

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République 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

**LES PERITONITES POST TRAUMATIQUES AU
SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DE
HOPITAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES**

Présentée et soutenue publiquement le 01/12/2023 devant le Jury de la faculté
de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : Monsieur Fofana Oumar

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

Jury

Président : M. Bakary T DEMBELE, Professeur

Membre : M. Amadou TRAORE, Maitre de Conférences

Co-directeur : M. Gaoussou SOGOBA, Médecin

Directeur : M. Madiassa KONATE, Maitre de Conférences

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A Allah, le tout puissant, le miséricordieux, qui est la source de tout. Merci de guider mes pas dans la vie courante et dans l'exercice de ma profession. Que ton nom soit loué.

Au Prophète Mohamad (SAW) que la paix et le salut de DIEU soient sur lui.

A mon père : Mody Fofana

Tu es pour moi l'exemple inégalable de la rigueur, de la patience et de la justice. Tu m'as enseigné l'honneur, le respect de soi, d'autrui et le travail bien fait. Que Dieu te garde pendant longtemps à nos côtés et qu'il exhausse tes bénédictions.

A mes mères : Assa Soukouna, Tacko Koïta, Fatouma Fissirou

Ce travail est le fruit de vos souffrances, de vos sacrifices, de votre patience. Votre soutien moral, matériel ne nous ont jamais fait défaut. Puisse Allah le Tout Puissant vous faire bénéficier du fruit de patience. Amen !

A ma tante : Maillé Koïta tu as toujours été à mes côtés durant tout ce trajet, merci pour tes conseils et tes soutiens moral. Puisse Allah t'accorder une longévité pleine de bonheur.

A Mes chers frères et sœurs :

Madassa (Papa), Mahamadou (Momo), El hadj, Amara, Madassa H, Cheick Oumar, Bandjougou Diafar Niamé, Tata, Mariam, Minata, Fatouma.

En témoignage de toute l'affection et des profonds sentiments fraternels que je vous porte et de l'attachement qui nous unit. Votre présence et vos encouragements m'ont été d'une grande aide. Je vous "adore" au-delà des liens du sang et à jamais. Que ce travail soit pour vous un exemple de volonté, de courage et d'abnégation. Je ne saurai vous dire combien je vous aime. Ce travail est aussi le vôtre. Je vous souhaite une vie pleine de joie, de bonheur et d'amour. Je vous aime ! Jamais personne ne brisera ce lien qui nous unit incha ALLAH.

A mes maitres et formateurs :

**Pr Gaoussou Sogoba, Dr Sidy Sangaré, Dr Traoré Lamine Dr Diakité
Adama, Dr Magassa Moulaye
Dr Kouyaté Mamaye.**

Vous avez été plus qu'un maitre pour nous Trouvé en ce document le fruit de vos propres efforts.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit de :

Tous mes maitres : de l'école fondamentale de Lambatra et Sébénicoro (Fraternité), du lycée de Sébénicoro (LMBS), et de la FMPOS pour l'enseignement qu'ils m'ont transmis pendant mon parcours scolaire et universitaire.

Mes cousins et cousines : Moussa Fofana, Samba Fofana, Kaourou Fofana Madassa B Fofana, Kaou Fofana Mody Fofana Mody Gassama, Mahamed Gassama, Bah Gassama.

J'ai appris avec vous que la tolérance, la solidarité, le partage, la taquinerie dans le respect sont les moyens de renforcement des liens de sang, de famille. Vous êtes et vous serez toujours un support moral. Grace à vous cette joie qui fait l'harmonie de la vie en famille ne m'a jamais manqué. Ce travail est le vôtre. Soyez assurés de mon profond attachement.

Mes amis (es) : Anthioumana Koïta, Drissa Koïta Boubou Camara, Daman Koïta, Koudiata Sylla, Fatoumata Maïga. Pour leur soutien et la confiance qu'ils ont placée en moi.

Mes amis de la faculté et Promotionnaires : Souleymane Konaté, Mohamed Diallo, Boubou K Diallo, Famory Kamissoko Pierre Abdou Diallo, Aziz Mallé, Karim Kanté Yacouba Traoré, Fadiala Sissoko, Mory Coulibaly. Pour leur aide et pour leur collaboration franche.

Mes aînés de la chirurgie générale de Kayes : Touré Harouna, Cheick Abou Traore, Doua Kanté, Harouna Daou. Pour leur disponibilité, leurs soutiens, et leurs précieux conseils.

A mes cadets de la chirurgie générale de Kayes : Kiabou M, séga Dembélé Mady Diallo, Fatoumata Coulibaly FC, Dibaga. pour leur respect à mon égard.

A tout le personnel médical et infirmier du service de chirurgie Générale, traumatologie, du service d'accueil des urgences, et de la réanimation pour leur collaboration.

Aux Familles : Sogoba à Kayes : Sangaré à Kayes, Koïta à Kayes Fofana à Kayes, Gassama Sébénicoro Soukouna sabalibougou pour leur hospitalité.

Enfin, je reformule mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidé à la réalisation de ce travail et qui sont si nombreux pour que j'en fasse une liste nominative.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et président du jury Pr Bakary Tientigui Dembélé

- ✓ **Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS**
- ✓ **Diplômé de pédagogie en science de la santé à l'université de bordeaux**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU. Gabriel Touré**
- ✓ **Chef de filière IBODE de l'Institut National de Formation en science de la santé (L'INFSS)**
- ✓ **Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CHIMA)**
- ✓ **Secrétaire général de la société malienne de colo proctologie**
- ✓ **Membre de l'association des chirurgiens Afrique francophone**
- ✓ **Membre du collège ouest Africain des chirurgiens (WACS)**
- ✓ **Membre de l'association Française des chirurgiens (AFC)**
- ✓ **Membre de la société Africaine Francophone de chirurgie digestive(S.A.F.CHI.D)**

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur et un immense plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos qualités pédagogiques. Votre humeur constamment joviale, votre disponibilité, votre simplicité et votre grande humilité sont des qualités qui font de vous un Maître envié de tous.

Nous vous prions de trouver ici cher Maitre le témoignage de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

A notre Maitre et juge Pr Amadou Traoré

- ✓ **Médecin colonel à la direction centrale du service de santé des armées
DCSSA**
- ✓ **Maitre de conférences agrégé à la FMOS**
- ✓ **Spécialiste Chirurgie générale ;**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- ✓ **Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CHIMA)**

Cher maître,

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury de thèse, vos critiques et suggestions ont permis d'améliorer la qualité scientifique de ce travail. Veuillez recevoir ici cher maitre l'expression de notre profonde reconnaissance

A notre maître et Co-directeur Pr Gaoussou Sogoba

- Spécialiste en chirurgie générale;
- Praticien hospitalier à l'hôpital régional de Kayes;
- Membre de la société de chirurgie du Malien(SOCHIMA);
- Charge de cours à l'institut nationale de formation de science de sante à l'annexe de Kayes;
- Point focal de la fistule Obstétricale à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes;
- Maître de recherche à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Cher maitre,

Transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable.

En vous, nous avons trouvé la rigueur et la ponctualité dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir.

Pendant tout notre séjour dans le service, nous avons été émerveillés par votre façon de travailler; vous êtes sans doute un bon encadreur rigoureux et très méthodique.

Nous garderons de vous l'image d'un homme respectueux et modeste.

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire.

Que le tout puissant Allah vous aide à aller jusqu'au bout de vos ambitions professionnelles. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères remerciements.

A notre maitre et directeur de thèse Pr Madiassa Konaté

- ✓ **Maitre de conférences agrégé à la FMOS;**
- ✓ **Spécialiste en chirurgie générale;**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- ✓ **Membre de chirurgie du Mali (SOCHIMA);**
- ✓ **Membre de l'association française de chirurgie.**

Cher maître

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté diriger cette thèse malgré vos multiples et importantes occupations, votre disponibilité à transmettre votre connaissance et vos qualités de pédagogue créent une ambiance de travail toujours agréable autour de vous. Veuillez trouver ici cher maître l'expression de nos sincères remerciements

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

°C	: Degré Celsius
A C	: Accident de la circulation
ASP	: Abdomen sans préparation
ATB	: Antibiotique
AVP	: Accident des voies publiques
CAORF	: Centre d'appareillage orthopédique et de rééducation fonctionnelle
CBV	: Coups et blessures volontaires
CHU	: Centre hospitalier Universitaire
Cm	: Centimètre
EPH	: Etablissement public hospitalier
Fig	: Figure
FMOS	: Faculté de Médecine et d'Odonto -Stomatologie
G	: Gramme
G/L	: Gramme par litre
Gram (+	: Gramme positif
Gram(-)	: Gramme négatif
HTA	: Hypertension artérielle
INF	: Inferieur
IRM	: imagerie par résonance magnétique
MPI	: score de Mannheim
NHA	: Niveau hydro-aériques
ORL	: Oto- Rhino-Laryngologie
PPT	: Péritoine post traumatique
SAM	: Système d'Aide Médical Urgence
SAU	: Service d'accueil des urgences
Suite OP	: Suites opératoire
TA	: Tension artérielle

TABLEAUS DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des malades en fonction de leur âge.....	41
Tableau II: Répartition des malades en fonction de leur Provenance	42
Tableau III: Répartition des malades en fonction d leur principale activité	43
Tableau IV: Répartition des malades en fonction du délai de la prise en charge (heure)	44
Tableau V: Répartition des malades en fonction du motif d'admission.....	45
Tableau VI: Répartition des malades en fonction de l'étiologie.....	45
Tableau VII: Répartition des malades en fonction des signes fonctionnels	46
Tableau VIII: Répartition des malades en fonction des signes généraux....	46
Tableau IX: Répartition des malades en fonction des signes physiques.....	47
Tableau X: Répartition des malades en fonction des signes a l'imagerie....	47
Tableau XI: Répartition des malades en fonction de leur diagnostic pré opératoire	48
Tableau XII: Répartition des malades en fonction de traitement médical préopératoire	49
Tableau XIII: Répartition des malades en fonction du diagnostic per opératoire	49
Tableau XIV: Répartition des malades en fonction des traumatismes associés.....	50
Tableau XV: Répartition des malades en fonction du siège de la perforation	50
Tableau XVI: répartition des malades en fonction du nombre de perforation.....	51
Tableau XVII: Répartition des malades en fonction du diamètre (cm) de leur perforation.....	52
Tableau XVIII: Répartition des malades en fonction de l'aspect de lésion.	52

Tableau XIX: répartition des malades en fonction de leur technique opératoire	53
Tableau XX: Répartition des malades en fonction du score de Mannheim	53
Tableau XXI: Répartition des malades en fonction des suites opératoires à 15 jours.....	53
Tableau XXII: Répartition des malades en fonction du type de complication.....	54
Tableau XXIII: Répartition des malades en fonction de la durée d'hospitalisation.....	55
Tableau XXIV: Répartition des malades en fonction du devenir par rapport au nombre de perforation.....	56
Tableau XXV: Répartition des malades en fonction des suites opératoire par rapport au nombre de perforation.	57
Tableau XXVI: Répartition des malades en fonction du devenir par rapport au nombre de viscère perforé.....	58
Tableau XXVII: Répartition des malades en fonction des suites opératoires par rapport au nombre de viscère perforé.	59
Tableau XXVIII: Répartition des malades en fonction des suites opératoires par rapport à la technique chirurgicale.....	60
Tableau XXIX: Répartition des malades en fonction des suites opératoires par rapport au siège de la perforation.	61
Tableau XXX: la fréquence selon les auteurs.....	63
Tableau XXXI: âge moyen selon les différents auteurs.....	64
Tableau XXXII: sex-ratio selon les auteurs.....	65
Tableau XXXIII: Les étiologies selon les auteurs	66
Tableau XXXIV: délai d'admission selon les auteurs	67
Tableau XXXV: les signes fonctionnels selon les auteurs.	68
Tableau XXXVI: les signes généraux selon les auteurs.....	69
Tableau XXXVII: les signes physiques selon les auteurs	70

Tableau XXXVIII: les résultats de la radiographie de l'abdomen sans préparation selon les auteurs.	71
Tableau XXXIX: la technique chirurgicale selon les auteurs.....	72
Tableau XL: siège de la perforation selon les auteurs.....	73
Tableau XLI: morbidité selon les auteurs.....	74
Tableau XLII: mortalité selon les auteurs.....	75

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Vue antérieure de l'abdomen : montrant le rapport du péritoine avec les organes intra Abdominale [13]	9
Figure 2: Coupe sagittale schématique de la cavité abdominale [19]	11
Figure 3: Subdivision de l'estomac	14
Figure 4: Vascularisation artérielle de l'estomac.....	14
Figure 5: Intestin grêle in situ	17
Figure 6: Anatomie du cadre colique	19
Figure 7: Vascularisation artérielle du colon	20
Figure 8: Répartition des malades en fonction du sexe	42
Figure 9: Répartition des malades en fonction du mode d'admission.	44
Figure 10: Répartition des malades en fonction du taux d'hémoglobine préopératoire	48
Figure 11: Répartition des malades en fonction du nombre de viscère	51
Figure 12: Répartition des malades en fonction des causes de décès.	54
Figure 13: Répartition des malades en fonction du devenir.	55
Figure 14: Eviscération à la suite des CBV chez un homme de 38 ans. Hôpital de Kayes.....	80
Figure 15: Multiples perforations iléale à la suite des coups et blessures volontaires chez un jeune garçon de 20 ans. Hôpital de Kayes.	80
Figure 16: section complète du jéjunum à la suite d'un coup de guidon lors d'un AVP chez un jeune garçon de 18 ans. Hôpital de Kayes	81
Figure 17: résection plus anastomose de la section jéjunale. Hôpital de Kayes.....	81
Figure 18: drainage plus fermeture pariétale. Hôpital de Kayes	82

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS :	4
III- GENERALITES :.....	6
IV. METHODOLOGIE	35
V. RESULTATS	41
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	63
VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :	77
VIII. ICONOGRAPHIE :.....	80
VIII. REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES.....	84
IX. ANNEXES	91

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

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

La péritonite post traumatique est dûe à l'ouverture pathologique de la paroi d'un organe creux du tube digestif (œsophage, estomac, intestin grêle, gros intestin, rectum et voies biliaires extra hépatiques) suite à un traumatisme [2].

Plusieurs mécanismes peuvent être dûe à une plaie pénétrante (armes blanches, à feu), à une contusion de l'abdomen (accident de Travail et du sport) ou exceptionnellement, constituer la complication d'une coelioscopie. [3]

Elle constitue une urgence qui impose une hospitalisation et une prise en charge précoce [4]

Les accidents de la circulation (AC) font partie des causes principales des traumatismes de l'abdomen, aussi bien dans les pays occidentaux que dans les pays en développement. [5]

- AUX USA

Kevin en 2008 [6] au cours de son étude réalisée sur une série de 516 cas de traumatismes abdominaux a trouvé une fréquence de 11% des péritonites post traumatiques.

EN EUROPE

En France, Vivien B [7] ; dans une étude sur le traumatisme abdominal fermé a eu 8% des péritonites post traumatiques par perforation du grêle.

En Turquie, Mehmet [8] au cours de son étude en 2009 faite sur 38 patients traumatisés de l'abdomen a trouvé 44,7% de péritonites post traumatiques.

Cette dernière étude a trouvé un taux de mortalité de 2,63%.

EN AFRIQUE

Au Maroc

Mlle. Khaoula IKEMAKHEN [9] en 2019 sur une série 50 cas des péritonites post traumatiques a trouvé un taux de morbidité de 15%.

- Mali

M. D Sylla [10] en 2021 dans une étude réalisée à l'hôpital de Sikasso sur une série 42 cas des péritonites post traumatiques a trouvé un taux de mortalité de 9,5%.

Koné N S [11] en 2015 dans son étude réalisée au CHU Gabriel Touré sur 128 cas des péritonites post traumatiques a trouvé que l'AVP était le principal mécanisme étiologique dans 36,8% des cas.

Une étude réalisée par Traoré OT [12] en 2013 au CHU Gabriel Touré sur une série de 72 cas a trouvé une prédominance de l'arme blanche comme mécanisme étiologique des péritonites post traumatiques dans 55,6% cas.

Dans notre pays en général et particulièrement à Kayes rares sont les études qui ont porté de façon spécifique sur les péritonites post traumatiques d'où le choix de cette étude rétro prospective dont les objectifs sont les suivants :

OBJETIFS

II. OBJECTIFS :

1-Objectif général :

Etudier les péritonites post traumatiques dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

2-Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer la fréquence hospitalière des péritonites post traumatiques.
- ✓ Déterminer les aspects cliniques et paracliniques des péritonites post traumatiques.
- ✓ Décrire les aspects thérapeutiques des péritonites post traumatiques.
- ✓ Analyser les résultats de la prise charge de patients opérés pour péritonite post traumatique.

GENERALITES

III- GENERALITES :

1. ANATOMIE DU PERITOINE

1-1 DEFINITION

Le péritoine est une membrane séreuse qui tapisse les parois de la cavité abdomino-pelvienne et les organes qu'elle contient. Elle limite ainsi la cavité péritonéale [12].

1-2 ANATOMIE DESCRIPTIVE

- Macroscopiquement, il est constitué par 2 feuillets :
 - ✓ Un feuillet pariétal : appelé encore péritoine pariétal, appliqué sur les parois des cavités abdominale et pelvienne, il est doublé profondément dans toute son étendue par une couche de tissu cellulaire ou cellulo-adipeux appelée fascia propria.
 - ✓ Un feuillet viscéral ou péritoine viscéral : constitué par le revêtement séreux des organes abdomino-pelviens.
 - ✓ Des replis membraneux : qui relie le péritoine pariétal au péritoine viscéral .Ces replis engainent les pédicules vasculo-nerveux qui vont de la paroi aux organes enveloppés par la séreuse. Chacun d'eux se compose de deux feuillets séparés l'un de l'autre par une mini lame de tissu cellulo-graisseux renfermant des vaisseaux et des nerfs. Ces feuillets séreux émanent du péritoine pariétal, s'avancent dans la cavité abdomino – pelvienne et se continuent avec le péritoine viscéral de part et d'autre de la zone suivant laquelle les vaisseaux et nerf abordant l'organe auquel ils sont destinés. Les replis du péritoine sont de plusieurs sortes et portent, suivant les cas le nom de méso, d'épiploon ou de ligament.
- Le méso se définit par des replis péritonéaux qui unissent à la paroi un segment du tube digestif. Le méso est soit mésogastre, soit méso-duodénum, soit mésentère soit méso-côlon suivant qu'il est en connexion avec l'estomac, duodénum, le jéjuno-iléon ou le côlon.

