

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE DE BAMAKO

THEME

**PERITONITE PAR PERFORATION GASTRIQUE
ET / OU DUODENALE DANS LE SERVICE DE
CHIRURGIE GENERALE DU CHU GABRIEL-
TOURE**

Présentée et soutenue publiquement le : 19 / 07/ 2024 devant la
Faculté de médecine et d'Odontostomatologie de Bamako par :

Mr. Djeliman KONE

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine Diplôme d'Etat

Jury :

Président : Mr Amadou TRAORE (*Maitre de conférences agrégé*)

Membre : Mr Moustapha ISSA MANGANE (*Maitre de conférences agrégé*)

Directeur : Mr. Madiassa KONATE (*Maitre de conférences agrégé*)

Co-directeur : Mr. Boubacar Yoro SIDIBE (*Chirurgien*)

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Ce Travail est dédié à :

ALLAH le tout puissant, le très miséricordieux : oh ! mon seigneur, tu m'as fait trébucher pour me permettre de mieux apprécier ta grandeur. Gloire à toi ! nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est toi l'omniscient, le sage ;

Son Prophète Mohamed paix et salut de Dieu soient sur lui (S.A.W) et sur tous ceux qui le suivront jusqu'au jour de la rétribution ;

Mon père et homonyme : Djeliman KOUYATE grâce à toi j'ai pu aller à l'école, tu es un exemple de sagesse et de tolérance, merci pour l'éducation que tu as su nous donner, l'intérêt que tu attaches à la réussite de tous tes enfants et les efforts que tu y déploies font de toi un papa modèle. Homme de culture que Dieu te bénisse qu'il te protège, te garde aussi longtemps que possible à nos côtés ;

Ma mère : Fanta DIABATE Dame de fer : tu représentes pour moi le symbole de la bonté, de la bravoure, de la patience, une source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et prier pour moi. Tes prières et tes bénédictions m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices faites depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte. Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder sante, longévité ;

Mes frères et sœurs : Abdramane KONE , Yayaba KOUYATE , Souleymane KONE ,AWA D kouyate , DJELIFARIMA KOUYATE , AWA KONE , HABIBATOU KONE Merci pour votre amour, votre soutien et apport indéfectibles. Ce travail n'est que le commencement de nos efforts. Je prie le bon Dieu de nous garder, de renforcer nos liens de nous guider vers le droit chemin et nous permettre de rendre nos parents fiers.

Mes parents à SIKASSO : Drissa KONE ET Tenen COULIBALY

Djelimory KOUYATE et AWA DIAWARA : J'exprime envers vous une profonde admiration et un attachement inconditionnel. Tes sacrifices, ton soutien moral et matériel, ta gentillesse sans égal, ton profond attachement m'aident à supporter les coups de la vie. Que Dieu réunisse nos chemins pour un long commun serein et que ce travail soit le témoignage de ma reconnaissance et de mon amour sincère et fidèle.

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

REMERCIEMENTS

À ma Patrie le Mali terre d'accueil et d'hospitalité pour la chance et les conditions d'éducation et d'instruction.

À mes maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

À mes maîtres du service de Chirurgie Générale : Pr Adégné TOGO, Pr Alhassane TRAORE, Pr Bakary Tientigui DEMBELE, Pr Madiassa KONATE, Pr Amadou TRAORE, Pr Lassana KANTE, Dr Ibrahim DIAKITE, Dr Amadou MAIGA, Dr Tani KONE, Dr Boubacar Yoro SIDIBE, Dr Zakari SAYE, Dr Arouna DOUMBIA, Dr Sayon DIAKITE : merci pour l'encadrement et enseignement.

À notre maître Dr Amadou BAH que la terre te soit légère repose en paix.

À mes oncles et tantes : particulièrement M. MADOU KOUYATE , MORY KOUYATE , MALI TANGARA, merci pour vos encouragements et accompagnements tout au long de mon parcours scolaire. A mes cousins et cousines : avec tout mon estime, affection et respect, je vous souhaite santé, bonheur et prospérité.

A mes amis (es) et collègues de la faculté : SIDATY CISSE , SAMOU KEITA, KARIM COULIBALY vous faites partie de ces personnes rares par votre gentillesse et tendresse. Trouvez ici, le témoignage de tout mon amour et toute ma reconnaissance pour votre inlassable soutien.

À Mes aînés du service : Dr Kassim TRAORE, Dr Marcelin GANMENON, Dr Sékou KOITA, Dr Karim TRAORE, Dr Souleymane KONATE, Dr Mory KEITA, Dr Ruben TRAORE, Dr Karamoko SIDIBE, Dr Oumar TRAORE, Dr Mounina COULIBALY, DR Djondo OGOLBA

À mes anés Chirurgiens et DES : Dr Bambaké DEMBELE, Dr Lamine DIALLO, Dr Daouda COULIBALY, Dr Mohamed AK TRAORE, Dr Abdoulaye COULIBALY, Dr Zeinab COULIBALY, Dr Mahamadou COULIBALY, Dr Youssouf DEMBELE, Dr Youssouf KONE, Dr Habib CISSE,

Dr Baba E TOGOLA, Dr Claude DEMBELE Dr DJIMDE, Dr Djeffla DIALLO, Dr Assane KONE ; Dr Issa KONE, Dr Moussa MAIGA, Dr Abdoul M POUDJIGO, Dr YATERA, Dr Lamine DEMBELE, Dr Habib KONE, Dr Adama DRABO, Dr Malick TRAORE, Dr Koly DIAWARA, Dr Moustapha DICKO, Dr Dina Y GOITA, Dr Moumouni DIARRA, Dr Nouhoum , Dr Nouhoum K DEMBELE, Dr Falé TRAORE, Dr Daouda K COULIBALY, Dr , a tous les DES de Ce chirurgie général : merci pour tout.

A mes collègues thésards du service : Harouna TOUNKARA, Mody TOURE, Mohamed KEITA, Ousmane SAMAKE, Moussa SIDIBE Ninelle DOSSOU, Butt I Wadood, Léontine A DIARRA, David SOW, Baké DIARRA, Marius .

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

A mes cadets internes et Externes : Oumou DIARRA, Maimouna CISSE, Adam BAGAYOGO, Siaka SIDIBE, Abdoulaye DICKO, Affou TRAORE Aicha TOURE, Djénéba COULIBALYAMATEGUE SAGARA, Boubacar TRAORE, Amadou DOLO, Kadiatou SISSOKO, Awa BALLO.

A la secrétaire Mme DIARRA Hawa DIAKITE et ses collègues Mme POUDJOUYOU et Absetou.

Au major DIARRA et tout le reste de son Equipe.

A l'équipe du bloc Opératoire, l'équipe d'anesthésie, les techniciens de surfaces, les manœuvres.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Amadou TRAORE

- Médecin colonel a la direction centrale du service de santé des armées DCSSA ;
- Professeur agrégé en chirurgie générale a la FMOS
- Spécialiste en chirurgie générale ;
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Toure ;
- Membre de la société de chirurgie du Mali.

Cher maitre c'est avec plaisir que vous avez accepté de juger ce travail, votre culture de l'excellence votre rigueur scientifique votre persévérance dans la prise en charge des malades et votre disponibilité font de vous un maitre remarquable.

Reconnaissez en ce travail les fruits de vos effort et encouragement

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Pr Moustapha ISSA MANGANE

- Médecin anesthésiste Réanimateur
- Ancien interne des hôpitaux
- Maître de conférences agrégé à la FMOS
- Chef de service du bloc opératoire du CHU Gabriel Touré
- Membre de la SAMUR-Mali et de la SARAF
- Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie et Réanimation

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Votre rigueur, votre dynamisme et votre sens du travail bien fait nous ont particulièrement séduit. Vous avez toujours su nous conseiller, soutenir, guider et galvaniser.

Vous nous avez pris sous vos ailes comme votre propre petit frère et nous vous en serons

Toujours reconnaissants. Vous êtes un exemple pour beaucoup d'entre nous.

Permettez-nous cher Maître, de vous exprimer notre profonde reconnaissance

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Boubacar Yoro SIDIBE

- Maître de recherche à la FMOS,
- Membre de société de Chirurgie Du Mali,
- Spécialiste en Chirurgie Générale,
- Praticien Hospitalier au CHU Gabriel Toure

Cher maitre nous avons admiré vos qualités scientifiques et pédagogiques tout au long de ce travail ; votre disponibilité, votre patience et votre amour du travail bien font de vous un maitre remarquable.

Cher maitre soyez rassurer de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Madiassa KONATE

- Maître de conférences Agrégé à la FMOS
- Spécialiste en chirurgie générale,
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,
- Membre de la société de chirurgie du MALI (SOCHIMA).

- Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF)
- Membre de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD)
- Membre de la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD)

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de participer à ce Jury nous a profondément touché. Votre rigueur dans le travail, votre conscience professionnelle, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un praticien exemplaire. Soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Estomac et ses vaisseaux. [22].....	9
Figure 2 / Cadre duodéal selon J M CHEVALIER [23]	11
Figure 3 : Répartition en années.....	34
Figure 4 : Courbe du nombre de patients en fonction des années.....	35
Figure 5 : Répartition selon le sexe.....	36
Figure 6 : Répartition selon le mode de début	40
Figure 7 : La percussion	45
Figure 8 : Image d'une perforation gastrique circulaire	95
Figure 9 : Image d'une perforation délabrée du duodénum	95

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Score de Mannheim Peritonis Index (MPI)	30
Tableau II : La tranche d'âge	35
Tableau III : La nationalité	36
Tableau IV : La Profession.....	37
Tableau V : La référence	37
Tableau VI : Mode de recrutement.....	38
Tableau VII : Le motif de consultation	38
Tableau VIII : La durée d'évolution de la symptomatologie avant la première consultation médicale.....	39
Tableau IX : Le siège de la douleur	39
Tableau X : L'intensité de la douleur par l'EVA.....	40
Tableau XI : Le type de douleur.....	41
Tableau XII : L'évolution de la douleur.....	41
Tableau XIII : Les facteurs déclenchants de la douleur.....	42
Tableau XIV : Les facteurs de risque.....	42
Tableau XV : Les signes associés	43
Tableau XVI : Performance selon l'OMS.....	43
Tableau XVII : Les signes généraux	44
Tableau XVIII : L'inspection	44
Tableau XIX : La palpation.....	45
Tableau XX : Les bruits hydro-aériques à l'auscultation.....	46
Tableau XXI : Le toucher rectal.....	46
Tableau XXII : L'imagerie réalisée.....	47
Tableau XXIII : La radiographie de l'ASP	47
Tableau XXIV : Répartition selon l'organe perforé	48
Tableau XXV : Répartition en fonction du diagnostic étiologique	48
Tableau XXVI : Répartition selon le siège des perforations.....	49
Tableau XXVIII : Répartition du diagnostic étiologique selon le siège de la perforation	50
Tableau XXIX : Répartition selon l'aspect de la lésion.....	50
Tableau XXX : Répartition selon le diamètre (moyenne)	51
Tableau XXXI : Répartition selon l'indice de Mannheim Peritonitis Index	51
Tableau XXXII : Siège de la perforation /Sexe	52
Tableau XXXIII : Diagnostic étiologique / Moyenne d'âge.....	52
Tableau XXXV : Gestes/ Diagnostic étiologique	53
Tableau XXXVI : Répartition selon les techniques opératoires	54
Tableau XXXVII : Répartition selon d'autres gestes associés	54
Tableau XXXVIII : Répartition selon les suites opératoires immédiates	55

Tableau XXXIX : Répartition des complications selon la classification de Clavien-Dindo	55
Tableau XXXX : Répartition de la morbidité selon les étiologies	56
Tableau XL : Répartition de la morbidité selon les étiologies.....	56
Tableau XLI : Mortalité à 03 mois/Diagnostic étiologique	57
Tableau XLII : Fréquences des perforations d'ulcère gastroduodénale et auteurs	59

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE

DEDICACE	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES FIGURES	xii
LISTE DES TABLEAUX.....	xiii
SOMMAIRE.....	xvi
SIGLES ET ABREVIATIONS	xix
I- INTRODUCTION.....	2
II- OBJECTIFS.....	5
❖ Général Objectif.....	5
❖ Objectifs spécifiques.....	5
III- GENERALITES	7
3-1- Rappels anatomiques :	7
3-2- Perforation ulcéreuse	11
3-3-Perforation tumorale	21
3-4-Perforations traumatiques	21
IV- METHODOLOGIE.....	25
1. Cadre d'étude	25
2. Type d'étude et période d'étude	27
3. Population d'étude	27
4. Collecte des données	27
5. Statistiques	28
6. Suivi	28
7. Aspect Ethique	28
8. Support et sources des données :.....	28
V- RESULTATS	34
1-Epidemiologie.....	34
2-Données Socio-démographiques.....	35
3- Clinique ou signes.....	38
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	59
1-Fréquence	59
2-Diagnostic clinique	61
3-Traitement	64

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale	
4-Evolution et pronostic	67
VII- CONCLUSION	72
REFERENCES	75
FICHE D'ENQUETE	83
Fiche signalétique	93
ICONOGRAPHIE :	95

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

AMG : Arrêt des matières et des gaz

ASP : Abdomen Sans Préparation

Anti H2 : Anti histaminique H2

BHA : Bruits hydro-aérique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Cm : Centimètre

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DCD : Décédé(es)

ECG : Électrocardiogramme

EFG : Facteur de croissance épidermique

EVA : Echelle Visuelle Analogue

FC : fréquence cardiaque

FR : fréquence respiratoire

FIG : Fosse iliaque gauche

FID : Fosse iliaque droite

GEA : Gastro-Entéro-Anastomose

HID : Hernie inguinale droite

HTA : Hypertension artérielle

Hp : Helicobacter pylori

Ipp : Inhibiteur de la pompe à proton

L1 : première vertèbre lombaire

L2 : deuxième vertèbre lombaire

L : Litre

MPI : MANNHEIM Index Péritonitis

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

PNN : Polynucléaire Neutrophile

PAS : pression artérielle systolique

PAD : pression artérielle diastolique

T5 : cinquième vertèbre thoracique

T9 : neuvième vertèbre thoracique

T° : Température

UGD : Ulcère Gastroduodéal

VBT : Vagotomie bi-tronculaire

VN : Valeur normale

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

La perforation est une ouverture pathologique dans la paroi d'un organe creux [1]. Une péritonite est une inflammation du péritoine, brutale ou chronique, généralisée ou localisée. Elle est le plus souvent secondaire à la perforation d'un organe digestif et ou à la diffusion d'un foyer septique intra-abdominal [2].

La péritonite par perforation gastroduodénale est une péritonite à la suite d'une brèche au niveau de l'estomac et ou au niveau du duodénum [3]. La perforation gastroduodénale est due en général à l'ulcère perforé (80-90%) [4], parfois aux médicaments gastro toxiques ou à un traumatisme et exceptionnellement à un cancer de l'estomac (0,9% à 3,4%) [5]. C'est une urgence médico-chirurgicale. Le pronostic peut être mauvais selon l'âge du patient ; son état général ; les tares associées ; l'étiologie et le délai de la prise en charge [6].

Le diagnostic est posé par l'examen clinique et l'imagerie

Les modalités thérapeutiques tant médicales que chirurgicales peuvent varier en fonction de l'étiologie [7].

Jadis le pronostic des perforations ulcéreuses était sombre vers la fin du XIIème siècle ce qui a été constaté par Mondor [8]. Cependant à moins d'un siècle il s'était vu amélioré ; attesté par Démartines qui a trouvé une mortalité de 6% en Espagne [9].

En Asie, A Hong Kong, la péritonite par perforation gastroduodénale représentait environ 7,5% [10].

➤ AU Mali

❖ Sanogo ZZ et col ; en 2012 au CHU du Point G ont trouvé que 20.3% des perforations digestives étaient d'origine d'ulcère gastroduodénale et 3% due aux cancers gastriques [11].

❖ Coulibaly M. M selon une étude réalisée à Sikasso entre janvier 2010 et décembre 2013, a trouvé 54 cas de péritonite digestive dont 98,1 % étaient dues à une perforation par d'ulcère gastroduodénal et 1,9 % dues à une perforation tumorale gastrique [12].

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

- ❖ Dans le service de Chirurgie générale du CHU Gabriel Touré en 2013 Diaby H.B a observé que 10% des péritonites étaient dues à la perforation d'ulcère gastroduodéal et Dembélé B.T. a obtenu 3,3% de cancer gastrique perforés autrement une péritonite [13-14].
- ❖ Une étude était effectuée par Koriko F en 2019 a rapporté 507 cas de perforations dues à l'ulcère gastroduodéal, 18 cas de perforations traumatiques, 8 cas de perforations tumorales [3].

Le traitement de la perforation ulcéreuse est un challenge pour le chirurgien. Alors que dans les pays occidentaux on se limite à la suture de la perforation et à la toilette péritonéale, les praticiens des pays en voie de développement, traitent dans la mesure du possible, la perforation et la maladie ulcéreuse au même temps opératoire [15].

La chirurgie laparoscopique était principalement utilisée pour la chirurgie dite froide depuis la fin des années 1980 ; cependant, avec la croissance rapide dans le domaine de la chirurgie mini-invasive, une approche laparoscopique est de plus en plus utilisée pour le traitement d'un abdomen aigu [16-17]

Le développement de la technique laparoscopique a permis d'étendre l'utilisation de la cœlioscopie dans le traitement des ulcères gastroduodénaux perforés. Le premier cas a été rapporté dans la littérature en 1990 par Mouret [18].

Dans les soucis de connaître l'évolution de la prise en charge des péritonites par perforations gastriques et/ ou duodénales nous avons décidé de poursuivre l'étude des perforations gastriques et/ ou duodénales dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS

❖ Général Objectif

Etudier les péritonites par perforation gastriques et / ou duodénales dans le service de Chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

❖ Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer la fréquence des perforations gastriques et / ou duodénales dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.
- ✓ Décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques.
- ✓ Décrire les suites opératoires.

GENERALITES

III- GENERALITES

3-1- Rappels anatomiques :

3-1-1- L'estomac :

C'est un réservoir musculo-membraneux, interposé entre l'œsophage et le duodénum, il est situé en dessous du diaphragme dans la cavité abdominale où il occupe l'hypochondre gauche et une partie de l'épigastre. C'est la partie la plus large du tube digestif. A jeun il a 25 cm de long sur 10 cm de large chez l'homme [19].

L'orifice d'entrée est le cardia (ou l'orifice cardial). Il est le siège d'un système anti-reflux, formant l'incisure cardiale, sans sphincter vrai.

L'orifice de sortie est le pylore où existe un sphincter pratiquement fermé en permanence qui ne s'ouvre que par intermittence lors de la digestion fig.1 [19]

L'estomac comprend une portion verticale (corps) surmontée d'une grosse tubérosité (fundus où siège la poche à air) et une portion horizontale, l'antrum qui aboutit au pylore. Son bord droit s'appelle petite courbure et son bord gauche, grande courbure.

Dans la cavité gastrique se passe un temps important de la digestion sous l'action d'un double phénomène :

- mécanique, dû aux contractions des muscles de l'estomac (péristaltisme) et,
- chimique dû au suc gastrique sécrété par les glandes de la paroi.

Ces deux phénomènes aboutissent à la formation du chyme [20].

3-1-1-1 Structure générale de l'estomac [21] :

La paroi de l'estomac comprend quatre couches :

- Une couche interne muqueuse qui joue un rôle de sécrétion,
- La sous-muqueuse formée d'une lame de tissu conjonctif très irriguée en profondeur, et les fibres longitudinales en superficie,
- La musculuse formée de fibres longitudinales, circulaires et obliques assurant le brassage et le cheminement du bol alimentaire ; elle est plus développée vers l'antrum.
- La couche externe ou séreuse est une mince couche de péritoine, membrane qui tapisse la paroi interne de la cavité abdominale et pelvienne, et les organes contenus dans cette cavité. [21]

-

3-1-1-2 Vascularisation de l'estomac [21] :

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

Elle est assurée par le tronc cœliaque qui se divise en 3 branches : l'artère hépatique commune, l'artère splénique, l'artère gastrique gauche (coronaire stomachique).

- L'artère gastrique droite est une branche de l'artère hépatique elle s'anastomose avec l'artère gastrique gauche. Sa branche postérieure est inconstante.
- L'artère gastrique gauche monte devant le pilier gauche du diaphragme, pénètre dans le petit épiploon et suit la petite courbure. Elle donne des branches destinées à l'œsophage, au cardia, à la coupole du fundus. En arrière elle donne parfois une artère gastrique postérieure.
- L'artère gastro-épiploïque droite est une branche de l'artère gastroduodénale qui naît de l'artère hépatique.
- L'artère gastro-épiploïque gauche est une branche de l'artère splénique.

Ces deux dernières forment le cercle artériel de la grande courbure

Les artères courtes sont des branches de l'artère splénique.

Les veines de l'estomac :

La veine coronaire stomachique, la veine pylorique, les veines gastroépiploïques droite et gauche se drainent dans le système de la veine porte. Dans la région de l'œsophage les veines gastriques s'anastomosent avec les veines œsophagiennes.

3-1-1-3 Innervation de l'estomac [21]

L'estomac reçoit une innervation sympathique et para sympathique.

- L'innervation sympathique atteint l'estomac par les nerfs grands splanchniques qui viennent des segments médullaires T5 à T9. Les nerfs sympathiques inhibent le péristaltisme et ferment le pylore.
- L'innervation para sympathique vient des nerfs pneumogastriques (10ème nerf crânien) de grand intérêt pratique.

Les 2 pneumogastriques traversent le médiastin postérieur au contact de l'œsophage et forment un véritable plexus. De ce plexus naît le pneumogastrique antérieur ou nerf gastro-hépatique et le pneumogastrique postérieur ou nerf pneumogastrique abdominal.

Le nerf gastro-hépatique donne une branche hépatique et le nerf antérieur de la petite courbure destiné à l'estomac (nerf de LATARJET).

Le pneumogastrique abdominal donne le nerf postérieur de la petite courbure. Les nerfs de la petite courbure innervent le pylore et l'antre gastrique. Ils augmentent

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

le péristaltisme, ouvrent le sphincter pylorique et entraînent la sécrétion acide par le corps de l'estomac.

Le pneumogastrique abdominal donne l'innervation para sympathique du tube digestif jusqu'à l'angle droit du côlon, de la rate, du foie, du pancréas et des reins.

Certaines fibres atteignent le pylore en suivant l'artère hépatique ou la gastroépiploïque.

Il est possible chirurgicalement de sectionner les branches des pneumogastriques uniquement destinées à l'estomac et de supprimer ainsi la sécrétion acide chez les malades porteurs d'un ulcère sans interrompre ni la motricité antro-pylorique ni l'innervation sympathique des autres viscères abdominaux. Ces interventions s'appellent vagotomie sélective et hyper sélective.

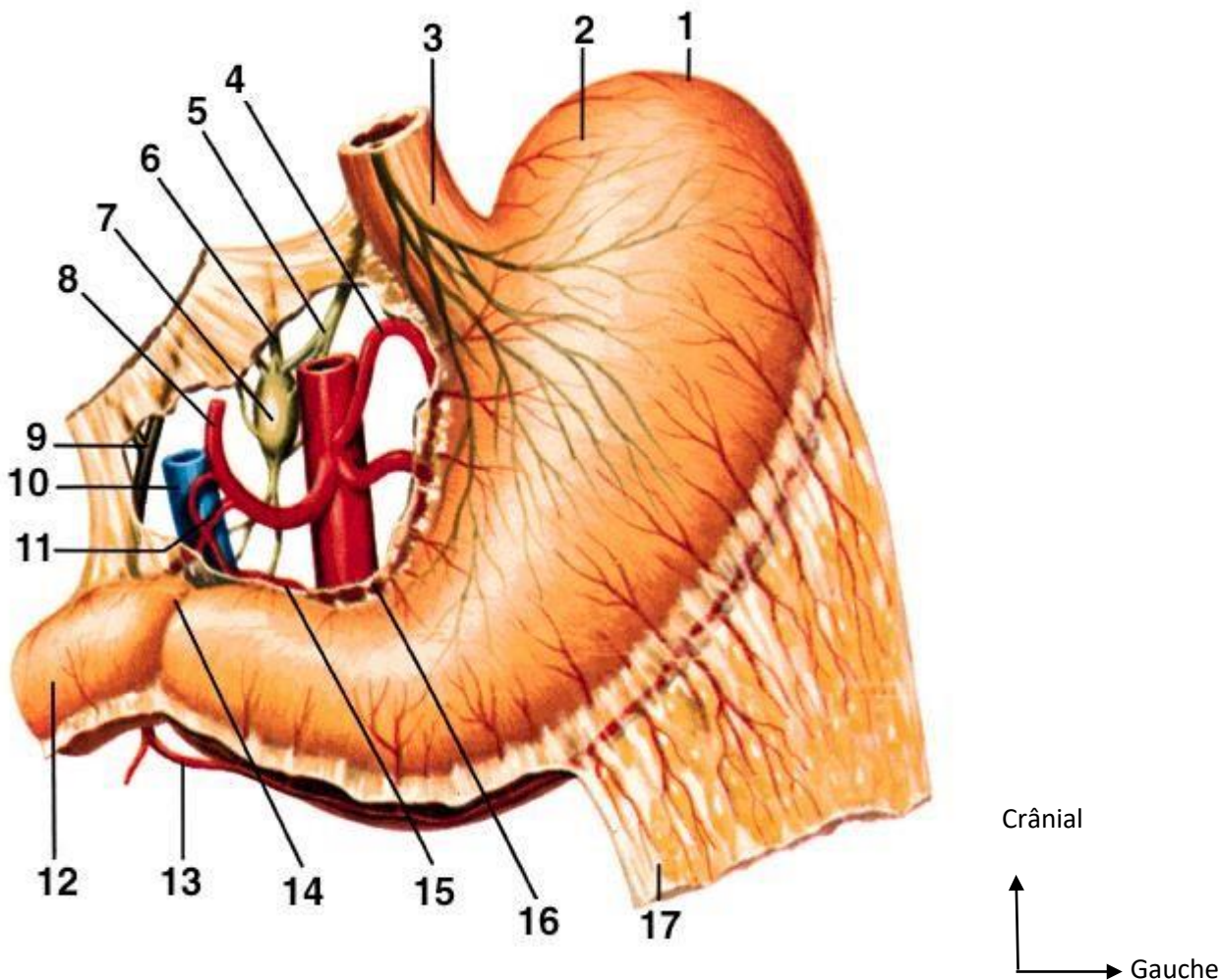


Figure 1: Estomac et ses vaisseaux. [22]

1. pôle supérieur de la grande courbure

2. Grosse tubérosité

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| 3. œsophage | 4. Artère coronaire stomachique |
| 5. nerf vague (X) | 6. Nerf splanchnique |
| 7. plexus pré viscéral | 8. Artère hépatique propre |
| 9. canal hépatique | 10. Veine cave inférieure |
| 11. artère pancréatico-duodénale | 12. Duodénum |
| 13. artère gastro-épiploïque droite | 14. Pylore |
| 15. artère gastrique droite | 16. Aorte abdominale |
| 17. grand épiploon | |

3-1-2- LE DUODENUM [21] :

Il veut dire en latin « par douze » car il mesure 12 travers de doigts, forme un anneau complet autour de la tête du pancréas. Sa longueur est de 25 cm, avec un diamètre de 3 à 4 cm. C'est la partie du tube digestif qui fait suite à l'estomac et constitue le segment initial de l'intestin grêle.

Il prend son origine au flanc droit de L1 (pylore) marqué par le sillon duodéno-pylorique ; il se termine au flanc gauche de L2 (angle duodéno-jéjunal).

Il comprend :

- 1er duodénum : horizontal du pylore au genou supérieur, sa portion initiale ampullaire est appelée bulbe : partie mobile, puis se pariétalise et se termine en dessinant l'angle supérieur.
- 2ème duodénum : vertical, du genou supérieur au genou inférieur, c'est le duodénum pré-rénal. Seuls ses 2 /3 supérieurs présentent les glandes de

Brunner spécifiques du duodénum,

- 3ème duodénum : horizontal,
- 4ème duodénum : ascendant jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal.

Au niveau du duodénum se terminent les voies excrétrices du foie (cholédoque) et du pancréas (canal pancréatique). [21]

Comme l'estomac, il comprend 4 tuniques :

- La séreuse
- La musculuse
- La sous –muqueuse

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

- La muqueuse

Vascularisation du duodénum :

Elle se fait par : - L'artère pancréatico-duodénale supérieure, - L'artère pancréatico-duodénale inférieure.

Le duodénum est à cheval sur les territoires vasculaires du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique supérieure. Ces 2 artères importantes s'anastomosent au niveau de la partie moyenne du 2ème duodénum. La dernière branche de l'axe cœliaque est la pancréatico-duodénale supérieure, et la première branche de la mésentérique supérieure est la pancréatico-duodénale inférieure. -Les veines se drainent dans la veine porte

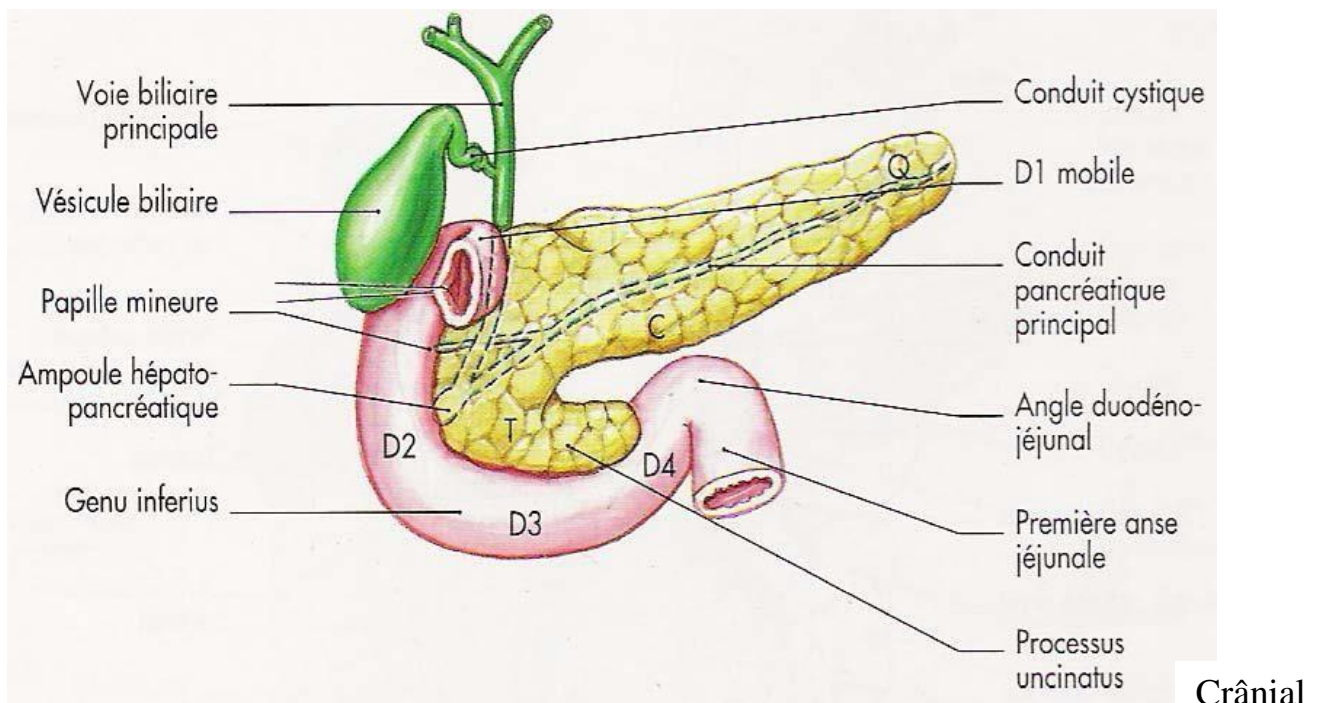


Figure 2 / Cadre duodéal selon J M CHEVALIER [23]

D1 : Partie crânial du duodénum T : Tête du pancréas

D2 : Partie descendante C : Corps du pancréas

D3 : Partie horizontale Q : Queue du pancréas

3-2- Perforation ulcéreuse

3-2-1 – Physiopathologie de la maladie ulcéreuse [23, 24, 25, 26, 27]

Elle se présente sous la forme d'une opposition agression – défense.

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

3- 2- 1-1- Agression chlorhydrique :

3-2- 1- 1-1- La pepsine :

Elle est sécrétée sous forme de précurseurs : les pepsinogènes.

Elle érode la couche de mucus qui normalement forme un gel à la surface de la muqueuse.

Cependant son action reste très limitée en surface, car elle ne peut diffuser à l'intérieur du gel, lequel est renouvelé en permanence à partir de l'épithélium.

3-2-1-1-2- La rétro diffusion d'ions H⁺ dans la muqueuse :

Elle constitue une phase essentielle de l'agression. Le risque d'ulcère est accru si la sécrétion acide est augmentée, mais la présence d'acide n'est généralement pas suffisante pour entraîner un ulcère. La défense opposée par la muqueuse doit en outre être débordée, soit qu'elle ait été amoindrie, soit qu'elle n'ait pu s'adapter à un excès de sécrétion.

L'hypersécrétion chlorhydropeptique peut avoir plusieurs origines possibles :

- Augmentation du nombre de cellules pariétales sécrétantes, qui peut être primitive ou secondaire à une élévation du taux d'hormone trophique de l'estomac (essentiellement la gastrine). Cet état peut être d'origine génétique.
- Hypersécrétion de gastrine observée au cours des sténoses pyloriques et dans de rares cas d'augmentation du nombre de cellules G antrales ou de leur hyperactivité.
- Accroissement de la sensibilité aux stimulants de la sécrétion naturelle (gastrine, repas protéique) ou synthétique (penta gastrique, histamine).

Une diminution de l'inhibition de la sécrétion gastrinique par l'alcalinité antrale.

3-2-1-2- La défense muqueuse : la barrière muqueuse

Le système mis en œuvre par la muqueuse de l'estomac et du duodénum pour s'opposer à la pénétration des ions H⁺ d'origine luminale repose sur quelques lignes de défense :

- La 1^{ère} ligne de défense est la couche de mucus riche en bicarbonates. Cette couche se présente sous forme d'un gel de consistance viscoélastique, composée de glycoprotéines disposées en réseau et constituées de quatre (4) sous unités unies entre elles à leur axe protéique par des ponts disulfures ; elles contiennent également des phospholipides qui confèrent au gel des propriétés hydrophobes.

Les anomalies structurelles et des altérations fonctionnelles du mucus de l'estomac ont été mises en évidence dans la maladie ulcéreuse :

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

- La couche de gel est fragmentée, hétérogène, opaque par endroits.

La proportion de glycoprotéines dégradées monomériques est excessive dans le gel et leur concentration est accrue dans le liquide gastrique.

La viscoélasticité du gel est réduite et sa perméabilité aux ions H⁺ est plus grande.

Les anomalies du mucus gastrique ont été constatées non seulement chez les patients atteints d'ulcère d'estomac mais aussi, bien que dans une moindre mesure, chez les ulcéreux duodénaux.

- L'épithélium forme la 2ème ligne de défense

Les cellules qui le constituent sécrètent des glycoprotéines, des lipides et des bicarbonates. Elles sont aussi capables de se débarrasser des ions qui pénètrent dans leur cytoplasme selon deux (2) modalités : elles les tamponnent par des ions HCO₃ provenant des espaces interstitiels de la lamina propria et entrent dans la cellule en échange d'ions Cl⁻ ; alternativement elles expulsent les ions dans les espaces interstitiels grâce à l'intervention d'une Na + K⁺ ATPase située à leur pôle basal.

Ces fonctions cellulaires ne peuvent s'exercer que moyennant l'apport d'oxygène et de bicarbonates.

3-2-1-3- La réparation :

La survenue d'un ulcère résulte également d'un défaut dans le processus de réparation. Les mécanismes régulateurs de ce phénomène de réparation sont mal connus.

L'intervention du facteur de croissance épidermique (E, C, F), encore connu sous le nom d'urogastrone, est suggérée par plusieurs études expérimentales.

L'ECF sécrété dans la salive et le duodénum, diminue la sécrétion acide et est un puissant stimulant de la migration et de la prolifération cellulaires.

3-2-2-Facteurs favorisants :

3-2-2-1- Hélicobacter pylori :

Plusieurs arguments plaident en faveur de son intervention dans la maladie ulcéreuse :

La gastrite antrale chronique de type B avec présence d'HP s'observe chez plus de 90% des ulcéreux duodénaux et chez environ 70% des ulcéreux gastriques.

° L'ulcère duodéal se situe le plus souvent au sein d'une zone de métaplasie gastrique du bulbe et HP se trouve dans ce foyer métaplasique. L'hyperacidité

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale serait à l'origine de la métaplasie gastrique du duodénum, qui serait alors colonisé par HP provenant de l'antre.

La fréquence des récurrences d'ulcère duodénal diminue fortement après éradication d'HP.

3-2-2-2- Hypersécrétion acide :

Le syndrome de Zollinger – Ellison démontre qu'une hypersécrétion acide peut à elle seule provoquer un ulcère.

Dans l'ulcère gastrique, l'acidité est normale et même souvent diminuée.

3-2-2-3- Troubles de la motricité :

Ils concernent la vidange gastrique et le reflux duodéno- gastrique.

3-2-2-4- Facteurs génétiques :

La prévalence de l'ulcère gastroduodénal est plus élevée chez les parents du premier degré d'un patient atteint d'ulcère gastrique ou duodénal. Dans les familles comptant de nombreux ulcéreux duodénaux, la particularité la plus souvent observée est une augmentation du taux sérique de pepsinogène I, caractère apparemment transmis selon le mode autosomique dominant.

On distingue deux sous-groupes d'ulcères duodénaux : l'un constitué de patients avec antécédents familiaux, à début précoce de la maladie et sécrétion acide augmentée ; l'autre constitué de patients du groupe O, sans antécédents familiaux, à début tardif et à sécrétion acide normale.

– Le risque d'ulcère duodénal est plus grand (30 %) chez les sujets de groupe sanguin 0 que chez les porteurs des groupes A, B et AB. Certaines familles d'ulcéreux gastriques présentent une concentration élevée de pepsinogène II dans le sérum.

3-2-2-5- Facteurs médicamenteux :

- L'aspirine et les salicylates sous toutes leurs formes semblent être un facteur important d'hémorragie digestive.

L'aspirine serait capable de créer un ulcère aigu mais surtout de faire saigner ou de réveiller un ulcère antérieur jusqu'alors latent.

- Les anti-inflammatoires

La toxicité des AINS pour la muqueuse gastroduodénale se manifeste par l'apparition d'érosions et parfois d'un ulcère, le plus souvent gastrique ; celui-ci est fréquemment asymptomatique et sa présence est révélée à l'occasion de complications.

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

Tous les anti-inflammatoires y compris les corticoïdes exposent au réveil des ulcères antérieurs latents quelle que soit la voie d'administration.

Ils semblent plus ulcérigènes que l'aspirine par leur efficacité sur l'inflammation.

La voie parentérale, en particulier pour les corticoïdes semble moins agressive pour la muqueuse gastroduodénale.

3-2-2-6- Facteurs environnementaux :

. **Le tabac** : L'ulcère est deux fois plus fréquent chez les fumeurs hommes et femmes. Il existe également une corrélation entre le nombre de cigarettes et la fréquence de la maladie.

Chez les fumeurs, la concentration salivaire de l'E.G. F est diminuée, la sécrétion acide de l'estomac est augmentée, le reflux duodéno-gastrique est plus abondant, la sécrétion de bicarbonates par la muqueuse duodénale et le pancréas en riposte à l'acidification du duodénum est moindre.

. **Le régime alimentaire** : le mode alimentaire ne paraît pas jouer un rôle prépondérant dans la maladie ulcéreuse ; toutefois, la basse fréquence de l'ulcère dans les populations dont l'alimentation est riche en son de blé et la moindre incidence des récurrences d'ulcère duodénal après enrichissement du régime en fibres suggèrent que celles-ci exercent un rôle protecteur.

Les deux mécanismes invoqués sont la sécrétion abondante d'EGF salivaire résultant de la mastication prolongée que leur ingestion exige et le ralentissement de l'évacuation gastrique qu'elles provoquent. La diminution progressive de fréquence de l'ulcère au cours des dernières décennies pourrait être attribuable à la quantité croissante d'huile végétale dans le régime alimentaire durant cette période.

3-2-2-7- Facteurs psychologiques :

Les facteurs psychologiques influencent le cours de la maladie : changement de travail, ennuis financiers, ou autres. Le rôle de l'anxiété, d'émotions réprimées entraînant une hypersécrétion acide est probable. Cependant il n'a pu être démontré que les facteurs précédents retrouvés avant les poussées puissent être à l'origine de la maladie ulcéreuse elle-même.

3-2-3- Pathogénie des perforations d'ulcère gastroduodénal:

Les perforations d'ulcère gastroduodénal sont le plus souvent spontanées et résultent de deux mécanismes.

3-2-3-1- Les perforations médicamenteuses :

Les perforations par nécrose sont plus rares que celles par ulcération. Les anti-inflammatoires stéroïdiens, le chlorure de potassium détermineraient cette lésion. En effet, l'attaque de la cuticule protectrice de comprimé de chlorure de potassium en particulier, par le suc gastrique permet la libération rapide de potassium et son absorption localisée sur un court segment de l'estomac. La forte concentration du potassium dans les veines intestinales déterminerait un spasme ou une atonie avec stase, œdème et infarcissement pouvant conduire à l'ulcération, et enfin à la perforation [28].

3-2-3-2- Sur organe malade :

Les perforations d'ulcère gastroduodéal peuvent être provoqués par :

- une endoscopie (fibroscopie),
- une tentative de dilatation au niveau œsophagien,

Le plus souvent, elles sont spontanées. Dans ces derniers cas, les lésions sont de trois stades :

- première lésion : congestion, gêne de la circulation veineuse de retour donnant une couleur rouge à la lésion. La suffusion sanguine sous-séreuse, hypersécrétion liquidienne entraînent l'œdème et la distension. Cette lésion est réversible ;
- deuxième lésion : l'ischémie puis interruption de la circulation artérielle donnent une couleur noir à la lésion. La muqueuse et la musculature sont intéressées par cette lésion et prépare la perforation ;
- troisième lésion : gangrène et perforation [29].

3-2-4- Rappels cliniques des perforations d'ulcère gastroduodéal [30] :

Quelle qu'en soit l'étiologie, les perforations en péritoine libre peuvent survenir:

- Soit de façon brutale réalisant d'emblée un syndrome franc de péritonite aiguë généralisée, souvent révélateur de l'affection causale,
- Soit au cours de l'évolution subaiguë ou chronique de lésions inflammatoires spécifiques ou non, donnant lieu alors à un processus de péritonite cloisonnée susceptible d'évoluer vers la fistulisation secondaire à la peau ou dans un viscère creux voisin.
- Les perforations gastroduodéales réalisent des péritonites chimiques.

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

3-2-4-1- Types de description : Perforation d'ulcère gastroduodéal en péritoine libre.

3-2-4-1-1- Signes fonctionnels :

- La douleur est le signe essentiel. D'une extraordinaire violence, c'est véritablement le « coup de poignard » épigastrique qui surprend brutalement le malade et l'oblige à se plier en deux. Elle est persistante, constante et s'atténue que tardivement, pouvant faire croire à une rémission ;

Les vomissements alimentaires, puis bilieux sont très inconstants ;

- L'hémorragie digestive l'est plus encore ;
- Arrêt des matières et des gaz peut être observé.

3-2-4-1-2- Signes généraux :

L'état d'angoisse et de choc frappent d'emblée chez ce malade, pâle, couvert de sueur froide, un pouls accéléré et faible, la température est normale ou modérément élevée.

3-2-4-1-3- Signes physiques :

- * Inspection : le malade présente un abdomen immobile dont les muscles se dessinent sous la peau (saillie des muscles droits).
- * Palpation : elle se fait la main à plat en commençant par les endroits les moins douloureux, s'appuyant sans brutalité sur l'abdomen. Elle retrouve :
 - une douleur épigastrique,
 - une résistance totale (ventre de bois) que ne réussissent à vaincre ni la fermeté, ni la patience.
- * Percussion : sur le malade demi-assis, elle retrouve parfois à la place de la matité hépatique, une sonorité anormale.
- * Toucher rectal : il réveille souvent la douleur au niveau du cul-de-sac de Douglas.

3-2-4-1-4- Signes des examens complémentaires :

Abdomen sans préparation

- Face debout centré sur les coupes diaphragmatiques
- Face couchée,
- Profil couché.

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

Retrouve : le pneumopéritoine :

- Croissant gazeux clair, inter-hépatodiaphragmatique et sous-diaphragmatique gauche sur les clichés debout de taille variable.

Sur le profil couché : clarté gazeuse sous pariétale :

- Épanchement intra-péritonéal : grisaille diffuse,
- Iléus réflexe : distension gazeuse du grêle et du côlon avec niveaux hydro-aériques.

Echographie abdominale : [31,32]

Peut confirmer le diagnostic d'épanchement péritonéal.

Elle peut montrer également une ligne hyperéchogène entre la convexité du foie et la paroi abdominale antérieure en rapport avec le pneumopéritoine.

Le scanner : [31,32]

Montre une bulle gazeuse extra-digestive dans la région pré-pédiculaire hépatique, dans la région du ligament rond, à condition d'utiliser un fenêtrage adéquat.

L'épanchement intra-péritonéal prédomine à l'étage sus-mésocolique. Ces anomalies peuvent être rattachées à une perforation d'ulcère, si l'on retrouve un épaississement, un hématome pariétal, ou si la graisse péritonéale en périphérie apparaît infiltrée.

3-2-4-1-5- Examens préopératoires :

Groupage rhésus, NFS, ionogramme, urée, glycémie, créatininémie, crase sanguine, ECG, radiographie pulmonaire.

3-2-4-2- Formes cliniques :

Toutes les perforations d'ulcère ne présentent pas cette symptomatologie typique:

- Il en est où les signes principaux se trouvent dans la fosse iliaque droite, simulant une appendicite aiguë ;
- D'autres évoluant en deux temps, séparés par une période d'accalmie plus ou moins longue ;
- Certaines sont moins violentes et guérissent spontanément : ce sont les perforations qui sont spontanément couvertes par un organe voisin (foie, vésicule, épiploon) ;
- Certaines encore peuvent évoluer progressivement vers la constitution d'une collection suppurée ;

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

- Enfin, une hémorragie digestive peut accompagner ou précéder une perforation assombrissant notablement le pronostic.

Tous les ulcères, qu'ils siègent sur le duodénum, le canal pylorique, sur la petite courbure ou l'une des faces du corps de l'estomac sont susceptibles de perforer.

3-2-4-3- Diagnostic :

L'importance de reconnaître tôt une péritonite par perforation d'ulcère G. D. n'a plus besoin d'être soulignée.

* Il faut d'abord, c'est l'essentiel, reconnaître la péritonite qu'affirment aisément la douleur brutale et la contracture abdominale.

* Rattacher cette péritonite aiguë à une perforation d'ulcère est facile, comme nous l'avons vu dans certains cas. Dans ceux par contre, où manquaient les antécédents ulcéreux, l'hésitation est permise avec la péritonite appendiculaire, la plus fréquente après la péritonite par perforation ulcéreuse et également avec des péritonites de causes rares, telles que la péritonite par perforation d'un diverticule de Meckel, d'un ulcère colique. Dans ces cas il convient avant tout de poser l'indication opératoire, à charge à la laparotomie d'apporter les précisions.

3-2-4-4- Traitement :

3-2-4-4-1- Le but :

- Assurer une correction des troubles hydro - électrolytiques
- Lever le foyer de contamination par le traitement de la péritonite
- Traiter la perforation
- Traiter la maladie ulcéreuse afin d'éviter les récives

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

3-2-4-4-2-1- Moyens médicaux :

* La réanimation : c'est le premier temps essentiel. Elle associe :

- La rééquilibration hydroélectrolytique avec une voie veineuse,
- sonde naso-gastrique pour une aspiration douce et continue, - sonde urinaire pour une surveillance de la diurèse.

* Antibiothérapie Précoce,

- active sur les germes aérobies et anaérobies,
- Adaptée aux germes retrouvés dans les différents prélèvements (pus péritonéal).

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

* Traitement de la maladie ulcéreuse : par les anti H2 ou les Inhibiteurs de pompes à protons.

La méthode de Taylor consiste en l'aspiration continue du contenu gastrique par une sonde nasale. Elle favorise l'obturation de la perforation par les organes de voisinage et donne des guérisons très spectaculaires.

Elle ne doit cependant être appliquée qu'avec beaucoup de discernement dans des cas bien choisis (diagnostic certain, perforation récente, survenue à distance du dernier repas, patient en bon état général), et nécessite de la part du médecin et de l'infirmier, une surveillance très étroite du malade car elle comporte le grand risque de laisser évoluer la péritonite si l'effet voulu n'est pas obtenu.

3-2-4-4-2-2- Traitement chirurgical :

La perforation aiguë en péritoine libre d'un ulcère gastroduodéal doit être opérée dans les plus brefs délais. Dès l'incision du péritoine du gaz s'échappe, plus ou moins abondant, il existe un épanchement liquidien muqueux, teinté, souvent mêlé de débris alimentaires.

La perforation peut être évidente si elle est antérieure ; dans d'autres cas, elle est masquée par l'épiploon, ou postérieure et demande d'être recherchée avec soins. Il faut encore en évaluer le diamètre qui va de celui de lentille à celui d'un pois de terre, et apprécier l'état de la paroi gastrique ou duodénale à sa périphérie, puis procéder à un prélèvement (biopsie) si perforation gastrique. Cela étant le chirurgien se décidera : soit pour une obturation simple de la perforation par suture, soit pour une intervention majeure : la gastrectomie large telle qu'on la pratique « à froid » pour les ulcères compliqués.

3-2-4-4-3- Indications :

3-2-4-4-3-1- Traitement médical :

Il s'applique aux perforations d'ulcère gastroduodéal répondant aux critères de Taylor

- Diagnostic certain
- Malade vu tôt (moins de 6H)
- Malade à jeun
- Malade en bon état général
- Absence de complications associées.

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

3-2-4-4-3-2- Traitement chirurgical :

La suture simple si ulcère jeune, la vagotomie pyloroplastie après suture dans certains cas, la gastrectomie partielle dans d'autres cas.

3-2-4-5- Résultats et pronostic :

Le pronostic dépend avant tout, de l'heure de l'intervention. Vues tôt, les péritonites par perforation d'ulcère gastroduodéal guérissent presque toutes, mais passé la 16ème ou 17ème heure, la mortalité est beaucoup plus importante : elle atteint 20 à 30%, passée la 24ème heure, la guérison devient tout à fait exceptionnelle [8].

3-3-Perforation tumorale

Circonstance de découverte:

Une douleur abdominale brutale a point de départ épigastrique puis diffus, une défense épigastrique, une contracture, plus le cri de l'ombilic, sur terrain de tumeur connu ou non.

Dans le contexte de altération de l'état général, anémie, fièvre , asthénie

TR : le douglas bombe et douloureux, cri de douglas

Le traitement consiste soit à faire une gastrectomie subtotale ou totale, soit à une excision plus suture de la perforation.

3-4-Perforations traumatiques

3-4-1- Mécanisme lésionnel [50]

On distingue les plaies par arme blanche et les plaies par arme à feu

- **Les plaies par arme blanche** visent en effet la partie médiane de l'abdomen supérieur blessant plutôt le foie, l'estomac, le grêle et le côlon transverse. Elles sont majoritaires dans la plupart des statistiques. La longueur de l'arme étant souvent inconnue, le trajet est difficile à reconstituer. Toutes ces incertitudes doivent amener à considérer la controverse quant au caractère systématique de l'attitude chirurgicale à leur proposer.

- **Les plaies par arme à feu** sont moins discriminatives, la balle qui d'ailleurs se fragmente souvent dans l'organisme, atteint la plupart des viscères, et les plus profonds au même titre que les superficiels : duodénum, reins, vaisseaux centraux.

- **Les traumatismes fermés de l'abdomen**

3-4-2- Rappel clinique

Le patient se présente soit dans un tableau de péritonite par perforation d'organe creux avec un état hémodynamique stable ou instable ; ou malgré une réanimation rigoureuse l'état hémodynamique se détériore lentement.

Un tableau d'hémorragie interne se rencontre en cas de lésions associées d'un organe plein (rate, foie, pancréas), ou d'une blessure vasculaire (mésentère, pédicule, hépatique, splénique ou rénal).

Il peut se présenter avec des plaies avec une éviscération (épiploon, grêle) ou l'issue de liquide digestif ou des plaies par arme à feu avec un état hémodynamique stable dont le diagnostic de pénétration abdominale peut nécessiter un examen complémentaire (Echographie, radiographie de l'ASP, TDM).

3-4-3- Le traitement des lésions :

- **Les lésions de l'estomac [59, 51, 68] :**

Dans la grande majorité des cas, les plaies de l'estomac ne posent pas de problème, car elles siègent sur la face antérieure et bénéficient souvent d'excision, suture ou de gastrectomies typiques mais jamais totales. Il faut penser à explorer la face postérieure et la petite courbure.

- **Les lésions vasculaires :**

Les plaies des mésos (mésentère, méso côlon et méso rectum) doivent être recherchées systématiquement. Certaines dilacérations ou plaies avec arrachement vasculaire peuvent nécessiter des résections intestinales, coliques ou grêles [64,57].

Les atteintes des vaisseaux pelviens provoquent un hématome rétro péritonéal et doivent être traitées par surveillance simple ou par embolisation [59].

Les plaies de l'aorte ou de ses collatérales et les plaies de la veine cave inférieure ou de ses branches sont de réparation difficile et doivent être confiées à un chirurgien entraîné à ce type de chirurgie.

- **Les lésions duodéno-pancréatiques [63, 51, 69] :**

Il n'existe pas de traitement standard. Selon le type de lésion, une vagotomie, une gastro-entéro-anastomose pour exclusion du duodénum, une pancréatectomie caudale, une duodéno-pancréatectomie ou une suture simple sont pratiquées.

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

A noter, dans les plaies médio-pancréatiques par balle, la possibilité d'une atteinte vertébro-médullaire.

- Les lésions pariétales par arme à feu sont traitées par parage selon les principes de la chirurgie de guerre (débridement des tissus dévitalisés, lavage, cicatrisation dirigée ou fermeture secondaire etc).

3-4-4-3- Le pronostic :

Il dépend des lésions associées surtout dans un contexte de polytraumatisme (Traumatisme crânien , lésion du bloc duodéno- pancréatique etc.).

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Cette étude s'est déroulée dans le Service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré.

1.1. Présentation du CHU Gabriel TOURE

Situé au centre commercial de la ville de Bamako (commune III) ; le CHU Gabriel Touré est limité à l'Est par le quartier de Médina courra, à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs (E.N.I), au Nord le Quartier Général de l'Etat-major de l'Armée de Terre, au Sud le TRANIMEX.

Ancien dispensaire, il a été érigé en hôpital le 17 février 1959. Il porte le nom d'un étudiant soudanais, Gabriel Touré, mort de peste contractée au chevet de son malade.

L'hôpital est devenu un Centre Hospitalier Universitaire depuis l'avènement de l'université de Bamako en 1996. C'est un hôpital de 3^{ème} référence, la chirurgie générale se trouve au côté Nord-Ouest, au pavillon « Bénitiéni Fofana » qui regroupe les spécialités chirurgicales hormis l'ORL.

1.2. Service de chirurgie générale

✓ Les locaux sont constitués de :

- 33 lits d'hospitalisation repartis entre 9 salles
- 2 salles VIP (salle unique, toilette intérieure, climatisée)
- 6 salles de 2eme catégorie (2 à 4 lits)
- 1 salle de 3eme catégorie
- Les bureaux des médecins et une salle de staff
- Les salles de garde (DES, thésards, infirmiers)
- Une salle de pansement

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

- Un secrétariat

✓ **Le personnel :**

Le personnel permanent

- Trois (03) Professeurs titulaires dont un (01) chef de service ;
- Trois maitres (03) de conférences agrégées
- Quatre (04) maîtres de recherche
- Deux (02) chargés de recherche
- A cette liste s'ajoutent le personnel infirmier et deux (02) techniciens de surface.

Le personnel non permanent

- Les médecins stagiaires,
- Les médecins en formation de DES,
- Les thésards,
- Les étudiants en médecine.

✓ **Les activités sont les suivantes**

- Le staff : tous les jours ouvrables, le matin à 7h45mn ;
- La visite : tous les jours ; ouvrables après le staff du matin ; pour les jours ouvrables
- Les consultations externes du lundi au vendredi après la visite ;
- Les interventions chirurgicales à froid : lundi au jeudi ;
- Un staff de programme opératoire tous les jeudis à 13h ;
- Les soins aux malades hospitalisés : effectués tous les jours.

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale
Par ailleurs il faut noter la tenue d'un staff hebdomadaire médicochirurgical, tous les vendredis à 8h.

La RCP de cancérologie tous les vendredi a partir de 10h

2. Type d'étude et période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective portant sur les cas de péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale allant du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 2022

3. Population d'étude

Elle était constituée de tous les patients admis et opérés dans le service pour péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale

- **Echantillon** : on a procédé au regroupement exhaustif de tous les cas de péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale qui répondraient aux critères d'inclusion

□ Critères d'inclusion :

Tout patient âgé de 15 ans ou plus ayant une perforation gastrique et/ou duodénale due à l'ulcère gastro duodénale ou à un traumatisme (arme blanche ou arme à feu) ou à une perforation de cancers confirmée à la laparotomie et/ou par l'histologie.

□ Critères de non-inclusion :

- Les patients de moins 15 ans.
- Les patients opérés dans d'autres structures et hospitalisés dans notre service

4. Collecte des données

Les données étaient notées sur une fiche d'enquête sous forme de variables quantitatives ou qualitatives. Les différentes variables ont été réparties en cinq chapitres comme suit :

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

- Données civiles et administratives
- Signes cliniques
- Signes para cliniques
- Données thérapeutiques
- Suivi post opératoire

L'enquête s'est déroulée en deux (02) temps :

4.1. La phase de compilation des dossiers, des registres de consultation, de compte rendu opératoire, d'hospitalisation et celui de l'examen anatomopathologique.

4.2. La phase de vérification.

5. Statistiques

La saisie et l'analyse des données étaient effectuées sur les **logiciels Word 2016,**

Excel 2016, Epi info version 3.5.3, Epi info version 7.0

Le test statistique de comparaison utilisé a été le **Chi2** avec un seuil de signification **P < 0,05**.

6. Suivi

Nos malades ont été suivis à partir des appels téléphoniques, des rendez-vous de suivi post opératoire

- Le Mannheim-péritonitis index (M.P.I) a été évalué chez tous nos malade.

7. Aspect Ethique

La confidentialité des patients a été respectée dans cette étude, ainsi les noms des patients ne figurent dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail a été une recherche opérationnelle.

8. Support et sources des données :

Un questionnaire préétabli a permis de recueillir tous les renseignements

Nécessaires pour chaque patient. (Ce questionnaire est porté en annexe)

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale

Les sources de données ont été :

- les dossiers médicaux ;
- les registres d'hospitalisation ;
- les registres des comptes rendus opératoires et de protocoles d'anesthésie ;

Tableau I : Score de Mannheim Peritonis Index (MPI)

Paramètres	Données	Points
Âgées (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 >24	OUI	4
	NON	0
Foyer Primaire	Pas dans le colon	0
	Dans le colon	4
Péritonite généralisée diffusée	Présente	6
	Absente	0
Nature du liquide péritonéal	Claire	0
	Trouble ou purulent	6
	Stercoral	12

Interprétation : score minimal = 0 ; score maximal = 53

MPI \geq 26 : le taux de mortalité est de 56,7%

MPI < 26 : le taux de mortalité est de 5,9%

NB : les défaillances viscérales

Rénales : Créatinine > 177 μ mol/l, Urée > 16.7 mmol/l , Oligurie < 20 ml/h

Respiratoire : PaO₂ < 500 mmHg, PaCO₂ > 500 mmHg

Choc hypo ou hyperdynamique selon la définition de Shoemaker

#obstruction intestinale : Paralysie > 24h ou Iléus complet

Le bilan para clinique était constitué selon les cas : d'un groupage rhésus, d'un taux d'hémoglobine et d'hématocrite, une échographie abdominale une Tomodensitométrie et surtout une radiographie de l'abdomen sans préparation (A.S.P)

-Classification de Clavien-Dindo

Grade I : tout écart par rapport à une évolution postopératoire normale, sans aucun besoin de traitement chirurgical, endoscopique, radiologique ou médical, débridement d'abcès de paroi au lit du malade autorisé, traitements autorisés :

Antiémétiques, antipyrétiques, analgésiques, diurétiques, électrolytes et Kinésithérapie.

Grade II : nécessité de traitements pharmacologiques autres que ceux autorisés ci-dessus y compris l'indication de transfusion, de nutrition parentérale totale

Grade III : Traitement chirurgical, endoscopique ou radiologique

IIIa sous Anesthésie Locale

IIIb sous Anesthésie Générale

Grade IV : complications menaçantes, y compris neurologiques centrales ; indication d'USI ou d'unité de soins intermédiaires

Iva : défaillance d'un organe (y compris dialyse)

IVb : défaillance multi organes

Grade V : DC

9. Les définitions opérationnelles.

Pression artérielle normale : PAS inférieure à 140 mmhg

PAD inférieure à 90 mmhg

Hypertension : PAS supérieure à 140 mmhg

PAD supérieure à 90 mmhg

Hypotension : PAS inférieure à 100 mmhg

PAD inférieure à 60 mmhg

Fréquence cardiaque normale est comprise entre : 70 à 80 battements par minute

Tachycardie : FC est supérieure à 90 battements par minute

Bradycardie : FC est inférieure à 70 battements par minute

La température corporelle normale est comprise entre : $37 \pm 0,8$

Hyperthermie : $T^{\circ} > 38,2$

Hypothermie : $T^{\circ} < 35,6$

La fréquence respiratoire normale est comprise entre : 17 à 20 cycles par minute

Polypnée : FR > 20 cycles par minute

Les bruits hydro-aériques normale dans l'abdomen est comprise entre : 5 à 35 souffles par minute

BHA augmentées est supérieure à 35 souffles par minute

BHA diminuées est inférieure à 5 souffles par minute

RESULTATS

V- RESULTATS

1-Epidemiologie

1.1 Fréquence hospitalière

Durant notre étude allant de janvier 1999 à décembre 2022, nous avons colligé 615 dossiers de malade pour perforations gastriques et /ou duodénales qui représentaient :

- 3,5% des urgences abdominales (615/**17369**)
- 0,8% des consultations (615/**75823**)
- 1,2% des hospitalisations (615/**50160**)
- 10,6% des péritonites (615/**6276**)

Les différentes étiologies étaient

- UGD=570, soit 9,1% des péritonites (570/**6276**)
- Traumatique =33, soit 3,7% des traumatismes abdominaux opérés (33/**883**)
- Tumorale =12, soit 2,7% des péritonites par perforations tumorales (12/**451**)

1.2- Les périodes en années

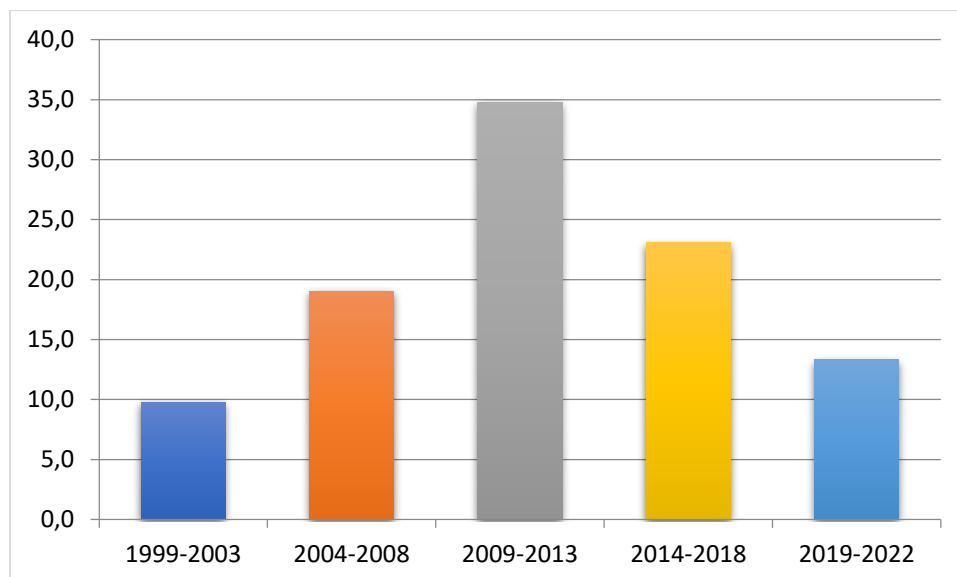


Figure 3 : Répartition en années

1.3- Fréquence annuelle

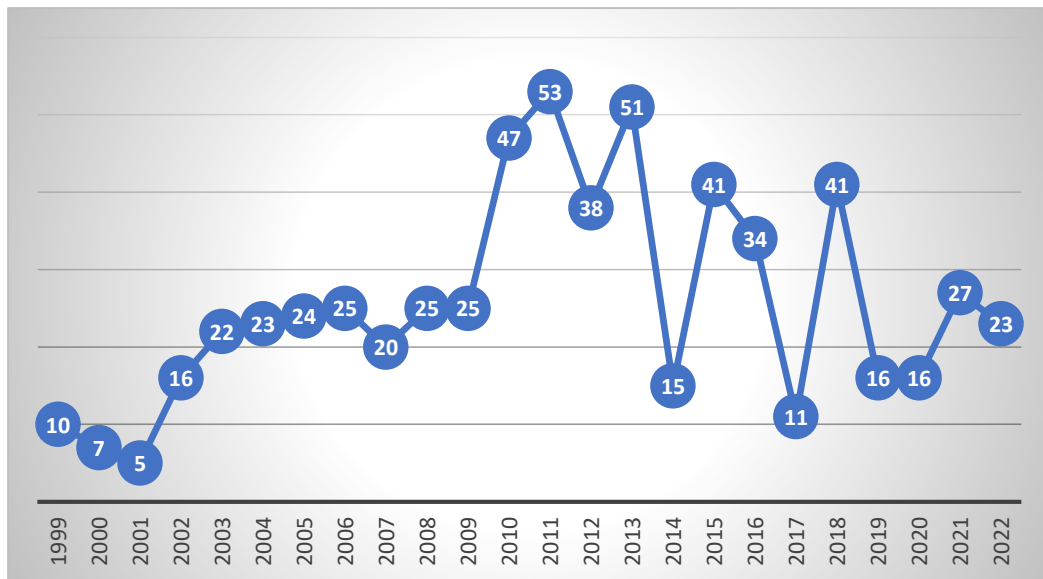


Figure 4 : Courbe du nombre de patients en fonction des années.

2-Données Socio-démographiques

2.1-L'âge

Tableau II : La tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
[15 ans -39 ans]	351	57,1
[40 ans -60 ans]	226	36,7
+ 60 ans	38	6,2
Total	615	100

La tranche d'âge (15-39) était majoritaire avec 57.1%

La moyenne d'âge a été de 37,33 ans avec un écart type de 13,902 et des extrêmes de 16 et 92 ans.

2.2- Le sexe

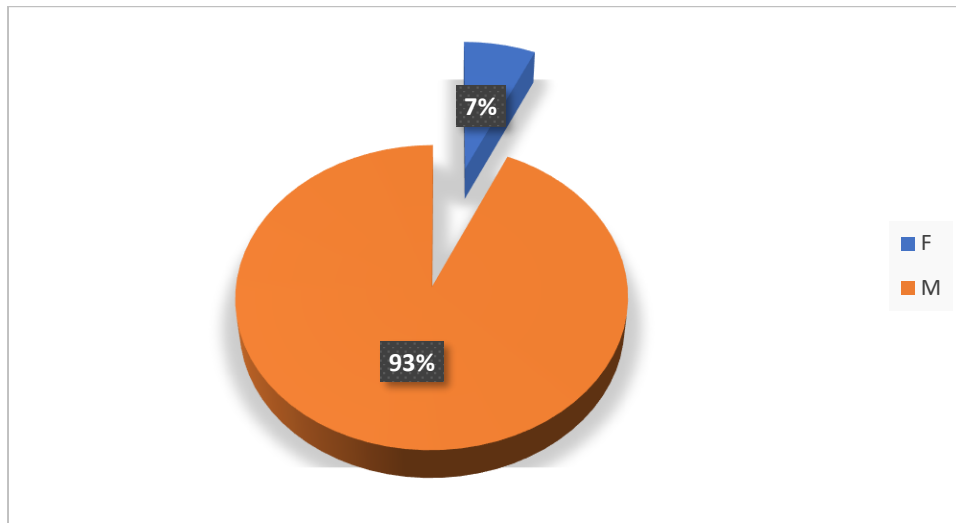


Figure 5 : Répartition selon le sexe

Le masculin était majoritaire avec 93% et un sex ratio H/F de 14.

2.3- La nationalité

Tableau III : La nationalité

Nationalité	Fréquence	Pourcentage
Burkinaise	6	0,9
Camerounaise	4	0,7
Guinéenne	2	0,3
Ivoirienne	2	0,3
Maliennne	597	97,1
Nigérienne	1	0,2
Sénégalaise	2	0,3
Togolaise	1	0,2
Total	615	100

Les Maliens étaient majoritaires avec 97.07% de cas

2.4- La principale activité

Tableau IV : La Profession

Principale activité	Fréquence	Pourcentage
Agent de sécurité	9	1,5
Artisan	15	2,4
Berger	4	,3
Chauffeur	17	2,6
Commerçant/e	142	22,4
Cultivateur	71	3,4
Diplômé sans emploi	3	,2
Fonctionnaire	58	6,2
Indéterminé	19	2,6
Femme au foyer	27	4,4
Ouvriers	181	22,9
Pêcheur	1	,2
Retraité	6	1,0
Scolaire	61	7,3
Professionnelle de sexe	1	,2
Total	615	100,0

Les ouvriers étaient majoritaires avec 22.9% des cas

2.5- La référence

Tableau V : La référence

Référence	Fréquence	Pourcentage
CSRef	360	58,5
Cliniques	30	4,9
Domicile	212	34,5
Cabinet Médicaux	13	2,1
Total	615	100,0

Les CSRefs avaient fait plus de référence soit 58.5%.

2.6- Le mode de recrutement

Tableau VI : Mode de recrutement

Mode de recrutement à l'hôpital	Fréquence	Pourcentage
Consultation ordinaire	1	0,2
Urgences	614	99,8
Total	615	100

Les urgences dominaient le mode de recrutement soit 99,8%

3- Clinique ou signes

3.1 -Le motif de consultation

Tableau VII : Le motif de consultation

Motifs de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleurs abdominales	615	100
Douleurs abdominales + Amaigrissement	26	4,2
Douleurs abdominales + Vomissement	26	4,2
Douleurs abdominales + Météorisme	13	2,1
Coups et blessures volontaires	20	3,2
Douleurs abdominales + hoquet	6	1
Accidents de la voie publique	4	0,6
Tumeur gastrique + syndrome orificiel	4	0,6

La douleur abdominale était le principal motif de consultation retrouvée chez tous nos patients.

3.2- La durée d'évolution

Tableau VIII : La durée d'évolution de la symptomatologie avant la première consultation médicale.

Durée de la symptomatologie : heure	Effectif	Pourcentage
≤ 24	471	76,6
Entre 24 et 48	85	13,8
> 48	59	9,6
Total	615	100

La durée d'évolution de la symptomatologie était inférieure ou égale à 48 heures dans 76,6% des cas. Les extrêmes étaient de 12h et 120h.

3.2- Le siège de la douleur

Tableau IX : Le siège de la douleur

Siège de la douleur	Fréquence	Pourcentage
Epigastre	320	52
Péri-ombilicale	95	15,4
FID	43	7
Hypochondre droit	65	10,6
Hypogastre	38	6,2
Flanc gauche	13	2,1
Diffuse	12	2
Flanc droit	12	2
Indéterminé	10	1,6
Hypochondre gauche	5	0,8
FIG	2	0,3
Total	615	100

La douleur a été localisée majoritairement dans l'épigastre dans 52% des cas

3.3-Le mode de début

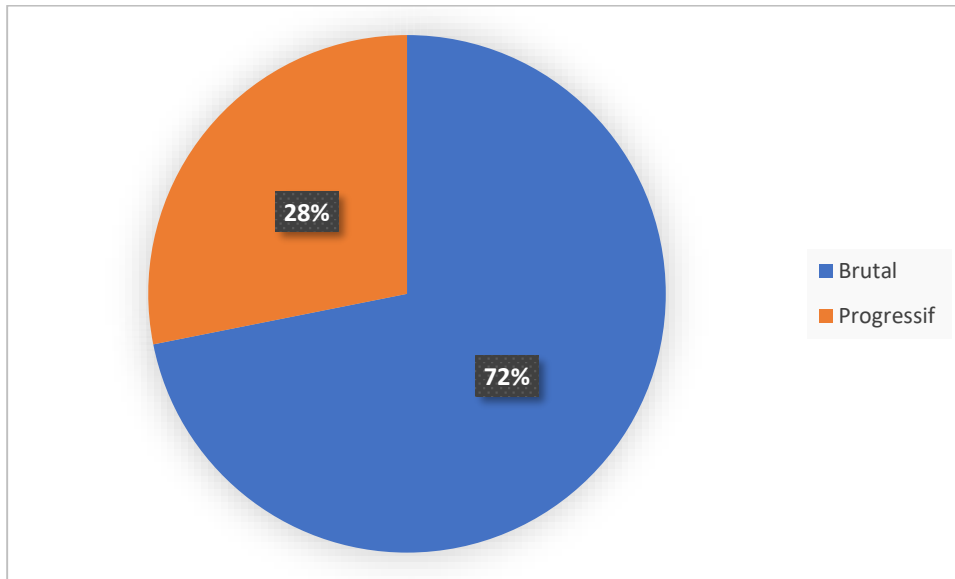


Figure 6 : Répartition selon le mode de début

La survenue de la douleur était brutale dans 72%.

3.4-L'intensité de la douleur

Tableau X : L'intensité de la douleur par l'EVA

EVA	Effectif	Pourcentage
Légère	10	1,6
Modérée	172	28
Forte	408	66,3
Très forte	25	4,1
Total	615	100

Dans 66,3% des cas la douleur était très forte selon l'échelle visuelle analogique de la douleur (EVA).

3.5-Le type de douleur

Tableau XI : Le type de douleur

Types de douleur	Fréquence	Pourcentage
Piqûre	238	38,7
Brûlure	147	23,9
Coup de poignard	120	19,5
Torsion	44	7,2
Crampe	34	5,5
Tiraillement	19	3,1
Striction	8	1,3
Pesanteur	4	0,6
Ecrasement	1	0,2
Total	615	100

La piqure était le type de douleur le plus représenté soit 38,7%.

3.6-L'évolution de la douleur

Tableau XII : L'évolution de la douleur

Evolution de la douleur	Fréquence	Pourcentage
Indéterminée	18	2,9
Intermittente	211	34,3
Permanente	386	62,8
Total	615	100

La douleur était permanente dans 62,8% des cas.

3.7- Les facteurs déclenchants la douleur

Tableau XIII : Les facteurs déclenchants de la douleur

Facteurs déclenchants	Fréquence	Pourcentage
Néant	425	69,1
AINS	140	22,8
Jeune	20	3,3
Epices	11	1,8
Repas	8	1,3
Stress	7	1,1
Décoctions	3	0,5
Alcool	1	0,2
Total	615	100

Il n'existait pas de facteur déclenchant dans la plupart des cas.

3.8- Les facteurs de risque des perforations gastriques et / ou duodénales d'UGD

Tableau XIV : Les facteurs de risque

Facteur de risque	Effectif	Pourcentage
Médicaments traditionnels	31	5
AINS	200	32,5
Alcool	65	10,6
Tabac	253	41,1

Le tabac était le facteur de risque le plus présent

3.9- Les signes associés à la douleur

Tableau XV : Les signes associés

Signes associés	Effectif	Pourcentage
Vomissements	467	75,9
Constipation	50	8,1
Fièvre	428	69,6
AMG	232	37,7
Diarrhée	11	37,7

Le principal signe associé était le vomissement avec un pourcentage de 75,9%

3.10- Les signes généraux

3.10.1- L'indice de performance selon l'OMS

Tableau XVI : Performance selon l'OMS

Indice OMS	Effectif	Pourcentage
1	30	4,9
2	386	62,8
3	195	31,7
4	4	0,7
Total	615	100

Le score de performance OMS était égal à 2 chez 62,8%.

3.10.2- Les signes généraux

Tableau XVII : Les signes généraux

Signes généraux	Effectif	Pourcentage
Pression artérielle normale	407	66,2
Fièvre	302	49,1
Fréquence cardiaque Normale	367	59,7
Polypnée	368	59,8
Conjonctives Normo-Colorées	400	65
Amaigrissement	10	1,6

La pression artérielle était normale dans 66,2% des cas.

3.11- Les signes physiques au niveau de l'abdomen

3.11.1- l'inspection

Tableau XVIII : L'inspection

Inspection	Effectif	Pourcentage
Distendu	21	3,4
Ecorchure	2	0,3
Eviscération	3	0,5
Immobile	487	79,2
Plaie	4	0,7
Respire bien	46	7,5
Respire peu	28	4,6
Total	615	100

L'abdomen était immobile dans 79,2% des cas

3.11.2- La palpation

Tableau XIX : La palpation

Palpation	Effectif	Pourcentage
Défense	58	9,4
Présence de signe de flot	3	0,5
Contracture	534	86,8
Cri de l'ombilic	534	86,8

La contracture abdominale et le cri de l'ombilic ont été retrouvés dans la majorité des cas dans 86,8%.

3.11.3- La percussion

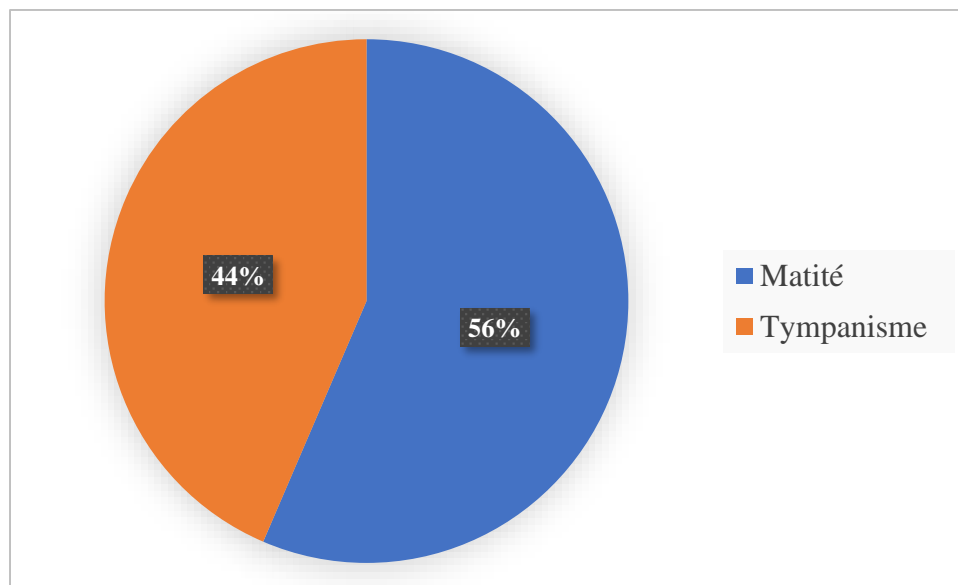


Figure 7 : La percussion

La matité était retrouvée chez la majorité des patients dans 56%.

3.11.4- L'auscultation

Tableau XX : Les bruits hydro-aériques à l'auscultation

Bruits hydro-aériques	Effectif	Pourcentage
Augmentés	148	24,1
Diminués	348	56,6
Non fait	119	19,3
Total	615	100

Les bruits hydro-aériques étaient diminués chez la majorité des patients avec un pourcentage de 56,6%.

3.11.5- Le toucher rectal

Tableau XXI : Le toucher rectal

Toucher rectal	Effectif	Pourcentage
Cri du Douglas	455	74
Normal	108	17,6
Douglas bombé	30	4,8
Non fait	22	3,6
Total	615	100

Le cri du Douglas était présent dans 74% des cas

3.12-Examens complémentaires

3.12.1- L'imagerie

Tableau XXII : L'imagerie réalisée

Imagerie	Effectif	Pourcentage
ASP	539	87,6
Echographie abdominale	303	49,3
TDM	12	2

L'imagerie la plus réalisée était la radiographie de l'abdomen sans préparation soit 87,6%.

3.12.1.1- L'ASP

Tableau XXIII : La radiographie de l'ASP

Résultats	Effectif	Pourcentage
Pneumopéritoine	423	78,5
Grisaille diffuse	24	4,4
Niveau hydro-aérique	92	17,1
Total	539	100

La radiographie de l'abdomen sans préparation avait objectivé un pneumopéritoine dans 78.5% des cas.

3.13-Diagnostic per- opératoire

Tableau XXIV : Répartition selon l'organe perforé

Organe	Effectif	Pourcentage
Duodénum	229	37,2
Estomac	386	62,8
Total	615	100

L'organe le plus perforé était l'estomac avec un pourcentage de 62,8%.

3.13. Bilans pré-opératoire :

Le bilan pré-opératoire a été demandé et réalisé chez tous nos patients.

Le taux d'hémoglobine moyen était de : 10,4 g /dl (VN : 11g à 14g/ dl)

Les leucocytes étaient en moyenne égales à : 12000/mm

Le taux de prothrombine : 70%

La glycémie était normale : 4,8 mmol /l (VN : 4,1 à 6,1) mmol /l

Tableau XXV : Répartition en fonction du diagnostic étiologique

Diagnostic étiologique	Fréquence	Pourcentage
Traumatisme	33	5,4
Tumeur gastrique	12	2,0
UGD	570	92,7
Total	615	100,0

L'ulcère gastroduodénale était la principale cause de la perforation soit 92,7 %

Tableau XXVI : Répartition selon le siège des perforations

Siège de la perforation	Effectif	Pourcentage
Antre	374	60,8
Bulbe	229	37,2
Antro-pylorique	3	0,5
Corps gastrique	9	1,5
Total	615	100

Le siège le plus fréquent de la perforation était sur l'antre gastrique soit 60,8%.

TABLEAU XXVII : Répartition selon les lésions associées

Lésions associées	Effectif	Pourcentage
Perforation colique	11	1,7
Perforation vésiculaire	2	0,3
Perforation grêlique	13	2,1
Lésion hépatique	8	1,3
Lésion pancréatique	2	0,3

La perforation grêlique était la plus représentée soit 2,1 %

Tableau XXVII : Répartition du diagnostic étiologique selon le siège de la perforation

Diagnostic étiologique	Siège de la perforation		Total
	Antre	Bulbe	
UGD	338(59,3%)	232(40,7%)	570
Perforation tumorale	12(100%)	0	12
Perforation traumatique	25(75,8%)	8(24,2%)	33

Tableau XXVIII : Répartition selon l'aspect de la lésion

Aspect lésionnel	Effectif	Pourcentage
Linéaire	152	10,2
Ponctiforme	348	55,6
Arciforme	22	43,6
Délabrée	1	0,2
Circulaire	96	13,5
Induré	8	0,2

La lésion était ponctiforme dans 55,6% des cas

Tableau XXIX : Répartition selon le diamètre (moyenne)

Dimension en cm	Effectif	Pourcentage
0-1	482	78,4
1,1 -2	113	18,4
2,1 -3	18	2,9
> 3	2	0,3
Total	615	100

La majorité des perforations ne dépassait pas 1 cm. La moyenne des perforations était de 0,7 et un écart type de 0,4 avec des extrêmes de 0,5 à 5 cm.

Tableau XXXI : Répartition selon l'indice de Mannheim Peritonitis Index

MPI	Effectif	Pourcentage
<26	525	85.4
≥26	90	14.6
Total	615	100

Tableau XXXII : Siège de la perforation /Sexe

Siège de la perforation			
Sexe	Antre	Bulbe	Total
Masculin	356	218	574
Féminin	19	22	41
Total	375	240	615

Le siège de la perforation était localisé principalement dans l'antre chez les hommes et dans le bulbe chez les femmes.

Tableau XXXIII : Diagnostic étiologique / Moyenne d'âge

	Effectif	Moyenne d'âge	Ecart type
UGD	570	37,5	13,7
Tumeur perforée	12	48,6	12
Traumatisme	33	33	18

L'âge moyen et l'écart type sont de $37,5 \pm 13,7$ dans la perforation d'ulcère gastro-duodénal, dans la tumeur perforée l'âge moyen et l'écart type sont de $48,6 \pm 12$ et dans le cas de perforation traumatique ils sont de 33 ± 18

4-Traitements

Tous nos patients avaient reçu des mesures de réanimations adéquates avant l'intervention.

Tableau XXXIV: Répartition selon l'opérateur

Opérateur	Effectif	Pourcentage
DES	417	67,8
Chirurgien	198	32,2
Total	615	100

La majorité de nos patients étaient opérés par les DES soit 67,8% des patients opérés.

Tableau XXXIII : Gestes/ Diagnostic étiologique

Gestes	UGD	Tumorale	Traumatique
Excision + Suture	146 (25,6%)	6(50%)	18(54,5%)
Excision + Suture	419 (73,5%)	2(16,6%)	14(42,5%)
+Epiploplastie			
Gastrectomie 4/5	0	4	0
Gastro-entéroanastomose	5(0,9%)	0	1(3%)

Tableau XXXIV : Répartition selon les techniques opératoires

Techniques chirurgicales	Effectif	Pourcentage
Excision + Suture	123	20
Excision+suture+épiplooplastie	475	77,2
Gastrectomie 4/5	10	1,7
Suture+ Gastro-entéroanastomose	7	1,1

L'excision + suture + épiplooplastie était la technique la plus utilisée avec un pourcentage de 77,2%. L'excision + suture est réalisée dans 20% des cas

Tableau XXXVI : Répartition selon d'autres gestes associés

Autres gestes	Effectif	Pourcentage
Colectomie segmentaire	3	0,5
Vagotomie bitronculaire	11	1,8
Cholécystectomie	2	0,3
Pancréatectomie corporeale et ou caudale	2	0,3

La vagotomie bi tronculaire était le geste associé le plus réalisé

5-Facteurs Pronostiques

Tableau XXXVII : Répartition selon les suites opératoires immédiates

Suites opératoires précoces (1-30j)	Effectif	Pourcentage
Simple	523	85,1
Décès	58	9,4
Suppuration pariétale	15	2,4
Eviscération	3	0,5
Péritonite post opératoire	8	1,3
Occlusion intestinale	3	0,5
Fistule digestive	2	0,3
Lâchage des points de suture	2	0,3
Maladie thromboembolique veineuse	1	0,2
Total	615	100

Les suites opératoires immédiates étaient simples dans 85,1% des cas

Tableau XXXVIII : Répartition des complications selon la classification de Clavien-Dindo

Grade	Effectif	Pourcentage
1	0	-
2	15	17,2
3	1	1,1
4	13	15
5	58	66,7
Total	87	100

Le décès constituait la principale complication selon la classification de Clavien-Dindo.

Tableau XXXVIII : Répartition de la morbidité selon les étiologies

Morbidité	UGD	Tumorale	Traumatique
Suppuration pariétale	4	7	4
Maladie thromboembolique veineuse	0	1	0
Eviscération	0	2	1
Péritonite post opératoire	1	4	3
Occlusion intestinale	0	1	2
Fistule digestive	0	2	2
Total	5	17	12

La tumeur gastrique représentait la majorité la plus élevée des morbidités de notre études

Tableau XXXIX : Répartition de la morbidité selon les étiologies

Morbidité			
Diagnostic étiologique	Oui	Non	Total
UGD	75(13,1%)	495	570
Tumeur gastrique	5(41,7%)	7	12
Traumatisme	12(36,4%)	21	33
Total	92(14,9%)	523	615

Tableau XL : Mortalité à 03 mois/Diagnostic étiologique

Mortalité			
Diagnostic étiologique	Oui	Non	Total
UGD	52(9,1%)	518	570
Tumeur gastrique	5(41,7%)	7	12
Traumatisme	10(30,3%)	23	33
Total	67(10,9%)	478	615

La mortalité globale à 03 mois était de 10,9%

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons recruté 615 patients dont 570 patients pour perforations par ulcère gastroduodéal, 12 patients pour perforation tumorale gastrique et enfin 33 patients pour perforation traumatique. Certaines difficultés ont été rencontrées telles que : la rareté dans la littérature d'études qui ont traité les perforations gastroduodénales de toutes les étiologies, l'exploitation difficile de certains dossiers qui a conduit à leur annulation ainsi que le nombre élevé de malades perdus de vue. Malgré tout, nous avons pu avoir des résultats englobant les perforations de toute étiologie, qui pourraient être utilisés par la littérature.

1-Fréquence

Tableau XLI : Fréquences des perforations d'ulcère gastroduodénale et auteurs

Auteurs	Fréquence	Effectif	Test statistique
Sacko O et coll. (2020) [73] Mali	30%	54/176	P=0.0007
Camara M et coll. (2021) [74] Guinée Conakry	8,6%	30/363	P=0.32
KAMBIRE Jean-Luc et coll. (en 2018) Burkina Faso [75]	17,2 %	25/145	P=0,11
Doumbia S et coll. (2021) Mali [76]	27,7	59/213	P=0,001
Notre étude	9,1%	570	

Nous avons enregistré une fréquence de 9,1% qui est statistiquement comparable aux études de Camara M et coll en Guinée Conakry en 2021 et de Kambire et coll en 2018 au Burkina Faso avec $P > 0,05$.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que nos populations ont le même mode vie. Notre fréquence est cependant différente des résultats de Sacko en 2020 et de Doumbia S en 2021 au Mali avec $P < 0,05$. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de notre échantillon.

Tableau XLIII: Fréquences des perforations tumorales et auteurs

Auteurs	Fréquence	Effectif	Test statistique
Koriko F. [3] 2019	2,2%	8	P=1
Kontan C. [77]	3,3%	13	P=1
Notre étude	2,7%	12	

La fréquence de notre série est de 2,7% avec un effectif de 12 perforations tumorales sur 451 cas, ce qui est statistiquement comparable aux résultats de Kontan C. 3,3% avec un P=1, et de celui de Fousseini K en 2019 au Mali, ce qui démontre la rareté des péritonites par perforations tumorales qui est une phase assez tardive de la maladie.

Tableau XLIV: Fréquence des perforations traumatiques et auteurs

Auteurs	Fréquence	Test statistique P=
Sylla D [78], Sikasso 2021	12,4 %	<0,000
DIABY. H.B Mali [13] 2013	15,8 %	0,02
Koriko F. [3] 2019	2,6 %	0,001
Notre étude	3,7%	

Nous avons enregistré dans notre étude 33 cas de perforation traumatique sur 883 cas des traumatismes abdominaux opérés, soit une fréquence de 3,7%. Ce résultat est statistiquement inférieur à ceux de la littérature (3, 13, 78) ce qui serait lié à l'augmentation de la criminalité dans ces grandes villes.

2-Diagnostic clinique

Tableau XLV : Signes fonctionnels et auteurs

Auteurs	Douleur abdominale	Vomissements	Arrêt des matières et de gaz
Sacko [73] Mali 2019	N (72%) P=0,000	N(11%) P=0,000	N(2%) P =0,05
D. Sylla [78] Mali 2021	90,47% P=0,02	40,47% P=0,000	7,14% P=1
CAMARA M et coll. [74] Guinée Conakry 2021	100% P=1	93,3% P<0,000	- -
Notre étude	100%	75,9%	8%

Tous nos malades avaient une douleur abdominale. Cet état de fait est statistiquement comparable à celui de la littérature [73,74,78] avec respectivement 100% ; 90,47%, et 72, % ce qui pourrait s'expliquer par le contact du liquide digestif avec le péritoine.

Les perforations gastroduodénales entraînent un iléus paralytique, qui se manifeste par un syndrome occlusif (vomissements, arrêt des matières et des gaz...). Dans notre travail, la fréquence des vomissements a été de 75,9% et de 8% pour l'arrêt des matières et des gaz qui sont statistiquement supérieures à celles retrouvées chez Sacko et Sylla. Ce qui s'expliquerait par le retard de consultation dans notre série. Par ailleurs notre fréquence des vomissements était inférieure à celui de Camara qui a obtenu une fréquence de 93,3%.

Tableau XLVI: Signes physiques et auteurs

Auteurs	Contracture	Disparition matité pré hépatique
Sacko [73] Mali 2019	74% P =0,000	-
M. Coulibaly [80] Mali 2017	88,9% P=0,45	64,8 % P=0,27
Koriko F [3] Mali 2019	92,9% P=0,2385	70,4% P=1
Notre étude	86,8%	70,4%

Parmi les signes de péritonite aiguë ou généralisée, la valeur prédictive de la contracture abdominale est élevée ; elle réalise une rigidité « aspects en ventre de bois », associée à un ventre plat se défendant contre les mouvements respiratoires, elle a été trouvée dans 86,8% dans notre rapport , cela est statistiquement comparable aux résultats de Coulibaly Mali 2017 et de Fousseini en 2019, mais différent de celui de Sacko Mali 2019 qui était de 74% la cause pourrait être à cause du taux élevé de perforation gastrique. Le liquide acide de l'estomac est source d'irritation du péritoine ceci plus que le liquide du duodénum [9].

La disparition de la matité pré-hépatique a été largement retrouvée chez nos patients, soit 70,4% sans différence statistique avec les autres auteurs cette disparition de la matité qui s'expliquerait par la position du patient lors de l'examen physique avec présence de pneumopéritoine en sous diaphragmatique.

**Tableau XLVII : Présence de pneumopéritoine à la radiographie
de l'ASP et auteurs**

Auteurs	Effectif	Pneumopéritoine	P
M. Coulibaly Mali 2017 [80]	54	77,2%	0,4323
Sylla S [78]	112	100%	0,000
Sylla D [79]	110	57,14%	0,000
Notre série	482	78,5%	

Le pneumopéritoine est un signe capital dans les perforations digestives, il a été retrouvé chez 78,5% des malades à la radiographie de l'ASP de notre étude, ce qui est statistiquement comparable à celui de M. Coulibaly Mali 2017 qui a obtenu un taux de 77,2% . Cependant il est différent avec ceux de Sylla S en 2021 et Sylla D au Mali. Toujours est-il dit que l'absence du pneumopéritoine n'empêche pas de poser le diagnostic de perforation digestive. Car cette absence pourrait s'expliquer par le fait que

-l'organe creux soit vide de gaz,

- la perforation peut être aussitôt obstruée par une particule alimentaire ou par un viscère voisin ou encore par la fibrine,

- il peut y avoir une résorption rapide de gaz ou aspiration lors d'une ponction de l'abdomen [81].

Tableau XLVIII: Siège de la Perforation

Auteurs	Effectif	Gastrique	Duodéal
M. Coulibaly [80] Mali 2017	54	43(79,6%)	11(20,4%)
		P =0,011	P =0,011
Sacko Mali [73] 2019	54	37(68,52)	17(31,48)
		P=0,552	P=0,455
Periklis [82] Grèce 2016	198	71(35,86%)	127(64,14%)
		P=0,000	P=0,000
Notre série	615	386(62,8%)	229(37,2%)

La perforation gastrique est plus fréquente que celle du duodénum avec une fréquence de 62,8% ce qui est statistiquement comparable aux résultats de Sacko Mali 2019 et de Coulibaly M Mali 2017 mais différent de celui Periklis en Grèce en 2016 cela pourrait être dû à l'étiologie ulcéreuse de nos perforations surtout liée à par l'infection par l'Helicobacter Pylori.

3-Traitement

3.1-Les perforations gastroduodénales

Tableau XLIV: Techniques opératoires et auteurs

Auteurs	Effectif	Excision+ suture	Excision+ suture+ épiploplastie
Sacko [73] Mali	54	31,48%	68,52%
2019		P= 0,1042	P=0,2648
Koriko F [3]	507	98(19,3%)	409(80,7%)
2019		P=1	P=0,6028
Coulibaly [80]	54	-	96,3%
Mali 2017			P=0,0001
Notre série	615	123 (20%)	475 (77,2%)

L'excision+suture+épiplooplastie a été la technique la plus utilisée avec 77,2% dans notre série étude, ce qui est en adéquation avec les résultats Fousseini au Mali en 2019 [3] et Sacko 2019 au Mali P>5% , par contre différent de celui de Coulibaly Mali 2017, qui a retrouvé 96,3%, ce qui serait dû la présence majoritaire de perforation unique motivant une technique d'excision et suture simple.

3.2-Perforation tumorale

Tableau XLV: Méthodes chirurgicales et auteurs :

Méthodes Auteurs	Résection	Dérivation seule
Jaka , Tanzanie, 2013[83]	22(13,1%) P=0	104(61,9%) P=0,0000
Okumura Tokyo 2014[84]	49(53,3%) P=0,06	25(27,2%) P=0,4405
B.T.Dembélé 2013[14]	3(21,3%) P =0	6(43%) P=0,1896
Notre série	8 (66,7%)	4(33,3%)

Au cours de notre étude nous avons observé 66,7% de résection chez les patients ayant été opérés pour perforation tumorale ce taux est superposable à l'étude japonaise. Néanmoins, les études tanzanienne, et malienne de B.T.Dembélé ont trouvé un taux inférieur au notre ce qui pourrait s'expliquer par un biais de recrutement du nombre d'année d'étude.

La dérivation a été réalisée dans notre étude dans 33,3%, ce qui est conforme aux résultats de l'étude malienne (BT Dembélé) et japonaise par contre inférieur à l'étude tanzanienne dans laquelle la dérivation a représenté 61,9%. Cette différence s'expliquerait par la découverte tardive de la tumeur inaugurée par la perforation.

3-3-Perforations traumatiques

Tableau XLVI: Méthodes chirurgicales et auteurs

Auteurs	Excision+suture+drainage	Résection+anastomose
B.T.Dembele [14] 2013	17% P =0	3,4% P=1
Koriko F. 2019 [3]	83,3% P=0,001	11,1% P=0,04
Notre étude	32 (97%)	1 (3%)

Nous avons pratiqué la technique d'excision+suture+drainage dans 97% des cas, qui est contraire aux résultats de l'étude de Fousseini K 2019 [3] et B.T.Dembélé [14] qui ont trouvé respectivement 83,3% et 17% de cas ($P<0,05$). Cette différence pourrait être expliquée par la localisation de la lésion qui dans notre étude est gastrique.

La résection anastomose a été réalisée à 3%, comparable à l'étude de B.T. Dembéle [14] qui a retrouvé 3,4% avec un $P=1$ mais contraire à celui de Fousseini qui a obtenu 11,1% ; ce qui s'expliquerait par la taille de la lésio

4-Evolution et pronostic

4-1- Les perforations d'UGD gastroduodénales

Tableau XLVII: Morbidité liée à la perforation d'UGD gastroduodénale et auteurs

	Koriko F. 2019 [3] N=507 n(%)	SIDDEYE Mali 2009 [85] N=120 n(%)	Notre étude 2024 N= 615
Simple	436(86%) P=1	98(81,7%) P=0,7036	523(85,1%)
Abcès de	9(1,8%) P=1	13(10,8%) P=0,0184	15(2,4%)
Paroi	3(0,6%) P=1	3(2,5%) P=0,2462	3(0,5%)
Occlusion	3(0,6%) P=1	-	3(0,5%)
Eviscération	3(0,6%) P=1	-	3(0,5%)

Les suites dans les perforations d'UGD ont été simples dans 85% chez les malades de notre étude ce qui est comparables aux résultats retrouvés dans la littérature [3, et 85].

La principale complication retrouvée est l'abcès de la paroi avec 2,4%, ce qui est en accord avec les résultats de Fousseini et Siddeye [3 et 85].

Tableau XLVIII : Mortalité liée à la perforation gastroduodénale et auteurs

Auteur	Mortalité n (%)	Test statistique P=
COULIBALY, Mali 2005 [74] N=60 n (%)	3 (5%)	0,4067
SIDDEYE, Mali 2009 [85] N=120 n (%)	5 (4,2%)	0,2506
Youssef S, Tunisie 2005 [86] N=502 n (%)	20 (4%)	0,2506
Notre étude	52 (9,1%)	

La mortalité a été de 9,1% dans notre travail ce qui est comparable aux résultats de Youssef S en Tunisie 2005, des maliens Coulibaly 2005, et SIDDEYE 2009. Ce résultat pourrait s'expliquer par le retard de la prise en charge.

4-2-Perforations tumorales

Tableau XLIV : Morbidité liée à la tumeur et auteurs

Auteurs	Morbidité	Test statistique P
Jaka Tanzanie, 2013[83]	43(25,6%)	0,024
Mansoor Pakistan, 2013[89]	20(29%)	0,075
Notre étude n=12	5(41,7%)	

La morbidité dans notre série a été de 41,7%, ce qui est en accord avec les résultats Pakistanais, Tanzanien.

Tableau XLV : Mortalité liée à la tumeur et auteurs

Auteurs	Mortalité	Test statistique P=
Jaka Tanzanie 2013 [83]	(34)18,5%	0,000
Okumura Tokyo 2014 [84]	(8)8,2%	0,0000
Notre étude	5(41,7%)	

La mortalité dans notre étude est de 41,7%, ce qui est supérieur aux résultats Tanzanien, Japonais, ce qui s'expliquerait par la consultation tardive de nos patients et leur mauvais état général lors de leur admission.

4.3-Perforations traumatiques

Tableau XLVI: Morbidité liée à la perforation traumatique et auteurs

	Fréquence	P=
B.T.Dembélé 2011 [14]	16,3%	0,0020
Sani et al Niger [87]	42,4%	0,4686
Saleh et Upaahyay Nouvelle Zélande [88]	35%	1
Notre étude	36,4%	

La morbidité dans notre étude est de 36,4% qui est en accord avec les résultats Nigérien et Nouvelle Zélandaise, par contre supérieur au résultat de B.T. Dembélé, cela serait dû au retard de cicatrisation chez certains patients.

Tableau XLVII: Mortalité liée à la perforation traumatique et auteurs

Auteurs	Fréquence	P=
B.T Dembélé 2011 [14]	14%	0,0099
Sani et al Niger [87]	18%	0,067
Notre étude	30,3%	

Notre avons observé 30, 3% de mortalité ce qui est en concordance avec celui de Sani et al Niger mais est supérieur au résultat de B.T Dembélé. L'explication serait l'arrivée tardive des patients.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII- CONCLUSION

Les perforations gastroduodénales sont fréquentes dans le service de Chirurgie Générale du CHU Gabriel TOURE. Elle donnait un tableau de péritonite aigue généralisée qui nécessitait une prise en charge chirurgicale en urgence. Le pronostic et l'évolution dépendaient de la prise en charge.

Le taux de morbi mortalité reste élevé surtout pour les perforations tumorales.

Un diagnostic précoce de ces tumeurs et une prise en charge précoce de ces perforations pourraient améliorer le pronostic.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes.

1-Aux autorités sanitaires et politiques

- Elaboration d'un programme de lutte contre l'automédication
- Amélioration du plateau technique pour la meilleure prise en charge des urgences abdominales.
- Renforcement de formation continue du personnel socio-sanitaire
- Lutter contre la criminalité dans le pays
- Sécuriser la circulation routière

2-Au personnel socio- sanitaire

- Demander la fibroscopie gastroduodénale plus biopsie devant toute épigastralgie
- Prévenir et/ou éradiquer l'infection a HP
- Sensibiliser la population sur les dangers liés a l'automédication surtout les AINS

3-Aux populations

- Consulter un médecin devant tout cas d'épigastralgie
- Eviter l'automédication et la consommation de cigarette.
- Solliciter l'avis de son médecin traitant avant le jeûne du mois de Ramadan pour les malades ulcéreux connus.
- La Consultation au centre de santé après un traumatisme de la voie publique.
- Adopter une bonne hygiène de vie

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES

1. **Le Larousse médical** 2009 P.724
2. **Youssouf souleymane sidibe**. Péritonites aiguës généralisées au centre de santé de référence de bougouni . Thèse de Médecine Publie en 2022 ; Page :18
3. **Fousséni Koriko**.Péritonite par perforations gastroduodénales dans le service de chirurgie générale du CHU GABRIEL TOURE ; Thèse de médecine ; Publie en 2019
4. **Rauws EA,Tytgat GN** .Cure of duodenal ulcer associated with eradication of Helicobacter pylori Lancet 1990 ;335 ;1233-35
5. **Chua CL,Jeyaraj PP,Low CH**. Relative risk of complication in giant and no giant gastric ulcers Am.J-Surg 1992;164 94-7
6. **Boey J, Wong J Ong GB**. A Prospective study of Operative Risk Factors in perforated duodenal ulcer . Ann Surg 1982; 195: 265 – 269.
7. **Coulibaly ADAMA Interne des hôpitaux**. Les ulcères gastroduodénaux en milieu chirurgical. "Etude rétrospective de 469 cas recensés au Centre Hospitalier Universitaire de Treichville" [Thèse de médecine] Abidjan 1978
8. **Mondor H**. Diagnostic Urgent abdomen ; Masson 9ème éd. 1979 ; 11190 24 cm
9. **Demartines N, Rothenbühler J M, Chevalley J P, Harder F**. La chirurgie d'urgence en cas d'ulcère gastro duodéal perforé Helv.Chir Acta 1991 ;58 : 783-7
10. **Mc. Nealy R W, Hedin** .Perforation in gastric carcinoma Surg.Gynecol obstet. 1938 67 .818-89
11. **ZZ. Sanogo et al**. Perforations digestives au CHU du Point G Article-Mali Medical 2012 tome 27 n°1
12. **Coulibaly M**. Péritonite par perforation gastroduodénale au service de Chirurgie de l'Hôpital de Sikasso à propos de 54 cas
13. **Diaby Hamidou Boubacar**. Péritonite par perforation d'ulcère gastro-duodenal au CHU Gabriel Toure Thèse Médecine Mali 2013
14. **Dembele BT ,Traore A .,Togo A.,Kante L.,Diakite I.,Diallo G**. Péritonites par perforation sur cancers gastriques au CHU Gabriel Toure Mali Medical 2013 Tome 28 n°2 p :17-19
15. **Bouchra EL HAMIDI**. Péritonite par perforation d'ulcère gastroduodéal à-propos de 247 cas. A MARREKECH. THESE de médecine ,2007 ; p :13

16. **Lin BC , Liao CH , Wang SY , Hwang TL.** Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer : simple closure versus omentopexy. J Surg Res. 2017 Dec ;220 : 314-345.
doi :10.1016/j. jss. 2017.07.034.Epub 2017 Aug 19
17. **Agresta F , Mazzarolo G , Ciardo LF, Bedin N .** The laparoscopic approach in abdominal emergencies :has the attitude changed. A single-center review of a 15-year experience. Surg Endosc.2008 ;22 :1225 p
18. **Mouret P, François Y, Vignal J, Barth X, LombardPlatet R.** Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer. Br J Surg 1990; 77: 1006

19. **Chevrel (J P).** Introduction à l'étude de l'anatomie.Abrège d'anatomie générale Paris Masson 1991 ; 201 p
20. **Hermann H, Cier JF.** Digestion-excrétion urinaire muscle.Précis de physiologie, Paris Masson 1979(2) ;399 p
21. **Gambarelli J, Guerinel G :** Anatomie générale Pc EMI.Médiprint 1982 ; 177p
22. **Fouet P:** Abrégé de gastro-entérologie.2eme édition Paris : Masson, 1983, 341 pages.
23. Anatomie le tronc.Le duodéno-pancréas et les voies biliaires extra hépatique Médecine –sciences flammrion 49-
24. **Mignon M, Nguyen, Phuoc BK.** Etiopathogénie de la maladie ulcéreuse. In :
BERNIER JJ . Gastro –entérologie, 2ème édition Paris Flammarion 1987;290-96.
25. **Green J.H,Silver P.H.S.** Manuel d'antomie humaine.Masson Paris 1986 ; P21565-2170.
26. **Gurleyik E.** Changing trend in emergency surgery for perforated duodenal ulcer.Phys surg p 2003; 13 (12): 708 – 10 tome
27. **Hurean J, Patel JC.** Paroi de l'abdomen (hernie, éventration et éviscération).
Pathologie chirurgicale, 3ème édition entièrement refondue
28. **Masson Paris** 1978, xxv 1520p: ill, Index 2cm,471-234.
29. **Lorand I Molinier N, Soles J P, Douchez F , Gayral F.** résultat du traitement Coelioscopique des ulcères perforés .chirurgie 1999 ; 124 : 149 – 53 .
30. **Loygue J, Malafosse M, Derieux J.** Pathologie chirurgicale, chirurgie viscérale nouvelle Edition augmentée.Editions Foucher 1982 , 201P
31. **Pailler JL,Brissiaud JC,Jancovovici R, Vica PH .**Radio diagnostic des perforations d'ulcère.Encycl Méd Chir Editions Techniques (Paris-France) Estomac-intestin 9007, A 10,5-1990 20p

32. **Aparicio T, Yacoub M, Karila-Cohen P, René E.** Adénocarcinome gastrique : notions fondamentales, diagnostic et traitement. Encyclopédie Médico-chirurgicale 9-027-A-10 2004.
33. **Wang X, Terry PD, Yan H.** Review of salt consumption and stomach cancer risk: Epidemiological and Biological evidence. *World Gastroenterol* 2009; 15(18):2204-13.
34. **Bailey C.** Stomach cancer. *Clinical Evidence* 2008; 09:404-413
35. **Gill S, Shah A, Le N and al.** Asian Ethnicity Related Differences in Gastric Cancer Presentation and Outcome Among Patients Treated at a Canadian Cancer Center. *Journal of clinical oncology* 2003; 21(11):2070-76.
36. **Layke JC, Lopez PP.** Gastric cancer Diagnosis and Treatment Options. *American Family Physician* 2004; 69(5):1133-40.
37. **Correa P, Piazuelo MB.** Natural history of Helicobacter pylori infection. *Dig Liver Is* 2008; 40(7):490-6.
38. **Roder D. M.** The epidemiology of gastric cancer. *Gastric Cancer* 2002; 5(1):5-11.
39. **Kaye M, Lombardo R, Gay G et al.** Gastric Cancer Patient Care Evaluation Group from the Commission Cancer. *J Gastrointest Surg* 2007; 11:410-20
40. **Hartgrink HH.** Improving outcome for scirrhus gastric cancer. *Gastric Cancer* 2009; 12:3-5.
41. **Ouattara H, Sawadogo A, D Ilboudo P et al.** Le cancer de l'estomac au centre hospitalier national Sanou Souro (CHNSS) de Bobo Dioulasso Aspects épidémiologiques. A propos de 58 cas de janvier 1996 à juin 1999. *Médecine d'Afrique Noire* 2004;51(7):423-425
42. **Bagnan KO, Padonou N, Kodjoh N, Houansou T.** Le cancer de l'estomac, à propos de 51 cas observés au CNHU de Cotonou. *Médecine d'Afrique Noire* 1994; 41(1):39-43
43. **Maconi G, Manes G, Porro GB.** Role of symptoms in diagnosis and outcome of gastric cancer. *World J Gastroenterol* 2008; 14(8):1149-55.
44. **Michel P, Di Fiore F.** Le traitement adjuvant du cancer gastrique. *Hepato-Gastro* 2005; 12(2):135-40
45. **Van de Velde CJH, Benson IIIA B.** Accomplishments in 2007 in the Management of localized gastric cancer. *Gastrointestinal cancer Research* 2007; 2(3):42-6.

47. **Mutter D, Marescaux J.** Gastrectomies pour cancer : principes généraux, anatomie vasculaire, anatomie lymphatique, curages. Encyclopédie Médico-chirurgicale 40-330-A 2004.
48. **Maré F.** Epidémiologie des cancers digestifs au service de chirurgie générale CHU Gabriel Touré. Thèse de Méd. Bamako F.M.P.O.S 2005 ;162p N°140
49. **LAVOIE P.** Pathologie chirurgicale (2e édition) Montréal.
50. **Moore EE et al.** Organs injury scaling; spleen, liver, and kidney J. trauma, 1989; 29:1664-6.
51. **Multer D, et al.** Contusions et plaies de l'abdomen. Enc. Med. Chir. Gastro-entérologie, Urgence. Paris: Elsevier. 1998.
52. **Burch JM.** New concepts in trauma. Am j surg, 1997 ; 118 :736-71.
53. **Evatuy R R, Simon R J, Stawii W M.** A critical evaluation of laparoscopy in penetrating abdominal trauma. J Trauma, 1993; 34:822-28.
54. **Clot PH.** Contusion et plaie de l'abdomen. EMC Urg, 11-79, 24039 A-10.
55. **AUBSPIN D.** Urgences abdominales traumatiques. Feuille de radiologie, 1995, 5 : 390 – 391
56. **Emmanuel M, Loic L, Lazdunski, Olivier L.** Plaies thoraciques et abdominales. Rev du praticien, Paris 1997; 47 :964-87.
57. **Philippe B, Daniel J.** Plaie, contusion de l'abdomen. Rev Praticien, 1995; 45:2205-13.
58. **Grosdidier J, Boissel P.** Contusion et plaies de l'abdomen. Encycl Med Chir, Paris 9007 A: 104-1977.
59. **Bège T, Berdah SV, Brunet C.** Les plaies par arme blanche et leur prise en charge aux urgences. J Eur Urg Rea, 2013 ; 24 :221-7.
60. **Wineck T., Rosely H, Grout G, Luallin. D.** Pneumo peritoneum and its association with ruptured abdominal viscus. Arch Surg, 1988; 123:709.
61. **Bender JS, Bailey CE, Saxe JM, Ledgerwood AM, Lucas CE.** The technique of visceral packing: recommended management of difficult fascial closure in trauma patients. J Trauma, 1994; 36:182-5.
62. **Love L.** Radiologie des traumatismes abdominaux. J Ann med, 1975; 231(13) :1377-80.
63. **Alve A, Panis Y, Denet C, Valleur P.** Stratégie diagnostique face aux plaies de l'abdomen. Ann de chir, 1998 ; 52(9) : 927-34.

64. **Lucas. CE.** Diagnostic and treatment of pancreatic and duodenal injuries. Surg Clin North Ann, 1977; 57:49-65.
65. **Sandler G, Leishman S.** Body wall thickness in adults and children Relevance to penetrating trauma. Injury, 2010; 41: 506-9.
66. **Moore E E, Marx J A.** Penetrating abdominal wound. Rationale for exploratory laparotomy. Jama 1985; 258:2708.
67. **Demetriads D, Rabinowithz B.** Indication for operation in abdominal stab wounds. A prospective study of patients .Ann Surg 1987; 205:129-132.
68. **Gauttier-Benoit C, Bugnon P Y.** La laparotomie dans le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen en pratique civile. Chir, 1987; 113(10):892-6.
69. **Saegesser F (Laussane).** Plaie de l'abdomen. Méd et hyg, 1982; 40:2972-298.
70. **Moore E E Moore J B, VAN Duler-MOORES, THOMPSON JS.** Mandatory laparotomy for gunshot wound penetrating the abdomen. Ann surg, 1980; 140:847-851
71. **Sobin LH, Gospodarowicz MA, Wittekind C.** TNM classification of malignant tumors. seventh edition Heidelberg:Springer;2009
72. **I. Kassegne, Kanassoua KK, Sewa E.V, Tchangai B., Sambiani D.M., Dosseh E.D.** Prise en charge des péritonites aiguës généralisées au Centre Hospitalier Universitaire de Kara. Société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Noire Francophone Tome 18 n 2 Mai 2013
73. **SACKO O, et coll.** Perforations des ulcères gastro-duodénaux dans l'Hôpital Point G Bamako Sciences chirurgicales, 2019, 10, 265-27 <http://www.scirp.org/journal/ss>
74. **CAMARA M, CAMARA T, DIAKITE A, DIAWARA Y, TOGO AP.** Péritonites par Perforation d'Ulcère Gastroduodéal dans le Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Régional de Kankan (Guinée) Vol 22 (11) Décembre 2021 pp 102-105 www.hsd-fmsb.org
75. **KAMBIRE JEAN-LUC, et al.** Les perforations gastroduodénales à propos de 25 cas au centre hospitalier universitaire régional d'Ouahigouya au Burkina Faso Rev méd Abj -RISM-2018
76. **DOUMBIA S, coll.** Les perforations gastriques et duodénales d'origine ulcéreuse dans le service de Chirurgie « A » du CHU du point G Bibliosanté.ml>handle>Mémoire, 2021

77. **Kontan C, Summer A, Bassar M, Kiziltan R, Carparlar AM.** An analysis of 13 patients with perforated gastric carcinoma: A surgeon's nightmare? World Journal of Emergency Surgery 2008;3:17
78. **Sylla S.** Topographie et pronostic de la perforation d'ulcère gastrique ou duodénal. CHU du point G chirurgie B Mali : Mémoire ;2022
79. **Sylla D.** Perforation digestives traumatique. Service de chirurgie de sikasso Mali :Mémoire ;2021
80. **Coulibaly M .** Péritonite par perforation gastroduodénale au service de Chirurgie de l'Hôpital de Sikasso à propos de 54 cas ; 2017
81. **François Luthi, Pierre Kaeser, Diane Hebert , Thérèse desart, Pierre Tschantz.** Perforation cardiaque d'un ulcère gastrique : une cause inhabituelle de décès , après résection oeso -gastrique pour carcinome épidermoïde de l'oesophage . Rev Méd de la Suisse Romande 1999 ; 119 : 59 – 62
82. **Periklis Karydakis, Dimitry In. Semenov, Alexandros V.Kyriakidis.** laparoscopic Management of perforated Peptic Ulcer Simple closure of something more
83. **Hyasinta Jaka, Mabula D Mchembe, Peter F Rambau and al.** Gastric outlet obstruction at Bugando Medical Centre in Northwestern Tanzania: a prospective review of 184 cases. BMC surgery 2013; 13:41.
84. **Yasuhiro Okumura, Hiroharu Yamashita, Susumu Aikou and al.** Palliative distal gastrectomy offers no survival benefit over gastrojé-junostomie for gastric cancer with outlet obstruction: retrospective analysis of an 11 year experience. World journal of surgical oncology 2014; 12:364.
85. **Abdoulaye Siddeye.** Les perforations d'ulcère gastroduodénal au CHU du Point G Thèse de Médecine Bamako 2009
86. **Youssef S, Helara W, Ghrissi R et al.** Le traitement des ulcères duodénaux perforés par laparoscopique. Rapport présenté aux IVème Congrès de la Société Tunisienne de chirurgie Laparoscopique et Vème Congrès de la Mediterranean and Middle Eastern Endoscopic Surgery Association. Aspects épidémiologiques et cliniques. Tunis, les 24, 25 et 26 Novembre 2005 : 17-30p.
87. **Sani R, Ngo Bissemb NM, Illo A, et al.** La plaie abdominale. Revue de dossiers à l'hôpital national de Niamey-Niger. Med Afr Noire 51(10):381–4 ; 2004
88. **Saleh MA, Upaahyay V.** (2007) Hollow viscus injury in children:starship hospital experience. World J Emerg Surg 2:14 ; 2007

89. **Hala Mansoor and Muhammed Asim Yusuf:** Outcomes of endoscopy pylori stenting in malignant gastric outlet obstruction: a retrospective study. BMC research notes 2013; 6:280.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Données administratives

1- Nom et prénom : / _____ /

2- Date de consultation : |____| |____| |____|

3- Age du malade : |____|

4- Sexe : |____| (1=Masculin, 2=Féminin)

5- Provenance : |____| 1=Bamako, 2= Autre à préciser : / _____ /

6- Nationalité : |____| 1=Maliennne, 2= Autre à préciser :
/ _____ /

7- Ethnie : |____|

1=Bambara, 2=Autre à préciser : / _____ /

8- Principale activité : |____|

1=Cadre supérieur, 2=Cadre moyen, 3=Ouvrier, 4=Commerçant, 5=Scolaire,
6=Paysan, 7=Ménagère, 8=Indéterminée, 9=Autre à préciser : / _____ /

9- Mode de recrutement à l'hôpital : |____|

1=Urgence 2=Consultation ordinaire

10- Adressé par : |____|

1=Aide soignant, 2=Infirmier, 3=Médecin généraliste,

4=Médecin spécialiste, 5=Etudiant, 6=Indéterminé, 7=Autre à préciser / _____ /

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

12- Délai de prise en charge : |____| (en heures)

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

14- Date de sortie : |____| |____| |____|

15- Motif de consultation : |____| _____ |

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

3=Hoquet, 4=Météorisme abdominale,

5=Vomissements, 6=Fièvre,7=Diarrhée,8=1+6, 9=1+3, 10=1+2, 11=1+5,
12=AVP,

13=CBV, 14=Indéterminé,15=Autre à préciser :

/ _____ /

16-Circonstance de survenue : |____|

1=spontané, 2=UGD, 3=prise AINS,4=Notion de traumatisme, 5=Stress, 6=
Tumeur 7=Indéterminée,8=Autre à préciser : / _____ /

17-Délai d'évolution : 1=0-24heures, 2=25-48heures, 3=49-72heures, 4=plus
de 72heures

18-Délai de prise en charge: 1=0-24heures, 2=25-48heures, 3=plus de
48heures

19-Siège de la douleur : |____|

1=Epigastrique, 2=Hypogastre, 3=hypochondre droit,4=Péri ombilicale,
5=Diffus, 6=Fosse iliaque gauche, 7=Fosse iliaque droite,8=Autre à préciser :

/ _____ /

20-Durée de la douleur : |____|

1=0-6H, 2=7-12H, 3=12-24H,

4=1à2j, 5=>2j, 6=autres, 7=Indéterminé)

21-Mode début de la douleur : 1=brutal,2=progressif, 3=Autre à préciser :
/ ____ /

22-Type de la douleur : |____| 1=brûlure, 2=coup de poignard, 3=torsion,
4=écrasement, 5=pesanteur, 6=crampes, 7=Piqûre, 8=indéterminé ,9=Autre
à préciser : / _____ /

23-Irradiation de la douleur : |____|

1=péri ombilicale, 2=postérieur, 3=épaule, 4=périnée, 5=organe génitaux ext,
6=diffuse, 7=localisée, 8=pan radiant,9=ceinture, 10=indéterminé,11 =Autre à
préciser : / _____ /

24a- Intensité de la douleur : |____|

EVA : échelle visuelle analogue

La note est comprise entre 0 et 10

Scores :

0-2= douleur nulle,

3-4= douleur faible,

5-6= douleur modérée,

7-8= douleur intense,

9-10= douleur très intense

25- Facteurs déclenchant : |____|

1=non, 2=effort, 3=stress,4=repas, 5=faim, 6=indéterminé ,7=Autre à préciser :
/ _____ /

26- Facteurs calmants : |____| 1=médicaments, 2=position antalgique,
3=ingestion d'aliment, 4=vomissements, 5=indéterminé,6=Autre à préciser :
/ _____ /

27- Evolution de la douleur : |____| 1=permanente, 2=intermittente,
3=indéterminée,4=Autre à préciser : / _____ /

28a- Signes d'accompagnement : |____| (1=pas de signes digestifs, 2=nausée,
3=vomissements, 4=diarrhée, 5=constipation, 6=hématémèse, 7=méléna,
8=arrêt matières et gaz,9=2+3, 10=2+3+5, 11= Hoquet, 12=autres,
13=Indéterminé), b-Autre à préciser : / _____ /

Antécédents

Personnel

29a- Médicaux : |____|1=ulcère gastro-duodéal, 2=tumeur gastrique,
3=gastrite, 4=gastro-entérite, 5=diabète, 6=drépanocytose, 7=HTA, 8=Asthme,
9=bilharziose, 12=autres, 13=indéterminé, 14=Autre à préciser : / _____ /

30a- Chirurgicaux : |____| 1=Oui, 2=Non b- Si oui diagnostic :

/ _____ / 31a- Suites

opératoires : |____| 1=simple, 2=abcès de parois, 3=autres,

9=indéterminé, 10- Autre à préciser : / _____ /

32a- Gynéco obstétrique : |____| 1=DDR, 2=parité, 3=opérée, 4=ménarche, 5=
ménopause, 6= autre, 9=indéterminé b- Si opéré Diagnostic à préciser :

/ _____ /

- **Familiaux**

33-Médicaux |____| (1=Oui, 2=Non)

34-Chirurgicaux : |____| (1=Oui, 2=Non)

35-Mode de vie : |____| (1=dermocorticoïde, 2=prise AINS, 3=tabac,
4=alcool,

5=café, 6=thé, 7=Cola, 8=autres)

Signes généraux

36-Température : |____| 1=Normale, 2=Hyperthermie, 3=Hypothermie.

37-Tension artérielle : |____| 1= Normale, 2=Hypertension, 3= Hypotension

38-Pouls : |____| 1=Normal, 2=tachycardie, 3= Bradycardie

39-Fréquence respiratoire : |____|

40a- Faciès : |____| 1=normal, 2=tiré, 3=péritonéal, 4=autres, 9=indéterminé b-

Si Autre à préciser : / _____ /

41a- conjonctives : |____| 1=colorées, 2=pâleur, 3=ictère, 4=autre, 9=indéterminé b-

Si Autre à préciser : / _____ /

42a- Pli cutané : |____| 1=absent, 2=présent, 9=indéterminé b-

Si Autre à préciser : / _____ /

43a- Langue : |____| 1=humide, 2=sèche, 3=saburrale, 9=indéterminé b-

Si Autre à préciser : / _____ /

44a- Conscience : |____| 1=normale, 2=agitée, 3=confus, 4=coma, 5=autres,
9=indéterminé b- Si Autre à préciser :

/ _____ /

45-Taille : |____| (cm)

46-Poids : |____| (kg)

Examen physique

- Inspection :

47- Présence de cicatrice abdominale : |____| (1=Oui, 2=Non)

48a- Aspect de l'abdomen : |____| 1=plat, 2=symétrique, 3=ballonné, 4=ne
respire pas , 5=saillie des muscles droits, 6=asymétrique, 7=1+2, 8=1+5, 8=1+3,
9=4+6, 10=autres, 11=indéterminé) b- Si Autre à

préciser : / _____ /

49a- Présence de circulation veineuse collatérale : |____| 1=Oui, 2=Non,
3=autre, 9=indéterminé b- Si Autre à préciser :

/ _____ /

- Palpation de l'abdomen

50- Défense : |____| 1= oui , 2=non

51- Contracture : |____| 1= oui , 2=non, 3=Indéterminé

52- Cris de l'ombilic : |____| 1=Oui, 2=Non , 3=Indéterminé

53- Masse abdominale : |____| 1=Oui, 2=Non, 3=Indéterminé

54- Douleur provoquée : |____| 1=localisée, 2=diffuse, 3= Si Autre à
préciser :

/ _____ /

55- Orifices herniaire : |____| 1=libres, 2=autres, 3=Si Autre à préciser :
/____/

56- Adénopathie : |____| 1=Oui, 2=Non, 3= Si oui à préciser :
/____/ - **Percussion**

57a- Percussion : |__| 1=normale, 2=matité déclive, 3=disparition de matité pré
hépatique, 4=indéterminé, b- Autre à préciser : /____/ -

Auscultation :

58a- Bruits intestinaux à l'auscultation : /_ / 1=normaux, 2=bruits augmentés,
3=silence abdominale, 4=indéterminé, 5=Autre à préciser :
/____/

59- Organes génitaux : |__| 1=normaux, 2= anomalie, 3=indéterminé

-Toucher pelvien

60a- Toucher rectal : |__| 1=normal, 2=douleur à droite, 3=douleur à
gauche, 4=Douglas bombé, 5=cri du Douglas, 6=2+4, 7=3+4, 8=autres,

9=4+5, 10=indéterminé b- Si Autre à préciser :

/____/

61a- Toucher vaginal : /_ / 1=normal, 2=douleur latéro-utérine, 3=Masse
latéroutérine, 4=douleur mobilisant l'utérus, 5=masse utérine, 6=2+3, 7=4+5,
8=2+5,

9=indéterminé b- Si Autre à préciser :

/____/

Autres appareils

62- Cœur : |__| 1=bruits normaux, 2=bruits anormaux, 3=souffles,
4=indéterminé, 5- Autre à préciser : /____/

63- Pouls périphériques : |____| 1=perçus, 2=non perçus

64- Appareil respiratoire |____| 1=normal, 2=bruits anormaux,
3=dyspnée,

4=autres à préciser : /____/

Examens complémentaires avant l'opération

65- ASP : |____| 1=normal, 2=pneumopéritoine, 3=grisaille, 4=niveaux hydroaériques, 5=2+4, 6=2+3+4, 7=indéterminé ,8- Autre à préciser :
/ _____ /

66- Echographie : |____| 1=normale, 2=tumeur, 3=épanchement péritonéal, 4-
Autre à préciser : / _____ /

67- Radio thorax : |____| 1=normale, 2=pneumopéritoine, 3=opacité, 4=épanchement pleural, 5=indéterminé ,6-Autre à préciser :
/ _____ /

68- TOGD : |____|
1=normal, 2=béance du cardia, 3=niche gastrique, 4=distension gastrite, 5=lacune, 6=indéterminé ,7= Autre à préciser : / _____ /

69-Scanner : /__/ 1=pneumopéritoine, 2=épanchement péritonéale, 3=solution de continuité gastrique, 4=solution de continuité duodénale, 5=lésions associées, 6=1+2+3, 7=1+2+4, 8=localisation secondaire, 9=indéterminé

Biologie

70-Numération formule sanguine: |____| 1=normal, 2=anomalie, 9=indéterminé) b-Si

anomalie préciser

71- Groupe sanguin et rhésus : |____|

72- Glycémie : |____|

73- Créatininémie : |____|

74a-Ionogramme sanguin:/__/ 1=Normal, 2=anomalie, 3=indéterminé b-Si anomalie

préciser

Diagnostic retenu

75- Diagnostic préopératoire : |____| 1=péritonite, 2=occlusion,
3=appendicite,4=crise ulcéreuse, 5= colique hépatique, 6=perforation
d'organe,7=indéterminé,8=Autre à préciser : / _____ /

76-ASA

77- Diagnostic per opératoire : |____| 1=perforation gastrique,
2=perforation duodénale,3=1+2, 4=épanchement, 5=lésion associée,
6=indéterminé,7-Autre à préciser : / _____ /

78- Sièges de la perforation : |____| 1=antral, 2=fundus, 3=petite
courbure,4=grande courbure, 5=postérieur,
6=corps,7=pylorique,8=antérieur,
9=bulbaire, 10=D2, 11=D3, 12=D4, 13=indéterminé,14- Autre à préciser : / __/

79- Dimension : |____| (cm)

80- Nombre de lésions : |____| 1=unique, 2=double,
3=multiple,4=indéterminé
,5= Autre à préciser : / _____ /

81- Aspect lésionnel : |____| 1=linéaire, 2=arrondi, 3=arciforme,
4=punctiforme, 5=indéterminé,6- Autre à préciser : / _____ /

82a-Score MPI : Mannheim Peritonisis Index/ ___/1=inferieur à 26, 2=supérieur
à 26, 3=idéterminé, 4=Autres à préciser : / _____ /

Traitement

83- Avant l'intervention : |_____| 1=antalgique, 2=antiulcéreux, 3=ATB,
4=transfusion, 5=perfusion, 6=sonde naso gastrique, 7=2+3+5, 8=1+3+5, 9=5+6
, 10=indéterminé ,11= Autre à préciser : / _____ /

Traitement Chirurgical

84-Opérateur:/___/1=Chirurgien, 2=DES, 3=Autre

85-Anesthésiste : /___/1=Médecin, 2=IAD

86- Technique : |____| 1=suture simple, 2=suture simple+omentoplastie
3=gastrectomie, 4=suture + vagotomie+GEA, 5=suture+vagotomie

+pyloroplastie,6= lavage, 7=antrectomie+vagotomie,8=hémostage
(suturevasculaire) ,9=indéterminé,10= Autre à préciser : / _____/

87- Nombre de drains : |____| 1= un drain , 2=deux drains ,
3=indéterminé ,4- Autre à préciser :
/ _____/

88-Accident per opératoire /___/1=oui, 2=non b-Si oui préciser :

89-Chimiothérapie /__ /1=oui, 2=non, 3=indéterminé

Evolution

90-Avant l'intervention : |____| 1=favorable, 2=défavorable, 3=stable,
4=indéterminé ,5-Autre à préciser : / _____/

Suites opératoires précoces (1-30j) :

91-Morbi Mortalité ,1=simples, 2=décès, 3=abcès de la paroi, 4=éviscération,
5=sténose anastomotique, 6=pneumopathie, 7=occlusion, 8=péritonite,
9=fistule, 10=autre, 11=indéterminé b- Si Autre à préciser :

/ _____/

92-Cout de la prise en charge:/ _____/

93- Mode de suivi (1-30jours) : |____| 1=venu de lui-même, 2=sur RDV,
3=vue à domicile, 4=sur convocation, 5=consultation ordinaire, 6=Autre à
préciser : / _____/

94- Suites opératoires à moyen terme (1-12 mois) : |____| 1=simple,
2=décès,3=occlusion, 4=syndrome de petit estomac, 5=retard de
cicatrisation,6=éventration, 7=trouble digestif, 8=indéterminé,9=Autre à
préciser : / _____/

95- Mode de suivi (1-12 mois) : |____| 1=venu de lui-même, 2=sur RDV,
3=vue à domicile, 4=sur convocation, 5=consultation ordinaire, 6=Autre à
préciser : / _____/

96- Suites opératoires tardives (1-5 ans) : |____| 1=Simple 2=syndrome de
petit estomac, 3=trouble digestif, 4=éventration, 5=indéterminé,6=Autre à
préciser : / _____/

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale
du CHU GABRIEL-TOURE

96- Mode de suivi (1-5ans) : |____| 1=venu de lui-même, 2=sur RDV,
3=vue à domicile, 4=sur convocation, 5=consultation ordinaire, 6=Autre à
préciser : / _____/

97- Examens complémentaires à visée étiologique avant et après
l'opération :
|____| 1=fibroskopie, 2=lavement baryté, 3=échographie, 4=indéterminé,5=
Autre à préciser : / _____/

98- Diagnostic étiologique : |____| 1=ulcère gastro duodéal, 2=cancer
de l'estomac, 3=plaie par arme blanche, 4=plaie par arme à feu, 5=AVP,
6=CBV,
7=iatrogène, 8=ascaridose, 9=schistosoma mansoni, 10=indéterminé,11=Autre à
préciser : / _____/

Fiche signalétique

Nom : KONE

Prénom : Djeliman

Titre de la thèse : Péritonite par perforation gastrique et /ou duodéal dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

Année universitaire : 2023-2024

Pays d'origine : MALI

Lieu de soutenance : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré RESUME

: Il s'agissait d'une étude descriptive a collecte rétrospective de janvier 1999 à décembre 2022 soit une période 23 ans dans le service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré.

Nous avons colligé 615 dossiers de malade pour perforation gastrique qui a représenté 3,5% des urgences abdominales ; l'âge moyen a été de 37,33 ans avec un écart type de 13,902 et des extrêmes de 16 et 92 ans ; la tranche d'âge (15-39) était majoritaire avec 57% ; le sex-ratio Homme/Femme a été de 14 ; les patients ont été reçu en urgence dans 99,8% ; le principal motif de consultation a été la douleur dans 100% des cas ; le vomissement a été le signe associé le plus constaté soit 75,9% ; la contracture abdominale et le cri de l'ombilic ont été retrouvés dans la majorité des cas dans 86,8% ; le cri du Douglas était présent dans 74% des cas ; L'imagerie la plus réalisée était la radiographie de l'abdomen sans préparation soit 87,6% et a objectivé un pneumopéritoine dans 78.5% des cas ; l'estomac était le plus touché dans 62,8% ; l'étiologie la plus retrouvée a été l'ulcère gastrique et ou duodéal soit 92,7% ; L'excision + suture + épiplooplastie était la technique la plus utilisée avec un pourcentage de 77,2%. L'excision + suture est réalisée dans 20% des cas ; Les suites opératoires immédiates étaient simples dans 85,1% des cas ; la morbidité était de 9,4%.

Conclusion : Les perforations gastroduodénales sont fréquentes dans le service de Chirurgie Générale du CHU Gabriel TOURE. Le taux de morbi mortalité reste élevé, le diagnostic et la prise en charge précoce de ces perforations pourraient améliorer le pronostic.

Mots-clés : Péritonite / Perforation/ Gastrique/ Duodénale/CHU Gabriel Touré

Safety Data Sheet

Péritonite par perforation gastrique et / ou duodénale dans le service de chirurgie générale
du CHU GABRIEL-TOURE

Name: KONE

First name: Djeliman

Thesis title: Peritonitis due to gastric and/or duodenal perforation in the general surgery department of the Gabriel Touré University Hospital

Academic year: 2023-2024

Country of origin: MALI

Place of defense: Faculty of Medicine and Odontology-Stomatology of Bamako

Place of deposit: FMOS Library

Sector of interest: General surgery Gabriel Touré University Hospital Center SUMMARY: This was a descriptive study with retrospective collection from January 1999 to December 2022, i.e. a 23-year period in the general surgery department at the Gabriel Touré University Hospital.

We collected 615 patient files for gastric perforation which represented 3.5% of abdominal emergencies; the average age was 37.33 years with a standard deviation of 13.902 and extremes of 16 and 92 years; the age group (15-39) was in the majority with 57%; the male/female sex ratio was 14; patients were received urgently in 99.8%; the main reason for consultation was pain in 100% of cases; vomiting was the most observed associated sign, i.e. 75.9%; abdominal contracture and cry of the umbilicus were found in the majority of cases in 86.8%; the cry of the Douglas was present in 74% of cases; The most commonly performed imaging was abdominal X-ray without preparation, i.e. 87.6%, and revealed pneumoperitoneum in 78.5% of cases; the stomach was the most affected in 62.8%; the most common etiology was gastric and/or duodenal ulcer, i.e. 92.7%; Excision + suture + omentoplasty was the most used technique with a percentage of 77.2%. Excision + suture is performed in 20% of cases; The immediate postoperative course was simple in 85.1% of cases; morbidity was 9.4%.

Conclusion: Gastroduodenal perforations are common in the General Surgery department of CHU Gabriel TOURE. The morbidity and mortality rate remains high; early diagnosis and treatment of these perforations could improve the prognosis.

Keywords: Peritonitis / Perforation / Gastric / Duodenal / CHU Gabriel Touré

ICONOGRAPHIE :



Figure 8 : Image d'une perforation gastrique circulaire

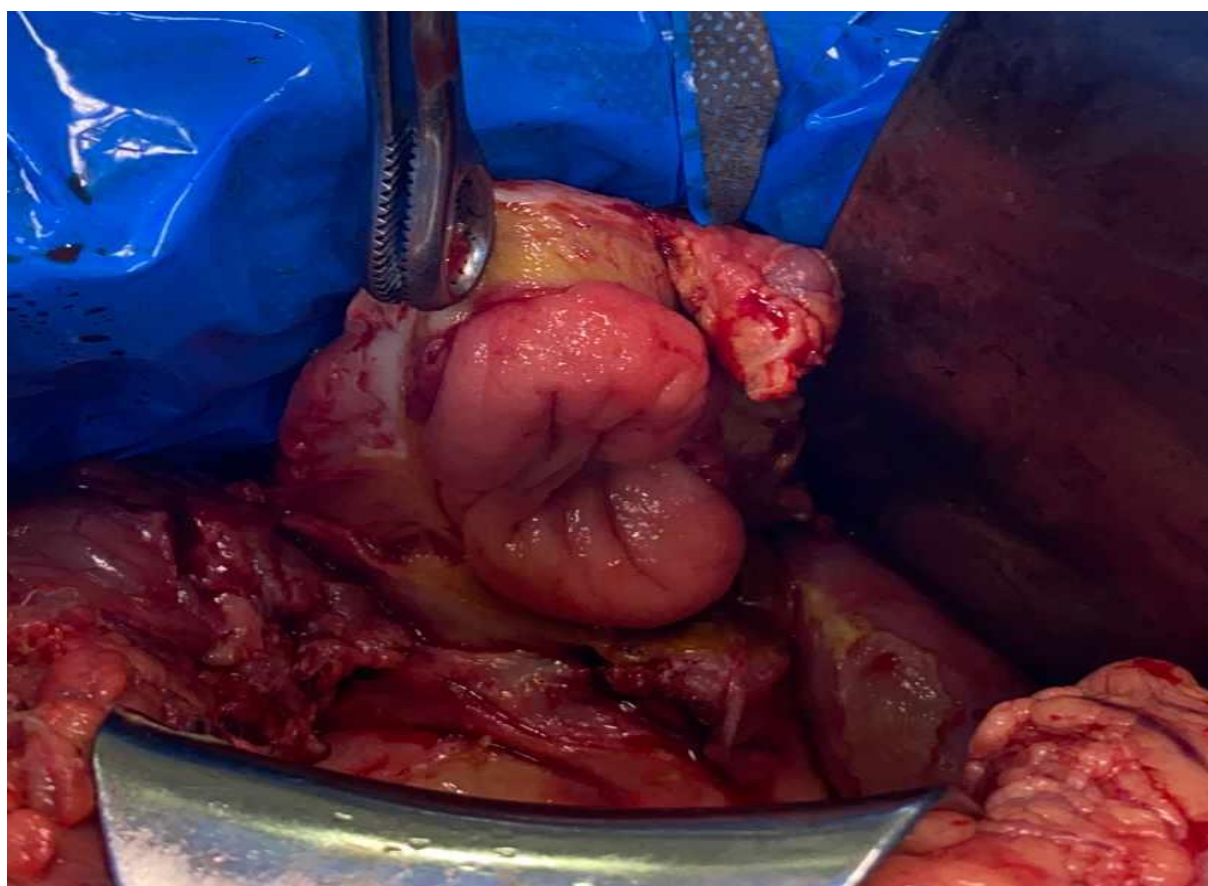


Figure 9 : Image d'une perforation délabrée du duodénum

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

mépriser de mes confrères si j'y manque.

Je le jure