

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE DE BAMAKO

THÈME :

Péritonite par perforation gastrique et /ou duodénale :
Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques au Centre de
Santé de Référence de la Commune I du District de
Bamako

Présentée et soutenue publiquement le 19/06/2026 devant la
Faculté de médecine et d'Odontostomatologie de Bamako par :

Mr. Sékou Traoré

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

Jury :

Président : Mr Madiassa KONATE (Maitre de conférences agrégé)

Directeur : Mr Amadou TRAORE (Maitre de conférences agrégé)

Membre : Mr Abdoulaye DIARRA (Maitre de conférences agrégé)

Membre : Mr Modibo SANOGO (Chirurgien)

Membre : Mme. Kadiatou DOUMBIA Epouse Samaké (Maitre de conférences agrégé)

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie cette thèse ...

À Allah subhanahu wa ta'ala L'Unique, le Clément, Le Digne de Louange Créateur des cieux et de la Terre L'Omniscient, l'Omnipotent. C'est Toi seul que nous adorons et c'est auprès de Toi que nous cherchons secours. Rien ne peut s'accomplir sans Ta Volonté En plus du bienfait de la Foi en Toi parmi tant d'autres, Tu me combles du bienfait d'avoir mené à bien mes études, Je t'invoque par Tes Noms et Attributs les plus nobles et Te demande de bénir ce travail ainsi que tout ce qui viendra par la suite. Amen !!!

✓ **A mon père : Mamadou Traoré**

Le mérite de réaliser ce travail qui témoigne des nombreux sacrifices qu'il a fallu faire pour en arriver à ce niveau te revient avant tout. Tu as été une source d'inspiration et un modèle sur lequel je me suis toujours référé. Ton sens de l'honneur, de l'éthique, ton amour du travail bien fait et tes qualités humaines ont en grande partie contribué à me forger. Tu ne t'es jamais découragé de me soutenir, me conseiller, me remonter les bretelles quand il le faut. Faire mieux que toi est la mission que tu m'as confiée et je compte bien la réussir. Puisse Allah te préserver, t'accorder une excellente santé et te compter parmi ses serviteurs les plus illustres

✓ **A ma mère : Djénéba Diarra**

Mère parmi les mères, tu as été toujours sur pied au premier chant du coq pour t'occuper de nous. Par ton courage nous n'avons rien envié aux autres ; ton amour pour les enfants d'autrui a été capital dans notre réussite. Les simples mots venant de ma bouche ne sauraient suffire pour exprimer toute mon affection pour toi.

Je te dois ma réussite. Tes bénédictions n’ont pas été vaines et resteront pour moi toujours indispensables. Ce travail est le fruit de tes prières. Puisse Dieu le tout puissant nous donner longue vie pour que tu puisses bénéficier du fruit de ta patience. Amen !

✓ **A mes frères, sœurs :**

Yaya Traoré, Ousmane Traoré, Mamadou Traoré, Bourama Traoré, Aminata Traoré, Fatoumata Traoré ;

Vos conseils, vos encouragements et vos soutiens m’ont beaucoup aidé dans l’élaboration de ce travail. Que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens sacrés et recevez ici toute ma gratitude.

✓ **A mes tontons, mes tantes, grand-mères et grands-pères :**

Salim Traoré, feu Lassana Traoré, Arouna Traoré, Bourama Traoré, Broulaye Diarra, Siriman Niaré, Massan Traoré, Attoumata Diaby, Sitan Traoré, Sentedia Doumbia, Boucouri Coulibaly, feu Yaya Traoré et feu Bourama Traoré.

C’est avec joie que je vous dédie ce travail, témoignant de mon amour et ma reconnaissance pour le soutien et la confiance que vous m’avez toujours accordé. Trouvez ici l’amour fraternel que je porte sur vous et à vos familles respectives.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements les plus sincères vont :

✓ **Aux Spécialistes en Chirurgie générale : Nos Maîtres, Dr Modibo SANOGO, Dr Issiaka DIARRA, Dr Amadou BERTHE (urologue), Dr Salimata CAMARA épouse Sacko (chirurgienne maxillo-faciale).**

Merci chers Maîtres de m'avoir fait confiance, vos patiences et vos indulgences à mon égard m'ont beaucoup marqué. Prions Dieu pour qu'il me donne la force et le courage afin que je puisse combler vos attentes.

Aux personnels d'anesthésie réanimation : Dr Bakary Keita, Major Oumou, Younoussa DIALLO, HAIDARA, POUDIOUGOU, Sory KEITA.

Je vous remercie très sincèrement pour l'accompagnement et le respect. Merci pour tout ce que vous faites pour moi.

✓ **A ma Fiancée, Rokiatou Traoré**

_ mon âme-sœur, mon amie, ma confidente :

Mon amour, merci de m'avoir aimé comme je suis. Ce travail est le tien, c'est le fruit de ta patience. Merci pour ta bonne compréhension et ton soutien enfin de m'avoir permis de réaliser ce travail. Avec toi, le verbe aimer est facile à conjuguer, il ne se conjuguerait jamais à l'imparfait : je t'ai aimé, je t'aime et je t'aimerai pour toujours. Je t'aime mille fois. Que le Tout Puissant bénisse notre foyer.

Aux étudiants thésards du service de chirurgie générale : Abdoulaye Dolo, Mahamadou Fané, Yaya Coulibaly, Souleymane Simpara, Boureima Niaré, Sekou Touré

Aux médecins stagiaires du service : Dr Mama SIMPARA, Dr Dembélé Lamine, Dr Seydou Kassogué, Dr Ousmane TOLO, Dr Sambri Touré, Dr Konaté Allassane.

Je vous remercie très sincèrement pour l'enseignement et les conseils

Aux personnels infirmiers : Major Youssouf Coulibaly, Major Fatoumata Touré dite Cissé, Assan Sangaré, Fatoumata Coulibaly, Niagalé Diaouné, Niélé Traoré, Mariam Coulibaly.

Merci d'avoir assuré les soins des patients.

Aux personnels du bloc opératoire : Major DIA, Yacouba COULIBALY, BAGOYOKO, Alima. Merci pour votre compassion.

Au médecin chef du CSREF CI : Dr Djakaridja KONE,

Mes très sincères remerciements et reconnaissances.

A tous mes enseignants depuis l'école primaire en passant par le **Lycée Bouillagui Fadiga** de Bamako jusqu'à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie pour l'enseignement de qualité que j'ai bénéficié auprès de vous.

A toute la 14ème promotion du numerus clausus.

A tous les personnels de l'ASACOMSI

Mes sincères remerciements.

A mes Amis : Yaya Coulibaly, Ibrahim Cissé, Samba Konaré, Ibrahim Coulibaly

Merci pour les soutiens et les accompagnements.

A mes camarades, compagnons, amis(es) et promotionnaires : Yaya Coulibaly, Abdoulaye Kanté, Mama Hamadoun Guindo, Boureima Konaté, Marcelin Niaré.

Permettez-moi, chers amis de vous dédier ce travail en mémoire aux glorieux temps passé ensemble à la Faculté qui nous a semblé infranchissable.

Qu'ALLAH nous gratifie de sa Clémence.

Tous les étudiants de la FMOS/FAPH, bon courage et bonne chance.

Tous ceux, de près ou de loin, qui ont œuvré pour notre formation et l'élaboration de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY : PROFESSEUR MADIASSA KONATE

- Maître de Conférences Agrégé de Chirurgie Générale à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE
- Membre de la Société de Chirurgie du MALI (SOCHIMA)

Cher maître,

C'est un immense honneur pour nous que vous ayez accepté de présider ce jury, malgré l'étendue de vos responsabilités.

Votre accessibilité, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré par tous.

Vous incarnez un modèle pour nous, étudiants de cette faculté, et nous inspirez à poursuivre l'excellence.

Veillez agréer, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

**A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE : PROFESSEUR
AMADOU TRAORE**

- Médecin Colonel à la Direction Centrale des Services de Santé des Armées (DCSSA)
- Maître de Conférences Agrégé de Chirurgie Générale à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE
- Membre de la Société de Chirurgie du MALI (SOCHIMA)
- Membre de la Société Malienne de Médecine Militaire (SoMaMeM)
- Membre de la Société Africaine Francophone de Chirurgie Digestive (SAFCHID)

Cher maître,

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous avez placée en nous pour effectuer ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre assiduité, votre ponctualité, font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique force le respect et l'admiration de tous.

Vous nous avez impressionné tout au long de ces années d'apprentissage, par la pédagogie et l'humilité dont vous faites preuves.

C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous d'être compté parmi vos élèves.

Nous vous prions cher Maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE, PROFESSEUR ABDOULAYE DIARRA

- Maître de Conférences Agrégé de Chirurgie Générale à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)
- Praticien hospitalier au CHU Pr BSS de Kati
- Chef de Service des Blocs Opératoires du CHU Pr BSS de Kati
- Membre de la Société de Chirurgie du MALI (SOCHIMA)
- Membre de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD) et de la Société d'Anesthésie-Réanimation et Médecine d'Urgence du Mali (SARMU-MALI)
- Membre de la Société Africaine Francophone de Chirurgie Digestive (SAFCHID)
- Ancien interne des hôpitaux.

Cher maître,

C'est un honneur que vous nous faites d'avoir accepté de juger ce travail.

Votre rigueur, vos immenses qualités humaines, votre souci permanent du travail bien fait, votre sens élevé de la pédagogie font de vous un encadreur remarquable et admiré.

Nous espérons avoir été à la hauteur de votre attente dans la réalisation de ce travail que vous nous avez confié.

Trouvez ici cher maître le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DOCTEUR MODIBO SANOGO

- Chirurgien Généraliste au CSREF CI
- Chef du Service de Chirurgie Générale du CSREF CI
- Membre de la Société de Chirurgie du MALI (SOCHIMA)

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail ne nous a guère surpris.

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire.

Cher Maître, soyez rassuré de toute notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE, PROFESSEUR DOUMBIA KADIATOU
Epouse SAMAKE

- Maître de Conférences Agrégée en Hépatogastro-entérologie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)
- Praticienne hospitalière au CHU Gabriel Touré
- Ancienne Interne des Hôpitaux
- Membre de la Société Nationale Française de Gastro-entérologie (SNFGE)
- Trésorière de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD)

Chères Maître

Les qualités telles que la simplicité, la disponibilité, l'humilité, l'engagement et le dévouement font que vous inspirez le respect.

Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par votre rigueur scientifique et votre amour du travail bien fait que par vos qualités humaines,

Veillez croire chère maître en l'expression de notre sincère et profonde gratitude

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

ASP : Abdomen Sans Préparation

RX : Radiographie

ATB : Antibiotique/Antibiogramme

Cc : centimètre cube

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Cm : Centimètre

Coll. : Collaborateurs

DCD : décédé/décès

ECG : Electrocardiogramme

EFC : Facteur de Croissance Epidermique

EH : Etudiant Hospitalier

EVA : Echelle Visuelle Analogue de la douleur

FR : Fréquence respiratoire

FC : Fréquence cardiaque

FID : Fosse Iliaque Droite

FIG : Fosse iliaque gauche

HID : Hernie inguinale droite

HIG : Hernie inguinale gauche

FOGD: Fibroscopie OEso-gastro-duodénale

GEA: Gastro-Entéro-Anastomose

H : Heure

Hb : hémoglobine

UGD : Ulcère gastro duodéal

HP : Hélicobacter pylori

IPP : inhibiteur de la pompe à proton

HTA : Hypertension artérielle

IK : Indice de Karnofsky

IPP : Inhibiteur de la pompe à protons

Anti H2: Anti histaminique H2

Na+: Sodium

Cl - : Ion chlorure

K+ : Potassium

/J : Par jour

Jrs : jours

L : litre

M : mètre

Mn: minute

MPI: MANNHEIM Index Périonisis

NFS : Numération Formule Sanguine

PNN : Polynucléaire Neutrophile

L1 : 1^{ère} vertèbre lombaire

L2 : 2^{ème} vertèbre lombaire

T5 : 5^{ème} vertèbre thoracique

T9 : 9^{ème} vertèbre thoracique

TR : Toucher rectal

TV : Toucher vaginal

TP : Toucher pelvien

CSREF : Centre de santé de référence

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAS : Pression artérielle systolique

PAD : Pression artérielle diastolique

VN : Valeur normale

T° : Température

IBODE : Infirmier du bloc opératoire Diplômé d'Etat

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

INFSS : Institut National de Formation en science de la santé

ESB : Ecole de santé de Bamako

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Estomac et ses vaisseaux [16]	10
Figure 2 : Cadre duodénal selon J M CHEVALIER [20]	13
Figure 3: Répartition des patients en fonction du sexe	37
Figure 4: Représentation des patients selon la provenance	38
Figure 5 : Répartition des patients selon le mode de début ou d’installation de la douleur	45
Figure 6 : Répartition des patients selon l’évolution de la douleur	47
Figure 7 : Répartition des patients en fonction de l’indice de performance OMS	52
Figure 8: Répartition des patients en fonction de l’état de la conscience	54
Figure 9 : Répartition des patients en fonction du diagnostic préopératoire ...	60
Figure 10 : Répartition des patients en fonction du diagnostic peropératoire ..	62
Figure 11: Répartition des patients selon le siège de la perforation	63
Figure 12 : Répartition des patients en fonction de la dimension de la perforation	63
Figure 13: Répartition des patients selon le nombre de drain	65
Figure 14 : Image d’une perforation gastrique en per-opératoire	89

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Score de Mannheim Peritonis Index (MPI)[31].....	33
Tableau II : Répartition des patients selon la tranche d'âge	39
Tableau III : Répartition des patients selon la Profession.....	40
Tableau IV : Répartition des patients selon l'ethnie	41
Tableau V : Répartition des patients en fonction de l'agent de la référence	42
Tableau VI : Répartition des patients en fonction du motif de consultation....	42
Tableau VII : Répartition des patients selon la circonstance de survenue de la douleur	43
Tableau VIII : Répartition des patients selon la durée d'évolution de la douleur	43
Tableau IX : Répartition des patients selon le siège de la douleur	44
Tableau X : Répartition des patients selon le type de la douleur	45
Tableau XI : Répartition des patients selon l'intensité de la douleur	46
Tableau XII : Répartition des patients selon le facteur déclenchant.....	46
Tableau XIII : Répartition des patients selon le facteur d'accalmie	47
Tableau XIV : Répartition des patients selon le signe digestif associé	48
Tableau XV : Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux.....	48
Tableau XVI : Répartition des patients selon les antécédents personnels chirurgicaux	49
Tableau XVII : Répartition des patients selon les antécédents familiaux médical.....	49
Tableau XVIII : Répartition des patients selon le traitement reçu avant l'hospitalisation	50
Tableau XIX : Répartition des patients selon le mode de vie.....	51
Tableau XX : Répartition des patients en fonction des signes généraux	52

Tableau XXI : Répartition des patients en fonction du Faciès	53
Tableau XXII : Répartition des patients en fonction des plis cutanés	53
Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction de l’aspect de la langue	54
Tableau XXIV : Répartition des patients selon l’aspect de l'abdomen.....	55
Tableau XXV : Répartition des patients en fonction des signes trouvés lors de la palpation.....	56
Tableau XXVI : Répartition des patients en fonction des signes trouvés à la percussion	57
Tableau XXVII : Répartition des patients en fonction des bruits intestinaux .	57
Tableau XXVIII : Répartition des patients en fonction des signes trouvés au toucher vaginal.....	58
Tableau XXIX : Répartition des patients en fonction du signe trouver au toucher rectal	58
Tableau XXX : Répartition des patients en fonction du résultat de l’ASP	59
Tableau XXXI : Répartition des patients en fonction du résultat de l’échographie.....	59
Tableau XXXII : Répartition des patients en fonction du résultat du taux d’hémoglobine (THB)	60
Tableau XXXIII : Répartition des patients selon la durée d’hospitalisation préopératoire.....	61
Tableau XXXIV : Répartition des patients en fonction du traitement reçu avant l’intervention	61
Tableau XXXV : Répartition des patients en fonction de l’aspect du liquide..	62
Tableau XXXVI : Répartition des patients en fonction des pathologies associées	64
Tableau XXXVII : Répartition des patients en fonction des Gestes associés ...	65

Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon la durée d’hospitalisation post opératoire	66
Tableau XXXIX : Répartition des patients en fonction des suites opératoires précoce (1 à 30J)	67
Tableau XL : Répartition des patients en fonction du coût.....	68
Tableau XLI : Répartition des patients selon le mode de suivi (1 à 12mois) ...	68
Tableau XLII : Suites opératoires moyen terme (1 à 12mois)	69
Tableau XLIII : Répartition des patients selon le résultat de l’histologie	69
Tableau XLIV : Répartition des patients selon le diagnostic étiologique	70
Tableau XLV : Siège de la perforation/Sexe	70
Tableau XLVI : Siege de la perforation /Diagnostic étiologique	71
Tableau XLVII : Répartition des patients selon la fréquence de la perforation gastroduodénale et auteurs	74
Tableau XLVIII : Age moyen et auteurs	75
Tableau XLIX : Auteurs et sexe	76
Tableau L : Signes fonctionnels et Auteurs	77
Tableau LI : Signes physiques et auteurs	78
Tableau LII : Présence de pneumopéritoine à l’ASP et Auteurs	79
Tableau LIII : Siège de la perforation et Auteurs	80
Tableau LIV: Technique opératoire et Auteurs	81
Tableau LV : Morbidités et Auteurs	82
Tableau LVI : Mortalité et Auteurs	83

TABLE DES MATIERES

Sommaire

DEDICACES.....	III
REMERCIEMENTS	V
HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY	VIII
LISTE DES ABREVIATIONS	XIII
LISTE DES FIGURES.....	XVI
LISTE DES TABLEAUX.....	XVII
TABLE DES MATIERES	XX
I - INTRODUCTION :.....	2
-.....	Erreur ! Signet non défini.
II - OBJECTIFS.....	5
1-Objectif Général.....	5
2-Objectifs Spécifiques	5
III-GENERALITES.....	7
1- Rappel anatomique :	7
1-1- L'estomac :.....	7
2- Physiopathologie de la maladie ulcéreuse[22,23,24,25,26]	13
3- Pathogénie des perforations d'ulcère gastro – duodénal :	20
4- Rappel clinique des perforations d'ulcère gastro – duodénal [27]:.....	21
4-1- Type de description :.....	22
4-2-Formes chimiques :	24