- ✓ Les ligaments sont des replis de péritoine qui relient à la paroi des organes intra-abdominaux ou pelvien ne faisant pas partie du tube digestif (foie, utérus, etc. ...)
- ✓ Enfin, l'épiploon est un ensemble de replis péritonéaux qui s'étendent entre deux organes intra abdominaux. Sa doublure par fascia propria permet de la mobiliser et de la suturer [13]

❖ **La vascularisation et innervation du péritoine :**

La vascularisation artérielle du péritoine pariétal est assurée de haut en bas par des branches des artères intercostales, lombaires, épigastriques et circonflexes; artères issues directement de l'aorte, de l'artère iliaque externe ou de la fémorale. Celle du péritoine viscérale est assurée par branches de division du tronc cœliaque et mésentérique.

- ✓ Le retour veineux viscéral se fait par des veines mésentériques.
- ✓ Il n y a pas de circulation lymphatique propre à la séreuse péritonéale. Seul un dispositif juxta-diaphragmatique fait de fenêtres mésothéliales permet d'assurer le drainage de la lymphe de la cavité péritonéale vers les diaphragmatiques, le canal thoracique et circulation générale du péritoine semble très inégalement répartie et l'on distingue des zones hypersensibles, qui peuvent être des témoins cliniques en cas d'inflammation péritonéale. Ce sont principalement :
 - le diaphragme (hoquet);
 - le nombril (cri de l'ombilic à la palpation digitale) ;
 - cul de sac de douglas, exploré par les touchers rectales et ou le doigt entrant en contact direct avec le péritoine déclenche une douleur vive.
- ✓ Ces zones hypersensibles correspondent à des foyers où l'innervation péritonéale est très riche et dont l'exploration clinique présente un intérêt diagnostique dans les syndromes péritonéaux. Cette innervation se signale également par un fait pathologique : toute agression inflammatoire de la séreuse péritonéale peut se manifester par une contracture des muscles de la sangle abdominale, réponse pratiquement pathognomonique [14].

1-3 RAPPORTS DU PERITOINE AVEC LES ORGANES

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

- Viscères retro-péritonéaux comme les reins, les voies urinaires hautes et le pancréas qui sont recouverts en avant par le péritoine pariétal postérieur, en dehors de la cavité péritonéale. Les viscères intra-péritonéaux sont engainés par le péritoine viscéral, tels l'estomac, les voies biliaires extra hépatiques, les anses intestinales (grêle, côlon, haut rectum), l'utérus et les annexes (exception les ovaires).
- Les viscères intra-péritonéaux sont engainés par le péritoine mais qui sont dans la cavité péritonéale et dont les pathologies peuvent également intéresser le péritoine, ce sont le foie et la rate[13].

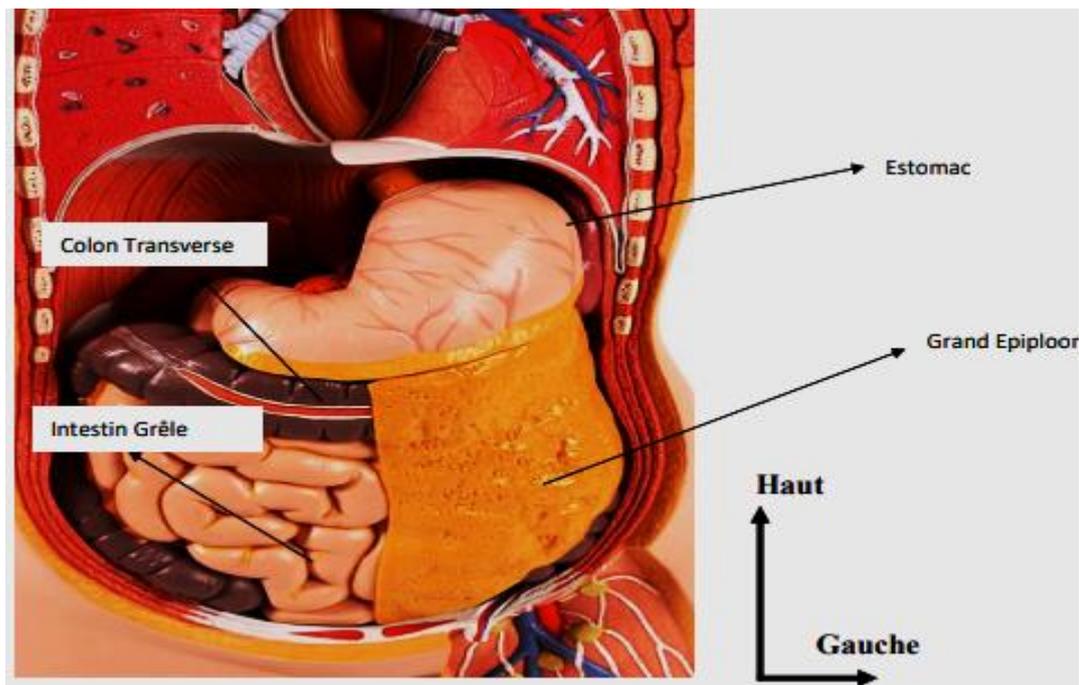


Figure 1: Vue antérieure de l'abdomen : montrant le rapport du péritoine avec les organes intra Abdominale [13]

1-4 Anatomie topographique de la cavité abdominale et pelvienne:[15]

➤ La cavité abdominale :

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

- A l'étage sus méso colique on a latéralement de la paroi les hypochondres droit et gauche, et au centre la région épigastrique ;
- A l'étage sous méso colique on a latéralement de la paroi les fosses iliaques et les flancs droit et gauche, et au centre les régions ombilicale et hypogastrique.
- La cavité péritonéale : Espace virtuel entre le péritoine pariétal et viscéral, elle contient un film liquide qui lubrifie la surface du péritoine et facilite les mouvements libres des viscères. C'est un sac entièrement clos chez l'homme mais communique avec l'extérieur par les ouvertures des trompes utérines chez la femme. Elle est divisée en petite et grande cavité péritonéale :
- La bourse amentale (arrière cavité des épiploons) : C'est un diverticule de la cavité péritonéale et communique avec elle par le hiatus de WINSLOW. Elle est divisée en deux parties, le vestibule et l'arrière cavité proprement dite, par deux replis séreux soulevés par les artères coronaire stomachique et hépatique. Ces replis limitent un orifice, le foramen boursæ omentalis, qui communique le vestibule avec l'arrière cavité.
- La grande cavité péritonéale : Elle s'étend jusque dans la cavité pelvienne et comporte de nombreuses loges réparties en trois régions : -Dans la région sus méso colique :
 - ❖ Les loges sous phréniques droit et gauche qui sont comprises entre le foie et diaphragme.

❖ La loge sous hépatique, décrit par les radiologues sous le nom de loge de Morrison qui correspond à une petite dépression triangulaire limitée en bas par le bord supérieur du méso côlon transverse dans sa partie droite, en haut en dehors le bord postéro-interne du lobe droit du foie et en dedans la saillie du péritoine postérieur en regard du pôle supérieur du rein droit et du 2e duodénum.

-Dans la région sous méso colique on a :

* La gouttière pariéto colique droite comprise entre le côlon ascendant et la paroi latérale de l'abdomen.

* La gouttière pariéto colique gauche comprise entre le côlon descendant et la paroi latérale de l'abdomen.

* La loge supra méésentérique située entre le méésentère et le côlon ascendant.

* La loge infra méésentérique située entre le méésentère et le côlon descendant.

-Dans la région pelvienne on a :

* Le cul de sac recto-vésical (douglas) chez l'homme.

* Les culs de sac vésico-utérin et recto-utérin chez la femme.

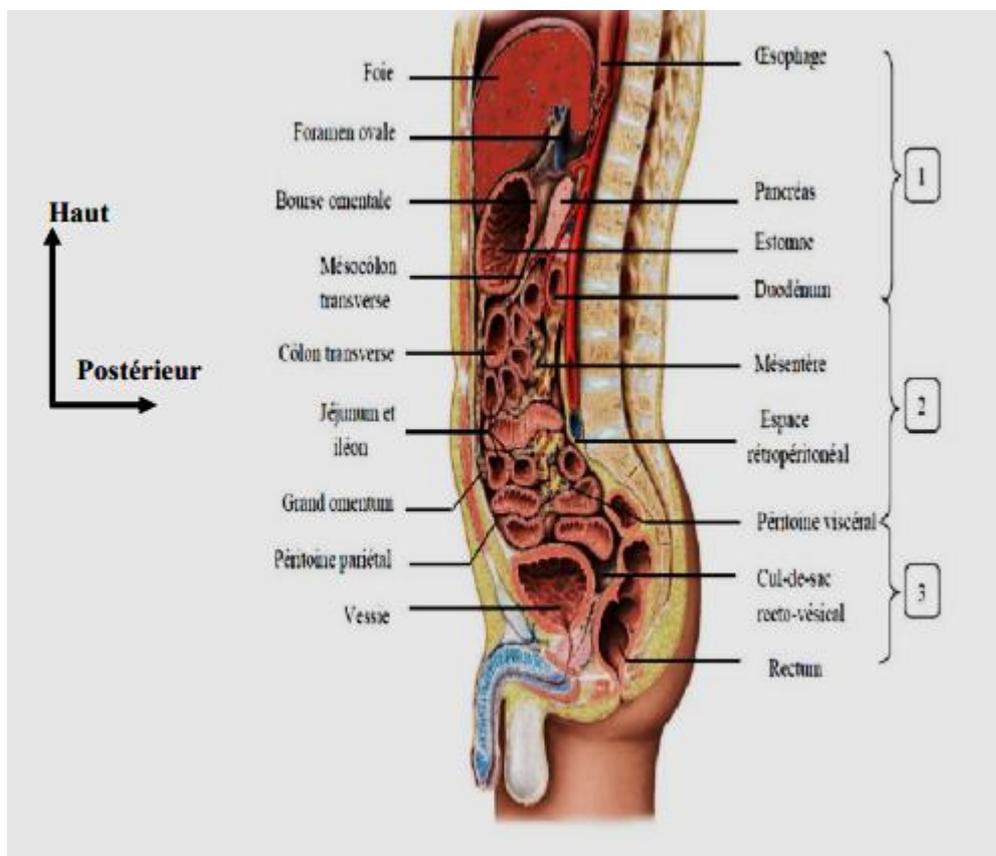


Figure 2: Coupe sagittale schématique de la cavité abdominale [19]

1 : Etage sus-méso colique

3 : Etage sous-méso colique

3- Cavité péritonéale pelvienne

1-5 PHYSIOLOGIE DU PERITOINE

- Le péritoine est une membrane lisse et translucide faite de tissu conjonctif et de cellules mésothéliales douées de propriété de sécrétion et de résorption. Ces propriétés, à l'état normal s'équilibrent pour ne laisser dans la cavité péritonéale que quelques millilitres de liquides nécessaire à la lubrification et à la mobilité des viscères. Ce liquide clair contient 50% de lymphocytes ,40% de macrophages et quelques éosinophiles ainsi que des monocytes et de cellules mésothéliales [14].

- Le péritoine garantit l'équilibre du milieu péritonéal par deux voies : la première est celle des échanges bi- directionnels entre la cavité péritonéale et circulation générale, au travers de la séreuse se comporte une membrane semi-perméable [17]. La surface du péritoine est à peu près la même que celle de la peau (1,7 à 2 cm²) mais la surface fonctionnelle est moindre (1cm²) en raison semble-t-il de différence de vascularisation. La deuxième voie d'échange entre péritoine et circulation sanguine est activée et se fait par voie lymphatique contrairement à la première, elle est limitée à une partie de la cavité péritonéale et ne fonctionne que dans un sens. Un dispositif juxta diaphragmatique permet le passage de fluides de la cavité péritonéale vers les lymphatique diaphragmatique, puis le canal thoracique et la circulation générale.

- Sous l'effet de modification de pressions abdominales et thoraciques induites par le jeu diaphragmatique au cours des mouvements respiratoires s'installe deux phases. La première phase est marquée par un afflux de liquide péritonéal au travers des fenêtres mésothéliales ouvertes dans des lacunes lymphatiques collectées durant l'expiration. La seconde par une éjection et vidange lymphatique pendant l'inspiration sous l'effet de la contraction du diaphragme et de la pression

négative intra thoracique. Cette voie d'épuration diaphragmatique joue pour les liquides et les particules des diamètres inférieurs à 10 micromètres [13,18].

II. ANATOMIE DES VISCERES CREUX

1- ESTOMAC

✓ C'est une vaste poche musculaire reliant l'œsophage au duodénum. En forme de J majuscule avec deux portions : verticale (le corps) et horizontale (l'antre pylorique). L'estomac a deux faces antérieure et postérieure convexes puis deux courbures : petite et grande. Enfin il présente deux orifices : un supérieur le cardia et un inférieur le pylore (Figure 3).

✓ La face antéro-supérieure est en rapport avec le diaphragme et par l'intermédiaire duquel avec la plèvre gauche et le poumon gauche. La face postéro-inférieure est en rapport en haut avec le rein gauche, la surrénale gauche et la rate; dans sa partie moyenne avec le pancréas et mesocôlon transverse et en bas avec la 4^e portion duodénale, l'angle duodéno-jéjunale et les anses intestinales.

▪ La vascularisation :

✓ La vascularisation artérielle est assurée par les 3 branches de division du tronc cœliaque à savoir l'artère coronaire stomacique, l'artère hépatique et l'artère splénique (Figure 4). Pour le retour veineux, les veines gastriques se rendent à la veine porte et les veines cardio-tubérositaires se jettent dans la veine cave inférieure réalisant un shunt porto-cave [20].

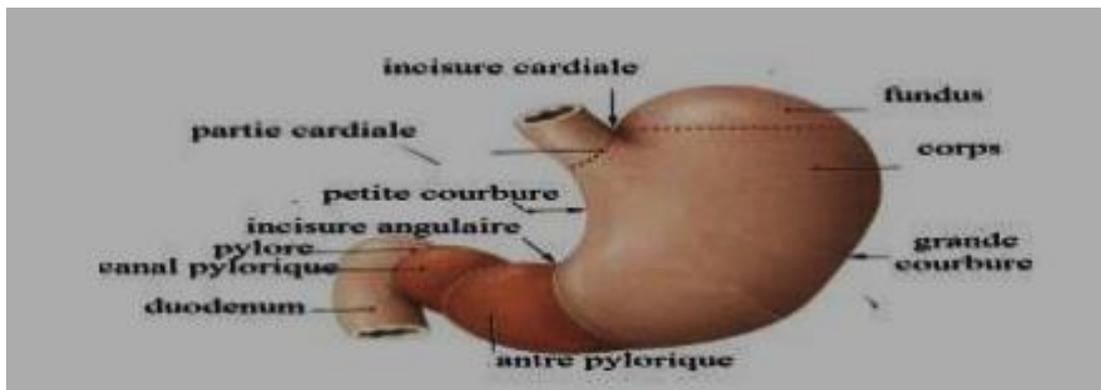


Figure 3: Subdivision de l'estomac

Source : (Kamina P. Anatomie de l'appareil digestif. Précis d'anatomie clinique. Maloine; 2004) [21]

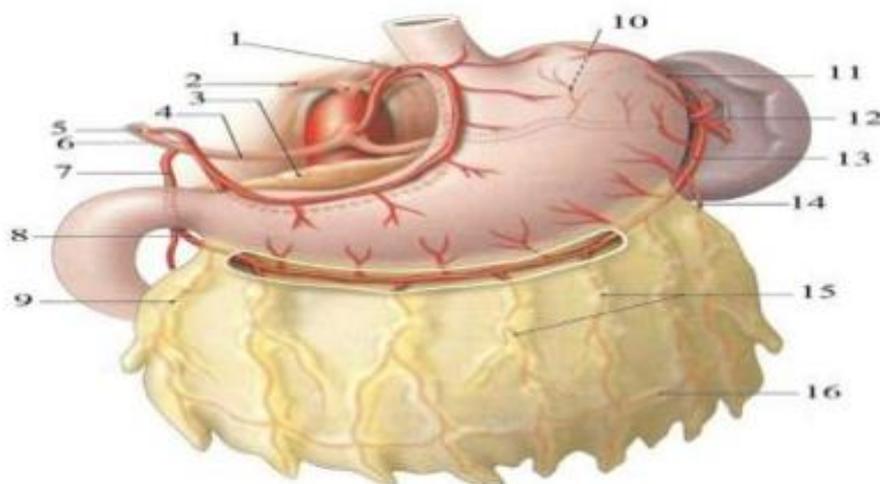


Figure 4: Vascularisation artérielle de l'estomac

Source : (Kamina P. Anatomie de l'appareil digestif. Précis d'anatomie clinique. Malone ; 2004) [21]

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1. artère gastrique gauche | 9. artère omentale droite |
| 2. artère phrénique inférieure | 10. artère gastrique postérieur |
| 3. pancréas | 11. artère courte de l'estomac |
| 4. artère hépatique commune | 12. artère splénique |
| 5. artère hépatique propre gauche | 13. artère gastro-omentale |
| 6. artère gastrique | 14. artère omentale gauche |
| 7. artère gastroduodénale | 15. branches omentales |
| 8. artère gastro-omentale droite | 16. anastomose omentale |

2- INTESTIN GRELE

○ L'intestin grêle est la partie du tube digestif reliant l'estomac à partir du pylore au gros intestin par les valvules iléo-caecales. Il est subdivisé en deux segments le premier fixe dépourvu de mésentère, c'est le duodénum, le deuxième segment qui est le jéjuno-iléon

II- 2- 1- Duodénum

○ Le duodénum ayant la forme d'un cadre ouvert dans sa partie supérieure gauche, il comporte 4 portions, encercle la tête du pancréas et reçoit les canaux excréteurs hépatiques, biliaires et pancréatiques. Il comporte quatre parties. Le duodénum à une longueur de 25 à 30 centimètres (cm), son diamètre est de 3 à 4 cm.

○ Rapports

Le premier duodénum est en rapport avec : le foie, la vésicule biliaire, le pancréas, l'artère hépatique, la veine porte, l'artère gastroduodénale et le petit épiploon. Le deuxième duodénum est en rapport avec le feuillet pariétale du péritoine, le foie, les anses grêles, la veine cave inférieure, le rein et les vaisseaux rénaux droits, l'uretère droite, les vaisseaux génitaux droits; le côlon ascendant, et le pancréas. Le troisième duodénum est en rapport avec : les anses grêles, la veine cave inférieure, l'aorte, les ganglions lymphatiques, le plexus nerveux intermésentérique et le pancréas. Les rapports du quatrième duodénum sont : le méso-côlon transverse, l'estomac, les anses grêles, l'aorte, les vaisseaux rénaux, le muscle psoas gauche, l'arc vasculaire de Treitz.

