteurs déclenchants	Effectifs	Pourcentages
Jeun	4	6,78
Repas	3	5,08
Prise d'AINS	16	27,12
Aucun	36	61,02
TOTAL	59	100

Les facteurs déclenchants étaient absents dans 61,02% des cas.

Tableau XXX: Répartition des patients selon les facteurs calmants

Facteurs calmants	Effectifs	Pourcentages
Position antalgique	2	3,39
Médicaments	20	33,90
Aucun	37	62,71
TOTAL	59	100

Aucun facteur calmant n'a été trouvé dans 62,71% des cas.

Tableau XXXI : Répartition des patients selon le rythme de la douleur

Rythme de la douleur	Effectifs	Pourcentages
Intermittente	7	11,86
Permanente	52	88,14
TOTAL	59	100

La douleur était permanente dans 88,14% des cas.

Tableau XXXII: Répartition des patients selon les signes digestifs

Signes digestifs	Effectifs	Pourcentages
Aucun	3	5,08
Constipation	4	6,78
Hoquet	3	5,08
Nausées, vomissement, arrêt des matières et des gaz	9	15,25
Arrêt des matières et des gaz	7	11,86
Nausées, vomissement, fièvre	33	55,95
TOTAL	59	100

Les signes digestifs étaient à type de nausées, vomissement et de fièvre dans 55,95% des cas

Tableau XXXIII: Répartition des patients selon l'état de l'abdomen à l'inspection

Inspection de l'abdomen	Effectifs	Pourcentages
Silence abdominal	7	11,86
Plat	22	37,29
Météorisme abdominal	30	50,85
TOTAL	59	100

A l'inspection de l'abdomen il y avait un météorisme abdominal dans 50,85% des

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon la localisation de la défense

Défense	Effectifs	Pourcentages
Localisée	13	22,04
Généralisée	46	77,96
TOTAL	59	100

La défense abdominale était généralisée chez 77,96% des patients.

Tableau XXXV : Répartition des patients selon type de contracture

Contracture	Effectifs	Pourcentages
Localisée	7	11,86
Généralisée	52	88,14
TOTAL	59	100

La contracture abdominale était généralisée dans 88,14% des cas.

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon le cri de l'ombilic

Cri de l'ombilic	Effectifs	Pourcentages
NON	9	15,25
OUI	50	84,75
TOTAL	59	100

Il y avait un cri de l'ombilic dans 84,75% des cas.

Tableau XXVII: Répartition des patients selon la percussion de l'abdomen

Percussion	de	Effectifs	Pourcentages
l'abdomen			
Normale		7	11,86
Tympanisme		15	25,42
Matité	déclive,	37	62,72
disparition de la matité			
pré hépatique			
TOTAL		59	100

Il y avait une matité déclive et une disparition de la matité pré hépatique dans 62,72% des cas.

Tableau XXXVIII: Répartition des patients selon le résultat de l'auscultation abdominale

Auscultation	Effectifs	Pourcentages
Bruits augmentés	3	5,08
Normale	7	11,86
Silence abdominal	49	83,06
TOTAL	59	100

Le silence abdominal était présent dans 83.06% des cas

Tableau XLI: Répartition des patients selon le résultat du toucher rectal

Toucher rectal	Effectifs	Pourcentages
Cri du Douglas	2	3,39
Normal	12	20,34
Cul de sac de Douglas	45	76,27
bombé et douloureux		
TOTAL	59	100

Au toucher rectal, le cul de sac de Douglas était bombé et douloureux dans 76,27% des cas

Examens complémentaires

Tableau XLI: Répartition des patients selon le résultat de la radiographie de l'abdomen sans préparation

ASP	Effectifs	Pourcentages
Normal	2	3,39
Niveaux hydroaériques	2	3,39
Grisaille floue diffuse	6	10,17
Niveau hydroaérique	3	5,08
Pneumopéritoine	46	77,97
TOTAL	59	100

Un pneumopéritoine a été objectivé à la radiographie de l'abdomen sans préparation dans 77,97% des cas.

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

Résultat	Effectifs	Pourcentages
de l'échographie		
Appendicite aigue	2	3,39
Epanchement péritonéal	25	42,37
Non réalisée	32	54,24
TOTAL	59	100

L'échographie n'a pas été réalisée dans 54,24% des cas.

Diagnostic

Tableau XLIII : Répartition des patients selon l'étiologique de la perforation

Diagnostic étiologique	Effectifs	Pourcentages
Prise d'AINS	15	25,42
Ulcère gastrique et/ou duodénal	16	27,12
Aucun	28	47,46
TOTAL	59	100

Aucune étiologique n'a été retrouvée dans 47,46% des cas.

Tableau XLIV: Répartition des patients selon le diagnostic pré opératoire

Diagnostic pré op	Effectifs	Pourcentages
Occlusion intestinale	2	3,39
Appendicite aigue	3	5,08
Péritonite appendiculaire	3	5,08
Perforation gastrique	8	13,56
Péritonite généralisée	7	11,86
Perforation d'organe creux	36	61,03
TOTAL	59	100

Le diagnostic de péritonite par perforation d'organe creux a été évoqué en pré opératoire dans 61,03% des cas.

L'anesthésie générale et l'intubation oro-trachéale ont été réalisées chez tous les patients.

Tableau XLV : Répartition des patients selon les voies d'abord chirurgicale

Voies d'abord	Effectifs	Pourcentages
Cœlioscopie	2	3,39
Laparotomie médiane	57	96,61
TOTAL	59	100

La voie d'abord chirurgicale a été la laparotomie médiane dans 96,61% des cas.

Tableau XLVI: Répartition des patients selon la nature du liquide péritonéale

Nature du liquide	Effectifs	Pourcentages
Séro hématique	1	1,70
Verdâtre	27	45,76
Purulent	31	52,54
TOTAL	59	100

Le liquide était d'aspect purulent dans 52,54% des cas.

Tableau XLVII: Répartition des patients selon la constatation per opératoire

Constatations per- opératoire	Effectifs	Pourcentages
Perforation bulbaire	15	25,42
Perforation antrale	44	74,58
TOTAL	59	100

En per opératoire nous avons noté une perforation antrale chez 74,58% des patients.

Tableau XLVIII: Répartition des patients selon la dimension de la perforation

Dimension	Effectifs	Pourcentages
Moins de 1 cm	26	44,07
1-3 cm	29	49,15
4-5 cm	3	5,08
Plus de 5 cm	1	1,70
TOTAL	59	100

La perforation était de 1 à 3cm de diamètre dans 49,15% des cas.

