

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



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°

Thèse

Péritonites aiguës au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako .

Présentée et soutenue publiquement le/..../2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. Dissa DIAKITE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président du jury : Pr Lassana KANTE

Membre du jury : Pr TOUNKARA Idrissa

Co-Directeur: Dr Danaya KONE

Directeur de thèse: Pr Bakary Tientigui DEMBELE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Je rends grâce :

A **Allah** le Tout puissant, le clément et le miséricordieux. Tout commence par lui et tout finit par lui. Je lui rends grâce de m'avoir donné la vie, le courage et la santé sans quoi ce travail n'aurait pas eu lieu.

Au prophète Mohamed (PSL): que la paix de Dieu soit sur lui

Je dédie ce travail à :

➤ Mes grands-pères **Tiémokodian, kandji Diakité**

➤ **Mon père Balla Diakité**

Cher Père, ce travail est le tien. Tu as cru en moi et tu n'as ménagé aucun effort pour faire de moi ce que je suis aujourd'hui. Tu m'as guidé dans mes premiers pas, tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de l'humilité, de la morale, de la justice et du pardon. Tu as été toujours un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et pour toute la famille. Trouve dans cette œuvre l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance. Tes prières ne m'ont jamais fait défaut ainsi que tes encouragements, ton soutien moral, affectif et matériel. Merci du fond du cœur car tu as été la clé de ma réussite.

➤ **Ma mère Araba Damba**

Très chère Maman, tu incarnes pour moi l'affection d'une mère dévouée, courageuse et tolérante. Ton amour pour nous, ta grande générosité et ton sens du pardon m'ont toujours impressionné. Je ne saurai oublier cette chaleur maternelle et les mots me manquent pour te qualifier et t'exprimer tout l'amour et l'admiration que je te porte. Tout le mérite de ce travail est aussi le tien. Merci pour tes bénédictions, tes prières quotidiennes et tous les sacrifices consentis pour tes enfants ainsi que pour toute la famille. Que le seigneur tout puissant te bénisse t'accorde une longue vie dans la paix et dans la plus grande santé.

➤ **Mon Tonton Tiefing Diakité :**

Tu es plus qu'un tonton pour moi, ainsi tu as cultivé en moi le respect, l'honnêteté, le courage, et le sens du travail bien fait. Ce travail ne saurait réaliser sans tes efforts. J'ai pensé à toi à chaque instant de ce travail. Vous m'avez transmis de vraies valeurs, j'ai grandi dans un monde sans laideur. En votre présence il n'y avait plus d'ennuis, ils s'effaçaient sans faire de bruit. Votre honnêteté a balisé le chemin de ma vie, je continue aujourd'hui à appliquer ces acquis. Qu'Allah vous

accorde longue vie pleine de santé. Que ce travail récompense tous tes sacrifices et prières que tu as consentis durant toutes ces longues années.

➤ A mon épouse : **Altiné Coulibaly**

Vous êtes exceptionnelle, patiente, courageuse, bref je suis fier de t'avoir comme épouse. Je reste sans voix devant la grandeur de ton âme, ta disponibilité, ton soutien sans fatigue. Je laisse le soin au tout puissant de te combler de sa grâce et miséricorde. Trouvez dans ce travail mon sincère amour et ma reconnaissance. Qu'Allah te bénisse. Amen !

REMERCIEMENTS

Ils s'adressent à :

➤ A tous mes **Maîtres d'école**, merci pour la qualité de la formation que vous m'aviez dispensée. Merci pour tout ce que vous avez fait pour ma formation. Que Dieu vous récompense et vous donne longue vie.

➤ A mes maîtres du service de chirurgie générale du CS Réf CV du district de Bamako : **Dr Thienta Mahamadou, Dr Kamissoko Hawa, Dr Danaya Koné, Dr Guindo Saidou, Dr Pamateck Seydou**, je ne regretterai jamais d'avoir été vos élèves, la formation et l'éducation que vous m'avez données vont au-delà de tout cadre médical ainsi qu'à tous les autres personnels du service ; merci.

➤ A l'ancien thésard du service de chirurgie générale : **Dr konté Mahamadou**.

➤ Aux étudiants thésards du service de chirurgie générale : **Coulibaly Nouhoum, Mohamed Dembélé**.

➤ Mes Tantes et Tontons : **Madina Dem, Hawa Camara, Sidi Diakité, Dr Diakité Cheickna Hamallah, Mandé Diakité, Boubacar Diakité**. Mes chers tontons et tantes merci pour vos conseils et affections à mon égard.

➤ Mes frères, sœurs, et leurs Femmes : **Diby Diarra, Madou Y Diakité, Youssouf dit Douga Diakité, Kalifa Diakité, Kadiatou Diakité, Mariam Diakité, Koyan Diakité, Sitan Diakité, Sanoudié Diakité, Fatoumata Diakité, Mme Diakité Assitan Traoré, Mme Diarra Tenimba Diakité, Mme Diakité Djégué Coulibaly**, Pour le réconfort moral et le soutien matériel que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'étude. Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix et j'espère et souhaite qu'elle reste toujours un lien sacré pour nous. Que Dieu renforce nos liens.

- A tous mes amis et camarades de promotion de la FMOS sans oublier ceux du B8 (Mr Coulibaly Amadou, Coulibaly Seydina, Marico Diakaridia, Boubacar M Traoré, Dr Coulibaly Mohamed Badian, Naby I Makan Diakité),
Votre sens de l'amitié, du pardon et de l'écoute m'a été d'un grand apport durant ces derniers moments. Merci infiniment.
- Mon Cousin et mes Cousines : **Makan Coulibaly, Sokona Camara, Niawara Sissoko, Wassa Diallo**, ce travail est le vôtre.
- Aux membres du CENTRE : **Mme Ouologem Aissata, Adama Diarra, Adjaratou Bah, Mme Diakité Oumou, Mme Koné Sali, Lah Coulibaly**, aux étudiants externes, aux infirmiers et infirmières. Merci d'avoir assuré les soins de mes patients.
- Aux personnels du bloc opératoire.
- Aux personnels de la clinique **CAMSO**, de la clinique **Shalom, Initiale Santé,.....**
- Tous les étudiants de la **FMOS/FAPH**, bon courage et bonne chance.
- Tous ceux qui, de près ou de loin, ont œuvré pour notre formation et l'élaboration de ce travail.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Pr Lassana KANTE

- Maître de conférences agrégé à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)
- Membre de l'association des chirurgiens de l'Afrique francophone

Cher Maître,

C'est un insigne honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respectueux et respectable. Humaniste au grand cœur, votre constante sollicitude a été pour nous une source inépuisable de motivation.

Soyez en remerciés du fond du cœur et recevez cher Maître nos sentiments de reconnaissance, de respect, et de profonde sympathie.

Que Dieu vous accorde longue vie pleine de bonheur ! AMEN !

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Pr **TOUNKARA Idrissa**

- Maître de conférences.
- Ancien interne des hôpitaux
- Praticien hospitalier
- Chirurgien Généraliste.
- Chef de service de chirurgie générale du CS Réf de la commune II.
- Membre de la société de chirurgie du MALI(SO.CHI.MA).

Cher maître,

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire ; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves

Cher maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance

A notre Maître et Co-Directeur de thèse

Dr Danaya KONE

- Médecin chef adjoint au centre de santé de référence de la commune V
- Chirurgien généraliste au Csréf V.
- Chirurgien chargé de recherche au csref V.
- Médecin chercheur à l'unité d'épidémiologie et système d'information géographique en santé au centre de recherche et de formation sur le paludisme (MRTC)
- Médecin chargé de la formation à l'Agence nationale d'informatique médicale ANTIM
- Membre de la société de chirurgie du Mali

Cher maître,

Ce travail est le vôtre. Nous avons été très touchés par votre accueil, votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable. Nous avons bénéficié de vos qualités pédagogiques et humaines.

Les mots nous manquent pour exprimer avec exactitude notre profonde admiration et respect que nous avons pour vous.

Au premier contact vous nous avez inspiré, suivi et guidé pas à pas tout au long de notre séjour dans votre service.

Recevez cher maître, l'expression sincère de nos profonds respects et reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse

Pr Bakary Tientigui DEMBELE

- Professeur titulaire de chirurgie générale à la F.M.O.S.
- Diplômé en pédagogie en science de la santé à l'université de Bordeaux.
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE.
- Chef de filière IBODE de L'I.N.F.S.S.
- Secrétaire général de la société malienne de colo proctologie
- Membre de la société de chirurgie du MALI (SO.CHI.MA).
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone.

Cher Maître

Nous avons été impressionnés par votre courtoisie, votre abord facile et la spontanéité par laquelle vous accepter de diriger ce travail

Homme de sciences, votre capacité intellectuelle, pédagogique, votre façon de l'enseigner font de vous un modèle de maître souhaité et respecté par tous.

Encadreur, dévoué pour la cause de ses élèves, bien plus qu'un maître, vous êtes pour nous un modèle à suivre.

Nous, vous prions cher maitre, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude.

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION.....	17
✚ OBJECTIFS.....	20
II- GENERALITES.....	22
III-MATERIELS ET METHODE.....	44
IV- RESULTATS.....	48
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	74
✚ CONCLUSION.....	89
VI-RECOMMANDATIONS.....	90
✚ ANNEXES.....	92

LISTE DES ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

ABPxie : Antibioprophylaxie.

ATB : Antibiothérapie

AG: Anesthésie Générale

AL: Anesthésie Locale

ALR: Anesthésie LocoRégionale

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ASA: American Society of Anesthesiologists.

ASP: Abdomen Sans Préparation.

ATCD : Antécédent

AVC : Accident Vasculaire –Cérébral

BAAR : Bacille Acido- Alcoolo Résistant

BK : Bacille de Koch

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIVD : Coagulation Intravasculaire Disséminée.

Cm : Centimètre

Cm² : Centimètre carré

CSCOM : Centre de Santé COMmunautaire

CC : Centimètre Cube

CS Réf CV : Centre de Santé de Référence de la Commune V

Ddl : Degré de liberté

DES : Diplôme d'Etude Spécialisée.

ECG : ElectroCardioGramme.

E. coli : Escherichia coli.

EVS : Echelle Visuelle Simple.

EVA : Echelle Visuelle Analogue

Fast-Strack : Réhabilitation rapide après chirurgie digestive

FID : Fosse Iliaque Droite

FIG : Fosse Iliaque Gauche

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FAPH : Faculté de PHarmacie

g: Gramme.

GEU : Grossesse Extra Utérine

HO : Hernie Ombilicale

HTA : HyperTension Artérielle

IOT : Intubation OroTrachéale

IMC : Indice de Masse Corporelle.

ISO : Infection du Site Opérateur.

IST : Infection Sexuellement Transmissible

J : Jours

K: Potassium.

Kcl : Chlorure de potassium.

Kg : Kilogramme

L : Litre.

Mg : Milligramme.

MI : Millilitre.

MI/h : Millilitre par heure

MPI : Mannheim peritonisis index.

Mn : Minute

N : Nombre.

Nacl : Chlorure de sodium.

NFS : Numération formule sanguine.

NB : Noté bien

ORL : OtoRhinoLaryngologie.

P.aeruginosa : Pseudomonas. aeruginosa.

P : Pourcentage

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 Aigüe.

TV: Toucher Vaginal

TR: Toucher Rectal

USA: United States of America.

UGD : Ulcère-GastroDuodéal.

USAC : Unité de Soins d’Accueil et de Conseil.

VT : Vagotomie Tronculaire.

% = Pourcentage.

°c : Degré Celsius

<: Inferieur

>: Supérieur

AMIU : Aspiration Manuelle Intra Utérine

INTRODUCTION

I -Introduction

La péritonite aiguë 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 3ème place des urgences en chirurgie digestive en Afrique après les occlusions et les appendicites aiguës ^[3].

Aux U.S.A : Selon une étude effectuée en 2004, 17% des appendicectomies ont été compliquées de péritonite avec une mortalité de 0,4% et une morbidité de 0,31 à 5,1% ^[4 ; 5].

En ALLEMAGNE : GIESLING a relevé 58% de décès chez 36 patients atteints de péritonites sévères. ^[6]

EN ASIE, RAMACHANDRAN C.S, et al. En 2004 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. ^[7]

En AFRIQUE : Selon une série d'études réalisées en 2005 et 2006, cette fréquence variait de 28,1% au Congo à 49% au Niger avec une mortalité de 20,98% et une morbidité de 49% ^[8 ; 9 ; 10].

Au BURKINA FASO : SANOU D, en 1999 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. ^[8]

En TUNISIE : SAKHRI J. en 2000 a rapporté 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. ^[9]

AU MAROC: M'BIDA et Coll. en 2005 ont montré que 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 bien adaptée. ^[11]

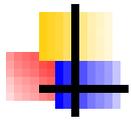
Au MALI : Alou Hamadou Cissé en 2019 dans son étude a trouvé une fréquence de péritonite aiguë de 22,2%. ^[12]

Au MALI : Moussa Oumar Diarra en 2018 dans son étude a trouvé une fréquence de péritonite aiguë de 19,25 %. ^[13]

Le diagnostic de la péritonite aiguë est essentiellement clinique. En cas de doute les examens radiologiques peuvent aider au diagnostic.

De nos jours, la coelioscopie occupe une place importante dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des péritonites. Le pronostic dépend de la précoce, de la réanimation initiale et de la chirurgie. Il est réservé en cas de retard dans la prise en charge.

Vu la fréquence élevée de cette pathologie dans notre centre et la non évaluation de la fréquence de cette pathologie au CS Réf CV, Pour contribuer à la connaissance de cette entité nosologique particulière, dans notre pays, nous avons consacré cette thèse de fin d'étude à étudier la prise en charge chirurgicale des péritonites aiguës au Centre de Santé de Référence de la Commune V.



OBJECTIFS

❖ Objectif général :

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

❖ Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière des péritonites aiguës au CS Réf CV.
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques.
- Analyser les résultats de la prise charge en charge.

GENERALITES

II- GENERALITES

2.1. Définition

La péritonite aiguë est l'infection aiguë de la séreuse péritonéale par un agent infectieux ou chimique. C'est une affection très hétérogène. Parmi les nombreuses classifications, celle de Hambourg, développée en 1987, est la plus utilisée. Elle différencie ^[14] :

❖ Les péritonites primitives dites « spontanées ou idiopathiques » à point de départ supposé hémotogène, lymphatique ou transmural par translocation bactérienne à travers la paroi digestive. Ce sont :

- La péritonite spontanée de l'enfant ;
- La péritonite bactérienne spontanée du cirrhotique ;
- La péritonite tuberculeuse ;
- La péritonite par cathéter de dialyse péritonéale.

❖ Les péritonites secondaires avec une origine intra-abdominale clairement authentifiée. Ce sont :

- La péritonite par perforation intra-péritonéale : perforation gastro-intestinale ;
- Nécrose de paroi intestinale ;
- Pelvipéritonite.
- La péritonite postopératoire : lâchage d'anastomose ; lâchage de suture, Lâchage de moignon ;
- Iatrogénie : perforation per endoscopique, radiologie interventionnelle.
- La péritonite post-traumatique : traumatisme fermé, traumatisme par plaie pénétrante.

❖ Les péritonites tertiaires

Evolution péjorative d'une péritonite secondaire.