✓ Vascularisation et innervation du duodénum :

La vascularisation artérielle du duodénum est tributaire du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique supérieure. Cette vascularisation est représentée par deux arcades anastomotiques entre branches terminales de l'artère gastroduodénales et les branches issues de l'artère mésentérique supérieure pour le bloc duodéno-pancréatique. Les veines duodénales sont satellites des artères, formant elles aussi des arcades, certaines s'abouchent directement au tronc porte, d'autres à celui de la veine mésentérique supérieure [21].

Les lymphatiques du duodénum sont représentés par quatre groupes ganglionnaires: Duodéno-pancréatique antérieur et postérieur, sous-pylorique et pancréatique inférieur. Les nerfs du duodénum sont représentés par les nerfs provenant des deux nerfs vagues droit et gauche, des ganglions semi-lunaires droit et gauche et du plexus mésentérique supérieur.

2- 2- Jéjuno-iléon

Le jéjuno- iléon relativement mobile et plus long s'entend de l'angle duodéno-jéjunale à la valvule iléo-caecale et comporte deux segments: un proximal c'est le jéjunum et un distal c'est l'iléon. Le jéjuno-iléon répond en arrière à la paroi abdominale et aux organes retro-péritonéaux, en avant au grand épiploon et à la paroi abdominal antérieure; en haut au colon transverse et son méso; en bas au côlon iléon pelvien et aux organes du petit bassin; à gauche à la paroi abdominale latérale et à droite au caecum et au côlon droit (Figure 5).

• La vascularisation :

Le jéjuno-iléon est vascularisé par les artères intestinales au nombre de douze à quinze, elles naissent du bord gauche de l'artère mésentérique supérieure, puis chacune va se diviser en plusieurs branches et trois séries d'arcades sont ainsi constituées avant que les vaisseaux gagnent l'intestin. À l'extrémité de trajet de l'artère mésentérique supérieure. Le retour veineux se fait vers la veine mésentérique selon une disposition analogue à celle des artères [22-23].

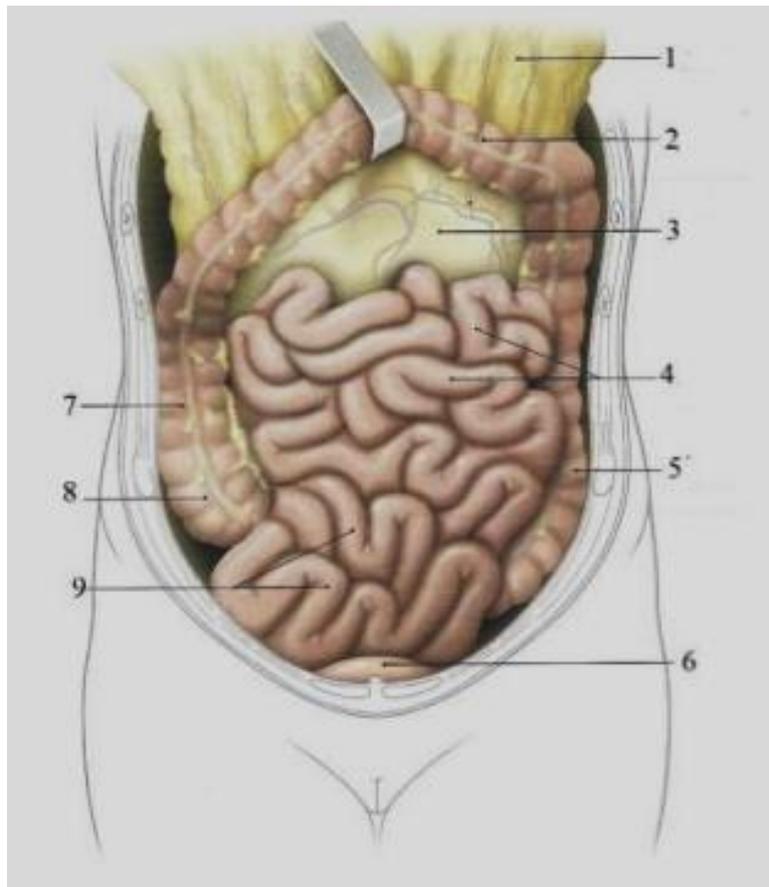


Figure 5: Intestin grêle in situ

Source : (Kamina P. Anatomie de l'appareil digestif. Précis d'anatomie clinique. Maloine; 2004)

- | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------|
| 1. grand omentum | 4. Jéjunum | 7. Côlon ascendant |
| 2. côlon transverse | 5. Côlon descendant | 8. Caecum |
| 3. méso côlon transverse | 6. Vessie | 9. Iléum |

3- GROS INTESTIN

- C'est le segment du tube digestif qui s'étend de la valvule iléo-caecale à l'anus. Il débute à la fosse iliaque droite par le caecum, puis se continue par plusieurs segments disposés en cadre à la périphérie de l'abdomen à savoir: le côlon pelvien, le côlon sigmoïde, la charnière recto-sigmoïdienne et le rectum. Le côlon a la forme d'un cadre en U renversé (figure 6).

- La longueur totale en moyenne de 1,5 mètre. Le côlon ascendant répond en dehors à la paroi abdominale, en dedans à l'uretère droit, aux anses grêles et à la face antérieure du rein gauche et en bas aux anses grêles.
- Le côlon transverse répond en avant au foie et à la paroi abdominale, en haut à la grande courbure de l'estomac, à la base de la rate, et à la face inférieure du corps du pancréas; en arrière au rein droit, au duodénum, à la tête du pancréas, aux anses grêles et à la face antérieure du rein gauche et en bas anses grêles.
- Le côlon descendant est en rapport en arrière avec le bord latéral du rein gauche, en avant et latéralement avec les anses intestinales, en haut et à gauche avec la face antérieure du rein gauche et au milieu avec l'uretère qui descend verticalement.

- **Vascularisation-innervation :** (fig7)

Le côlon est vascularisé par les branches terminales des artères mésentériques supérieures et inférieures. Les veines sont disposées parallèlement aux artères et se rendent dans la veine porte par les veines mésentériques supérieures et inférieures. Les nerfs proviennent des plexus mésentériques supérieurs et inférieurs, alors que le drainage lymphatique du gros intestin est tributaire des lymphatiques qui constituent des troncs intestinaux le long des artères et qui parviennent au tronc lombaire gauche puis à la citerne de Pecquet. Pour le rectum, sa vascularisation est assurée par les artères hémorroïdales supérieures, moyennes, et inférieures. Le retour veineux se fait par les veines hémorroïdales supérieures, moyennes, et inférieures. Il est innervé par les plexus hémorroïdaux supérieurs, moyens, et inférieurs, et le nerf hémorroïdal ; et son drainage lymphatique se fait vers trois groupes lymphatiques supérieurs, moyens et inférieurs. [20]

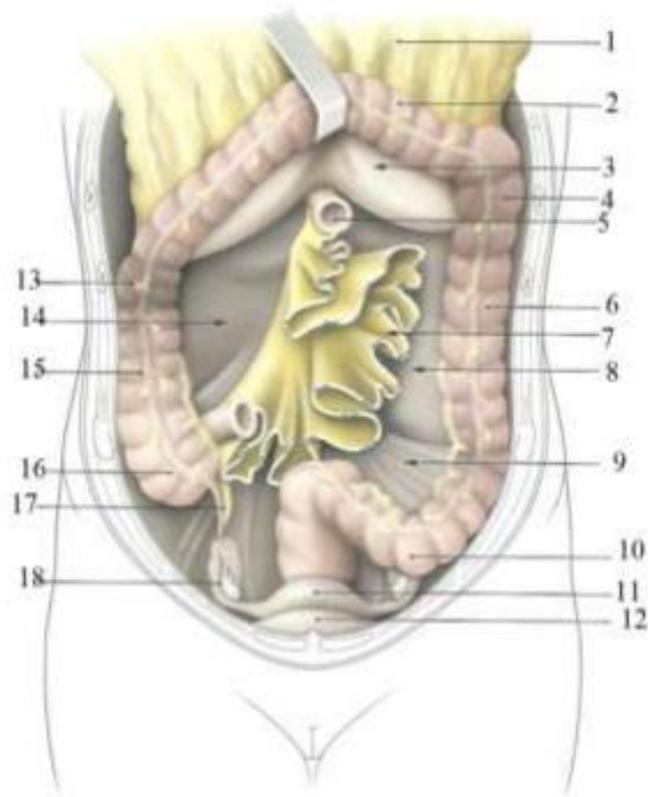


Figure 6: Anatomie du cadre colique

Source : (Kamina P. Anatomie de l'appareil digestif. Précis d'anatomie clinique. Maloine; 2004

- | | | |
|-------------------------|-------------------------|---|
| 1. grand omentum | 7. Mésentère | 13. angle colique droite |
| 2. côlon transverse | 8. mésocolon descendant | 14. mésocolon ascendant |
| 3. mésocolon transverse | 9. mésosigmoïde | 15. côlon ascendant |
| 4. angle colique gauche | 10. côlon sigmoïde | 16. Caecum |
| 5. jéjunum | 11. utérus | 17. appendice vermiforme |
| 6. côlon descendant | 12. vessie | 18. Trompe utérine
et ovaire verticaux |

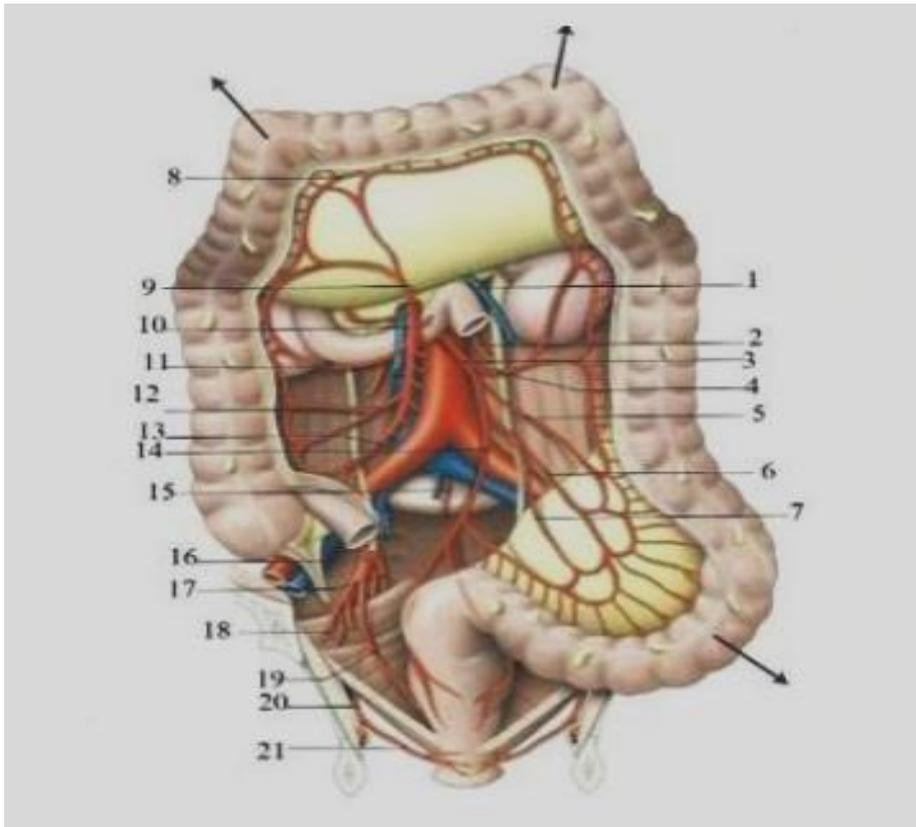


Figure 7: Vascularisation artérielle du colon

Source : (Kamina P. Anatomie de l'appareil digest Anatomie du cadre colique if. Précis d'anatomie clinique. Maloine; 2004)

- | | | |
|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| 1. v mésentérique inférieure | 8. arcade colique bordante | 15. a .v. sacrales médianes |
| 2. a gonadique gauche | 9. a colique moyenne | 16 .a iliaque interne |
| 3.a mésentérique inférieure | 10. a mésentérique supérieure | 17. a glutéale inférieure |
| 4. a colique gauche | 11. a colique droite | 18. a ombilicale droite |
| 5.a sigmoïdienne supérieure | 12 .a colique droite accessoire | 19. a rectale moyenne |
| 6. a sigmoïdienne moyenne | 13. a iléo-colique | 20. a pudental interne |
| 7. a sigmoïdienne inférieure | 14. a rectale supérieure | 21. a rectale inférieur |

3. ETIOLOGIE – MECANISME : [2,]

Les perforations traumatiques d'organes creux intra-abdominaux sont la conséquence des traumatismes abdominaux pouvant intervenir par différents mécanismes. Il peut s'agir de :

3.1 Contusions de l'abdomen :

3.1.1 Etiologie :

- Deux causes principales sont à l'origine des contusions de l'abdomen : la percussion et la pression.

- **Contusion par percussion** : ici, il y a un choc direct, le coup vient atteindre l'abdomen ou l'abdomen est propulsé sur l'agent vulnérant.

- **Le coup atteint l'abdomen** : Dans ce cas, il peut s'agir d'un coup de tête, d'un coup de pied ou d'un coup donné par un culot d'obus en fin de course. Dans cette situation, il est important de savoir si le corps contus était ou non adossé, immobilisé au moment du traumatisme. Ainsi, lorsque le corps est adossé, il y a aggravation par accueil maximum du traumatisme. Par contre, si le corps a été repoussé, il y a atténuation de l'action traumatisante.

- **L'abdomen est propulsé sur le coup** : Par exemple sur :

- Une souche d'arbre ;
- Une borne de route ;
- Un angle de mur ;
- Un escalier ;
- Ou un volant de voiture...

Dans ce cas, la gravité lésionnelle n'est pas obligatoirement proportionnelle à l'intensité du traumatisme.

- **Contusion par pression** : Sous l'action de l'agent traumatisant il y a tassement, écrasement.

- **Causes pré disposantes** : On a aussi évoqué des situations pré disposantes

- **Causes anatomiques** : Les viscères superficiels comme le grêle sont les plus fréquemment atteints alors que les viscères comme le gros intestin caché dans les flancs et le rectum situé dans le pelvis sont moins atteints.

- **Causes physiologiques** : L'état de la paroi abdominale au moment de la survenue du traumatisme joue un rôle prépondérant dans la détermination des

lésions. Un relâchement de la paroi abdominale plaiderait en faveur de la gravité des lésions.

▪ **Causes pathologiques** : Les atteintes pathologiques comme les adhérences, les inflammations chroniques majorent les lésions traumatiques, car favorisent l'immobilisation des structures anatomiques intéressées.

3.2 Mécanisme : Trois mécanismes principaux interviennent dans les contusions de l'abdomen, à savoir :

❖ l'écrasement;

❖ l'éclatement;

❖ l'arrachement.

- **L'écrasement** : Les organes creux sont les plus atteints. C'est le cas de l'intestin qui s'écrase contre le rachis et le pelvis.

- **L'éclatement** : Il est rare dans les lésions de l'intestin grêle, par contre, il est assez fréquent dans le cas des cavités closes ou n'ayant qu'un petit orifice, comme la vessie ou l'estomac.

- **L'arrachement** : Il est exceptionnel et nécessite que l'anse soit fixée. L'arrachement explique les longues déchirures de l'intestin.

3.3 Plaies de l'abdomen : [25]

Actuellement, on a tendance à classer les plaies de l'abdomen en deux grandes catégories :

- Les plaies par arme blanche pouvant être ; les plaies par instruments piquants (fourchette, lance, flèche) ; ou par instruments tranchants (couteau, lame).
- Les plaies par arme à feu pouvant être provoquées par une arme de chasse ou une arme de guerre.
- A côté de ces deux catégories, il convient de souligner l'existence des plaies par coup de corne également fréquentes en milieu rural et surtout en milieu Peulh. D'une manière générale, ces plaies quelle que soit la nature de l'agent vulnérant en cause peuvent être pénétrantes ou non selon qu'il y a atteinte ou non du péritoine.

3.4 Complications urologiques des fractures du bassin : [25]

Les lésions de l'appareil urinaire compliquant les fractures de la ceinture pelvienne sont fréquentes et graves. Elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital immédiat et sont sources de séquelles graves. Il peut s'agir ; d'une lésion vésicale ou d'une lésion de l'urètre membraneux.

- La déchirure vésicale lors d'une fracture du bassin ou d'une disjonction symphysaire résulte de l'arrachement des ligaments pubo-vésicaux ou de l'embrochage par un fragment osseux. Cette déchirure vésicale peut être intrapéritonéale ou sous-péritonéale.

- L'atteinte urétrale touche le segment membraneux lors des traumatismes du bassin. L'aponévrose moyenne du périnée se déchire, cisaille l'urètre dont les extrémités vont se déplacer avec les fragments osseux (solidarité ostéo-urétrale).

3.5 Complications dues aux avortements provoqués : [3]

Les manœuvres endo-utérines au cours des avortements provoqués peuvent par maladresse causer soit des perforations utérines, soit des perforations de viscères creux digestifs.

4. Anatomie Pathologique : [25, 26,27]

4.1 Lésions pariétales: il peut s'agir de

❖ **Contusions** : elles sont ici réduites à des ecchymoses, ce qui n'élimine nullement une lésion viscérale. Elles sont au contraire majeures en cas de contusion appuyée.

❖ **Plaies** : les plaies par arme blanche posent le problème de leur caractère pénétrant ou non. Les plaies par projectile sont matérialisées par un orifice d'entrée et un orifice de sortie, ce qui permet de retracer dans l'espace le trajet projectiltaire. La paroi peut, ici, être le siège de délabrements importants avec perte de substance et éviscération. Cependant, il faut souligner que l'orifice d'entrée reste toujours plus petit que l'orifice de sortie.

4.2 Lésions viscérales: nous ne parlerons ici que des lésions imprimées aux organes creux. Les organes creux sont le siège de plaies linéaires par arme blanche

ou de perforations le plus souvent multiples, provoquées par des projectiles à grande vitesse. Toutes les tuniques de la paroi intestinale sont atteintes et la muqueuse est souvent éversée. Nous étudieront séparément les lésions de chacun des viscères creux (jéjuno-iléon, duodénum, côlon, estomac, voies biliaires et vessie)

4.2.1 Le jéjuno-iléon : il est le plus atteint, et les lésions sont plus fréquentes sur le jéjunum que sur l'iléon. Sur le jéjunum, elles siègent avec prédilection au niveau de la région de l'angle Jéjunoduodéal, alors que sur l'iléon, le siège le plus fréquent est au voisinage de l'angle iléo-caecal.

On y rencontre d'habitude deux types de lésions : les contusions et les ruptures ou les déchirures.

Dans les contusions, il peut s'agir soit de contusion légère réalisant des ecchymoses, des épanchements sanguins sous-séreux, de petits hématomes pariétaux dans la sous-muqueuse, soit de contusions graves avec altération des tuniques intestinales. Il faut noter que si les contusions légères sont de pronostic favorable car guérissent spontanément, les contusions graves sont de pronostic réservé car peuvent ultérieurement perforer. Dans les ruptures ou les déchirures, il faut distinguer :

- ❖ Les déchirures incomplètes qui ne portent pas sur toutes les tuniques de l'intestin. Elles se présentent sous forme d'éraillures perpendiculaire à l'axe de l'intestin.

- ❖ Les déchirures complètes qui intéressent toute l'épaisseur de la paroi intestinale. Ce sont les perforations, responsables de péritonite. Il y a des perforations par écrasement de dimensions variables, arrondies ou ovalaires, allongées ou étoilées, à bords irréguliers, déchiquetés, contus avec une zone ecchymotique entourant la plaie ; des perforations par éclatement (rares) qui sont ovalaires et à grand axe perpendiculaire à celui de l'intestin.

- ❖ Signalons enfin les ruptures totales. Elles sont rares, l'intestin est complètement divisé sur toute ou presque toute sa circonférence. La rupture est

perpendiculaire à l'axe de l'intestin, les surfaces de section sont mâchées, contuses, irrégulières, la muqueuse s'ectropionne et forme un bourrelet. Lorsque le malade est vu plusieurs heures ou plusieurs jours après la contusion, on peut observer une anse gangrénée (surtout en cas de contusions profondes) ou une « sténose traumatique » du grêle.

4.2.2 Le duodénum : il est rarement atteint. Au niveau du duodénum il s'agit le plus souvent de rupture qui est soit partielle, soit totale. Plus de la moitié des ruptures siègent sur la deuxième portion (D2), les $\frac{3}{4}$ à droite des vaisseaux mésentériques. Dans 6% des cas, il y a plusieurs lésions duodénales proches ou séparées. Dans 25% des cas, la rupture est retro-péritonéale.

4.2.3 Le côlon : La déchirure est la plus fréquente des lésions du gros intestin. Elle est soit intra soit extra-péritonéale. La rupture totale est possible mais exceptionnelle.

4.2.4 L'estomac : La lésion de l'estomac est une rupture. Il s'agit le plus souvent d'une rupture incomplète, la rupture complète étant très rare voire même exceptionnelle.

4.2.5 Les voies biliaires : Là aussi, on observe une rupture soit de la vésicule, soit de la voie biliaire principale, soit du canal cystique.

4.2.6 La vessie : la rupture observée au niveau de la vessie est une rupture complète, antéropostérieure, qui siège sur le segment postérieur et supérieur intra-péritonéal.

4.3 Lésions vasculaires: les ruptures complètes des gros vaisseaux n'arrivent pratiquement jamais jusqu'à la table d'opération. Seules y parviennent les lésions incomplètes, sous-intimales ou sous-adventitielles dont les risques sont la thrombose et l'ischémie secondaire.

5. Diagnostic positif [28-29-30-31-32] :

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

5.2. Signes Fonctionnels

- 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.

5.3. 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.

5.4. 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 préhépatique, 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".

5.5. Les examens paracliniques La prise en charge des traumatismes abdominaux sont des défis quotidiens pour les équipes médico-chirurgicale et radiologique, qui gèrent généralement les services d'urgence. Très souvent les signes cliniques sont non spécifiques ou d'interprétation difficile du fait d'un poly traumatisme, et le blessé représente un véritable dilemme diagnostique. C'est de là que nous avons recours aux examens complémentaires.

5.5.1. Les examens biologiques [33] :

Ces bilans doivent être réalisés en toute urgence face à tous cas d'hémopéritoine.

Dès qu'une voie veineuse est disponible, les prélèvements sanguins sont adressés au laboratoire pour analyse.

✓ Groupage sanguin et anticorps réguliers

La détermination de ces paramètres est fondamentale et cela en prévoyance d'une transfusion possible car, il peut arriver qu'en urgence les solutés macromoléculaires de remplissage ne suffisent pas à établir la volémie et l'oxygénation tissulaire.

✓ Numération sanguine

Cet examen est essentiel pour apprécier des perturbations dites périphériques (anémies, augmentation des globules blancs en réponse à une attaque de l'organisme, problème de coagulation et consommation des plaquettes...). En urgence, les taux d'hémoglobine et d'hématocrite permettent d'avoir une idée sur le pronostic d'un malade en état de choc hémodynamique. Par contre, pour apprécier un remplissage vasculaire en dehors de la transfusion, leur valeur est un index de surveillance très précis ; elles servent dans ce cas à éviter une hémodilution possible. Une microcytose en urgence et dans un contexte particulier (Ethnique) doit faire évoquer une hémoglobinopathie. Une hyperleucocytose est souvent observée après un traumatisme abdominal.

✓ **Formule sanguine**

La formule sanguine est toujours associée à la numération sanguine. Elle permet d'apprécier les éléments cellulaires du sang sous leur aspect qualitatif morphologique, homogénéité de forme et de taille des globules rouges et des plaquettes d'une part, d'autre part, pourcentage de chaque catégorie de leucocytes (ramené en valeur absolue) polynucléaires, lymphocytes et monocytes. Cet examen est très important dans le dépistage de nombreuses hémopathies.

✓ **Plaquettes**

Les plaquettes sanguines ont un rôle très important dans la coagulation. Une diminution trop importante du taux de plaquette entraîne un risque hémorragique (à envisager avant une intervention chirurgicale par exemple). Une augmentation du taux entraîne au contraire un risque de thrombose par formation d'agrégats plaquettaires. Valeurs normales : $150 - 400 \text{ g/l} = 150000 - 400000 / \text{mm cube}$. Le taux de plaquette est un reflet de l'importance d'une hémorragie intra abdominale.

L'existence ou l'apparition d'une coagulation intra vasculaire disséminée est signe d'une importante consommation des facteurs de l'hémostase. Il s'agit là d'un facteur de mauvais pronostic particulièrement en préopératoire.

✓ **Bilan biochimique**

L'ionogramme sanguin est souvent à l'admission normale, avant d'évoluer vers l'hypokaliémie et l'hyper natrémie, traduisant l'existence d'un troisième secteur par iléus réflexe. Une élévation précoce de l'urée et de la créatinémie signe une insuffisance rénale préexistante. L'amylasémie et la lipasémie sont difficiles à interpréter en urgence. Mais leur augmentation significative (5 fois la normale) au cours d'un traumatisme abdominal, oriente vers une atteinte pancréatique. Le dosage des enzymes hépatiques permet de détecter une hépatopathie préexistante. Il sert aussi de référence en cas de lésion hépatique.

5.5.2. L'imagerie :

L'imagerie, aujourd'hui, prend une place importante dans la prise en charge des traumatismes abdominaux. En traumatologie abdominale, la prise en charge du blessé ne commence pas par l'imagerie mais découle du bilan initial clinique et des premiers gestes de réanimation. Le patient doit être hémodynamiquement stable avant la réalisation de toute radiographie. Lorsque des signes de choc sont associés à des signes péritonéaux, la radiologie n'a pas sa place en urgence. Un retard à l'acte chirurgical ne doit pas être justifié par l'attente d'un résultat radiologique [34].

➤ La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP)

Les clichés sont réalisés de face, debout et couché, centré sur les coupes diaphragmatiques, ou si l'état du malade ne le permet pas, couché de profil. Le but de ces clichés est la recherche d'un épanchement gazeux sous diaphragmatique [33-34].

Sa sensibilité est faible : elle permet le diagnostic de rupture d'organes creux dans moins de 50% des cas (69% pour la rupture gastroduodénale, 30% pour le grêle) [35]. Une recherche négative d'épanchement gazeux ne témoigne pas d'une absence de perforation d'organe creux. Ces clichés permettent également la constatation de signes indirects d'épanchement intra péritonéal (grisaille diffuse, espacement inter anse, les limites floues du psoas...).

➤ La radiographie du thorax

Elle recherche dans le cadre d'une contusion abdominale essentiellement une rupture diaphragmatique et des fractures des dernières côtes. Cette rupture diaphragmatique survient dans 1 à 7% des cas et passe inaperçue dans 66% [36]. On recherchera aussi un pneumothorax et/ou hémithorax, une surélévation des coupes diaphragmatiques ou une fracture des arcs costaux inférieurs.

➤ La radiographie osseuse [34]

Elle recherche un traumatisme du bassin, du rachis, des côtes, de la colonne vertébrale. Ces lésions peuvent confirmer la gravité du traumatisme. La

topographie des lésions peut souvent orienter vers certains organes intra abdominaux : foie, rate, pour une fracture des dernières côtes, une lésion rénale due à des fractures des dernières vertèbres dorsales ou des premières lombaires, la vessie et l'urètre postérieur lors d'une disjonction pelvienne [37].

➤ **L'échographie abdomino-pelvienne**

Elle est actuellement l'imagerie de première intention dans une contusion de l'abdomen, elle a remplacé certaines techniques d'exploration, en particulier la ponction lavage du péritoine dans le diagnostic d'un hémopéritoine [38]. Examen anodin, extrêmement répandu, de réalisation facile même au lit du malade. L'échographie ne nécessite aucune préparation. De nombreuses études ont montré sa sensibilité et sa spécificité. Elle répond à deux objectifs essentiels : Détecter et localiser un épanchement même minime (100 ml) dans la cavité péritonéale.

Déterminer les lésions viscérales qui nécessitent une prise en charge thérapeutique. Ces épanchements le plus souvent se trouvent dans les zones déclives : cul- de-sac de Douglas, récessus hépatorénal de Morrison, gouttières pariéto-colique) mais également autour des organes lésés. Elle peut également détecter des lésions parenchymateuses : foie, rate et autres ; sa sensibilité dans la prise de décision opératoire varie de 88 à 93%. Elle a des limites, liées à la qualité du matériel disponible, à l'opérateur, à l'état du malade (malades obèses, les malades avec une distension gazeuse importante). Certaines lésions sont difficiles à détecter de façon précoce. Outre son intérêt immédiat, l'échographie constitue un moyen efficace dans le suivi des traumatismes abdominaux, couplée au doppler, elle permet l'étude des vaisseaux (splénique, hépatique, mésentérique etc. ...).

➤ **La tomодensitométrie ou scanner**

Le scanner de nos jours est la méthode d'imagerie de choix pour l'exploration de l'abdomen en urgence. C'est un examen qui détecte en majeure partie les lésions intra et ou rétro péritonéales. La tomодensitométrie a profondément modifié la prise en charge des lésions hépatiques, rénales, mésentériques et spléniques. Son

introduction dans l'arsenal des moyens diagnostiques a diminué le nombre de laparotomie blanche dans les hôpitaux aux USA [39]. L'exploration doit couvrir toute la cavité abdominale, des coupes diaphragmatiques jusqu'au plancher pelvien. Elle ne doit pas s'arrêter non plus à la cavité abdominale mais doit être complète : crâne, thorax, os. Lors d'une atteinte abdominale simple, la TDM vient très souvent en complément à l'échographie pour préciser la cause de l'hémopéritoine ou pour compléter le bilan lésionnel. Réalisée avec ou sans produit de contraste, elle permet de détecter les lésions des organes pleins. En cas de traumatisme du tractus digestif, le duodénum et le jéjunum proximal sont les plus atteints. L'administration d'un produit de contraste par sonde nasogastrique ou par ingestion facilite leur diagnostic. Les pneumopéritonées sont également identifiables plus qu'à l'échographie, de même les atteintes du pancréas et l'hématome intra mural du duodénum. L'hémopéritoine des lésions spléniques et hépatiques est retrouvé dans 97% dans les gouttières pariéto coliques et les zones déclives. L'épanchement intra péritonéal se présente comme des compléments liquidiens hyperdenses (densité supérieure à 30 unités Hounsfield). La TDM a une place importante dans un traumatisme de l'abdomen avec une sensibilité et une spécificité de 90% dans le diagnostic des lésions des organes pleins. Il a des limites liées à : l'état hémodynamique du malade, une mauvaise exploration des organes creux, sa non disponibilité en urgence et le coût de l'examen [39]. Une tomодensitométrie négative est un argument en faveur de l'absence de traumatisme grave [39].

➤ **L'imagerie par résonance magnétique (IRM)**

L'IRM est indiquée dans les atteintes diaphragmatiques au cours d'une contusion abdominale. Les insertions musculaires diaphragmatiques sont sollicitées surtout lors des lésions provoquées par la ceinture de sécurité. Ainsi la demande de la radiographie thoracique de face en cas de suspicion de rupture diaphragmatique, sera complétée par l'IRM pour confirmation.

➤ **L'artériographie : [39].**

Son rôle tend à diminuer de nos jours sur le plan diagnostique. Avec le progrès de la radiologie et la disponibilité d'opérateurs avertis, cette technique permet de réaliser des embolisations artérielles sélectives splénique, hépatique et mésentérique dans un but hémostatique ou conservateur.

5.5.3. Autres examens : La cœlioscopie [39].

Aujourd'hui, elle refait surface dans certains centres médicaux en Europe et cela après avoir été abandonnée pendant quelques années. Il s'agit d'un examen précis pour le diagnostic des lésions des organes pleins décelées à l'échographie ou au scanner. Elle recherche d'éventuelles lésions passées inaperçues. Cependant, cette technique a des risques en urgence comme l'embolie gazeuse, l'hypoxie, le pneumothorax suffocant en cas de rupture diaphragmatique.

6. TRAITEMENT : [3, 27, 40]

6.1. But :

Eradiquer le foyer infectieux par le parage de la perforation traumatique tout en luttant contre l'infection et en restaurant l'équilibre hydro-électrolytique.

6.2. Moyens :

Ils sont médicaux et chirurgicaux.

6.2.1. Moyens médicaux :

6.2.1.1. La réanimation :

C'est le temps essentiel au cours duquel il faut pratiquer la prise des différentes voies à savoir : La voie veineuse centrale permettant la rééquilibration hydro-électrolytique par la perfusion de solutés et les mesures répétées de la pression veineuse centrale ; La sonde nasogastrique pour une aspiration douce et continue du contenu gastrique ; La sonde urinaire pour la surveillance de la diurèse horaire.

6.2.1.2. L'antibiothérapie :

Elle doit être précoce, d'abord active sur les germes aérobies, anaérobies et Grams négatifs, puis adaptée aux germes trouvés dans les différents prélèvements (pus péritonéal, hémocultures).

6.2.2. Le traitement chirurgical :

La voie d'abord doit être large pour permettre une bonne exploration et un drainage complet du contenu péritonéal. Pour cela, il faut pratiquer une laparotomie médiane. Faire un prélèvement de liquide péritonéal pour examen bactériologique et un éventuel antibiogramme ; Pratiquer une exploration complète de la cavité péritonéale ;

Traitement de la lésion causale ;

Toilette péritonéale abondante avec 10 à 12 litres de sérum physiologique avec ablation des fausses membranes ; Enfin, drainage de la cavité péritonéale.

7. Résultats : La gravité est fonction de l'âge du malade, de son état général, du retard diagnostique et de la nature des lésions. Le pronostic est bon si la perforation siège sur le grêle et l'estomac. Il est redoutable lorsqu'elle est colique.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. cadre et lieu d'étude :

Cette étude a été accomplie dans le service de chirurgie générale de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

1.1 L'Hôpital Régional Fousseyni DAOU :

a- Présentation générale de l'Hôpital :

L'Hôpital de Kayes est une des plus anciennes formations sanitaires du Mali. Il a été créé en 1883 par les militaires français lors de leur pénétration dans l'Ouest Africain. Il avait pour vocation de prodiguer les premiers soins aux blessés de guerre des conquêtes coloniales avant leur évacuation sur le Sénégal ou la France. Il devient hôpital secondaire en 1959 puis érigé en hôpital régional en 1969. L'ensemble de l'établissement a été rénové en 1987 dans le cadre d'un accord d'Assistance Technique Sanitaire entre les Gouvernements du Mali et de L'Italie. En 1991, il est baptisé Hôpital Régional Fousseyni DAOU du nom d'un de ses anciens Médecins- Directeurs. Créé par la Loi N° 03-020 du 14 juillet 2003, et conformément aux dispositions de loi N° 02-050 du 22 juillet 2002 portant Loi Hospitalière, L'Hôpital Fousseyni DAOU est érigé en Etablissement Public Hospitalier (EPH) placé sous la tutelle du Ministère chargé de la santé

b- Infrastructures de l'Hôpital :

Constituées de 14 pavillons, de 9 logements d'astreinte et d'annexes (bloc buanderie/cuisine, centre de formation, 6 chambres de passage, 2 morgues et 1garage), l'Hôpital s'étend sur une superficie de 12ha avec une capacité de 130 lits.

L'Hôpital est de type pavillonnaire et comprend :

- . Un bureau des entrées ;
- . Bloc d'hospitalisation de première catégorie de 10 lits communs à tous les Services (VIP 1 et VIP2) ;
- . Le service des urgences ;
- . Un bloc administratif, financier ;

- . Les services de Médecine et de Dermatovénérologie ;
- . Le service de Gynéco-Obstétrique ;
- . Le service d'Urologie et ORL à l'étage ;
- . Le service de Laboratoire ;
- . Le service de Pharmacie ;
- . Le service de Pédiatrie,
- . Les services de Chirurgie, d'Anesthésie réanimation, de Traumatologie, de radiologie et un bloc opératoire composé de 4 salles ;
- . Le service d'Ophthalmologie ;
- . Le service d'Odontostomatologie ;
- . Le centre d'Appareillage Orthopédique et de rééducation fonctionnelle (C.A.O.R. F) ;
- . Une unité de prise en charge des personnes vivant avec le VIH ;
- . Un bloc pour la buanderie, la cuisine et le logement du personnel de soutien ;
- . Un centre de formation continue ;
- . Un bloc de six chambres de passage ;
- . Neuf logements d'astreinte (Directeur Régional, Directeur de L'Hôpital et les Médecins) ;
- . Un garage ;
- . Deux morgues.

