

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



U.S.T.T-B



7 ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°...../

TITRE

**Prise en charge des Péritonites Aigues
Généralisées au CSREF de Markala**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 31/07/2024 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : Mamadou DEMBELE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

Jury

Président : M. Alhassane TRAORE, Professeur

Membre : M. Abdoul Hamidou Almeimoune, Maître de conférences

Co-directeur : M. Djibrilah KANTHE, Chirurgien

Directeur : M. Bakary Tiètigui DEMBELE, Professeur

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicaces

Bismillahi Rahmani Rahimi.

- ✓ Ce travail est dédié :
- ✓ A ALLAH,
- ✓ Créateur Suprême, Maître de l'Univers et de la Rétribution, L'Unique,
- ✓ Le Sage,
- ✓ L'Omniscient,
- ✓ L'Omnipotent, le Miséricordieux, le très Miséricordieux, celui qui a élevé l'Homme au-dessus des animaux.
- ✓ Le mérite de ce travail Vous revient pour m'avoir Laissé en vie jusqu'à ce jour.
- ✓ Au Prophète MOHAMMAD Paix et salut sur Lui.
- ✓ Pour tout le bien que Tu as fait pour l'humanité.

Une mention spéciale va au personnel :

➤ **A LA MEMOIRE DE MES PARENTS: Feu Bourama Dembélé et Feu Founè Kalafo :**

Paix à votre âme. Ce travail est sans doute le fruit de tous les sacrifices que vous avez consentis de votre vivant. En effet, vous avez été pour moi un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait. Merci pour votre courage et tous les efforts fournis pour notre scolarisation. Vous m'avez appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice. Que ce travail m'offre l'occasion de me rendre digne de vos conseils et d'honorer votre mémoire.

Que DIEU vous accueille dans son paradis. Amen !

➤ **À MON MON ONCLE : MOUSSA KALAFO**

À celui qui m'a tout donné sans compter, à celui qui m'a soutenu toute ma vie. Tu as su m'entourer d'attentions. Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je te porte, ni la profonde gratitude que je te témoigne pour

tous les efforts et les sacrifices que tu n'as cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être. Tu as cru en moi, tu m'as hissé vers le haut quand j'avais baissé les bras. Cher père, tu es un homme de cœur, je ne suis pas le seul à l'affirmer. J'aimerais pouvoir te rendre tout l'amour et la dévotion que tu m'as offerte, mais une vie entière ne suffirait aucunement. Ce modeste travail qui est avant tout le tien, n'est que la consécration de tes grands efforts, le fruit de tes encouragements. J'espère pouvoir t'honorer un jour et faire ta fierté comme tu as fait la mienne. Puisse Dieu tout-puissant te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et t'accorder une longue et heureuse vie. J'espère que tu seras toujours fier de moi.

➤ **A MES FRERES ET SŒURS : Souleyme Dembélé, Moussa Kalafa ,Yaya Kalafa, Mariam Kalafa :**

Pour les liens qui nous unissent et pour encourager les jeunes à la persévérance et à l'endurance parce que le chemin de la réussite dans ce monde impitoyable est long et plein d'embûches. Vous pouvez faire mieux pour le bien être de notre famille. Ce travail est aussi le vôtre. Que la paix et l'entente règnent toujours entre nous.

➤ **A MES Tontons : Famoussa Dembélé, Madou Kalafa, Adama Konota, Chaka Kalafa , Kari Kalafa :**

Aucun mot ne pourrait exprime sincèrement mes sentiments. J'ai constamment trouvé auprès de vous une tendresse parentale. Vos soutiens moraux et matériels, ainsi que vos conseils et encouragements ne m'ont jamais fait défaut.

En reconnaissance de sacrifices consentis, vous avez l'expression de ma profonde gratitude.

➤ **A mes Tantes : Mariétou Dembélé ,Feu Aminata Kalafa ...**

Soutiens; conseils et accueils en ma faveur durant ce cursus universitaire.

Merci pour votre aide, votre encouragement et votre soutien.

➤ **Aux Docteurs :**

Médecin chef Dr Fomba ;Dr Fomba Mahamadou Csréf Markala ;Dr Keménani Csréf Markala ;Dr Madane Csréf Markala ;Dr Ouattara Csréf Markala ;Dr Boua Cissé Csréf Markala ;Dr Traoré Isiaka Csréf Markala ; Dr Angnedé Csréf Markala ; Dr Ousmane Koné Urologue CSRef Markala ; Dr Kouyaté Mamadou Csréf Markala ; Dr Koné Mamadou Ophtalmologue Csréf Markala ;Dr Sangaré Pharmacien ;Dr Daniel Dackou DES Chirurgie ,Dr Mohamed Traore Chirurgien, Dr Pamateck Chirurgien:La rigueur et la qualité scientifique de votre enseignement ; votre disponibilité constante ainsi que les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

Merci pour vos conseils et le soutien. Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs.

A mes ami(es): Seba kanouté; Ousmane Arama ; Bassé Traore, Boubacar Coulibaly, Fatoumata Traore, Sadio Diop : Ce travail est également le vôtre et soyez rassurés de mon grand respect et de ma profonde reconnaissance. Que Dieu nous donne la force de collaborer encore longtemps ensemble.

A mes collègues ou Déjà Docteurs et les personnels du Csréf Markala : Dr Tidiane Traore ; Dr Hamady Dembélé ; Dr Diallo Ibrahim ; Maitre Tidiane Diarra ,Dr Tapily; Dr Diakaridja Mariko

Externes:Interne Ladji Bourama Dembélé; Abdoul Koné, Amidou Bah.

Infirmier (ès) :Hawa Djiguiba ;Bouba Maiga, Tama Bagayogo ;Cheick Dembélé; Noumouké Souaré, tous les aides-soignants et tous les personnels du Csréf Markala : Je vous souhaite beaucoup de courage et bonne carrière que nos liens se consolident d'avantage et demeurent pour toujours.

A notre promotion : La 12ème promotion du numerus clausus « PROMOTION Pr Mamadou Dembélé »

A tout le corps professoral de FMOS

A notre chère patrie le Mali pour le service rendu, que la paix et la prospérité puissent te recouvrir.

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de nos rêves.

A tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens et diminuer leurs souffrances.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À Notre Maître et Président du jury :

Pr Alhassane TRAORE

- ✓ **Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS ;**
- ✓ **Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS ;**
- ✓ **Spécialiste en chirurgie hépatobiliaire et pancréatique ;**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE ;**
- ✓ **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique francophone**
- ✓ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali**
- ✓ **Membre de la Société internationale de Hernie**
- ✓ **Membre du collège des chirurgiens de l'Afrique de l'Ouest**

Cher Maître,

Permettez-nous de vous adresser nos sincères remerciements pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Votre rigueur, votre amour pour la ponctualité pour le travail bien fait ont forcé notre admiration. C'est un grand honneur pour nous de compter parmi vos élèves. Trouvez ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude

A Notre Maître et Juge :

Professeur Abdoul Hamidou Almeimoune

- ✓ **Médecin Anesthésiste -Réanimateur**
- ✓ **Maitre de conférences agrégé**
- ✓ **Praticien hospitalier du CHU-GT**
- ✓ **Chef de service de régulation Médicale au CHU-GT**
- ✓ **Membre de la SARMU-Mali et la SARAF**
- ✓ **Membre de la Fédération Mondiale de la Société d'Anesthésie-Réanimation**

- ✓ **Diplômé en Technique d’ultrasonique en Anesthésie-Réanimation et médecine critique**
- ✓ **Diplômé en Pédagogie Médicale**
- ✓ **Certifié en lecture critique d’articles scientifiques**

Cher Maître,

Votre présence dans ce jury nous comble au plus haut degré. Nous avons été marqués par vos qualités humaines, votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait.

Veillez accepter cher Maître l’expression de nos sincères remerciements et soyez assuré de notre profonde gratitude.

A Notre Maître et Co-directeur de Thèse:

Docteur Djibrilah Kanthé

- ✓ **Maitre de recherche en chirurgie générale**
- ✓ **Praticien au Centre de Santé de référence de Markala**
- ✓ **Chef de service de l’unité de chirurgie au Centre de Santé de référence de Markala**
- ✓ **Membre de la Société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- ✓ **Membre de l’équipe Cadre du district Sanitaire de Markala**
- ✓ **Formateur de la Fondation AO-ALLIANCE pour l’enseignement de la Traumatologie routière en Afrique Francophone**
- ✓ **Certifié de Vaccinologie de L’OMS**
- ✓ **Master en Santé Publique /Option Santé reproductive, genre et droit sexuel**

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de porter un écart critique sur ce travail nous a profondément touché, votre simplicité, vos qualités

humaines et vos qualités de pédagogie explique toute admiration que nous éprouvons à votre égard. Vous êtes un exemple de générosité. Trouvez ici l'expression de notre grande estime. Que Dieu vous accompagne dans votre carrière.

A notre Maitre et Directeur de thèse:

Professeur Bakary T DEMBELE

- ✓ **Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS**
- ✓ **Chirurgien généraliste au CHU Gabriel TOURE**
- ✓ **Chargé de cours à l'institut national de formation en science de la santé**
- ✓ **Membre de la Société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- ✓ **Membre de la société Africaine de chirurgie**

Honorable maitre, Vous nous avez accueillis spontanément dans votre service dont nous garderons un excellent souvenir. Vous êtes un pédagogue émérite.

Votre assiduité, votre modestie, votre courtoisie et votre désir ardent à parfaire la formation des étudiants font de vous le maître que nous admirons. C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves. Veuillez recevoir, cher maître, l'expression de notre infinie gratitude.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge..... 33

Tableau II : Répartition des patients selon la Provenance	34
Tableau III : Répartition des patients selon la Profession.....	35
Tableau IV : Répartition des patients selon l'agent qui réfère.....	36
Tableau V : Répartition des patients selon le motif de consultation.....	36
Tableau VI : Répartition des patients selon ATCD Médicaux	36
Tableau VII : Répartition selon le siège de la Douleur	37
Tableau VIII : Répartition selon les signes digestifs	38
Tableau IX : Répartition des patients selon la température	38
Tableau X : Répartition selon la fréquence cardiaque	38
Tableau XI : Répartition selon le Tension systolique	39
Tableau XII : Répartition des patients selon la tension artérielle diastolique (TAD)	39
Tableau XIII : Répartition selon les signes physiques	39
Tableau XIV : Répartition selon le résultat de l'échographie.....	40
Tableau XV : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine.....	40
Tableau XVI : Répartition des patients selon la glycémie aléatoire	40
Tableau XVII : Répartition selon les Diagnostic Préopératoire	41
Tableau XVIII: Répartition des patients selon la classification de Hambourg.....	41
Tableau XIX : Répartition des patients selon la qualité du liquide	41
Tableau XX : Répartition des patients selon la quantité du liquide.....	42
Tableau XXI : Répartition des patients selon le geste réalisé.....	42
Tableau XXII : Répartition selon le nombre du Drain.....	43
Tableau XXIII : Répartition des patients selon le traitement médical.....	43
Tableau XXIV : Répartition selon le score de MANNHEIM.....	43
Tableau XXV : Répartition des patients selon la classification de Clavien et Dindo	44
Tableau XXVI : Répartition selon le séjour l'hospitalier	45
Tableau XXVII : Répartition selon les cout Globales de la prise en charge	45

Tableau XXVIII : Relation entre la tranche d'âge des patients et le type de péritonite..... 46

Tableau XXIX : Relation entre le sexe des patients et le type de péritonite 47

Tableau XXX : Répartition des patients selon le type péritonite et les complications..... 47

Tableau XXXI : Relation entre le sexe des patients et les suites opératoires précoces**Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XXXII : Relation entre le type de péritonite et les suites opératoires précoces**Erreur ! Signet non défini.**

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Vue d'ensemble du tube digestif	6
Figure 2 : Péritonite par perforation intestinale	21
Figure 3 : cartographie du district sanitaire de Markala	28
Figure 4 : Répartition des patients selon le Sexe	33

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION :	1
II. OBJECTIFS :	4
III. GENERALITES :	6
IV. METHODOLOGIE	25
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIES	60
ANNEXE	69

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

Une péritonite est une inflammation ; du péritoine, brutale ou chronique, généralisée ou localisée. Elle est le plus souvent secondaire à la perforation d'un organe digestif et ou à la diffusion d'un foyer septique intra-abdominal [1]. Une péritonite est dite généralisée lorsqu'elle s'étend à toute la cavité péritonéale. Elle constitue une urgence vitale nécessitant une hospitalisation et une prise en charge thérapeutique rapide [2].

La péritonite aigue est une pathologie très fréquente. Elle occupe la troisième place des abdomens aigus chirurgicaux après l'appendicite et l'occlusion intestinale [3].

Dans le monde, plus précisément en France, sa fréquence est estimée, par rapport à l'ensemble des abdomens aigus chirurgicaux à 3% [4] ; et 13, 63% à Oman [5].

En Afrique, au Niger, la fréquence des péritonites est à 28,8% [6],

Au Mali, une étude réalisée au CHU Gabriel Touré a montré une fréquence de 41% [7]. A Sikasso, la fréquence des péritonites était estimée 54,7% [8].

La coelioscopie occupe une place importante dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des péritonites [9].

La prise en charge de cette pathologie infectieuse aigue associe des mesures de réanimation à une éradication chirurgicale des foyers infectieux intra péritonéaux et une antibiothérapie adaptée et prolongée [10].

Le pronostic d'une péritonite secondaire généralisée dépend autant de la cause et du terrain que de la précocité du traitement [2]. Ainsi la mortalité des péritonites appendiculaires qui touchent souvent les sujets jeunes est inférieure à 10 %, par contre celle des péritonites d'origine diverticulaire ou des péritonites postopératoires atteint encore les 40 % [1].

En Allemagne : GIESSLING et coll [12] ont relevé 58% de décès chez 36 patients atteints de péritonites sévères, avec un score de MPI >29.

En Espagne : Biondos a rapporté 22,4% de taux de mortalité sur 156 cas de péritonites par perforation du colon en 2000 [4].

AU NIGERIA : Adesunkanmi [13] en 2003, sur une étude faite sur les péritonites aigues chez les enfants a trouvé une mortalité de 11,6% chez les enfants atteints des péritonites.

