

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



U.S.T.T-B

Année Universitaire 2014-2015



Thèse N°/ __/

TITRE :

**PERITONITES AU CSREF DE LA
COMMUNE I DE BAMAKO: ASPECTS
EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, ET
THERAPEUTIQUES**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le / / /2015 devant la Faculté de
Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
de l'Université de Bamako

Par Monsieur Oumar Amadou MALLE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : **Professeur Djibril SANGARE**

Membre : **Docteur Lamine SOUMARE**

Co-directeur de thèse: **Docteur Cheickna TOUNKARA**

Directeur de thèse : **Professeur Zimogo Zié SANOGO**

**DEDICACES
ET REMERCIEMENTS**

DEDICACES

A DIEU le Savant parfaitement Connaisseur, par sa permission ce travail a vu le jour. Gloire à ton Seigneur, le Seigneur de la puissance, il est au dessus de ce qu'il décrive paix sur les messagers, et louange à Allah, Seigneur de l'univers.

A MON PERE : FEU Amadou MALLE.

Tu as guidé mes premiers pas vers l'école et tu m'as donné le goût et l'envie d'étudier. Pendant les moments difficiles, tu as toujours su me prouver l'amour que tu portais pour moi.

Tu m'as enseigné l'honneur, la dignité, le pardon, l'amour et le respect du prochain. Ton sens de la justice, ton courage, ta franchise, ta rigueur, ta sagesse, ton sens de la solidarité, ta sympathie sont autant de qualités qui ont forgé ma propre personnalité. Trouve ici, cher papa l'expression de ma profonde gratitude. Tu n'aurais surement pas voulu rater le moment où on me proclamera "Docteur en médecine". Que la terre te soit source de bonheur, Amen.

A MA MERE : Alima MARIKO

Ton amour pour tous, t'as poussé à d'énormes sacrifices. Tes qualités de « battante », ta grande bonté de cœur, ta grande sensibilité et tes qualités de « bonne ménagère » ont fait de toi une mère exemplaire. Tu as été pour moi un modèle de courage et d'abnégation. Ce travail est la concrétisation de ton souhait.

A MON ONCLE ET TUTEUR : Lassina MARIKO.

Avec vous j'ai surmonté de nombreuses épreuves. Votre soutien ne m'a jamais fait défaut. Puisse ce travail être le témoin de toute ma reconnaissance.

A tous mes oncles : Votre assistance a été sans faille.

Veillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude.

A MES TONTONS : Adama MALLE, Bourama MALLE, Fousseyni MALLE, Bakary MALLE, Yaya MALLE, Dramane MALLE, Youssouf MALLE et tous les autres que je n'oublie pas.

Il m'est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant à ses parents. Sans vos conseils, vos sacrifices, vos prières et vos encouragements ce travail n'aurait jamais pu être réalisé. Recevez ainsi toute ma gratitude.

A MES TANTES :

Les mots ne sont jamais assez ardents pour vous expliquer l'intensité de mon affection. Vous avez toujours su m'exprimer votre amour de mère. Puisse Dieu vous garder aussi longtemps que possible à nos côtés pour que nous puissions continuer à bénéficier de vos sages conseils.

A MON GRAND FRERE: Daouda MALLE

Sincèrement je ne souhaiterais pas un meilleur frère que toi. Tu as toujours été là lorsque j'ai eu besoin de toi. Tu n'as jamais cessé de me prodiguer des conseils et de m'encourager lorsque je baissais les bras, même dans les moments les plus durs. Ton intelligence fera de ton avenir une réussite. Que DIEU te bénisse, permette la réussite de tes projets, t'accorde une santé de fer, un foyer heureux et te comble de ses bienfaits.

A TOUS MES FRERES ET SŒURS : en particulier Salif MALLE, Adiaratou MALLE, Aminata MALLE, Ousmane MALLE.

Votre assurance et votre dynamisme ont toujours forcé mon admiration. Cette force et cette capacité que vous avez à vous adapter à toutes les situations sont remarquables. Franchement je vous admire. Merci pour votre gentillesse, votre générosité et surtout pour l'amour maternel que vous m'avez porté. Sachez que vous pourrez toujours compter sur moi. Que DIEU veille sur vous, bénisse vos foyers, vous accorde santé, bonheur et réussite dans toutes vos entreprises. Je ne saurai vous dire combien de fois je vous aime.

A TOUTES MES BELLES SOEURS en particulier Djènèba SANGARE, Oumou KONE, Oumou N'DIAYE.

Vous avez été d'un apport inestimable dans l'élaboration de ce travail. Soyez rassurer de ma sincère reconnaissance.

A MES TRES CHER(ES) AMI (ES) : Lassina DOUMBIA, Mamadou DIARRA, Barthelemy POUDIOUGOU, Adama TRAORE, Seydou N .TRAORE, Bakary TRAORE.

L'amour rend à l'homme sa vraie nature de créature de Dieu. Les mots ne me permettent pas de vous expliquer combien de fois je vous admire. Votre sens de partage, de générosité, d'altruisme, du savoir vivre, d'amour et de confiance est digne d'éloges. que le seigneur dans sa grâce infinie nous lie d'avantage. Merci une fois de plus pour tout ce que vous avez fait et que vous continuez à faire pour moi.

AUX FAMILLES :

- **DIAKITE à MORIBABOUGOU :**
- Mon homonyme et chef de famille Oumar, Adama, Harouna et Awa SANGARE.

A tous les autres membres de la famille. MARIKO, SANOGO, DIAKITE et DIARRA à Niamakoro kôkô

- NIARE, COULIBALY au point-G.
- MALLE à Koumankou, Sikasso, (Bouaké, Abidjan, Guagnewa, Galbré, Ifassi (RCI)), Ségou et France.
- FANE à Ména cercle de dioila.

A MES CAMARADES DE PROMOTION DE L'UNIVERSITE :

Le changement tant souhaité par nos maîtres sera au rendez-vous. Il n'ya jamais de rencontre fortuite.

A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE DE CHIRURGIE DU CENTRE DE REFERENCE DE LA COMMUNE I :

Dr Modibo SANOGO : je te remercie pour tes conseils et ton soutien moral.

Dr Bëssy SAMAKE.

A mes cadets : Mama SIMPARA, Abdramane CISSE, Yaya DIARRA, Abdoul Karim SANAGO, DEMBELE. Je vous remercie pour votre soutien.

AUX PERSONNELS DU BLOC : M..A.SOW, M..Y.DIALLO, M..S.SAMAKE, Mme.O.COULIBALY, M..Y.COULIBALY, M..B. COULIBALY, M.. CAMARA.

- A TOUT LE PERSONNEL DE L'ANIASCO ET DE L'ASACOCISOU.

Dr Bourama DIARRA, Dr Bréhima SAMAKE : Vous avez été pour moi un modèle particulièrement Mme Kadiatou DOUMBIA, Konimba TOGOLA et tous les autres. Je vous souhaite une très bonne continuation dans votre carrière médicale.

A TOUTES LES COMMUNAUTES ESTUDIANTINES AU MALI EN PARTICULIER CELLES DE LA FMOS ET FPH : Votre compagnie a été très enrichissante. Puisse l'expérience de cette mosaïque de communautés étrangères africaines vivant en harmonie être un prélude à la réalisation des Etats-Unis d'Afrique.

A TOUS LES ENSEIGNANTS DE LA FMOS : Pour la qualité de l'enseignement reçu.

A TOUS LE PERSONNEL DU SERVICE DE CHIRURGIE « A » du POINT G.

AUX CHIRURGIENS : Dr A. KOITA, Dr L. SOUMARE, Dr KOUMARE S, Dr M. CAMARA, Dr S. KEITA, Dr O. SACKO, Dr Ab. CAMARA, Dr Y. SOW.

Pour votre sympathie et les enseignements reçus, recevez ici toute ma reconnaissance.

A tous mes aînés (DES) de chirurgie générale du service de chirurgie « A » : Dr MAIGA, Dr H. DOUMBIA, Dr M. SISSOKO,

Dr T. KONE, Dr I. DIARRA, Dr K. DIARRA, Dr Y. COULIBALY, Dr I. SIDIBE, Dr J. Yves TRAORE, Dr A. KONE.

Merci pour l'encadrement et vos conseils.

AUX PERSONNELS DE LA CHIRURGIE II ET DU PAVILLON TIDIANI FAGANDA TRARE : Mme DABO, Mme KONE, Tanti Awa Mme MAIGA et tous les bénévoles du service : merci pour l'accompagnement et vos conseils.

A MES CAMARADES THESARDS DU SERVICE DE LA CHIRURGIE « A »: Lamine MARIKO, Baba TRAORE, Mama DJIGUIBA.

L'amour du prochain, l'entraide, la confiance mutuelle et le respect observés me seront à jamais gardés dans l'esprit.

A toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

*HOMMAGE
AUX
MEMBRES DU JURY*

A notre maître et président de jury: Professeur Djibril SANGARE

- **Professeur titulaire de chirurgie générale**
- **Le coordinateur de la coelio-chirurgie au Mali.**
- **Chef de service de la chirurgie laparoscopique thoracique du point G.**

Cher maître,

Nous sommes très honorés de vous avoir comme président du jury de notre thèse.

Votre modestie, votre sens élevé de l'honneur, votre amour pour le travail font de vous une référence.

Votre esprit de tolérance, votre simplicité ont forgé notre admiration tout au long de notre formation. Vous avez suscité en nous le goût de la chirurgie.

Veillez trouver ici très cher maître notre profonde gratitude.

A notre maître et membre du jury : *Dr Lamine SOUMARE*

- ***Spécialiste en chirurgie générale,***
- ***Praticien hospitalier au CHU point-G,***

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail nous a profondément touché.

Votre rigueur dans le travail, votre conscience professionnelle, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un praticien exemplaire.

- ***Soyez rassuré de tout notre respect et de notre profonde reconnaissance.***

A notre maître et codirecteur de thèse :

Dr cheickna TOUNKARA

- Spécialiste en chirurgie générale.
- Chirurgien Praticien au CSRéf CI.
- Chef de service de la chirurgie générale CSRéf

Cher maître,

Votre présence dans ce jury nous honore à plus d'un titre.

Votre rigueur dans le travail, votre esprit de méthode et d'organisation, vos qualités d'homme de science et votre enthousiasme à transmettre votre savoir font de vous un maître admiré et rêvé de tous. Veuillez accepter, cher maître l'expression de notre profond respect.

A notre maître et directeur de thèse :

Professeur Zimogo Zié SANOGO

- ***Professeur agrégé de chirurgie générale,***
- ***Chargé des cours de sémiologie chirurgical à la FMOS,***
- ***Praticien hospitalier au CHU du point-G.***

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et calme. Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être parmi vos élèves. Aussi nous avons été émerveillés par vos éminentes qualités humaines de courtoisie et de sympathie. Cher maître, vous êtes et resterez un modèle à suivre.

Soyez rassuré de notre profonde reconnaissance.

Sommaire

1-INTRODUCTION.....	1-3
2-OBJECTIFS.....	4-21
3-GENERALITES.....	22
4-METHODOLOGIE.....	23-26
5-RESULTATS.....	26-47
6-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	48-59
7-CONCLUSION	60
8- RECOMMANDATIONS	60
9-REFERENCES.....	61-65
10-ANNEXES.....	66-71

Sigles et Abréviations

ABP : Antibioprophylaxie.

AG: Anesthésie générale

AL: Anesthésie locale

ALR: Anesthésie locorégionale

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ASA: American Society of Anaesthesiologists.

ASP: Abdomen sans préparation.

ATCD : Antécédent

AVC : Accident vasculaire -cérébral

BAAR : Bacille acido- alcoolo résistant

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIVD : Coagulation intra-vasculaire disséminée.

Cm : Centimètre

CSCOM : Centre de santé communautaire

CC : Centimètre cube

DES : Diplôme d'étude spécialisée.

ECG : Electrocardiogramme.

E. coli : Escherichia coli.

EVS : Echelle visuelle simple.

Fast-Strack : Réhabilitation rapide après chirurgie digestive

FID : Fosse iliaque droite

FIG : Fosse iliaque gauche

FMOS : Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

FPH : Faculté de pharmacie

g: Gramme.

HTA : Hypertension artérielle

IOT : Intubation oro-trachéale

IMC : Indice de masse corporelle.

ISO : Infection du site opératoire.

K: Potassium.

Kcl : Chlorure de potassium.

L: Litre.

mg : Milligramme.

ml : Millilitre.

MPI : Mannheim peritonitis index.

mn :minute

N : Nombre.

Nacl : Chlorure de sodium.

NFS : Numération formule sanguine.

NB : Noté bien

ORL : Otorhinolaryngologie.

P.aeruginosa : Pseudomonas. Aeruginosa.

PEC : Prise en charge.

RCI : République de la côte d'ivoire

SFAR: Société française d'anesthésiste – réanimateur

SNG: Sonde nasogastrique

SG: Sérum glucosé

SPO : Soins périopératoires

SDRA : Syndrome de détresse respiratoire aigue.

TV: Toucher vaginal

TR: Toucher rectal

USA: United state of America.

UGD: Ulcère-gastroduodéal.

USAC : Unité de soins d'accueil et de conseil.

V T : Vagotomie tronculaire.

% = Pourcentage.

I -Introduction

1-1 Définition

La péritonite aigue généralisée est une inflammation aiguë du péritoine. Elle est le plus souvent secondaire à une perforation d'organe digestif et ou à la diffusion d'un foyer septique intra abdominal [1].

C'est une pathologie chirurgicale fréquente relevant d'une urgence thérapeutique [2]. Elle occupe la 3^{ème} place des urgences en chirurgie digestive en Afrique après les occlusions et les appendicites aigues [3].

Le pronostic peut être amélioré par une prise en charge urgente et multidisciplinaire, associant un diagnostic précoce, une laparotomie exploratrice en urgence et une réanimation précoce et adaptée [4].

