

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI

\*\*\*\*\*

**Un Peuple - Un But - Une foi**



UNIVERSITE DE BAMAKO

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

Faculté de Médecine de Pharmacie

et d'Odonto-stomatologie

(F.M.P.O.S)

Année académique : 2005-2006

N°...../

**PRISE EN CHARGE DES PERFORATIONS  
DIGESTIVES A L'HOPITAL REGIONAL  
DE SIKASSO  
A PROPOS DE 107 CAS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le ...../...../2006

à la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Par

Mr Sonkalo COULIBALY

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

**JURY :**

**Président : Pr Sambou SOUMARE**

**Membre : Dr Zimogo Zié SANOGO**

**Dr Adama KOITA**

**Codirecteur : Dr Mamadou DOLO**

**Directeur de Thèse : Pr Djibril SANGARE**

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE****ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006****ADMINISTRATION****DOYEN:****Anatole TOUNKARA**  
Professeur**1<sup>er</sup> ASSESSEUR:****Drissa DIALLO**  
MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ**2<sup>ème</sup> ASSESSEUR:****Sékou SIDIBE**  
MAITRE DE CONFERENCES**SECRETAIRE PRINCIPAL:** **Yénimegue Albert DEMBELE**  
Professeur**AGENT COMPTABLE:** **Mme COULIBALY Fatoumata TALL**  
CONTROLEUR DES FINANCES**PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie – Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
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, <b>Chef de</b>

**D.E.R.**

Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation

**2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES***Perforations digestives à l'hôpital régional de Sikasso*

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophthalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

### 4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssef COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

### 5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophthalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/ Obstétrique

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

##### 1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie - <b>Chef de D.E.R.</b>

Mr Bakary M. CISSE  
Mr Abdrahamane S. MAÏGA  
Mr Adama DIARRA  
Mr Massa SANOGO

Biochimie  
Parasitologie  
Physiologie  
Chimie Analytique

## 2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE  
Mr Flabou BOUGOUDOOGO  
Mr Amagana DOLO

Histoembryologie  
Bactériologie – Virologie  
Parasitologie

## 3. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou KONE  
Mr Mahamadou CISSE  
Mr Sékou F. M. TRAORE  
Mr Abdoulaye DABO  
Mr Ibrahim I. MAÏGA

Physiologie  
Biologie  
Entomologie médicale  
Malacologie – Biologie Animale  
Bactériologie – Virologie

## 4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Abdrahamane TOUNKARA  
Mr Moussa Issa DIARRA  
Mr Kaourou DOUCOURE  
Mr Bouréma KOURIBA  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Cheick Bougadari TRAORE  
Mr Lassana DOUMBIA  
Mr Mounirou Baby  
Mr Mahamadou A Théra

Biochimie  
Biophysique  
Biologie  
Immunologie  
Bactériologie/ Virologie  
Anatomie pathologie  
Chimie Organique  
Hématologie  
Parasitologie

## 5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO  
Mr Guimogo DOLO  
Mr Abdoulaye TOURE  
Mr Djbril SANGARE  
Mr Mouctar DIALLO  
Mr Boubacar TRAORE  
Mr Bocary Y Sacko

Entomologie-Moléculaire Médicale  
Entomologie-Moléculaire Médicale  
Entomologie-Moléculaire Médicale  
Entomologie-Moléculaire Médicale  
Biologie/ Parasitologie  
Immunologie  
Biochimie

## ▪ D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY  
Mr Mamadou K. TOURE  
Mr Mahamane MAÏGA  
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  
Mr Somita KEITA

Médecine Interne  
Cardiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie- **Chef de D.E.R.**  
Neurologie  
Radiologie  
Pédiatrie  
Médecine Interne  
Hématologie  
Gastro-entérologie-Hépatologie  
Dermato-Léprologie

**2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

**3. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie

**4. MAITRES ASSISTANTS**

Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses

**5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar Guinto	Neurologie

▪ **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique <b>Chef de D.E.R</b>

**2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

**3. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Boulkassoum Haidara	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

**4. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mne Rokia SANOGO	Pharmacognosie

**5. ASSISTANTS**

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

**D.E.R. SANTE PUBLIQUE****1. PROFESSEUR**

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

**2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE**

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
--------------------	----------------

**3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique

**4. ASSISTANTS**

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Biostatistique

**▪ CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

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

Mr Yaya COULIBALY  
Mr Lassine SIDIBE

Législation  
Chimie-Organique

▪ **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA  
Pr. Babacar FAYE  
Pr. Eric PICHARD  
Pr. Mounirou CISSE  
Pr. Amadou Papa DIOP

Bromatologie  
Pharmacodynamie  
Pathologie Infectieuse  
Hydrologie  
Biochimie

**DEDICACES  
ET  
REMERCIEMENTS**

*Je dédie*

*Ce*

*Travail*

Au Prophète Mouhamad (SAW) que la paix et le salut de DIEU soient sur lui.

A mon père Mamadou Nangolo COULIBALY :

*Perforations digestives à l'hôpital régional de Sikasso*

Vous avez tout consacré pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui. Vous êtes un père exemplaire, rigoureux, votre amour pour la bonne éducation de vos enfants fait de vous un exemple à envier.

Ce travail est le fruit de vos prières; vos sacrifices consentis et votre soutien moral et financier pendant les moments difficiles de mes études.

Que Dieu le tout puissant vous bénisse et vous accorde une longue vie !

A ma mère **Korotoumou BALLO**:

A distance votre amour, vos bénédictions, vos sacrifices et votre soutien moral ne m'ont jamais fait défaut. Puisse Dieu vous donner une longue vie. Je vous assure de mon amour profond et de toute ma reconnaissance.

A tous mes oncles :

**Salifou COULIBALY, Niara COULIBALY, Sirakoro BALLO, Bougouza BALLO, Zèly BALLO** pour les efforts que vous avez fournis pour ma réussite aux études.

A mes tantes :

**Awa COULIBALY, Batogoma COULIBALY, Fanta COULIBALY.**

A mes grands parents (in memorium) **Nangazié COULIBALY, Boliza COULIBALY, Ago COULIBALY ET Karicho SOULIALY.** Que Dieu le tout puissant et la miséricorde vous accorde le paradis éternel ! Amen

**Remerciements**

**A notre maître : Professeur Sambou SOUMARE**

Pour la formation de haute qualité la rigueur et le sens de la responsabilité dont vous nous avez fait bénéficié tout le long de notre séjour dans le service.

**A notre maître : Professeur Djibril SANGARE**

Pour votre disponibilité, vos qualités humaines et votre savoir-faire pédagogique incontesté.

**A notre maître : Dr Zimogo Zié SANOGO**

Pour le rôle de père, de conseiller, d'éducateur de formateur de qualité, pour votre rigueur et votre disponibilité.

**A notre maître : Dr Sadio YENA**

Pour votre contribution à notre formation avec une rigueur et une disponibilité que vous avons hautement apprécié.

**A notre maître : Dr Adama KOITA**

**A notre maître : Dr Mamadou DOLO**

Pour votre disponibilité vos qualité humaines et votre capacité de formation.

**Aux CES de chirurgie :**

Pour vos conseils, la formation pratique que vous nous avez donné.

Au personnel de la chirurgie A de l'hôpital du point G pour la bonne collaboration durant le séjour

**AUX Docteur : Dr Issa Nafo Ouattara, Dr Sekou Koumaré, Dr Moussa Camara, Dr Lamine Soumaré, Dr**

Lamine Traoré ; pour les conseils que vous m'avez donné

A mes collègues internes de la CH A : Youssouf Koné, Pierre Sodio, Ignace N'ganmeni, Laure Fotso, et tous les frères cadets internes

A mes amis de tous les jours : Dr Bréhima Traoré, Dr Drissa Goita, Dr Issa Konaté, Dr Jean Paul Dembélé, Mr Dramane Dao dit De Gaule, Mr Zanfon Demélé ; merci pour votre bonne collaboration et votre soutien matériel et moral

A l'ensemble des internes de l'hôpital régional de Sikasso

A tous les chirurgiens de l'hôpital régional de Sikasso : pour la formation pratique que nous avons reçu de leur part

A l'ensemble des médecins de l'hôpital régional de Sikasso pour leur bonne collaboration.

A tout le personnel de l'hôpital régional de Sikasso.

Aux aînés médecins : Dr Seydou Mandian Konaté, Dr Siaka Sanogo,

Aux associations de la faculté : A.D.E.R.S ; A.E.SA.C.K.S ; Association WU WU YE COO des étudiants mianka et Sympatisants.

Aux familles Traoré à Boulkoumbougou, Coulibaly à  
Djicoroni para, Niamakoro, et Dianeguila

**HOMMAGES**  
**AUX**  
**MEMBRES DU JURY**

*A notre maître et président du jury*

*Professeur Sambou SOUMARE*

*Professeur titulaire de chirurgie générale*

*Chef de service de chirurgie "A" du CHU du point G*

Cher maître votre intégrité, votre disponibilité, votre courage et votre rigueur pour le travail bien fait sont là quelques unes de vos qualités, ainsi que votre sens social.

Votre simplicité et votre pragmatisme, la qualité de votre enseignement et votre détermination ont fait de vous un être remarquable.

Trouver ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

*A notre maître et membre du jury*

*Docteur Zimogo Zié SANOGO*

*Chargé de cours de sémiologie et de pathologie chirurgicale à la FMPOS*

*Praticien hospitalier dans le service de chirurgie générale, laparoscopique  
et thoracique du CHU du point G*

Cher maître ce travail est le fruit de vos efforts. Votre désir de faire savoir,  
votre courage et votre disponibilité nous ont fortement impressionné.