AU MAROC : M'bida et coll [14] en 2005 ont remarqué que le pronostic peut être amélioré par une prise en charge urgente et multidisciplinaire, associant un diagnostic précoce, une laparotomie exploratrice en urgence et une réanimation précoce bien adaptée.

Au Mali : L. DIAKITE en 2014[1] : Sur 15 cas de perforation typhique du grêle a trouvé une mortalité de 20%.

Ongoïba N en 1984 : Dans sa thèse trouvait que les péritonites typhiques représentaient la 2^{ème} étiologie des péritonites aigües dans les trois (3) hôpitaux nationaux de Bamako Point G ; Gabriel Touré et Kati avec une fréquence de 20% et une mortalité de 14,81%.

La prise en charge de cette pathologie infectieuse aiguë associe des mesures de réanimation à une éradication chirurgicale des foyers infectieux intra péritonéaux et une antibiothérapie adaptée et prolongée [2].

Devant l'absence d'étude sur les péritonites à Markala. Nous avons effectué ce travail dans le but de décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

1. OBJECTIF GENERAL :

Etudier les péritonites aiguës généralisées dans le service de Chirurgie générale du CSREF de Markala.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- ✓ Déterminer la fréquence hospitalière des péritonites aiguës généralisées ;
- ✓ Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées ;
- ✓ Analyser les résultats de la prise en charge ;
- ✓ Evaluer le coût de la prise en charge.

GENERALITES

III. GENERALITES :

I- RAPPEL ANATOMIQUE DE L'APPAREIL DIGESTIF [16] L'appareil digestif comporte, chez l'homme un long tube musculomembraneux, qui traverse tout le corps de la cavité buccale à l'orifice du canal anal : c'est le tube digestif.

Sa longueur moyenne est de 10m. Il comprend entre autres les éléments suivants : **L'œsophage, l'estomac, le duodénum, l'intestin grêle, le colon, le rectum et le canal anal.**

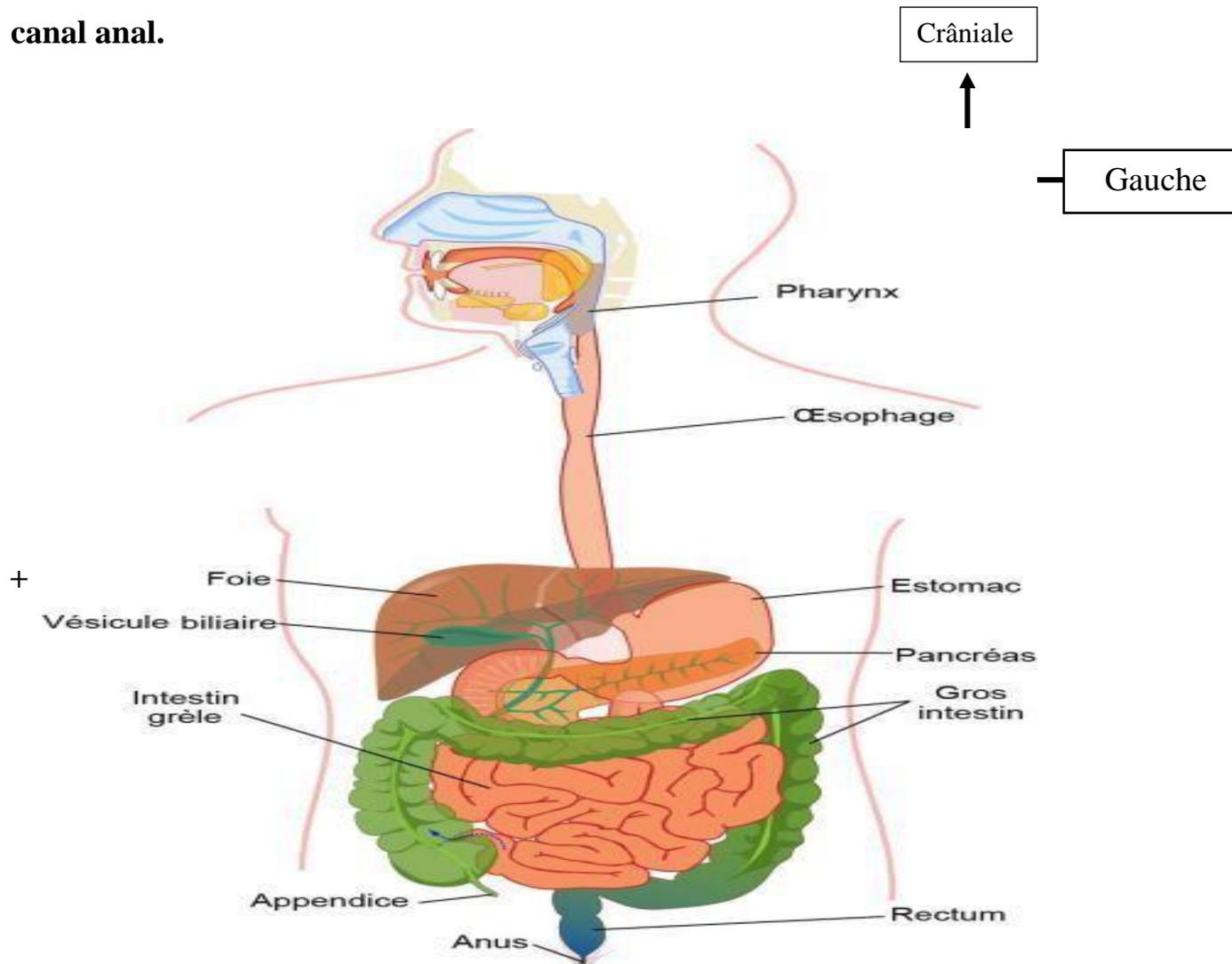


Figure 1 : Vue d'ensemble du tube digestif

II-ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU PERITOINE :

A-ANATOMIE [17]

1-Définition et description :

Le péritoine est une membrane séreuse annexée aux organes 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.

Macroscopiquement on reconnaît comme toute séreuse :

-Un feuillet pariétal : Appelé encore péritoine pariétal, appliqué sur les parois des cavités abdomino pelviennes, le feuillet pariétal est doublé profondément dans toute son étendue par une couche de tissu cellulaire ou cellulo- adipeux appelée fascia propria ;

-Un feuillet viscéral : Ou péritoine viscéral constitué par le revêtement séreux des organes abdomino pelviens ;

-Les replis membraneux : Qui relie le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Ces replis engainent les pédicules vasculo-nerveux qui vont de la paroi aux organes enveloppés par la séreuse. Chacun d'eux se compose de deux feuillets séparés l'un de l'autre par une mince lame de tissu cellule grasseuse, renfermant des vaisseaux et des nerfs. Ces feuillets séreux émanent du péritoine pariétal, s'avancent dans la cavité abdominale pelvienne et se continuent avec le péritoine viscéral de part et d'autre de la zone suivant laquelle les vaisseaux et les nerfs abordent l'organe auquel ils sont destinés. Les replis du péritoine sont de plusieurs sortes et portent suivant les cas le nom de méso, épiploon ou ligament.

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

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

Enfin on donne le nom d'épiploon aux replis péritonéaux qui s'étendent entre deux organes intra abdominaux. En fait à la surface des organes le péritoine apparaît comme un simple vernis, il ne prend texture et l'allure d'une membrane ayant une certaine épaisseur qu'au niveau des parois, des mésos et des épiploons. Sa doublure par le fascia propria permet alors de le mobiliser et de le suturer.

-Epiploon gastro-duodeno-hépatique ou petit épiploon :

Le petit épiploon unit le foie à l'œsophage abdominal, à l'estomac et à la première portion du duodénum. Les deux feuillets qui le composent forment une lame orientée dans un plan à peu présvertico- transversal. A cette lame nous décrivons un bord hépatique, un bord gastro-duodéal un bord diaphragmatique, un bord libre et deux faces : l'une antérieure l'autre postérieure.

Le petit épiploon ne présente pas le même aspect dans toute son étendue. Ces deux feuillets sont séparés en haut et à gauche, près de l'œsophage par le tissu cellulaire des rameaux vasculaires et nerveux ; cette partie assez épaisse du petit épiploon est appelé **pars condensata**. Dans sa partie moyenne le petit épiploon est réduit à une lame très mince transparente dans laquelle il est impossible de distinguer les deux feuillets qui la composent, c'est la **pars flaccida**.

Enfin à droite de la pars flaccida, le petit épiploon devient très épais jusqu'à son bord libre, car il contient dans cette région entre ses deux feuillets tous les éléments du pédicule hépatique ; c'est la **pars vasculosa** ou partie duodénohépatique.

-Le grand épiploon :

Le colon transverse est relié à l'estomac par un repli péritonéal appelé grand épiploon ou épiploon gastro-colique. Le grand épiploon descend de l'estomac vers le bassin en avant de l'intestin et en arrière de la paroi abdominale antérieure. Il est irrégulièrement quadrilatère ou en forme de tablier dont de bord inférieur, libre est convexe. Son aspect, son épaisseur, sa constitution varie avec l'âge et l'embonpoint du sujet. Chez l'enfant le grand épiploon est mince. Chez l'adulte, il est infiltré de graisse le long des vaisseaux, mince et fenêtré dans les intervalles

quand le sujet est maigre ; il est au contraire épais, rempli de graisse quand le sujet est obèse.

Les dimensions du grand épiploon sont également variables.

-La vascularisation artérielle du péritoine pariétal : est assurée de haut en bas par des branches des artères inter costales, lombaires, épigastriques et circonflexes : artères issues directement de l'aorte, de l'artère iliaque externe, ou de la fémorale.

Celle du péritoine viscéral : est assurée par les branches de division des troncs coeliaques et mésentériques.

Le retour veineux viscéral : se fait par des veines mésentériques qui collectent le sang en direction de la veine porte.

Pas de circulation lymphatique propre à la séreuse péritonéale, seul un dispositif juxta diaphragmatique fait de fenêtres mesothéliales permet d'assurer le drainage de la lymphe à la cavité péritonéale vers les lymphatiques diaphragmatiques, le canal thoracique et la circulation générale.

-Innervation du péritoine : semble être très inégalement répartie, et l'on distingue des zones hypersensibles, qui peuvent être des témoins cliniques en cas d'inflammation péritonéale ; ce sont principalement : Le diaphragme (hoquet).

L'ombilic (cri de l'ombilic à la palpation digitale)

Le cul de sac de Douglas, exploré par les touchers pelviens, et ou le doigt entrant en contact direct avec le péritoine déclenche une douleur vive. Ces zones hypersensibles correspondent à des foyers où l'innervation péritonéale est très riche et dont l'exploration clinique présente un intérêt diagnostique dans les syndromes péritonéaux. Cette innervation se signale également par un fait en pathologie : toute agression inflammation de la séreuse péritonéale peut se manifester par une contracture des muscles de la sangle abdominale, réponse pratiquement pathognomonique.

2-Rapports du péritoine avec les organes :

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

- **Les viscères rétro péritonéaux** : comme les reins, les voies urinaires hautes et le pancréas qui sont recouverts en avant par le péritoine pariétal postérieur, sont en dehors de la cavité péritonéale. Une pathologie pancréatique tend cependant à évoluer vers la cavité péritonéale.
- **Les viscères intra péritonéaux, engainés par le péritoine viscéral** : tels l'estomac, les voies biliaires extra hépatiques, les anses intestinales (grêle, colon, haut rectum), l'utérus et les annexes utérines (excepté les ovaires).
- **Les viscères intra péritonéaux non engainés par le péritoine**, mais qui sont dans la cavité péritonéale et dont les pathologies peuvent également intéresser le péritoine ; ce sont le foie et la rate.

B- PHYSIOLOGIE [17]

La surface occupée par le péritoine est importante, de l'ordre de celle de la peau environ 2 m² chez l'adulte. La séreuse péritonéale se comporte comme une membrane semi perméable animée de deux mouvements liquidiens de sécrétion et d'absorption. Ces phénomènes osmotiques sont dits « passifs ». A ce premier mécanisme d'échange liquidien s'ajoute un drainage lymphatique dit « actif » rendu possible par le mouvement des fluides dans la cavité péritonéale

1-la voie passive de sécrétion- absorption :

1-1-Sécrétion : l'espace virtuel limité par les deux feuillets péritonéaux est recouvert par une sérosité liquidienne (50 à 100 cm³) qui est continuellement renouvelé. La composition chimique de cette sérosité est proche du sérum sanguin. Elle contient des protéines (entre 50 et 70g/l), quelques cellules de type leucocytaire ou histiocytaire (300 par ml) représentées par des lymphocytes (50%), des macrophages (40%), quelques éosinophiles, de rares cellules mésotheliales. Cette sérosité régulièrement répartie joue pour les deux feuillets péritonéaux le rôle d'une bourse séreuse de glissement.

1- 2-Absorption : l'absorption serait maximum au-dessus du foie et nulle au niveau du Douglas. Ce mouvement liquidien, du péritoine vers les capillaires explique la possibilité de passage des germes dans la circulation sanguine.

2-Mouvement des fluides péritonéaux et voie active :

2- 1-Mouvement des fluides : se fait selon deux directions ; de haut en bas et de bas en haut. Le premier mouvement, de haut en bas, draine les espaces supérieurs vers la cavité pelvienne. Il est quantitativement peu important mais explique certaines collections du cul- de- sac de Douglas compliquant une pathologie sus mésocolique, ou habituellement les pathologies sous-mésocoliques. Le mouvement de bas en haut est quantitativement plus important. Il fait remonter aussi bien en position couchée que debout, les liquides depuis l'excavation pelvienne et l'espace sous méso colique jusqu'aux espaces sous diaphragmatiques par le chemin des gouttières pariéto-colique, essentiellement la gouttière droite, la gauche pouvant être cloisonnée par le ligament phrénicocolique. Il se fait sous l'effet d'un gradient de pression des hauts vers des basses pressions : en effet en position debout, la pression intra péritonéale est de 20cm d'eau dans l'étage sous méso colique alors qu'elle est de 8cm dans l'étage sus méso colique. Ces mouvements de bas en haut expliquent le drainage lymphatique actif de la cavité péritonéale. Ils expliquent également la possibilité d'abcès sous phrénique compliquant une pathologie infectieuse née en sous- méso colique.

2-2-Drainage lymphatique actif : Ce drainage s'effectue dans un seul sens : cavité péritonéale, fenêtres mesothéliales diaphragmatiques, lymphatiques diaphragmatiques, canal thoracique, circulation générale. Le passage unidirectionnel de fluides à travers ces structures constitue la voie d'épuration du péritoine.

Ce mécanisme, qui dépend de la taille et du nombre des fenêtres ouvertes, s'effectue en deux phases qui sont fonction des mouvements respiratoires et de la différence de pression entre l'abdomen et le thorax :

Une phase expiratoire marquée par l'afflux de liquide péritonéal au travers les fenêtres mésothéliales juxta diaphragmatiques qui restent ouvertes dans les canaux lymphatiques collectrices ;

Une phase inspiration marquée par l'éjection vidange des lymphatiques diaphragmatiques vers les collecteurs thoraciques, sous l'effet du gradient de pression abdomino thoracique.

classification de HAMBOURG

b

Le terme « péritonite » englobe de nombreuses pathologies qui diffèrent selon le mécanisme physiopathologique, les caractéristiques anatomocliniques, le contexte de survenue, le pronostic et le traitement. Ainsi, on distingue de nombreuses classifications des péritonites, notamment la classification de HAMBOURG qui est actuellement la plus utilisée [15].

Selon Hambourg, les péritonites postopératoires entrent dans le cadre des péritonites secondaires pour lesquelles une origine intra-abdominale est clairement authentifiée, majoritairement liée à une complication de l'acte chirurgical.

Leur prise en charge est centrée sur le contrôle de la source infectieuse par la chirurgie ou la radiologie interventionnelle associée à une antibiothérapie adaptée initialement probabiliste. Les péritonites tertiaires font également partie des péritonites postopératoires ; Ce sont des péritonites secondaires vieilles, traînantes, chez des patients aux défenses immunitaires altérées, opérés à plusieurs reprises et en défaillance poly ou multi viscérale.

Tableau 1 : Classification de HAMBOURG

Péritonites primitives	Péritonite spontanée
	Péritonite tuberculeuse
	Péritonite au cours des dialyses péritonéales
Péritonites secondaires	Appendicite
	Diverticule sigmoïdienne
	Cholécystite
	Infarctus mésentérique
	Perforation digestive tumorale ou diastatique en amont d'un obstacle
	Maladie de crohn ou rectocolite hémorragique, typhoïde...
	Post-opératoire
	-Désunion anastomotique
	-Lâchage de suture
	-Lâchage de moignon
	-Contamination per-opératoire
	-iatrogénie : perforation per endoscopique, radiologie interventionnelle
	Post-traumatique
-plaie pénétrante	
-Traumatisme fermé avec perforation ou ischémie digestive	
-Perforation endoscopique ou corps étranger	
Péritonites tertiaires	Péritonite sans germes
	Péritonite fungique
	Péritonite avec germe à forte pouvoir pathogène

Il est classique de distinguer deux types de péritonites en fonction du mode de contamination du péritoine :

PERITONITES DITES PRIMITIVES [17] :

Rares, elles correspondent aux infections de la cavité péritonéale qui surviennent en l'absence de foyer infectieux primaire intra abdominal ou de solution de continuité du tube digestif. La contamination péritonéale se fait par voie hématogène au cours d'une bactériémie ; cependant ce mécanisme n'est probablement pas le seul dans les péritonites tuberculeuses, ni dans les infections d'ascite du cirrhotique (qui pressentent l'étiologie la plus fréquente dans ce groupe) : la stase splanchnique pourrait alors favoriser de passage transmural des bactéries depuis la lumière digestive.

Ce sont des infections à un seul germe (Streptocoque, Pneumocoque chez l'enfant, Entérobactéries surtout chez l'adulte), cette flore monomorphe étant caractéristique des péritonites primitives. Dans tous les cas, la contamination péritonéale « spontanée » est favorisée par la présence d'une ascite et/ou d'un déficit immunitaire de l'hôte : diabète, syndrome néphrotique, cirrhose.

PERITONITES SECONDAIRES [17] :

En règle, les péritonites sont secondaires à une lésion du type digestif ou d'un viscère intra abdominal.

La lésion initiale peut être une suppuration (appendicite, cholécystite) ou une nécrose viscérale (strangulation intestinale), et /ou plus souvent une perforation du tube digestif (ulcère, tumeur). L'inoculation péritonéale est donc faite par la flore intestinale poly microbienne, où le rôle pathogène des entérobactéries (*Escherichia Coli*) et des anaérobies (*Bacteroides fragilis*) est prédominant, et dont la virulence est accrue par une synergie aéro-anaérobie.

L'évolution de l'infection après l'inoculation péritonéale dépend d'une part de l'infection de celle-ci et de facteurs locaux favorisants (comme le sang ou la

nécrose tissulaire), et d'autre part des moyens de défense de l'organisme dont la mise en jeu est immédiate et complexe : ces moyens sont locaux (épiploon, drainage lymphatique) et systémique (phagocytose, fibrino-formation). Il y a systématiquement trois (3) possibilités évolutives : la guérison par résorption du foyer infectieux (par exemple : ulcère perforé bouché) ; la limitation de l'infection par les moyens de défense ,avec constitution d'un abcès (par exemple : abcès péri colique sur perforation sigmoïdienne) ; la constitution d'une péritonite , en cas de faillite ou de débordement de ces moyens de défense .Les conséquences locales et générales sont d'autant plus graves que l'inoculation bactérienne est virulente , abondante et surtout prolongée .Localement , l'inflammation produit une fuite plasmatique importante dans la cavité péritonéale , dans le tissu conjonctif de la séreuse et dans la lumière du tube digestif en état d'iléus paralytique : «3eme secteur » qui peut atteindre 4 à 6 litres par jour . L'absorption séreuse augmentée provoque une diffusion des toxines et des bactéries dans la circulation générale, qui peut retentir sur toutes les fonctions de l'organisme : défaillances cardio-circulatoire, respiratoire, rénale, hépatique, digestif, neurologique. Ainsi se trouve la conception de « péritonite grave ».

PERITONITES TERTIAIRES [18] :

Elles ont été définies plus récemment. Elles correspondent à des infections abdominales persistantes malgré un traitement bien conduit (antibiothérapie adaptée et éradication du foyer primitif abdominal par une ou plusieurs interventions). La cavité abdominale est surinfectée par des micro-organismes peu virulents mais devenus résistants ou par des levures. Ces péritonites sont fréquemment associées à un syndrome de défaillance multiviscérale ou à une immunodépression. Elles sont en recrudescence à l'heure actuelle à cause de la fréquence de l'infection VIH- SIDA.

1- Retentissement Viscéral :

L'insuffisance rénale : est tout d'abord fonctionnelle (oligurie en rapport avec le seul hypo débit artériel), puis lésionnelle (ischémie prolongée, toxines

bactériennes) avec débit urinaire chez un adulte, égal ou inférieur à 20 ml/heure, soit moins de 500ml/24 heures. L'hyperkaliémie qu'elle entraîne est un facteur déterminant dans le mécanisme du décès.

La défaillance respiratoire : peut être également précoce ; elle entre dans le cadre plus large du Syndrome de Détresse

Respiratoire Aigüe de l'adulte (SDRA) ; elle résulte de l'activation des polynucléaires neutrophiles et de leur adhésion entre eux et aux parois des endothéliums vasculaires pulmonaires. L'hypoxie qui en résulte ne peut être corrigée par la simple administration d'oxygène, mais exige une ventilation assistée avec pressions positives expiratoires. La rétention de CO₂ majeure l'acidose de la glycolyse en anaérobie. L'installation de tel syndrome, qui complique 40 à 60% des chocs septiques, aggrave considérablement le pronostic.

L'impact hématologique : est également d'origine toxique. La première perturbation est une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) avec consommation des facteurs de l'hémostase et tendance hémorragique ; une hypoplaquettose autour de 30000/mm³ en est le témoin ultime. La toxicité hématologique se signale également par une hyperleucocytose (supérieur à 30000/mm³) ou une hypo leucocytose (inférieur à 2500/mm³) ; le taux d'hémoglobine tend également à s'abaisser ; c'est un facteur pronostique important lorsqu'il se situe au-dessous de 8g/100ml.

La défaillance hépatique : (par ischémie prolongée, effets toxiques de la pullulation microbienne intraluminaire) se traduit par un ictère et une chute des facteurs de coagulation, ce dernier aspect majorant la tendance hémorragique.

La défaillance cardio-circulatoire : est poly factorielle et terminale (tachycardie prolongée avec métabolisme en hypoxie, acidose métabolique, hyperkaliémie par l'insuffisance rénale, effets inotropes négatifs des toxines bactériennes, hypertension artérielle pulmonaire par SDRA). Son expression clinique est une hypotension artérielle à pression veineuse centrale élevée, la bradycardie est un signe terminal.

La traduction cérébrale : enfin, résulte du cumul de l'ensemble de ces facteurs pathologiques ; on l'évalue à l'aide du Score de GLASGOW ; un chiffre égal ou inférieur à 6 témoigne d'une situation terminale, pratiquement irréversible.

2-Facteurs pronostiques globaux :

Plusieurs facteurs ou situations sont reconnus dans la littérature comme aigue de mauvais pronostic [19] :

- **La durée de l'inoculation péritonéale :** avant l'intervention thérapeutique est le plus simple à apprécier ; le taux de mortalité augmenterait au-delà de 12 heures d'évolution, en raison d'une diffusion générale toxi-infectieuse.
- **La survenue d'une complication évolutive :** du type syndrome hémorragique, choc septique, insuffisance rénale aigue et insuffisance respiratoire, est également prise en charge ; s'il existe 1,2 ou 3 de ces complications, le taux de mortalité serait de 33,66 ou 100% [20].
- **L'âge :** enfin non pas en tant que tel, mais en relation avec le site d'une perforation digestive est un indicateur important ; en effet, plus l'âge augmente, plus la perforation est distale et plus la mortalité est élevée [21].

III- RAPPEL CLINIQUE [18]

1- Type de description : Forme typique de la péritonite aigue généralisée en péritoine libre de l'adulte vue tôt.

2- Signes cliniques :

Le diagnostic est clinique associant :

Une douleur

Constante, brutale, très intense, d'emblée maximale, rapidement généralisée.

Des vomissements

Alimentaires, puis bilieux, répétés, quasi constants Parfois remplacés par des nausées

Des troubles du transit :

-arrêt des matières et des gaz

-Parfois diarrhée

La fièvre

Habituellement élevée 39°-40°C, sauf dans les perforations d'ulcère duodéal où au début la température est normale.

L'état général est conservé au début mais

- Le sujet est anxieux
- Le pouls est filant et rapide

L'examen de l'abdomen permet d'affirmer le diagnostic de péritonite devant l'existence d'une **contracture**.

- A l'inspection : diminution ou absence de la respiration abdominale, Saillie des muscles droits ;
- La palpation : mains réchauffées, bien plat en commençant par les endroits les moins ou non douloureux, retrouve la contracture permanente, invincible, douloureuse, tonique rigide, généralisée.
- Au toucher rectal : douleur vive au cul de sac de Douglas.

Le diagnostic de péritonite étant posé, il faut :

- rechercher l'étiologie (interrogatoire, examens complémentaires) ;
- faire un bilan préopératoire ;
- débiter la réanimation et intervenir en urgence
- **3- Signes para cliniques :**

Les examens complémentaires sont un élément d'appoint :

3-1- La Radiographie de l'abdomen sans préparation :

- Face debout centrée sur les coupes ; Face couchée, Profil couché.
- **Signe en rapport avec la péritonite :** Epanchement péritonéal :
 - Grisaille diffuse ;
 - Décollement pariétal du colon ;
 - Anses grêles cernées ;
 - Iléus réflexe : distension gazeuse du grêle et du colon avec niveaux hydroaériques.

- **Signe orientant vers une autre étiologie : Le pneumopéritoine :**
 - Croissant gazeux clair, inter hépato-diaphragmatique et sous diaphragmatique gauche sur les clichés debout ;
 - De taille variable ;
 - Sur le profil couché : clarté gazeuse sous pariétale ;
- Lithiase vésiculaire radio opaque.

3-2- Autres examens complémentaires :

Ils sont d'un intérêt dans les cas où le diagnostic de péritonite est difficile

3-21-Echographie Abdominale :

-peut confirmer le diagnostic d'épanchement intra péritonéal ;

- Dans les péritonites biliaires si on trouve des signes de cholécystite aigue lithiasique

-Dans les péritonites d'origine génitale, si on retrouve des images de pyosalpinx.

3-2-2-Lavement opaque aux hydrosolubles :

Dans les perforations coliques de diagnostic difficile (formes asthéniques chez le sujet âgé).

4 - Examens complémentaires du bilan préopératoire :

- Groupe sanguin et rhésus, NFS (Numération Formule Sanguine),

Ionogramme sanguin, urée, glycémie, créatinémie, groupe sanguin, ECG (Electrocardiogramme), Radiographie pulmonaire.

5- Autres formes cliniques :

5-1- Formes frustes : Perforations chez des patients sous corticoïdes, chez les hémodialysées chroniques, leur diagnostic est radiologique s'il existe un pneumopéritoine, au maximum, ces formes latentes sont révélées par un abcès sous phrénique.

5-2-Formes dites « asthénique » : Tableaux fréquents chez les sujets âgés et les sujets immunodéprimés, surtout dans les péritonites par perforation colique, le diagnostic est évoqué devant le contraste entre la gravité des signes généraux (choc toxi-infectieux) et la pauvreté des signes locaux (abdomen peu douloureux,

météorisme abdominal, absence de contracture). C'est devant ces tableaux que prend toute leur valeur : les examens cliniques répétés et les examens complémentaires.

IV- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE [17]

Il repose sur : L'interrogatoire, le terrain (âge, sexe), les antécédents, l'examen clinique, le pneumopéritoine.

On distingue les péritonites par perforations : d'un viscère creux (estomac, duodénum, grêle, colon), d'une collection abcédée (pyocholécystite, abcès péri appendiculaires, pyosalpinx).

1- Péritonite par perforation d'ulcère gastro duodéal :

Dans la forme typique le diagnostic est facile : l'interrogatoire : ulcère connu, antécédents douloureux épigastriques, notion de prise de médicaments gastro toxiques

Parfois la perforation est révélatrice, maximum épigastrique de la symptomatologie ; absence de fièvre au début ; pneumopéritoine.

Plus difficile est le diagnostic : le pneumopéritoine est absent dans 30% des cas, dans les formes frustes, perforations au cours des traitements par les corticoïdes (valeur du pneumopéritoine).

Perforations couvertes : bouchées par un organe de voisinage (foie, épiploon). Après un début souvent typique, les signes régressent en quelques heures avec cependant persistance d'une douleur provoquée épigastrique, perforations dans l'arrière cavité des épiploons. A la radiographie d'abdomen sans préparation : on peut retrouver sur un cliché de profil une bulle claire rétro gastrique.

2- Péritonites par perforation du colon :

Les deux étiologies les plus fréquentes sont : Diverticulite colique, Cancer colique.

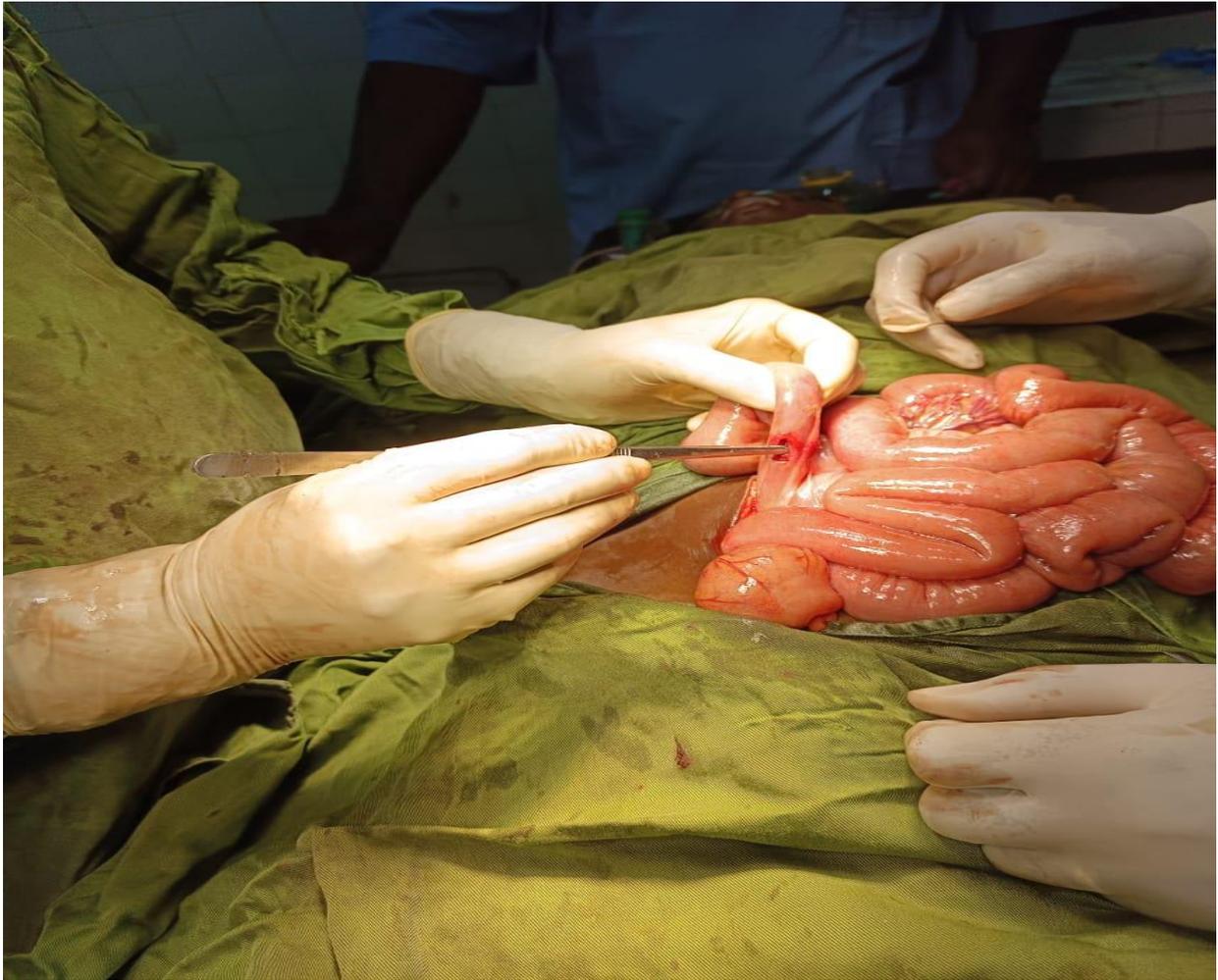


Figure 2 : Péritonite par perforation intestinale

3-Diverticulite colique :

La perforation siège habituellement sur le sigmoïde ; on a soit une péritonite stercorale lorsque l'abcès diverticulaire communique encore avec la lumière colique ; soit une péritonite purulente par rupture d'un volumineux abcès péri sigmoïdien. Le tableau peut être typique surtout chez le sujet jeune, mais il est souvent moins typique chez les sujets âgés (formes asthéniques) ; dans ces cas il y a la discordance entre la gravité des signes généraux et la pauvreté des signes locaux.

4-Cancer colique :

Soit on a une perforation tumorale, favorisée par l'infection péritonéale, le siège est généralement sigmoïdien ; soit on a une perforation diastatique secondaire à la distension colique d'amont, habituellement le cæcum. Ce sont des ruptures au

niveau d'une plage de nécrose ischémique. Ces péritonites coliques sont caractérisées par :

- Le début des signes dans la région hypogastrique ;
- Les signes infectieux : fréquence des formes asthéniques chez les sujets âgés, pneumopéritoine en cas de perforation diastatique, gravité.

5-Les autres formes de péritonite par perforation colique :

Colites aiguës (Crohn, recto-colite hémorragique). Le diagnostic est souvent tardif car la péritonite évolue à bas bruit chez ces sujets sous antibiotiques et corticoïdes ;

Perforations iatrogènes : au cours des coloscopies surtout en cas de polypectomie, au cours d'un lavement baryté (baryto péritonite gravissime) ; perforations en amont d'un fécalome

7- La péritonite appendiculaire : la plus fréquente

En sa faveur : âge jeune, prédominance des signes dans la fosse iliaque droite ; absence de cicatrice au point de Mac Burney.

8- Péritonites biliaires :

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

Rarement le tableau est typique et en faveur de l'origine biliaire, on retiendra le contexte de femme âgée, souvent obèse, antécédente de lithiase vésiculaire ; début de la douleur dans l'hypochondre droit, signes infectieux présents, existence d'un ictère ou d'un sub-ictère, échographie d'une grande utilité.

Plus souvent le tableau est celui d'une péritonite biliaire localisée associant : Un blindage sous pariétal douloureux ; des troubles du transit ; un syndrome infectieux. En l'absence de traitement, cet abcès peut se rompre dans un organe de voisinage ou dans la grande cavité péritonéale.

9-Péritonite d'origine génitale : Il s'agit le plus souvent de la rupture d'un pyosalpinx (touchers pelviens, échographie) ; perforation utérine iatrogène au cours de l'interruption de la grossesse.

V-TRAITEMENT [17]

1-Le But : Eradiquer le foyer infectieux, lutter contre l'infection et assurer l'équilibre hydro électrolytique, traiter la cause.

2-Les moyens : sont médicaux et chirurgicaux

2-1- les moyens médicaux :

2-1-1 -la réanimation : c'est le premier temps essentiel ; elle associe :

La rééquilibration hydro électrolytique par perfusion de solutés avec une voie veineuse centrale permettant la mesure répétée de la pression veineuse centrale.

La sonde naso gastrique pour l'aspiration douce et continue, la sonde urinaire pour la surveillance de la diurèse horaire.

2-1-2- l'antibiothérapie :

Précoce, active sur les germes aérobies et anaérobies et les Gram négatifs, adaptée aux germes retrouvés dans les différents prélèvements (pus péritonéal, hémocultures).

2-2- le traitement chirurgical :

-Voie d'abord large : laparotomie médiane ou incision para rectale Prélèvements du liquide péritonéal avec recherche des germes aéro et anaérobies ;

-Exploration complète de toute la cavité abdominale ;

-Traitement de la lésion causale : exérèse de la lésion chaque fois que c'est possible, absence de suture en milieu septique (entérostomies), ablation des fausses membranes, toilette péritonéale abondante (10 à 12 L) au sérum physiologique jusqu'à ce que la cavité abdominale soit propre (gouttières, Douglas), drainage de la cavité péritonéale.

La gravité est fonction de l'âge du malade, de son état général, du retard diagnostique et de la nature des lésions. -Bon pronostic : appendicite

-Plus grave : vésicules, traumatisme

-Pronostic réservé : perforations (iléale, colique, d'ulcère), pancréatite nécrosante, péritonites post opératoire, personnes âgées, sujets immunodéprimés.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Type et période d'étude :

Ce travail est une étude retro-prospective transversale descriptive d'une durée de 4 ans allant du 1^{er} janvier 2019 à 31 décembre 2023.

2. Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans l'unité de chirurgie générale du CSREF de Markala.

3. Situation géographique : Notre étude a eu lieu dans le service Chirurgie du CSREF de Markala.

➤ Zones d'études :

- La région de Ségou :

La région de Ségou est située à 240 km de la capitale du Mali (Bamako) dans le nord-est du Mali.

Description du site d'étude :

Historique de la ville de Markala :

La création de Diamarabougou (qui est le chef-lieu actuel de la commune), et celle du village de Kirango, remonte au royaume Bambara de Ségou selon les informations. Quand le roi N'golo Diarra l'ancien « Fama » accéda au trône, il fit installer chacun de ces fils dans les contrées les plus prospères de l'époque. Alors son fils M'pè Diarra fut placé à Kirango ; il sera appelé « Kirango M'pè ».

▪ Un chasseur du nom de Diamourou Bouaré qui aurait fait escale pour se reposer avant de continuer son chemin serait le fondateur de Diamarabougou.

Au cours de la période suivante, des études préliminaires d'aménagement du delta du fleuve Niger eurent lieu. Ces études envisageaient la construction d'un ouvrage de dérivation à la hauteur du village de Sansanding.

Ensuite des études plus détaillées de 1932 prouvèrent que ce site était inapproprié et en 1934, les travaux du barrage commencèrent à Markala qui semblait être le site approprié.

L'administration coloniale créa ainsi une cité administrative, des infrastructures socio – sanitaires, éducatives et culturelles. C'est ainsi que la cité ouvrière naquit.

✓ **SUPERFICIE ET LIMITES :**

Le District Sanitaire de Markala couvre une superficie de 7 686 km².

Sa population est de 314 486 habitants (en 2016).

Il est situé à 35 km de la ville de Ségou sur l'axe Ségou – Niono.

Il est limité :

- Au Nord par le District de Niono ;
- Au Sud et à l'Ouest par le District de Ségou ;
- A l'est par le cercle de Farako

❖ **CSREF :**

Le CSREF entièrement rénové en 2015, comporte :

- Un bloc administratif
- Un bloc opératoire ;
- Un bloc des urgences médicales ;
- Un bloc de consultations externes ;
- Deux blocs techniques abritant les unités Laboratoire et d'imagerie médicale ;
- Un bloc d'odontostomatologie et d'ORL ;
- Un bloc d'ophtalmologie ;

; L'unité de chirurgie :

Le service de chirurgie est composé de deux médecins spécialistes dont un chirurgien et un urologue, un technicien supérieur de santé, un aide de bloc infirmier assistant, un infirmier assistant en anesthésie-réanimation, quatre techniciens de santé, un aide-soignant, et dispose de neuf salles d'hospitalisation avec trente-quatre lits.

Les activités principales sont les interventions chirurgicales, la consultation des malades, le suivi des malades opérés, les soins aux autres malades (accidentés, les cas de brûlures et les abcès et plaies chroniques).

La chirurgie a deux blocs opératoires, une salle de réanimation.

-
- Une unité de médecine de 56 lits ; (médecine, pédiatrie, acuponcture) ;
- Une unité de maternité de 25 lits ;
- Une unité PEV ;
- Un bloc de bureau des entrées et un dépôt de vente de médicaments ouverts 24 heures/24 ;
- Un dépôt répartiteur de cercle ;
- Trois magasins ;
- Une morgue ;

Il existe 8 bâtiments servant de logement d'astreinte pour le personnel. Ces structures nécessitent aujourd'hui une rénovation.

Le personnel est reparti comme suit :

- Quatre Médecin spécialistes (Chirurgien, Urologue, Gynéco-Obstétricien, Ophthalmologue)
- Un pharmacien
- Huit Médecins Généralistes
- Deux Médecins Généralistes
- UN Assistant médical ophtalmologiste
- Quatre Sage-femme
- Trois Infirmières Obstétriciennes
- Deux Techniciens supérieurs de santé
- Huit Techniciens de santé
- Deux Techniciens supérieurs de laboratoire pharmacie
- Un Gestionnaire
- Un Technicien supérieure hygiène assainissement
- Trois Gérants
- Une Matrone
- Sept Chauffeurs
- Deux Lingères

- Un secrétaire
- Dix-sept Manœuvres
- Cinq Gardiens
- Un administrateur de l'action sociale

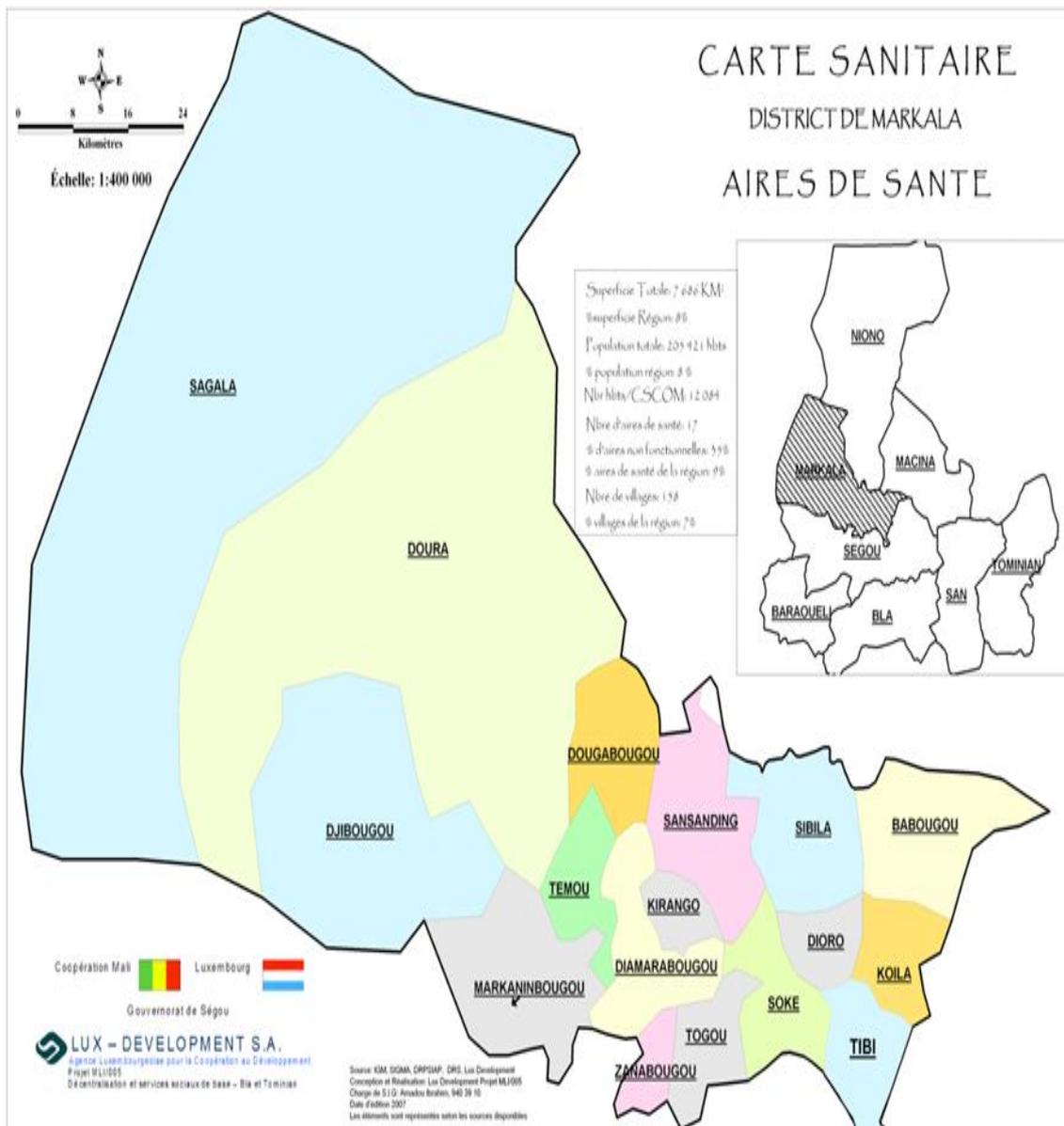


Figure 3 : cartographie du district sanitaire de Markala

2.1. Les activités :

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

2.2. Echantillonnage

Tous les patients ont été recrutés en urgence dans le service de chirurgie générale au Centre de Santé de Référence de Markala.

Nous avons recensé 40 cas de péritonite aiguë.

Critères d'inclusion :

Tout patient ayant été opéré pour péritonite aiguë dans le service de chirurgie générale du CSREF de Markala.

➤ Critères de non inclusion :

Tous les patients reçus pour péritonite et non opérés.

- ❖ Tous les patients opérés ailleurs ou opérés pour d'autres causes dans le service de chirurgie du CSRéf de Markala.

❖ Critères de diagnostic :

O Le MPI (Mannheim Peritonitis Index) a été évalué chez tous nos patients

-Paramètres d'évaluation du score de Mannheim :

Défaut d'organes ; péritonite diffuse ; âge de plus de 50ans ; le sexe féminin ; malignité ; infection non d'origine colique ; durée préopératoire d'une péritonite ; exsudat (fécale, nuageux ou purulent, effacé).

_ Critères d'évaluation du score de Mannheim :

A=Défaut d'organes : 7 ;

B=Péritonite diffuse : 6 ;

C=Age de plus de 50ans :5 ;

D=Le sexe féminin : 5 ;

E=Malignité : 4 ;

F=Non-colique Sepsis origine : 4 ;

G=Durée préopératoire d'une péritonite : 4 ;

H=Exsudat :

1=Fécale : 12

2=Nuageux ou purulent : 6

3=Effacé : 0

3. Considérations éthiques :

Le respect de l'éthique et la déontologie médicale ont fait partie intégrante de la présente étude qui s'est évertuée au respect des aspects suivants : ○
Consentement des responsables du CSRéf de Markala, ○ Consentement individuel des personnes au moment de l'enquête. ○ L'anonymat et la confidentialité ont été respectés et un consentement éclairé a été sollicité et volontaire.

4. Méthode : Elle a comporté :

- Une phase de recherche bibliographique ;
- Une phase de confection des questionnaires ;
- Une phase de collecte des données ;
- Une phase d'analyse des données ;
- Une phase de rédaction.

Supports des données

- Les dossiers de consultation,
- Les registres d'hospitalisation,

- Les registres des comptes rendus opératoires
- Les fiches d'anesthésie,
- La fiche enquête préétablie.

➤ **Supports :**

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

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « SPSS » version 25, le traitement de texte a été fait avec le logiciel « WORD » version 2016, et enfin le logiciel « ENDNOTE X 9 » a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques. La comparaison des textes a été faite en utilisant le test statistique Chi2 avec P significatif < 0,05.

RESULTATS

V. RESULTATS

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 40 cas de péritonites aigues généralisées, ce qui représente :

- Une fréquence d'hospitalisation de 7,32% (40/1093) ;
- Une fréquence d'intervention générale de 13,79% (40/580) ;
- Et une fréquence des urgences de 39,80% (40/201).

1. Données sociodémographiques :

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

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
0 à 15 ans	6	15
16 à 26 ans	7	17,5
27 à 59 ans	23	57,5
60 et plus	4	10
Total	40	100

La moyenne d'âge était de $34,95 \pm 15,41$ ans avec des extrêmes de 6 et 70 ans.

La tranche d'âge 27 à 59 ans était majoritaire avec 57,5%.

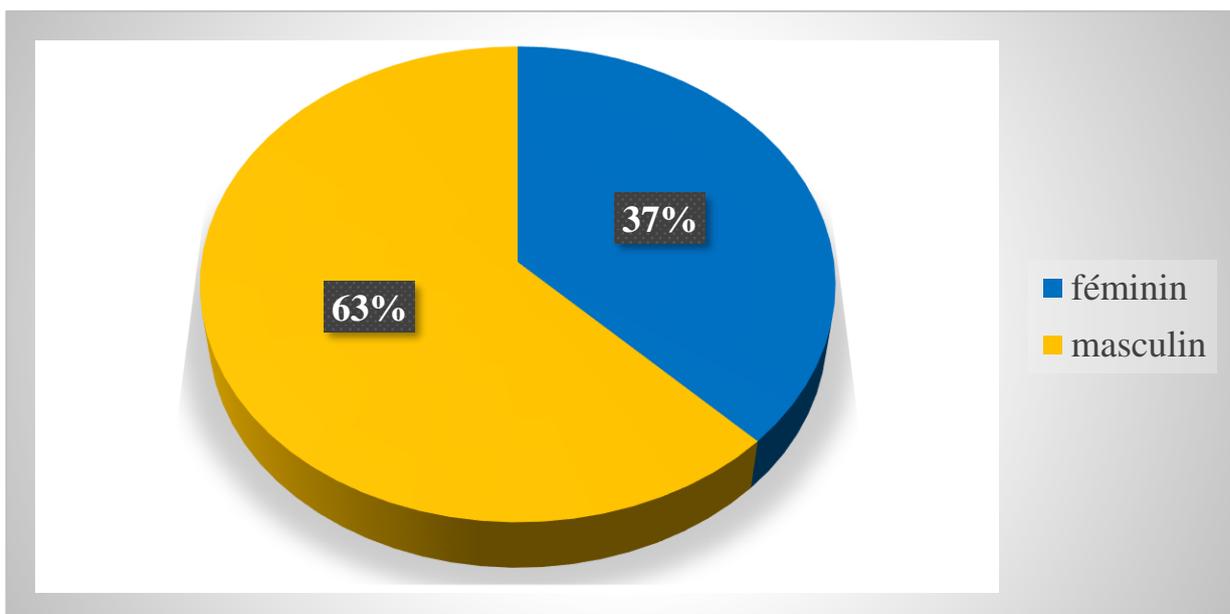


Figure 4 : Répartition des patients selon le Sexe

Le sexe masculin était majoritaire dans 62,5% des cas avec un sexe ratio de 1,66

Tableau II : Répartition des patients selon la Provenance

Provenance	Fréquence	Pourcentage
Bambougou	1	2,5
Barawili	1	2,5
Bewani	1	2,5
Diamarabougou	5	12,5
Djibougou	2	5,0
Dougabougou	6	15
Finèbougou	1	2,5
Homoré	1	2,5
Kirango	3	7,5
Kokè	3	7,5
Kolongo	1	2,5
Niono	1	2,5
Sansanding	3	7,5
Sarkala	3	7,5

Prise en charge des Péritonites Aigues Généralisées au CSRéf de Markala

Ségou	2	5
Shollah	1	2,5
Sibila	3	7,5
Tiongoni	1	2,5
Togou	1	2,5
Total	40	100,0

Diamarabougou était majoritaire de 12,5%.

Tableau III : Répartition des patients selon la Profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Berger	1	2,5
Chauffeur	1	2,5
Cultivateur	1	2,5
Elève	10	25
Éleveur	2	5
Forgeron	1	2,5
Ménagère	15	37,5
Paysan	8	20
Pêcheur	1	2,5
Total	40	100

Ménagère était majoritaire de 37,5%.

Tableau IV : Répartition des patients selon l'agent qui réfère

Agent qui réfère	Fréquence	Fréquence
Infirmier	31	77,5
Médecin	1	2,5
Venu de lui-même	8	20,0
Total	40	100,0

Les infirmiers avaient référé plus de patients avec 77,5% des cas

2. Données Cliniques :

Tableau V : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Fréquence	Fréquence
Douleur	40	100%
Arrêt de matière et gaz	11	27,5%
Hoquet	8	20%
Meteorisme abdominal	22	55%
Vomissement	40	100%
Fievre	40	100%
Autres	7	17,5%

Douleur, Vomissement, Fièvre étaient majoritaire de 100%.

Tableau VI : Répartition des patients selon ATCD Médicaux

ATCD Médicaux	Fréquence	Pourcentage
RAS	30	75
HTA	6	15
UGD	4	10
Total	40	100

RAS était majoritaire de 75%.

Tableau VII : Répartition selon le siège de la Douleur

Siège de la Douleur	Fréquence	Pourcentage
FID	10	25
FIG	3	7,5
Flanc Droit	10	25
Flanc gauche	3	7,5
Epigastre	9	25
Péri ombilicale	10	25
Hypogastre	9	22,5
Hypochondre G	9	22,5
Hypochondre D	10	25

Flanc Droit, Péri ombilicale, Hypochondre D étaient majoritaire de 25%.

Tableau VIII : Répartition selon les signes digestifs

Signes digestifs	Fréquence	Pourcentage
Nausées	40	100
Vomissements	40	100
Gargouillement	26	65
Rectorragie	3	7,5
Arrêt matières et gaz	11	27,5
Constipation	36	90

Nausées, Vomissements étaient majoritaire de 100%

Tableau IX : Répartition des patients selon la température

Température (°C)	Fréquence	Pourcentage
< 37	3	7,5
37-38	5	12,5
38-39	22	55
>39	10	25
Total	40	100

Tableau X : Répartition selon la fréquence cardiaque

Fréquence cardiaque (batt /min)	Fréquence	Pourcentage
< 60	5	12,5
60-120	6	15

:

>120	29	72,5
Total	40	100

La fréquence cardiaque supérieur à 120 batt /min étaient majoritaire de 72,5%.

Tableau XI : Répartition selon le Pression artérielle systolique

PAS (mmhg)	Fréquence	Pourcentage
< 100	10	25
100-140	25	62,5
>140	5	12,5
Total	40	100

Les patients qui ont une PAS comprises entre 100-140 étaient majoritaires de 62,5%.

Tableau XII : Répartition des patients selon la Pression artérielle diastolique

PAD (mmhg)	Fréquence	Pourcentage
< 60	3	7,5
60-90	27	67,5
>90	10	25
Total	40	100

Les patients qui ont une PAD comprises entre 60-90 étaient majoritaires de 67,5%.

Tableau XIII : Répartition selon les signes physiques

Signes physiques	Fréquence	Pourcentage
Contracture abdominale	34	85
Langue saburrale	12	30
Cri du cul-de-sac de Douglas	32	80

Cri de l'ombilic	35	87,5
------------------	----	------

3. Données Paracliniques

❖ Répartition selon la radiographie d'ASP

ASP non réalisé chez tous nos patients

Tableau XIV : Répartition selon le résultat de l'échographie

Échographie	Fréquence	Pourcentage
Non réalisée	28	70
Agglutination des anses	1	2,5
Perforation appendiculaire	11	27,5
Total	40	100

▪ Biologie :

Tableau XV : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine

Taux d'hémoglobine (g/dl)	Fréquence	Pourcentage
< 10	2	5
10-12,5	26	65
>12,5	12	30
Total	40	100

Tableau XVI : Répartition des patients selon la glycémie aléatoire

Glycémie aléatoire (g/l)	Fréquence	Pourcentage
0,75 à 1,25	39	97,5
> 1,25	1	2,5
Total	40	100

4. Diagnostics et traitements :

Tableau XVII : Répartition selon les Diagnostic Préopératoire

Diagnostic Préopératoire	Fréquence	Pourcentage
Occlusion	6	15,0
Péritonite	34	85,0
Total	40	100,0

Diagnostic Préopératoire Péritonite était majoritaire de 85,0%.

Tableau XVIII: Répartition des patients selon la classification de Hambourg

Classification de Hambourg		Fréquence	Pourcentage
Péritonite primitive	Péritonite tuberculeuse	1	1,25
	Perforation gastrique	3	11,25
	Perforation iléale	5	13,75
Péritonite secondaire	Perforation caecale	1	2,5
	Perforation appendiculaire	27	65
	Abcès du foie rompu	2	5
Péritonite tertiaire	Péritonite Post opératoire	1	1,25
Total		40	100

Classification de Hambourg Perforation appendiculaire était majoritaire de 65%.

Tableau XIX : Répartition des patients selon la qualité du liquide

Qualité du liquide	Fréquence	Pourcentage
Séropurulante	31	77,5
Verdâtre	5	12,5
Fécale	4	10
Total	40	100

Tableau XX : Répartition des patients selon la quantité du liquide

Quantité du liquide	Fréquence	Pourcentage
< 100 cc	4	10
100-500 cc	30	75
> 500 cc	6	15
Total	40	100

Tableau XXI : Répartition des patients selon le geste réalisé

Geste opératoire	Fréquence	Pourcentage
Appendicectomie +Lavage	27	67,5
Excision + Suture +Lavage	7	17,5
Excision + Suture + Epiploplastie	4	10
Stomie	2	5
Total	40	100

Tableau XXII : Répartition selon le nombre du Drain

Nombre du Drain	Fréquence	Pourcentage
Multiple	2	5
Unique	38	95
Total	40	100

Nombre du Drain Unique était majoritaire de 95%.

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le traitement médical

Traitement médical	Fréquence	Pourcentage
Antibiotique	40	100
Antalgique	40	100
AINS	29	57,5
Solutés de remplissage	40	100

Les antibiotiques, les antalgiques et les solutés de remplissage ont été administrés chez la totalité de nos patients.

57,5% ont reçu des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

5. Pronostics et Suites opératoires

Tableau XXIV : Répartition selon le score de MANNHEIM

Score de MANNHEIM	Fréquence	Pourcentage
MPI < 26	35	87,5
MPI > 26	5	12,5

Total	40	100
-------	----	-----

Dans notre série 87,5 % avaient un score de MANNHEIM inférieur 26

Tableau XXV : Répartition des patients selon la classification de Clavien et Dindo

Classification de Clavien et Dindo		Fréquence	Pourcentage
Grade I	Simple	30	75
Grade II		0	0
Grade III	IIIa Suppuration pariétale	3	7,5
	IIIb Reprise sous AG	1	2,5
Grade IV	IVa Sepsis	4	10
	IVb	0	0

Prise en charge des Péritonites Aigues Généralisées au CSRéf de Markala

Grade V	Décès	2	5
Total		40	100

Répartition des patients selon le mode de suivi :

Au cours de notre étude, la totalité de nos patients avait un mode de suivi sur rendez-vous.

Tableau XXVI : Répartition selon le séjour l'hospitalier

Nombre de jour	Fréquence	Pourcentage
2 - 3 jours	1	2,5
2-3 jours	19	47,5
4-5 jours	14	35,0
6 -7 jours	1	2,5
6-7 jours	5	12,5
Total	40	100,0

La durée moyenne de séjour était de $3,8 \pm 1,47$ jours avec des extrêmes de 2 et 7 jours.

Les patients ont séjourné entre 2 et 3 jours dans 47,5% des cas.

Tableau XXVII : Répartition selon les cout Globales de la prise en charge

Cout Global de la prise en charge (en FCFA)	Fréquence	Pourcentage
82500	2	5,0

Tableau XXIX : Relation entre le sexe des patients et le type de péritonite

Type de péritonite	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Péritonite primaire	0	1	1
Péritonite tertiaire	0	1	1
Péritonite secondaire	25	13	38
Total	25	15	40

$X^2 = 4,027$

ddl = 2

P = 0,134

Test exact de Fisher = 0,279

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre le sexe des patients et le type de péritonite ($p > 0,05$).

Tableau XXX : La répartition des patients selon le type de péritonite et les complications

Complications	Type de péritonite			Total
	Péritonite primaire	Péritonite tertiaire	Péritonite secondaire	
Simple	0	1	28	29
Suppuration pariétale	1	0	2	3
Fistule digestive	0	0	1	1
Sepsis	0	0	2	2
Décès	0	0	5	5
Total	1	1	38	40

$X^2 = 16,719$

ddl = 8

P = 0,000

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le type de péritonite et les complications.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

▪ Méthodologie :

Nous avons mené une étude descriptive transversale de collecte de données prospective sur une période de 4 ans ; allant allant du 1^{er} janvier 2019 à 31 décembre 2023.

Durant la période d'étude, nous avons été confrontés à un certain nombre de problèmes tels que :

- L'insuffisance du plateau technique du CSREF de Markala, rendant impossible la réalisation de certains examens complémentaires.
- Le pouvoir d'achat de certains patients était insuffisant pour assurer une prise en charge financière correcte.
- Le retard dans le système de référence
- L'insuffisance de suivi post opératoire.
- Absence de service de réanimation.

▪ **Fréquence :**

Durant la période d'étude allant de Janvier 2019 à Décembre 2023, nous avons enregistré 1093 hospitalisations dont 580 interventions. Parmi ces 580 interventions, 201 étaient des urgences dont 40 cas de péritonites, 101 cas d'appendicites, 13 cas d'occlusions intestinales et 7 cas de traumatismes ouverts de l'abdomen. La péritonite avait donc une fréquence d'hospitalisation de 7,32%, une fréquence d'intervention générale de 13,79% et une fréquence des urgences de 39,80%.

Les péritonites aiguës sont des affections cosmopolites mais ce sont les populations à faible revenu qui en payent le lourd tribut. Notre fréquence (39,80%) ne diffère pas statistiquement respectivement des 39,80%, 41% et des 34,9% de Y SIDIBE [], COULIBALY au Mali [28] et de L. TRAORE [55]. Par contre elle est nettement supérieure à celle des auteurs Gabonais, Turque et Français [23, 24, 25] $P < 0,05$. Cette différence pourrait être liée d'une part à la fréquence élevée des maladies infectieuses chez nous au Mali [55] et d'autre part à un retard dans la consultation, au diagnostic et à la prise en charge en amont des principales affections en cause.

Auteurs	Fréquence	Tests Statistiques
LORAND [25] France 1999 N = 84	3 %	KHI2= 7,75 P = 0,000005
HOSOGLU[24] Turquie 2004 N=40	13,1%	KHI2=46,87 P=0,000000
MAKITA [23] Gabon 2010 N=87	10,9%	KHI2=114,71 P=0,000000
COULIBALY [28] Mali 2010 N=101	41%	KHI2=2,57 P=0,0926
L.TRAORE [55] Mali 2014 N = 202	34,9%	KHI2 = 95,23 P = 0,061
Youssouf SIDIBE [2] N=80	39,80%	KHI2 = 89,24 P = 0,041
Notre Série N=40	39,80%	

▪ **Age et Sexe**

Les sujets jeunes de sexe masculin étaient les plus affectés (62,5%). L'âge moyen dans notre série est de 34,95 ans qui ne diffère pas de façon significative de celui trouvé par **Y SIDIBE [2]** (36,15ans) et dans les séries africaines [23 ; 34 ; 55] qui ont trouvé respectivement 24 ans, 29 ans et 25,8 ans. Cette moyenne d'âge est inférieure à celle de COUGARD [35] en France qui a trouvé 48 ans (P=0,0000). Cette disparité pourrait être liée à l'âge jeune de la population africaine et malienne en particulier et à la prévalence juvénile de la principale étiologie trouvée chez nous : appendicite.

Plusieurs études rapportent que la péritonite survient plus fréquemment chez l'homme que la femme [35 ; 36 ; 37]. Cet aspect a été retrouvé dans notre étude. La majorité de nos patients était des masculins soit 66,3%. Le sex-ratio 2/1 des patients ne diffère pas statistiquement de celui de la littérature : L. TRAORE [55] 2/1, DISSA [35] au Mali 3/1, MAKITA [23] au Gabon 2/1, HOSOGLU [24] en

Turquie 3/1 (P >0,05). Cela pourrait être lié à des perforations ulcéreuses gastrique et duodénale plus observés chez l'homme.

Auteurs	Age moyen	N
COUGARD [35] France 2000	48 ans	418 P=0,0000
MAKITA [23] Gabon 2010	29 ans	93 P=0,09
DISSA [34] Mali 2012	24ans	100 P=0,54
L.TRAORE [55] Mali 2014	25,8	202 P = 0,023
Notre série	36,15	80 P = 0,012
Notre série	34,95	40

▪ **Signes fonctionnels**

La douleur abdominale intense, continue, à début brutal, est le symptôme le plus constant [32]. Les autres caractéristiques de la douleur comme le siège, l'irradiation et le type ont une grande valeur dans l'orientation diagnostique [30]. Elle reste le signe fonctionnel dominant selon plusieurs auteurs [27 ; 43 ; 44 ; 45 ; 46 ; 47]. Dans notre étude elle était présente chez tous les malades. Ce résultat est conforme aux données de la littérature [29 ;33 ;38 ; 55].

Les vomissements alimentaires, bilieux ou fécaloïdes ont été retrouvés 100% des malades selon le stade évolutif de la péritonite aiguë. Ce taux ne diffère pas statistiquement des 87,5% de **Y SIDIBE** [2], des 78% de DISSA [34] au Mali P=0,02134 et des 71,3% de

L.TRAORE [55]. Ils traduisent l'expression de l'iléus paralytique dans les formes généralisées, et sont responsables en partie de la perte liquidienne entraînant la déshydratation et les troubles électrolytiques [31]. L'arrêt des matières et des gaz témoigne une paralysie intestinale franche. Peut-être précoce ou tardif ; d'installation progressive ; parfois masqué par une fausse diarrhée réflexe (manifestation initiale de l'irritation intestinale) [31]. Les 27,5% de notre série ne

diffère pas statistiquement des 23,8% de **Y SIDIBE** [2], des 14,3% de KUNIN [33] en France et des 11,9% de L. TRAORE [55] mais des fréquences plus élevées ont été trouvées dans les séries de AKGUN en Turquie et de YACOUBA au Mali [29, 38].

▪ **Signes généraux**

La fièvre habituellement élevée dès le début de la symptomatologie (sauf dans les perforations gastriques) a été le signe général le plus fréquent chez nos patients (100%). Ceci est supérieur aux résultats de **Y SIDIBE** [2] et L. TRAORE [55] qui ont retrouvé respectivement 57,5% et 66,4% de fièvre.

▪ **Signes physiques**

Le diagnostic de la péritonite est avant tout clinique. Les signes physiques sont d'intérêt capital dans la prise de décision thérapeutique [28]. La contracture abdominale, signe pathognomonique de la péritonite était présente chez 87,5% de nos patients. Ce qui rejoint les 96,25% pour la contracture abdominale de **Y SIDIBE** [2] et les 71,4% de MALLICK [45] (Guyane) mais supérieur aux 20% pour la contracture abdominale de KUNIN [33] en France et aux 56,4% pour la contracture abdominale de L. TRAORE au Mali [55]. Cela pourrait être lié au fait que nos malades consultent à des stades avancés de la maladie.

▪ **Signes paracliniques**

Les examens complémentaires nous ont été contributifs pour la confirmation du diagnostic. A la radiographie de l'abdomen sans préparation, les péritonites aiguës par perforation digestive réalisent un pneumopéritoine qui est visible sur le cliché sous forme de croissant (gazeux) inter-hépatodiaphragmatique.

Dans notre série l'ASP n'a pas été réalisé. Ce résultat diffère de ceux de HAROUNA [26] au Niger, de YACOUBA [29], de L. TRAORE [55] au Mali (36,7%) et de 71% de GOUGARD [35] en France $P=0,000000$. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait l'ASP était non disponible au CSRéf au moment de l'étude et par le fait que les examens complémentaires sont largement effectués dans les pays développés et y sont plus performants.

L'échographie a été réalisée chez 4 patients avec présence de perforation appendiculaire soit 10%.

Le taux d'hémoglobine était normal chez presque la totalité de nos patients soit 82,5% et 17,5% des patients présentaient une anémie. Ce résultat diffère de celui de L. TRAORE [55] qui a retrouvé un taux d'anémie de 8,9%.

▪ **Les étiologies**

En Europe, les principales étiologies des péritonites aiguës sont représentées par les perforations digestives (appendicite, UGD, diverticulose intestinale, lithiase biliaire, traumatisme abdominal, et les tumeurs digestives) [49 ; 50]. Ces mêmes pathologies sont notées dans les séries africaines [22 ; 27], sauf la diverticulose intestinale qui est rarement diagnostiquée chez les africains. Par contre, la fièvre typhoïde et ses complications digestives sont très fréquentes en Afrique mais rares en Europe. Cela pourrait s'expliquer par les conditions d'hygiène alimentaire précaires dans les populations africaines et surtout dans les zones rurales d'où venait beaucoup de nos patients. La première étiologie dans notre série était la péritonite appendiculaire (92,5%) ; de même que dans celles de L. TRAORE [55] (44,5%), de DEMBELE [39] au Mali, de MAKITA [23] au Gabon et de POMATA [48] en Italie. La perforation iléale deuxième étiologie dans notre étude avec une fréquence de 13,75% n'est pas statistiquement différente des 32,5% DEMBELE [39] au Mali $P=0,198$ et des 38,6% de L. TRAORE [55] $P = 0,081$. Par contre MAKITA [23] au Gabon et POMATA [48] en Italie ont trouvé des taux inférieurs respectivement 12,6% et 3,3% $P=0,000000$. Cette différence pourrait être liée à la fréquence élevée de la fièvre typhoïde en Afrique noire [23 ; 26 ; 29 ; 39 ; 45], ce qui témoigne du niveau bas des conditions alimentaires, d'une mauvaise prise en charge des douleurs abdominales et du retard de consultation dans les structures sanitaire.

▪ **Traitement**

Le traitement médical a constitué en une réanimation visant à corriger les troubles hydro-électrolytiques et hématologiques, élément important dans la prise en charge des péritonites aiguës généralisées [30] ; une antibiothérapie à spectre

large qui a pour but de prévenir l'extension du processus infectieux en luttant contre les bactériémies ou la septicémie ; les antalgiques et antipyrétiques pour la maîtrise de la fièvre et de la douleur en pré et post opératoire immédiat. La technique opératoire face à une péritonite aiguë dépend de la constatation per opératoire faite par le chirurgien. La toilette péritonéale et le drainage ont été effectués chez 100% de nos malades ; ensuite c'est l'appendicectomie qui a été le geste chirurgical le plus pratiqué dans notre série avec 92% des cas. La prédominance de l'appendicectomie est liée au fait que les péritonites appendiculaires ont représenté l'étiologie la plus fréquente dans notre série. Cet aspect rejoint celui de L. TRAORE [55], de MAKITA [23] au Gabon et de DISSA [34] au Mali chez qui l'appendicectomie venait en première ligne avec respectivement 47%, 51,7% et 62% des cas.

■ **Mortalité**

Dans notre série, la mortalité opératoire était de 12,5%. Ce taux ne diffère pas statistiquement de ceux de Y SIDIBE[2] au Mali, MAKITA au Gabon, de DISSA au Mali et de L. TRAORE [5; 35 ; 55]. Il est supérieur à celui de GOUGARD [35] en France. Cette différence pourrait être en rapport avec la fréquence élevée des étiologies infectieuses dans notre série et dans les séries africaines [22 ; 34 ; 39] où la mortalité varie entre 4,5% et 21,7%. Le retard dans la prise en charge a été le principal facteur rapporté dans toutes les études africaines [27 ; 28 ; 29 ; 52 ; 53]. Cela serait lié à la pratique de la médecine traditionnelle ; aux erreurs diagnostiques prolongeant le délai opératoire et au manque de moyens financiers.

Prise en charge des Péritonites Aigues Généralisées au CSRéf de Markala

Auteurs	Effectif	Nombre de décès	Pourcentage
GOUGARD [35] France 2000	419	4	1% P=0,0000005
MAKITA [23] Gabon 2012	87	4	4,6% P=0,2
DISSA [34] Mali 2012	100	15	15% P=0,11
L.TRAORE [55] Mali 2014	202	18	8,9% P = 0,34
Y SIDIBE[2]	80	8	10% P=0,56
Notre série	40	5	12,5%

▪ Coût de la prise en charge

Le coût global moyen était de 92206,25 ±6013,043FCFA.

Il a été évalué respectivement à 97850 ±5061FCFA par Y SIDIBE [2], à 125000 FCFA par L. TRAORE [55], 139 000F CFA par DISSA [34] ; 117000 FCFA par TOURE [51] et 88 000F CFA par DEMBELE [39]. Cette somme est largement au-dessus du revenu de la majorité de la population. Le revenu mensuel moyen par habitant au Mali s'élève à 55 dollars américain, soit 27500FCFA [54].

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

CONCLUSION

La péritonite aiguë est une affection fréquente dans les pays en voie de développement comme le nôtre. Elle touche surtout le sujet jeune. Une prédominance masculine a été observée dans notre étude.

Le diagnostic et la prise en charge précoce des principales étiologies qui sont : les complications de l'appendicite, de la fièvre typhoïde, et de l'ulcère gastroduodéal contribueraient à diminuer la fréquence de la péritonite.

L'amélioration des mesures de réanimation et l'utilisation des antibiotiques ont amélioré le pronostic des péritonites. Cependant, La morbidité et la mortalité restent encore élevées.

RECOMMANDATION

❖ Aux populations :

- L'éviter l'automédication et le traitement traditionnel ;
- Consulter immédiatement en cas de douleur abdominale ;
- L'améliorer l'hygiène individuelle et collective.

❖ Aux centres de santé de la périphérie :

- Référer en temps opportun les patients et les préparer pour une bonne évacuation ;
- Redynamiser la caisse de solidarité du système de référence/évacuation.

❖ Au CSREF de Markala :

- Pérenniser les kits d'urgence chirurgicale ;
- Dotation du service de chirurgie de matériels adéquats de qualité et en quantité ;
- La formation continue du personnel.

❖ Aux décideurs :

- La mise en place des moyens logistiques pour la référence/évacuation ;
- Doter des hôpitaux de référence en moyens d'investigations performants et en médecins spécialistes.
- Doter le CSREF de Markala d'une unité de réanimation

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- **LASSANA DIAKITE** : Aspects Thérapeutiques et Pronostiques des Péritonites Aigues Généralisées à l'hôpital de Kayes 2014-103p. N°167
- 2- **Youssef SIDIBE** : Aspects Thérapeutiques et Pronostiques des Péritonites Aigues Généralisées au CSRéf de Bougouni FMOS 2021; 106p
- 3- **GOLASH V, WILSON P D.** Earlylaparoscopy as a routine procedure in the management of acute abdominal pain: areview of 1320 patients. Surgendocc 2005 jul; 19(7): 8825
- 4- **THOREAU N, FAIN O, BABINET P, LORTHOLARY O, ROBINEAU M et AL** Peritonealtuberculosis: 27 cases in the suburbs of northeastern Paris. Int J Tuberc Lung Dis 2002; 6: 253- 258
- 5- **CHOW KM, CHOW VC & SZETO CC.** Indication for peritonealbiopsy in tuberculosisperitonitis. Am J Surgery2003;185: 567-573.
- 6- **OUOLOGUEM M:** Les urgences chirurgicales non traumatiques à l'hôpital de Sikasso, à propos de 380 cas. Thèse méd. Bamako 2007 ; P89 ; N°12
- 7- **DIALLO A.** Les fistules digestives externes post opératoires à l'hôpital du Point G Thèse méd. Bamako 2000 ; P108 n°64 :
- 8- **COULIBALY I. S** : Perforations digestives à l'hôpital régional de Sikasso.Thèse de médecine, Bamako 2005 ; n°215 ; P 22
- 9- **SHITTU OB et AL** : Pattern ofmechanical intestinal obstruction in Abandon a tenyearreview A J Med 2001 ; 30 (12) :17-21.
- 10- **SISSOKO F, ONGOIBA N, BERETE S et AL.** Péritonites par perforation iléale en chirurgie B de l'hôpital du Point G. Mali méd. 2013; (3) 1-5
- 11- **TOGOLA I** Les contusions de l'abdomen au CHU Gabriel Touré Thèse méd ; Bamako ; 2002 ; n°12 : p 73
- 12- **BRUNEL. FRAISSE LECHICHE SOTTO LAPORTE** : Une péritonite sexuellement transmise. Médecine et maladie infectieuse 2008 ; 38 : 233-234

- 13- GIESSLING U, PETERSEN S, FREITAG M et AL.** Surgical management of severe peritonitis Zentralbtchir 2002 jul; 127(7):5947
- 14- RAMACHANDRAN CS, AGARWAL S.** Laparoscopic surgical management of prerogative peritonitis in enteric fever: a preliminary Study Surge New Delhi 2004; 14(3): 122-124
- 15- ADESUNKANMI A.** Acute generalized peritonitis in African Children: Assessment of severity of illness using modified APACHE II Score J surg 2003; 73 (5) : 275-279
- 16-M'BIDA :** Péritonite secondaire à la rupture spontanée d'une pyonéphrose dans la grande cavité péritonéale à propos d'un cas. Rev. Méd. De LIEGE 2005 ; 60 : 81-83 Khirurgia 2001;(2): 18-20
- 17- KONATE. H :** Abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et pédiatrique au CHU Gabriel Touré. Thèse méd ; Bamako 2001 ; P89 N°67.
- 18- Traore MLS.** ETUDE DES PERITONITES AIGUES AU CHU DE KATI. Thèse de Med (FMOS).2014;(14M112):80p.
- 19- SETO S :** Contribution à l'étude des complications des appendicites aiguës chez l'adulte à propos de 1251 cas dans le service de chirurgie viscérale au C.H.U de Cotonou .Thèse de Méd ; Cotonou-1994 ; P97 ; N°615.
- 20- Boukhaka S :** Les urgences abdominales au Congo. Thèse Médecine ; Brazzaville-1982 ; P86 ; N° 34,
- 21- Dictionnaire de Médecine :** Flammarion. Médecine - sciences. France. 2005.
- 22. HAROUNA YD.**
Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger) : Étude analytique et pronostique. Med Afr Noire 2001 ; 48 (2) : 49 - 53.
- 23. MAKITA-NGadi L.**
Les péritonites aiguës généralisées à Libreville(Gabon).
Thèse Méd. Bamako 2010 ; N°10 M 140, 55-72.

24. HOSOGLU S, MUSTAFA Ademir et Coll.

Riskfactors for enteric perforation in patients with typhoid fever.

Am j epidemiology 2004; 160: 46-50.

25. LORAND I, MALINIER N.

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

26. HAROUNA YD, ABDOU I, SAIBOU B, BAZIRA L.

Les Péritonites en milieu tropical : Particularités étiologiques et facteurs pronostiques actuels : à propos de 160 cas.

MédAfr Noire 2001; 48 (3): 103 - 106.

27. COULIBALY O S.

Perforations digestives en chirurgie « B » de l'hôpital du Point G à propos de 120 cas

Thèse méd Bamako 1999; N° 188: 99.

28. COULIBALY C O S.

Les péritonites aiguës généralisées à l'Hôpital de Sikasso. Thèse Méd. Bamako 2010, N°10 M 408.

29. YACOUBA A A.

Péritonite aiguës à l'hôpital régional de GAO. Thèse méd. Bamako 2011 ; N°35.

30. FAGNIEZ PL, SERPEAU, THOMSON C.

Péritonites aiguës. EncyclMédChir Estomac – Intestin 1982 ; 9045 A10, 6.

31. POILLEUX F et collaborateurs.

Sémiologie du péritoine (Rappels généraux anatomiques et physiopathologiques).

Paris : Flammarion-Médecine et sciences, Tome II (Appareil digestif), 4^{ème} Edition 1979 ; 971.

32. Le Treut YP.

Péritonites aiguës : Physiopathologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement.

Rev Prat (Paris) 1993 ; 43 (3) : 259-62.

33. KUNIN N, LETOQUARD JP.

Facteurs pronostiques des péritonites du sujet âgé : Analyse statistique multifactorielle de 216 observations.

J Chir (Paris) 1991 ; 128(11) : 481 -86.

34. DISSA B A.

Les péritonites aigues : aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques à l'hôpital FousseyniDaou de Kayes.

Thèse méd ; Bamako 2012 ; P88 ; N°53.

35. GOUGARD P, BARRAT C.

Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé. Résultats d'une étude rétrospective multicentrique.

Ann Chir 2000 ; 125 : 726 - 31.

36. CISSE I.

Perforations digestives dans le service de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel TOURE.

Thèse méd. Bamako 2001 ; P92 ; N° 54.

37. KOUAME B.

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

38. AKGUN Y.

Typhoidenteric perforation.

Br J Surg 1995 ; 82 : 1512 - 13.

39. DEMBELE B M.

Etude des péritonites aiguës généralisées dans les Services de Chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Méd. Bamako 2005 ; P112 ; n° 116.

40. GUIRAT A, ABID M, Bem AMAR M, GHORBEL A.

Le traitement laparoscopique des ulcères duodénaux perforés. J.I.M Sfax ; N°13/14 juin 07 : 22-26.

41. RIZH N, BARRAT C, FARANDA C, CATHELIN JM.

Traitement laparoscopique des péritonites par perforation diverticulaire du colon sigmoïde.

Chirurgie 1998, Paris, 123 :358-62.

42. SLIM K, ALI Ben A, BOUHAFI A.

Traitement laparoscopique des ulcères duodénaux faisabilité et résultat.

La Tunisie médicale. 2008 vols 86(n°2) ; 114-17

43. SISSOKO F, ONGOIBA N, BERETÉ S.

Les péritonites par perforation iléale en chirurgie « B » de l'hôpital du Point « G ».

Mali Méd 2003 ; 18(1/2) :22- 24.

44. RIBAUT L.

Intubation iléo -colique droite après résection de l'iléon terminal pour péritonite généralisée secondaire à une perforation iléale. Chir 1990 ; 116 : 216 - 28.

45. MALLICK S, KLEIN JF.

Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique :

A propos d'une série observée dans l'Ouest Guyanais. Méd Trop 2001 ; 61 : 491 - 94.

46. CHARLES N.

Improvement in survival from typhoid ileal perforation (Results of 221 operative cases). Ann Surg 1992 ; 215 (3) :244 - 49.

47. CLOT P H.

Contusions et plaies de l'abdomen.

Encycl Méd. Chir (Paris) Urgences 1988 ; 24039A 10 : 11 - 79.

48. POMATA M, VARGIU N, MARTINASCOL et AL.

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

49. ROSEAU G, MARC F.

Abdomen aigu non traumatique en dehors de la période post opératoire.

EncyclMédChir (paris – France) Estomac – Intestin 1989 ; 9042 A 10, 2 : P8.

50. BÜCHLER M V.

Chirurgische thérapie der diffusenperitonitis.

Chirurg 1997 ; 68 : 811 - 15.

51. TOUREK S.

Etude des péritonites de l'enfant dans le service de chirurgie pédiatrique du chu Gabriel TOURE ;

Thèse Med. Bamako 2009; P82; n°42

52. DIARRA S.

Péritonites par perforation iléale dans le service de chirurgie « B » de l'hôpital du Point « G » (de 1978 à 1998).

Thèse Med. Bamako 2000; P89; n°133.

53. YAO JG, MASSO-MISSE P.

Perforations typhiques : Expérience en milieu chirurgical

Camerounais. (A propos de 49 cas). Med trop 1994 ; 54(3) : 242-46.

54. ARMAND Jean-Claude.

Journal du net ; Les salaires au Mali ; source : Banque mondiale ; 2013 ; P96 ; N°149.

55. L.TRAORE.

Etude des péritonites au CHU de Kati. Thèse Med 2013-2014 ; P80 ; N°112.

ANNEXE

□ **Fiche signalétique**

Nom : DEMBELE

Prénom : Mamadou

Titre de la thèse : Prise en charge des Péritonites Aigues Généralisées au CSRéf de Markala. Année de soutenance : 2023-2024.

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Objectif : Etudier les péritonites aiguës généralisées dans le service de Chirurgie générale du CSRéf de Markala.

Méthodologie : L'étude a eu lieu dans le service de chirurgie du CSRef de Markala. Il s'agissait d'une étude descriptive transversale de collecte de données Rétro-prospective. L'étude s'est déroulée sur une période de 4ans ; allant de Janvier 2019 à Décembre 2023 et concernait tous les malades opérés pour péritonite aigüe au CSRéf de Markala de janvier 2019 au décembre 2023 avec un dossier médical et un compte rendu opératoire.

Résultats : Durant la période d'étude allant de Janvier 2019 au Décembre 2023, nous avons enregistré 1093 hospitalisations dont 580 interventions. Parmi ces 580 interventions, 201étaient des urgences dont 40 cas de péritonites, 101 cas d'appendicites, 13 cas d'occlusions intestinales et 7 cas de traumatismes ouverts de l'abdomen. La péritonite avait donc une fréquence d'hospitalisation de 7,32%, une fréquence d'intervention générale de 13,79 et une fréquence des urgences de 39,80%. L'âge moyen était de $36,15 \pm 14,18$ ans avec des extrêmes de 14 et 62 ans. La tranche d'âge 27 à 59 ans était la plus représentée soit 58,8%. La majorité de nos patients était de sexe masculin soit 66,3%. La totalité de nos patients avait la douleur comme motif de consultation soit 100,0%. Le siège de la douleur

était diffuse dans presque la totalité des cas soit 90,0%. L'ASP a été réalisé chez 49/80 patients, avec présence de pneumopéritoine chez 45,0%. L'échographie a été réalisée chez 5 patients avec présence de perforation appendiculaire soit 5,0%. Le diagnostic de péritonite a été posé en préopératoire dans 90% des cas. Seule l'anesthésie généralisée a été appliquée chez tous nos patients. Dans notre étude, 98,75% de nos péritonites étaient secondaires, parmi lesquels, la péritonite par perforation appendiculaire a été retenue chez plus de la moitié, soit 65%. Au cours de notre étude la majorité des patients avait un bon pronostic selon le score de Mannheim (MPI) soient 77,5% des cas. Les suites opératoires précoces étaient simples (Grade I) chez presque la totalité de nos patients soit 80% et émaillées par le sepsis (Grade Iva) dans 8,75% des cas. 2,5% de nos patients sont décédés (Grade V). Dans notre série, la mortalité opératoire était de 2,5%.

Cela serait lié à la pratique de la médecine traditionnelle ; aux erreurs diagnostiques prolongeant le délai opératoire et au manque de moyens financiers.

Mots clés : Chirurgie, Péritonite aigue généralisée, Pronostique, Csref de Bougouni

ANNEXE

I /Les données administratives :

1. N° de la fiche d'enquête..... /...../
2. Service...../.....
../
3. N° du dossier du malade...../...../
4. Nom et Prénom
5. Date de consultation.....
6. Age du malade.....
1=0 à15ans 2=16 à29ans
3=30 à 59ans 3=60 et plus
7. Sexe.....
...
1=Masculin 2=Féminin
8. Provenance
- 1=Gao 2= Bourem 3=Ansongo
4=Ménaka 5=Kidal 99= Autres à préciser :
9. Nationalité.....
1=Maliennne 9=Indéterminée 99=Autres à préciser :
10. Ethnie
- 1=sonrhäï 2=Touareg 3=Peulh
4=bambara 5=Dogon 6=Sarakolé

20. Sièges de la douleur.....

- 1= Fosse iliaque droite 2= fosse iliaque gauche 3= flanc droit
4 = flanc gauche 5=Hypochondre droit 6=Hypochondre gauche
7= Epigastrique 8=Hypogastrique 10=Péri ombilicale
11=Diffuse 99=Autres préciser :

21. La durée de la douleur.....

- 1=0-6h 2=7-12h 3=13-18h 4=19-24h
5=2-3jours 6=4-7jours

22. Mode de début de la douleur.....

- 1=Brutal 2= Progressif 9=Indéterminé
99=Autres à préciser :

23. Type de la douleur.....

- 1=Brûlure 2=Piqûre 3=Torsion 4=pesanteur
5=Ecrasement 6=Colique 7=Autres
99=Autres préciser :

24.Irradiation de la douleur

:.....\
.....\.....\
1.Organes génitaux 2. Périnée 3. Bretelle 4. Postérieur 5. Ceinture 6.

- Transfixiante
7.Latérale 8. Pan radiante 9. Sans irradiation 10. Ascendante 11. Autres
99.Indéterminée

25. Intensité de la douleur.....

- 1=Faible 2=Modérée 3=Intense 4=Très intense .

26. Facteurs déclenchant la douleur :.....

27. Facteurs calmant la douleur :

- 1= médicaments 2= position antalgique

3= ingestion d'aliments 4= vomissements

99= autres préciser :

28. Evolution de la douleur.....

1= 5-15mn 2= 16-30mn 3=31-60mn

4=1-3 jours 5= plus de 3 jours

II/Signes d'accompagnement

29. Digestifs.....
.....

1=Non 2= Nausées 3= Vomissements

4= Diarrhée 5= Constipation 6=Rectorragie

7= Méléna 8= Hématémèse 9= Indéterminée

10= Arrêt des matières et des gaz 11= Gargouillement

12= Flatulence 13= Ténésmes

14=Epreintes 99= Autres à préciser :

III/ATCD :

***Personnels**

30. Médicaux.....

1=Si oui à préciser :

2=Non 9=indéterminée

31. Chirurgicaux.....

1=Oui à préciser :

2=Non 9=indéterminée

32. Suites opératoires

1=Simple 2=Abcès de paroi

9=Indéterminée 99=Autres à préciser :

***FAMILIAUX**

1= oui à préciser :

2= non 9=Indéterminée .

IV/EXAMENS :

+Signes généraux

33. INDICE DE KARNOFSKY (IK) :

1=<70 2=IK>70

34. Conjonctives.....

1=Pâles 2=Colorées 3=Ictère

9 =Indéterminées 99= Autres préciser :

35. Température en degré.....

1=Inf. à36°C 2=36°C à 38°C 3=Sup à 38°C

36. Pouls en battements/mn.....

1=Inf à 60bts/min 2=60 à 120bts/min 3=Sup à

120bts/min. 36. Poids en

Kg.....

1=Infà60Kg 2= 60à100Kg 3=Sup à 100Kg.

37. TA en mm de HG.....

1=Inf à la norme 2=Normale 3=Sup à la norme.

38. Rythme respiratoire en mouvements/mn..... 1=Inf

à la norme 2=Normale 3=Sup à la Norme.

39. Faciès:.....

.....

1= normal 2= tiré 3=

péritonéal , 99= autres à préciser

:

40.Plis cutanés

:.....

1= absent 2= présent 9=
indéterminé 99= Si Autres à
préciser :

41. Langue

.....

1 = humide 2 = sèche 3= saburrale

9 = indéterminé 99= Si Autres à préciser :

42 Conscience

.....

1 = normal 2 = agitée 3 =confus 4= coma

9 = indéterminé 99= Si autres à préciser

: +**Signes physiques :**

• **Inspection :**

43. Présence de cicatrice opératoire sur l'abdomen.....

1=Xipho-sus-pubienne 2=Médiane sus ombilicale

3=Médiane sous ombilicale 4=Au point de Mac Burney

5=Pfannentiel 6= Inguinale droite

7= Inguinale gauche 9=

Indéterminée 99= Autres à préciser

:

44. Morphologie de

l'abdomen.....

1= Asymétrie de l'abdomen 2= Distension abdominale sus ombilicale

3= Distension abdominale généralisée 4= Rétraction abdominale

5=Symétrique 9= Indéterminée . 99= Autres à préciser :

45. Mouvements de

l'abdomen.....

1= Immobilité 2= Ondulations péristaltiques

9= Indéterminée □ 99= Autres préciser :

• **Palpation :**

46. Défense

abdominale.....

1=généralisée □ 2=Non □ 9=indéterminée □

99=autres à préciser :

47. Contracture abdominale.....

1=Oui 2=Non

48. T R et /ou TV :

1=Normal 2

=Anormal V /

Autres Appareils

49. Coeur

:.....

1= bruits normaux □, 2=bruits anormaux □ 3= souffles □ 9= indéterminé □ 99=

autres à préciser :

50. Pouls périphériques :.....

1= perçus □, 2= non

perçus □ 3=Si autres à

préciser :

51. Appareil respiratoire:.....

1=normal □, 2=bruits anormaux □,

3=dyspnée □, 9 = indéterminé □ 99=

autres à préciser :

VI/Les examens complémentaires avant ou après l'opération :

52. Radiographie d'ASP.....

1= Si oui à préciser: 2= Non □

53. Echographie.....

...

1= oui à préciser : 2= Non

54. Examen bactériologique.....

1= Absence de germes 2= Germes

à préciser :

55. Sérodiagnostic de Widal.....

1= Oui à préciser :

2= Non 3=Positif 4=Négatif

56. N.F.S.....

.....

1= SI oui à préciser :

2= Non

57. Groupage sanguin et Rhésus.....

1= A+ 2=A- 3=B+ 4=B-

5=AB+ 6=AB- 7= O+ 8= O-

58. Créatininémie.....

.....

1=<50µmol/L 2= 50à 150 µmol/L 2= >150 µmol/L

59. Glycémie.....

.....

1=Si oui à préciser :

2= Non 3= $\leq 0,75$ g/L 4=0,75à 1,25g/L 5= $\geq 1,25$ g/L

60.

V.S.....

.....

1=Si Oui à préciser : 2= Non

3= ≤ 70 4=70–100 5= ≥ 100

61.

TP.....
.....

1=Si Oui à préciser : 2= Anomalie à préciser :

3= $\leq 70\%$ 4=70 à 100 % 5= $\geq 100\%$

VII/Diagnostic :

62. Diagnostic préopératoire

.....

1= Perforation d'organes creux 2= Occlusion

9=indéterminée 99=Autres à préciser :

63. Diagnostic per opératoire

.....

1=Si oui à préciser :

2 =non

64. Traitement reçu avant l'arrivée de l'équipe de garde :

64a.

Médical.....
.....

1=Si Oui à préciser :

2= Non 9= Indéterminé

64b. Durée moyenne du traitement.....

1= 0-12h 2= 13-24h 3= 2-3 jours

4= 4-5 jours 5= 6-7 jours

64c. Les effets du traitement médical.....

1=Sans effet 2= Diminution de la douleur

3=Disparition temporaire de la

Douleur 4= Espacement des crises

9= Indéterminée

99= Autres à préciser : **65. Traitement**

Traditionnel.....

1=Si Oui à préciser :

2= Non 9= Indéterminée

65a. Effet du traitement traditionnel.

1= Sans effet 2= Diminue la douleur

3= Disparition temporaire de la douleur 4= Espacement des crises

9= Indéterminée 99= Autres préciser :

VIII/TRAITEMENT

66 .Traitement chirurgical.....

1=Oui 2=Non

66a.

Techniques.....

66b. Type d'anesthésie :

1=Générale

2=Locorégionale **66c.**

Incision :

1=Laparotomie médian sus et sous ombilicale

2=Laparotomie sous ombilicale

3=Laparotomie sus

ombilicale 99=Si Autre à

préciser :

67. Diagnostique per opératoire :

1=Perforation gastrique 2= Perforation iléale

3= Perforation caecale 4= Perforation
appendiculaire 5=Absès du foie rompu 6=Tumeur
gastrique perforée

9=Indeterminé 99=Si Autres à préciser :

68. Prélèvements et Qualité du liquide :

1=Pus 2= Selles

3=Pyo stercorale 99=Si Autres à préciser :

69. Nombre de perforation :

1=Unique 2=Multiple 3=Bon

4=Douteux 5=Nécrosé

99= Autres à préciser :

70. Etat de l anse :

1=Bon : 2=Mauvais 99=Autres à préciser:

71. Gestes opératoires :

1=Suture 2= Iléostomie 3=Colostomie

4=Résection/Anastomose—Termino—Terminale

99=Si autre à préciser :

72. Nombre de drain.....

1= unique 2=Double 3=multiple

73. Siège du drain.....

1=Gouttière pariétaux-colique droite 4=Sous hépatique droite

2=Sous hépatique gauche 5=1+2 6=Sous hépatique

3=Gouttière pariétaux-colique gauche 99=Si autre à
préciser :

74. PRONOSTIC :

+Score de MANNHEIM (MPI)

1=MPI<26 2=MPI>26

X/Après l'opération :

75. Suites opératoires précoces (1 à 30jours).....

1= Simples 2= Choc volémique 3= Septicémie

4= Abscess de la paroi 5= Défaillance cardiaque 6= IR

7= fistulisation digestive 8= Lâchage anastomotique

10= Décès 11=occlusion

12=éviscération 9= indéterminé

99=autres à préciser :

76. Suites opératoires à court terme (1à 3 mois).....

1= Simples 2 = Eventration

3= Troubles digestifs 4= Occlusion

5= Syndrome de grêle court 6= Décès

7 =Intervention 8 = Retard de

cicatrisation 9= Indéterminé. 99=

Autres à préciser:

77. Suites opératoires à moyen terme (3 à 24 mois).....

1=Simples 2= Eventration

3= Troubles digestifs 4=Occlusion

5= Syndrome de grêle court 6=

Décès 9= Indéterminé 99=

Autres préciser :

78. Suites opératoires tardives.....

1= Simples 2= Eventration 3= Troubles digestifs

4= Occlusion 5= Syndrome de grêle court

6= Décès 9= Indeterminé 99= Autres à préciser :

79. Mode de suivi.....

1= Venu de lui-même 2= Sur rendez-vous

3= Vu à domicile 4= Sur convocation

9= Indeterminé 99= Autres à préciser :

80. Coût de la Prise en Charge

- Frais de consultation
...../...../

- Ordonnances
...../...../

- Kit
...../...../

- Frais d'hospitalisation
...../...../

1=Inf à 100000FCFA 2= I00000 à 200000FCFA 3=Sup à 200000FCFA.

SERMENT D'HIPPOCRATE :

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

JE LE JURE.