Le pronostic dépend de l'âge, de l'étiologie, et du délai de diagnostic [2].

Le diagnostic de la péritonite aigue est essentiellement clinique. En cas de doute les examens radiologiques peuvent aider au diagnostic. Le traitement est médico-chirurgical associant la réanimation et l'antibiothérapie [2].

De nos jours, la coelioscopie occupe une place importante dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des péritonites [3].

Aux U.S.A : GROSFELD en 1996 [5] a trouvé une mortalité de 48 % chez les enfants atteints de péritonites.

EN ASIE : RAMACHANDRAN C.S, AGARWAL .S en 2004 [6] ont signalé dans leur étude qu'en cas de défaillance multi viscérale au moment de l'intervention, le pronostic peut atteindre 70 à 80% de décès.

En France : Brunel.Fraisse.Lechiche , Sotto.Laporte [7] en 2008 ont étudié des péritonites qui sont dues aux infections sexuellement transmissibles dont 80% causées par Neisseriagonorrhoeae.

En Allemagne : GIESLING [8] a relevé 58% de décès chez 36 patients atteints de péritonites sévères.

En Afrique selon une série d'études réalisées en 2005 et 2006, cette série variait de 28,1% au Congo à 49% au Niger avec une mortalité de 20,98% et une morbidité de 49% [9, 10,11].

Au Burkina Faso : SANOU D, en 1999 [9] a remarqué dans son étude que l'arrivée tardive des malades à l'hôpital, couplée à des interventions longues et complexes ont contribué à une augmentation de la mortalité.

En Tunisie : SAKHRI J. en 2000 [10] a noté que les patients ayant des facteurs de risque (âge supérieur à 65 ans ; tares associées ; signes de choc) doivent bénéficier d'un geste chirurgical simple et rapide. Ce geste ne doit pas faire courir au malade un risque supplémentaire de complication post-opératoire.

Au Mali : DEMBELE M. en 1974 [11] ; ONGOÏBA N. en 1984 [12] ; SIDIBE Y. en 1996 [13] ; KONATE H. en 2001 [14] ont estimé que le mauvais pronostic des péritonites était due au retard de prise en charge et à la pratique de la médecine traditionnelle.

A ce jour, aucune étude portant sur la péritonite aiguë généralisée dans un service sanitaire de deuxième échelon en république du Mali n'a été réalisée. Pour mener à bien cette étude nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

1-2 Objectifs

1- Objectif général:

► Etudier les péritonites aiguës au Centre de Santé de Référence de la Commune I du district de Bamako.

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la péritonite au CSRéf.
- Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la péritonite aiguë.
- Déterminer les étiologies les plus fréquentes des péritonites aiguës.
- Analyser les suites opératoires des péritonites aiguës.
- Évaluer le coût de la prise en charge (PEC) des péritonites aiguës.

II-Généralités

1. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU PERITOINE :

1-1 Anatomie

1-1-1 Définition et description du péritoine [15]

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

Macroscopiquement on reconnaît au péritoine, comme toute séreuse :

⇒ **Un feuillet pariétal** : appelé encore péritoine pariétal, appliqué sur les parois des cavités abdominale et pelvienne. Le feuillet pariétal est doublé profondément dans tout son étendu par un tissu cellulaire ou cellulo-adipeux appelé **Fascia propria**.

⇒ **Un feuillet viscéral** : ou péritoine viscéral, constitué par le revêtement séreux des organes abdomino-pelviens.

⇒ **Des replis membraneux** : qui relie le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Ces replis engainent les pédicules vasculo-nerveux de la paroi aux organes enveloppés par la séreuse. Chacun d'eux se compose de 2 feuillets séparés l'un de l'autre par une mince lame de tissu cellulo-graisseux, renfermant des vaisseaux et des nerfs. Ces feuillets séreux émanent du péritoine pariétal. Ils s'avancent dans la cavité abdomino-pelvienne et se continuent avec le péritoine viscéral de part et d'autre de la zone suivant laquelle les vaisseaux et les nerfs abordent l'organe auquel ils sont destinés. Les replis du péritoine sont de plusieurs sortes et portent suivant les cas le nom de méso, d'épiploon ou de ligament.

On appelle méso les replis péritonéaux qui unissent à la paroi un segment du tube digestif. Le méso s'appelle mésogastre, mésoduédonum, mésentère ou méso colon.

On appelle ligament, les replis du péritoine qui relient à la paroi les organes intra-abdominaux ou pelviens ne faisant pas partie du tube digestif (foie ; utérus etc.....).

Enfin, on donne le nom d'épiploon aux replis péritonéaux qui s'étendent entre deux organes intra-abdominaux.

A la surface des organes, le péritoine apparaît comme un «simple vernis». Il ne prend la juxta et l'allure d'une membrane ayant une certaine épaisseur qu'au niveau des

parois (péritoine pariétal) et au niveau des mésos et des épiploons. Sa doublure par les fascias propria permet alors de le mobiliser et de le suturer.

➤ **Épiploon gastro-duodéno-hépatique ou petit épiploon :**

Le petit épiploon unit le foie à l'œsophage abdominal, à l'estomac et à la première portion du duodénum. Les deux feuillets qui le composent forment une lame orientée dans un plan à peu près vertico-transversal. A cette lame, nous décrivons un bord hépatique, un bord gastro-duodéal, un bord diaphragmatique, un bord libre et deux faces : l'une antérieure et l'autre postérieure.

Le petit épiploon ne présente pas le même aspect dans tout son étendu. Ses deux feuillets sont séparés en haut et à gauche, près de l'œsophage par du tissu cellulaire, des rameaux vasculaires et nerveux. Cette partie assez épaisse du petit épiploon est appelée **pars condensata**. Dans sa partie moyenne, le petit épiploon est réduit à une lame très mince, transparente dans laquelle il est possible de distinguer les deux feuillets qui la composent : c'est la **pars flaccida**.

Enfin à droite de la pars flaccida, le petit épiploon devient très épais jusqu'à son bord libre, car il contient dans cette région entre les deux feuillets, tous les éléments du pédicule hépatique : c'est la **pars vasculosa** ou partie duodéno-hépatique.

➤ **Le grand épiploon :**

Le colon transverse est relié à l'estomac par un repli péritonéal appelé grand épiploon ou épiploon gastro-colique. Le grand épiploon descend de l'estomac vers le bassin en avant de l'intestin et en arrière de la paroi abdominale antérieure.

Il est irrégulièrement quadrilatère ou en forme de tablier dont le bord inférieur libre est convexe. Son aspect, son épaisseur et sa constitution varient avec l'âge et l'embonpoint du sujet. Chez l'enfant le grand épiploon est mince. Chez l'adulte, il est infiltré de graisse le long des vaisseaux, mince et fenêtré dans les intervalles quand le sujet est maigre ; il est épais et rempli de graisse quand le sujet est obèse.

Les dimensions du grand épiploon sont également variables.

La vascularisation artérielle du péritoine pariétal est assurée de haut en bas, par des branches des artères intercostales, lombaires, épigastriques et circonflexes. Ces artères sont issues directement de l'aorte, de l'artère iliaque externe ou de l'artère fémorale.

La vascularisation artérielle du péritoine viscéral est assurée par les branches de division des troncs cœliaque et mésentérique [16,17].

Le retour veineux viscéral se fait par des veines mésentériques qui collectent le sang et l'achemine vers la veine porte.

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

L'innervation du péritoine semble très inégalement répartie [17]. On distingue des zones hypersensibles qui peuvent être des témoins cliniques en cas d'inflammation péritonéale. Ce sont principalement :

- ❖ Le diaphragme (hoquet)
- ❖ Le nombril (cri de l'ombilic à la palpation digitale)
- ❖ Le cul-de sac de Douglas, exploré par les touchers pelviens, le doigt qui entre en contact direct avec le péritoine déclenche une douleur vive.

Ces zones hypersensibles correspondent à des foyers où l'innervation péritonéale est très riche et dont l'exploration clinique présente un intérêt diagnostique dans les syndromes péritonéaux.

Cette innervation se signale également par un fait en pathologie : toute agression ou inflammation de la séreuse péritonéale peut se manifester par une contracture des muscles de la sangle abdominale qui est une réponse pratiquement pathognomonique.

1-1-2 Rapports du péritoine avec les organes :

En fonction de leur situation par rapport aux feuillets péritonéaux, on distingue trois types d'organes [18] :

-Les **viscères rétro péritonéaux** comme les reins, les voies urinaires hautes et le pancréas qui, recouverts en avant par le péritoine pariétal postérieur sont en dehors de la cavité péritonéale. Une pathologie pancréatique tend cependant à évoluer vers la cavité péritonéale.

-Les **viscères intra péritonéaux, engainés par le péritoine viscéral** tels que l'estomac, les voies biliaires extra hépatiques, les anses intestinales (grêle, colon, haut rectum), l'utérus, et les annexes utérines (excepté les ovaires).

-Les **viscères intra péritonéaux non engainés par le péritoine** mais qui sont dans la cavité péritonéale et dont les pathologies peuvent également intéresser le péritoine : ce sont le foie et la rate.

1-1-3 Anatomie topographique de la cavité abdominale [19] :

La cavité abdominale s'étend de la face inférieure du diaphragme au petit bassin.Elle empiète en haut sur la cage thoracique (région thoraco-abdominale), elle se continue en bas et en arrière dans le grand bassin (région abdomino-pelvienne). La racine du mésocolon transverse tendue transversalement d'un hypochondre à l'autre, la divise en deux étages sus et sous-mésocoliques. (Voir fig. I)

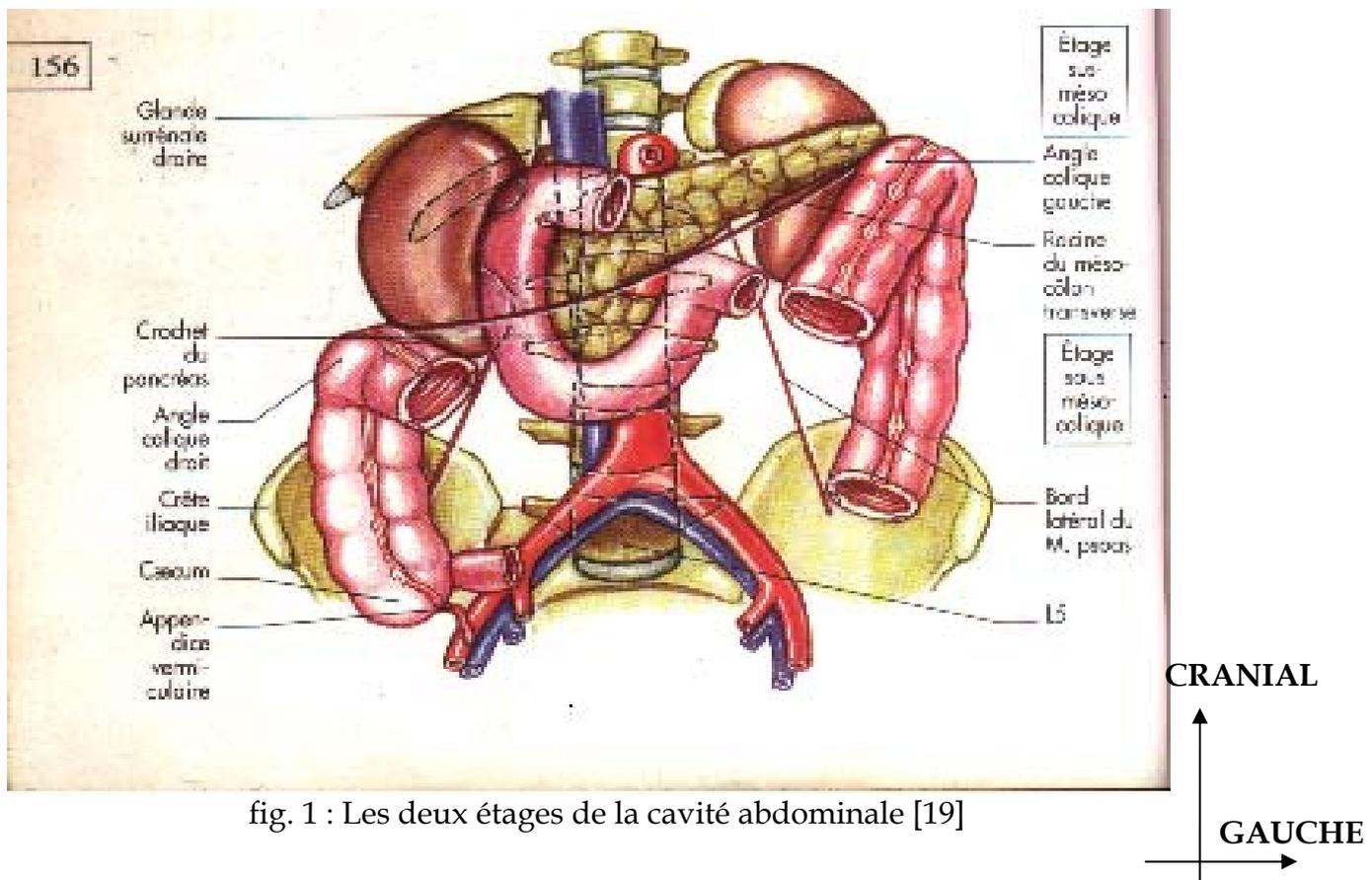


fig. 1 : Les deux étages de la cavité abdominale [19]

Ces étages de la cavité abdominale se situent en regard des régions suivantes de la paroi abdominale :

- l'étage sus-mésocolique correspond latéralement aux hypochondres droit et gauche de la paroi, au centre à la région épigastrique;
- l'étage sous-mésocolique correspond latéralement aux fosses iliaques et aux flancs droit et gauche, au centre : aux régions ombilicale et hypogastrique.