2.2. Rappels anatomiques :

2.2.1. Séreuse péritonéale ^[15, 16, 17]

Le péritoine est la membrane séreuse des cavités abdominale et pelvienne. Il est constitué d'un mésothélium et d'une sous séreuse. Cette membrane séreuse délimite donc un espace virtuel, occupé par les viscères appelé cavité péritonéale.

Il comprend :

Le péritoine pariétal

Il recouvre les parois de la cavité abdomino-pelvienne dont il est séparé par l'espace extra-péritonéal (figure1), comblé par du tissu conjonctif lâche : le fascia extra-péritonéal.

Le péritoine pariétal comprend :

Le péritoine pariétal antérieur : il est séparé de la face interne de la paroi abdominale antérolatérale par l'espace pré péritonéal, occupé par le fascia pré péritonéal ;

Le péritoine pariétal postérieur : il est séparé de la paroi abdominale postérieure par l'espace rétro péritonéal, comblé par le fascia rétro péritonéal ;

Le péritoine pariétal pelvien : il est séparé du diaphragme pelvien par l'espace extra péritonéal pelvien.

❖ Le péritoine viscéral

Il enveloppe en totalité ou en partie les organes contenus dans la cavité abdomino-pelvienne.

❖ Les replis péritonéaux

On distingue :

Les mésos lorsqu'ils relient les viscères à la paroi (figure 2).

Les mésos renferment des vaisseaux nourriciers pour nourrir les organes auxquels ils sont reliés. Ce sont :

- Le mésogastre pour l'estomac ;
- Le méso duodénum pour le duodénum ;
- Le mésentère pour le jéjuno-iléon ;

- Le mésocôlon ascendant pour le côlon ascendant ;
- Le mésocôlon transverse pour le côlon transverse ;
- Le mésocôlon descendant pour le côlon descendant ;
- Le mésocôlon sigmoïde pour le côlon sigmoïde.

Les ligaments ou omentum :

- Lorsqu'ils relient les viscères entre eux, ils portent le nom de ligament : le ligament gastro-hépatique unissant le foie à l'estomac et au duodénum ;
- lorsqu'ils sont simplement fixés à un viscère, ils prennent le nom d'omentum : grand omentum « tombant » du bord antérieur du côlon transverse.

Figure 1 : Espace extra péritonéale (coupe sagittale schématique de la cavité abdominale) ^[6]

1. Cavité péritonéale abdominale
2. Espace péritonéale
3. Grand omentum
4. Espace rétro pubien
5. Diaphragme pelvien
6. Foie
7. Ligament hépato-duodéal
8. Bourse omentale
9. Espace rétro péritonéal
10. Mésocôlon transverse
11. Mésentère
12. Cavité péritonéale pelvienne
13. Espace subpéritonéale pelvien

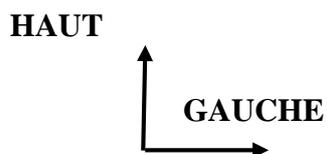
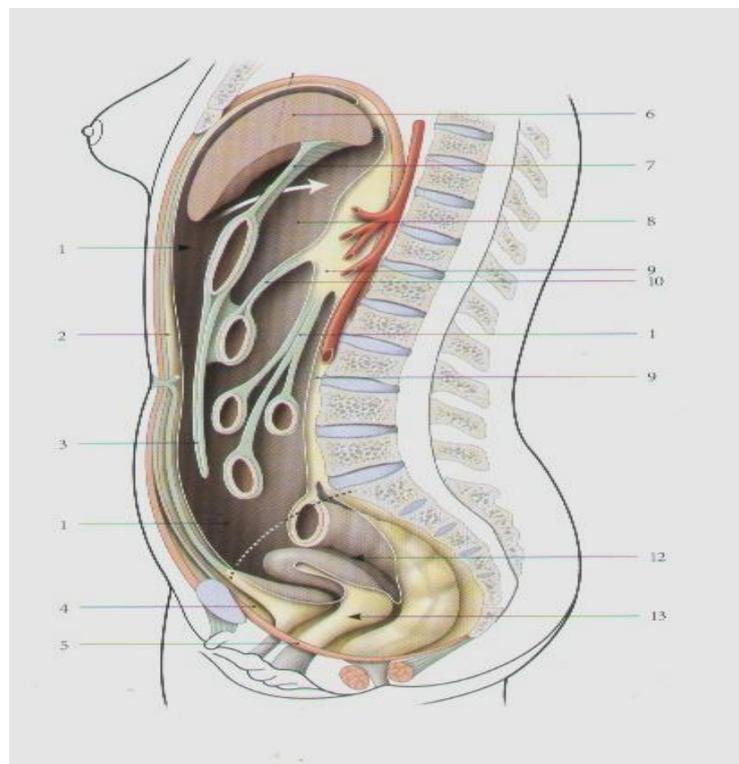
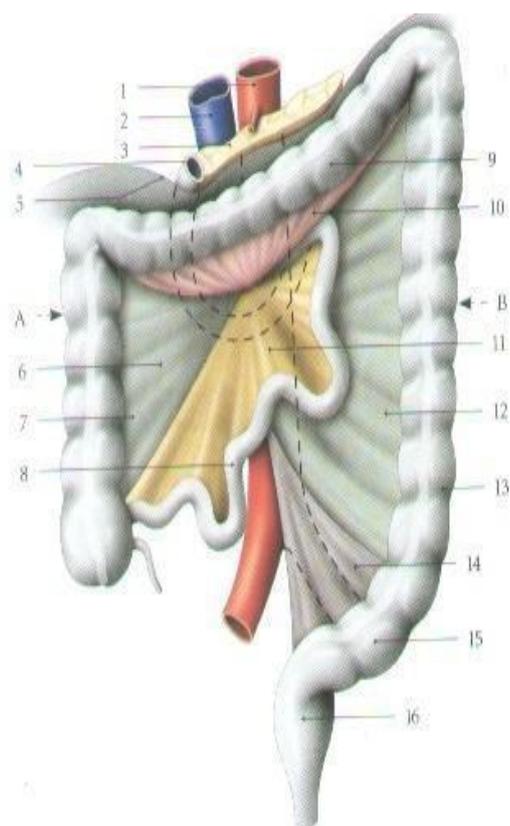


Figure 2 : Mésocôlon et mésentère (schématisque)

1. Aorte
2. Veine cave inférieure
3. Pancréas
4. Duodénum
5. Péritoine pariétal postérieur
6. Colon ascendant
7. Mésocôlon ascendant
8. Jéjunum et ilium
9. Colon transverse
10. Mésocôlon descendant
13. Colon descendant
14. Mesosigmoïde
15. Colon sigmoïde
16. Rectum

HAUT
↑
GAUCHE →



2.2.2. Cavité péritonéale ^[15]

La cavité péritonéale est délimitée par le péritoine pariétal. Elle est close chez l'homme, mais chez la femme, elle communique avec le canal tubaire par l'ostium abdominal de la trompe utérine. Ceci explique le passage intrapéritonéal du produit de contraste radiologique au cours de l'hystérosalpingographie.

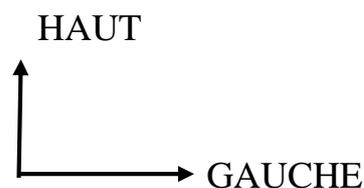
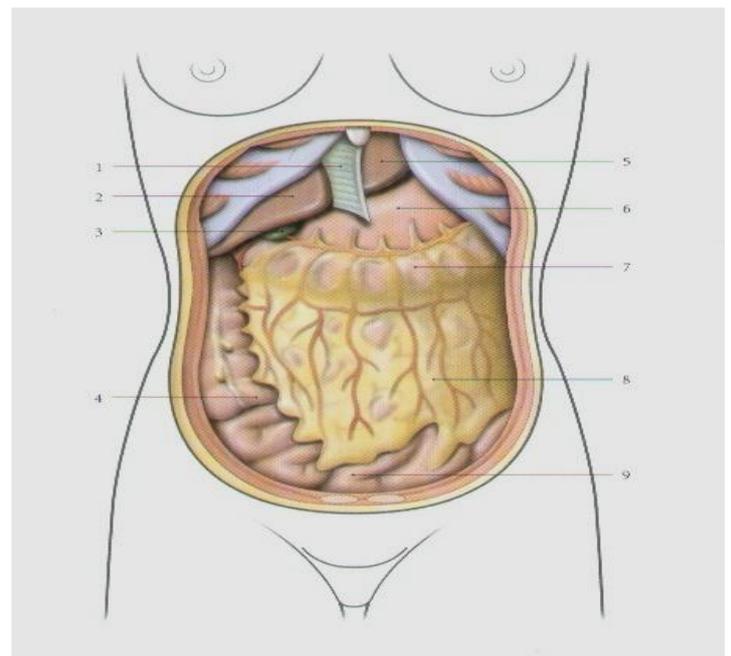
C'est une cavité virtuelle car tous les viscères sont contigus (figure 3).

Elle ne devient une cavité réelle que lorsqu'il y a un épanchement liquidien (ascite, hémopéritoine...) ou l'introduction d'un gaz (insufflation péritonéale en vue de laparoscopie, ou perforation d'un viscère digestif creux). Ses points déclives varient suivant la position :

- ❖ Débout, le point déclive est le cul-de-sac de Douglas qui est : le cul-de-sac recto-utérin chez la femme, et le cul-de-sac recto-vésical chez l'homme.
- ❖ Couché, les points déclives sont situés dans le pelvis, en regard du sacrum, et dans l'abdomen, de chaque côté du rachis, dans les gouttières paracoliques et la bourse omentale.

Figure 3 : Cavité péritonéale (vue antérieure après résection de la paroi abdominale antérieure)

1. Ligament falciforme
2. Lobe droit du foie
3. Vésicule biliaire
4. Colon ascendant
5. Lobe gauche du foie
6. Estomac
7. Colon transverse
8. Grand omentum
9. Intestin grêle



2.3. Physiologie [15,20]

- Le péritoine est caractérisé par ses facultés de sécrétion, de résorption, de défense et de plasticité.

2-3-1. Sécrétion péritonéale :

Le liquide péritonéal dérive du liquide interstitiel. Légèrement visqueux, il est plus abondant chez le nouveau-né et forme chez l'adulte un film de 5 microns environ permettant les déplacements viscéraux. Ce liquide péritonéal libre est normalement de 20 à 50 ml environ.

2-3-2. Résorption péritonéale : (figure 4)

- Formé d'une mince nappe endothéliale reposant sur une trame conjonctivoélastique, le péritoine se comporte en membrane dialysante semi perméable obéissant aux lois de l'osmose. La surface de résorption péritonéale est comparable à celle de la peau, soit environ 1700 cm². Le péritoine peut résorber jusqu'à 8% du poids du corps à l'heure (soit environ 450 ml/h). Cette absorption concerne surtout les liquides et les petites molécules.

- Cette fonction de résorption diminue avec l'âge. Elle est presque nulle pour les lipides, rapide pour les protéides et très rapide pour les cristaalloïdes. L'absorption est importante au niveau du grand omentum, accessoire au niveau du péritoine pariétal, et presque nulle au niveau des culs-de-sacs recto-utérin et recto-vésical. Le liquide péritonéal se dirige vers le système lymphatique infra diaphragmatique. La résorption est efficace surtout au-dessus du foie.

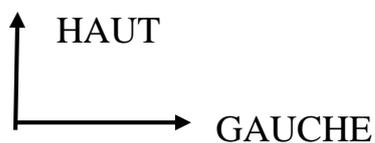
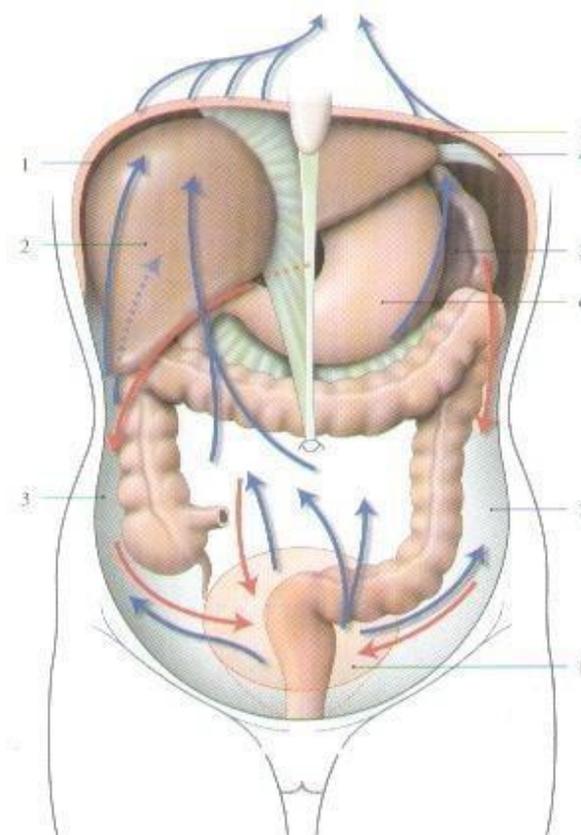
Les sérosités pathologiques abondantes se collectent dans le pelvis en suivant en particulier les gouttières para coliques.

Figure 4 : Circulation péritonéale [6]

En bleu : circulation physiologique

En rouge : circulation pathologique

1. Récessus subphrénique
2. Foie
3. Gouttière paracolique droite
4. Diaphragme
5. Rate
6. Estomac
7. Gouttière paracolique gauche
8. Cavité pelvienne



2.3.3. Propriété de défense

Le péritoine joue un rôle de défense contre les germes et les corps étrangers qu'il peut phagocyter ou encapsuler, par des cloisonnements adhérentiels. Ce rôle est particulièrement important pour le grand omentum qui se dirige vers le lieu où le péritoine est menacé [« the abdominal policeman » (Morrisson)].

2.3.4. Propriété plastique

Le péritoine possède une puissance plastique remarquable. Comme tout épithélium de recouvrement, la réparation du péritoine dépend essentiellement de l'état du tissu conjonctif sous-jacent. S'il est intact, la réparation sera rapide. Son activité réparatrice est prodigieuse et rapide. Après destruction de la séreuse, il apparaît une hyperhémie sous-jacente en quelques heures, qui se recouvre d'une couche homogène de fibrine. L'activité fibrolytique du milieu péritonéal empêche les adhérences. Les plus précoces sont lysées en moins de 72 heures. La séreuse est en place le 10ème ou 12ème jour.

2.4. Physiopathologie ^[18] .

2.4.1. Facteurs de contamination

Pour contaminer le péritoine, il faut :

D'une part une inoculation de germes virulents en quantité suffisante.

D'autre part la présence de facteurs favorisant la diffusion :

L'altération du péritoine par des liquides caustiques (gastriques), irritants (biliaires), enzymatiques (sucs pancréatique et intestinal), septiques (microbes du tube digestif), toxiques (collections abcédées, tissus nécrotiques, etc.) ;

La présence d'épanchement hémattique.

En cas d'agression péritonéale qui déborde la première ligne de défense différenciée, ligne de défense susceptible d'assurer une asepsie sans faille de la cavité péritonéale face à une agression occasionnelle mineure de quelques germes d'origine endogène, la défense conjonctive et les phénomènes immédiatement par une vasodilatation et par l'augmentation de la perméabilité vasculaire secondaires à la libération d'histamine et de prostaglandine d'origine macrophagique et réticuloendothéliale.

2.4.2. Défense péritonéale

De nombreux processus de défense sont mis en œuvre simultanément, en quelques heures pour juguler l'infection locale :

❖ Sécrétion d'un épanchement liquidien abondant doté de pouvoir bactéricide, riche en immunoglobulines, opsonines, fibrinogène, complément et en éléments figurés dont les polynucléaires et les macrophages, ces derniers dotés d'une

activité immédiate de phagocytose et d'une activité médiée de stimulation de l'afflux leucocytaire ;

- ❖ Formation d'adhérences inflammatoires, cloisonnement et circonscription du foyer lésionnel par l'inflammation, l'œdème et la trame conjonctive du péritoine et l'hypersécrétion fibrinoïde tendant à l'agglutination des surfaces péritonéales autour des foyers septiques ;

- ❖ Immobilisation et repos fonctionnel aboutissant à un iléus intestinal. Ces trois processus inflammatoires entraînent le déplacement de masses de liquides hydro-ioniques et protidiques importantes extra-luminales dans la cavité péritonéale, dans l'espace conjonctif sous-péritonéal et dans la lumière de l'arbre digestif, constituant le troisième secteur ; modifications de la circulation et de la distribution intra-péritonéale des épanchements par des courants actifs :

- ❖ Une composante ascendante de ces courants due aux mouvements du diaphragme amène une partie des liquides intra-péritonéaux et des particules au contact du péritoine sous-diaphragmatique, dont les pores et stomates mésothéliaux assurent un passage sélectif dans le système lymphatique et dans la circulation générale ; d'autres courants actifs, transitant par les gouttières pariéocoliques, tendent à collecter ces épanchements en trois sites majeurs : espaces inter hépato-diaphragmatique, sous-phréniques gauche, cul-de-sac de Douglas ; mobilisation de diverses formations intrinsèques de la cavité péritonéale : mésentère, intestin et surtout grand épiploon qui exerce une fonction de défense privilégiée grâce à différentes caractéristiques telles que la conservation de sa capacité fonctionnelle après fragmentation, la grande latitude de mouvements passifs transmis, le pouvoir d'accolement rapide voire de symphyse vis-à-vis de toutes les surfaces désépithélialisées et cruentées, le pouvoir absorbant phagocytaire, captateur de corps étrangers et de débris fibrineux ou nécrotiques, et élaborateur d'anticorps, grâce à sa densité vasculaire et lymphatique, à sa richesse en cellules épithéliales et conjonctives.

Grâce à ces propriétés, le grand épiploon a pour vocation principale l'occupation des zones dépéritonisées, l'obturation des orifices de perforation des viscères creux (perforation bouchée), la limitation des risques de diffusion vers la grande cavité.

Rôle des cytokines :

Les cytokines sont des molécules polypeptidiques sécrétées par certaines cellules de l'organisme (lymphocytes, monocytes, macrophages, plaquettes, cellules du tissu réticuloendothélial) dans les minutes qui suivent une agression de tout ou une partie de l'organisme : agression tissulaire (chirurgicale,

thermique) ; chimique ; bactérienne ou toxi-infectieuse (endotoxine des bactéries à Gram négatif, exotoxine des bactéries à Gram positif) ; fongique ; virale.

Les cytokines ont une demi-vie très brève (quelques minutes à peine), et des caractères qui les distinguent des hormones à côté desquelles elles interviennent. Elles se manifestent essentiellement par des réactions profuses en chaîne sur les cellules de voisinage. C'est la cascade de cytokines inflammatoires, chaque cytokine pouvant atteindre plusieurs cibles distinctes et chaque cible pouvant être touchée par plusieurs cytokines différentes.

Leurs actions peuvent aboutir à des effets synergiques ou antagonistes sur leurs cibles. Les cytokines dites pro inflammatoires provoquent la production de médiateurs dits secondaires : lipides, peptides, amines, globulines. Avec l'entrée en jeu de ces médiateurs secondaires, la réaction inflammatoire risque de s'emballer et de dépasser son but locorégional et général en devenant la source d'effets secondaires pernicioseux tels une hypercoagulabilité par inhibition de l'activateur du plasminogène, des troubles de la perméabilité vasculaire et de la glycorégulation, une leucopénie, une thrombopénie, des nécroses hémorragiques...

L'activation incontrôlée des cytokines peut ainsi conduire au syndrome de défaillance multiviscérale, suggérant l'hypothèse selon laquelle l'agent infectieux initial à l'origine de l'infection locale n'est plus responsable des effets pathologiques secondaires.

2.4.3. Effets des péritonites diffuses sur les grandes fonctions

L'inflammation aiguë intra-péritonéale et la diffusion extra-péritonéale des produits toxi-infectieux retentissent rapidement sur les grandes fonctions de l'organisme.

2.4.3.1. Défaillance hémodynamique : Elle résulte de l'hypovolémie (3^e secteur), de l'altération des résistances vasculaires périphériques et de l'incompétence myocardique. Elle peut conduire à un choc irréversible en l'absence de traitement d'urgence.

2.4.3.2. Défaillance rénale : Témoin de la défaillance circulatoire, elle est due à des anomalies sévères de la distribution du flux sanguin rénal (chute du flux sanguin rénal, diminution de la filtration glomérulaire) et à la diffusion des produits toxi-infectieux dans la circulation systémique. Elle aboutit dans les cas les plus graves à la nécrose tubulaire aiguë et à la néphropathie interstitielle aiguë, justifiant l'éradication rapide du foyer infectieux.

2.4.3.3. Défaillance respiratoire : Elle découle de plusieurs facteurs souvent associés :

Diminution de la fonction ventilatoire (distension abdominale, contracture pariétale, mauvais jeu diaphragmatique) conduisant à l'atélectasie des bases ; contiguïté avec l'épanchement septique intrapéritonéal sous-jacent, responsable d'épanchements pleuraux réactionnels ;

Diffusion des produits toxi-infectieux altérant la perméabilité de la membrane alvéolocapillaire responsable d'un oedème aigu pulmonaire non hémodynamique, lésionnel, nommé syndrome de détresse respiratoire aigu.

2.4.3.4. Défaillance métabolique

L'équilibre acido-basique est gravement perturbé dans le sens d'une acidose métabolique avec hyperlactatémie secondaire à l'hypoperfusion et à l'hypoxie tissulaire. La dépense énergétique augmente considérablement au détriment des acides aminés de l'organisme et des graisses.

La synthèse protéique hépatique s'effondre entraînant des troubles de la coagulation sanguine.

2.4.3.5. Défaillance hépatique

Elle apparaît dès les premiers jours chez les sujets en état septique grave sous la forme d'un ictère variable en rapport avec l'infiltration inflammatoire portale et périportale avec stase centro-lobulaire.

2.4.3.6. Défaillance nutritionnelle :

Elle peut entraîner une perte pondérale quotidienne proche de 100g, une perte azotée supérieure à 0,5 g/kg/j.

2.5. Diagnostic positif [19 ; 20 ; 21 ; 22 ; 23]

3.5.1. Sémiologie commune :

Indépendamment de l'étiologie, une symptomatologie commune permet le diagnostic de péritonite : c'est le syndrome péritonéal.

2.5.1.1. Signes d'appel :

La douleur abdominale : le mode d'apparition, l'intensité, la localisation initiale, les irradiations vont orienter vers l'étiologie de la péritonite.

Les vomissements sont inconstants. Ils peuvent être remplacés par des nausées. Ils traduisent la diffusion de la péritonite et l'iléus paralytique qui l'accompagne. L'arrêt du transit, peut apparaître en même temps que le syndrome douloureux ou s'installer progressivement. Il peut être précédé par un épisode diarrhéique.

2.5.1.2. Signes généraux :

La température, le pouls, l'état du faciès, l'attitude du malade, sont variables avec l'étiologie, et le stade de la péritonite.

2.5.1.3. Examen de l'abdomen

C'est le temps essentiel du diagnostic :

A l'inspection, la contracture abdominale est quelque fois apparente, la paroi est totalement immobile, surface inerte où se dessine le relief des deux muscles grands droits.

La palpation met en évidence une contracture pariétale, rigide "de bois", tonique, franche, permanente, invincible, douloureuse. Mais elle peut être remplacée par une simple défense localisée ou généralisée. La douleur à la décompression brusque, soit de la zone suspecte, ou mieux d'un quadrant voisin lui-même indolore, soit encore de l'ombilic "cri de l'ombilic", peut avoir une valeur équivalente à la défense. La percussion abdominale, recherche la disparition de la matité pré-hépatique, signe de pneumopéritoine, ou au niveau de la zone suspecte, une matité anormale entourée d'une zone de tympanisme. L'auscultation renseigne sur la survenue d'un iléus, par un silence abdominal. Les touchers pelviens, souvent négligés, constituent un élément primordial pour le diagnostic de péritonite, en cas de douleur franche donnant le "cri de Douglas".

2.5.1.4. Examens complémentaires :

Explorations radiologiques :

Elles comportent obligatoirement trois incidences :

L'abdomen sans préparation (ASP), cliché de face debout ou assis englobant les coupes diaphragmatiques et l'ensemble du pelvis, un cliché de face couché en décubitus dorsal et un cliché de profil couché en décubitus dorsal.

D'autres clichés peuvent être demandés : en Trendelenburg, en décubitus latéral droit, en décubitus latéral gauche et l'ASP de face en décubitus ventral.

Enfin un cliché du thorax de face est systématique. Elles peuvent montrer :

Un pneumopéritoine, croissant gazeux clair inter hépato-diaphragmatique, signant la perforation d'un organe creux, il peut être absent ; une grisaille abdominale diffuse traduisant l'épanchement intra rétropéritonéal, des niveaux hydro-aériques en rapport avec l'iléus paralytique.

❖ Explorations biologiques

A but diagnostique : numération formule sanguine, hémocultures, examens sérologiques sont pratiqués.

Comme bilan préopératoire : Le groupe sanguin rhésus, l'azotémie, la glycémie, l'ionogramme sanguin sont réalisés.

❖ **Explorations échographiques et scanographiques**

L'échographie faite en urgence pose le diagnostic en montrant un épanchement liquidien intra péritonéal.

Le scanner n'est pas d'un grand apport pour le diagnostic.

❖ **Examen cytot bactériologique du liquide péritonéal**

Le prélèvement du liquide péritonéal est fait en per opératoire. Il constitue une étape diagnostique importante visant à adapter l'antibiothérapie donnée en première intention pour traiter ces infections [24].

2.5.2. Principaux tableaux cliniques [16 ; 19; 20 22]

2.5.2.1. Péritonites aiguës généralisées par perforation

Les signes fonctionnels sont marqués par la douleur, de début brutal, atroce, en coup de poignard, accompagnée souvent de quelques vomissements initiaux. A l'examen clinique, les mouvements respiratoires abdominaux sont absents, la contracture abdominale est franche. Une hyperesthésie cutanée, et une douleur nette au toucher rectal sont relevées.

Une hyper leucocytose est retrouvée à la NFS, et un croissant clair de pneumopéritoine, à l'ASP. Ce sont :

❖ **Les péritonites par perforation d'ulcère gastroduodénal**

❖ **Les péritonites par perforation gastroduodénale non ulcéreuse :**

Perforation du cancer gastrique.

❖ **Les péritonites par perforation du grêle**

Au cours de la typhoïde

Perforation du diverticule de Meckel

Suite à une diverticulite ou une perforation d'un ulcère diverticulaire.

La symptomatologie est habituellement celle d'une perforation appendiculaire.

❖ **Les péritonites coliques**

Elles sont provoquées par les perforations soit in situ par suite d'une sigmoïdite diverticulaire, soit diastasiques en amont d'un obstacle colique ou rectal.

❖ **La péritonite biliaire généralisée par perforation de la vésicule biliaire**

2.5.2.2 Péritonites aiguë généralisée par propagation : Ce sont :

❖ **Les péritonites appendiculaires par propagation**

❖ **Les péritonites biliaires généralisées**

Elles sont secondaires à la péritonite par propagation à partir d'un plastron vésiculaire (au cours d'une cholécystite aiguë), ou la péritonite en deux ou trois temps. Le diagnostic est difficile entraînant donc un retard à l'indication du traitement chirurgical.

❖ **Les péritonites d'origine hépatique :**

Les formes étiologiques évoquées sont : les abcès amibiens, les abcès à germes banals, la suppuration du foie d'origine traumatique par contusion abdominale, le kyste hydatique rompu.

❖ **Péritonites d'origine génitale :**

2.5.2.3. Les péritonites d'origine appendiculaire :

Elles sont représentées par :

❖ **La péritonite aigue généralisée par propagation d'origine appendiculaire**

Elle se voit de plus en plus avec l'usage abusif des antibiotiques.

❖ **La péritonite purulente par perforation appendiculaire**

Le syndrome péritonéal est franc. La douleur est localisée à la fosse iliaque droite, la fièvre est à 39°C, le pouls est accéléré.

La péritonite putride

Elle est presque toujours due à la perforation d'un appendice gangréné. Le syndrome péritonéal est présent, une diarrhée, fétide, cholérique, remplace l'arrêt des matières et des gaz. Les signes généraux sont précoces et intenses.

2.5.2.4. Péritonites d'origine urinaire

Elles sont souvent secondaires à une rupture traumatique de l'appareil urinaire. Les péritonites urinaires spontanées sont rares

2.5.2.5. Péritonites primitives

❖ **L'origine septicémique** (pneumocoque, streptocoque, BK, entérocoque, colibacille...) est souvent incriminée. La recherche de la porte d'entrée est infructueuse la plupart du temps.

2.5.2.6. Péritonites traumatiques

Selon l'étiologie, le début peut être rapide ou insidieux. Devant le cas de traumatisme par arme blanche (couteau, poignard...) ou par arme à feu, la douleur est vite rattachée au traumatisme entraînant donc une consultation plus précoce.

Devant des cas de traumatismes fermés (accident de la voie publique ou accident de sport) la douleur habituellement sourde amène à consulter plus tardivement par rapport au premier cas. L'exploration de l'abdomen pose l'indication opératoire et le diagnostic est confirmé en peropératoire.

2.6. Traitement

3.6.1. But

❖ **Le traitement médical en réanimation pré, per et post opératoire**, corrige le choc hypovolémique, les désordres métaboliques, les perturbations respiratoires et lutte contre la diffusion de l'infection, cela afin d'assurer la survie du patient.

❖ **Le traitement chirurgical** vise à supprimer la lésion causale, à évacuer l'épanchement, et à drainer le péritoine.

2.6.2. Moyens et méthodes

2.6.2.1. Moyens médicaux

2.6.2.1.1. Réanimation

❖ **La réhydratation hydro-électrolytique** est envisagée jusqu'à l'amélioration de l'hémodynamique qui devra être maintenue en équilibre. Les quantités à perfuser dépendent donc de l'état hémodynamique du malade.

❖ **L'équilibre hydro-électrolytique préopératoire** permet d'envisager l'acte chirurgical dans de meilleures conditions. Elle est poursuivie en per et en post opératoire.

❖ **La pose des sondes nasogastriques et urinaires** fait partie de cette réanimation.

2.6.2.1.2. Antibiothérapie

L'antibiothérapie tient compte de la synergie aérobie-anaérobie. Elle est donc composée d'anti aérobie-anaérobie. Elle est instituée dès que le diagnostic est fait sans attendre la confirmation bactériologique des différents prélèvements. Elle sera prolongée ou modifiée après l'antibiogramme ultérieur.