4-3- Diagnostic :	24
4-4- Traitement :	25
4-5- Résultats et pronostic :	27
IV- Méthodologie	29
1- Type et période d'étude :	29
2-Cadre d'étude :	29
2.1-Situation géographique :	29
2.2-Les locaux :	29
2.3-Les personnels :	30
2.4-Les activités :	30
3-La population d'étude :	30
3.1-Echantillonnage :	31
3.2-Les critères d'inclusions et de non inclusions	31
4-Les variables de l'échantillon :	31
5-Collecte des données :	31
5.1-Supports et sources	31
5.2-Procédure de collecte	32
6-Définitions opérationnelles	32
7-Saisie et analyse des données :	35
8-Aspect éthiques :	35
IV-Résultats	37
1-Epidémiologie	37

2-Données Socio-démographiques :	37
V-Commentaires et discussions	73
1-Méthodologie :	73
2- Etude clinique :	77
3-Traitement	81
VI-CONCLUSION	85
VII-RECOMMANDATIONS	87
-Références bibliographiques	91
ICONOGRAPHIE	96
- LES ANNEXES	100

INTRODUCTION

I - INTRODUCTION :

- ❖ Une péritonite est une inflammation aiguë de la séreuse péritonéale qui peut être soit généralisée à la grande cavité péritonéale soit localisée[1].
- ❖ L'ulcère gastrique et/ou duodénal est une lésion de la paroi interne de l'estomac et /ou de la paroi interne du duodénum. Il est la résultante d'un déséquilibre entre les facteurs d'agression et les facteurs de défense en un point précis de la muqueuse gastrique et ou duodénale[2].
- ❖ Au cours de son évolution, l'ulcère peut être responsable de plusieurs complications dont la perforation qui se traduit par la survenue d'une brèche au niveau de l'estomac et/ou du duodénum entraînant ainsi une péritonite[3].
- ❖ La perforation gastroduodénale peut aussi être dû aux médicaments gastrotoxiques ou à un traumatisme et exceptionnellement à un cancer de l'estomac (0,9% à 3,4%)[4]. C'est une urgence médico –chirurgicale.
- ❖ En Asie, A Hong Kong, la péritonite par perforation gastroduodénale représentait environ 7,5% des péritonites aiguës [5].
- ❖ Au Canada, en 2003, Roméo a trouvé que les péritonites par perforation gastrique représentaient 5% des urgences abdominales[6].
- ❖ En Afrique :
 - Selon CAMARA M (2021, hôpital régional de Kankan, Guinée), la fréquence de la perforation gastroduodénale était de 29,70% des péritonites aiguës[7].
 - Au Burkina Faso, KAMBIRE JEAN et al ont trouvé dans une étude réalisée en 2018 que la perforation gastrique représentait 17,2% des péritonites aiguës généralisées[8].

❖ AU Mali

- KONE D, dans une étude réalisée au CHU Gabriel Touré en 2024 a trouvé que 10,6% des péritonites étaient dues à la perforation d'ulcère gastroduodénal avec une morbidité de 14,9% et une mortalité de 10,9%[9].
- ❖ Le pronostic peut être mauvais selon l'âge du patient ; son état général ; les tares associées ; l'étiologie et le délai de la prise en charge[10].
- ❖ Le diagnostic est posé par l'examen clinique et l'imagerie.
- ❖ Jadis le pronostic des perforations ulcéreuses était sombre vers la fin du XIIIème siècle, ce qui a été constaté par Mondor jusqu'en 1894 pas un seul malade en France qui n'avait été guéri de l'ulcère perforé[11].
- ❖ Cependant à moins d'un siècle, le pronostic s'était vu amélioré ; attesté par Démartines en 1991 qui a trouvé une mortalité de 6% en Espagne[12].
- ❖ Le développement de la technique par la laparoscopie dont le premier cas a été rapporté dans la littérature en 1990 par Mouret[13], a permis d'obtenir une durée moyenne d'hospitalisation de $75 \pm 12,6$ h selon Hamed Al Wadaani dans une étude réalisée en 2013 en Arabie Saoudite[14].
- ❖ Ainsi, l'absence d'étude antérieure au CSREF CI et l'importance du sujet ont motivé le choix dans le but de réunir les données épidémiologiques, étiologiques, et évaluer les modalités thérapeutiques des péritonites par perforation gastrique et/ou duodénale.

OBJECTIFS

II - OBJECTIFS

1-Objectif Général

- ❖ Etudier les péritonites par perforation gastrique et/ou duodénale dans le service de chirurgie générale au Centre de Santé de Référence de la Commune I du district de Bamako.

2-Objectifs Spécifiques

- ❖ Déterminer la fréquence des péritonites par perforation gastrique et /ou duodénale ;
- ❖ Identifier les facteurs favorisants ;
- ❖ Décrire les aspects cliniques, para cliniques et thérapeutiques ;
- ❖ Décrire les suites opératoires ;
- ❖ Evaluer le coût de la prise en charge.

GENERALITES

III-GENERALITES

1- Rappel anatomique :

1-1- L'estomac :

C'est un réservoir musculo-membraneux, interposé entre l'œsophage en haut et le duodénum en bas.

Il est situé en dessous du diaphragme dans la cavité abdominale où il occupe l'hypochondre gauche et une partie de l'épigastre. C'est la partie la plus large du tube digestif. A jeun il a 25 cm de long sur 10 cm de large chez l'homme[15].

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

L'orifice de sortie est le pylore où existe un sphincter pratiquement fermé en permanence qui ne s'ouvre que par intermittence lors de la digestion fig.1[15]

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

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

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

Ces deux phénomènes aboutissent à la formation du chyme[16].

1-1-1- Structure générale de l'estomac [17] :

La paroi de l'estomac comprend quatre couches :

- Une couche interne muqueuse qui a un rôle de sécrétion
- La sous-muqueuse formée d'une lame de tissu conjonctif très irriguée en profondeur, et les fibres longitudinales en superficie,
- La musculuse formée de fibres longitudinales, circulaires et obliques assurant le brassage et le cheminement du bol alimentaire ; elle est plus développée vers l'antre.
- La couche externe ou séreuse est une mince couche de péritoine, membrane qui tapisse la paroi interne de la cavité abdominale et pelvienne, et les organes contenus dans cette cavité[17].

1-1-2-Vascularisation de l'estomac [17] :

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

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

Ces deux dernières forment le cercle artériel de la grande courbure.

Les veines de l'estomac :

- La veine coronaire stomacale, la veine pylorique, les veines gastro-épiploïques droite et gauche se drainent dans le système de la veine porte.

Dans la région de l'œsophage, les veines gastriques s'anastomosent avec les veines œsophagiennes.

1-1-3 Innervation de l'estomac [17] :

L'estomac reçoit une innervation sympathique et para sympathique.

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

Les deux pneumogastriques traversent le médiastin postérieur au contact de l'œsophage et forment véritable plexus.

De ce plexus naît le pneumogastrique antérieur ou nerf gastro hépatique et le pneumogastrique postérieur ou nerf pneumogastrique abdominal.

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

Le pneumogastrique abdominal donne le nerf postérieur de la petite courbure.

Les nerfs de la petite courbure innervent le pylore et l'antrum gastrique. Ils augmentent le péristaltisme, ouvrent le sphincter pylorique et entraînent la sécrétion acide par le corps de l'estomac.

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

Certaines fibres atteignent le pylore en suivant l'artère hépatique ou la gastro-épiploïque.

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

Ces interventions s'appellent vagotomie sélective et hyper sélective.

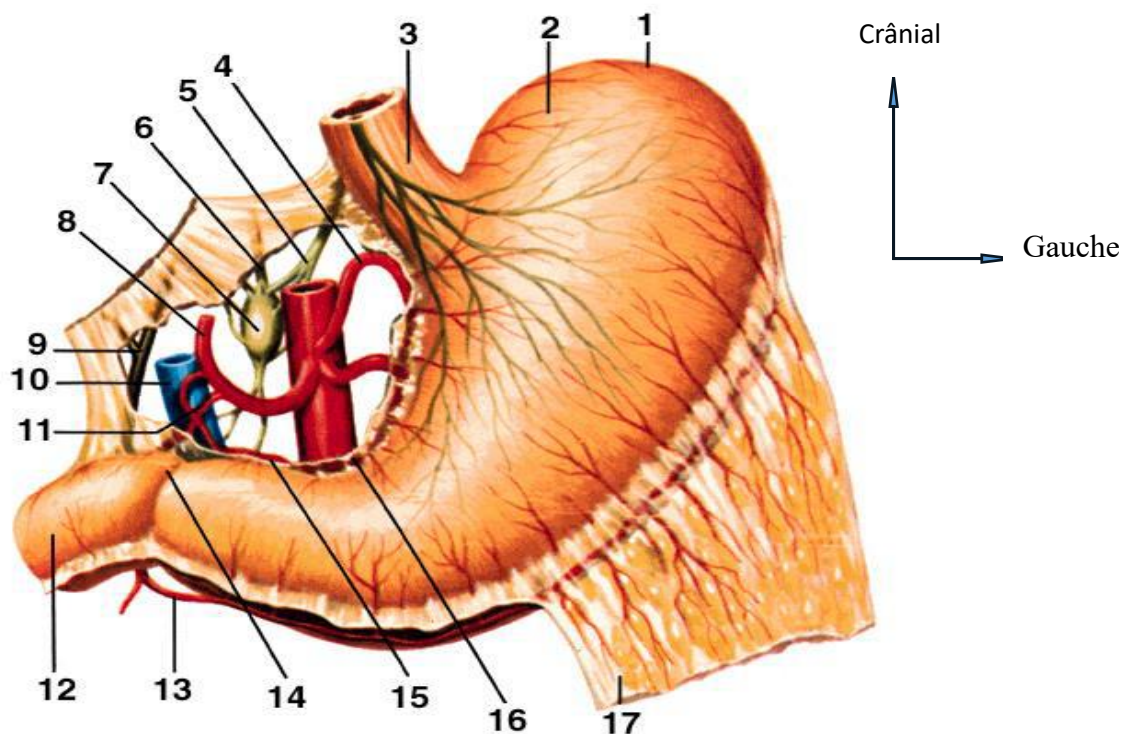


Figure 1 : Estomac et ses vaisseaux[18]

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1. pôle supérieur de la grande courbure | 2. Grosse tubérosité |
| 3. œsophage | 4. Artère coronaire stomachique |
| 5. nerf vague (X) | 6. Nerf splanchnique |

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| 7. plexus pré viscéral | 8. Artère hépatique propre |
| 9. canal hépatique | 10. Veine cave inférieure |
| 11. artère pancréatico-duodénale | 12. Duodénum |
| 13. artère gastro-épiploïque droite | 14. Pylore |
| 15. artère gastrique droite | 16. Aorte abdominale |

1-2 –Le duodénum [17] :

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

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

Il comprend :

- 1er duodénum : horizontal du pylore au genou supérieur, sa portion initiale ampullaire est appelée bulbe : partie mobile, puis se pariétalise et se termine en dessinant l'angle supérieur ;
- 2ème duodénum : vertical, du genou supérieur au genou inférieur, c'est le duodénum pré-rénal. Seuls ses 2/3 supérieurs présentent les glandes de Brunner spécifiques du duodénum ;
- 3ème duodénum : horizontale ;
- 4ème duodénum : ascendant jusqu'à l'angle duodénojéjunal.

Au niveau du duodénum se terminent les voies excrétrices du foie (cholédoque) et du pancréas (canal pancréatique)[17].

Comme l'estomac, il comprend 4 tuniques :

- La séreuse
- La musculieuse
- La sous-muqueuse
- La muqueuse

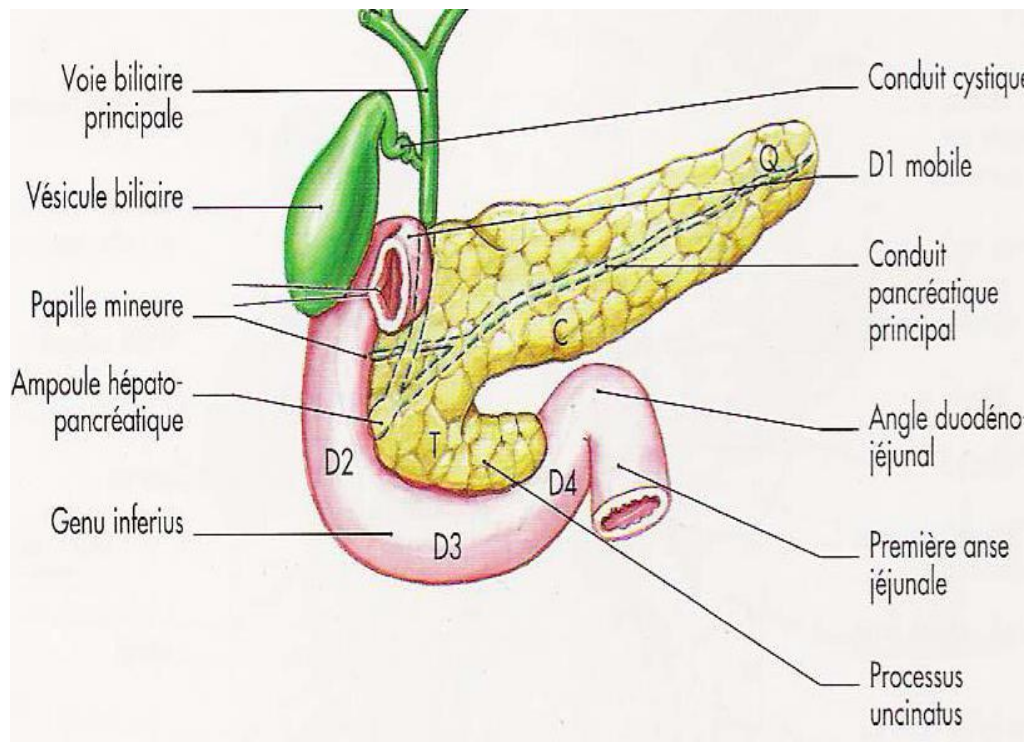
1-2-1-Vascularisation du duodénum [17] :

Elle se fait par :

- L'artère pancréatico-duodénale supérieur,
- L'artère pancréatico-duodénale inférieure.

Le duodénum est à cheval sur les territoires vasculaires du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique supérieure. Ces 2 artères importantes s'anastomosent au niveau de la partie moyenne du 2ème duodénum.

La dernière branche de l'axe cœliaque est la pancréatico-duodénale supérieure, et la première branche de la mésentérique supérieure est la pancréatico-duodénale inférieure.



D1 : Partie crânial du duodénum T : Tête du pancréas

D2 : Partie descendante C : Corps du pancréas

D3 : Partie horizontale Q : Queue du pancréas

D4 : Partie ascendante jusqu'à l'angle duodéno-jéjunale

Figure 2 : Cadre duodénal selon J M CHEVALIER[19]

2- Physiopathologie de la maladie ulcéreuse[20]

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

2-1- Agression chlorhydrique :

2-1-1- La pepsine :

Elle est sécrétée sous forme de précurseurs : les pepsinogènes.

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

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

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

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

L'hypersécrétion chlorhydropeptique peut avoir plusieurs origines possibles :

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

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

2-2- La défense muqueuse :

2-2-1- La barrière muqueuse :

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

- La 1ère ligne de défense est la couche de mucus riche en bicarbonates.

Cette couche se présente sous forme d'un gel de consistance viscoélastique, composée de glycoprotéines disposées en réseau et constituées de quatre (4) sous unités unies entre elles à leur axe protéique par des ponts disulfures ; elles contiennent également des phospholipides qui confèrent au gel des propriétés hydrophobes.

Les anomalies structurelles et des altérations fonctionnelles du mucus de l'estomac ont été mises en évidence dans la maladie ulcéreuse : La couche de gel est fragmentée, hétérogène, opaque par endroits.

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

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

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

- L'épithélium forme la 2ème ligne de défense.

Les cellules qui le constituent sécrètent des glycoprotéines, des lipides et des bicarbonates. Elles sont aussi capables de se débarrasser des ions qui pénètrent dans leur cytoplasme selon deux (2) modalités : elles les tamponnent par des ions HCO_3 provenant des espaces interstitiels de la lamina propria et entrent dans la cellule en échange d'ions Cl^- ; alternativement elles expulsent les ions dans les espaces interstitiels grâce à l'intervention d'une $Na^+ K^+ ATPase$ située à leur pôle basal.

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

2-2-2- La réparation :

La survenue d'un ulcère résulte également d'un défaut dans le processus de réparation.

Les mécanismes régulateurs de ce phénomène de réparation sont mal connus.

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

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

2-3- Facteurs favorisants :

2-3-1- Helicobacter pylori :

Prix Nobel de médecine 2005 a été remis à deux Australiens Barry Marshall et Robin Warren codécouvreurs en 1982 d'une bactérie à gram négatif : Helicobacter Pylori.

L'infection à l'helicobacter pylori (HP) est contractée durant l'enfance, elle est associée aux conditions d'hygiène défavorables et à un niveau socioéconomique faible.

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

Sa présence est toujours associée à des lésions épithéliales et à des lésions de gastrite chronique. La présence de polynucléaires neutrophiles (PNN) signe le caractère actif de la gastrite. La gastrite antrale chronique non auto immune (TYPE B) avec présence d'HP s'observe chez plus de 90% des ulcéreux duodénaux et chez

environ 70% des ulcéreux gastriques avec facteur prédominant : l'altération de la muqueuse gastrique.

L'agression chlorhydro-peptique est la principale responsable cause des ulcères duodénaux. L'ulcère duodénale se situe le plus souvent au sein d'une zone de métaplasie gastrique du bulbe et HP se trouve dans ce foyer métaplasique. L'hyperacidité serait à l'origine de la métaplasie gastrique du duodénum, qui serait alors colonisé par HP provenant de l'antre.

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

2-3-2- Hypersécrétion acide :

Le syndrome de Zollinger – Ellison : forme rare, mais grave de la maladie ulcéreuse qui est lié à une tumeur endocrine duodéno-pancréatique entraînant une hypersécrétion de gastrine ; démontre qu'une hypersécrétion acide peut à elle seule provoquer un ulcère.

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

2-3-3- Troubles de la motricité :

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

2-3-4- Facteurs génétiques :

Les facteurs génétiques prédisposant de l'hôte semblent jouer un rôle important : ainsi les apparentés des patients ayant un adénocarcinome gastrique développent plus souvent une gastrite chronique atrophique multifocale avec métaplasie intestinale.

Dans les familles comptant de nombreux ulcéreux duodénaux, la particularité la plus souvent observée est une augmentation du taux sérique de pepsinogène I, caractère apparemment transmis selon le mode autosomique dominant.

On distingue deux sous-groupes d'ulcères duodénaux :

L'un constitué de patients avec antécédents familiaux, à début précoce de la maladie et sécrétion acide augmentée ; l'autre constitué de patients du groupe sanguin O (30%), sans antécédents familiaux, à début tardif et à sécrétion acide normale.

Certaines familles d'ulcéreux gastrique présentent une concentration élevée de pepsinogène II dans le sérum.

2-3-5- Facteurs médicamenteux :

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

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

- **Les anti – inflammatoires (AINS)**

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

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

La voie parentérale, en particulier pour les corticoïdes semble moins agressive pour la muqueuse gastro-duodénale.

2-3-6- Facteurs environnementaux :

- **Le Tabac :**

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

Le tabagisme augmente la sécrétion acide.

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

- **Le régime alimentaire :**

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

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

2-3-7- Facteurs psychologiques :

Les facteurs psychologiques influencent le cours de la maladie :

Changement de travail, ennuis financiers, ou autres. Le rôle de l'anxiété, d'émotions réprimées entraînant une hypersécrétion acide est probable.

Cependant il n'a pu être démontré que les facteurs précédents retrouvés avant les poussées puissent être à l'origine de la maladie ulcéreuse elle-même.

Le stress n'est un facteur reconnu que dans le cadre de l'hospitalisation en réanimation notamment en cas de poly traumatisme.

3- Pathogénie des perforations d'ulcère gastro – duodéal :

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

3-1- Les perforations médicamenteuses :

Les perforations par nécrose sont plus rares que celles par ulcération.

Les anti – inflammatoires stéroïdiens, le chlorure de potassium déterminerait cette lésion.

En effet, l'attaque de la cuticule protectrice de comprimé de chlorure de potassium en particulier, par le suc gastrique permet la libération rapide de potassium et son absorption localisée sur un court segment de l'estomac.

La forte concentration du potassium dans les veines intestinales déterminerait un spasme ou une atonie avec stase, œdème et infarctissement pouvant conduire à l'ulcération, et enfin à la perforation[21].

3-2- Sur organe malade :

Les perforations d'ulcère gastro – duodéal peuvent être provoquées par :

- Une endoscopie (fibroscopie oeso-gastro-duodénal)
- Une tentative de dilatation au niveau de l'œsophage,

Le plus souvent, elles sont spontanées.

Dans ces derniers cas, les lésions sont de trois stades :

- **Première lésion :**

Congestion, gêne de la circulation veineuse de retour donnant une couleur rouge à la lésion.

La suffusion sanguine sous-séreuse, hypersécrétion liquidienne entraînant l'œdème et la distension. Cette lésion est réversible ;

- **Deuxième lésion :**

L'ischémie puis interruption de la circulation artérielle donnent une couleur noire à la lésion. La muqueuse et la musculature sont intéressées par cette lésion et prépare la perforation ;

- **Troisième lésion :**

Gangrène et perforation[22].

4- Rappel clinique des perforations d'ulcère gastro – duodéal [23] :

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

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

4-1- Type de description :

Perforation d'ulcère gastro – duodéal en péritoine libre.

4-1-1- Signes fonctionnels :

- La douleur est le signe essentiel ; d'une extraordinaire violence, c'est véritablement le << coup de poignard >> épigastrique qui surprend brutalement le malade et l'oblige à se plier en deux. Elle est persistante, constante et s'atténue que tardivement, pouvant faire croire à une rémission ;
- Les vomissements alimentaires, puis bilieux sont très inconstants ;
- L'hémorragie digestive l'est plus encore ;
- Arrêt des matières et des gaz peut être observé.

4-1-2- Signes généraux :

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

4-1-3- Signes physiques :

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

- **Toucher rectal** : il réveille souvent la douleur au niveau du cul-de sac de douglas.

Abdomen sans préparation [24,25]:

- Face debout centré sur les coupes diaphragmatiques ;
- Face couché ;
- Profil couché.

Retrouve : le pneumopéritoine :

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

Sur le profil couché : clarté gazeuse sous pariétale :

- épanchement intra péritonéal : grisaille diffuse,
- iléus réflexe : distension gazeuse du grêle et du côlon avec niveaux hydroaériques.

Echographie abdominale[24,26]:

Peut confirmer le diagnostic d'épanchement péritonéal.

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

Le scanner : [24,26]

Montre une bulle gazeuse extra digestive dans la région pré pédiculaire hépatique, dans la région du ligament rond, à condition d'utiliser un fenêtrage adéquat. L'épanchement intra péritonéal prédomine à l'étage sus mésentérique.

Ces anomalies peuvent être rattachées à une perforation d'ulcère, si l'on retrouve un épaississement, un hématome pariétal, ou si la graisse péritonéale en périphérie apparaît infiltrée.

4-1-5- Examens préopératoires :

NFS, groupe-rhésus, ionogramme sanguin, urée, glycémie, créatininémie, crase sanguine, ECG.

4-2-Formes chimiques :

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

Il y'a des cas où les signes principaux se trouvent dans la fosse iliaque droite, simulant une appendicite aiguë :

- d'autres évoluant en deux temps, séparés par une période d'accalmie plus ou moins longue ;
- certaines sont moins violentes et guérissent spontanément : ce sont les perforations qui sont spontanément couvertes par un organe voisin (foie, vésicule, épiploon) ;
- certaines encore peuvent évoluer progressivement vers la constitution d'une collection suppurée ;
- enfin, une hémorragie digestive peut accompagner ou précéder une perforation assombrissant notablement le pronostic.

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

4-3- Diagnostic :

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

- Il faut d'abord, reconnaître la péritonite qu'affirment aisément la douleur brutale et la contracture abdominale.
- Rattacher cette péritonite aigue à une perforation d'ulcère est facile.

Dans les cas ou manquaient les antécédents ulcéreux, l'hésitation est permise avec la péritonite appendiculaire, la plus fréquente après la péritonite par perforation ulcéreuse et également avec des péritonites de causes rares, telles que la péritonite par perforation d'un diverticule de Meckel, d'un ulcère colique. Dans ces cas il convient avant tout de poser l'indication opératoire, à la laparotomie d'apporter les précisions.

4-4- Traitement :

4-4-1- Le but :

- Assurer une correction des troubles hydro-électriques
- Lever le foyer de contamination par le traitement de la péritonite traiter la perforation
- Traiter la maladie ulcéreuse.

4-4-2- Les moyens :

Sont médicaux et chirurgicaux

4-4-2-1- Moyens médicaux :

➤ La réanimation :

C'est le premier temps essentiel. Elle associe :

- La ré équilibration hydroélectrolytique par une voie veineuse,
- Sonde naso-gastrique pour une aspiration douce et continue,

- Sonde urinaire pour une surveillance de la diurèse.

- **Antibiothérapie précoce,**

- Active sur les germes aérobies et anaérobies,

- Adaptée aux germes retrouvés dans les différents prélèvements (plus péritonéal).

- **Traitement de la maladie ulcéreuse :** par les antis H2 ou les IPP.

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

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

4-4-2-2- Traitement chirurgical :

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

La perforation peut être évidente si elle est antérieure ; dans d'autres cas, elle est masquée par l'épiploon, ou postérieure et demande d'être recherchée avec soins.

Il faut encore en évaluer le diamètre qui va de celui de lentille à celui d'un poids de terre, et apprécier l'état de la paroi gastrique ou duodénale à sa péritonite, puis procéder à un prélèvement (biopsie) si perforation gastrique.

Ceci étant le chirurgien se décidera :

Soit pour une obturation simple de la perforation par suture,

Soit pour une intervention majeure : la gastrectomie large telle qu'on la pratique « à froid » pour les ulcères compliqués.

4-4-3- Indication :

4-4-3-1- Traitement médical seul :

Il s'applique aux perforations d'ulcère gastro-duodéal répondant aux critères de Taylor :

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

4-4-3-2- Traitement chirurgical :

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

4-5- Résultats et pronostic :

Le pronostic dépend avant tout du délai de l'intervention. Vues tôt, les péritonites par perforation d'ulcère gastro-duodéal guérissent presque toutes, mais passé les six premières heures la morbi mortalité augmente.

METHODOLOGIE

IV- Méthodologie

1- Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive à collecte des données rétrospective et prospective qui a duré deux ans (du 1er Mai 2023 au 30 Avril 2024) : phase rétrospective, (du 1er Mai 2024 au 30 Avril 2025) : phase prospective.

2-Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du CSREF CI du district de Bamako.

2.1-Situation géographique :

Le CSREF CI est Situé à Korofina-Nord près de la mairie de la commune I.

Dans l'enceinte de cet établissement, le service de chirurgie est situé à deux niveaux :

Le bureau des chirurgiens, la salle de soins, les salles d'hospitalisations situées dans le bloc d'hospitalisation à l'angle sud-est du centre.

La petite chirurgie à l'entrée du centre au sud.

2.2-Les locaux :

Le service de la chirurgie générale dispose d'une salle d'hospitalisation commune d'une capacité totale de 8 lits et d'une salle VIP disposant de 2 lits.

- Quatre bureaux des chirurgiens
- Un bureau pour les internes
- Une salle de soins
- Une salle de permanence (petite chirurgie)
- Le bloc opératoire situé au côté nord du centre en face du service de gynécologie, comprend deux salles d'opération (une salle septique et une

salle aseptique), une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil ou d'attente et deux bureaux pour les anesthésistes.

Le bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du CSREF

2.3-Les personnels :

A- Le personnel permanent comprend :

- **Quatre Chirurgiens** dont deux chirurgiens généralistes, un chirurgien urologue et une chirurgienne maxillo-faciale ;
- Un assistant médical major du bloc ;
- Deux techniciens supérieurs en santé (respectivement major en hospitalisation et un au bloc), quatre techniciens de santé, deux aides-soignantes ;
- Six techniciens de surface ou manœuvres.

B- Le personnel non permanent comprends :

Les médecins, les thésards, les étudiants en stages de la FMOS, de l'I.N.F.S.S, de l'E.S.B., etc.

2.4-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.

Les staffs se tiennent les vendredis.

Les thésards sont répartis de telle sorte qu'ils font la rotation entre le bloc opératoire, la consultation externe et l'hospitalisation.

3-La population d'étude :

Elle était constituée de tous les patients admis et opérés dans le service.

3.1-Echantillonnage :

On a procédé au regroupement exhaustif de tous les cas de péritonite par perforation gastrique et/ou duodénale qui répondaient aux critères d'inclusion

3.2-Les critères d'inclusions et de non inclusions

➤ Critères d'inclusion :

- Tous les patients présentant une perforation gastrique et/ou duodénale confirmée à l'exploration chirurgicale pendant notre période d'étude ont été inclus dans l'étude.

➤ Critères de non inclusion :

- Les cas de refus du patient de participer à l'étude,
- Les dossiers inexploitable

4-Les variables de l'échantillon :

Nous avons étudié les variables suivantes :

- Les variables sociodémographiques : âge, sexe, profession, résidence, nationalité, ethnie.
- Les aspects cliniques : signes généraux, signes fonctionnels, signes physiques.
- Les aspects paracliniques : échographie, A S P, bilan biologique.
- Le traitement : traitement médical, type d'anesthésie, traitement chirurgical,
- L'aspect pronostique : suites opératoires.

5-Collecte des données :

5.1-Supports et sources

Les données étaient notées sur une fiche d'enquête sous forme de variables quantitatives ou qualitatives.

Les sources étaient : les registres de consultation, de compte rendu opératoire, de protocoles des anesthésistes, d'hospitalisation et le résultat de l'examen anatomopathologique.

5.2-Procédure de collecte

Les différentes variables ont été réparties en cinq chapitres comme suit :

- Données socio-démographiques
- Signes cliniques
- Signes para cliniques
- Données thérapeutiques
- Suivi post opératoire (Nos malades ont été suivis à partir des appels téléphoniques, des rendez-vous de suivi post opératoire).

6-Définitions opérationnelles

Pression artérielle normale : PAS comprise dans l'intervalle 10 à 140 mm hg

PAD comprise dans l'intervalle 06 à 9 mm hg

Hypertension : PAS supérieure à 140 mm hg

PAD supérieure à 90 mm hg

Hypotension : PAS inférieure à 100 mm hg

PAD inférieure à 60 mm hg

Fréquence cardiaque normale est comprise entre : 60 à 100 battements par minute

Tachycardie : FC est supérieure à 100 battements par minute

Bradycardie : FC est inférieure à 60 battements par minute

La température corporelle normale est comprise entre : 36,8 et 37,5

Hyperthermie : $T > 38,2$

Hypothermie : $T < 35,6$

La fréquence respiratoire normale est comprise entre : 12 à 20 cycles par minute

Polypnée : FR > 20 cycles par minute

Les bruits hydro-aériques normaux dans l'abdomen sont compris entre : 5 à 35 souffles par minute.

BHA augmentées est supérieure à 35 souffles par minute

BHA diminuées est inférieure à 5 souffles par minute[27].

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

Tableau I : Score de Mannheim Peritonitis Index (MPI)[28]

MANNHEIM PERITONITIS INDEX (MPI)	
Age > 50 ans	5
Sexe féminin	5
Défaillance viscérale*	7
Cancer	4
Délai opératoire > 24 h	4
Origine non colique	4
Péritonite généralisée	6
Epanchement citrin	0
Epanchement trouble ou purulent	6
Péritonite stercorale	12
* Insuffisance rénale, respiratoire, état de choc, occlusion vraie	
<i>Wacha et al Theor Surg 1987</i>	

Interprétation : score minimal = 0 ; score maximal = 53

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

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

NB : les défaillances viscérales

- ❖ Rénale : Créatinine > 177 μ mol/l, Urée > 16.7 mmol/l, Oligurie < 20 ml/h
- ❖ Respiratoire : PaO₂ < 500 mm Hg, PaCO₂ > 500 mm Hg
- ❖ Choc hypo ou hyperdynamique selon la définition de Shoemaker
- ❖ Obstruction intestinale : Paralysie > 24h ou Iléus complet

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

-Classification de Clavien-Dindo [29]

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

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

Grade III : Traitement chirurgical, endoscopique ou radiologique

III a sous Anesthésie Locale

IIIb sous Anesthésie Générale

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

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

IVb : défaillance multi organes

Grade V : patient décédé

7-Saisie et analyse des données :

Nos données ont été recueillies sur une fiche d'enquête, saisies et analysées à l'aide du logiciel IBM SPSS version 25 et les résultats finaux ont été rédigés sur office Word 2016 de Windows10.

Le test statistique utilisé a été le test de Chi2.

Une valeur de $P < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

8-Aspect éthiques :

Le respect de l'éthique et de la déontologie médicale faisait partie intégrante de la présente étude et nous nous sommes consacrés au respect des aspects suivants :

- L'autorisation des responsables du centre de santé de référence de la commune 1,
- Le consentement individuel des personnes au moment de l'enquête,
- L'anonymat et la confidentialité des patients.

RESULTATS

IV-Résultats

1-Epidemiologie

Fréquence hospitalière

Durant notre période d'étude allant du 1^{er} Mai 2023 au 30 Avril 2025, nous avons colligé 31 dossiers de malades pour perforation gastrique et /ou duodénale qui représentaient :

- 31/19944 consultations : 0,16%
- 31/571 hospitalisations : 5,43%
- 31/386 urgences abdominales : 8,03%
- 31/112 péritonites : 27,68%
- 31/1321 interventions : 2,35%

- Le plus grand taux d'admission a été enregistré à la deuxième phase de notre enquête du 1er Mai 2024 au 30 Avril 2025, soit 54,8% des cas, représentant 17/31 personnes.

2-Données Socio-démographiques :

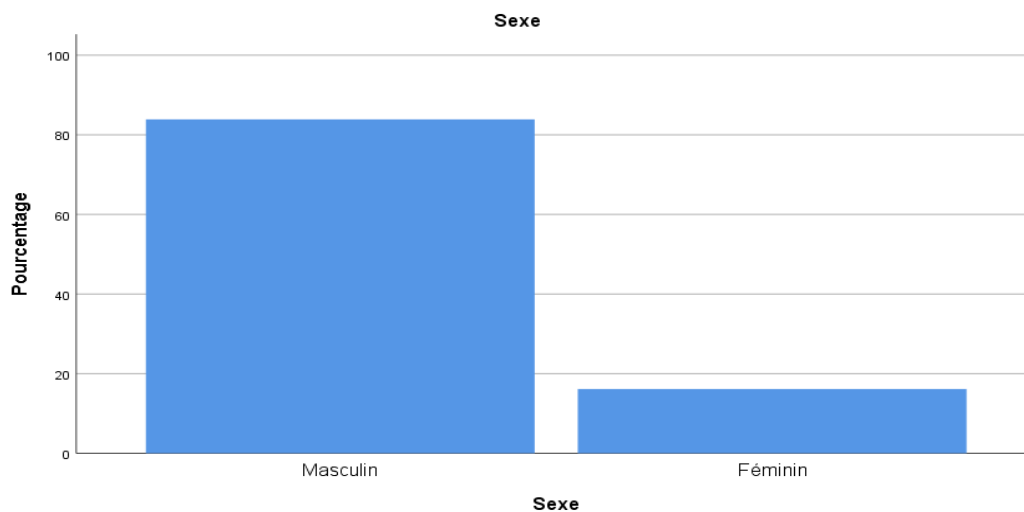


Figure 3: Répartition des patients en fonction du sexe

Le sexe masculin était le plus représenté soit 83,9% avec un sex-ratio de 5,2 en faveur des hommes.