Les différentes loges péritonéales sont : (voir figure II)

- A l'étage sus-mésocolique :

-La **loge sous-phrénique droite** comprise entre la face supérieure du foie, et la coupole diaphragmatique droite. Elle est divisée en deux par le ligament falciforme du foie.

-La **loge sous-phrénique gauche**, comprise entre la coupole diaphragmatique gauche en haut, l'estomac en dedans et la rate en bas.

-La **poche retro-gastrique** (ou arrière cavité des épiploons).

-L'**espace sous-hépatique** décrit par les radiologues sous le nom de loge de Morrison.

- Dans l'espace sous-mésocolique :

les **gouttières pariéto-coliques droite et gauche** comprises entre le colon(ascendant à droite, descendant à gauche) et la paroi latérale de l'abdomen.

De part et d'autre de la racine du mésentère une **loge supra- mésentérique** entre le mésentère et le mésocolon ascendant et une **loge infra- mésentérique** entre le mésentère et le mésocolon descendant :le **cul de sac recto-génital (Douglas)**.

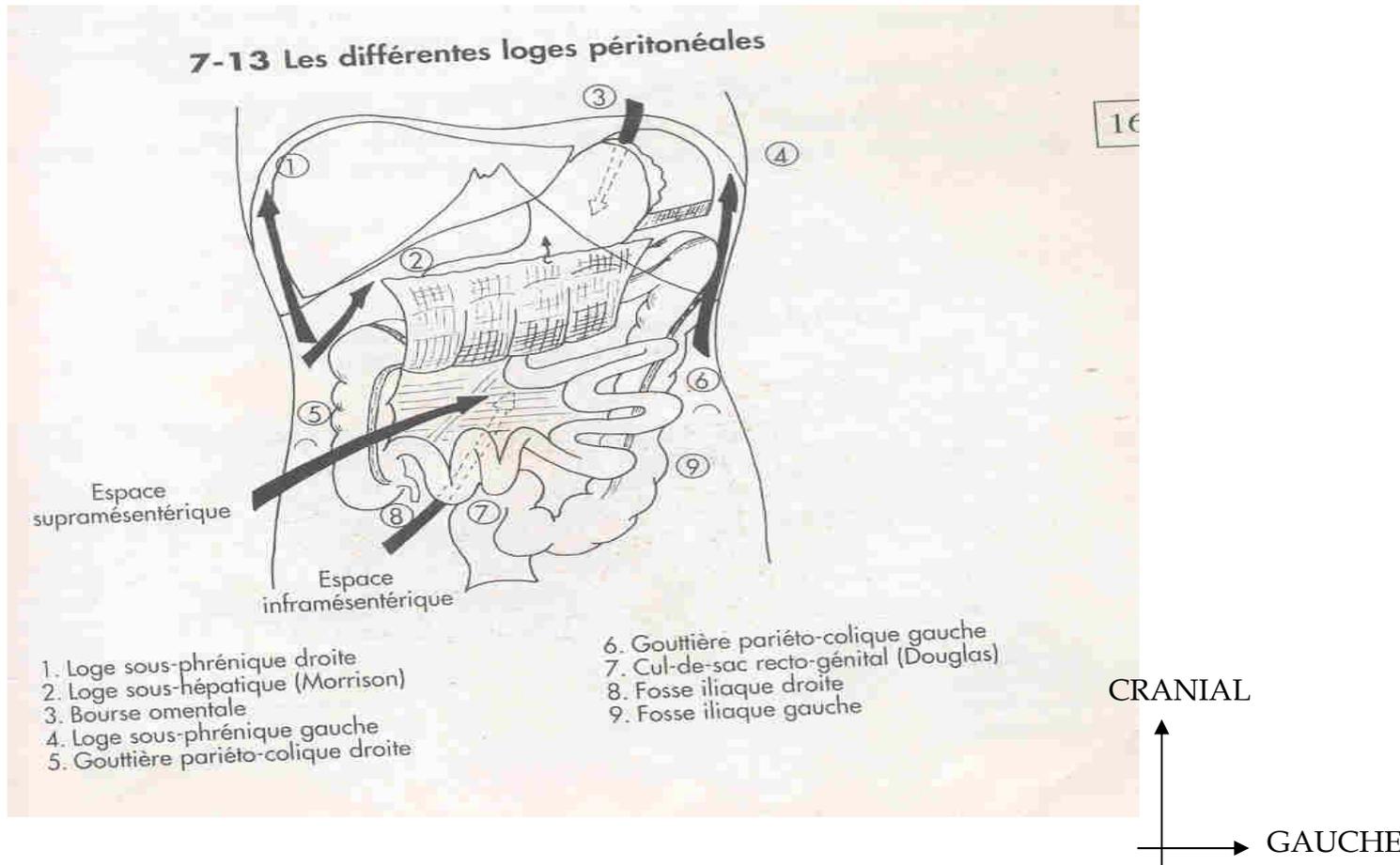


Fig. II : Les différentes loges péritonéales [19] P162.

2-1-1- PHYSIOLOGIE :

La surface occupée par le péritoine est importante. Elle est de l'ordre de celle de la peau : environ 2m² chez l'adulte.

La séreuse péritonéale se comporte comme une membrane semi perméable animée de deux mouvements liquidiens de sécrétion et d'absorption. Ces phénomènes osmotiques sont dits « passifs ».

A ce premier mécanisme d'échange liquidien s'ajoute un drainage lymphatique dit « actif » rendu possible par le mouvement des fluides dans la cavité péritonéale.

2-1-2 La Voie passive de Sécrétion-Absorption

2-1-2-1 Sécrétion :

L'espace virtuel limité par les deux feuillets péritonéaux est recouvert par une sérosité liquidiennne (50 à 100 cm³) qui est continuellement renouvelée. La composition chimique de cette sérosité est proche du sérum sanguin. Elle contient

des protéines (entre 50 et 70 g/l), quelques cellules de type leucocytaire ou histiocytaire (300 par ml) représentées par des lymphocytes (50%), des macrophages (40%), quelques éosinophiles et de rares cellules mésothéliales. Cette sérosité régulièrement répartie, joue pour les deux feuillets péritonéaux le rôle d'une bourse séreuse de glissement [14 ; 16]

2-1-2-2 Absorption :

L'absorption serait maximum au-dessus du foie et nulle au niveau du Douglas [14 ; 16]. Ce mouvement liquidien du péritoine vers les capillaires explique la possibilité de passage des germes dans la circulation sanguine (fréquence des bactériémies dans les péritonites).

2-1-2-3 Mouvements des fluides péritonéaux et Voie active

2-1-2-4 Mouvements des fluides

Le mouvement des fluides intra péritonéaux se fait selon deux directions : de haut en bas et de bas en haut [14 ; 16]. (Voir fig. III)

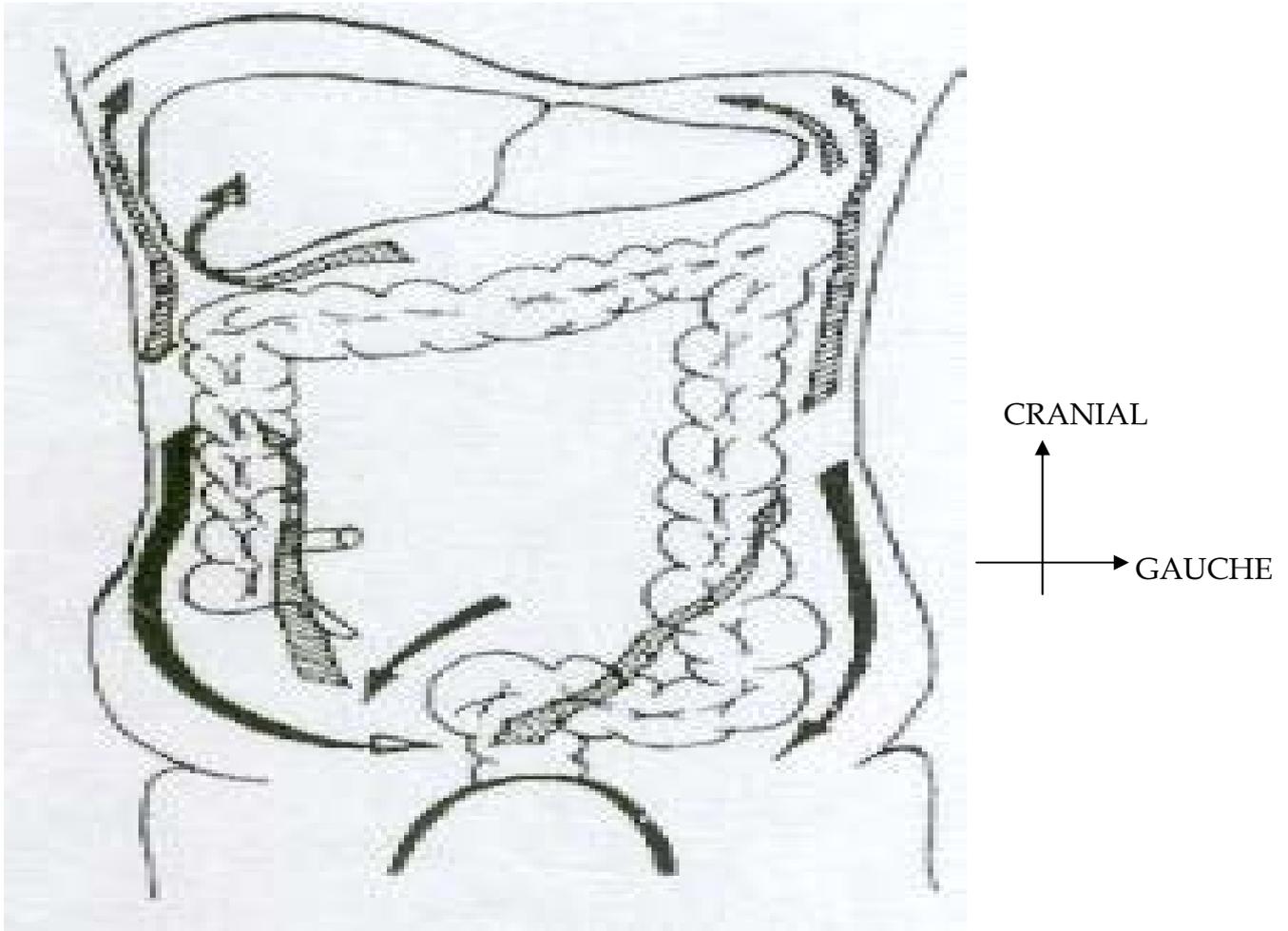


Fig. III : Mouvements des fluides intra-péritonéaux

les flèches en plein indiquent le mouvement en direction du cul-de-sac Douglas ; les flèches en pointillé indiquent le mouvement ascendant vers les coupes diaphragmatiques et les fenêtres lymphatiques (in EMC).

Le premier mouvement de haut en bas, draine les espaces supérieurs vers la cavité pelvienne. Il est quantitativement peu important, mais explique certaines collections du cul-de-sac de Douglas compliquant une pathologie sus-mésocolique ou habituellement les pathologies sous-mésocoliques.

Le mouvement de bas en haut est quantitativement plus important. Il fait remonter, aussi bien en position couchée que debout, les liquides depuis l'excavation pelvienne et l'espace sous-mésocolique jusqu'aux espaces sous diaphragmatiques par le chemin des gouttières pariéto-coliques ; essentiellement la gouttière droite, la gauche pouvant être cloisonnée par le ligament phrénico-colique. Il se fait sous l'effet d'un gradient de pression des hautes vers les basses pressions. En effet, en position

debout, la pression intra péritonéale est de 20cm d'eau dans l'étage sous-mésocolique alors qu'elle est de 8cm dans l'étage sus-mésocolique.

C'est ce mouvement de bas en haut qui explique le drainage lymphatique actif de la cavité péritonéale. Il explique également la possibilité d'abcès sous phrénique compliquant une pathologie infectieuse née en sous-mésocolique [14 ; 16]

2-1-2-5 Drainage lymphatique actif

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

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

- une phase expiratoire marquée par l'afflux de liquide péritonéal au travers des fenêtres mésothéliales juxta-diaphragmatiques qui restent ouvertes dans les lacunes lymphatiques collectrices ;
- une phase inspiratoire marquée par l'éjection-vidange des lymphatiques diaphragmatiques vers les collecteurs thoraciques sous l'effet du gradient de pression abdomino-thoracique.

2-2 PHYSIOPATHOLOGIE: [20]

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

➤ PERITONITES DITES « PRIMITIVES »

Rares, elles correspondent aux infections de la cavité péritonéale qui surviennent en l'absence de foyer infectieux primaire intra abdominal ou de solution de continuité du tube digestif. La contamination péritonéale se fait par voie hématogène au cours d'une bactériémie. Ce mécanisme n'est probablement pas le seul au cours des péritonites tuberculeuses (aujourd'hui exceptionnelles), ni dans les infections d'ascite du cirrhotique (qui présentent l'étiologie la plus fréquente dans ce groupe) : la stase splanchnique pouvant favoriser le passage transmural des bactéries depuis la lumière digestive.

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

➤ **PERITONITES DITES « SECONDAIRES »**

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

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

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

Les conséquences locales et générales sont d'autant plus graves que l'inoculation bactérienne est virulente, abondante et surtout prolongée. Localement, l'inflammation produit une fuite plasmatique importante dans la cavité péritonéale, dans le tissu conjonctif de la séreuse et dans la lumière du tube digestif en état d'iléus paralytique : c'est le «3^e secteur » qui peut atteindre 4 à 6 litres par jour. L'augmentation de l'absorption séreuse provoque une diffusion des toxines et des bactéries dans la circulation générale pouvant retentir sur toutes les fonctions de

l'organisme : défaillances cardio-circulatoire, respiratoire, rénale, digestive, hépatique et/ou neurologique. On parle ainsi de «péritonite grave».