Généralement une association est faite entre les Beta-lactamines, dirigés contre les aérobies et les anaérobies, les imidazoles (métronidazole), dirigés contre les anaérobies et les aminosides (Gentamycine) contre les aérobies.

2.6.2.2. Moyens chirurgicaux

❖ **La voie d'abord** : la coeliotomie médiane longue permet une exploration complète de l'abdomen.

❖ **L'exploration et les prélèvements sont effectués** (bactériologie, anatomopathologie).

❖ **La suppression de la lésion causale**, est assurée par la suture, la résection selon l'organe responsable, et l'extériorisation dont le rétablissement de la continuité se fait ultérieurement.

❖ **La toilette péritonéale** comprend l'aspiration de l'épanchement péritonéale et le lavage avec du sérum salé tiède.

- ❖ **Le traitement de l'iléus** se fait par vidange intestinale.
- ❖ **Le débridement péritonéal** autant que possible est pratiqué.
- ❖ **Le drainage abdominal** en zone déclive, permet de diriger vers l'extérieur le suintement séro-hématique persistant.
- ❖ **L'intervention se termine par la fermeture pariétale.**

2.7. Complications post opératoires ^[25,26]

❖ Les complications locales :

La suppuration pariétale

Hémorragie et hématome

Les péritonites postopératoires

Les occlusions postopératoires

Les éviscérations

Les fistules digestives

Les abcès profonds

III-MATERIELS ET METHODE

METHODOLOGIE

1. Type et période d'étude :

C'est une étude retro-prospective transversale descriptive, allant du 1^{er} janvier 2021 à 31 décembre 2022 soit d'une durée de deux (02) ans.

2. Cadre d'étude :

Cette étude a été réalisée dans l'unité de chirurgie générale du centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako.

❖ Situation géographique :

Ce centre est situé dans une zone périphérique en pleine croissance démographique ou les problèmes de santé sont préoccupants avec un nombre élevé des structures de sante de premier niveau (9CSCOM), et qui réfèrent les patients vers le CSREF CV.

- Les principaux quartiers de la commune sont : Quartier mali ; Badalabougou ; Torokorobougou ; Baco-djicoroni ; kalaban-coura ; Garantiguibougou ; Daoudabougou ; Sabalibougou.

- Le centre de sante de référence de la commune V ;

- La carte sanitaire de la commune V ;

Le centre de sante de référence de la commune V encadre 9 centres de sante communautaires (CSCOM) qui sont : ASACOTOQUA, ASCOMBADJI, ASACOKAL, ADASCO, ASACODA, ASACOGA, ASACOSAB (secteur I, II et III), PMI BADALABOUGOU.

❖ Les locaux :

Le service de chirurgie générale dispose de trois salles d'hospitalisation d'une capacité totale de dix-huit lits, de quatre bureaux pour les chirurgiens , d'une salle de garde (pour internes et pour infirmiers), d'une salle de permanence (petite chirurgie), deux blocs opératoires et une salle de stérilisation non aménagée. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du CSREF CV hormis la chirurgie ORL et d'Odontostomatologie.

❖ Le personnel :

Le personnel permanent est composé de : cinq chirurgiens, six techniciens de santé faisant fonction IBODE, sept infirmiers assistants d'anesthésie, quatre techniciens de surface ou manœuvre (gynéco inclus).

Le personnel non permanent comprend : des médecins stagiaires, des thésards, des étudiants et infirmiers stagiaires.

❖ **Les activités :**

Les consultations externes se font tous les jours, de même que les interventions et les hospitalisations. Les visites, dirigées par un chirurgien sont également quotidiennes. Le staff se tient tous les vendredis. Les thésards sont répartis de telle sorte qu'ils font la rotation entre le bloc opératoire, la consultation chirurgicale externe et l'hospitalisation.

Matériels :

Les supports utilisés étaient : les dossiers médicaux des malades, les registres d'hospitalisation, les registres consignant les comptes rendus opératoires, les fiches d'enquêtes individuelles, les registres de consultations externes et le protocole d'anesthésie.

- ❖ **Données civiles et administratives :**
- ❖ **Signes cliniques :**
- ❖ **Signes paracliniques**
- ❖ **Données thérapeutiques**
- ❖ **Suivi post opératoire**

3- Echantillonnage : Tous les patients ont été recrutés en urgence dans le service de chirurgie générale au Centre de Santé de Référence de Commune V.

❖ **Critère d'inclusion :** Patient admis et ayant été opéré pour péritonite aiguë dans le service de chirurgie générale du CSREF CV du district de Bamako.

❖ **Critère de non inclusion :**

- N'ont pas été inclus, les patients reçus pour péritonite et non opérés.
- Les patients opérés ailleurs ou opérés pour d'autres causes dans le service de chirurgie du CS Réf CV du district de Bamako.

4- Statistiques :

La saisie et analyses des données ont été saisies et analysées avec le logiciel « Epi info » version 7, le traitement de texte a été fait sur Microsoft « WORD » version 2016. Le test utilisé a été celui de Khi^2 avec comme seuil de valeur significative pour $P < 0,05$.

RESULTATS

VI - Résultats

4.1. Fréquence : Durant notre période d'étude nous avons effectué **1390** consultations ; **530** patients ont été hospitalisés ; **425** patients ont été admis en urgence ; **390** patients ont été opérés dont **55** cas de péritonite aiguë soit :

- **4% (55/1390) x100** des consultations ;
- **10,4% (55/530) x100** des hospitalisations ;
- **12,9% (55/425) x100** des urgences et
- **14,1% (55/390) x100** des interventions chirurgicales effectuées.

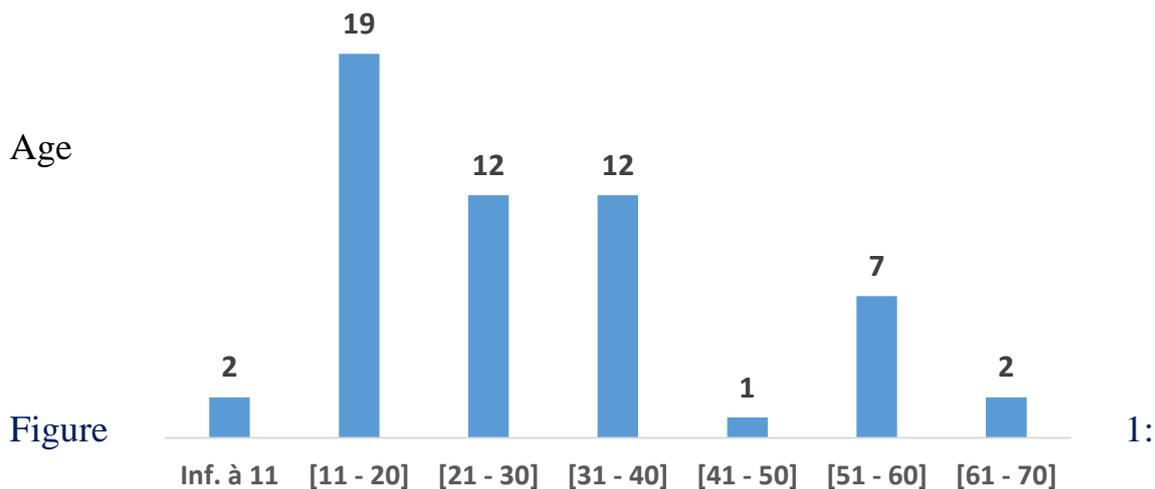
4.2. Données sociodémographiques :

❖ Tableau I : Année de recrutement

Année de recrutement	Effectif	Pourcentage
2021	20	36,4
2022	35	63,6
Total	55	100

On a recruté 35 cas en 2022.

❖ TRANCHE D'AGE



Répartition des patients selon la tranche d'âge

Moyen : 29,12 ans Min : 7ans Max : 68 ans Ecart type : 16,59

Répartition selon le sexe

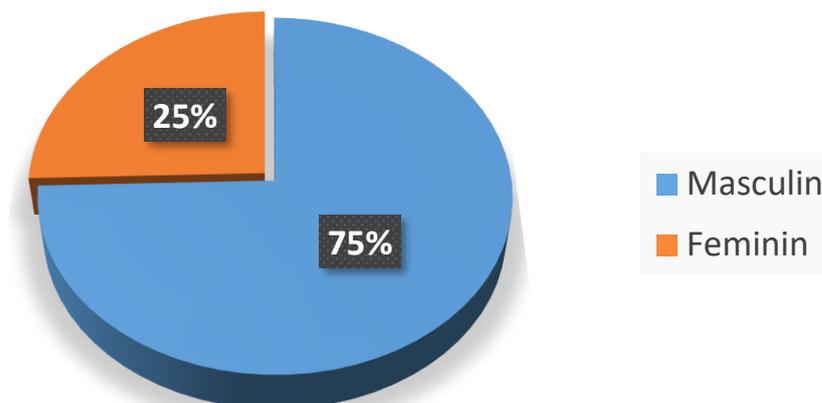


Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe

Le Sex-ratio était 2.9 en faveur des hommes.

Tableau II : Répartition des patients selon l'âge et le sexe

Répartition selon l'âge et le sexe	Sexe		Total	Pourcentage
	Masculin	Féminin		
Inferieur à 11 ans	2	0	2	3,7
11-20 ans	14	5	19	34,5
21-30 ans	7	5	12	21,8
31-40 ans	12	0	12	21,8
41-50 ans	0	1	1	1,8
51-60 ans	4	3	7	12,7
61-70 ans	2	0	2	3,7
Total	41	14	55	100

La tranche d'âge 11-20 ans du sexe masculin était le mieux représenté avec 14 cas.

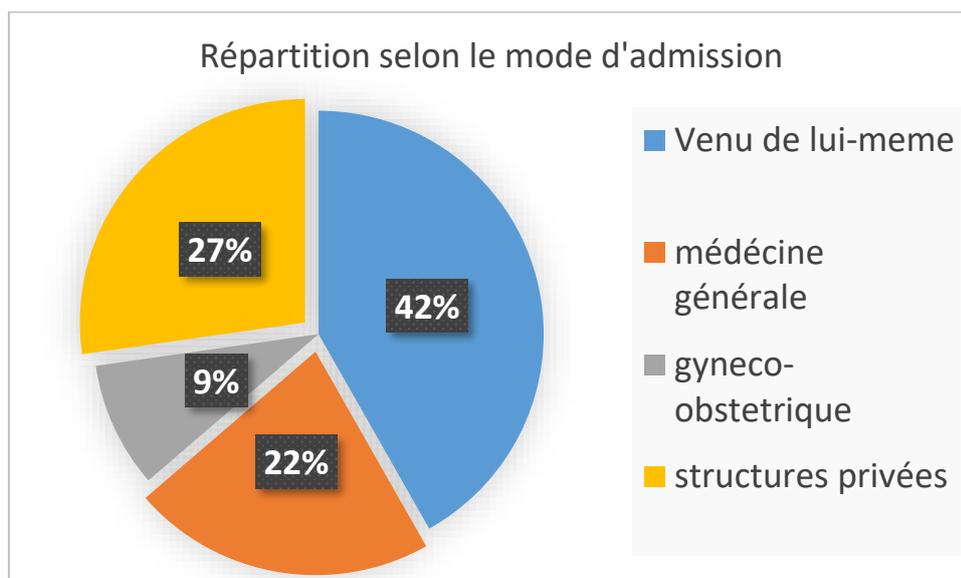


Figure 3 : Répartition des patients selon le mode d’admission :
Le patient venu de lui-même (en urgence) était à 41,8 %.

Tableau III : Répartition des patients selon la nationalité.

Répartition des patients selon la nationalité	Fréquence	Pourcentage
Maliennne	53	96,4
Autres	2	3,6
Total	55	100

Ils étaient majoritairement maliens soit 96,4% (commune V).

Tableau IV : Répartition des patients selon la situation matrimoniale

situation matrimoniale	Fréquence	Pourcentage
Marié(e)	29	52,7
Célibataire	26	47,3
Total	55	100

La majorité de nos patients était marié(es) soit 52,7%.

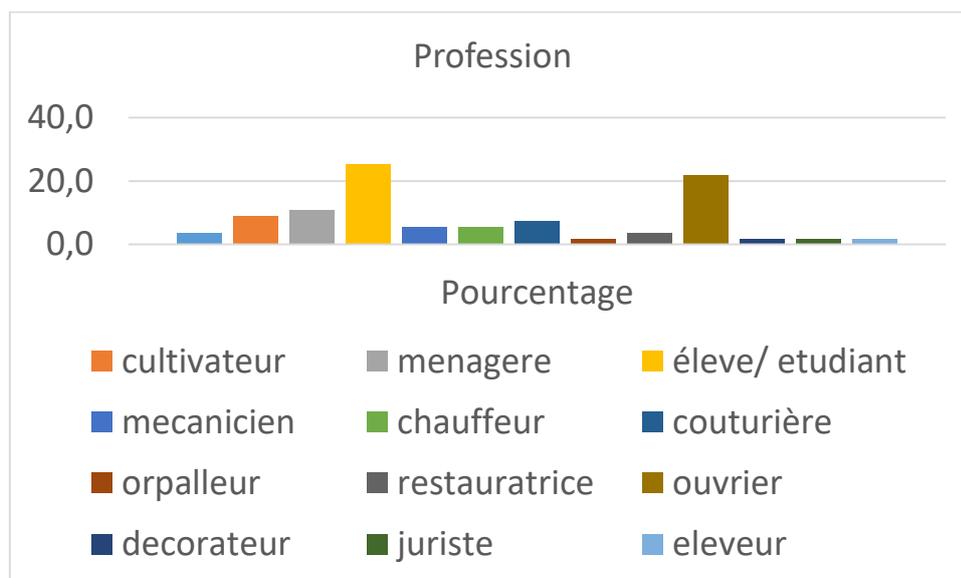


Figure 4: Répartition des patients selon l’activité
La classe scolarisé était plus représentée soit 25,5%

Tableau V : Répartition des patients selon le niveau d’instruction

Répartition selon le niveau d’instruction	Fréquence	Pourcentage
Illettré	23	41,8
Primaire	21	38,2
Secondaire	7	12,7
Supérieur	4	7,3
Total	55	100

Les patients non scolarisés étaient à 41,8%

4.3 -Signes fonctionnels :

Tableau VI: Répartition des patients selon le motif de consultation

Répartition selon le motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Douleur abdominale	51	92,7
Météorisme abdominal	3	5,4
Fièvre	1	1,9
Total	55	100

La douleur abdominale était à 92,7%.

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

Répartition selon le type de la douleur	Effectif	Pourcentage
Piqûre	29	52,7
Brûlure	6	10,9
Torsion	8	14,5
Pesanteur	2	3,6
Ecrasement	1	1,9
Tiraillement	9	16,4
Total	55	100

La douleur était à type de piqûre dans 52,7% des cas.

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

Répartition selon le mode d'apparition de la douleur	Fréquence	Pourcentage
Brutal	40	72,7
Progressif	15	27,3
Total	55	100

Une douleur brutale était à 73%.

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

Répartition selon l'irradiation de la douleur	Effectif	Pourcentage
Postérieure	7/55	12,7
Ascendante	4/55	7,3
Epigastrique	10/55	18,2
Péri-ombilicale	48/55	87,3
FID	30/55	54,5
Diffuse	55/55	100
Sans irradiation	35/55	63,6

La douleur était généralisée dans 100% des cas.

Tableau X : Répartition des patients selon le siège de la douleur.

Répartition selon le siège de la douleur	Fréquence	Pourcentage
FID	24/55	43,6
FIG	1/55	1,8
Hypochondre droit	1/55	1,8
Hypogastre	5/55	9,1
Péri-ombilicale	3/55	5,5
Epigastre	8/55	14,5
Diffuse	13/55	23,6

La douleur était localisée dans la fosse iliaque droite à 43,6%.

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

Répartition selon l'évolution de la douleur	Fréquence	Pourcentage
Permanente	39	70,9
Intermittente	16	29,1
Total	55	100

La douleur était permanente à 70,9%.

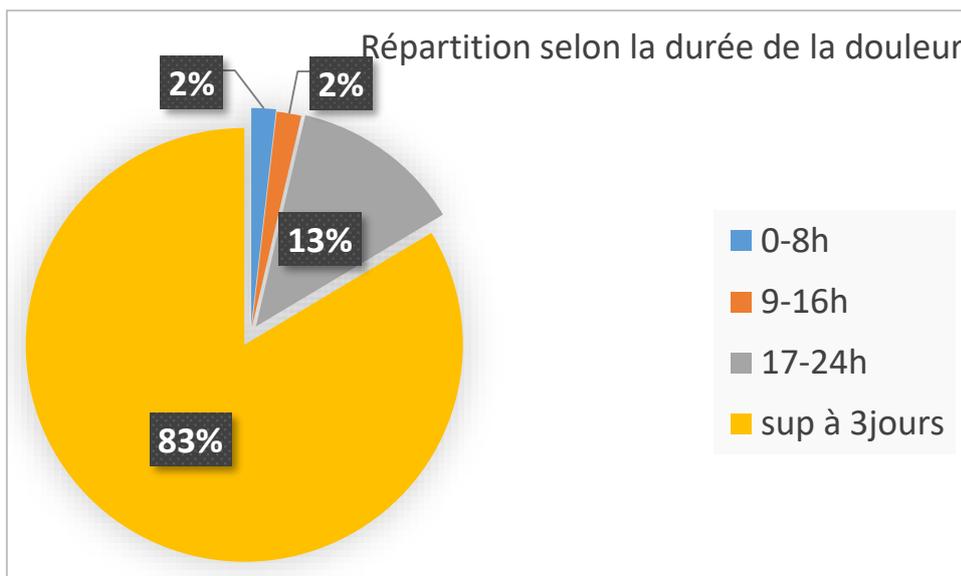


Figure 5: Répartition des patients selon la durée de la douleur.

La durée de la douleur était au-delà du 3^{ème} jour à 83 %.

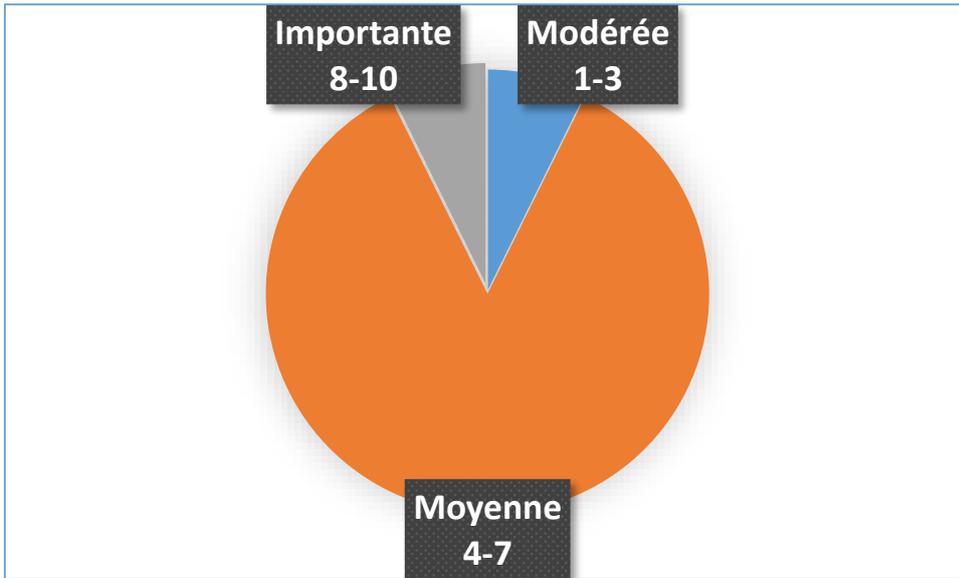


Figure 6 : Répartition des patients selon l'échelle visuelle analogique (E.V.A). Une douleur moyenne était la plus représentée.

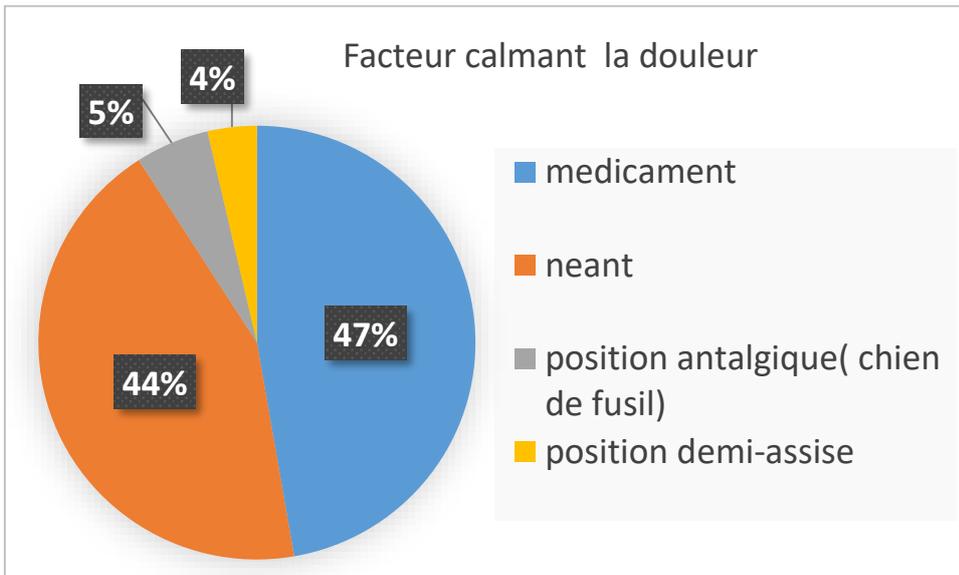


Figure 7 : Répartition des patients selon les facteurs d'accalmie de la douleur.

La douleur était calmée à 47% par des médicaments.

NB : Facteur d'accalmie position en décubitus latéral gauche et droit.

Tableau XII : Répartition des patients selon les signes accompagnant la douleur.

Répartition selon les signes accompagnant la douleur	Fréquence	Pourcentage
vomissements	30/55	54,5
nausées	8/55	14,5
Vomissements, constipation	5/55	9,1
néant	4/55	7,3
diarrhée	2/55	3,6
constipation	2/55	3,6
Arrêt des matières et des gaz	2/55	3,6
toux + amaigrissement	1/55	1,9
Diarrhée + vomissements	1/55	1,9

Les vomissements étaient présents à 54,5% des cas.

4-4 : Répartition des patients selon les ATCD

Tableau XIII: Répartition des patients selon les ATCD médicaux.

Répartition selon les ATCD médicaux	Effectif	Pourcentage
Gastro-entérite	9	81,8
HTA	1	9,1
Diabète	1	9,1
Total	11	100

La gastroentérite était fréquente à 81,8 %

Tableau XIV: Répartition des patients selon les ATCD chirurgicaux.

Répartition selon les ATCD chirurgicaux	Fréquence	Pourcentage
Aucun	49	89,2
Appendicectomie	2	3,6
Césarienne	2	3,6
HI	1	1,8
Appendicectomie + HO	1	1,8
Total	55	100

Nos patients étaient sans ATCD chirurgical dans 89,2% des cas.

Tableau XV: Répartition des patients selon les ATCD Gynéco-obstétriques.

Répartition selon les ATCD Gynéco-obstétriques	Fréquence	Pourcentage
Aucun	52	94,6
Césarienne	2	3,6
perforation uterine+avortement	1	1,8
Total	55	100,0

Aucun ATCD gynéco-obstétrique n'était signalé à 94,6%.

4-6 : Signes généraux

Tableau XVI : Répartition des patients selon les signes généraux.

Répartition selon les signes généraux des 55 cas		Effectif	Pourcentage	Total
Fréquence Cardiaque (battements/minute)	Normale (50-90)	47	85,4	100
	Tachycardie (sup à 90)	8	14,6	
Fréquence respiratoire (Cycles/munîtes)	Normale (17-29)	54	98,2	100
	Tachypnée (sup à 29)	1	1,8	
Température (Degré Celsius)	Normo-thermie	10	18	100
	Hyperthermie	45	82	
Conjonctives	Moyennement colorées	23	41,8	100
	Bien colorées	32	58,2	

Nos patients ont présentés successivement une fréquence cardiaque normale à 85,4%, une fréquence respiratoire normale à 98,2%, une hyperthermie à 82% et 58,2% étaient bien colorées

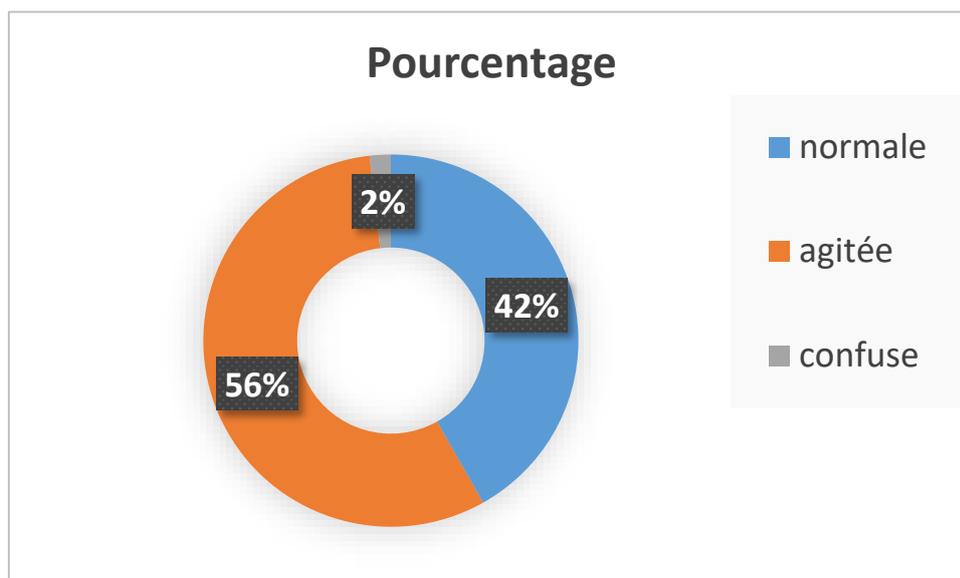


Figure 8 : Répartition des patients selon la conscience.

La conscience était agitée à 56%.

4-7. Signes physiques :

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

Répartition selon l'état de la langue	Fréquence	Pourcentage
Propre	11	20,0
Saburrale	44	80,0
Total	55	100

La langue était saburrale dans 80 % des cas.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la cicatrice abdominale.

Répartition selon la cicatrice abdominale	Fréquence	Pourcentage
Oui	8	14,5
Non	47	85,5
Total	55	100

Aucune cicatrice abdominale n'était retrouvée à 85,5%.

Tableau XIX: Répartition des patients selon les signes physiques.

Répartition selon les signes physiques	FREQUENCE	POURCENTAGE
Silence abdominal	42/55	74,4
Contracture	37/55	67,3
Douleur à la palpation	52/55	94,5
Diminution de la respiration abdominale	50/55	90,9
Cri de l'ombilic	51/55	92,7
Masse abdominale	07/55	12,7
Défense	30/55	54,5
Tympanisme	40/55	72,7
Météorisme abdominal	09/55	16,4
Douglas bombé	40/55	72,7
Toucher vaginal douloureux	10/55	18,2
Leucorrhées fétides (TV)	10/55	18,2

4-8.Les examens complémentaires

Tableau XX : Répartition des patients selon les résultats de l'ASP.

Répartition selon le résultat de l'ASP	fréquence	pourcentage
Présence de niveau hydro-aérique	15/45	27,3
Pneumopéritoine	30/45	54,4
Total	45/55	81,8

L'ASP a été réalisé dans 81,8 % des cas.

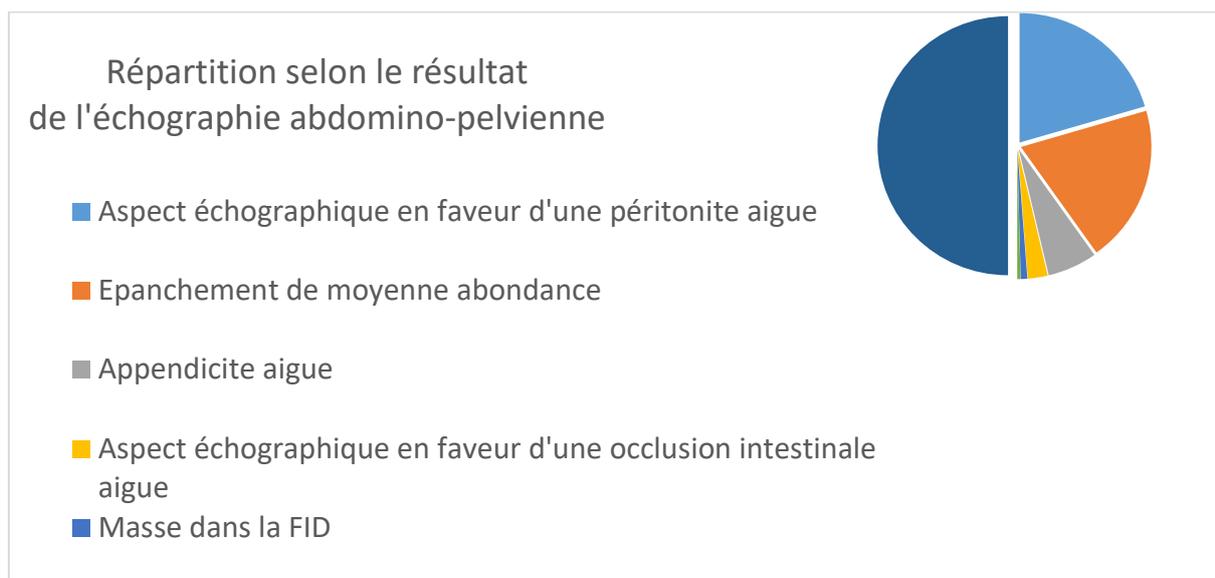


Figure 9 : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie.

Ils avaient bénéficiés d'une échographie à 71%.

Tableau XXI : Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire.

Répartition selon le diagnostic préopératoire	Fréquence	Pourcentage
Péritonite aigue	26	47,3
Péritonite par perforation d'organe creux	20	36,4
Occlusion intestinale aigue	4	7,3
Pelvipéritonite	2	3,6
Péritonite par rupture d'un abcès du foie	1	1,8
Appendicite	2	3,6
Total	55	100

La péritonite aigue était à 47,3% en préopératoire

Tableau XXII: Répartition des patients selon la classification ASA (American Society of Anesthesiologist).

ASA	Effectif	Pourcentage
ASA I	54	98,2
ASA II	1	1,8
Total	55	100

Tous nos patients ont été opérés sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale (IOT).

Les produits utilisés étaient : Kétamine, Antalgique, Atropine, Diazépam curare.

