

Aspects cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës au service de chirurgie du centre de santé de référence de commune VI

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

## TITRE

**PERITONITES AIGUES AU SERVICE DE CHIRURGIE DU  
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI.**

## THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 07/12/2023 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.**

**Par M. Djibril DOUMBIA**

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

### Jury

**Président: Mr. Bakary Tientigui Dembelé, (Professeur)**

**Membre: Mr. Madiassa Konaté, (maitre de conférence)**

**Co-directeur: Mr. Moussa Konaté, (Chirurgien)**

**Directeur : Mr. Amadou Traore, (maitre de conférence)**

---

# DEDICACE ET REMMERCIEMENTS

---

## DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail :

À Allah : le tout puissant, le miséricordieux de m'avoir donné la chance de réaliser ce travail .

Au Prophète : Mohamed, paix et salut sur lui.

À mon pays : le Mali, Chère patrie, que la paix et la prospérité puissent te recouvrir.

A mes pères : Feu Namori Doumbia et Zanké Traoré

Vous avez toujours su guider nos pas avec rigueur et amour ; sans vos efforts nous ne serions pas devenus ce que nous sommes aujourd'hui. Votre soutien sans cesse, votre volonté de nous voir réussir, votre amour pour le travail bien fait font de vous des pères exemplaires. Qu'Allah le miséricordieux vous accorde son paradis.

À ma mère: Ramata Traoré

Mère soumise et courageuse ; Infatigable maman qui se soucie du bien-être de ses enfants et ceux d'autrui. Tu as fait de notre éducation ta priorité. Tu t'es toujours battue sur tous les plans pour que nous soyons parmi les meilleurs. Tu as été toujours présente aux moments où nous avons eu besoin de toi. Tu as toujours donné sans rien demander en retour. Je suis fier de toi aujourd'hui d'avoir essuyé nos larmes dans les moments les plus durs. Que le Tout Puissant (DIEU), le miséricordieux me donne la chance de soulager toutes tes souffrances et vous donne une longue vie en bonne santé. Je prie ALLAH pour qu'il t'accorde son paradis. Amen

A mes tontons : Souleymane, Mamadou, Amadou, Lassine, tous Traore, Moussa Diallo Soumaïlla Diallo, Youssouf Diallo. Ce travail est la résultante de vos efforts par l'enseignement que j'ai reçu de vous depuis mon enfance jusqu'à maintenant. Merci ! C'est un mot trop simple. Ce que je souhaiterais exprimer est au-delà. Je suis à la fois touché et reconnaissant pour l'aide que vous m'avez apporté. Je ne saurais assez-vous remercier. Que Dieu te donne une longue vie.

A ma tante : Bintou Traoré, C'est avec une joie immense que je t'adresse mes sincères remerciements. Courageuse, et noble, je suis très heureux d'avoir reçu de toi une éducation

Aspects cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës au service de chirurgie du centre de santé de référence de commune VI

d'une rare qualité. Tu as toujours été à mes côtés au moment opportun. Ton affection, tes bénédictions, tes conseils, tes engagements m'ont aidé à surmonter tous les obstacles de la vie étudiante. J'espère que ce travail qui est une juste récompense de tes bénédictions, te procurera une immense satisfaction. Qu'ALLAH le Tout Puissant vous récompense tout en vous donnant une longue vie.

A mes tantes : Feu Miatou Traore, Fermata Doumbia, Je vous remercie infiniment pour vos bénédictions et conseils pour l'élaboration de cette thèse.

Aux familles : Doumbia, Traoré, Sidibe et Diallo.

A mes frères et sœurs : Hamzah, Ibrahim, Fousseyni, Mohamed, Aboubacar, Haroune, Fatoumata, Chata, Mariam, Oumou, Adjaratou, Hawa et Pinda tous Doumbia. Que ce travail soit pour vous un exemple.

A mes cousins et cousines : Seydou Traore, Lamine Traore, Mohamed Doumbia, Demba Traore, Serima, Morifing, Macoura Traore, Mama Diallo, Aichata Traore et Fatoumata Sidibe.

A tous mes Amis(es) : amis d'enfance, de l'école primaire à la faculté de médecine, merci pour les moments passés ensemble.

A tout le corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie, merci pour la qualité de la formation que vous nous avez donnée et que vous continuez de donner. Sincères remerciements et grande reconnaissance à nos chers maîtres notamment aux Pr Bakary Tientigui Dembelé; Pr Moussa Konaté, Pr Mamadou Diallo, Pr Madiassa Konaté et Pr Amadou Traoré, Pr Mariam Maïga et Pr Alou Samaké.

Au Docteur : Ibrahim Kalil Diakité, Votre rigueur dans le travail et votre encouragement sont des atouts que nous avons bénéficiés au cours de notre formation. Recevez ici notre reconnaissance et notre plus grand respect.

Au Docteur : Mamadou Keita, Issa Keita, Mama Diassana, Dramane Haidara, Boubacar Diassana (Gynécologue) : Ce travail aurait été plus dur sans votre aide mes remerciements ne pourront jamais égaler votre grand cœur qui m'a apporté du soutien au moment où j'avais besoin d'aide. Je suis profondément reconnaissant, merci une fois de plus.

Aspects cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës au service de chirurgie du centre de santé de référence de commune VI

Aux docteurs : Moulaye Sanogo, Dr Bakary Samake, N'Tchi Kone, Gninoussa Kamaté, Yacouba Koné, Mariam Diallo, Allaye Arama, Adama Diarra, Ami Diaouné, Macoura Traoré, Djeneba Coulibaly, Nouhoun Dembelé, Alidji Diallo, Salif Diarra, Sada Diarra, M'peh Coulibaly, Mohamed Diarra, Cheickina Konaré, Bakary Diakité, Mohamed Diallo, Abdoul Karim Guindo, Seydou Soumaoro, Mamadou Kouba, Fode Berthé, Sékou Traoré, Malado Gamby, Assetou Konaré, Brehima Doumbia, Abdoulaye Daffe, et Moussa Camara. Vos conseils et vos encouragements de tous les jours n'ont jamais fait défaut tout au long de ce travail. Je vous remercie infiniment pour votre accompagnement tout au long de ce travail.

A mes camarades internes du service : Oumou Dicko, Ibrahim Z Toure, Djeneba Sidibe, Aminata Diakite, Macky Sito, Soufiana Maiga, Alou Tounkara, Kaba Diallo, Assitan Diallo. Merci pour la franche collaboration.

Aux personnels du Cabinet Médical Santé pour tous ; cabinet médical ASMA ; à tous les personnels du CS Réf de la commune VI : merci pour la franche collaboration et pour tous les moments passés ensemble.

A l'équipe de petite chirurgie du CS Réf de la commune VI : merci pour la franche collaboration.

---

# HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

---

## HOMMAGES AUX MEMBRES DE JURY

A notre Maître et Président du jury Professeur Bakary Tientigui Dembelé

- Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS ;
- Diplôme en pédagogie en science de la santé à l'université de Bordeaux ;
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA) ;
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F) ;
- Membre du collège ouest Africain des chirurgiens (WACS) ;
- Chef de filière IBODE de l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS) ;
- Secrétaire général de la société Malienne de colo-proctologie ;
- Membre de la Société Africaine Francophone de Chirurgie Digestive (S.A.F.CHI.D).

Cher maître, Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré. Vous êtes un modèle pour nous étudiants de cette faculté. Veuillez agréer, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

A notre Maître et membre du jury.

Professeur Madiassa Konaté

- Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS ;
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA) ;
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F) ;
- Membre du collège ouest Africain des chirurgiens (WACS) ;

Cher maître, Nous sommes très fiers d'être parmi vos élèves et heureux de vous compter parmi les membres du jury de ce travail. Votre abord facile, votre sympathie, votre simplicité, votre souci constant de transmettre vos connaissances ont forcé notre admiration, homme de science et de rigueur, ce travail est également le vôtre. Que le tout puissant vous accorde une longue vie et une santé de fer. Soyez assuré cher maître de l'expression de notre profonde gratitude.



A notre Maître et Co-directeur de thèse : Professeur Moussa Konaté

- Chef de service de la chirurgie générale de la commune VI ;
- Diplôme du certificat d'études spécialisées en chirurgie générale ;
- Diplôme en formation médicale spécialisée approfondie en chirurgie viscérale ;
- Maître de recherche en chirurgie générale ;
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;

Cher maître, Vous nous faites un grand honneur en nous confiant ce travail, vous vous êtes investi à fond pour nous créer un cadre idéal pour la réalisation de ce travail. Votre approche méthodique, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre courtoisie font de vous un encadreur, un pédagogue hors pair. Votre apport dans ce travail, est immense. Recevez ici notre reconnaissance et notre plus grand respect.

A notre Maître et Directeur de thèse : Professeur Amadou TRAORE

- Professeur agrégé en chirurgie générale à la FMOS ;
- Spécialiste en chirurgie générale ;
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE ;
- Médecin colonel à la DCSSA ;
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali(SOCHIMA).

Cher Maître

Vous nous avez accueilli dans votre service et transmis votre savoir en faisant preuve de votre attachement pour notre formation. C'est l'occasion pour nous de vous remercier vivement. Votre franc parlé, votre capacité intellectuelle, votre générosité, votre esprit de partage et votre rigueur dans le travail bien fait suscitent l'admiration de tous. Veuillez recevoir ici cher Maître le témoignage de toute notre reconnaissance. Soyez rassuré de notre profond respect.

# TABLE DES MATIERES

Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	20
<b>I. OBJECTIFS</b> .....	23
<b>1. Objectif général :</b> .....	23
<b>1.1. Objectifs spécifiques :</b> .....	23
<b>II. GENERALITES</b> .....	25
<b>1-ANATOMIE DU PERITOINE :</b> .....	25
<b>2-PHYSIOLOGIE DU PERITOINE :</b> .....	31
<b>3- ETIOPATHOGENIE :</b> .....	32
<b>4- PHYSIOPATHOLOGIE :</b> .....	32
<b>5 - ETUDE CLINIQUE :</b> .....	33
<b>6-LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES</b> .....	40
<b>7- TRAITEMENT :</b> .....	41
<b>8-SURVEILLANCE :</b> .....	42
<b>9- EVOLUTION :</b> .....	43
<b>10- COMPLICATIONS :</b> .....	43
<b>11- PRONOSTICS :</b> .....	44
<b>III. METHODOLOGIE</b> .....	46
<b>1-Type et période d'étude</b> .....	46
<b>2- Cadre d'étude :</b> .....	46
<b>3- Echantillonnage :</b> .....	47
<b>IV. RESULTATS</b> .....	50
<b>1- FREQUENCE :</b> .....	50
<b>2- DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :</b> .....	50
<b>5- Examens Complémentaires</b> .....	63
<b>6 / Diagnostic</b> .....	64
<b>8- TRAITEMENTS :</b> .....	65
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b> .....	73
<b>CONCLUSION</b> .....	86
<b>VI. LES RECOMMANDATIONS</b> .....	87

<b>REFERENCES</b> .....	89
<b>Annexes :</b> .....	96

---

## SIGLES DES ABREVIATIONS ET TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

**SIGLE ET ABREVIATION :**

**ASP** : Abdomen sans préparation

**BTS** : Battement

**USA** : United States of America

**°C** : Degrés Celsius

**CRO** : Compte rendu opératoire

**CSCOM** : Centre de santé communautaire

**CSREF** : Centre de santé de référence

**EVA** : Echelle visuelle analogique

**ECG** : Electro cardiogramme

**FID** : Fosse iliaque droite

**FMOS** : Faculté de médecine et odontostomatologie

**HTA** : Hypertension artérielle

**IST** : Infection sexuellement transmissible

**ISO** : Infection du site opératoire

**M<sup>2</sup>** : Mètre carré

**MN** : Minutes

**NFS** : Numération formule sanguine

**OGE** : Organe génitaux externes

**PEC** : Prise en charge

**%** : Pourcentage

**SMIG** : Salaire minimum interprofessionnel garanti

**Liste des tableaux :**

<b>Tableau I:</b> Répartition des patients selon la provenance. ....	52
<b>Tableau II:</b> Répartition des patients selon la nationalité. ....	52
<b>Tableau III:</b> Répartition des patients selon le niveau d’instruction. ....	52
<b>Tableau IV:</b> Répartition des patients selon l’activité.....	53
<b>Tableau V:</b> Répartition des patients selon le mode d’admission.....	53
<b>Tableau VI:</b> Répartition des patients selon la durée d’évolution de la maladie. ....	54
<b>Tableau VII:</b> Répartition des patients selon le motif de consultation ....	54
<b>Tableau VIII:</b> Répartition des patients selon le siège initial de la douleur. ....	55
<b>Tableau IX:</b> Répartition des patients selon le mode d’apparition de la douleur.....	55
<b>Tableau X:</b> Répartition des patients selon le type de la douleur. ....	56
<b>Tableau XI:</b> Répartition des patients selon l’intensité de la douleur EVA.....	57
<b>Tableau XII:</b> Répartition des patients selon l’évolution de la douleur. ....	57
<b>Tableau XIII:</b> Répartition des patients selon le facteur déclenchant. ....	57
<b>Tableau XIV: Répartition des patients selon les facteurs d'accalmie de la douleur.</b>	<b>58</b>
<b>Tableau XV:</b> Répartition des patients selon les signes d’accompagnement de la douleur. ....	58
<b>Tableau XVI:</b> Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux. ....	59
<b>Tableau XVII:</b> Répartition des patients selon les antécédents médicaux. ....	59
<b>Tableau XVIII:</b> Répartition des patients selon le mode de vie.....	59
<b>Tableau XIX:</b> Répartition des patients selon la fréquence cardiaque. ....	60
<b>Tableau XX:</b> Répartition des patients selon la fréquence respiratoire. ....	60
<b>Tableau XXI:</b> Répartition des patients selon la température. ....	61
<b>Tableau XXII:</b> Répartition des patients selon la tension artérielle. ....	61
<b>Tableau XXIII:</b> Répartition des patients selon la coloration des conjonctives. ....	61
<b>Tableau XXIV:</b> Répartition des patients selon l’état de langue.....	62
<b>Tableau XXV:</b> Répartition des patients selon les signes physiques.....	62
<b>Tableau XXVI:</b> Imageries réalisées.....	63
<b>Tableau XXVII:</b> Répartition des patients selon le résultat de l’ASP.....	63
<b>Tableau XXVIII:</b> Répartition des patients selon le résultat de l’échographie. ....	63
<b>Tableau XXIX:</b> Répartition des patients selon le groupe sanguin. ....	64
<b>Tableau XXX:</b> Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire.....	64
<b>Tableau XXXI:</b> Répartition des patients selon le diagnostic Per-opératoire.....	65
<b>Tableau XXXII:</b> Répartition des patients selon le score de Mannheim.....	65
<b>Tableau XXXIII:</b> Répartition des patients selon la voie d’abord. ....	65
<b>Tableau XXXIV:</b> Répartition des patients selon la nature du liquide péritonéal. ....	66
<b>Tableau XXXV:</b> Répartition des patients selon la technique chirurgicale. ....	66
<b>Tableau XXXVI:</b> Répartition des patients selon le siège du drain. ....	67



<b>Tableau XXXVII:</b> Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation. ....	67
<b>Tableau XXXVIII:</b> Répartition des patients selon les suites opératoires immédiates (1 à 7 jours). ....	67
<b>Tableau XXXIX:</b> Répartition des patients selon les suites opératoires tardives (1 à 6 mois). ....	68
<b>Tableau XL:</b> Classification de complication selon Clavien Dindo. ....	68
<b>Tableau XLI:</b> Répartition des patients selon les Suites opératoires et l'âge. ....	69
<b>Tableau XLII:</b> Répartition des patients selon les suites opératoires globales et Sexe. ...	69
<b>Tableau XLIII:</b> Répartition des patients selon les suites opératoires globales et le délai de consultation. ....	70
<b>Tableau XLIV:</b> Coût préopératoire. ....	70
<b>Tableau XLV:</b> Coût postopératoire. ....	70
<b>Tableau XLVI:</b> Répartition des patients selon le coût de la prise en charge. ....	71
<b>Tableau XLVII:</b> Fréquence des péritonites aiguës selon les auteurs. ....	73
<b>Tableau XLVIII:</b> Sexe et auteurs. ....	73
<b>Tableau XLIX:</b> Moyenne d'âge selon les auteurs. ....	74
<b>Tableau L:</b> Comparaison des principaux signes fonctionnels selon les auteurs. ....	74
<b>Tableau LI:</b> Comparaison des signes physiques selon les auteurs. ....	76
<b>Tableau LII:</b> Répartition en fonction des résultats de l'ASP et selon les auteurs. ....	77
<b>Tableau LIII:</b> Répartition des péritonites en fonction des étiologies selon les auteurs ...	79
<b>Tableau LIV:</b> Répartition de techniques opératoires selon les auteurs. ....	81
<b>Tableau LV:</b> Comparaison des taux de morbidité postopératoire selon les auteurs. ....	82
<b>Tableau LVI:</b> Comparaison de la mortalité des péritonites selon les auteurs. ....	83
<b>Tableau LVII:</b> Score de MANNHEIM (MPI). ....	103
<b>Tableau LVIII:</b> Classification de Clavien Dindo. ....	104

**Liste des figures :**

<b>Figure 1: schéma annoté de la cavité péritonéale en profil .....</b>	<b>28</b>
<b>Figure 2: Schéma anatomique annoté de la cavité abdominale montrant les deux étages. ....</b>	<b>29</b>
<b>Figure 3: Schéma anatomique annoté des loges péritonéales.....</b>	<b>30</b>
<b>Figure 4: Répartition des patients selon la tranche d'âge .....</b>	<b>50</b>
<b>Figure 5: Répartition des patients selon le sexe .....</b>	<b>51</b>
<b>Figure 6: Répartition des patients selon la situation matrimoniale</b> <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
<b>Figure 7: Répartition des patients selon l'ethnie. ....</b>	<b>51</b>

---

# INTRODUCTION

---

## INTRODUCTION

La péritonite aiguë généralisée est une inflammation brutale du péritoine [1].

C'est une pathologie chirurgicale fréquente relevant d'une urgence thérapeutique [2].

Elle occupe la 3ème place des urgences en chirurgie digestive en Afrique après les occlusions et les appendicites aiguës [3].

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

**En Allemagne : Giecling** [6] a enregistré 58% de décès chez 36 patients atteints de péritonites sévères.

**En Asie : Ramachandra C.S, Agarwal .S** en 2004 [7] ont signalé dans leur étude qu'en cas de défaillance multi viscérale au moment de l'intervention, le pronostic peut atteindre 70 à 80% de décès.

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

**Au Burkina Faso : Sanou D**, en 1999 [8] a remarqué dans son étude que l'arrivée tardive des malades à l'hôpital, couplée à des interventions longues et complexes ont contribué à une augmentation de la mortalité.

**En Tunisie : Sakhri J.** en 2000 [9] a noté que les patients ayant des facteurs de risque (âge supérieur à 65 ans ; tares associées ; signes de choc) doivent bénéficier d'un geste chirurgical simple et rapide. Ce geste ne doit pas faire courir au malade un risque supplémentaire de complication postopératoire.

**Au Maroc: M'bidda et Coll.** [11] en 2005 ont remarqué que le pronostic peut être amélioré par une prise en charge urgente et multidisciplinaire, associant un diagnostic précoce, une laparotomie exploratrice en urgence et une réanimation précoce bien adaptée.

**Au Mali : Malle O.** en 2015 dans son étude a trouvé une fréquence de péritonite aiguë de 7,4% [12].

Le diagnostic de la péritonite aiguë est essentiellement clinique. En cas de doute les examens radiologiques peuvent aider au diagnostic. L'éradication du foyer infectieux par la méthode chirurgicale constitue une condition préalable de la réussite du traitement.

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

Certains auteurs ont trouvé dans leurs séries 58% de décès chez les patients atteints de péritonite sévère [6].

D'autres auteurs ont signalé dans leur étude qu'en cas de défaillance multi-viscérale au moment de l'intervention, le pronostic peut atteindre 70 à 80% de décès, le pronostic dépend de l'âge, de l'étiologie, du délai de diagnostic, le traitement précoce et la durée longue des interventions [7].

Cependant il peut être amélioré par un diagnostic précoce, une prise en charge urgente et multidisciplinaire ; une laparotomie exploratrice en urgence et une réanimation précoce bien adaptée [11].

Vu le nombre de cas de cette pathologie dans le centre et la non évaluation de cette pathologie, nous avons décidé de faire une étude sur les péritonites aiguës dans le service de chirurgie générale de la commune VI du district de Bamako.

---

# OBJECTIFS

---

## **I. OBJECTIFS**

### **1. Objectif général :**

- Etudier les péritonites aiguës dans le service de chirurgie générale du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako.

#### **1.1. Objectifs spécifiques :**

- Décrire les aspects épidémiologiques des péritonites aiguës au CS Réf CVI.
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës.
- Analyser les résultats de la prise en charge.
- Evaluer le coût de la prise en charge (PEC) des péritonites aiguës.

---

# GENERALITES

---



## **II. GENERALITES**

### **1-ANATOMIE DU PERITOINE :**

#### **1-1- Définition et description du péritoine :**

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

Macroscopiquement, on reconnaît au péritoine comme toute séreuse :

-Un feuillet pariétal : encore appelé péritoine pariétal, est 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 : appelé péritoine viscéral qui est constitué par le revêtement séreux des organes abdomino-pelviens.

-Des replis membraneux : relient le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Ces replis engainent les pédicules vasculonerveux 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 mince 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 les nerfs abordent l'organe auquel ils sont destinés.

Les replis du péritoine sont de plusieurs sortes et portent suivant les cas le nom de méso, d'épiploon ou de ligament.

-On appelle méso les replis péritonéaux qui unissent à la paroi un segment du tube digestif. Le méso s'appelle mésogastre, méso duodénum, mésentère ou méso côlon suivant qu'il est en connexion avec l'estomac, le duodénum, le jéjuno-iléon ou le côlon.

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

-Enfin on appelle omentum les replis péritonéaux qui s'étendent entre deux organes intra-abdominaux.

Omentum gastro-duodéno-hépatique ou petit omentum : Le petit omentum unit le foie à l'œsophage abdominal, à l'estomac et à la première portion du duodénum.

Le grand omentum : Le côlon transverse est relié à l'estomac par un repli péritonéal appelé grand omentum ou omentum gastrocolique. Le grand omentum descend de l'estomac vers le bassin en avant de l'intestin et en arrière de la paroi abdominale antérieure.

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 et de la fémorale. Celle du péritoine viscéral est assurée par les branches de division des troncs cœliaque et mésentérique [13, 14].

Le retour veineux viscéral se fait par des veines mésentériques qui collectent le sang en direction de la veine porte. 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 lymphatique de la cavité péritonéale vers les vaisseaux lymphatiques diaphragmatiques, le canal thoracique et la circulation générale.

L'innervation du péritoine semble être 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) ;

Le cul-de sac de Douglas, exploré par les touchers pelviens, et où 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 en pathologie : toute agression inflammation de la séreuse péritonéale peut se manifester par une contracture des muscles de la sangle abdominale, réponse pratiquement pathognomonique [15].

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

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

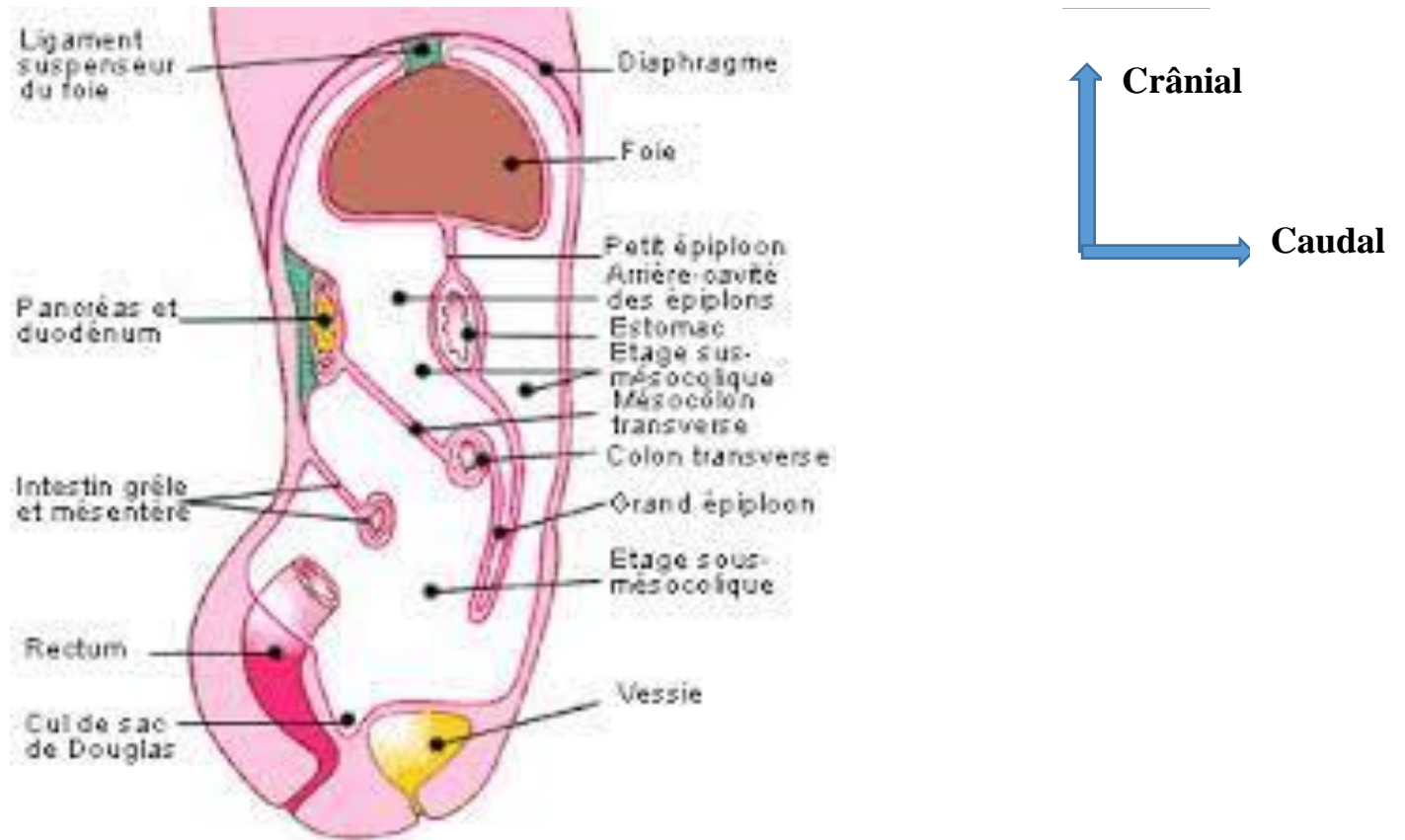
-Les viscères rétro péritonéaux comme les reins, les voies urinaires hautes et le pancréas sont recouverts en avant par le péritoine pariétal postérieur et sont en dehors de la cavité péritonéale. Une pathologie pancréatique tend cependant à évoluer vers la cavité péritonéale.

-Les viscères intra péritonéaux engainés par le péritoine viscéral sont l'estomac, les voies biliaires extra hépatiques, les anses intestinales (grêle, côlon, haut rectum), l'utérus et ses annexes (exceptés les ovaires).

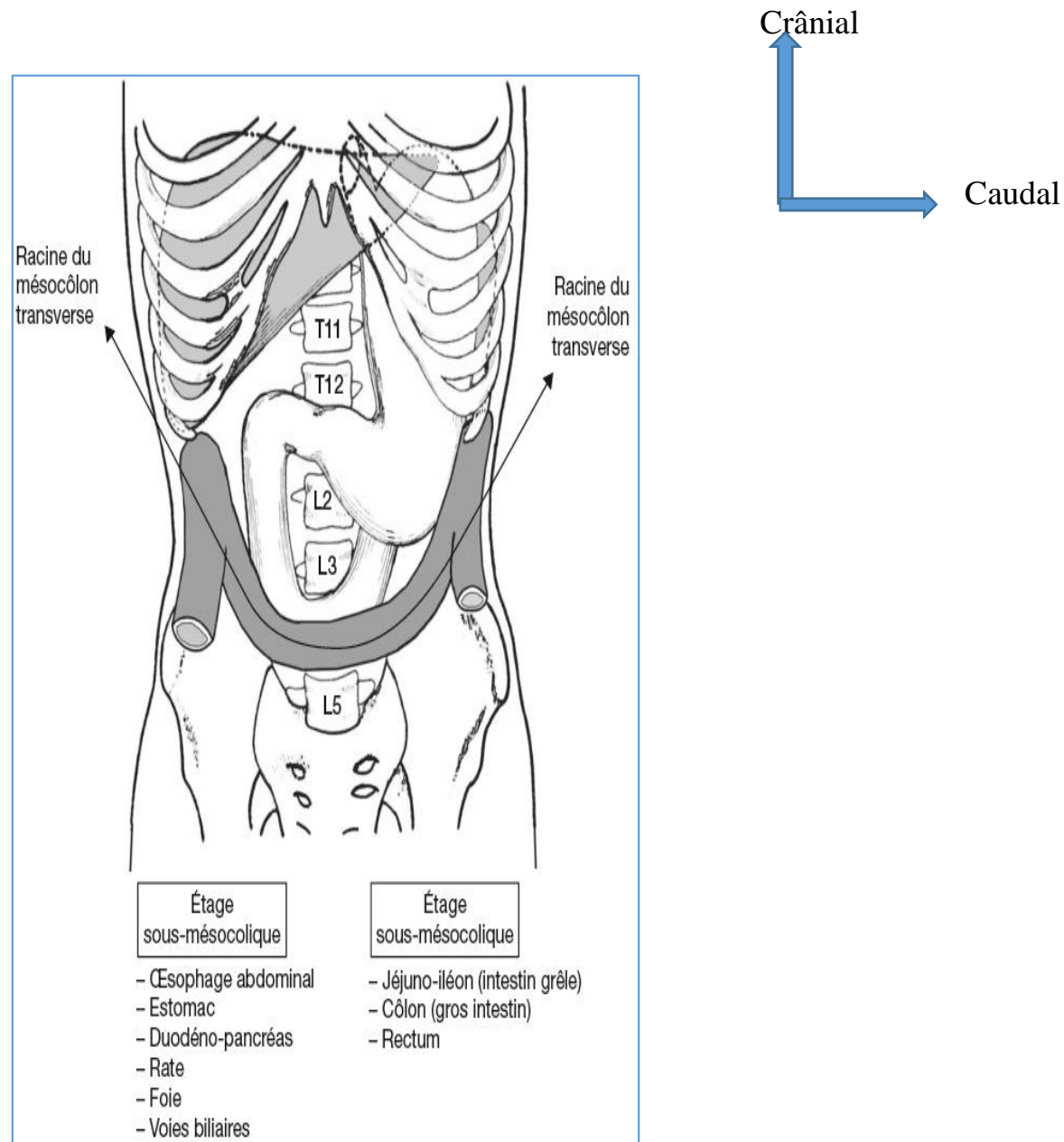
-Les viscères intra péritonéaux non engainés par le péritoine, mais qui sont dans la cavité péritonéale et dont les pathologies peuvent également intéresser le péritoine. Ce sont le foie et la rate [16].

### **1-3 Anatomie topographique de la cavité abdominale :**

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



**Figure 1: schema annoté de la cavité péritonéale en profil**



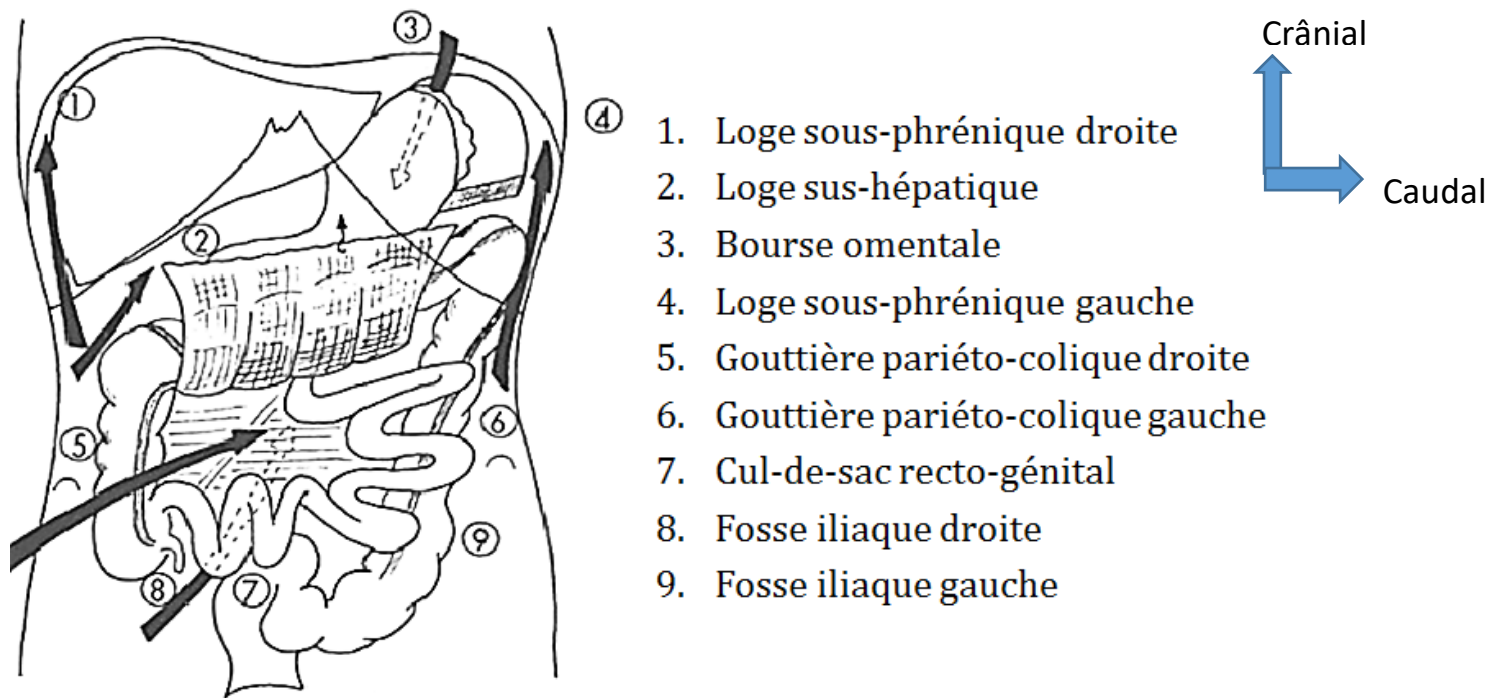
**Figure 2: Schéma anatomique annoté de la cavité abdominale montrant les deux étages.**

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

-L'étage sus-mésocolique correspond latéralement aux hypochondres droit et gauche de la paroi, au centre à la région épigastrique. Il renferme l'œsophage abdominal, l'estomac, le duodéno-pancréas, la rate, le foie et les voies biliaires.

-L'étage sous-mésocolique correspond latéralement aux fosses iliaques et aux flancs droit et gauche, au centre aux régions ombilicale et hypogastrique. Il renferme le jéjuno-iléon, le côlon, le rectum, la vessie et les organes génitaux internes chez la femme.

Les différentes loges péritonéales sont :



**Figure 3: Schéma anatomique annoté des loges péritonéales.**

A l'étage sus-mésocolique :

La loge sous-phrénique droite comprise entre la face supérieure du foie, et la coupole diaphragmatique droite. Elle est divisée en deux par le ligament falciforme du foie ; La loge sous-phrénique gauche, comprise entre la coupole diaphragmatique gauche cranialement, l'estomac en dedans et la rate en bas ; La poche rétrogastrique (ou arrière cavité des omentums) ; l'espace sous-hépatique est décrit par les radiologues sous le nom de loge de Morrison.

Dans l'espace sous-mésocolique : les gouttières pariéto-coliques droite et gauche comprises entre le côlon (ascendant à droite, descendant à gauche) et la paroi latérale de

l'abdomen. De part et d'autre de la racine du mésentère, une loge supra-mésentérique se trouve entre le mésentère et le méso côlon ascendant et une loge infra-mésentérique située entre le mésentère et le méso côlon descendant. Le cul de sac recto-génital (Douglas) décline de la cavité abdominale [17].

## **2-PHYSIOLOGIE DU PERITOINE :**

Le péritoine est une membrane lisse et translucide faite de tissu conjonctif et de cellules mésothéliales, douée de propriétés de sécrétion et de résorption. Ces propriétés, à l'état normal, s'équilibrent pour ne laisser dans la cavité péritonéale que quelques millilitres de liquide 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 mastocytes et des cellules mésothéliales. Le péritoine garantit l'équilibre du milieu péritonéal par deux voies :

-La première est celle des échanges bidirectionnels entre la cavité péritonéale et la circulation générale, au travers de la séreuse qui se comporte comme une membrane semi-perméable. La surface du péritoine est à peu près la même que celle de la peau (1,7 à 2m<sup>2</sup> chez l'adulte) mais la surface fonctionnelle est moindre (1m<sup>2</sup>) en raison semble-t-il de différence de vascularisation. Elle reste néanmoins supérieure à l'aire de filtration glomérulaire.

-La deuxième voie d'échange entre péritoine et circulation sanguine est active 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. Elle est considérée comme la voie d'épuration de la cavité péritonéale. Un dispositif juxta-diaphragmatique permet le passage de fluides de la cavité péritonéale vers les lymphatiques diaphragmatiques, puis le canal thoracique et la circulation générale. Anatomiquement, ce dispositif comprend des fenêtres mésothéliales de structures élastiques qui servent d'intermédiaire entre la cavité péritonéale et les lymphatiques de drainage munis de valves anti-reflux. Sous l'effet de modifications des pressions abdominales et thoraciques induites par le jeu diaphragmatique au cours des mouvements respiratoires, s'installe un cycle d'épuration à sens unique qui comprend deux

phases. La première phase est marquée par un afflux de liquide péritonéal au travers des fenêtres mésothéliales ouvertes dans des lacunes lymphatiques collectrices 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 de diamètre inférieur à 10 micromètres [18].

### **3- ETIOPATHOGENIE :**

La péritonite, inflammation aiguë de la séreuse péritonéale, est la conséquence d'une agression chimique et/ou d'une inoculation septique du péritoine.

#### **3-1- Péritonite primitive :**

L'inoculation par voie hématogène à partir d'un foyer infectieux extra-péritonéal, réalise une péritonite primitive (1% des cas et surtout chez l'enfant, notamment la petite fille). Le liquide péritonéal ne contient qu'un seul germe : Streptocoque, Pneumocoque bacilles Gram négatifs aérobies.

#### **3-2- Péritonite secondaire :**

L'inflammation à partir d'un viscère intra-péritonéal réalise une péritonite secondaire (99% des cas). Ce peut être: une péritonite par perforation d'un organe creux, elle-même consécutive, soit à une infection (Fièvre typhoïde, Ulcère gastroduodénal, Sigmoidite...), soit à un traumatisme abdominal qui peut être ouvert ou fermé. Une péritonite par diffusion de germes pathogènes à partir d'un foyer infectieux localisé intra-péritonéal (Appendicite, Cholécystite, Salpingite...). Ces péritonites secondaires sont poly-microbiennes (Aéro-anaérobies). La virulence des germes y est augmentée par la présence de substances telles que le mucus, l'hémoglobine, la bile, les corps étrangers...

### **4- PHYSIOPATHOLOGIE :**

Les péritonites entraînent de profondes modifications péritonéales et systémiques. Leurs retentissement entraînent des conséquences physiopathologiques locales et générales qui s'enchaînent entre elles et retentissent les unes sur les autres, créant un cercle vicieux.



#### **4-1- Retentissement locale :**

L'agression péritonéale est traduite par une réaction d'hyperperméabilité vasculaire et par un iléus paralytique. La conséquence en est la création d'un troisième secteur avec séquestration liquidienne, électrolytique et protidique, proportionnelle à la surface du péritoine touché. Les pertes liquidiennes d'une péritonite généralisée avoisinent 4 à 6 litres par 24 heures. Le liquide intra-péritonéal dévient trouble puis franchement purulent. La cavité péritonéale contient parfois le contenu digestif (perforation), le péritoine s'épaissit et se couvre de fausses membranes.

#### **4-2- Retentissement générale :**

L'hyperperméabilité vasculaire permet le passage dans la circulation générale des germes et des toxines microbiennes, ce qui peut générer une septicémie et/ou un choc septique. Le troisième secteur crée une hypovolémie. Hypovolémie et atteinte septique entraînent une défaillance cardio-circulatoire et une insuffisance rénale contribuant à la création d'une acidose métabolique (spontanément irréversible). Une insuffisance respiratoire se surajoute, en relation avec une réduction de la course diaphragmatique (atélectasie des bases pulmonaires, épanchement pleural réactionnel, œdème pulmonaire lésionnel). La mort survient dans un tableau de défaillance polyviscérale. Au total la gravité d'une péritonite répond d'un triple risque :

- Risque infectieux (septicémie, choc endotoxinique) ;
- Risque de déshydratation (choc hypovolémique) ;
- Risque pulmonaire (broncho-pneumopathies bactériennes, atélectasie et syndrome de détresse respiratoire aiguë).

### **5 - ETUDE CLINIQUE : [18 ; 19 ; 20 ; 21 ; 22]**

#### **5-1 Forme typique :**

Péritonite aiguë généralisée de l'adulte de 22 ans vu tôt :

### **5-1-1 Le diagnostic est clinique associant :**

#### **Signes généraux :**

- L'état général est conservé au début mais le sujet est anxieux, le pouls est filant.
- La fièvre : habituellement élevée 39°C - 40°C, sauf dans les perforations d'ulcère-duodénal au début où la température est normale.

#### **Signes fonctionnels :**

- La douleur : constante, brutale, très intense, d'emblée maximale et rapidement généralisée. Le siège initial a une valeur capitale dans l'orientation diagnostique.
- Les vomissements : alimentaires, puis bilieux, répétés, quasi constants, parfois remplacés par des nausées.
- Troubles du transit : arrêt des gaz et des matières, parfois diarrhée

#### **Signes physiques :**

- L'examen de l'abdomen permet d'affirmer le diagnostic de péritonite devant l'existence d'une contracture :
- Inspection : diminution de la respiration abdominale, saillie des muscles droits ;
- Palpation : mains réchauffées, bien à plat, en commençant par les endroits les moins douloureux retrouve la contracture, permanente, invincible, douloureuse, tonique et rigide, généralisée.
- La disparition de la matité pré-hépatique à la percussion de l'abdomen évoque un pneumopéritoine associé,
- Toucher rectal : douleur vive au cul de sac de Douglas.

### **5-1-2 Diagnostic positif :**

Le diagnostic positif repose sur l'examen de l'abdomen :

- Diminution ou absence de l'ampliation respiratoire abdominale normale ;

- Rigidité des muscles grands droits (relief visible sur un sujet maigre) ;
- Contracture de la paroi abdominale, localisée ou généralisée : maître symptôme qui enlève toute hésitation au diagnostic et dont la recherche exige une technique douce et précise, mains réchauffées, bien à plat, appuyées lentement sur toute leur surface, sans à-coups, n'agissant jamais du bout des doigts et toujours avec la plus grande douceur.
- Le toucher rectal déclenche une douleur vive, exquise au cul de sac de Douglas.

La valeur séméiologique de cette douleur est égale à celle des signes pariétaux.

### **5-1-3 Diagnostic différentiel :**

- Occlusion intestinale : particulièrement le volvulus du grêle avec un mécanisme mécanique entraînant des troubles vasculaires et un épanchement intra-abdominal sérohématique. La clinique associe :
  - des douleurs péri-ombilicales intenses et intermittentes ;
  - des vomissements ;
  - un arrêt des matières et des gaz rapidement complet ;
  - la présence d'une défense traduisant la souffrance de l'anse volvulée et un risque de perforation.
- Pancréatite aiguë : la symptomatologie est maximale en cas de forme nécrosante.

Elle associe :

- Une douleur (elle est épigastrique, postprandiale, intense, irradiant vers le dos et les hypochondres, continue, soulagée par une position en chien de fusil);
- Des vomissements plus ou moins sanglants ;
- Un arrêt du transit ;
- Des signes de choc ;
- Une fièvre à 38°C ;

- Parfois un sub-ictère ;
- A l'examen, il existe un ballonnement péri-ombilical, avec défense ;
- La biologie révèle une augmentation précoce de l'amylasémie comprise entre 3 et 5 fois la normale.
- Crise ulcéreuse gastro-duodénale : surtout le type perforé bouché, responsable d'une douleur abdominale aiguë avec une contracture abdominale.

## **5-2 Formes cliniques :**

### **Leur diagnostic repose sur :**

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

### **A. Formes selon l'étiologie :**

On distingue les péritonites par perforation :

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

#### **5-2-1 Péritonite par perforation d'ulcère gastroduodénale :**

- Dans la forme typique le diagnostic est facile :

A l'interrogatoire, il s'agit d'un ulcère connu, aux antécédents douloureux épigastriques et notion de prise médicamenteuse ; parfois la perforation est révélatrice : la symptomatologie est à maximum épigastrique, avec absence de fièvre au début et présence d'un pneumopéritoine radiologique.

- Plus difficile est le diagnostic :

Le pneumopéritoine est absent (30% des cas) ;

Les formes frustrées :

Perforations bouchées par un organe de voisinage (foie, épiploon) ; après un début souvent typique, les signes régressent en quelques heures avec cependant persistance d'une douleur provoquée épigastrique, perforations dans l'arrière cavité des épiploons. Elles sont le fait d'ulcères postérieurs, parfois bouchés par le pancréas avec élévation possible de l'amylasémie ; à la radiographie d'abdomen, on peut retrouver sur le cliché de profil une bulle claire rétrogastrique.

### **5-2-2 Péritonites par perforation du grêle :**

Les causes les plus fréquentes sont :

- La fièvre typhoïde
- la nécrose d'anse grêle par strangulation : bride, volvulus, invagination, perforation d'un diverticule de Meckel ;
- infarctus du mésentère ;
- perforation au cours des traitements par corticoïdes, ou lors de la prise de comprimé de chlorure de potassium.

### **5-2-3 Péritonites par perforation colique:**

Les deux étiologies les plus fréquentes sont :

- le diverticule colique ;
- le cancer colique.

Le diverticule colique :

La perforation siège habituellement sur le sigmoïde entraînant soit :

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

Le tableau peut être typique surtout chez le sujet jeune, mais il est souvent moins typique, en particulier chez les sujets âgés, et oriente vers le diagnostic par la discordance entre la gravité des signes généraux et la pauvreté des signes locaux.

### **Le cancer colique :**

- Soit perforation tumorale, favorisée par l'infection péri-tumorale, le siège est habituellement sigmoïdien.
- Soit perforation diastasiqne secondaire à la distension colique d'amont, habituellement le cæcum.

Ce sont des ruptures au niveau d'une plage de nécrose ischémique.

Ces péritonites coliques sont caractérisées par :

Un début des signes en sous ombilical associé à des signes infectieux ; la fréquence des formes asthéniques chez les sujets âgés ; un pneumopéritoine énorme en cas de perforation diastasiqne.

Autres causes de péritonite par perforation colique :

Les colites aiguës (maladie de Crohn, recto-colite hémorragique) : au cours des colectasies, Le diagnostic est souvent tardif car la péritonite évolue à bas bruit chez ces sujets sous antibiotiques et corticoïdes ;

Perforations iatrogènes : au cours des coloscopies surtout en cas de polypectomie ; au cours d'un lavement baryté (baryto-péritonite gravissime), perforation en amont d'un fécalome, entérocolite nécrosante, colite ischémique.

### **5-2-4 Péritonite appendiculaire la plus fréquente :**

En sa faveur : le jeune âge, la prédominance des signes de la fosse iliaque droite et l'absence de cicatrice appendiculaire.

### **5-2-5 Péritonites biliaires :**

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

- Rarement le tableau est typique et en faveur de l'origine biliaire. On retiendra le contexte de femme âgée, souvent obèse aux antécédents de lithiase vésiculaire présentant un début de la douleur dans l'hypochondre droit, des signes infectieux et l'existence d'un ictère ou sub-ictère. L'échographie est d'un apport capital.

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

Un blindage sous pariétal douloureux, des troubles du transit et un syndrome infectieux.

En l'absence de traitement, cet abcès peut se rompre dans un organe de voisinage ou dans la grande cavité péritonéale.

#### **5-2-6 Péritonite génitale :**

Il s'agit le plus souvent de la rupture d'un pyosalpinx dont le diagnostic est fait par les touchers pelviens et/ou l'échographie. Il peut aussi s'agir d'une perforation utérine iatrogène en particulier au cours de l'interruption volontaire de grossesse.

#### **5-2-7 Péritonite urinaire**

Elles sont dues aux traumatismes du petit bassin entraînant une rupture de la vessie avec extravasation de l'urine dans la cavité péritonéale.

### **B .Formes selon le terrain :**

#### **5-2-8 Formes frustrées :**

Perforations chez les patients sous corticoïdes, chez les hémodialysés chroniques ; leur diagnostic est radiologique s'il existe un pneumopéritoine. Au maximum ces formes sont latentes et sont révélées par un abcès sous phrénique.

#### **5-2-9 Forme dite asthénique :**

Tableau fréquent chez les sujets âgés, surtout dans les péritonites par perforation colique.

Le diagnostic est évoqué devant le contraste entre la gravité des signes généraux (choc toxico-infectieux) et la pauvreté des signes locaux (abdomen peu douloureux, météorisme, absence de contracture).

C'est devant ces tableaux que prend toute leur valeur : les examens cliniques répétés et les examens complémentaires

## **6-LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :**

Ils sont un élément d'appoint

### **6-1 L'abdomen sans préparation :**

- cliché de face debout centré sur les coupes diaphragmatiques ;
- cliché de face couché ;
- cliché de profil couché.

#### **6-1-1 Signes en rapport avec la péritonite :**

- épanchement intra péritonéal : grisaille diffuse, décollement pariétal du colon, anses grêles cernées ;
- iléus réflexe : distension gazeuse du grêle et du colon avec niveaux hydroaériques.

#### **6-1-2 Signes orientant vers une étiologie :**

- le pneumopéritoine :

Croissant gazeux clair, inter hépato-diaphragmatique et sous diaphragmatique gauche sur les clichés debout de face centrés sur les coupes diaphragmatiques, de taille variable.

Sur le profil couché : clarté gazeuse sous pariétale.

- lithiase vésiculaire radio opaque.

### **6-2 Echographie abdominale et/ou pelvienne :**

Elle peut confirmer le diagnostic d'épanchement intra péritonéal dans

- les péritonites biliaires si on retrouve des signes de cholécystite aiguë lithiasique ;
- la péritonite génitale si on retrouve des images de pyosalpinx.

### **6-3 Tomodensitométrie ou scanner :**

C'est assurément le moyen le plus moderne et le plus précis pour rechercher un foyer septique intra-péritonéal. Les aspects évocateurs sont : une masse anormale hypo-dense,



déplaçant les organes périphériques, limitée par une coque épaisse, contenant une ou plusieurs formations gazeuses ; ainsi qu'une image d'ascite.

#### **6-4 Examens complémentaires du bilan pré opératoire :**

- groupage rhésus ;
- NFS (hyper leucocytose à polynucléaires) ;
- ionogramme sanguin, glycémie, créatinine ;
- crase sanguine ;
- ECG ;
- radio pulmonaire.

#### **7- TRAITEMENT :**

C'est une urgence chirurgicale.

##### **7-1 But :**

Assurer l'équilibre hydro-électrolytique, lutter contre l'infection et éradiquer le foyer infectieux.

##### **7-2 Méthodes :**

Il existe :

- la méthode médicale ;
- la méthode chirurgicale.

##### **7-3 Moyens :**

###### **7-3-1 Les moyens médicaux :**

C'est le premier temps essentiel, elle associe : la réanimation et l'antibiothérapie

- la rééquilibration hydro-électrolytique avec une voie veineuse centrale permettant la mesure répétée de la pression veineuse centrale ;
- sonde nasogastrique avec aspiration douce et continue ;
- sonde urinaire pour surveillance de la diurèse horaire ;

- antibiothérapie : elle doit être précoce, active sur les germes aérobies et anaérobies et les Gram négatifs puis adaptée aux germes retrouvés dans les différents prélèvements (pus péritonéal, hémoculture) ;

### **7-3-2 Les moyens chirurgicaux :**

#### **Indications :**

Tous les cas de péritonites aiguës généralisées, confirmées doivent bénéficier d'une laparotomie.

L'intervention chirurgicale n'est pas souhaitable dans certains cas :

- Pelvipéritonite génitale par diffusion avec signes péritonéaux limités au pelvis;
- Perforation d'ulcère duodénal survenue à distance d'un repas (Méthode de Taylor)...

Principes :

- voie d'abord large : incision médiane sus et sous ombilicale ;
- prélèvement du pus avec recherche des germes aérobies et anaérobies ;
- exploration complète de la cavité abdominale ;
- traitement de la lésion causale : excision de la lésion chaque fois que c'est possible; éviter de faire des sutures en milieu septique (entérostomies) ;
- toilette péritonéale et ablation des fausses membranes: elle doit être abondante au sérum tiède, jusqu'à ce que la cavité abdominale soit propre (gouttières et Douglas) ;
- drainage de la cavité péritonéale.

### **8-SURVEILLANCE :**

Répétée plusieurs fois par jour, elle s'appuie sur :

Les courbes de la feuille de réanimation : tracé écrit, indispensable au suivi.

Température, pouls, pression artérielle, diurèse, rythme respiratoire ainsi que la quantité et la qualité biquotidien du drainage.

### **L'examen clinique :**

Faciès, moiteur de la peau, sueurs (hypercapnie) ;

Coloration des muqueuses, pouls capillaire (anoxie, hypercapnie) ;

Qualité du pouls radial (volémie, réponse cardiaque à la réanimation) ;

Appréciation de la ventilation (ampliation thoracique, asymétrie, tirage, encombrement visible et audible) ;

Auscultation cardio-pulmonaire ;

Abdomen (respiration souple, ballonnement, état de la plaie ou pansement), mollets (tension, douleur).

Le système de drainage :

Les suites opératoires immédiates et ultérieures dépendent en grande partie de son efficacité. La surveillance porte sur le système lui-même, la qualité et la quantité du drainage.

Le système : Courbe harmonieuse du drain sans traction ni coudure pouvant contraindre un écoulement satisfaisant.

Qualité et quantité de l'émission par le drain notées deux fois par jour.

### **9- EVOLUTION :**

La péritonite peut être circonscrite par les défenses physiologiques de l'organisme et évoluée vers la guérison, par contre l'évolution peut être défavorable, entraînant rapidement la mort par état septique sévère, ou syndrome de défaillance polyviscérale.

### **10- COMPLICATIONS :**

#### **Complications précoces :**

- Hémorragie : chute de la tension artérielle, saignement éventuel par les drains ;

Aspects cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës au service de chirurgie du centre de santé de référence de commune VI

- Péritonite avec ou sans lâchage anastomotique, qui se révèle par un tableau d'occlusion fébrile ;
- Infections pariétales pouvant aboutir à une éviscération ;
- Abscès métastatiques extra- abdominaux (rein, poumon, cerveau)
- Thrombophlébites périphériques
- Fistule digestive

**Complications tardives :**

- Abscès localisé, qui peut être unique ou multiple ;
- Occlusions répétées par brides intra péritonéales ;
- Éventrations.

**11- PRONOSTICS :**

Dans l'ensemble, le pronostic est grave si le malade est âgé, s'il est atteint de tares viscérales, en cas de péritonite stercorale et en cas retard de la prise en charge.

---

# METHODOLOGIE

---

### **III. METHODOLOGIE**

#### **1-Type et période d'étude :**

Il s'agissait d'une étude transversale rétrospective sur une période de 10 ans, allant de Janvier 2011 à Décembre 2020.

#### **2- Cadre d'étude :**

Cette étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du CSRéf de la CVI du district de Bamako.

#### **2-1 Situation géographique :**

La maternité de Sogoniko de son nom initial a été créée en 1980 et est située en commune VI du District de Bamako sur la rive droite du fleuve Niger. Elle a été érigée en Centre de Santé de Référence (CS Réf) en 1999. Mais le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

#### **2-2 Situation sanitaire :**

La commune VI compte 10 quartiers et les cités des logements sociaux. La couverture socio-sanitaire de la commune est assurée par un Centre de Santé de référence, un service social, 11 CSCOM, 35 structures sanitaires privées recensées, 1 structure mutualiste, 2 structures parapubliques, 16 tradithérapeutes et 32 officines.

#### **2-3 Le personnel :**

##### **2-3-1 Le personnel permanent :**

Quatre chirurgiens dont un chef d'unité.

Un assistant médical et 5 infirmiers d'État.

##### **2-3-2 Le personnel non permanent :**

Comprend 3 thésards et souvent certains étudiants de la FMOS.

#### **2-4 Les activités de l'unité de chirurgie**

Aspects cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës au service de chirurgie du centre de santé de référence de commune VI

La visite est faite aux malades hospitalisés et dirigée par un chirurgien du service.

Les consultations chirurgicales ont lieu le lundi, mercredi, jeudi et vendredi.

Les consultations pré-anesthésiques ont lieu le lundi et le mercredi.

Le programme opératoire a lieu le mardi.

Les pansements des malades opérés se font le lundi et le jeudi et en fonction de l'état des plaies.

Tous les malades à l'admission ont bénéficié d'un examen clinique, et un bilan préopératoire

(Glycémie, créatininémie, groupage rhésus et numération formule sanguine) chez les patients opérés sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie.

### **3- Echantillonnage :**

Tous les patients ont été recrutés en urgences dans le service de chirurgie générale du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

#### **➤ Les critères d'inclusion :**

Ont été retenus dans notre étude :

- Tout patient opéré pour péritonite aiguë dans le service de chirurgie du C.S Réf CVI du district de Bamako.

#### **➤ Les critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- ✓ Tous les patients reçus pour péritonite et non opérés.
- ✓ Tous les patients opérés ailleurs ou opérés pour d'autres causes dans le centre.

#### **4- Collecte des données**

La collecte et le traitement ont été faits à l'aide d'un questionnaire sur une fiche individuelle d'enquête comportant les données démographiques, des variables qualitatives et quantitatives.

Nous avons réalisé une compilation des données à partir des dossiers des malades, des registres de consultation et des registres de compte rendu opératoire (CRO) du bloc opératoire du service.

#### **5- Saisie et analyse des données.**

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « SPSS » version 26, le traitement de texte a été fait avec le logiciel « Microsoft Office Word » version 2020, et enfin le logiciel « Zotero » a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques.

La comparaison des proportions a été faite en utilisant le test statistique Chi2 avec P significatif  $< 0,05$ .



---

# RESULTATS

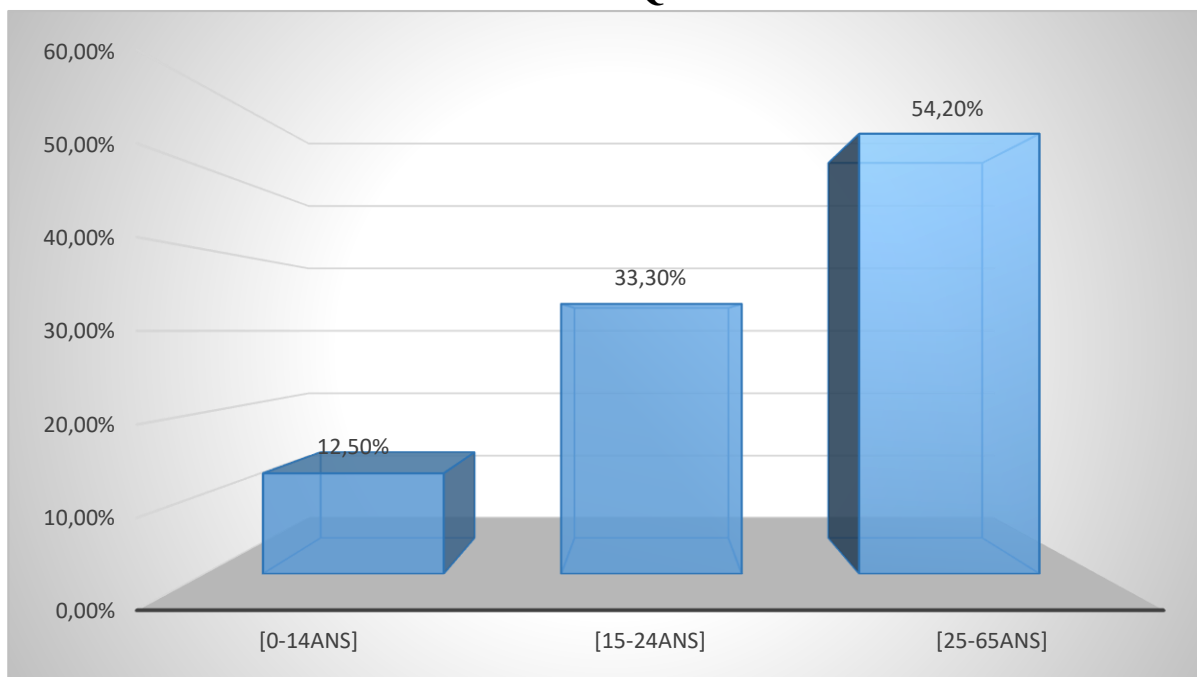
---

## IV. RESULTATS

### 1- FREQUENCE :

Durant notre période d'étude (10 ans) nous avons trouvé 96 cas de péritonite aiguë sur 22002 consultations effectuées, 3912 patients ont été opérés et 1175 pour abdomen aiguë. Soit 0,44% des consultations, 2,45% des interventions chirurgicales effectuées et 8,17% des abdomens aigus dans le service de chirurgie générale au CS Réf CVI.

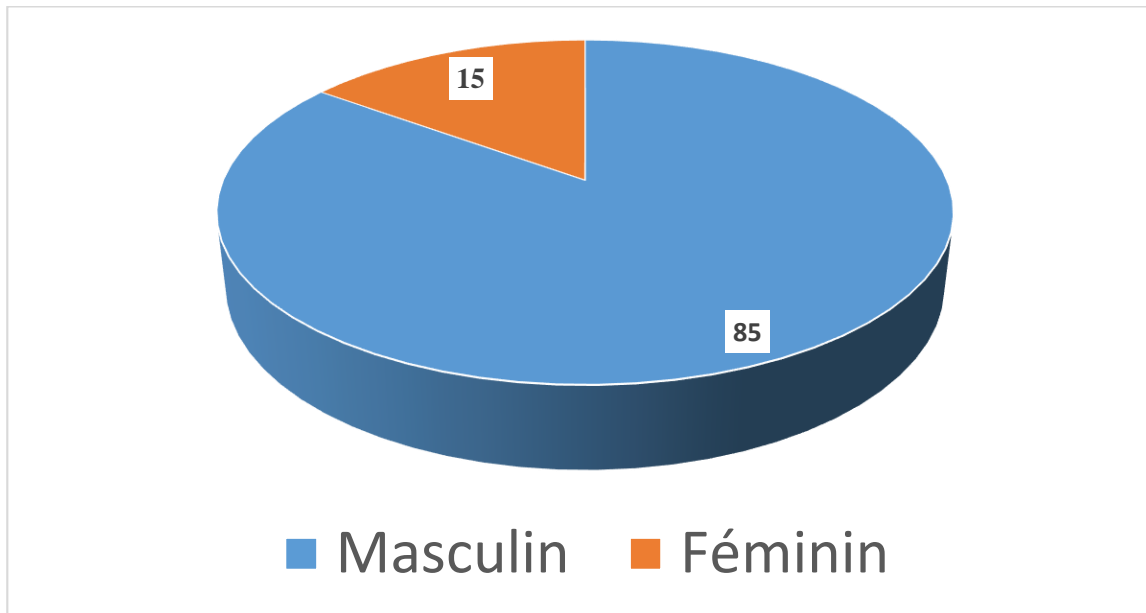
### 2- DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :



**Figure 4: Répartition des patients selon la tranche d'âge**

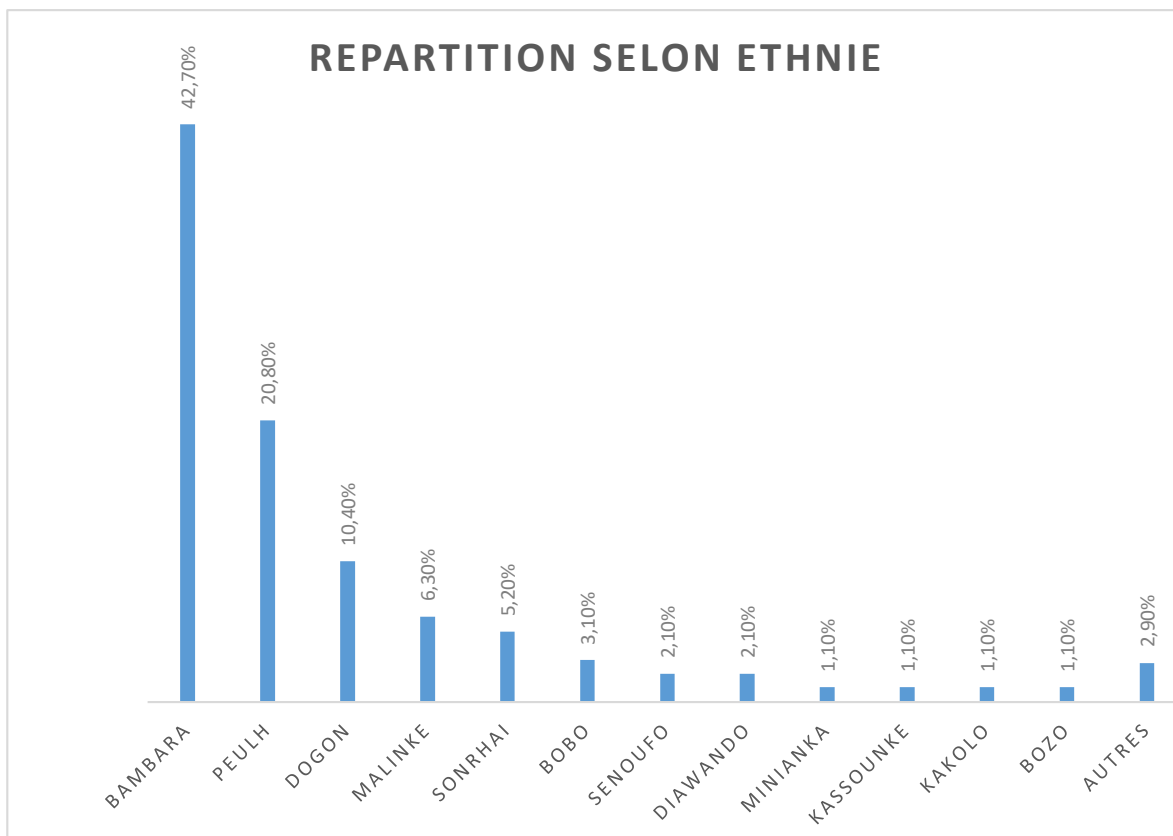
La tranche d'âge de 25 à 65 ans a été la plus représentée avec 54,20% soit 52 cas.

La moyenne d'âge était de  $26,4 \pm 10,6$  ans avec des extrêmes allant de 8 ans et 64 ans.



**Figure 5: Répartition des patients selon le sexe**

Le sexe masculin a été le plus représenté 82 cas (85%), avec un sexe ratio de 5,8.



**Figure 6: Répartition des patients selon l'ethnie.**

L'ethnie Bambara a représenté 41 cas (42,7%).

**Tableau I:** Répartition des patients selon la provenance.

<b>Provenance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Bamako	91	94,8
Autres	5	5,2
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

**Autres : Dire, Gouanna, Niena, Ouellessebouyou, Kita**

Les Bamakois ont été les plus représentés avec une fréquence de 94,8% soit (91 cas).

**Tableau II:** Répartition des patients selon la nationalité.

<b>Nationalité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Maliennne	95	99
<b>Togolais</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Seul un patient n'a pas été Malien.

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

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Supérieur	14	14,6
<b>Secondaire</b>	<b>58</b>	<b>60,4</b>
Primaire	9	9,4
Ecole coranique	3	3,1
Non scolarisé	12	12,5
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Le niveau secondaire a été le plus représenté dans 58 cas (60,4%).

**Tableau IV:** Répartition des patients selon l'activité

<b>Activité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Scolaire</b>	<b>30</b>	<b>31,3</b>
Enseignant	4	4,2
Cultivateur	9	9,3
Eleveur	4	4,2
Ouvrier	22	22,9
Ménagère	10	10,4
Chauffeur	4	4,2
Tailleur	3	3,1
Commerçant	7	7,3
Autres	3	3,1
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

**Autres : Pompiste, Griot, Tradithérapeute**

Les scolaires ont été les plus représentés dans 30 cas (31,1%).

**Tableau V:** Répartition des patients selon le mode d'admission

<b>Admission</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Consultation ordinaire	16	16,7
<b>Urgence</b>	<b>80</b>	<b>83,3</b>
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Les patients ont été admis à l'urgence dans 80 cas (83,3%).

**Tableau VI:** Répartition des patients selon la durée d'évolution de la maladie.

<b>Durée d'évolution</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
24 Heures	10	10,4
48 Heures	7	7,3
72 Heures	16	16,7
<b>Plus de 72 Heures</b>	<b>63</b>	<b>65,6</b>
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

La durée d'évolution a été supérieure à 72 Heures dans 63 cas (65,6%).

## 2. Signes fonctionnels

**Tableau VII:** Répartition des patients selon le motif de consultation

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Douleur abdominale</b>	<b>95</b>	<b>99</b>
vomissement	51	53,12
Arrêt de matières et gaz	5	5,2

La douleur abdominale a été le motif de consultation le plus représenté dans 95 cas (99%).

**Tableau VIII:** Répartition des patients selon le siège initial de la douleur.

<b>Siège de la douleur</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>FID</b>	<b>44</b>	<b>45,8</b>
Diffuse	18	18,8
Pelvis	2	2,1
Flanc droit	4	4,2
Hypochondre droit	1	1
Hypogastre	5	5,2
Péri-ombilicale	1	1
Epigastre	21	21,9
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

La douleur a été localisée dans fosse iliaque droite dans 44 cas (45,8%).

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

<b>Mode d'apparition</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Brutal</b>	<b>61</b>	<b>63,5</b>
Progressif	35	36,5
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

La douleur a été brutale dans 61 cas (63,5%).

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

<b>Types de la douleur</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Brûlure	18	18,8
<b>Piqûre</b>	<b>80</b>	<b>83,3</b>
Crampe	4	4,2
Tiraillement	1	1
Coup de poignard	2	2,1
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

La douleur a été de type de piqûre dans 80 cas (83,3%).



**Tableau XI:** Répartition des patients selon l'intensité de la douleur EVA.

<b>Intensité de la douleur</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Faible (1à 3)	3	3,1
Modéré (4à 6)	43	44,8
<b>Intense (7à 9)</b>	<b>50</b>	<b>52,1</b>
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

L'intensité de la douleur a été forte dans 50 cas (52,1%).

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

<b>Evolution de la douleur</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Permanente</b>	<b>67</b>	<b>69,8</b>
Intermittente	29	30,2
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

La douleur a été permanente dans 67 cas (69,8%).

**Tableau XIII:** Répartition des patients selon le facteur déclenchant.

<b>Facteurs déclenchant</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Néant</b>	<b>85</b>	<b>88,6</b>
Repas	3	3,1
Faim	1	1
Médicament (AINS)	7	7,3
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Il n'y a pas de facteurs déclenchant dans 85 cas (88,6%).

**Tableau XIV: Répartition des patients selon les facteurs d'accalmie de la douleur.**

<b>Facteurs d'accalmie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Néant</b>	<b>87</b>	<b>90,6</b>
Position antalgique	6	6,3
Repos	1	1
Médicament	2	2,1
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Absence de facteurs d'accalmie dans 87 cas (90,6%).

**Tableau XV: Répartition des patients selon les signes d'accompagnement de la douleur.**

<b>Signes d'accompagnements</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Néant	9	9,4
<b>Fièvre+Vomissement</b>	<b>41</b>	<b>41,7</b>
Fièvre+Constipation	19	19,8
Vomissements	10	10,4
Nausée	9	9,4
Arrêt de matières et gaz	5	5,2
Diarrhée	3	3,1
Saignement	1	1
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Les principaux signes associés ont été la fièvre (62,5%) et les vomissements (53,13%).

**Tableau XVI:** Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.

<b>Antécédents chirurgicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Césarienne	2	2,1
Appendicectomie	1	1
<b>Aucun</b>	<b>93</b>	<b>96,9</b>
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Absence d'antécédent chirurgical dans 93 cas (96,9%).

**Tableau XVII:** Répartition des patients selon les antécédents médicaux.

<b>Antécédents médicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Aucun</b>	<b>94</b>	<b>98</b>
Diabète	1	1
HTA	1	1
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Les patients n'avaient pas d'antécédents médicaux dans 94 cas (98%).

**Tableau XVIII:** Répartition des patients selon le mode de vie.

<b>Mode de vie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
The	21	21,9
Café	7	30,2
Tabac	7	7,3
The + Café	18	18,8
<b>Aucun</b>	<b>41</b>	<b>41,7</b>
Tout	2	2,1
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Les patients n'avaient pas de particularités dans 41 cas (41,7%).

### 3/ Examen général

**Tableau XIX:** Répartition des patients selon la fréquence cardiaque.

<b>Pouls</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
51-80bts/mn	13	13,5
81-99bts/mn	16	16,7
<b>100bts/mn et plus</b>	<b>67</b>	<b>69,8</b>
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

La fréquence cardiaque a été supérieure à 100 bts/mn dans 67 cas (69,8%).

**Tableau XX:** Répartition des patients selon la fréquence respiratoire.

<b>Respiration</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
17-22cycles/mn	20	20,8
23-28cycles/mn	23	24,0
<b>29cycles/mn et plus</b>	<b>53</b>	<b>55,2</b>
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

La fréquence respiratoire a été supérieure à 29cycles/mn dans 53 cas (55,2%).

**Tableau XXI:** Répartition des patients selon la température.

Température	Effectif	Pourcentage(%)
36,5°C	19	19,8
37,5°C	17	17,7
<b>38,5°C et plus</b>	<b>60</b>	<b>62,5</b>
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

La température a été supérieure à 38,5°C dans 60 cas (62,5%).

**Tableau XXII:** Répartition des patients selon la tension artérielle.

Tension artérielle	Effectif	Pourcentage(%)
≤ 100/60 mmHg	16	16,7
<b>140/70 mmHg</b>	<b>73</b>	<b>76,0</b>
≥ 140/90 mmHg	7	7,3
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

La tension artérielle a été normale dans 73 cas (76%).

**Tableau XXIII:** Répartition des patients selon la coloration des conjonctives.

Conjonctives	Effectif	Pourcentage(%)
<b>Bien colorées</b>	<b>75</b>	<b>78,1</b>
Pâles	6	6,3
Moyennement colorées	15	15,6
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Les patients avaient des conjonctives bien colorées dans 75 cas (78,1%).

**Tableau XXIV:** Répartition des patients selon l'état de langue.

<b>Langue</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Propre</b>	<b>79</b>	<b>82,3</b>
Saburrale	9	9,4
Sèche	8	8,3
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

La langue a été propre dans 79 cas (82,3%).

#### **4- Examen physique**

**Tableau XXV:** Répartition des patients selon les signes physiques.

<b>Signes physiques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Silence abdominale	21	21,9
Contracture	90	93,8
<b>Douleur à la palpation</b>	<b>95</b>	<b>99</b>
Diminution de la respiration	93	96,9
Cri de l'ombilic	90	93,8
Tympanisme	10	10,2
Météorisme	21	21,9
Douglas bombé	81	84,4
Toucher vaginal douloureux	2	2

La douleur à la palpation a été le signe physique majoritaire soit 99% des cas (95).

## 5- Examens Complémentaires

**Tableau XXVI:** Imageries réalisées.

<b>Imagerie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
ASP	32 /96	33,3
<b>ECHO</b>	<b>50/96</b>	<b>52,1</b>

L'échographie a été réalisée dans 50 cas (52,1%).

**Tableau XXVII:** Répartition des patients selon le résultat de l'ASP.

<b>Abdomen sans préparation(ASP)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Croissant gazeux</b>	<b>25</b>	<b>78,1</b>
Niveau hydroaériques	7	21,9
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Le croissant gazeux a été représenté dans 25 cas sur 32 patients ayant effectué l'ASP.

**Tableau XXVIII:** Répartition des patients selon le résultat de l'échographie.

<b>Echographie abdomino-pelvienne</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Epanchement liquidien	33	66
Plastron appendiculaire	9	18
Normale	5	10
Hemopéritoine	3	6
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

L'épanchement liquidien a été représenté dans 33 cas sur 50 patients ayant effectué l'échographie.

**Tableau XXIX:** Répartition des patients selon le groupage sanguin.

<b>Groupage/rhésus</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
A+	23	24
B+	21	21,9
B-	2	2,1
AB+	4	4,2
AB-	1	1,0
<b>O+</b>	<b>42</b>	<b>43,8</b>
O-	3	3,1
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Le groupe O+ a été le plus représenté dans 42 cas (43,8%).

## **6 / Diagnostic**

**Tableau XXX:** Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire.

<b>Diagnostic préopératoire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Péritonite appendiculaire</b>	<b>57</b>	<b>59,4</b>
Perforation d'organes creux	29	30,2
Péritonite par rupture d'un abcès du foie	1	1
Péritonite post partum	2	2,1
Péritonite post traumatique	3	3,1
Occlusion intestinale	4	4,2
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

La péritonite appendiculaire a été la plus représentée dans 57 cas (59,4%).



**Tableau XXXI:** Répartition des patients selon le diagnostic Per-opératoire.

<b>Diagnostic peropératoire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Péritonite appendiculaire</b>	<b>53</b>	<b>55,2</b>
Perforation gastrique	31	32,3
Perforation iléale	7	7,3
Abcès du foie rompu	2	2,1
Pyo ovaire rompu	2	2,1
Perforation utérine	1	1
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

La Péritonite appendiculaire a été la plus représentée dans 53 cas (55,2%).

## 7 - Pronostic

**Tableau XXXII:** Répartition des patients selon le score de Mannheim.

<b>Score de Mannheim</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Inférieur ou égal à 26</b>	<b>90</b>	<b>93,7</b>
Supérieur ou égal à 26	6	6,3
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Le Score de Mannheim a été inférieur ou égal à 26 dans 90 cas (100%).

## 8- TRAITEMENTS :

**Tableau XXXIII:** Répartition des patients selon la voie d'abord.

<b>Voie d'abord</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Médiane sus et sous ombilicale</b>	<b>58</b>	<b>60,5</b>
Médiane sus ombilicale	31	32,3
Médiane sous ombilicale	7	7,2
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

La voie d'abord médiane sus et sous ombilicale a été la plus utilisée dans 58 cas (60,5%).

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

<b>Nature du liquide</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Purulent</b>	<b>53</b>	<b>55,2</b>
Digestif	34	35,4
Sérohématique	8	8,54
Séropurulent	1	1
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Le liquide péritonéal a été purulent dans 52 cas (54,2%).

**Tableau XXXV:** Répartition des patients selon la technique chirurgicale.

<b>Geste chirurgical</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Appendicectomie Lavage et drainage</b>	<b>53</b>	<b>55,2</b>
Suture simple de la perforation gastrique Lavage et drainage	31	32,3
Résection digestive anastomose lavage et drainage	4	4,2
Suture simple de la perforation iléale lavage et drainage	3	3,1
Hystérorraphie	1	1
Ovariectomie lavage et drainage	2	2,1
lavage et drainage	2	2,1
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

L'appendicectomie lavage et drainage a été le geste chirurgical le plus représenté dans 53 cas (55,2%).

**Tableau XXXVI:** Répartition des patients selon le siège du drain.

<b>Siège du drain</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Sous hépatique	22	2,1
<b>Douglas</b>	<b>96</b>	<b>100</b>
Gouttières pariétocoliques	31	32,3

Le siège du drain a été le Douglas dans 96 cas (100%).

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

<b>Durée d'hospitalisation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
4 à 7 jours	20	20,8
<b>7 à 14 jours</b>	<b>56</b>	<b>58,4</b>
Plus de 14 jours	20	20,8
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

La durée d'hospitalisation entre 7 à 14 jours a été la plus représentée dans 56 cas (58,4%).

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 9 jours.

**Tableau XXXVIII:** Répartition des patients selon les suites opératoires immédiates (1 à 7 jours).

<b>Suites opératoires précoces</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Simple</b>	<b>87</b>	<b>90,6</b>
Décès	2	2,1
Infection du site opératoire(ISO)	7	7,3
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Les suites opératoires précoces ont été simples dans 87 cas (90,6%).

**Tableau XXXIX:** Répartition des patients selon les suites opératoires tardives (1 à 6 mois).

Suites opératoires tardives	Effectif	Pourcentage(%)
<b>Simple</b>	<b>82</b>	<b>85,5</b>
Fistule digestive	1	1
Éventration	4	4,1
Infection du site opératoire	7	7,3
Décès	2	2,1
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Les suites opératoires tardives ont été simples dans 82 cas (85,5%). La morbidité globale a été de 12,4%, la mortalité a été de 2,1%.

**Tableau XL:** Classification de complication selon Clavien Dindo.

Grade	I	II	III	IV	Pourcentage%
<b>Complication</b>					
Fistule digestive	0	0	1	0	7,1
Éventration	0	0	4	0	28,6
Infection du site opératoire(ISO)	0	0	7	0	50
Décès	0	0	0	2	14,3
Total	0	0	12	2	100

Les complications majeures ont été représentées par le grade III de Clavien Dindo

**Tableau XLI:** Répartition des patients selon les Suites opératoires et l'âge.

Suites Opératoires Tardives	Age			Total (%)
	0 à 14 ans (%)	15 à 24 ans (%)	25 à 64 ans	
<b>Simple</b>	<b>11 (91,7)</b>	<b>28 (87,5)</b>	<b>43 (82,7)</b>	<b>82 (85,5)</b>
Fistule	0 (0)	0 (0)	1 (1,9)	1 (1,0)
Décès	0 (0)	1 (3,1)	1 (1,9)	2 (2,1)
Eventration	0 (0)	1 (3,1)	3 (5,8)	4 (4,1)
ISO	1 (8,3)	2 (6,3)	4 (7,7)	7 (7,3)
<b>Total</b>	<b>12 (100)</b>	<b>32 (100)</b>	<b>52 (100)</b>	<b>96 (100,0)</b>

**Khi<sup>2</sup>=2,366    ddl=8    P=0,987** Il y'a une relation entre les suites opératoires et l'âge.

**Tableau XLII:** Répartition des patients selon les suites opératoires globales et Sexe.

Suites opératoires Tardives	Sexe		Total (%)
	Masculin (%)	Féminin (%)	
Fistule	1 (1,2)	0 (0)	1 (1,0)
Suppuration pariétale	7 (8,5)	0 (0)	7 (7,3)
Simple	70 (85,3)	12 (85,7)	82 (85,5)
Décès	1 (1,2)	1 (7,1)	2 (2,1)
Eventration	3 (3,7)	1 (7,1)	4 (4,1)
<b>Total</b>	<b>82 (100)</b>	<b>14 (100)</b>	<b>96 (100,0)</b>

**Khi<sup>2</sup>= 3,728    ddl=4, P=0,403** Il y'a une relation entre les suites opératoires et le sexe.

**Tableau XLIII:** Répartition des patients selon les suites opératoires globales et le délai de consultation.

Suite opératoire tardive	Durée d'évolution				Total (%)
	24 Heures (%)	48 Heures (%)	72 heures (%)	plus de 72 Heures (%)	
Simple	8 (80)	7 (100)	14 (87,4)	53 (84,1)	82 (85,5)
Décès	0 (0)	0 (0)	1 (6,3)	1 (1,6)	2 (2,1)
Fistule	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,6)	1 (1,0)
Infection du site opératoire(ISO)	2 (20)	0 (0)	0 (0)	5 (7,9)	7 (7,3)
Eventionation	0 (0)	0 (0)	1 (6,3)	3 (4,7)	4 (4,1)
<b>Total</b>	<b>10 (100)</b>	<b>7 (100)</b>	<b>16 (100)</b>	<b>63 (100)</b>	<b>96 (100)</b>

Khi<sup>2</sup>= 7,371 ddl=12 P=0,750 Il y'a une relation entre les suites opératoires et le délai de consultation.

**Tableau XLIV:** Coût préopératoire.

Coût préopératoire	Effectif	Pourcentage(%)
50005 à 100000 FCFA	8	8,3
100005 à 150000 FCFA	88	91,7
Total	96	100

Les coûts de la prise en charge préopératoire ont été compris entre 100005 à 150000 FCFA chez 91,7% des patients.

**Tableau XLV:** Coût postopératoire.

Coût postopératoire	Effectifs	Pourcentage
≤50000 FCFA	65	67,7
50005 à 100000	31	32,3
Total	96	100

Les coûts de la prise en charge postopératoires ont été inférieurs à 50000 FCFA dans 65 cas (67,7%).

**Tableau XLVI:** Répartition des patients selon le coût de la prise en charge.

<b>Coûts de la prise en charge</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
≤ 100000fcfa	1	1
100005 à 150000fcfa	1	1
150005 à 200000fcfa	76	81,4
≥200000fcfa	16	16,6
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Les coûts de la prise en charge ont été compris entre 150005 à 200000 FCFA chez 81,4% des patients.

Le coût moyen a été de  $164448 \pm 16306$  FCFA, avec extrêmes allant de 100 000 et 220000 FCFA.

---

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

---



## V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

**Tableau XLVII:** Fréquence des péritonites aiguës selon les auteurs.

Auteurs	Fréquence(%)	Test statistique
Cisse AH [23] 2018	22,8	P=0,0062
Malle O [12] 2015	7,4	P=1
Coulibaly OS [25] 2010	<b>41</b>	<b>P=0,0000</b>
Makita [26] 2010	10,9	P=0,8048
Dissa BA [24] 2012	21,14	P=0,0159
Lorand I [27] 1999	3	P=0,2147
Notre série	8,17	

Les péritonites aiguës sont des affections cosmopolites mais ce sont les populations à faible revenu qui en payent le lourd tribut. Dans notre étude 96 patients ont représenté 8,17% des abdomens aigus chirurgicaux. Ce résultat est comparable à celui rapporté par Malle O [12] 7,4% et à celui de Makita [26] 10,9% avec  $P > 0,05$ . Par contre ce résultat est différent à ceux des auteurs [23, 24, 25] respectivement Cisse AH [23] 22,8%, Dissa B.A [24] 21,14% et Coulibaly OS [25] 41%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les péritonites aiguës sont des affections fréquentes dans les populations à faible revenu.

**Tableau XLVIII:** Sexe et auteurs.

Auteurs	Malle O [12] 2015	Kambire JL [28] 2017	Cisse AH [23] 2018	Notre série
<b>ODD ratio</b>				
Masculin	22/18 1,22	112/36 3,11	28/12 2,3	82/12 5,85
Féminin	18/22 0,81	36/112 0,32	12/28 0,42	14/82 0,17

Nous avons retrouvé la même prédominance masculine que la plupart des auteurs [12 ; 23 ; 28].

**Tableau XLIX:** Moyenne d'âge selon les auteurs.

<b>Auteurs</b>	<b>Age moyen en année</b>	<b>Effectif</b>
Cisse AH [23] 2018	25	40
Kambire JL [28] 2017	30	148
Malle O [12] 2015	30,10	40
Ouengre E [29] 2013	24,34	221
Dissa BA [24] 2012	24	100
Cougard P [30] 2000	48	419
Notre série	26,4	96

La péritonite est une pathologie qui survient à tout âge, mais plus fréquemment chez les jeunes. Dans notre étude, l'âge moyen a été de 26,4 ans. Ce résultat est comparable à celui Cissé AH [23], de Ouengre E [29] et de Dissa BA [24] mais différent de celui de Kambire JL [28] et de Cougard P [30] qui ont eu respectivement 30 ans et 48 ans. Ceci pourrait s'expliquer par la fréquence de certaines pathologies chez le sujet jeune en Afrique comme l'appendicite, les ulcères gastroduodénaux et les IST chez les jeunes femmes).

## ETUDE CLINIQUE

### 1. Signes fonctionnels

**Tableau L:** Comparaison des principaux signes fonctionnels selon les auteurs.

<b>Signes fonctionnels</b>	<b>Douleur abdominale</b>	<b>Vomissements</b>	<b>Arrêt de matières et de gaz</b>
<b>Auteurs</b>			
Cissé AH [23];2018	95,5%	87,5%	5%
	P=0,3650	P=0,0000	P=1
Malle O [12] 2015	100%	53%	-
	P=1	P=0,6698	
Dissa BA [24] 2012	96%	78%	40%
	P=0,3650	P=0,0025	P=0
Notre série N=96	99%	57%	5%

La fréquence des signes fonctionnels est différente selon les auteurs [16]. Cette différence pourrait être liée aux différentes étiologies, au retard de consultation et au stade d'évolution de la maladie. La douleur abdominale reste le signe fonctionnel dominant selon plusieurs auteurs. La douleur a été retrouvée chez 99% des malades. Elle était intense, permanente, à début brutal sans facteur calmant [12 ; 23 ; 24]. Le vomissement a été retrouvé chez 57% des patients. Cette fréquence des vomissements était comparable à celles rapportées dans les études de Malle O [12] avec un taux à 53% .Par contre inférieure à ceux rapportés de Cissé AH [23] et Dissa BA [24] avec un taux respectivement 87,5% et 78% avec  $P < 0,05$ . Ces vomissements traduisent l'expression de l'iléus paralytique et sont responsables en partie de la perte liquidienne entraînant la déshydratation et les troubles électrolytiques. L'arrêt de matières et de gaz a représenté 5% dans notre série, ceci est comparable à celui de Cissé AH [23].

## **2. Signes généraux:**

La rapidité d'installation des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale [9]. La fièvre habituellement élevée dès le début de la symptomatologie (sauf dans les perforations gastriques) a été un signe fréquemment noté chez les patients (60% des cas). Ceci est conforme aux données de la littérature [12; 23 ; 24].

### 3. signes physiques

**Tableau LI:** Comparaison des signes physiques selon les auteurs.

<b>Signes Physique</b>	<b>Respiration abdominale diminuée</b>	<b>Contracture abdominale</b>	<b>Douglas douloureux et bombé</b>
<b>Auteurs</b>			
Cissé AH [23]2018	38/40 95% P=0,7182	37/40 92,5% P=1	37/40 87,5% P=0,5879
Malle O [12] 2015	37/40 92,5% P=0,2147	39/40 97,5% P=0,3303	28/40 70% P=0,0289
Traoré SL [31] 2014	156/202 77,2% P=0,0000	144/202 56,4% P=0	110/202 54,5% P=0,0000
Kunin [32] 1991	-	45/216 20,8% P=0	56/216 26% P=0
Notre série	93/96 96,9%	90 /96 93,8%	81/96 84,4%

Le diagnostic des péritonites aiguës généralisées est avant tout clinique [16]. L'examen physique est le plus souvent l'élément capital dans la prise de décision thérapeutique. Lorsqu'il est réalisé de façon correcte et attentive et devant l'existence de certains signes physiques objectifs, l'examen physique peut permettre au chirurgien de se passer des examens complémentaires pour poser l'indication opératoire [12; 23 ; 28 ; 32]. La

contracture abdominale est le signe physique majeur [16]. Si l'examen physique est précoce, la contracture abdominale peut être localisée. A un stade avancé elle devient généralisée [16]. Elle a été représentée chez 93,8 % des patients. Ce taux ne diffère pas à ceux retrouvés dans la littérature [12 ; 23]. La douleur dans le cul de sac de Douglas dont l'exploration clinique présente un intérêt diagnostique dans les syndromes péritonéaux, témoigne l'irritation péritonéale. Elle a été retrouvée chez 84,4% des patients ; ce taux est supérieur au 26% de Kunin [32] P=0000.

#### 4. Examens complémentaires

En l'absence d'état de choc, quelques examens para cliniques simples (imagerie médicale et la biologie) peuvent aider à la prise en charge en précisant la cause et le retentissement de la péritonite mais ne doivent pas retarder le traitement chirurgical [33, 34, 35, 36].

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

<b>Résultat de L'ASP</b>	<b>Niveau hydro-aérique</b>	<b>Pneumopéritoine</b>
<b>Auteurs</b>		
CISSE AH [23] 2018 N=40	5% P=0,0000	5% P=0,7658
Malle O [12] 2015 N=40	7,5% P=0,0006	2,5% P=0,1724
Traoré SL [31] 2014 N=202	21,5% P=0,5047	36,7% P=0,0000
Azgaou I [33] 2011 N=360	3,3% P=0,0000	68,05% P=0
Notre série N=96	26%	7,2%

A La radiographie de l'abdomen sans préparation, les péritonites aiguës par perforation digestive réalisent un pneumopéritoine qui est visible sur le cliché sous forme de croissant (gazeux) inter-hepatodiaphragmatique [31]. Dans notre série cette radiographie a été réalisée chez 32 patients. Le pneumopéritoine a été objectivé dans 78,13 % des cas ; ce taux varie entre 8 % et 71 % dans la littérature [8 ; 37 ; 38 ; 39]. Cette différence pourrait être liée à l'étiologie. Toutefois, l'absence de pneumopéritoine n'élimine pas une perforation digestive [40 ; 41] car l'organe creux peut être vide de gaz et /ou la perforation peut être obstruée par un viscère voisin. Les niveaux hydro aériques ont été représentés dans 21,87 % des cas. Ce résultat est comparable au 21,5% de Traoré SL [31]  $P=0,5047$  mais différent au 5 % de Cissé AH [23]  $P=0000$ . Cette différence pourrait être liée à l'évolution de la maladie et à la limitation de la réalisation de l'ASP chez les patients.

### **Echographie abdominale**

L'échographie abdominale est devenue un examen anodin courant dès lors que le diagnostic clinique n'est pas typique ou pour éliminer certains diagnostics différentiels [42]. Réalisée chez 50 patients (dans les cas douteux), l'échographie a permis d'objectiver un épanchement péritonéal en faveur d'une péritonite appendiculaire chez 66 % des cas. Ce résultat est comparable aux 70,45% de Dissa BA [24]  $P=0,6492$ , mais différent à celui de Cissé AH [23] 33,5%  $P=0000$ .

## 5-Etiologie

**Tableau LIII:** Répartition des péritonites en fonction des étiologies selon les auteurs

<b>Etiologie</b> <b>Auteurs</b>	<b>1ère</b>	<b>2ème</b>	<b>3ème</b>
Cissé AH [23] 2018 N=40	Perforation appendiculaire	Perforation gastro duodénale	Rupture d'abcès du foie
Kambire JL [28] 2017	Perforation d'ulcère gastroduodénale	Perforation iléale non traumatique	Péritonite appendiculaire
Malle O [12] 2015 N=40	Péritonite appendiculaire	Gynécologiques	Perforation d'ulcère gastroduodénale
Traoré SL [31] 2014 N= 202	Péritonite appendiculaire	Perforation iléale non traumatique	Perforation d'ulcère gastroduodénale
Azgaou I [33] 2011 N=360	Perforation d'ulcère gastroduodénale	Péritonite appendiculaire	Péritonite post – traumatique
Notre série N=96	Péritonite appendiculaire	Perforation d'ulcère gastroduodénale	Perforation iléale

En Europe, les principales étiologies des péritonites aiguës sont représentées par les perforations digestives (appendicite, UGD, diverticulose intestinale, lithiase biliaire, traumatisme abdominal, et les tumeurs digestives) [38 ; 43]. Ces mêmes pathologies sont

notées dans les séries africaines [37 ; 44], sauf la diverticulose intestinale qui est rarement diagnostiquée chez les africains. Par contre, la fièvre typhoïde et ses complications digestives sont très fréquentes en Afrique mais rares en Europe [31].

La première étiologie dans notre série a été la péritonite appendiculaire 55,2%. Elle était de même que celle de Malle O [12] 52.5%  $P=0,7767$  et Cissé AH [23] 50%  $P=0,5711$ . Par contre Azgaou I [33] et Kambire JL[28] ont rapporté dans leur étude en 2ème et 3ème position ;avec une fréquence de 32,8%, $P=0,0027$  et 19%  $P=0000$ . La perforation d'ulcère gastroduodénale a été la deuxième étiologie dans notre étude (32.3%) est inférieure à celle rapportée par Traoré SL [31] et Malle O [12] qui ont rapporté dans leur étude en troisième position.

## **6- Traitement**

Traitement médical pré opératoire

### **6-1 La réanimation :**

Elle constitue un élément important dans la prise en charge des péritonites aiguës généralisées. Elle vise à corriger les troubles hydro électrolytiques et hématologiques [45]. Dans notre série, cette réanimation a été faite en pré per et postopératoire, faite (essentiellement un remplissage avec du sérum glucosé, salé isotonique, Ringer lactate). L'antibiothérapie : Elle a pour but de prévenir l'extension du processus infectieux en luttant contre les bactériémies ou la septicémie. Les molécules utilisées sont de large spectre avec une bonne pénétration intra péritonéale. Souvent utilisée, l'association Bêta-lactamine et imidazoles, éventuellement complétée par un aminoside répond à ce schéma [35]. Dans notre série nous avons utilisé les associations (Ceftriaxone 1000mg + Métronidazole 500 mg + la Gentamicine 80 mg). Ultérieurement elles étaient modifiées et adaptées selon l'évolution clinique. Ces associations ont été utilisées par d'autres auteurs [44 ; 46]. Les antalgiques- antipyrétiques : Pour la maîtrise de la fièvre et de la douleur en pré et post opératoire immédiat, le Paracétamol 1000mg injectable + Trabar injectable ont été les plus utilisés.



## 6-2 Traitement Chirurgical :

6-2-1 La voie d'abord : Les incisions les plus fréquemment utilisées ont été les incisions médianes sus et sous ombilicales. Le choix de ces incisions médianes se justifie par la nécessité du lavage et du drainage aussi larges que possibles de la cavité péritonéale [10 ; 12 ; 44 ; 45].

### 6-2-2 Technique opératoire :

**Tableau LIV:** Répartition de techniques opératoires selon les auteurs.

<b>Techniques opératoires</b>	<b>Appendicectomie</b>	<b>Résection anastomose intestinale</b>	<b>Lavage péritonéale + drainage</b>	<b>Excision des berges et sutures en deux plans</b>
<b>Auteurs</b>				
Cissé AH [23] 2018 N=40	50 P=0,5711	5 P=1	100 P=1	12,5 P=0,0011
Traoré SL [31] 2014 N 202	47 P=0,3221	10 P=0,1658	100 P=1	27,5 P=0,5351
Notre série N=96	55,2	4,2	100	32,3

La technique opératoire d'une péritonite aiguë dépend de l'étiologie. L'appendicectomie a été le geste chirurgical le plus pratiqué dans notre série avec 57,3% des cas, puis l'excision-suture. La toilette péritonéale et le drainage ont été effectués chez tous les patients. Ceci est compréhensible car les péritonites par perforation appendiculaire ont représenté l'étiologie la plus fréquente (selon le mécanisme). Notre résultat est comparable à celui de Cissé AH [23] qui a rapporté 50% avec  $P > 0,05$ . L'excision-suture est particulièrement efficace pour les perforations uniques, arrondies ou punctiformes vues tôt [47].

### 6-3 Evolution et Pronostic

#### 6-3-1 Morbidité Tableau

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

Auteurs	Kouame B [46] 2001 N=48	Malle O [12] 2015 N=40	Traore SL [31] 2014 N =202	Notre série N=96
Taux de morbidité				
Pourcentage	46%	13,5%	24,7%	12,4%
Test statistique	P=0.0000	P=1	P=0,0288	-

La morbidité de péritonite est élevée car c'est une chirurgie salle. En Europe comme en Afrique, ce taux varie entre 13,5% et 46% [41 ; 48]. Dans notre série le taux de morbidité a été de 12,4%, ce qui est dans notre série qui est comparable à celui de Malle O [12] 13,5% P=1 au Mali mais inférieur à celui de Kouame B [46] 46% en Côte d'Ivoire avec (P=0.0000). Cela pourrait être lié à la taille de l'échantillon et au stade évolutif des malades [3]. L'infection du site opératoire a été la complication la plus fréquente avec un taux variant entre 17% et 27% dans les séries africaines [37 ; 46 ; 47]. Elle a été de 7,2% dans notre série.

#### 6-3-2 Durée d'hospitalisation :

La morbidité influence le séjour hospitalier qui a été de 9 jours en moyenne dans notre série et 8 jours dans les séries européennes [12 ; 42 ; 49].

#### 6-3-2 Mortalité

**Tableau LVI:** Comparaison de la mortalité des péritonites selon les auteurs.

Auteurs	Azgaou I [33] 2011 N=360 (%)	Malle O [12] 2015 N=40	Traore SL [31] 2014 N=202	Notre série N=96
<b>Taux de mortalité</b>				
Décès	5 (1,38%)	1 (2,5%)	18 (8,9%)	2 (2,1%)
P valeur	1	1	0,0627	2,1

La mortalité des péritonites aiguës dépend de leur étiologie [1]. Dans les séries africaines [10 ; 12 ; 37] ; cette mortalité varie entre 11.11% et 15.7%. Nous avons enregistré 2 cas de décès (arrêt cardio respiratoire et choc hypovolémique) dans notre série. Les principaux facteurs pronostics rapportés dans toutes les études africaines seraient :

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

#### **6-4 Coût de la prise en charge :**

La prise en charge a été à la charge des patients eux-mêmes et/ou de leur famille. Le coût moyen dans notre série a été évalué à 164448 FCFA est nettement au-dessus du SMIG [Salaire minimum inter professionnel garanti] malien qui est de 40 000 FCFA, Cette situation a eu un impact négatif sur la qualité de la prise en charge car bon nombre de nos patients du fait de leur revenu bas ont été incapables d'effectuer les examens complémentaires et même parfois de payer les médicaments. Nous avons cependant pu offrir à nos patients les soins adéquats avec l'aide des parents et amis des malades, l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

Aspects cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës au service de chirurgie du centre de santé de  
référence de commune VI

---

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

---

## **CONCLUSION**

Les péritonites aiguës généralisées constituent une urgence chirurgicale fréquente. Elles occupent une place importante dans les pathologies chirurgicales et concernent surtout les sujets jeunes. Une prédominance masculine a été observée dans notre étude. Le diagnostic est surtout clinique et la prise en charge est médicochirurgicale. Le diagnostic et la prise en charge précoce des principales étiologies qui sont : les complications de l'appendicite, de l'ulcère gastroduodénal et de la fièvre typhoïde contribueraient à diminuer la fréquence de la péritonite.

-Une réanimation correcte pourrait améliorer le pronostic. La mortalité est importante et est liée surtout au retard de consultation.

## **VI. LES RECOMMANDATIONS**

### **• Aux populations :**

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

### **Aux autorités sanitaires :**

- Mettre à la disposition un kit d'urgence pour la prise en charge des abdomens aigus chirurgicaux.
- Doter le CS Réf d'une unité de réanimation de qualité.
- La formation continue du personnel.

### **Aux personnels sanitaires :**

- La référence à temps opportun des patients.
- Eviter la prescription abusive d'antalgiques et d'antibiotiques devant les douleurs abdominales avant le diagnostic.
- Le traitement des foyers infectieux.

---

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---



## REFERENCES

- 1-**PROSKE JM, FRANCO D.** Péritonite aiguë ; Revue Prat (Paris) 2005 ; 55 : 2167-2172.
- 2-**Jean YM, Jean LC.** Péritonite aiguë Revue Prat (Paris) 2001 ; 51 : 2141-2145.
- 3-**Alamowitch B, Khalil A, Philippe S, Jean F, Pierre G, Bethoux JP, Bouillot JL.** Traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé Gastro enterol ClinBiol (Paris) 2000 ; 24 : 1012 – 17.
- 4- **Blomqvist PG, Roland E, Anderson B, Granath F, Lambe MP, Anders R.** Mortality after appendectomy in Sweden, 1987-1996 Ann Surg 2001; 233 (4):455-60.
- 5- **Koslosk AM, Love CL, Rohrer JE, Goldthorn, Lacey SR;** The diagnosis of Appendicitis in children: Outcomes of a strategy based on pediatric Surgical evaluation. Pediatrics 2004 Jan; 113 (1Pt1):29-34.
- 6-**Giessling U, Petersen S, Freitag M, Kleine-Kraneburg H, Ludwig K.** Chirurgisches Management der schweren Peritonitis [Surgical management of severe peritonitis]. Zentralbl Chir. 2002 Jul;127(7):594-7.
- 7-**Ramachandran CS, Agarwal S, Dip DG, Arora V.** Laparoscopic surgical management of perforative peritonitis in enteric fever: a preliminary Study .Surg Laparoscosc Endosc Percutan Tech.2004 Jun; 14(3) 122-124.
- 8-**Sanou D, Sanou A, Kafando R.** Les perforations iléales d'origine typhique : difficulté diagnostique et thérapeutique (à propos de 239 cas). Burkina Méd 1999 ; 1,17-20.
- 9- **Sakhri J.** Traitement des ulcères duodénaux perforés; Tunisie méd. 2000; n°08-09.
- 10- **Dembelé M, Papadato A.** Perforations typhiques de l'intestin grêle : A propos de 16 cas. Med d'Afrique Noire 1974 ; 21 (4) : P3.
- 11-**M'bida.** Péritonite secondaire à la rupture spontanée d'une pyonéphrose dans la grande cavité péritonéale à propos d'un cas. Rev. Méd. De LIEGE 2005, 60 : 81-83.
- 12-**Malle O.** Péritonites au CSREF de la commune 1 de Bamako : Aspects épidémiologique, clinique, et thérapeutique. Thèse méd ; Bamako 2015 ; N°145 p43
- 13-**Rouviere H, Delmas A.** Anatomie descriptive, topographique et fonctionnelle : le tronc, Tome 4. Paris: Masson; Edition 2002 ; P 287.
- 14- **Serge E, Jacques M.** Péritonite aiguë diffuse : Physiopathologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement. Rev Prat (Paris) 1995 ; 45 : 1791 - 95.

15-**Kamina P.** Dictionnaire Atlas d'Anatomie, A-F. Paris : MALOINE S.A ; Edition 1983 ; 74 – 86.

16-**Fagniez PL, Serpeau, Thomson C.** Péritonites aiguës. Encycl Méd Chir Estomac – Intestin 1982; 9045 A10, 6. J Am coll Surg .2000 Dec; 191(6):635 - 42.

17-**Chevalier JM, Vitte E.** Anatomie : le tronc. Paris : Flammarion Méd. Sciences 2011 (2ème édition) ; P 166.

18-**Ross et Wilson.** Anatomie et Physiologie normales et pathologiques. Maloine. Traduit de la 9ème Edition anglaise, le système digestif, Péritonite .Paris ; 08/2011 ; P 284.

19-**Poilleux F, Alexandre JH, Boury G, Bouchard P, Evrard C.** Sémiologie chirurgicale: Sémiologie du péritoine (Rappels généraux anatomiques et physiopathologiques). Paris : Flammarion-Médecine et sciences, Tome II (Appareil digestif), 4ème Edition 1979 ; 971.

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

21- **Faysse E, Bernard PH.** Les péritonites biliaires. Rev. Prat, 1986, 36, (19): 1070-1076.

22-**Lenriot JP.** Péritonites aiguës. Encycl. Méd. Chir., Paris, Urgence, 12-1975, 240 48 B 10. 102.

23-**Cissé AH.** Péritonites aiguës : aspects clinique, épidémiologiste et thérapeutiques, These méd ;USTTB 2019 P 57.

24-**Dissa BA.** Les péritonites aiguës : aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Thèse méd ; Bamako 2012 ; N°53.P55.

25- **Perrotin J, Bastran D, Lassau JP, Pages C.** Diagnosis and treatment of duodenal ulcer perforation (defense of the Taylor-Quenu method). Rev. Prat. 1982 ; 32(5) :357-371.

26- **Makita, NGadi L.** Les péritonites aiguës généralisées à Libreville(Gabon). Thèse méd. Bamako 2010 ; N°10 M 140, 52-72.

27- **Lorand I, Malinier N, Sales JP, Douchez F, Gayral F.** Résultats du traitement coelioscopique des ulcères perforés. Chir Paris 1999 ; 124(2) : 149-53.

28-**Kambiré JL, Zaré C, Sanou BG, Kambou T.** Étiologies et pronostic des péritonites secondaires au centre hospitalier universitaire de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) J. Afr. Hépatol. Gastroentérol. 2017 ,1-3.

- 29-**Bonkougou PG, Ouangré E, Sanou A, Traoré SS, Zida M.** Les péritonites aiguës généralisées en milieu rural au Burkina Faso : à propos de 221 cas. *Science de la santé* 2015 ; 1:75–79.
- 30- **Gougard P, Barrat C, Gayral F, Gadière GB, Meyer C, Fagniez L et al.** Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé. Résultats d'une étude rétrospective multicentrique. *Ann Chir* 2000 ; 125 : 726 - 31.
- 31-**Traoré LS.** Eude des péritonites aiguës aux CHU de Kati. Thèse méd. ; Bamako 2014 ; N°112 ; P 55-57.
- 32-**Kunin N, Bansard YL, Letoquart JP, Chareton B, Lebois E, La Gamma A et al.** Facteurs pronostiques des péritonites du sujet âgé : Analyse statistique multifactorielle de 216 observations. *J Chir (Paris)* 1991 ; 128(11) : 481 -86.
- 33-**Azgaou I.** Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des péritonites aiguës ; étude rétrospective sur 2 ans au CHU Mohamed VI de Marrakech.2011, Thèse méd ; 120 P14.
- 34-**Mercier O.** Péritonite aiguë: la collection Hippocrate ; editor .Chirurgie Digestive,Reanimation-Urgence, II-275.Paris :Servier,2005.
- 35-**Maitre S, Musset D.** Explorations radiologiques dans le diagnostic des péritonites aiguës. *Med Mal infect* 1995; 25:67-71.
- 36- **Zappa M.Sibert A,Vullierme MP,Bertin C, Bruno O,Vilgrain V.** Imagerie post opératoire du péritoine et de la paroi abdominale.*JRVol 90 N7-8-C2-juillet 2009 p969-79.*
- 37-**Le Treut YP.** Les péritonites aiguës : Physiologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement.*Rev.Prat.*1993 ; 43, (2) :259-262.
- 38-**Harouna YD.** Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey(Niger) : Etude analytique et pronostique. *Med Afr Noire* 2001; 48(2).
- 39-**Buchler MV, Baer HU, Brugger LE, Feodorovici MA, Uhl W, Seiler C.** Surgical therapy of diffuse peritonitis:debridement and intraoperative extensive lavage.*Chirug* 1997; 68:811-815.
- 40-**Hosoglu S, Mustafa A, Serife A, Geyik MF, Tacyildiz IH,Mark I.** Risk factors for enteric perforation in patients with typhoid fever. *Am J Epidemiology* 2004; 160: 46-50.
- 41-**Sidibe Y.** Les péritonites généralisées au Mali : A propos de 140 cas opérés dans les hôpitaux de Bamako et de Kati. Thèse méd. Bamako 1996 ; n°1

- 42-**Podevin G, Barussaud M, Leclair DM, Heloury Y.** Appendicite et péritonite appendiculaire de l'enfant 2005.EMC-Pediatrie-maladies infectieuses 2013(4) :1-6[Article 4-018-Y-10].
- 43-**Roseau G, Marc F.** Abdomen aigu non traumatique en dehors de la période post opératoire. Encycl Med Chir (paris – France) Estomac – Intestin 1989 ; 9042 A 10,2 : P8.
- 44-**Coulibaly OS.** Perforations digestives en chirurgie « B » de l'hôpital du Point G à propos de 120 cas Thèse méd Bamako 1999; N° 188: 99.
- 45- **Konaté H.** Abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et pédiatrique au CHU Gabriel TOURE. Thèse Méd Bamako 2001 ; N° 67.
- 46-**Kouame B.** Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques du grêle de l'enfant à Abidjan, Côte d'Ivoire. Bull Soc Pathol Exot 2001; 94 (5): 379 - 82.
- 47-**Dembele BM.** Etude des péritonites aiguës généralisées dans les Services de Chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. These Méd. Bamako 05 M 215: 1-116.
- 48-**Rahman GA, Abubakar A, Johnson AW , Adeniran J.** Typhoid iléal perforation in Niger children: an analysis of 106 operative cases. Pédiatre Surg Int 2001 ; 17 : 628-630.
- 49-**Khosrovanic, Kohen M.** Perforation des ulcères duodéno-Pyloriques : Facteurs pronostiques et choix thérapeutiques. Etude rétrospective de 140 malades Ann. Chir.1994 ; 48 (4) : 345-349.

---

# ANNEXES

---

- **Fiche signalétique**

**Nom :** DOUMBIA

**Prénom :** Djibril

**Titre de la thèse :** Aspects cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës au centre de sante de référence de commune VI.

Secteur d'intérêt : Service de chirurgie générale du centre de sante de référence de commune VI.

**Pays :** Mali

Ville de Soutenance : Bamako Année universitaire : 2022-2023

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie.

**RESUME :**

Nous avons réalisé une étude transversale rétrospective portant sur 96 patients reçus dans le service de chirurgie générale du CSRéf de la commune VI pour péritonite sur une période de 10 ans (de Janvier 2011 à Décembre 2020).l'âge moyen était de 26,3 ans ; le sex-ratio 5,8 en faveur des hommes. La douleur à la palpation abdominale (99%), la contracture abdominale (93,8%) et la douleur du douglas au toucher rectal (29,2%) étaient les principaux signes cliniques observés chez nos malades. Le diagnostic clinique a été étayé par l'ASP et l'échographie abdominale; réalisés respectivement chez 33,2% et 52,1%des patients. L'appendicectomie (57, 3% des cas) a été la procédure opératoire la plus pratiquée en plus du lavage drainage de la cavité péritonéale. Nous avons noté un taux de Morbidité de 12,4% dominé par la suppuration pariétale. La Mortalité était de 2%.Le Coût moyen de la prise en charge hospitalière était de 164448 FCFA.

Conclusion : Les péritonites aiguës généralisées constituent une urgence chirurgicale fréquente. Le diagnostic est surtout clinique et la prise en charge est médicochirurgicale.

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

Mots clés : Péritonites, CSRéf CVI.

- Material safety data sheet

Name: DOUMBIA

First name: Djibril

Thesis title: Clinical and therapeutic aspects of acute peritonitis at the reference health center of commune VI.

Sector of interest: General surgery department of the reference health center of commune VI.

Country: Mali

City of Defense: Bamako Academic year: 2022-2023

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Odontostomatology.

#### SUMMARY :

We carried out a retrospective cross-sectional study of 96 patients seen in the general surgery department of the CSRef of commune VI for peritonitis over a period of 10 years (from January 2011 to December 2020). The average age was 26.3 years ; the sex ratio 5.8 in favor of men. Pain on abdominal palpation (99%), abdominal contracture (93.8%) and Douglas pain on rectal examination (29.2%) were the main clinical signs observed in our patients. The clinical diagnosis was supported by ASP and abdominal ultrasound; carried out respectively in 33.2% and 52.1% of patients. Appendectomy (57.3% of cases) was the most commonly performed operative procedure in addition to washing and drainage of the peritoneal cavity. We noted a Morbidity rate of 12.4% dominated by parietal suppuration. Mortality was 2%. The average cost of hospital care was 164,448 FCFA.

Conclusion: Acute generalized peritonitis constitutes a frequent surgical emergency. The diagnosis is mainly clinical and the treatment is medicosurgical.

Mortality is high and is mainly linked to delay in consultation.

Keywords: Peritonitis, CSRef CVI.

**Annexes :**

**Fiche d'enquête**

I Données administratives

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

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

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

II Données sociodémographiques du malade

4- Age : ans ...../...../

1=0 à 15 ans 2= 16 à 25 ans 3= 26 à 35ans 4= 36 à 45 5= 46 et plus

5-Sexe...../...../

1 Masculin 2 Féminin 3= Autres à préciser.....

6=Situation matrimoniale ...../...../

1=Marié(e) 2=Célibataire

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

1= Senoufo 2 =Bambara 3= Sarakolé 4 =Peulh 5=

Malinké 6= Minianka 7 =Bobo 8 =Dogon 9=Samogo

10=Dafing 11= Mossi 12=Sonhaï

13= Autres à préciser...

8-Provenance...../...../

a /Commune6 b/ Autres

9- Nationalité ...../...../

1 Malienne 2 Autres à préciser.....

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

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

11-Principale activité...../...../

1 =Cultivateur 2 =Eleveur 3 =Commerçant (e) 4 =Artisan

5 =Cadre supérieur 6 =Cadre moyen 7= Cadre inférieur 8=Scolaire

9= Retraité (e) 10= Ménagère 11 =Autres à préciser. ....

12=Enseignant 13=Marabout 14 =Ouvrier



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

1=Consultation Ordinaire 2= Urgence 3 =Autres à préciser.....  
.....

13-Adressée par...../...../

1 =Venu d'elle/lui-même 2 =Médecin spécialiste 3 = Médecin généraliste  
4= Infirmier(e) 5= Autres à préciser.....

14-Durée d'hospitalisation préopératoire ...../...../

1=< 96 H J 2= [120 à 192 H] 3= >216 H

15-Durée d'évolution...../...../

1= 24H 2= 48H 3=72H 4=Plus de 72H

### III Données Cliniques

#### a-Interrogatoire

16-Motif de consultation...../...../

1 =Douleur abdominale 2= Arrêt des matières et de gaz

3= vomissements 4 =fièvre 5= Hoquet 6=Météorisme abdominal

7) 1+2+3 +4 8=1+2+3+4 9= 1+2

#### b-Histoire de la maladie(Anamnèse)

17- Douleur abdominale...../...../

1 Oui 2 Non

18-Siège de la douleur...../...../

1 =FID 2= FIG 3= Flanc droit 4 =Flanc gauche 5 =Hypochondre droit  
6=Hypochondre gauche 7= Hypogastre 8=Péri ombilicale 9= Epigastrique

10 =Diffuse 11= Pelvis 99=Indéterminé (tout l'abdomen)

19-Durée de la douleur...../...../

1= 0 - 8 h 2= 9 - 16 h 3= 17 - 24 h 4= 2 - 3 jours 5= supérieur à 3jours

6= Autres à préciser..... ; 99= Indéterminé.

20-Mode d'apparition...../...../

1 = Brutal 2= Progressif 99 = Indéterminé

21-Types de douleur...../...../

1= Brûlure 2 = Piqure 3 =Torsion 4= Pesanteur 5 =Ecrasement  
6 = Crampe 7= Autres (à préciser).....8=Tiraillement 99 = Indéterminé

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

1=OGE 2=Périnée 3=Bretelle 4= Postérieure

5= Ascendante 6= Sans irradiation 7=Péri ombilicale

8 = Autres (à préciser) ..... 9=descendante 10=diffuse

99=Indéterminée

23-Intensité de la douleur...../...../

1 = Faible 2=Moyenne 3=Forte 4 =Extrême 99 =Indéterminé

24-Mode de la douleur..... /...../

1= Permanente 2= intermittente 99= Indéterminée

25-Facteurs déclenchant...../...../

1 = Néant 2= Effort 3 =Mouvements 4= Repas 5= Faim

6 =Autres (à préciser).....99 Indéterminé

26-Facteur d'accalmie...../...../

1 = Médicament 2= Néant

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

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

99= Indéterminée

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

1 =Néant 2= Nausées 3= Vomissements

4= Diarrhée 5=Constipation 6=Rectorragie 7= Méléna

8= Hématémèse 9= Fièvre 10= Fièvre + Vomissement

11=Arrêt de matière et de gaz 12=Autres à préciser.....

### **c- Les Antécédents**

28-Antécédents médicaux ...../...../

1= Gastro-entérite 2= Diabète 3 =Drépanocytose 4=HTA 5=Asthme

6= Ictère 7= Fièvre typhoïde 8=Aucun

9=Autres à préciser.....99= Indéterminés

29-Antécédents chirurgicaux...../...../

1 =Appendicectomie 2= GEU 3= Laparotomie 4= HI 5 = HO

6=Césarienne 7=Aucun

30-Antécédent gynécologiques obstétricaux...../...../

1 =GEU 2= Avortement 3= Césarienne 4 =Pyo-ovaire 5=Perforation utérine 6= Pyo-salpinx 7= Autres (à préciser.....8=Aucun 99=Indéterminé

31-Habitude alimentaire..... /..... /

1 =Céréale 2=Autre à préciser .....

32-mode de vie...../...../

1 =Thé 2= Alcool 3=Tabac 4= Cola 5 =Café 6=1+2+3+4+5

7= Aucun 8=Autres (à préciser).....

#### **d- Examen physique**

Signes Généraux

33-Pouls...../...../

1=Inférieur à 50 bts/mn 2=51-80 bts/mn 3= 81-99bts/mn 4=100bts /mn et plus

34-Fréquence Respiratoire...../...../

1= 14-16 cycles/mn 2= 17-22 cycles /mn 3= 23-28cycles/mn 4=29 et plus

35-Température...../...../

1= 36,5 2= 37,5 3= 38,5

36-Tension Artérielle...../...../

1  $\leq$ 100/60 mmHg 2= 140/80 mmHg 3  $\geq$ 140/90 mmHg

Signes physiques

37-Conjonctives...../...../

1= Bien colorées 2= Pâles 3= Moyennement colorées

38-Langue...../...../

1= Propre 2 =Saburrale 3= Sèche

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

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

Inspection de l'abdomen

40-Présence de cicatrice...../...../

1= Oui      2= Non

Si oui le siège de la cicatrice.....

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

1 =Distendu                      2 =Plat                      3= Autre à préciser.....

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

1 =Respire 2 = Distendu 3= Ondulation péristaltique 4=Absence de respiration

Palpation

43-Défense Abdominale...../...../

1 =FID      2= FIG      3= Flanc droit      4= Flanc gauche      5=Epigastrique

6 =Hypogastrique      7= Péri ombilicale      8 =Hypocondre droit                      9= Hypocondre gauche      10= Généralisée en ventre de bois                      11=Pelvis

44. contracture abdominale .....

1=cris de l'ombilic

45-Toucher rectal..... /..... /

1= Normale      2= Dououreux      3=Douglas bombé      4 =Hémorragique                      5 =Douglas sensible                      6=2+3                      8=3+4+5                      9 =Autres (à préciser).....

46= Toucher vaginal...../...../

1=Normal      2= Dououreux      3= Présence de masse      4= Non fait

(Préciser la taille et la circonstance).....

**e-Examens complémentaires avant l'opération**

47-A S P...../...../

1 = OUI      2 = NON

Si OUI Résultat

48-Echographie abdomino-pelvienne..... /..... /

1=OUI      2 = Non

Si oui préciser le résultat:

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

Aspects cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës au service de chirurgie du centre de santé de référence de commune VI

1 =Oui 2=Non

Si oui la conclusion...../...../

50-Groupage sanguin et Rhésus...../...../

1= A+ 2=A- 3=B+ 4=B- 5=AB+ 6=AB- 7= O+ 8=O-

51= Glycémie...../...../

1=Hypoglycémie 2=Normo glycémie 3=hyperglycémie 4=Non fait

52=Autres analyse...../...../

1=OUI 2=NON

Si oui le résultat :

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

53- Diagnostic pré opératoire

1 =Péritonite aiguë 2 = Occlusion 3= Tumeur digestive appendiculaire

4=Péritonite par perforation d'organe creux 5=Pathologie vésiculaire 9=Péritonite du post partum 10=péritonite par rupture d'un abcès du foie 11=Autres à préciser.....

....

54-Diagnostiques opératoires...../...../ per

1 =Péritonite appendiculaire

2 =Péritonite par perforation gastrique

3=Péritonite par perforation grélique ou iléale

4= Péritonite d'origine gynécologique

5=Plastron abcédé

6= péritonite par rupture d'un abcès du foie

7=Autre ..... à préciser.....

.....

V -Traitement

55= Technique anesthésie utilisé...../...../

1=AG 2=ALR 3=Rachianesthésie 4=ALR convertie en AG

56-Traitement ...../...../ médical

Aspects cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës au service de chirurgie du centre de santé de référence de commune VI

1=Réhydratation 2= antibiotique 3= Antalgique 4=Transfusion

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

9=Autres à préciser.....

A-Traitement Chirurgical

57-Voie

d'abord...../  
...../

1 Médiane sus et sous ombilicale 2=Sous ombilicale 3= Xipho pubien 4=Mc Burney

5= Autres à préciser.....

58= Traitement étiologique :.....

1=Appendicectomie 2= Sutures simple de l'ulcère 3= Bi vagotomie pyloroplastie 4= Résection digestive + anastomose 5= Résection digestive+Stomie 6 = Toilette péritonéale 7 = Drainage

8= Autres à préciser.....

59-Siège du drain...../...../

1 =Sous hépatique 2=Gouttières pariétocoliques 3= Douglas 4= 1+3

60-Nature du liquide péritonéale ..... /..... /

1= Pus 2= Selles 3=Sérohématique 4=1+2 5= 2+3

6 =Autres à préciser.....

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

1 =Oui 2=Non

Si oui conclusion :

61-Surveillance post opératoire...../...../

1= A jeun 2= Sonde nasogastrique 3= Mobilisation précoce

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

62-Durée d'hospitalisation...../...../

1) 3 jours 2) 4 à 7 jours 3) 1 à 2 semaines 4) plus de 2 semaines

63- Traitement médical post opératoire

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

64 Pronostic.....

1=Bon 2=Réservé 3=Sombre

**Suites opératoires**

65-Score de Mannheim.....

1 :<26 2 :≥26

66=suite opératoire immédiate.....

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

67-Suites opératoires précoces (1semaine).....

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

68-Suites opératoires tardives.....

1= Simple 2=Décès 3=Éventration 4=Retard de cicatrisation 5= Autre à préciser.....

69-mode de suivi.....

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

70- Coût de la prise en charge..... /...../

**A-Préopératoire**

1=≤50000 FCFA 2= 50005 à 100000 FCFA 3= 100005 à 150000 FCFA 4=≥150005 FCFA.

**B-Postopératoire**

1=≤50000 FCFA 2= 50005 à 100000 FCFA 3= 100005 à 150000 FCFA 4=≥150005 FCFA.

**C-Coût global**

1=≤ 100000 FCFA 2= 100005 à 150000 FCFA 3=150005 à 200000 FCFA 4=≥200000 FCFA

**Tableau LVII:** Score de MANNHEIM (MPI).

Aspects cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës au service de chirurgie du centre de santé de référence de commune VI

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

INTERPRETATION : Score minimal= 0      Score maximal=47      MPI >26 : Taux de mortalité élevé

**Tableau LVIII:** Classification de Clavien Dindo

Grade I	Toute déviation des suites postopératoires sans utilisations de médicaments (autres que ceux listés ci-dessous) ou d'interventions chirurgicales, endoscopiques ou radiologiques. Les médicaments tels que antiémétiques, antipyrétiques, analgésiques, diurétiques, autorisés, de même que la physiothérapie. Ce grade inclut l'ouverture de la plaie pour drainage d'un abcès sous-cutané au lit du malade.



Grade II	Complication nécessitant un traitement médicamenteux, y compris la transfusion de sang /plasma ou l'introduction non planifiée d'une nutrition parentérale.
Grade III	a) Complication nécessitant une intervention chirurgicale, endoscopique ou radiologique en anesthésie autre que générale. b) Complication nécessitant une intervention chirurgicale, endoscopique ou radiologique en anesthésie générale.
Grade IV	Complication vitale nécessitant un séjour en soins intensifs a) Dysfonction d'un seul organe (y compris dialyse) b) Dysfonction multiorganique.
Grade V	Décès du patient.

---

# ICONOGRAPHIE

---

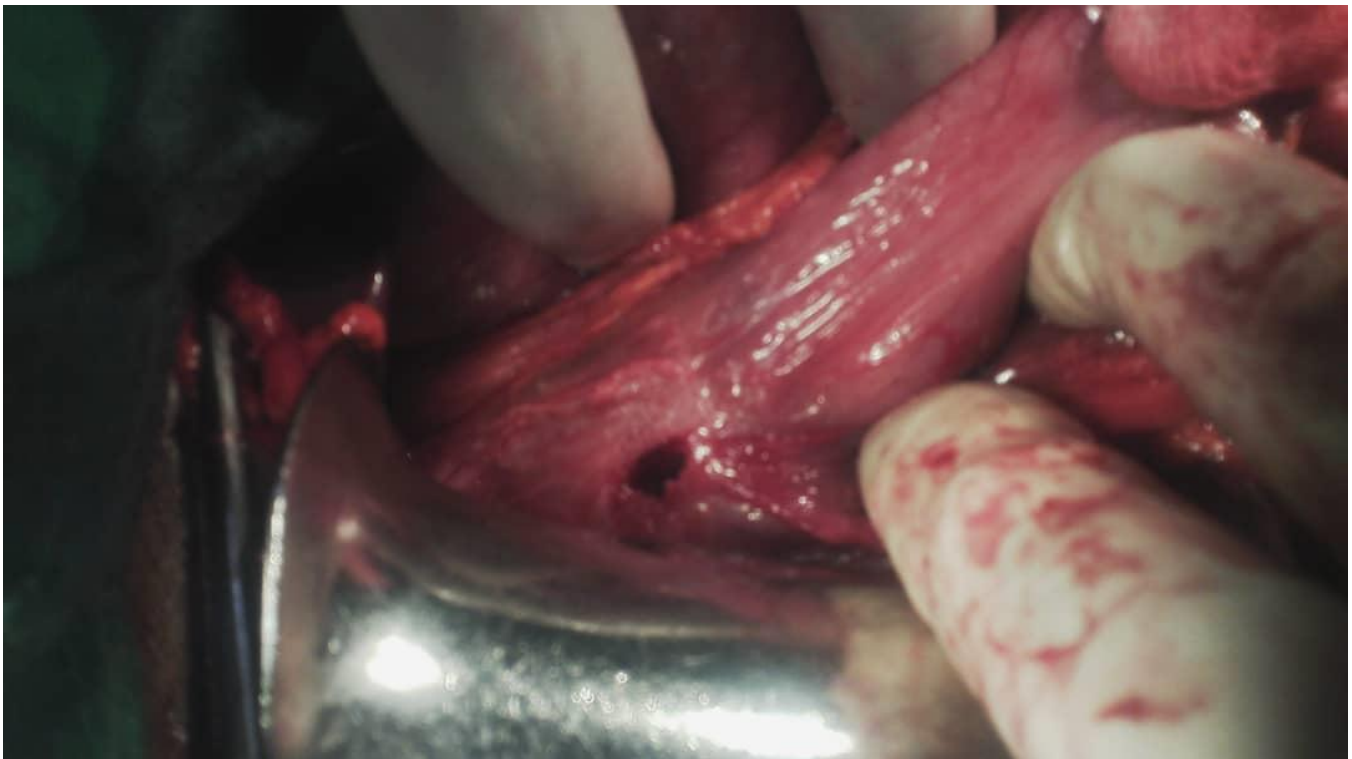


Figure 7 : image per-operatoire d'une perforation gastrique

### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

**En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la Probité dans l'exercice de la médecine.**

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

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

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

**Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.**

**Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.**

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

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

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

**Je le jure !**