Vos cours théoriques et pratiques resteront graver dans nos mémoires,  
travailler à vos côtés a été un plaisir pour moi.

Soyez rassuré cher maître de notre profond rattachement et de notre sincère  
reconnaissance.

*A notre maître et membre du jury*

*Docteur Adama KOITA*

*Spécialiste en chirurgie générale*

*Praticien hospitalier au CHU du point G*

Cher maître votre simplicité, votre courage, votre assiduité, votre amour pour le travail bien accompli et votre sens social font de vous un maître admiré.

Nous avons été satisfait d'avoir appris à vos côtés.

Trouvez ici cher maître nos vives remerciements.

*A notre maître et co directeur de thèse*

*Docteur Mamadou DOLO*

*Médecin Directeur*

*Spécialiste en chirurgie générale*

*Praticien à l'hôpital régional de Sikasso*

Cher maître nous avons été émerveillé par votre courage, votre amour et votre rigueur pour le travail bien fait.

Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés. Nous vous prions cher maître de bien vouloir trouver ici l'expression de notre sincère remerciement.

*A notre maître et directeur de thèse*

*Professeur Djibril SANGARE*

*Maître de conférence agrégé en chirurgie générale*

*Charger de cours de sémiologie chirurgicale à la FMPOS*

Cher maître ce travail est le votre. Vous l'avez dirigé du début à la fin sans ménager aucun effort. Votre simplicité, votre sérénité, votre esprit communicatif et votre culture font de vous un maître admiré.

Soyez assuré cher maître de notre profond attachement et de notre profond respect.

## SOMMAIRE

### PAGES

INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....	1-3
GENERALITES.....	3-18
METHODOLOGIE.....	19-23
RESULTATS.....	24-58
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	59- 67
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	68- 70
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	71- 78
ANNEXES	

## LISTE DES ABREVIATIONS

FMPOS :	Faculté de Médecine De Pharmacie et d'odontostomatologie
TD :	Tube digestif
ATCD :	Antécédent
ASP :	Abdomen sans préparation (Radiographie)
ATB :	Antibiotique
TR :	Toucher rectal
CSCOM :	Centre de santé communautaire
CSREF :	Centre de santé de référence
AMG :	Arrêt de matières et de gaz
Echo :	Echographie
V B :	Valvule de Bauhin
A G :	Anesthésie générale
Péri :	Péridurale
Rachi :	Rachianesthésie
ATT :	Anastomose termino-terminale
Cipro :	Ciprofloxacine
Metro :	Métronidazole
Ampi :	Ampicilline
Genta :	Gentamicine
Peni G :	Pénicilline G
E.Coli :	Esherichia Coli

# INTRODUCTION

*Perforations digestives à l'hôpital régional de Sikasso*

## INTRODUCTION

### 1.1 DEFINITION:

Les perforations digestives se définissent comme une brèche au niveau du tube digestif [1]. De l'œsophage jusqu'au rectum, les perforations peuvent se voir à tous les niveaux. Au niveau abdominal les perforations digestives sont responsables de péritonite dont la gravité peut engager le pronostic vital.

Les étiologies des perforations digestives sont variées et leur pronostic reste sombre en Afrique. Dembélé [6] trouvait en 1974 au Mali 14,81% de taux de mortalité. Au Sénégal, Diouf [7] en 1975 et Seck [8] en 1977 ont respectivement trouvé des taux de 50% et 38,57%.

Plus récemment une étude en 1996 dans les hôpitaux de Bamako et Kati Y Sidibé [10] trouvait une mortalité de 42,9% des péritonites généralisées. En 1999 Oumar Sountié Coulibaly [11] trouvait un taux de 2,93% de mortalité dans un service de référence universitaire (point G)

Aucune étude n'a jamais eu lieu sur le sujet à Sikasso. Ainsi il nous a paru utile de faire une étude prospective sur les perforations digestives à Sikasso dans le service de chirurgie générale.

## **1.2. OBJECTIFS:**

Le présent travail a pour objectif

### **1.2.1 Objectif général :**

Etudier la prise en charge des perforations digestives à l'hôpital régional de Sikasso.

### **1.2.2 Objectifs spécifiques:**

- Déterminer la fréquence des perforations digestives à l'hôpital régional de Sikasso
- Déterminer les étiologies des perforations digestives à l'hôpital régional de Sikasso
- Décrire le traitement (général et étiologique)
- Evaluer le résultat à court et moyen terme de ces traitements
- Faire des recommandations.

# GENERALITES

*Perforations digestives à l'hôpital régional de Sikasso*

**RAPPEL ANATOMIQUE : [12]**

**2.1 L'œsophage** : Est le segment du T.D qui relie le pharynx à l'estomac.

Il traverse successivement la partie inférieure du cou, le thorax, le diaphragme, pénètre dans l'abdomen et s'ouvre dans l'estomac en formant avec le fundus de cet organe un angle aigu ouvert en haut et à gauche. L'orifice d'abouchement de l'œsophage est appelé cardia.

L'œsophage mesure en moyenne 25cm de longueur. Quand il est moyennement distendu, son calibre varie suivant les régions. Le conduit œsophagien présente en effet quatre rétrécissements appelés : rétrécissement cricoidien, aortique, bronchique et diaphragmatique.

La paroi de l'œsophage, épaisse (3mm environ) quand il est vide, est constituée de trois tuniques superposées qui sont de dehors en dedans : une tunique musculaire, une tunique celluleuse sous muqueuse, et une muqueuse.

**2.2 L'estomac** : C'est un segment dilaté du TD (tube digestif), intermédiaire à l'œsophage et au duodénum. Il occupe la plus grande partie de la loge sous phrénique gauche comprise entre le diaphragme et en haut et en dehors, le mesocolon et le côlon transverse en bas, la région cœliaque en dedans. La loge sous phrénique correspond à peu près à l'hypochondre gauche et une

partie de l'épigastre. L'estomac moyennement distendu mesure 25cm dans sa plus grande longueur, 10 à 12cm de largeur, 8 à 9cm dans le sens antéro-postérieur.

La paroi de l'estomac se compose de quatre tuniques superposées qui sont de dehors en dedans, les tuniques séreuse, musculaire, sous muqueuse et muqueuse.

### Schéma:

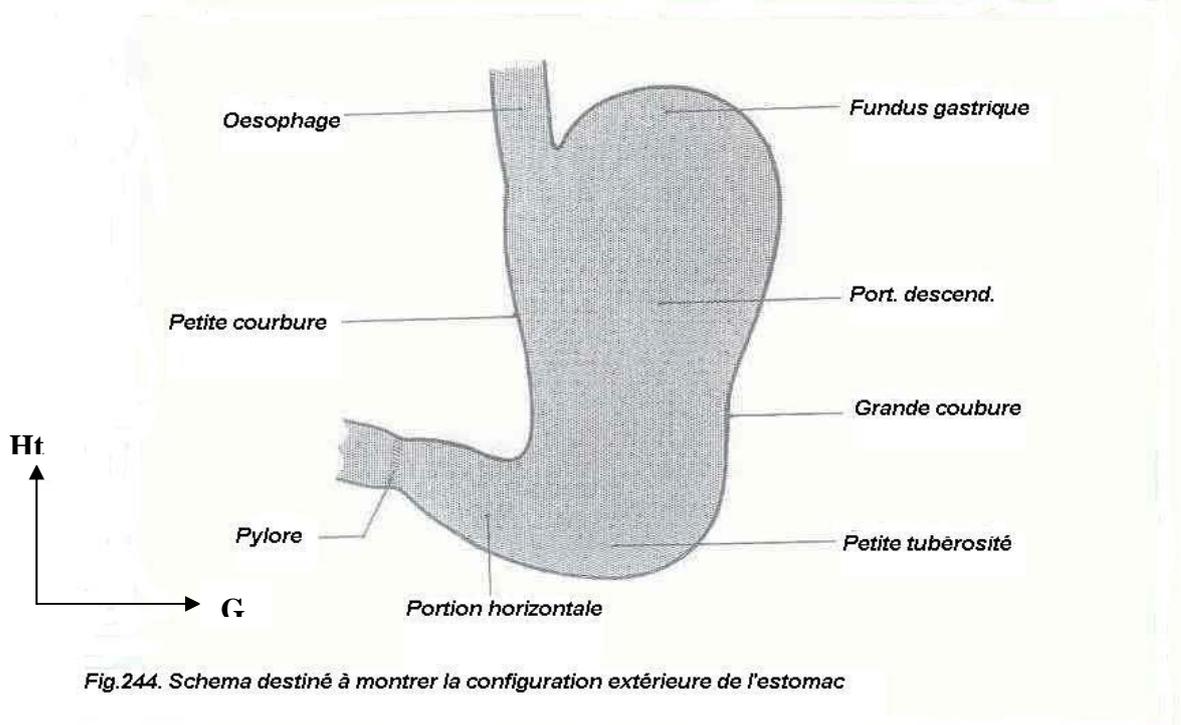
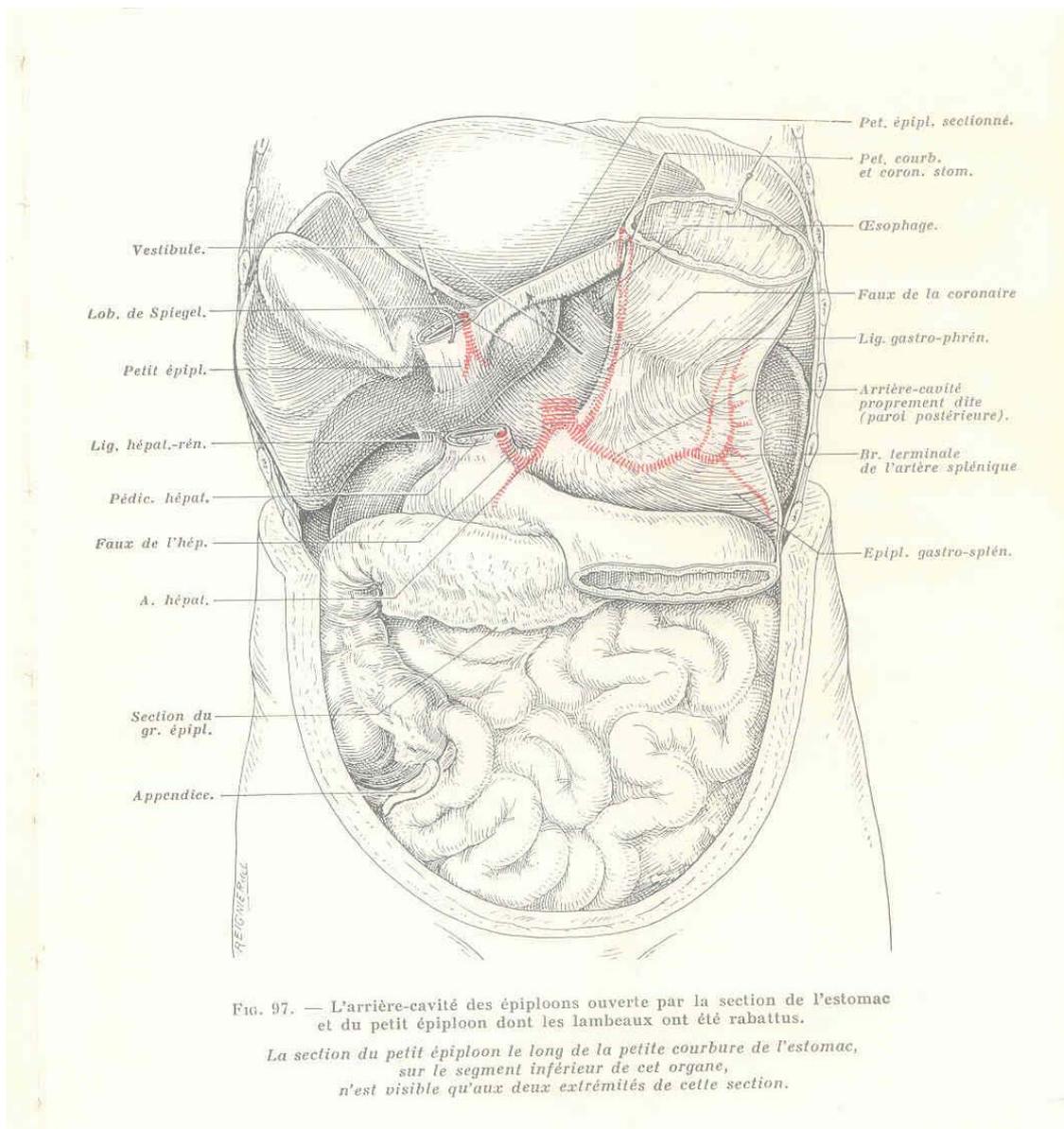


Fig.244. Schéma destiné à montrer la configuration extérieure de l'estomac

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



**2.3.1 Le duodénum** : Il est la partie initiale de l'intestin grêle. Ce segment du TD est enroulé en forme d'anneau autour de la tête et le col du pancréas, et profondément situé sur la colonne vertébrale et des gros vaisseaux pré vertébraux. Il se distingue du jéjunum et de l'iléum parce qu'il est à peu près immobilisé par ses connections avec les vaisseaux voisins, le foie, le pancréas et le péritoine.

Le duodénum commence au pylore et son origine est indiquée par le sillon duodéno-pylorique.

La longueur du duodénum est de 25cm. Son calibre est irrégulier, son diamètre mesure environ suivant la région 3 à 4cm.

Le duodénum se compose comme tout le tube intestinal de quatre tuniques superposées qui sont de dehors en dedans ; les tuniques séreuse, musculaire, sous muqueuse et muqueuse.

**2.3.2 Le jéjunum et l'iléum** : Ils s'étendent du duodénum au gros intestin. Ils commencent à la courbure duodéno-jéjunale et se terminent dans le côlon ascendant leur longueur est d'environ 6,5cm. Leur calibre est de 3cm à la courbure duodéno jéjunale, et de 2cm au voisinage de leur terminaison. Ils décrivent environ de 15 à 16 flexuosités appelées anses intestinales.

On reconnaît deux groupes principaux d'anses intestinales :

-un groupe supérieur gauche formé d'anses horizontales, placées les unes au-dessous des autres

-un groupe inférieur droit, formé d'anses verticales, juxtaposées de gauche à droite et d'avant en arrière.

**2.4 Le gros intestin :** C'est la dernière partie du TD. Il s'étend de l'angle iléo-cæcal à la jonction rectosigmoïdienne

Le cæcum est un récessus borgne sous-jacent à l'abouchement de l'iléon terminal dans le gros intestin. Il mesure 6cm de hauteur, et de 6 à 8 cm de largeur.

L'appendice vermiforme est un diverticule creux appendu à la face médiale du cæcum, 3cm au dessous de l'abouchement iléal. Il mesure 7 à 8cm de longueur et 4 à 8 mm de diamètre.

Le côlon ascendant compris entre le cæcum et la petite courbure colique, mesure 8 à 15cm.

Le côlon transverse s'étend de la droite du côlon ascendant au côlon descendant. Sa longueur varie entre 40 et 80 cm avec une moyenne de 50 cm. Le côlon descendant commence à la courbure colique gauche et se termine à la crête iliaque gauche, où il se continue avec le côlon iléo pelvien.

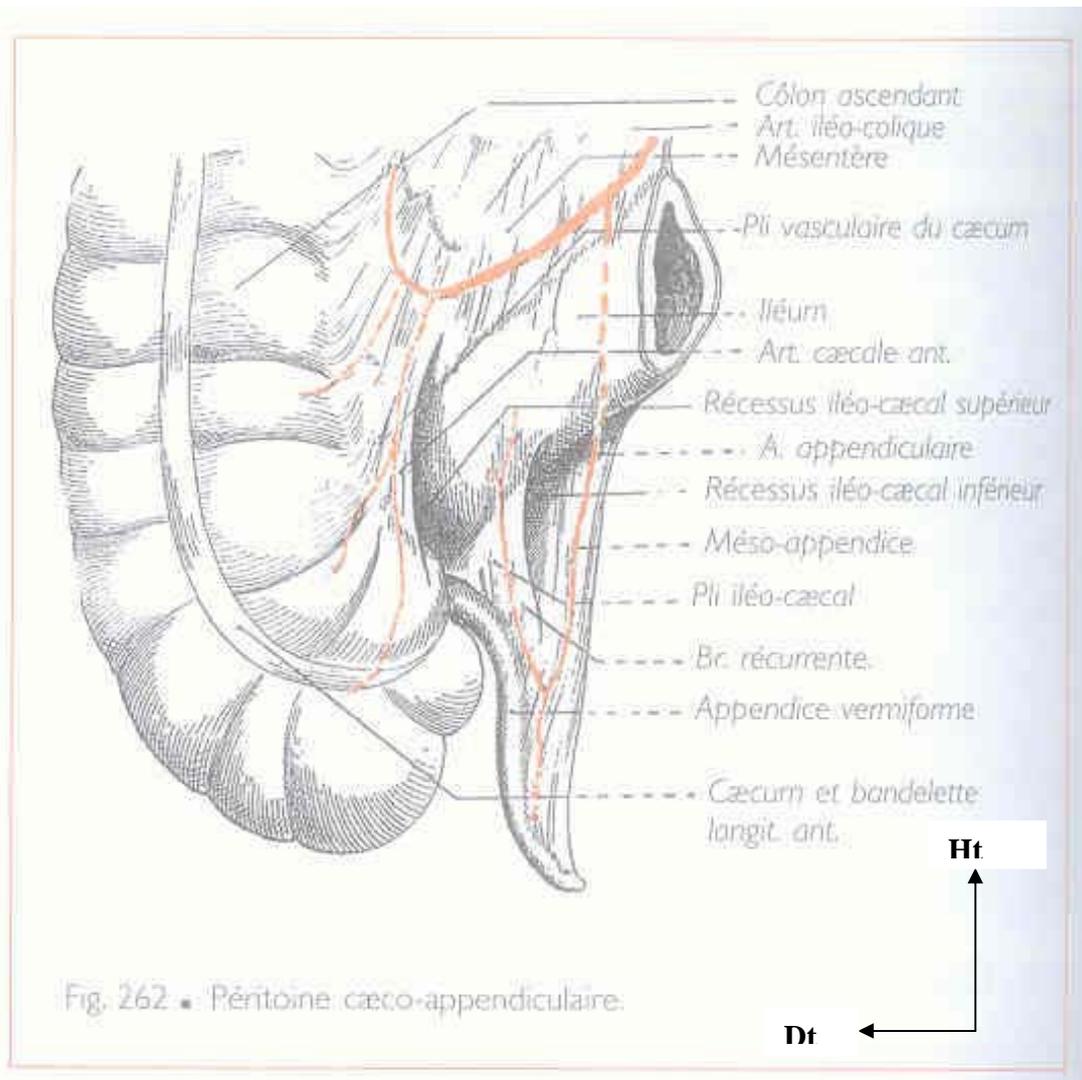
Sa longueur est de 12 cm.

Le côlon pelvien s'étend de la crête iliaque gauche et se continue avec le rectum et le canal anal.

Le rectum et le canal anal constituent le segment terminal du TD.

Le côlon tout comme le rectum est constitué de quatre tuniques : la séreuse, la musculuse, la sous muqueuse et la muqueuse.

Schéma :[13]



## **2.5 Rappel sur le péritoine :**

Le péritoine est une membrane séreuse annexée aux organes contenus dans la cavité abdomino-pelvienne, c'est-à-dire à la partie sous diaphragmatique de l'appareil digestif et à certains organes de l'appareil génito-urinaire. On reconnaît au péritoine, comme à toute membrane séreuse : un feuillet pariétal appelé encore péritoine pariétal et un feuillet viscéral appelé péritoine viscéral.

Le péritoine assure le soutien des organes de la cavité abdominale les suspendant et les fixant à la paroi. La surface du péritoine humectée de sérosité permet aux viscères de glisser les uns sur les autres et favorise ainsi leur mouvement propre.

Le péritoine assure enfin la résorption des liquides intra-péritoneaux, cette résorption normale se faisant surtout vers les hypochondres surtout à droite au-dessus du foie à travers le diaphragme vers les lymphatiques du médiastin par des pertuis.

## **2.6 Pathogénie des perforations digestives:**

La perforation d'un viscère abdominal est quelque fois traumatique (plaie pénétrante ou contusion de l'abdomen) [14]. Elle peut être iatrogène (prise de médicament toxique pour le tube digestif), (manœuvre endoscopique ou chirurgicale) [15].

Le plus souvent, elle est spontanée, qu'il s'agisse entre autre de perforation d'ulcère gastro-duodenal, d'appendicite, d'infection du grêle ou de perforation survenant sur cancer du tube digestif [16]

Ces perforations peuvent s'observer sur un organe sain, elles se voient surtout sur des organes malades [1]

### **2.6.1 Sur organe sain :**

Ces perforations sont dues aux traumatismes abdominaux qui regroupent deux types ou la prise de médicament toxique.

➤ **Perforation par traumatisme abdominal** : il existe deux types

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

- **Les plaies pénétrantes (arme blanche, arme à feu)** : dans le premier cas les lésions sont graves et complexes étendues à un ou plusieurs organes intra-abdominaux, peuvent survenir si la lame employée est large et longue.

La force d'application, les mouvements de va et vient au moment de la pénétration seront des facteurs de risque de lésion d'organes intra-abdominaux. Le côlon transverse et le grêle sont alors directement concernés.

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

La gravité du traumatisme par balle est directement proportionnelle à la quantité d'énergie transmise aux tissus [14]

- **Les perforations médicamenteuses** : Les perforations par nécrose sont plus rares que celles par ulcération. Les anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens et le chlorure de potassium déterminent ces lésions [15]

#### **2.6.2 Sur organe malade:** Ces perforations résultent :

- d'une endoscopie (fibroscopie, ano rectoscopie, colonoscopie)
- d'une inattention du chirurgien lors d'une intervention sur le tube digestif [15]

Le plus souvent elles sont spontanées ; dans ces derniers cas les lésions sont de trois types :

- Première lésion** : congestion, gêne de la circulation veineuse de retour donnant une couleur rouge veineux à la lésion.

Les suffusions sanguines sous séreuses de retour, l'hypersécrétion liquidienne entraînent l'œdème et la distension. Cette lésion est réversible.

**-Deuxième lésion :** L'ischémie puis l'interruption de la circulation artérielle donnent une couleur noire à la lésion. La muqueuse et la musculature sont intéressées par la lésion qui gagne l'intestin de proche amont et prépare la perforation.

**-Troisième lésion :** gangrène et perforation [17]

### **2.7. Rappel clinique des perforations digestives :**

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

-soit en de façon brutale réalisant d'emblée un syndrome franc de péritonite aiguë généralisée souvent révélateur de l'affection causale.

-Soit au cours de l'évolution subaiguë ou chronique de lésion inflammatoire ou non donnant lieu à un processus de péritonite cloisonnée susceptible d'évoluer vers la fistulisation secondaire à la peau ou dans un viscère creux voisin.

**2.7.1 Type de description :****2.7.2 Péritonite par perforation typhique : [18]**

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

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

**Signes généraux :**

-signes de choc et de déshydratation (inconstants) ; faciès altéré, la langue saburrale, l'hypotension artérielle, tachycardie, l'oligurie.

-La température est élevée supérieur à 39°C (péritonite septique)

**Examen physique :**

**Inspection :** on note une disparition de la respiration abdominale

**Palpation :**

-défense généralisée

-contracture abdominale (<<ventre de bois>>)

-hyperesthésie cutanée.

**Percussion :** on retrouve

- une disparition de la matité préhepatique (pneumopéritoine)
- à un stade avancé de la maladie on retrouve une matité déclive des flancs par accumulation de liquide épanché

**Auscultation :**

Au niveau abdominal on recherchera des bruits hydroaériques

Au niveau pulmonaire on retrouve une diminution du murmure vésiculaire dans les bases (œdème réactionnel).

**TR :** On note une douleur vive dans le DOUGLAS

Autres formes cliniques :

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

## **2.8 Les examens para cliniques :**

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

-un pneumopéritoine avec croissant gazeux interhepatodiaphragmatique (caractéristique de la perforation d'organe creux)

-une occlusion intestinale diffuse intéressant le grêle et le côlon

-un épanchement intrapéritoneal avec<< grisaille diffuse>>.

### **2.8.2 L'échographie abdominale et/ou pelvienne :**

Peut confirmer le diagnostic d'épanchement intrapéritoneal

### **2.8.3 La Tomodensitométrie :**

### **2.8.4 Le bilan sanguin :**

(Groupe rhésus taux d'hémoglobine, l'ionogramme sanguin, la NFS-VS, l'hématocrite)

## **2.9. Traitement [19]**

Le traitement de la péritonite est médicochirurgical

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

-aspiration gastro-duodénale,

-transfusion, perfusions hydro- électrolytiques,

-drogues vaso-pressives,

-procaine (perfusion, infiltrations splanchniques).

Les antibiotiques ont un intérêt indiscutable.

**2.9.2 Traitement chirurgical** : il a un triple objectif.

-Nettoyer la cavité péritonéale

-Traiter la cause de la perforation

-Drainer largement la cavité

Le traitement de l'infarctus intestinal lésion irréversible, est l'entérectomie segmentaire. La résection doit se passer en tissu sain avec vascularisation efficace.

L'exploration de la valeur fonctionnelle des vaisseaux mésentériques est capitale.

Il est évident que les soins post-opératoires ont une importance capitale, pour éviter toute perturbation hémodynamique, un trouble de la coagulation, une infection. L'absence de la reprise du transit intestinal, un ballonnement douloureux avec oligurie et fièvre, doivent inciter à une intervention précoce car la récurrence ou la persistance d'un trouble circulatoire peut être à l'origine d'un infarctus itératif.

# METHODOLOGIE

*Perforations digestives à l'hôpital régional de Sikasso*

## METHODOLOGIE

**3.1. Titre :** Perforations digestives

**3.2. Type :** Prospective

**3.3. Cadre d'étude:** Hôpital régional de SIKASSO

L'hôpital régional de SIKASSO est une structure de référence de deuxième niveau dans la pyramide sanitaire du MALI.

Il doit répondre en permanence aux besoins de tous les malades référés par les établissements sanitaires périphériques : les SSC, les CSCOM, les Dispensaires, les CSAR.

D'autre part l'hôpital régional est chargé d'assurer les soins médicaux curatifs et préventifs, la formation et la recherche médicale.

Il occupe une superficie de 4 hectares et est situé en plein centre ville.

Il est limité : Au sud par le grand marché

Au Sud-Ouest par le centre de la mission catholique

Au Nord-Ouest par le dispensaire central

A l'Est par le groupe scolaire A, la direction nationale des impôts, la POSTE et la SOTELMA.

Crée depuis 1930, l'établissement a évolué sous plusieurs appellations :

Assistance médicale indigène

Assistance médicale africaine

Hôpital secondaire et hôpital régional en 1972

Ces différents changements de nom n'ont pas été suivis d'investissements conséquents raison pour laquelle l'hôpital est constitué en grande partie de bâtiments coloniaux.

L'hôpital a pris sa configuration actuelle avec la construction du dernier pavillon en 1991, la réfection du centre d'appareillage orthopédique et la rénovation du bloc administratif avec ouverture d'un centre d'ophtalmologie.

L'hôpital comprend :

1. Un bloc administratif : bureaux, salle de consultation d'échographie, salle de counseling et de service d'ophtalmologie
2. Bloc labo pharmacie : un laboratoire d'analyse biomédicale, la pharmacie de nuit et un magasin de stockage des médicaments
3. Cinq blocs d'hospitalisation : médecine, chirurgie I et II, pédiatrie et nouveau pavillon
4. Un bloc technique : un bloc opératoire, la radiologie et le bureau du médecin directeur
5. un bureau des entrées
6. un bâtiment pour le service social et le gardien
7. une cuisine, des toilettes et WC
8. une morgue et le garage
9. un bloc abritant la maternité (accouchées) et la pharmacie du jour
10. un bloc abritant la gynécologie et le centre dentaire

L'hôpital est dirigé par un médecin directeur, assisté d'un adjoint administratif et d'un surveillant général.

#### **3.4. Période d'étude : 01/01/2005 au 31/12/2005**

**3.5. Patients :** Il s'agit de tous les patients opérés en urgence ou non ; ou opéré d'une autre pathologie mais chez qui une perforation sur le TD a été constatée

**3.5.1 Critères d'inclusion :**

A été inclus, tout patient ayant consulté dans le service des urgences de l'hôpital Régional de Sikasso et qui a été opéré et hospitalisé dans le service de chirurgie pour perforation digestive, patients des deux sexes (masculin et féminin) et de tout âge.

**3.5.2 Critères de non-inclusion :**

A été exclus de notre étude tout patient n'ayant pas présenté une perforation digestive ; tout patient chez lequel une péritonite par perforation digestive a été diagnostiquée mais décédé avant l'intervention

**3.5.3 Méthode :**

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

- un interrogatoire à la recherche de l'histoire et des signes fonctionnels de la maladie, les antécédents médico-chirurgicaux et gyneco-obstetricaux
- un examen physique à la recherche des signes, des signes péritonéaux
- Le bilan paraclinique était constitué selon les cas d'un groupage-rhésus, un taux d'hémoglobine, une échographie abdominale, un ASP et une sérologie widal.
- Seul le coût d'hospitalisation avait été pris en compte

### **3.5.4 Supports**

#### **3.5.4.1 La fiche d'enquête :**

Elle comporte des variables repartis en :

-Données administratives : âge, sexe, profession, ethnie, nationalité, durée d'hospitalisation, mode de recrutement à l'hôpital.

-Paramètres cliniques et paracliniques (signes fonctionnels, signes physiques)

-Les suites opératoires à court et moyen terme

-Le coût d'hospitalisation.

#### **3.5.4.2 La collecte :**

La saisie des données a été effectuée avec le logiciel Word version 2000 et l'analyse a été effectuée sur Epi-info6.0.

Le test de comparaison a été le Khi2

# RESULTATS

## RESULTATS

### 4.1 Epidémiologie :

#### 4.1.1. Fréquence :

De janvier 2005 à décembre 2005 nous avons enregistré 107 cas de perforations digestives. Sur cette période les patients se répartissent comme suit :

Place des perforations digestives dans le service de chirurgie de l'hôpital régional de Sikasso

**Tableau I :** Fréquence globale des perforations digestives dans le service de chirurgie de l'hôpital de Sikasso

<b>Pathologie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Hernies	236	32,9
Adénome de la prostate	110	15,34
<b>Perforations digestives</b>	<b>107</b>	<b>14,92</b>
Appendicites	101	14,08
Pathologies traumatologiques	64	08,92
Pelvipéritonite	34	04,74
tumeur de l'estomac	16	02,23
Lithiase vésicale	9	01,26
Tumeur de vessie	8	01,12
Occlusion intestinale	8	01,12
Masse abdominale	7	00,98
Cancer du sein	6	00,85
Lithiase vésiculaire	4	00,56
Lithiase rénale	3	00,42
Goitre	2	00,28
Tumeur du côlon	1	00,14
Tumeur du rectum	1	00,14
<b>Total</b>	<b>717</b>	<b>100</b>

**Les perforations digestives représentent 14,92% des patients opérés dans le service de chirurgie de l'hôpital de Sikasso**

**4.1.1.1 Fréquence selon l'âge :****Tableau II : Répartition des malades selon l'âge**

<b>Age (par an)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
< 5	2	1,8
5-9	16	15
<b>10-14</b>	<b>23</b>	<b>21,4</b>
15-19	17	15,8
20-24	13	12,1
25-29	9	8,4
30-34	4	3,7
35-39	5	4,7
40-44	4	3,7
45-49	3	2,8
50-67	11	10,1
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge la plus représentée a été de 10 à 14 ans soit 23 cas (21,4%). La moyenne d'âge était de 20 ans avec des extrêmes de 2 ans et 67 ans.

**4.1.1.2 Fréquence selon le sexe :****Tableau III:** Répartition des malades selon le sexe

<b>Sexe</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Masculin</b>	<b>74</b>	<b>69,1</b>
Féminin	33	30,9
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Nous avons noté une nette prédominance du sexe masculin, 74 cas soit 69,1 % par rapport au sexe féminin, 33cas soit 30,9 %.

Le sexe ratio était de 2,24 pour le sexe masculin

**4.1.1.3 Fréquence selon la provenance:****Tableau IV:** Répartition des patients selon la provenance

<b>Provenance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Sikasso</b>	<b>77</b>	<b>72</b>
Koutiala	12	11,2
Kadiolo	11	10,3
Yorosso	4	3,8
Kolondièba	3	2,8
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

La plupart de nos patients ont été référés des CSCOM du cercle de Sikasso avec 77 cas soit 72 %.

#### 4.1.1.4 Fréquence des patients selon la nationalité

**Tableau V** : Répartition des patients selon la nationalité

Nationalité	Effectif	Pourcentage
<b>Malienn</b> e	<b>104</b>	<b>97,2</b>
Burkinabé	2	1,9
Ivoirienne	1	0,9
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

D'autres nationalités ont été retrouvés dans notre échantillon : Burkina Faso (2 cas) Côte d'ivoire (1 cas).

**4.1.1.5 Fréquence selon l'ethnie:****Tableau VI : Répartition des patients selon l'ethnie**

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Sénoufo</b>	<b>55</b>	<b>51,4</b>
Bambara	16	15,0
Minianka	12	11,2
Peuhl	11	10,3
Samogo	6	5,6
Sonrai	3	2,8
Sarakolé	2	1,9
Dogon	1	0,9
Malinké	1	0,9
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

L'ethnie Sénoufo a été la plus représenté avec 55 cas soit 51,4 %.

**4.1.1.6 Fréquence selon la profession:****Tableau VII:** Répartition des patients selon la profession

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Paysan</b>	<b>49</b>	<b>45,8</b>
Scolaire	35	32,7
Ouvrier	6	5,6
Commerçant	4	3,7
Sans emploi	4	3,7
Ménagère	3	2,8
Cadre moyen	1	0,9
Autres	5	4,7
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Les paysans et les scolaires ont été les plus représentés dans notre étude avec respectivement 45,8 % et 32,7 %.

**4.1.17. Répartition des patients selon les antécédents:****Tableau VIII:** Répartition des patients selon les antécédents médicaux

<b>Antécédents</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Sans ATCD</b>	<b>93</b>	<b>86,9</b>
Epigastralgie	7	6,5
Douleur abdominale diffuse	4	3,7
Tumeur abdominale	1	0,9
Asthme	1	0,9
Retro virose	1	0,9
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

86,9 % de nos patients étaient sans antécédent particulier

#### 4.1.1.8 Fréquence selon le mode de recrutement

**Tableau IX** : Répartition des patients selon le mode de recrutement

<b>Mode de recrutement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Référé</b>	<b>86</b>	<b>80,4</b>
Auto évacuée	18	16,8
Consultation ordinaire	3	2,8
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Au cours de notre étude 80,4 % de nos patients ont été référés de CSCOM ou de CSREF.

**4.1.1.9 Fréquence des patients selon le mode d'orientation:****Tableau X** : Répartition selon le mode d'orientation

<b>Mode d'orientation</b>	<b>Effectif</b>	<b>pourcentage</b>
Médecin généraliste	52	47,8
Infirmier	49	45,8
Aide soignant	3	2,8
Médecin spécialiste	3	2,8
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

52 patients soit 47,8 % ont été référés par des médecins généralistes

**4.1.1.10 Fréquence selon le délai d'intervention :****Tableau XI:** Répartition des malades selon le délai d'intervention

<b>Délai d'intervention en heures</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>J0</b>	<b>69</b>	<b>64,5</b>
24 heures	30	28,0
72 heures	3	2,8
96 heures	2	1,9
120 heures	3	2,8
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

64,5% de nos patients ont été opérés le jour de leur admission à l'hôpital

**4.1.1.11 Fréquence selon la durée d'hospitalisation :****Tableau XII:** Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation

<b>Durée d'hospitalisation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%à)</b>
<b>1-10</b>	<b>61</b>	<b>56,9</b>
11-20	34	31,7
21-30	7	6,5
31-62	5	4,5
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié de nos patients a été exéaté après 10 jours d'hospitalisation

**4.1.1.12 Fréquence selon le coût d'hospitalisation :****Tableau XIII** : Répartition des malades selon le coût d'hospitalisation

<b>Coût d'hospitalisation (par franc CFA)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Gratuité</b>	<b>36</b>	<b>33,6</b>
< 2500	25	23,3
2500-4500	31	28,9
5000-18000	15	13,5
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

33,6 % de nos patients ont été hospitalisés gratuitement (enfants de moins de 15ans)

## 4.2 Diagnostic de la perforation:

### 4.2.1 Fréquence selon les signes évocateurs de la perforation

**Tableau XIV:** Répartition des malades selon les signes évocateurs de la perforation

<b>Signes cliniques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Douleur+ tympanisme +AMG</b>	<b>70</b>	<b>65,4</b>
Douleur abdominale + tympanisme	16	15,06
Douleur abdominale	11	10,3
Douleur abdominale + AMG	6	5,6
AMG	4	3,7
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

La douleur abdominale associée au tympanisme et à l'arrêt de matières et de gaz était le maître symptôme de la perforation avec 65,4 %

**4.2.2 Fréquence en fonction des signes à l'examen physique :****Tableau XV :**

<b>Signes physiques</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Anémie	34	31,78
Défense généralisée	30	28,03
Douleur abdominale+ cris douglas au TR	22	20,56
Défense localisée (FID)	15	14,02
Contracture abdominale (ventre de bois)	6	05,61
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

31,78% de nos malades étaient anémiés à l'examen physique.

### 4.3 Les moyens diagnostics de la perforation :

#### 4.3.1 Répartition des patients en fonction du diagnostic de la perforation

Tableau XVI : Répartition des malades selon le diagnostic para clinique

<b>Diagnostic para clinique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>ASP</b>	<b>66</b>	<b>61,8</b>
Echographie abdominale	24	22,4
ASP + Echographie	10	9,3
Aucun	7	6,5
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

L'ASP a été le plus demandé dans notre étude (61,8 %)

#### 4.4 Le siège de la perforation :

##### 4.4.1 Répartition des patients en fonction du siège de la perforation

Tableau XVII : Répartition des malades selon le siège de la perforation

Siège de la perforation	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Iléon</b>	<b>71</b>	<b>66,4</b>
Appendice	12	11,2
Estomac	9	8,4
Jéjunum	7	6,5
Cæcum	3	2,8
Duodénum	2	1,9
Côlon	1	0,9
Autres	2	1,9
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Au niveau du TD l'iléon a été le plus atteint avec 71 cas soit 66,4 %

#### 4.5 Aspects des lésions rencontrées:

##### 4.5.1 Répartition des patients en fonction des aspects des lésions rencontrées

**Tableau XVIII:** Répartition des malades selon la lésion rencontrée en per opératoire

Aspect de la lésion	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Arrondi</b>	<b>85</b>	<b>79,4</b>
Linéaire	7	6,5
Punctiforme	4	3,7
Arciforme	1	0,9
Autre	7	6,5
Indéterminé	3	2,8
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Dans notre étude 79,4 % de nos lésions avaient une forme arrondie

#### 4.6 Les dimensions lésionnelles:

##### 4.6.1. Répartition des patients en fonction des dimensions lésionnelles :

**Tableau XIX:** Répartition des malades selon le diamètre de la perforation

<b>Dimension des lésions en Cm</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
0,1	6	5,6
0,2	6	5,6
<b>0,5</b>	<b>44</b>	<b>44,1</b>
1,0	15	14,0
1,5	12	11,2
2,0	9	8,4
2,5	6	5,6
3,0	5	4,7
3,5	1	0,9
Indéterminée	3	2,8
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

44,1 % des perforations avaient un diamètre d'environ 0,5 cm

**4.7 Situation de la lésion par rapport à la Valvule de Bauhin (V B):****4.7.1. Répartition des patients en fonction de la distance de la perforation par rapport à la V B****Tableau XX:** Situation de la lésion par rapport à la V B

<b>Distance à la V B en cm</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
E.A	32	29,9
5	3	2,8
10	10	9,3
15	8	7,5
20	7	6,5
25	9	8,5
30	9	8,4
35	3	2,8
<b>40</b>	<b>13</b>	<b>12,1</b>
45	3	2,8
50	5	4,7
55	3	2,8
60	2	1,9
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

12,1% des perforations iléales étaient situées à une distance estimée à 40cm de la valvule de Bauhin

E.A correspond aux perforations de l'estomac et de l'appendice

**4.8 Nombre de lésion rencontrée :****Tableau XXI** : Répartition des malades selon le nombre de lésion

<b>Nombre de lésion</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Unique	76	71,0
Double	17	15,9
Multiple	13	12,1
Indéterminé	1	0,9
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Au cours de notre travail la perforation a été unique dans 71,0 %.

## 4.9 Traitement:

### 4.9.1 Traitement reçu avant l'admission à l'hôpital

**Tableau XXII:** Répartition des malades en fonction du traitement reçu avant l'admission à l'hôpital

Traitement avant admission	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Traditionnel</b>	<b>63</b>	<b>58,9</b>
Médical	44	41,1
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Avant leur arrivée à l'hôpital 63 patients (58,9 %) plus de la moitié de notre échantillon avaient effectué un traitement traditionnel.

**4.9.2 Traitement reçu avant l'intervention :****Tableau XXIII:** Répartition des patients en fonction du traitement reçu avant l'opération

<b>Traitement avant l'opération</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Antalgique	2	1,9
Antibiotique	1	0,9
Perfusion	25	23,4
Aspiration nasogastrique	1	0,9
a + c + b + d	27	25,2
a + d	2	1,9
<b>a +b+ c +d + f</b>	<b>34</b>	<b>31,8</b>
Autres	15	14,0
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

a = antalgique, b= antibiotique, c= perfusion, d= aspiration nasogastrique

f= transfusion sanguine

### 4.9.3 L'anesthésie au bloc opératoire:

**Tableau XXIV:** Répartition des malades en fonction du type d'anesthésie effectué

Type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Rachianesthésie</b>	<b>46</b>	<b>43</b>
AG	33	30,8
Péridurale	18	16,7
Péri + AG	7	6,3
Rachi + AG	3	2,7
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Le type d'anesthésie la plus effectué a été la rachianesthésie avec 43 %

**4.9.4 Traitement associé :****Tableau XXV:** Répartition des patients selon le traitement per opératoire

<b>Traitement per opératoire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>aspiration + toilette+ drainage</b>	<b>100</b>	<b>93,5</b>
Toilette + drainage	5	4,7
Autres	2	1,9
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

93,5 % de nos patients ont été drainé après l'intervention

**4.9.5 Technique opératoire :****Tableau XXVI** : Répartition des patients selon la technique opératoire

<b>Technique opératoire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Parage + suture</b>	<b>76</b>	<b>69,7</b>
Résection + ATT	15	14,0
Appendicectomie	12	11,2
Iléostomie	2	1,8
Gastrectomie	2	1,8
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Le parage associé à la résection anastomose a été la technique opératoire la plus utilisée avec 69,7%.

#### 4.9.6 Traitement antibiotique post opératoire :

**Tableau XXVII:** Répartition des patients selon les ATB utilisés en post opératoire

<b>Antibiotiques utilisés</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Cipro + metro + genta</b>	<b>54</b>	<b>50,5</b>
Ceftri + metro +genta	27	25,2
Ampi + metro + genta	24	22,4
Peni G +metro + genta	2	1,9
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

L'association cipro + metro + genta a été la plus utilisée (50,5 %)

**4.9.7 La voie d'abord :****Tableau XXVIII:** Répartition des patients en fonction de la voie d'abord

<b>Abord chirurgical</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Laparotomie médiane</b>	<b>80</b>	<b>74,8</b>
Para rectale droite	20	18,7
MAC BURNEY	6	5,6
Inguinotomie	1	0,9
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

La laparotomie médiane avait été la voie d'abord la plus utilisée avec un pourcentage de 74,8 %

**5.1 Evolution:****5.2 Suites opératoires précoces:**

**Tableau XXIX:** Répartition des malades selon les suites opératoires précoces

<b>Suites opératoires précoces</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Simple</b>	<b>50</b>	<b>46</b>
Abcès de la paroi	35	32,7
Fistule	9	8,3
Décédé	13	12,15
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Chez 46 % de nos patients les suites opératoires étaient simples.

### 5.3 Germes de surinfection post opératoire

**Tableau XXX** : Répartition des patients en fonction des germes de surinfection post opératoire

<b>Germes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>E.coli</b>	<b>17</b>	<b>15,7</b>
Klebsiella	7	6,5
Enterobacter	5	4,7
Citrobacter	4	3,8
Aeromonas	2	1,9
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>32,7</b>

Eschérichia a été le germe le plus rencontré dans la surinfection de nos plaies opératoires avec 15,7 %

### 5.3 Suivi des patients à trois mois:

**Tableau XXXI:** Répartition des patients en fonction du suivi à trois mois

<b>Suivi à trois mois</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Perdu de vu</b>	<b>53</b>	<b>49,5</b>
Sur rendez-vous	42	39,3
Vu à domicile	5	4,7
Venu de lui-même	5	4,7
Décédé	2	1,8
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

A trois (03) mois 53 patients (49,5%) étaient perdus de vu.

### 5.4 Mortalité globale des perforations digestives :

**Tableau XXXII:** Mortalité globale des perforations digestives

<b>Mortalité globale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Guérison</b>	<b>94</b>	<b>87,85</b>
Décès	13	12,15
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Le taux de mortalité a été de 12,15 % dans notre étude

**6.1 Diagnostic étiologique:****Tableau XXXIII:** Répartition des patients en fonction du diagnostic étiologique

<b>Diagnostic étiologique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Fièvre typhoïde</b>	<b>65</b>	<b>60,4</b>
Appendicite	15	14,0
UGD	11	10,3
Cancer de l'estomac	5	4,7
Plaie par arme à blanche	3	2,8
Plaie par arme à feu	1	0,9
Traumatisme abdominal	1	0,9
Indéterminée	6	5,6
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

La fièvre typhoïde était la principale cause de perforation dans notre série avec une fréquence de 60,4 %

**7.1 Nature de la perforation :****Tableau XXXIV:** Répartition des patients selon la nature de la perforation

<b>Nature de la perforation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Iatrogène</b>	<b>5</b>	<b>4,7</b>
Autres	102	95,3
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Avec un taux de 4,7%, les perforations iatrogènes ne sont pas à négliger

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## 8.1 COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

### 8.1.1 Méthodologie:

Les 107 patients de notre étude prospective de 12 mois ont été répertoriés à partir d'une fiche d'enquête élaborée à cet effet. Tous les patients ont été suivis depuis leur admission jusqu'à leur sortie, et le suivi après la sortie a été fait sur rendez-vous.

La difficulté rencontrée dans le suivi après la sortie du malade a été la perte de vue des patients qui venaient d'autres cercles de la troisième région.

### 8.1.2 Place des perforations digestives à l'hôpital régional de Sikasso :

**8.1.3 Fréquence :** La fréquence des perforations digestives de **14,92%** (107/717) hospitalisations chirurgicales dans le service de chirurgie de l'hôpital est supérieure à celle de **Coulibaly O.S** qui avait obtenu **2,93%** dans le service de chirurgie B de l'hôpital du point G (120/4102) [20]

**8.1.3.1 Fréquence selon l'âge :** Dans notre série l'âge moyen des patients était de **20 ans** ; avec des extrêmes de **2 à 67 ans**. Ce résultat est inférieur à celui de Coulibaly O S qui avait trouvé **38 ans** [20] avec des extrêmes de **5 à 80 ans**.

**8.3.1.1 Fréquence selon le sexe :** les hommes étaient deux fois plus représentés que les femmes avec un sex-ratio de **2,24**. Cette prédominance masculine a été observée par **Coulibaly O.S [20] : sex-ratio = 3,44** et **Dembélé B M [54] : sex-ratio = 4 hommes pour 1 femme**.

**8.3.1.2 Les examens cliniques et complémentaires :**

Après avoir retenu un diagnostic de perforation digestive dont les symptômes majeurs ont été la douleur abdominale + le tympanisme et l'AMG, l'ASP nous avait montré le pneumopéritoine dans **61,8%** des cas.

**8.3.1.3 Morbidité :** La morbidité précoce 1 à 3 mois a été de **(53,15%)** dans notre série. Ce taux est largement supérieur à celui de **Coulibaly O S** qui avait trouvé **15,80%** (**Khi<sup>2</sup>=35,60 P=0,0000001**). Ceci semble lié au manque de personnel infirmier dans notre service.

**8.3.1.4 mortalité globale :** Le taux de mortalité globale est de **12,15%** dans notre série. Ce taux est comparable à celui de **Coulibaly O S 8,30%** (**Khi<sup>2</sup>=0,90 P= 0,34**)

## **9.1 Etiologies des perforations digestives :**

### **9.1.1 Etiologies des perforations digestives selon les auteurs :**

Les trois premières étiologies à savoir : **la fièvre typhoïde, l'appendicite, l'Ulcère gastro-duodéal** ont été retrouvées dans les séries africaines de **Coulibaly O S et de Dembélé B M [11,54]**. Seule l'appendicite deuxième cause dans notre série était retrouvée dans la série européenne de Roseo G [23].

Dans notre étude le cancer de l'estomac (5 cas) et les perforations par arme blanche (3 cas) ont été observés.

La présence du cancer de l'estomac pourrait s'expliquer par l'élévation de la prévalence de cette pathologie. Cependant la présence des perforations par arme blanche s'expliquerait par l'augmentation de l'insécurité dans le milieu.

### 9.1.3 Fièvre typhoïde:

#### 9.1.3.1 Fréquence selon les auteurs :

Le taux de perforation iléale par fièvre typhoïde dans notre série est de **60,4% (65/107cas)**. Ce taux est différent des 32% de **Dembélé B M [54] (64/200 cas) (Khi2=23,65 p=0,000001)** Par contre il n'existait pas de différence significative à celui de **Ongoiba N [20] (27/39 cas) soit 69,23% (Khi2=0,88 p=0,35)**

Au regard de ces résultats, la perforation iléale typhique reste un problème de santé publique en milieu rural. Ce constat est en rapport avec le péril fécal causé par le manque de latrines dans beaucoup de villages de la 3<sup>ème</sup> région.

### **9.1.3.2 Traitement chirurgical des perforations digestives par fièvre typhoïde selon les auteurs :**

-La fréquence de la suture simple dans notre série a été de **35,38%**.

Il n'existe pas de différence significative entre ce taux et celui de **Coulibaly O S [11] 76,50% (Khi2=5,90 p=0,015)**

Cependant on notait une différence significative entre notre taux et celui de **Ongoiba N [20] 92,59% (25/70 Khi2=17,15 p=0,00035)**

- La fréquence de la résection anastomose dans notre série a été de **29,23%** soit 19/65 cas. Il n'y a pas de différence entre ce taux et ceux retrouvés par **Seck [8] (Khi2=0,71 p=0,40), Ongoiba N [20] (Khi2=5,15 p=0,23) et Coulibaly O S [11] (Khi2=p=0,87)**

Partant de ces résultats la résection anastomose a été de plus en plus effectuée dû au fait que les patients étaient reçus à un stade plus avancé de la maladie où les lésions étaient souvent étendues.

### 9.1.3.3 Comparaison de la morbidité par fièvre typhoïde selon les auteurs:

Le taux de morbidité dans notre série a été de **35,37%**. Ce taux est comparable au **29,4%** de **Coulibaly O S [11] (Khi2=0,21 p=0,64)** ; dans notre étude le taux est supérieur à celui de **Seck 7,14% [8] (5/70 Khi2=16,35 P=0,000053)** dans son étude.

Au regard de ce résultat il semble que la morbidité est plus faible au Sénégal par rapport au Mali. Elle est comparable dans notre étude faite dans un hôpital régional à celle faite dans un CHU de la capitale.

Cependant l'amélioration des soins infirmiers devrait permettre la réduction significative de la morbidité.

**9.1.3.4 Mortalité:** le taux de mortalité lié aux perforations digestives par fièvre typhoïde dans notre série a été de **16,92 % (11/65)**.

Ce taux est comparable à celui de **Adeunkamni** au Nigeria [39] **30% (15/50 Khi2=2,04 p=0,15)**

#### 9.1.4 Appendicites :

Le taux de perforation par appendicite a été de **14,0 % (15 cas)** dans notre série. Ce taux est comparable à celui de **Coulibaly O S 24,17 % [11] (29/120 Khi<sup>2</sup>=3,73 p=0,053)**.

Par contre ce taux est différent de celui de **Koumaré A.K 28,5% [24] (31/109 Khi<sup>2</sup>=6,70 et p=0,009)**.

#### 9.1.5 Ulcère gastro-duodenal :

##### 9.1.5.1 Fréquence des perforations par ulcère gastro-duodénaux (UGD):

Le taux de perforations digestives par UGD dans notre série était de **4,7 %**. Il était comparable à celui de **Keita BJ [22] 11,26% (15/100 Khi<sup>2</sup>=2,90 P=0,09)**

Par contre ce taux est largement inférieur aux **28,39%** de **Odoulami [21] (50/176 Khi<sup>2</sup>=23,94 P=0,000001)**.

##### 9.1.5.2 Siège des perforations d'ulcères gastro-duodénaux selon les auteurs

-Au cours de notre étude nous avons retrouvé **81,81%** de perforation d'ulcère gastrique (9/11). Notre taux est comparable aux **30%** de **Ongoiba N [20] (3/10 Khi<sup>2</sup>=P=0,051)**

Cependant ce taux était largement supérieur aux **6,06%** de **Coulibaly O S [11] (2/34 Khi2=P=0,000003)**

-Le taux de perforation d'ulcère duodénal a été de **18,18% (2/11)**. Ce taux est supérieur aux taux de **Coulibaly. O.S (6,06%) [11]** et de **Ongoiba (30%) [20]**.

**CONCLUSION**  
**ET**  
**RECOMMANDATION**

### CONCLUSION :

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

L'ASP et l'échographie abdominale à la recherche d'épanchement ont été les examens complémentaires demandés. Cependant le diagnostic étiologique est porté en per opératoire.

Les étiologies les plus fréquemment retrouvées ont été les perforations dues à la typhoïde, aux appendicites, aux UGD et plaies par armes blanches).

Le pronostic de nos patients a été amélioré par l'obstruction de la perforation par suture simple ou ablation du foyer infecté (appendicite perforé) suivi d'une toilette péritonéale et drainage. Dans les cas de grosses perforations intestinales, la résection et l'anastomose termino-terminale ont été la seule alternative.

Le traitement chirurgical a été associé au traitement spécifique de la maladie causale.

La mortalité (12,15%) et la morbidité (53,15%) restent élever. La prévention de la fièvre typhoïde et de l'UGD ainsi que la prise en charge rapide des patients devraient améliorer l'incidence et la morbidité des perforations liées à ces étiologies.

**RECOMMANDATIONS:**

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

**Aux autorités sanitaires et politiques**

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

**Aux personnels sanitaires**

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

**A la population**

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

# BIBLIOGRAPHIE

**Références bibliographiques :**

**1-DOMART A, BOURNEUF J.** Petit Larousse de médecine. Dictionnaire, N°6145,580.

**2- MAILLET P, PATEL JC.** Œsophage. Pathologie chirurgicale, troisième édition entièrement refondue. Masson, Paris, 1978, XV, 1520p

**3-PAILLER JL, BRISSIAUD JC, JEAN LOVOVICH R, VICA BH.** Contusion de l'abdomen. Encycl. méd. chir. éditions techniques (Paris-France), Estomac Intestin, 90-07, A10, 5-1990 20 P

**4-LAUROY JP.** Intérêt de la suture extériorisée du grêle dans les perforations iléales d'origine typhique (considération à propos de 27 observations recueillies à la clinique chirurgicale de l'hôpital Aristide Le Dantec CHU de Dakar). Thèse méd. 1984

**5-B.D KOUAME, O.OUATTARA, R.K DICK, C.ROUX.** Etude des perforations typhiques au CHU de Yopougon à propos de 48 cas : Médecine d'Afrique noire 2000, 47 (12).

**6-DEMBELE M.** Perforations typhiques de l'intestin grêle à propos de 16 cas. Méd. d'Afrique noire 1974 ; 21(4) : P3.

**7-DIOUF.A.B, TOURE P, PADONON N., SOW M L.** Perforations intestinales (à propos de 30 cas observés à la clinique chirurgicale du CHU

de Dakar). Bulletin de la société médicale d'Afrique noire de langue française, 1975, 20, (2) :115-119

**8-Seck B.** Contribution à l'étude des perforations infectieuses non tuberculeuses du grêle en milieu africain à Dakar. Thèse méd., 1977,n°24

**9-HAROUNA Y D.** Deux ans de chirurgie digestives d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger) : Etude analytique et pronostique.

Méd. d'Afrique noire 2001, 48 (2).

**10-SIDIBE.Y.** Péritonites généralisées au Mali. A propos de 140 cas opérés dans les hôpitaux de Bamako et Kati. Thèse, méd. Bamako ; 1996, 1.

**11- COULIBALY O S.** Perforations digestives en chirurgie "B" de l'hôpital national du point G à propos de 120 cas. Thèse Bamako, 1999 ; N<sup>o</sup> 30

**12-HENRI ROUVIERE. ANDRE DELMAS** Anatomie Humaine descriptive, topographique et fonctionnelle, 15<sup>ème</sup> édition révisée par Vincent Delmas Tome2. P : 342, 400

**13-H. ROUVIERE.** Atlas aide-mémoire d'anatomie 4<sup>ème</sup> édition révisée et augmentée par A Delmas P : 147

**15-Guerrier B, Makeieeff ; Barazer M.** Perforations oesophagiennes. Editions techniques ; encycl. Méd. chir. (Paris-France), oto-rhino-laryngologie, 20-845-A-10,Gastro-enterologie, 9-203-A-10, 1994,7p

**16-Loygue J, Malafosse M, Derieux J.** Pathologie chirurgicale, chirurgie viscérale nouvelle édition augmentée. Edition foucher 1978,202p.

**17-Hureau J, Patel JC.** Paroi de l'abdomen (hernie, éventration et éviscération) Pathologie chirurgicale, 3<sup>e</sup> édition entièrement refondue.

Masson : Paris, 1978, XXV, 1520p :ill. index ; 27cm,471-234

**18-Y.HAROUNA, B.SAÏDOU, A.SAÏBOU, M, ABARCHI, J.ABDOU, M.MAMADOU, Y.YAMATIE L.BAYA.** Perforations typhiques : Aspects cliniques, thérapeutiques et pronostiques. Etudes prospectives à propos de 56 cas traités à l'hôpital national de Niamey (Niger)

**19-Jean Claude Patel.** Pathologie chirurgicale troisième édition entièrement refondue.1978 ; 730, 1520P

**20-ONGOIBA N.** Contribution à l'étude épidémiologique et clinique des péritonites aiguës dans les hôpitaux de Bamako et Kati thèse Méd. Bamako 1983 n°24

**21- ODOULAMI H, TOURE P, VOVOR V.M, DIOUF B.** Réflexion à propos de 176 observations de péritonites aiguës non traumatiques d'origine extra-génitale.

Bull. Soc. Afr. Noire lang. Franc ; 1972, (4) :543-548

**22-KEITA B J.** Ulcères gastro-duodénaux en chirurgie "B" hôpital national du point G.1979-1989. Thèse méd. Bamako 1990, n°188, P : 9

**23-Roseo G, Marc F.** Abdomen aigu non traumatique en dehors de la période post-opératoire. *Encycl. Méd. Chir. (Paris France), Estomac intestin*, 9042 A, 2-1989, BP.

**24-KOUMARE A.K.** Appendicectomie à Bamako. *Ann.chir*,1995,49,2,188.

**25-ADOFF M, SCHLOEGEL.** Appendicite. *Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Estomac. Intestin*, 9066A10, 10-1989, 10p.

**26-DIONE S.** Fièvre typhoïde chez l'enfant. Aspects cliniques et épidémiologiques. Thèse médecine Bamako 1993.13.

**27-DOUMBIA D.** Etude des urgences chirurgicales reçues à l'hôpital national du point G. Thèse médecine Bamako, 1982, 13

**28-SANOU D.** Les perforations idéales d'origine typhique : Difficultés diagnostiques et thérapeutiques (à propos de 239 cas)

*Burkina méd.* 1999, 1 (2)

**29-SETO.S.** Contribution à l'étude des complications des appendicites aiguës chez l'adulte à propos de 1251 cas dans le service de chirurgie viscérale au CHU de Cotonou. Thèse médecine, Cotonou, 1994, 615.

**30-SISSOKO.F., ONGOÏBA N, BERETE ET AL.** Les péritonites par perforation iléale en chirurgie "B" de l'hôpital du point G. *Mali médical* 2003, tip : n° 1 et 2

**31-SOSSO T SALVY ST, EDZOAT, MALONGA E, ESSOMBA R, PISOM T NDJTOYAP, NDAMEC.** Les perforations d'ulcères gastro-duodénaux à Yaoundé. Méd. chir. Diag, 1992, 21, 3, 145-148

**32-SPAY G, EJAZY MM, RAHIM N.** À propos de 31 cas de perforations typhiques (place de la résection-iléostomie temporaire). J. chir. 106: 345-352, 1973

**33-TAYLOR H.** The non surgical Treatment of perforated peptic ulcer. Gastro-Anterology: 1957; 33; 353-368

**34-TOGOLA I.** Les contusions de l'abdomen au CHU Gabriel Touré. Thèse méd. 2002; n°12: P73

**35-TOSTAIN J, BROUILLARD A ET PELTIER P.** Les perforations typhiques de l'intestin grêle (à propos de 37 observations Cambodgiennes) Bulletin officiel de la société de chirurgie de Lyon ; 61, (4) : 240-244

**36-YABI D.** Les péritonites généralisés post opératoires. A propos de 29 cas colligés à la clinique universitaire de chirurgie viscérale du CHU de Cotonou.

Thèse, médecine Cotonou, 1994 ; 6-21

**37-YAO.K.** Les appendicites compliquées. Etude rétrospective de 158 cas traités au CHU de Cocody thèse méd. Abidjan 1990, 1037

**38-SAKHRI J.** Traitement des ulcères duodénaux perforés. Tunisie médicale 2000 : vol 78, n°08-09.

**39-ADESUNKANMI AR, AJAO OG.** The pronostic factor in typhoid ileal perforation: a prospective study of 50 patients. Journal of the royal college of surgeon of Edinburgh, 42 (2):395-9, 1997

**40-ALCIVAR E.E.** Rupture traumatique de l'intestin grêle par Amas d'ascaris

Rev.Hosp. Ninos-Jan, Août 1966 (1-2):27-29

**41-ARCHAMPONG E.Q.** Operative Treatment of typhoid perforation of the bowel. Br.Med.J.1969, 273-276

**42-AYROLLES NEE DALLIAS CLAUDINE.** Etude statistique des urgences chirurgicales chez l'enfant. Activité du bloc d'urgence de chirurgie infantile et orthopédique de Toulouse 1973-1975

**43-BIANDA N, MPUJU-YAMBA, KARAKELE-KASONGA, AMBANDAKULU, DISNGOMOKA I, MUSHEGERHA K, BELTCHIKA K.** Considération sur les perforations digestives infectieuses de l'enfant en milieu tropical. Méd. d'Afrique noire 1979, 26, (2) 121-124

**44-BOEYS, CHOI SK, POONA, ALAGARATNAH TT.** Risk stratification in perforated duodenal ulcers. Ann surg 1987:205:22-26

**45-BROULVIN R.** Les péritonites par perforation typhique en Iran. Ann. Chir, 1965,19, 785-789

**46-BUSQUET J, FADLALLAH A, GUEDON P. DULIMBERTG.** Perforation appendiculaire chez un très jeune enfant. Bordeaux médicale, 1982, 15, (8) 403-404

**47-KOUAME B.** Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques du grêle de l'enfant à Abidjan, Cote d'Ivoire.

**48-LORAND I, MALINIER N.** Résultats du traitement coelioscopique des ulcères perforés. Chir. Paris 1999, 124 : 149-153

**49-MEIER DE, TAMPLE J.L.** Typhoid intestinal Perforation in Nigerian Children. World J.surg. 1998, 22,319-323

**50-MONDIN D.** Péritonite par diverticulite suppurée et perforation du jéjunum. Méditerranée médicale 1986, (216) : 59

**51-MONDOR H.** Diagnostics urgents: Abdomen. Masson, 9<sup>e</sup> édition ; 1977, 1119 P, 24 cm

**52-N'GUYEN VS.** Typhus perforation in the tropics. A bout 83 cases J. chir. (Paris) 1994, 131 : 90-95

**53-Dembélé Boubacar Mamadou.** Etude des Péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré  
Thèse Bamako 2005 N°215

**Fiche signalétique**

**Nom : Coulibaly**

**Prénom : Soukalo**

**Titre de la thèse : Prise en charge des perforations digestives à l'hôpital régional de Sikasso**

**Secteur d'intérêt : service de chirurgie de l'hôpital régional de Sikasso**

**Pays : Mali**

**Année de soutenance : 2006**

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

**Résumé** : Nous avons réalisé une étude prospective portant sur 107 patients hospitalisés pour perforation digestive dans le service de chirurgie générale de l'hôpital régional de Sikasso du 1<sup>er</sup> Janvier 2005 au 31 Décembre 2005.

Il s'agissait de 74 hommes contre 33 femmes (sexe ratio=2 hommes pour 1 femme).

L'âge moyen était de 20 ans avec des extrêmes de 2 à 67 ans.

La douleur abdominale associée au tympanisme et à l'arrêt de matières et de gaz a été les signes évocateurs de la perforation, le diagnostic de perforation évoqué par l'ASP et parfois l'échographie a été confirmé en per opératoire.

Le traitement chirurgical était fonction de l'étiologie (suture simple de la perforation, résection + anastomose termino-terminale, appendicectomie)

La rachi anesthésie a été la plus utilisée.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours avec des extrêmes de 7 à 62 jours.

Nous avons noté un taux de morbidité à 53,15% et un taux de mortalité à 12,15%.

**Mots clés : Perforation digestive; Hôpital régional ; Fièvre typhoïde ;  
Ulcère gastroduodémal ; Appendicite ; Plaie par arme blanche**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples devant l'effigie d'Hippocrate, Je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

**Je le jure.**