2-2-1 Retentissement Viscéral :

- ✓ **L'insuffisance rénale** : est d'abord fonctionnelle (oligurie en rapport avec la baisse du débit artériel), puis lésionnelle (ischémie prolongée, toxines bactériennes) avec un débit urinaire chez l'adulte égal ou inférieur à 20 ml/ heure soit moins de 500ml/24 heures. L'hyperkaliémie qu'elle entraîne est un facteur déterminant dans le mécanisme du décès.
- ✓ **La défaillance respiratoire** : peut être également précoce. Elle entre dans le cadre plus large du Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë de l'adulte (SDRA). Elle résulte de l'activation des polynucléaires neutrophiles et de leur adhésion entre eux et aux parois des endothéliums vasculaires pulmonaires. L'hypoxie qui en résulte ne peut être corrigée par la simple administration d'oxygène. Elle exige une ventilation assistée avec pressions positives expiratoires. La rétention de CO₂ majore l'acidose qui résulte de la glycolyse en anaérobie. L'installation de tel syndrome qui complique 40 à 60% des chocs septiques [18], aggrave considérablement le pronostic [16 ; 18 ; 19].
- ✓ **L'impact hématologique** : est également d'origine toxique. La première perturbation est une Coagulation Intra-vasculaire Disséminée (CIVD) avec consommation des facteurs de l'hémostase et tendance hémorragique ; une hypoplaquettose autour de 30.000/mm³ en est le témoin ultime. La toxicité hématologique se signale également par une hyper leucocytose (supérieure à 30.000/mm³) ou une hypoleucocytose (inférieure à 2500/mm³). Le taux d'hémoglobine tend également à s'abaisser ; il constitue un facteur pronostique important lorsqu'il se situe en dessous de 8g/100ml.
- ✓ **La défaillance hépatique** : (par ischémie prolongée, effets toxiques de la pullulation microbienne intraluminaire) se traduit par un ictère et une chute des facteurs de coagulation, ce qui majore la tendance hémorragique.
- ✓ **La défaillance cardio-circulatoire** : est poly factorielle et terminale (tachycardie prolongée avec métabolisme en hypoxie, acidose métabolique, hyperkaliémie par insuffisance rénale, effets inotropes négatifs des toxines

bactériennes, hypertension artérielle pulmonaire par SDRA.....).Son expression clinique est une hypotension artérielle à pression veineuse centrale élevée, la bradycardie est un signe terminal.

- ✓ **La traduction cérébrale** : résulte du cumul de l'ensemble de ces facteurs pathogènes. On l'évalue à l'aide du Score de Glasgow, un chiffre égal ou inférieur à 6 témoigne d'une situation terminale, pratiquement irréversible.

2-2-2 Facteurs pronostiques globaux :

Plusieurs facteurs ou situations sont reconnus dans la littérature comme signes de mauvais pronostic [19] :

2-2-2-1 La durée de l'inoculation péritonéale avant l'intervention thérapeutique est le plus simple à apprécier. Le taux de mortalité augmenterait au delà de 12 heures d'évolution en raison d'une diffusion générale toxi-infectieuse.

2-2-2-2 La survenue d'une complication évolutive de type syndrome hémorragique, choc septique, insuffisance rénale aiguë et/ou insuffisance respiratoire est également prise en compte. S'il existe 1,2 ou 3 de ces complications, le taux de mortalité varierait de 33, 66 ou 100% [18 ; 20].

2-2-2-3 L'âge : non pas en tant que tel, mais en relation avec le site d'une perforation digestive est un indicateur important. En effet, plus l'âge augmente, plus la perforation est distale et plus la mortalité est élevée [18 ; 24 ;22 ;24 ;25 ;26]

2-3 RAPPEL CLINIQUE : [27]

2-3-1 Type de description : Péritonite aiguë généralisée en péritoine libre de l'adulte de moins de 12h.

2-3-1-1 Signes cliniques :

Le diagnostic est clinique associant :

- ❖ Une douleur constante, brutale, très intense, d'emblée maximale, rapidement généralisée.
- ❖ Des vomissements alimentaires, puis bilieux, répétés, quasi constants parfois remplacés par des nausées
- ❖ Des troubles du transit :
 - Arrêt des matières et des gaz
 - Parfois diarrhée

- ❖ la fièvre
 - habituellement élevée 39°-40°c sauf dans les perforations d'ulcère duodénal où au début la température est normale.
- ❖ l'état général est conservé au début mais
 - le sujet est anxieux
 - le pouls est filant et rapide

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

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

2.3.1.2 Signes para cliniques :

Les examens complémentaires sont un élément d'appoint :

2.3.1.2.1 La Radiographie de l'abdomen sans préparation :

- Face debout prenant les 2 coupoles diaphragmatiques et le bassin.
- Face couché.
- Profil couché.

2.3.1.2.1.1 Signes en rapport avec la péritonite :

- épanchement péritonéal

- grisaille diffuse
- Décollement pariétal du colon
- Anses grêles cernées
- Iléus réflexe : distension gazeuse du grêle et du colon avec des niveaux hydroaériques.

2.3.1.2.1.2 Signes orientant vers une autre étiologie :

- le pneumopéritoine :

- Croissant gazeux clair, inter hépato-diaphragmatique et sous diaphragmatique gauche, de taille variable sur les clichés debout
- Sur le profil couché : clarté gazeuse sous pariétale
 - Lithiasevésiculaire radio opaque

2.3.1.2.1.3 Autres examens complémentaires :

Ils ne sont nécessaires que dans les cas où le diagnostic de péritonite est difficile.

Echographie Abdominale :

- peut confirmer le diagnostic d'épanchement intra péritonéal ;
- dans les péritonites biliaires, elle peut retrouver des signes de cholécystites aiguës lithiasiques.
- Dans les péritonites génitales, elle peut retrouver des images de pyosalpinx.

Lavage opaque aux hydrosolubles :

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

2.3.1.2.1.4 Examens complémentaires du bilan préopératoire :

- Groupe sanguin et rhésus
- NFS (Numération Formule Sanguine)
- Ionogramme sanguin, urée, glycémie, créatinémie
- Crase sanguine
- ECG (Electrocardiogramme)
- Radiographie pulmonaire

2-3-1-3 Autres Formes cliniques :

2-3-1-3-1 Formes frustes :

Perforations chez des patients sous corticoïdes, chez les hémodialysés chroniques :leur diagnostic est radiologique s'il existe un pneumopéritoine.

Au maximum, ces formes latentes sont révélées par un abcès sous phrénique.

2-3-1-3-2 Forme dite « asthénique » :

Ce tableau est fréquent chez les sujets âgés et les sujets immunodéprimés et aussi dans les péritonites par perforation colique. Le diagnostic est évoqué devant le contraste entre la gravité des signes généraux (choc toxi-infectieux)

et la pauvreté des signes locaux (abdomen peu douloureux, météorisme abdominal, absence de contracture)

C'est devant ces tableaux que prend toute leur valeur :

- les examens cliniques répétés
- les examens complémentaires

2-3-3 DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Il repose sur :

- l'interrogatoire
- le terrain (âge, sexe)
- les antécédents
- l'examen clinique
- le pneumopéritoine.

On distingue les péritonites par perforations :

- d'un viscère creux : estomac, duodénum, grêle, colon,
- d'une collection abcédée : pyocholécystite, abcès appendiculaire, pyosalpinx.

2-3-3-1 Péritonite par perforation d'ulcère gastro duodéal :

Dans la forme typique le diagnostic est facile :

- à l'interrogatoire : ulcère connu
- antécédents douloureux épigastriques
- notion de prise de médicaments

Parfois la perforation est révélatrice :

- maximum épigastrique de la symptomatologie ;
- absence de fièvre au début ;
- pneumopéritoine.

Plus difficile est le diagnostic :

- le pneumopéritoine est absent dans 30% des cas
- formes frustes : perforations au cours des traitements par les corticoïdes (valeur du pneumopéritoine).
- perforations couvertes : bouchées par un organe de voisinage (foie, épiploon).
Après un début souvent typique, les signes régressent en quelques heures avec cependant persistance d'une douleur provoquée épigastrique,

- perforations dans l'arrière cavité des épiploons. A la radiographie d'abdomen sans préparation : on peut retrouver sur un cliché de profil une bulle claire rétro-gastrique.

2-3-3-2 Péritonites par perforation du grêle :

Les causes les plus fréquentes sont :

- la nécrose d'anse grêle par strangulation : bride, volvulus, invagination, perforation d'un diverticule de Meckel
- infarctus du mésentère

2-3-3-3 Péritonites par perforation colique :

Les deux étiologies les plus fréquentes sont :

- Diverticulite colique
- Cancer colique.

Diverticulite colique :

la perforation siège habituellement sur le sigmoïde ; on a

- soit une péritonite stercorale lorsque l'abcès diverticulaire communique encore avec la lumière colique ;
- soit une péritonite purulente par rupture d'un volumineux abcès péri sigmoidien.

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

Cancer colique :

- soit on a une perforation tumorale, favorisée par l'infection péritonéale, le siège est généralement sigmoidien ;

- soit on a une perforation diastatique secondaire à la distension colique d'amont, habituellement le cæcum. Ce sont des ruptures au niveau d'une zone de nécrose ischémique.

Ces péritonites coliques sont caractérisées par :

- le début des signes dans la région hypogastrique
- les signes infectieux :
- Fréquence des formes asthéniques chez les sujets âgés

- Pneumopéritoine énorme en cas de perforation diastatique

Les autres causes de péritonites par perforations coliques :

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

- Perforations iatrogènes : au cours des coloscopies surtout en cas de polypectomie , au cours d'un lavement baryté (baryto péritonite gravissime).

- Perforations en amont d'un fécalome

2-3-3-4 La péritonite appendiculaire : la plus fréquente

En sa faveur :

- âge jeune
- prédominance des signes dans la fosse iliaque droite ;
- absence de cicatrice au point Mac Burney.

2-3-3-5 Péritonites biliaires :

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

- Rarement le tableau est typique et en faveur de l'origine biliaire, on retiendra le contexte de femme âgée, souvent obèse,

- antécédents de lithiase vésiculaire ;
- début de la douleur dans l'hypochondre droit :
- signes infectieux présents :
- existence d'un ictère ou subictère
- échographie d'une grande utilité.

- Plus souvent le tableau est celui d'une péritonite biliaire localisée associant :

- un blindage sous pariétal douloureux ;
- des troubles du transit ;
- un syndrome infectieux. En l'absence de traitement, cet abcès peut se rompre dans un organe de voisinage ou dans la grande cavité péritonéale.

2-3-3-6 Péritonite génitale :

- il s'agit le plus souvent de la rupture d'un pyosalpinx(touchers pelviens, échographie) ;

- perforation utérine iatrogène au cours de l'interruption de grossesse.

2-3-4 TRAITEMENT :

2-3-4-1 Le But :

- Eradiquer le foyer infectieux
- Lutter contre l'infection et assurer l'équilibre hydroélectrolytique

2-3-4-2 Les moyens : sont médicaux et chirurgicaux

2-3-4-2-1 les moyens médicaux

2-3-4-2-1-1 la réanimation: c'est le premier temps essentiel

Elle associe :

- la rééquilibration hydro-électrolytique par perfusion de solutés avec une voie veineuse centrale permettant la mesure répétée de la pression veineuse centrale.
- la sonde naso-gastrique pour aspiration douce et continue.
- la sonde urinaire pour surveillance de la diurèse horaire.

2-3-4-2-2 L'antibiothérapie :

- précoce
- active sur les germes aérobie et anaérobie et les Gram négatifs
- adaptée aux germes retrouvés dans les différents prélèvements (pus péritonéal, hémocultures).

2-3-4-2-3 Le traitement chirurgical :

- voie d'abord large : laparotomie médiane
- prélèvements du liquide péritonéal avec recherche des germes aéro et anaérobie.
- exploration complète de toute la cavité abdominale.
- traitement de la lésion causale
 - *exérèse de la lésion chaque fois que c'est possible
 - *absence de suture en milieu septique (entérostomies)
- vidange rétrograde du grêle dans l'estomac qui est aspiré
- ablation des fausses membranes
- toilette péritonéale
 - * abondante (10 à 12 L)
 - * au sérum physiologique
 - * jusqu'à ce que la cavité abdominale soit propre(gouttières, Douglas)

- drainage de la cavité péritonéale

III-Méthodologie

1- Type et durée d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective qui s'est déroulée sur une période de 2 ans allant du Janvier 2011 à Décembre 2012.

2- Cadre de l'étude:

Cette étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du Centre de Santé de Référence de la Commune I du District de Bamako (Mali).

a-Situation géographique :

Situé à Korofina Nord près de la mairie de la commune I, le CSRéf est l'un des centres de référence les plus animés du district de Bamako. Sa capacité d'accueil est de 42 lits. Il comprend les services techniques suivants : chirurgie générale, médecine interne, pédiatrie, gynécologie, Ophtalmologie, Odontostomatologie, L'Oto-rhino-laryngologie (ORL), anesthésie-réanimation, le laboratoire d'analyses médicales, service social, USAC, la pharmacie, morgue et administration du centre.

b- Les locaux

Le service de chirurgie comporte deux bureaux, une salle de soins, un bloc opératoire et 1 salle d'hospitalisation contenant 7 lits une salle de petites chirurgies.

c- Le personnel

Le personnel soignant est composé de deux chirurgiens, de 5 infirmiers, d'étudiants de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie en année de thèse, de stagiaires de cette même Faculté, de stagiaires infirmiers et de techniciens de surface.

d- Activités :

Les consultations externes ont lieu tous les jours.

Une visite quotidienne était dirigée par le chirurgien.

Les hospitalisations se faisaient tous les jours.

Le programme opératoire était exécuté tous les lundis, Mardis, et Jeudis.

Les étudiants en année de thèse étaient répartis de telle sorte qu'ils faisaient la rotation entre le bloc opératoire, la consultation chirurgicale externe et l'hospitalisation.

4- Matériels et Méthodes :

4-1- Matériels :

4-1-1-Echantillonnage

Tous les patients ont été recrutés en urgence dans le service de chirurgie générale au Centre de Santé de Référence de Commune I.

Un questionnaire établi a permis de recueillir les renseignements nécessaires de chaque patient.

Nous avons recensé 45 cas. 40 dossiers étaient exploitables et complets 5 dossiers n'ont pas été retenus.

Pour évaluer la douleur nous avons utilisé l'échelle visuelle simple. (EVS)

- Critères d'inclusion:

Tous les patients qui ont été admis au service de chirurgie générale pour péritonite aiguë dont le diagnostic a été confirmé en peropératoire ont été inclus dans l'étude.

-critères de non inclusion.

N'ont pas été inclus dans cette étude :

- Les patients dont les examens cliniques et para cliniques n'ont pas permis de déceler de signes en faveur d'une péritonite.
- Patients opérées pour une autre indication que la péritonite généralisée.
- Les patients opérés pour péritonite localisée.

4-1-2 Méthode

4-1-2-1 La phase de conception et de confection de la fiche d'enquête s'est déroulée comme suite :

- L'établissement de la fiche d'enquête a duré un mois car c'était une première dans une structure de 2^{ème} échelon.

Elle comporte des variables réparties en:

- une partie administrative, précisant l'état civil et l'adresse du malade.
- Paramètres cliniques et para cliniques (Signes fonctionnels, signes physiques, examens complémentaires).
- Suites opératoires à court et moyen termes.
- Coût de la prise en charge.
- une partie concernant le malade.

4-1-2-2-Support :

4-1-2-3 La phase de collecte des données:

Les données ont été collectées à partir des dossiers, les registres de consultation et les registres de comptes-rendus opératoires de la chirurgie générale. Chaque malade avait un dossier dans lequel ont été portées toutes les données administratives et cliniques, les diagnostics retenus et les traitements reçus.

4-1-2-4 La fiche d'enquête : Elle a comporté des variables réparties en :

-Données administratives : âge, sexe, principale activité, nationalité, ethnie, durée d'hospitalisation.

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

-Suites opératoires à court et moyen termes.

4-1-2-5 Saisie et analyse des données.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur EPI info3.5. Pour les comparaisons statistiques, nous avons utilisés le test khi2 de Fisher avec comme valeur significative P inférieur à 0,05.

IV Résultats.

Durant notre période d'étude nous avons effectué 2118 consultations ordinaires

831 patients ont été hospitalisés.

242 patients ont été admis en urgence.

341 patients ont été opérés.

Les péritonites aiguës généralisées (N=40 patients) représentaient une fréquence de 1,8% des consultations, 4,81 % des hospitalisations, 16,52% des urgences, 11,73% des interventions chirurgicales.

IV-1 Données socio-démocratiques

Tableau I : Répartition des patients selon le nombre d'intervention par année

Année	Effectif	Pourcentage
2011	17	42,5%
2012	23	57,5%
Total	40	100%

57,5% des patients ont été opérés en 2012.

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

Age(en année)	Effectif	Pourcentage
[14-25]	20	50%
] 26-35]	8	20%
] 36-45]	5	12,5%
] 46-55]	4	10%
[56 et plus [3	07,5%
Total	40	100%

La tranche d'âge de 14 ans à 25 ans était la plus représentée avec 50 % des cas.

L'âge moyen était de 31 ans.

Ecart type 12,04

Les âges extrêmes étaient de 14 ans et 60 ans.

Tableau III : Répartition des patients selon le sexe

sexe	Effectif	Pourcentage
Féminin	18	45, %
Masculin	22	55, %
Total	40	100, %

Le sexe ratio était de 1,22 en faveur des hommes.

Tableau IV: Répartition des malades selon l'âge et le sexe.

AGE	SEXE		TOTAL	%
	Masculin	Féminin		
14-25 ans	12	10	22	55 %
26 à 40 ans	4	6	10	25 %
41à 60 ans	6	2	8	20 %
<i>Total</i>	22	18	40	100 %

Tableau V : Répartition des patients selon la provenance.

Provenance	Effectif	Pourcentage
Bamako	29	72,5%
Hors de Bamako	11	27,5%
Total	40	100%

72.5% de nos patients résidaient à Bamako.

Tableau VI : Répartition des patients selon la profession

La profession	Effectif	Pourcentage
ménagère	9	22,5%
Commerçant	6	15%
Eleveur	1	02,5%
Artisan	5	12,5%
cultivateur	1	02,5%
Elève	9	22,5%
Sans profession	9	22,5%
Total	40	100%

Les ménagères représentaient 22,5% des cas.

Tableau VII : Répartition des patients selon la nationalité

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Maliennne	38	95%
Non Maliennne	2	05%
Total	40	100%

Les 95% de nos patients étaient des maliens contre 5% d'étrangers.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Primaire	13	32,50%
Secondaire	3	07,50%
Supérieure	2	05,0%
Ecole coranique	1	02,5%
Non instruit(e)	21	52,5%
Total	40	100%

52,5% des patients n'étaient pas instruits.

Tableau IX : Répartition des patients selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Référé	16	40%
Urgence	22	55%
Consultation ordinaire	2	05%
Total	40	100%

55% des patients ont été reçus en urgence.

IV-2 Signes Fonctionnels.

Tableau X : Répartition des patients selon motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	36	90%
Fièvre	2	05%
Météorisme abdominal	2	05%
Total	40	100%

90% des patients ont consulté pour douleur abdominale.

Tableau XI : Répartition des patients selon le type de la douleur.

Type de la douleur	Effectif	Pourcentage
Piqûre	20	50%
Brûlure	16	40%
Torsion	2	5%
Pesanteur	1	2,5%
Ecrasement	1	2,5%
Total	40	100%

50% des douleurs étaient à type de piqûre.

Tableau XII : Répartition des patients selon le mode d'apparition de la douleur.

Mode d'apparition de la douleur	Effectif	Pourcentage
Progressive	23	57,5%
Brutale	17	42,5%
Total	40	100%

57,5% des patients avaient une douleur d'apparition progressive.

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

Irradiation de la douleur	Effectif	Pourcentage
Postérieure	4/40	10, %
Ascendante	3/40	7,5%
FID	21/40	52,5%
Péri ombilicale	39 /40	97,5%
Epigastrique	17/40	42,5%
Généralisée	40/40	100%
Sans irradiation	30/40	75, %

100% des patients avaient une douleur généralisée à tout l'abdomen.

Tableau XIV Répartition des patients selon l'évolution de la douleur.

Douleur	Effectif	Pourcentage
Permanente	29	72,5%
Intermittente	10	25,0%
Indéterminée	1	2,5%
Total	40	100%

La douleur était permanente dans 72,5% des cas.

Tableau XV : Répartition des patients selon la durée de la douleur.

Durée de la douleur	Effectif	Pourcentage
1 à 2 jours	2	05%
Supérieure à 2 jours	38	95%
Total	40	100%

La douleur avait une durée supérieure à 2 jours dans 95% des cas.

Tableau XVI : Répartition des patients selon les signes d'accompagnements.

Signes d'accompagnements	Effectif
Vomissements	34/40
Fièvre	35/40
Nausées	28/40
Constipation	1/40
Rectorragie	1/40
Sueurs froides	13/40

Les nausées, vomissements et la fièvre accompagnaient souvent la douleur.

Tableau XVII : Répartition des patients selon le facteur déclenchant la douleur.

Facteur déclenchant	Effectif	Pourcentage
Repas	2	5%
Faim	1	2,5%
Stress	4	10%
Effort	2	5%
Néant	31	77,5%
Total	40	100%

77,5% des patients n'avaient pas de facteurs déclenchant de la douleur.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le facteur d'accalmie

Facteur d'accalmie	Effectif	Pourcentage
Néant	20	50,0%
Médicament	13	32,5%
Vomissements	7	17,5%
Total	40	100%

La douleur était calmée par les médicaments dans 32,5% de cas (Paracétamol, Norvalgin, Tramadis ,Diclofenac etc...)

Tableau XIX : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.

ATCD médicaux	Effectif	Pourcentage
Gastro-entérite	3	7.5%
H.T.A	1	02,5%
Total	5	12,5%

7,5% de nos patients avaient un antécédent de gastroentérite.

5% des patients étaient hypertendus.

Tableaux XX : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédent chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
oui	3	7,5%
Non	37	92,5%
Total	40	100%

7,5 % de nos patients avaient été déjà opérés.

Les antécédents chirurgicaux étaient :

- hernie inguinoscrotale droite non étranglée.
- Appendicite aigue.
- adénome de la prostate.

IV-3 Examen Général

Tableau XXII : Répartition des patients selon l'état de conscience a l'examen clinique.

conscience	Effectif	Pourcentage
Normale	38	95,00%
Agitée	2	05,0%
Total	40	100%

90% des cas la conscience était bonne.

Tableau XXIII : Répartition des patients selon Le pouls.

pouls	Effectif	Pourcentage
Bradycardie	1	2,5%
Normocardie	21	52,5%
Tachycardie	18	45%
Total	40	100%

52,5% des malades avaient une normocardie entre 60 à 99 pulsation /mn.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon la température du corps

Température	Effectif	Pourcentage
Hyperthermie	20	50, %
Normo thermie	19	47,5%
Hypothermie	1	2,5%
Total	40	100%

50% de nos patients étaient hyperthermiques.

Tableau XXV : Répartition des patients selon la fréquence respiratoire.

Fréquence respiratoire	Effectif	Pourcentage
Bradypnée	1	2,5%
Normopnée	37	92 .5%
Tachypnée	2	5%
Total	40	100%

92,5% des malades avaient une fréquence respiratoire normale.

Tableau XXVI : Répartition des patients selon la coloration des conjonctives.

Coloration des conjonctives	Effectif	Pourcentage
Colorées	36	90%
Moyennement colorées	3	7,5%
Pâles	1	2,5%
Total	40	100%

90% avaient des conjonctives colorées.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon l'état de la langue.

Langue	Effectif	Pourcentage
Propre	20	50%
Saburrale	20	50%
Total	40	100%

La langue était propre dans 50% des cas

IV- 4Examen Physique

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon les signes physiques.

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Douglas bombé et douloureux (TR)	38/40	95%
Contracture généralisée	39/40	97,5%
Douleur à la palpation	35/40	87,5%
Diminution de la respiration abdominale	37/40	80%
Silence abdominal	30/40	75%
Météorisme abdominal	5/40	12,5%
Matité anormale	38/40	95%
Défense localisée	30/40	87,5%
Tympanisme	2/40	5%
Cri de l'ombilic	39/40	97%
Toucher vaginal douloureux	15/18	37,5%
Masse abdominale	2/40	5%
Leucorrhées fétides (TV)	15/40	37,5%

IV- 5Examens Complémentaires

Tableau XXIX : Répartition des patients selon les résultats de l'échographie.

Résultats d'échographie	Effectif	Pourcentage
aspect en faveur d'une péritonite aigue	4	10%
aspect évoquant une appendicite aigue faite le même jour	1 2,5	
distension des anses digestives compatible avec un syndrome occlusif		2,5%
distension hydro-aérique des anses.	1	2,5%
Épanchement de moyenne abondance dans la gouttière pariéto-colique	1	2,5%
Épanchement péritonéale hypoéchogène et hétérogène compatible avec une péritonite	1	2,5%
masse hypoéchogène figée de la FID	1	2,5%
Kyste ovarien droit	1	2,5%
Perforation appendiculaire	1	2,5%
Agglutination des anses dans la fosse iliaque droite avec un épanchement péritonéal	1	5%
Signes évocateurs d'une colopathie fonctionnelle	1	2,5%
Suspicion d'abcès appendiculaire	1	2,5%
Epanchement péritonéal de moyenne abondance avec un iléus intestinal	1	2,5%
Total	16	40%

Au moins une échographie a été réalisée chez 40% de nos patients.

Tableau XXX : Répartition des malades selon les résultats de la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP).

Résultats de l'ASP	Effectif	Pourcentage
Niveaux Hydroaériques	3	07,5%
Grisaille diffuse	1	02,5%
Total	4	10%

L'ASP a été réalisé dans 10% des cas.

Tableau XXXI : Répartition des malades selon les résultats de la bactériologie.

Résultats de la bactériologie	Effectif	Pourcentage
Présence de germes	5	12,5%
Absence de germes	2	05 %
Total	7	17,5 %

Les germes rencontrés ont été les suivants : E Coli ; Klebsiella, P. aeruginosa

NB : La Biopsie a été réalisée chez un patient, l'examen anatomopathologique révéla la présence BAAR.

TableauXXXII : Répartition des malades selon la classification ASA (American Society of Anesthesiologist)

ASA	Effectif	Pourcentage
ASAI	38	95%
ASAI	2	5%
Total	40	100%

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le type d'anesthésie.

type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage
Anesthésie générale	40	100%
Total	40	100%

Tous nos patients ont été opérés sous anesthésie générale avec intubation oro-trachéale (I O T).

Les produits utilisés étaient :

- Kétamine
- Diazépam
- Atropine
- curares
- Antalgique

IV-6 Diagnostic

Tableaux XXXIV : Répartition des patients selon le diagnostic per-opératoire

Diagnostic per-opératoire	Effectifs	Pourcentage
Péritonite d'origine gynécologique	9	22.5%
Perforation appendiculaire	21	52.5%
Péritonite par perforation intestinale	4	10.0%
Perforation gastrique	5	12,5%
Péritonite d'origine tuberculeuse	1	2.5%
Total	40	100%

52,5 % des cas représentaient les péritonites par perforation appendiculaire.

IV-7 Traitement

Tableau XXXV : Répartition des patients selon le type d'incision.

Type d'incision	Effectif	Pourcentage
Médiane sus et sous ombilicale	19	47,50%
Médiane sous ombilicale	21	52,50%
Total	40	100%

L'incision médiane sous ombilicale a été réalisée dans 52,5% des cas.

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon la nature du liquide péritonéal.

Nature du liquide péritonéale	Effectif	Pourcentage
pus	35	87,5%
selles	4	10%
Granulome tuberculeuse	1	2,5%
Total	40	100%

Dans 87,5% des cas le liquide péritonéal était du pus.

Tableau XXXVII : Répartition des patients selon la technique chirurgicale.

Technique chirurgicale	Effectif	Pourcentage
Appendicectomie	21/40	52.5%
Iléostomie	2/40	10%
Ravivement et suture des berges	14/40	35%
Anastomose-termino-terminale	4/40	10%

Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon le siège du drain.

Siège du drain	Effectif	Pourcentage
Sous hépatique	3/40	7,5%
Gouttières pariéto-coliques	39/40	97,5%
Douglas	40/40	100%
Total		

Le drain a été placé dans le cul de sac de douglas et dans la gouttière pariéto-colique dans respectivement 100% et 97,5% des cas.

Tableau XXXIX : Répartition des patients selon le traitement médical postopératoire.

Traitement médical post-opératoire	Effectif	Pourcentage
Antibiotique	40/40	100%
Réhydratation	38/40	95%
Antalgique	40/40	100%

Les Antibiotiques utilisés étaient ceftriaxone 1g, metronidazole perfusion, ciprofloxacine perfusion et gentamicine injectable.

NB. Les Antituberculeux ont été associés aux antibiotiques pour la péritonite d'origine tuberculeuse.

Le sérum salé 0,9%, ringer lactate, sérum glucosé 5% ont été utilisés pour la réhydratation. Un malade a été transfusé.

IV-8PRONOSTIC

Tableau XL : Répartition des patients selon le score de MANNHEIM.

MPI	Effectif	Pourcentage
<26	32	95,0%
>26	2	5,0%
Total	40	100,0%

Le score de Mannheim évalue le pronostic des péritonites aiguës.

Il varie de 0 à 47, la mortalité est élevée lorsqu'il est >26.

Le score moyen a été de 24 avec des extrêmes allant de 16 à 34

Le score n'était pas favorable dans 5% des cas.

Tableau XLI : Répartition des patients selon les suites opératoires précoces (1 semaine).

Suites opératoires Précoces (1 semaine)	Effectif	Pourcentage
Cicatrisées	35	87,5%
Décès	1	2,5%
Suppuration pariétale	4	10%
Total	40	100%

Une suppuration pariétale est survenue dans 10% des cas.

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

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
0-3 jours	6	15%
1-2 semaines	2	5%
4-7 jours	32	80%
Total	40	100%

80% de nos patients ont été hospitalisés pendant 4 à 7 jours.

Les Suites opératoires tardives (1 mois et plus) ont été simples dans 97,5% des cas.

Tableau XLIII : Répartition des patients selon le mode de suivi.

Mode de suivi	Effectif	Pourcentage
Ambulatoire	13	32,5%
Sur rendez-vous	25	62,5%
Vu à domicile	2	5%
Total	40	100%

Les 62,5% de nos malades ont été vus sur rendez-vous au CSRéf CI.

Tableau XLIV : Répartition des malades selon l'âge et le diagnostic per-opératoire.

Diagnostic Per- pératoire Age	Perforation	Perforation	Perforation	Perforation	Péritonite	Total
	Appendiculaire	gynécologique	intestinale	Gastrique	tuberculeuse	
14-25ans	14(35%)	8(20%)	4(10%)	-	-	26(65%)
26-40ans	4(10%)	1(2,5%)	-	3(7,5%)	1(2,5%)	9(22,5%)
41-60ans	3(7,5%)	-	-	2(5%)	-	5(12,5%)
Total	21(52,5%)	9(22,5%)	4(10%)	5(12,5%)	1(2,5%)	40(100%)

Chi² df Probabilité

39,2232 36 0,3274

Une valeur attendue est < 5. Chi-Carré non valide

Tableau XLVI: Répartition des malades selon l'âge et les suites opératoires

<i>Age</i> Suites opératoires	14à25ans	26à40 ans	41à60ans	Total
Simple	25(62,5%)	8(20%)	2(5%)	35(87,5%)
Abcès de paroi	1(2,5%)	1(2,5%)	2(2,5%)	4 (10 %)
Fistule	-	-	-	-
Digestive				
Occlusion	-	-	-	
Eviscération	-		-	
Décès	-	-	1(2,5%)	1 (2,5%)
Total	26(65%)	9(22,5%)	5(12,5 %)	40(100%)

Chi-quarré 49,8148

Probabilité = 0,4010

Tableau XLVII : Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation et le diagnostic per-opératoire

Durée d'hospitalisation	1 à 3 jours	4 à 7 jours	Plus d'une semaine	Total
Diagnostic per opératoire				
Perforation Appendiculaire	-	15 (37,5%)	6 (15%)	21 (52,5%)
Perforation intestinale	-	1 (2,5%)	3 (7,5%)	4 (10%)
Perforation Gastrique	-	-	5 (12,5%)	5(12,5%)
Péritonite gynécologique	-	7(17,5%)	2(5%)	9 (22,5%)
Péritonite tuberculeuse	1 (2,5%)	-	-	1(2,5%)
Total	1 (2,5%)	23(57,5%)	16 (40%)	40 (100%)

Chi-quarré df Probabilité
2,5008 4 0,6445

Une valeur attendue est < 5. Chi-Carré non valide

Tableau XLVIII : Répartition des malades selon le sexe et les suites opératoires

Sexe <i>Suites</i> opératoires	Masculin	Féminin	Total
Simple	20(50%)	15(37,5)	35(87,5)
Abcès de la paroi	1(2,5%)	3(2,5%)	4 (10%)
Fistule digestive	-	-	-
Occlusion	-	-	-
Eviscération	-	-	-
Décès	1 (2,5%)	-	1(2,5)
Total	22(60%)	18 (40%)	40 (100%)

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

La classification des dossiers par année et par pathologie faite par le major du service nous a permis de recueillir facilement les données et de les porter sur la fiche d'enquête. Cependant nous avons été confrontés à certaines difficultés au cours de l'élaboration de ce travail :

- Certains examens complémentaires (ASP ; Echographie abdominale) n'étaient pas réalisables en urgence.
- Le pouvoir d'achat de certains patients était insuffisant pour assurer une prise en charge financière correcte.
- Des quêtes ont été souvent menées auprès du personnel soignant pour assurer la prise en charge post opératoire de certains patients.

5-1 EPIDEMIOLOGIE

5-1-1 FREQUENCE

Les péritonites aiguës généralisées occupent une place importante en pathologie abdominale d'urgence.

Tableau IXL: Fréquence des péritonites selon les auteurs.

AUTEURS	Harouna Niger 2001 [28] N = 160	Konaté H. Mali 2001 [14] N = 60	Lorand I. France 1999 [29] N = 84	Notre étude 2011-2012 N = 40
Fréquence	28.8 %	20 %	3 %	7.4 %
Tests Statistiques	KHI2 = 28.5 P = 10 ⁻⁶	KHI2=1.54 P = 0.214	KHI2=7.75 P = 0.005	

La fréquence des péritonites aiguës généralisées est élevée en Afrique (20% à 28,8%) [14 ; 28]. La fréquence des séries africaines est supérieure à celle de I. Lorand qui a eu 3% de péritonite aiguë généralisée en France [29] (P=0,005). Cette différence pourrait être liée à la fréquence élevée des maladies infectieuses et au retard de consultation en Afrique.

5-1-2 -AGE**Tableau L** : Répartition de l'âge moyen selon les auteurs.

Auteurs	Age moyen	Tests statistiques
KONATE H. Mali 2001 [14]	24ans	P = 0,67
HAROUNA Y. Niger 2001 [28]	23ans	P= 0,5
RAMACHANDRAN Inde 2004 [4]	32ans	P= 0,94
COUGARD P. France 2000 [30]	48ans	P= 0,0023
Notre série 2011-2012	30 ,10ans	

L'âge moyen dans notre étude est de 30,1 ans. Il pourrait s'expliquer par la fréquence de certaines pathologies chez le sujet jeune en Afrique (l'appendicite les ulcères gastro- duodénaux et les IST chez les femmes jeunes). Cet âge moyen est comparable à celui de KONATE .H au Mali 24ans avec (P= 0,67) [14], HAROUNA.Y au Niger 23ans (P= 0,5) [28] et de RAMACHANDRAN en Inde 32 ans (P= 0,94) [5] mais statistiquement différent de celui de COUGARD P. en France qui est de 48 ans (P=0,0023) [30].

5-1-3 Sexe :**Tableau LI** : Sexe selon les auteurs.

Auteurs	Hosoglu all [31]Turquie 2004	Dembélé B [32] Mali 2005	Doui D all [33] RCA 2008	Notre Série 2011-2012
Sexe				
Masculin	30/40	160/200	61/93	22/40
Féminin	10/40	40/200	32/93	18/40
Test statistique	P=0,62	P=0,560	P=0,672	

Plusieurs études rapportent que la péritonite survient plus fréquemment chez l'homme que la femme [31 ; 32 ; 33]. Cet aspect a été retrouvé dans notre étude bien que le sexe ne soit un facteur de risque. Le sex ratio est de 1,22 homme pour 1 femme.

Il ne diffère pas statistiquement de celui des autres auteurs : Dembélé B au Mali [32], Hosoglu en Turquie Doui D en RCA avec respectivement $p=0,56$ [31], $p=0,62$ [32], et $p=0,67$ [33].

5-2 ETUDE CLINIQUE

5-2-1 Signes Fonctionnels

Tableau LII: Répartition des principaux signes fonctionnels selon les auteurs.

<i>Auteurs</i> <i>Signes</i> Fonctionnels	Akgun Turquie 1995 [34] N = 267	SISSOKO F. Mali 2003 [35] N = 43	Kunin N. France 1991 [26] N = 216	Notre Etude 2011-2012 N = 40
Douleur abdominale	98,1 %	100 %	95 %	100 %
Ballonnement abdominal	42,3 %	66 %		37 %
Vomissements	70,4 %	34,8 %	81 %	53 %
Diarrhée	24,7 %	53,4 %	14,3 %	26 %

La fréquence des signes fonctionnels est différente selon les auteurs. Cette différence pourrait être liée aux différentes étiologies, au retard de consultation et au stade d'évolution de la maladie. La douleur abdominale reste le signe fonctionnel dominant selon plusieurs auteurs [3 ; 8 ; 27 ; 38]. La douleur a été retrouvée chez tous nos malades. La douleur intense, continue, à début brutal était le symptôme le plus constant [26 ; 34 ; 35]. Les autres caractéristiques de la douleur, comme le siège, l'irradiation et le type ont une valeur dans l'orientation diagnostique [11].

Une proportion importante de nos malades (53 %) ont eu des vomissements (alimentaires, bilieux ou fécaloïdes). Ces vomissements étaient plus fréquents avec un taux de 81 % et 70,4% dans les séries de Kunin N. en France 1991 [26] ($P = 0,006$) et de Akgun en Turquie 1995[34] ($P = 10^{-6}$). Ces vomissements traduisent l'expression de l'iléus paralytique et sont responsables en partie de la perte liquidienne entraînant la déshydratation et les troubles électrolytiques. L'arrêt des matières et des gaz peut être précoce (contemporain au syndrome douloureux) ou

tardif d'installation progressive ; parfois masqué par une fausse diarrhée réflexe [11]. Il a été surtout tardif chez 26 % de nos malades. Ce qui ne diffère pas statiquement des 22 % de SIDIBE Y. [12] ($P = 0,16$). L'arrêt des matières et des gaz apparaît lorsque la paralysie intestinale est franche. La diarrhée est parfois la manifestation initiale de l'irritation intestinale [13].

5-2-2 Signes Généraux

La rapidité de l'installation des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale [9]. La fièvre habituellement élevée dès le début (sauf au cours des perforations duodénales) a été le signe le plus fréquent chez nos malades 50 %. Ceci est comparable aux résultats d'autres auteurs [5 ; 6 ; 28].

5-2-3 Signes Physiques

TableauLIII: Comparaison des signes physiques selon les auteurs.

Auteurs Signes Physiques	KUNIN N. France 1991 [26]		SIDIBE Y. Mali 1996 [13]		Notre étude 2011-2012	
	N	%	N	%	N	%
Respiration abdominale abolie	136/216	63 %	91/140	65 %	37/40	92,5 %
Contracture	45/216	20,8 %	43/140	31 %	39/40	97,5 %
Abolition des bruits intestinaux	–	–	90/140	64 %	25/40	62,5 %
Douleur dans le Douglas	56/216	26 %	101/140	72 %	28/40	70 %

Le diagnostic des péritonites généralisées est avant tout clinique [11]. L'examen physique est le plus souvent l'élément capital dans la prise de décision thérapeutique. Lorsqu'il est réalisé de façon correcte et attentive et devant l'existence de certains signes physiques objectifs, l'examen physique peut permettre au chirurgien de se passer des examens complémentaires pour poser l'indication opératoire [9 ; 10, 11, 13 ; 26]. La contracture abdominale est le signe physique majeur [14]. Si l'examen physique est précoce, la contracture abdominale peut être localisée. A un stade avancé on a une défense généralisée [2] qui a la même signification

sémiologique [14]. Elle a été notée chez 97,5 % de nos patients. Ce taux varie entre 20,8 % et 31 % dans la littérature [6 ; 9 ; 28 ; 37]. Cette différence pourrait être liée aux étiologies et aux retards de consultation. L'immobilité de l'abdomen traduit l'attaque péritonéale. C'est un symptôme plus fréquemment rencontré [37], qui a été retrouvé chez 97,5% de nos patients. Ce taux est comparable à ceux de KONATE H au Mali 2001 (P= 0,01) [14] et de KUNIN N. en France 1991 (P= 0,0025) [26]. La douleur dans le cul de sac de Douglas au toucher rectal dont l'exploration clinique présente un intérêt diagnostique dans les syndromes péritonéaux témoigne d'une irritation péritonéale. Elle a été notée chez 70 % de nos patients, ce qui diffère statistiquement des 26% et 72 % des séries de SIDIBE Y (P=0,0003) [11] et KUNIN N (P=0,000001) [26]. Cette différence pourrait être liée aux conditions socio économiques de nos pays et au stade d'évolution de la maladie.

5-2-4 Examens Complémentaires

Les examens complémentaires (imagerie médicale, biologie) sont utiles pour dépister les causes ou les complications de la péritonite mais ne doivent pas retarder le traitement chirurgical [2].

-Imagerie médicale :

Radiographie de l'abdomen sans préparation :

Tableau LIV : Répartition en fonction des résultats de l'ASP et selon les auteurs.

<i>Auteurs</i> Résultats ASP	SIDIBE. Y Mali [13] 1996 N= 160	COUGARD P France [29] 2000 N= 419	HAROUNA Niger [28] 2001 N=160	Notre étude 2011-2012 N= 40
Pneumopéritoine	8 %	71 %	47,5 %	2,5 %
Niveaux Hydroaériques	82 %	15,8%	24 %	7,5 %

Les péritonites par perforation digestive font évacuer l'air de la poche à air gastrique qui apparaît sous forme de pneumopéritoine, visible à la radiographie sur un cliché d'ASP. Dans notre série cette radiographie a été réalisée chez 4 patients. Le pneumopéritoine a été objectivé dans 2,5 % des cas ; ce taux varie entre 8 % et 71 % dans la littérature [9 ; 21 ; 28 ; 38]. Cette différence pourrait être liée à l'étiologie. Toutefois, l'absence de pneumopéritoine n'élimine pas une perforation digestive [13 ;29] car l'organe creux peut être vide de gaz et /ou la perforation peut être obstruée par un viscère voisin. 7,5 % de nos patients avaient présenté des signes radiologiques d'occlusion intestinale (niveaux hydro-aériques).Ce résultat diffère statistiquement des 82% de SIDIBE.Y [11] MALLI, de COUGARD P en France en 1991 [29] (P=0,025) et des 24 % de HAROUNA au Niger en 2001 [28] (P=0,003). Cette différence est surtout liée à l'évolution de la maladie.

Echographie abdominale :

Réalisée chez 17 patients (dans les cas douteux, généralement avant leur admission dans le service), l'échographie a permis d'objectiver un épanchement péritonéal chez

35,29% de ces patients. Ce résultat est comparable aux 75% de SAKHRI J en Tunisie en 2000 (P=0,56) [10].

Bactériologie

Tableau LV : Principaux germes rencontrés au cours des péritonites selon les auteurs.

<i>Auteurs</i> Germes	KOUAME B. C. IVOIRE 2001 [36]	MARITANO J.Y. France 2001 [2]	Notre étude 2011-2012
E. Coli	1 ^{er}	1 ^{er}	1 ^{er}
Klebsiella	-	4 ^e	2 ^e me
Enterobacter Cloacae	4 ^e	3 ^e	-
Streptococcus	2 ^e	2 ^e	-
P. aeruginosa	3 ^e	-	3 ^e me
BAAR	-	-	4 ^e me

Le prélèvement du liquide péritonéal en per-opératoire a été systématique chez tous nos patients mais nous n'avons eu le résultat que dans 9 cas. La plupart des interventions se font la nuit et le plus souvent le week end, périodes au cours desquelles le laboratoire n'est pas ouvert. Escherichia Coli a été le germe le plus fréquemment rencontré. Ceci est conforme aux résultats de KOUAME B. de la Côte d'Ivoire en 2001 [36] et de J.Y. MARITANO en France en 2001 [2].

Classification ASA : Nos patients étaient classés I et II dans la classification ASA. Aucun de nos patients n'était classé ASA III ou IV car nous avons la possibilité de les référer à un niveau supérieur (CHU) quand l'état général du patient est altéré. Le CSRéf I ne dispose pas de service de réanimation, pour la prise en charge post opératoire des patients.

5-2-5 Traitement

Traitement médical pré opératoire

5-2-5-1 La réanimation : constitue un élément important dans la prise en charge des péritonites aiguës généralisées. Elle vise à corriger les troubles hydroélectrolytiques et hématologiques [14]. Dans notre série, cette réanimation a été brève (quelques heures avant la laparotomie) et simple (essentiellement sérums glucosé, salé isotonique, ringer lactate).

5-2-5-1 Traitement Chirurgical

5-2-5-1-1 La voie d'abord :

Les incisions les plus fréquemment utilisées ont été les incisions médianes sous ombilicale et xypho-pubienne à cheval sur l'ombilic. Le choix de ces deux voies d'abord se justifie par la nécessité de lavage et de drainage aussi larges que possibles de la cavité péritonéale [11 ; 14 ; 37].

5-2-5-1-2 Etiologies des Péritonites aiguës

Tableau LVI : Répartition des principales étiologies des péritonites aiguës selon les auteurs.

<i>Etiologies</i>	1	2	3
Auteurs			
SIDIBE Y [11] Mali 1996	Origine génitale	Appendicite	Fièvre Typhoïde
BÜHCLER [38] RFA 1997	Diverticule Colique	Ulcère Gastro- duodéal	Appendicite
HAROUNA. [28] Niger 2001	Fièvre Typhoïde	Appendicite	Ulcère duodéal Gastro-
Notre étude 2009-2012	Appendicite	Péritonite gynécologique	Ulcère Gastro- duodéal

En Europe, les principales étiologies des péritonites aiguës sont représentées par les perforations digestives (Appendicite, UGD, diverticulose intestinale, lithiase biliaire, traumatisme abdominal, et les tumeurs digestives) [8,29]. Ces mêmes pathologies sont notées dans les séries africaines [13,14] en dehors de la diverticulose intestinale. Cette pathologie est rarement diagnostiquée chez les africains. Par contre, la fièvre

typhoïde qui n'est pas fréquente en Europe mais qui est une pandémie en Afrique serait liée aux conditions d'hygiène précaires des populations africaines.

5-2-5-1-2 Technique Opératoire

Tableau LVII: Répartition des principales techniques opératoires selon les auteurs.

<i>Auteurs</i> Techniques Opératoires	COULIBALY .O S Mali 1999 [37]		NOTRE ETUDE 2011-2012	
	N =120	%	N=40	%
Suture simple	49 / 120	40,8	12/ 40	30%
Appendicectomie	29/ 120	24,1	21/ 40	52,5%
Suture- Pyloroplastie- VT	14/ 120	11 ,66	-	-
Résection-anastomose	10/ 120	8,33	4/ 200	10%
Iléostomie	1/ 120	0,83	2 /40	5%
Lavage péritonéal + Drainage avec ou sans gestes associés.	1/ 120	0,83	8/ 40	20%
<i>Autres</i>	16/10	13 ,3	-	-

L'attitude thérapeutique face à une péritonite aiguë généralisée dépend du diagnostic per-opératoire du chirurgien. L'appendicectomie a été l'acte chirurgical le plus pratiqué dans notre série soit 52,5 %. Ceci est compréhensible car les péritonites par perforation appendiculaire ont représenté l'étiologie la plus fréquente (selon le mécanisme). Notre taux est différent de celui de SIDIBE Y. 50 % ($\text{Khi}^2 = 0,28$; $P = 0,59$) [11]. L'exérèse suture des berges de la perforation est particulièrement efficace pour les perforations uniques, arrondies ou punctiformes vues tôt [38].

5-2-5-2 Traitement Médical :

5-2-5-2-1 L'antibiothérapie :

Elle a pour but de prévenir l'extension du processus infectieux en luttant contre la bactériémie. Les produits utilisés doivent être actifs sur les germes aérobie et

anaérobies les plus souvent rencontrés et avoir une bonne pénétration intra péritonéale. Souvent utilisée, l'association aminoside-imidazolé, éventuellement complétée par un bêtalactamine répond à ce schéma [14].

Dans notre série nous avons utilisé l'association (Amoxicilline metronidazole gentamicine) souvent modifiée et adaptée ultérieurement aux résultats de la bactériologie surtout en cas d'inefficacité clinique. Cette association a été utilisée par d'autres auteurs [36 ; 37] à la différence que l'Amoxicilline ait été remplacée par une céphalosporine de 3^e génération. Il est fondamental que l'administration parentérale est lieu pendant les premiers jours pour obtenir une bonne concentration péritonéale. le relais a été pris par voie enterale après la reprise du transit.

5-2-6 Evolution et Pronostic

5-2-6-1 Morbidité

Tableau LVIII : Répartition des taux de morbidité globale selon les auteurs.

<i>Auteurs</i>	Akgun Turquie 1995 [34] N = 267	Kouamé B. C. IVOIRE 2001 [36] N = 48	Alamowitch B. France 2000 [3] N = 39	Notre étude 2011-2012 N = 40
Morbidité	55,4 %	46 %	2 %	13,5 %
Tests statistiques	P= 0,000001 Khi2= 85,8	P=0,000001 Khi2= 25,5	P= 0,0004 Khi2= 12,5	

Le taux de morbidité de notre étude qui est de 13,5% diffère statistiquement des 2% d'ALAMOWITCH [3] en France. Ce ci pourrait s'expliquer par le fait que dans la série D'ALAMOWITCH tous les patients ont été opérés sous cœlioscopie. Tous nos malades ont été opérés par laparotomie, ceci est dû au faite que le centre ne dispose pas de colonne de cœlioscopie.

L'évolution post-opératoire des péritonites aiguës généralisées peut être émaillée de complications, parmi celles ci :

-La suppuration pariétale a été de loin la complication la plus fréquente avec un taux variant entre 17% et 27% dans les séries africaines [8,11 13]. Dans notre étude nous avons eu un taux de suppuration pariétale de 10%. Cette différence pourrait être liée

à la taille de l'échantillon et au stade évolutif des malades [3]. Le contexte chirurgical de la péritonite aiguë qui est une chirurgie sale (Classe IV d'Altemeier) pourrait expliquer cette fréquence élevée.

5-2-6-2 Durée d'hospitalisation :

La morbidité influence le séjour hospitalier qui a été de 11 jours en moyenne dans notre série et 8 jours dans les séries européennes [25 ; 38]. Ce séjour moyen d'hospitalisation semble être le même en coelioscopie qu'en chirurgie classique.

5-2-6-3 Mortalité

Tableau LIX : Répartition de la mortalité des péritonites selon les auteurs.

Auteurs	ONGOÏBA N. 1984 [11] Mali	SIDIBE Y. 1996 [12] Mali	COUGARD P. 2000 [29] France	Notre étude 2009-2012
Effectif	135	140	419	40
Nombre de décès	15	22	4	1
Pourcentage	11,11 %	15,7 %	1 %	2,5 %
Tests statistiques	Khi2= 5,3 P= 0,021	Khi2=12,5 P= 0,0004	P= 0,0099	

La mortalité des péritonites aiguës dépend de leur étiologie [1]. Dans les séries africaines [11 ; 12 ; 28] comme dans la nôtre, cette mortalité varie entre 11,11% et 15,7%. Ces taux sont inférieurs à celui de COUGARD P en France [29] 1 % (P = 0.035) où dominent les perforations duodénales.

Les principaux facteurs pronostics rapportés dans toutes les études africaines seraient :

- le retard dans la prise en charge lié à certaines pratiques de la médecine traditionnelle et aux erreurs diagnostiques.
- Le manque des moyens diagnostiques précoces.

Les causes du décès dans notre étude (le **choc septique**, et le **choc hypovolémique**) ont été rapportées par d'autres auteurs [6 ; 26].

VI- CONCLUSION - RECOMMANDATIONS

A- CONCLUSION :

La péritonite aigue généralisée est une affection fréquente dans les pays en développement. Elle occupe une place importante dans les urgences chirurgicales et concerne surtout les sujets jeunes. Près de 2118 malades se sont présentés en consultation, 40 ont été opérés pour péritonite aigue généralisée, 16 ont été référés, 22 reçus en urgence, ce qui pose le problème à l'organisation de la santé de première ligne (CCom, cabinet médical et autres).

Les étiologies sont multiples et variées, mais la perforation appendiculaire reste la première cause soit 21 cas sur 40 d'où la nécessité d'une étroite collaboration interdisciplinaire. Les conditions de référence ; les conditions financières constituent différents paramètres qui ont influencé le pronostic des patients référés.

La mortalité est faible et est surtout liée à la possibilité de référence aux CHU de la ville.

B-RECOMMANDATIONS :

❖ Aux populations :

- L'éviction de l'automédication et du traitement traditionnel.
- Consultation immédiate en cas de douleur abdominale.
- L'amélioration de l'hygiène individuelle et collective.

❖ Aux centres de santé de la périphérie :

- L'éviction de l'administration prolongée d'antalgique sans diagnostic de certitude.
- la préparation des malades pour une évacuation dans de bonnes conditions.
- La référence à temps opportun des patients
- La redynamisation de la caisse de solidarité du système de référence-évacuation.

❖ Au centre de santé de référence de la communeI:

- La dotation des salles de pansement des différents pavillons de chirurgie en matériels adéquats de qualité et en quantité.
- Le recrutement du personnel qualifié.

- La formation continue du personnel.
- ❖ **Aux décideurs :**
- La mise en place des moyens logistiques pour la référence-évacuation.
- La dotation du centre de santé de référence en moyens d'investigations performants et en médecins spécialistes.

BIBLIOGRAPHIE

1- PROSKE. J.M, FRANCO.D :

Péritonite aiguë ; Revue Prat (paris) 2005 : 55 : 2167-2172.

2-JEAN YM, JEAN LC :

Péritonite aiguë

Rev prat (paris) 2001; 51: 2141-2145

3- ALAMOWITCH B:

Traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé
Gastro enterol ClinBiol (Paris) 2000 ; 24 : 1012 - 17.

4-M'BIDA :

Péritonite secondaire à la rupture spontanée d'une pyonéphrose dans la grande cavité péritonéale à propos d'un cas,

Rev. Méd. De LIEGE 2005, 60 : 81-83.

5- GROSFELD JL, MOINARI-CHAET M, ENGUM SA ET AL :

Gastro-Intestinal perforation and peritonitis in infants and children
Surg (USA) 1996; 120 (4): 650 - 5.

6-RAMACHANDRAN CS, AGARWAL S:

Laparoscopic surgical management of prerogative peritonitis in enteric fever: a preliminary Study Surge New Delhi 2004; 14(3) 122-124.

7-BRUNEL. FRAISSE LECHICHE SOTTO LAPORTE :

Une péritonite sexuellement transmise. Médecine et maladie infectieuse 2008 ; 38 : 233-234 .

8- GIESSLING U, PETERSEN S, FREITAG M et AL:

Surgical management of severe peritonitis

Zentralbtchir 2002 Jull; 127(7):594-7.

9- SANOU D :

Les perforations iléales d'origine typhique : Difficulté diagnostique et thérapeutique (à propos de 239 cas) Burkina Méd 1999 ; 1(2).

10- SAKHRI J :

Traitement des ulcères duodénaux perforés
Tunisie Médicale 2000 ; Vol 78, N° 08-09.

11- DEMBELE M:

Perforations typhiques de l'intestin grêle: A propos de 16 cas. Med d'Afrique Noire 1974 ; 21 (4) : P3.

12- ONGOIBA N :

Contribution à l'étude épidémiologie et clinique des péritonites aiguës dans les hôpitaux de Bamako et de Kati. Thèse méd Bamako 1984 ; n°24.

13- SIDIBE Y :

Les péritonites généralisées au Mali : A propos de 140 cas opérés dans les hôpitaux de Bamako et de Kati. Thèse méd Bamako 1996 ; n°1.

14- KONATE H :

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

15- ROUVIERE H :

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

16- KAMINA P:

Dictionnaire Atlas d'Anatomie, A-F
Maloine S.A Editeur 1983 : P 74-86 .

17- KAMINA P :

Dictionnaire atlas d'anatomie, P-Z
Maloine S.A éditeur 1983 : 1742-44.

18- FAGNIEZPL, SERPEAU, THOMSON C :

Péritonites aiguës
Encycl. Méd Chir Estomac - Intestin 1982 ; 9045 A10, 6.

19- CHEVALIER JM :

Anatomie : Le TRONC
Flammarion Méd - Sciences (Paris) 1998.

20- BARBIER J, CARRETIER M :

Péritonites aiguës
Encycl. Méd - Chir Urgences 1988 ; 24048 B 10 ,2 : P18.

21- LE TREUT Y.P :

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

22- GUIDETB, STAKOWSKY F, OFFENSTAD G :

Etats septiques et choc infectieux.
Rev Prat 1993 ; N° 1 : 13-7.

23- GILBERT J, GOLSTEIN F W, LAFAIX C:

Infections à Entérobactéries
Encycl. Méd chir, Maladies infectieuses 1981 ; 5 ; 80016.

24- AGHAZADI TR, ALMOU, BOUKIND B:

La Séromyotomie antérieure et Vagotomie postérieure dans le traitement l'ulcère perforé
Ann. chir.1992; 124 (5): P. 299.

25- KHOSROVANIC, KOHEN M:

Perforation des ulcères duodéno-Pyloriques : Facteurs pronostiques et choix thérapeutiques. Etude rétrospective de 140 malades
Ann. Chir.1994 ; 48 (4) : 345-349.

26- KUNIN.N, LETOQUARD J.P:

Facteurs pronostiques des péritonites du sujet âgé: Analyse Statistique multifactorielle de 216 observations
J Chir(Paris) 1991 ; 128 ; N° 11 : 481-86.

27-ROSEAU G, MARC F :

Abdomen aigu non traumatique en dehors de la période post-Opératoire
Encycl. Méd Chir (paris - France) Estomac - Intestin 1989 ; 9042 A 10, 2 : P8.

28- HAROUNA YD :

Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger) :
Etude analytique et pronostique
MédAfr Noire 2001 ; 48 (2) .

29- LORANDI, MALINIER N :

Résultats du traitement cœlioscopique des ulcères perforés.
Chir Paris 1999 ; 124 : 149-53.

30- GOUGARD P, BARRAT C :

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

31- HOSOGLU S, MUSTAFA ADEMIR ET COLL:

Risk factors for enteric perforation in patients with typhoid fever.
Am J Epidemiology 2004; 160: 46-50.

32-DEMBELE.B:

Etude de péritonite aigue généralisée dans les services de chirurgie et pédiatrie à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Méd. Bamako, 2005 N° 25.

33- DOUI D ET ALL:

Les péritonites aigues généralisées opérées dans les hôpitaux de Bangui.
Etiologies et profil bactériologique à propos de 93 cas : 2008,55 :617-622.

34- AKGUN .Y :

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

35- SISSOKO F, ONGOÏBA N, BERETE S ET AL:

Les Péritonites par perforation iléale en chirurgie « B » de l'hôpital du Point « G »
Mali Médical 2003 ; T 18 : N° 1 et 2 .

36- KOUAME B :

Aspects diagnostiques, Thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques
du grêle de l'enfant à Abidjan, Côte d'Ivoire
Bull Soc.Pathol.Exot 2001 ; 94 (5) : 379 - 82.

37- COULIBALY O.S :

Perforations Digestives en chirurgie « B » de l'hôpital du point " G " à propos de 120
cas Thèse med Bamako 1999 ; N° 188 : P99 .

38- BÜCHLER M.V :

Chirurgische Therapie der diffusen peritonitis

Chirug 1997 ; 68 : 811 - 815 .

Fiche Signalétique

Nom : MALLE

Prénoms : Oumar Amadou

Titre de la thèse : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la péritonite.

Secteur d'intérêt : CSRéf commune I

Pays : Mali

Ville de Soutenance : Bamako

Année universitaire : 2014-2015

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odonto- stomatologie.

Résumé :

L'absence d'étude sur les péritonites dans un centre de santé de référence nous a motivé pour ce travail.

Le but de notre étude était d'étudier les insuffisances que pourraient se voir sur la prise en charge de la péritonite dans les CSRéf(s).

Nous avons réalisé une étude rétrospective portant sur 40 patients reçus au CSRéf de la commune I pour péritonite aiguë généralisée de 2011 à 2012. Il s'agissait de 22 hommes et 18 femmes (Sex ratio = 1,22 homme pour 1 Femme) dont l'âge moyen était de 30,1 ans avec un écart type de 3,4 ; des extrêmes allant de 14 ans à 60 ans.

La douleur abdominale a été le principal motif de consultation (présente chez tous nos patients).

L'examen clinique seul a permis dans la plupart des cas à poser le diagnostic.

Le traitement chirurgical était fonction de l'étiologie (appendicectomie associée au lavage -drainage a été le geste chirurgical le plus pratiqué).

Tous nos patients ont bénéficié d'une anesthésie générale.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 7 jours avec des extrêmes allant de 1 à 15 jours.

Nous avons noté un taux de Morbidité de 22,5% dominé par les abcès de la paroi ; une mortalité de 2,5%.

Le retard de consultation et de référence constituent un facteur de mortalité et de morbidité élevé.

Mots-clés = péritonite -chirurgie-CSREF CI.

- 7) 1+2+3 7) 1+2+4 8)1+2+3+4
- b-Histoire de la maladie(Anamnèse)**
- 1- Douleur abdominale/...../
- 1 Oui 2 Non
- 2-Siège de la douleur/...../
- 1 FID 2 FIG 3 Flanc droit
- 4 Flanc gauche 5 Hypochondre droit 6 Hypochondre gauche
- 7 Hypogastre 8 Péri ombilicale 9 épigastrique
- 10 Diffuse 99 Indéterminé
- 3-Durée de la douleur...../...../**
- 1) 0-6 h 2) 7 -12h 3)13-24h
- 4)1-2jours 5) supérieur à 2 jrs 6) autres (à préciser)
- 99) indéterminé.
- 4-Mode d'apparition...../...../**
- 1 Brutal 2 Progressif 99 indéterminé
- 5-Types de douleur...../...../**
- 1 Brûlure 2 pique 3 torsion
- 4 pesanteur 5 Ecrasement 6 Autres (à préciser)
- 99 Indéterminé
- 6-Irradiation de la douleur...../...../**
- 1-Organes génitaux externes 2-périnée. 3 Bretelle
- 4- Postérieure 5-Ascendant 7 Sans irradiation
- 8 Autres (à préciser) 99 Indéterminée
- 7-Intensité de la douleur estimée en E V E...../...../**
- 1 faible 2 Moyenne 3 Forte
- 4 Extrême 99 Indéterminé
- 8-Evolution de la douleur...../...../**
- 1 Permanente 2 intermittente 99 Indéterminée
- 9-Facteurs déclenchant...../...../**
- 1 Néant 2 effort 3 stress
- 4 Repas 5 faim 6 Autres (à préciser)
- 99 Indéterminé
- 10-Facteur d'accalmie...../...../**
- 1 Médicament 2 Néant 3 position antalgique (à préciser)
- 4 vomissements 5 Autres (à préciser) 99 Indéterminée
- 11-Signes d'accompagnement de la douleur...../...../**
- 1 Néant 2 Nausée 3 Vomissement
- 4 Diarrhée 5 Constipation. 6 Rectorragie
- 7 Méléna 8 Hématémèse 9 autres (à préciser)

C-Les Antécédents

- 1-Antécédents médicaux/...../**
- 1 Gastro-entérite 2 Diabète 3 Drépanocytose
- 4-HTA 5 Asthme 6 ictère
- 7 Fièvre typhoïde 8 Autres (à préciser) 99 Indéterminés
- 2-Habitude alimentaire...../...../**

3-Contours de la masse...../...../			
1 Irrégulière	2 régulière	3 Autres (à préciser)	99
Indéterminé			
4-Consistance de la masse abdominale...../...../			
1 Molle	2 Ferme	3 Autres (à préciser)	
c-Percussion de l'abdomen...../...../			
1 Normale	2 Matité	3 Tympanisme	
4 Autres (à préciser)			
d-Adénopathies/...../			
1 Oui	2 Non		
Si oui préciser la taille le siège et la forme			
e) Toucher rectal...../...../			
1 Normale	2 Dououreux	3 Douglas bombé	
4 Hémorragique 5 Douglas sensible 6 sphincter lâche			
7) 2+3+4	8)3+4+5	9 Autres (à préciser)	
f) Toucher vaginal...../...../			
1 Normale	2 Dououreux	4 Présence de masse	
(préciser la taille et la circonstance)			

C -Examens complémentaires avant l'opération

1-A S P...../...../		
1 Normale	2 Anormale	
Si anormale préciser le type d'anomalie.....		
2-Echographie abdomino-pelvienne...../...../		
1 Normale	2 Anormale	
Si anormale préciser le type d'anomalie.....		
3-NFS (numération formule sanguine)...../...../		
1 Normale	2 Anormale	
Si anormale préciser le types d'anomalies retrouver.		

IV- Hypothèses Diagnostiques...../...../

1 Péritonite	2 Occlusion	3 Tumeur digestive
4 Appendicite	5 Salpingite	6 perforation
d'organe creux	7 Pathologie vésiculaire	8 Autres (à préciser)
-Diagnostiques per opératoires...../...../		
1 Péritonite par perforation appendiculaire		
2 Péritonite par perforation gastrique		
3 Péritonite d'origine gynécologique		
4 autres (à préciser)		

V -Traitement

A-Traitement médical/...../		
1Réhydratation	2Transfusion	3 Antalgique
4 antibiotique 5)1+2+3 6) 1+2		
7)1+3	8)2+3	9) Autre (à préciser)

-Chirurgicale...../...../

1 Oui 2 Non

B-Traitement Chirurgical

1-Voie d'abord...../...../

1 Médiane sus et sous ombilicale 2 Sous ombilicale 3 coelioscopie
4 Transversale 5 Xipho-pubien 6 Autres (à préciser)

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

1 Résection Anastomoses termino-terminales 2 Résection-suture

3 Ablation 4 Stomie 5 Drainage

6 Appendicectomie 7 Autres (à préciser)

2-Siège du drain...../...../

1 Sous hépatique 2 Gouttières pariéto-coliques 3 Douglas

3-Nature du liquide péritonéale...../...../

1 pus 2 selle 3 sang

4) 1+2 5) 2+3 6 autres (à préciser)

4-Prélèvement du pus + antibiogramme...../...../

1 Oui 2 Non

5-Surveillance post opératoire...../...../

1 à jeun 2 sonde nasogastrique 3 Mobilisation précoce

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

6-Durée d'hospitalisation...../...../

1) 1 à 3 jours 2) 4 à 7 jours 3) 1 à 2 semaines 4 Autres (à préciser)

C- Traitement médical post opératoire

1 Antibiotiques 2 Antalgiques 3 Anti-inflammatoire

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

D-Pronostic...../...../

1 bon 2 Réservé 3 sombre

VI- Suites opératoires

1-Suites opératoires immédiate...../...../

1 Hémorragie 2 Etat de choc 3 septicémie

4 Décès

2-Suites opératoires précoces (1 semaine)...../...../

1 Simple 2 Suppuration pariétale 3 Fistule digestive 4

Sténose anastomotique 5 Décès 6 Ré intervention

3-Suites opératoires tardives...../...../

1 Simple 2 Décès 3 Eventration

4 Retard de cicatrisation 5 Autres (à préciser).

4-Mode suivi...../...../

1 Ambulatoire 2 vue à domicile 3 sur rendez-vous

4 sur convocation 5 consultation ordinaire 99 Indéterminé.

7 Perdu de vue. /.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE !