

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi



USTTB



FMOS

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021/2022 N°.....

MEMOIRE

**TOPOGRAPHIE ET PRONOSTIC DE LA PERFORATION
D'ULCÈRE GASTRIQUE OU DUODÉNAL
DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE B
AU CHU DU POINT G AU MALI**

Présenté et soutenu le .../... / 2022 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Par : DR SIDY SYLLA

Pour Obtenir le diplôme d'étude spécialisée en chirurgie générale

JURY

Président : Pr KEITA SOUMAILA
Membres : Pr KANTE LASSANA
Directeur : Pr TOGOLA BREHIMA

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

ASA: American Society of Anesthesiologist

ASP: Abdomen Sans Préparation

ATCD : Antécédents

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Cl⁻ : Chlorure

CVC : Circulation Veineuse Collatérale

ECG : Electrocardiogramme

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FOGD : Fibroscopie Oeso-Gastro-Duodénale

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

HP: *Helicobacter Pylori*

HCO₃⁻ : 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⁺ : Potassium

MPI : Mannheim Peritonitis Index

Na⁺ : Sodium

UGD : Ulcère Gastrique et/ou Duodéal

PULP : Perforation d'ULcère Peptique

SOMMAIRE

1.	INTRODUCTION.....	5
2.	OBJECTIFS.....	7
3.	METHODOLOGIE.....	9
4.	RESULTATS.....	12
5.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	31
	CONCLUSION.....	39
6.	RECOMMANDATIONS.....	40
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	41
	FICHE D'ENQUETE	47
7.	ANNEXES.....	58
	7.1. FICHE SIGNALITIQUE.....	59
	7.2. ICONOGRAPHIE.....	63

INTRODUCTION

1- INTRODUCTION

L'évolution de l'ulcère gastrique ou duodéal peut être à l'origine des complications, dont l'une des plus fréquentes est la perforation.

La Perforation d'Ulcère Gastrique ou Duodéal est une perte de substance totale de la paroi gastrique ou duodénale d'origine ulcéreuse par laquelle il y a issu de liquide et d'air dans la cavité péritonéale [1] [2].

L'incidence de ces perforations est estimée entre 4 cas et 14 cas pour 100000 habitants [3].

En Afrique au sud du Sahara, la fréquence de la perforation d'ulcère gastrique ou duodéal était de : 14,2 % au Mali selon TRAORÉ D.coll, (2011, Chir-B Point G) ; selon VIGNON KC.coll :13,8 cas / an (2016, Chirurgie Viscérale B Centre National Hospitalier Et Universitaire Benin), selon CAMARA M 29,70% (2021, hôpital régional de Kankan, Guinée) [4] [5] [6].

Le siège de la perforation d'ulcère gastrique ou duodéal est diversement appréciée ainsi: au Nigeria: 72,2 % Bulbe duodéal selon DODIYI-MANUEL A (Hôpital Universitaire Régional- Harcourt Nigeria, 2015); au Burkina Faso (84%) Antre Gastrique selon KAMBIRE JL (CHU régional de Ouahigouya au Burkina Faso 2018) ; Rajandeep Singh Bali et al Hôpital Lok Nayak, New Delhi 110002, Inde 2013 (83,4% ulcères duodénaux et 16,6% ulcères gastriques) ; au Mali: 69,2% des cas du bulbe duodéal TRAORÉ D. coll. (2011, Chir-B Point G); 68,52 % Antre gastrique SACKO O (2019, Chir-A Point G) [2] [3], [4], [5], [6].

Le siège de la perforation d'ulcère était fréquemment le duodénum selon les études antérieures selon la littérature, cependant on observe de plus en plus le siège gastrique [2].

Le pronostic est encore sombre du fait de l'admission tardive dans les centres hospitaliers spécialisés. Les progrès de la réanimation, l'apport des nouvelles techniques, dont la cœlioscopie a considérablement amélioré le pronostic malheureusement pas constamment disponible [10] [17].

Donc la tendance a-t-elle changée ?

2- **OBJECTIFS**

- **Objectif général :** Etudier les aspects topographique et pronostique de la perforation d'ulcère gastrique ou duodénal dans le service de chirurgie B.
- **Objectifs spécifiques :**
 - Déterminer la fréquence
 - Déterminer les aspects topographiques.
 - Décrire les aspects pronostiques

METHODOLOGIE

3- MÉTHODOLOGIE

3-1- CADRE/TYPE ET PERIODE D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée dans le service de chirurgie « B » du CHU du Point G. C'est un service de chirurgie générale. Il est composé de deux pavillons d'hospitalisation le Pavillon Dolo avec (6) salles pour 13 lits et le Pavillon de chirurgie I avec deux (2) salles pour 12 lits.

Il s'agissait d'une étude descriptive à collecte prospective allant du 1^{er} janvier 2022 au 31 Aout 2022 (soit 08 mois) dans le service de chirurgie « B » du CHU du Point G de Bamako.

3-2- POPULATION D'ETUDE :

3-2-1-ECHANTILLONAGE :

Elle a porté sur tous les patients admis et opérés en urgence dans le service de chirurgie B pour perforation d'ulcère gastrique ou duodéal confirmée en peropératoire et ou par l'histologie.

3-2-1-1-TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

$$n = \frac{4pq}{i^2} \quad n = \text{taille}, p : \text{prévalence}, q=1-p \quad i : \text{marge d'erreur} = 0,05$$

Exemple : $p=14,2 \% = 0,142$

$$n = \frac{4 * 0,142 (1 - 0,142)}{0,05^2} = \frac{0,487344}{0,0025} = \mathbf{194,9376}$$

La taille minimale de l'échantillon selon la formule de Schwartz est de **195 cas**.

En raison du temps d'étude court 8 mois, nous avons trouvé une taille de 51 cas

3-2-1-2-CRITERES D'INCLUSION : Tous les cas de perforation d'ulcère gastrique ou duodéal admis et opéré dans le service de chirurgie B du CHU PG.

3-2-1-3-CRITÈRES DE NON INCLUSION : Tous les cas de perforation : non gastrique ou duodéale et/ou gastrique ou duodéale non ulcéreuses.

3-2-2-COLLECTE DES DONNEES :

3-2-2-1- OUTILS DE COLLECTE : Les dossiers cliniques des malades, fiche préétablie comprenant les données sociodémographiques, les antécédents, le

délai d'évolution avant le diagnostic, les modalités thérapeutiques ainsi que le pronostic.

3-2-2-2- TECHNIQUE DE COLLECTE : Examen clinique, paraclinique, constatations peropératoires

3-3- TRAITEMENT DES DONNEES :

Les données collectées ont été vérifiées et purgées des erreurs.

Elles ont été codées, chiffrées et saisies sur Excel 2013 puis vérifiées des erreurs de saisie corrigées.

Les données ont ensuite été transposées sur le logiciel «SPSS /version 27» pour l'analyse.

3-4- ANALYSE DES DONNEES :

Les logiciels Excel et «SPSS/version 27» ont été utilisés pour analyse des données.

Les données ont été structurées de manière à dégager les variables descriptives comportant les caractéristiques sociodémographiques des patients, puis les aspects en rapport avec les objectifs de l'étude.

La moyenne était considérée en cas de distribution gaussienne, la médiane ou quartiles, lorsque la distribution n'était pas uniforme.

Malgré que la distribution ne soit pas Gaussienne, nous avons utilisé la moyenne et l'écart-type pour les variables quantitatives.

Des comparaisons ont été effectuées entre certaines variables.

Cette comparaison était faite par le test de Student pour les paramètres quantitatifs, le test exact de Fisher pour les paramètres qualitatifs.

Le seuil significatif statistique a été établi à $P \leq 0,05$.

3-5- CONSIDERATIONS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES :

Accord du chef de service et du directeur de mémoire pour le recensement de dossiers médicaux et la mise à disposition des différents registres du service.

Respect de la confidentialité et de l'anonymat des patients.

Les résultats obtenus seront publiés au besoin.

Le consentement éclairé des patients.

RESULTATS

4- RESULTATS

4-1- FREQUENCE HOSPITALIÈRE

Durant la période d'étude, nous avons recensé **1116** cas d'urgences chirurgicales dont **530** cas de péritonite aigue généralisée. Nous avons opéré **51** patients pour perforation d'ulcère gastrique ou duodéal soit **4,6** % des urgences chirurgicales et **9,6** % des péritonites aigües.

4-1-1-AGE

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge

Tranche d'âge	Nombre	Pourcentage
10-30	19	37,3
31-50	22	43,1
51-80	10	19,6
Total	51	100

Moyenne : 36,8 ans Extrêmes : 18 et 72 ans Ecart-type : 0,784

4-1-2-SEXE

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Nombre	Pourcentage
Féminin	13	25,5
Masculin	38	74,5
Total	51	100,0

Le sex ratio était de 2,92

4-1-3- PÉRIODE D'ENTRÉE**Tableau III : Répartition des patients selon la période d'entrée**

Mois d'entrée	Nombre	Pourcentage
Janvier-Février	8	15,7
Février-Mars	6	11,8
Mars –Avril	16	31,4
Mai –Juin	7	13,7
Juin- Juillet	10	19,6
Juillet-Aout	4	7,8
Total	51	100

16 cas (31,4%) des patients ont été pris en charge entre Mars et Avril 2022.

4-1-4- NIVEAU D'INSTRUCTION**Tableau IV : Répartition des patients selon le niveau d'instruction**

Niveau d'instruction	Nombre	Pourcentage
Niveau primaire	18	34,0
Niveau secondaire	9	18,9
Niveau supérieur	2	5,6
Non scolarisé	22	41,5
Total	51	100,0

22 cas (41,5%) des patients n'étaient pas instruits.

4-1-5- PROFESSION**Tableau V** : Répartition des patients selon la profession

Profession	Nombre	Pourcentage
Fonctionnaire	7	13,7
Femmes au foyer (Ménagère)	12	23,5
Ouvrier	8	15,7
Commerçant	14	24,5
Paysan	7	17,6
Autres	3	5
Total	51	100

14 cas (24,5%) des patients étaient des commerçants.

4-1-6- RESIDENCE**Tableau VI** : Répartition des patients selon la résidence des patients

Résidence	Nombre	Pourcentage
Bamako	39	76,5
Bougouni	3	5,9
Koulikoro	9	17,6
Total	51	100

39 cas (76,5%) de nos patients résidaient à Bamako

4-1-7- ETHNIE**Tableau VII : Répartition des patients selon l'ethnie**

Ethnie	Nombre	Pourcentage
Bambara	22	43,1
Bobo	01	01,9
Bozo	02	03,8
Dogon	04	07,8
Kakolo	02	03,8
Malinké	09	17,6
Peulh	04	07,8
Sarakolé	05	09,8
Sénoufo	01	01,9
Sonrhäi	01	01,9
Total	51	100

Les bambaras ont représenté 22 cas (41,5%)

4-1-8- ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**Tableau VIII : Répartition des patients selon les antécédents médicaux**

Antécédents médicaux	Nombre	Pourcentage
Méconnus	25	49,0
Epigastralgie non explorée	23	45,1
UGD	3	05,9
Total	51	100

3 patients (5,9 %) savaient leur statut d'ulcère gastrique ou duodénal.

4-1-9- CIRCONSTANCE DE SURVENUE**Tableau IX** : Répartition des patients selon la circonstance de survenue

CIRCONSTANCE DE SURVENUE	Nombre	Pourcentage
Automédication	12	23,5
Prise de médicaments gastrottoxique	9	17,6
Spontanée	14	27,5
Jeun	16	31,4
Total	51	100

Le jeûn lié au ramadan était la circonstance retrouvé dans 31,4%.

4-2-ASPECTS CLINIQUES**4-2-1- DÉLAI D'ÉVOLUTION EN JOUR****Tableau X** : Répartition des patients selon le délai d'évolution de la perforation

Délai d'évolution en jour	Nombre	Pourcentage
01	15	29,4
02	26	51
03	10	19,6
Total	51	100

Seul 29,4 % des patients avaient consulté dans les 24 heures suivant la perforation. Moyenne : 2,39±2 jours Extrêmes : 1 et 6 jours Ecart-type : 1,686 jour.

4-2-2- SIGNES PHYSIQUES**Tableau XI:** Répartition des patients selon les signes physiques

SIGNES PHYSIQUES	PROPORTION RETROUVÉE	
	Nombre	Pourcentage
Contracture abdominale	50	98
Cris de L'ombilic	45	88,2
Cris du Douglas	29	56,9
Hyperesthésie cutanée	48	94,1

Les signes d'irritation péritonéale sont constants en cas de perforation d'ulcère gastrique ou duodéal.

4-3-ASPECTS PARACLINIQUES**4-3-1-RÉSULTAT DES BILANS****Tableau XII :** Répartition des patients selon les bilans morphologiques

BILANS	Non réalisée	Réalisée	RÉSULTATS
RX ASP	0	51 (100% ^o)	Grisaille diffuse, pneumopéritoine
ECHOGRAPHIE ABDOMINOPELVIENNE	8 (15,7%)	43 (84,3%)	Epanchement péritonéal
SCANNER ABDOMINAL	50 (98%)	1 (1,9%)	Epaississement de la paroi gastrique ou duodénale.

Le scanner abdominal a été réalisé chez 1 cas (1,9 %) objectivant un épaissement de la paroi pylorique. L'examen anapath à partir de la FOGD avait objectivée un ulcère duodéal avec présence d'HP.

4-3-2- DIAGNOSTIC PRÉOPÉRATOIRE**Tableau XIII : Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire**

Diagnostic préopératoire	Nombre	Pourcentage
Autres (perforation bouchée)	01	01,9
Perforation d'organes creux (estomac, duodénum)	50	98,1
Total	51	100

La perforation bouchée a été suspectée chez 1 patient (1,9%).

4-3-3- SIÈGE DE LA PERFORATION**Tableau XIV : Répartition des patients selon le Siège de la perforation**

Siège de la perforation	Nombre	Pourcentage
Amont pylorique (Antrale)	38	74,5
Aval pylorique (Duodénale)	13	25,5
Total	51	100

La perforation siégeait en amont du canal pylorique (Antrale) dans la majorité des cas soit 38 cas (74,5 %).

4-3-4- DIMENSION DE LA PERFORATION**Tableau XV : Répartition des patients selon le diamètre de la perforation**

Diamètre (cm)	Nombre	Pourcentage
0,5-1	38	74,5
1-3	12	23,6
>3	01	01,9
Total	51	100

La taille de la perforation était grande chez 13 patients soit 25,5 %.

Moyenne : 1,5 cm \pm 2 Extrêmes : 0,5 et 3 cm Ecart-type : 0,894

4-3-5- FORME DE LA PERFORATION**Tableau XVI : Répartition des patients selon la forme de la perforation**

Forme de la perforation	Nombre	Pourcentage
Ovalaire (punctiforme)	49	96,1
Contour irrégulier	2	3,9
Total	51	100

La perforation était punctiforme 49 cas soit 96,1 %.

4-3-6- SCORE DE MANNHEIM PERITONITIS INDEX (MPI)**Tableau XVII : Répartition des patients selon le résultat de Score de Mannheim Peritonitis Index (MPI)**

MPI	Nombre	Pourcentage
<26 (mortalité 5,9 %)	31	60,8
≥26 (mortalité 56,7 %)	20	39,2
Total	51	100

Dans notre série 20 cas soit 39,2 % avaient un risque de complication.

4-4- ASPECTS THERAPEUTIQUES

L'anesthésie générale, l'intubation oro-trachéale et la voie d'abord a été laparotomique dans notre série.

4-4-1- GESTES CHIRURGICAUX**Tableau XVIII : Répartition des patients selon les gestes chirurgicaux**

Gestes chirurgicaux	Nombre	Pourcentage
Excision /suture des berges / épiplooplastie /lavage/Drainage	38	74,5
Suture simple, lavage, drainage	12	23,5
Vagotomie / pyloroplastie / GEA	01	2
Total	51	100

Excision /suture des berges /épiplooplastie/lavage/Drainage a été le principal geste dans 74,5 % des cas.

4-4-2- DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE**Tableau XIX : Répartition des patients selon le diagnostic étiologique**

Diagnostic étiologique	Nombre	Pourcentage
Histologie réalisée (Perforation d'ulcère gastrique ou duodéal +HP)	34	66,7
Histologie non réalisée	17	33,3
Total	51	100

Dans notre série l'histologie n'a pas été réalisée dans certains cas : défaut d'acheminement ou perforation d'ulcère duodéal soit 33,3 % des cas.

4-4-3-COMPLICATIONS CHIRURGICALES DE CLAVIEN-DINDON**Tableau XX: Répartition des patients selon les complications chirurgicales de Clavien-Dindon**

Complications chirurgicales de Clavien-Dindon	Nombre	Pourcentage
Grade II	11	21,6
Grade IIIb	01	01,9
Sans complications	39	76,5
Total	51	100

Dans notre série la complication post opératoire de Clavien-Dindon Grade IIIb était chez 1 patient (1,9%), grade II chez 11 patients (21,6 %) suivi de sans complications chez 39 patients (76,5 %).

4-4-4- NOMBRE DE JOURS D'HOSPITALISATION**Tableau XXI: Répartition des patients selon le nombre de jours d'hospitalisation**

Durée d'hospitalisation (jours)	Nombre	Pourcentage
4-10 jours	42	82,4
11-15 jours	08	15,7
Plus de 15 jours	01	01,9
Total	51	100

Dans notre série, 9 patients (17,6%) avaient un séjour de 2 semaines en post-opératoire. Moyenne : 7,9 jours ± 6 jours Ecart-type : Extrême : 4 et 18 jours

4-4-5- SCORE DE VISICK**Tableau XXII : Répartition des patients selon le score de Visick**

Selon Visick	Nombre	Pourcentage
01	49	96,1
02	02	03,9
Total	51	100

Dans notre série, 2 cas soit 3,9 % avaient reçus des traitements symptomatiques médicamenteux.

4-5-CORRELATION**Tableau XXIII: Répartition des patients selon le score de Mannheim Peritonitis Index (MPI) et Grade de la classification de Clavien Dindon**

Grade de la classification de Clavien Dindon	1=Grade I	2=Grade II	3=Grade IIIa, IIIb	Total
Score de Mannheim Peritonitis Index (MPI)				
<26 (mortalité 5,9 %)	27	4	0	31
≥26 (mortalité 56,7 %)	11	7	2	20
Total	38	11	2	51

Khi²=25,194**P=0,000**

Il existe une différence statistiquement significative entre la classification de Clavien et Dindon et le MPI. La classification de Clavien-Dindon augmente de grade lorsque le MPI ≥26.

Tableau XXIV: Répartition des patients selon le siège de la perforation et la technique opératoire.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE	SIÈGE DE LA PERFORATION		TOTAL
	Gastrique	Duodénale	
Excision/suture des berges/épiplooplastie/histologie/lavage/Drainage	38	2	40
Suture simple, lavage, drainage	0	10	10
Vagotomie/pyloroplastie/GEA	0	1	1
Total	38	13	51

Khi²=41,473**P=0,000**

Tableau XXV: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et le siège de la perforation

Durée d'hospitalisation opératoire	Siège de la perforation		Total
	Gastrique	Duodénale	
4-10 jours	29	12	41
11-15 jours	7	1	8
Plus de 15 jours	2	0	2
Total	38	13	51

Khi²=16,660**P=0, 118**

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5-1- ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE

Les limites de la méthodologie utilisée ont été : Réalisation laborieuse des bilans préopératoires d'urgence, l'insuffisance de moyens financiers pour l'exploration postopératoire notamment l'anatomopathologie de la pièce opératoire (manque de produit fixant=Formol), du test à l'uréase pour la mise en évidence de l'*Helicobacter Pylori* et du dispositif coelioscopique en urgence.

Un traitement médical était systématiquement instauré en pré opératoire notamment la réanimation.

Il consistait essentiellement à la correction des troubles hydro-électrolytiques, la vidange gastrique, vésicale par la mise en place des sondes à demeure, l'antibiothérapie, l'administration des IPP.

L'anesthésie générale, l'intubation oro-trachéale et la voie laparotomique ont été réalisées chez tous nos patients.

5-1-1-FRÉQUENCE

La revue de la littérature rapporte une fréquence de la perforation de l'ulcère gastrique ou duodéal variant entre 3% et 17% selon les études.

Tableau XXVIII: Fréquence et auteurs

Auteurs Origine (Pays)	Nombre	Fréquence (%)	Proportion
Sacko O et coll. (2020) [2] Mali	54/176	30	P=0,0013
Camara M et coll. (2021) [3] Guinée Conakry	30/363	8,6	P=0,0756
KAMBIRE Jean-Luc et coll. (en 2018) Burkina Faso [5]	25/145	17,2	P=0,5792
Vignon Kc et coll. (2016) Benin [6]	86/296	29	P=0,0005
KJ Sondashi coll. (2011) Zambie [10]	35/118	29,9	P=0,0053
Doumbia S et coll. (2021) Mali [19]	59/213	27,7	P=0,0004
Notre étude Mali	51/540	9,6	P=

Dans notre étude sur les 530 cas de péritonite aiguë généralisée recensés, 51 cas étaient une perforation d'ulcère gastrique ou duodéal soit **9,6 %** (51/530). Il existe une différence statistiquement significative entre notre série et certains auteurs [1, 6, 10, 19]. Par contre pas de différence significative entre notre étude et ceux de la série d'auteurs [3, 5].

Cette différence pourrait s'expliquer la taille de leur échantillon et la durée d'étude.

5-1-2- AGE

Dans notre série l'âge moyen était de 36,8 ans avec les extrêmes de 18 ans et 72 ans. L'âge moyen des patients a été de 23,2 ans avec des extrêmes de 20 ans et 72 ans [6]. L'âge moyen a été de 34,2 ans avec des extrêmes de 16 et 72 ans [7]. L'âge jeune des patients en Afrique serait lié à la jeunesse de la population.

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 [1, 2, 8, 13, 20, 24, 32].

Il a été suggéré que l'utilisation plus large des anti-acides dans les pays occidentaux et l'augmentation de l'espérance de vie dans les pays développés, expliquerait la diminution de l'incidence de la perforation d'ulcère chez les sujets jeunes et sa prédominance chez les sujets âgés [29].

5-1-3- LE SEXE**Tableau XXIX:** Sexe et auteurs

Auteurs, Origine (Pays)	Hommes	Femmes
SACKO O et <i>coll.</i> (2020) [1] Mali	49	5
TRAORÉ D. et <i>coll.</i> (2011) [3] Mali	48	4
CAMARA M et <i>coll.</i> (2021) [2] Guinée Conakry	28	2
DODIYI-MANUEL A, et <i>coll.</i> 2015 [12] Nigeria	28	8
RAKOTONAIVO MAMISOA JUDICAËL, 2012, Antananarivo, Madagascar [17]	174	16
DOUMBIA S ET <i>coll.</i> (2021) Mali [19]	54	5
NOTRE ÉTUDE	38	13

Le sexe ratio était de 2,92 dans notre série. Cette prédominance est uniforme dans la littérature [1-36]. Ceci pourrait s'expliquer par la présence en quantité plus importante chez l'homme que chez la femme de cellules pariétales au niveau de l'estomac et que les hommes sont exposés aux facteurs prédisposant et favorisant la survenue de l'ulcère (tabac, alcool, stress etc...). Ces cellules

sécrètent la composante primaire qui a une concentration très élevée en acide chlorhydrique selon ces auteurs.

Les femmes ont tendance à avoir une perforation ulcéreuse après l'âge de la ménopause ; elles seraient protégées de la perforation d'ulcère durant la période de procréation.

5-1-4- ANTÉCÉDENTS ULCÉREUX

Les antécédents médicaux en rapport avec la pathologie ulcéreuse gastrique ou duodénale ont été retrouvés dans notre étude et ceux des auteurs [32, 29, 6, 2, 1].

Tableau XXX: Antécédents et auteurs

AUTEURS, ORIGINE (PAYS)	Antécédents d'ulcère	Épigastrie périodique	Inconnu	Non précise
GUERROUT HANANE et coll. Maroc [32]	18.18 %	21.18 %.	45.45%	14.54%
RABI ADIL et coll. Maroc (2016) [29]	9.56%	23.3%	64.94%
VIGNON KC et coll. Benin (2016) [6]	12 cas; 14%	28 cas; 32,6%	32 cas; 37,2%
CAMARA M et coll. (2021) Guinée Conakry [2]	3 Cas ; 10 %	15 cas ; 50 %	12 Cas ; 40 %
SACKO O et coll. (2020) Mali [1]	34 cas ; 63 %	8 cas ; 22 %	12 cas ; 22 %
Notre étude	3 cas ; 11,3 %	25 cas ; 45,3 %	23 Cas ; 43,4 %

L'absence d'adhésion au suivi correct de la maladie ulcéreuse gastrique ou duodénale chez nos patients, la sous médicalisation de la population et les conditions socio-économiques précaires.

5-1-5- FACTEURS DE RISQUE DE PERFORATION D'ULCÈRE

Dans la littérature les facteurs de risque de perforation d'ulcère gastrique ou duodénal sont illustrés dans le tableau ci-dessous. Dans la littérature les facteurs de risque de perforation sont relatés par les auteurs à des proportions univoques. Ces facteurs seraient liés à des gestions de comorbidité, la toxicomanie, les pratiques religieuses et ou au stress [6, 8, 16, 30].

Tableau XXXI: Facteurs de risque de perforation et auteurs

AUTEURS ORIGINE (PAYS)	Prise de médicaments ulcérogènes	Habitudes toxiques	Jeûn	Spontanée
VIGNON KC, coll. Benin (2016) [6]	21 cas (24,4%)	6 cas (7%)	13 cas (15,1%)	46 cas (53,5%)
MOHAMMED NAJIH, coll. Maroc (2020) [16]	8 cas (44,4%)	15 cas (83,3%)	0	2 cas (11,11%).
OWAID M. coll. Egyptian (2020) [8]	23 cas (33.8%)	53 cas (78%)	0	0
RAKOTONAIVO M, coll. Antananarivo (2012) [30]	10 cas (5 %)	143 cas (75%)	44 cas (23%)	89 cas (47 %)
NOTRE ÉTUDE	11 cas (21,6%)	22 cas (43,1%)	16 cas (31,4 %)	18 (35,3%)

5-2- ETUDE CLINIQUE

5-2-1- DÉLAI DE CONSULTATION

Le délai entre l'apparition des premiers signes fonctionnels et la consultation est important à préciser car il peut conditionner la méthode de prise en charge thérapeutique. Dans notre série, 21 cas soit 51 % des malades ont consulté dans les 48 heures après l'apparition des symptômes.