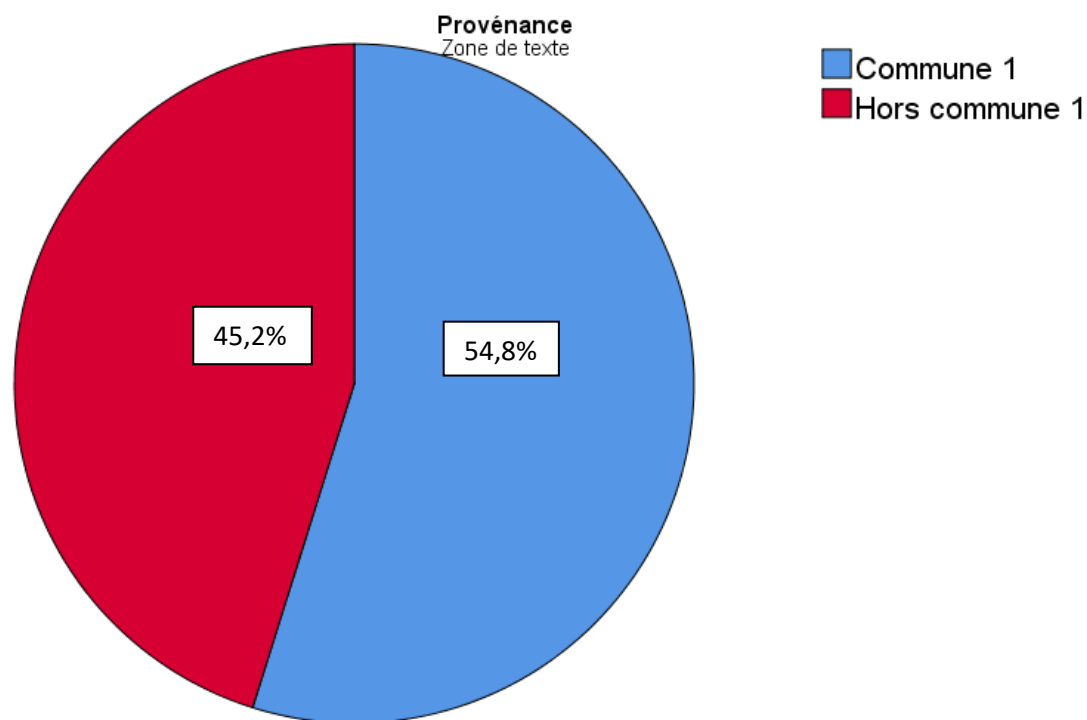


Figure 4: Représentation des patients selon la provenance

La plupart de nos patients résidait en commune I, soit 54,8%.

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

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
11 à 20 ans	6	19,4
21 à 30 ans	14	45,2
31 à 40 ans	3	9,7
41 à 50 ans	3	9,7
51 à 60 ans	2	6,5
60 ans et +	3	9,7
Total	31	100,0

La tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 21-30 avec 45,2% des cas.

Les âges extrêmes étaient 11 et 79 ans.

La moyenne d'âge était 32,8 ans avec un écart type de 16,1.

Tableau III : Répartition des patients selon la Profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Tailleur	1	3,2
Cultivateur	2	6,5
Menuisier	1	3,2
Etudiant	3	9,7
Elève	5	16,1
Commerce	6	19,4
Ouvrier	8	25,8
Animateur	1	3,2
Enseignant	1	3,2
Retraité	1	3,2
Ménagère	1	3,2
Promoteur	1	3,2
d'école	31	100,0
Total		

Les ouvriers représentaient 25,8% de nos patients.

Tableau IV : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	16	51,6
Soninké	5	16,1
Peulh	5	16,1
Senoufo	1	3,2
Dogon	1	3,2
Bobo	1	3,2
Malinké	2	6,5
Total	31	100,0

L'ethnie Bambara était majoritaire avec 51,6% des cas.

Tableau V : Répartition des patients en fonction de l'agent de la référence

Adressé par	Fréquence	Pourcentage
Médecin généraliste	20	64,5
Médecin spécialiste	1	3,2
Etudiant	1	3,2
Indéterminée	1	3,2
Venu de lui-même	8	25,8
Total	31	100,0

Les médecins généralistes ont référé 64,5% de nos patients.

Tableau VI : Répartition des patients en fonction du motif de consultation

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Douleur abdominale	31	100
Vomissement	7	22,6
Arrêt des matières et des gaz	1	3,2
Arrêt des matières et des gaz + vomissement	1	3,2
Fièvre + Diarrhée	1	3,2
Fièvre + Vomissement	3	9,7
Météorisme abdominale + Vomissement	1	3,2
Arrêt des matières et des gaz +Fièvre + vomissement	1	3,2

La douleur abdominale était présente chez tous nos patients.

La majorité de nos patients a été admise en urgence, soit 71% des cas.

Tableau VII : Répartition des patients selon la circonstance de survenue de la douleur

Circonstance de survenue de la douleur	Fréquence	Pourcentage
Spontanée	14	45,2
Prise d'AINS	9	29
Intermittente	8	25,8
Total	31	100,0

La survenue spontanée de la douleur était majoritaire avec 45,2% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon la durée d'évolution de la douleur

Durée d'évolution de la douleur	Fréquence	Pourcentage
Un jour	4	12,9
Deux jours	4	12,9
Trois jours	8	25,8
Quatre jours	3	9,7
Cinq jours	9	29
Six jours et plus	3	9,7
Total	31	100,0

La douleur évoluait pendant cinq jours dans 29% des cas, avec une durée moyenne d'évolution de 3,6 jours et un écart type de 1,6 jours.

Les extrêmes étaient un jour et douze jours.

Tableau IX : Répartition des patients selon le siège de la douleur

Siège	Fréquence	Pourcentage
Douleur abdominale diffuse	19	61,3
Hypogastre	2	6,5
Fosse iliaque droite	2	6,5
Péri-ombilicale	3	9,7
Epigastre	5	16,1
Total	31	100,0

La douleur était diffuse dans toute l'abdomen dans 61,3%.

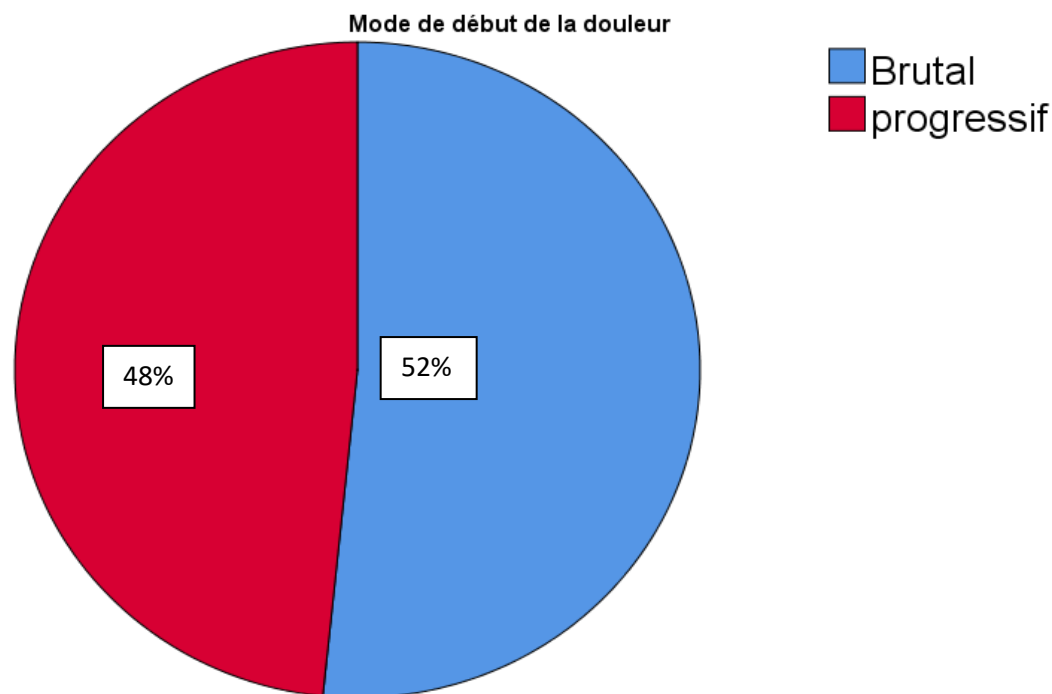


Figure 5 : Répartition des patients selon le mode de début ou d'installation de la douleur

Le début de la douleur était brutal dans 52% des cas.

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

Type	Fréquence	Pourcentage
Brûlure	10	32,3
Coup de poignard	9	29,0
Pesanteur	3	9,7
Crampe	2	6,5
Piqûre	7	22,6
Total	31	100,0

La brûlure était le type de douleur le plus représenté avec 32,3%.

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

Intensité	Fréquence	Pourcentage
Douleur modérée	16	51,6
Douleur intense	13	41,9
Douleur très intense	2	6,5
Total	31	100,0

L'intensité de la douleur était modérée dans 51,6% des cas.

Tableau XII : Répartition des patients selon le facteur déclenchant

Facteurs déclenchant	Fréquence	Pourcentage
Absent	22	71,0
Effort	4	12,9
Repas	1	3,2
Faim	2	6,5
Indéterminé	2	6,5
Total	31	100,0

Il n'y avait pas de facteur déclenchant dans 71% des cas.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le facteur d'accalmie

Facteurs d'accalmie	Fréquence	Pourcentage
Médicaments (antalgique)	17	54,8
Ingestion d'aliments	1	3,2
Indéterminé	1	3,2
Position antalgique	1	3,2
Médicaments et position antalgique	1	3,2
Sans facteur d'accalmie	10	32,3
Total	31	100,0

La prise d’antalgiques calmait la douleur dans 54,8⁰% des cas.

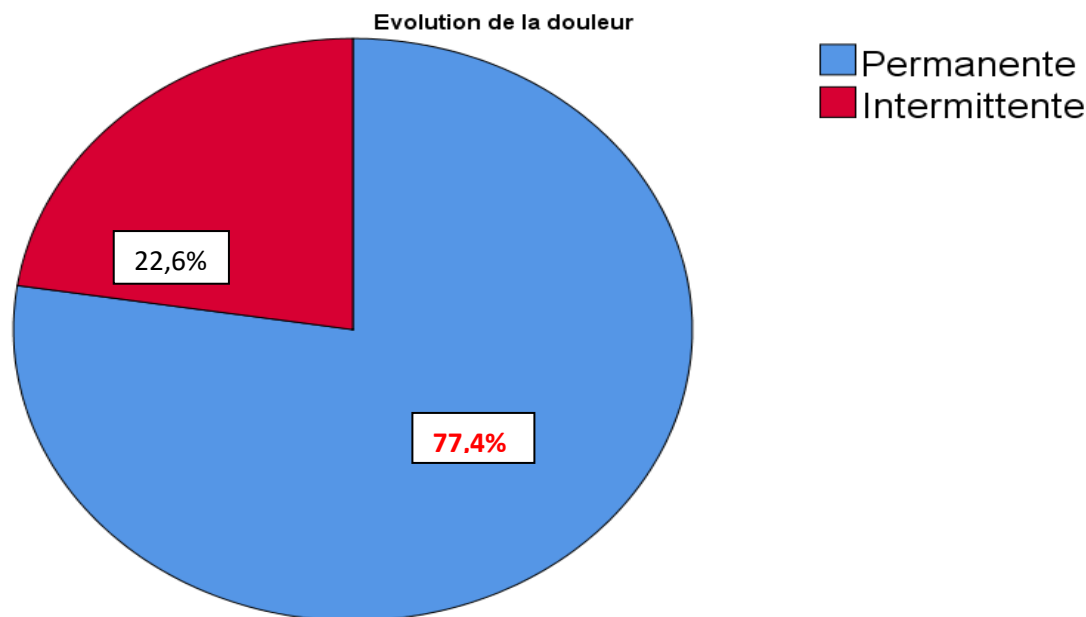


Figure 6 : Répartition des patients selon l'évolution de la douleur

La douleur était permanente dans 77,4⁰% des cas.

Tableau XIV : Répartition des patients selon les signes digestifs associés

Signes digestifs	Fréquence	Pourcentage
Pas de signe digestif	9	29,1
Nausées + Vomissements	16	51,6
Diarrhée	1	3,2
Arrêt des matières et des gaz	1	3,2
Vomissement + arrêt de matière et de gaz	4	12,9
Total	31	100,0

Le vomissement était présent dans 64,5% des cas.

Tableau XV : Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux

Antécédents Médicaux	Fréquence	Pourcentage
Drépanocytose	1	12,5
Gastrite	1	12,5
UGD	6	75
Total	8	100,0

L'UGD Représentait 75% des antécédents médicaux.

Tableau XVI : Répartition des patients selon les antécédents personnels chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Fréquence	Pourcentage
Hernie inguinale bilatérale	2	6,5
Césarienne	1	3,2
Extraction dentaire	1	3,2
Sans ATCD	27	87,1
Total	31	100,0

La majorité de nos patients n'avait pas d'antécédents chirurgicaux, et représentait 87,1% des cas.

Quatre patients avaient des antécédents chirurgicaux, chez qui la hernie inguinale bilatérale était majoritaire, soit 50% des cas.

Tableau XVII : Répartition des patients selon les antécédents familiaux médicaux

Antécédents	Fréquence	Pourcentage
HTA	3	9,7
Asthme	1	3,2
Sans ATCD	27	87,1
Total	31	100,0

La majorité de nos patients n'avait pas d'antécédent médical, soit 87,1% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le traitement reçu avant l'hospitalisation

Traitement avant l'hospitalisation	Fréquence	Pourcentage
Moderne	15	48,4
Traditionnel	2	6,5
Automédication	5	16,1
Moderne + Traditionnel	1	3,2
Moderne + Automédication	4	12,9
Traditionnel + Automédication	2	6,5
Moderne + Traditionnel + Automédication	2	6,5
Total	31	100,0

Le traitement moderne était majoritaire, soit 71% des cas.

Tableau XIX : Répartition des patients selon le mode de vie

Mode de vie	Fréquence	Pourcentage
Thé	6	19,3
Thé + Tabac	2	6,5
Thé + AINS	2	6,5
Thé + Café	5	16,1
Thé + Tabac + Café	4	12,9
Thé + Alcool + Café	1	3,2
Café	1	3,2
Prise d'AINS	8	25,8
Thé + Tabac + Alcool + Café	2	6,5
Total	31	100,0

La prise d'AINS était majoritaire avec 32,3% des cas.

Les signes généraux :

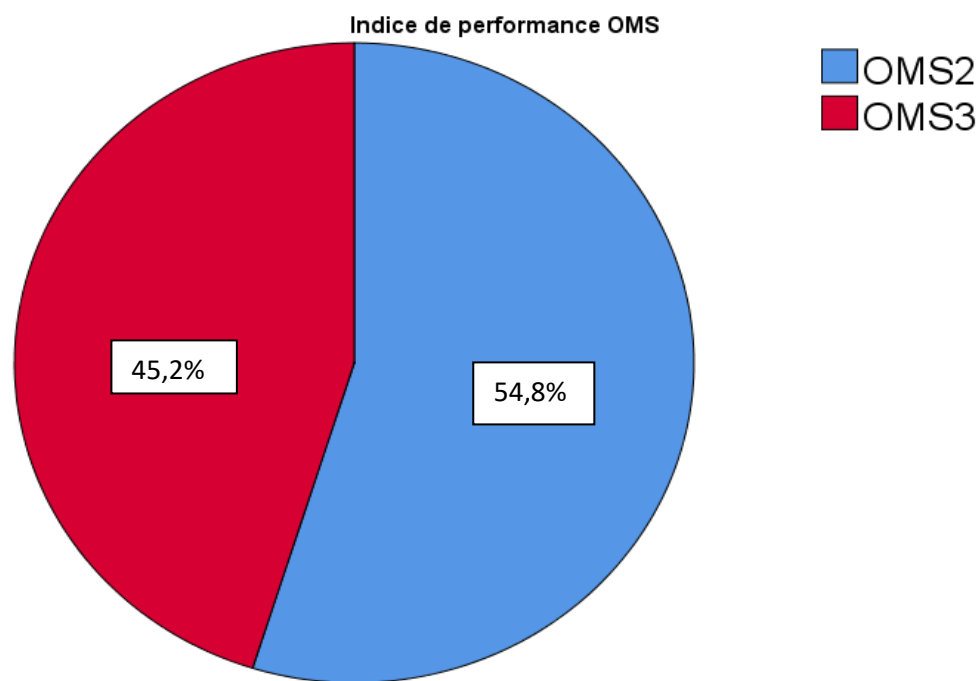


Figure 7 : Répartition des patients en fonction de l'indice de performance OMS

La majorité de nos patients était OMS2, soit 54,8% des cas.

Tableau XX : Répartition des patients en fonction des signes généraux

Signes généraux	Fréquence	Pourcentage
Pression artérielle augmentée	2	6,5
Fièvre	14	45,2%
Tachycardie	15	48,4
Polypnée	1	3,2
Pâleur conjonctival	3	9,7

La pression artérielle était élevée dans 6,5% des cas.

La fièvre était présente chez 45,2% des patients.

La fréquence cardiaque était élevée dans 48,4% des cas.

La fréquence respiratoire était augmentée dans 3,2% des cas.

Les conjonctifs étaient pâles dans 9,7% des cas.

Tableau XXI : Répartition des patients en fonction du Faciès

Faciès	Fréquence	Pourcentage
Normal	6	19,3
Péritonéal	23	74,2
Indéterminé	2	6,5
Total	31	100,0

Le faciès péritonéal était majoritaire dans 74,2% des cas.

Tableau XXII : Répartition des patients en fonction des plis cutanés

Plis cutanés	Fréquence	Pourcentage
Plis de déshydratation	14	45,2
Plis de dénutrition	1	3,2
Pas de plis	16	51,6
Total	31	100,0

Il n'y avait pas de plis dans 51,6% des cas.

Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction de l'aspect de la langue

Aspect	Fréquence	Pourcentage
Humide	16	51,6
Sèche	4	12,9
Saburrale	10	32,3
Indéterminé	1	3,2
Total	31	100,0

La langue était humide dans la majorité des cas soit 51,6%.

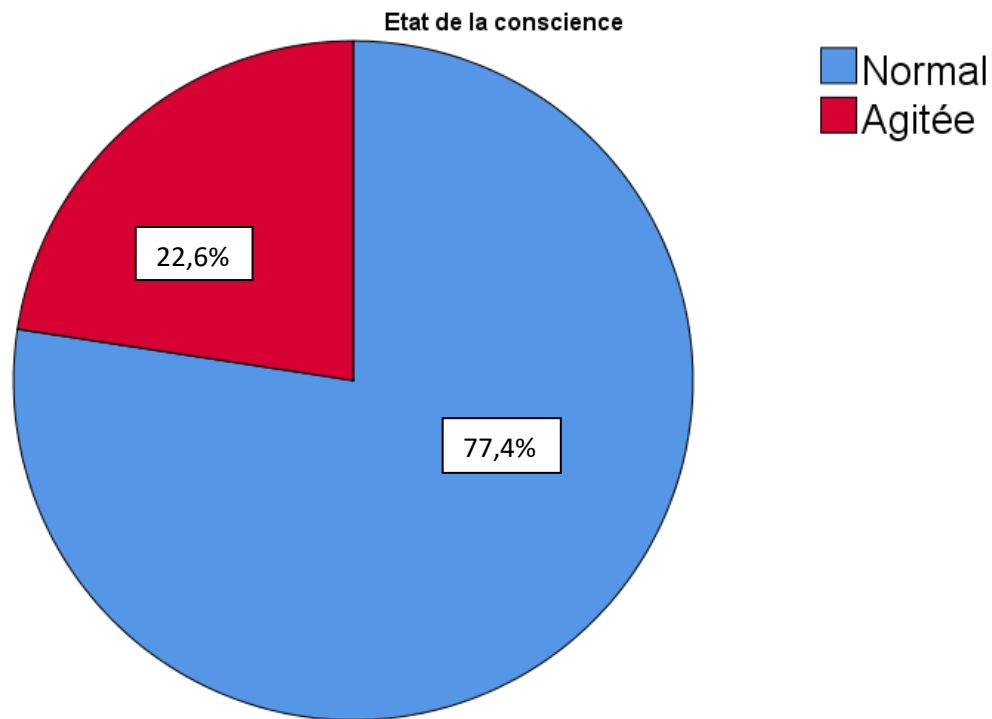


Figure 8: Répartition des patients en fonction de l'état de la conscience

La conscience était normale dans 77,4% des cas.

Les signes physiques au niveau de l'abdomen

Inspection :

Tableau XXIV : Répartition des patients selon l'aspect de l'abdomen

Aspect	Fréquence	Pourcentage
Abdomen respire bien	16	51,6
Ballonné	6	19,4
Respire mal	9	29
Total	31	100,0

L'abdomen avait un aspect normal dans 51,6% des cas.

Il n'y avait pas de circulation veineuse collatérales chez aucun de nos patients

Palpation :

Tableau XXV : Répartition des patients en fonction des signes trouvés lors de la palpation

Palpation	Fréquence	Pourcentage
Contracture abdominale	26	83,9
Défense abdominale	5	16,1
Le cri de l'ombilic	27	87,1
Masse abdominale	00	0
Adénopathie	00	00

La contracture abdominale était présente dans 83,9%,

La défense abdominale était présente dans 16,1%

Le cri de l'ombilic était présent dans 87,1% des cas.

Percussion :

Tableau XXVI : Répartition des patients en fonction des signes trouvés à la percussion

Percussion	Fréquence	Pourcentage
Matité pré-hépatique conservée	8	25,8
Matité pré-hépatique abolie	21	67,7
Indéterminée	1	3,2
Tympanisme	1	3,2
Total	31	100,0

La matité pré-hépatique était abolie dans 67,7%.

Auscultation :

Tableau XXVII : Répartition des patients en fonction des bruits intestinaux

Bruits intestinaux	Fréquence	Pourcentage
Bruits normaux	2	6,5
Bruits augmentées	1	3,2
Silence abdominal	19	61,3
Indéterminé	3	9,7
Bruits diminuées	6	19,4
Total	31	100,0

Le silence abdominal était majoritaire dans 61,3% des cas.

Toucher pelvien :

Tableau XXVIII : Répartition des patients en fonction des signes trouvés au toucher vaginal

Toucher vaginal	Fréquence	Pourcentage
Normal	2	6,5
Douglas bombé	2	6,5
Non	27	87
Total	31	100,0

Le toucher vaginal a été réalisé chez quatre patients, 50% avaient le douglas bombé et le toucher était normal dans 50% des cas.

Tableau XXIX : Répartition des patients en fonction du signe trouver au toucher rectal

Toucher rectal	Fréquence	Pourcentage
Normal	1	5
Douglas bombé	5	25
Cris du douglas	5	25
Douglas bombé + cris du douglas	9	45
Total	20	100,0

Le douglas bombé associé au cri de douglas était majoritaire, soit 45%.

Les examens complémentaires :

Tableau XXX : Répartition des patients en fonction du résultat de l'ASP

ASP	Fréquence	Pourcentage
Normal	2	18,2
Pneumopéritoine	2	18,2
Grisaille diffus	6	54,5
Niveau hydro-aérique	1	9,1
Total	11	100,0

La grisaille diffuse était majoritaire avec 54,5% des cas.

Tableau XXXI : Répartition des patients en fonction du résultat de l'échographie

Echographie	Fréquence	Pourcentage
Epanchement péritonéal	22	71
Syndrome occlusif	5	16,1
Non fait	4	12,9
Total	31	100,0

L'épanchement péritonéal était majoritaire avec 71% des cas.

La TDM n'a été donné à aucun des patients de notre étude.

Tableau XXXII : Répartition des patients en fonction du résultat du taux d'hémoglobine (THB)

THB	Fréquence	Pourcentage
Normal	25	80,6
Anémie	3	9,7
Hémoconcentration	3	9,7
Total	31	100,0

Le taux d'hémoglobine était normal chez la majorité de nos patients, soit 80,6% des cas.

NB : La NFS n'était pas disponible en urgence

La glycémie était normale chez tous nos patient

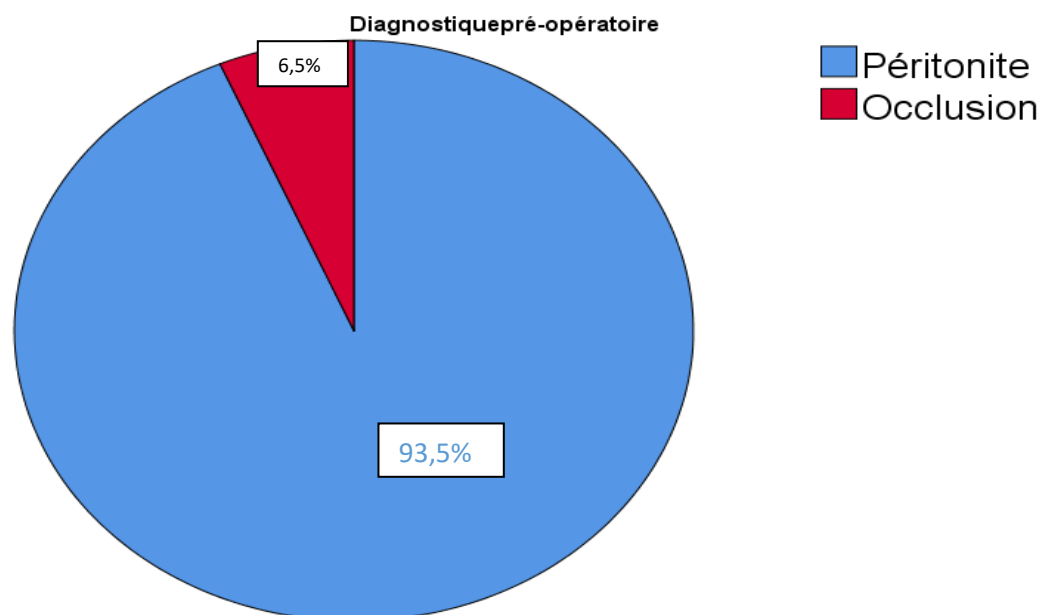


Figure 9 : Répartition des patients en fonction du diagnostic préopératoire

La péritonite représentait 93,5% des cas.

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le délai de la prise en charge

Délai de la prise en charge	Fréquence	Pourcentage
1 à 2h	4	12,9
2 à 4h	22	71,0
4 à 6h	4	12,9
6h et plus	1	3,2
Total	31	100,0

Le délai de la prise en charge 2 à 4h était majoritaire dans 71% des cas.

Tableau XXXIV : Répartition des patients en fonction du traitement reçu avant l'intervention

Traitement avant l'intervention	Fréquence	Pourcentage
Antalgique + Antiulcéreux + antibiotique + Sonde urinaire + Perfusion+ Transfusion	1	3,2
Antalgique + Antiulcéreux + Antibiotique + Sonde urinaire + Perfusion	2	6,5
Antalgique + Antibiotique + Sonde urinaire + Perfusion	28	90,3
Total	31	100,0

Le traitement Antalgique + Antibiotique + Sonde urinaire + Perfusion était le plus utilisé, soit 90,3% des cas.

L'anesthésie générale a été le seul type d'anesthésie réalisé chez nos patients.

Un patient a été transfusé avant l'intervention.

Tableau XXXV : Répartition des patients en fonction de l'aspect du liquide

Aspect du liquide	Fréquence	Pourcentage
Verdâtre	9	29,0
Jaune citrin	4	12,9
Purulente	4	12,9
Séro- hémétique	1	3,2
Trouble	13	42
Total	31	100,0

Le liquide avait un aspect trouble dans 42% des cas.

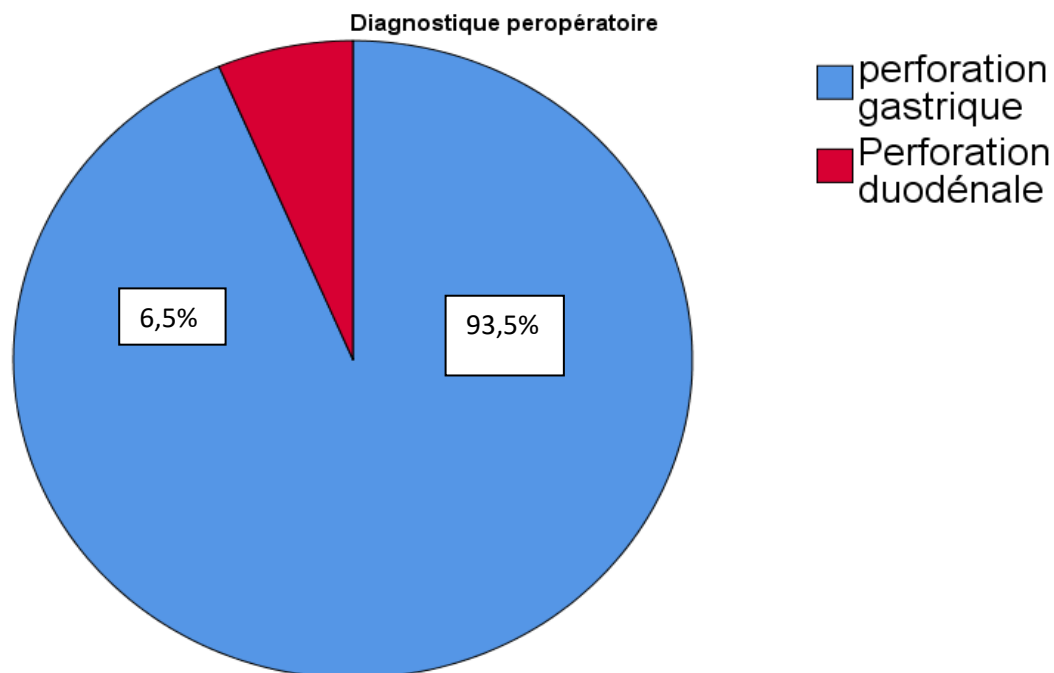


Figure 10 : Répartition des patients en fonction du diagnostic peropératoire

La perforation gastrique était majoritaire avec 93,5% des cas.

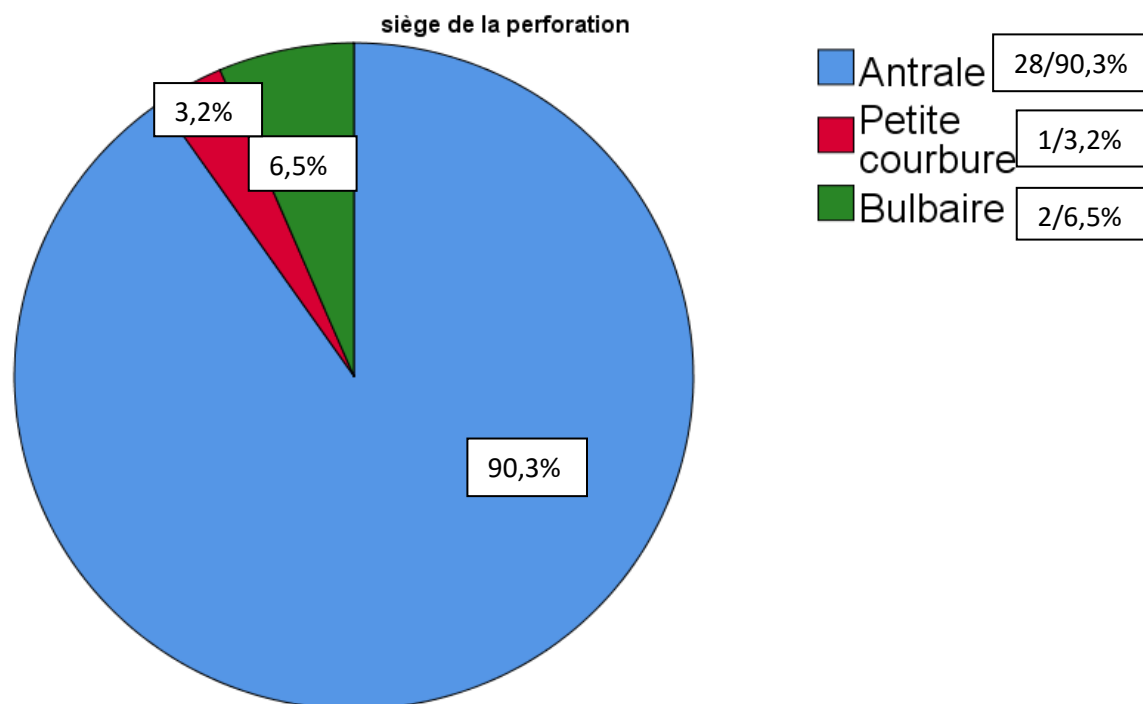


Figure 11: Répartition des patients selon le siège de la perforation

La perforation antrale était majoritaire, soit 90,3% des cas.

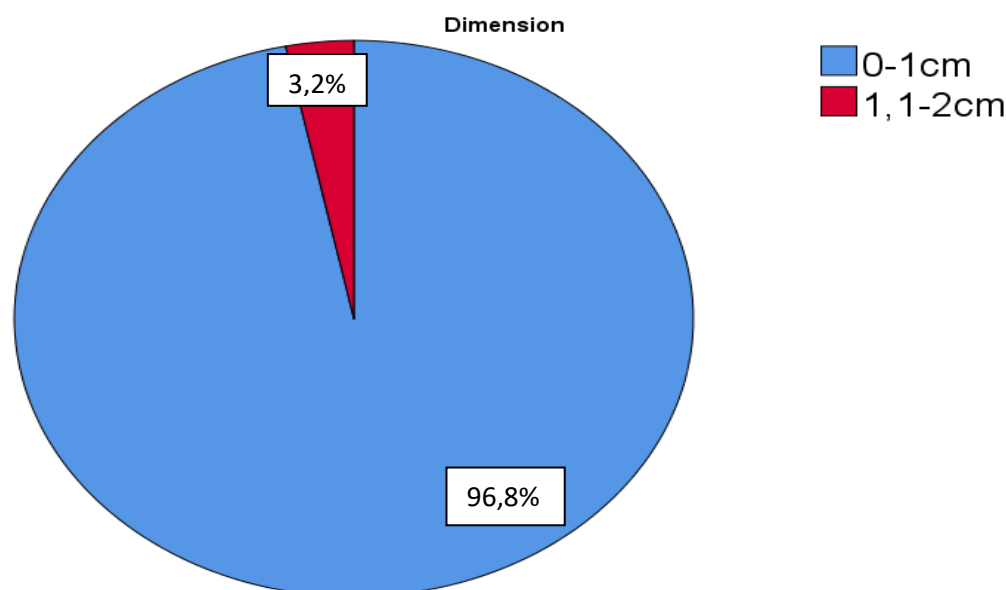


Figure 12 : Répartition des patients en fonction de la dimension de la perforation

La dimension de la perforation était comprise entre 0 et 1cm dans 96,8% des cas.

La perforation était unique chez tous nos patients.

Le score de Mannheim était inférieur à 26 chez tous nos patients, ce qui se traduit par une mortalité équivalente à 5,9%.

La technique chirurgicale la plus utilisée était Excision + Suture simple + omentoplastie, représentant 61,3% des cas.

L'excision + Suture simple a été la technique la moins utilisée, représentant 38,7%.

Tableau XXXVI : Répartition des patients en fonction des pathologies associées

Pathologie associée	Fréquence	Pourcentage
Appendicite	5	55,6
Hernie inguinale droite	1	11,1
Hernie inguinale gauche	1	11,1
Lâchage des fils d'hystérorraphie	1	11,1
Plaie ulcéreuse niveau du pied droit	1	11,1
Total	9	100,0

L'appendicite était majoritaire, soit 55,6% des cas.

Tableau XXXVII : Répartition des patients en fonction des Gestes associés

Geste associé	Fréquence	Pourcentage
Appendicectomie	5	71,4%
Nécrosectomie de la jambe + pansement	1	14,3
Nécrosectomie de l'utérus + ravivement + suture puis Appendicectomie	1	14,3
Total	7	100,0

L'Appendicectomie était le geste associé majoritairement avec 71,4% des cas.

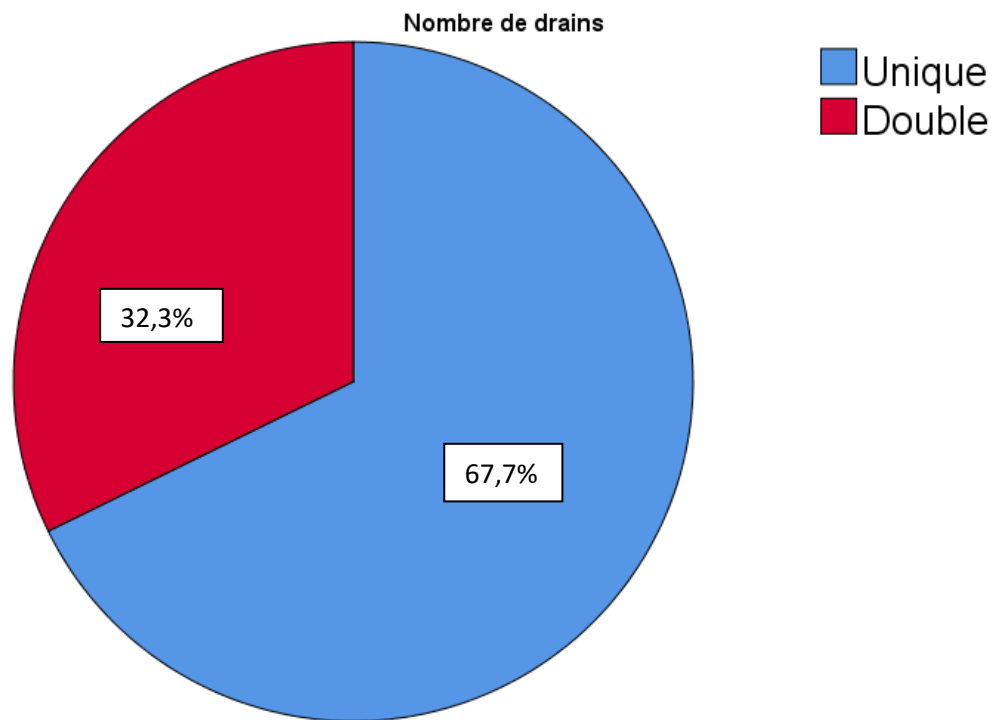


Figure 13: Répartition des patients selon le nombre de drain

Le drain était unique dans 67,7% des cas.

NB : Les drains uniques ont été placés dans le Douglas,

Les doubles drains ; l'un dans le douglas, le second en regard de la perforation.

Deux patients ont fait des arrêts cardiaques en per-opératoire, ils ont ensuite été réanimé et nous avons poursuivi l'opération.

Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation post opératoire

Durée	Fréquence	Pourcentage
Inférieure à 5 jours	2	6,4
5 à 6 jours	27	87,1
6 jours et plus	2	6,5
Total	31	100,0

La durée d'hospitalisation postopératoire 5 à 6 jours était la plus représentée avec 87,1% des cas.

Tableau XXXIX : Répartition des patients en fonction des suites opératoires précoce (1 à 30J)

Suites opératoires précoce (1 à 30J)	Fréquence	Pourcentage
Simple	29	93,5
Décédé à J1 post opératoire	1	3,2
Eviscération puis nécrose de la paroi	1	3,2
Total	31	100,0

Les Suites opératoires précoce (1 à 30J) étaient simples dans la majorité des cas, soit 93,5% des cas.

La majorité de nos patients venait sur rendez-vous au cours des pansements, soit 96,8% des cas.

Un patient est décédé à J1 post opératoire

Tableau XL : Répartition des patients en fonction du coût

Coût	Fréquence	Pourcentage
100000F à 150000F	1	3,2
200000F à 250000F	1	3,2
250000F à 300000F	27	87,1
300000F à 350000F	1	3,2
400000F et plus	1	3,2
Total	31	100,0

Le coût moyen de la prise en charge était **276052,42FCFA** ; avec un écart type de **55889,78FCFA**.

Les extrêmes étaient 128700 et 480600 **FCFA**.

Tableau XLI : Répartition des patients selon le mode de suivi (1 à 12mois)

Mode de suivi (1 à 12mois)	Fréquence	Pourcentage
Sur RDV	18	58,1
Sur convocation	11	35,5
Indéterminé	2	6,4
Total	31	100,0

Le suivi de la majorité de nos patients jusqu'à 1 an était sur rendez-vous, soit 58,1%.

Tableau XLII : Suites opératoires moyen terme (1 à 12mois)

Suites opératoires moyen terme (1 à 12mois)	Fréquence	Pourcentage
Retard de cicatrisation	1	3,2
Indéterminée	2	6,5
Simple	28	90,3
Total	31	100,0

Les suites opératoires à moyen terme (1 à 12mois) étaient simples chez 90,3% des cas.

La biopsie a pu être réalisée par 74,2% de nos patients.

Tableau XLIII : Répartition des patients selon le résultat de l'histologie

Résultat de l'histologie	Fréquence	Pourcentage
Processus inflammatoire	12	52,2
Ulcération gastrique	10	43,5
Ulcération duodénale	1	4,3
Total	23	100,0

L'histologie a permis de noter des processus inflammatoires dans 52,2% des cas.

A l'histologie, nous n'avons pas eu de cas de cancer.

Tableau XLIV : Répartition des patients selon le diagnostic étiologique

Diagnostic étiologique	Fréquence	Pourcentage
UGD	11	35,5
Indéterminé	8	25,8
AINS	12	38,7
Total	31	100,0

La prise d'AINS a été le diagnostic le plus représenté avec 38,7% des cas.

Tableau XLV : Siège de la perforation/Sexe

Siege de la Perforation Sexe	Antrale	Petite courbure	Bulbaire	Total
Masculin	23(88,4%)	1(3,9%)	2(7,7%)	26
Féminin	5(100%)	0	0	5(100%)
Total	28(90,3%)	1(3,2%)	2(6,5%)	31(100%)

Chez les patients de sexe masculin, la perforation était localisée majoritairement au niveau de l'antré, soit 88,4% des cas.

Chez les patients de sexe féminin, la perforation était localisée exclusivement au niveau de l'antré.

Tableau XLVI : Siege de la perforation /Diagnostic étiologique

Siege de la Perforation Diagnostic étiologique	Antrale	Petite courbure	Bulbaire	Total
UGD	9(81,8%)	0	2(18,2%)	11(100%)
Indéterminé	7(87,5%)	1(12,5%)	0	8(100%)
AINS	12(100%)	0	0	12(100%)
Total	28(90,3%)	1(3,3%)	2(6,4%)	31(100%)

Au cours d'UGD évolutif, la perforation était localisée majoritairement au niveau de l'antré, soit 81,8% et elle était totalement localisée dans l'antré lors des prises d'AINS.

Commentaires et discussion

V-Commentaires et discussion

1-Méthodologie :

Nous avons mené une étude retro-prospective descriptive et analytique s'étendant sur deux ans portant sur tous les patients de tout âge opéré dans le service pour perforation gastrique pendant notre période d'étude.

NB : La phase rétrospective concerne la période allant du 1^{er} Mai 2023 au 30 Avril 2024

La phase prospective concerne la période allant du 1^{er} Mai 2024 au 30 Avril 2025

Notre étude a connu des avantages et rencontrée des difficultés.

Avantage :

La phase prospective nous a permis d'évaluer et de suivre nous-mêmes tous les patients admis pendant cette phase, d'élargir nos investigations et de recueillir des données avec très peu de biais donc plus fiables.

Difficultés :

La recherche et la collecte des données à partir de supports de données (registres de consultation, d'hospitalisation et de compte rendu opératoire et les dossiers des malades) ont souvent été difficiles pour le volet rétrospectif. Les renseignements recueillis ainsi à partir de ces sources de données ont souvent été insuffisants (dossiers incomplets : 2).

Le niveau socio-économique bas de bons nombres de nos patients, l'absence de service sociale et l'insuffisance du plateau technique ont entravé la réalisation de certains examens complémentaires notamment l'imagerie à cause des coupures d'électricités, certains examens biologiques : La NFS, la Créatininémie,

l'ionogramme sanguin qui n'étaient pas faisable en urgence et la difficulté d'accès à l'examen Anatomopathologique qui est essentiel pour identifier la cause.

Le non-respect des rendez-vous de certains patients au cours du suivi.

Tableau XLVII : Répartition des patients selon la fréquence de la perforation gastroduodénale et auteurs

Fréquence Auteurs	Fréquence	Effectif	Test statistique
Doumbia S et al. (2021) Mali [30]	27,7%	59/213	P=0,3628
Camara M et al. (2021) Guinée Conakry[7]	8,3%	30/363	P=0,0044
Vignon Kc et al. (2016) Benin[31]	29,1%	86/296	P=0,054
Notre étude Mali	27,7%	31/112	P=0,51

Nous avons enregistré une fréquence de 27,7% qui est statistiquement comparable aux études de Doumbia S et al (2021) Mali, de Vignon Kc et al (2016) Benin.

Ceci peut s'expliquer par le fait que nos populations ont le même mode de vie.

Notre fréquence est cependant différente du résultat de Camara M et al. [7] (2021) Guinée Conakry.

Cette différence peut s'expliquer par la taille de son effectif.

Tableau XLVIII : Age moyen et auteurs

Age moyen Auteurs	Age moyen (ans)	Effectif	Extrêmes
P. Cougard France 2000[32]	48	419	19-98
Sakhri Tunisie 2000[33]	35	110	16-87
M Coulibaly Mali 2017[34]	34,8	54	18-72
Notre étude Mali	32,81	112	11-79

L'âge moyenne des malades dans notre étude était 32,81 ans comparable à certaines études telles que celle de M Coulibaly (34,8)[34], et de Sakhri (35ans)[33].

Ceci confirme la thèse de la littérature selon laquelle « la perforation gastroduodénale survient chez le sujet jeune adulte » [35].

Cette moyenne est inférieure à celle de P. Cougard (48ans) en France[32].

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la population africaine est plus jeune que la population de l'Occident : l'espérance de vie était 84 ans en Italie en 2025 contre 60-62 ans au Mali.

Tableau XLIX : Auteurs et sexe

Sexe Auteurs	Masculin	Féminin	Total	Sexe ratio
P. Cougard France 2000[32]	300	119	419	2,5
B Alamowith France 2000[36]	31	8	39	3,9
A Siddeye[37] Mali 2005	109	11	120	9,9
M Coulibaly Mali 2017[34]	49	5	54	9,8
Notre étude Mali	27	5	112	5,2

Les perforations gastroduodénales concernaient essentiellement les hommes dans notre étude. Le même constat a été fait dans des études comme celle de P. Cougard France, de M Coulibaly Mali 2017, et de B Alamowith France 2000[32,34,36].

Cette prédominance pourrait s’expliquer par la consommation de tabac, le stress et la prise d’AINS chez les ouvriers[21].

La remarque se fait sur les chiffres des études dans les pays où les femmes fument ; le sex-ratio est bas dans ces pays (France)[32].

L’homme étant beaucoup confronté aux aléas de la vie quotidienne serait fortement exposé aux perforations gastroduodénales.

Selon SOULE J. C[39], cette prédominance s’expliquerait par la présence en quantité plus importante chez l’homme que chez la femme de cellules pariétales au niveau de l’estomac.

Ces cellules sécrètent la composante primaire qui a une concentration très élevée en acide chlorhydrique.

2- Etude clinique :

Les perforations gastroduodénales réalisent tôt ou tard une péritonite dont le tableau clinique est le plus souvent univoque

2-1. Signes fonctionnels

La douleur épigastrique : elle a été le premier symptôme et avait constitué l'un des trois éléments principaux du diagnostic de la perforation lorsqu'elle était associée à une contracture et à un antécédent d'épigastralgie.

Tableau L : Signes fonctionnels et Auteurs

Signes Fonctionnels Auteurs	Douleur abdominale	Vomissement	Arrêt des matières et des gaz
Sacko Mali 2019[40]	72%	11%	2%
D. Sylla [41] Mali 2021	90,5%	40,5%	7,1%
CAMARA M et al. [7]Guinée Conakry 2021	100%	93,3%	
Koné D Mali[9] 2024	100%	75,9%	8%
Notre étude	100%	35,5%	3,2%

La douleur abdominale était présente chez tous nos patients. Cet état de fait est semblable à celui de la littérature [42] et aux résultats trouvés par les auteurs

CAMARA M et al[7], Koné D , ceci pourrait s’expliquer par le contact du liquide digestif avec le péritoine.

Les perforations gastroduodénales entraînent un iléus paralytique, qui se manifeste par un syndrome occlusif (vomissements, arrêt des matières et des gaz...). Dans notre étude, la fréquence des vomissements était 35,5% qui est statistiquement superposable au résultat trouvé par l’étude de Sylla D [40] 40,5%, mais inférieure au résultat trouvé par Camara M et al [7] 93,3%.

Par ailleurs, nous avons trouvé 3,2% comme fréquence d’arrêt des matières et des gaz qui est statistiquement superposable au résultat trouvé dans l’étude de Sacko [40] 2%.

Tableau LI : Signes physiques et auteurs

Signes physiques Auteurs	Contracture	Disparition de la matité pré-hépatique
Yangni Angate, RCI, 2000 [46]	76%	90%
P. Cougard France 2000[32]	91,7%	-
Koriko F [47] Mali 2019	92,9%	70,4%
Koné D 2024[9]	86,8%	70,4%
Notre étude	96,8%	67,7%

Parmi les signes de péritonite généralisée, la valeur prédictive de la contracture abdominale était élevée ; elle réalise une rigidité « aspects en ventre de bois », associée à un ventre plat se défendant contre les mouvements respiratoires ; elle a été retrouvée chez 96,8% des cas dans notre étude, ceci est comparable au résultat trouvé par Koriko F Mali 2019 [47] (92,9%) , mais différent de celui de Yangni

Angate, RCI, 2000 [46] qui était de 76%. Ceci pourrait-être dû au taux élevé de perforations gastriques dans notre étude, d'autant plus que le liquide acide de l'estomac irrite beaucoup plus le péritoine que le liquide issu du duodénum[48].

- La disparition de la matité pré-hépatique était présente chez la plupart de nos patients, soit 67,7%, ce résultat est comparable à celui des autres auteurs Koriko F [47] Mali 2019 70,4%, Koné D 2024 [9] 70,4%.

Cette disparition de la matité pré-hépatique peut s'expliquer par la position du patient lors de l'examen physique avec présence de pneumopéritoine en sous diaphragmatique.

Tableau LII : Présence de pneumopéritoine à l'ASP et Auteurs

Auteurs	Effectifs	Pneumopéritoine	P
Koriko F [47] Mali 2019	54	77,2%	P<0,05
Sakhri Tunisie 2000[33]	110	62,5%	P=0,0001
M Coulibaly Mali 2017 [49]	54	77,2%	P<0,05
Notre étude	11	18,2%	P=0,102

Le pneumopéritoine est un signe capital dans les perforations digestives, dans notre étude, 11 patients ont réalisé l'ASP et le pneumopéritoine a été retrouvé chez 18,2% de nos patients, ce qui est statistiquement différent par rapport aux résultats des autres études, Koriko F [47] Mali (77,2%) et de Sakhri Tunisie 2000[33] 62,5%.

Toujours est-il dit que l'absence du pneumopéritoine n'empêche pas de poser le diagnostic de perforation digestive car cette absence pourrait s'expliquer par le fait que :

- l'organe creux soit vide de gaz,
- la perforation peut être aussitôt obstruée par une particule alimentaire ou par un viscère voisin ou encore par la fibrine,
- il peut y avoir une résorption rapide de gaz ou aspiration lors d'une ponction de l'abdomen[50].

Tableau LIII : Siège de la perforation et Auteurs

Siege Auteurs	Effectif	Gastrique	Duodénale
M. Coulibaly [49] Mali 2017	54	43(79,6%) P=0	11(20,4%) P=0
Sacko Mali 2019[40]	54	37(68,5%) P=0	17(31,5%) P=0
Periklis [51] Grèce 2016	198	71(35,9%) P=0,000	127(64,1%) P=0,000
Koné D Mali 2024 [9]	615	386(62,8%) P=0	229(37,2%) P=0
Notre étude	31	29(93,5%) P=0	2(6,5%) P=0,46

Dans notre étude, la perforation gastrique était plus fréquente que celle du duodénum avec une fréquence de 93,5%, cet état de fait a été observé dans d'autres études comme celles de M. Coulibaly [49] Mali 2017, de Sacko Mali 2019[40] et de Koné D Mali 2024 [9].

Cependant, nous avons observé que la perforation duodénale était plus fréquente dans l'étude de Periklis [51] Grèce 2016.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'ulcère duodénale étant plus fréquent dans la littérature que l'ulcère gastrique[52], les complications par perforation duodénale peuvent se présenter en plus grand nombre lorsque la prise en charge est mal ou non faite.

3-Traitement

3.1-Les perforations gastroduodénales

Tableau LIV: Technique opératoire et Auteurs

Auteurs	Effectif	Excision + Suture	Excision + Suture + Epiploplastie
Sacko [40]Mali 2019	54	17(31,5%) P<0,05	37(68,5%) P<0,05
Koriko F [47] 2019 Mali	507	98(80,7%) P<0,05	409(19,3%) P<0,05
B Alamowith France 2000[53]	39	6(15,4%) P<0,05	33(84,6%) P<0,05
Notre étude	31	12(38,7%) P<0,05	19(61,3%) P<0,05

L'excision + suture + épiploplastie a été la technique la plus utilisée dans notre étude avec 61,3% des cas, cet état de fait a été observé chez d'autres auteurs comme Sacko [40] avec 68,5% et B Alamowith [38] qui a obtenu 84,6%.

La large utilisation de cette méthode chirurgicale pourrait s'expliquer par les bons résultats qu'elle permet d'obtenir.

Par contre, la technique la plus utilisée par Koriko F [47] était l'excision + Suture simple avec 80,7% des cas , ceci pourrait s'expliquer par la présence majoritaire de perforation unique, ainsi qu'au choix du chirurgien.

Tableau LV : Morbidités et Auteurs

Morbidité Auteurs	Simple	Abcès de paroi	Occlusion	Eviscération
Koriko F. 2019 [47] N=507 n (%)	492(97,1%) P<0,0001	9(1,8%) P=0,0008	3(0,6%) P<0,0001	3(0,6%) P<0,0001
Y Angate, RCI, 2000[46] N=80	70(87,5%) P<0,0001	5(6,3%) P=0,61	4(5%) P=1	1(1,3%) P=0,19
Koné D Mali [9] 2024 N=615	594(96,6%) P<0,0001	15(2,4%) P<0,0048	3(0,5%) P<0,0001	3(0,5%) P<0,0001
Notre étude N= 31	29(93,5%) P=0	1(3,2%) P=0,54	0	1(3,2%) P=0,54

Les suites opératoires ont été simples dans 93,5% des cas dans notre étude, ce résultat est comparable aux données retrouvées par les autres auteurs Koriko F [47] 97,1%, Y Angate, RCI [46] 87,5% et Koné D Mali [9] 96,6% .

Ceci pourrait être dû aux multiples précautions prises avant, pendant et après l'opération, ainsi que lors des pansements pour éviter ou limiter les infections.

Un de nos patients a présenté des complications à type d'abcès de la paroi suivi d'éviscération puis de nécrose de la paroi.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il présentait un IMC bas (16,14kg/m²) l'exposant plus aux risques de complications.

Tableau LVI : Mortalité et Auteurs

Mortalité Auteurs	Effectif	Taux de mortalité	Test statistique
P. Cougard, France,2000[32]	419	6(1,4%)	P<0,05
Angate Y, RCI, 2000 [46]	80	6(7,5%)	P=0,41
Koné D 2024[9]	615	56(9,1%)	P<0,05
Notre étude	31	1(3,2%)	P=0,54

Dans notre étude, le taux de mortalité était 3,2%, ce qui est statistiquement superposable au résultat trouvé par l'étude de Angate Y, RCI, 2000 [46] mais différent des résultats trouvés par P.Cougard, France,2000[32] et par Koné D 2024 [9].

Conclusion

VI-CONCLUSION

La péritonite par perforation gastroduodénale est une cause fréquente de péritonite dans le centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

Elle est la deuxième cause de péritonite après la péritonite appendiculaire.

Les examens d'imageries notamment l'ASP et l'échographie ajoutés à la clinique permettent d'établir le diagnostic.

La principale cause reste dominée par les complications de l'ulcère gastroduodéal.

La chirurgie est le principal moyen thérapeutique ; mais elle doit être encadrée par une bonne réanimation.

Le pronostic dépend du délai de la prise en charge ainsi qu'aux pathologies associées.

RECOMMANDATIONS

VII-RECOMMANDATIONS

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

° Aux autorités sanitaires et politiques

- Sensibilisation de la population sur le danger de l'automédication, de la consommation du tabac, des AINS, de l'alcool et d'autres substances gastrotoxiques ;
- Encourager la formation des spécialistes en chirurgie viscérale et en réanimation ;
- Rendre plus performant le plateau technique pour une meilleure prise en charge des urgences abdominales ;
- La mise en place d'une sécurité sociale pour la prise en charge adéquat et rapide ;
- La mise en place des moyens logistiques pour la référence/évacuation ;
- Doter les hôpitaux de référence en moyens d'investigations performants et en médecins spécialistes ;
- Doter le CSREF CI d'une unité de réanimation ;
- L'encouragement des mutualités de santé.

°Aux personnels socio- sanitaires

- Respecter les principes de prescription des anti-inflammatoire non stéroïdiens
- La prise en charge correcte des cas d'ulcère gastro duodénal ;
- L'évacuation en temps réel des patients suspects de perforation d'UGD vers les structures appropriées, sans masquer le diagnostic par des prescriptions hasardeuses, qui sont souvent inutiles voire dangereuses ;
- La référence des cas d'UGD ayant résisté au traitement médical bien conduit.

°A la population

- Consulter le plus tôt possible dans les structures sanitaires devant toute douleur abdominale aigue ;
- Eviter l'automédication et la consommation de cigarette ;
- Améliorer l'hygiène individuelle et collective.

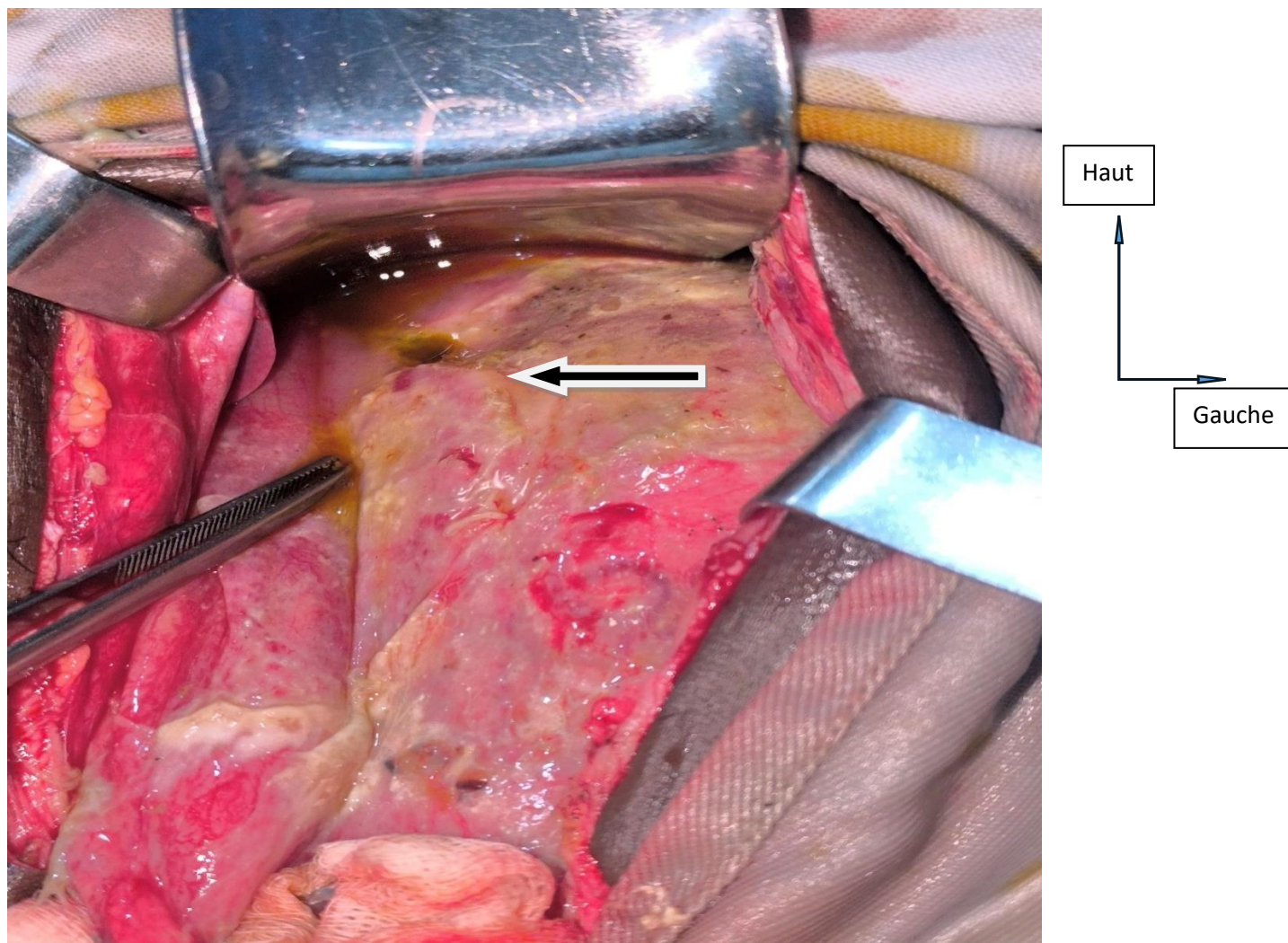


Figure 14 : Image d'une perforation gastrique en per-opératoire

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

-Références bibliographiques

1. Galtier-Boissière D. Larousse médical illustré. Librairie Larousse ; 1912.1396 p.
2. Larousse. Petit Larousse de la médecine [Internet]. Paris: Larousse; 1982
3. Cover TL, Blaser MJ. Helicobacter Pylori and Gastroduodenal Disease. Annual Review of Medicine. 1992; 43:135-45.
doi:10.1146/annurev.me.43.020192.001031
4. Hepato-pancreato-biliary and Transplant Surgeon: Prema Raj Jeyaraj | Singapore General Hospital
5. Roviello F, Rossi S, Marrelli D, Manzoni GD, Pedrazzani C, Morgagni P, et al. Perforated gastric carcinoma: a report of 10 cases and review of the literature. World Journal of Surgical Oncology. 30 mars 2006 ;4 :19. doi:10.1186/1477-7819-4-19 PubMed PMID : 16573818.
6. Rostom A. Étude méthodique des interventions pharmacologiques de prévention de l'ulcère gastroduodénal provoqué par un anti-inflammatoire non stéroïdien. Ottawa : Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé ; 2003.
7. Camara M, Camara T, Diakite A, Diawara Y, Togo AP. Péritonites par Perforation d'Ulcère Gastroduodénal dans le Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Régional de Kankan (Guinée). HEALTH SCIENCES AND DISEASE. 30 nov 2021;22(12). doi:10.5281/hsd. v22i12.3176
8. Jean-Luc K, Maurice Z, Souleymane O, Sanon O, Gustave SB. Les perforations gastroduodénales à propos de 25 cas au centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya au Burkina Faso/ Gastroduodenal perforations about 25 cases at the regional teaching hospital center of Ouahigouya in Burkina Faso.
9. Kone MD. PERITONITE PAR PERFORATION GASTRIQUE ET / OU DUODENALE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU CHU GABRIEL- TOURE.
10. Boey J, Wong J, Ong GB. A prospective study of operative risk factors in perforated duodenal ulcers. Ann Surg. mars 1982;195(3):265-9.
doi:10.1097/00000658-198203000-00004 PubMed PMID: 7059238; PubMed Central PMCID: PMC1352629.

11. Mondor, H. (1979) *Diagnostics Urgents Abdomen*. 9th Edition, Masson 1190, 24cm. - References - Scientific Research Publishing [Internet].
12. Demartines N, Rothenbühler JM, Chevalley JP, Harder F. [Emergency surgery of a case of perforated gastroduodenal ulcer]. *Helv Chir Acta*. mai 1992;58(6):783-7. PubMed PMID: 1644594.
13. Mouret P, François Y, Vignal J, Barth X, Lombard-Platet R. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer. *Br J Surg*. sept 1990;77(9):1006. doi:10.1002/bjs.1800770916 PubMed PMID: 2145052.
14. Wadaani HA. Emergent laparoscopy in treatment of perforated peptic ulcer: a local experience from a tertiary centre in Saudi Arabia. *World J Emerg Surg*. 8 mars 2013;8(1):10. doi:10.1186/1749-7922-8-10 PubMed PMID: 23497473; PubMed Central PMCID: PMC3614460.
15. Chevrel JP, Guéraud JP, Lévy JB, Dumas JL. *Anatomie générale: introduction à l'étude de l'anatomie* / J.-P. Chevrel, J.-P. Guéraud, J.-B. Lévy, [Internet]. Masson. Paris ; 2000 [cité 8 août 2026]. IX-207 p. ; ill. 25 cm. (Abrégés).
16. Hermann H, Cier JF. *Précis de physiologie... 2, Texte imprimé, Digestion, excrétion urinaire, physiologie générale du muscle, physiologie générale du nerf* / H. Hermann, et J.F. Cier, [Internet]. Masson. Paris, New York, Barcelone ; 1979 [cité 8 août 2026]. 400 p. ; Ill. ; 21 cm. (Précis de physiologie). D
17. *Anatomie générale - Joseph Gambarelli - Librairie Mollat Bordeaux* [Internet].
18. *Ross et Wilson : anatomie et physiologie normales et pathologiques - Anne Waugh - Librairie Mollat Bordeaux* [Internet].
19. MARC CHEVALIER [Internet]. [cité 8 août 2026]. Disponible sur:
20. Konate PA, Keita DS, Diakite DI, Kante DL, Diallo PG. Par : MR Hamadou Boubacar DIABY.
21. Masson Paris 1978, xxv 1520p: ill, Index 2cm,471-234. [Internet].
22. Lorand I, Molinier N, Sales JP, Douchez F, Gayral F. [Results of laparoscopic treatment of perforated ulcers]. *Chirurgie*. avr. 1999 ;124(2) :149-53. doi:10.1016/s0001-4001(99)80057-9 PubMed PMID : 10349751.
23. Kammoun MM, Karray R, Regaieg K, Bahloul M, Bouaziz M. Une cause exceptionnelle des péritonites : une perforation iléale par un corps étranger lors

- de la réduction d'une hernie inguinale. *Pan Afr Med J.* 18 sept 2018; 31:37. doi:10.11604/pamj.2018.31.37.11758 PubMed PMID: 30918563; PubMed Central PMCID: PMC6430839.
24. Taourel P. Perforation digestive non traumatique : interet et impact de la TDM pour donner le siege et la cause de la perforation. *Journal de Radiologie.* 1 oct 2005 ;86(10) :1236. doi:10.1016/S0221-0363(05)75129-5
25. Explorations radiologiques dans le diagnostic des péritonites aiguës. *Médecine et Maladies Infectieuses.* 1 déc 1995 ;25 :67-77. doi:10.1016/S0399-077X(05)80387-7
26. Masson E. EM-Consulte [Internet]. [cité 9 août 2026]. Digestif - Le scanner multi détecteurs améliore la détection des perforations d'ulcères gastro duodénaux.
27. Abid L, Zakhama L, Trabelsi R, Abdesslem S, Alouane L, Bezdah L, et al. Guide de Pratique Clinique. Prise en charge de l'hypertension artérielle chez l'adulte en Tunisie. *Tunis Med.* août 2021;99(08-09):767-846. PubMed PMID: null; PubMed Central PMCID: PMC9003593.
28. Troché G. Pronostic des péritonites. *Médecine et Maladies Infectieuses.* 1 déc 1995 ; Congrès National du BECAR "Les péritonites" : Mise au point médico-chirurgicale 25 :20-37. doi :10.1016/S0399-077X (05)80382-8
29. Idriss AM, Tfeil Y, Baba JS, Boukhary SM, Deddah MA. Applicabilité de la classification Clavien-Dindo dans l'évaluation des complications postopératoires dans la clinique chirurgicale du Centre Hospitalier National de Nouakchott : analyse observationnelle de 834 cas. *Pan Afr Med J.* 26 juill 2019; 33:254. doi:10.11604/pamj.2019.33.254.18024 PubMed PMID: 31692805; PubMed Central PMCID: PMC6814940.
30. Memoire DES Dr Souleymane DOUMBIA nume.pdf [Internet].
31. Kpossou AR, Vignon RK, Hadjete J, Sokpon CNM, Gnangnon FHR, Dossou S, et al. Cancers Colorectaux Dans Deux Etablissements Hospitaliers A Cotonou De 2013 A 2023 : Aspects Epidémiologiques, Diagnostiques, Therapeutiques Et Pronostiques. *Mali Med.* 15 oct 2025;40(3):1-8. doi:10.4314/mml.v40i3.1 PubMed PMID: null; PubMed Central PMCID: PMC12623583.
32. Masson E. EM-Consulte [Internet]. Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé. Résultats d'une étude rétrospective multicentrique.

33. Sakhri, J. (2000) Traitement des ulcères duodénaux perforés. La Tunisie Médicale, 78, 494-498. -
34. Sogoba G, Katile D, Sangaré S, Traoré LI, Diakité L, Cissé SM, et al. Présentation Clinique, Traitement et Évolution des Péritonites Aiguës Généralisées à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes au Mali.
35. Yangni-Angate Y, Cornet L, Kebe M, Le Guyader A, Khoury J, Kanga M. Perforation des ulcères gastro-duodénaux. A propos de 80 cas observés a Abidjan. Med Trop. Avr. 1980 ;40(2) :169-75.
36. Najih M, Esserghini M. Le traitement laparoscopique des ulcères gastroduodénaux perforés : à propos de 18 cas. Journal Marocain des Sciences Médicales. 2023 ;22(3). doi: 10.48401/IMIST.PRSM/jmsm-v22i3.28746
37. Sogoba G, Katile D, Sangaré S, Traoré LI, Diakité L, Cissé SM, et al. Présentation Clinique, Traitement et Évolution des Péritonites Aiguës Généralisées à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes au Mali.
38. Article_79.pdf [Internet]. [cité 29 août 2025].
39. Hagen SJ. Mucosal defense: gastroduodenal injury and repair mechanisms. Curr Opin Gastroenterol. 1 nov 2021;37(6):609-14. doi:10.1097/MOG.0000000000000775 PubMed PMID: 34475337; PubMed Central PMCID: PMC8511296.
40. Sacko O, Diallo S, Soumaré L, Camara M, Koumaré S, Sissoko M, et al. Perforations of Gastro-Duodenal Ulcers in the Surgery Department “A” at the University Hospital Point G Bamako. Surgical Science. 8 août 2019;10(8):265-70. doi:10.4236/ss.2019.108028
41. Sylla D. Perforations digestives traumatiques dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso. [Thesis] [Internet]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2021 [cité 9 août 2026].
42. Anatomie générale - Joseph Gambarelli - Librairie Mollat Bordeaux [Internet].
43. Réinterventions précoces en chirurgie viscérale : indications et résultats à l'hôpital régional de Kankan. ResearchGate. 29 sept 2025. doi:10.70065/24JA84.013L013012
44. Péritonites par Perforation d'Ulcère Gastroduodénal dans le Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Régional de Kankan (Guinée) |

45. Ulcère gastrique et duodéal. Gastrite | La Revue du Praticien [Internet].
46. Yangni Angaté A, Cornet L, Kebé M, Le Guyader A, Cowppli-Bony K, Khoury J, et al. [Perforated gastric and duodenal ulcers. A report on 80 cases treated in Abidjan (author's transl)]. *Chirurgie*. 1979 ;105(9):827-34. PubMed PMID : 231505.
47. Koriko F. Perforations gastroduodénales dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Toure [Thesis] [Internet]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2019.
48. Demartines N, Rothenbühler JM, Chevalley JP, Harder F. [Emergency surgery of a case of perforated gastroduodenal ulcer]. *Helv Chir Acta*. Mai 1992 ;58(6):783-7. PubMed PMID : 1644594.
49. Coulibaly M. Péritonite par perforation gastroduodénale au service de Chirurgie de l'Hôpital de Sikasso à propos de 54 cas ; 2017 - Recherche Google [Internet].
50. Rosset Wilson : Anatomie et Physiologie normales et pathologiques. Maloine. Traduit de la 9ème Edition anglaise, le système digestif, Péritonite : 284.28.
51. Karydakis P, Semenov D, Kyriakidis A, Osmanov Z, Perysinakis I, Did-Zurabova E, et al. Laparoscopic Management of Perforated Peptic Ulcer: Simple Closure or Something More? *Open Journal of Gastroenterology*. 1 janv 2016 ;06 :311-8. doi:10.4236/ojgas.2016.611034
52. La maladie ulcéreuse gastro-duodénale · devsante.org [Internet].
53. Slideshare [Internet]. [cité 9 août 2026]. PERITONITE THESE 05 m215.

ICONOGRAPHIE

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM et PRENOM : Sékou Traoré

ADRESSE : Sekoutraore434@gmail.com

PAYS D'ORIGINE : MALI

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

TITRE DE THESE : Péritonites par perforation gastriques et/ ou duodénales au CSREF CI de Bamako.

LIEU DE DEPÔT : Bibliothèque de la F.M.O.S.

ANNEE DE SOUTENANCE : 2026

Résumé :

L'étude s'est déroulée dans le service de chirurgie générale du CSREF CI de Bamako. Nous avons effectué ce travail dans le but de décrire les aspects épidémiologique et thérapeutiques des péritonites par perforation gastriques et/ ou duodénales au CSREF CI à travers une série de 31 patients.

OBJECTIFS :

Les objectifs de notre étude étaient de déterminer la fréquence des péritonites par perforation gastriques et/ ou duodénales au CSREF CI de Bamako ; identifier les facteurs favorisants ; décrire les aspects cliniques, para cliniques et thérapeutique ; décrire les suites opératoires ; évaluer le coût de la prise en charge ; analyser les résultats du traitement chirurgical.

METHODOLOGIE :

Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective descriptive de 2ans, couvrant la période du 1er Mai 2023 au 30 Avril 2024 pour la phase rétrospective et du 1er Mai 2024 au 30 Avril 2025 pour la phase prospective, porté sur 31 cas de péritonite par perforation gastrique ou duodénale.

Tous les patients de tous les âges admis et opérés dans le service pour péritonites par perforation gastriques et ou duodénales confirmée à la laparotomie.

RESULTATS :

Durant la période d'étude nous avons colligé 31 dossiers de malades pour perforations gastriques et /ou duodénales qui représente 27,68% des péritonites de toutes les étiologies confondues.

La tranche d'âge de 21-30 ans était la plus représentée soit 45,2% ; les âges extrêmes étaient de 11 et 79ans. La moyenne d'âge a été de 32,81ans avec un écart type de 16,13.

La prédominance masculine était nette (sex-ratio=5,2).

La majorité des malades, sont venus au CSREF CI dans l'intervalle 2 à 4jours d'évolution des symptômes soit 38,7%. Le principal facteur de risque a été la notion de prise d'AINS soit 43,4%. Les signes cliniques et para cliniques en faveur d'une perforation gastroduodénale ont été : La douleur abdominale (100%) ; la contracture abdominale (83,87%) ; le cri de l'ombilic (87,1%) ; une disparition de la matité pré hépatique (67,7%) ; une grisaille diffuse à l'ASP (54,5%).

L'**excision** + Suture + Omentoplastie a été la technique opératoire la plus utilisée (61,3%).

En post opératoire, 100% de nos patients ont reçu un traitement médical antiulcéreux.

Les suites opératoires ont été simples dans 93,5%. L'évolution est marquée par la suppuration pariétale profonde (3,23%).

Dans notre étude nous avons enregistré 1 décès ; la mortalité était de (3,23%).

Mots clés : Péritonite, perforation, gastrique, duodénum, ulcère, chirurgie.

- LES ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

1. Nom et Prénom

:/ _____/

2. Année d'admission : / ____/ ____/ ____/

3. Age du malade : / ____/

4. Sexe : / ____/

a=Masculin, b=Féminin

5. Provenance : / ____/

a=commune 1, b=hors commune 1

6. Nationalité : / ____/

a=Maliennne, b=Autres a préciser, c=Indéterminée

7. Ethnie : / ____/

a= bambara, b=malinké, c=Soninké, d=Peulh, e=Sonrhaï, f=Sénoufo, g=Dogon, h=bozo, I = indéterminée, i= Si autre à préciser :

/ _____/

8. Principale activité : / ____/

a= Menuisier, b=Tailleur, c=Ouvrier, d= Commerçant, d=étudiant, e=Paysan, f=Ménagère, g=élève, h=pêcheur, i=Indéterminée,

j= Si autre à préciser : / _____/

9. Mode de recrutement à l'hôpital : / ____/

a=Référence, b=venu d'eux mêmes, c=Adressé par un service de la structure, d=indéterminé.

10. Adressé par : / ____/

a=Aide-soignant, b=Infirmier, c=Médecin généraliste, d=Médecin spécialiste, e=Etudiant, f=Indéterminée, g= Si autre à préciser : / _____/

11. Date d'entrée : / ____ / ____ / ____ /

12. Motif de consultation : / ____ / ____ /

a=Douleur abdominale, b=Arrêt de matières et gaz, c=Hoquet, d=Météorisme abdominale, e=Vomissement, f=Fièvre, g=Diarrhée, h=Indéterminée, i=a+f, j=a+c, k=a+b, l=a+e,

m=Si autre à préciser : / _____ /

13. Circonstance de survenue : / ____ /

a=Spontané, b=UGD connu, c=prise d'AINS, d=Notion de traumatisme, e=Stress, f=Progressif,

g=Jeun, h=Si autre à préciser : / _____ /

14. Début de la symptomatologie : / ____ / (en jours)

15. Siège de la douleur : / ____ /

a=Epigastre, b=Hypogastre, c=Hypochondre droit, d=diffus, e=Péri ombilicale, f=Fosse iliaque

gauche, g=Fosse iliaque droite, h= Si autre à préciser: / _____ /

16. Mode de début de la douleur : / ____ /

a=brutal, b=progressif.

17. Type de la douleur : / ____ / a=brûlure, b=coup de poignard, c=torsion, d=écrasement, e=pesanteur, f=crampe, g=piqûre,

h=Si autre à préciser : / _____ /

18. Irradiation de la douleur : / ____ /

a=péri ombilicale, b=postérieur (dos), c=hypochondre droit, d=hypochondre gauche, e=flanc droit, f=flanc gauche, g=Si autre à préciser : / _____ /

19. Intensité de la douleur : / _____ /

EVA :

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Douleur	Absence	Légère	Modérée	Intense	Insupportable
Soulagement	Complet	Faible	Modérée	Important	Nul

EVA : échelle visuelle analogue

La note est comprise entre 0 à 10

Score :

0-2=douleur nulle,

3-4=douleur faible,

5-6=douleur modérée,

7-8=douleur intense,

9-10=douleur très intense,

20. Facteur déclenchant : / _____ /

a=non, b=effort, c=stress, d=repas, e=faim, f=indéterminé,

g= Si autre à préciser: / _____ /

21. Facteurs calmants : / _____ /

a=médicament, b=position antalgique, c=ingestion d'aliment, d=vomissements, e=indéterminé,

f= Si autre à préciser: / _____ /

22. Evolution de la douleur : / _____ /

a=permanente, b=intermittente, c=indéterminée.

23. Signes digestifs : / _____ /

a=pas de signe digestifs, b=nausée, c=vomissement, d=diarrhée, e=constipation,

f=hématémèse, g=méléna, h=arrêt des matières et des gaz, i=b+c, j=b+c+e,

k=Hoguet, l=indéterminée, m= Si autre à préciser: / _____ /

24. Signe urinaire : / _____ /

a=pas de signe urinaire, b=dysurie, c=hématurie, d=brûlure mictionnelle, e=pyurie, f=oligurie, g=indéterminé, h= Si autre à préciser : / _____ /

Antécédents

-Personnel

25. Médicaux : / _____ /

a=ulcère gastro duodénal, b=tumeur gastrique, c=gastrite, d= diabète, e=drépanocytose, f=HTA, g=Asthme, h=bilharziose, i=indéterminé, j= Si autre à préciser : / _____ /

26. Chirurgicaux : / _____ /

a=Oui, b=Non, c= Si Oui diagnostic:/ _____ /

27. Suite opératoires : / _____ /

a=simple, b=abcès de parois, c=indéterminé
d= Si autre à préciser : / _____ /

28. obstétrical:/ _____ /

a=Non, b=si oui à préciser, d=indéterminé

-Familiaux

29. Médicaux:/ _____ /

a=Si oui à préciser, b=Non, c=Indéterminé

30. Chirurgicaux:/ _____ /

a=Si oui à préciser, b=Non, c=Indéterminé

31. Mode de vie:/ _____ /

a=dermocorticoïde, b=prise AINS, c=tabac, d=alcool, e=café, f=thé, g=cola,
g= Si autre à préciser : / _____ /

Signes généraux

32. Indis de KARNOFSKY : / ____ /

A= < 60%, b= 60 - 70 %, c >70%

33. Température:/ ____ /

a=normal, b= hyperthermie, c= hypothermie

34. Tension artérielle:/ ____ / ____ / (mm Hg)

a=normale, b=TA augmentée, c=TA diminuée

35. Pouls:/ ____ / (pul/mn)

a=normal b=élevé c=diminué

36. Fréquence respiratoire:/ ____ / (cycles/mn)

a=normale, b=polypnée, c=bradypnée

37. Faciès:/ ____ /

a=normal, b=tiré, c=péritonéal, d=indéterminé,

e= Si autre à préciser:/ ____ /

38. Conjonctives:/ ____ /

a=colorées, b=pâleur, c=ictère, d=indéterminé,

e=Si autre à préciser:/ ____ /

39. Pli cutané:/ ____ /

a=plis de déshydratations, b=plis de dénutritions, c=indéterminé, d=pas de plis

e=Si autre à préciser:/ ____ /

40. Langue:/ ____ /

a=humide, b=sèche, c=saburrale, d=indéterminé, e= Si autre à

préciser:/ ____ /

41. Conscience:/ ____ /

a=normale, b=agitée, c=confus, d=coma, d=indéterminé,

e=Si autre à préciser:/ ____ /

42. Taille:/ _____/(cm)

43. Poids:/ _____/(kg)

44.IMC:/ _____/(kg/m²)

Examen physique

Inspection :

45. Présence de cicatrice abdominale:/ _____/

1= Oui 2=Non

SI OUI

a=épigastre, b=péri ombilicale, c=flan droit, d=flanc gauche, e= flanc droit, f=fosse iliaque droite, g=fosse iliaque gauche, h=hypochondre droit, i=hypochondre gauche, j=hypogastre

k= Si autre à préciser:/ _____/

46. Aspect de l'abdomen:/ _____/

a=plat, b=symétrique, c=ballonné, d=ne respire pas, e=sailie des muscles, f=a+b, g=a+e, h=indéterminé, i=respire mal, j= Si autre à préciser:/ _____/

47. Présence de circulation veineuse collatérale:/ _____/

a=Oui, b=Non,

Palpation de l'abdomen :

48. Défense:/ _____/

a=OUI, b=NON, c=indéterminée

49. Contracture:/ _____/

a= Oui, b=Non, c=indéterminée

Si OUI (caractériser la contracture)

50. Cris de l'ombilic:/ _____/

a=Oui, b=Non, c=indéterminé

51. Masse abdominale:/ ____/

a=Oui, b=Non, c=indéterminé

52. Douleur provoquée:/ ____/

a=Oui, b=Non, c=indéterminé

53. Orifices herniaires:/ ____/

a=libre, b=non libre, c=indéterminé

54. Adénopathie :/ ____/

a=Oui, b=Non

Si oui préciser la/ou les régions :/ _____/

55. Percussion : / ____/

a=matité pré hépatique conservée, b=matité pré-hépatique abolie, c=matité déclive, d=indéterminée e= Si autre à préciser :

/ _____/

Auscultation :

56. Bruits intestinaux : / ____/

a=normaux, b=augmentés, c=abolis, d=indéterminée,

e= Si autre à préciser : / _____/

Toucher pelvien :

57. Toucher vaginal : / ____/

a=normal, b=douleur latéro utérine, c=douglas bombé, d=douleur mobilisant l'utérus, e=masse latéro utérine, f=masse utérine, g=b+c, h=d+e, i=b+e

j=Si autre à préciser : / _____/

58. Toucher rectal : / ____/

a=normal, b=douleur à droite, c=douleur à gauche, d=douglas bombé, e=cri du douglas, f=b+d, g=c+d, h=d+e, i= Si autre à préciser :

/ _____/

Autres appareils

59. Cœur: / ____ /

a=bruits normaux, b=si bruits anormaux à préciser, c=indéterminé

60. Pouls périphériques: / ____ /

1=perçus, 2=non perçus, 3=indéterminé

Si non perçu, préciser la région

61. Appareil respiratoire: / ____ /

a=normal, b=si bruit anormal à préciser, c=indéterminée

Examens complémentaires avant l'opération :

62. ASP : / ____ /

a=normal, b=pneumopéritoine, c=grisaille diffuse, d=niveau hydroaérique, e=b+d, f=b+c+d,

g= Si autre à préciser : / _____ /

63. Echographie : / ____ /

a=normal, b=tumeur, c=épanchement péritonéal, d=indéterminée

e= Si autre à préciser : / _____ /

64. Radio thoraxique : / ____ /

a= normal, b=pneumothorax, c=opacité, d=épanchement pleural,

e= Si autre à préciser : / _____ /

65. TOGD : / ____ /

a=normal, b=béance du cardia, c=niche gastrique, d=distension gastrique, e=lacune, f=indéterminée, e= Si autre à préciser :

/ _____ /

66. FOGD : / ____ /

a=normale, b=UGD, c=ulcère perforé, d=Si autre à préciser :

/ _____ /

Biologie :

67. Numération formule sanguine : / _____ /

a=normal, b=anomalie, c=Indéterminée

Si anomalie à préciser

68. Groupe sanguin (ABO) : / _____ / **et Rhésus :** / _____ /

69. Glycémie : / _____ /

a=<0,70g/l, b=>2g/l, c=0,70-2g/l, d=indéterminée

70. Créatinémie : / _____ /

A= diminuée, b= élevée,

71. Ionogramme sanguin : / _____ /

a=normal, b=si anomalie à préciser, c=indéterminé

Diagnostic retenu :

72. Diagnostique préopératoire : / _____ /

a=péritonite, b=appendicite, c=crise ulcéreuse, d=colique hépatique, e=occlusion, f=abcès du foie, g=indéterminée, h=Si autre à préciser :

/ _____ /

73. Durée d'hospitalisation préopératoire : / _____ / (en heures)

74. Durée d'hospitalisation postopératoire : / _____ / (en jours)

75. Date de sortie : / ____ / ____ / ____ /

76. Diagnostique peropératoire : / _____ /

a=perforation gastrique, b=perforation duodénale,

c : Si a ou b associé à d'autres lésions à préciser : / _____ /

77. Siège de la perforation : / _____ /

a=antrale, b=fundus, c=petite courbure, d=grande courbure, e=postérieur, f=corps, g=pylorique, h=antérieur, i=bulbaire, j = Si autre à préciser :

/ _____ /

78.Aspect du liquide : / _____ /

a=verdâtre, b=jaune citrin, c=séro-purulent, d=séro-hématique, e=purulent,
f=indéterminé

g=Si a ou b associé à d'autres lésions à préciser : / _____ /

79. Dimension : / _____ / (cm)

a=0-1, b=1,1-2, c=2,1-3, d=>3

80. Nombre de lésion : / _____ /

a=unique, b=double, c=multiple, d= Si autre à préciser :
/ _____ /

81. Aspect lésionnel : / _____ /

a=linéaire, b=arrondi, c=arciforme, d=punctiforme, e=indéterminée

f=Si autre à préciser : / _____ /

82. Durée de l'évolution : / _____ /

a=1-6h, b=6-12h, c=12-18h, d=18-24h, e=indéterminée,

f Si autre à préciser : / _____ /

MANNHEIM PERITONITIS INDEX (MPI)

Age > 50 ans	5
Sexe féminin	5
Défaillance viscérale*	7
Cancer	4
Délai opératoire > 24 h	4
Origine non colique	4
Péritonite généralisée	6
Epanchement citrin	0
Epanchement trouble ou purulent	6
Péritonite stercorale	12

* Insuffisance rénale, respiratoire, état de choc, occlusion vraie

Wacha et al Theor Surg 1987

Interprétation : score minimal = 0 ; score maximal = 53

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

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

NB : les défaillances viscérales

Rénales :

Créatinine > 177 μ mol

Urée > 16.7 mmol

Oligurie < 20 ml/h

Respiratoire :

PaO₂ < 50 mm hg

PaCO₂ > 50 mm hg

Traitement :

83. Avant l'hospitalisation : / _____ /

a= Moderne, b=Traditionnel, c=Automédication, d= indéterminé

e= Si autre à préciser : / _____ /

84. Avant l'intervention : / _____ /

a=antalgique, b=antiulcéreux, c=antibiotique, d=transfusion, e=perfusion, f=sonde nasogastrique,

g=sonde urinaire, h=b+c+e, i=a+c+e, j=indéterminée,

k=Si autre à préciser : / _____ /

Traitement chirurgical

85. Technique : / _____ /

a=ravivement des berges + suture, b= a+ omentoplastie, c= a + biopsies, d=b+ biopsie, h=indéterminée, i= Si autre à préciser

:/ _____ /

86.Pathologie associée / ____ /

a=OUI, b=NON c=Indéterminée

87.Geste associé:/ _____ /

88. Nombre de drain : / _____

a=unique, b=multiple, c=indéterminée)

d= Si autre à préciser :/ _____ /

89-Accident per opératoire / ____ /

a=ooui, b=non

Evolution :

90.Suites opératoires précoces (1-30j) : / _____ /

a=simple, b=décès, c=abcès de paroi, d=éviscération,

e=sténose anastomotique, f=pneumopathie, g=occlusion, h=péritonite,

i=fistule, j=indéterminée

k=Si autre à préciser : / _____ /

91. Mode de suivi (1-30j) : / _____ /

a=venu de lui-même, b=sur RDV, c=vue à domicile, d=sur

Convocation, e=consultation ordinaire,

f=Si autre à préciser : / _____ /

92 Coût de la prise en charge : / _____ /

93. Suites opératoires à moyen terme (1-12mois) : / _____ /

a=simple, b=décès, c=occlusion, d=sténose, e=retard de cicatrisation,

f=éventration, g=trouble digestif, h=indéterminée

i= Si autre à préciser : / _____ /

94. Mode de suivi (1-12mois) : / _____ /

a=venu de lui-même, b=sur RDV, c=vue à domicile, d=sur convocation,

e=consultation ordinaire

f= Si autre à préciser : / _____ /

**95. Examen complémentaire à visée étiologique avant et après l'opération
:/ _____ /**

a=fibroscopie, b=lavage baryté, c=échographie, d=biopsie, e=indéterminée

f= Si autre à préciser : / _____ /

96. Diagnostic étiologique : / _____ /

a=UGD, b=cancer de l'estomac, c=plaie par arme blanche, d=plaie par arme à feu,
e=iatrogène, e=indéterminée, f=AINS

g=Si autre à préciser : / _____ /

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure