

**MINISTERE DE L'EDUCATION  
NATIONALE**

**REPUBLIQUE DU MALI**

Un Peuple Un But Une Foi

\*\*\*\*\*

**UNIVERSITE DE BAMAKO**

\*\*\*\*\*

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE  
ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE**

\*\*\*\*\*

*ANNEE ACADEMIQUE 2004 2005*

Thèse N°

**ETUDE DES PERITONITES AIGUES GENERALISEES  
DANS LES SERVICES DE CHIRURGIE GENERALE ET  
PEDIATRIQUE DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE**

*Thèse présentée et soutenue publiquement, le 25/06/2005*

*Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et D'odontostomatologie par :*

**Monsieur Boubacar Mamadou DEMBELE**

*Pour l'obtention du grade de docteur en Médecine  
(Diplôme d'état)*

**JURY**

**Président : Professeur Alhousseini AG MOHAMED**

**Membres : Docteur Mamadou SINGARE**

**: Docteur Abdoulaye DIALLO**

**Directeur de thèse : Professeur Gangaly DIALLO**

*Les Péritonites aiguës généralisées*

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE ANNEE  
UNIVERSITAIRE 2004 - 2005**
**ADMINISTRATION**

DOYEN : MOUSSA TRAORE-PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR : MASSA SANOGO - MAITRE DE CONFERENCES

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR : GANGAL YDIALLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie -
Secourisme	
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-ptisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**
**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**
**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Chef de D.E.R.	
Mr Kalilou OUA TT ARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L

**2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

**3. MAITRES DE CONFERENCES**

Mme SY Aida SOW	Gynéco-Obstétrique
-----------------	--------------------

Mr Salit DIAKITE

Gynéco-Obstétrique

#### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE

Mr. Mamadou TRAORE

Mr Sadio YENA

Mr Filifing SISSOKO

Mr Issa DIARRA

Mr Youssouf COULIBAL Y

Mr Samba Karim TIMBO

Mme TOGOLA Fanta KONIPO

Gynéco-Obstétrique

Gynéco-Obstétrique

Chirurgie Générale et Thoracique

Chirurgie Générale

Gynéco-Obstétrique

Anesthésie - Réanimation

ORL

ORL

#### 5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mme Diénéba DOUMBIA

Mr Mamadou L. DIOMBANA

Mr Sékou SIDIBE

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Tiéman COULIBAL Y

Mme TRAORE J. THOMAS

Mr Nouhoum ONGOIBA

Mr Zanafon OUA TTARA

Mr Zimogo Zié SANOGO

Mr Adama SANGARE

Mr Sanoussi BAMANI

Mr Doulaye SACKO

Mr Ibrahim ALWATA

Mr Lamine TRAORE

Mr Mady MAKALOU

Mr Aly TEMBELY

Mr Niani MOUNKORO

Mr Tiemoko D. COULIBALY

Mr Souleymane TOGORA

Mr Mohamed KEITA

Anesthésie/Réanimation

Stomatologie

Orthopédie. Traumatologie

Anesthésie/Réanimation

Orthopédie. Traumatologie

Ophtalmologie

Anatomie & Chirurgie Générale

Urologie

Chirurgie Générale

Orthopédie. Traumatologie

Ophtalmologie

Ophtalmologie

Orthopédie. Traumatologie

Ophtalmologie

Orthopédie. Traumatologie

Urologie

Gynécologie/Obstétrique

Odontologie

Odontologie

ORL

### D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO

Mr Siné BAYO

embryologie

Mr Amadou DIALLO

Mr Moussa HARAMA

Mr Ogobara DOUMBO

Chimie Générale & Minérale

Anatomie-Pathologie-Histo

Biologie

Chimie Organique

Parasitologie - Mycologie

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE

Mr Anatole TOUNKARA

Mr Amadou TOURE

Mr. Flabou Bougoudogo

Chimie Organique

Immunologie **Chef de D.E.R.**

Histoembryologie

Bactériologie-Virologie

**3. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Bakary M. CISSE  
 Mr Abdourahamane S. MAÏGA  
 Mr Adama DIARRA  
 Mr Mamadou KONE  
 Mr Massa SANOGO

Biochimie  
 Parasitologie  
 Physiologie  
 Physiologie  
 Chimie Analytique

**4. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Mahamadou CISSE  
 Mr Sékou F.M. TRAORE  
 Mr Abdoulaye DABO  
 Mr Abdourahamane TOUNKARA  
 Mr Ibrahim I. MAIGA  
 Mr Moussa Issa DIARRA  
 Mr Amagana DOLO  
 Mr Kaourou DOUCOURE  
 Mr Bouréma KOURIBA  
 Mr Souleymane DIALLO  
 Mr Cheik Bougadari TRAORE  
 Mr Lassana DOUMBIA

Biologie  
 Entomologie médicale  
 Malacologie. Biologie Animale  
 Biochimie  
 Bactériologie - Virologie  
 Biophysique  
 Parasitologie  
 Biologie  
 Immunologie  
 Bactériologie-Virologie  
 Anatomie-Pathologie  
 Chimie Organique

**5. ASSISTANTS**

Mr Mounirou BABY  
 Mr Mahamadou A THERA  
 Mr Mangara M. BAGAYOGO  
 Médicale  
 Mr Guimogo DOLO  
 Mr Abdoulaye TOURE  
 Médicale  
 Mr Djibril SANGARE  
 Médicale  
 Mr Mouctar DIALLO  
 Mr Boubacar TRAORE  
 Mr Bokary Y SACKO

Hématologie  
 Parasitologie  
 Entomologie Moléculaire  
 Entomologie Médicale  
 Entomologie Moléculaire  
 Entomologie Moléculaire  
 Biologie Parasitologie  
 Immunologie  
 Biochimie

**D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES****1. PROFESSEURS**

Mr Abdoulaye Ag RHAL Y  
 Mr Mamadou K. TOURE  
 Mr Mahamane MAIGA  
 Mr Baba KOUMARE  
 Mr Moussa TRAORE  
 Mr Issa TRAORE  
 Mr Mamadou M KEITA  
 Mr Hamar A TRAORE  
 Mr Dapa Aly DIALLO  
 Mr Moussa Y MAIGA  
 Hépatologie

Médecine Interne  
 Cardiologie  
 Néphrologie  
 Psychiatrie. **Chef de DER**  
 Neurologie  
 Radiologie  
 Pédiatrie  
 Médecine Interne  
 Hématologie  
 Gastro-entérologie -

**2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Toumani SIDIBE  
Mr Bah KEITA  
Mr Boubacar DIALLO  
Mr Somita KEITA  
Mr Abdel Kader TRAORE  
Mr Siaka SIDIBE

Pédiatrie  
Pneumo-Phtisiologie  
Cardiologie  
Dermato-Leprologie  
Médecine Interne  
Radiologie

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE  
Mr Mamady KANE  
Mme Tatiana KEITA  
Mme TRAORE Mariam SYLLA  
Mr Adama D. KEITA  
Mme SIDIBE Assa TRAORE  
Mme Habibatou DIAWARA

Médecine Interne  
Radiologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Radiologie  
Endocrinologie  
Dermatologie

### 4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE  
Mr Bougouzié SANOGO  
Mr Saharé FONGORO  
Mr Bakoroba COULIBAL Y  
Mr Kassoum SANOGO  
Mr Seydou DIAKITE  
Mr Mahamadou B. CISSE  
Mr Arouna TOGORA  
Mme DIARRA Assétou SOUCKO  
Mr Boubacar TOGO  
Mr Mahamadou TOURE  
Mr Idrissa A. CISSE  
Mr Mamadou B. DIARRA  
Mr Anselme KONATE  
Mr Moussa T. DIARRA  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Souleymane COULIBALY  
Mr Daouda K. MINTA  
Mr Sounkalo DAO

Psychiatrie  
Gastro-entérologie  
Néphrologie  
Psychiatrie  
Cardiologie  
Cardiologie  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Médecine Interne  
Pédiatrie  
Radiologie  
Dermatologie  
Cardiologie  
Hépatogastro-entérologie  
Hépatogastro-entérologie  
Pneumologie  
Psychologie  
Maladies Infectieuses  
Maladies Infectieuses

### 5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO

Neurologie

## D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE  
Mr Gaoussou KANOUTE

Toxicologie  
Chimie analytique. Chef de D.E.R.

## 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ousmane DOUMBIA

Pharmacie Chimique

## 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA

Mr Elimane MARIKO

Législation

Pharmacologie

## 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE

Mr Drissa DIALLO

Mr Alou KEITA

Mr Ababacar I. MAIGA

Mr Yaya KANE

Chimie Analytique

Matières Médicales

Galénique

Toxicologie

Galénique

## 5. ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO

Mr Saïbou MAÏGA

Mr Ousmane KOITA

Pharmacognosie

Législation

Parasitologie Moléculaire

# D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

## 1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique. Chef de D.E.R.

## 2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A MAIGA

Santé Publique

## 3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONA TE

Santé Publique

## 6. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE

Mr Adama DIAWARA

Mr Hamadoun SANGHO

Mr Massambou SACKO

Mr Alassane A DICKO

Santé Publique

Santé Publique

Santé Publique

Santé Publique

Santé Publique

## 7. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP

Mr Seydou DOUMBIA

Mr Oumar THIERO

Anthropologie Médicale

Epidémiologie

Biostatistique

## **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymanne GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Galénique
Mr Yaya COULIBALY	Législation

## **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr Doudou BA	Bromatologie
Pr Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr Eric PICHARD	Pathologie Infectieuse
Pr Mounirou CISS	Hydrologie
Pr Amadou Papa DIOP	Biochimie

# DEDICACES

Je dédie ce travail à ALLAH, le tout puissant ; le Miséricordieux ; le Maître des destins, de m'avoir guidé et surtout assisté tout au long de mes études jusqu'à la réalisation de ce document .

Qu'il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence .

✓ A ma mère : Kadiatou KEITA

Ce travail est le couronnement de vos souffrances et de votre patience . Nous avons bénéficié auprès de vous de toute la tendresse affectueuse qu'une mère doit à ses enfants . Votre soutien moral et maternel ne nous a jamais fait défaut . Puisse ALLAH, le tout puissant vous faire bénéficier du fruit de votre patience . Amen

✓ A mon père : Mamadou DEMBELE

La sagesse de vos conseils, la confiance et l'attention avec lesquelles vous m'avez assisté me resteront inoubliables .

Jamais, je ne saurais vous rendre un hommage à la hauteur de vos efforts consentis . Retrouvez ici toute ma gratitude .

✓ A mon oncle : Drissa KEITA

En ce moment solennel de ma vie, il me manque des mots pour exprimer ma reconnaissance et mon attachement à vous . Votre gentillesse, votre disponibilité et votre esprit de sacrifice nous ont beaucoup marqué . Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui ; qu'ALLAH le tout puissant vous préserve longtemps à nos côtés .

Amen !

✓ A mes tontons et oncles

Il m'est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant à ses parents .

Sans vos conseils, vos sacrifices ; vos prières et vos encouragements, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé .

Recevez ainsi toute ma gratitude

✓ A ma tante : Oumou KEITA

Votre affection, votre courage et vos bénédictions m'ont apporté réconfort et consolation .

Une fois de plus les mots me manquent pour vous exprimer toute ma reconnaissance, car vous avez été une mère pour moi .

Que Dieu le tout puissant vous accorde une longue vie Amen !

✓ A mes tantes

Vous avez été d'un apport inestimable dans l'élaboration de ce travail . Soyez rassurer de ma sincère reconnaissance .

✓ A ma grande mère : Wassa COULIBALY

Ce travail est le résultat de vos bénédictions et prières. Vous avez toujours été à nos côtés même aux moments les plus difficiles .



Que Dieu vous donne longue vie et surtout la bonne santé .

✓ A mon frère : Bourama SANGARE

Vous avez été d'un soutien infaillible tout au long de mes études . Que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens et recevez ainsi toute ma gratitude .

✓ A mes frères et sœurs :

Ce travail est le vôtre, il est le fruit des liens sacrés qui nous unissent .

Trouvez ici l'expression de mes sentiments fraternels .

✓ A mon cousin : Damas .

Je souhaite que ce travail soit pour toi une source de motivation et d'encouragement . Je serai toujours à tes côtés .

✓ A mes cousins et cousines

Merci pour l'estime et le respect que chacun de vous a manifesté à mon égard

.

✓ A mes amis :

Soul , Barou , Abdoulaye , Me Balla SANGARE , Bakarin , Paye TOURE , B.

BERTHE , Bouba , Cabral , Alou D. , Aly F.D , DIANE , Mah BOUARE .

**Recevez ici l'expression de ma sincère sympathie .**

A toute ma promotion :

Moussa , Telly , Samba , Dra , Naman , GUINDO , Soul , Fatim , Sékou , Hamidou , Abdoul Karim, que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens d'amitié .

# REMERCIEMENTS

✓ A tout le corps professoral de la FMPOS

✓ A mes maîtres :

Dr Lassana TOURE , Dr Dababou SIMPARA

Dr Mamadou SINGARE , Dr Mahamane TRAORE

Dr Jérôme DAKOUO , Dr Mamby KEITA

Dr Mamadou L. DIAKITE , Dr Lassana KANTE

Pour les enseignements de qualité que nous avons reçus de vous .

✓ A mes aînés :

Dr Layes TOURE , Dr Charles MEPOUYI , Dr Mamadou CAMARA ,Dr

Gaoussou SOGOBA , Dr Cheick KONANDJI et tous les CES qui ont passé dans le service

Merci pour votre disponibilité et vos conseils précieux .

✓ A mes collègues Internes

Aly GOÏTA , Boubacar KAREMBE , Diakaridia DEMBELE , Mamadou DIEFAGA , Madiassa KONATE , Issa TOURE , Tany KONE , Youssouf COULIBALY , Moussa DEMBELE.

Pour votre collaboration et votre esprit d'équipe .

✓ A mes cadets :

Oumar COULIBALY , Oumar TOURE , Yacinthe GOUNDO , Donald ABALO , Djoumè DIAKITE , DABO , Fatoumata MARRE , Ourératou BARRY , Mme TOGO Fatoumata MAIGA , Cheick O. DIAKITE , Yacouba OUATTARA , Bakary COULIBALY , Souleymane DEMBELE .

Pour votre disponibilité et votre respect .

✓ A tout le personnel des services de chirurgie générale et pédiatrique et du service des urgences chirurgicales de l'hôpital Gabriel TOURE .

## **Remerciements aux membres du jury**

**A notre maître et président du jury :**

**Pr Alhousseini AG MOHAMED**

- **Professeur d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale.**
- **Chef de service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale de l'HGT.**
- **Ancien vice doyen de la FMPOS.**
- **Président de l'ordre national des médecins du Mali.**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations .

Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et calme. Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être parmi vos élèves. Aussi nous avons été émerveillés par vos éminentes qualités humaines de courtoisie et de sympathie.

Cher maître, vous êtes et resterez un modèle à suivre.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

## **A notre maître et juge**

**Dr Mamadou SINGARE.**

- **Chirurgien généraliste à l'hôpital Gabriel Touré.**
- **Personne ressource à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.**

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme membre de jury. Votre simplicité, votre disponibilité en plus de vos compétences vous ont valu une très grande renommée hors de nos frontières notamment au Rwanda. Nous savons le sérieux que vous attachez à notre formation et les efforts que vous déployez dans ce sens.

Permettez nous, cher maître, de vous adresser nos sincères remerciements.

## **A notre maître et juge**

**Dr Abdoulaye DIALLO .**

- **Spécialiste en anesthésie-réanimation.**
- **Chef adjoint du service d'anesthésie réanimation de l'hôpital Gabriel Touré.**
- **Assistant chef de clinique à la FMPOS.**
- **Médecin colonel de l'armée nationale du Mali.**

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous est allée droit au cœur.

Votre courage, votre grande amitié pour vos collaborateurs et vos étudiants, vos qualités d'homme de science et votre enthousiasme à transmettre votre savoir ont forcé l'admiration de tous.

Cher maître, soyez rassuré de notre profonde gratitude.

**A notre maître et directeur de thèse  
Pr Gangaly DIALLO.**

- **Maître de conférence agrégé de chirurgie viscérale.**
- **Chef de service de la chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré.**
- **Deuxième assesseur à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.**
- **Colonel des forces armées du Mali.**
- **Médecin chef de la gendarmerie nationale.**

En acceptant de diriger ce travail , vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été très impressionné par votre simplicité, votre grande disponibilité et votre amour du travail bien fait.

Nous avons été également comblés par les enseignements de qualité dont nous avons bénéficiés à vos côtés ; vos qualités intellectuelles et vos connaissances larges et toujours d'actualité font de vous un modèle de maître souhaité par tout élève.

Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements.

## SOMMAIRE

	<b>PAGES</b>
INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....	1
GENERALITES.....	4
METHODOLOGIE.....	28
RESULTATS.....	32
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	55
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	69
RESUME.....	71
BIBLIOGRAPHIE.....	72
ANNEXES.....	78

## ABREVIATIONS

ASA: American Society of Anesthesiologist

ASP: Abdomen Sans Préparation

CES: Certificat d'Etudes Spécialisées

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIVD : Coagulation intra-vasculaire disséminée

ECG: Electrocardiogramme

EIPC: Ecole des infirmiers du premier cycle

ESS: Ecole secondaire de la santé

EVA: Echelle visuelle analogue

FID: Fosse iliaque droite

FIG: Fosse iliaque gauche

HTA: Hypertension artérielle

MPI: Mannheim peritonitis index

NFS: Numération formule sanguine

SMIG : Salaire minimal inter-professionnel garanti

UGD: Ulcère gastro-duodéal

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine



INTRODUCTION  
OBJECTIFS



## I- INTRODUCTION-OBJECTIFS

### 1-1 DEFINITION

Une péritonite est une inflammation ou une infection aiguë du péritoine . Elle est le plus souvent secondaire à la perforation d'un organe digestif et ou à la diffusion d'un foyer septique intra-abdominal [ 1 ] .

Une péritonite est dite généralisée lorsqu'elle s'étend à toute la cavité péritonéale.

Elle constitue une urgence vitale nécessitant une hospitalisation et une prise en charge thérapeutique rapides [ 2 ] .

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

Aux U.S.A : GROSFELD en 1996 [ 3 ] a trouvé une mortalité de 48 % chez les enfants .

En AFRIQUE : Beaucoup d'auteurs ont étudié les péritonites aiguës généralisées.

Au Mali : DEMBELE M. en 1974 [ 4 ] ONGOÏBA N en 1984[ 5 ] ; SIDIBE Y. en 1996 [ 6 ] ; KONATE H. en 2001 [ 7 ] : ont estimé que le retard de la prise en charge, la pratique de la médecine traditionnelle sont liés au mauvais pronostic des péritonites.

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

En Tunisie : SAKHRI J en 2000 [9] : a noté que les patients ayant des facteurs de risque ( âge supérieur à 65 ans ; tares associées ; signes de choc ) doivent

bénéficié d'un geste chirurgical simple et rapide, et ce geste ne doit pas faire courir au malade un risque supplémentaire de complication post-opératoire.

Elle entraîne une insuffisance circulatoire avec état de choc hémodynamique favorisée par la constitution d'un 3<sup>e</sup> secteur et un état septicémique avec acidose métabolique puis défaillance poly viscérale et iléus paralytique favorisés par la production des toxines bactériennes [10].

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

Peu de travaux au Mali ont porté sur une étude générale des Péritonites aiguës généralisées, c'est pour combler cette lacune que nous avons entrepris le présent travail avec comme objectifs :

## **1-2 OBJECTIFS**

### **1-2-1 OBJECTIF GENERAL**

- Etudier les péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel TOURE de Bamako .

### **1-2-2 OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Déterminer la fréquence, les aspects épidémiologiques et étiologiques
- Décrire les aspects cliniques et para-cliniques
- Analyser les résultats du traitement
- Evaluer le coût de la prise en charge



# GENERALITES

## II- GENERALITES

### 2-1 ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU PERITOINE :

#### 2-1-1 ANATOMIE :

##### 2-1-1-1 Définition et Description du Péritoine : [11]

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

Macroscopiquement, on reconnaît au péritoine, comme toute séreuse :

- 1. un feuillet pariétal :** appelé encore péritoine pariétal, appliqué sur les parois des cavités abdominale et pelvienne ; le feuillet pariétal est doublé profondément dans toute son étendue par une couche de tissu cellulaire ou cellulo-adipeux appelée **fascia propria**.
- 2. un feuillet viscéral :** ou péritoine viscéral , constitué par le revêtement séreux des organes abdomino-pelviens
- 3. des replis membraneux :** qui relie le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Ces replis engainent les pédicules vasculo-nerveux qui vont de la paroi aux organes enveloppés par la séreuse .Chacun d'eux se compose de 2 feuillets séparés l'un de l'autre par une mince lame de tissu cellulo-graisseux, renfermant des vaisseaux et des nerfs .Ces feuillets séreux émanent du péritoine pariétal , s'avancent dans la cavité abdomino-pelvienne et se continuent avec le péritoine viscéral de part et d'autre de la zone suivant laquelle les vaisseaux et les nerfs abordent l'organe auquel ils sont destinés. Les replis du péritoine sont de plusieurs sortes et portent, suivant les cas le nom de **méso**, d'**épiploon** ou de **ligament**.

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

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

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

➤ **Epiploon gastro-duodéno-hépatique ou petit épiploon :**

Le petit épiploon unit le foie à l'œsophage abdominal ,à l'estomac et à la première portion du duodénum. Les deux feuillets qui le composent forment une lame orientée dans un plan à peu près vertico-transversal.

A cette lame, nous décrivons un bord hépatique, un bord gastro-duodéal, un bord diaphragmatique, un bord libre et deux faces : l'une antérieure, l'autre postérieure.

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

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

➤ **Le grand épiploon :**

Le colon transverse est relié à l'estomac par un repli péritonéal appelé grand épiploon ou épiploon gastro-colique. Le grand épiploon descend de l'estomac vers le bassin en avant de l'intestin et en arrière de la paroi abdominale antérieure.

Il est irrégulièrement quadrilatère ou en forme de tablier dont le bord inférieur, libre, est convexe. Son aspect, son épaisseur, sa constitution varient avec l'âge et l'embonpoint du sujet. Chez l'enfant le grand épiploon est mince. Chez l'adulte, il est infiltré de graisse le long des vaisseaux, mince et fenêtré dans les intervalles quand le sujet est maigre ; il est au contraire épais, rempli de graisse quand le sujet est obèse.

Les dimensions du grand épiploon sont également variables.

**La vascularisation artérielle du péritoine pariétal** est assurée, de haut en bas, par des branches des artères intercostales, lombaires, épigastriques et circonflexes, artères issues directement de l'aorte, de l'artère iliaque externe, ou de la fémorale. **Celle du péritoine viscéral** est assurée par les branches de division des troncs cœliaque et mésentérique [12,13].

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

**Il n'y a pas de circulation lymphatique propre à la séreuse péritonéale**, seul un dispositif juxta-diaphragmatique fait de "fenêtres" mesothéliales permet d'assurer le drainage de la lymphe de la cavité péritonéale vers les

lymphatiques diaphragmatiques, le canal thoracique et la circulation générale.

**L'innervation du péritoine** semble très inégalement répartie [14], et l'on distingue des zones hypersensibles, qui peuvent être des témoins cliniques en cas d'inflammation péritonéale ; ce sont principalement :

- ❖ Le diaphragme (hoquet)
- ❖ Le nombril (cri de l'ombilic à la palpation digitale)
- ❖ Le cul-de sac de Douglas, exploré par les touchers pelviens, et où le doigt entrant en contact direct avec le péritoine déclenche une douleur vive .

Ces zones hypersensibles correspondent à des foyers où l'innervation péritonéale est très riche et dont l'exploration clinique présente un intérêt diagnostique dans les syndromes péritonéaux.

Cette innervation se signale également par un fait en pathologie : toute agression inflammation de la séreuse péritonéale peut se manifester par une contracture des muscles de la sangle abdominale, réponse pratiquement pathognomonique

### **2-1-1-2 Rapports du Péritoine avec les Organes :**

En fonction de leur situation par rapport aux feuillets péritonéaux, on peut distinguer trois types d'organes : [14]

- **Les viscères rétro péritonéaux** comme les reins, les voies urinaires hautes et le pancréas qui recouverts en avant par le péritoine pariétal postérieur, sont en dehors de la cavité péritonéale.

Une pathologie pancréatique tend cependant à évoluer vers la cavité péritonéale.



- **Les viscères intra péritonéaux, engainés par le péritoine viscéral**, tels l'estomac, les voies biliaires extra hépatiques, les anses intestinales (grêle, colon, haut rectum), l'utérus et les annexes utérines (excepté les ovaires).
- **Les viscères intra péritonéaux non engainés par le péritoine**, mais qui sont dans la cavité péritonéale et dont les pathologies peuvent également intéresser le péritoine ; ce sont le foie et la rate .

### **2-1-1-3 Anatomie topographique de la cavité abdominale : [ 15]**

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

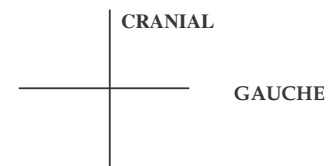
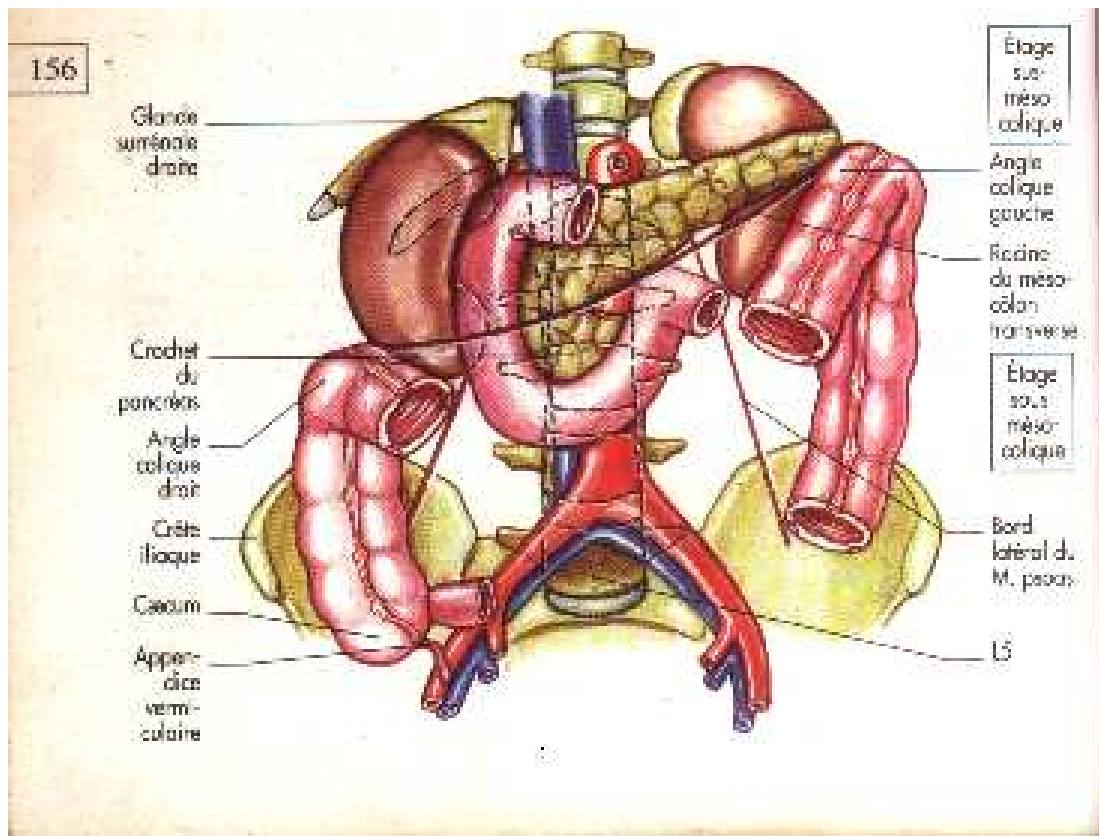


fig.I : Les deux étages de la cavité abdominale [15] P156

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

- l'étage sus-mésocolique correspond latéralement aux hypochondres droit et gauche de la paroi, au centre à la région épigastrique;
- l'étage sous-mésocolique correspond latéralement aux fosses iliaques et aux flancs droits et gauches et au centre, aux régions ombilicale et hypogastrique.

Les différentes loges péritonéales sont : (voir figure II)

- . à l'étage sus-mésocolique :

- la **loge sous-phrénique droite** comprise entre la face supérieure du foie, et la coupole diaphragmatique droite. Elle est divisée en deux par le ligament falciforme du foie.
  - la **loge sous-phrénique gauche**, comprise entre la coupole gauche, cranialement, l'estomac en dedans et la rate en bas.
  - la **poche retro-gastrique** (ou arrière cavité des épiploons)
  - l'**espace sous-hépatique**, décrit par les radiologues sous le nom de loge de Morrison ;
    - dans l'espace sous-mésocolique :  
les **gouttières pariéto-coliques droite et gauche** comprises entre le colon(ascendant à droite ,descendant à gauche) et la paroi latérale de l'abdomen.
- De part et d'autre de la racine du mésentère une **loge supra- mésentérique** entre le mésentère et le mésocolon ascendant, et une **loge infra-mésentérique** entre le mésentère et le mésocolon descendant; le **cul de sac recto-génital ( Douglas )**.

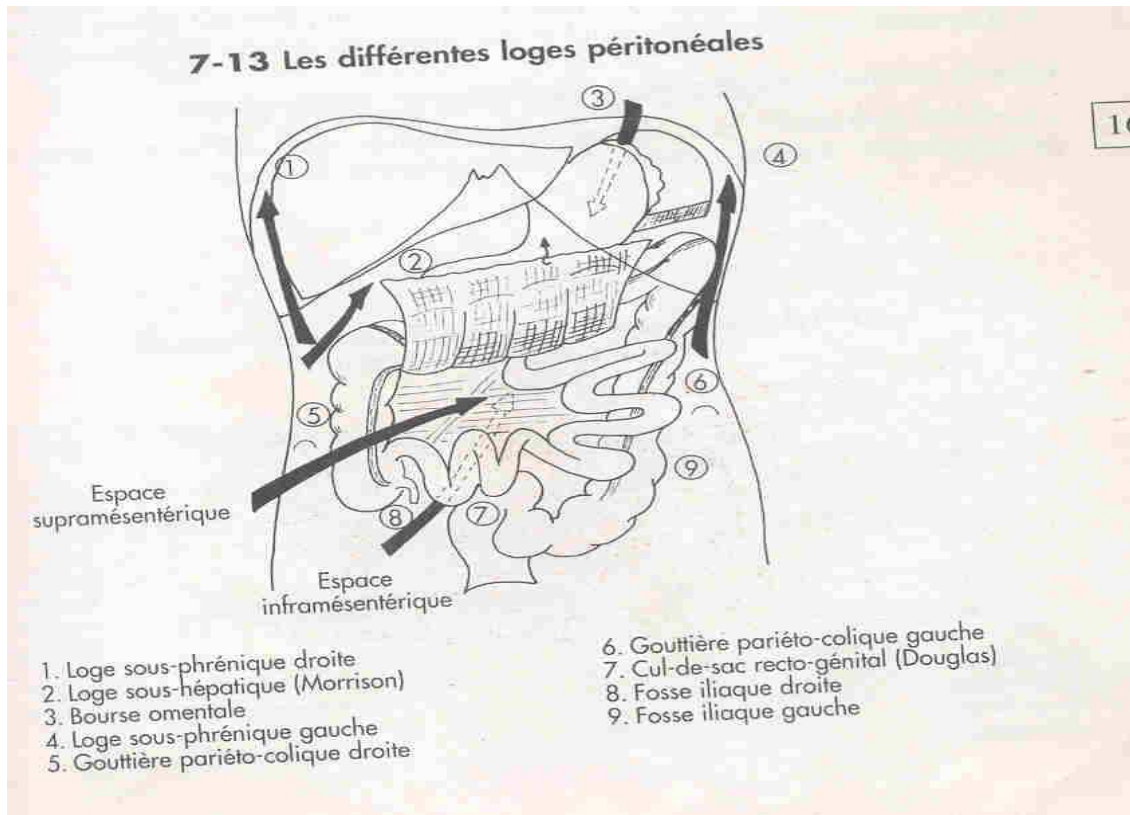
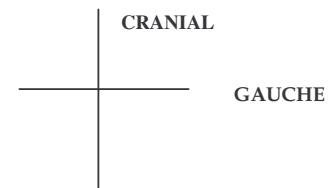


Fig. II : Les différentes loges péritonéales [15] P162.



### 2-1-2- PHYSIOLOGIE :

La surface occupée par le péritoine est importante, de l'ordre de celle de la peau environ 2m<sup>2</sup> chez l'adulte.

La séreuse péritonéale, se comporte comme une membrane semi perméable animée de deux mouvements liquidiens de sécrétion et d'absorption. Ces phénomènes osmotiques sont dits « passifs » .

A ce premier mécanisme d'échange liquidien s'ajoute un drainage lymphatique dit « actif » rendu possible par le mouvement des fluides dans la cavité péritonéale

## **2-1-2-1 La Voie passive de Sécrétion-Absorption**

### **2-1-2-1-1 Sécrétion :**

L'espace virtuel limité par les deux feuillets péritonéaux est recouvert par une sérosité liquidienne (50 à 100 cm<sup>3</sup>) qui est continuellement renouvelée. La composition chimique de cette sérosité est proche du sérum sanguin. Elle contient des protéines (entre 50 et 70 g/l), quelques cellules de type leucocytaire ou histiocytaire (300 par ml) représentées par des lymphocytes (50%), des macrophages (40%), quelques éosinophiles, de rares cellules mésothéliales. Cette sérosité, régulièrement répartie, joue pour les deux feuillets péritonéaux le rôle d'une bourse séreuse de glissement [ 14 ; 16]

### **2-1-2-2-2 Absorption :**

L'absorption serait maximum au-dessus du foie et nulle au niveau du Douglas [ 14 ; 16]. Ce mouvement liquidien, du péritoine vers les capillaires, explique la possibilité de passage des germes dans la circulation sanguine (fréquence des bactériémies dans les péritonites)

## **2-1-2-2 Mouvements des fluides péritonéaux et Voie active**

### **2-1-2-2-1 Mouvements des fluides**

Le mouvement des fluides intra péritonéaux se fait selon deux directions [14 ; 16], de haut en bas et de bas en haut. (Voir fig. III)

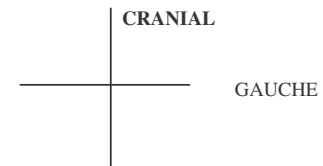
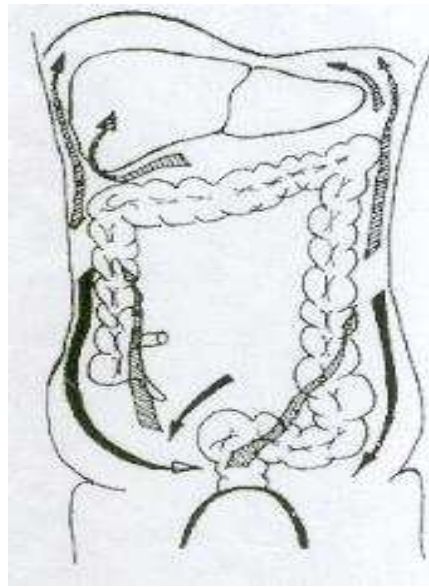


Fig. III : Mouvements des fluides intra-péritonéaux ; les flèches en plein indiquent le mouvement en direction du cul-de-sac Douglas ; les flèches en pointillé indiquent le mouvement ascendant, vers les coupes diaphragmatiques et les fenêtres lymphatiques (in EMC)

Le premier mouvement, de haut en bas, draine les espaces supérieurs vers la cavité pelvienne. Il est quantitativement peu important mais explique certaines collections du cul-de-sac de Douglas compliquant une pathologie sus-mésocolique, ou habituellement les pathologies sous-mésocoliques.

Le mouvement de bas en haut est quantitativement plus important. Il fait remonter, aussi bien en position couchée que debout, les liquides depuis l'excavation pelvienne et l'espace sous-mésocolique jusqu'aux espaces sous diaphragmatiques, par le chemin des gouttières pariéto-coliques, essentiellement la gouttière droite, la gauche pouvant être cloisonnée par le ligament phrénico-colique. Il se fait sous l'effet d'un gradient de pression, des hautes vers les basses pressions : en effet, en position debout, la pression intra

péritonéale est de 20cm d'eau dans l'étage sous-mésocolique alors qu'elle est de 8cm dans l'étage sus-mésocolique.

C'est ce mouvement de bas en haut qui explique le drainage lymphatique actif de la cavité péritonéale. Il explique également la possibilité d'abcès sous phrénique compliquant une pathologie infectieuse née en sous-mésocolique [14 ; 16]

### **2-1-2-2-2 Drainage lymphatique actif**

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

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

- une phase expiratoire marquée par l'afflux de liquide péritonéal au travers des fenêtres mésothéliales juxta-diaphragmatiques qui restent ouvertes dans les lacunes lymphatiques collectrices ;
- une phase inspiratoire marquée par l'éjection vidange des lymphatiques diaphragmatiques vers les collecteurs thoraciques, sous l'effet du gradient de pression abdomino-thoracique [ 14]

### **2-2 PHYSIOPATHOLOGIE : [ 17 ]**

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

#### **➤ PERITONITES DITES « PRIMITIVES »**

Rares, elles correspondent aux infections de la cavité péritonéale qui surviennent en l'absence de foyer infectieux primaire intra abdominal ou de

solution de continuité du tube digestif. La contamination péritonéale se fait par voie hématogène au cours d'une bactériémie ; cependant ce mécanisme n'est probablement pas le seul au cours des péritonites tuberculeuses (aujourd'hui exceptionnelles ),ni dans les infections d'ascite du cirrhotique (qui présentent l'étiologie la plus fréquente dans ce groupe ) : la stase splanchnique pourrait alors favoriser le passage transmural des bactéries depuis la lumière digestive.

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

#### ➤ PERITONITES DITES « SECONDAIRES »

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

La lésion initiale peut être une suppuration (appendicite, cholécystite) ou une nécrose viscérale (strangulation intestinale), et / ou le plus souvent une perforation du tube digestif (ulcère, tumeur). L'inoculation péritonéale est donc faite par la flore intestinale polymicrobienne, où le rôle pathogène des entérobactéries (Escherichia Coli) et des anaérobies (Bacteroides fragilis) est prédominant, et dont la virulence est accrue par une synergie aéro-anaérobie. L'évolution de l'infection après l'inoculation péritonéale dépend d'une part de l'infection de celle-ci et de facteurs locaux favorisant (comme le sang ou la nécrose tissulaire),et d'autre part des moyens de défense de l'organisme dont la mise en jeu est immédiate et complexe : ces moyens sont locaux (épiploon, drainage lymphatique) et systémique (phagocytose, fibrinoformation). Il y a systématiquement trois (3) possibilités évolutives : la



guérison par résorption du foyer infectieux (par exemple : ulcère perforé bouché) ; la limitation de l'infection par les moyens de défense, avec constitution d'un abcès (par exemple : abcès péri colique sur perforation sigmoïdienne); la constitution d'une péritonite, en cas de faillite ou de débordement de ces moyens de défense.

Les conséquences locales et générales sont d'autant plus graves que l'inoculation bactérienne est virulente, abondante et surtout prolongée. Localement, l'inflammation produit une fuite plasmatique importante dans la cavité péritonéale, dans le tissu conjonctif de la séreuse et dans la lumière du tube digestif en état d'iléus paralytique : «3<sup>e</sup> secteur » qui peut atteindre 4 à 6 litres par jour. L'absorption séreuse augmentée provoque une diffusion des toxines et des bactéries dans la circulation générale, qui peut retentir sur toutes les fonctions de l'organisme : défaillances cardio-circulatoire, respiratoire, rénale, digestive, hépatique, neurologique. Ainsi se trouve le concept de «péritonite grave».

### **2-2-1 Retentissement Viscéral :**

- ✓ **L'insuffisance rénale :** est tout d'abord fonctionnelle (oligurie en rapport avec le seul hypodébit artériel), puis lésionnelle (ischémie prolongée, toxines bactériennes) avec débit urinaire chez un adulte, égal ou inférieur à 20 ml/ heure, soit moins de 500ml/ 24 heures . L'hyperkaliémie qu'elle entraîne est un facteur déterminant dans le mécanisme du décès.
- ✓ **La défaillance respiratoire :** peut être également précoce ; elle entre dans le cadre plus large du Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë de l'adulte (S D R A ) ; elle résulte de l'activation des polynucléaires neutrophiles et de leur adhésion entre eux et aux parois des endothéliums vasculaires pulmonaires . L'hypoxie qui en résulte ne

peut être corrigée par la simple administration d'oxygène, mais exige une ventilation assistée avec pressions positives expiratoires. La rétention de CO<sub>2</sub> majore l'acidose de la glycolyse en anaérobie. L'installation de tel syndrome, qui complique 40 à 60% des chocs septiques [18], aggrave considérablement le pronostic [16 ; 18 ; 19]

- ✓ **L'impact hématologique** : est également d'origine toxique. La première perturbation est une Coagulation Intra-vasculaire Disséminée (CIVD) avec consommation des facteurs de l'hémostase et tendance hémorragique ; une hypoplaquettose autour de 30.000/mm<sup>3</sup> en est le témoin ultime. La toxicité hématologique se signale également par une hyper leucocytose ( supérieur à 30.000/mm<sup>3</sup> ) ou une hypoleucocytose ( inférieur à 2500 ) ; le taux d'hémoglobine tend également à s'abaisser ; c'est un facteur pronostique important lorsqu'il se situe au-dessous de 8g/100ml.
- ✓ **La défaillance hépatique** : ( par ischémie prolongée, effets toxiques de la pullulation microbienne intraluminaire ) se traduit par un ictère et une chute des facteurs de coagulation, ce dernier aspect majorant la tendance hémorragique.
- ✓ **La défaillance cardio-circulatoire** : est poly factorielle et terminale ( tachycardie prolongée avec métabolisme en hypoxie, acidose métabolique, hyperkaliémie par insuffisance rénale, effets inotropes négatifs des toxines bactériennes, hypertension artérielle pulmonaire par SDRA.....).Son expression clinique est une hypotension artérielle à pression veineuse centrale élevée, la bradycardie est un signe terminal.
- ✓ **La traduction cérébrale** : enfin, résulte du cumul de l'ensemble de ces facteurs pathogènes ; on l'évalue à l'aide du Score de Glasgow ; un chiffre égal ou inférieur à 6 témoigne d'une situation terminale, pratiquement irréversible.

**2-2-2 Facteurs pronostiques globaux :**

Plusieurs facteurs ou situations sont reconnus dans la littérature comme signes de mauvais pronostic [ 16] :

**2-2-2-1 La durée de l'inoculation péritonéale** avant l'intervention thérapeutique est le plus simple à apprécier ; le taux de mortalité augmenterait au delà de 12 heures d'évolution, en raison d'une diffusion générale toxi-infectieuse.

**2-2-2-2 La survenue d'une complication évolutive**, du type syndrome hémorragique, choc septique, insuffisance rénale aiguë et insuffisance respiratoire, est également prise en compte ; s'il existe 1,2 ou 3 de ces complications, le taux de mortalité serait de 33, 66 ou 100% [14 ;16].

**2-2-2-3 L'âge** : enfin non pas en tant que tel, mais en relation avec le site d'une perforation digestive est un indicateur important ; en effet, plus l'âge augmente, plus la perforation est distale et plus la mortalité est élevée [ 14 ;16 ;18 ;20 ;21 ;22 ]

## 2-3 RAPPEL CLINIQUE: [23]

**2-3-1 Type de description** : Forme typique de la péritonite aiguë généralisée en péritoine libre de l'adulte vue tôt.

### 2-3-1-1 Signes cliniques :

Le diagnostic est clinique associant :

❖ Une douleur

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

❖ Des vomissements

Alimentaires, puis bilieux, répétés, quasi constants

Parfois remplacés par des nausées

❖ Des troubles du transit :

-Arrêt des matières et des gaz

-Parfois diarrhée

❖ la fièvre

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

❖ l'état général est conservé au début mais

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

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

- à l'inspection : diminution ou absence de la respiration abdominale, saillie des muscles droits ;

- la palpation : mains réchauffées, bien à plat en commençant par les endroits les moins douloureux , retrouve la **contracture permanente, invincible, douloureuse, tonique et rigide, généralisée**
- au toucher rectal : douleur vive au cul de sac de Douglas.

Le diagnostic de péritonite étant posé, il faut :

- rechercher l'étiologie (interrogatoire, examens complémentaires) ;
- faire un bilan préopératoire ;
- débiter la réanimation et intervenir d'urgence

### **2.3.1.2 Signes para cliniques :**

Les examens complémentaires sont un élément d'appoint :

#### **2.3.1.2.1 La Radiographie de l'abdomen sans préparation :**

- Face debout centré sur les coupoles ;
- Face couché
- Profil couché

##### **2.3.1.2.1.1 Signes en rapport avec la péritonite :**

- épanchement péritonéal

- grisaille diffuse
- Décollement pariétal du colon
- Anses grêles cernées

- iléus réflexe : distension gazeuse du grêle et du colon avec niveaux hydroaériques.

##### **2.3.1.2.1.2 Signes orientant vers une autre étiologie :**

- le pneumopéritoine :

- Croissant gazeux clair, inter hépato-diaphragmatique et sous diaphragmatique gauche sur les clichés debout

- De taille variable
- Sur le profil couché : clarté gazeuse sous pariétale
- lithiase vésiculaire radio opaque

**2.3.1.2.1.3 Autres examens complémentaires :**

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

**Echographie Abdominale :**

- peut confirmer le diagnostic d'épanchement intra péritonéal ;
- dans les péritonites biliaires si on trouve des signes de cholécystites aiguë lithiasique
- Dans les péritonites génitales, si on retrouve des images de pyosalpinx.

**Lavement opaque aux hydrosolubles :**

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

**2.3.1.2.1.4 Examens complémentaires du bilan préopératoire :**

- Groupe sanguin et rhésus
- NFS (Numération Formule Sanguine)
- Ionogramme sanguin, urée, glycémie, créatinémie
- Crasse sanguine
- ECG (Electrocardiogramme)
- Radiographie pulmonaire

**2-3-1-3 Autres Formes cliniques :****2-3-1-3-1 Formes frustes :**

- perforations chez des patients sous corticoïdes, chez les hémodialysés chroniques
- leur diagnostic est radiologique s'il existe un pneumopéritoine
- au maximum, ces formes latentes sont révélées par un abcès sous phrénique

**2-3-1-3-2 Forme dite « asthénique » :**

- tableau fréquent chez les sujets âgés et les sujets immunodéprimés
- surtout dans les péritonites par perforation colique

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

C'est devant ces tableaux que prend toute leur valeur :

- les examens cliniques répétés
- les examens complémentaires

### **2-3-3 DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE**

Il repose sur :

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

On distingue les péritonites par perforations :

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

#### **2-3-3-1 Péritonite par perforation d'ulcère gastro duodéal :**

Dans la forme typique le diagnostic est facile :

- à l'interrogatoire : ulcère connu
- antécédents douloureux épigastriques
- notion de prise de médicaments

Parfois la perforation est révélatrice :

- maximum épigastrique de la symptomatologie ;
- absence de fièvre au début ;

- pneumopéritoine.

Plus difficile est le diagnostic :

- le pneumopéritoine est absent dans 30%des cas
- formes frustes : perforations au cours des traitements par les corticoïdes (valeur du pneumopéritoine).
- perforations couvertes : bouchées par un organe de voisinage (foie, épiploon). Après un début souvent typique, les signes régressent en quelques heures avec cependant persistance d'une douleur provoquée épigastrique,
- perforations dans l'arrière cavité des épiploons. A la radiographie d'abdomen sans préparation : on peut retrouver sur un cliché de profil une bulle claire rétro-gastrique.

### **2-3-3-2 Péritonites par perforation du grêle :**

Les causes les plus fréquentes sont :

- la nécrose d'anse grêle par strangulation : bride, volvulus, invagination, perforation d'un diverticule de Meckel
- infarctus du mésentère

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

Les deux étiologies les plus fréquentes sont :

- Diverticulite colique
- Cancer colique.

### **Diverticulite colique :**

la perforation siège habituellement sur le sigmoïde ; on a

- soit une péritonite stercorale lorsque l'abcès diverticulaire communique encore avec la lumière colique ;



- soit une péritonite purulente par rupture d'un volumineux abcès péri sigmoidien.

Le tableau peut être typique surtout chez le sujet jeune, mais il est souvent moins typique chez les sujets âgés (formes asthéniques) ; dans ces cas il y a la discordance entre la gravité des signes généraux et la pauvreté des signes locaux.

### **Cancer colique :**

- soit on a une perforation tumorale, favorisée par l'infection péritonéale, le siège est généralement sigmoidien ;
- soit on a une perforation diastatique secondaire à la distension colique d'amont, habituellement le cæcum. Ce sont des ruptures au niveau d'une zone de nécrose ischémique.

Ces péritonites coliques sont caractérisées par :

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

### **Les autres causes de péritonites par perforations coliques :**

- colites aiguës (Crohn, recto-colite hémorragique) . Le diagnostic est souvent tardif car la péritonite évolue à bas bruit chez ces sujets sous antibiotiques et corticoïdes ;
- perforations iatrogènes : au cours des coloscopies surtout en cas de polypectomie , au cours d'un lavement baryté (baryto péritonite gravissime) ;
- perforations en amont d'un fécalome

**2-3-3-4 La péritonite appendiculaire :** la plus fréquente

En sa faveur :

- âge jeune
- prédominance des signes dans la fosse iliaque droite ;
- absence de cicatrice au point Mac Burney .

#### **2-3-3-5 Péritonites biliaires :**

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

- Rarement le tableau est typique et en faveur de l'origine biliaire, on retiendra le contexte de femme âgée, souvent obèse,

- antécédents de lithiase vésiculaire ;
- début de la douleur dans l'hypochondre droit :
- signes infectieux présents :
- existence d'un ictère ou subictère
- échographie d'une grande utilité.

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

- un blindage sous pariétal douloureux ;
- des troubles du transit ;
- un syndrome infectieux. En l'absence de traitement, cet abcès peut se rompre dans un organe de voisinage ou dans la grande cavité péritonéale.

#### **2-3-3-6 Péritonite génitale :**

- il s'agit le plus souvent de la rupture d'un pyosalpinx ( touchers pelviens, échographie) ;

- perforation utérine iatrogène au cours de l'interruption de grossesse.

#### **2-3-4 TRAITEMENT :**

**2-3-4-1 Le But :**

- Eradiquer le foyer infectieux
- Lutter contre l'infection et assurer l'équilibre hydroélectrolytique

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

**2-3-4-2-1 les moyens médicaux**

**2-3-4-2-1-1 la réanimation:** c'est le premier temps essentiel

Elle associe :

- la rééquilibration hydro-électrolytique par perfusion de solutés avec une voie veineuse centrale permettant la mesure répétée de la pression veineuse centrale.
- la sonde naso-gastrique pour aspiration douce et continue.
- la sonde urinaire pour surveillance de la diurèse horaire.

**2-3-4 2-2-2 L'antibiothérapie :**

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

**2-3-4-2-3 Le traitement chirurgical :**

- voie d'abord large : laparotomie médiane
- prélèvements du liquide péritonéal avec recherche des germes aéro et anaérobies.
- exploration complète de toute la cavité abdominale.
- traitement de la lésion causale
  - \*exérèse de la lésion chaque fois que c'est possible
  - \*absence de suture en milieu septique (entérostomies)
- vidange rétrograde du grêle dans l'estomac qui est aspiré

- ablation des fausses membranes
- toilette péritonéale
  - \* abondante (10 à 12 L)
  - \* au sérum physiologique
  - \* jusqu'à ce que la cavité abdominale soit propre( gouttières, Douglas)
- drainage de la cavité péritonéale

### **2-3-5 RESULTATS :**

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

- Bon pronostic : appendicite, perforation d'ulcère
- Plus grave : vésicules, traumatisme
- Pronostic réservé : perforations coliques, pancréatite nécrosante, péritonites post opératoires, grands vieillards, sujets immunodéprimés.



METHODOLOGIE

### III- METHODOLOGIE

#### 3-1 - TYPE ET DUREE D'ETUDE

Ce travail est une étude rétrospective et prospective réalisée dans les services de chirurgie générale et pédiatrique et des urgences chirurgicales de l'hôpital Gabriel TOURE.

Cette étude a concerné les péritonites aiguës généralisées, elle s'est déroulée sur une période de 5 ans allant de janvier 1999 à Décembre 2003.

#### 3-2 – CADRE D'ETUDE

##### 3 -2-1 SITUATION GEOGRAPHIQUE

Le C.H.U Gabriel TOURE est situé dans le centre administratif de la ville de Bamako en commune III. A l'intérieur de cet établissement se trouvent :

- Le service des urgences chirurgicales (S.U.C) au Sud-Ouest
- Les services de chirurgie générale et pédiatrique au Nord dans l'enceinte du pavillon Benitiéni FOFANA.

##### 3-2-2 LES LOCAUX

- ❖ Les services de chirurgie générale et pédiatrique.

Ils comprennent :

- Un service de chirurgie générale avec 32 lits d'hospitalisations.
- Un service de chirurgie pédiatrique avec 26 lits d'hospitalisation
- Le bloc opératoire composé de trois salles d'opération que les services partagent avec les autres spécialités chirurgicales (traumatologie et urologie), une salle de stérilisation ,une salle de réveil, une salle de lavage des mains des chirurgiens ; (le service de gynéco-obstétrique possède son propre bloc opératoire).
- ❖ Le service des urgences chirurgicales

Il comprend 3 secteurs :

- Premier secteur : Accueil-tri avec 8 tables d'examen.
- Deuxième secteur, constitué de :
  - Une salle de déchoquage avec 2 lits
  - Une salle de petite chirurgie
  - 3 salles d'opération, une salle de lavage des mains
  - Une salle de stérilisation
- Troisième secteur, constitué de deux salles de réanimation avec 8 lits au total .

### **3-2-3 LE PERSONNEL**

- Les services de chirurgie générale et pédiatrique :

Les chirurgiens y sont au nombre de 8 parmi lesquels on peut compter deux chirurgiens pédiatres dont un coopérant cubain et un professeur agrégé en chirurgie digestive chef de service.

Les infirmiers y sont au nombre de 10 répartis entre les deux unités

- Le service des urgences chirurgicales :

Il comprend :

2 médecins anesthésistes-réanimateurs ( dont le chef )

3 médecins généralistes,

3 techniciens supérieurs de santé

24 techniciens de santé

9 techniciens de surface

des étudiants en fin de cycle de la F.M.P.O.S

les étudiants stagiaires de la F.M.P.O.S, de l'E.S.S, de l'E.I.P.C .

### **3-3 LES PATIENTS**

- Tous les patients ont été recrutés dans le service des urgences chirurgicales et les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel TOURE.
- Un questionnaire préétabli a permis de recueillir les renseignements nécessaires pour chaque patient .

### **3-3-1 CRITERES D'INCLUSION**

Patients des deux sexes et de tout âge ayant consulté dans le service des urgences chirurgicales ou dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel TOURE et qui ont été opérés puis hospitalisés pour péritonite aiguë généralisée.

### **3-3-2 CRITERES DE NON-INCLUSION**

Ont été exclus de cette étude :

- Tous les patients n'ayant pas consulté dans le service des urgences chirurgicales ni les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel TOURE.
- Tous les patients dont les examens cliniques et para cliniques n'ont pas décelé de signes en faveur d'une péritonite.
- Tout patient non hospitalisé ou dont la prise en charge a été effectué dans un autre hôpital.
- Tout patient décédé avant l'admission à l'hôpital.
- Tous les patients porteurs de péritonites localisées.

### **3-4 METHODE**

Tous les malades recrutés ont bénéficié d'un examen clinique soigneux, à savoir :



- Un interrogatoire : à la recherche des signes fonctionnels de l'histoire de la maladie, des antécédents médicaux, chirurgicaux et gynéco – obstétricaux.
- Un examen physique : à la recherche des signes généraux, des signes péritonéaux.
- Le MPI (Mannheim Peritonitis Index) a été évalué chez tous nos patients.
- Le bilan para-clinique était constitué selon les cas d'un groupage sanguin rhésus ,les taux d'hémoglobine et d'hématocrite ,une échographie abdominale ,une sérologie WIDAL ,une radiographie d'A.S.P .
- Le coût de la prise en charge a été évalué pour chaque patient (frais de consultation, kits, ordonnances, examens complémentaires, hospitalisation)

### **3-5 SUPPORTS**

#### **3-5-1 La fiche d'enquête**

Elle comporte des variables réparties en :

- Données administratives : âge ,sexe ,principale activité, nationalité, ethnie, durée d'hospitalisation.
- Paramètres cliniques et para cliniques (Signes fonctionnels, signes physiques, examens complémentaires).
- Suites opératoires à court et moyen termes
- Coût de la prise en charge.

#### **3-5-2 La collecte**

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel Epi-Info Version 6 .0 .

Le test de comparaison utilisé a été le KHI 2



# RESULTATS

## IV- RESULTATS

Durant notre période d'étude nous avons effectué dans les services de chirurgie générale et pédiatrique :

21 840 consultations ordinaires

7 835 patients ont été hospitalisés

2 670 patients ont été admis pour urgence chirurgicale

4 650 patients ont été opérés

Ainsi les péritonites aiguës généralisées ( N= 200 ) ont représenté une fréquence de **0,9%** des consultations ordinaires, **2,5%** des hospitalisations, **7,4%** des urgences chirurgicales et **4,3%** des interventions chirurgicales

### 4-1 Données administratives

**Tableau I** : Répartition des malades selon l'âge

Age (ans)	Effectif	Pourcentage
0 à 7 ans	10	5%
8 à 15 ans	50	25%
16 à 20 ans	24	12%
21 à 40 ans	85	42,5%
41 à 60 ans	25	11,5%
> 60 ans	8	4%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

L'âge moyen = 26 ans                      L'écart type = 15,2

Les extrêmes = 6 ans et 80 ans

Les enfants ont représenté 30 % de notre effectif ( 60/200)

**Tableau II : Répartition des malades selon le sexe .**

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	160	80%
Féminin	40	20%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

*Sexe ratio = 4 Hommes pour 1 Femme*

**Tableau III : Répartition des malades selon la provenance**

Provenance	Effectif	Pourcentage
Bamako	198	99%
Mopti	2	1%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

**Tableau IV : Répartition des malades selon la nationalité**

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Maliennne	196	98%
Rwandaise	1	0,5%
Camerounaise	3	1,5%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

*Les 4 Nationalités étrangères vivaient à Bamako*

**Tableau V : Répartition des malades selon l'ethnie**

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	66	33%
Peuhl	34	17%
Malinké	28	14%
Sarakolé	24	12%
<i>Bozo</i>	14	7%
Sénoufo	14	7%
Sonrhäi	8	4%
Dogon	4	2%
Minianka	2	1%
Bobo	2	1%
Autres	4	2%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

**Tableau VI : Répartition des malades selon la principale activité**

Principale activité	Effectif	Pourcentage
Cadre supérieur	2	1%
Cadre moyen	7	3,5%
Ouvrier	19	9,5%
Commerçant	15	7,5%
Scolaires	88	44%
Ménagère	16	8%
Paysan	15	7,5%
Sans emploi	38	19%
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

88% de notre effectif avaient un revenu bas( 176/200 )

**Tableau VII** : Répartition des malades selon le mode recrutement à l'hôpital

Mode de recrutement	Effectif	Pourcentage
Urgence	196	98%
Consultation	4	2%
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

**Consultation** : Les 4 malades ont été reçus en consultation ordinaire et furent ensuite adressés au Service des Urgences pour prise en charge.

**Tableau VIII** : Répartition des malades selon la qualification du personnel sanitaire de référence

Adressé par	Effectif	Pourcentage
Médecin généraliste	52	26%
Médecin spécialiste	18	9%
Venus d'eux mêmes	130	65%
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Venus d'eux mêmes : Car n'ayant effectué aucune consultation dans d'autres structures sanitaires

**Tableau IX** : Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation (jours)

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
7 à 14 jours	186	93%
15 à 21 jours	10	5%
>22 jours	4	2%
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Moyenne = 11 jours      Ecart type = 2,6      Extrêmes = 7 à 45 jours

#### 4-2 Histoire de la Maladie

**Tableau X** : Répartition des malades selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	200/200	100%
Vomissements	106/200	53 %
Météorisme abdominal	74/200	37 %
Arrêt des matières et des gaz	52/200	26 %.
Diarrhée	36/200	18 %
Fièvre	8/200	4 %
Hoquet	7/200	3,5 %

Le motif de consultation est celui qui est écrit sur la fiche de consultation

**Tableau XI** : Répartition des malades selon le début de la symptomatologie par rapport à la prise en charge médicale

Début des symptômes	Effectif	Pourcentage
< ou = 7 jours	128	64%
8 à 14 jours	64	32%
15 à 21 jours	6	3%
> 22 jours	2	1%
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Moyenne = 7 jours      Ecart type = 3,6      Extrêmes = 2 à 30 jours

**Tableau XII** : Répartition des malades selon le siège de la douleur

Siège de la douleur	Effectif	Pourcentage
Diffuse	110	55 %
F I D	50	25 %
Sus et Sous ombilicale	26	13%
Epigastrique	8	4 %
Hypochondre droit	6	3 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

**Tableau XIII** : Répartition des malades selon le mode de début de la douleur

Mode de début	Effectif	Pourcentage
<i>Brutal</i>	146	73 %
Progressif	54	27 %
<i>TOTAL</i>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

**Tableau XIV** : Répartition des malades selon le type de la douleur

Type de la douleur	Effectif	Pourcentage
Piqûre	112	56 %
Brûlure	32	16 %
Torsion	24	12 %
Pesanteur	14	7 %
Colique	2	1 %
Autres	16	8 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

**Autres : Epaule droite ; Tiraillement**

**Tableau XV** : Répartition des malades selon l'irradiation de la douleur

Irradiation de la douleur	Effectif	Pourcentage
---------------------------	----------	-------------



Sans irradiation	152	76 %
Postérieure	14	7 %
Organes génitaux	14	7 %
Latérale	6	3 %
Ceinture	2	1 %
Périnée	2	1 %
Ascendante	2	1 %
Indéterminée	8	4 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

**Tableau XVI :** Répartition des malades selon l'intensité de la douleur (E.V.A)

Intensité de la douleur	Effectif	Pourcentage
Douleur faible 3-4	2	1 %
Douleur modérée 5-6	4	2 %
Douleur intense 7-8	146	73 %
Douleur très intense 9-10	48	24 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

#### E.V.A : Echelle Visuelle Analogue

97 % de nos patients avaient une douleur intense et très intense

**Tableau XVII :** Répartition des malades selon les facteurs déclenchant la douleur

Facteurs déclenchant la douleur	Effectif	Pourcentage
Aucun	176	88 %
Faim	20	10 %
Autres	04	2 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

**Autres : Effort ; Prise d'Anti-inflammatoires**

**Tableau XVIII :** Répartition des malades selon les facteurs calmant la douleur

Facteurs calmant la douleur	Effectif	Pourcentage
Aucun	150	75 %
<i>Médicaments</i>	46	23 %
Aliments	2	1 %
Vomissements	2	1 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

**Médicaments : Novalgin ; Paracétamol, Efferalgan**

**Tableau XIX** : Répartition des malades selon l'évolution de la douleur

Evolution de la douleur	Effectif	Pourcentage
Douleur permanente	146	73 %
Douleur intermittente	54	27 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

**Tableau XX** : Répartition des malades selon les signes d'accompagnement digestifs

Signes d'accompagnement digestifs	Effectif	Pourcentage
Vomissements	106/200	53 %
Arrêt des matières et des gaz	54/200	27 %
Diarrhée	36/200	18 %
Nausées	12/200	6 %
Constipation	10/200	5 %
Gargouillement	5/200	3 %

**Tableau XXI** : Répartition des malades selon les signes d'accompagnement gynéco-obstétricaux

Signes gynéco-obstétricaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	32	80 %
Leucorrhées	6	15 %
Prurit génital	2	5 %
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100 %</b>

## Il y avait 40 Femmes

**Tableau XXII** : Répartition des malades selon les signes d'accompagnement urinaires

Signes urinaires	Effectif	Pourcentage
Aucun	182	91 %
Brûlure mictionnelle	14	7 %
Dysurie	2	1 %
Autres	2	1 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

Autres = Rétention aiguë d'urine ; Hématurie

**Tableau XXIII** : Répartition des malades selon les autres signes d'accompagnement

Autres signes	Effectif	Pourcentage
Amaigrissement	36/200	18 %
Sueurs froides	14/200	7 %
Asthénie	10/200	5 %
Ictère	2/200	1 %

### 4-3 Antécédents

**Tableau XXIV** : Répartition des malades selon les antécédents personnels médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
<i>Aucun</i>	110	55 %
Epigastralgie	30	15 %
Bilharziose	26	13 %
Hypertension artérielle	12	6 %
Ulcère gastro-duodenal	10	5 %
Constipation	8	4 %
Infections génitales	2	1 %
Toux	2	1 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

**Tableau XXV** : Répartition des malades selon les antécédents personnels chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Non	196	98 %
Oui	04	2 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Oui :Hemorroïde ; Hernie Inguinale ; Cataracte ; Hernie Inguino Scrotale

#### 4-4 Examen Général

**Tableau XXVI** : Répartition des malades selon les signes généraux

Signes généraux	Effectif	Pourcentage
Fièvre	162/200	81 %
Tachycardie	106/200	53 %
Polypnée	72/200	36 %

- Tachycardie : pouls supérieur à 100 battements /minute
- Polypnée : fréquence respiratoire supérieure à 18 cycles / minute
- Fièvre :température supérieure à 38 °C

**Tableau XXVII** : Répartition des malades selon la classification ASA (American Society of Anesthesiologist)

Classification ASA	Effectif	Pourcentage
ASA I	188	94 %
ASA II	10	5 %
ASA III	2	1 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Aucun de nos patients n'a été classé ASA IV ou V

**Tableau XXVIII** : Répartition des malades selon le faciès

Faciès	Effectif	Pourcentage
Normal	170	85 %
Tiré	04	2 %
Péritonéal	26	13 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

Faciès péritonéal : yeux enfoncés avec saillie de l'ossature faciale

**Tableau XXIX** : Répartition des malades selon l'état des conjonctives

Conjonctives	Effectif	Pourcentage
Colorées	142	71 %
Pâles	58	29 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

**Tableau XXX** : Répartition des malades selon l'aspect de la langue

Langue	Effectif	Pourcentage
Humide	98	49 %
<i>Sèche</i>	54	27 %
Saburrale	46	23 %
Sèche + saburrale	02	1 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

**Tableau XXXI** : Répartition des malades selon l'état de conscience

Conscience	Effectif	Pourcentage
Normale	182	91 %
Agitation	16	8 %
Confusion	02	1 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Aucun de nos malades n'était dans le coma

**Tableau XXXII** : Répartition des malades selon l'état de déshydratation

Pli cutané	Effectif	Pourcentage
<i>Présent</i>	72	36 %
Absent	126	63 %
Autres *	2	1 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

\* : deux de nos malades présentaient des plis de dénutrition

**Tableau XXXIII** : Répartition des malades selon la tension artérielle (TA)

TA (mm hg)	Effectif	Pourcentage
<b>Hypotension artérielle</b>	25	12,5 %
Tension Normale	160	80 %
HTA limite	10	5 %
HTA	5	2,5 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

#### 4-5 Examen Physique

**Tableau XXXIV** : Répartition des malades selon les signes physiques

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Douglas douloureux (TR)	160/200	80 %
Contracture généralisée	144/200	72 %
Douleur à la palpation	144/200	72%
Diminution de la respiration abdominale	130/200	65 %
Silence abdominal	94/200	47 %
Météorisme abdominal	74/200	37 %
<b>Matité anormale</b>	74/200	37 %
<b>Défense localisée</b>	56/200	28 %
<b>Tympanisme</b>	42/200	21 %
<b>Cri de l'ombilic</b>	36/200	18 %
Douglas bombé	12/200	6 %
Toucher vaginal douloureux	14/40	35 %
<b>Masse abdominale</b>	2/200	1 %

#### 4-6 Examens Complémentaires

**Tableau XXXV** : Répartition des malades selon les résultats de la radiographie d'Abdomen Sans Préparation (ASP)

Résultats	Effectif	Pourcentage
Pneumopéritoine	20	55,5 %
Niveaux Hydroaériques	12	33,3%
Grisaille diffuse	2	5,6 %
Normal	2	5,6 %
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

36 Patients ont bénéficié d'une radiographie d'ASP

**Tableau XXXVI : Répartition des malades selon les résultats de l'Echographie abdominale**

Résultats	Effectif	Pourcentage
Epanchement liquidien	22	78,7 %
Plastron appendiculaire	2	7,1 %
<i>Appendicite</i>	2	7,1 %
Normal	2	7,1 %
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100 %</b>

L'Echographie abdominale a été réalisée chez 28 patients

**Tableau XXXVII : Répartition des malades selon les résultats du Sérodiagnostic de WIDAL-FELIX**

Résultats	Effectif	Pourcentage
<b>Positif</b>	65	95,5 %
<b>Négatif</b>	3	4,5 %
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100 %</b>

Le Sérodiagnostic de WIDAL-FELIX a été réalisé chez 68 patients



**Tableau XXXVIII :** Répartition des malades selon les résultats de la Bactériologie

Résultats	Effectif	Pourcentage
<b>Présence de germes</b>	22	78,5 %
<b>Pas de germes</b>	6	21,5 %
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100 %</b>

Les Germes rencontrés ont été les suivants : E Coli ; Klesiella ; S. Typhi ;

P. aeruginosa

NB : La Biopsie a été réalisée chez deux patientes. Elle a objectivé une péritonite tuberculeuse

**Tableau XXXIX :** Répartition des malades selon les résultats de la Numération Formule Sanguine (NFS)

Résultats	Effectif	Pourcentage
<b>Normal</b>	22	55 %
Polynucléose	8	20 %
Leucopénie	6	15 %
Anémie	4	10 %
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100 %</b>

#### 4-7 Diagnostic

**Tableau XL :** Répartition des malades selon le diagnostic pré-opératoire

Diagnostic pré-opératoire	Effectif	Pourcentage
Péritonite	196	98%
Occlusion Intestinale	3	1,5%
Appendicite Perforée	4	2%
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

**Tableau XLI :** Répartition des malades selon le diagnostic per-opératoire

Diagnostic per-opératoire	Effectif	Pourcentage
Perforation Appendiculaire	65	32,5 %
Perforation Typhique	64	32 %
Perforation Duodénale	38	19 %
Perforation Gastrique	22	11 %
Perforation V.Biliaire	2	1 %
Perforation colique	2	1 %
Autres	7	3,5 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

- Deux de nos patients ont présenté une péritonite d'origine tuberculeuse
- Un seul patient a présenté une péritonite par perforation d'abcès du foie
- 4 Patients ont présenté une Péritonite Primitive

**Tableau XLII** : Répartition des malades selon le nombre de lésions

Nombre de lésions	Effectif	Pourcentage
Unique	182	91 %
Double	4	2 %
Multiple	8	4 %
Sans lésions	6	3 %
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

**Tableau XLIII** : Répartition des malades selon les aspects des lésions

Aspects des lésions	Effectif	Pourcentage
Linéaires	34	17 %
Arrondis	80	40 %
Arciformes	20	10 %
Punctiformes	60	30 %
Indéterminés	6	3 %
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

#### 4-8 Traitement

**4-8-1 Traitement médical**

- Le traitement pré-opératoire a consisté essentiellement à un remplissage.
- L'antibiothérapie a été systématique chez tous nos patients, nous avons utilisé une triple antibiothérapie ( Amoxicilline-Gentamicyne-Métronidazole ).
- 4 de nos patients ont reçus une transfusion avant l'intervention, 10 patients étaient en état de choc.

**Tableau XLIV** : Répartition des malades selon la nature du traitement reçu avant l'arrivée à l'hôpital

Traitement	Effectif	Pourcentage
Aucun traitement	112	56%
Traitement moderne	68	34%
Traitement traditionnel	20	10%
<i>TOTAL</i>	<b>200</b>	<b>100%</b>

**Tableau XLV** : Répartition des malades selon les produits prescrits avant l'arrivée à l'hôpital

Produits prescrits	Effectif	Pourcentage
Paracétamol 500 mg	10	14,8 %
Novalgin 500mg	10	14,8 %
DI antalvic gel.	8	11,7 %
Efferalgan 1g	6	8,9 %
Metronidazole 250 mg	6	8,9 %
Acide acétyl salicylique	6	8,9 %
Amoxicilline 500 mg	5	7,4 %
Ciprofloxacine 500 mg	4	5,8 %
Quinimax inj.	4	5,8 %
Chloroquine 100mg	4	5,8 %
Ibuprofène 200 ;400 mg	2	2,9 %
Fansidar inj.	2	2,9 %
Arthemeter 80 mg	1	1,4 %
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100 %</b>

**4-8-2 Traitement chirurgical****Tableau XLVI** : Répartition des malades selon la voie d'abord chirurgical

Incision	Effectif	Pourcentage
Xypho-pubienne	123	61,5%
A cheval sur l'ombilic	30	15 %
Sus ombilicale	27	13,5 %
Sous ombilicale	20	10 %
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

**Tableau XLVII** : Répartition des malades selon la technique opératoire

Technique opératoire	Effectif	Pourcentage
Excision suture	90	45%
Appendicectomie	65	32,5%
Suture + Epiploplastie	18	9%
Suture + Pyloroplastie + Vagotomie tronculaire	8	4%
<i>Lavage péritonéal + Drainage*</i>	7	3,5%
Résection anastomose	5	2,5%%
Iléostomie	3	1,5%
Cholécystectomie	2	1%
Colostomie	2	1 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

\* Les autres patients ont tous bénéficié d'un lavage péritonéal

#### 4-9 PRONOSTIC

**Tableau XLVIII** : Répartition des malades selon le score de MANNHEIM (MPI)

MPI	Effectif	Pourcentage
<26	134	67%
>26	66	33 %
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Le score de Mannheim évalue le pronostic des péritonites aiguës il varie de 0 à 47, la mortalité est élevée lorsqu'il est > 26 .

Le score moyen a été de 24 avec des extrêmes allant de 16 à 34

**Tableau XLIX** : Répartition des malades selon les suites opératoires

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage
Simple	164	82%
Abcès de la paroi	18	9%
Fistule digestive	4	2 %
Occlusion sur brides	3	1.5%
Eviscération	2	1%
<i>Décès</i>	9	4.5%
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Taux de morbidité = 13,5 %

*Taux de mortalité = 4,5 %*

Les complications sont apparues au cours de l'hospitalisation

Les causes du décès : choc septique ; choc hypovolémique ; fistule digestive ; défaillance poly viscérale

**Tableau L** : Répartition des malades selon le coût de la prise en charge

Coût	Effectif	Pourcentage
63 500 F à 100 000F	186	93 %
<i>100 500 F à 150 000F</i>	10	5 %
150 500 F à 175 000 F	4	2 %
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100 %</b>

La moyenne a été de 88 000 F CFA avec des extrêmes allant de 63 500 F CFA à 175 000 F CFA.

Le coût moyen :

-Examens complémentaires : 7 750 F

-Hospitalisation : 7 500 F

-Ordonnances : 9 750 F

-Intervention : 63 000 F

**Tableau LI** : Répartition des malades selon l'âge et le sexe

AGE	SEXE		TOTAL	%
	Masculin	Féminin		
0 à 7 ans	6	4	10	5 %
8 à 15 ans	36	14	50	25 %
16 à 20 ans	20	4	24	12 %
21 à 40 ans	75	10	85	42,5 %
41 à 60 ans	18	5	23	11,5 %
> 60 ans	5	3	8	4 %
<i>Total</i>	160	40	200	100 %

Tableau LII : Répartition des malades selon l'âge et le diagnostic per-opératoire

Diagnostic. Per-Opératoire	Perforation Appendiculaire	Perforation Typhique	Perforation Duodénale	Perforation Gastrique	Perforation V.Biliaire	Perforation Colique
<b>Age</b>						
0à7ans	1(0,5%)	9(4,5%)	-	-	-	-
8à15ans	16(8%)	30(15%)	-	-	1(0,5%)	-
16à20ans	19( 9,5%)	4(2%)	1(0,5%)	-	-	-
21à40ans	26(13%)	15(7,5%)	25(12,5%)	17(8,5%)	-	-
41à60ans	2 (1%°)	5(2,5%)	11(5,5%)	5(2,5%)	-	-
> 60 ans	1(0,5%)	1(0,5%)	1(0,5%)	-	1(0,5%)	2(1%)
<b>Total</b>	<b>65(32,5%)</b>	<b>64(32%)</b>	<b>38(19%)</b>	<b>22(11%)</b>	<b>02(1%)</b>	<b>02(1%)</b>

V. Biliaire = Vésicule Biliaire

Tableau LIII : Répartition des malades selon l'âge et les suites opératoires

Age	0à7ans	8à15ans	16à20ans	23à40ans	41à60ans
<b>Suites opératoires</b>					
<b>Simple</b>	7(3,5%)	41(20,5%)	20(10%)	70( 35%)	20(10%)
Abcès de paroi	2(1%)	6(3%)	2(1%)	7(3,5%)	-
Fistule Digestive	-	1(0,5%)	1(0,5%)	1 ( 0,5%)	1(0,5%)
Occlusion	-	-	-	2 (1%)	1(0,5%)
Eviscération	-	1(0,5%)	-	1 ( 0,5%)	-
Décès	1(0,5%)	1(0,5%)	1(0,5%)	4 (2%)	1(0,5%)
<b>Total</b>	<b>10(5%)</b>	<b>50(25%)</b>	<b>24(12 %)</b>	<b>85 (42,5%)</b>	<b>23(11,5%)</b>



**Tableau LIV:** Répartition des malades selon l'âge et le coût

Coût Age	63 500 F à 100 000 F	100 500 F à 150 000 F	150 500 F à 175 000 F	Total
0 à 7ans	10(5%)	-	-	10 (5%)
8 à 15 ans	48(24%)	-	2(1%)	50 (25%)
16 à 20 ans	24(12%)	-	-	24 (12%)
21 à 40ans	79(39,5%)	5(2,5%)	1(0,5%)	85 (42,2%)
41 à 60 ans	19(9,5%)	3(1,5%)	1(0,5%)	23 (11,5%)
>60 ans	6(3%)	2(1%)	-	8 (4%)
<b>Total</b>	<b>186(93%)</b>	<b>10(5%)</b>	<b>4 (2%)</b>	<b>200 (100%)</b>

**Tableau LV :** Répartition des malades selon le sexe et le diagnostic per-opératoire

Sexe Diagnostic Per-Opératoire	Masculin	Féminin	Total
Perforation Appendiculaire	55 (27,5%)	10 (5%)	65 (32,5%)
Perforation Typhique	41 (20,5%)	23 (11,5%)	64 (32%)
Perforation Duodénale	36(18%)	2(1%)	38 (19%)
Perforation Gastrique	21(10,5%)	1(0,5%)	22 (11%)
Perforation V. Biliaire	2 (1%)	-	2 (1%)
Perforation Colique	1 (0,5%)	1 (0,5%)	2(1%)
Autres	4 (2%)	3 (1,5%)	7 (3,5%)
<b>Total</b>	<b>160 (80%)</b>	<b>40 (20%)</b>	<b>200 (100%)</b>

**Tableau LVI** : Répartition des malades selon le sexe et les suites opératoires

Sexe Suites opératoires	Masculin	Féminin	Total
Simple	132 (66%)	32 (16%)	164 (82%)
Abcès de la paroi	13 (7%)	4 (2%)	18 (9%)
Fistule digestive	3 (1,5%)	1(0,5%)	4 (2%)
Occlusion	3 (1,5%)	-	3 (1,5%)
Eviscération	1 (0,5%)	1 (0,5%)	2 (1%)
Décès	7 (3,5%)	2 (1%)	9 (4,5%)
<b>Total</b>	<b>160 (80%)</b>	<b>40 (20%)</b>	<b>200 (100%)</b>

**Tableau LVII** : Répartition des malades selon le sexe le coût

Sexe Coût	Masculin	Féminin	Total
63 500 à 100 000F	147 (73,5%)	39 (19,5%)	186 (93%)
100 500 à 150 000F	10 (5%)	-	10 (5%)
150 500 à 175 000F	3 (1,5%)	1 (0,5%)	4 (2%)
<b>Total</b>	<b>160 (80%)</b>	<b>40 (20%)</b>	<b>200 (100%)</b>

**Tableau LVIII** : Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation et les suites Opératoires

Durée d'hospitalisation Suites opératoires	1 à 14 jours	15 à 21 jours	>22 jours	Total
Simple	164(82%)	-	-	164 (82%)
Abcès de paroi	6 (3%)	12 (6%)	-	18 (9%)
Fistule Digestive	-	-	4 (2%)	4 (2%)
Occlusion	-	3 (1,5%)	-	3 (1,5%)
Eviscération	-	1 (0,5%)	1 (0,5%)	2 (1%)
Décès	5 (2,5%)	2 (1%)	2 (1%)	9 (4,5%)
<b>Total</b>	<b>175 (87,5%)</b>	<b>18 (9%)</b>	<b>7 (3,5%)</b>	<b>200 (100%)</b>

**Tableau LIX :** Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation et le diagnostic per-opératoire

Durée d'hospitalisation Diagnostic per opératoire	1 à 14 jours	15 à 21 jours	>22 jours	Total
Perforation Appendiculaire	61 (30%)	3 (1,5%)	1 (0,5%)	65 (32,5%)
Perforation Typhique	56 (28%)	6 (3%)	2 (1%)	64 (32,5%)
Perforation Duodénale	35 (17,5%)	2 (1%)	1 (0,5%)	38 (19%)
Perforation Gastrique	16 (8%)	4 (2%)	2 (1%)	22 (11%)
Perforation V. Biliaire	1(0,5%)	1 (0,5%)	-	2 (1%)
Perforation Colique	1(0,5%)	1 (0,5%)	-	2 (1%)
Autres	5 (2,5%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	7 (3,5%)
<b>Total</b>	<b>175 (87,5%)</b>	<b>18 (9%)</b>	<b>7 (3,5%)</b>	<b>200 (100%)</b>

**Tableau LX :** Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation et la technique opératoire

Durée d'hospitalisation Techniques opératoires	1 à 14 jours	15 à 21 jours	>22 jours	Total
Excision suture	89(44,5%)	-	1(0,5%)	90(45%)
Appendicectomie	64(31,5%)	-	1(0,5%)	65(32,%)
Suture et Epiploplastie	14(7%)	2(1%)	2(1%)	18(9%)
Suture+Pyloroplastie+ Vagotomie Tronculaire	2(1%)	6(3%)	-	8(4%)
Résection anastomose	3(1,5%)	2(1%)	-	5(2,5%)
Iléostomie	-	3(1,5%)	-	3(1,5%)
Cholécystectomie	-	1(0,5%)	1(0,5%)	2(0,5%)
Colostomie	1(0,5%)	1(0,5%)	-	2(1%)
Lavage péritonéal + Drainage	2(1%)	3(1,5%)	2(1%)	7(3,5%)
<b>Total</b>	<b>175(87,5%)</b>	<b>18(9%)</b>	<b>7(3,5%)</b>	<b>200(100%)</b>



COMMENTAIRES  
DISCUSSIONS

## V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

### METHODOLOGIE :

Les 140 malades de notre étude rétrospective ont été répertoriés à partir des registres de consultations, d'hospitalisation, des compte-rendus opératoires et des observations. Le recueil des données de ces dossiers a été plus difficile que ceux pour les 60 autres dossiers de la phase prospective. Nous avons réalisé nous mêmes ces observations. Les renseignements recueillis ont été plus précis et complets.

Les difficultés notées au cours de ce travail ont été les suivantes :

- Certains examens complémentaires (ASP ; Echographie abdominale) n'étaient pas réalisables en urgence.
- Le pouvoir d'achat de certains patients était insuffisant pour assurer une prise en charge financière correcte.

## 5-1 EPIDEMIOLOGIE

### 5-1-1 FREQUENCE

Les péritonites aiguës généralisées occupent une place de choix en pathologie abdominale d'urgence.

**Tableau LXI** : Fréquences des péritonites selon les auteurs.

AUTEURS	Harouna Niger 2001 [24] N = 160	Konaté H. Mali 2001 [7] N = 60	Lorand I. France 1999 [25] N = 84	Notre étude 2005 N = 200
Fréquence	28.8 %	20 %	3 %	7.4 %
Tests Statistiques	KHI2 = 28.5 P = 10 <sup>-6</sup>	KHI2=1.54 P = 0.214	KHI2=7.75 P = 0.005	

Les auteurs africains ont trouvé des taux élevés de péritonites aiguës généralisées allant de 7,4 % à 28,8 %. Ces taux sont supérieurs aux 3% de I. Lorand en France [ 25 ] (P=0,005) . Cette différence pourrait être liée à la fréquence élevée des maladies infectieuses (Fièvre Typhoïde) et au retard de consultation en Afrique.

### 5-1-2 AGE

**Tableau LXII** : Comparaison de l'âge moyen selon les auteurs

Auteurs		Age moyen	Tests statistiques
KONATE H. 2001 [7 ]	Mali	24ans	P = 0,67
HAROUNA Y. 2001 [ 26 ]	Niger	23ans	P= 0,5
RAMACHANDRAN 2004 [27]	Inde	32ans	P= 0,94
COUGARD P.	France	48ans	P= 0,0023

2000 [28]		
Notre série 2005	26ans	

Notre âge moyen de 26 ans était jeune, ceci s'explique par la fréquence de certaines pathologies chez le sujet jeune en Afrique (complications de la fièvre typhoïde, l'appendicite et les ulcères gastro-duodénaux). Il est comparable à ceux de KONATE .H [7] au Mali (P= 0,67), HAROUNA.Y [26] au Niger (P= 0,5), et de RAMACHANDRAN [27] en Inde (P= 0,94), mais statistiquement différent de celui de COUGARD P. en France [28] (P=0,0023). Ceci est conforme au jeune âge de notre population [29].

### 5-1-3 SEXE

**Tableau LXIII** : Répartition selon le sexe ratio des auteurs

Auteurs	Sexe ratio ( H / F )	Test statistique
KONATE .H Mali 2001 [ 7 ]	2/1	P= 0,77
RAMACHANDRAN Inde 2004 [27]	2/1	
ADESUNKANMI Nigeria 2003 [ 30 ]	2/1	
Notre série 2005	4/1	

Plusieurs études rapportent que la péritonite survient plus fréquemment chez l'homme que la femme [31 ; 32 ; 33]. Cet aspect a été retrouvé dans notre étude.

Notre fréquence est de 4 hommes pour 1 femme qui ne diffère pas statistiquement de celles des autres auteurs : KONATE .H au Mali [ 7 ], ADESUNKANMI au Nigeria [30 ], RAMACHANDRAN en Inde [27 ]

### 5-2 ETUDE CLINIQUE

### 5-2-1 Signes Fonctionnels

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

<b>Auteurs</b> <i>Signes Fonctionnels</i>	<b>Akgun Turquie 1995 [32] N = 267</b>	<b>SISSOKO F. Mali 2003 [34] N = 43</b>	<b>Kunin N. France 1991 [22] N = 216</b>	<b>Notre Etude 2005 N = 200</b>
Douleur abdominale	98,1 %	100 %	95 %	100 %
Ballonnement abdominal	42,3 %	66 %		37 %
Vomissements	70,4 %	34,8 %	81 %	53 %
Diarrhée	24,7 %	53,4 %	14,3 %	26 %

Ces différences pourraient être liées aux étiologies différentes, au retard de consultation et au stade d'évolution de la maladie.

La douleur abdominale reste le signe fonctionnel dominant selon plusieurs auteurs [34 ; 35 ; 36 ; 37 ; 38 ; 39] comme dans notre étude.

Elle est retrouvée chez tous nos malades. La douleur intense, continue, de début brutal, est le symptôme le plus constant [17].

Les autres caractéristiques de la douleur, comme le siège, l'irradiation et le type ont une grande valeur dans l'orientation diagnostique [14].

Une proportion importante de nos malades (53 %) ont eu des vomissements (alimentaires, bilieux ou fécaloïdes).

Ils ont été plus fréquents avec un taux de 81 % et 70,4% dans les séries de Kunin N. en France 1991 [22] ( $P = 0,006$ ) et de Akgun en Turquie 1995[32] ( $P = 10^{-6}$ ). Ces vomissements traduisent l'expression de l'iléus paralytique,



et sont responsables en partie de la perte liquidienne [40] entraînant déshydratation et troubles électrolytiques.

L'arrêt des matières et des gaz peut être précoce (contemporain au syndrome douloureux) ou tardif à installation progressive ; parfois masqué par une fausse diarrhée réflexe [40]. Il a été surtout tardif chez 26 % de nos malades qui ne diffère pas statistiquement des 22 % de SIDIBE Y. [6] ( $P = 0,16$ ) L'arrêt des matières et des gaz apparaît lorsque la paralysie intestinale est franche, la diarrhée est parfois la manifestation initiale de l'irritation intestinale [14].

### 5-2-2 Signes Généraux

La rapidité de l'installation des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale [ 17 ].

La fièvre habituellement élevée dès le début (sauf les perforations duodénales) a été le signe le plus fréquemment noté chez nos malades : 81 %. Ceci est conforme aux résultats d'autres auteurs [5 ;6 ;41 ;42].

### 5-2-3 Signes Physiques

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

Auteurs Signes Physiques	KUNIN N. France 1991 [22]		SIDIBE Y. Mali 1996 [ 6 ]		Notre étude 2005	
	N	%	N	%	N	%
Respiration abdominale abolie	136/216	63 %	91/140	65 %	130/200	65 %
Contracture	45/216	20,8 %	43/140	31 %	144/200	72 %
Abolition des bruits intestinaux	–	–	90/140	64 %	94/200	47 %
Douleur dans le Douglas	56/216	26 %	101/140	72 %	160/200	80 %

Le diagnostic des péritonites généralisées est avant tout clinique [17].

L'examen physique est le plus souvent l'élément capital dans la prise de décision thérapeutique. Lorsqu'il est réalisé de façon correcte et attentive, il permet au chirurgien de se passer des examens complémentaires pour poser l'indication opératoire devant l'existence de certains signes physiques objectifs :

La contracture abdominale est le signe physique majeur [14]. Si l'examen physique est précoce, elle peut être localisée ; à un stade avancé on a une défense généralisée [2] qui a la même signification sémiologique [14].

Elle a été notée chez 72 % de nos patients. Ce taux varie entre 30 % et 81 % selon les auteurs : [ 6 ;9 ;28 ;43] .

Cette différence pourrait être liée aux étiologies , au retard de consultation.

L'immobilité de l'abdomen traduit l'attaque péritonéale. C'est un symptôme plus fréquemment rencontré [44] , elle a été retrouvée chez 69 % de nos patients. Ce taux est comparable à ceux de KONATE H [7] au Mali 2001 (P= 0,01) et de KUNIN N. [22] en France 1991 (P= 0,0025)

La douleur dans le Douglas dont l'exploration clinique présente un intérêt diagnostique dans les syndromes péritonéaux témoigne d'une irritation péritonéale .Elle a été notée chez 80 % de nos patients qui diffère statistiquement des 26% et 72 % dans les séries de SIDIBE Y [6] (P=0 ,0003) ; et KUNIN N [22 ] (P=0,000001 )

Cette différence pourrait être liée au stade d'évolution de la maladie.

#### **5-2-4 Examens Complémentaires**

Les examens complémentaires (imagerie médicale, biologie) sont utiles pour dépister les causes ou les complications de la péritonite mais ne doivent pas retarder le traitement chirurgical [2].

- **Imagerie médicale :**

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

Auteurs	SIDIBE. Y Mali [6] 1996	COUGARD P France [ 28 ] 2000	HAROUNA Niger [26] 2001	Notre étude 2005
Résultats ASP	N= 160	N= 419	N=160	N= 200
Pneumopéritoine	8 %	71 %	47,5 %	55 %
Niveaux Hydroaériques	82 %	15,8%	24 %	33 %

Les péritonites par perforation digestive réalisent un pneumopéritoine, que l'on peut voir à la radiographie sur un cliché d'ASP. Dans notre série cette radiographie a été réalisée chez 36 patients (car le diagnostic est clinique) et un pneumopéritoine a été objectivé dans 55 % des cas ; ce taux varie entre 19 % et 81 % selon les auteurs [9 ; 21 ; 28 ; 42]. Cette différence pourrait être liée à l'étiologie. Toutefois, l'absence de pneumopéritoine n'élimine pas une perforation digestive [45 ;46] : l'organe creux peut être vide de gaz , la perforation peut être obstruée par un viscère voisin.

33 % de nos patients ont présenté des signes radiologiques d'occlusion intestinale (niveaux hydroaériques) qui diffèrent statistiquement des 25 % de

KUNIN N. en France en 1991 [22] (P=0,025) et des 47.5 % de HAROUNA au Niger en 2001 [26] (P=0,003). Cette différence est surtout liée à l'évolution de la maladie.

### Echographie abdominale :

Réalisée chez 29 patients (dans les cas douteux), elle a permis d'objectiver un épanchement péritonéal chez 78% de ces patients, ceci est comparable aux 75% de SAKHRI J [9] en Tunisie en 2000 (P=0,56)

- Bactériologie

**Tableau LXVII :** Principaux germes rencontrés au cours des péritonites selon les auteurs.

Auteurs / Germes	KOUAME B. C. IVOIRE 2001 [42]	MARITANO J.Y. France 2001 [2]	Notre étude 2005
E. Coli	1 <sup>er</sup>	1 <sup>er</sup>	1 <sup>er</sup>
Klebsiella	-	4 <sup>è</sup>	2 <sup>è</sup>
S. Typhi	-	-	3 <sup>è</sup>
Enterobacter Cloacae	4 <sup>è</sup>	3 <sup>è</sup>	-
Streptococcus	2 <sup>è</sup>	2 <sup>è</sup>	-
P. aeruginosa	3 <sup>è</sup>	-	4 <sup>è</sup>

Le prélèvement du liquide péritonéal en per-opératoire a été systématique chez tous nos patients ; mais nous n'avons eu le résultat que dans 29 cas (la plupart des interventions se font la nuit et le plus souvent le week end, en plus l'hôpital ne dispose pas de laboratoire de bactériologie).

Escherichia Coli a été le germe le plus fréquemment rencontré ceci est conforme aux résultats de KOUAME B. [42] en Côte d'Ivoire en 2001 et de J.Y. MARITANO [2] en France en 2001.

### 5-2-5 Traitement

#### 5-2-5-1 Traitement Chirurgical

##### 5-2-5-1-1 La voie d'abord :

Les incisions les plus fréquemment utilisées ont été les médianes xyphopubienne et à cheval sur l'ombilic.

Le choix de ces deux voies d'abord, notamment l'incision xyphopubienne se justifie par la nécessité d'un drainage aussi large que possible de la cavité péritonéale [16 ;33 ;47].

##### 5-2-5-1-2 Technique Opératoire

**Tableau LVIII** : Comparaison des principales techniques opératoires selon les auteurs

Auteurs Techniques opératoires	COULIBALY .O S Mali 1999 [39]		NOTRE ETUDE 2005	
	N =120	%	N=200	%
Suture simple	49 / 120	40,8	90 / 200	45
Appendicectomie	29 / 120	24,1	65 / 200	32,5
Suture- Epiploplastie	-	-	18 / 200	9
Suture- Pyloroplastie- VT	14 / 120	11 ,66	8 / 200	4
Résection- anastomose	10 / 120	8,33	5 / 200	2,5
Iléostomie	1 / 120	0,83	3 / 200	1,5
Cholécystectomie	-	-	2 / 200	1
Lavage péritonéal + Drainage	1 / 120	0,83	7 / 200	3,5
Colostomie	-	-	2 / 200	1
<i>Autres</i>	16 / 10	13 ,3	-	-

VT= Vagotomie Tronculaire

L'attitude thérapeutique face à une péritonite aiguë généralisée dépend de la constatation per-opératoire faite par le chirurgien.

L'excision suture a été l'acte chirurgical le plus pratiqué dans notre série soit 45 % ; ceci est compréhensible si l'on sait que les perforations digestives ont représenté l'étiologie la plus fréquente (selon le mécanisme).

Notre taux est comparable à celui de SIDIBE Y. [6] 50 % (Khi 2 = 0.28 ; P = 0.59).

L'excision suture est particulièrement efficace pour les perforations uniques , arrondies ou punctiformes vues tôt [38].

#### **5-2-5-2 Traitement Médical :**

**5-2-5-2-1 La réanimation** : constitue un élément important dans la prise en charge des péritonites aiguës généralisées, elle vise à corriger les troubles hydroélectrolytiques et hématologiques [14].

Dans notre série, cette réanimation a été brève (quelques heures avant la laparotomie) et simple (essentiellement sérums glucosé, salé isotonique, ringer lactate).

L'hyper alimentation parentérale n'a pas été effectuée chez nos patients

#### **5-2-5-2-2 L'antibiothérapie :**

Elle a pour but de prévenir l'extension du processus infectieux en luttant contre les bactériémies. Les produits utilisés doivent être actifs sur les germes aérobies et anaérobies les plus souvent rencontrés et avoir une bonne pénétration intra péritonéale.

Souvent utilisée, l'association aminoside-imidazolé , éventuellement complétée par une bêtalactamine répond à ce schéma. [17]

Dans notre série nous avons utilisé l'association (Amoxicilline Metronidazole Gentamicine), souvent modifiée et adaptée ultérieurement aux résultats de la bactériologie et surtout en cas d'inefficacité clinique.

Cette association a été utilisée par d'autres auteurs [36 ; 42], à la seule différence que l'Amoxicilline a été remplacée par une Céphalosporine de 3<sup>e</sup> génération.

Mais il est fondamental que l'administration parentérale ait lieu pendant les premiers jours pour obtenir une bonne concentration péritonéale, ensuite le relais se fera par la voie per os après reprise du transit.

## 5-2-6 Evolution et Pronostic

### 5-2-6-1 Morbidité

**Tableau LIX** : Comparaison des taux de morbidité globale selon les auteurs.

<i>Auteurs</i>	<b>Akgun Turquie 1995 [32] N = 267</b>	<b>Kouamé B. C. IVOIRE 2001 [42] N = 48</b>	<b>Alamowitch B. France 2000 [ 43 ] N = 39</b>	<b>Notre étude 2005 N = 200</b>
Morbidité	55,4 %	46 %	2 %	13,5 %
Tests statistiques	P= 0,000001 Khi2= 85,8	P=0,000001 Khi2= 25,5	P= 0,0004 Khi2= 12,5	

De nos jours la péritonite aiguë peut être opérée aussi bien à ciel ouvert que par laparoscopie. Notre taux de 13,5% diffère statistiquement des 2% d'ALAMOWITCH [43] en France, ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans la série d'ALAMOWITCH tous les patients ont été opérés sous cœlioscopie.

L'évolution post-opératoire des péritonites aiguës généralisées peut être émaillée de complications, parmi celles ci :

**-La suppuration pariétale** a été de loin la complication la plus fréquente avec un taux variant entre 17% et 27% dans les séries africaines [26,34, 42].

Nous avons trouvé un taux de 9%.

Le contexte chirurgical de la péritonite aiguë qui est une chirurgie sale (Classe IV d'Altemeier) pourrait expliquer cette fréquence élevée.

**-La fistule digestive** par lâchage de suture est aussi une complication fréquemment rencontrée, favorisée par l'importance de la septicité péritonéale et de l'altération de l'état général [14]. Elle est survenue chez 2% de nos patients qui diffère statistiquement des 7,8% et des 17% obtenus respectivement par SIDIBE Y. [6] 1996 (P = 0,0023) et DIALLO A. [48] 2000 (P= 0,043) au Mali.

Cette différence pourrait être liée à la taille de l'échantillon et au stade évolutif des malades.

#### **5-2-6-2 Durée d'hospitalisation :**

La morbidité influence le séjour hospitalier qui a été de 11 jours en moyenne dans notre série contre 8 jours dans les séries européennes [25 ; 38].

Ce séjour moyen d'hospitalisation semble être le même en coelioscopie et en chirurgie classique.

#### **5-2-6-3 Mortalité**

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

Auteurs	ONGOÏBA N. 1984 [3] Mali	SIDIBE Y. 1996 [6] Mali	COUGARD P. 2000 [28] France	Notre étude 2005
Effectif	135	140	419	200
Nombre de	15	22	4	9



décès				
Pourcentage	11,11 %	15,7 %	1%	4,5 %
Tests statistiques	Khi2= 5,3 P= 0,021	Khi2=12,5 P= 0,0004	P= 0,0099	

La mortalité des péritonites aiguës dépend de l'étiologie [1].

Dans les séries africaines [5 ; 6 ; 26] dont la nôtre où dominant les causes infectieuses, cette mortalité varie entre 4,5% et 21,7%

Ces taux sont inférieurs à celui de COUGARD P en France [ 28 ] 1 % ( P = 0.035 ) où dominant les perforations duodénales .

Les principaux facteurs pronostiques rapportés dans toutes les études africaines seraient :

- le retard dans la prise en charge lié à certaines pratiques de la médecine traditionnelle et aux erreurs diagnostiques.

-A ce retard s'ajoute la modicité des moyens diagnostiques.

Les causes du décès dans notre étude ( le **choc septique**, le **choc hypovolémique**, la **fistule digestive** , la **défaillance poly viscérale** ) ont été rapportées par d'autres auteurs [6 ;26 ;42]

**Tableau LXXI** : Comparaison de l'évolution des péritonites en fonction du MPI (Mannheim Peritonitis Index) et selon les auteurs.

Auteurs	Bruch [49 ] RFA 1999		Alamowich B. [43] France 2000		Notre étude 2005	
	Décédés	Survécus	Décédés	Survécus	Décédés	Survécus
Effectif	37(43%)	51(57%)	1(2%)	34(98%)	9(4,5%)	191(95,5%)
MPI moyen	31	25	> 26	18	31	24

Pour évaluer le pronostic vital des patients de notre série, nous avons utilisé le score MPI . Il était en moyenne de 24.

Le pronostic est réservé quand le MPI est supérieur à 26. Ceci explique que dans notre série et celles de BRUCH [49] et d' ALAMOWITCH B. [43], les patients décédés avaient un MPI moyen > à 26 (26 et 34) .Ceux qui ont survécus avaient un MPI inférieur à 26 ( 16 à 25 ) .

### 5-2-7 Etiologies des Péritonites aiguës

**Tableau LXXII** : Comparaison des principales étiologies des péritonites aiguës selon les auteurs.

Etiologies	1	2	3
Auteurs			
SIDIBE Y [6 ] Mali 1996	Origine génitale	Appendicite	Fièvre Typhoïde
<i>BÜHCLER</i> [50] RFA 1997	Diverticule Colique	Ulcère Gastro- duodéal	Appendicite
HAROUNA. [29] Niger 2001	Fièvre Typhoïde	Appendicite	Ulcère Gastro- duodéal
Notre étude 2005	Appendicite	Fièvre Typhoïde	Ulcère Gastro- duodéal

En Europe, les principales étiologies des péritonites aiguës sont représentées par les perforations digestives (Appendicite, UGD, diverticulose intestinale, lithiase biliaire , traumatisme abdominal, et les tumeurs digestives) [23,50]. Ces mêmes pathologies sont notées dans les séries africaines [26,39] sauf la diverticulose intestinale qui est rarement diagnostiquée chez les africains à cause de la rareté de cette pathologie en Afrique. Par contre, la fièvre

typhoïde est rare en Europe mais fréquente en Afrique ; elle serait liée aux conditions d'hygiène précaires des populations africaines.

**5-2-8 Le Coût :**

Le coût moyen de la prise en charge était de 88 000 F CFA

Le SMIG au Mali étant de 26 840 F, cette somme est donc largement au dessus des revenus de la grande majorité de la population.



## 6-CONCLUSION – RECOMMANDATIONS

### 6-1 Conclusion

Les péritonites aiguës généralisées, affection surtout de l'adulte jeune en milieu tropical, occupent la 3<sup>e</sup> place des urgences en chirurgie abdominale (après les occlusions intestinales et les appendicites).

Les étiologies sont multiples et variées, et la prise en charge est onéreuse.

Les principaux facteurs pronostiques actuels sont le retard diagnostique et le manque de moyens de réanimation .

La morbidité et la mortalité restent encore élevées dans les pays en voie de développement.

## 6-2 Recommandations

- Aux Autorités

- Systématiser la couverture vaccinale anti-typhique dans les groupes à risque.
- Elaborer un programme d'information, de sensibilisation et de communication à l'intention des populations sur l'intérêt de l'hygiène alimentaire et le danger de l'automédication en matière de douleur abdominale.
- Former en nombre suffisant les spécialistes de chirurgie viscérale ; de réanimation et de radiologie.
- Créer un système de sécurité sociale.
- Equiper les hôpitaux en moyens matériels diagnostique et thérapeutique.

- **Aux Personnels sanitaires**

- Examiner de façon minutieuse les patients présentant une douleur abdominale aiguë.
- Référer à temps aux structures spécialisées toute symptomatologie douloureuse abdominale.

- **A la Population**

- Eviter l'automédication
- Consulter immédiatement devant tout cas de douleur abdominale

Fiche Signalétique

**Nom** : DEMBELE

**Prénoms** : BOUBACAR Mamadou

**Titre de la thèse** : Etude des Péritonites Aiguës Généralisées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel TOURE

**Secteur d'intérêt** : Chirurgie Générale et Pédiatrique ; Urgences chirurgicales

**Pays** : Mali **Ville de Soutenance** : Bamako

**Année de Soutenance** : 2005

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la FMPOS.

**Résumé** : Nous avons réalisé une étude rétrospective et prospective portant sur 200 patients reçus aux Services de Chirurgie Générale et Pédiatrique et au Service des Urgences Chirurgicales du CHU Gabriel TOURE pour Péritonites Aiguës Généralisées de 1999 à 2003

Il s'agissait de 160 Hommes et 40 Femmes (Sexe ratio = 4 Hommes pour 1 Femme) dont l'âge moyen était de 26 ans avec un écart type de 15,2 ; des extrêmes allant de 6 ans à 80 ans.

La Douleur abdominale a été le principal motif de consultation (présente chez tous nos patients).

L'examen physique seul a permis dans la plupart des cas de poser le diagnostic.

Dans les cas douteux, certains examens complémentaires ont été demandés (ASP ; Echographie abdominale).

Le traitement chirurgical était fonction de l'étiologie (l'excision suture a été le geste chirurgical le plus pratiqué).

Tous nos patients ont bénéficié d'une Anesthésie Générale (AG)

La durée moyenne d'hospitalisation était de 11 jours avec des extrêmes allant de 7 jours à 45 jours.

Nous avons noté un taux de Morbidité de 13,5 % dominé par les Abscesses de paroi ; une Mortalité de 4,5 %.

Le Coût moyen de la prise en charge était de 88 000 F CFA avec des extrêmes de 63 500F et 175 000F CFA.

**Mots Clés : Péritonites Aiguës Généralisées ; Chirurgie**



# BIBLIOGRAPHIE



## BIBLIOGRAPHIE

### **1-D'Acremont B :**

Hépto- gastro- enterologie  
Edition Masson Paris 1995 : P 292

### **2- Jean YM , Jean LC :**

Péritonite aiguë  
Rev Prat ( Paris ) 2001 ; 51 : 2141 – 45

### **3- Grosfeld JL, Moinari-Chaet M, Engum SA et al :**

Gastro-Intestinal perforation, and peritonitis in infants and children  
Surg ( USA ) 1996 ; 120 (4) : 650 – 5

### **4- Dembélé M :**

Perforations typhiques de l'intestin grêle : A propos de 16 cas  
Méd d'Afrique Noire 1974 ; 21 (4) : P3

### **5- Ongoiba N :**

Contribution à l'étude épidémiologique et clinique des péritonites aiguës dans les hôpitaux de Bamako et de Kati  
Thèse méd Bamako 1984 ; n° 24

### **6- Sidibé Y :**

Les péritonites généralisées au Mali : à propos de 140 cas opérés dans les hôpitaux de Bamako et de Kati  
Thèse Med Bamako 1996 ; n° 1

**7- Konaté H :**

Abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et pédiatrique au CHU Gabriel TOURE  
Thèse Méd Bamako 2001 ; N° 67

**8- Sanou D :**

Les perforations iléales d'origine typhique : difficulté diagnostique et thérapeutique ( à propos de 239 cas )  
Burkina Méd 1999 ; 1(2)

**9- Sakhri J :**

Traitement des ulcères duodénaux perforés  
Tunisie Médicale 2000 ; Vol 78 , N° 08-09

**10- Serge E, Jacques M :**

Péritonite Aiguës Diffuse : Physiopathologie , étiologie , diagnostic , évolution , traitement  
Rev Prat ( Paris ) 1995 ; 45 : 1791 – 95

**11- Rouvière H**

Anatomie descriptive, topographique et fonctionnelle : le Tronc  
Edition Masson 1998 ; Tome 2

**12- Kamina P :**

Dictionnaire Atlas d'Anatomie, A-F  
Maloine S.A Editeur 1983 : P 74-86

**13- Kamina P :**

Dictionnaire Atlas d'Anatomie, P-Z  
Maloine S.A Editeur 1983 : 1742-44

**14- Fagniez PL , Serpeau, Thomson C :**

Péritonites aiguës  
Encycl Méd Chir Estomac – Intestin 1982 ; 9045 A10 , 6

**15- Chevalier JM :**

Anatomie : Le TRONC

Flammarion Méd – Sciences ( Paris ) 1998

**16- Barbier J, Carretier M :**

Péritonites aiguës

Encycl Méd – Chir Urgences 1988 ; 24048 B 10 ,2 : P18

**17- Le Treut YP :**

Péritonites aiguës : Physiopathologie, étiologie, diagnostic, évolution, Traitement

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

**18- Guidet B, Stakowsky F, Offenstad G :**

Etats Septiques et Choc infectieux .

Rev Prat 1993 ; N° 1 : 13-7

**19- Gilbert J, Golstein F W, Lafaix C:**

Infections à Entérobactéries

Encycl Méd Chir , Maladies infectieuses 1981 ; 5 ; 80016

**20- Aghazadi TR, Almou, Boukind B:**

La Séromyotomie antérieure et Vagotomie postérieure dans le traitement l'ulcère perforé

Ann Chir 1992 ; 124 (5) : P 299

**21- Khosrovani C, Kohen M:**

Perforation des ulcères duodéno-Pyloriques : Facteurs pronostiques et choix thérapeutiques . Etude rétrospective de 140 malades

Ann Chir 1994 ; 48 (4) : 345-349

**22- Kunin N, Letoquard JP:**

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

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

**23- Roseau G, Marc F :**

Abdomen aigu non traumatique en dehors de la période post-Opératoire

Encycl Méd Chir ( paris – France ) Estomac – Intestin 1989 ; 9042 A 10 , 2 : P8

**24- Harouna YD :**

Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey ( Niger ) : Etude analytique et pronostique  
Méd Afr Noire 2001 ; 48 (2)

**25- Lorand I , Malinier N :**

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

**26- Harouna YD, Abdou I , Saibou B et al :**

Les Péritonites en milieu Tropical : Particularités étiologiques et facteurs pronostiques actuels : à propos de 160 cas  
Méd Afr Noire 2001 ; 48 (3) : 103 – 105

**27- Ramachandran CS , Agarwal S:**

Laparoscopic Surgical management of perforative peritonitis in enteric fever : a preliminary Study  
Surg New Delhi 2004 ; 14 (3) : 122 – 4

**28- Gougard P , Barrat C :**

Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé . Résultats d'une étude rétrospective multicentrique  
Ann Chir 2000 ; 125 : 726 – 31

**29- Ministère de la santé , de la Solidarité et des Personnes Âgées**

Enquête démographique de santé 1995 – 1996 .Cellule de planification et de statistique

Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

**30- Adesunkanmi A :**

Acute Generalized Peritonitis in African Children : Assessment of severity of illness using modified APACHE II Score .  
J surg 2003 ; 73 (5) : 275 – 9

**31- Addis DG :**

The epidemiology of appendicitis and appendectomy in United States .  
Am J Epid 1990 ; 132 : P 910

**32- Akgun Y :**

Typhoid enteric perforation  
Br J Surg 1995 ; 82 : 1512 – 13

**33- Arc , Aurc , Hay JM:**

Les Péritonites par perforation gastro-intestinale  
Rev Prat 1986 ; 36 : 1059 – 66

**34- Sissoko F, Ongoïba N, Bereté S et al :**

Les Péritonites par perforation iléale en chirurgie « B » de l'hôpital du Point  
« G »  
Mali Médical 2003 ; T 18 : N° 1 et 2

**35- Ribault L**

Intubation iléo Colique droite après résection de l'iléon terminal pour  
péritonite généralisée secondaire à une perforation iléale  
Chir 1990 ; 116 : 216 – 228

**36- Mallick S , Klein JF :**

Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique : A propos  
d'une série observée dans l'Ouest Guyanais .  
Méd Trop 2001 ; 61 : 491 – 94

**37- Charles N :**

Improvement in survival from typhoid ileal perforation ( Results of 221  
operatives cases )  
Ann Surg 1992 ; 215 ( 3 )

**38- Clot PH:**

Contusions et plaies de l'abdomen  
Encycl Méd Chir ( Paris ) Urgences 19882 ; 24039A 10 : 11 – 79

**39- Coulibaly OS :**

Perforations Digestives en chirurgie « B » de l'hôpital du point " G " à  
propos de 120 cas  
Thèse med Bamako 1999 ; N° 188 : P99

**40-Balmes M :**

Sémiologie générale des péritonites aiguës diffuses

Soins Chir 1989 ; N° 102 / 103

**41- Cissé I :**

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

Thèse méd 2001 ; N° 54

**42- Kouamé B :**

Aspects diagnostiques, Thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques du grêle de l'enfant à Abidjan, Côte d'Ivoire

Bull Soc Pathol Exot 2001 ; 94 (5) : 379 – 82

**43- Alamowitch B :**

Traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé

Gastro enterol Clin Biol ( Paris ) 2000 ; 24 : 1012 – 17

**44-Mondor H :**

Diagnostics Urgents abdomen

2è Edition 1979 , 1119 ; 25 cm

**45- Scheuerlein H :**

Prospektive multizentrische Vergleichsstudie Zur peritonitis behandlung

Qualitätssicherung bei Schweren intra abdominellen infektionen

Zentralbl Chirurg 2000 ; 2 : 199 – 204

**46- Togola I**

Les Contusions de l'abdomen au CHU Gabriel TOURE .

Thèse méd 2002 ; N° 12 : P73

**47- Audry G , Barthes T :**

La péritonite appendiculaire chez l'enfant : A propos de 144 cas

Ann pédiatrie 1999 ; 37 (9) : 567 – 69

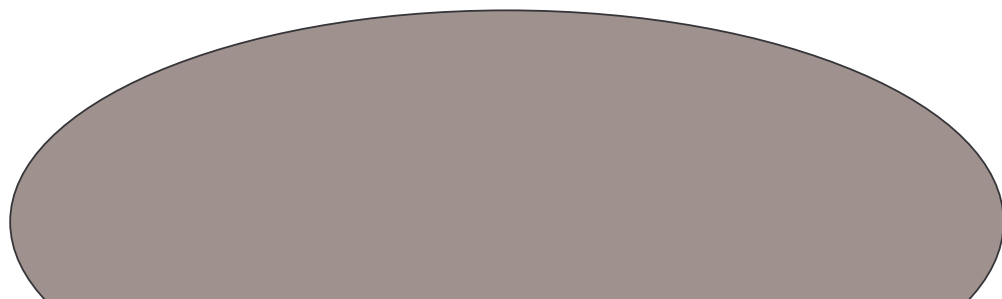
**48- Diallo A :**

Les Fistules digestives externes post-opératoires à l'hôpital du Point G

Thèse Méd Bamako 2000 ; N° 64 : P74

49- Bruch HP, Woltmann A, Eckman C :  
Surgical management of peritonitis and sepsis  
Entralbl Chirurg 1999 ; 124 : 176 – 80

**50- Büchler MV :**  
Chirurgische Therapie der diffusen peritonitis  
Chirug 1997 ; 68 : 811 – 815



# ANNEXES

## FICHE D'ENQUETE LES PERITONITES AIGUES GENERALISEES

**Les données administratives :**

- 1. N° de la fiche d'enquête.....\..\..\..\..\
- 2. Service.....\..\..\..\..\
- 3. N° du dossier du malade.....\..\..\..\..\
- 4. Nom et Prénom .....\.....\
- 5. Date de consultation.....\..\..\..\..\
- 6. Age du malade.....\..\..\..\
- 7. Sexe.....\..\
- 1=Masculin                      2=Féminin
- 8. Provenance .....\..\..\..\
- 1=Kayes              2=Koulikoro              3=Sikasso              4=Ségou
- 5=Mopti              6=Gao              7=Tombouctou              8=Kidal
- 9=Bamako              99=Indéterminée .
- 9. Nationalité.....\..\..\



- 1=Maliennne 2=Autre 9=Indéterminée
10. Ethnie ..... \... \... \
- 1=Bambara 2=Malinké 3=Sarakolé 4=Peuhl 5=Minianka  
6=Sénoufo 7=Dogon 8=Bobo 9=autre  
99=Indéterminée
11. Principale activité..... \... \... \
- 1=Cadre supérieur 2=Cadre moyen 3=Ouvrier 4=Commerçant  
5=Scolaire 6=Paysan 7=Ménagère 8=Autre 99=Indéterminée.
12. Mode de recrutement à l'hôpital..... \... \
- 1=Urgence 2=Consultation 3=Autre 9=Indéterminée
13. Adresse par ..... \... \
- 1= Aide soignant 2 = Infirmier 3= Médecin généraliste  
4= Médecin spécialiste 5= Autre 9= Indéterminée
14. Date d'entrée..... \... \... \... \... \... \
15. Durée d'hospitalisation préopératoire en jours..... \... \... \
16. Durée d'hospitalisation postopératoire en jours..... \... \... \
17. Date de sortie..... \... \... \... \... \... \
18. Motif de consultation ..... /..... /
- 1= Douleurs 2= Arrêt des matières et des gaz 3= Hoquet  
4=Météorisme abdominal 5= Vomissement 6=Fièvre 7= Diarrhée 8=  
Autres 99= Indéterminée  
10= 1+6 11= 5+3
- 18a - Si autre à préciser

## H D M

19. Début de la symptomatologie ..... \... \ jours
20. Siège de la douleur..... \... \
- 1= Fosse iliaque droite 2= fosse iliaque gauche 3= flanc droit  
4 = flanc gauche 5=Hypochondre droit  
6=Hypochondre gauche 7= Epigastrique 8=Hypogastrique 9=Péri  
ombilicale 10=Diffuse 11=Autres 99=Indéterminé
21. La durée de la douleur..... \... \.
- 1=0-6h 2=7-12h 3=13-18h. 4=19-24h 5=2-3jours  
6=4-7jours
- 22 - Mode de début de la douleur..... \... \
- 1=Brutal 2= Progressif 3=Autre 9=Indéterminé
- 23 - Type de la douleur..... \... \.

1=Brûlure 2=Piqûre 3=Torsion 4=pesanteur 5=Ecrasement  
6=colique 7=Autre 9=Indéterminé

24 – Irradiation de la douleur.....\...\

1= Organes génitaux 2=Périnée 3=Bretelle 4=Postérieur 5=Ceinture  
6=Transfixiante 7= Latérale 8= Pan radiante  
9= Sans irradiation  
10= Ascendante 11=Autre 99=Indéterminée

25 – Intensité de la douleur.....\...\

EVA : échelle visuelle analogue

La note est comprise entre 0 et 10

Scores :

1- 0-2 : douleur nulle

2- 3-4 : douleur faible

3- 5-6 : douleur modérée

4- 7-8 : douleur intense

5- 9-10 : douleur très intense

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

1= non 2= effort 3= stress 4= repas 5= faim 6 = autres  
9= indéterminé

27. Facteurs calmant la douleur : /...../ ( 1= médicaments 2= position  
antalgique 3= ingestion d'aliments 4= vomissements 5= autres 9= indéterminé)

28 –Evolution de la douleur.....\...\

1= Douleurs permanentes 2=Douleurs intermittentes 3=Autre  
9= indéterminé

29 - Durée d'une crise.....\.....\

1= 5-15mn 2= 16-30mn 3=31-60mn 4=1-3 jours

Signes d'accompagnement

30. Digestifs.....\...\

1=Pas de signes digestifs 2= Nausées 3= Vomissements  
4= Diarrhée 5= Constipation 6=Rectorragie 7= Méléna  
8= Hématémè 9= Arrêt des matières et des gaz 10= Gargouillement  
11= Flatulence 12= Ténésmes 13=Epreintes 14= Engouement  
15= 2+3 16=2+3+5 17= 7+8 18= 4+13+14 19= 5+6  
20= 5+10+11 21= 3+17 22= 2+3+5+9  
23= 9+16 24= Autres 99= Indéterminée

31. Gynéco-obstétriques.....\...\

1=Pas de signes gynéco-obstétriques 2=Métrorragie 3=Autres  
4= leucorrhée 5= prurit génital 99=Indéterminée

32. Urinaires.....\...\

1=Pas de signes urinaires 2=Dysurie 3=Hématurie  
4 = brûlure mictionnelle 99= Indéterminé

33. Autres signes.....\.....\

1= Pas d'autres signes 2=Fièvre subjective 3=Sueurs froides  
4= Frissons 5= Ictère 6=Amaigrissement 7=Asthénie 8= 2+3+4  
9=5+7 10= 6+7 11= 3+4 13= Autres à préciser

## ATCD

### **Personnels**

34.Médicaux.....\...\

1=Bilharziose 2=Diarrhée 3=Constipation 4=Infection urinaire  
5=Drépanocytose 6=Infection génitale 7=Epigastralgie 8=Toux  
9=HTA 10=Diabète 11=.parasitose 12=UGD 13=autres  
99=indéterminée

35. Chirurgicaux.....\.....\

1= Non opéré de l'abdomen 2= Opéré de l'abdomen

36. Diagnostic à préciser.....\...\

37. Suites opératoires .....\.....\

1=Simples 2=Abcès de paroi 3=Autres 9=Indéterminée.

38. Gynéco-obstétriques :...../.../

1- G : Nombre de grossesses .....\...\

A :Nombre d'avortements provoqués.....\...\

A : Nombre d'avortements spontanés.....\.....\

V : Nombre d'enfants vivants.....\.....\

DC : Nombre d'enfants décédés.....\.....\

2-DDR : Date de dernières règles .....\.....\

3-Parité .....\.....\

4- opéré .....\.....\

5- Autres 9- indéterminé

### **FAMILIAUX**

39. Médicaux ...../.../

1= oui 2= non

40- Chirurgicaux ...../.../

1= oui 2 = non

**EXAMEN :****signes généraux**

- 41 Etat général : Classification ASA ...../.../  
 1= ASA I 2= ASA II 3= ASA III 4= ASA IV 5=ASA V
- 42.Conjonctives...../.../  
 1=Pâles 2=Colorées 3=Ictère 4= Autres 9=Ind .
43. Température en degré.....\...\  
 44. Pouls en battements/mn.....\...\  
 45. Poids en Kgs.....\...\  
 46-TA maxima en mm de HG.....\...\  
 TA minima en mm HG.....\...\  
 47-Rythme respiratoire en mouvements/mn.....\...\  
 48- Faciès: /...../ ( 1= normal ;2= tiré, 3= péritonéal , 4= autres  
 9 = indéterminé )
- 48 a- Si Autres à préciser : /...../  
 49-Pli cutané : /...../ ( 1= absent 2= présent 9= indéterminé )
- 49 a- Si Autres à préciser
- 50- Langue : /.../ ( 1 = humide 2 = sèche 3= saburrale 9 = indéterminé)
- 50-a- Si Autres à préciser
- 51- Conscience : /-----/ ( 1 = normal 2 = agitée 3 =confus 4 = coma  
 5= autres 9 =indéterminé )
- 51-a- Si Autres à préciser

**Signes physiques :**• **Inspection :**

52. Présence de cicatrice opératoire sur l'abdomen.....\...\  
 1=Xypho-sus-pubienne 2=Médiane sus ombilicale  
 3=Médiane sous ombilicale 4=Au point de Mac Burney  
 5=Pfannentiel 6= Inguinale droite  
 7= Inguinale gauche 8= Autres 9= Indéterminée .
53. Morphologie de l'abdomen.....\...\  
 1= Asymétrie de l'abdomen  
 2= Distension abdominale sus ombilicale  
 3= Distension abdominale généralisée 4= Rétraction abdominale  
 5= Autre 9= Indéterminée.
54. Mouvements de l'abdomen...../.../  
 1= Immobilité 2= Ondulations péristaltiques 3= Autres  
 9= Indéterminée.

• **Palpation :**

55. Défense abd. Localisée.....\...\  
 1=FI D 2= Hypogastre 3= FIG 4= Flanc droit  
 5= Flanc gauche 6= Péri ombilicale 7= Hypochondre  
 8= Epigastre 9=Hypochondre gauche 10=Péri ombilicale

- 11=généralisée 12=autres 99=indéterminée.
56. Contracture abdominale.....\...\
- 1= FID 2= Hypogastre 3= FIG 4= Flanc droit  
5= Flanc gauche  
6= Péri ombilicale 7= Généralisée 8= Autres  
9= Indéterminée
57. Masse.....\...\
- 1= Oui 2= Non
- 58 - Les limites.....\...\
- 1= Régulières 2=Irrégulières
- 59 - Consistance.....\...\
- 1= Molle 2= Ferme 3= Elastique 4= Dure 5=Autres  
9= Indéterminée.
- 60 Réductibilité.....\...\
- 1= Oui 2= Non
- 61 - Impulsivité à l'effort de toux.....\...\
- 1=Oui 2= Non
- 62 Mobilité .....\...\
- 1=OUI 2=Non
63. Les douleurs provoquées.....\...\
- 1= FID 2= Hypogastre 3= FIG 4= Flanc droit  
5= Flanc gauche  
6= Péri ombilicale 7= Hypochondre droit 8= Epigastre  
9= Hypochondre gauche 10= Péri ombilicale 11= Autres  
99= Indéterminée.
64. Orifices herniaires : /.../ ( 1= libres 2= autres 9 = indéterminé )
- **Percussion**.....\...\
  - 1=Normale 2= Météorisme 3= Matité 4=Autres  
9= Indéterminée.
  - **Auscultation**
65. Bruits intestinaux à l'auscultation : .....\...\
- 1=Normaux 2=Gargouillement 3= Silence 4=Souffle  
5= Autres 9= Indéterminée
- **Toucher Pelvien**
66. T R
- 66a - Douleur.....\...\
- 1= Pas de douleur 2= Douleur à droite 3= Douleur à gauche  
4= Douglas bombé 5= cri du Douglas 6= Autres  
9= Indéterminé
- 66 b - Masse.....\...\
- 1= Hémorroïde à préciser le siège 2= Autres 9= Indéterminée
- 66 c - Sang sur le doigtier.....\...\
- 1=Oui 2= Non 3= Autres 9= Indéterminée.

## 67. TV

67 a - Douleur ..... \... \

1= Pas de douleur 2= Douleur à droite 3= Douleur à gauche  
4= Douleur antérieure 5= Douleur postérieure 6= Douglas bombé  
7 = Autres 9= Indéterminée.

68b - Masse..... \... \

1= A droite 2= A gauche 3=Autre 9= Indéterminée.

69c - Présence de sang sur le doigtier..... \... \

1= Oui 2=Non 3= Autres 9= Indéterminée.

- **Autres Appareils**

70- Cœur : /---/ ( 1= bruits normaux , 2=bruits anormaux , 3= souffles,  
4= autres, 9= indéterminé )

70-a- Si Autres à préciser : /...../

71- Pouls périphériques : /.../ ( 1= perçus, 2= non perçus )

71-a-Si Autres à préciser : /...../

72- Appareil respiratoire : /.../ ( 1=normal, 2=bruits anormaux, 3=dyspnée ,  
4 = autres, 9 = indéterminé

72 -a-Si Autre à préciser : /...../

**Les examens complémentaires avant ou après l'opération :**

73.Radiographie d'ASP..... \... \

1= Normale 2= Anomalie à préciser

74. Echographie..... \... \

1= Normale 2= Anomalie à préciser

75. Transit baryté du grêle ..... \... \

1= Normale 2= Anomalie à préciser

76.Hémoculture..... \ \

1= Stérile 2= Germes à préciser

77. Examen bactériologique..... \... \

1= Absence de germes 2= Germes à préciser

78. Sérodiagnostic de Widal..... \... \

1= Négatif 2= Positif

79.Coproculture..... /...../

1= Absence de germes 2= Germes à préciser

80.Biopsie..... \... \

81. I DR..... \... \

1= Négatif 2= Positif

82. Autres à préciser..... \... \



93. Prescripteur.....\..\
- 1= Automédication 2= Aide soignant 3= Infirmier 4= Etudiant  
5= Médecin 6= Autre 9= Indéterminée
94. Prescription.....\..\
- 1= Antalgique 2=Anti-inflammatoire 3= Antibiotique 4= 1+2  
5= 1+3 6= 2+3 7= Autre 9= Indéterminée
95. Durée moyenne du traitement.....\..\
- 1= 0-12h 2= 13-24h 3= 2-3 jours 4= 4-5 jours  
5= 6-7 jours
96. Les effets du traitement médical.....\.....\.
- 1=Sans effet 2= Diminue la douleur 3=Disparition temporaire de la  
douleur 4= Espacement des crises 5= Autres  
9= Indéterminée
- 97.Traitement Traditionnel.....\..\
- 1= Oui 2= Non 9= Indéterminée
98. Effet du traitement traditionnel. ....//...../
- 1= Sans effet 2= Diminue la douleur  
3= Disparition temporaire de la douleur 4= Espacement des crises  
5= Autres 9= Indéterminée

## TRAITEMENT

### **99-Traitement chirurgical**

100. Techniques.....\..\
- 1= Excision Suture  
2=Résection Anastomose Termino-Terminale  
3= Drainage 4=Colostomie 5=Autres 9=Indéterminée
- 100a- Si Autre à préciser
101. Nombre de drain.....\..\
102. Sièges du drain.....\..\
- 1=Gouttière pariéto-colique droite  
2=Gouttière pariéto-colique gauche  
3=Les deux 4=Autres 9=Indéterminée
- 102a- Si autre à préciser

### **103 PRONOSTIC**

Score de MANNHEIM (MPI)



PARAMETRES	DONNEES	POINTS
Age (en année)	>50	5
	<=50	0
Sexe	Féminin	5
	Masculin	0
Défaillance viscérale	Présente	7
	Absente	0
Malignité	Présente	4
	Absente	0
Délai de prise en charge>24H	Présent	4
	Absent	0
Foyer primaire	Pas dans le Colon	4
	Dans le Colon	0
Péritonite généralisée diffuse	Présente	6
	Absente	0
Nature du liquide péritonéal	Claire	0
	Visqueuse	6
	Purulente	12

INTERPRETATION : Score minimal= 0 Score maximal=47

MPI >26 :Taux de mortalité élevé

NB : Les défaillances viscérales

\*RENALES

- oligurie < 20mL / h

-urée  $\geq 16.7$ mmol

-créatinine  $\geq 177$ umol

\*RESPIRATOIRES

- PaO<sub>2</sub><50mmhg

- PaCO<sub>2</sub>>50mmhg

\*CHOC

\*OBSTRUCTION INTESTINALE

-paralysie>24h

-Iléus mécanique complet

104- **RESULTATS** ...../.../

1= 0- 10 2= 11 – 20 3= 21 – 30 4= 31- 40 5= 41- 47 6= autres

9= indéterminé

### EVOLUTION:

105. Avant l'opération

105a - Echec du traitement médical.....\...\

1= Oui 2= Non

105b - Les causes de l'échec du traitement médical.....\...\

1= Diagnostique 2= Economique

3= Socio-géographique 4= Non observance

5= Autres à préciser 9= Ind.

### 106-Après l'opération

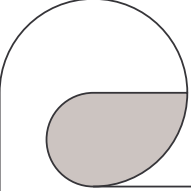
- 106a-. Suites opératoires précoces(1 à 30jours).....\..\
- 1= Simples 2= Choc volemique 3= Septicémie  
 4= Abscesses de la paroi  
 5= Défaillance cardiaque 6= Acidose – métabolique 7= IR  
 8= fistulisation digestive 9= Lâchage anastomotique  
 10= Décès 11= .répéritonisation 12=autres 13=occlusion  
 14=éviscération  
 99= indéterminé
- 106b. Suites opératoires à court terme ( 1à 3 mois).....\..\
- 1= Simples 2 = Eventration 3= Troubles digestifs  
 4= Occlusion  
 5= Syndrome de grêle court 6= Décès 7= Autres 8=Intervention  
 9= Retard de cicatrisation 99= Ind.
- 106c. Suites opératoires à moyen terme ( 3 à 24 mois).....\..\
- 1= Simples 2= Eventration 3= Troubles digestifs 4=  
 Occlusion  
 5= Syndrome de grêle court 6= Décès 7= Autres 9= Ind
- 106d. Suites opératoires tardives.....\..\
- 1= Simples 2= Eventration 3= Troubles digestifs  
 4= Occlusion  
 5= Syndrome de grêle court 6= Décès 7= Autres 9= Ind
- 106e. Mode de suivi.....\..\
- 1= Venu de lui-même 2= Sur rendez-vous 3= Vu à domicile  
 4= Sur convocation 5= Autre 9= Ind.

### 107- Coût de la Prise en Charge

- Frais de consultation ...../...../  
 - Ordonnances ...../...../  
 - Kit ...../...../  
 - Frais d'hospitalisation ...../...../

TOTAL

### 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