KAMBIRE JEAN-LUC et coll. Quatre patients 4 (16 %) ont été admis dans le service dans les 24 premières heures suivant le début de leur maladie; 8 (32%) l'ont été entre le 2^{ème} et le 4^{ème} jour et 13 patients (52%) ont été admis à partir du 5^{ème} jour [2]. Sacko O et coll. a trouvé 50 % un délai de 48 heures [2]. Chung KT et coll. a trouvé 61,7 % (205/332) un délai de 24 heures [16].

Nous remarquons que les patients qui consultent tardivement est plus important à cause des conditions socio-économiques et de l'éloignement géographique d'un centre chirurgical [1, 5, 15, 19].

5-2-2- SIGNES FONCTIONNELS

Tableau XXXII : SIGNES FONCTIONNELS

Auteurs	Douleur épigastrique aiguë	Nausées, Vomissements	Hoquets
RABI ADIL, Maroc 2016 [31]	72.3 %	76.19 %	Néant
GUERROUT H, coll. Maroc 2017 [21]	58.18 %	56 %	Néant
SACKO O et coll. [2] Mali 2020	39 cas (72 %)	8 cas (15 %)	Néant
CAMARA M et coll. [3] Guinée Conakry 2021	100%	93,33%	37,8 %
NOTRE ÉTUDE, MALI 2022	100 %	95,9 %	28,3 %

Dans notre étude, la douleur épigastrique aiguë a été retrouvée chez tous nos malades soit 100 %. Ce pourcentage renforce les données de la plupart des auteurs que la douleur reste un signe constant dans le tableau clinique de la

perforation d'ulcère gastrique ou duodéal [1, 2, 21, 31]. Cependant ces signes ne sont pas spécifiques du siège de la perforation.

5-2-3- SIGNES GÉNÉRAUX

Dans la littérature la plupart des patients avaient un bon état général avec le score de l'OMS 1 et les autres constantes normales. Dans notre étude nous avons retrouvé 15 cas (30%) d'hyperthermie. Habituellement absente au début de la perforation, ce résultat est comparable à celui de GUERROUT H et coll. 08 cas (14,54%) d'hyperthermie [35]. Cette hyperthermie s'expliquerait par la sévérité particulière de l'inflammation chez ces patients.

5-2-4- SIGNES PHYSIQUES

La revue de la littérature nous rapporte que les arguments cliniques constitués de contracture abdominale relativement fréquente, l'abolition de la matité pré hépatique qui est un signe inconstant difficilement mis en évidence surtout chez les obèses, de douleur et d'épanchement dans le cul de sac de Douglas.

Dans notre série ces signes sont retrouvés avec 83 % de contracture abdominale, matité prehepatique et 84,9 % de douleur et bombement du douglas. Ce résultat est comparable à ceux des auteurs [1, 2, 6, 29, 31, 35]. Ceci expliquerait que la majorité de nos patients n'étaient pas obèses.

5-2-4- SIGNES PARACLINIQUES

Au cours de notre étude 100 % de nos patients ont fait la radiographie de l'abdomen sans préparation et l'échographie abdominale. Le scanner abdominal a été réalisé chez 2 % de nos patients.

Notre résultat est proche à celui de Drissa D. qui a réalisé 84 % de radiographie de l'abdomen sans préparation, 0 % d'échographie abdominale et 0 % de scanner abdominal [4].

La radiographie de l'abdomen sans préparation est un examen simple accessible souvent indispensable pour le diagnostic et la prise en charge mais ne permet de préciser le siège de la lésion. Tous nos patients avaient leur échographie

abdominale réalisée à l'extérieur avant leur admission dans le service. Cet examen ne permet pas de préciser le siège.

Le scanner abdominal a été réalisé dans un contexte de suspicion de tumeur gastrique avec sténose du pylore. Cet examen souvent difficile d'accès cher, ne constitue pas un examen essentiel pour la prise en charge et le diagnostic, mais permet un bilan lésionnel en cas de complication associé et **de préciser le siège** de la lésion.

La Coelio-diagnostique de la perforation ulcéreuse peut être erroné dans 8 à 10 % des cas, ce qui n'est pas le cas de la cœlioscopie qui a une fiabilité diagnostique dans 98 % des cas [29].

Cependant ce geste n'est pas réalisable en routine d'urgence. Malgré cela, elle reste très peu utilisée à titre diagnostique parce qu'elle comporte un risque non négligeable (anesthésie générale, geste agressif). Aucun cas de cœliodiagnostic n'a été réalisé dans notre série.

5-3- ETUDE THERAPEUTIQUE

5-3-1- RÉANIMATION PÉRI OPÉRATOIRE:

Dans la littérature le traitement médical est systématiquement institué en pré opératoire [2, 19, 21, 22].

Il consistait essentiellement à la correction des troubles hydro-électrolytiques, une antibiothérapie à large spectre et vidange gastrique et urinaire. En post-opératoire immédiat tous nos patients soit 100% avaient reçu un traitement antiulcéreux en intraveineux jusqu'à la reprise du transit et le relais était fait avec l'Oméprazole en per os pendant 4 à 6 semaines.

5-3-2- TRAITEMENT CHIRURGICAL

5-3-2-1-PRINCIPE :

Traitement de la perforation d'ulcère gastrique ou duodénal comportait le traitement étiologique et l'éradication de l'*Hélicobacter Pylori*

5-3-2-2-FACTEURS INFLUENÇANT LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

5-3-2-2-1-DÉLAI D'INTERVENTION :

C'est le temps écoulé entre la douleur initiale et l'intervention. Dans notre étude ce temps était de (2) jours soit 26 cas (51%). Ce résultat est proche de ceux de la littérature ainsi **DOUMBIA S** a trouvé un délai de consultation 3 et 7 jours dans 57,63% [20]. **DODIYI-MANUEL A** a trouvé un délai moyen de 2 heures à 6 jours avec une durée moyenne de $3,7 \pm 1,4$ jour [13]. Ce délai long s'expliquerait par la prise en charge initiale des patients en périphérie puis leur référence dans nos services.

5-3-2-2-2-CARACTÉRISTIQUES DE LA PERFORATION D'ULCÈRE :□ **SIÈGE :**

Les résultats de notre étude rejoignent ceux de la littérature la prédominance de la localisation gastrique. Celle-ci représente **74,5 %** des cas de notre série. Cette différence pourrait s'expliquer par l'habitude du service en envoyant plus de biopsie gastrique que duodénale à l'examen anatomopathologique. La prise en charge thérapeutique et post opératoire dépend essentiellement du siège de la perforation [1, 5, 18, 20].

□ **TAILLE :**

Il existe trois types de perforation d'ulcère gastrique ou duodénal : de petite taille (<1cm) sont les plus fréquentes, puis larges (1 – 3 cm) et géantes (> 3cm sont beaucoup plus rares). Ainsi, la taille de la perforation détermine la technique opératoire.

Dans notre série la dimension de la perforation a été de 0,5 – 1 cm chez la majorité de nos patients soit 38 cas (74,5%). **Owaid M** et coll. en Egypte dans 78% des cas la dimension de la perforation était inférieure ou égale à 1cm. Elle est conforme aux séries de la littérature qui exprime les mêmes valeurs [1, 2, 3, 9,18, 19, 20].

□ **VOIES D'ABORD :**

Dans notre étude, la voie d'abord de prédilection était la laparotomie dans 100% des cas. L'incision la plus fréquemment pratiquée a été la médiane sus-

ombilicale. Elle offre un confort total pour faire la suture et surtout permet l'aspiration efficace de tout le pus et un lavage complet des anses grêles et des feuillets mésentériques mais aussi des coupoles diaphragmatiques, flancs et cul-de-sac de Douglas.

De nombreuses études ont démontré la faisabilité et la sûreté de l'abord laparoscopique dans la péritonite par perforation d'ulcère à travers le score de Boey [28]. En 1982, BOEY a proposé trois variables qui peuvent être cliniquement mises en évidence et qui augmentent la mortalité :

- L'existence de pathologies médicales sévères
- L'état de choc pré-opératoire
- Délai de prise en charge supérieur à 24 heures

On attribue la valeur «1» à chaque variable, le score correspond à la somme totale des trois facteurs de risque. Le score de Boey basé sur la faisabilité de la cœliochirurgie avec faible taux de mortalité dans notre série a représenté 2 cas (3,8%) mais non réalisé.

La durée d'intervention est plus longue, Ceci est parfois dû au fait que certains chirurgiens sont peu habitués à cette pratique. Mais la raison essentielle est la toilette de la cavité péritonéale.

Dans une étude rétrospective intéressant 290 patients adultes, les auteurs de cette dernière concluent à la supériorité de l'abord laparoscopique en termes de douleurs postopératoire d'où une diminution de la consommation d'analgésie de taux d'infections pariétales (2,5% et 6,9%), d'iléus post opératoire plus court, avec une durée d'hospitalisation plus courte [10].

TECHNIQUE OPÉRATOIRE :

Dans notre étude, une suture simple + lavage + drainage de la perforation chez 23,5 % des cas, une excision des berges + suture de la perforation chez 74,5 % des cas suivie d'un prélèvement pour examen anatomopathologique, par une vagotomie supraselective une gastroentéroanastomose dans 2 % des cas. Ces

gestes ont été complétés par le traitement d'éradication de l'helicobacter pylori. Ces résultats sont conformes à ceux de la littérature [2, 3, 4, 5, 10, 20,32].

□ **LA TOILETTE PÉRITONÉALE**

La toilette péritonéale est universelle, autant dans notre étude que dans l'étude de la littérature ce qui est en accord avec la conférence de consensus sur les péritonites communautaires [20]. La toilette était toujours abondante. Les volumes utilisés doivent être importants pour limiter les complications infectieuses postopératoires. L'adjonction d'antibiotiques ou d'antiseptiques au liquide de lavage n'a pas fait la preuve de son efficacité.

Le critère d'un lavage suffisant n'existe pas. Seul un liquide apparaissant propre fait la majorité des réponses des chirurgiens [1-34].

□ **DRAINAGE :**

Ce drainage est discutable pour certains auteurs européens. Cela se comprend car la quantité de liquide nécessaire pour le lavage est suffisante (10-12 L). Dans notre étude 98 % malades ont eu un drainage péritonéal postopératoire, et 2 % d'entre eux n'ont pas été drainés.

Selon les auteurs, un drainage ne semble indispensable que dans les péritonites vieilles, en cas de décollements chirurgicaux importants, ce qui est en accord avec la conférence de consensus de prise en charge des péritonites communautaires.

Quoi qu'il en soit, il semble que l'indication des drains à diminuer. Cela peut être dû en partie à la pratique de la cœlioscopie, qui permet un lavage efficace de la cavité péritonéale.

Ce traitement laparoscopique garde les avantages classiques par rapport à la laparotomie (diminution des douleurs postopératoires, reprise plus précoce de l'activité, diminution de la durée d'hospitalisation, préjudice esthétique moindre).

5-4-EVOLUTION ET PRONOSTIC :□ **MORBIMORTALITÉ :**

Dans notre série la complication post opératoire de Clavien-Dindon Grade IIIb était retrouvé chez 1 patient (1,9 %), grade II chez 11 patients (21,6 %) suivi de sans complications chez 39 patients (76,5 %). Les facteurs de mortalité rapportés dans la littérature sont essentiellement l'âge avancé, la présence de comorbidité, l'état de choc préopératoire et un délai tardif d'intervention (supérieur à 24 heures). La mortalité était nulle dans notre série et celles des séries régionales et internationales [29, 30, 31, 32, 33, 34].

DOUMBIA S a trouvé un taux de mortalité (5,08%), **DODIYI-MANUEL A** a trouvé un taux de mortalité de 11,1%, **OWAID M.** a trouvé un taux de mortalité de 7% [28], [20], [13].

Ceux pourraient s'expliquer par la rigueur dans la mise en œuvre des mesures de réanimation pré-per-postopératoires.

□ **DURÉE D'HOSPITALISATION :**

Dans notre série, la durée d'hospitalisation a été 4-10 Jours chez 42 patients (82,4%). Aucun de nos patients n'a séjourné en réanimation. Elle est fonction du délai de prise en charge et des suites opératoires. **DOUMBIA S** a trouvé une durée d'hospitalisation de 8-10 jours [21]. **DOCTEUR RAKOTONAIVO M** a trouvé une durée d'hospitalisation de 8,07 jours [18].

CONCLUSION

CONCLUSION

Dans cette étude les perforations ulcéreuses gastroduodénales sont fréquentes. Elles constituent les 9,6 % des péritonites aiguës. Le sexe masculin est le plus touché. L'âge de survenue se trouve à la troisième décennie. Il s'agit d'une perforation unique dans tous les cas. La localisation préférentielle était l'antrum gastrique. Le diamètre de la perforation était de $1,5 \pm 2$ cm en moyenne. Tous les patients ont été traités chirurgicalement. La voie d'abord adoptée était la laparotomie conventionnelle.

Dans 23,5 % des cas il y a eu des complications. La mortalité était nulle dans notre étude. Malgré les difficultés rencontrées en péri-opératoire et l'insuffisance des moyens thérapeutiques, il nous semble que la laparotomie pourrait avoir toujours sa place pour traiter la perforation ulcéreuse gastrique ou duodénale.

7- RECOMMANDATIONS

Nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités politico-sanitaires

- L'élaboration d'un programme de sensibilisation sur le danger de la perforation d'ulcère gastrique ou duodénale.
- La redynamisation du service social pour la prise charge effective des patients indigents.

Aux personnels socio- sanitaires

- La prise en charge correcte des cas d'ulcère gastrique ou duodéal
- L'évacuation en temps réel des patients suspects vers les structures spécialisées
- La référence des cas d'Ulcère Gastrique ou Duodéal 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 BIBLIOGRAPHIQUES

[1]- PR. SOUILAH.N DR. ESSALHI.M.S

Perforation d'ulcère gastrique ou duodéal Service des urgences chirurgicales CHU IBN ROCHD--seddikessalhi@hotmail.fr

https://www.facebook.com/Emerge_ncyDepartmentCHUANNABA

[2]- SACKO O, et coll.

Perforations des ulcères gastro-duodénaux dans l'Hôpital Point G Bamako Sciences chirurgicales, 2019, 10, 265-27

<http://www.scirp.org/journal/ss>

[3]-CAMARA M, CAMARA T, DIAKITE A, DIAWARA Y, TOGO AP

Péritonites par Perforation d'Ulcère Gastroduodéal dans le Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Régional de Kankan (Guinée)

Vol 22 (11) Décembre 2021 pp 102-105 www.hsd-fmsb.org

[4]-TRAORÉ D. et coll.

Perforation d'ulcère gastroduodéal en chirurgie B au CHU Point G Annales de l'Université Abdou Moumouni, Tome XII-A, pp. 133-139, 2011.

[5]-RAJANDEEP SINGH BALI, SUSHANT VERMA, PN AGARWAL, RAJDEEP SINGH, NIKHIL TALWAR.

Un aperçu du spectre de la péritonite de perforation gérée dans une seule unité d'un hôpital de soins tertiaires à Delhi.

ISRN Surgery Volume 2014, Article ID 105492, 4 pages

[http:// dx.doi.org/10.1155/2014/105492.](http://dx.doi.org/10.1155/2014/105492)

[6]- KAMBIRE JEAN-LUC, ZIDA MAURICE, OUEDRAOGO SOULEYMANE, OUEDRAOGO SANON, SANON BAKARY GUSTAVE.

Les perforations gastroduodénales à propos de 25 cas au centre hospitalier universitaire régional d'Ouahigouya au Burkina Faso

Rev méd Abj -RISM-2018

[7]- VIGNON KC, MEHINTO DK, VIGNON KR, MBELE RII, NATTA N'TCHA NH, HOUNKPE EJ.

Les Perforations D'ulcère Gastro-Duodenal Au Centre National Hospitalier Et Universitaire (Cnhu) De Cotonou (Benin)

European Scientific Journal September 2016 edition vol.12, No.27

ISSN:1857 – 7881

[Http://dx.doi.org/10.19044/esj.2016](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2016).

[8]- ELROY PATRICK WELEDJI

Un aperçu de Perforation Gastroduodénale,

Novembre 2020 | Tome 7 | Article 573901

[DOI : 10.3389/fsurg.2020.573901](https://doi.org/10.3389/fsurg.2020.573901)

[9]- OWAID M. ALMALKI

Résultat à court terme de l'ulcère peptique perforé Relation avec le temps estimé entre le début de la douleur abdominale et l'intervention chirurgicale

The Egyptian Journal of Hospital Medicine (janvier 2020) Vol.78 (2), P : 332-336

[10]- SADREDDINE BEN ABID, ZEINEB MZOUGH, MOHAMED AMINE ATTAOUI, GHOFRANE TALBI, NAFAA ARFA, LASSAAD GHARBI, MOHAMED., TAHER KHALFALLAH

Laparoscopie pour ulcère duodénal perforé facteurs prédictifs de conversion et de morbidité : étude rétrospective à propos de 290 cas au service de chirurgie générale.

LA TUNISIE MEDICALE - 2014 ; Vol 92 (n°12)

[11]- KJ SONDASHI*, BF KODIMBA, P. KELLY

Une étude transversale sur les facteurs associés à Ulcère peptique perforé chez les adultes se présentant à l'UTH, Lusaka ;

Journal médical de Zambie, Vol. 38, n° 2 (2011)

[12]- HENOK TESHOME, MEKBIB BIREGA , ET MEKDIM TADDESE
Ulcère peptique perforé dans un hôpital tertiaire, Addis-Abeba, Éthiopie :
étude rétrospective sur cinq ans

Ethiopie J Health Sci. 2020 mai ; 30(3) : 363–370.

[Doi : 10.4314/ejhs.v30i3.7](https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i3.7)

[13]- YAWAR ET AL. CUREUS.

Variation saisonnière de présentation de l'ulcère peptique perforé, un aperçu du patient.

Cureus 13(11):2021 [DOI 10.7759/cureus.19618](https://doi.org/10.7759/cureus.19618)

[14]- DODIYI-MANUEL A, WICHENDU PN, ENEBELI VC

Présentation et Gestion De l'ulcère Peptique Perforé Dans Un Centre Supérieur Au Sud Du Nigeria., Volume 5 Numéro 3, Juillet - Septembre 2015

[15]- KJETIL SØREIDE, KENNETH THORSEN, EWEN M HARRISON, JULIANE BINGENER, MORTEN H MØLLER, MICHAEL OHENE-YEBOAH, JON ARNE SØREIDE-

Ulcère peptique perforé

www.thelancet.com Vol 386 26 september 2015

[16]- CHUNG KT et coll.

Ulcère Gastroduodéal perforé

January 27, 2017 Volume 9 Issue 1

www.wjgnet.com

[17]- MOHAMMED NAJIH, M. ESSERGHINI

LE TRAITEMENT LAPAROSCOPIQUE DES ULCERES GASTRO-DUODENAUUX PERFORES : A PROPOS DE 18 CAS

Journal Marocain des Sciences Médicales 2020, Tome 22 ; N°3

[18]- SEYED FARSHAD HEIDARI

Un rapport de cas suite à un ulcère pré-pylorique perforé

Annales de la recherche clinique et de laboratoire

ISSN 2386-5180, Vol.5 No.2:178, 2017, [DOI: 10.21767/2386-5180.1000178](https://doi.org/10.21767/2386-5180.1000178)

[19]- RAKOTONAIVO MAMISOA JUDICAËL

Les aspects peropératoires des ulcères gastroduodénaux perfores et résultats des traitements chirurgicaux ;

Service de chirurgie viscérale «B», centre hospitalo-universitaire d'Antananarivo.

Mémoire 2012 N°227.

[20]- C. MOULY, R. CHATI, M. SCOTTÉ, J.-M. REGIMBEAU

Prise en charge de l'ulcère gastroduodéal perforé : Revue de la littérature

CHU d'Amiens, France

Journal de chirurgie viscérale ; Volume 150, Issue 5 ; Pages : 356-364 ; 2013.

[Doi.org/10.1016/j.jchirv.2013.06.003](https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2013.06.003)

[21]- DOUMBIA S, coll.

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

Bibliosanté.ml>handle>Mémoire, 2021.

[22]- GUERROUT HANANE& HAMAILI DALILA

Péritonite par perforation d'ulcère gastroduodéal

Université A. MIRA DE BEJAIA Faculté de Médecine CHU KHELIL AMRANE DE BEJAIA, Mémoire 21 MAI 2017

[23]- ANOUAR, EG

Péritonite par Perforation d'Ulcère Peptique à propos de 22 Cas.

Thèse de Med Rabat, Numéro 386, 60-125. (2016)

[24]- 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

[25]- YAWAR B, MARZOUK AM, ALI H, et coll.

Variation saisonnière de la présentation de l'ulcère peptique perforé: un aperçu de Northern Trust Health & Social Care Jobs in Irlande du Nord (HSCNI) (Hôpital de la région d'Antrim), 2021.

[26]- PANIS Y, LAURENT A.

Traitement chirurgical de l'ulcère compliqué.

La lettre de l'Hépatogastroentérologue, 2010,1 ; 3 :30-4

[27]- CASALI JJ, FRANZON O, KRUEL NF, NEVES BD.

Epidemiological analysis and use of rapid urease test in patients with perforated peptic ulcers. Rev Col Bras Cir 2012; 39 (2): 93-8. Pub Med / Google Scholar.

[28]- T. CYUZUZO1; V. HAKORIMANA; G. UMUGWANEZA; M. C. UWITONZE; C. MPIRIMBANYI,

Perforated Peptic Ulcer in Rwanda: Epidemiology and Outcomes at a Tertiary Hospital in Kigali, Rwanda-A Retrospective Study

Rwanda Medical Journal, Vol. 77, no. 4, pp. 38-43, 2020.

[29]- INGE KURNIAWATI, I KETUT WIARGITHA, TJOKORDA GDE BAGUS MAHADEWA, BIANCA JEANNE.

Diagnostic validity of PULP (peptic ulcer perforation) score in predicting mortality in patient with operated perforated peptic ulcer in Sanglah Hospital-Denpasar

Neurologico Spinale Medico Chirurgico 2019; 2(1): 11-15

Doi: 10.15562/nsmc.v2i1.143

[30]- MAMADOU MOUSSA COULIBALY.

Péritonite par perforation gastroduodénale dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso

Thèse de Médecine 2017.

[31]- RABI ADIL

Les péritonites par perforation d'ulcère gastroduodénal CHU Mohamed VI. Thèse.méd.Merrakech, année 2016 N°21

[32]- TAMER SAAFANA, WALID EL ANSARIB, C, D, OMER AL-YAHRIA, AMMAR ELETERA, HISHAM ELJOHARYA, RASHAD ALFKEYA, MUSTAFA HAJJARA, ALI TOFFAHAA, ABDELRAHMAN EL OSTAE.

Assessment of PULP score in predicting 30-day perforated duodéal ulcer morbidity, and comparison of its performance with Boey and ASA, a retrospective study. *Annals of Medicine and Surgery* 42 (2019) 23–28.

[33]- JAIMIN D. SHAH JATINKUMAR B. MODI.

A study on liaison between boey score and Perforated peptic ulcer in view of post opérative Morbidity and mortality. ISSN 2455-7420

[doi//10.1055/s-0042-1751084.](https://doi.org/10.1055/s-0042-1751084)

[34]- ORIBABOR FO, ADEBAYO BO, ALADESANMI T, AKINOLA DO.

Ulcère gastro-duodéal perforé : Gestion des ressources dans une mauvaise. Hôpital semi nigérian urbain. *Niger J Surg* 2013 ; 19: 13-15.

[35]- LAWSON-ANANISSOH LM, BOUGLOUGA O, BAGNY A, EL-HADJ YAHOUBOU R, KAAGA L, REDAH D. Profil épidémiologique des ulcères gastroduodénaux au centre hospitalier et universitaire Campus de Lomé (Togo). *J. Afr HépatolGastroenterol* 2015, 9; 3:88-103

FICHE D'ENQUETE

1- Numéro du dossier :

2- Age du malade :

|____|

1= 19-30, 2=31-40, 3=41-50, 4=51-60, 5=61-70, 6=71-80 7>81

3- Sexe : |____|

1=Masculin ; 2=Féminin.

4- Provenance : |____|

1=Bamako ; 2=Intérieur ; 3=Autres

5- Nationalité : |____|

1=Maliennne ; 2= Autres.

Si Autre à préciser : |____|

6- Ethnie : |____|

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

7= Dogon ; 8= Autres.

Si Autre à préciser :

7- Principale activité : |____|

1= Cadre supérieur ; 2= Cadre moyen ; 3= Ouvrier ; 4= Commerçant ;

5= Paysan ; 6= Ménagère ; 7= Autres ; 99= Indéterminé.

Si Autre à préciser :

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

9- Mode de recrutement à l'hôpital :

|____|

1= Urgence ; 2= Consultation ordinaire ;

10- Adressé par :

|____|

1= Médecin généraliste ; 2=Infirmier ; 3= Etudiant ; 4= Aide-soignant ;

5= Médecin spécialiste

Si Autre à préciser : |____|

11- Motif de consultation :|____|
1=Douleur épigastrique aiguë ; 2= Météorisme abdominal ; 3= Vomissement ;
4= Hoquet ; 5= Autres à préciser

12- Circonstance de survenue :
|____|
1=Spontanée ; 2=UGD connu ; 3=Prise médicaments gastrottoxiques ;
4=Automédication ; 5=Autres à préciser.....

13- Symptomatologie évoluant depuis (en jours) :
|____|
1= [<1] ; 2= [1-2] ; 3= [2-3] ; 4= [3-4] ; 5= >5 ; 99= indéterminée.

14- Siège de la douleur :
|____|
1= Epigastrique ; 2=Autres ; 99= indéterminé. Si Autre à préciser : ... |____|

15- Type de la douleur :
|____|
1= brûlure ; 2= coup de poignard ; 3= torsion ; 4= écrasement ;
5= pesanteur ; 6= crampes ; 7=Piqûre ; 99=indéterminé. Si Autre à
préciser ☹|____|

16- Irradiation de la douleur :
|____|
1=péri ombilicale ; 2= dos ; 3=épaule gauche ; 4=diffuse ; 5= ceinture ;
6= Si Autre à préciser : |____|

17- Intensité de la douleur : |____|
1=Forte 2=Modérée 3=Faible

18- Evolution de la douleur :
|____|
1= Permanente ; 2= Intermittente ; 3= Paroxystique

19- Signes digestifs fonctionnels :..... |____|
1= nausée ; 2= vomissement ; 3= diarrhée ; 4= régurgitation ; 5= pyrosis ;

6= hoquet ; 12=constipation ; autres ; 99= Indéterminé.

Si Autre à préciser : / _____ /

20- Médicaux :..... |____|

1= méconnu ; 2= ulcère gastroduodéal ; 3= Epigastralgie ; 4= HTA ; 5=jeun ;

7= Asthme ; 8=diabète ; 9=drépanocytose ; 10=autres

21- Selon le score de Perforation Ulcère Peptique (PULP).....

|____|

Le score PULP	Score
Age > 65	3
SIDA ou néoplasie active	1
Cirrhose du foie	2
Utilisation concomitante de stéroïdes	1
Etat de choc	1
Délai entre la perforation et l'admission > 24h	1
Créatininémie > 1.47 mg/dl	2
ASA 2	1
ASA 3	3
ASA 4	5
ASA 5	7
Risque de mortalité élevée	>6
Risque de mortalité moyenne	Entre 3 et 5
Risque de mortalité faible	<3

1= Risque de mortalité élevée ; 2= Risque de mortalité moyenne 3= Risque de mortalité faible

22- Mode de vie : |____|

1=tabac ; 2=alcool ; 3=café ; 4=thé ; 5=Cola ; 6=autres ; 99= indéterminé.

Si autres à préciser.....

23- Le score ASA..... |____|

1=patient en bonne santé, 2=Maladie systémique modérée ; 3= Maladie systémique sévère, 4= Maladie systémique sévère avec menace vitale constante, 5= Survie improbable sans chirurgie

SIGNES GÉNÉRAUX :

24- Indice ou score de performance de l'OMS.....

|____|

0	Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction
1	Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail
2	Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. Alité moins de 50 % de son temps
3	Capables de seulement quelques soins personnels. Alité ou en chaise plus de 50 % du temps
4	Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou en chaise en permanence

1=0 ; 2=1 ; 3=2 ; 4=3 ; 5=4

25- Tension artérielle (mm Hg) :

|____|

1= normale ; 2= hypertension artérielle ; 3= hypotension artérielle ; 99= indéterminée.

26- Pouls : |____|

1= normal ; 2= rapide ; 3= lente

27- Fréquence respiratoire : |____|

1= normal ; 2= rapide ; 3= lente

28- Faciès : |____|

1= normal ; 2 =tiré ; 3= péritonéal ; 99= indéterminé.

29- conjonctives : |____|

1= rose ; 2= blanc ; 3= jaune.

30- Pli cutané : |___|

1=absent ; 2=présent ; 99=indéterminé.

31- Langue : |___|

1=humide ; 2=sèche ; 3=saburrale ; 9=indéterminé.

32- Conscience : |___|

1=normale ; 2=agitée ; 3=confus ; 4=coma ; 5=autres ; 9=indéterminé.

33- Poids (kg) : |___|

1= [39-50] ; 2= [51-60] ; 3= [61-70] ; 4= [71-80] ; 5= [81-90] ; 6= [91-100] ;
7= [101-110] ; 99= indéterminé.

34-Température (°C) : |___|

1= normale ; 2= hypothermie ; 3= hyperthermie.

SIGNES PHYSIQUES

35-Cicatrice opératoire abdominale : |___|

1=Oui 2=Non.

36-Aspect de l'abdomen :
|___|

1= plat ; 2= ballonné ; 3=immobile ; 4= Présence de circulation veineuse collatérale ; 5=autre. Si Autre à préciser :

37-Défense : |___|

1=Oui ; 2=Non.

38-Contracture : |___|

1=Oui ; 2=Non.

39-Cris de l'ombilic : |___|

1= Oui ; 2= Non

40-Masse abdominale : |___|

1= Oui ; 2= Non.

41-Orifices herniaire : |___|

1= libres ; 2= herniés.

42-Adénopathie : |___|

1= Oui ; 2= Non ;

43-Percussion : |____|

1= normale ; 2= matité déclive ; 3= disparition de la matité pré-hépatique ;
99= indéterminé.

44-Bruits intestinaux à l'auscultation : |____|

1= normaux ; 2= bruits augmentés ; 3= bruits diminués ;

45-Touchers pelviens : |____|

1= normal ; 2= Douglas bombé douloureux ; 3= cri du Douglas

46-Cœur : |____|

1= bruits normaux ; 2= souffles ; 3=arythmie cardiaque ; 99= indéterminé.

47-Pouls périphériques : |____|

1= perçus normaux ; 2= perçus anormaux.

48-Radiographie de l'ASP|____|

1= normal ; 2= pneumopéritoine, grisailles diffuses ; 3= niveaux Hydro-aériques
4=Non réalisée.

49-Echographie : |____|

1= normale ; 2= Epanchement péritonéal 3=Non réalisée

50-Scanner : |____|

1= normale ; 2= épanchement péritonéal. 3= Non réalisé

51-Globules rouges : |____|

1=Non anémié 2=Anémié non décompensée ; 3= Anémié décompensée

52-Globules blancs..... |____|

1=Normale 2=Anormale

53-Groupe sanguin et rhésus : |____|

1= O positif ; 2= O négatif ; 3= A positif ;

4= A négatif ; 5= AB positif ; 6= AB négatif ; 7=B positif ; B= négatif.

54-Glycémie : |____|

1= normale ; 2= hypoglycémie ; 3=Hyperglycémie ; 99= indéterminée.

55-Créatininémie : |____|

1= normale ; 2= anormale ; 99= indéterminée.

56-Siège de la perforation :

|____|

1= amont pylorique (antrale) ; 2=Pylorique ; 3= aval pylorique (bulbaire)

99= indéterminé.

57-Dimension (cm) : |____|

1= [0,5-1] ; 2= [1-2] ; 3= [2-3] ; 4= [3-4] ; 5= [>5]

58-Nombre de perforation d'ulcère :

|____|

1= unique ; 2= multiple.

59-Aspect lésionnel : |____|

1= linéaire ; 2= ovalaire ; 3= punctiforme

60-Avant l'intervention :

|____|

1= mesures de réanimation ; 2=sondage naso-gastrique 3=sondage vésical à demeure

61-Le score de Boey=conditions de faisabilité de la coeliochirurgie avec moins de risque de mortalité élevée

Le score de Boey	Indice
Existence de pathologies médicales sévères	1
Etat de choc pré-opératoire	1
Délai de prise en charge > 24h	1
Mortalité élevée	>1
Mortalité modérée	1
Mortalité faible	<1

1= Mortalité élevée, 2= Mortalité modérée ; 3= Mortalité faible

62-Techniques chirurgicales |____|

1= suture simple après lavage puis drainage ; 2=excision biopsie suture après lavage puis drainage ; 3= vagotomie hyper-sélective+pyloroplastie sans lavage

ni drainage ; 4=vagotomie sélective +antrectomie+GEA sans lavage ni drainage ; 5=vagotomie tronculaire +gastrectomie+GEA sans lavage ni drainage ; 6=autres Si autre à préciser.....

63-Nombre de drain : |____|

1= unique ; 2= multiple

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

1= [0-3] ; 2= [3-6] ; 3= [6-9] ; 4= [9-12] ; 5= [12-24] ; 6= [24-30] ; 7= > 1 mois ;

65-Suites opératoires précoces (1-30jours) compliquée : |____|

1= simple, 2= Compliquée

66-La classification des complications chirurgicales selon Clavien.....

|____|

Grade	Définition	Exemples
Grade I	Tout évènement post-opératoire indésirable ne nécessitant pas de traitement médical, chirurgical, endoscopique ou radiologique. Les seuls traitements autorisés sont les antiémétiques, antipyrétiques, antalgiques, diurétiques, électrolytes et la physiothérapie.	Iléus, abcès de paroi mis à plat au chevet du patient
Grade II	Complication nécessitant un traitement médical n'étant pas autorisé dans le grade 1.	Thrombose veineuse périphérique, nutrition parentérale totale, transfusion
Grade III	Complication nécessitant un traitement chirurgical, endoscopique ou radiologique.	
IIIa	Sans anesthésie générale	Ponction guidée radiologiquement
IIIb	Sous anesthésie générale	Reprise chirurgicale pour saignement ou autre cause

Grade IV	Complication engageant le pronostic vital et nécessitant des soins intensifs	
Iva	Défaillance d'un organe	Dialyse
Ivb	Défaillance multi-viscérale	
Grade V	Décès	
Suffixe d	Complication en cours au moment de la sortie du patient nécessitant un suivi ultérieur (d = discharge)	

1=Grade I 2=Grade II 3=Grade IIIa, IIIb 4=Grade Iva, Ivb 5=Grade V
6=Suffixe d

67-Evaluation score de Mannheim Peritonitis Index..... | ____ |

Paramètres	Facteurs défavorables	Points	Facteurs favorables	Points
Age (en année)	>50 ans	5	<50 ans	0
Sexe	Féminin	5	Masculin	0
Défaillance viscérale	Présente	7	Absente	0
Malignité	Présente	4	Absente	0
Délai d'évolution	≥ 24H	4	< 24H	0
Origine	Colique	4	Non Colique	0
Péritonite généralisée	Présente	6	Absente	0
Nature du liquide péritonéal	Fécaloïde	12	Fécaloïde	0
	Purulente	6	Claire	0
Total		53	Total	0

Défaillance viscérale* : Elle peut être :

- rénale : créatininémie $\geq 177 \mu\text{mol/l}$, urée $\geq 16,7 \text{ mmol/l}$, oligurie $< 20\text{ml/H}$.
- respiratoire : $\text{PaO}_2 < 50 \text{ mm Hg}$, $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mm Hg}$.
- d'une obstruction intestinale : paralysie $> 24\text{H}$, d'un iléus mécanique complet,
- des signes de choc.

1= ≤ 26 ; 2= ≥ 26

68-Evaluation post-opératoire selon la classification de Visick :

.....|____|

Score de Visick	Expression des symptômes
Grade I	aucun symptôme, résultat parfait
Grade II	le patient considère le résultat comme parfait, mais l'interrogatoire retrouve des symptômes mineurs et occasionnels ne nécessitant pas de traitement médical.
Grade III	symptôme modéré nécessitant une thérapeutique médicale, occasionnant une gêne certaine, mais le patient et le médecin sont satisfaits du résultat, qui ne perturbe pas « sérieusement » la vie quotidienne ou au travail.
Grade IV	symptôme modéré ou sévère ou complication qui perturbent considérablement le travail ou la vie de tous les jours ; le patient et le médecin ne sont pas satisfaits du résultat. On inclut également dans ce groupe, tous les cas avec récurrence ulcéreuse prouvée et ceux nécessitant une ré-intervention tardive, même si celle-ci a été suivie d'une considérable amélioration des symptômes.

1= Visick 1 ; 2= Visick 2 ; 3= Visick 3 ; 4= Visick 4

69-Le test à l'uréase..... |____|

1=non réalisé 2=réalisé négatif, 3=réalisé positif

70-Diagnostic étiologique selon l'histologie : |____|

1= ulcère duodénal ; 2= ulcère gastrique chronique +HP ; 3=cancer de l'estomac.

ANNEXES

7. ANNEXES

7.1. FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : SYLLA

PRÉNOM : SIDY

TITRE DU MÉMOIRE : La perforation d'ulcère gastrique ou duodéal dans le service de chirurgie B au CHU POINT G

E-MAIL : sidymodibo56@gmail.fr, sidymodibo78@yahoo.fr

SECTEUR D'INTÉRÊT : Chirurgie B

PAYS : Mali

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako.

ANNÉE UNIVERSITAIRE : 2021-2022.

LIEU DE DÉPÔT : Bibliothèque de la (FMOS)

RESUME

INTRODUCTION :

La problématique du siège de la perforation d'ulcère gastrique ou duodéal reste de multiples contre verse.

Le but est d'étudier les aspects topographique et pronostique des perforations gastriques ou duodénales d'origine ulcéreuse dans le service de chirurgie B du CHU du Point G.

MÉTHODOLOGIE :

Étude à collecte prospective et descriptive du 1^{er} Janvier 2022 au 31 Aout 2022.

RÉSULTATS :

Nous avons opéré en urgence 51 cas de perforation d'ulcère gastrique ou duodéal durant la période d'étude. L'âge moyen était de 36,8 ans avec des extrêmes entre 18 et 72 ans. Le sex-ratio était de 2,92. Le délai moyen de prise en charge chirurgical était de 2 jours avec des extrêmes 0,5 et 6 jours. Une laparotomie médiane sus ombilicale a été réalisée pour tous les patients. Il s'agissait tous d'une seule perforation. Le diamètre moyen était de 1,28 cm (0,5 à 5cm).

La perforation siégeait en amont du canal pylorique (Antrale) dans la majorité des cas soit 38 cas (69,8%). Le score de Boey basé sur la faisabilité de la cœliochirurgie avec faible risque de mortalité a représenté 2 cas (3,8%).

Le Score de Mannheim Peritonitis Index (MPI) était inférieur à 26 dans la majorité des cas soit 31 cas (60,8%). Le geste chirurgical réalisé en majorité a été l'excision, suture des berges, épiplooplastie, histologie, lavage, drainage soit 38 cas (73,6%) suivi de la suture simple, lavage, drainage soit 12 cas (20,7%) et la vagotomie supraselective, la gastroentéroanastomose dans 1 cas (1,9 %).

La durée moyenne d'hospitalisation était de 7,9 jours avec des extrêmes de 4 et 18 Jours soit 42 cas (82,4%). Nous avons enregistré 1 cas (1,9%) de péritonite post opératoire, 11 cas d'infection du site opératoire soit (21,6%).

Selon le score de Visick avons enregistré 2 cas (3,9) ayant nécessité une prise en charge des symptômes en post-opératoire immédiat. La mortalité a été nulle.

CONCLUSION.

La perforation d'ulcère gastrique ou duodéal demeure une complication grave de la maladie ulcéreuse, cependant notre série a enregistré 38 cas de siège gastrique, 12 cas de complication post-opératoire selon Clavien Dindon et une mortalité nulle.

MOTS CLÉS : Topographie, perforation, ulcère gastrique ou duodéal, Mali

7-2-ICONOGRAPHIE



Photo n° 1: Clichés Rx ASP montrant un pneumopéritoine et des grisailles diffuses



Photo n°2 : Vue peropératoire d'une perforation ovale d'ulcère antrale

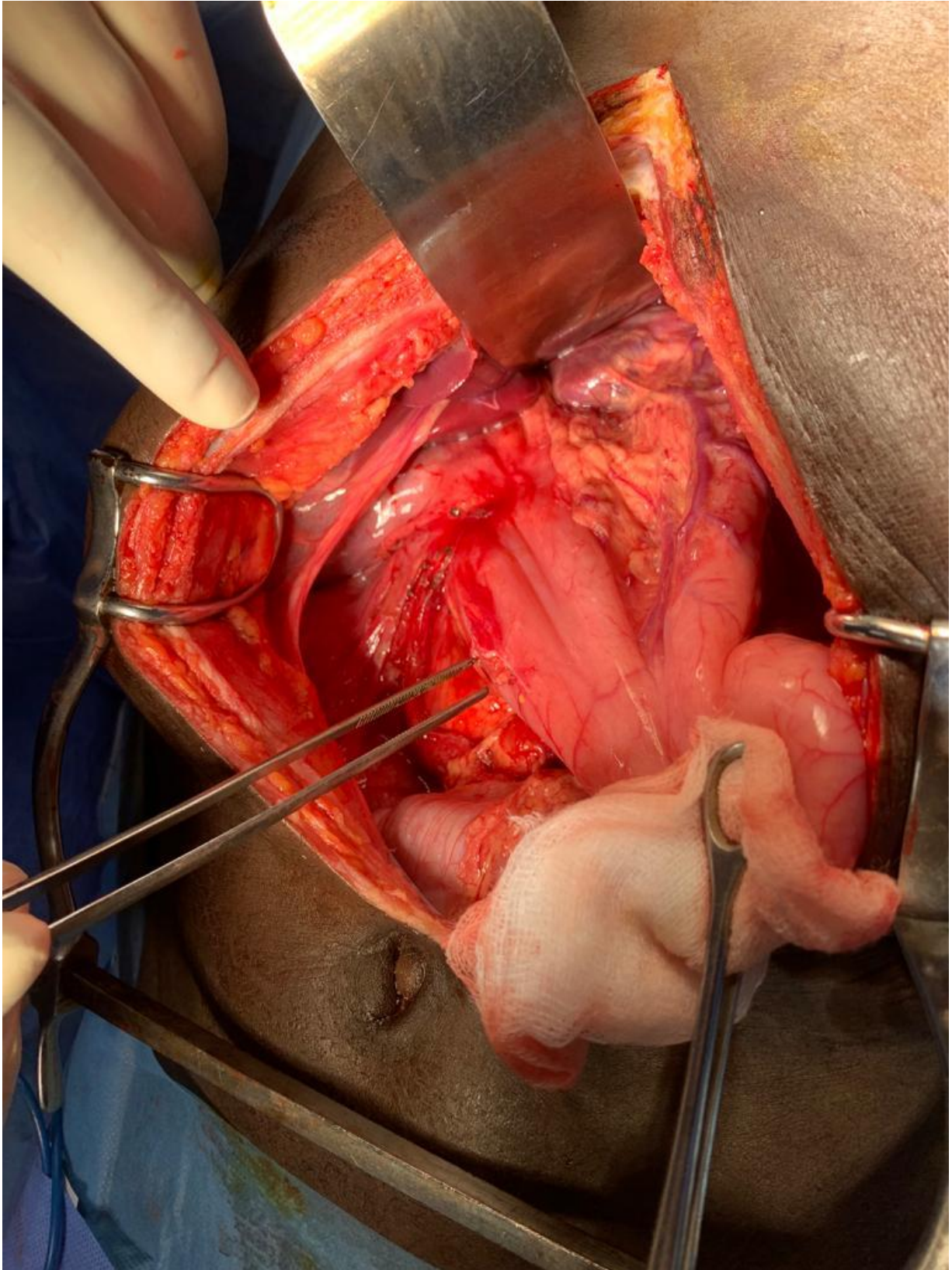


Photo n°3 : Vue peropératoire d'une perforation d'ulcère bulbaire bouchée par la vésicule biliaire



Photo n°4: Vue peropératoire d'une perforation d'ulcère antral géant >3 cm