Tableau X LVIX: Répartition des patients selon l'aspect lésionnel de la perforation

Aspect lésionnel	Effectifs	Pourcentages
Arciforme	2	3,39
Contours irréguliers	5	8,47
Ponctiforme	23	38,99
Arrondie	29	49,15
TOTAL	59	100

La lésion était de forme arrondie dans 49,15% des cas.

La technique chirurgicale réalisée a été l'excision des berges, suture des berges et épiploplastie dans 64,41% des cas (38). L'excision des berges, suture des berges sans épiploplastie dans 35,59% des cas (21).

Tableau L: Répartition des patients selon le nombre de drains mis en place

Nombre de drains	Effectifs	Pourcentages
Unique	34	57,63
Deux drains	24	40,67
Quatre drains	1	1,70
TOTAL	59	100

Un drain a été mis en place dans 57,63% des cas.

Tableau LI: Répartition des patients selon le séjour en réanimation

Séjour en réanimation	Effectifs	Pourcentages
OUI	11	18,64
NON	48	81,36
TOTAL	59	100

Les patients n'ont pas séjourné en service de réanimation dans 81,36% des cas.

Tableau LII: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation post opératoire

Durée post op	Effectifs	Pourcentages
Moins de 3 jours	2	3,39
3-7 jours	10	16,95
8-10 jours	30	50,85
11-30 jours	13	22,03
Plus de 30 jours	4	6,78
TOTAL	59	100

En post opératoire, 50,85% des patients ont séjourné entre 8 et 10 jours dans le service de chirurgie A.

Tableau LIII: Répartition des patients selon le résultat de l'examen anatomopathologique des berges de la perforation

Résultat:	Effectifs	Pourcentages
anatomopathologique		
Non concluant	5	8,93
Gastrite simple	51	91,07
TOTAL	56	100

L'examen anatomopathologique a permis d'objectiver une gastrite simple dans 91,07% des cas.

Tableau LIV : Répartition des patients selon les suites opératoires précoces

Suites précoces	Effectifs	Pourcentages
Fistule digestive	1	1,70
Péritonite post opératoire	2	3,39
Occlusion post opératoire	2	3,39
Décès	3	5,08
Simple	51	86,44
TOTAL	59	100

Les suites opératoires ont été simples chez 86,44% des patients.

Tableau LV: Répartition des patients selon les suites opératoires et le score de Mannheim

Suites et score de Mannheim	Simple	Complicées	Décès	Total
< 26	43	2	0	45
> 26	8	3	3	14
TOTAL	51	5	3	59

Le score de Mannheim était inférieur à 26 dans 76,27% des cas

Tableau LVI: Répartition des patients selon le résultat du suivi à un mois

Suivi à 30 jours	Effectifs	Pourcentages
Venu de lui-même	4	7,14
Sur rendez-vous	13	23,21
Perdu de vue	1	1,79
Consultation ordinaire	38	67,86
TOTAL	56	100

Le plus grand nombre de patient a été reçu en consultation ordinaire sur rendez-vous 1mois après l'intervention chirurgicale.

Tableau LVII: Répartition des patients selon le résultat du suivi à un an

Suivi à 12 mois	Effectifs	Pourcentages
Cicatrices chéloïdes	2	3,64
Eventration	3	5,45
Simple	50	90,91
TOTAL	55	100

Le suivi sur un an était simple dans 90,91% des cas.

1-Méthodologie :

Les limites de la méthodologie utilisée ont été : les dossiers incomplets, la non disponibilité du bilan préopératoire standard ou d'urgence, du test à l'uréase pour la mise en évidence de l'*Helicobacter Pylori*, de l'échographie et du matériel coelioscopique en urgence.

Un traitement médical était systématiquement institué en pré opératoire. Il consistait essentiellement à la correction des troubles hydro-électrolytiques, la vidange gastrique, la mise en place d'une sonde urinaire pour quantifier la diurèse.

L'anesthésie générale et l'intubation oro-trachéale ont été réalisées chez tous les patients.

Fréquence : durant la période d'étude, nous avons reçu et opéré 213 malades pour péritonite aigue généralisée dont 59 cas de perforation d'ulcère gastrique ou duodénal soit 27,70%. Dieng au Sénégal [38] a trouvé une fréquence de 48,48 % (105 sur 222) sur une période de 5 ans ; R. Karayuba au Burundi [19] a trouvé une fréquence de 6,2% sur 5 ans (1995-2000).

SIDDEYE A en 2009 [11] dans le même service a trouvé 120 cas de perforations gastriques sur 793 patients reçus pour péritonite aigue soit une fréquence de 15,13%. Il existe une différence statistiquement significative entre ce taux et ceux retrouvés au Burundi (6,2%), au Burkina (6,78), $P < 0,05$. Cela pourrait être lié à la taille élevée de l'échantillon dans leur étude, mais aussi à l'automédication abusive dans notre contexte.

Tableau LXVI: Fréquence et auteurs

Auteurs	Fréquence	Pourcentage	Proportion
Dieng,2007 [38],Sénégal	66/32	48,48	P=0,67
Ouangré,2009 [15],Burkina	221/15	6,78	P=0,0005
R Karayuba,1990 [19], Burundi	332/20	6,02	P=0,000046
Siddeye ,2009 [11],Mali	793 /120	15,13	P =0,504
Notre étude	213/59	27,70%	

2- Epidémiologie

2-1 Age

L'âge moyen des malades dans les différentes séries variait de 31 à 45 ans [15, 19,22 ,28]. Cet âge moyen est conforme aux données de la littérature selon lesquelles, la maladie ulcéreuse serait une maladie de l'adulte jeune due à l'infection par l'Helicobacter pylori. Cette bactérie colonise la lumière gastrique depuis la petite enfance [41].

2-2 Le sexe

Les perforations d'ulcère gastrique ou duodéal concernaient essentiellement les hommes dans notre série (54/5). D'autres auteurs avaient fait le même constat [1,15, 24]. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par la consommation de tabac, le stress et la prise d'AINS chez les ouvriers [39].

Selon H .BELHADJ [28] cette prédominance s'explique par la présence en quantité plus importante chez l'homme que chez la femme de cellules pariétales au niveau de l'estomac. Ces cellules sécrètent la composante primaire qui a une concentration très élevée en acide chlorhydrique.

3- Etude clinique :

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

3-1-Signes fonctionnels :

-La douleur : elle était le premier symptôme. Elle était liée à l'irritation péritonéale. Elle a été retrouvée chez tous nos malades (100%). Ce taux a été noté par plusieurs auteurs [1, 8, 34, 49].

Il s'agissait d'une douleur épigastrique, intense, permanente de début brutal, à type de pique. Ce tableau a été retrouvé chez 79,70% de nos patients. Ce résultat était comparable à celui de S.S Traoré du Burkina Faso [22] qui a eu un taux de 80% et supérieur à ceux de SIDDEYE A (43,3%) [11] et de COULIBALY I (38, 3%) [2] avec $p < 0,05$. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la douleur dans les perforations gastriques a un siège variable d'une part, et d'autre part elle peut simuler différentes pathologies chirurgicales.

-Les vomissements associés à l'arrêt des matières et des gaz sont tardifs dans la plupart des cas, dus à l'iléus paralytique et peuvent inaugurer le tableau clinique d'une perforation d'ulcère gastroduodéal [19]. Ils ont été retrouvés chez 27,11% de nos malades. Ce taux pourrait s'expliquer par le retard diagnostique dans notre étude.

-Délai de consultation :

Le délai moyen de consultation était long; 57,63% des patients avaient consulté entre 24h et 72 h après le début des symptômes. L'élévation de la durée moyenne de notre étude pourrait s'expliquer par le fait que 92% de nos malades étaient pris en charge dans d'autres structures sanitaires avant de nous être référés plus tard. Ces patients ont nécessité un délai important de réanimation.

3 -2 /Facteurs de risques:

Les facteurs favorisants associés à la perforation d'ulcère gastrique ou duodéal les plus rencontrés sont : la prise d'anti-inflammatoire dans 27,12% des cas ; le tabac et l'alcool dans 16,95% des cas, la recherche de l'*Helicobacter pylori* n'a pas été systématique dans notre étude. La place de l'*Helicobacter pylori* dans les

perforations d'UGD est importante, elle varie entre 47 à 96% selon les auteurs [22, 28].

La recherche d'HP reste systématique dans les pays développés en cas de maladie ulcéreuse [18]. Tous les auteurs ont confirmé la gastrotoxicité des anti-inflammatoires [2, 19, 22, 28].

4 : Signes généraux :

IPOMS était de grade II chez 24 malades (40%) ,18 (36%) patients étaient de la classe ASA II. La douleur était d'intensité forte dans 86% des cas.

La rapidité d'installation des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale [40].

5 : Signes physiques :

La douleur abdominale était diffuse dans 91,53% (54 cas). La contracture était généralisée dans 88,14% (48 cas). Le cri de l'ombilic était présent dans 84,75% (50 cas). La matité était déclive dans 62,72% (37cas). Le cul de sac de Douglas était bombé et douloureux dans 76,27% (45 cas). Il s'agit d'une péritonite chimique au départ. A un stade tardif, les signes deviennent plus évidents.

La disparition de la matité pré-hépatique a été le deuxième signe avec 62 ,72% des cas. Ce taux était important chez les auteurs [11, 18] avec respectivement 92,5% et 81,7%.

La disparition de la matité pré-hépatique s'expliquerait par l'interposition entre le foie et la paroi thoracique droite d'air provenant de la poche à air gastrique.

6 : Aspects para cliniques :

La radiographie de l'abdomen sans préparation a été le principal examen complémentaire de notre étude. Elle a été réalisée chez tous les malades. Elle a permis d'objectiver le pneumopéritoine qui se traduisait par un croissant gazeux inter hépato-diaphragmatique uni ou bilatéral sur un cliché debout de face prenant les coupes diaphragmatiques et le petit bassin.

Le taux (77,97%) de pneumopéritoine est comparable à ceux rapportés par

plusieurs auteurs notamment [18, 32, 35,14].Il n'existe pas de différence statistiquement significative, $P>0,05$.Cependant l'absence de pneumopéritoine n'élimine pas une perforation d'ulcère gastrique ou duodéal. L'échographie abdominale n'a pas été systématique. Lorsqu'elle a été réalisée, elle a permis d'objectiver un épanchement péritonéal dans 42,37% des cas (25 patients).

Ailleurs d'autres examens complémentaires ont été réalisés tel que : le groupage-rhésus, le dosage de l'hémoglobine, le taux d'hématocrite, la créatininémie à la recherche d'éventuelles anémie, d'hémoconcentration ou d'insuffisance rénale fonctionnelle.

7 : Aspects thérapeutiques

7-1 Réanimation péri opératoire:

Les patients des classes ASA III et ASA IV ont représenté 33,9% des cas. H.BELHADJ [28] et MAHAMOUD.A [34] ont trouvé respectivement 13% et 7%. Ce résultat pourrait s'expliquer par le long délai de consultation de nos malades. Onze malades (18,64%) ont séjourné en réanimation après l'intervention chirurgicale. Le séjour en réanimation a été systématique pour certains auteurs [15, 28, 34,38]. Il existe une différence statistiquement significative avec $P< 0,05$. Cela pourrait s'expliquer par le manque de place en réanimation ou l'état du malade jugé satisfaisant par les réanimateurs au réveil pour le suivi immédiat en hospitalisation.

7-2 Traitement chirurgical :

L'attitude thérapeutique face à une perforation d'UGD dépend de la constatation per -opératoire faite par le chirurgien.

L'aspect du liquide péritonéal était purulent dans 52,54% des cas (31 malades), verdâtre dans 45,76% des cas (27 malades).

Les perforations antrales ont été les plus nombreuses avec 74,58% des cas (44 malades). D'autres auteurs ont fait le même constat [11, 115, 19,38,]. Nous

avons trouvé une lésion unique chez tous nos malades, ce taux est comparable à celui de Coulibaly I [40] qui a rapporté (96,66%) de lésion unique.

Techniques chirurgicales :

Les techniques chirurgicales les plus utilisées ont été l'excision des berges, suture des berges et épiploplastie dans 64,41% (38cas), Excision-suture des berges dans 35,59% (21cas). Le drain était unique et placé dans le hiatus de Winslow 57,63%(34 patients) des cas et deux drains 40,67% des cas (24 patients) dont un dans le hiatus de Winslow et un dans le cul de sac de Douglas. Le drainage a été systématique chez tous les patients, ce qui n'est pas le cas dans la littérature [19,28].

Certains auteurs pensaient que le drainage était une question d'école [19,28].

Aucun geste supplémentaire à type de pyloroplastie ou de vagotomie n'a été associé à ces différentes techniques devant l'efficacité des inhibiteurs des pompes à proton.

La technique chirurgicale est fonction de l'expérience du chirurgien, de l'état du malade et de l'état de la paroi gastrique en per opératoire.

La cœlioscopie a été la voie d'abord utilisée chez deux patients (3,39%)

La prise en charge des perforations d'ulcères gastroduodénaux peut se faire par la laparoscopie, en absence de contre-indication (état de choc, dilatation intestinale importante).Ce traitement laparoscopique garde les avantages classiques par rapport à la laparotomie (diminution des douleurs postopératoires, reprise plus précoce de l'activité, diminution de l'hospitalisation, préjudice esthétique moindre).

8 : Evolution et pronostic :

8-1 Morbimortalité :

Nous avons noté 2cas (3,39%) de péritonite post opératoire, deux (2) cas d'occlusion post opératoire soit (3,39%).

Les suites opératoires précoces ont été simples dans 86,4% des cas ; les

auteurs comme Sanogo Z Z [12], Dieng [38] et Ouangre [15] ont rapporté des résultats semblables. Les suites opératoires sont fonction du délai de consultation et de la technique opératoire.

Le taux de mortalité (5,08%) était supérieur à celles des séries Marocaines [28] qui ont trouvé une mortalité nulle. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille réduite de leurs échantillons (20 et 22 cas).

Tableau LXVII : Mortalité et auteurs

mortalité AUTEURS	Fréquence	Pourcentage	Proportion
Diéng , [38],2007 sénégal	32	4,5	P= 0,73
Ouangré[15],2009 Burkina	15	6,8	P= 0,64
R.Karayaba [19], Kenéya	20	6,25	P= 0,87
Sanogo Z [12],2009,Mali	209	20,3	P = 0,039
Anouar El [28],2016,Maroc	22	0	P = 0,0001
Notre étude	59	5,08	

8-2 Durée d'hospitalisation :

Elle est fonction du délai de prise en charge et des suites opératoires. La durée moyenne d'hospitalisation post opératoire de notre étude était de (11,1 jours) .SIDDEYE A [11], R Karayaba [19] ont rapporté respectivement (9,1 jours) et (10,2 jours) ; Anouar El Gazzaly au Maroc [28] a rapporté un délai de (5,5 jours). Cette durée moyenne d'hospitalisation longue pourrait s'expliquer par

l'existence de défaillance multi viscérale, le délai prolongé de la prise en charge, le mauvais état général, la dissémination microbienne.

CONCLUSION

Les péritonites par perforation d'ulcère gastrique et/ou duodéal demeurent une complication grave de la maladie ulcéreuse. L'infection par l'*Helicobacter pylori* et la prise des médicaments gastrotoxiques sont les facteurs favorisants. Le diagnostic est clinique et radiographique.

Le traitement est médical et chirurgical. Le pronostic est en rapport avec la précocité de la prise en charge, les suites opératoires sont en générale simples.

VIII-RECOMMANDATIONS

Nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités sanitaires et politiques

- L'élaboration d'un programme de sensibilisation sur le danger de l'automédication et de la consommation de l'alcool et du tabac
- La redynamisation du service social pour la prise charge effective des patients indigents.

Au personnel socio- sanitaire

- La prise en charge correcte des cas d'ulcère gastrique et duodéal
- L'évacuation en temps réel des patients suspects de perforation d'UGD vers les structures spécialisées
- La référence des cas d'UGD ayant résistés au traitement médical bien conduit.

Aux populations

- La consultation le plus tôt possible dans les structures sanitaires devant toute douleur abdominale aigue.
- L'éviction de l'automédication
- L'adoption d'une bonne hygiène alimentaire

REFERENCES

[1] -PICAUD R:

Pathologie chirurgicale: chirurgie digestive et thoracique 1991;(I) :148 158.

[2]- COULIBALY I S :

Les perforations d'ulcère gastroduodéal au CHU Gabriel Touré. Thèse Méd Bamako 2005 ; n°19.

[3]- DOMART A, BOURNEUF J :

Petit Larousse de la médecine Dictionnaire N 6145,580.

[4]- MONDOR H :

Diagnostic Urgents abdomen: Masson 9ème édition 1979;111:24-90.

[5]- R CHATI, M SCOTTE, JM REGIMBEAU :

Facteurs de morbidité et de mortalité des péritonites aiguës généralisées; J afrchir digest 2007 (7)2 :679-685

[6]- DEMARTINE N ROTHENBUHER JM, CHEVALLEY JP, HARDER F:

La chirurgie d'urgence en cas d'ulcère gastroduodéal perforé, helvchir Acta 1991 ;(58) :783-787

[7]-DEMBELE.BM :

Etude des péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré : thèse N°9 2004-2005.

[8]-KEITA.KI :

Etude des perforations iléales d'origine typhique dans le service de chirurgie de l'hôpital Sominé Dolo De Mopti

[9]-thèse N°11 2008-20099-TRAORE.OT : les perforations digestives traumatiques dans le service de chirurgie générale du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré : thèse N°17 2012-2013

[10]-LAFRANCE R, BERNARD D, DANIEL TASSE STEPHEN MORGAN :

-Traitement de l'ulcère peptique perforé : alternatives et études rétrospective de 131 patients. L'union médicale du Canada tome (106) 783 – 787

[11]- SIDDEYE.A :

Les perforations d'ulcère gastroduodéal dans le service de chirurgie A et B du CHU du Point G. thèse N°10 ; 2008-2009

[12]-SANOGO ZZ, CAMARA M, DOUMBIA MM, SOUMARÉ L, KOUMARÉ S, KEÏTA S, KOÏTA AK, OUATTARA MA, TOGO S, YÉNA S, SANGARÉ D.