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

Répartition selon le types d'incision	Péritonite localisée	Péritonite généralisée
Incision de Jalaguier	1,8 %	-
Incision de Kocher	1,8%	-
Incision sous ombilicale	47,3%	-
Incision xypho-pubienne	-	45,5%
Incision pfannentiel	-	3,6%
Total	50,9 %	49,1%

L'incision médiane sous ombilicale était le plus pratiqué à 47,3%

Tableau XXIV : Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire

Diagnostic peropératoire	Perforation appendiculaire	Perforation Gynécologique	Perforation gastrique	Perforation intestinale	Total
Inferieur		-	-	5(9,2%)	5 (9,2%)
11ans					
11-20 ans	11 (20,4%)	-	-	4 (7,4%)	15 (27,8%)
21-30 ans	12 (22,2%)	1 (1,8%)	-	3 (5,5%)	16 (29,6%)
31-40 ans	2 (3,7%)	3 (5,5%)	-	2 (3,7%)	7 (12,9%)
41-50 ans	2 (3,7%)	-	-	-	2 (3,7%)
51-60 ans	-	-	5 (9,2%)	-	5 (9,3%)
61-70 ans	-	-	3 (5,5%)	1 (1,8%)	4 (7,5%)
Total	27 (50%)	4 (7,4%)	8 (14,8%)	15 (27,8%)	54/55 (98,2%)

NB : le seul cas restant était un abcès rompu du foie couplé à une Pyo cholécystite. La péritonite appendiculaire était diagnostiquée en peropératoire à 50 %.

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

Répartition selon la nature du liquide	Fréquence	Pourcentage
Pus	39	70,9
séro-hématique	10	18,2
Pyo-stercorale	4	7,3
Selles	2	3,6
Total	55	100

Le liquide était purulent dans 70,9%.

Tableau XXVI : Répartition des patients selon la technique chirurgicale.

Répartition selon la technique chirurgicale	Fréquence	Pourcentage
Appendicectomie	42	76,4
Résection anastomose termino-terminale	2	3,6
L'excision-suture + Epiploplastie	9	16,4
Stomie	1	1,8
Cholécystectomie	1	1,8
Total	55	100

Une appendicectomie était pratiquée à 76,4%.

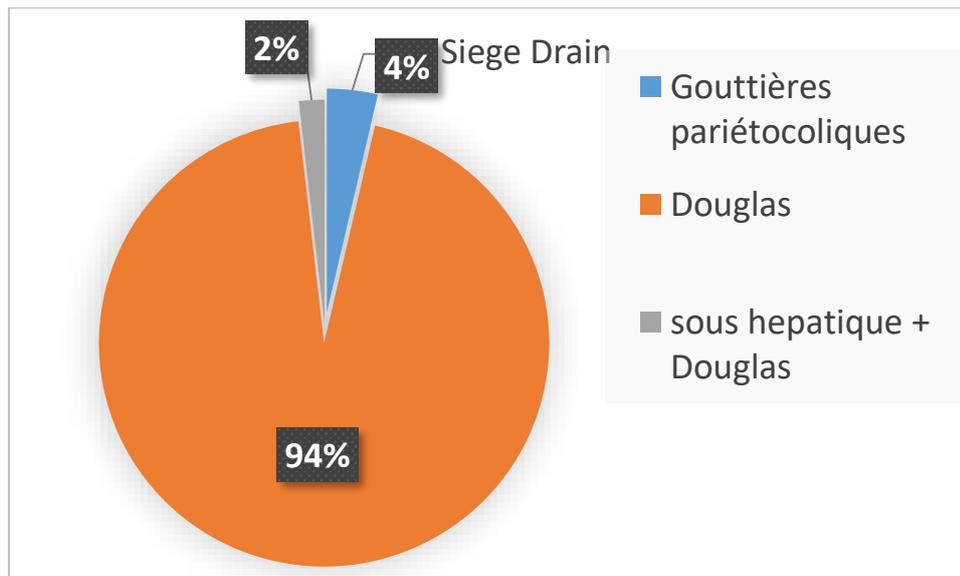


Figure 10 : Répartition des patients selon le siège du drain.

Le douglas était drainé dans 94,5% des cas.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon les résultats de la bactériologie.

Répartition selon le Résultat de la bactériologie	Fréquence	Pourcentage
Présence des germes	5/6	12,5
Absence des germes	1/6	2,5
Total	6/55	15

Les germes rencontrés ont été les suivantes : E. coli, Klebsiella, P. aeruginosa.

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon le traitement médical post opératoire

Traitement médical postopératoire	Effectif	Pourcentage
Antibiotique	55/55	100
Réhydratation	50/55	90,9
Antalgique	55/55	100
Total	55/55	100

Les antibiotiques utilisés étaient ceftriaxone 1g, métronidazole perfusion, ciprofloxacine perfusion et gentamicine injectable.

Le sérum salé, ringer lactate, sérum glucosé, ont été utilisés pour la réhydratation, deux malades ont été transfusés.

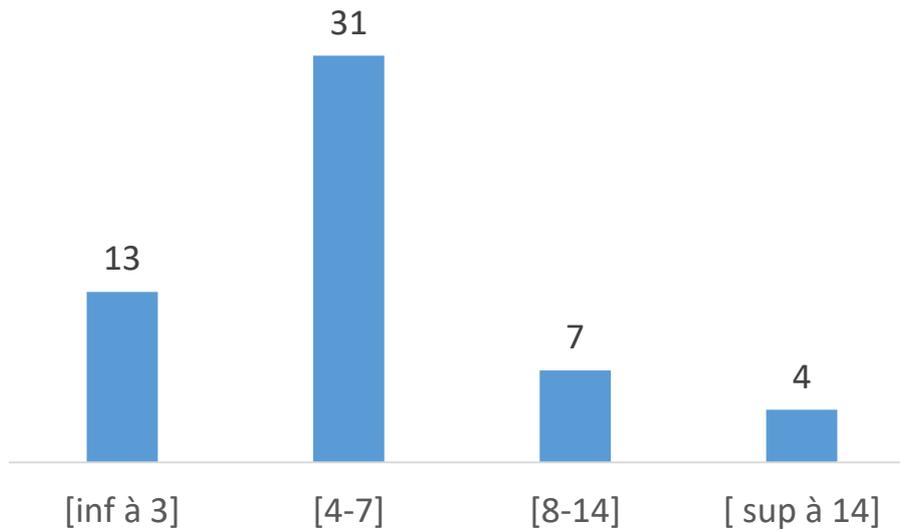


Figure 12 : Répartition selon la durée d'hospitalisation.

Moyen : 4,82 Ecart type : 3,36 Minimum : 1 Maximum : 13.

La durée 4-7 jours était la plus représentée.

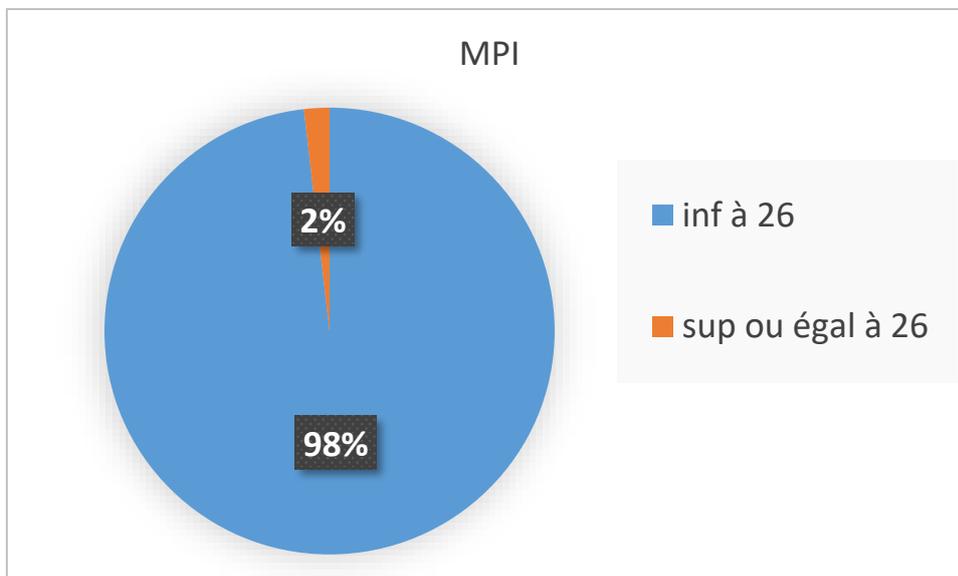


Figure 11 : Répartition selon le pronostic

MPI était inférieur à 26 dans 98% des cas.

Le score de Mannheim évalue le pronostic des péritonites aiguës. Il varie de 0 à 47, la mortalité est élevée lorsqu'il est supérieur à 26. Le score moyen a été de 24 avec des extrêmes allant de 16 à 34

Tableau XXIX: Répartition des patients selon la Classification de Clavien Dindo.

Répartition selon clavien Dindo	Effectif	Pourcentage
II	17/26	65,4
IIIb	6/26	23,1
IV	1/26	3,8
V	2/26	7,7
Total	26/55	47,3

Le stade II selon Clavien Dindo était le plus représenté à 65,4%.

Tableau XXIX : Répartition selon l'âge et le type de péritonite

Répartition selon l'âge (ans) et types de péritonite	Péritonite Localisée	Péritonite Généralisée	Total
< 11	2	7	9
11-20	9	7	16
21-30	6	5	11
31-40	2	7	9
41-50	0	1	1
51-60	1	6	7
61-70	0	2	2
Total	20	35	55

La tranche d'âge 11-20 était la plus représentée avec 09 cas de péritonite localisée et 7cas de péritonite généralisée successivement pour les tranches d'âge < 11 ; 11-20 ; 31-40.

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

Répartition selon le mode du suivi	Effectif	Pourcentage
Ambulatoire	40	72,7
Vue à domicile	15	27,3
Total	55	100

Le suivi était en ambulatoire à 63,6 %

Tableau XXXI : Répartition selon les complications et types de péritonites

Répartition selon les complications et types de péritonites	Péritonites localisées	Péritonites Généralisées	Total
Retard de cicatrisation	3	7	10
Eventration	0	2	2
Eviscération	0	1	1
Infection du site opératoire	6	1	7
Fistule digestive	0	2	2
Hémorragie	0	1	1
Etat de choc	0	1	1
Décès	0	2	2
Total	9	17	26

Les péritonites localisées étaient compliquée d'une infection du site opératoire avec 6 cas contre 7cas de péritonite généralisée compliquée de retard de cicatrisation .

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1. Commentaires et discussion

5.2. FREQUENCE ET AUTEURS

Tableau XXXII : Fréquence de la péritonite selon les auteurs

Auteurs	Fréquence (%)	Test statistique
Malle (14) Mali 2015 N= [40]	7,4	P= 0,11904349
HAROUNA(27) Niger 2001 N = [160]	28.8	P= 0,00434690
LORAND(28) France 1999 N= [84]	03	P= 0,00824805
Cissé(12) Mali 2019 N = [40]	22.22	P= 0,06789249
Cette étude 2022 N= [55]	12,94	

Les péritonites aiguës ont représenté 12,94% des urgences chirurgicales opérées durant cette étude, et ont constituée ainsi la 2ème cause des urgences chirurgicales en chirurgie viscérale contre 60% des appendicites aiguës. Cette fréquence est comparable à celle d'ALOU H Cissé au Mali, Malle au Mali avec une fréquence respective de 22,22% et 7,4% [12,14]. Par contre elle est nettement supérieure à celle de LORAND I. en France et Harouna au Niger avec une fréquence respective de 3% et 28,8% [27,28]. Cette différence pourrait être liée à la fréquence élevée des maladies infectieuses d'une part et d'autre part à un retard dans la consultation, de diagnostic et la prise en charge en amont des principales affections en cause.

Tableau XXXIII : L'âge moyen selon les auteurs

Auteurs	Age moyen	Test statistique p
OUENGRE E. 2013 (36) Burkina N= [221]	24.34	P= 0,26091652
J.L. KAMBIRÉ 2017 (35) Burkina N= [148]	30	P= 0,5
Alou H Cissé 2018(12) Mali N= [40]	25	P= 0,31650927
Cette étude 2023 N= [55]	29,12	

L'âge moyen dans cette étude était de 29 ans avec des extrêmes allant de 7 ans à 68 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 jeunes femmes).

Il n'existe pas de différence à ceux de OUENGRE E. au Burkina Faso 24,34 ans avec P=0.26091652, de J.L. KAMBIRE au Burkina 30 ans, P=0,5 et de A.H.Cissé au Mali 25 ans P=0,31650927. [12, 35,36]

5-2-1 Signes Fonctionnels

Tableau XXXIII : Répartition des principaux signes fonctionnels selon les auteurs

Auteur	Douleur abdominale	Vomissements	Arrêt des matières et des gaz
RAHMAN G.A. (32) Niger 2001 N= [106]	90,6%	60%	-
MALLE O. (14) Mali 2015 N= [40]	100 %	53%	-
ALOU H .Cissé (12) Mali 2019 N= [40]	97,5%	87,5%	5%
Cette Etude Mali 2023 N= [55]	92,5%	54,5%	3,6%

La fréquence des signes fonctionnels dans cette étude diffère de celles de tous les auteurs du tableau ci-dessus. Cette différence pourrait être liée aux différentes étiologies, retard de consultation.

La douleur abdominale reste le signe fonctionnel dominant selon plusieurs auteurs. La douleur a été retrouvée chez 92,7% de nos malades. Cette douleur était intense, permanente, à début brutal, elle était le symptôme le plus constant [12 ; 14 ; 32]. Les autres caractéristiques de la douleur, comme le siège, l'irradiation et le type ont une valeur dans l'orientation diagnostique [10].

Plus de la moitié de nos malades (54.5 %) ont présenté des vomissements (alimentaires ou bilieux). Ces vomissements étaient statistiquement comparables à ceux de MALLE O. au Mali, RAHMAN G.A. au Niger, avec une fréquence respective 53% $P=0,44361330$ et 60% $P=0.28366981$ [14,38]. Ces vomissements traduisent l'expression de l'iléus paralytique et sont responsable en partie de la perte liquidienne entraînant la déshydratation et les troubles électrolytiques. L'arrêt des matières et des gaz témoigne une paralysie intestinale franche. Peut-être précoce ou tardif ; d'installation progressive ; parfois masqué par une fausse diarrhée réflexe (manifestation initiale de l'irritation intestinale) [17]. Les 3,6% sont statistiquement comparable au 5%, $p=0,5$ d'Alou Hamadoun Cissé au Mali [12].

5-2-2 Signes généraux:

La rapidité d'installation des signes généraux est en rapport avec la sévérité de la contamination péritonéale [8]. La fièvre habituellement élevée dès le début de la symptomatologie (sauf dans les perforations gastriques) a été un signe fréquemment noté chez les patients (78,3% des cas). Cette symptomatologie ne diffère pas de celle de la littérature [13 ; 31 ; 38].

5-2-3 Signes Physiques :

Tableau XXXIV : Comparaison des signes physiques selon les auteurs.

Auteurs	MALLICK S. (33) Guyane 2001 []		Mallé. O (12) Mali 2015		Cette étude Mali 2023	
	N	%	N	%	N	%
Respiration abdominal diminuée	6	85,7	37	92,5	50	90,9
Contracture abdominale	5	71,4	39	97,5	55	100
Douglas douloureux et bombé	-		28	70	40	72,7

Le diagnostic des péritonites aiguës est avant tout clinique ^[10]. 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 ^[8 ; 9 ; 10 ; 13].

La contracture abdominale est le signe physique majeur ^[13].

Si l'examen physique est précoce, la contracture abdominale peut être localisée. A un stade avancé on a une défense généralisée qui a la même signification sémiologique ^[2, 13]. Elle a été notée chez 100 % de ces patients.

Ce taux ne diffère pas à ceux retrouvés dans la littérature ^[7;13;19;21 et 39].

La douleur dans le cul de sac de Douglas dont l'exploration clinique présente un intérêt diagnostique dans les syndromes péritonéaux, témoigne l'irritation péritonéale. Elle a été notée chez 72.7% des patients ; statistiquement comparable au 70% de MALLE O. au Mali avec $p=0,37712123$ ^[14].

5-2-4 Examens Complémentaires

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

Tableau XXXV : Répartition en fonction des résultats de l’ASP et selon les auteurs.

Auteurs	HOSOGLU S. Et coll. (34) Turquie 2004 N= [40]	MALLE O. Mali (14) 2015 N= [40]	Alou H Cissé (12) 2019 N= [40]	Cette étude Mali 2023 N= [55]
Niveaux hydro-aérique	-	7,5%	5%	27,3%
Pneumopéritoine	70%	2,5%	5%	54,4%

A La radiographie de l’abdomen sans préparation, les péritonites aiguës par perforation digestive réalisent un pneumopéritoine qui est visible sur le cliché sous forme de croissant (gazeux) inter-hepatodiaphragmatique ^[38].

Dans cette étude cette radiographie a été réalisée chez 82 % de nos patients. Le pneumopéritoine a été objectivé dans 54,4 % des cas ; ce taux varie entre 8 % et 71 % dans la littérature ^[8 ; 24 ; 32 ; 40].

Cette différence pourrait être liée à l’étiologie. Toutefois, l’absence de pneumopéritoine n’élimine pas une perforation digestive car l’organe creux peut être vide de gaz et /ou la perforation peut être obstruée par un viscère voisin. 27,3 % de nos patients avaient présenté des signes radiologiques d’occlusion intestinale (niveaux hydro-aériques). ^[33 ; 41]

Ce résultat diffère statistiquement des 7.5 % de MALLE. O. ^[14] au Mali en 2015 . Cette différence peut être liée à l’évolution de la maladie et à la limitation de la réalisation de l’ASP chez les patients dans cette série.

Echographie abdominale :

L’échographie abdominale est devenue un examen anodin courant dès lors que le diagnostic clinique n’est pas typique ou pour éliminer certains diagnostics différentiels ^[42]. Réalisée chez 40 patients (dans les cas douteux, généralement avant leur admission dans le service), l’échographie a permis d’objectiver un

épanchement péritonéal en faveur d'une péritonite appendiculaire chez 71% des cas. Ce résultat diffère statistiquement aux 35.29% de MALLE O. [13] au Mali en 2015 avec $p=0,00000027$, $KHI2=$.

Par contre ce résultat est comparable à ce trouvé par DISSA B.A. [31] au Mali 70, 45%, $p=0,5$.

5 -3 ETIOLOGIE :

Tableau XXXVI : Répartition des péritonites en fonction des étiologies selon les auteurs.

	1	2	3
Etiologies			
POMATA M. Italie 2002 (35)	Péritonite appendiculaire	Perforation d'UGD	Péritonite colique
J.L.KAMBIRE Burkina Faso 2017 (30)	Perforation d'UGD	Perforation iléale non traumatique	Péritonite appendiculaire
Mallé. O(14) Mali 2015	Perforation appendiculaire	Perforation gastroduodénale	Rupture d'abcès du foie
Cette étude Mali 2023	Perforation appendiculaire	Perforation d'UGD	Rupture d'abcès du foie

En Europe, les principales étiologies des péritonites aiguës sont représentées par les perforations digestives (appendicite, UGD, lithiase biliaire, traumatisme abdominal) [40,44]. Ces mêmes pathologies sont notées dans les séries africaines [32 ; 45], sauf la diverticulose intestinale qui est rarement diagnostiquée chez les africains. Par contre, la fièvre typhoïde et ses complications digestives sont très fréquentes en Afrique mais rares en Europe [38]. La première étiologie dans cette série était la péritonite appendiculaire 76,4% de même que dans celle de

MALLE O. 52.5% $p= 0.00053921$, au Mali et POMATA M. [14, 35] en Italie et ce taux est nettement supérieur de celui du

J.L. KAMBIRE 2017 Burkina Faso qui l’a placée en 3eme position avec une fréquence de 19% et $p=0.44036$. [34]

La perforation d’ulcère gastroduodéal deuxième étiologie dans cette étude (16,4%) est statistiquement identique à celle de MALLE O. 2015 qui la placée en troisième position (12,5%). [14]

Tableau XXXVII : Principaux germes retrouvés au cours des péritonites selon les auteurs.

Auteurs	KOUAME B.	MARITANOJ.Y France 2001(55)	Alou H Cissé Mali 2019 (12)	Cette étude Mali 2023
Germes	C.IVOIRE 2001(36)			
E.coli	1 ^{er}	1 ^{er}	1 ^{er}	1 ^{er}
Klebsiella	-	4 ^e	2 ^e	2 ^e
Enterobacter cloacae	4 ^e	3 ^e	-	
Streptococcus	2 ^e	2 ^e	-	
P. aeruginosa	3 ^e	-	3 ^e	3 ^e

Le prélèvement du liquide péritonéal a été effectué systématiquement chez nos patients mais nous avons eu le résultat que dans 6 cas. La plupart des interventions se font la nuit et le plus souvent le week end, période au cours desquelles le laboratoire n’est pas ouvert. Escherichia a été le germe le plus fréquemment rencontré. Ceci est conforme aux résultats de KOUAME B. de la côte d’ivoire en 2001 et d’Alou Hamadoun Cissé au Mali 2019 [12, 36].

Classification ASA : Ces patients étaient classes I et II dans la classification ASA. Aucun de ces patients n’était classé ASA III ou IV car nous avons la possibilité de les référer au niveau supérieur (CHU) quand l’état général du patient est altéré. Le CS Réf CV ne dispose pas de service de réanimation, pour la prise en charge post opératoire des patients.

5-4 Traitement

Traitement médical pré opératoire

5-4-1 La réanimation :

Elle constitue un élément important dans la prise en charge des péritonites aiguës généralisées. Elle vise à corriger les troubles hydro-électrolytiques et hématologiques ^[46]. Dans cette série, cette réanimation a été faite en pré per et postopératoire (essentiellement un remplissage avec du sérum glucosé, salé isotonique, ringer lactate).

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

Les molécules utilisées sont de large spectre avec une bonne pénétration intra péritonéale. Elles sont souvent utilisées, l'association Bêta-lactamine et imidazoles, éventuellement complétée par un aminoside répond à ce schéma ^[24].

Dans cette série nous avons utilisé les associations (Ceftriaxone 1000mg + Métronidazole 500 mg + la Gentamicine 80 mg).

Ultérieurement elles étaient modifiées et adaptées selon l'évolution clinique. Ces associations ont été utilisées par d'autres auteurs ^[39 ; 47].

Les antalgiques- antipyrétiques : Pour la maîtrise de la fièvre et de la douleur en pré et post opératoire immédiat, le Perfalgan ® 1000 mg (Paracétamol injectable) + acupan été la plus utilisée et rarement la Noramidopyrine 500mg (Novalgin ® injectable).

5-4-3 Traitement Chirurgical

5-4-3-1 La voie d'abord :

Les incisions les plus fréquemment utilisées ont été les incisions médianes sous ombilicales et xypho-pubiennes à cheval sur l'ombilic. Le choix de ces deux voies d'abord se justifie par la nécessité du lavage et du drainage aussi larges que possibles de la cavité péritonéale ^[10 ; 13 ; 45 ; 46].

5-4-3-2 Technique opératoire :

Tableau XXXVIII : Répartition de techniques opératoires selon les auteurs (%)

Auteurs	MALLE O Mali 2015 (14)	Alou H. Cissé(12) Mali 2018	Cette étude Mali 2023
Appendicectomie	52.5	62,5	76,4
Résection-anastomose intestinale	10	5	12,7
L'excision-suture +Epiploplastie	-	12,5	20

La technique opératoire d'une péritonite aiguë dépend de la constatation per opératoire faite par le chirurgien. L'appendicectomie a été le geste chirurgical le plus pratiqué dans cette série avec 76,4% des cas, puis l'excision suture + epiploplastie. La toilette péritonéale et le drainage ont été effectués chez tous nos patients.

Ceci est compréhensible car les péritonites par perforation appendiculaire ont représenté l'étiologie la plus fréquente (selon le mécanisme).

Ce résultat est comparable à celui de MALLE O. et d'Alou H Cissé qui ont respectivement trouvé (52.5%) et (62,5%) des cas. ^[12,14]

L'excision-suture et épiploplastie est particulièrement efficace pour les perforations uniques, arrondies ou punctiformes vues tôt ^[48]. Aucune vagotomie tronculaire n'a été réalisée au cours du traitement des perforations gastriques dans cette série.

5-5 Evolution et Pronostic

5-5-1 Morbidité

Tableau XXXIX: Comparaison des taux de morbidité postopératoire selon les auteurs.

Auteurs	KOUAME B. C. Ivoire (36) 2001 N= [48]	TRAORE L.S. Mali 2014 (29) N= [202]	MALLE (14) Mali 2015 N= [40]	Cette étude Mali 2023 N=[55]
Pourcentage	46%	24.7%	13.5%	43,6%
Tests statistiques	P= ,00399402 KHI2=	P= 0,43602446 KHI2=	P= 0,01736724 KHI2=	

En Afrique comme en Europe, ce taux varie entre 13,5% et 46% [37 ; 41]. La procédure opératoire peut avoir un impact prédictif sur les suites post opératoires. Le taux de morbidité postopératoire a été de 43,6 % dans cette série qui est statistiquement comparable au 46% de KOUAME B. en Côte d'Ivoire avec (P =0.44351190) mais nettement inférieur au 24,7% TRAORE L.S du Mali [39,47]. Cela pourrait être lié 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. La suppuration pariétale a été la complication la plus fréquente avec un taux variant entre 17% et 27% dans les séries africaines [32 ; 47 ; 48]. Elle a été de 43,6 % dans cette étude.

5-5-2 Durée d'hospitalisation :

La morbidité influence le séjour hospitalier qui a été 4-7 jours en moyenne dans cette série et 8 jours dans les séries européennes [13 ; 40 ; 49]

5-5-3 La mortalité

Tableau XL : Répartition de la mortalité des péritonites selon les auteurs

Auteurs	MALLE O. Mali 2015(14)	J.L. KAMBIRE Burkina Faso 2017 (30)	Cette étude Mali 2023
Effectifs	40	148	55
Nombre de décès	1	14	2
Pourcentage	2.5%	9.45 %	3,6%

La mortalité des péritonites aiguës dépend de leur étiologie ^[1].

Dans les séries africaines; cette mortalité varie entre 11,11% et 15,7% ^[10 ; 13 ; 32].

Nous avons enregistré deux cas de décès dans cette série.

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

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

CONCLUSION :

Les péritonites aiguës constituent une urgence médico-chirurgicale.

Les étiologies sont multiples et variées, mais la perforation appendiculaire reste la première cause.

Une réanimation correcte pourrait améliorer le pronostic.

La mortalité est importante et est liée surtout au retard de consultation.

VI- RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

A la population :

- Consultation immédiate en cas de douleur abdominale dans un centre de santé le plus proche.
- Eviction le traitement traditionnel et l'automédication devant les douleurs abdominales.
- L'amélioration de l'hygiène individuelle et collective.

Aux autorités sanitaires :

- Mettre à la disposition un kit d'urgence pour la prise en charge des abdomens aigus chirurgicaux.
- Dotation du CS Réf d'une unité de réanimation.

Aux personnels sanitaires :

- La référence à temps opportun des patients.
- Eviction d'une prescription abusive d'antalgique et d'antibiotique devant les douleurs abdominales avant le diagnostic.
- Le traitement des foyers infectieux.

Aux CS Réf CV :

La disponibilité des examens biologiques, un personnel qualifié pour l'échographie et l'ASP pendant les heures de garde et jours fériés.

La formation continue du personnel.

Fiche d'enquête

I Données administratives

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

2 Date d'entrée...../...../...../...../

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

II Données sociodémographiques du malade

4- Age : ans

- 1= inférieur 11 2= 11 à 20ans
- 3= 21 à 30 4= 31 à 40
- 5=41 à 50 6=51 à 60 7= 61 à 70

5-Sexe.....

- 1 Masculin 2 Féminin

6=Situation matrimoniale

- 1=Marié(e) 2=Célibataire

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

- 1= Peulh 2 =Bambara 3= minianka
- 4 = Sarakolé 5= Bobo 6= Dafing
- 7 = Malinké 9=dionka 10= Mossi
- 11= forgeron 12=Sonrhai
- 13= dogon 14= senoufo 15= tamachek

8-Reference/.....

- a /Commune5 b/ Autres**

9- Nationalité

- 1 Malienne 2 Autres à préciser.....

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

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

11-Principale activité...../.....

- 1 =Cultivateur 2 =Eleveur 3 =Commerçant (e) 4 =Artisan 5 =Cadre supérieur
- 6 =Cadre moyen 7= Cadre inférieur 8 =Scolaire
- 9= Retraité (e) 10= Ménagère 11 =Autres à préciser.
- 12=Enseignant 13=Marabout 14 =Ouvrier

12-Mode d'admission...../.....

- 1=Consultation Ordinaire 2= Urgence =3 Référé (e)
- 4 =Autres à préciser

13-Adressée par...../.....

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

6 = Crampe 7= Autres (à préciser).....

8=Tiraillement

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

1=OGE 2= Périnée 3 = Bretelle

4= Postérieure

5= Ascendante 6= Sans irradiation

7=Péri ombilicale

8 = Autres (à préciser) 9=descendante

10=diffuse

24-Intensité de la douleur...../...../

1 = Modérée 2= Moyenne 3= Importante

25-Evolution de la douleur..... /...../

1= Permanente 2= intermittente

26-Facteurs déclenchant...../...../

1 = Néant 2 = Effort 3 =Stress

4= Repas 5= Faim

6 =Autres (à préciser).....

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

1 = Médicament 2= Néant

3= Position antalgique (à préciser).....

4= Vomissements 5= Autres (à préciser).....

28-Signes d'accompagnement de la douleur...../

1 =Néant 2= Nausées 3= Vomissements

4= Diarrhée 5 =Constipation 6 =Rectorragie

7= Méléna 8= Hématémèse 9= Fièvre

10= Fièvre + Vomissement

11=Arrêt de matière et de gaz

12=Autres à préciser.....

c- Les Antécédents

29-Antécédents médicaux/...../

1= Gastro-entérite 2= Diabète 3 =Drépanocytose

4=HTA 5 =Asthme 6= Ictère

7= Fièvre typhoïde 8=aucun 9=Autres à préciser.....

30-Antécédents chirurgicaux..... /

1 =Appendicectomie 2= GEU 3= Laparotomie 4= HI

5 = HO 6=Césarienne 7=Aucun

31-Antécédent gynécologiques obstétricaux...../...../

- 1 =GEU 2= Avortement 3= Césarienne
 4 =Pyo-ovaire 5=Perforation utérine 6= Pyo-salpinx
 7= Autres (à préciser.....