A- Les missions :

Actuellement l'Hôpital assure des activités de premier niveau et de référence de deuxième niveau. Il s'agit de :

- . Diagnostic ;
- . Traitement ;
- . Formations et recherches.

B- Le service de chirurgie générale :

Il est le centre de référence des pathologies chirurgicale de la région de Kayes et est composé de :

- Trois bureaux pour Chirugiens ;
- Un bureau pour l’infirmier Major ;
- Une salle de garde ;
- Une salle de pansements ;
- Deux salles d'hospitalisation avec une capacité totale de 08 lits ;
- Une salle commune avec la traumatologie dite septique contenant 04 lits.

Activités du service : le service de chirurgie générale partage en commun les activités avec les services de traumatologie, d’urologie et de chirurgie pédiatrique à savoir :

- Les consultations externes ont lieu du lundi au jeudi ;
- Les activités du bloc opératoire se déroulent du lundi au jeudi ;
- Le staff de programmation a lieu tous les vendredis ;
- La grande visite quotidienne aux patients hospitalisés
- La visite aux patients hospitalisés tous les vendredis par service ;
- La gestion des urgences chirurgicales à tout moment.

C- Le personnel du service :

Il se compose

- Trois (3) chirurgiens généralistes, une infirmière (le major) ;
- Quatre (4) étudiants hospitaliers (faisant fonction d’interne)
- Le service compte aussi des externes et infirmiers pour leur formation.

2- Type d’étude et période étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective qui s'est déroulée de Mars 2019 à Février 2022 (3ans) et prospective de Mars 2022 à Février 2023 (1an) inclus.

3- Population d’étude

L’étude a concerné les patients de tous les âges de sexe masculin et féminin admis dans le service de chirurgie générale de l’Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes durant la période de Mars 2019 à Février 2023.

3-1. Critères d'inclusion :

Les patients qui ont consultés au service d'accueil des urgences, qui ont été opérés puis hospitalisés dans le service de chirurgie générale pour péritonites post traumatiques.

3-2. - Critères de non-inclusions :

- Tout patient opéré pour péritonite non traumatique ;
- tout patient opéré pour traumatisme abdominal n'ayant présenté aucune perforation organe creux ;

4 - Echantillonnage :

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif de tous les patients répondant aux critères d'inclusion dans le service de chirurgie générale.

5. L'enquête :

Pour élaborer notre travail, nous avons suivi les étapes suivantes :

a. Confection de la fiche d'enquête et données étudiées:

Elle a été faite par nous-mêmes, corrigée par le directeur de thèse et ses assistants.

Elle comportait :

- une première partie portant sur les données administratives : âge, sexe, profession, nationalité, ethnie, durée d'hospitalisation.
- une deuxième partie portant sur les paramètres cliniques et para cliniques.
- une troisième partie portant sur les différents traitements médicaux et/ou chirurgicaux.
- une quatrième partie portant sur le suivi postopératoire.

b. La collecte des données :

Les données ont été collectées à partir des registres des comptes rendus opératoires, des dossiers des malades, des registres de consultation et d'hospitalisation

c. Saisie des données :

Les données ont été saisies sur le logiciel Word, Excel et l'analyse des données sur le logiciel SPSS 21.0 (version française) : Les tests statistiques étaient celui de Khi2. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

RESULTATS

V. RESULTATS

4.1. Fréquences :

4.1.1 Fréquence hospitalière : La taille de l'échantillon était de 32 cas des péritonites post traumatiques.

Pendant d'étude nous avons colligé 32 cas des péritonites post traumatiques qui ont représenté

32/6265 consultations pour douleur abdominale soit 0,51% ;

32/320 patients hospitalisés pour traumatisme abdominal soit 10% ;

32/2135 patients ont été opérés (programme et urgence) soit 1,50%

32/1175 interventions chirurgicales en urgence soit 2,72% ;

32/367 patients opérés pour Peritonites soit 8,7%.

4.1.2- Tranche d'âge :

Tableau I: Répartition des malades en fonction de leur âge

Age	Effectif	Pourcentage
[5-10]	2	6,2
[11-20]	11	34,4
[21-30]	10	31,2
[31-40]	6	18,9
[41-50]	1	3,1
[51-60]	1	3,1
[61-70]	1	3,1
Total	32	100

L'âge moyen était de 25,50 ans ; un écart type 14,053 et des extrêmes de 5ans et de 62 ans

4.1.3- Sexe :

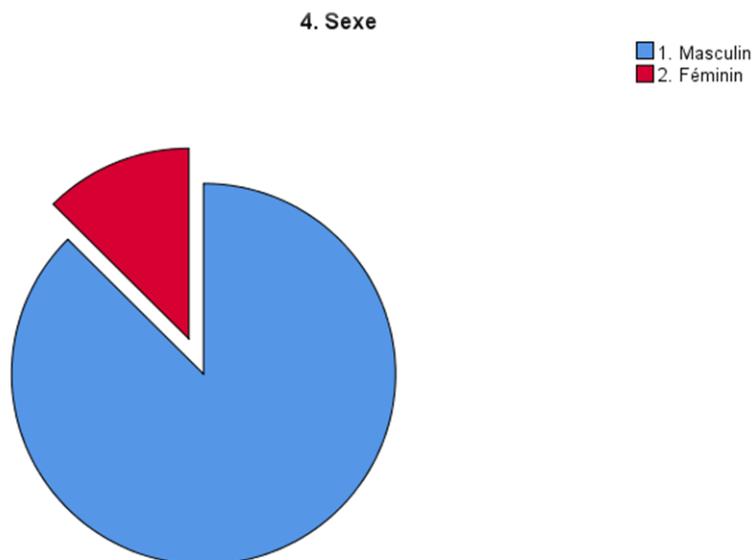


Figure 8: Répartition des malades en fonction du sexe

Le sexe masculin a représenté 87,5% N=28 et le sexe féminin 7% N=4 avec la sex-ratio=7/1.

4.1.4 –Provenance :

Tableau II: Répartition des malades en fonction de leur Provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Bafoulabe	9	28,1
Djema	1	3,1
Kayes	10	31,3
Yelimané	5	15,6
Sandaré	2	6,3
Sadiola	4	12,5
Mauritanie	1	3,1
Total	32	100

La plus part de nos patients soit 31,3% venaient de Kayes

4.1.5- Activité principale :

Tableau III: Répartition des malades en fonction d leur principale activité

Activité principale	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaires	1	3,1
Ouvrier	4	12,5
Commerçant	1	3,1
Paysan	12	37,5
Ecoliers et étudiants	7	21,9
Ménagère	3	9,6
Autres	2	6,3
Total	32	100

Autres : Menuisier N= 1 (3,1%), Soudeur N=1(3,1%)

Les paysans ont représenté 37,5% de nos patients.

4.1.6- Mode d'admission

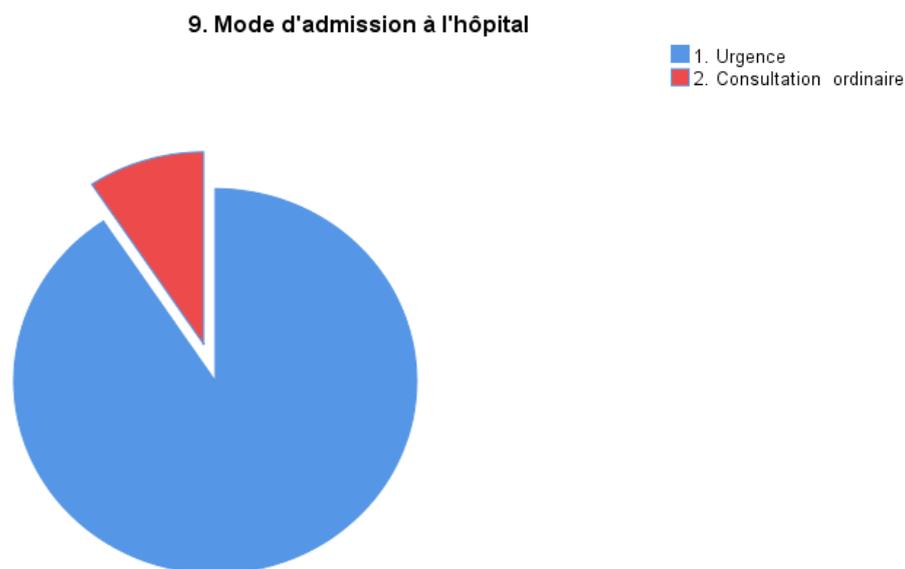


Figure 9: Répartition des malades en fonction du mode d'admission.

90,6% de nos patients sont venus en urgence N=29 et 9,4% en consultation ordinaire N=3.

4.1.7-Délai de la prise en charge :

Tableau IV: Répartition des malades en fonction du délai de la prise en charge (heure)

Délai de la prise en charge	Effectif	Pourcentage
1- 6	13	40,6
6-12	11	34,4
>12	8	25,00
Total	32	100

Le délai moyen de prise en charge=12,62heures± 13,82 avec des extrêmes=1 heure et 48 heures

4.1.8- Motif d'admission :

Tableau V: Répartition des malades en fonction du motif d'admission

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Plaie pénétrante de l'abdomen	8	25
Eviscération	6	18,7
Contusion abdominale	15	46,9
Hémorragie(Hématémèse)	2	6,3
Ecoulement de liquide intestinal	1	3,1
Total	32	100

Nature du liquide (selles)

Les contusions abdominales ont été le motif le plus représenté soit 46,9%.

4.1.9-Etiologie :

Tableau VI: Répartition des malades en fonction de l'étiologie.

Etiologie	Effectif	pourcentage
Plaie par arme blanche	10	31,3
Arme à feu	2	6,2
AVP (Accident de la voie publique)	13	40,6
Accident de travail	5	15,6
Accident de sports	2	6,2
Total	32	100

Les AVP ont été l'étiologie la plus fréquente soit 34,4%.

4.2-Signes fonctionnels :

Tableau VII: Répartition des malades en fonction des signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	27/32	84,3
Vomissements	11/32	34,8
Arrêt de matière et de gaz	2/32	6,2
Hématémèse	2/32	6,2
Ecoulement de liquide intestinal	1/32	3,1

La douleur abdominale a été retrouvée chez 84,3% de nos patients.

4.3-Signes généraux :

Tableau VIII: Répartition des malades en fonction des signes généraux.

Signes généraux	Effectif	pourcentage
Tachycardie	13	40,6
T° > 37.5	11	34,4
Conscience altérée	12	37,5
Hypotension	14	43,8
Pâleur conjonctivale	10	31,2

L'hypotension a été le signe général le plus retrouvé soit 43,8%.

4.4-EXAMEN PHYSIQUE :

Tableau IX: Répartition des malades en fonction des signes physiques

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Contracture abdominale	23/32	71,9
Cri de l'ombilic	19/32	59,4
Matité pré- hépatique abolie	20/32	62,5
Douglas douloureux et bombé	17/32	53,1
Matité déclive dans les flancs	22/32	68,7
Tympanisme abdominale	10/32	31,2
Bruits hydro – aériques diminués	17/32	53,1
Eviscération	2/32	6,2
Plaie abdominale	6/32	18,7
Ecoulement à travers la plaie	1/32	3,1
Ecchymose	15/32	46,9

La contracture abdominale qui est le signe pathognomonique a été retrouvée chez 71,9% de nos patients.

4.5-EXAMEN COMPLEMENTAIRE

4.5.1-Signes d'imagerie :

Tableau X: Répartition des malades en fonction des signes a l'imagerie

ASP	Effectif	Pourcentage
Non fait	14	43,7
Pneumopéritoine	16	50
Niveaux hydro-aérique	2	6,3
Total	32	100

La moitié de nos malades avaient un pneumopéritoine soit 50%.

4.5.2-Taux d'hémoglobine :

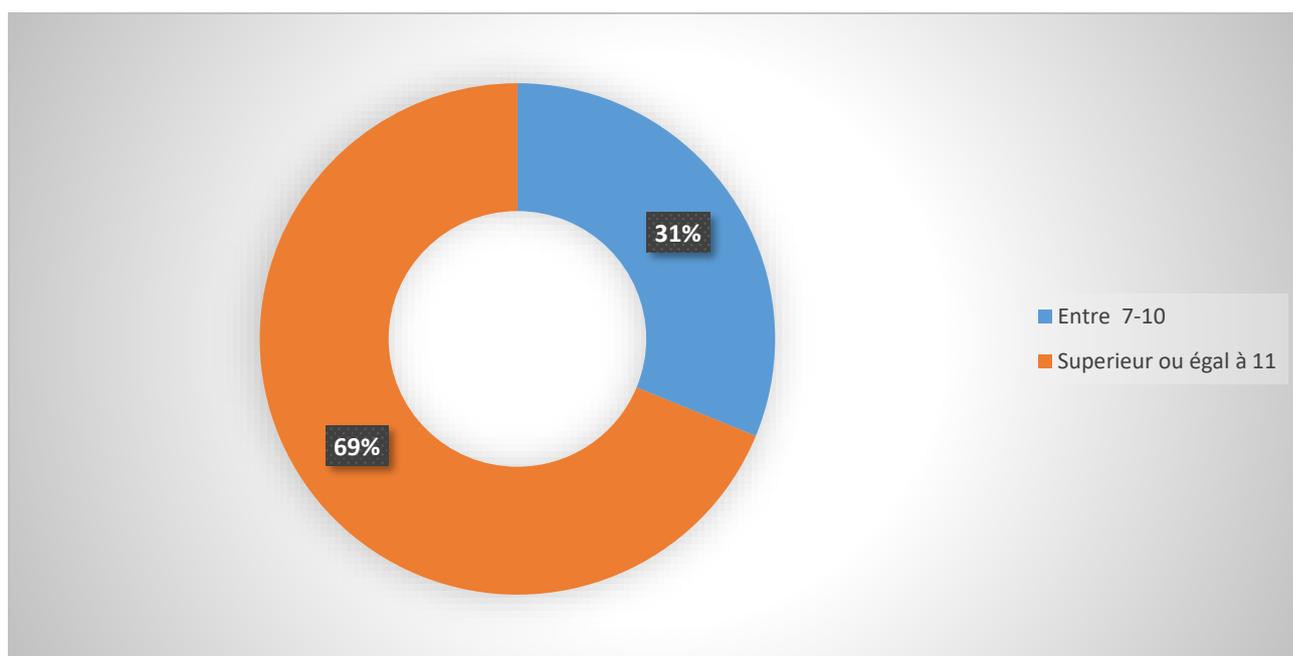


Figure 10: Répartition des malades en fonction du taux d'hémoglobine préopératoire

Plus de la moitié de nos malades soit 69% avaient un taux d'hémoglobine normal.

4.6-Diagnostic préopératoire :

Tableau XI: Répartition des malades en fonction de leur diagnostic préopératoire

Diagnostic préopératoire	Effectif	Pourcentage
Péritonite par perforation d'organe creux traumatique	20	62,5
Hémopéritoine instable	2	6,3
Plaie pénétrante	4	12,5
Eviscération traumatique	6	18,7
Total	32	100

Le diagnostic préopératoire le plus représenté était la péritonite par perforation organe creux traumatique soit 62,5%.

4.7-Aspects thérapeutiques :

4.7.1-Traitement médical préopératoire :

Tableau XII: Répartition des malades en fonction de traitement médical préopératoire

Traitement médical	Effectif	Pourcentage
Antalgique +ATB + réhydratation +SAT	23	71,9
Antalgique + ATB + réhydratation +SAT + Transfusion	9	28,1
Total	32	100

L'antalgie+ATB+rehydratation+SAT a été le traitement médical le plus utilisé en préopératoire soit 71,9%.

4.8-Diagnostic per opératoire :

Tableau XIII: Répartition des malades en fonction du diagnostic per opératoire

Diagnostic per opératoire	Effectif	Pourcentage
Perforation jéjunale	10	31,2
Perforation iléale	9	28,1
Perforation gastrique	4	12,5
Perforations multiples grêliques	6	18,8
Perforation colique	3	9,4
Total	32	100

Lors de la constatation peropératoire le jéjunum a été le segment le plus atteint soit 31,2%.

4.9 Les lésions associées :

Tableau XIV: Répartition des malades en fonction des traumatismes associés.

Traumatisme associé	Effectif	Pourcentage
Fracture hépatique	3	9,4
Perforation diaphragmatique	1	3,1
Fracture de la rate	2	6,3
Pancréatique	1	3,1
Fractures costales	1	3,1
Perforation Vésicale	1	3,1
Polytraumatisme	1	3,1

Polytraumatisme : (traumatisme crânien +fracture des cotes +fracture hépatique).

Le foie a été le plus atteint dans les traumatismes associés soit 9,4%.

4.10-Siege de la perforation :

Tableau XV: Répartition des malades en fonction du siège de la perforation

Siege de la perforation	Effectif	Pourcentage
Jéjunale	10	31,2
Iléale	9	28,1
Estomac	4	12,5
Colique	3	9,4
Jéjunum +ilion	2	6,3
Iléo-colique	2	6,3
Estomac + colon	1	3,1
Jéjunum +ilion +colon	1	3,1
Total	32	100

Le jéjunum a été le segment le plus atteint soit 31,2%.

4.11-Nombre de viscère perforé :

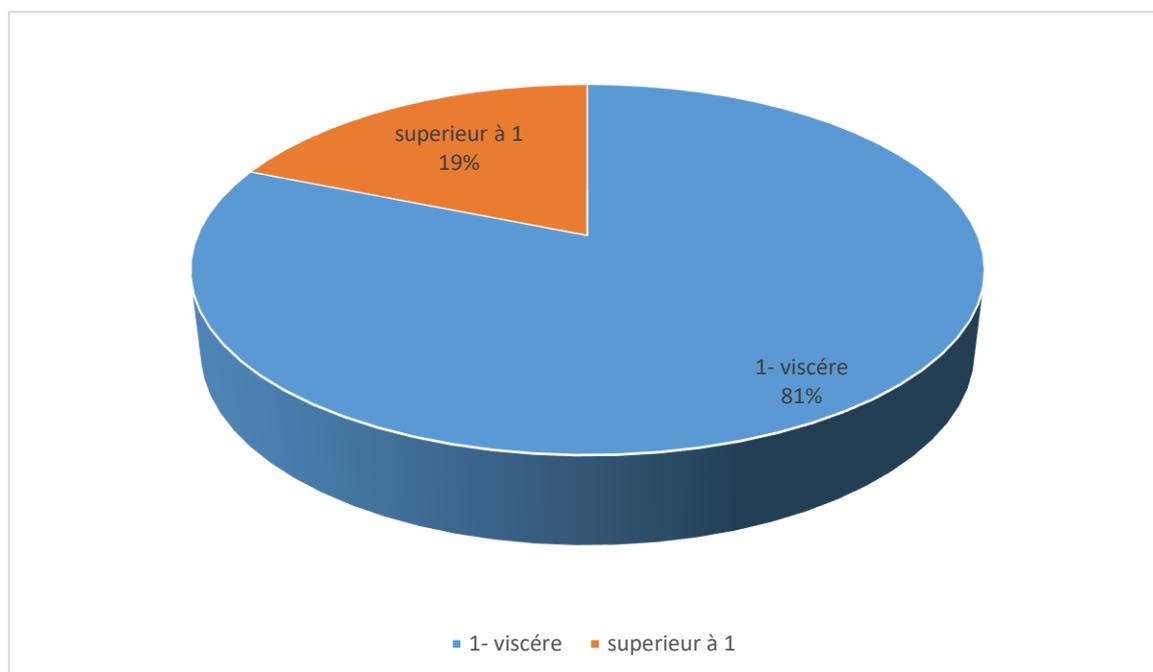


Figure 11: Répartition des malades en fonction du nombre de viscère

Dans 81% cas la perforation était sur un seul segment.

4.12-Nombre de perforation :

Tableau XVI: répartition des malades en fonction du nombre de perforation

Nombre de perforation	Fréquence	Pourcentage
1	22	68,8
2	6	18,7
>2	4	12,5
Total	32	100

La perforation était unique dans 68,8% des cas.

4.13-Diamètre de la perforation :

Tableau XVII: Répartition des malades en fonction du diamètre (cm) de leur perforation

Diamètre de la perforation (cm)	Effectif	pourcentage
< 1	7	21,9
1	9	28,1
>1	16	50
Total	32	100

Le diamètre de la perforation était supérieur à 1 cm dans 50% des cas.

4.14-Aspect lésionnel :

Tableau XVIII: Répartition des malades en fonction de l'aspect de lésion.

Aspect	Effectif	Pourcentage
Linéaire	16	50
Arrondi	13	40,6
Ponctiforme	3	9,4
Total	32	100

La lésion linéaire a été la plus représentée soit 50%.

4.15-TECHNIQUE OPERATOIRE :

Tableau XIX: répartition des malades en fonction de leur technique opératoire

Technique	Effectif	Pourcentage
Excision – suture +lavage+ drainage	16	50
Résection anastomose termino-terminale	14	43,8
Colostomie	2	6,2
Total	32	100

L'excision-suture+lavage+drainage a été la technique la plus utilisée dans notre étude.

4.16 Pronostic :

Tableau XX: Répartition des malades en fonction du score de Mannheim

MPI	Effectif	Pourcentage
≤ 26	32	96,9
>26	1	3,1
Total	32	100

Le score était inférieur 26 chez 96,9% de nos patients.

4.17-Suites opératoires :

Tableau XXI: Répartition des malades en fonction des suites opératoires à 15 jours.

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage
Simple	25	78,1
Complicées	7	21,9
Total	32	100

Les suites ont été simples chez 78,1% de nos patients.

4.19. Types de complication :

Tableau XXII: Répartition des malades en fonction du type de complication.

Types de complication	Effectif	Pourcentage
Fistule digestive	1	14,3
Infection du site opératoire	2	28,6
Décédé	4	57,1
Total	7	100

L'infection du site opératoire était la morbidité la plus retrouvée.

4.20-Causes de décès :

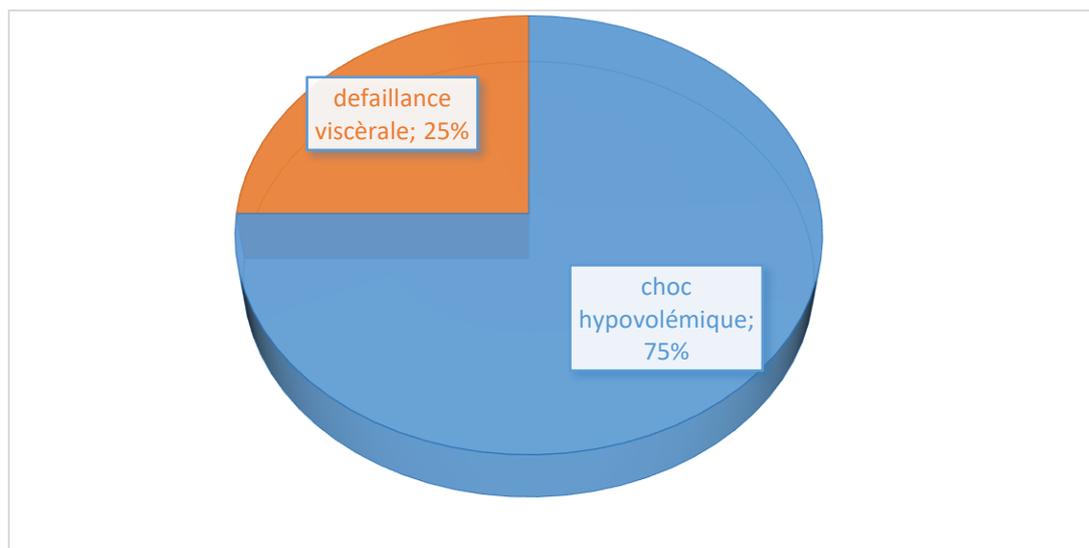


Figure 12: Répartition des malades en fonction des causes de décès.

Le choc hypovolémique a été la cause la plus représentée chez 75% de nos patients.

4.21-Devenir :

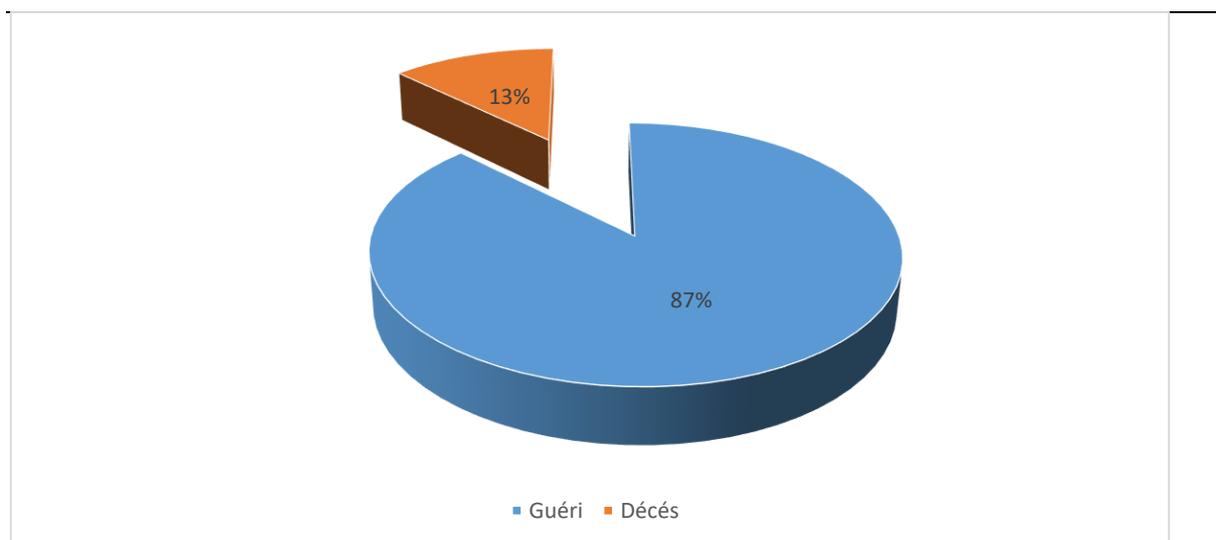


Figure 13: Répartition des malades en fonction du devenir.

La mortalité a concerné 12,5% des cas.

4.22-Durée d'hospitalisation :

Tableau XXIII: Répartition des malades en fonction de la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation (jour)	Effectif	Pourcentage
[0-10]	16	50
[11-20]	14	43,8
[21-30]	1	3,1
[31-40]	1	3,1
Total	32	100

La durée moyenne d'hospitalisation= 10 jours \pm 7,11 avec extrêmes de 5 et de 32 jours

4.22-Devenir par rapport au nombre de perforation :

Tableau XXIV: Répartition des malades en fonction du devenir par rapport au nombre de perforation

Nombre de perforation	Devenir		
	Décédé	Guéri	Total
1	2 (9%)	20 (91%)	22 (100%)
2	1 (17%)	5 (83%)	6 (100%)
>2	1 (25%)	3 (75%)	4 (100%)
100			
Total	4 (12%)	28 (88%)	32 (100%)

Khi2=5,99 ; ddl=2 ; P=0,5299 Le nombre de perforation n'a pas d'influence négative sur le devenir de nos malades.

4.23-Suites-opératoire par rapport au nombre de perforations :

Tableau XXV: Répartition des malades en fonction des suites opératoires par rapport au nombre de perforation.

SUITES-OPERATOIRES			
Nombre de perforation	Complicquées	Simplees	Total
1	3 (14%)	19 (86%)	22 (100%)
2	2 (33%)	4 (67%)	6 (100%)
>2	2 (75%)	2 (25%)	4 (100%)
Total	7 (22%)	25 (78%)	32 (100%)

Khi²= 5,699 ; ddl=2 ; P=0,066 le nombre de perforation n'a pas d'influence sur les suites opératoires.

4.24-Devenir par rapport au nombre de viscère perforé :

Tableau XXVI: Répartition des malades en fonction du devenir par rapport au nombre de viscère perforé.

DEVENIR			
Nombre de viscère perforé	Décédé	Guéri	Total
1	2 (8%)	24 (92%)	26 (100%)
>1	2 (33%)	4 (67%)	6 (100%)
Total	4 (12%)	28 (88%)	32 (100%)

Khi2= 2,92 ; ddl=1 ; P=0,0826 Le nombre de viscère perforé n'a pas d'influence sur le devenir.

4.25-Suites-opératoires par rapport au nombre de viscère perforé :

Tableau XXVII: Répartition des malades en fonction des suites opératoires par rapport au nombre de viscère perforé.

SUITES-OPERATOIRES			
Nombre de viscère perforé	Complicquées	Simplees	Total
1	4 (15%)	22 (85%)	26 (100%)
>1	3 (50%)	3 (50%)	6 (100%)
Total	7 (22%)	25 (78%)	32 (100%)

Kh²=3,43 ; ddl=1 ; P=0,1010Le nombre de viscère perforé n'a pas influence sur les suites opératoires.

4.26-Suites opératoires par rapport à la Technique chirurgicale :

Tableau XXVIII: Répartition des malades en fonction des suites opératoires par rapport à la technique chirurgicale.

SUITES-OPERATOIRES			
Technique chirurgicale	Complicquées	Simplees	Total
Excision-suture	4 (25%)	12 (75%)	16 (100%)
Résection anastomose termino- Terminale	2 (14%)	12 (86%)	14 (100%)
Colostomie	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
Total	7 (22%)	25 (78%)	32 (100%)

Kh²=2,17 ; ddl=2 ; P=0,4034 La technique opératoire n'a pas d'influence sur les suites opératoires.

4.27. Suites-opératoires par rapport au siège de la perforation :

Tableau XXIX: Répartition des malades en fonction des suites opératoires par rapport au siège de la perforation.

Suites opératoires			
Siège de la perforation	Complicquées	Simplees	Total
Jéjunum	2	8	10
	(20%)	(80%)	(100%)
Ilion	1	8	9
	(11%)	(89%)	(100%)
Estomac	1	3	4
	(25%)	(75%)	(100%)
Colon	1	2	3
	(33%)	(67%)	(100%)
Jéjunum +ilion	1	1	2
	(50%)	(50%)	(100%)
Ilion + colon	0	2	2
	(00%)	(100%)	(100%)
Estomac+ colon	0	1	1
	(00%)	(100%)	(100%)
Jéjunum+ ilion+ colon	1	0	1
	(100%)	(00%)	(100%)
Total	7	25	32
	(31%)	(69%)	(100%)

Khi2=2 ; ddl=7 ; P=0,6385 Le siège de la perforation n'a pas d'influence sur les suites opératoires.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

C'était une étude mono-centrique, analytique qui a comporté une phase rétrospective et une phase prospective.

Nous avons colligé 32 cas de péritonites post traumatiques. Ces dossiers ont été répertoriés à partir des registres de consultation, d'hospitalisation, des comptes rendus opératoires et des observations.

A. Epidémiologie

1. Fréquence

Tableau XXX: la fréquence selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Fréquence %
Dembélé B.T. et al. [40] 2011	43	23 P=0,1644
Raherinantenaina Madagascar, 2014 [42]	175	12,6 P=0,8296
Kevin, USA, [6] 2008	57	11 P=1(0,8635)
Notre étude	32	10

Les accidents de circulation font partie des causes principales des traumatismes de l'abdomen, aussi bien dans les pays occidentaux que dans les pays en voie de développement [5]. Les grandes villes sont les lieux des grandes criminalités et banditismes avec des agressions à main armée. La fréquence de 10% par rapport à l'ensemble des traumatismes de l'abdomen observée dans notre étude n'est pas différente de celle de la littérature variant de 10 à 23% [42, 43,6].

2- Age :

Tableau XXXI: âge moyen selon les différents auteurs

Auteurs	Effectifs	Age moyen
Sadullah [44], Turquie, 2009	198	29
Yagini, Maroc 2010 [41]	53	27
Carlos [43] ,2004	916	29
K.K.Tan Singapore, 2011[45]	40	21
Notre étude Kayes	32	25

La jeune population est exposée aux phénomènes de banditisme et aux aléas de la circulation surtout dans un pays où le parc automobile augmente avec une situation routière précaire associée à l'incivisme des conducteurs [65].

L'âge moyen de 25 ans retrouvé dans notre étude est jeune. Nous n'avons pas trouvé de différent avec celui de la littérature variant de (21 à 29), [41, 43, 44,45]

-Sexe:

Tableau XXXII: sex-ratio selon les auteurs.

Auteurs	Effectifs	Sex-ratio
PA. BA. Sénégal [46]	9	8
Hossein USA 2013[47]	211	7,44
Traore OT [12] 2013 Mali	72	5
Notre étude	32	7

La grande majorité des hommes dans notre série (7 hommes pour 1 femme) a été retrouvée dans les séries sénégalaises, américaine et Malienne [46, 47,12] Cependant, la proportion d'hommes élevés dans les séries africaines peut s'expliquer par le fait que les hommes sont le plus impliqués dans les situations à risque à cause de leurs comportements et habitudes.

4. Etiologies :

Tableau XXXIII: Les étiologies selon les auteurs

Auteurs	Mohamed A Gad Egypt. 2015[48] N=248	Mme Keïta Nouténé S Koné Mali [11] 2014 N=128	K.K.Tan Singapore 2011[45], N=21	Khaoula IKEMAKHEN Maroc2019 [9] N=50	Notre étude Kayes Mali 2023 N=32
AVP	156(62,8%) P=0,0091	46(36,71%) P=0,10915	14(66,7%) P=0,0647	23(46%) P=0,3123	13 (40,6%)
Arme blanche	36(14,5%) P=0,01364	28(21,88%) P=0,1393	-	17(34%) P=0,4030	10 (31,3%)
Arme à feu	12(4,8%) P=0,3486	19 (14,84%) P=0,1030	-	-	2(6,2 %)
Accident de sports	-	13(10,16%) P=0,1113	-	6(12%) P=0,09315	2(6,2%)
Accident de travail	-	9 (7,05%) P=0,07818	-	-	5(15,2%)

Dans notre série, les AVP ont représenté 40,6% des cas. Les autres étiologies sont les armes blanches, accident de travail, accident de sport et les CBV, ensuite l'accident de sport dans notre étude. La fréquence élevée des AVP peut s'expliquer par la rareté des agressions à kayes.

Cette étiologie AVP plus fréquente est retrouvée dans les séries des auteurs [11, 45, 48,9] variant entre 34,4% et 66,7%.

5. Délai d'admission et délai de prise en charge

Délai d'admission

Tableau XXXIV: délai d'admission selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Délai moyen (heures) de prise en charge
Pa. Ba Sénégal, 2012 [46]	9	36
Raherinantenaina.F 2014[42]	Madagascar, 175	13
Mme Keïta Nouténé S Koné Mali [11] 2014	128	29
Notre étude	32	12,69

Il s'agit d'un facteur très important qui peut largement influencer la prise en charge thérapeutique et le pronostic [50]. Plus long est le délai d'admission, plus les chances de survie sont diminuées [51]. Un surcroît significatif de mortalité a été rapporté pour les retards d'intervention au-delà des huitièmes heures [52] Il a été de 12,62 heures dans notre étude et de 13 heures à 73,2heures dans d'autres études africaines [46, 42,11]. Ce retard dans la prise en charge en Afrique peut être lié à l'absence de la médecine pré-hospitalière, l'absence des équipes de SAMU et d'un sous équipement des services de la protection civile dans notre pays. [12]

Etude clinique :

6. Signes fonctionnels

Tableau XXXV: les signes fonctionnels selon les auteurs.

Signes fonctionnels			Douleur abdominale	Vomissements	Arrêt de matières et de gaz
Auteurs					
TRAORE O.T [12], Mali, 2013 N=72			90,3% P=0,20228	81,9% P=0,0000	2,8% P=0,2233
Rakotoarivony Antananarivo, 2008 N=316	[54],		92,5% P=0,07572	70,5% P=0,00004	20,5% P=0,0200
Sylla M.D [10] Sikasso(Mali) N=42			90,47% P=0,32853	40,47 P=0,30209	2,8% P=0,3979
Notre étude			84,37%	34,75%	6,25%

Les signes de la péritonite post traumatique sont ceux de la péritonite aigue généralisée. La douleur est un signe fonctionnel majeur constant dans les péritonites post traumatiques. Aussi bien dans notre étude et dans celle des études du Mali [12, 10], Malgache [53] la douleur a été le signe fonctionnel le plus fréquent variant entre 84,37% et 92,5%. La majorité de nos malades soit 87,37% ont eu une douleur abdominale ; il n'y'a pas de différence significative ente notre étude et celui retrouvé par les auteurs [12, 53,10].

7. Signes généraux

Tableau XXXVI: les signes généraux selon les auteurs

Signes généraux	Hypotension	Pâleur conjonctivale	Altération de la conscience
Auteurs			
Fromart [55], Suisse, 2005 N=60	51,6% P=0,2887	51,6% P=0,0017	-
TRAORE O.T [12] Mali2013 N=72	34,7% P=0,1952	43,1% P=0,0084	-
Notre étude	14(43,75%)	6(18,75%)	12(37,5%)

L'hypotension artérielle, l'altération de la conscience et la pâleur conjonctivale sont en rapport avec la gravité des lésions viscérales responsables de l'hémopéritoine et de l'infection péritonéale [56]

La pâleur conjonctivale était présente chez 18,75% de nos malades. Ce taux est différent de ceux trouvés par certains auteurs [55,12]. Cette différence pourrait s'expliquer par la gravité du traumatisme et le retard de consultation chez nos patients.

L'hypotension artérielle a été découverte chez 43,75% de nos malades, ce qui n'est pas différent de la proportion retrouvée dans la série Suisse [55,12].

8. Signes physiques :

Tableau XXXVII: les signes physiques selon les auteurs

Signes physiques	Diminution de la mobilité abdominale	Contracture abdominale	Douglas bombé
Auteurs			
TRAORE O.T [12], Mali 2013 N=72	-	62,5% P=0,821	54,2% P=1(0,92203)
Rakotoarivony [54], Madagascar, 2008 N=316	-	57% P=0,1320	72% P=0,0409
Notre étude	17 (53,12%)	23 (71,88%)	17(53,12%)

L'examen physique est l'élément capital dans la prise de décision thérapeutique. Lorsqu'il est réalisé de façon correcte et attentive il permet au chirurgien de poser l'indication opératoire même en absence des examens complémentaires [56].

La contracture abdominale a été retrouvée chez 71,88% de nos malades ce taux n'est pas différent statistiquement de celui retrouvé chez les auteurs [54, 12].

La douleur dans le Douglas était présente à 53,12%, il n'y'a pas de différence entre ce taux et celui de l'auteur [12] par contre il est différent de celui d'une série Malgache [54]

L'abolition de la matité pré-hépatique a été observée chez 53,12% de nos malades ce qui, associée à la contracture abdominale et à la douleur du douglas permet de poser le diagnostic clinique préopératoire.

Paracliniques

9. Abdomen sans préparation :

Tableau XXXVIII: les résultats de la radiographie de l'abdomen sans préparation selon les auteurs.

Auteurs	Traoré [12], 2013 N=72	O.T Mali	PA.BA Sénégal2012 [46]N=9	Magu.Inde 2012[59], N=47	Notre étude Kayes, Mali 2022
Signes					
Pneumopéritoine	12,5% P=0,00001		4(44,44%) P=1(0,7710)	29(62,5%) P=0,3582	16(50%)
Niveaux hydro-aériques	5,6% P=1(0,8890)		–	–	2(6,3)

L'ASP comprend trois incidences : deux clichés de face (debout et couché), et un cliché centré sur les coupes diaphragmatiques.

Son intérêt principal est de pouvoir mettre en évidence un pneumo ou rétro pneumopéritoine, signant une perforation d'un organe creux qui impose l'intervention [58]. Les autres signes moins évidents et difficiles à observer, sont les signes d'hémopéritoine et d'hématome rétro péritonéal [45].

La sensibilité de cet examen est faible : elle permet le diagnostic de rupture d'un organe creux dans moins de 50 % des cas [57]. Ainsi, l'absence d'épanchement gazeux n'est pas le garant de l'absence de perforation d'un organe creux.

La présence d'un tel épanchement peut en outre signifier l'existence d'un pneumothorax ou d'une rupture vésicale après sondage [57]. Dans notre étude nous avons retrouvé 50% de cas de pneumopéritoine ce taux est différent de celui de l'auteur Malien [12]. N'est pas différent de celui des auteurs sénégalais [46] et indien [59]

Le taux 6,3% de niveaux hydro-aériques de notre étude est sans différence avec celui enregistré par l'auteur [12] au Mali. Ces niveaux hydro-aériques sont l'expression d'un iléus paralytique ou une occlusion fonctionnelle compliquant toute péritonite évolutive [59].

10. Tomodensitométrie ou scanner :

Le scanner permet non seulement de poser le diagnostic mais aussi de préciser le siège et le type de la lésion ; de déterminer le pronostic. Pendant notre étude aucun de nos patients n'a réalisé de TDM compte tenu de son inaccessibilité. Le coût élevé de celui-ci peut poser de problème chez les patients qui n'ont pas assez de moyens financiers.

Traitement

11. Technique chirurgicale :

Tableau XXXIX: la technique chirurgicale selon les auteurs

Auteurs	K.k. Tran Singapore ,2011[45]	TRAORE O.T [12], Mali 2013 N=72	PA.BA Sénégal, 2012[46], N=9	Khaoula IKEMAKHE N [9] Maroc 2019 N=50	Notre étude Kayes (Mali) N=32
Techniques	N=21				
Excision- suture	9(42,9%) P=0,8194	76,4% P=0,0050	5(55,5%) P=0,1979	54% P=0,3649	16(50%)
Résection- anastomose	12(57,1%) P=0,5009	13,9% P=0,00078	2(22,22%) P=0,1375	14% P=0,0018	14(43,7%)
Stomie	-	2,8% P=0,2233	1(11,11%) P=0,3253	32% P=0,0026	2(6, 3%)

L'attitude thérapeutique dépend de la constatation per opératoire faite par le chirurgien [5].

L'excision suture a été l'acte chirurgical le plus pratiqué dans notre série soit (50%). Notre taux n'est pas différent de celui des auteurs [45, 46,9]. Il est différent de celui de l'auteur Malien [12] qui a rapporté un taux de (76,4%). Cette différence serait dû à la décision peropératoire du chirurgien et au degré de gravité des lésions.

La résection-anastomose en un temps a été réalisée chez 43,7% de nos malades de nos malades. Ce chiffre n'est pas différent de celui des auteurs [45,46]. Il est différent de celui des auteurs [12,9].

La stomie a été réalisée chez 2 patients dans notre étude soit un taux de 6,3% des cas, ce taux n'est pas différent de celui des autres auteurs [12, 46] et différent de l'auteur Marocain [9]. Cette différence serait due au retard de consultation, à l'état précaire de certains de nos patients, à la gravité de la lésion et au sepsis péritonéal.

12. Siège de la perforation

Tableau XL: siège de la perforation selon les auteurs

Auteurs	Abouzid Mahmoud [50] Maroc 2013 N=9	TRAORE O.T [12] Mali 2013 N=72	Sylla M.D [10] Mali N=42	Notre étude Kayes Mali N=32
Jéjunum	44,45%	41,7%	28,57%	10(31,25)
	P=0,2443	P=0,1626	P=0,4030	
Ilion	22,22%	26,4%	35,71%	9(28,13)
	P=0,3844	P=0,4240	P=0,2523	
Estomac	33,33%	8,3%	11,91%	4(12,50)
	P=0,0978	P=0,2601	P=0,4669	
Colon	-	23,6%	11,91%	3(9,38)
		P=0,0456	P=0,3777	
Jéjunum +ilion	-	-	-	2(6,25)
Ilion +colon	-	-	-	2(2,25)
Estomac +colon	-	-	-	1(3,12)
Jéjunum +ilion +colon	-	-	-	1(3,12)

La perforation jéjunum a été le plus lésé dans 31,25% des cas que les autres segments du grêle. Ce constat a été rapporté par plusieurs auteurs [50, 12]. Cela pourrait s'expliquer non seulement par l'importance de la longueur du grêle, sa mobilité mais aussi par le fait que le grêle est le plus exposé par rapport aux autres segments du tube digestif. Ce pendant ce taux reste non différent de celui des auteurs [50, 12,10].

Evolution et pronostic :

13. Morbidité :

Tableau XLI: morbidité selon les auteurs

Morbidité	Pourcentage	Test statistique
Auteurs		
Yagini Maroc 2011, [41] N=53	10(25,4%)	P=0,2413
Raherinantenaina. Madagascar, 2014, [42] N=175	(19,5%)	P=0,3677
Notre étude Kayes Mali N=32	7(12,5%)	

La morbidité dans notre série est de 12,5%, cette fréquence élevée dans notre étude serait liée surtout au caractère hautement septique des lésions et au retard de prise en charge appropriée. Ce taux n'est pas différent statistiquement de ceux retrouvés par les auteurs [41, 42].

L'évolution postopératoire des perforations digestives traumatiques peut être émaillée de complications, parmi celles :

-- suppuration pariétale a été la complication postopératoire la plus fréquente dans notre étude avec un taux de 28,57% ;

- La fistule digestive a été la 2^e complication avec un taux de 14,29 %. C'est une complication fréquemment rencontrée, favorisée par l'importance du sepsis intrapéritonéal [61].

14. Durée d'hospitalisation selon les auteurs

La morbidité influence le séjour hospitalier, ce séjour a été de 10 jours en moyenne dans notre étude. Cette durée n'est pas différente de celle de M. D Sylla [10] en 2021 au Mali qui était 10,57 jours et de O Choua et al [62] en 2016 au Tchad qui était 8,9 jours.

15. Mortalité

Tableau XLII: mortalité selon les auteurs

Auteurs	Khaoula IKEMAKHEN Maroc2019 [9] N=50	Koné (Mali) 2014 N=128	N.S [11]	Raherinantenaina Madagascar 2014 [42] N=175	Notre étude Kayes Mali N= 32
Mortalité	4%	17,18%		34,3%	4(12,5%)
Test statistique	P=0,09424	P=0,2737		P=0,0057	

Le pronostic d'un traumatisme abdominal quel que soit les circonstances de survenues, est conditionné par la rapidité et la précision du diagnostic lésionnel et également par l'option thérapeutique [20] ; il dépend aussi des lésions associées. Notre taux de mortalité a été de 12,5%, ce taux n'est pas différent de celui des autres auteurs [9,11]. Cette fréquence élevée de la mortalité serait dû à l'index de pénétration du traumatisme, le score de sévérité de la blessure et la présence de lésion vasculaire associée et le délai de prise en charge. Ce pendant ce taux est différent statistiquement de celui de l'étude Malgache [42].

**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATION**

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

1- Conclusion :

Les péritonites post traumatiques sont de nos jours une préoccupation en chirurgie d'urgence, car elles représentent une cause importante de décès.

Une surveillance s'impose devant tout traumatisme de l'abdomen, car si minime soit il peut entraîner une lésion viscérale pouvant être fatale pour le malade.

La prévention passe par une sécurisation de la circulation routière et une répression énergétique de tous les actes de violence et de banditisme.

2- Recommandations:

Aux autorités politiques.

S'investir dans la prévention des accidents de la voie publique par :

La limitation de vitesse ;

L'information, la sensibilisation et l'éducation des usagers de la route et de toute la population en générale ;

Le port obligatoire des ceintures de sécurité ;

Élaborer des programmes d'information, d'éducation et de communication à l'intention des populations sur les dangers de la prolifération des armes légères ;

Mettre en place un système de sécurité sociale.

Aux autorités hospitalières :

Assurer la formation continue des agents de santé en vue de leur permettre d'acquérir une vigilance accrue par rapport aux urgences abdominales et particulièrement les formes traumatiques.

Améliorer le transport et l'évacuation des blessés.

La mise en place d'un service d'aide médicale d'urgence (S A M U).

Expliquer à la population les avantages du respect du code de la route.

Sensibiliser la population sur les inconvénients de l'automédication.

A la population :

La limitation de vitesse de circulation.

Le respect du code de la route.

La diminution de l'automédication.

La consultation rapide devant tout cas de traumatisme.

ICONOGRAPHIE

VIII. ICONOGRAPHIE :



Figure 14: Eviscération à la suite des CBV chez un homme de 38 ans. Hôpital de Kayes



Figure 15: Multiples perforations iléales à la suite des coups et blessures volontaires chez un jeune garçon de 20 ans. Hôpital de Kayes.



Figure 16: section complète du jéjunum à la suite d'un coup de guidon lors d'un AVP chez un jeune garçon de 18 ans. Hôpital de Kayes



Figure 17: résection plus anastomose de la section jéjunale. Hôpital de Kayes



Figure 18: drainage plus fermeture pariétale. Hôpital de Kayes

REFFERENCES

VIII. REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES

1. **PROSKE.J.M, FRANCO.D**

Péritonite aiguës. Rev Prat. Paris 2005 :55 :2167-72.

2. **Suter M, Kayoumi A.** Les lésions de l'intestin grêle et du colon dans les traumatismes fermés de l'abdomen. Médecine et Hygiène, 1992 ; 50 : 2169-2174.

3. **Jean YM, Jean LC.**

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

4. **Gore RM, Meyers MM.** Text book of gastrointestinal radiology. WB Saunders Company, Philadelphia 1994 ;(2):13-529.

5. **Rakotoarivony ST, RakotomenaSD, Rakoto-RatsimbaHN, Randriamiarana JM**

Aspects épidémiologiques des traumatismes abdominaux par accident de circulation au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo. Revue tropicale de chirurgie 2008 ;(2) :18-21

6. **Julie Gorchynski, MD, MSc; Kevin Dean, MD Craiz L. Anderson et al.** Analysis of urobilinogen and urine bilirubin for intra-abdominal injury in Blunt trauma patients. West J Emerg Med. 2009; 10(2):85-88.

7-**B. Vivien 1, O. Langeron 1, B. Riou 2.**

Traumatisme abdominal fermé dans le service d'accueil des urgences congrès national d'anesthésie et de réanimation. Elsevier Masson SAS. (Paris) 2007, P433-43

8. **Mehmet Uludag, Gurkan Yetkin, Bulent çitgez, Faruk Yener, Ismail Akgun, Arslan çoban.**

Effects of additional intra-abdominal organ injuries in patients with penetrating small bowel trauma on morbidity and mortality 2009 ;(15):45-51.

9-**Khaoula IKEMAKHEIN.**

Perforation traumatique du grêle traumatisme de l'abdomen au service de Chirurgie Viscérale CHU Mohamed VI de Marrakech Thèse Med. Marrakech 2019 ,7p

10-**M. Doh Sylla**

Perforation digestives traumtiques dans le service de chirurgerale de l hopital de Ségou thèse med. USTTB. Bamako (Mali) 2021 ; N°21M228

11-**Mm Keita Nouténé S Koné**

Perforation traumatiques du grêle au CHU Gabriel Touré thèse med. USTTB ; Bamako (MALI) 2015 ; N°5M34 ;54P.

12. **Traoré OT.**

Perforation digestives traumatiques dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Thèse méd. USTTB de Bamako (Mali) 2013 N°13M888; 103p

13- Djibril B.

Etudes des Péritonites aiguës [Thèse]. Médecine humaine: Bamako; 2006. 105p.

14- Camara B.

La péritonite par perforation appendiculaire [Thèse]. Médecine humaine: Bamako; 2008. 89p.

15. Abscheidt G.

La prise en charge antibiotique des péritonites post opératoires [Thèse]. Pharmacie : Metz ; 2003.119p.

16- Kamina P.

Anatomie clinique thorax-abdomen. Paris Masson 2007;3(2): 223-30.

17- Montravers P, Morazin F.

Peritonites. EMC-Anesth Reanim. 2005; 2: 167-84.

18- Bensignor T.

Prise en charge chirurgicale de péritonites post-opératoires après chirurgie digestive: étude rétrospective sur 191 patients [Thèse]. Médecine humaine: Paris; 2015. 83p.

19-El Idrissi HD, Kalih M, Ajbali M, Salmi A.

Plaies pénétrantes de l'abdomen. Résultats de deux attitudes classiques et sélectives dans la prise en charge de 49 cas. J. chir. (Paris) 1994; 3 : 375-77.

20. Chevalier JM, Vitte E.

Tronc. Anatomie tome 1. Médecine-Sciences Flammarion 2^e édition, Paris 2011 ; (1) : 492p

21- Kamina P.

Anatomie de l'appareil digestif. Précis d'anatomie clinique. Maloine; 2004

22- Belhadj H.

Les péritonites par perforation d'ulcère [Thèse]. Médecine humaine: Marrakech; 2011.117p.

23- Majdoub E.

Les remplacements vésicaux à propos de 08 cas [Thèse].Médecine humaine: Fès; 2010.177p.

24- Zohra B, Fatima A.

Invagination intestinale aiguë chez le nourrisson et l'enfant [Thèse]. Médecine humaine: Algérie; 2015. 56p.

25. D'Acremont B.

- Hépto-gastro-entérologie. Edition Masson Paris, 1995 ; 292p.
- 26. Nicholas JM, Rix EP, Easley KA, Feliciano DV, Cavara, Ingram WL, et al.**
Changing patterns in management of penetrating abdominal trauma: the more things change, the more they stay the same. Journal of trauma and acute care surgery, 2003; 55 (6): 1095-1110.
- 27. Saleh M Abbas and Vipul Upaahyay.**
Hollow viscus injury in children: starship hospital experience World Journal of Emergency Surgery, 2007;(2) :14.
- 28- 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.
- 29-FAYSSE E, BERNARD P.H.**
Les péritonites biliaires. Rev. Prat., 1986, 36, (19): 1070-1076
- 30. LENRIOT J.P.**
Péritonites aiguës. Encycl. Méd. Chir., Paris, Urgence, 12-1975, 240 48 B 10. 102
- 31- LE TREUT Y.R.**
Les péritonites aiguës : Physiologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement. Rev. Prat. 1993 ; 43, (2) : 259-262
- 32- 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
- 33- Anderegg A.**
L'échographie dans les traumatismes abdominaux. Société française de radiologie, J francophones de radiologie. 1987(6) : 77-92
- 34-Paut O, Jouglet T, Cambouives J.**
Les traumatismes sévères de l'enfant. Arch. Pediatr. 1997 (4): 443-459
- 35-Koné A M.**
Etude des hémopéritoines traumatiques à l'Hôpital Sominé DOLO de Mopti à propos de 32cas. [Thèse- Med]. Bamako : FMPOS, 2007; 94 p.
- 36-M'baye EL Hadj M.**
Les contusions abdominales de l'enfant à propos de 99 observations. Thèse de Médecine. Dakar 1983; N°106
- 37-Edouard A.**
Approche diagnostique du polytraumatisé en urgence. Feuillet radiologie 1997 ; (37) :103-6
- 38-Dictionnaire médical;**
WWW.docteurclic.com édition 2013-2014 : n°2004- 810

- 39-Alve A,-Pnis Y, Denet C, Valleur P, Benoist S, Mariani P et al.**
Stratégie diagnostique face aux plaies de l'abdomen. Ann chir 1998 ; 52 : p927- 34
- 40. Dembélé BT, Togo A, Diakité I, Traoré A, Kanté L, Diallo G, et al.**
Perforations traumatiques d'organes creux intra-abdominaux au CHU GabrielToure. J AfrHepatolGastroenterol. (2011) 5 : 290-292
- 41. Yagini k, Mouhaoui M, Lemrini M et al**
Prise en charge des plaies abdominales par arme blanche au service d'accueil des urgences de Casablanca.
- 42. Raherinantenaina Fanomezantsoa, Rakotomena Solonirina Davida, Rajonarivony Tianarivelo, Rabetsiahiny Lalao Fabienne, Rajaonahary Toky Minn'Ny, Rakototiana Felantsoa et al.**
Traumatismes fermés et pénétrants de l'abdomen ; Analyse rétrospectives sur 175 cas et revue de la littérature. Pan African Medical Journal. 2015;20:129
- 43. Carlos H, Morales, MD, MSc ; Maria I. Villegas, ET AL.**
Intra-abdominal infection in patients with abdominal trauma. Arch Surg. 2004 ;(139):1278-1285.
- 44. Sadullah Girgui, Ercan Gedik, Ersin Uyal, Ibrahim Halil Taçyildiz.**
Independent risk factors of morbidity in penetrating colon injuries. Turkish journal of trauma & emergency surgery: TJTES 2009; 15(2):154-8.
- 45-Muller L, Prudhomme M, Lefrant JY, De la CoussayeJE.**
Traumatismes pénétrants de l'abdomen.Reconnaitre la gravité.Prescrire le bilan en urgence. Anticiper et traiter les détresses vitales. 01-c0nf Med SFMU04 LC 15/03/04 11:49 p(317).
- 46-PA BA, Diop B, Soumah SA, C.M. Aïdara, E.M. Mbaye, B. Fall.**
Les lésions intestinales au cours des traumatismes fermes de l'abdomen : diagnostic et prise en charge en milieu défavorisé. J AfrHepatolGastroenterol. (2013) 7: 14-17
- 47-Hosseïn.**
- 48-Mohamed A Gad, Aly Saber, Shereif Farrag, Gouda Ellabban.**
Incidence, patterns, and factors predicting mortality of abdominal injuries in trauma patients. [Downloaded free from <http://WWW.najms.org> on Friday, July 10, 2015, IP: 41.203.199.30].
- 49. Abouزيد Mahmoud.**
Perforations digestives post traumatisme chez les enfants. Thèse méd Fès 2013 ; thèse No121/13, 161p.

50-Hoffmann C, Goudard Y, Falzone E, Pons F, Debien B.

Spécificités de prise en charge des traumatismes abdominaux pénétrants 53 congrès nationaux d'anesthésie et de réanimation. Médecins Urgence vitales 2011 Sfar. Tous droits réservés.

51- Reche F, Brunot A, Badic B et al.

Outcome of emergency embolization in the non-operative treatment of blunt trauma of the spleen: multicenter retrospective study of 52 cases Eur J Trauma Emerg Surg 2010; 10:63

52-Allen GS, Moore FA, Cox CS, Wilson JT, Cohn JM, Duke JH et al.

Low visceral injury and blunt trauma. J trauma 1998; 45:69-78.

53. Yaya Kamissoko.

Plaies pénétrantes par arme à feu de l'abdomen en chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de med. USTTB Bamako (Mali), 2019 ; 144p

54. S.T Rakotoarivony, S.D. Rakotomena, H.N Rakoto-Ratsimba, J.M. Randriamiarana.

Aspects épidémiologiques des traumatismes abdominaux par accident de circulation au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo. Revue tropicale de chirurgie, 2008 ; 2 (1) : 18-21.

55. Fromart.

Proposition thérapeutique dans les traumatismes fermés isolés de la rate chez l'adulte. Th. Méd. Genève 2005 ; Thèse N°10430 : 52p.

56. Le Treut YP.

Péritonites aiguës : physiopathologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement. Rév Prat 1993 ; 43(3) :259-62.

57. Mutter D, Schmidt-Mutter C, Marescaux J.

Contusions et plaies de l'abdomen. EMC-Médecine 2 (2005) 424-447

58. Downs C, Grenier N, Trillaud H, Palussiere J. Stratégie actuelle d'exploration des traumatismes de l'abdomen. Feuilles de radiologie, 1995, 35: 165-173.

59-Magu S, Agarwal S, Gill RS.

Multi detector computed tomography in the diagnosis of bowel injury. India J Surg. 2012 Dec, 74(6):445-50.

60. FIKRI M. ABU Z, IMAD Z, MEHRAJ S, IYAD M, BAHBEHANI A.

Role of Ultrasonographie in blunt abdominal trauma. : a prospective study. Eur J surg, 1996; (14): 361- 365.

61.TMM Wade, I Konaté, ML Diao, JN Tendeng, M Cissé, M Seck et al.

Perforations digestives traumatiques : aspects anatomo-cliniques. J. Afr. Hépatol. Gastroentérol, 2014 ; (8) :139-142.

62. O Choua, K Rimtebaye, Adam Adami, G Bekoutou, MA Anour.

Plaies pénétrantes par armes Blanches et à feu à N'djamena. European Scientific Journal, 2016 ; 9 (12) : 180-91.

63. Fagniez PL, Serpeau, Thomson C.

Péritonites aiguës. Paris : Masson 1991 ;(2) :556.

64. Carlos V R Brown, MD ; Georges C. Velmahos, MD et al.

Hemodynamically « stable » patients with peritonitis after penetrating abdominal trauma. Arch Surg. 2005; 140:767-772

65. Boré Djibril.

Etude des péritonites aiguës à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. Th .Méd. Bamako; 2006; (82):366.

ANNEXES

IX. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE : PERITONITE POSTTRAUMATIQUES

LES DONNEES ADMINISTRATIVES

1. No de la fiche d'enquête...../ /
2. Service/ /
3. N° du dossier du malade...../ /
4. Nom et Prénom du malade.....
5. Date d'admission..... / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /
6. Age du malade..... / _ / _ /
7. Sexe \ \ \ \ /
- 1 masculin 2 féminin
8. Provenance...../ /
9. Nationalité...../ /
10. Ethnie/ /
1. bambara 2. Peulh 3. Soninké 4. Khassonké 5. Malinké 6. Maure
7. autres
11. Principale activité...../ /
1. cadre 2. Ouvrier 3. Commerçant 4. Paysan 5. Ménagère 6. Scolaire
7. autres
12. Mode d'admission à l'hôpital...../ /
1. urgence 2. Consultation ordinaire
13. **Qualification** **du** **réfèrent**
-/ /
1. infirmier, 2.médecin, 3. Chirurgien, 4. Professeur, 5. Sapeurs-pompiers 6.
- Autres
14. Motif d'admission...../ /
1. Douleur abdominale 2. Plaie pénétrante de l'abdomen 3. Eviscération,
4. Contusion 5. Hémorragie 6. Vomissements 7. Arrêt de matières et
- de gaz 8. Accidents voies publiques 9. Autres

15. Durée d'hospitalisation (jours)...../ /

16. de sortie...../ / / / / / / / / / /

DONNEES CLINIQUES

17. Symptomatologie évoluant depuis (jours)...../ /

18. Siège de la douleur...../ /

1. Fosse iliaque droite 2. Fosse iliaque gauche 3. Flanc droit 4. Flanc gauche
5. Hypochondre droit 6. Hypochondre gauche 7. Épigastre 8. Hypogastre
9. Péri-ombilicale 10. Diffuse 11. Autres

19. Le mode de début de la douleur...../ /

1. Brutal 2. Progressif 3. Autres

20. La durée de la douleur (heure)...../ /

1. 0-6H 2. 7-12H 3. 12-24H 4. 24-48H 5. 48-72H 6. Autres

21. Le type de la douleur...../ /

1. Brulure 2. Pique 3. Torsion 4. Pesanteur 5. Colique 6. Autres

22. Irradiation de la douleur...../ /

1. Organes génitaux 2. Périnée 3. Postérieur 4. Transfixiante 5. Ascendante
6. Diffuse 7. Latérale 8. Autres

23. Intensité de la douleur...../ /

1. Douleur faible 2. Douleur modérée 3. Douleur intense 4. Douleur très intense
5. Absente

24. Evolution de la douleur...../ /

1. Permanente 2. Intermittente 3. Paroxystique 4. Autres

25. Facteurs calmants...../ /

1. Absent 2. Décubitus dorsal 3. Décubitus latéral droit 4. Décubitus latéral gauche
5. Position chien de fusil 6. Vomissements 7. Défécation 8. Autres à préciser

26. Signes digestifs associés...../ /

1. Absent 2. Nausées 3. Vomissements 4. Diarrhée 5. Constipation

6. Rectorragie 7. Méléna 8. Hématémèse 9. Arrêt de matières et gaz
10. Météorisme 11. Autres

27. Signes urinaires...../ /

1. Absent 2. Brûlure mictionnelle 3. Hématurie 4. Dysurie 5. Pyurie
6. Autres

28. Signes pulmonaires...../ /

1. Absent 2. Toux 3. Douleur thoracique 4. Dyspnée 5. Autres

TRAITEMENT RECU AVANT L'ARRIVEE A L'HOPITAL

29. Médical...../ /

1. Absent 2. Antalgique 3. Anti-inflammatoire 4. Antibiotique 5. Pansement
6. suture et pansement 7. Autres

30. Durée moyenne du traitement...../ /

1. 0-12H 2. 12-24H 3. 24-48H 4. 48-72H 5. Autres

31. Les réponses aux traitements...../ /

1. absence de la douleur 2. Douleur faible 3. Douleur modérée 4. Douleur
intense 5. Douleur très intense 6. Autres

32. Traitement traditionnel...../ /

1. oui 2. non

ANTECEDENTS

33. Médicaux...../ /

1. Normal 2. HTA 3. Diabète 4. Drépanocytose 5. Épilepsie 6. Gastro-
entérite 7. Asthme 8. Bilharziose 9. UGD 10. Autre

34. Chirurgicaux...../ /

1. oui 2. non

a. Si oui préciser

35. Suites...../ /

1. simple 2. Suppuration pariétale 3. Péritonites 4. Occlusion intestinale
5. Autre

- 36. Gynéco-obstétricaux...../ /**
 1. Multiparité 2. Avortement 3. Césarienne 4.GEU 5.
 Fibrome utérin 6. Kyste de l'ovaire 7. Obstruction tubaire 8. Autres

EXAMEN CLINIQUE

Signes généraux

- 37. Température...../ /**

1. To > 37.5 2. To < 37.5 3. Autres 4. Indéterminé

- 38. Tension artérielle.....**

1. Normale 2. Élevée 3. Abaissée 4. Autres 5. Indéterminé

- 39. Conscience...../ /**

1. Normale 2. Agité 3. Confus 4. Coma 5. Autres

- 40. Faciès...../ /**

1. Normal 2. Tiré 3. Péritonéal 11. Autres

- 41. Pli cutané...../ /**

1. Absent 2. S'effaçant lentement 3. S'effaçant très lentement 4. Autres

- 42. La langue.....**

1. Humide 2. Sèche 3. Saburrale 4. Autres

- 43. Pouls...../ /**

1. > 90 2. < 90 3. Autres

- 44. Fréquence respiratoire...../ /**

1. <= 20 cycles/mn 2. > 20 cycles /mn 3. Autres

- 45. Conjonctives...../ /**

1. Roses 2. Pâles 3. Ictériques 11. Autres

Signes physiques :

Inspection

- 46. Présence de cicatrice d'intervention chirurgicale...../ /**

1. oui 2.non

46a. si oui siège...../ /
a1.abdominale a2.tête a3.cou a4.thorax a5.dos a6.membre inférieur
a7.membre supérieur a11.autres

47. Aspect de l'abdomen...../ /

1. Plat 2. Asymétrique 3. Distendu 11. Autres

48. Siège de l'impact...../ /

1. Fosse iliaque droite 2. Fosse iliaque gauche 3. Flanc droit 4. Flanc gauche

5. Hypochondre droit 6. Hypochondre gauche 7. Épigastre 8. Hypogastre

9. thoracique droite 10. Thoracique gauche 11. Péri-ombilicale 12. Autres

Palpation

49. Défense abdominale...../ /

1. Fosse iliaque droite 2. Fosse iliaque gauche 3. Flanc droit 4. Flanc gauche

5. Hypochondre droit 6. Hypochondre gauche 7. Épigastrique 8. Péri-ombilicale

9. Généralisée : contracture 10. Autres

50. Douleur provoquée...../ /

1. Fosse iliaque droite 2. Fosse iliaque gauche 3. Flanc droit 4. Flanc gauche

5. Hypochondre droit 6. Hypochondre gauche 7. Épigastrique

8. Hypogastrique 9. Péri-ombilicale 10. Cri de l'ombilic 11. Autres

51. Percussion abdominale...../ /

1. Normale 2. Matité 3. Tympanisme 11. Autres

52. Bruits intestinaux à l'auscultation...../ /

1. Normaux 2. Tympaniques 3. Silence auscultatoire 11. Autres

TOUCHERS PELVIENS

53. Toucher rectal...../ /

1. Normal 2. Douglas douloureux 3. Douglas bombé 4. Douglas bombé et douloureux 5. Autres

54. Toucher vaginal...../ /

1. Normal 2. Saignement 3. Douleur latérale 4. Autres

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

55. ASP...../ /

1. Normal 2. Croissant gazeux 3. Opacité 4. Niveaux hydro-aériques 5. Autres

56. Echographie...../ /

1. Normale 2. Epanchement liquidien 3. Contusion d'organe 4. Autres

57. Radiographie thoracique...../ /

1. Normale 2. Hémothorax 3. Pneumothorax 4. Hémopneumothorax
5. Opacité pulmonaire 6. Autres

58. Scanner...../ /

1. Normal 2. Épanchement liquidien 3. Contusion d'organe 4. Croissant gazeux 5. Autres

59. Taux d'hémoglobine...../ /

1. Normal 2. Abaissé 3. Élevé 4. Autres

60. Taux d'hématocrite...../ /

1. Normal 2. Abaissé 3. Élevé 4. Autres

61. Groupage et rhésus.....

- 1 .A+ 2. A- 3. B+ 4. B- 5. AB+ 6. AB- 7. O+ 8. O- 9. Autres

62. Glycémie...../ /

1. Normale 2. Hypoglycémie 3. Hyperglycémie 11. Autres

63. Créatininémie...../ /

1. Normale 2. Abaissée 3. Élevée 11. Autres

64. Etiologies...../ /

1. Plaie par arme à feu 2. Plaie par arme blanche 3.AVP 4.CBV 5. Chute
6. Accident de sport 7. Accident de travail 8. Autres

DIAGNOSTIC

65. Diagnostic préopératoire...../ /

1. Péritonite par perforation d'organe creux traumatique 2. Hémopéritoine instable
3. Plaie pénétrante 4. Éviscération traumatique 5. Déchirure anale avec plaie pénétrante
6. Autres

66. Diagnostique peropératoire...../ /

66a.péritonite par perforation d'organe creux traumatique.....

- a1.iléale a2.jéjunale a3.colique a4.duodénale a5.gastrique

66b.déchirure anale s'étendant au rectum

67. Sièges de la perforation...../ /

1. Iléale 2. Jéjunale 3. Duodénale 4. Angle de Treitz 5. Angle iléo-cæcal
6. Iléojéjunale 7. Antrale 8. Gastrique 9. Rectale 10. Autres

68. Dimension en centimètre...../ /

69. Nombre de lésions...../ /

1. Unique 2. Double 3. Multiples 4. Autres

70. Lésions associées...../ /

1. Fracture de la rate 2. Fracture du foie 3. Mésentériques 4. Utérine 5. Rénales
6. vésicales 7. Pancréatiques 8. Diaphragmatiques 9. Polytraumatisé
10. Autres

71. Aspect lésionnel...../ /

1. Linéaire 2. Arrondi 3. Arciforme 4. Ponctiforme 11. Autres

TRAITEMENT

TRAITEMENT MEDICAL

72. Avant l'intervention...../ /

1. Antalgique 2. Antibiotique 3. Transfusion 4. Perfusion 5. 1+2+4
6. 1+4 7. 1+2+3+4 8. 1+3 9. Autres

TRAITEMENT CHIRURGICAL

73. Opérateur...../ /

1. Professeur 2. Chirurgien 3.DES 11. Autres

74. Techniques...../ /

1. Excision-suture 2. Hémostase 3. Drainage 4.
Résection anastomose termino-terminale 5. Iléostomie 6. Jéjunostomie 7.
Colostomie 8. 1+3 9. 1+2+3 10. Autres

75. Suites opératoires...../ /

1. simples 2. Suppuration pariétale 3. Fistule 4. Occlusion post op 5.
Péritonite post op 6. Éviscération post op 7. Hémorragie 8.
Thrombophlébite 9. Décès
10. Événtration 11. Autres

76. Morbidité...../ /

77. Mortalité...../ /

Fiche signalétique

Nom : Fofana

Prénom : Oumar

Titre de la thèse : Peritonites post traumatiques dans le service de chirurgie générale a L'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Secteur d'intérêt : service de chirurgie générale de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Payes : Mali

Année de Soutenance : 2023

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Résumé :

Introduction

Péritonite post traumatique due l'ouverture pathologique dans la paroi d'un organe creux du tube digestif (œsophage, estomac, intestin grêle, gros intestin, rectum, voies biliaires extrahépatiques) suite à un traumatisme.

Patients et Méthodes

Nous avons réalisé une étude retro et prospective sur une période de 5 ans allant du Mars 2019 au Février 2023.

Résultats

Nous avons colligé 32 cas en 5 ans ; soit une fréquence 10%. L'âge moyen était de 25,5 ans avec de extrêmes de 5 à 62ans. La sex-ratio était de 7/1. Les AVP ont été la principale étiologie chez 13 patients (40,6%). 90,6% de nos ont été reçue en urgence. La douleur abdominale était le principal motif de consultation. La contracture abdominale était le signe physique le plus représenté (71,9%). L'ASP a retrouvé 16 cas de pneumopéritoine (50%). Excision-suture a été réalisée chez 16 patients (50%). L'évolution a été marquée par 4 décès (12,5%).

Conclusion

Affections rencontrées aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, l'étiologie la plus fréquente a été l'accident de la voie publique, d'où intérêt d'une meilleure politique de prévention.

Mots clés : Peritonites, post traumatiques ; Hopital Fousseyni Daou de Kayes, chirurgie, Mali

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et 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 donnerais mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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 leur père

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