Perforations digestives au CHU du point g Mali Médical2012 ,27(1):2-14

[13]- COULIBALYB, DIANGO D M, Keita M, Diallo G. :

Péritonites par perforation sur cancers gastriques au CHU Gabriel Toure : Mali médical2013 ; 27(3) :3-11

[14]- DREGENT, C BALAJ, F JAUSSET, A 13-OLIVIER, C.SELLAL-AUBRIOT, V. Croise-Laurent :

Perforations du tube digestif .Elsevier Masson SAS. 2012 : 1-19

[15]- OUANGRE E, ZIDA M, BONKOUNGOU P G, SANOU A,TRAORE S S : Les péritonites aiguës généralisées en milieu rural au Burkina Faso a propos de 221 cas : rev. Cames santé , Décembre 2013, 1 (2) :1-5

[16]- T.BENSIGNOR :

Prise en charge chirurgicale des péritonites postopératoires après chirurgie digestive : étude rétrospective sur 191 patients, 2013,1(19) :1-83

[17]- O. NDOURA, J. BANSOUDAB, AF FALA, DM ALUMETIA, C DIOUFA ,G NGOMA, M NDOYEA :

Les péritonites par perforation d'ulcère gastroduodéal chez l'enfant : à propos de 4 observations: Archives de Pédiatrie 2012;19:1065-1069

[18]- REGENT D, BALAJ C, JAUSSET F, OLIVIER A, SELLAL-AUBRIOT C, CROISE-LAURENT V :

Perforations du tube digestif. Feuilles de radiologie 2014;54:9-31

[19]-R KARAYUBA, O ARMSTRONG, G NDAYISABA, L BAZIRA :

Le traitement de l'ulcère duodéal perforé : Médecine d'Afrique Noire : 1990, 37 (10) :564-566

[20]- RJ KAFANDO :

Les perforations typhiques : aspects cliniques et thérapeutiques. A propos de 239 cas colligés au Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou."Thèse N°6 1996- 1997

[21]- M FAIK, M OUDANANE, A HALHAL, A TOUNSI :

Les perforations oeso-gastriques au cours d'intubation trachéale a propos d'un cas : Médecine du Maghreb 1997 ;61 :1-6

[22]- SS TRAORE, J SANOU, G BONKOUNGOU, B KIRAKOYA, M ZIDA, E BANDRET, A SANOU :

Les perforations des ulcères gastroduodénaux au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) ; Rev. Cames- Série A.1999 ; 01 :3-7

[23]- DA DOMEOUNE Cyriac :

Les péritonites aiguës généralisées: aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au CHSS de Bobo-Dioulasso.(a propos de 369 cas) année universitaire 2001-2002 thèse n°: 46

[24]- C MOULY, R CHATI, M SCOTTE, JM REGIMBEAU :

Prise en charge de l'ulcère gastroduodéal perforé : revue de littérature. Journal de Chirurgie Viscérale 2013 ;150, 356-364

[25]-M MENARD, C MAUREY, JJ FONTAINE,A JOSENS, V FREICHE :

Un cas de péritonite septique consécutive à la rupture d'une tumeur stromale gastro-intestinale. Revue vétérinaire clinique 2015 ; 50, 43—52

[26]-COULIBALY O :

Perforations digestives multiples non traumatiques dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Année universitaire 2008-2009
Thèse N°9

[27]-EL GUENNOUNI HAJAR :

La perforation gastrique néonatale spontanée (a propos de 03 cas) à l'université sidi Mohammed ben Abdellah faculté de médecine et de pharmacie fes. Année 2013.Thèse N° / 033 13.

[28]-H BELHADJ, R BENELKHAÏAT, B FINECH :

Les péritonites par perforation d 'ulcère :Etude prospective sur 1an. Faculté de Médecine et de Pharmacie - Marrakech Thèse n° / 2011

[29]-BOUCHRA EL HAMIDI :

Péritonite par perforation d'ulcère gastroduodéal (A propos de 247 cas). Université cadi ayyad faculté de médecine et de pharmacie Marrakech ; année2007. thèse n° 28

[30]-N RIZK,C BARRAT, C FARANDA, JM CATHELINE,G CHAMPAULT :

Traitement laparoscopique des péritonites généralisées par perforation diverticulaire du colon sigmoïde. A propos de dix cas : Chirurgie 1998 ; 123 : 358-620

[31]-Paris BEFORTA, S RIVIEREA, A MARAMB, J RAMOSB, A LEQUELLECA :

Perforations digestives itératives secondaires à une cryoglobulinémie essentielle et au cytomégalo virus : à propos d'un cas : La Revue de médecine interne 2010,31 : 167–169

[32]- ABDOULAHÏ Ag ZAKARIA :

Place de salmonella typhi dans la survenue des péritonites par perforation intestinale à l'hôpital de Sikasso .Thèse de médecine, Année Universitaire: 2007-2008.N°7

[33]-ISSIAKA ML TRAORE :

Diagnostic des salmonella dans les péritonites aiguës par perforation iléale dans la région de Sikasso :thèse de médecine Bamako.2009N°18

[34]-ABOUZID MAHMOUD :

Perforation digestive post traumatisme abdominal chez l'enfant (a propos de 09 cas) ; Université sidi Mohammed ben abdellah faculté de médecine et de pharmacie fes. Année Thèse N° / 2013 121 13:

[35]-Y HAROUNA, B SAIDOU, A SEIBOU, H ABARCHI, I ABDYOU, M MADOUYOU, Y GAMATIE, L BAZIRA :

Les perforations typhiques : Aspects cliniques, thérapeutiques et pronostiques Etude prospective à propos de 56 cas traités à l'hôpital national de Niamey (NIGER): Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47 (6) :31-61

[36]- S TEMBELY, AG DIETH, JB YAOKREH , L SORO , TH ODEHOURI-KOUDOU, RN KOUAME , YGS KOUAMÉ , DB KOUAMÉ , O OUATTARA , S DA SILVA-ANOMA , KR DICK :

Péritonite par perforation gastrique du nouveau-né: Rev Int ScMéd 2013 :(15)2:104-107.

[37]-G. NGOM, I. FALL, AA.SANKALÉ, I. KONATÉ, OMAR NDOUR , M. NDOYE :

Les perforations digestives dans les contusions de l'abdomen chez l'enfant : Médecine d'Afrique Noire 2006 ;53 (11) :3-15

[38]-DIENG M, NDIAYE Aï, Ka O, KONATE I, DIA A, TOURE CT :

Aspects étiologiques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées d'origine digestive. Une série de 207 cas opérés en cinq ans : Mali Médical 2006 ;(21)4 : 47-59

[39]-GUERROUT HANANE& HAMAILI DALILA :

Péritonite par perforation d'ulcère gastroduodéal : Université A. MIRA DE BEJAIA Faculté de Médecine CHU KHELIL AMRANE DE BEJAIA ; 21 MAI 2017 ; mémoire

[40]-HIND BELHADJ :

Les péritonites par perforation d'ulcère (étude prospective sur 1an) :Année 2001 Thèse N°98

[41]- B FOPPA , F. MUSCARI, J.P. DUFFAS :

Ulcère gastroduodéal perforé : traitement laparoscopique J Chir

2005,(142) :165-167

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

PERFORATIONS GASTRIQUES ET DUODENALES D'ORIGINE ULCEREUSE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE "A" DU CHU DU POINT-G

Données socio-administratives

- 1- N° FICHE : /____/____/____/
- 2- Service : /____/
- 3- N° dossier du malade : /____//____//____//____/
- 4- Nom : Prénom :
- 5- Date de consultation : /____/____/____/
- 6- Age du malade : /____/
- 7- Sexe : /____/ /____/ 1-Masculin, 2-Feminin
- 8- Provenance : /____/ 1-Bamako 2-Kati 3-Interieur 4-Autres
Autre à préciser
- 9- Nationalité : /____/ 1-Malienne 2-Autres 3-Indéterminée
Si autres à préciser
- 10- Ethnie : /____/
- 1-Bambara, 2-Malinké, 3-Sarakolé,
4-Peuhi, 5-Sonrhai, 6-Sénoufo,
7-Dogon, 8-Autres, 9-Indéterminée
Si autres à préciser
- 11- Principale activité : /____/
- 1-Cadre supérieur, 2-Cadre moyen, 3-Ouvrier,
4-Commerçant, 5-Scolaire, 6-Paysan,
7-Ménagère, 8-Autres, 9-Indéterminée
Si autre à préciser :
- 12- Mode de recrutement à l'hôpital : /____/
- 1-Urgence 2-Consultation ordinaire 3-Autre 4-Indéterminé
Si autre à préciser :
- 13- adresse par : /____/
- 1-Aide-soignant 2-Infirmier 3-Medecin généraliste 4-Medecin spécialiste
5-Etudiant 6-Autres 7-Indéterminé

Si autre à préciser :

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

15- Durée d'hospitalisation préopératoire : /____/Heures

16- Durée d'hospitalisation post opératoire : /____/ Heures

17- Date de sortie : /____//____//____/

18- Motif de consultation : /____//____/

- 1-Douleur abdominale 2-Arret de matière et de gaz 3-Hoquet
4-Meteorisme abdominale 5-Vomissement 6-Fievre 7-Diarrhee
8-Autres 9-Indétrminé 10- (1+6) 11- (1+3) 12- (1+2) 13- (1+5)

Si autre, à préciser :

19-Circonstance de survenue : /____/

- 1-Spontane 2-UGD connu 3-Prise AINS 4-Notion de traumatisme
5-Stresse 6-Autres 7-Indéterminée

Si autre, à Préciser

20-Symptomatologie évoluant depuis : /____/Jours

21-Debut des signes : /____/ Heures

22-Arrivee à l'hôpital : /____/Heures

23-Debut de prise en charge : /____/ Heures

24-Siege de la douleur :

- 1-Epigastrique 2-hypogastrique 3-Hypocondre 4-Péri-ombilicale
5-Diffus 6-Fosse iliaque gauche 7-Fosse iliaque droite 8-Autres

Si autre, à préciser :

25- Durée de la douleur : /____/

1=0-6H 2=7-12H 3=12-24H 4=1à2j

5=Sup à 2j 6-Autres 7-indéterminé

26- Mode début de la douleur : /____/

- 1-Brutal 2-Progressif 3-Indéterminé 4-Autres

Si autre, à préciser :

27- Type de la douleur : /____/

- 1-Brulure 2-Coup de poignard 3-Torsion 4-Ecrasement 5-Pesanteur
6-Crampes 7-Piqure 8-Autres 9-Indéterminé

Si autre, à préciser :

28-Irradiation de la couleur : /____/

- 1-Péri-ombilicale 2-Postérieur (dos) 3-Epaule gauche 4-Perinee

5-Organe génitaux externe 6-Diffuse 7-Localisee 8-Plan radiant
 9-Ceinture 10-Autres 11-Indéterminé

Si autre, à préciser :

29- Intensité de la douleur : /_____/

EVS :

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

EVA : échelle visuelle analogique

La note est comprise entre 0 et 10

Score :

- 0-2= Douleur nulle
- 3-4= Douleur faible
- 5-6= Douleur modérée
- 7-8= Douleur intense
- 9-10= Douleur très intense

Si autre, à préciser:.....

30-Facteurs déclenchant :

1-Non 2-Effort 3-Stress 4-Repas 5-Faim 6-Autres 7-Indéterminé

Si autre, préciser :

31-Facteurs calmants : /_____/

1-Medicament 2-Position antalgique 3-Ingestion d'aliment 4-vomissement
 5-Autres 6-Indetermine

Si autre, à préciser :

32-evolution de la douleur : /_____/

1-Permanente 2-Intermittente 3-Autres 4-Indeterminee

Si autre, à préciser :

33- Signe digestifs : /_____/

1-Pas de signes digestifs 2-Nausee 3-Vomissement 4-Diarrhée
 5-Constipation 6-Hémetémese 7-Melena 8-Arret matière et gaz
 9- (2+3) 10- (2+3+5) 11-Hoquet 12-Autres 13-Indéterminé

Si autre, à préciser :

34-Signes gyneco-obstetrique : /_____/

1-Leucorrhée 2-Metrorrargie 3-Prurit génital 4-Amenorrhée

5-Autres 6-Indéterminée

Si autre, préciser :

35-Signes urinaire : /_____/

1-Pas de signes urinaires 2-Dysurie 3-Hématurie 4-Brûlure mictionnelle

5-Pyurie 6-Oligurie 7-Autres 8-Indéterminé

Si autre, préciser :

Antécédents

-Personnel

36-Médicaux : /_____/

1-Ulcère gastroduodénal 2-Tumeur gastrique 3-Gastrite 4-Gastro-entérite

5-diabète 6-Drepanocytose 7-HTA 8-Asthme 9-Bilharziose

10-Autres 11-Indéterminé

Si autre, préciser :

37-Chirurgicaux /_____/ 1-Oui 2-Non

Si Oui, diagnostic :

38- Suite opératoire : /_____/

1-Simple 2-Abcès de paroi 3-Autres 4-Indéterminé

Si autre, à préciser :

39-Gynéco-obstétrique : /_____/

1-DDR 2-Parité 3-Opérée 4-Autres 5-Indéterminée

Si opérée diagnostic à préciser :

-Familiaux

40-Médicaux : /_____/ 1-Oui 2-Non

41-Chirurgicaux : /_____/ 1-Oui 2-Non

42- Mode de vie : /_____/

1-Dermocorticoïde 2-Prise AINS 3-Tabac 4-Alcool 5-Café

6-Thé 7-Cola 8-Autres

Signes généraux

43- Température : /_____/ /_____/ /_____/ °C

44- Tension artérielle : /_____/ /_____/ . /_____/ mm Hg

45-Pouls : /_____/

46-Fréquence respiratoire : /_____/

47-Facies : /_____/

1-Normal 2-Tire 3-Péritonéal 4-Autres 5-Indéterminé

Si autre, à préciser :

48-Conjonctives : /_____/

1-Colorées 2-Pâleurs 3-Ictère 4-Autres 5-Indéterminé

Si autre, à préciser :

49-Pli cutané : /_____/

1-Absent 2- Présent 3-Indéterminé

Si autre, à préciser :

50-Langue : /_____/

1-Humide 2-Sèche 3-Saburrale 4-Indéterminé

Si autre, à préciser :

51-Conscience : /...../

1-Normale 2-Agitée 3-Confus 4-Coma 5-Autres 6-Indéterminée

Si autre, à préciser :

52- Taille : /_____/cm

53- Poids : /_____/ kg IMC :

Examen physique :

-Inspection :

54- Siege de cicatrice abdominale : /_____/ 1-Oui 2-Non

55-Siege de cicatrice : /_____/

56-Aspect de l'abdomen : /_____/

1-Plat 2-Symétrique 3-Ballonné 4-Ne respire pas

5-Saillie des muscles droits 6- (1+2) 7- (1+5) 8- (1+3)

9-Autres 10-Indéterminé

Si autre, à préciser :

57- Présence de circulation veineuse collatérale : /_____/

1-Oui 2-Non 3-Autres 4-Indéterminé

Si autre, à préciser :

-Palpation de l'abdomen

58- Défense: /_____/ 1-Localise 2-Diffuse

59- Contracture : /_____/ 1-Localisée 2-Généralisée

60- Cris de l'ombilic : /_____/ 1-Oui 2-Non 3-Indéterminé

61- Masse abdominale : /_____/ 1-Oui 2-Non 3-Indetermine

62- Douleur provoquée : /_____/ 1-Localisée 2-Diffuse 3-Indéterminé
Si autre, à préciser :

63- Orifice de la hernie : /_____/ 1-Libre 2-Autres 3-Indetermine
Si autre, à préciser :

64 Adénopathie : /_____/ 1-Oui 2-Non 3-Indetermine
Si autre, à préciser :

65- Percussion : /_____/
1-Normale 2-Matité déclive 3-Disparus de matité pré hépatique
4-Indéterminé
Si autre, à préciser :

-Auscultation :

66-Bruit intestinaux à l'auscultation : /_____/
1-Normaux 2-Bruit augmente 3-silence abdominale 4-Autres
5-Indéterminé
Si autre, à préciser :

67-Organes génitaux : /_____/ 1-Normaux 2-Anomalie 3-Indéterminé
-Touches pelviens :

68- Toucher rectal : /_____/
1-Normal 2-Douleur à droite 3-Douleur à gauche 4-Douglas bombe
5-Cri du Douglas 6- (2+3) 7- (3+4) 8-Autres 9- (4+5)
10-Indéterminé
Si autre, à préciser :

69 Toucher vaginal : /_____/
1-Normal 2-Douleur latéro utérine 3-Douglas bombe
4- Douleur mobilisant l'utérus 5-Masse latéro utérine 6-Masse utérine
7- (2+3) 8- (4+5) 9- (2+5) 10-Autres 11-Indéterminé
Si autre, à préciser :

Autres appareils

70- Cœur : /_____/
1-Bruit normaux 2- bruit anormaux 3-Souffles 4-Autres
5-Indéterminé
Si autre, à préciser :

71- Pouls périphériques : /_____/ 1-perçus 2-Non perçus
Si autre, à préciser :

72- Appareil respiratoire : /_____/

1-Normal 2-Bruit anormaux 3-Dyspnée 4-Autres 5- Indéterminé

Si autre, à préciser :

Examen complémentaire avant l'opération

73- ASP : /_____/

1-Normal 2-pneumopéritoine 3-Grisaille 4-Niveau hydro-aérique

5- (2+4) 6- (2+3+4) 7-Autres 8- Indéterminé

Si autre, à préciser :

74- Echographie : /_____/ 1-Normale 2-Tumeur 3-Epanchement péritonéal

Si autre, à préciser :

75- Radio Thorax : /_____/

1-Normale 2-Pneumopéritoine 3-Opacité 4-Empatement pleural

5-Iléus reflexe 6-Autre 7-Indeterminé

Si autre, à préciser :

76- TOGD : /_____/

1-Normal 2-Béance du cardia 3-Niche gastrique 4-Distension gastrique

5-Lacune 6-Autres 7-Indeterminé

Si autre, à préciser :

-Biologie

77- Taux d'hémoglobine : /_____/

1-Femme : 12-16g/dl Homme : 13-18g/dl

2-Femme : < 12g/dl Homme : < 13g/dl

3-Femme : > 16g/dl Homme : < 12g/dl

4-Indeterminé

78- Taux d'hématocrite : /_____/

1-Femme : 35-47% Homme 40-54%

2-Femme : < 35% Homme : < 40%

3-Femme : > 47% Homme : > 40%

4-Indeterminé

79- Polynucléaire Neutrophile : /_____/

1-(35-60%) 2- (< 35%) 3- (>5%) 4-Indéterminé

80- Polynucléaire éosinophile : /_____/

1- (1-4%) 2- (<1%) 3-(>5%)

81- Lymphocytes : /_____/ 1- (40-60%) 2- (<40%) 3- (>60%) 4-Indéterminé

82- Widal : /_____/ 1-Positif 2-Négatif

83- Groupe sanguin et rhésus : /_____/

84- Glycémie : /_____/

85- Créatininémie : /_____/

Diagnostic retenu

86- Diagnostic préopératoire : /_____/

- 1-Péritonite 2-Occlusion 3-Appendicite 4-Hernie étranglée
5-Salpingite 6-Perforation d'organe 7-Abcès du foie 8-Autres
9-Indéterminé

Si autre, à préciser :

87- Constatation peropératoire : /_____/

- 1-Perforation gastrique 2-Perforation duodénale 3-autres 4-Indéterminé

Si autre, à préciser :

88- Siège de la perforation : /_____/

- 1-Antral 2-Fundus 3-Petite Courbure 4-Grande courbure
5-postérieur 6-corps 7- Pylorique 8-Antérieur 9-Bulbaire
10-D2 11-D3 12-D4 13-Autres 14-Indéterminé

Si autre, à préciser :

89- Dimension : /_____/ cm

90- Nombre de lésion : /_____/

- 1-Unique 2-Double 3-Multiple 4-Autres 5-Indéterminé

Si autre, à préciser :

91- Aspect lésionnel: /_____/

- 1-Linéaire 2-Arrondi 3-Arciforme 4-Punctiforme 5-Autre
6-Indéterminé

Si autre, à préciser :

92- Durée de l'évolution : /_____/

- 1- (1-5H) 2- (6-12H) 3- (12-18H) 4- (18-24H) 5-Autres
7-Indéterminé

Si autre, à préciser :

Pronostic

MPI : Mannheim Péritonitis Index

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

Interprétation: score minimal = 0 ; score maximal = 47

MPI > 26 : Taux de mortalité élevé

NB : les défaillances viscérales

- ✱ Rénales =
Créatininémie $\geq 177\mu\text{mol}$
Urée $\geq 16,7\text{mmol}$
Oligurie < 20ml/H
- ✱ Respiratoire =
PaO₂ < 50mmHg
PaCO₂ > 50mmHg
- ✱ Choc
- ✱ Obstruction intestinale
Paralysie > 24H
Iléus mécanique complet

93- Résultat : /_____/

1- (0-10) 2- (11-20) 3- (21-30) 4- (31-40) 5- (41-50)

6-Autres 7-Indéterminé

Si autre, à préciser :

Traitement

94- Avant l'intervention:/_____/

1-Antalgique 2-Antiulcéreux 3-ATB 4-Transfusion 5-Perfusion

6-Sonde nasogastrique 7- (2+3+5) 8- (1+3+5) 9- (5+6)

10-Autres 11-Indéterminé

Si autre, à préciser :

95- Technique : /_____/

1-Suture simple 2-Suture simple+ omentoplastie 3-Gastrectomie
4-Suture +vagotomie bi tronculaire +GEA
5-Suture+vagotomie bi tronculaire + Pyloroplastie
6-Suture+vagotomie supra sélective 7-Entérostomie +vagotomie bi tronculaire
8-Epiploplastie 9-Autres 10-indéterminé

Si autre, à préciser :

96- Nombre de drain : /_____/

1-Unique 2-Multiple 3-Autres 4-Indéterminé

Si autre, à préciser :

97- Evolution sous traitement:/_____/

1-Favorable 2-Défavorable 3-Stable 4-Autres 5-Indéterminé

Si autre, à préciser :

98- Suites opératoires précoces (1-30j) :/_____/

1-Simple 2-Décès 3-Abcès de la paroi 4-Eviscération
5-Sténose anastomose 6-Pneumopathie 7-Occlusion 8-Péritonite
9-Fistule 10-Autres 11-Indéterminé

Si autre, à préciser :

99- Mode de suivi (1-30j) : /_____/

1-Venu de lui-même 2-Sur RDV 3-Vue à domicile 4-Sur convocation
5-Consultation ordinaire 6-Autres

Si autre, à préciser :

100-Suites opératoires à moyen terme (1-12 mois) : /_____/

1-Simple 2-Décès 3-Occlusion 4-Syndrome de petit estomac
5-Retard de cicatrisation 6-Eventration 7-Trouble digestive
8-Autres 9-Indéterminé

Si autre, à préciser :

101-Mode de suivi (1-12mois) :/_____/

1-Venu de lui-même 2-Sur RDV 3-Vue à domicile 4-Sur convocation
5-Consultation ordinaire 6-Autres

Si autre, à préciser :

102-Suite opératoire tardive : /_____/

1-Simple 2-Syndrome de petit estomac 3-Eventration
4-Trouble digestive 5-Autres 6-Indéterminé

Si autre, à préciser :

103-Mode de suivi (1-5ans) : /____//_____/

1-Venu de lui-même 2-Sur RDV 3-Vue à domicile 4-Sur convocation
5-Consultation ordinaire 6-Autres

Si autre, à préciser :

104-Diagnostic étiologique : /____/

1-Ulcère gastroduodéal 2-Cancer de l'estomac 3-Prise d'AINS

4-Iatrogène 5-Ascarirose 6-Schistosoma mansoni 10-Autres

11-Indéterminé

Si autre, à préciser :

Fiche signalétique

Nom : DOUMBIA

Prénoms : Souleymane

Titre du mémoire : Les perforations gastriques et duodénales d'origine ulcéreuse en chirurgie A du CHU POINT G

Secteur d'intérêt : Chirurgie A Pays : Mali

Ville de soutenance : Bamako. Année universitaire : 2019-2020.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

OBJECTIFS

- 1- Déterminer la fréquence.
- 2- Décrire les signes cliniques et para cliniques.
- 3- Décrire les modalités thérapeutiques.
- 4- Décrire les suites opératoires.

RESUME : Le but est d'étudier les perforations gastriques et duodénales d'origine ulcéreuse dans le service de chirurgie 'A' du CHU du Point G.

Méthode : étude rétrospective et descriptive de Janvier 2009 à Décembre 2019

Résultat : Nous avons opéré **59** malades pour perforation d'ulcère gastrique et/ou duodéal soit 27,70% (59/213) ; des péritonites aiguës 6,64% (59/889); des urgences chirurgicales 1,40% (59/4217) des interventions chirurgicales.

La tranche d'âge 31-45 ans a été majoritaire. Le sex-ratio était de 10,8 en faveur des hommes. Nous avons noté 2cas (3,39%) de péritonite post opératoire, deux (2) cas d'occlusion post opératoire soit (3,39%). La mortalité était nulle.

Mots-clés= Perforation, ulcère gastrique et ou duodéal, MALI

CONCLUSION

Les péritonites par perforation d'ulcère gastrique et/ou duodéal demeurent une complication grave de la maladie ulcéreuse. L'infection par l'Helicobacter pylori et la prise des médicaments gastrotoxiques sont les facteurs favorisants. Le diagnostic est clinique et radiographique.

Le traitement est médical et chirurgical. Le pronostic est en rapport avec la précocité de la prise en charge, les suites opératoires sont en générale simples.