32-Habitude alimentaire..... /..... /

- 1 =Céréale
 2 =Autre à préciser

33-mode de vie...../...../

- 1 =Thé 2= Alcool 3 =Tabac 4= Cola 5 =Café
 6=1+2+3+4+5 7= Aucun 8=Autres (à préciser.....

D-Signes Généraux

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

- 1= Normal (50-90) bts/mn 2= sup à 90 bts/mn

35-Fréquence Respiratoire...../...../

- 1= 17-29 cycles/mn 2= supérieur à 29cycles /mn

36-Température..... (Degré Celsius)

- 1= Normo thermie (35,5-37,5) 2= Hypothermie (inférieur à 35,5)
 3=Hyperthermie (supérieur 37,7)

37-Tension Artérielle...../...../

- 1 =Normo tendu 2= Hypertendu 3 =Hypotendu

E-Signes physiques

38-Conjonctives...../...../

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

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

- 1= Propre 2 =Saburrale 3= Sèche

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

- 1 =Normale 2 =Agitée 3= Confuse
 4= Autres à préciser.....

Inspection de l'abdomen

41-Présence de cicatrice...../...../

- 1= Oui 2= N on

Si oui le siège de la cicatrice.....

42-Aspect de l'abdomen...../...../

- 1 =Distendu 2 =Plat 3 Autres à préciser.....

43-Mouvement de l'abdomen...../...../
 1 =Respire 2 = Distendu 3= Ondulation péristaltique
 4=Absence de respiration

Palpation

44-Défense Abdominale.....
 1 =FID 2= FIG 3 = Flanc droit
 4= Flanc gauche 5= Epigastrique
 6 =Hypogastrique 7= Péri ombilicale
 8 =Hypochondre droit 9= Hypochondre gauche
 10= Généralisée en ventre de bois
 11= Cris de l'ombilic
 12=Pelvis

45-Masse Abdominale...../...../
 1 =Oui 2= Non 3 =Autres (à préciser).....

Si oui (préciser la taille de la masse)

46-Contours de la masse...../...../
 1= Irrégulière 2 =régulière 3 =Autres à préciser)...

47-Consistance de la masse abdominale...../...../
 1 =Molle 2 =Ferme 3= Autres (à préciser).....

48-Percussion de l'abdomen...../...../
 1 =Normale 2= Matité 3 =Tympanisme
 4- Autres à préciser.....

49-Adénopathies/...../
 1 =Oui 2 =Non

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

50-Toucher rectal...../...../
 1= Normale 2= Dououreux 3 =Douglas bombé
 4 =Hémorragique 5 =Douglas sensible
 6 =Sphincter lâche 7=2+3 8=3+4+5
 9 =Autres (à préciser).....

51= Toucher vaginal...../...../
 1=Normal 2 = Dououreux 3= Présence de masse
 4= Non fait

F/Examens complémentaires avant l'opération

52-A S P...../...../
 1 = OUI 2 = NON

Si OUI Résultat

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

1=OUI 2 = Non

Si oui préciser le résultat:

54= Taux d'hémoglobine...../...../

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

1 =Oui 2=Non

Si oui la conclusion.....

56-Groupage sanguin et Rhésus...../...../

1= A+ 2=A- 3=B+

4=B- 5=AB+ 6=AB-

7= O+ 8= O-

57= Glycémie...../...../

1=Hypoglycémie 2=Normo glycémie

3=hyperglycémie 4=Non fait

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

1=OUI 2=NON

Si oui le résultat :

IV- Diagnostic...../...../

59- Diagnostic pré opératoire

1 =Péritonite aigue 2 = Occlusion

3= Tumeur digestive

4 =Appendicite 5 =Salpingite

6 =Péritonite par perforation d'organe creux

7 =Pathologie vésiculaire

8=Pelvi péritonite

9=péritonite par rupture d'un abcès du foie

10=Autres (à préciser).....

60-Diagnostiques per opératoires...../...../

1 =Péritonite appendiculaire

2 =Péritonite par perforation gastrique

3= Péritonite d'origine gynécologique

4=Plastron abcédé

5= péritonite par rupture d'un abcès du foie

6=Autres (à préciser).....

V -Traitement

61= Technique anesthésie utilisé...../...../

1=AG 2=ALR 3=Rachianesthésie

4=ALR convertie en AG

62-Traitement médical/...../

1=Réhydratation 2= antibiotique 3= Antalgique

4= Transfusion

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

9=Autre (à préciser...../...../

A-Traitement Chirurgical

63-Voie d'abord...../...../

1 = Médiane sus et sous ombilicale

2 =Sous ombilicale 3= Xipho-pubien

4=Mc Burney 5= Autres (à préciser...../...../

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

1 =Résection Anastomoses termino-terminales

2= Résection-suture

3 =Ablation

4= Stomie 5 =Drainage 6= Appendicectomie

7 Autres à préciser...../...../

65-Siège du drain...../...../

1 =Sous hépatique 2=Gouttières pariétocoliques

3= Douglas

4= 1+3

66-Nature du liquide péritonéale...../...../

1= Pus 2 = Selles 3 =Sero-hématique

4 = Pyo stercorale

5= 2+3 6 =Autres (à préciser)...../...../

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

1 =Oui 2 =Non

Si oui conclusion :

68-Surveillance post opératoire...../...../

1= A jeun 2= Sonde nasogastrique

3= Mobilisation précoce

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

69-Durée d'hospitalisation...../...../

1) 1 à 3 jours

2) 4 à 7 jours 3) 1 à 2 semaines

4> 2 semaines

70- Traitement médical post opératoire

- 1 /Antibiotiques 2/ Antalgiques 3 /Anti-inflammatoire
4) 1+2 5) 2+3 6) 1+3
7) 1+2+3

71-Pronostic...../...../

- 1= Bon 2 =Réservé 3= Sombre

- Suites opératoires

72= Score de Mannheim...../...../

- 1 : <26 2 :>= 26

73=-Suites opératoires immédiate...../...../

- 1 = Simple 2= Etat de choc 3 =Septicémie
4 =Décès 5= Hémorragie 6=Autres à préciser

74=Suites opératoires précoces (1 semaine)...../...../

- 1 =Simple 2= Suppuration pariétale
3 = Fistule digestive
4 = Sténose anastomotique 5 = Décès
6 = Ré intervention 7=Autres à préciser

75=Suites opératoires tardives...../...../

- 1 = Simple 2 = Décès 3 =Éventration
4 Retard de cicatrisation
5= Autres (à préciser).....

76=Mode de suivi...../...../

- 1 = Ambulatoire 2 = Vue à domicile
3 =Sur rendez-vous
4= Sur convocation 5 =Consultation ordinaire
6 =Perdu de vue

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Méthode Vancouver

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

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

2-JEAN Y.M. JEAN L.C.

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- BLOMQVIST P.G., ANDERSON R.E., GRANATH F., LAMBE M.P., EKBOM A.R.

Mortality after appendicectomy in Swenden, 1987-1996 Ann Surg 2001; 233 (4):455-60.

5- KOSLOSK A.M.

The diagnosis of Appendicitis in children: Outcomes of a strategy based on pediatric Surgical. Pediatrics 2004; 113 (1 parte 1):29-34

6-GIESSLING U., PETERSEN S., FREITAG M. et al:

Surgical management of severe peritonitis Zentralbtchir 2002 Jull; 127(7):594-7.

7-RAMACHANDRAN C.S., AGARWAL S.

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

8- SANOU D. :

Les perforations iléales d'origine typhique : Difficulté diagnostique et thérapeutique (à propos de 239 cas) Burkina Méd 1999 ; 1(2).17-20.

9- SAKHRI J.

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

10- DEMBELE M.

Perforations typhiques de l'intestin grêle : A propos de 16 cas. Med d'Afrique Noire 1974 ; 21 (4) : 3.

11- 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.

12- Alou Hamadoun Cissé.

Péritonites aiguës au CS Réf de la commune I : aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique. Thèse Med ; Bamako 2019, N 19M35 P48

13- Moussa Oumar Diarra.

Prises en charge des Péritonites appendiculaires à l'hôpital de Sikasso

14. MALLE O.

Péritonites au CSREF de la commune 1 de Bamako : Aspects épidémiologique, clinique, et thérapeutique. These med ; Bamako 2015 ; N°145 p43

15. KAMINA P.

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

16. CADY J., KRON B.

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

17. POILLEUX F. et al. Séméiologie chirurgicale. 4ème édition Paris IV : Flammarion Médecine-Sciences, 1979:971-989.

18. LEVY E., FRILEUX P., OLLIVIER J.M., PARC R.

Péritonites postopératoires diffuses. Données actuelles. EMC (Paris-France), Gastro-entérologie :9-045 A-10, 1995, 8.

19- FABIANI J.N., DELOCHE A.

Péritonites aiguës généralisées, formes cliniques, traitement internat chirurgie, 2ème édition mise à jour. Edition médicale « heure de France » :3-14.

20- FAYSSSE E., BERNARD P.H.

Les péritonites biliaires. Rev. Prat., 1986, 36, (19): 1070-1076.

21. LENRIOT J.P. Péritonites aiguës. Encycl. Méd. Chir., Paris, Urgence, 12-1975, 240 48 B 10. 102

22- LE TREUT Y.R.

Les péritonites aiguës : Physiologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement. Rev. Prat. 1993 ; 43, (2) : 259-262.

23- PERRONTIN J., BASTRAN, LASSAN J.P., et PAGES CH.

Diagnostic et traitement des perforations des ulcères duodénaux (défense de la méthode de Taylor-Quenu). Rev. Prat. 1982 ; Tome XXXII, 32 :357-371.

24-EDDLIMI A, ABAUTHASSAN J, EL ABIB A R ET AL.

Profil bactériologique des péritonites communautaires. Journal maghrébin d'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence, 2006 ; 13 : 64-66.

25-CHAMPAULT G., GROSDIDIER J.

Les péritonites diffuses post-opératoires après chirurgie du tube digestif. Paris. Masson. 1982.

26- 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.

27-HAROUNA Y.D.

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

28-LORAND I., MALINIER N.

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

29- TRAORE L.S. Etude des péritonites aiguës aux CHU de Kati Thèse médecine ; Bamako 2014 ; N°112 ; P 55-57

30-J.L. KAMBIRÉ, C. ZARÉ, B.G. SANOU, T. KAMBOU

Étiologies et pronostic des péritonites secondaires au centre hospitalier universitaire de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) J. Afr. Hépatol. Gastroentérol. 2017 p1, v11

31- OUANGRE E., ZIDA M., BONKOUNGOU P.G., et al

(2013) Les péritonites aiguës généralisées en milieu rural au Burkina Faso : à propos de 221 cas. Rev Cames Santé 1:75-9

32- RAHMAN G.A. et al. Typhoid iléal perforation in Niger children: an analysis of 106 operative cases. Pédiatre Surg Int 2001 ; 17 : 628-630

33-MALLICK S., KLEIN J.F.

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

34-HOSOGLU S., MUSTAFA ADEMIR et coll:

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

35- POMATA M., VARGIU N., MARTINASCOL et al.

Our experience in the diagnosis and treatment of diffuse
peritonitis. Co chir 2002 May; 23(5): 193-8

36- Kouamé B.

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

37- CHICHE B., LENRIOT J.P.

Péritonites sous mésocoliques. Encycl. Méd. Chir., Paris, 4.1.12,
Urgence, 24048B-30.

38-DA D.C. Les péritonites aiguës généralisées : Aspect
épidémiologique, cliniques et thérapeutiques ; à propos de 369 cas
colligés au CNHSS de Bobo-Dioulasso, thèse méd. Ouagadougou
2002 N°15, 88.p

39-PARC R., LEVY E., LOYGUE J. Principe d'une intervention
pour péritonites. CAT vis-à-vis du péritoine et du tube digestif.
Ann Chir, 1985 ; 39, (8) : 541-546.

**40- SANOU A., TRAORE S.S., SANO D., COMPAORE T.,
BANDRE E.,**

DAKOURE R. Les abdomens chirurgicaux au CHNYO (bilan de
cinq ans d'activité). Annales de l'université de Ouaga, 1995, Serie
B, vol III : 34-39.

41-KAFANDO R J.

Les perforations typhiques : aspects cliniques et thérapeutiques ; à
propos de 239 cas colligés au CHU YO, thèse méd. Ouagadougou
1997 65.p

42-DISSA B.A.

Les péritonites aiguës : aspects cliniques, diagnostiques et
thérapeutiques à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. These med ;
Bamako 2012 ; N°53.P55

43- GOUGARD P., BARRAT C.:

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

44- BÜCHLER M.V. Chirurgische Therapie der diffusen
peritonitis Chirug 1997 ; 68 : 811 – 815 .

45- 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.

46- PODEVIN G., M. BARUSSAUD, M.-D. LECLAIR, Y.

Appendicite et péritonite appendiculaire de l'enfant 2005. EMC-
Pédiatrie-maladies infectieuses 2013(4) :1-6[Article 4-018-Y-10]

47-ROSEAU G., MARC F.

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

48-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: 99.

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

50- Dembélé B.M.

Etude des péritonites aiguës généralisées dans les Services de
Chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré.
Thèse Méd. Bamako 05 M 215: 1-116.

51- DOUI D. et al :

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

52- CHAMBERS H F, SANDE M A.

Antimicrobial agents R general considerations. In: Goodman L S,
Gilman A. G, eds. The pharmacological basis of therapeutics.9th
edition. New-York: McGraw Hill, 1996: 1029 R 1055.

**53- GROSFELD J.L., MOINARI-CHAET M. ; ENGUM S.A.
et al :**

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

54. SEGUIN P., AGUILLON D., MALLEDANT Y.

Antibiothérapie des péritonites communautaires. France 2004:169-
179.

Fiche Signalétique

Nom : DIAKITE

Prénoms : DRISSA

Titre de la thèse : Péritonites aiguës au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

Secteur d'intérêt : CS Réf commune V

Pays : Mali

Ville de Soutenance : Bamako

Année universitaire : 2021-2022

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

Résumé : Nous avons réalisé une étude retro prospective transversale descriptive portant sur 55 patients reçus au CS Réf de la commune V pour péritonite aiguë du 1er Janvier 2021 au 31 Décembre 2022. Il s'agissait de 41 hommes et 14 femmes (Sex-ratio = 2.9 homme pour 1 Femme) dont l'âge moyen était de 29,12 ans avec un écart type de 16,59 ; des extrêmes allant de 7 ans à 68 ans. La douleur abdominale a été le principal motif de consultation. L'examen clinique seul a permis de poser le diagnostic dans 75% des cas.

Le diagnostic clinique a été étayé par l'ASP et l'échographie abdominale; réalisés respectivement chez 81,8 % et 71% des patients. La péritonite appendiculaire a été le diagnostic peropératoire dans 50 % des cas.

Le traitement chirurgical était fonction de l'étiologie en peropératoire

Tous nos patients ont bénéficié la toilette péritonéale plus drainage.

Nous avons noté un taux de morbidité de 43,6% dominé par la suppuration pariétale.

Mots Clés : Péritonites aiguës ; épidémiologie ; diagnostic thérapeutique ; urgences Chirurgicales CSREF CV ; Mali.

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 reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure