

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

TITRE

PERFORATIONS DIGESTIVES NON TRAUMATIQUES AU SERVICE DE
CHIRURGIE GENERALE DE
L' HOPITAL DE DISTRICT DE KOUTIALA

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 26/12/2024 Devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par : M. Seydou COULIBALY

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

Jury

Président : M. Lassana KANTE, *Maitre de conférences agrégé*

Membres : M. Bréhima BENGALY, *Maitre de conférences agrégé*

M. Sékou KANTE, *Chirurgien*

M. Mahamadou COULIBALY, *Chirurgien*

Directeur : M. Drissa TRAORE, *professeur*

DEDICACES

DEDICACES

Je rends grâce à ALLAH, le tout Puissant, le Miséricordieux, le Maître des destins de m'avoir guidé et surtout assisté, tout au long de mes études. Qu'Il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence.

Je lui rends grâce de m'avoir donné force, détermination et inspiration pour la réalisation de ce travail.

ALLAH, Le Seul à être imploré pour ce que nous désirons. Il n'a jamais engendré, n'a pas été engendré non plus. Et nul n'est égal à Lui". Il est le Très Haut, le Très Grand. Ce travail est une infime partie de Tes immenses grâces. Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut... Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance...

Je dédie ce travail à :

Mes parents : Salif Coulibaly, Sountiè Diakité

Recevez ici toutes mes gratitude pour l'Amour et l'éducation apportés à ma personne. Le soutien sans faille et toutes les prières qui éclairent mon chemin même quand tout paraît sombre. Puisse Allah azawazel vous accorde longue vie et une santé de fer.

Ma grande mère et ma maman et Marraine : Fanta Diarra, Kadidiatou Diakité

Chères mamans merci pour l'affection et l'attention, le soutien constant tout au long du parcours. Qu'Allah vous accorde santé et longue vie.

A mes tantes, leurs époux et leurs enfants

Merci pour la constance dans votre soutien, qu'Allah renforce ce lien et nous montre un jour meilleur.

A mes oncles et Tontons, leurs épouses et leurs enfants :

Ce travail est le vôtre, le fruit d'un soutien sans faille. Recevez ici mes plus sincères reconnaissances.

A mes cousins et cousines

L'union ne fait pas la force c'est elle-même la force. Que la puissance de notre lien de sang nous garde unis.

A mes amis

A chacun d'entre vous, merci pour tout ce chemin traversé ensemble.

Mes remerciements

A mon homonyme Seydou z Coulibaly et à ma Tante Fanta Sangaré

Cher homonyme à vous et à toute la famille merci, merci pour l'accueil les conseils et l'affection octroyés à ma personne durant toutes ces années. Recevez à travers ce travail de quoi être fier de votre aimable junior.

A mes tontons :

Chers tontons recevez ici toutes mes gratitudees pour les appuis et les assistances tout au long de mon parcours qu'Allah vous accorde longévité et santé.

Mes camarades de classes

Vous avez d'une manière particulière contribué à forger L'homme que je suis. Merci pour tout le chemin parcouru ensemble.

Mes enseignants

Merci pour l'effort consenti, merci pour l'enseignement de qualité octroyé.

Mes encadreurs : Dr Ballo l'urologue du centre, Dr Diarrha Kanté chirurgien, Dr Abdrahamane Diabaté, Dr Coumaré soumaila, Dr Sangaré Seydou, Dr Sangaré Adama radiologue

Merci pour le savoir transmis

Aux internes de la chirurgie générale de Koutiala : Souleymane Coulibaly, Sanata Dembélé : merci pour l'esprit d'équipe et de camaraderie dont vous avez fait preuve. Vous avez sans doute été un soutien majeur. Qu'Allah nous assiste tout au long de nos parcours.

A tous les personnels du bloc : aux majors du bloc Amadou DEMBE, Aboubacary Bengaly, aux anesthésistes Kassogué kassim, Maimouna TOGO, ...

Merci pour l'accueil chaleureux, l'humanisme manifesté. Vous avez été d'un grand aide dans l'accomplissement de ce travail.

A tous les personnels de l'hôpital

Merci pour la collaboration et l'assistance technique.

A la population de Koutiala

Merci pour l'humanisme.

A la 14ème promotion

Merci pour le moment passé ensemble, qu'Allah nous accorde plein d'opportunité.

Au corps professoral de la FMOS

A vous, merci pour la qualité de l'enseignement.

A la patrie malienne

Chère patrie merci pour le privilège accordé à ma personne durant toutes ces années.

**HOMMAGE
AUX
MEMBRES DE JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Lassana KANTE

- ✓ **Maitre de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS ;**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- ✓ **Membre de la Société de Chirurgie du MALI (SOCHIMA) ;**
- ✓ **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF).**

Cher Maître,

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

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Bréhima BENGALY

- ✓ **Maitre de conférences agrégé de chirurgie générale ;**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU du point-G ;**
- ✓ **Médecin épidémiologiste ;**
- ✓ **Master de pédagogie en science de la santé ;**
- ✓ **Membre de la société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;**
- ✓ **Membre de la société malienne de colo proctologie.**

Cher Maitre,

Nous sommes gré de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre humanisme, votre abord facile, votre rigueur scientifique et vos qualités de pédagogue font de vous un maitre admiré et respecté. Veuillez recevoir ici cher maitre l'expression de notre profonde gratitude. Qu'Allah vous accorde longue vie en bonne santé.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Sékou KANTE

- ✓ **Chirurgien viscérale/générale ;**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU point G ;**
- ✓ **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA).**

Cher Maître, Nous avons été marqués par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail malgré vos nombreuses occupations. Votre simplicité, votre amour du travail bien fait, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un maître admiré de tous. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profonde admiration.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Mahamadou Coulibaly

- ✓ **Maître de Recherches en chirurgie générale ;**
- ✓ **Praticien hospitalier à l'hôpital de district de Koutiala ;**
- ✓ **Ancien interne des hôpitaux ;**
- ✓ **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA).**

Cher Maitre,

Votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait, votre humanisme et votre simplicité font de vous un Maitre admiré et respecté de tous. La promptitude avec laquelle vous nous avez accueillez et accepter de juger ce travail est à remercier. Veuillez recevoir ici cher Maitre l'expression de notre profonde reconnaissance. Qu'Allah vous accorde longévité santé et plain de succès pour les projets futurs.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Drissa TRAORE

- ✓ **Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS ;**
- ✓ **Chef de service de la Chirurgie B du point G ;**
- ✓ **Master de pédagogie en science de la santé ;**
- ✓ **Secrétaire général de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;**
- ✓ **Membre de l'association française de chirurgie ;**
- ✓ **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone ;**
- ✓ **Membre de la société internationale francophone de l'éducation médicale (SIFEM).**

Honorable Maître,

Votre constante disponibilité, votre modestie, votre courtoisie et votre désir ardent à parfaire la formation des étudiants font de vous la référence que vous êtes et le maître que nous admirons. C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves. En espérant que cet humble travail saura combler vos attentes, veuillez recevoir, cher Maître, l'expression de notre infinie gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AG : Anesthésie générale

AL : Anesthésie locorégionale

AMG : Arrêt de matière et gaz

ASP : Abdomen sans préparation

ATCD : Antécédent

Batt /mn : Battement par minute

BHA : Bruit hydro-aérique

CRP : Protéine c réactive

FAPH : Faculté de pharmacie

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

HTA : hypertension artérielle

mm Hg : millimètre de mercure

mm : millimètre

NFS : Numération formule sanguine

NHA : Niveau hydro-aérique

TD : Tube digestif

TR : Toucher rectal

UGD : Ulcère gastroduodénale

VS : Vitesse de sédimentation

°C : Degré Celsius

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Sites de constriction normale de l'œsophage	5
Figure 2: Les différentes parties de l'estomac	6
Figure 3: Les segments de l'intestin grêles	7
Figure 4: Le péritoine.....	9
Figure 5: Répartition des patients selon le mois de consultation.....	21
Figure 6: Répartition des patients en fonction du sexe.....	22
Figure 7: Répartition des patients selon le diamètre de la perforation en millimètre	43
Figure 8: Pièce d'appendicectomie d'une perforation appendiculaire au sommet.....	67
Figure 9: Perforation iléale typhique unique à 30cm de l'angle iléo-caecal Archive photo du service de chirurgie générale de l'hôpital du district de Koutiala (15 juin 2023)	68
Figure 10: Ravivement et suture de la perforation iléale typhique unique.	68

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge.	22
Tableau II : Répartition des patients selon l'ethnie.	23
Tableau III : Répartition des patients selon la profession.	24
Tableau IV : Répartition des patients selon le niveau d'étude.	24
Tableau V : Répartition des patients selon la provenance.	25
Tableau VI : Répartition des patients selon le motif de consultation.	25
Tableau VII : Répartition des patients selon le mode d'admission au service.	26
Tableau VIII : Répartition des patients selon la qualification de l'agent référant.	26
Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.	27
Tableau X : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.	27
Tableau XI : Répartition des patients selon la durée de la symptomatologie en jours.	28
Tableau XII : Répartition des patients selon le siège de la douleur.	28
Tableau XIII : Répartition des patients selon le type de la douleur.	29
Tableau XIV : Répartition des patients selon l'intensité de la douleur selon EVA.	30
Tableau XV : Répartition des patients selon les signes accompagnateurs.	30
Tableau XVI : Répartition des patients selon la tension artérielle systolique.	31
Tableau XVII : répartition des patients selon la pression artérielle diastolique.	31
Tableau XVIII : Répartition des patients selon la température corporelle.	32
Tableau XX : Répartition des patients selon la fréquence cardiaque.	33
Tableau XXI : Répartition des patients selon la coloration des conjonctives.	33
Tableau XXII : répartition des patients selon les signes à l'inspection.	34
Tableau XXVI : Répartition des patients selon les signes au toucher rectal.	36
Tableau XXVII : Répartition des patients selon le groupage rhésus.	36
Tableau XXIX : Répartition des patients selon le résultat de la protéine c réactive.	37
Tableau XXX : Répartition des patients selon le résultat de la sérologie Widal Felix.	38
Tableau XXXI : Répartition des patients selon le résultat de la radiographie de l'ASP.	38
Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire.	39
Tableau XXXIV : Répartition des patients selon le type d'anesthésie.	39
Tableau XXXV : Répartition des patients selon la voie d'abord.	40
Tableau XXXIX : Répartition des patients selon la forme des lésions.	43
Tableau XL : Répartition des patients selon le score de MANNHEIM.	44
Tableau XLI : Répartition des patients selon les gestes chirurgicaux réalisés.	44
Tableau XLII : Répartition des patients selon les suites opératoires.	45
Tableau XLIII : Répartition des complications selon Clavin et Dindon.	46

Tableau XLIV : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.	46
Tableau XLV : Répartition des patients selon le mode de suivi.	47
Tableau XLVI : Répartition des patients selon l'évolution à 3 mois. Erreur ! Signet non défini.	
Tableau XLVII : Fréquence de la perforation digestive non traumatique selon les auteurs.	49
Tableau XLVIII : L'âge des patients selon les auteurs.	50
Tableau XLIX : Sexe des patients selon les auteurs.	50
Tableau LI : Mode d'admission et de référence selon les auteurs.	51
Tableau LIII : Antécédents médicaux d'UGD selon les auteurs.	52
Tableau LIV : Fièvre selon les auteurs.	52
Tableau LVI : Distension abdominale selon les auteurs.	53
Tableau LVII : Défense abdominale selon les auteurs.	53
Tableau LVIII : Résultats du toucher rectal selon les auteurs.	54
Tableau LIX : Résultats de la radiographie de l'ASP selon les auteurs.	54
Tableau LX : Résultat de l'échographie selon les auteurs.	55
Tableau LXI : Résultat de la numération formule sanguine(NFS) selon les auteurs.	55
Tableau LXII : Résultat de la sérologie Widal Felix selon les auteurs.	55
Tableau LXIII : Diagnostic peropératoire selon les auteurs.	56
TABLEAU LXIV : Dimension de la perforation selon les auteurs.	56
Tableau LXV : Diagnostics de gravité Score de Mannheim selon les auteurs.	57
Tableau LXVI : Durée moyenne d'hospitalisation selon les auteurs.	58

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	3
III. GENERALITES	5
IV. METHODOLOGIE	16
V. RESULTATS.....	21
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	49
CONCLUSION :	60
VII. RECOMMANDATIONS :	61
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	63
IX. ANNEXES	67

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La perforation digestive est une brèche au niveau du tube digestif [1]. De l'œsophage jusqu'au rectum la perforation peut se situer à tous les niveaux du tube digestif. Les perforations du tube digestif sont habituellement envisagées essentiellement sous la forme des perforations en péritoine libre, concernant donc surtout les segments abdominopelviens du tube digestif [2]. Elle réalise un tableau de péritonite aiguë qui constitue la troisième cause d'abdomen aigu chirurgical en Afrique après l'appendicite et l'occlusion intestinale. [3] Sa fréquence est estimée à 10,6% des interventions viscérales au Burundi [4]. Au Bénin la perforation d'ulcère gastroduodénal à elle seule représentait 29% des péritonites aiguës généralisées en 2016 [5]. Elles ont représenté 14,92% des patients opérés à l'hôpital de Sikasso dans l'étude de S Coulibaly [6]. Dans une première étude réalisée au service de chirurgie de Koutiala portant sur 61 patients ; les perforations digestives non traumatiques représentaient 78,2% de causes de péritonite aiguë [7].

Les perforations digestives non traumatiques donnent les tableaux classiques d'abdomens chirurgicaux aigus mais aussi des perforations couvertes qui se présentent cliniquement comme des douleurs abdominales fébriles résistantes aux traitements antibiotiques probabilistes et pour lesquelles l'origine abdominale elle-même n'est souvent pas évidente [8].

Le diagnostic est classiquement fait par l'identification d'un pneumopéritoine à l'ASP [9]. Bio Tambo Sambo et collaborateurs ont retrouvé dans une étude sur les péritonites aiguës généralisées une forte présence des perforations digestives non traumatiques comme étiologies : la perforation iléale non traumatique d'origine typhique 52,8% ; la perforation d'ulcère gastrique ou duodénale 17% ; l'appendicite compliquée 11,3% chacun. [10]

La prise en charge des perforations digestives non traumatiques est médico-chirurgicale. Le geste chirurgical va de la suture simple à la résection anastomose ou iléostomie et l'appendicectomie pour les perforations appendiculaires [11].

La période postopératoire de ces patients est souvent émaillée d'une morbidité non négligeable 14,7% [9]. Les suppurations superficielles et profondes sont les principales causes de morbidité [10]. Le retard dans la prise en charge continue de nos jours encore à maintenir la morbidité et la mortalité à des taux importants [11].

Une première étude avait été réalisée dans le service en 2019 qui avait pour objectif de décrire les aspects étiologiques des perforations digestives et n'avait pas abordé les aspects épidémiologiques diagnostiques et thérapeutiques. Cette présente étude vise donc à évaluer les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des perforations digestives.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

2.1. OBJECTIF GENERAL :

Etudier les perforations digestives non traumatiques à l'hôpital de District de Koutiala

2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- ✓ Déterminer la fréquence hospitalière
- ✓ Décrire les aspects diagnostiques
- ✓ Identifier les étiologies
- ✓ Décrire la prise en charge thérapeutique
- ✓ Evaluer les résultats à court et moyen terme des prises en charge

GENERALITES

III. GENERALITES

3.1. RAPPELS ANATOMIQUES

3.1.1. L'œsophage

Est le segment du T.D qui relie le pharynx à l'estomac. Il traverse successivement la partie inférieure du cou, le thorax, le diaphragme, pénètre dans l'abdomen et s'ouvre dans l'estomac en formant avec le fundus de cet organe un angle aigu ouvert en haut et à gauche. L'orifice d'abouchement de l'œsophage est appelé cardia. L'œsophage mesure en moyenne 25cm de longueur. Quand il est moyennement distendu, son calibre varie suivant les régions. Le conduit œsophagien présente en effet quatre rétrécissements appelés : rétrécissement cricoidien, aortique, bronchique et diaphragmatique. La paroi de l'œsophage, épaisse (3mm environ) quand il est vide, est constituée de trois tuniques superposées qui sont de dehors en dedans : une tunique musculaire, une tunique celluleuse sous muqueuse et une muqueuse.

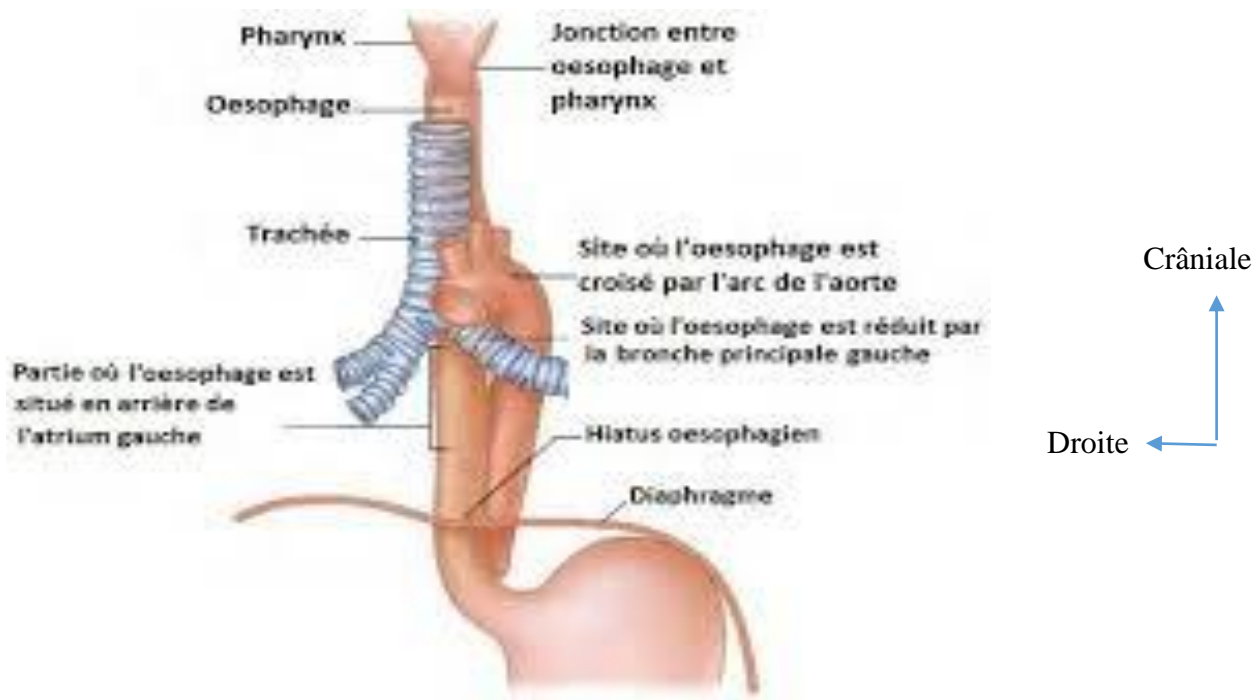


Figure 1: Sites de constriction normale de l'œsophage

Source : Les fondamentaux de la pathologie digestive (CDU-HGE/Editions Elsevier –Masson- Octobre 2014)

3.1.2. L'estomac

C'est un segment dilaté du TD (tube digestif), intermédiaire à l'œsophage et au duodénum. Il occupe la plus grande partie de la loge sous phrénique gauche comprise entre le diaphragme et en haut et en dehors, le mésocolon et le côlon transverse en bas, la région cœliaque en dedans. La

loge sous phrénique correspond à peu près à l'hypochondre gauche et une partie de l'épigastre. L'estomac moyennement distendu mesure 25cm dans sa plus grande longueur, 10 à 12cm de largeur, 8 à 9cm dans le sens antéro-postérieur. La paroi de l'estomac se compose de quatre tuniques superposées qui sont de dehors en dedans, les tuniques séreuse, musculaire, sous muqueuse et muqueuse.

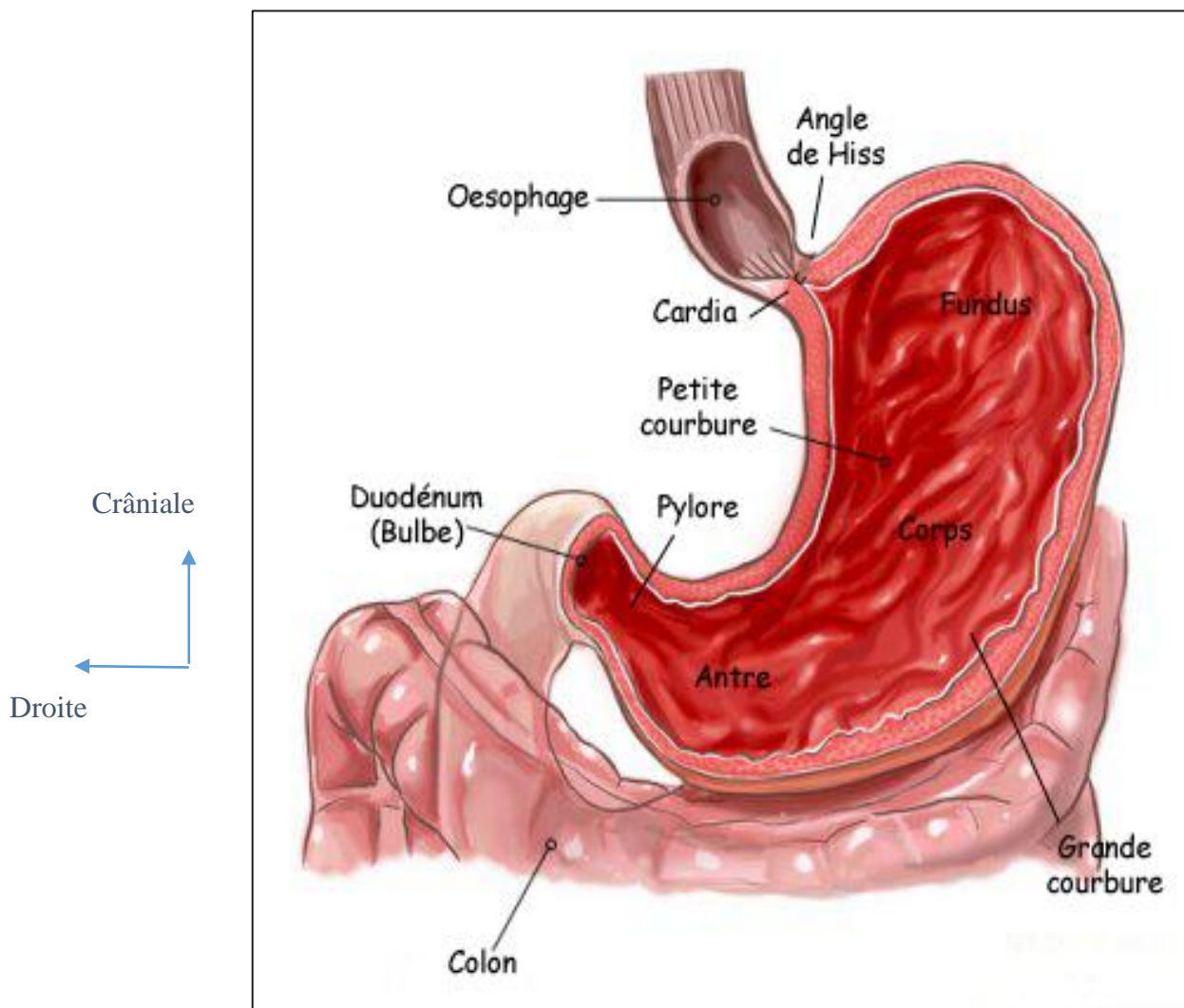


Figure 2: Les différentes parties de l'estomac

Source : copyright Johns Hopkins Hospital –Traductions Monhepatogastro.net

3.1.3. L'intestin grêle

C'est un segment du TD (tube digestif) mesurant en moyenne 7m à peu près cylindrique. On distingue à l'intestin grêle deux parties principales : une partie relativement fixe, le duodénum et une partie mobile, le jejuno-iléum.

➤ Le duodénum

Il est la partie initiale de l'intestin grêle. Ce segment du TD est enroulé en forme d'anneau autour de la tête et le col du pancréas, et profondément situé sur la colonne vertébrale et des gros vaisseaux pré vertébraux. Il se distingue du jéjunum et de l'iléum parce qu'il est à peu près immobilisé par ses connections avec les vaisseaux voisins, le foie, le pancréas et le péritoine. Le duodénum commence au pylore et son origine est indiquée par le sillon duodéno-pylorique. La longueur du duodénum est de 25cm. Son calibre est irrégulier, son diamètre mesure environ suivant la région 3 à 4cm. Le duodénum se compose comme tout le tube intestinal de quatre tuniques superposées qui sont de dehors en dedans ; les tuniques séreuse, musculaire, sous muqueuse et muqueuse.

➤ Le jéjunum et l'ilium

Ils s'étendent du duodénum au gros intestin. Ils commencent à la courbure duodéno-jéjunale et se terminent dans le côlon ascendant leur longueur est d'environ 6,5cm. Leur calibre est de 3cm à la courbure duodéno jéjunale, et de 2cm au voisinage de leur terminaison. Ils décrivent environ de 15 à 16 flexuosités appelées anses intestinales. On reconnaît deux groupes principaux d'anses intestinales : -un groupe supérieur gauche formé d'anses horizontales, placées les unes au-dessous des autres -un groupe inférieur droit, formé d'anses verticales, juxtaposées de gauche à droite et d'avant en arrière.

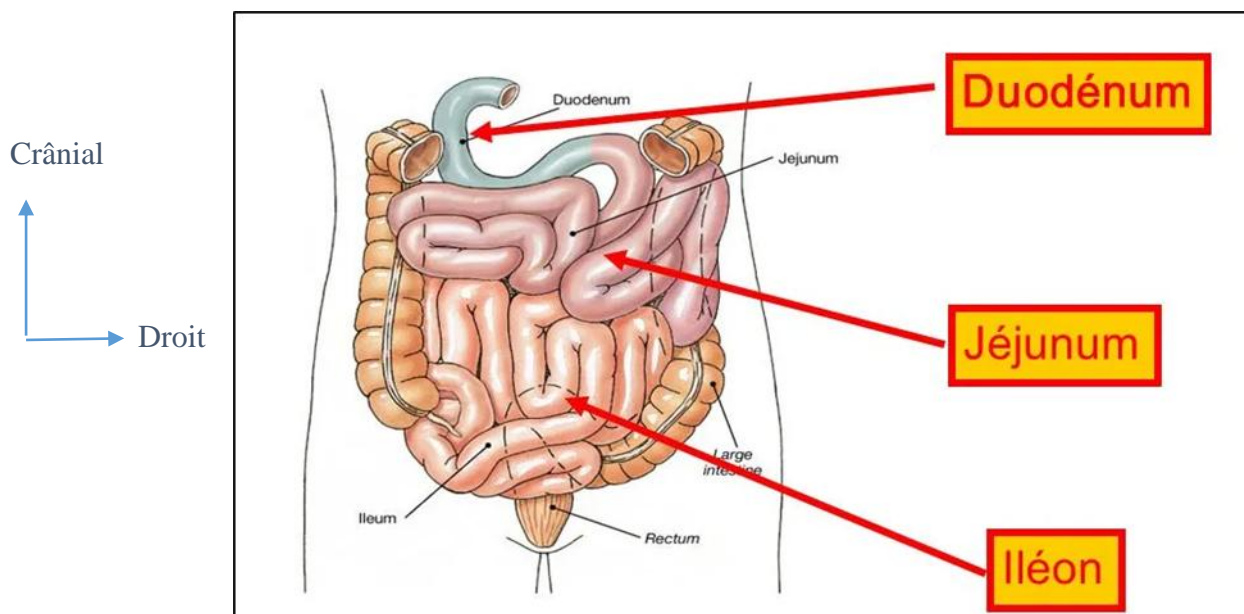


Figure 3: Les segments de l'intestin grêles

Source : www.passeportsante.net/fr/parties-corps/Fiche.aspx?doc=intestin-grele

3.1.4. Le gros intestin

C'est la dernière partie du TD. Il s'étend de l'angle iléo-cæcal à la jonction recto sigmoïdienne. Le cæcum est un récessus borgne sous-jacent à l'abouchement de l'iléon terminal dans le gros intestin. Il mesure 6cm de hauteur, et de 6 à 8 cm de largeur. L'appendice vermiforme est un diverticule creux appendu à la face médiale du cæcum, 3cm au-dessous de l'abouchement iléal. Il mesure 7 à 8cm de longueur et 4 à 8 mm de diamètre. Le côlon ascendant compris entre le cæcum et la petite courbure colique, mesure 8 à 15cm. Le côlon transverse s'étend de la droite du côlon ascendant au côlon descendant. Sa longueur varie entre 40 et 80 cm avec une moyenne de 50 cm. Le côlon descendant commence à la courbure colique gauche et se termine à la crête iliaque gauche, où il se continue avec le côlon iléo pelvien. Sa longueur est de 12 cm. Le côlon pelvien s'étend de la crête iliaque gauche et se continue avec le rectum et le canal anal. Le rectum et le canal anal constituent le segment terminal du TD. Le côlon tout comme le rectum est constitué de quatre tuniques : la séreuse, la musculuse, la sous muqueuse et la muqueuse

3.1.5. Rappel sur le péritoine

Le péritoine est une membrane séreuse annexée aux organes contenus dans la cavité abdomino-pelvienne, c'est-à-dire à la partie sous diaphragmatique de l'appareil digestif et à certains organes de l'appareil génito-urinaire. On reconnaît au péritoine, comme à toute membrane séreuse : un feuillet pariétal appelé encore péritoine pariétal et un feuillet viscéral appelé péritoine viscéral. Le péritoine assure le soutien des organes de la cavité abdominale les suspendant et les fixant à la paroi. La surface du péritoine humectée de sérosité permet aux viscères de glisser les uns sur les autres et favorise ainsi leur mouvement propre. Le péritoine assure enfin la résorption des liquides intra-péritonéaux, cette résorption normale se faisant surtout vers les hypochondres surtout à droite au-dessus du foie à travers le diaphragme vers les lymphatiques du médiastin par des pertuis.

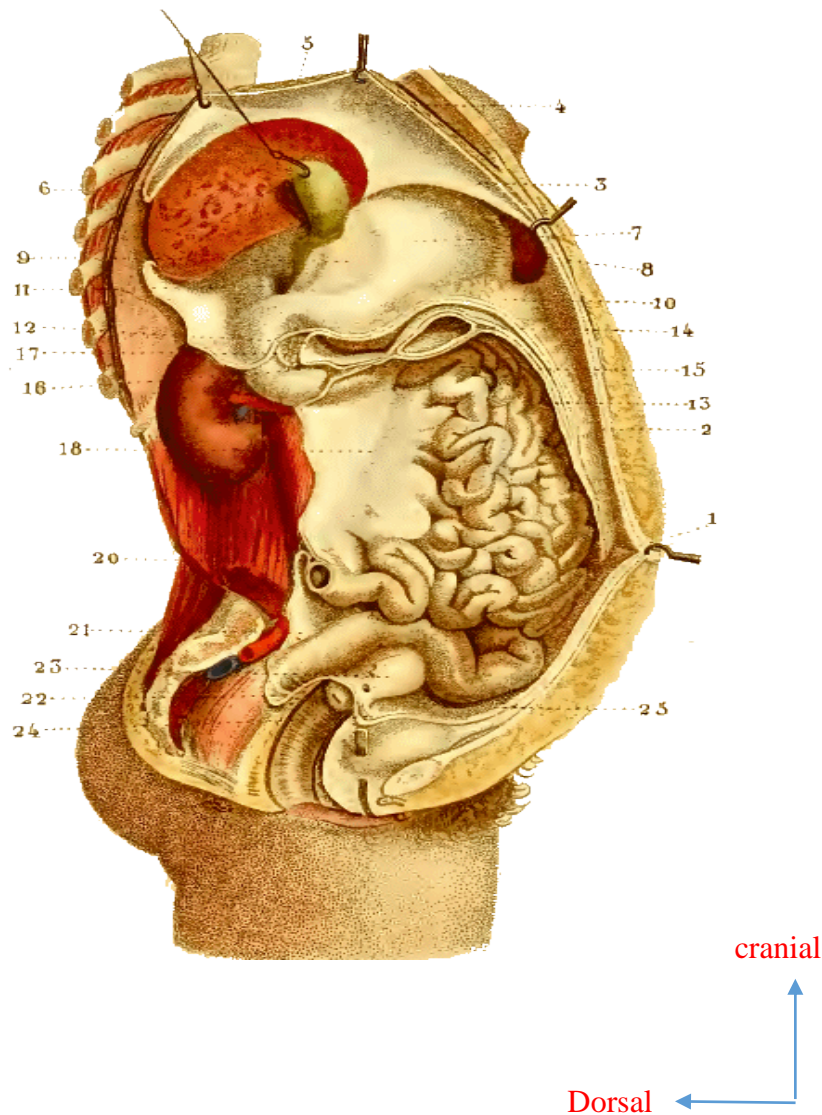


Figure 4: Le péritoine

Source : www.cosmovisions.com

L'abdomen est ouvert du côté droit.

1. Omphalique. - 2. Péritoine tapissant la paroi antérieure de l'abdomen. - 3. Faux de la veine ombilicale. - 4. Ligament suspenseur du foie. - 5. Diaphragme soulevé par des ériges. - 6. Réflexion du péritoine du diaphragme sur le foie, constituant ce qu'on nomme ligament coronaire du foie. Le foie est coupé verticalement, et la vésicule biliaire est soulevée. - 7. Estomac, continu avec - 8. L'épiploon gastro-splénique du côté de la rate; avec - 9. L'épiploon gastro-hépatique du côté du foie; en bas avec - 10. L'épiploon gastro-colique ou grand épiploon. - 11. Hiatus de Winslow, borné : en haut par le foie; en bas par le duodénum; en avant par les canaux biliaires, etc.; en arrière par la veine cave inférieure tapissée par le péritoine. - 12. Arrière-cavité des épiploons. - 13. Portion réfléchie du grand épiploon. - 14. Dédoublément du grand épiploon pour embrasser le colon transverse (coupé). - 15. Réunion des deux feuillets pour former le méso colon transverse : son feuillet supérieur recouvre - 16. Le duodénum en partie; - 17. Le pancréas, et remonte à l'hiatus de Winslow. Son feuillet inférieur va former - 18 le méésentère; celui-ci enveloppe - 19. Les circonvolutions intestinales. - 20. Les deux feuillets du méésentère et l'intestin

grêle (coupé). - 21. Méso rectum. - 22. Réflexion du péritoine du rectum sur le vagin, formant un repli semi-lunaire. 23. Ligament large coupé; au-dessous, on voit le col de l'utérus et le vagin ouvert. - 24. Réflexion de péritoine de l'utérus sur la paroi postérieure de la vessie, formant un ligament semi-lunaire. - 25. Péritoine suivant l'ouraque jusqu'à l'ombilic, et formant un des replis nommés ligaments suspenseurs de la vessie.

3.2. Pathogénie des perforations digestives

La perforation d'un viscère abdominal est quelque fois traumatique (plaie pénétrante ou contusion de l'abdomen). Elle peut être iatrogène (prise de médicament toxique pour le tube digestif), (manœuvre endoscopique ou chirurgicale). Le plus souvent, elle est spontanée, qu'il s'agisse entre autres de perforation d'ulcère gastroduodénal, d'appendicite, d'infection du grêle ou de perforation survenant sur cancer du tube digestif. Ces perforations peuvent s'observer sur un organe sain, elles se voient surtout sur des organes malades

3.2.1. Sur organe sain

Ces perforations sont dues aux traumatismes abdominaux qui regroupent deux types ou la prise de médicament toxique. Perforation par traumatisme abdominal : il existe deux types

- **Les contusions** : ce sont des traumatismes dans lesquels il n'y a pas de solution de continuité au niveau de la paroi abdominale. Un viscère creux peut être perforé à cause d'une élévation soudaine de sa pression intra liminale ou d'une déchirure séromusculaire.

- **Les plaies pénétrantes (arme blanche, arme à feu)** : dans le premier cas les lésions sont graves et complexes étendues à un ou plusieurs organes intra abdominaux, peuvent survenir si la lame employée est large et longue. La force d'application, les mouvements de va et vient au moment de la pénétration seront des facteurs de risque de lésion d'organes intra abdominaux. Le côlon transverse et le grêle sont alors directement concernés.

Dans le second cas, il est exceptionnel qu'un projectile provenant d'une arme à feu pénètre la paroi abdominale sans franchir le péritoine pariétal et sans perforer un ou plusieurs organes intra abdominal (aux). Le grêle, le côlon, le méésentère et l'estomac sont les organes les plus fréquemment atteints. La gravité du traumatisme par balle est directement proportionnelle à la quantité d'énergie transmise aux tissus

- **Les perforations médicamenteuses** : Les perforations par nécrose sont plus rares que celles par ulcération. Les anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens et le chlorure de potassium déterminent ces lésions

3.2.2. Sur organe malade

Ces perforations résultent :

- d'une endoscopie (fibroscopie, Ano rectoscopie, colonoscopie)
- d'une inattention du chirurgien lors d'une intervention sur le tube digestif

- Le plus souvent elles sont spontanées ; dans ces derniers cas les lésions sont de trois types :
- Première lésion : congestion, gêne de la circulation veineuse de retour donnant une couleur rouge veineux à la lésion. Les suffusions sanguines sous séreuses de retour, l'hypersécrétion liquidienne entraînent l'œdème et la distension. Cette lésion est réversible.
- Deuxième lésion : L'ischémie puis l'interruption de la circulation artérielle donnent une couleur noire à la lésion. La muqueuse et la musculature sont intéressées par la lésion qui gagne l'intestin de proche amont et prépare la perforation.
- Troisième lésion : gangrène et perforation

3.3. Rappel clinique des perforations digestives

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

- soit en 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 lésion inflammatoire ou non donnant lieu à un processus de péritonite cloisonnée susceptible d'évoluer vers la fistulisation secondaire à la peau ou dans un viscère creux voisin.

3.3.1. Type de description :

3.3.1.1. Péritonite par perforation typhique :

Interrogatoire :

Va rechercher des ATCD de : fièvre, céphalée, asthénie, insomnie, troubles digestifs, myalgies ou arthralgies.

Au stade de la perforation, la douleur abdominale et la fièvre occupent le premier rang du tableau clinique. On note en plus un arrêt de matières et de gaz, des nausées ou vomissements alimentaires.

Signes généraux :

- signes de choc et de déshydratation (inconstants) ; faciès altéré, la langue saburrale, l'hypotension artérielle, tachycardie, l'oligurie.
- La température est élevée supérieur à 39°C (péritonite septique)

Examen physique :

Inspection : on note une disparition de la respiration abdominale

Palpation :

- défense généralisée
- contracture abdominale
- hyperesthésie cutanée.

Percussion : on retrouve

- une disparition de la matité pré hépatique (pneumopéritoine)

-à un stade avancé de la maladie on retrouve une matité déclive des flancs par accumulation de liquide épanché

Auscultation : Au niveau abdominal on recherchera des bruits hydro-aériques Au niveau pulmonaire on retrouve une diminution du murmure vésiculaire dans les bases (œdème réactionnel).

TR : On note une douleur vive dans le DOUGLAS

3.3.1.2 Autres formes cliniques :

- la péritonite par perforation appendiculaire
- la péritonite par perforation gastrique
- la péritonite par perforation sur cancer colique
- la péritonite traumatique -la péritonite sigmoïdienne
- la péritonite par perforation de diverticule
- les perforations par arme à feu -les perforations par arme blanche

3.3.2. Les examens para cliniques :

3.3.2.1 L'ASP : Debout de face centrée sur les coupes diaphragmatiques ou couché en décubitus latéral gauche, rayons de face il montre :

- un pneumopéritoine avec croissant gazeux inter hépato-diaphragmatique (caractéristique de la perforation d'organe creux)
- une occlusion intestinale diffuse intéressant le grêle et le côlon -un épanchement intrapéritonéal avec<< grisaille diffuse>>.

3.3.2.2. L'échographie abdominale et/ou ou pelvienne : Peut confirmer le diagnostic d'épanchement intrapéritonéal

3.3.2.3. La Tomodensitométrie :

3.3.2.4. Le bilan sanguin : (Groupe rhésus taux d'hémoglobine, l'ionogramme sanguin, la NFS-VS, l'hématocrite)

3.3.3. Traitement

Le traitement de la péritonite est médicochirurgical

But : soulager le malade, traiter la cause, prévenir les complications

Moyens : Médicaux et chirurgicaux

Méthode : médicale, chirurgicale

3.3.3.1. Traitement médical : le premier temps est la réanimation pré, per et post-opératoire, élément capital :

Préopératoire : réanimation hydro-électrolytique

- aspiration gastroduodénale,

- transfusion de produit sanguin
- perfusions hydro- électrolytiques,
- mono-antibiothérapie à large spectre d'action ou bi-antibiothérapie (ex : céphalosporine de troisième génération plus un imidazole)
- antalgique & antipyrétique
- sondage vésical

Peropératoire :

- drogues vasopressives,
- procaïne (perfusion, infiltrations splanchniques).
- perfusion continue
- transfusion

Postopératoire :

- Maintenir l'équilibre hydro électrolytique
- Etablir une antibiothérapie adaptée
- Analgésique

3.3.3.2. Traitement chirurgical

Il a un triple objectif :

-Nettoyer la cavité péritonéale :

Aspiration de liquide péritonéal

Ablation de fausse membrane

Toilette avec du sérum physiologique

-Traiter la cause de la perforation : nous avons différentes techniques selon les causes :

Excision -suture simple

Exérèse- anastomose

Iléostomie

Colostomie

Gastrectomie

Appendicectomie

-Drainer largement la cavité

PAR AILLEURS : Le traitement de l'infarctus intestinal lésion irréversible, est l'entérectomie segmentaire. La résection doit se passer en tissu sain avec vascularisation efficace. L'exploration de la valeur fonctionnelle des vaisseaux mésentériques est capitale. Il est évident que les soins post-opératoires ont une importance capitale, pour éviter toute perturbation hémodynamique, un trouble de la coagulation, une infection. L'absence de la reprise du transit intestinal, un

ballonnement douloureux avec oligurie et fièvre, doivent inciter à une intervention précoce car la récurrence ou la persistance d'un trouble circulatoire peut être à l'origine d'un infarctus itératif.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

4-1. Cadre d'étude :

Cette étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de district de Koutiala.

4-1-1. Description de l'hôpital de district sanitaire de Koutiala :

L'Hôpital de district sanitaire de Koutiala occupe le 2^{ème} niveau de référence dans la pyramide sanitaire de notre pays.

4-1-2. Les locaux :

Il est doté d'infrastructures suivantes :

- 1-deux blocs opératoires :
- 2- d'une salle de stérilisation
- 3- d'un service de gynécologie et obstétrique
- 4- d'un service de chirurgie générale (4 salles avec 22 lits d'hospitalisation et une salle de pansement avec 2 lits)
- 5-d'un service d'urologie
- 6- d'un service de pédiatrie appuyé par l'ONG médecins sans frontière France (MSF)
- 7- d'un service de médecine
- 8- d'une unité d'ophtalmologie
- 9- d'un laboratoire
- 10- des salles d'hospitalisation
- 11-deux pharmacies
- 12-d'une morgue
- 13- d'un service social
- 14- d'un service de soins et d'accompagnement VIH/SIDA
- 15- d'une unité hygiène/ assainissement.

4-1-4. Le personnel est composé de :

- 1- Huit médecins spécialistes (1 chirurgien généraliste, 1 urologue, 2 gynécologues obstétriciens, 2 santé public, 1 pédiatre, 1 Ophtalmologiste)
- 2- Quatre médecins généralistes
- 3- Quatre assistants pharmaciens
- 4- 18 assistants médicaux
- 5- 13 Sages-femmes
- 6- 9 Infirmiers d'états
- 7- 2 Biologistes

8- 14 infirmières obstétriciennes

9- 22 infirmiers santé publique

10- 3 aides-soignants

11- 4 matrones

12- 13 comptables

13- 1 secrétaire

14- 6 chauffeurs

15- 9 Techniciens de surface

16- 1- Gardien

Le personnel non permanent :

Les étudiants thésards faisant fonction d'interne de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) qui sont au nombre de neuf.

Le centre reçoit également les étudiants externes de la FMOS et de la FAPH et les élèves des écoles de santé.

4-1-5. Les activités du service de chirurgie :

Au cours de l'étude, nous avons pris part à toutes les activités du service : visite, consultation externe, les interventions chirurgicales et le suivi des malades hospitalisés ainsi que des pansements. Les visites se déroulent deux fois par jour chaque matin à partir de 08h00 et le soir à 15 h en présence de tout le personnel de la chirurgie. Les consultations externes ont lieu les lundis, mercredis et vendredis. Les jours d'opération pour les interventions à froid sont : mardi et jeudi. Les patients programmés pour le bloc opératoire sont hospitalisés la veille de l'intervention suivis d'un dossier médical.

4-2. Méthodes d'études :

4-2-1. Type et période d'étude :

Nous avons mené une étude rétrospective et prospective dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de district sanitaire de Koutiala entre 1^{er} Aout 2017 au 31 Aout 2023

4-2-2. Critères d'inclusion :

Tout patient opéré dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de district sanitaire de Koutiala pour perforation digestive non traumatique pendant la période d'étude.

4-2-3. Critères de non inclusion :

- Les patients admis et non opérés dans le service de chirurgie générale ;
- Les patients opérés en dehors de la période d'étude ;
- Les patients opérés hors du service ;
- Les patients opérés pour un diagnostic autre que la perforation digestive non traumatique.

4-2-4. Les sources de données :

La réalisation de ce travail a nécessité une base de données détaillée, nous avons utilisé pour cela :

- Le dossier médical préétabli pour chaque malade
- Le registre de consultation
- Les cahiers du compte rendu opératoire
- Fiche d'enquête

4-2-5. La collecte des données :

La fiche d'enquête a été remplie à partir des sources de données. L'enquête s'est déroulée sur la base d'une fiche d'enquête élaborée par nous-même et corrigée et adoptée par le directeur de thèse. Elle a comporté :

- Une partie administrative qui a permis de collecter les renseignements sur l'adresse complète et l'état civil du patient ;
- Une partie qui a porté sur les renseignements généraux où ont été précisés : le motif de la consultation, le traitement médical reçu avant l'intervention et les pathologies associées ;
- Une partie clinique et traitement qui a permis de recueillir : les données du dossier médical, les données du compte rendu opératoire et les suites opératoires.

4-2-6. Les variables d'études :

Les variables d'études étaient constituées de la fréquence, du sexe, de l'âge, des antécédents, des signes cliniques, du traitement, des suites opératoires et du suivi.

4-2-7. Analyse et saisie des données :

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés sur Microsoft Word 2010.

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS (version 20) Les comparaisons ont été faites en utilisant le test statistique de khi2 et le test Exact de Fisher avec un seuil de signification $p < 0,05$.

4-3 Aspect thérapeutique :

4-3-1-But : soulager le malade, traiter la cause, éviter les complications.

4-3-2-Moyens : moyens chirurgicaux associés aux moyens médicaux.

4-3-3-Methodes

4-3-3-1. Médicale

Le traitement médical a été réalisé chez tous les patients, en pré per et post opératoire. Il était constitué par :

- **La réhydratation** : avec des solutés isotonique sérum salé 0,9%, ringer lactate, sérum glucosé 5%) ;
- **L'antalgique** : métamizole sodique en raison de trois à quatre doses de 10mg/kg/ sans dépasser 3 g ou le paracétamol injectable en raison de 1,5ml/kg/6H chez l'enfant ; et 500mg à 1 g de métamizole sodique chaque 8 heures ou 1g de paracétamol chaque 6 heures chez l'adulte.
- **L'antibiotique** : ceftriaxone 100mg/kg associé au métronidazole (20 à 30 mg/kg) ou la ciprofloxacine (20mg/kg/12h chez les enfants et 500mg/12h chez l'adulte) associée au métronidazole en bithérapie.
- Nous avons réalisé la transfusion de sang total en post opératoire chez 42 patients soit 31,11%.

RESULTATS

V. RESULTATS

1-Epidemiologie :

1-1 Fréquence :

Au cours de cette étude nous avons enregistré 135 cas de perforations digestives non traumatiques, qui ont représenté 1,19% des consultations (n=11260), 19,99% des abdomens aigus chirurgicaux (n=678), 45,45% des péritonites aigue (n=297) 8,86% des interventions (n=1523) et 11,49% des hospitalisations (n=1174).

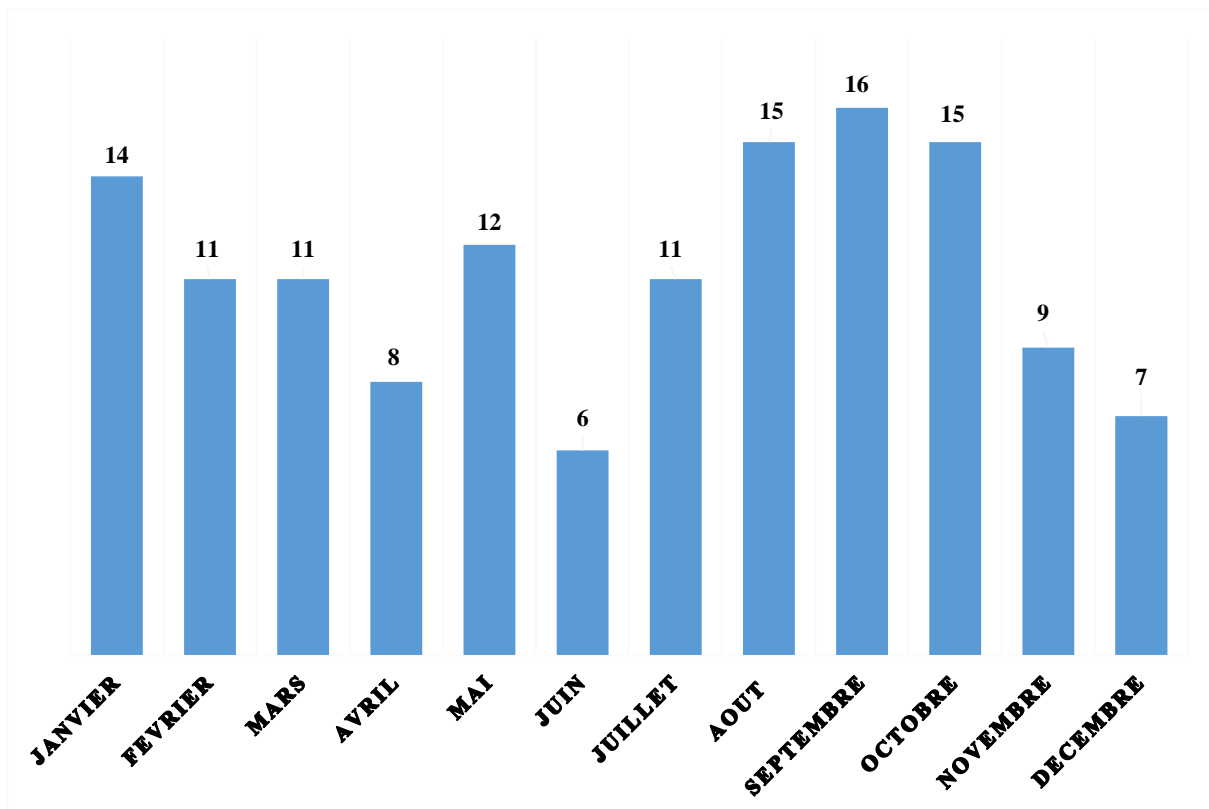


Figure 5: Répartition des patients selon le mois de consultation

Nous avons trouvé un pique de consultation en période d'Aout septembre et octobre soit respectivement 11,11%, 11,85% et 11,11% des cas.

1-2 Sexe :

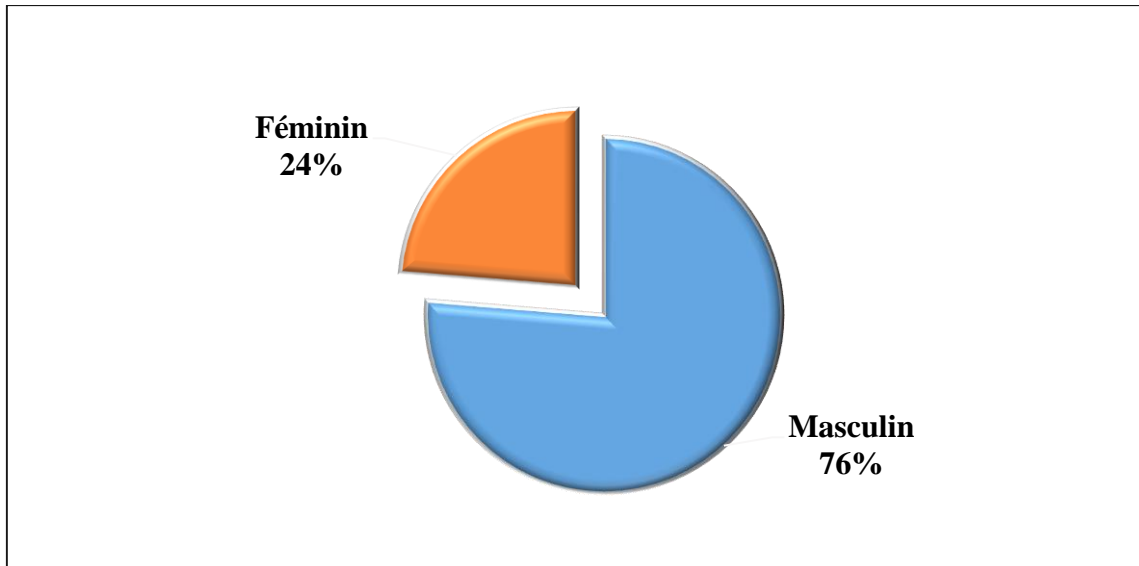


Figure 6: Répartition des patients en fonction du sexe.

Le sexe masculin était le plus représenté soit 76,3% avec un sex-ratio de 3,23.

1-3-Age :

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

Tranche d'âge (en année)	Effectif	Pourcentage
Inférieur à 15	74	54,8
16 à 40	27	20,0
41 à 65	20	14,8
Supérieur à 65	14	10,4
Total	135	100,0

L'âge moyen de nos patients était de 24,75 ans, avec des extrêmes allant de 3 et 80 ans. Plus de la majorité de nos patients soit 54,8 % avaient un âge inférieur ou égale à 15 ans.

1-4. Ethnie :

Tableau II : Répartition des patients selon l'ethnie.

Ethnies	Effectif	Pourcentage
Bambara	4	3,0
Peulh	9	6,7
Soninké	4	3,0
Mianka	110	81,5
Sénoufo	2	1,4
Dogon	4	3,0
Sonrhäï	2	1,4
Total	135	100,0

Les Mianka étaient les plus représentés soit 81,5% des cas.

1-5 Profession :

Tableau III : Répartition des patients selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	1	0,7
Scolaire	49	36,3
Ménagère	17	12,6
Ouvrier	4	3,0
Cultivateur	53	39,3
Commerçants	3	2,2
Autres	8	5,9
Total	135	100,0

Les cultivateurs étaient les plus représentés soit 39,3%.

Autre :chômeurs

1-6 Niveau d'étude :

Tableau IV : Répartition des patients selon le niveau d'étude.

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé (e)	84	62,3
Primaire	47	34,8
Secondaire	3	2,2
Supérieure	1	0,7
Total	135	100,0

Plus de la moitié de nos patients était non scolarisée soit 62,3%.

1-7 Provenance :

Tableau V : Répartition des patients selon la provenance.

Provenance	Effectif	Pourcentage
Koutiala ville	70	51,9
Hors de la ville de Koutiala	65	48,1
Total	135	100,0

La plupart de nos patients venait de la ville de Koutiala soit 51,9%.

1-8 Moyen de transport :

Tous nos patients ont été admis avec leur propre moyen de transport soit 100%

2-DONNEES CLINIQUES

2-1 Motif de consultation :

Tableau VI : Répartition des patients selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	133	98,5
Distension abdominale	20	14,7
Arrêt des matières et gaz	3	2,9
Vomissement	9	6,6

La douleur abdominale était le principal motif de consultation présente chez nos patients soit 98,5% des cas.

2-2 Mode d'admission au service :

Tableau VII : Répartition des patients selon le mode d'admission au service.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Urgence	84	62,3
Consultation ordinaire	45	33,3
Evacuation	3	2,2
Autre à préciser	3	2,2
Total	135	100,0

La majorité de nos patients était admise en urgences soit 62,3 % des cas.

Nous avons aussi reçu 3 cas de transfert venant de la pédiatrie pour suspicion de péritonite aigue soit 2,2 % des cas.

2-3 La qualification de l'agent référant :

Tableau VIII : Répartition des patients selon la qualification de l'agent référant.

Agent référant	Effectif	Pourcentage
Médecin	24	17,8
Infirmier	20	14,8
Venu de lui (elle)	91	67,4
Total	135	100,0

Les patients ont consulté directement au centre dans 67,4 % des cas.

2-4 Les antécédents médicaux :

Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.

Antécédents	Effectif	Pourcentage
UGD	21	15,5
HTA	2	1,5
Aucun	116	85,9
Autres	1	0,7

La plupart de nos patients était sans antécédent médical connu soit 85,9 % des cas.

Autre : antécédent de bilharziose urinaire.

2-5 Antécédent chirurgicaux :

Tableau X : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédents	Effectif	Pourcentage
Aucun	134	99,3
Herniorraphie	1	0,7
Total	135	100

Près de la totalité de nos patients était sans antécédent chirurgical soit 99,3 % des cas, un seul patient avait subi une cure de la hernie inguinale droite soit 0,7 % des cas.

2-6 Durée d'évolution de la symptomatologie :

Tableau XI : Répartition des patients selon la durée de la symptomatologie en jours.

Durée de la symptomatologie	Effectif	Pourcentage
1 jour	5	3,7
2 à 3 jours	23	17,0
4 à 7 jours	78	57,8
8 à 15 jours	23	17,0
Supérieur à 15 jours	6	4,5
Total	135	100

La majorité de nos patients avait une période d'évolution de la symptomatologie comprise entre 4 et 7 jours soit 57,8 % des cas.

2-7 Sièges de la douleur :

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

Siège de la douleur	Effectif	Pourcentage
FID	33	24,5
Hypogastre	17	12,6
Epigastre	18	13,3
Péri-ombilicale	30	22,2
Généralisée	37	27,4
Total	135	100,0

La douleur abdominale était généralisée chez 27,4 % de nos patients.

2-8 Type de la douleur :

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

Type de douleur	Effectif	Pourcentage
Brulure	11	8,2
Piqûre	57	42,2
Torsion	3	2,2
Indéterminée	64	47,4
Total	135	100,0

Le type de la douleur était indéterminée chez près de la moitié de nos patients soit 47,4 % des cas.

2-9 Mode de début de la douleur :

Tableau XIV : Répartition des patients selon le mode de début de la douleur.

Mode de début	Effectif	Pourcentage
brutal	39	28,9
Progressif	72	53,3
Indéterminé	24	17,8
Total	135	100,0

Le début de la douleur était progressif chez 53,3% des patients.

2-10 Intensité de la douleur :

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

Intensité de la douleur	Effectif	Pourcentage
Modérée	30	22,2
Intense	104	77,1
Très intense	1	0,7
Total	135	100,0

Plus de la moitié de nos patients manifestait une douleur intense soit 77,1% des cas.

2-11 Signes accompagnateurs :

Tableau XVI : Répartition des patients selon les signes accompagnateurs.

Signes accompagnateurs	Effectif	Pourcentage
Vomissements	108	80,0
AMG	54	40,0
Diarrhée	16	11,8
Distension abdominale	25	18,5
Rectorragie	1	0,7
Méléna	0	0,0
Hématémèse	1	0,7

Les vomissements ont été le signe digestif le plus associé chez nos patients soit 80 % des cas.

2-11- Signes généraux :

2-11-1. Tension artérielle :

Tableau XVII : Répartition des patients selon la tension artérielle systolique.

Pression artérielle systolique (mmHg)	Effectif	Pourcentage
Inférieure à 100	9	6,7
Entre 100 et 140	124	91,9
Supérieure à 140	2	1,4
Total	135	100

La majorité de nos patients avait une pression artérielle systolique normale soit 91,9 % des cas.

Tableau XVIII : répartition des patients selon la pression artérielle diastolique.

Pression artérielle diastolique (mmHg)	Effectif	Pourcentage
Inférieur à 60	9	6,7
Entre 60 et 90	124	91,9
Supérieure à 90	2	1,4
Total	135	100

La pression artérielle diastolique était normale chez 91,9% de nos patients.

2-11-2 Température corporelle :

Tableau XIX : Répartition des patients selon la température corporelle.

La température (°C)	Effectif	Pourcentage
Normale (36 – 37,5)	42	31,2
Fièvre (38 et plus)	92	68,1
Hypothermie (inférieur à 36)	1	0,7
Total	135	100,0

La majorité des patients avait une température corporelle supérieure à la normale soit 68,1% des cas.

2-11-3 Fréquence respiratoire :

Tableau XX : Répartition des patients selon la fréquence respiratoire.

Fréquence respiratoire	Effectif	Pourcentage
Normopnée	46	34,1
Tachypnée	89	65,9
Total	135	100,0

Plus de la moitié de nos patients avait une fréquence respiratoire supérieure à la normale, soit 65,9% des cas.

2-11-4 Fréquence cardiaque :

Tableau XXI : Répartition des patients selon la fréquence cardiaque.

Fréquence cardiaque (batt/mn)	Effectif	Pourcentage
Normocardie (60 à 100)	44	32,6
Tachycardie (Supérieure à 100)	91	67,4
Total	135	100,0

Plus de la moitié de nos patients avait une fréquence cardiaque supérieure à la normale, soit 67,4 % des cas.

2-11-5 Coloration des conjonctives :

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

Coloration des conjonctives	Effectif	Pourcentage
Bien coloration	134	99,3
Pâleur	1	0,7
Total	135	100,0

La coloration conjonctivale était normale chez 99,3 % de nos patients.

2-12 Signes physiques :

2-12-1 Inspection :

Tableau XXIII : répartition des patients selon les signes à l'inspection.

Signes à l'inspection	Effectif	Pourcentage
Présence de cicatrice opératoire	1	0,7
Distension abdominale	108	80,0
Abdomen normal	24	17,8
Voussure abdominal	3	2,2

La distension abdominale était présente chez 80,0 % de nos patients.

2 -12-2. Palpation :

Tableau XXIV : Répartition des patients selon les signes à la palpation.

Signes à la palpation	Effectif	Pourcentage
Défense abdominale	112	83 ,0
Contracture abdominale	23	17,0
Douleur à la palpation	26	19,3
Cris de l'ombilic présent	73	54,1

La défense abdominale était présente chez 83,0 % des patients.

2 12-3 Percussion :

Tableau XXV : Répartition des patients selon les signes à la percussion.

Signes à la percussion	Effectif	Pourcentage
Matité hydrique	100	74,1
Tympanisme abdominal	13	9,6
Percussion abdominale normale	22	16,3
Abolition de la matité pré hépatique	19	14,1

La matité hydrique était présente chez 74,1 % de nos patients.

2-12-4 Auscultation :

Tableau XXVI : Répartition des patients selon les signes à l'auscultation.

Signes à l'auscultation	Effectif	Pourcentage
BHA augmenté	8	5,9
BHA diminué	104	77,0
BHA normal	23	17,0

Plus de la moitié de nos patients avait une diminution des Bruits hydro-aériques, soit 77,04% des cas.

2-12-5 Toucher rectal :

Tableau XXVII : Répartition des patients selon les signes au toucher rectal.

Signes au TR	Effectif	Pourcentage
Normal	8	5,9
Cul de sac de douglas bombé et douloureux	101	74,8
Cul de sac douloureux et non bombé	26	19,3
Total	135	100,0

Le cul de sac de douglas était bombé et douloureux dans 74,8% des cas.

2-13- Examens complémentaires :

2-13-1- Groupage rhésus :

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon le groupage rhésus.

Groupe sanguin	Effectif	Pourcentage
A+	29	21,4
B+	43	31,9
AB+	10	7,4
B-	4	3,0
O+	42	31,1
O-	7	5,2
Total	135	100,0

Le groupe sanguin le plus représenté était le B+ avec 31,9 % des cas.

2-13-2 Résultats de la numération formule sanguine (NFS) :

Tableau XXIX : répartition des patients selon le résultat de la NFS.

NFS	Effectif	Pourcentage
Taux d'hémoglobine		
11 à 16 g/dl	101	74,8
Inférieure à 11 g/dl	34	25,2
Leucocytes		
Hyperleucocytose	97	71,8

Une hyperleucocytose était présente chez 71,8% des patients et 25,2% des patients avaient une anémie.

2-13-3 La protéine C réactive (CRP) :

Tableau XXX : Répartition des patients selon le résultat de la protéine c réactive.

Résultat CRP	Effectif	Pourcentage
Positive	5	3,7
Négative	1	0,7
Non faite	129	95,6
Total	135	100

La CRP était non faite chez 95,6 % des patients.

2-13-4 : Sérologie Widal Felix :

Tableau XXXI : Répartition des patients selon le résultat de la sérologie Widal Felix.

Résultat	Effectif	Pourcentage
Positive	33/44	75,0
Négative	11/44	25,0
Non faite	91/135	67,4

La sérologie Widal Felix était non réalisée dans 67,41% des cas.

2-13-5 : La radiographie de l'abdomen sans préparation :

Tableau XXXII : Répartition des patients selon le résultat de la radiographie de l'ASP.

Résultat ASP	Effectif	Pourcentage
Pneumopéritoine	44/63	69,8
NHA	29/63	46,0
Grisaille diffus	63	100,0
Non faite	72	53,3

Un pneumopéritoine sous forme de croix gazeux inter hépato diaphragmatique a été retrouvé dans 69,8 % des cas.

2-13-6 : L'échographie abdominale :

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie abdominale.

Résultats échographie	Effectif	Pourcentage
Collection intra abdominale	133	98,6
Non faite	2	1,4
Total	135	100,0

Près de la totalité de nos patients avait une collection intra abdominale, soit 98,6% des cas.

3-Diagnostic préopératoire :

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire.

Diagnostic préopératoire	Effectif	Pourcentage
Occlusion intestinale aigüe par volvulus	3	2,2
Péritonite appendiculaire	57	42,2
Péritonite par perforation gastrique ou duodénale	23	17,1
Péritonite par perforation iléale	49	36,3
Appendicite aigue	2	1,5
Péritonite par perforation grêlique nécrotique sur hernie inguinale étranglée	1	0,7
Total	135	100,0

La péritonite appendiculaire était le diagnostic préopératoire le plus évoqué soit 42,2% des cas.

4 TRAITEMENT CHIRURGICAL :

4-1 Type d'anesthésie :

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

Type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage
La rachianesthésie	3	2,2
AG+IOT	132	97,8
Total	135	100,0

L'anesthésie générale avec intubation orotrachéale a été la technique d'anesthésie la plus utilisée soit 97,8 % des cas.

Au cours de cette anesthésie générale les produits utilisés étaient entre autres :

Prémédication : atropine, midazolam, diazépam selon l'état du patient

Hypnotique : kétamine, thiopental, propofol

Curare : celocurine 100mg, vécuronium

Morphinique : fentanyl.

4-2-Voie d'abord :

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

Voie d'abord	Effectif	Pourcentage
Médiane sus et sous ombilicale	125	92,6
Mac Burney élargie	3	2,2
Médiane Sous Ombilicale	7	5,2
Total	135	100,0

L'incision médiane sus et sous ombilicale a été pratiquée chez 92,6 % des patients.

4-3 Diagnostic peropératoire :

Tableau XXXVII : répartition des patients selon le diagnostic peropératoire.

Diagnostics	Effectif	Pourcentage
Péritonite par perforation iléale typhique	51	37,8
Péritonite appendiculaire	50	37,0
Péritonite par perforation gastrique sur ulcère gastroduodéal	15	11,1
Péritonite par perforation duodénale sur ulcère gastroduodéal	9	6,8
Péritonite par perforation iléale et colique typhique	3	2,2
Péritonite par perforation colique	3	2,2
Péritonite par perforation gastrique sur tumeur	2	1,5
Péritonite par perforation iléale sur tumeur	1	0,7
Péritonite par perforation colique et appendiculaire	1	0,7
Total	135	100,0

La péritonite par perforation iléale typhique était le diagnostic le plus posé en peropératoire soit 37, 8% des cas et elle était associée à une perforation colique dans 3 cas soit 2,2 % des cas.

4-4-Localisation de la perforation :

Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon la localisation de la perforation.

Segment digestifs	Effectif	Pourcentage
Estomac	17	12,6
Duodénum	9	6,7
Iléon	55	40,7
Appendice	51	37,7
Colon	8	5,8

La perforation iléale était la plus fréquente suivie par la perforation appendiculaire soit respectivement 40,7 % et 37,7% des cas chacune.

4-5-Nombre de perforation :

Tableau XXXIX : Répartition selon le nombre de perforation.

Nombre de perforation	Effectif	Pourcentage
Unique	112	83,0
Double	15	11,1
Triple	4	3,0
Quatre	2	1,5
Cinq	1	0,7
Sept	1	0,7
Total	135	100,0

Dans 83,0 % des cas la perforation était unique.

4-6-Forme des lésions :

Tableau XL : Répartition des patients selon la forme des lésions.

Forme	Effectif	Pourcentage
Linaire	6	4,4
Arrondie	47	34,8
Arciforme	6	4,4
Ponctiforme	77	57,0

Dans 57,0 % des cas la lésion était ponctiforme.

4-7-Diamètre de la perforation

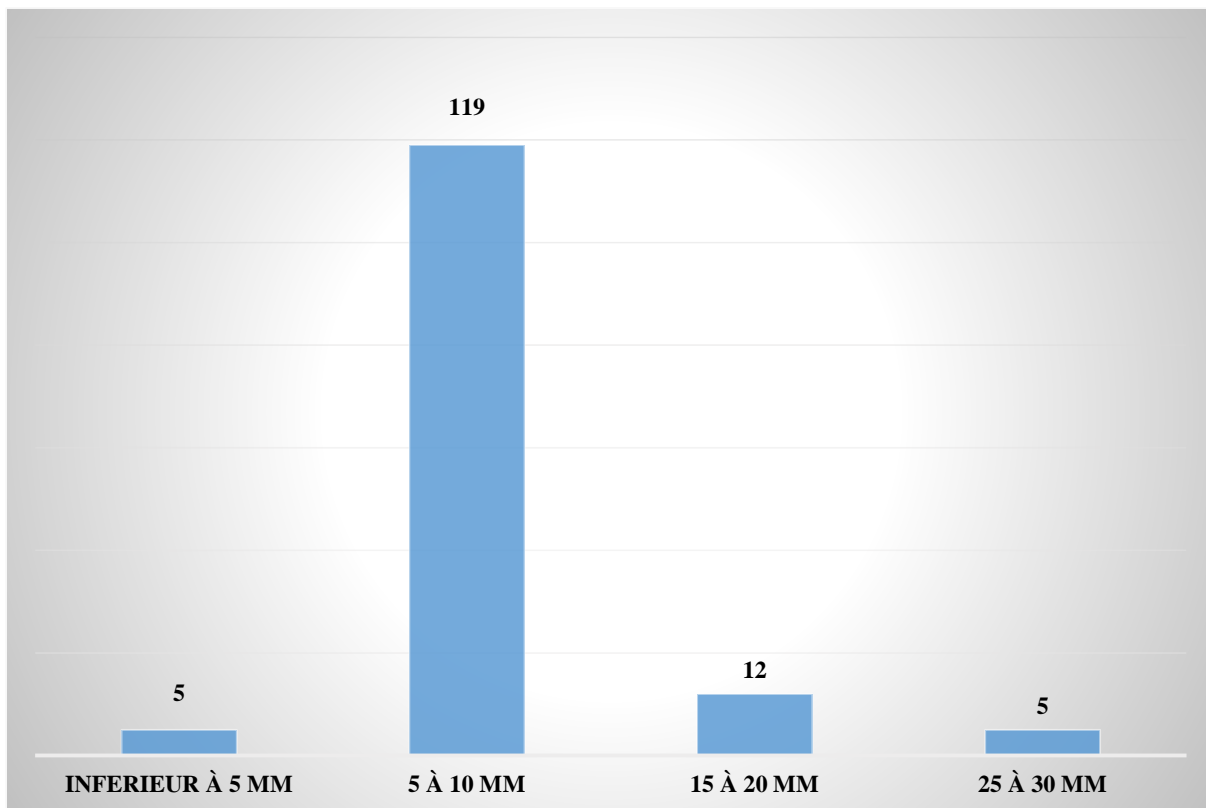


Figure 7: Répartition des patients selon le diamètre de la perforation en millimètre

Dans 88,1% des cas, les lésions avaient une dimension comprise entre 5 et 10 mm avec une moyenne de 7,38 mm.

4-8-score de MANHEIM :

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

Score de MANHEIM	Effectif	Pourcentage
Supérieur à 26	6	4,4
Inférieur à 26	129	95,6
Total	135	100,0

Le pronostic était favorable chez 95,6% de nos patients.

4-9-Gestes chirurgicaux :

Tableau XLII : Répartition des patients selon les gestes chirurgicaux réalisés.

Geste réalisé	Effectif	Pourcentage
Excision +suture	53	39,2
Résection Anastomose termino-terminale	16	11,9
Appendicectomie	51	37,7
Iléostomie	15	11,1
Colostomie	2	1,4

L'excision ravivement de la perforation plus suture étaient les gestes le plus pratiqués suivit par l'appendicectomie soit respectivement 39,2 et 37,7% des cas chacun.

La Toilette abdominale plus le drainage a été réalisée chez tous les patients, le drain utilisé était passif fait de lame de gant chez tous nos patients.

4-10-Suites opératoires :

Tableau XLIII : Répartition des patients selon les suites opératoires.

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage
Simple	110	81,5
compliquées	25	18,5
Suppuration pariétale superficielle	12	8,9
Péritonite post opératoire	5	3,7
Décès	8	5,9

Dans 81,5% des cas, nos patients avaient une suite opératoire simple.

La morbi-mortalité était de 18,5% dont une morbidité de 12,6 % et une mortalité de 5,9 % des cas.

La suppuration pariétale superficielle était la plus fréquente des morbidités avec 8,9 % des cas.

3,5% de nos patients ont présenté une péritonite postopératoire dont un cas de péritonite par abcès sous phrénique, un cas de péritonite par suppuration pariétale profonde, un cas de péritonite par lâchage de fils de suture et deux cas de fistule digestive interne.

4-11-Classification des complications selon Clavin et Dindon :

Tableau XLIV : Répartition des complications selon Clavin et Dindon.

Complications	Grade I	Grade II	Grade IIIa	Grade IIIb	Grade IV	Grade V	Total
Suppuration pariétale superficielle	0	12	0	0	0	0	12
PPO	0	0	0	5	0	0	5
Décès	0	0	0	0	0	8	8
Total	0	12	0	5	0	8	25

Selon la classification de Clavin-Dindo, les complications étaient de grade II dans 12 cas, grade IIIb dans 5 cas et grade V dans 8 cas.

4-12-Traitement des complications postopératoires :

Les 12 cas de suppuration pariétale ont été traités par des soins locaux. Les 5 cas de péritonite postopératoire ont été réopérés au bloc.

4-12-Durée d'hospitalisation :

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

Durée d'hospitalisation (en jour)	Effectif	Pourcentage
1 à 7	98	72,6
7 à 14	26	19,3
14 à 30	10	7,4
30 à 90	1	0,7
Total	135	100,0

Plus de la moitié de nos patients, soit 72,6% avait une durée de séjour de 1 à 7 jours avec une moyenne de 6,31 jours et des extrêmes de 1 et 30 jours.

4-13-Mode de suivi :

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

Mode de suivi	Effectif	Pourcentage
Venu de lui (elle)	25	18,5
Sur rendez	76	56,3
Autre*	34	25,2
Total	135	100,0

Dans 56% des cas, les patients étaient suivis sur rendez-vous.

Autres* : nous avons les 8 cas de décès au cours d'hospitalisation et les patients perdus de vue.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. METHODOLOGIE D'ETUDE

Nous avons réalisé une étude rétrospective et prospective pour des avantages suivants :

- L'enquêteur examine lui-même la grande majorité des malades.
- Les données recueillies sont plus fiables et exploitables.

Comme difficultés rencontrés nous citerons :

- Le retard de consultation des malades.
- Les difficultés à réaliser certain examen complémentaire de référence sur place.
- Le pouvoir d'achat de la plupart de nos patients étant faible, ils ne peuvent pas prendre les frais en charge.

2-Fréquence :

Tableau XLVIII : Fréquence des perforations digestives non traumatiques selon les auteurs.

Auteurs	Pourcentage	Nombre	p-value
Camara et al guinée 2021 [15]	08,26	30	0,00
Nouhoum M Mali 2023[17]	19 ,4	253	0,46
Notre série	19,9	135	

Les perforations digestives non traumatiques donnent typiquement un tableau classique de péritonite aigue. Au cours de cette étude nous avons enregistré 135 cas de perforations digestives non traumatiques, qui ont représenté 19,9% des abdomens chirurgicaux aigues (n=678). Ce même constat a été fait par Nouhoum .M [17] au Mali. Par contre ce résultat est supérieur à celui de Camara et al en guinée [15]. Cette différence s'explique par leur nombre d'échantillon faible par rapport à notre étude.

3-Profiles des patients opérés pour perforation digestive non traumatique

3-1. Age des patients :

Tableau XLIX : L'âge des patients selon les auteurs.

Auteurs	Age moyen	Nombre	Extrême	p-value
Nouhoum .M mali 2023[17]	32,46	253	10- 84	0,00
Coulibaly .M Mali 2017[18]	34,8	54	18-72	0,04
Coulibaly.Cos Mali 2010[19]	38,6	60	2-72	0,02
Notre étude	24,75	135		

Au cours de cette étude la moyenne d'âge était de 24,75 ans, avec des extrêmes de 3 et 80 ans. La tranche d'âge de zéro à 15 ans était la plus représentée. Cette moyenne d'âge est inférieure à celles de Nouhoum .M, de Coulibaly.M et Coulibaly. Cos [17 ; 18 ; 19] au Mali. Cette différence s'explique par le cadre d'étude car cette étude s'est déroulée dans une zone rurale où les enfants et les jeunes adultes se trouvent beaucoup plus confronter aux facteurs de risque telles que la fièvre typhoïde et la mauvaise hygiène de vie.

3-1 .Sexe :

Tableau LI : Sexe des patients selon les auteurs.

Auteurs	Pourcentage homme	Pourcentage femme
Ongoiba Mali 2020 [120]	96,8	03,1
Camara M et al Guinée 2021[15]	93,3	06,7
Nouhoum M 2023[17]	77,9	22,1
Notre étude	76,3	23,7

Dans cette étude nous avons trouvé une prédominance masculine avec un sexe ratio de 3,23 en faveur des hommes. Cette même prédominance masculine a été rapportée par d'autres auteurs africains [17; 15 ; 20]. Cette prédominance pourrait s'expliquer par l'exposition des hommes à certains facteurs de risque de perforation digestive tels que le tabac et l'automédication.

4. Aspect clinique :

4.1 Données de l'interrogatoire :

4.1.1 Mode d'entrée des patients :

Tableau LII : Mode d'admission et de référence selon les auteurs.

Auteurs	Pourcentage	Nombre	P –value
Kambiré et al.B.Faso2017 [22]	75,0	30	0,26
Coulibaly.M Mali 2017[18]	46,3	54	0,09
Notre étude	62,2	135	

Les perforations digestives non traumatiques donnent une péritonite aigue dont la prise en charge est une urgence médicochirurgicale. Au cours de cette étude 62,2 % des patients ont été admis par le service d'accueil des urgences. Ce même résultat a été apporté par Kambiré et al [22] au Burkina Faso et Coulibaly [18] au Mali. Ces résultats pourraient s'expliquer par le retard de consultations de la majorité des patients dans les structures spécialisées.

4.1.2 Motif de consultation des patients : douleur abdominale

Tableau LIII : Douleur abdominale selon les auteurs.

Auteurs	Pourcentage	Nombre	p-value
Zaré et al Burkina Faso 2020[23]	100,0	675	0,00
Camara M et al .Guinée 2021[15]	100,0	30	0,99
Coulibaly.S Mali 2006[24]	96,3	107	0,52
Notre étude	98,5	135	

La douleur abdominale a été le principal motif de consultation au cours de notre étude soit 98,5%. Ce même résultat a été rapporté par Camara et al [15] en Guinée et Coulibaly. S [24] au Mali. Par contre ce résultat est inférieur à celui de Zaré et al au Burkina Faso [23]. Cette différence s'explique par la taille d'échantillon d'étude qui est plus large que la nôtre.

4.1.3 ATCDS médicaux des patients : Ulcère gastroduodénale (UGD)

Tableau LIV : Antécédents médicaux d'UGD selon les auteurs.

Auteurs	Pourcentage	Nombre	p-value
Nouhoum M Mali 2023[17]	11,1	253	0,41
Camara et al. Guinée 2021[15]	50,0	30	0,00
Coulibaly .M Mali 2017[18]	7,4	54	0,27
Notre série	15,5	135	

Au cours de cette étude l'ulcère gastroduodénal a été retrouvé chez 15,5% des patients. Ce même résultat a été retrouvé chez Nouhoum M [17] et chez Coulibaly [18] au Mali. Par contre il est inférieur à celui de Camara et al en Guinée [18]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que leur étude était consacrée à la perforation gastroduodénale dont l'UGD en est un facteur principal.

4.2. Donnée clinique :

4.2.1. Signes généraux :

4.2.1.1. Fièvre :

Tableau LV : Fièvre selon les auteurs.

Auteurs	Pourcentage	Nombre	p-value
Imane .A .Maroc 2011[25]	42,2	211	0,88
Camara et al. Guinée 2021[15]	36,7	30	0,00
Dramane .D Mali 2020[21]	70,0	30	0,31
Notre étude	68,1	135	

Au cours de cette étude la fièvre était présente chez 68,1 % des patients. Ce même résultat est retrouvé chez Imane. A [25] au Maroc et chez Dramane D [21] au Mali. Par contre il est supérieur à celui de Camara et al en guinée [15]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la fièvre est beaucoup plus en premier plan dans les perforations iléales typhiques ou appendiculaires que dans les perforations d'ulcère gastroduodénal.

4.2.2 Signe physique :

L'examen abdominal est le temps fondamental du diagnostic et doit se faire sur un patient dévêtu en décubitus dorsal sur un plan dur. Les perforations digestives non traumatiques donnent le tableau d'un syndrome d'irritation péritonéal avec ou sans abolition de matité pré hépatique.

4.2.2.1. Inspection.

Tableau LVII : Distension abdominale selon les auteurs.

Auteurs	Pourcentage	Nombre	P
Manix al .RDC 2022 [27]	81,8	55	0,45
Coulibaly Mali 2017 [18]	11,1	54	0,00
Nouhoum Maiga Mali 2023[17]	58,9	253	0,00
Notre étude	80,0	135	

La distension abdominale était présente chez 80% des patients. Ce même résultat a été apporté par Manix et al [27] en RDC. Cependant il est supérieur à ceux de Coulibaly [18] ; de Nouhoum .M [17] au Mali. Cette différence pourrait s'expliquer par le délai de consultation qui était court (1 à 3 jours) chez Coulibaly [18] au Mali et chez Nouhoum .M [17] au Mali respectivement dans 61,1% et 58,50% des cas.

4.2.2.2. Palpation : défense abdominale

Tableau LVIII : Défense abdominale selon les auteurs.

Auteurs	Pourcentage	Nombre	p-value
Dramane .D. Mali 2020[21]	83,3	30	0,07
Manix al .RDC 2022 [27]	80,6	55	0,74
Notre étude	83,0	135	

Le signe physique essentiel d'une péritonite aiguë est l'existence d'une contracture abdominale. La palpation met en évidence la contracture abdominale qui est une rigidité pariétale reflexe, tonique, permanente, invincible et douloureuse réalisant un véritable ventre de bois. Parfois, la contracture est remplacée par une défense généralisée. Cette défense abdominale a été retrouvée chez 83,0% des patients. Des résultats similaires ont été apportés par des auteurs africains [21, 27]. Ces résultats pourraient s'expliquer par le retard de consultation dans nos régions africaines.

4.2.2.5. Toucher rectal : Douglas bombé et douloureux

Tableau LIX : Résultats du toucher rectal selon les auteurs.

Auteurs	Pourcentage	Nombre	p-value
Vignon K et al Benin 2016[16]	81,4	86	0,25
Samoura Mali 2011[27]	75,8	103	0,26
Notre étude	74,8	135	

Dans cette étude le toucher rectal a retrouvé un douglas bombé et douloureux chez 74,8% des patients. Des résultats similaires ont été apporté par d'autres auteurs Samoura au Mali[27] et Vignon k et al au Benin [16].

4.2.3 Signes paracliniques :

4.2.3.1 Bilan radiographique et échographique :

4.2.3.1.1 Résultats de la radiographie de l'abdomen sans préparation : Croissant gazeux inter hépato-diaphragmatique.

Tableau LX : Résultats de la radiographie de l'ASP selon les auteurs.

Auteurs	Pourcentage	Nombre	p-value
Nouhoum Maiga Mali 2023[17]	84,2	253	0,02
Adakal .O et al .Niger2021 [28]	17,6	207	0,00
Camara et al .Guinée 2021 [15]	83,3	30	0,33
Notre étude	69,8	63	

Au cours de cette étude nous avons trouvé le pneumopéritoine chez 69,8% des 63 patients chez qui il a été réalisé. Ce même résultat a été trouvé par Camara et al en Guinée [15]. Par contre il est inférieur à celui de Nouhoum .M [17] ce qui pourrait être expliqué par le faible taux de réalisation de l'ASP dans notre étude. Et inversement il est supérieur à celui de Adakal.O et al au Niger [28]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que leur étude portait uniquement sur la perforation iléale qui donne moins de pneumopéritoine.

4.2.3.1.2 Résultats de l'échographie : Collection intra abdominale

Tableau LXI : Résultat de l'échographie selon les auteurs.

Auteurs	Pourcentage	Nombre	P-value
Bouchra Maroc 2007[29]	42,0	247	0,00
Coulibaly.M Mali 2017[18]	55,6	54	0,00
Notre étude	98,6	133	

La collection intra abdominale a été retrouvée chez 98,6 % des patients. Ce résultat est nettement supérieur à ceux de Bouchra au Maroc [29] et de Coulibaly.M au Mali [18]. Cette différence pourrait s'expliquer par le délai de consultation.

4.2.3.2. Bilan biologique :

Tableau LXII : Résultat de la numération formule sanguine(NFS) selon les auteurs.

Auteurs	Pourcentage	Nombre	P –value
Nouhoum M. Mali 2023[17]	87,4	253	0,00
Merlin.K .Burundi2021 [30]	85,1	141	0,01
Notre étude	71,8	135	

Une hyperleucocytose a été retrouvée chez 71,8 % des patients. Ce résultat est inférieur à ceux de Nouhoum M au Mali [17] et de Merlin.K au Burundi [30]. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille des échantillons.

Tableau LXIII : Résultat de la sérologie Widal Felix selon les auteurs.

Auteurs	Pourcentage	Nombre	p-value
Nouhoum M. Mali 2023[17]	39,1	253	0,00
Manix al .RDC 2022 [27]	81,81	55	0,82
Notre étude	75,0	44	

La sérologie Widal Felix a été positive chez 75 % des patients chez qui elle a été réalisée. Ce même constat a été fait par Manix et al en RDC [27]. Par contre il est supérieur à celui de Nouhoum .M[17]. Cette différence pourrait s'expliquer par la prédominance de la perforation gastroduodénale dans son étude.

4.2.4 Diagnostics

4.2.4.1 Diagnostic peropératoire :

Tableau LXIV : Diagnostic peropératoire selon les auteurs.

Auteurs	Pourcent âge	Nombre	p-value
Manix al .RDC 2022 [27]	22,6	243	0,00
k.keita et al Mali 2020 [31]	38,6	202	0,24
Merlin.K .Burundi2021 [30]	10,6%	141	0,00
Notre étude	37,8	135	

Au cours de cette étude nous avons enregistré 37,8 % de péritonite par perforation iléale typhique. Ce résultat est observable chez k. keita et al au Mali [31]. Par contre il est supérieur à ceux de Manix.al en RDC [27] et de Merlin.K au Burundi [30]. Cette différence s'explique par les conditions d'hygiène défavorables de notre lieu d'étude et la mauvaise et/ou non prise en charge à temps de la fièvre typhoïde

4.2.4.2 Dimension de la perforation :

TABLEAU LXV : Dimension de la perforation selon les auteurs.

Auteurs	Dimension moyenne en mm	Nombre	p-value
Nouhoum M. 2023[17]	14,3	253	0,01
Anbalakan Londres 2015 [32]	35	332	0,07
Coulibaly.S Mali 2006[24]	13,09	107	0,00
Notre étude	7,38	135	

Au cours de cette étude la dimension moyenne de la perforation était de 7,38 mm ce résultat est inférieur à ceux de Nouhoum M [17] et de Coulibaly. S [24]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les perforations typhiques sont généralement ponctiformes et de petit diamètre.

4.2.4.3 Diagnostics de gravité :

Tableau LXVI : Diagnostics de gravité Score de Mannheim selon les auteurs.

Auteurs	Pourcentage	Nombre	p-value
Nouhoum M. Mali 2023[17]	64,8	253	0,00
Sogoba et al. Mali 2020[33]	88,1	42	0,10
Coulibaly Mali 2017[18]	74,1	54	0,00
Notre étude	95,6	135	

Ce score serait sensible dans 86% des cas et spécifique dans 97% des cas de péritonites aiguës.

Au cours de cette étude nous avons trouvé un score de Mannheim inférieur à 26 dans 95,6 % des cas. Ce résultat est le même que celui de Sogoba et al au [33] Mali. Par contre il est supérieur à ceux de Nouhoum .M [17] et de Coulibaly [18]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les hôpitaux de première référence à cause de leur plateau technique avancé par rapport aux autres reçoivent plus de malade grabataire référés par les structures sanitaires environnantes.

3.2.5. Aspect thérapeutique

3.2.5.1 Réanimation pré, per, post opératoire

Au cours de cette étude la réanimation a été réalisée chez tous nos patients, une bi antibiothérapie a été réalisée chez tous nos patients (100%), les antibiotiques utilisés étaient la métronidazole associée à la ceftriaxone ou à la ciprofloxacine. Camara et al [15] ont rapporté un pourcentage de bi-antibiothérapie inférieur soit 76,2% (p=0,00).

Nouhoum M [17] a rapporté une utilisation de céphalosporine de troisième génération adaptée à l'antibiogramme dans 60,1% (p=0,00). Ces différences s'expliquent par la disponibilité de l'antibiogramme qui n'était pas effective dans notre contexte.

3.2.5.3 Prise en charge chirurgicale

L'incision médiane sus et sous ombilicale a été pratiquée chez 92,6 % de nos patients. Par contre Nouhoum .M [17] a rapporté 64,4% de laparotomie médiane sus et sous ombilicale (p=0,00). L'excision de la perforation plus suture étaient les gestes les plus pratiqués chez nos patients soit 39,2%. Ce résultat est inférieur à celui de Nouhoum .M [17] avec 95,3% d'excision et suture (p=0,00).

Ces différences s'expliquent par le fait que le geste chirurgical dépend surtout de l'organe perforé et du diagnostic peropératoire.

4.2.8 Pronostic :

Les suites opératoires ont été simples chez 81,5% de nos patients. Ce même résultat est retrouvé chez Nouhoum M [17] avec 81,4 % (P=0,26).

La morbidité était de 12,6%, ce résultat est inférieur à celui de vignon et al au Benin [16] qui ont rapporté 28,5% de morbidité (P=0,00).

Nous avons enregistré une mortalité de 5,9%, ce résultat est similaire à celui de Nouhoum M au Mali qui a rapporté 7,11% (P=0,69) mais inférieur à celui de Camara et al [15] en guinée qui ont enregistré 26,66% (P=0,00).

3.2.6 Durée d'hospitalisation :

Tableau LXVII : Durée moyenne d'hospitalisation selon les auteurs.

Auteurs	Durée moyenne	Nombre	p-
Camara et al. Guinée 2021 [15]	12,83	30	0,02
Kafih et al. Maroc (2000) [34]	05,50	44	0,00
Boris et al. France (2000) [35]	07,80	39	0,00
Notre étude	6,31	135	

La durée moyenne d'hospitalisation était de 6,31 jours. Ce résultat est inférieur à ceux de Camara et al en Guinée [15] et Boris et al en France [35]. Par contre il est supérieur à celui de Kafih et al au Maroc [34]. Ces différences pourraient s'expliquer par l'importance des complications post opératoires d'une étude par rapport à une autre. Plus les cas de complications sont importants plus la durée d'hospitalisation est longue.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

Les perforations digestives constituent un motif fréquent d'intervention chirurgicale urgente à l'hôpital de district de Koutiala.

La radiographie de l'abdomen sans préparation et l'échographie abdominale à la recherche d'épanchement ont été les examens complémentaires demandés. Cependant le diagnostic étiologique est porté en per opératoire. Les étiologies les plus fréquemment retrouvées ont été les perforations dues aux complications de la fièvre typhoïde, de l'appendicite, de l'UGD et les tumeurs.

La suture simple de la perforation, l'appendicectomie, la résection et l'anastomose termino-terminale suivis d'une toilette péritonéale et drainage ont été les gestes chirurgicaux réalisés. Le traitement chirurgical a été associé au traitement spécifique de la maladie causale. La mortalité et la morbidité restent élever.

La prévention de la fièvre typhoïde ainsi que la prise en charge rapide des patients devraient améliorer l'incidence et la morbidité des perforations liées à ces étiologies.

VII. RECOMMANDATIONS :

Au regard des résultats de notre étude nous formulons les recommandations suivantes

❖ **Aux autorités sanitaires et politiques**

- La systématisation de la couverture vaccinale anti-typhique dans les groupes à risques.
- Renforcer le plateau technique pour une meilleure prise en charge des urgences chirurgicales abdominales.
- Renforcer les ressources humaines

❖ **Aux personnels sanitaires**

- Référer à temps aux structures spécialisées tout cas de syndrome abdominal aigu.
- Informer les populations sur la fièvre typhoïde et la vaccination.

❖ **A la population**

- Consulter immédiatement devant tout cas de douleur abdominale persistante.
- Se vacciner contre la fièvre typhoïde.
- Promouvoir les latrines pour diminuer le péril fécal.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. BIBLIOGRAPHIES

- 1-DOMART A, BOURNEUF J. Petit Larousse de médecine. Dictionnaire, N°6145,580.
- 2.Regent D, Balaj C, Jausset F, Oliver A, Sellal-Aubriot C, Croise-Laurent V. Perforations du tube digestif. EMC - Radiol Imag Médicale - Abdominale - Dig. déc 2012;7(4):1-21.
- 3.Cissé A H. Péritonite aigue au CSRéf de la commune I : aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique [thèse : méd]. Bamako: FMOS; 2019, (19M435)
- 4.Kazobavamwo Merlin. Les perforations digestives non traumatiques à Bujumbura à propos de 141 cas.Thèse Méd Burundi.2021 ;() :40
- 5.Kc, V., Dk, M., Kr, V., Rii, M., Nh, N. N., & Ej, H. (2016). Les Perforations D'ulcere Gastro-Duodenal Au Centre National Hospitalier Et Universitaire (Cnhu) De Cotonou (Benin). *European Scientific Journal, ESJ, 12(27)*, 117.
<https://doi.org/10.19044/esj.2016.v12n27p117>
- 6.soukalo coulibly. Prise en charge des perforations digestives à l'hôpital régional de Sikasso.Thèse méd.Bamako 2006;(276): 46
- 7.Coulibaly M, Traoré D, Togola B, Sanogo S, Bengaly B, Kanté A, Ouattara D, Coulibaly B, Ba Babou,Diallo S, Ongoiba N.Perforation-digestive-non-traumatique a Koutiala:aspects-epidemiocliniques-et-therapeutiques. MALI MEDICAL 2019 TOME XXXIV N°3
- 8.Regent D, Balaj C, Jausset F, Oliver A, Sellal-Aubriot C, Croise-Laurent V. Perforations du tube digestif. EMC - Radiol Imag Médicale - Abdominale - Dig. déc 2012;7(4):1-21
- 9.Taourel P. Perforation digestive non traumatique : interet et impact de la TDM pour donner le siege et la cause de la perforation. J Radiol. 1 oct 2005;86(10):1236.
- 10.Sambo BT, Allodé SA, Wekpon DS, Séto DM, Hodonou MA, Dossou B. Prise En Charge Des Péritonites Aiguës Dans Un Hôpital De District En Afrique Sub-saharienne : Cas Du Bénin. Eur Sci J ESJ. 31 déc 2017;13(36):388.
- 11.Coulibaly M, Traoré D, Togola B, Sanogo S, Bengaly B, Kanté A, Ouattara D, Coulibaly B, Ba Babou,Diallo S, Ongoiba N.Perforation-digestive-non-traumatique a Koutiala:aspects-epidemiocliniques-et-therapeutiques. MALI MEDICAL 2019 TOME XXXIV N°3
- 12.Coulibaly M, Traoré D, Togola B, Sanogo S, Bengaly B, Kanté A, Ouattara D, Coulibaly B, Ba Babou,Diallo S, Ongoiba N.Perforation-digestive-non-traumatique a Koutiala:aspects-epidemiocliniques-et-therapeutiques. MALI MEDICAL 2019 TOME XXXIV N°3
- 13.Coulibaly M, Traoré D, Togola B, Sanogo S, Bengaly B, Kanté A, Ouattara D, Coulibaly B, Ba Babou,Diallo S, Ongoiba N.Perforation-digestive-non-traumatique a Koutiala:aspects-epidemiocliniques-et-therapeutiques. MALI MEDICAL 2019 TOME XXXIV N°3

14. Coulibaly M, Traoré D, Togola B, Sanogo S, Bengaly B, Kanté A, Ouattara D, Coulibaly B, Ba Babou, Diallo S, Ongoiba N. Perforation-digestive-non-traumatique à Koutiala: aspects-épidémiologiques-cliniques-et-thérapeutiques. *MALI MEDICAL* 2019 TOME XXXIV N°3
15. Camara M, Camara T, Diakite A, Diawara Y, Togo AP. Péritonites par Perforation d'Ulcère Gastroduodénal dans le Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Régional de Kankan (Guinée). *Health Sci Dis.* 2021;22(11):102-5.
16. Vignon K, Mehinto D, Vignon K, Mbele R, Natta NN, Hounkpe E. Les Perforations D'ulcère Gastro-Duodénal Au Centre National Hospitalier Et Universitaire (Cnhu) De Cotonou (Benin). *Eur Sci J.* 2016;12(27).
17. Nouhoum Maiga . Péritonite aiguë par perforation non traumatique d'organe creux au CHU Pr BSS de Kati .Thèse méd Bamako.2023 ;() :92
18. Coulibaly MM. Péritonite par perforation gastroduodénale dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso. Thèse Méd Bamako. 2017;(17):116.
19. Coulibaly COS. Prise en charge des perforations digestives dans le service de chirurgie de l'hôpital de Sikasso. Thèse Médecine Bamako. 2010;(408):83.
20. Ongoiba T. Les péritonites par perforation d'ulcère gastro-duodénal : expérience du service de chirurgie générale du CHU de Kati (à propos de 64 cas). Thèse Méd Bamako. 2020;(266):129.
21. Dramane .D. Prise en charge des péritonites appendiculaires au centre de santé de Bougouni. Thèse Méd Bamako.2020 ;() :32.
22. Kambiré J, Zaré C, Sanou B. Étiologies et pronostic des péritonites secondaires au centre hospitalier universitaire de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *J Afr HépatolGastroentérol.* 2017;(11):149-51.
23. Zare C, Belemliga G, Binyom R, Diallao O, Yabre, Keita N, et al. Les abdomens aigus chirurgicaux non traumatiques chez l'adulte au Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso : à propos d'une série de 675 cas. *J AFR CHIR Dig.* 2020;20(1):3250-6.
24. Soukalo Coulibaly. Prise en charge des perforations digestives à l'hôpital régional de Sikasso. Thèse méd. Bamako 2006;(276): 46.....
25. Imane AZGAOU. PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES PÉRITONITES AIGUES : Étude rétrospective sur 2 ans au CHU Mohamed VI de Marrakech. Thèse Méd Maroc. 2011 ;(120) :13
26. Doubany Mariame Keita, Mohamed Albert Diawara, Mariama II Guirassy, Naby Fofana, Balla Moussa Toure, Houssein Fofana, & Aboubacar Toure. (2023). Prise en Charge des Péritonites Aigues Généralisées de l'Enfant au CHU Ignace Deen : À Propos de 62 Cas. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, 24(9). <https://doi.org/10.5281/hsd.v24i9.4778>

- 27.Samoura L. Prise en charge des urgences chirurgicales digestives au CSRéf de Bougouni. Thèse Méd Bamako. 2011;(188):122.
- 28.Adakal O, Adamou H, Rouga MM, James Didier L, Abdoulaye M, Magagi I, et al. Perforation non Traumatique du grele : A propos de 1775 cas prise en charge au centre hospitalier régional de Maradi au Niger.
- 29.Bouchra EL Hamidi. Péritonite par perforation d'ulcère gastro-duodéal (A propos de 247 cas).Thèse Méd Maroc.2007 ;(28) :30
- 30.Kazobavamwo Merlin. Les perforations digestives non traumatiques à Bujumbura à propos de 141 cas.Thèse Méd Burundi.2021 ;() :40
- 31.K Keita, AG Diarra, O Coulibaly, M Diallo, LS Traoré, F Keita et al. Les péritonites aiguës au CHU BSS de Kati : aspects étiologiques et thérapeutiques. Jaccr Africa 2020; 4(3): 366-372
- 32.Anbalakan KC. Five year experience in management of perforated peptic ulcer and validation of common mortality risk prediction models - are existing models sufficient? Int J Surg. 2015;(14):38-44.
- 33.Sogoba G, Sangare S, Traore L, Togo P, Coulibali Y, Diallo G. Perforations digestives non traumatiques dans les Services de Chirurgies Générale et Pédiatrique à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. J Afr Cas Clin Rev. 2020;4(1):486-90.
- 34.Kafih M, Fekak H, El Idrissi A, Zerouali NO. Ulcère duodéal perforé : traitement coelioscopie de la perforation et de la maladie ulcéreuse. Ann Chir. 2000;(125):242-6.
- 35.Boris A, Oua K, Sellam P, Fourmestaux J, Gasne P, Bethoux JP, et al. Traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé. Gastro EnterolClinBiol. 2000;(14):1012-7.

ANNEXES

IX. ANNEXES

9.1.ICONOGRAPHIE

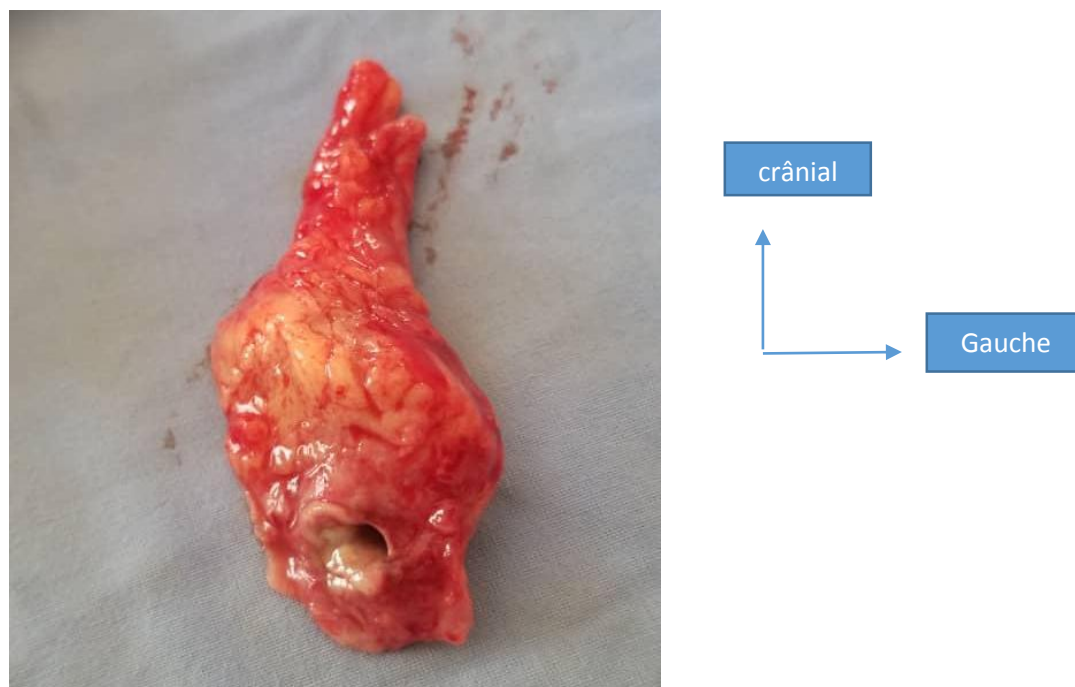


Figure 8: Pièce d'appendicectomie d'une perforation appendiculaire au sommet

Archive photo du service de chirurgie générale de l'hôpital du district de Koutiala (03 avril 2023)

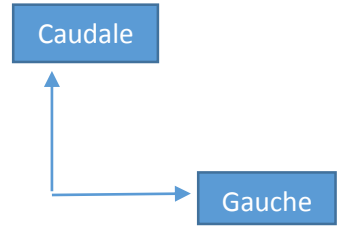
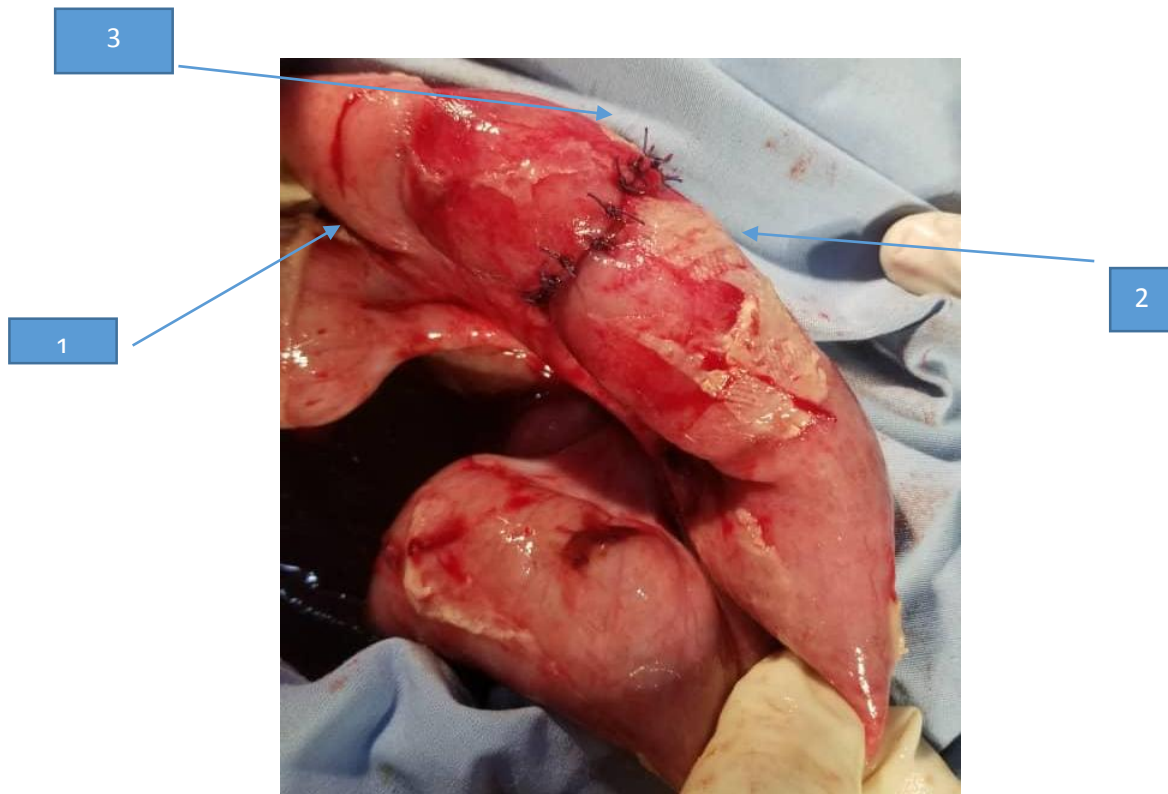


Figure 9: Perforation iléale typhique unique à 30cm de l'angle iléo-caecal Archive photo du service de chirurgie générale de l'hôpital du district de Koutiala (15 juin 2023)



- 1-coecum
- 2-iléon
- 3-Points de suture

Figure 10: Ravivement et suture de la perforation iléale typhique unique

Archive photo du service de chirurgie générale de l'hôpital du district de Koutiala (15 juin 2023)

10.2. Fiche d'enquête

I. DONNEES ADMINISTRATIVES

1. Numéro de la fiche d'enquête :

2. Numéro du dossier :

3. Nom et prénom :

4. Date de la consultation :

5. Age :

a= 0 à 15ans b=16 à 40ans c=41 à 65ans d= supérieur à 65 ans

6. Sexe :

a= Masculin b= Féminin

7. L'ethnie :

a=Bambara b=Peulh c= Soninké d= Mianka e= Senufo
f= Dogon g=autres

8. Profession :

a= Fonctionnaire b=Scolaires c=Eleveur d=Ménagère e=Ouvrier
f= Cultivateur g= enfant h=Commerçant i= Autres

9. Provenance :

1=Koutiala ville 2= Hors de la ville de Koutiala

10. Le moyen d'évacuation :

a= Ambulance b=Taxi c=Moto

11. La qualification du référent :

a=Médecin b=Infirmier c=Venue de lui-même

12. Mode d'admission au service.....

A=.urgence, b=.consultation ordinaire c=évacuation d=autres à préciser

13. Motifs de consultation :

1= Douleur abdominale 2= Nausées + Vomissements 3= Arrêt des matières et
des gaz 4=AEG 5Si autre à préciser

II. ANTECEDENTS :

14. Médicaux :

a= HTA b= Diabète c= UGD
d= Autres e=Aucun

15. Chirurgicaux :

a= Oui b= Non

Si oui préciser :

III. DONNEES CLINIQUES

A. Les signes généraux

16. La TA :

a=Normale b=Augmentée c=Diminuée

17. La T° :

a= Normale b= Augmentée c= Diminuée

18. La FR :

a=Normale b=Augmentée c=Diminuée

19. Le Pouls :

a=Normal b=Augmenté c=Diminué

B. Signes Fonctionnels

20. Motifs de consultation :

1= Douleur abdominale 2= Nausées + Vomissements 3= Arrêt des matières et
des gaz 4=AEG 5 =Si autre à préciser:

.....

21. Durée de la symptomatologie :

a=24H b=48 à 72H c= ≥72H

22. Siège de la douleur :

a=FID b=FIG c=Hypogastre
d=Epigastre e=Péri-ombilical f=Généralisé

23. Type de la douleur :

a=Brûlure b = Piquêre c= Torsion d= Indéterminé

24. Irradiation de la douleur :

a= Diffuse b= Localisée c=Indéterminée

25. Intensité selon EVA : 1=faible 2=modérée 3=intense 4=très intense

26. Evolution : 1=Permanente 2=intermittente

27. Les signes d'accompagnements :

a=Vomissement b=AMG c=Fièvre d=Céphalées
e=Autres

C- Signes physiques :

Inspection :

28. Conjonctives et téguments :.....

a= Bonne coloration b= Pâleur c= Ictère

29. Plaie abdominale : 1=oui 2=non.....

9. Si oui préciser : -La localisation :.....

30. Présence de cicatrice de laparotomie :.....

a= Oui b= Non

Si Oui préciser :.....

31. Aspect de l'abdomen :.....

1= Distendu 2= Plat 3= autres

Palpation :

32. Défense abdominale :.....

a= Diffuse b= Localisée c= Absente

33. Cris de l'ombilic :.....

a= Positif b=Négatif

34. Contracture abdominale :.....

a= présent b= Absent

Percussion :

35 Percussion abdominale :.....

a= Tympanisme b= Matité c= Normale

36. Matité pré hépatique :.....

a=Conservée b= Abolie

Auscultation :

37. Bruits hydro aériques :.....

a= Absents b= Augmentés c=normal

39. Toucher Rectal :.....

a= douleur à droite b= Douleur diffuse c= Normal

d=cris de Douglas e=Douglas bombé

III. EXAMENTS COMPLEMENTAIRES :

A- BIOLOGIE

40. NFS :

Hb :

a= <11g/dl b= 11 – 16g/dl

Globule Blanc:.....

a= normal b= hyperleucocytose c= Leucopenie

41 .GROUPE RHEMUS.....

a=A+ b=B+ c=AB+ d=O+ e=A- f=B- g=AB- h=O-

42. Sérologie de WIDAL ET FELIX :.....

a= positive b= négative c= non faite

43. CRP.....

a= positive b= négative c= non faite

B- IMAGERIE :

44. ASP :

1=non fait 2=Normal 3=niveaux hydro-aériques 4=Grisailles 5=pneumopéritoine 6=autres

45. Echographie abdomino-pelvienne :.....

a= Oui b= Non

46. Résultats de l'échographie :.....

a= Collection intra-péritonéale b= Normale

Si autres à préciser :.....

IV. DIAGNOSTIC :

47. Diagnostic préopératoire :

a= péritonite par perforation gastroduodénale b=Péritonite par perforation iléale typhique
c= péritonite appendiculaire f= occlusion intestinale aigue

g= autre

48. Diagnostique peropératoire :.....

a=péritonite par perforation gastrique b= péritonite par perforation duodénale c=péritonite par perforation jéjunale
d=péritonite par perforation iléale typhique e= péritonite par perforation appendiculaire
f=péritonite par perforation colique d=péritonite par perforation appendiculaire
e=péritonite par rupture biliaire

1= sur tumeur 2=sur ulcère gastroduodénale 3= sur fièvre typhoïde 4= autre

49. Localisation de la perforation.....

a= œsophage b=estomac c=duodénum d=jéjunum e=ilium f=colon g= rectum

j= Autres à

préciser :.....

50. Dimension en centimètre

51. Nombre de lésions

a=unique b=double c=triple d=autre à préciser

VIII. TRAITEMENT :

TRAITEMENT REÇU AVANT L'ADMISSION :

52. Médical :.....

a= Antalgique b= Antibiotique c= AINS d=
Néant

53. Traditionnel :.....

a= Oui b= Non

Traitement reçu après admission

A. Médical

54. Préparation du Malade :.....

a= Antalgique b= Antiulcéreux c= Transfusion d=Perfusion e= SNG.
f= Sonde urinaire g= Oxygénation

55. Classification d'Altemeir :

a= classe I b=classe II c= classe III d=classe IV

56. Peropératoire :.....

a= Perfusion b=Mono Antibiothérapie c= Transfusion d= Double
Antibiothérapie e= Triple Antibiothérapie

57. Post-opératoire :.....

a= Perfusion b= Mono Antibiothérapie c= Transfusion d= Double
antibiothérapie e= Triple Antibiothérapie f= Anti ulcéreux g= Vitaminothérapie

58. Prévention de la maladie

thromboembolique :.....

a. faite

b. Non faite

B. CHIRURGICAL :

59. Type d'anesthésie :

1=locale 2=locorégionale 3=A.G

60. Voie d'abord :

a= Médiane sus et sous Ombilicale b= Mac Burney e=Autres

Si autres à préciser :

61. L'acte chirurgical réalisé.....

a=Excisons +Suture b=Résection +anastomose termino-terminale c=iléostomie
d=jéjunostomie e=colostomie f= gastrectomie g= appendicectomie

h= Autres à préciser

.....

62. Mise en place d'un drain/...../ 1=oui 2=non

Si oui préciser le type

IX. EVOLUTION :

Complications

63 peropératoires :

1=absentes 2=hémorragique 3=arrêt cardiorespiratoire 4=décès 5=autres

6.

Si autres à préciser :

.....

64. POST-OPERATOIRES SELON LA CLASSIFICATION DE CLAVIEN ET DINDO

GRADE I : 1=oui 2=non

Si oui

préciser :

GRADE II : 1=oui 2=non

Si oui

préciser :

.....

GRADE III: 1=oui 2=non

Si oui

préciser :

.....

GRADE IV : 1=oui 2=non

Si oui

préciser :

GRADE V : 1=oui 2=non

Si oui préciser:

.....

65. La durée d'hospitalisation :

a=1 à 7J b=7 à 14J c=14 à 30J e=30 à 90J f=90 à 180J

66. Mode de suivi :

a= Venu de lui-même b= Sur convocation c= Vue à domicile d= Consultation
ordinaire e= Sur rendez-vous

67. Etat à 3 mois

a=bon b= satisfaisant c= stationnaire d= autre

9.3.FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Coulibaly

Prénom : Seydou

Adresse téléphonique : +223 75 65 90 26

Adresse mail : coulibalyseydou062@gmail.com

Titre de la Thèse : perforation digestive non traumatique à l'hôpital de district sanitaire de Koutiala.

Année universitaire : 2023-2024

Ville de soutenance : Bamako, Pays d'origine Mali.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS.

Secteurs d'intérêt : Chirurgie, Santé publique, Hôpital de District de Koutiala.

Résumé

Introduction :

Les perforations digestives sont une cause fréquente d'abdomen aigue chirurgical. Elles posent un problème diagnostique et thérapeutique. Cette étude vient compléter une première réalisée dans le service en 2019, en évaluant les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des perforations digestives.

Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective sur une période de 6 ans (1 Aout 2017 au 31 Aout 2023) incluant tous les patients opérés pour perforation digestive non traumatique confirmée en peropératoire. Les données recueillies ont été enregistrées et analysées par le logiciel SPSS version 20, le seuil de signification était $p \leq 0,05$.

Résultat :

Nous avons enregistré 135 cas de perforations digestives non traumatiques, qui ont représenté 1,19 % des consultations (n=11260), 8,86% des interventions (n=1523) et 11,49 % des hospitalisations (n=1174). Le sexe masculin prédominait 76,3% avec un sexe ratio de 3,23. La tranche d'âge de 0 à 15 (54,8%) était la plus représentée avec une moyenne d'âge de 24,7 ans et des extrêmes de 3 et 80 ans. La majorité des patients (62,2%) ont été admis en urgence pour douleur abdominale (98,5%) accompagnée par le vomissement (80,0%) AMG (40,0%) distension abdominale (18,5%). La défense abdominale était présente chez (83,0%) de nos patients, le cri de l'ombilic positif chez (54,1%) et le douglas bombé et douloureux chez (74,8%). La perforation a été confirmée à l'ASP par le croissant gazeux inter hépato-diaphragmatique chez (69,8 %). La perforation était iléale dans (40,7%), avec un diamètre moyen de 7,38 mm. Le score de Mannheim était inférieur à 26 dans 95,6 %. En fonction de la localisation et du constat peropératoire excision-suture a été réalisée chez (39,2%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 6,3 jours. La mortalité était de 5,9% et la morbidité 12,6 %.

Conclusion :

Les perforations digestives non traumatiques constituent une cause fréquente d'abdomen aigue chirurgical à Koutiala. Le diagnostic de l'abdomen aigue chirurgical est clinique, la cause est le plus souvent établie en peropératoire.

Mots clés : perforation digestive, péritonite, non traumatique, Koutiala.

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'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

JE JURE !!!!!