

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
DU MALI

UNIVERSITE
DE BAMAKO
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DE BAMAKO

UNIVERSITE DE BAMAKO

REPUBLIQUE

Un Peuple-Un But-



FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2008-2009

N°...../

TITRE

PERFORATIONS DIGESTIVES
MULTIPLES NON TRAUMATIQUES DANS
LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE
ET PEDIATRIQUE DU C.H.U GABRIEL
TOURE

Stomatologie

Par

Monsieur Ousmane COULIBALY

Pour l'obtention du grade de Docteur en médecine
(Diplôme d'Etat)

Jury

Président

Membre du Jury

Co-Directeur de Thèse

Directeur de Thèse

: Pr Tieman Coulibaly

: Dr Mamby Keita

: Dr Lassana Kanté

: Pr Gangaly Diallo

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2008-2009

ADMINISTRATION

<u>DOYEN:</u>	Anatole TOUNKARA Professeur
<u>1^{er} ASSESSEUR:</u>	Drissa DIALLO Maitre de conférences
<u>2^{ème} ASSESSEUR:</u>	Sékou SIDIBÉ Maitre de conférences
<u>SÉCRÉTAIRE PRINCIPAL:</u>	Yénimégué Albert DEMBÉLÉ Professeur
<u>AGENT COMPTABLE:</u>	Mme COULIBALY Fatoumata TALL Contrôleur des finances

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie - Traumatologie - Secourisme
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORÉ	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M KEÏTA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boukassoum HAÏDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSÉ	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

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 TOURÉ	Orthopédie - Traumatologie,
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKÏTÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

Mr Djibril SANGARÉ Chirurgie Générale **Chef de D.E.R**
Mr Abdel Kader TRAORÉ dit DIOP Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFÉRENCES

Mr Gangaly DIALLO Chirurgie Viscérale
Mr Abdoulaye DIALLO Ophtalmologie
Mr Mamadou TRAORÉ Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA Chirurgie Générale
Mr Youssouf COULIBALY Anesthésie-Réanimation
Mr Filifing SISSOKO Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBÉ Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORÉ J THOMAS Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATÉ Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zimogo Zié SANOGO Chirurgie Générale

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO Urologie
Mr Zanafon OUATTARA Urologie
Mr Adama SANGARÉ Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORÉ Ophtalmologie
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 KEÏTA ORL
Mr Bouraïma MAÏGA Gynécologie/ Obstétrique
Mr Niani Mounkoro Gynécologie/ Obstétrique
Mr Djibo Mahamane DIANGO Anesthésie / Réanimation
Mr Moustapha TOURÉ Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA Chirurgie générale
Mr Birama TOGOLA Chirurgie générale
Mr Bréhima COULIBALY Chirurgie générale
Mr Adama Konoba KOITA Chirurgie générale
Mr Adégné TOGO Chirurgie générale
Mr Lassana KONTE Chirurgie générale
Mr Mamby KEÏTA Chirurgie pédiatrique
Mr Hamady TRAORÉ Odonto- Stomatologie
Mme KEÏTA Fatoumata SYLLA Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO Neuro-chirurgie
Mme Kadiatou SINGARÉ ORL

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie / Réanimation
Mr Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie / Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie
Mr Youssouf TRAORÉ	Gynécologie
Mr Lamine Mamadou DIAKÏTÉ	Urologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBÉLÉ	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSÉ	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURÉ	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie - Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie Chef de D.E.R
Mr Mahamadou CISSÉ	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORÉ	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie - Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie - Virologie
Mr Mahamdou A.THERA	Parasitologie- Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORÉ	Anatomie pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Mahamadou A Théra	Parasitologie
Mr Gimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURÉ	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORÉ	Parasitologie - Mycologie
Mr Djibril SANGARÉ	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mahamadou DIAKÏTÉ	Immunologie-Génétiques
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie pathologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Bocary Y SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie/ Parasitologie entomologie médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie entomologie

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

Mr Blaise DACKOUO

Chimie analytique

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

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURÉ	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORÉ	Neurologie
Mr Issa TRAORÉ	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORÉ	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAÏGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEÏTA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEÏTA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORÉ	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBÉ	Radiologie
Mr Mamadou DEMBÉLÉ	Médecine Interne
Mme SIDIBÉ Assa TRAORÉ	Endocrinologie
Mme TRAORÉ Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITÉ	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Adama D. KEÏTA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITÉ	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURÉ	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSÉ	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAÏGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBÉLÉ Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORÉ	Génétique
Mr Lassine SIDIBÉ	Chimie-Organique
Mr Yaya COULIBALY	Législation

▪ ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISSÉ	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

DEDICACES

BISMILAH, RAHMANI, RAHIM

Au nom d'Allah le très Miséricordieux, le tout Miséricordieux.

« GLOIRE a toi! Nous n'avons de savoir que ce que tu nous a appris. Certes c'est toi l'omniscient, le sage »

Louange et gloire à ALLAH le tout puissant, l'omniscient, qui m'a permis de mener ce travail, et voir ce jour que j'attendais.

Après avoir rendu grâce à DIEU, je dédie ce travail :

A feu mon père Mamadou Coulibaly :

Toi qui nous as vite quitté, tu as été pour moi un modèle de rigueur, de sincérité, de courage, de persévérance dans l'accomplissement du travail bien fait. Je suis fier de t'avoir eu comme père, que le repos éternel soit pour toi un vrai repos.

Dore en paix Papa.

- A ma mère Kadiatou SAMAKE

Modèle de mère africaine, qui se réveille avant et se couche après tout le monde pour qui la recherche de la cohésion familiale est le cheval de bataille.

Tu as toujours accueilli les enfants des autres comme les tiens, ce qui a beaucoup simplifié mon adoption partout où j'ai été ; mère ce travail t'apportera beaucoup de satisfaction.

- A mes frères Alou COULIBALY et Issa Coulibaly

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

Les mots me manquent pour exprimer ma reconnaissance. En aucun moment, vos soutiens moraux et matériels, n'ont fait défaut. Ce travail est le votre ; Que le tout puissant vous donne longévité, santé et bonheur.

- A mes sœurs Awa COULIBALY et Aissata Coulibaly

Vos sens de la cohésion familiale feront de vous des Bonnes mères de famille. Trouvent ici l'expression de ma grande admiration, que Dieu vous donne longue vie et beaucoup de bonheurs dans vos foyers.

- A mon oncle Madani SAMAKE à Sanambélé : qui m'a adopté sans arrière pensée. Tu m'as éclairé la vie en m'inscrivant à l'école. Cher oncle merci pour tout.

- A mon cousin Jean Marie Samakè dit Jean Marie le PEN :

Tu m'as soutenu pendant des moments difficiles de ma vie d'élève. Cher cousin merci pour tout.

- A tous mes collègues des services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré, Pour leur collaboration et leur esprit d'équipe.

- A tous ceux qui ont souffert, souffrent ou souffriront de perforations digestives multiples non traumatiques.

Mes Remerciements :

C'est le lieu de remercier :

LE Professeur Gangaly Diallo : durant notre séjour ; vous nous avez donné le gout de la chirurgie, par votre qualité humaine, votre rigueur dans le travail, et votre disponibilité.

Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude.

LE Docteur Lassana Kanté : nous vous avons trouvé accueillant et disponible. Votre simplicité, votre courtoisie font qu'il est agréable de travailler à vos cotés. Soyez rassuré cher maitre de notre profonde reconnaissance.

Mon Maitre Yacouba Samaké : vous qui nous avez appris la mathématique avec beaucoup de simplicité depuis la 9eme année fondamentale. Cher maitre soyez en remercié.

La famille Samaké de Badalabougou

Accueillit et accepté comme un des siens rares sont maintenant des familles qui sont aussi réceptives que la votre. Merci pour m'avoir prouvé que je suis chez moi.

Mes compagnons d'arme :

Issa Bagayoko, Mamadou Faba Traore, Mamadou Diarra, Nenefing Samake. Ce travail est également le votre. Merci à vous tous

Tout le personnel de la chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

- **Tout le personnel du Bloc opératoire de la chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré :** pour leur esprit d'équipe.

L'ensemble du personnel du cabinet Nani de Daoudabougou.

Mes cadets : Le chemin est long mais avec courage et patience rien n'est impossible. Soyez patients et courageux.

PR TIEMAN COULIBALY

-Chirurgien orthopédiste et traumatologue au

CHU Gabriel Touré

-Maître de conférence à la F M P O S

-Membre de la société malienne de chirurgie orthopédique et traumatologique.

-membre de la société internationale de chirurgie orthopédique et traumatologique.

-CHER MAITRE

-Nous avons été très touché par votre accueil, votre modestie, votre simplicité, et de la spontanéité avec la quelle vous avez accepté de présider ce jury.

-Nos attentes ont été comblées toutes les fois que nous vous avons approché-

Veillez recevoir cher maître l'expression de notre profond respect.

DR Mamby Keita

-Maitre assistant à la FMPOS ;

-Spécialiste en chirurgie pédiatrique ;

-Chef de service de la chirurgie pédiatrique ;

-Membre de la société Africaine de chirurgie pédiatrique ;

-Cher maître

-Nous sommes honoré de pouvoir vous compter parmi nos juges ;

-Praticien infatigable, votre amour du travail bien fait, et votre sens du devoir seront pour nous une source d'inspiration.

-La spontanéité avec la quelle vous avez accepté de participer à ce jury nous a profondément touché ;
Soyez rassuré de notre profonde reconnaissance.

Dr Lassana Kanté ;

Maître assistant à la FMPOS ;

Spécialiste en chirurgie générale ;

Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;

Cher maître

Votre calme, votre rigueur scientifique, et vos qualités de bon enseignant nous ont motivé à aller vers vous pour diriger ce travail ;

Veillez retrouver l'expression de notre profonde gratitude.

Pr Gangaly Diallo

Professeur titulaire en chirurgie viscérale;

-Chef de service de la chirurgie générale du CHU

Gabriel Touré ;

-Colonel des forces armées du Mali ;

**-Secrétaire général de la société malienne de
chirurgie viscérale ;**

-Membre des chirurgiens d'Afrique francophone

-chevalier de l'ordre du mérite de la santé du

Mali ;

Cher Maître

Vous nous avez fait un grand honneur en nous
confiant ce travail ;

Votre rigueur scientifique, votre soucie constant de
la bonne formation de vos élèves, et du travail bien
fait, font de vous un maître admirable ;

Trouvez ici cher maître l'expression de notre
profonde reconnaissance.

Liste des abréviations :

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

FMPOS : Faculté Médecine de Pharmacie et
d'Odontostomatologie

ASP : Abdomen Sans Préparation

C E S : Certificat d'Etude Spécialisée

I N F S S : Institut National de Formation en Science de
la Santé

E I P C : Ecole Inférieur

SMIG : Salaire Minimal Inter Garanti

SOMMAIRE :

I. Introduction	1
Objectifs	3
II. Généralités	4
A – Rappel anatomique de l’appareil digestif	4
B- pathogénie des perforations digestives multiples non traumatiques	6
C- Rappel clinique des perforations digestives multiples non traumatiques	7
D- Diagnostic étiologique	11
E- Traitement	16
III Méthodologie	18
Résultat	22
Commentaires et discussions	54
Conclusion et recommandation	67
Bibliographie	69
Annexes	

I- Introduction

Les perforations digestives multiples non traumatiques sont l'ouverture non traumatique à plusieurs endroits d'un ou de plusieurs organes digestifs creux (œsophage, estomac, intestin grêle, gros intestin, rectum, voies biliaires extra hépatiques)

Elles sont le plus souvent d'origine typhique suite à une infection à *Salmonella typhi*; quelques fois d'origine ulcéreuse (perforations d'ulcère gastro duodénal).

Dans les pays développés, la fréquence des perforations digestives multiples non traumatiques a diminué grâce à la vaccination anti typhique, la découverte du chloramphénicol en 1947, et surtout à cause de l'élévation du niveau de vie.

Dans les pays en voie de développement il n'en est pas de même.

Au Nigeria en 2001[43] sur 600 perforations d'organe creux, Rahman à trouvé 82 perforations digestives multiples non traumatiques (13.6%).

Au Niger en 2000 [23] sur 160 perforations d'organe creux Harouna à trouvé 56 perforations digestives multiples non traumatiques (35%).

En Côte d'Ivoire 2000 [28] sur 56 perforations d'organe creux Kouame BD a trouvé 9 perforations digestives multiples non traumatiques (16.1%).

Le pronostic de ces perforations est encore sombre.

La morbidité varie entre 21.6 et 66.3% [43, 16, 13]

La mortalité a été estimée entre 7.8% et 16% dans les séries Togolaise, Nigérienne ,et Ivoirienne (3 ,16, 28)

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

Dans notre pays nous n'avons pas trouvé d'études sur les perforations digestives multiples non traumatiques d'où le choix du sujet.

II- Objectifs :

1- Objectif général :

Etudier les perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale, et pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE.

2- Objectifs spécifiques :

- déterminer la fréquence hospitalière des perforations digestives multiples non traumatiques
- décrire les aspects cliniques, para cliniques et thérapeutiques des perforations digestives multiples non traumatiques
- évaluer le coût de la prise en charge des perforations digestives multiples non traumatiques

III. GENERALITES

A- RAPPEL ANATOMIQUE DE L'APPAREIL DIGESTIF

L'appareil digestif comporte, chez l'homme un long tube musculo-membraneux, qui traverse tout le corps de la cavité buccale à l'orifice du canal anal : c'est le tube digestif.

Sa longueur moyenne est de 10m.

Il comprend entre autres les éléments suivants :

L'œsophage

L'estomac

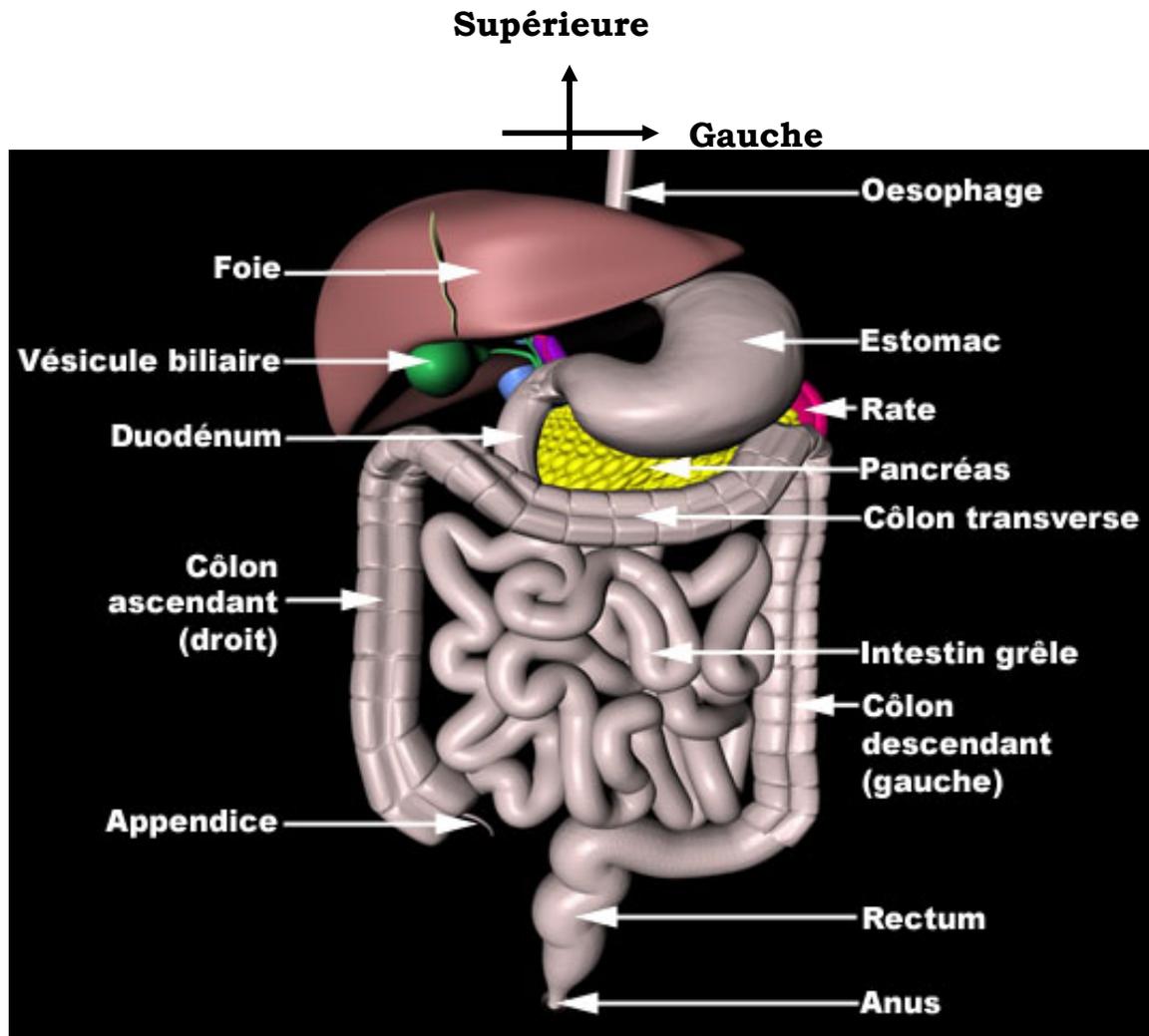
Le duodénum

L'intestin grêle

Le colon

Le rectum

Le canal anal



Vue d'ensemble du tube digestif

http://www.fr.wikipedia.org/wiki/Système_digestif_humain - 59k

B- PATHOGENIE DES PERFORATIONS DIGESTIVES MULTIPLES NON TRAUMATIQUES

Les perforations digestives multiples non traumatiques sont le plus souvent d'origine typhique suite à une infection à *SALMONELLA typhi*

Elles sont quelques fois d'origine ulcéreuse (perforations d'ulcère gastroduodénal).

Ces perforations peuvent s'observer sur un organe sain. Elle se voit surtout sur les organes malades.

1 Sur organe sain.

Les perforations médicamenteuses :

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

Les anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens, le chlorure de potassium détermineraient cette lésion. En effet l'attaque de la cuticule protectrice des comprimés de chlorure de potassium en particulier, par le suc intestinal permet la libération rapide de potassium et son absorption localisée sur un court segment d'intestin.

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

2 Sur organe malade :

Les perforations résultent :

- d'une tumeur siégeant sur le tube digestif ;
- d'une occlusion intestinale ;
- Les lésions sont de trois types.

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

1^{er} lésion : congestion, gêne de la circulation veineuse, de retour donnant une couleur rouge vineux à la lésion. La diffusion sanguine sous séreuse de retour, l'hypersécrétion liquidienne entraîne l'œdème et la distension. Cette lésion est réversible.

2^e lésion : l'ischémie puis interruption de la circulation artérielle donnent une couleur noire à la lésion. La muqueuse et la musculature sont intéressées par cette lésion qui gagne l'intestin de proche amont et prépare la perforation.

3^e lésion : gangrène et perforation

C- RAPPEL CLINIQUE DES PERFORATIONS DIGESTIVES

MULTIPLES non traumatiques

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

- soit de façon brutale réalisant d'emblé 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 spécifique ou non, donnant lieu alors à un processus de péritonite cloisonnée susceptible d'évoluer vers la fistulisation secondaire à la peau ou dans un viscère creux voisin.

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

1.1 Signes cliniques :

Le diagnostic est clinique associant :

Une douleur constante, brutale, très intense, d'emblé maximale.

Valeur du siège initiale dans l'orientation diagnostic, rapidement généralisée.

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

- Vomissement :

Alimentaires, puis bilieux, répétés, quasi constants

Parfois remplacé par des nausées.

- Trouble du transit :

Arrêt des matières et gaz

Parfois diarrhée

- Fièvre :

Habituellement élevé 39 – 40° sauf dans les perforations duodénales au début ou la température est normale.

- Etat général : conserver au début mais

Le sujet est anxieux

Le pouls est petit et rapide

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

- A l'inspection diminution de la respiration abdominale, saillie des muscles droits.

- A la palpation : les mains réchauffées, bien à plat, en commençant par l'endroit les moins douloureux retrouvent la contracture permanente, invincible, douloureuse, tonique et rigide, généralisée.

- Au touché rectal : douleur vive au cul de sac de Douglas.

Le diagnostic des péritonites étant posé il faut :

-faire le bilan pré opératoire d'urgence ;

-Corriger rapidement les désordres hydro électrolytiques ;

-Intervenir en urgence.

1.2 Signes para- cliniques :

Les examens complémentaires sont un élément d'appoint.

1.3. L'abdomen sans préparation :

Face debout, centré sur les coupoles

Face couché

Profil couché

1.4 Signes en rapport avec la péritonite :

- Epanchement intra péritonéal

Grisaille diffuse

Décollement pariétal du colon

Anses grêles cernées.

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

1.5. Signes orientant vers une étiologie

- le pneumopéritoine :

Disparition de la matité pré-hépatique à la percussion de l'abdomen.

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

1.6. Autres examens morphologiques : ils sont d'un intérêt dans les cas où le diagnostic des perforations digestives multiples non traumatiques est difficile.

1.7. Echographie abdominale et/ou pelvienne.

Peut confirmer le diagnostic d'épanchement intra péritonéale.

Dans les péritonites biliaires si on retrouve les signes de cholécystite aigüe lithiasique.

Dans les péritonites génitales on retrouve les images de pyosalpinx.

1.8. Lavement opaque aux hydro solubles :

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

1. 9. Examen complémentaire du bilan préopératoire :

Groupe rhésus

NFS (hyperleucocytose à polynucléaire)

Ionogramme sanguin, urée, glycémie, créatinine

ECG

Radio pulmonaire

1.10. Autres formes cliniques

1.10.1 Formes frustrées

Perforation chez des patients sous corticoïde, chez les patients hémodialysés chroniques.

Leur diagnostic est radiologique s'il existe un pneumo péritoine.

Au maximum ces formes sont latentes révélées par un abcès sous phrénique.

1.10.2. Formes dites asthénique

Tableau fréquent chez les sujets âgés

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, absence de contracture)

C'est devant ce tableau que prennent toutes leurs valeurs.

- les examens cliniques répétés
- les examens complémentaires

D- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Il repose sur :

- l'interrogatoire
- terrain (âge, sexe)
- antécédents
- examen clinique
- pneumo péritoine

On distingue les péritonites par perforation :

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

1 Péritonite par perforation d'ulcère gastroduodénal :

Dans la forme typique le diagnostic est facile

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

Parfois les perforations sont révélatrices :

- maximum épigastrique de la symptomatologie
- absence de fièvre au début
- pneumo péritoine

Plus difficile est le diagnostic

- le pneumo péritoine est absent (30% des cas)
- formes frustrées : perforation au cours des traitements par les corticoïdes (valeur du pneumo péritoine)
- perforations couvertes : bouchées par un organe de voisinage (foie, épiploon)

Après un début souvent typique les signes redressent en quelques heures avec cependant persistance d'une douleur provoquée épigastrique

- perforation dans l'arrière cavité des épiploons. Elles sont le fait d'ulcère postérieur, parfois bouchée par le pancréas avec élévation possible de l'amylase. A la radiographie de l'abdomen : on peut retrouver un cliché de profil une bulle retro-gastrique.

2 Péritonite par perforation du duodénum :

Elles sont très rares, se voit habituellement après une contusion ou une plaie de l'abdomen.

3 Péritonite par perforation du grêle :

Les causes les plus fréquentes sont :

- les perforations typhiques
- la nécrose d'anse grêle par strangulation : bride, volvulus, invagination, perforation d'un diverticule de Méckel.
- Infarctus du mésentère.
- Perforation au cours des traitements par corticoïde, ou lors de la prise de comprimés de chlorure de potassium.

4. Péritonite par perforation colique

Les deux étiologies les plus fréquentes sont :

- la diverticulite colique
- le cancer colique

4.1. Diverticulite colique :

- la perforation siège habituellement sur le sigmoïde
- soit péritonite stercorale lorsque l'abcès diverticulaire communique encore avec la lumière colique.
- soit péritonite purulente par rupture d'un volumineux abcès péri-sigmoïdien.

Le tableau peut être typique surtout chez le sujet jeune, mais il est souvent moins typique en particulier chez les sujets âgés (formes asthéniques) et oriente vers le diagnostic. La discordance entre la gravité des signes généraux et la pauvreté des signes locaux.

4.2 Cancer colique

-soit perforation tumorale, favorisé par l'infection péri-tumorale le siège est habituellement sigmoïdien.

-soit perforation diastatique secondaire à la distension colique d'amont, habituellement le coecum. Ce sont des ruptures au niveau d'une plage de nécrose ischémique.

Ces péritonites coliques sont caractérisées par :

- début des signes en sous ombilical
- signe infectieux
 - Fréquence des formes asthéniques chez les sujets âgés
 - Pneumo péritoine énorme en cas de perforation diastatique
 - Gravité

4.3 Les autres causes de péritonite par perforation colique

Colites aiguës (Crohn, rectocolite hémorragique) au cours des collectasies. Le diagnostic est souvent tardif car la péritonite évolue à bas bruit chez ces sujets sous anti biotiques et corticoïdes

- Perforation en amont des fécalomes :
- Entéro colites nécrosantes
- Colites ischémiques

5. Péritonites appendiculaires : la plus fréquente

En sa faveur

- âge jeune
- prédominance des signes de la fosse iliaque droite
- absence de cicatrice appendiculaire.

6 Péritonites biliaires :

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

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

- Antécédent de lithiase vésiculaire
 - Début de la douleur dans l'hypochondre droit
 - Signes infectieux
 - Existence d'un ictère ou subictère
 - Echographie
- 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.

7. Péritonite génitale

Il s'agit plus souvent de la rupture d'un pyosalpinx (touchers pelviens, échographie)

Perforation utérine iatrogène au cours de l'interruption de grossesse.

E. Traitement

1 Le but :

Assurer le succès du geste chirurgical approprié en faisant, disparaître la contamination bactérienne permanente, évacué le pus et les substances étrangères.

Traiter la perforation

Traiter la cavité péritonéale à fin d'assumer ci nécessaire un drainage efficace de la cavité et d'éviter la constitution d'abcès intra-abdominaux ou d'une nouvelle péritonite.

2. Les moyens : médical et chirurgical

2.1. Le moyen médical : utilise comme méthode

2.2. La réanimation : c'est le premier temps essentiel

Elle associe :

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

- Sonde naso-gastrique pour aspiration douce et continue
- Sonde urinaire pour surveillance de la diurèse horaire.

1.3 Anti biothérapie :

- * Précoce
- * Active sur les germes aérobies et anaérobies et les Gram négatifs.
- * Adaptée aux germes retrouvés dans les différents prélèvements (pus péritonéale, hémoculture)

2 Le traitement chirurgical :

- voie d'abord large :

Prélèvement du liquide péritonéale avec recherche des germes aéro et anaérobie

Aspirer et quantifier le liquide intra péritonéal

L'exploration complète de toute la cavité abdominale

Traitement de la lésion causale

- Exérèse de la lésion chaque fois que possible
- Absence de suture en milieu septique (entérostomies Douglas)
Vidange rétrograde du grêle dans l'estomac qui est aspiré.

Toilette péritonéale et ablation des fosses membranes

- Abondante (10 à 12 L)
 - Au sérum tiède
 - Jusqu'à ce que la cavité abdominale soit propre (gouttières – Douglas)
- Drainage est à discuter

3. Résultat :

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

- Bon pronostic : perforations appendiculaires, perforation d'ulcère
- Plus grave : vésicule,
- Pronostic réservé : perforations coliques, pancréatites nécrosantes, péritonites post opératoires, grands vieillards, sujets immunodéprimés.

IV. Méthodologie

1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective réalisée dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

Elle a concerné les perforations digestives multiples non traumatiques (nombre de perforation ≥ 2).

Elle s'est étendue sur une période de douze mois allant de Janvier à Décembre 2007.

2. Cadre d'étude

2.1 Situation géographique :

Le CHU Gabriel Touré est situé au centre administratif de la ville de Bamako en commune III.

A l'intérieur de cet établissement se trouvent :

- Le service des urgences chirurgicales (Suc) au sud ouest.
- Les services de chirurgie générale et pédiatrique au nord et au sein du pavillon Benitieni FOFANA.

2.2 Les Locaux :

- Les services de chirurgie générale et pédiatrique comprennent :

Un service de chirurgie générale avec 32 lits d'hospitalisation

Un service de chirurgie pédiatrique avec 31 lits d'hospitalisation

Un bloc opératoire composé de trois salles que les deux services partagent avec les autres spécialités chirurgicales (traumatologie et urologie) le service de gynéco obstétrique possède son propre bloc opératoire.

Une salle de stérilisation et une salle de réveil sont au bloc opératoire

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

Un service des urgences chirurgicales :

Il comprend trois secteurs :

Premier secteur : accueil avec six tables d'examen

Deuxième secteur constitue : une salle de petite chirurgie, un bloc composé de trois salles (une salle de déchoquage avec deux lits et une salle de stérilisation)

Troisième secteur constitué de deux salles de réanimation avec huit lits au total

3. Le personnel :

3 1 **Le service de chirurgie générale:** les chirurgiens y sont au nombre de 6 parmi lesquels un professeur agrégé en chirurgie digestive, chef de service.

Les infirmiers y sont au nombre de Cinq : un technicien supérieur de santé qui joue le rôle de chef de l'unité des soins, quatre techniciens de santé ;

Trois aides soignants et une secrétaire médicale.

Le service comprend également quatre techniciens de surface.

Des étudiants en fin de cycle de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS)

Des médecins inscrits en C.E.S. (Certificat d'Etude Spécialisée) de chirurgie générale

Des étudiants stagiaires de la FMPOS, de l'E.S.S. (Ecole Secondaire de Santé), de l'E.I.P.C. (Ecole Inférieure de Premier Cycle).

3 2 Le service de chirurgie pédiatrique :

Les chirurgiens sont au nombre de trois, dont un cubain.

Le personnel infirmier est composé de :

- un technicien supérieur de santé
- un assistant médical
- Cinq aides soignantes

Les étudiants thésards faisant fonction d'interne de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS).

Le service reçoit également les CES, les médecins stagiaires, les étudiants externes de la FMPOS, les élèves de l'INFSS (Institut National de Formation en science de la santé), et la croix Rouge.

4. Les Patients :

Tous les patients ont été recrutés dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

Un questionnaire établit a permis de recueillir tous les renseignements nécessaire pour chaque patient.

5. Critères d'inclusion.

Ont été inclus de cette étude tous les patients ayant consulté dans les services des urgences chirurgicales et de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré, opérés pour perforations digestives multiples non traumatiques (nombre de perforation ≥ 2), patient des deux sexes et de tout âge.

6. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus de cette étude :

Tout patient opéré n'ayant pas ou ayant une seule perforation digestive.

Tout patient opéré ayant des perforations digestives multiples traumatiques.

7. Méthode :

Tous les malades recrutés, ont bénéficié 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 (chez les femmes)

Un examen physique à la recherche des signes généraux et péritonéaux

Le bilan para clinique était constitué selon les cas :

D'un groupage rhésus, les taux d'hémoglobine et d'hématocrite, échographie abdominale, la sérologie Widal, une radiographie de l'abdomen sans préparation.

8. Les Supports :

8.1 La fiche d'enquête :

L'établissement du questionnaire a duré six mois, établit par nous même discuté avec les collègues et corrigé par le Directeur de thèse et ses assistants.

Ils comportent des variations réparties en données administratives, âge, sexe, profession, nationalité, ethnie, durée d'hospitalisation.

Paramètre clinique et para clinique (signes fonctionnels, signes physiques, les examens complémentaires) thérapeutique, suite opératoire à court et moyen terme.

8.2 La collecte

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel épi info version 6.0.

Le test statistique utilisé a été le chi² avec un seuil de signification $p < 0.05$.

V. RESULTATS

1- Aspects épidémiologiques :

1-1- Fréquence :

Durant la période d'étude de janvier 2002 à Décembre 2007, nous avons effectué dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré.

33404 consultations ordinaires

101960 consultations d'urgences

11765 hospitalisations

412 péritonites par perforations d'organe creux dont 51 perforations digestives multiples non traumatiques.

Ainsi les perforations digestives multiples non traumatiques (N= 51) ont représenté 0,15% des consultations ordinaires, 0,05% des consultations d'urgences, 0,43% d'hospitalisation, 12,37% des péritonites par perforations d'organe creux.

Tableau I : Répartition des malades par année

Année	Nombre de cas	Pourcentage
2002	4	7,8
2003	6	11,8
2004	7	13,7
2005	7	13,7
2006	10	19,6
2007	17	33,4
Total	51	100

17 de nos malades ont été recrutés en 2007 soit 33,4%.

1-2- Age

Tableau II : Répartition des malades selon l'âge

Tranches d'âge (année)	Effectif	Pourcentage
0-15	38	74,5
15-60	8	15,7
> 60	5	9,8
Total	51	100

La tranche d'âge la plus représentée a été de 0 – 15 ans 38 malades soit 74,5%.

1-3- Selon le sexe

Tableau III : Répartition des malades selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	33	64,7
Féminin	18	35,3
Total	51	100

33 de nos malades étaient de sexe masculin soit 64,7% sexe ratio 1,8.

1-4- La provenance

Tableau IV : Répartition des malades selon leur provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Bamako	28	54,9
Sikasso	10	19,6
Koulikoro	7	13,7
Ségou	3	5,9
Kayes	2	3,9
Mopti	1	2
Total	51	100

28 de nos malades provenaient de Bamako soit 54,9%.

1-5- L'ethnie

Tableau V : Répartition des malades selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	27	52,9
Malinké	4	7,8
Sarakolé	1	2
Peulh	9	17,6
Minianka	1	2
Dogon	1	2
Autres	8	15,7
Total	51	100

L'ethnie bambara a été la plus représentée 27 de nos malades soit 52,9%.

1-6- La profession

Tableau VI : Répartition des malades selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Cadre supérieur	2	3,9
Commerçant	4	7,8
Scolaire	21	41,2
Paysan	10	19,6
Ménagère	6	11,8
Ouvrier	8	15,7
Total	51	100

21 de nos malades étaient des scolaires soit 41,2%.

1-7- Le mode de recrutement

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

Mode de recrutement	Effectif	Pourcentage
Urgence	51	100
Ordinaire	0	0
Total	51	100

La totalité de nos malades ont été recruté aux urgences soit 100%.

1-8- Le mode d'orientation

Tableau VIII : Répartition des malades selon le mode de référence

Mode d'orientation	Effectif	Pourcentage
Infirmier	1	2
Médecin généraliste	28	54,9
Médecin spécialiste	4	7,8
Venu d'eux-mêmes	18	35,3
Total	51	100

28 de nos malades ont été référés par les médecins généralistes soit 54,9%.

2- Examen clinique

2-1- Motif de consultation

Tableau IX : Répartition des malades selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	51/51	100
Douleur abdominale + Vomissements	43/51	84,3
Douleur abdominale + Amaigrissements	2/51	3,9
Douleur abdominale + arrêt des matières et des gaz	6/51	11,8

La totalité de nos malades présentaient une douleur abdominale.

2-2- Signes fonctionnels

Tableau X : Répartition des malades selon le délai de consultation

Début des symptômes	Effectif	Pourcentage
0 à 7 jours	13/51	25.5
8 – 14 jours	28/51	54.9
15 – 21 jours	10/51	19,6

28 de nos malades ont consulté dans la deuxième septénaire soit 54.9%.

Tableau XI : Répartition des malades selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	51/51	100
Vomissements	36/51	70,6
Arrêt des matières et des gaz	10/51	19,6
Amaigrissements	7/51	13,7
Nausée	4/51	7,8
Constipation	2/51	3,92
Diarrhée	21/51	41,2
Ballonnement	1/51	2

La totalité de nos malades avaient des douleurs abdominales soit 100%.

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

Siège de la douleur	Effectif	Pourcentage
Fosse iliaque droite	5	9,8
Flanc droit	1	2
Flanc gauche	3	5,9
Péri ombilicale	13	25,5
Epigastrique	12	23,6
Diffuse à tout l'abdomen	17	33,3
Total	51	100

17 de nos malades avaient une douleur abdominale diffuse à tout l'abdomen.

2-4- Type de la douleur

Tableau XIII : Répartition des malades selon le type de la douleur

Type de la douleur	Effectif	Pourcentage
Brûlure	23	45.1
Piqûre	17	33.3
Torsion	2	3,9
Pesanteur	3	5,9
Ecrasement	6	11,8
Total	51	100

La douleur à type de Brulure a été retrouvée chez 23 de nos malades soit 45,1%.

2-5- Début de la douleur :

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

Mode de début de la douleur	Effectif	Pourcentage
Brutal	37	72,5
Progressif	12	23,5
Intermittente	2	4
Total	51	100

Le mode de début brutal a été retrouvé chez 37 de nos malades soit 72,5%.

2-6- Irradiation de la douleur

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

Irradiation de la douleur	Effectif	Pourcentage
Transfixiante	2	3,9
Bretelle	1	2
Organes génitaux	3	5,9
Diffuse	33	64,7
Sans irradiation	12	23,6
Total	51	100

La douleur diffuse a été retrouvée chez 33 de nos malades soit 64,7%

2-7- Intensité de la douleur

Tableau XVI : Répartition des malades selon l'intensité de la douleur

Intensité de la douleur	Effectif	Pourcentage
Faible	2	3,9
Moyenne	18	35,3
Forte	31	60,8
Total	51	100

La douleur forte a été retrouvée chez 31 de nos malades soit 60,8%.

2-8- Evolution de la douleur

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

Evolution de la douleur	Effectif	Pourcentage
Permanente	16	31,4
Intermittente	1	2
Indéterminée	34	66,7
Total	51	100

La douleur permanente a été retrouvée chez 16 de nos malades soit 31,4%.

2-9- Facteurs déclenchant de la douleur

Tableau XVIII : Répartition des malades selon les facteurs déclenchants de la douleur

Facteurs déclenchant	Effectif	Pourcentage
Effort	2	3,9
Repas	2	3,9
Aucun	36	70,6
Indéterminé	11	21,6
Total	51	100

Aucun facteur déclenchant n'a été retrouvé chez 36 de nos malades soit 70,6%.

2-10- Facteurs calmants

Tableau XIV : Répartition des malades selon les facteurs calmants

Facteurs calmants	Effectif	Pourcentage
Médicaments	14	27,5
Position antalgique	1	2
Vomissements post prandiaux	4	7,8
Aucun	26	51
Indéterminé	6	11,8
Total	51	100

Aucun facteur calmant n'a été retrouvé chez 26 de nos malades soit 51%.

2-11- Signes urinaires

Tableau XV : Répartition des malades selon les signes urinaires

Signes urinaires	Effectif	Pourcentage
Aucun	34	66,7
Brûlure mictionnelle	10	19,6
Rétention urinaire	2	3,9
Brûlure mictionnelle + Rétention urinaire	4	7,8
Hématurie	1	2
Total	51	100

Les brûlures mictionnelles ont été retrouvées chez 10 de nos malades soit 19,6%

3- Antécédents

Tableau XVI : Répartition des malades selon les antécédents personnels médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Aucune particularité	3/51	5,9
Paludisme	43/51	84,3
Fièvre typhoïde	31/51	60,8
Bilharziose	16/51	31,4
HTA	2/51	3,9
UGD	4/51	7,8
Infection génitale	1/51	2

43 de nos malades avaient un antécédent de paludisme soit 84,3%.

Tableau XXII : Répartition des malades selon les antécédents personnels chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Hernie inguinale	3	5,8
Hernie de la ligne blanche	1	2
GEU	1	2
Hernie ombilicale	2	3,9
Aucun	44	86,3
Total	51	100

Aucun antécédent chirurgical n'a été retrouvé chez 44 de nos malades soit 86,3%.

Tableau XXIII : Répartition des malades selon les antécédents familiaux médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Aucune particularité	43	84,3
HTA	3	5,9
UGD	4	7,8
Asthme	1	2
Total	51	100

43 de nos malades n'avaient aucune particularité.

Tableau XXIV : Répartition des malades selon les antécédents familiaux chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	pourcentage
Aucun	48	94,1
Cicatrice de laparotomie	3	5,9
Total	51	100

48 de nos malades n'avaient aucun antécédent familial chirurgical.

4- Examen générale :

Tableau XXV : Répartition des malades selon l'état de la conscience.

Conscience	Effectif	Pourcentage
Normale	44	86,3
Agitation	5	9,8
Confusion	2	3,9
Total	51	100

44 de nos malades avaient une conscience normal soit 86,3%

Tableau XXVI : Répartition des malades selon la classification

ASA

Classification ASA	Effectif	Pourcentage
ASA I	43	84,3
ASA II	8	15,7
Total	51	100

43 de nos malades ont été classé ASA I soit 84,3%

Karnofsky

Tableau XXVII : Répartition des malades selon Karnofsky

Karnofsky	Effectif	Pourcentage
90	16	31,4
80	22	43,1
70	2	3,9
Indéterminé	11	21,6
Total	51	100

22 de nos malades avaient un karnofsky à 80% soit 43,1%.

Etat des conjonctives

Tableau XXVIII : Répartition des malades selon la coloration des conjonctives

Conjonctives	Effectif	Pourcentage
Normale	39	76,5
Pâle	11	21,6
Ictérique	1	2
Total	51	100

39 de nos malades avaient coloration normale soit 76,5%.

Tableau XXIX : Répartition des malades selon les signes généraux

Signes généraux	Effectif	Pourcentage
Fièvre	36/51	70,6
Tachycardie	5/51	9,8
Polypnée	10/51	19,6

Fièvre = température > 38°C

Tachycardie = pouls > 100 battement/minute

Polypnée = fréquence respiratoire > 18 cycles/minute

Faciès

Tableau XXX : Répartition des malades selon l'état du faciès

Faciès	Effectif	Pourcentage
Normal	45	88,2
Tiré	5	9,8
Indéterminé	1	2
Total	51	100

45% de nos malades avaient le faciès normal.

Etat cutané

Tableau XXXI : Répartition des malades selon l'état de déshydratation

Plis cutanés	Effectif	Pourcentage
Absent	49	96,1
Présent	2	3,9
Total	51	100

Les plis cutanés étaient absents chez 49 de nos malades soit 96,1%.

Tableau XXXII : Répartition des malades selon l'état de la langue

Langue	Effectif	Pourcentage
Humide	17	33,3
Sèche	13	25,5
Saburral	18	35,3
Indéterminé	3	5,9
Total	51	100

18 de nos malades avaient la langue saburral soit 35,3%.

Tableau XXXIII : Répartition des malades selon l'aspect de l'abdomen

Aspect de l'abdomen	Effectif	Pourcentage
Plat	22	43,1
Ballonné	25	49
Indéterminé	4	7,9
Total	51	100

25 de nos malades avaient des ballonnements abdominaux soit 49%

5 Examen physique :

Tableau XXXIV : Répartition des malades selon les signes physiques

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Douleur à la palpation	51/51	100
Cris de l'ombilic	51/51	100
Douglas douloureux (TR)	47/51	92,2
Contracture abdominale	45/51	88,2
Diminution de la respiration abdominale	32/51	62,7
Silence abdominal	10/51	19,6
Douglas bombé et douloureux	8/51	15,7
Défense localisée	7/51	13,7
Matité abdominale	4/51	7,8
TV et TR douloureux	4/51	7,8

La douleur abdominale à la palpation a été retrouvée chez la totalité de nos malades.

6 Examens complémentaires

Examens complémentaires à viser diagnostic

Tableau XXXV : Répartition des malades selon les résultats de l'ASP

Résultats	Effectif	Pourcentage
Croissant gazeux	34	66,7
Niveau hydroaérique	13	25,5
Grisaille floue	4	7,8
Total	51	100

L'ASP a été systématiquement demandée et réalisée chez tous nos malades

Le croissant gazeux a été retrouvé chez 34 de nos malade soit 66,7%

Echographie

Tableau XXXVI : Répartition des malades selon les résultats de l'échographie

Echographie	Effectif	Pourcentage
Epanchement	8	66,7
Appendice épaissi	4	33,3
Total	12	100

L'échographie a été demandée et réalisé chez 12 de nos malades.

Elle a révélé un épanchement liquidien dans 66,7%

Tableau XXXXVII : Répartitions des malades selon le diagnostic préopératoire

Diagnostic préopératoire	Effectif	Pourcentage
Péritonite aiguë généralisée	47	92,1
Occlusion intestinale	1	2
Péritonite appendiculaire	3	5,9
Total	51	100

La péritonite aiguë généralisée a été le diagnostic préopératoire le plus fréquent 47 cas soit 92,1%.

Bilan préopératoire

Taux d'hémoglobine

Tableau XXXIX : Répartition des malades selon le taux d'hémoglobine (Hb)

Taux d'hémoglobine	Effectif	Pourcentage
Normal	32	62,7
Anémie	19	37,3
Total	51	100

62,7% de nos malades avaient un taux d'hémoglobine normal à l'admission.

Taux d'hématocrite

Tableau XXXX : Répartition des malades selon le taux d'hématocrite

Taux d'hématocrite	Effectif	Pourcentage
Normal	22	43,1
Anormal	29	56,9
Total	51	100

29 des nos malades avaient un taux d'hématocrite bas soit 56,9%.

Tableau XXXVIII : Répartition des malades selon le groupe rhésus

Groupe rhésus	Effectif	Pourcentage
A+	11	21,6
B+	13	25,5
B-	3	5,8
AB+	6	11,8
O+	16	31,4
O-	2	3,9
Total	51	100

16 de nos malades étaient de groupe rhésus O+ (Positif) soit 31,4%

Examens complémentaires à viser étiologique

Tableau XXXXII : Répartition des malades selon le résultat de la culture du liquide péritonéal.

Culture	Effectif	Pourcentage
Stérile	3	5,9
E. Coli	38	74,5
Salmonella	9	17,6
Staphylocoque	1	2
Total	51	100

E. Coli a été le germe le plus fréquemment rencontré 38 cas, soit 74,5%.

Tableau XXXXII : Répartition des malades selon les résultats de la sérologie Widal – Félix.

Sérologie de Widal –Félix	Effectif	Pourcentage
Positif	34	66,7
Négatif	5	9,8
Non faite	12	23,5
Total	51	100

La sérologie Widal était positive chez 24 de nos malades soit 47,1%

Tableau XXXXIII : Répartition des malades selon le résultat de la sérologie VIH.

Sérologie VIH	Effectif	Pourcentage
Positif	2	3,9
Négatif	3	5,9
Indéterminé	46	90,2
Total	51	100

La sérologie VIH a été demandée et réalisée chez 5 de nos malades dont 2 positif soit 3,9%.

5-Traitement :

Tableau LI : Répartition des malades selon la nature du traitement reçu avant l'admission à l'hôpital.

Traitement	Effectif	Pourcentage
Aucun traitement	19	37,3
Médicale	22	43,1
Traditionnel	10	19,6
Total	51	100

22 de nos malades ont reçu un traitement médicale avant leur admission à l'hôpital soit 43.1%.

Tableau LI : Répartition des malades selon la réanimation préopératoire

Réanimation préopératoire	Effectif	Pourcentage
Réhydratation	51/51	100
Réhydratation + transfusion	4/51	3,9

La totalité de nos malades a reçu la réhydratation avant l'intervention

Tableau LII : Répartition des malades selon la réanimation per opératoire

Réanimation per opératoire	Effectif	Pourcentage
Réhydratation	51/51	100
Réhydratation + transfusion	5/51	9,8

La totalité de nos malades a reçu la réhydratation per opératoire 100%.

Tableau LIII : Répartition des malades selon la voie d'abord

Voie d'abord	Effectif	Pourcentage
Médiane à cheval sur l'ombilic	49	96,1 chirurgical
Mac Burney élargie	2	3,9
Total	51	100

La voie d'abord chirurgicale médiane à cheval sur l'ombilic était prédominante soit 96,1%.

Le Mac Burney élargie était pratiquée en cas de suspicion de péritonite localisée dans la fosse iliaque droite.

Tableau LIV: Répartition des malades selon la nature du liquide retrouvé en per opératoire

Nature	Effectif	Pourcentage
Pus franc	14	27,5
Séropurulent	27	52,9
Séreux	10	19,6
Total	51	100

Le liquide séro purulent a été retrouvé chez 27 de nos malades soit 52,9%.

Tableau LV : Répartition des malades selon la quantité du liquide aspiré en per opératoire.

Quantité (ml)	Effectif	Pourcentage
100 – 200	3	5,9
200 – 300	11	21,5
300 – 400	24	47,1
400 – 500	8	15,7
> 500	5	9,8
Total	51	100

300- 400 ml de liquide ont été aspirer chez 24 de nos malades soit 47,1%.

Tableau L : Répartition des malades selon Le diagnostic peropératoire

Constatation peropératoire	Effectif	Pourcentage
Perforations iléales	42	82,4
Perforations jéjunales	6	11,7
Perforations du colon	2	3,9
Perforations gastriques	1	2
Total	51	100

Des perforations iléales ont été retrouvées chez 42 de nos malades soit 82,4%.

Nombre de perforations

Tableau LVI : Répartition des malades selon le nombre de perforations

Nombre de perforations	Effectif	Pourcentage
2	36	70,6
3	6	11,8
4	3	5,9
5	4	7,8
6	2	3,9
Total	51	100

36 de nos malades ont présenté 2 perforation soit 70,6 %.

Aspect lésionnel retrouvé

Tableau LVII : Répartition des malades selon l'aspect lésionnel retrouvé

Aspect lésionnel retrouvé	Effectif	Pourcentage
Linéaire	3	5,9
Arrondi	2	3,9
Ponctiforme	35	68,6
Indéterminé	11	21,6
Total	51	100

Les perforations ponctiformes ont été retrouvées chez 35 de nos malades soit 68,6 %.

Diamètre des perforations

Tableau LVIII : Répartition des malades selon le diamètre des perforations

Diamètre des perforations (cm)	Effectif	Pourcentage
0,20	1	2
0,25	2	3,9
0,50	12	23,5
1,00	17	33,3
1,50	5	9,8
2,00	8	15,7
2,50	2	3,9
3,00	2	3,9
4,00	1	2
5,00	1	2
Total	51	100

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

Le diamètre moyen a été 2 cm avec des extrêmes de 0,2 et 5 cm.

Tableau LIX : Répartition des malades selon la distance entre les perforations

Distance (cm)	Effectif	Pourcentage
< 0,5	6	11,8
0,5 – 1	5	9,8
1 – 1,5	31	60,8
1,5 – 2	8	15,7
> 2	1	2
Total	51	100

Tableau IX : Répartition des malades selon la distance entre les perforations et la jonction iléo-cœcale.

Distance (cm)	Effectif	Pourcentage
0 – 10	3	13,6
11 – 20	6	27,3
21 – 30	11	50
> 30	2	9,1
Total	22	100

Les perforations étaient distends de 0,5 à 1cm chez 60,8% de nos malades.

Tableau LXI : Répartition des malades selon la technique opératoire

Technique opératoire	Effectif	Pourcentage
Excision suture	31	60,8
Ileostomie	17	33,3
Résection anastomose termino-terminale	1	2
Colostomie	2	3,9
Total	51	100

Incision suture a été réalisé chez 31 de nos malades soit 60,8%

Tableau LXII : Répartition des malades selon l'antibiothérapie postopératoire immédiate

Antibiothérapie	Effectif	Pourcentage
Ceftriaxone + métró +genta	44	86,3
Ceftriaxone + métró	4	7,8
Cipro +métró	3	5,9
Total	51	100

La tri antibiothérapie composé de ceftriaxone + métronidazole + gentamycine a été systématique chez 44 de malades soit 86,3%. Le relais par la voie orale était fonction du résultat de l'antibiogramme.

8 – Etiologie

Tableau LXIX : Répartition des malades selon l'étiologie

Etiologie	Effectif	Pourcentage
Perforations typhiques	34	66,7
Indéterminé	17	33,3
Total	51	100

L'étiologie la plus fréquente a été la fièvre typhoïde 34 de nos malades soit 66,7%

9- Pronostic

Tableau LXXX : Répartition des malades selon le score de MANNHEIM

MPI	Effectif	Pourcentage
< 26	43	84,3
> 26	8	15,7
Total	51	100

< 26 = pronostic bon

> 26 = pronostic réservé

43 de nos malades avaient un bon pronostic

Tableau LXXXI : Répartition des malades selon la classification d'Altmeier :

Classe d'altmeier	Effectif	Pourcentage
Classe III	37	72,5
Classe IV	14	27,5
Total	51	100

Classe I : Chirurgie propre

Classe II : Chirurgie propre contaminée

Classe III : Chirurgie contaminée

Classe IV : Chirurgie salle

37 de nos malades étaient de la classe III d'altmeier.

10- Evolution et complications

Tableau LXXXXII : Répartition des malades selon les suites opératoire immédiates (15 à 21 jours)

Suites immédiates	Effectif	Pourcentage
Simple	35	68,6
Abcès de la paroi	11	21,6
Fistules digestives	5	9,8
Total	51	100

Les suites opératoires immédiates ont été simples chez 35 de nos malades soit 68,6%.

Tableau LXXXXIII : Répartition des malades selon les suites opératoires à court terme (3 mois).

Suites à court terme	Effectif	Pourcentage
Simple	44	86,3
Décès	4	7,8
Eventration	3	5,9
Total	51	100

Les quatre (4) malades décédés avaient tous fistulisés.

Tableau LXXXXV : Répartition des malades selon complications post opératoires en fonction de la technique opératoire.

Complications	Abscesses de la paroi		Fistule digestive	
	N	%	N	%
Techniques				
Excision et suture	6	11,8	1	2
Résection anastomose termino- terminale	0		4	7,8
Ileostomie	1		0	0
Colostomie	4		0	0

Les abcès de la paroi ont été retrouvés après excision et suture tan disque les fistules ont été retrouvés après résection anastomose termino-terminale.

Tableau LXXXXIV : Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation en jours.

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
4 – 14 jours	44	86,3
15 – 21 jours	5	9,8
> 21 jours	2	3,9
Total	51	100

La durée moyenne d'hospitalisation était de 13 jours.

11- Coût

Tableau LXXXXV : Répartition des malades selon le coût de la prise en charge (FCF)

Coût (FCF)	Effectif	Pourcentage
63 500- 100 000 F	43	84,3
100 500 – 150 000 F	5	9,8
150 500 – 180 000 F	3	5,9
Total	51	100

Le coût moyen a été 124083,33Fcf

Commentaire et discussion :

1- Méthodologie :

Nous avons mène une étude rétrospective et prospective s'étendant sur 6 ans allant de janvier 2002 à décembre 2007.

Ceci nous a permis de recenser 51 patients.

Pour chaque dossier, les données mentionnant l'âge, le sexe, les aspects cliniques, radiologique, biologique, thérapeutique, et les suites opératoires ont été pris en compte.

Cependant certaines difficultés ont été rencontrées, comme l'exploitation difficile de certains dossiers et l'absence de résultat de certains examens importants pour la confirmation diagnostic comme l'hémoculture, et la sérologie de Widal et Félix.

2- Fréquence :

Tableau : fréquence des perforations digestives multiples non traumatiques par rapport aux péritonites par perforation d'organe creux selon les auteurs.

Auteurs	Effectif	Pourcentage
Rahman (43) Nigeria(2001)	82/600	13,8 P= 0,502355
Harouna [21] Niger 2000	21/160	13,12 P= 0,060
Hosoglu[26] Turquie 2004	40/306	13,2 P=0,062
Notre étude	51/412	12,4

Si dans les pays développés la vaccination et le traitement antibiotique réduisent la fréquence et la gravité des perforations digestives multiples non traumatique, il n'en est pas de même dans les pays en voie de développement [14]. Notre taux de 12,4% est similaire à ceux retrouvés par les autres auteurs, notamment Rahman au Nigeria [43], Harouna au Niger [21] et Hosoglu en Turquie [26].

3 -Âge et sexe

a- Âge

Tableau : moyenne d'âge selon les auteurs

Auteurs	Age moyen	N
Rahmane(43) Nigeria (2001)	18,4 ans	83 P=0,619
Harouna [21] niger2001	20 ans	56 P=0,805
DieffagaMM [13] Mali2005	15,2 ans	65 P=0,390
Notre étude	21,9 ans	51

Les perforations digestives multiples non traumatiques affectent surtout les sujets jeunes, la moyenne d'âge dans notre série est de 21,9 ans avec des extrêmes de 0 et 60ans, cela peut s'expliquer par la jeunesse de la population africaine en général et de la population Malienne en particulier. Elle n'est pas statistiquement différente à ceux retrouvés par Rahman au Nigeria (18,4ans), Harouna au Niger (20 ans) et dièffaga au Mali (15,2 ans) avec des $p > 0,05$.

b- Sexe

Tableau sexe selon les auteurs

Auteurs	Hosoglu et all	Rahman	Mallick S	Notre
Sexe	[26] Turquie2004	[43] Nigeria 2001	[33] Guyane2001	sexe
Masculin	30/40	56/83	5/7	33/51
Féminin	10/40	27/83	2/7	18/51

Nous avons trouvé une prédominance masculine 33 hommes (64,7%) contre 18 femmes (35,3%) avec un sexe ratio de 1,8 en faveur des hommes, celle ci a été retrouvée par la plus part des auteurs, notamment Hosoglu en Turquie, Rahman au Nigeria, Mallick au Guyane qui ont trouvé respectivement des sexes ratio de 3 ; 2,1 ;et 2,5 en faveur des hommes.

Le sexe n'est pas considéré comme facteur de risque.

4- Etude clinique :

4-1 Tableau : Délai des perforations selon les auteurs

Délai des perforations	Inférieur à 7 jours	7 à 15 jours
Autres		
Si Mallick [32] Guyane 2001	5/7 (71,4%)	2/7 (28,6%)
Rahman [43] Nigeria2001	26/83(31,3%)	44/83(53%)
Dièffage MM [13] Mali 2005	21/65(32,3%)	44/65(67,7%)
Notre série	23/51(45,3%)	28/51(54,9%)

Le délai des perforations définit la période comprise entre le début de la maladie et l'apparition des premiers signes de perforation.

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

Les perforations peuvent survenir dans le premier septénaire ; mais dans la majorité des séries publiées [13, 43] et la notre, elles ont lieu dans le deuxième septénaire (délai compris entre 7 et 14 jours) respectivement dans 67,7; 83 et 54,9% des cas.

Dans la série nigérienne [21] le délai moyen de survenue des perforations était de 17 jours avec des extrêmes de 6 et 27 jours

Dans l'étude de Mallick [32] (71,4%) des perforations ont lieu dans le premier septénaire.

4-2 Signes fonctionnels

Tableau : Signes fonctionnels selon les auteurs

Auteurs	Mallick [32] Guyane 2001		Rahman [43] Nigeria 2001		Kouame BD[29] Cote d'Ivoire 2000		Notre service	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Signes fonctionnels								
Dx abdominales	7/7	100	81/83	P=0,381 95,7	56/56	100	51/51	100
vomissement	5/7	71,4	28/83	33,7 P=0,00003	40/56	71,4 P=0,929	36/51	70,6
		P=0,667						
Arrêt des matières Et des gaz	-	-	-	-	-	-	10/51	19,6
Diarrhée	3/7	42,8 P=0,619	22/83	26,5 P=0,077	25	44,6 P=0,71	21/56	41,2

La douleur abdominale est la manifestation clinique la plus fréquente des perforations digestives multiples non traumatiques Elle est brutale intense et généralement diffuse à tout l'abdomen.

Elle a été retrouvée chez tous nos malades comme dans beaucoup d'autres séries [29,32].

Le vomissement est un signe fréquent mais il n'est pas précoce

La diarrhée a été soulignée également par tous les auteurs et retrouvée chez 26,5 à 44,6% des patients [29s, 32, 43] et la notre

L'arrêt des matières et des gaz n'a pas été signalé dans les autres série, mais dans la notre, nous avons chez 10 malades soit 19,6% une notion d'arrêt des matières et des gaz, cela pourrait s'expliquer par le fait que ces malades ont été vus à des stades tardifs de la maladie avec un iléus paralytique.

4-3 Signes physiques

Tableau : Signes physiques selon les auteurs

Auteurs	Mallick [32] Guyane 2001		Rahman [43] Nigeria 2001		Kouame [29] Côte d'Ivoire 2000		BD Notre série	
Signes physiques	N	%	N	%	N	%	N	%
Défense et où contracture	5/7	71,3 P=,244	80/8 3	96,3 P=0,07 2	34/5 6	60,7 P=0,00 12	45/5 1	88, 2
Ballonnement abdominal	6/7	85,7 P=0,601	83/8 3	100 P=0,01 94	52/5 6	92,8 P=0,05 6	41/5 1	80, 4
Douleur au TR	-	-	83/8 3	100	47/5 6	83,7	47/5 1	92, 2
Cri de l'ombilic	-	-	70/8 3	84,3 P=0,00 13	-	-	51/5 1	100
Abolition de la mobilité abdominale	6/7	85,7 P=0,225	-	-	50/5 6	89,9 P=0,00 119	32/5 1	62, 7

La défense et où la contracture abdominale est le signe physique majeur évoqué par tous les auteurs .notre taux de 88,2% est similaire à celui de Mallick au Guyane et de Rahman au Nigeria qui ont trouvé respectivement 71,3%, et 96,3%.

Le ballonnement abdominal est un signe fréquent .Il a été retrouvé chez 80,4% des patients dans notre série.

Le cri de l'ombilic témoin de irritation péritonéale a été évoqué seulement dans la série Nigérianes et la notre avec des taux élevés respectivement 84,3% et 100%.

Dans notre série la douleur du douglas a été retrouvé dans 89,7% des cas, l'abolition de la mobilité abdominale à la respiration consécutive à l'irritation diaphragmatique a été retrouvé dans 62,7% des cas dans notre série, ce taux est similaire à celui retrouvé par Mallick (85,7%) avec un $p>0,05$, mais statistiquement différent de celui de kouame BD en cote d'Ivoire (89,9%) avec un $p<0,05$ %.

5 Etude para clinique

5-1 Radiographie de l'abdomen sans préparation

Tableau : Présence de pneumopéritoine à l'ASP selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage
Rahman [43] Niger 2000	27/42	64,3 P=0,809923
Hosoglus [26] Turquie 2004	28/40	70 P=0,7348
Dieffaga [13] Mali 2005	35/50	70 P=0,718842
Notre étude	26/51	66,7

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

Dans le diagnostic des perforations digestives multiples non traumatiques ainsi que dans les autres perforations d'organe creux, l'examen de choix est l'ASP, de préférence chez un malade debout de face prenant les deux coupoles diaphragmatiques

Elle révèle un pneumo- péritoine entre le foie et le diaphragme.

Cependant ce signe peut manquer si le malade est vu tôt.

D'autres images sont également retrouvées à L'ASP.

Il s'agit de :

- La grisaille floue
- Les niveaux hydro aériques.

Il- n'y a pas de différence statistique entre notre taux 66,7% et ceux de Dièffaga au Mali, Hosoglu en Turquie et Rahman au Nigeria qui ont trouvé respectivement 70%, 70%, et 64,3% avec des $p > 0,05$. dans notre série 13 malades soit 25,5% avaient des niveaux hydro aériques, 4 malades soit 7,8% avaient des grisailles floues.

5-2 Sérologie de Widal et de Félix

Tableau : Positivité du sérodiagnostic de Widal et Félix selon les auteurs

Auteurs	Effectifs	Pourcentage
Rahman [43] Nigeria 2001	22/45	48,8 P=0,4334641
Harouna S [21] Niger 2001	9/15	60 P=0,828899
Diarra S [12] Mali 2000	18/24	75 P=0,129814
Notre série	34/51	66,7

Le sérodiagnostic de Widal et Félix met en évidence dans le sérum du malade la présence d'agglutinines O et H. Les anticorps O, correspondant aux antigènes somatiques, ils apparaissent les premiers vers les 8^{ème}, 10^{ème} jours de la maladie puis leur taux s'élève pour atteindre généralement la dilution 1/400^{ème} à la période d'état, avant de décroître et de disparaître en quelques semaines.

Le sérodiagnostic de Widal et Félix s'est révélé positif dans 56,9% des cas dans notre série. Ce taux est similaire à ceux des séries [12, 21 et 43]

5-4 Hémoculture.

Une hémoculture est un examen sanguin essentiel en maladie infectieuse. Il consiste en un prélèvement de sang veineux, qui est ensuite mis en culture afin d'y rechercher des germes. Il est effectué si possible avant la mise en route d'une antibiothérapie. On réalise en général 3 prélèvements différents, à quelques heures d'intervalle, effectués si possible au moment d'un pic d'hyperthermie ou d'hypothermie ou lors de frissons qui signent une décharge bactériémique.

Aucun de nos malades n'a bénéficié de cet examen à cause de son coût élevé par rapport au sérodiagnostic de Widal et Félix, et le délai des résultats.

6- Traitement

6-1 Traitement médical

Les réanimations pré- per et post opératoires sont la clé de la réussite du traitement. Tous les désordres hydro électrolytiques doivent être corrigés en pré opératoire.

Cette réanimation doit être de courte durée car la mortalité augment avec le délai opératoire.

Cependant la réanimation doit au moins atteindre des objectifs essentiels tels que la restauration d'une bonne hydratation et d'une diurèse adéquate de 50Ml/heure chez l'adulte et 2ml/kg/heure chez l'enfant jusqu'à 25kg, la levée de l'état de choc et la correction de l'anémie. [37].

Aujourd'hui tous les auteurs sont unanimes sur l'association du traitement médical et chirurgical. Ceci aurait permis une réduction du taux de mortalité jadis élève avec des valeurs variant entre 1 et 30% maintenant. Elle est inférieure à 1% dans les pays développés.

La triple antibiothérapie a été systématique dans notre service en post opératoire immédiat. Elle associait la ceftriaxone, métronidazole et gentamycine. Le relais était pris en fonction de l'antibiogramme.

6-2 Traitement chirurgical

Tableau : Techniques opératoires selon les auteurs

Auteurs Techniques opératoires	Rahman [43] Nigeria 2001		Kouamé BD et col [29] RCI 2000		Dieffaga MM [13] Mali 2005		Notre série	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Excision suture	80/83 P=10 ⁻⁶	96,4	38/48 P= 0,025342	81	34/65 P=0,06016 3	76, 5	3151	60, 8
Résection anastomose termino- terminale	2/83 P= 0,66661 6	2,4	6/48 P=0,98484	13	5/65 P=0,79090 4	4,6	1/51	2
Iléostomie	1/83 P =10 ⁻⁶	1,2	3/48 P=0,000796	6	2/65 P=0,00004 12	3,1	17 P=--	33, 3
Colostomie	-	-	-	-			2	3,9

Aujourd'hui tous les auteurs recommandent l'intervention chirurgicale systématique chez tous patients souffrant des perforations digestives multiples non traumatiques.

Les techniques opératoires sont commandées par le terrain à savoir.

- L'état général du malade
- Le degré de contamination de la cavité abdominale
- L'état de l'organe perforé
- La distance entre les perforations

Dans notre service trois techniques sont utilisées

- L'excision suture : c'est la technique la plus utilisée dans les différentes séries y compris la notre [13, 29, 43]. Elle est indiquée en cas de perforations simples sans lésions ischémiques associées, le malade en bon état général.

- La résection iléostomie a été la deuxième technique la plus utilisée dans notre service avec 33,3% des cas. Elle a été préférée à la résection anastomose à cause des fistules digestives post opératoires qui majoreraient la morbidité post opératoire.

Il faut avoir à l'esprit le dogme « pas de suture digestive en milieu septique » disait Loygue cité par Adjadja [2].

- La résection anastomose est indiquée lorsque la péritonite est vue tôt et que les parois intestinales sont encore peu inflammatoires.

- En effet il existe d'autres techniques par différentes écoles.

* La méthode de Maillet cité par Adjadja [2] consiste à pratiquer une double iléostomie et « raccorder » au moyen d'une sonde de Pezzer le segment d'amont à celui d'aval de façon que le transit soit maintenu. Le chysse intestinal d'amont est recueilli en aval.

* La technique de vieillard utilise l'intubation ileo- colique termino- latérale

Cette technique semblerait plus simple à pratiquer et assez efficace avec un taux de mortalité de 13,9% [48].

7 Evolution et pronostic :

7-1 Evolution

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

Auteurs	Ramachandran CS et all [44] Inde 2004	Mallick.S [33] Guyane 2001	Diarra S [12] Mali 2000	Notre service
Séjours moyens d'hospitalisation	4 jours	12 jours	23 jours	13 jours

Le séjour moyen d'hospitalisation qui varie de 12 à 23,2 jours dans les séries [12, 32, 43], et la notre peut être influencé par l'état mauvais des patients avant l'intervention et les complications post opératoires.

7-2 Pronostique :

a- Morbidité

Tableau : Morbidité selon les auteurs

Auteur	Effectif	Pourcentage
Rahman [43] Nigeria 2001	25/83	30,1 P=0,98723
Kouamé BD [29] RCI 2000	15/48	31,25 P=0,78402
Dieffaga MM [13] Mali 2004	14/65	21,6 P=0,229910
Notre série	16/51	31,4

Les complications au cours des perforations digestives multiples non traumatiques sont variées, les taux de morbidité varient entre 21,6% à 66,3% [13, 16, 43].

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

Ils restent encore élevés et représentent la principale cause de majoration des frais, et le motif d'un long séjour, des malades en milieu hospitalier.

L'abcès de la paroi est de loin la complication la plus fréquente, Il a été noté entre 11,76 à 66,6% dans les séries, Nigériane, Ivoirienne, et la notre.

b- Mortalité :

Tableau : Mortalité selon les auteurs

Mortalité	Effectif	Pourcentage
Auteurs		
Jin Pok Kim et all [27] Corée du Sud 2003	5/61	8,2 P=0,7562
Saxe J.M et all [47] Togo 2004	9/112	8,03 P=0,8523
Edinosi et all [16] Nigeria 2004	6/47	12,8 P=0,05676
Notre série	4/51	7,8

Le progrès de la réanimation et l'utilisation des antibiotiques ont amélioré le pronostic des perforations digestives multiples non traumatique, Jadis mortelles [27] Carayon cité par JIN avait trouvé un taux de mortalité estimé à 98,28% en 1965 en Afrique occidentale Française.

Notre taux de 7,8 est sans différence statistique avec ceux des autres auteurs [27, 47, 16].

Conclusion et recommandation :

1 Conclusion :

Les perforations digestives multiples non traumatiques sont des affections fréquentes dans les pays en voie de développement à cause de l'endémie de la fièvre typhoïde.

Elles atteignent surtout les sujets jeunes.

La mortalité et la morbidité restent encore élevées

Le traitement est médicochirurgical.

Les mesures hygiéno-diététiques, l'amélioration des conditions de vie de la population, et la vaccination anti typhique, permettront de réduire considérablement le taux des perforations digestives multiples non traumatiques.

2- Recommandation :

Aux autorités sanitaires et politiques :

- La systématisation de la couverture vaccinale anti-Typhique chez les groupes à risque (militaires, scolaires et paysans).
- L'élaboration d'un programme d'I E C à l'intention des populations sur l'intérêt de l'hygiène alimentaire et environnementale.
- La formation en nombre suffisant des spécialistes en chirurgie viscérale et la pérennisation de la formation continue des généralistes pour l'intérieur du pays.
- Le renforcement du plateau technique pour une meilleure prise en charge des patients.

Aux personnels socio sanitaires :

- La référence à temps opportun de tout cas de syndrome d'abdomen aigu vers des structures spécialisées.
- Eviter les sutures intestinales en cas de perforations vues tardivement.

A la population :

- Le renforcement des mesures hygiéno-diététique
- La consultation devant tous cas de douleur abdominale persistante.

BIBLIOGRAPHIE

1- Adesunkanmi A, R Ajao O B.

The prognostic factor in typhoid ileal perforation: a prospective study of 50 patients. Journal of the royal college of surgeon of Edinburgh, 42 (2): 395-1997.

2- Adjadja G.

Contribution à l'étude des péritonites aiguës généralisées chez l'enfant au CHU de Dakar (à propos de 100 cas).

Thèse Med 1980, Dakar, n°43.

3- Ayité E, Sako AS, Abdou I.

Le traitement des perforations intestinales d'origine typhique : à propos de 21 cas.

Publications médicales africaines Octobre 1987, n°85.

4- Banda N, Mpuju Y K, Kasonga M, Disngomoka I, Mushegerha et Beltchika K.

Considération sur les perforations digestives infectieuses de l'enfant en milieu tropical.

Médecine d'Afrique noire 1979, 26, (2) 121-124p.

5- Barbier J, Careretier M, Rouffineau J, Kraimps J L.

Les péritonites aiguës.

Encycl. Med. Chir. (Paris, France), Urgences 24048B 10,2-1988

P : 18p.

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

6- Barraya L ; Ndjaga- Mba.

Drainage.

Encycl. Med. Chir, Estomac-Intestin, Tech-Chir, 1971, 2, 40075, 1-8p.

7- Barraya L et coll.

Physiologie du péritonite – Applications chirurgicales.

Péritonisation et Drainage.

Actualités chirurgicales, 78^{ème} Congrès Français de chirurgie.

Chirurgie Abdominale et Digestive 1977, 2 : 58p.

8- Boulvin R.

Les péritonites par perforation typhique en Iran.

Ann. Chir. 1965; 19 : 785-789.

9- Coulibaly O S.

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

Thèse Med. Bamako 1999 ; n°188.

10- Dembélé Boubacar Mamadou.

Etude des Péritonites aigües généralisées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du C.H.U Gabriel Touré.

Thèse Méd. Bamako 2005 N°215.

11- Dembélé M et Papadato A.

Perforations typhiques de l'intestin grêle à propos de 16 cas.

Méd. D'Afrique noire 1974 ; 21(4) : P3.

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

12- Diarra S.

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

Thèse Med. Bamako 2000 ; n°133.

13- Dieffaga M M

Péritonite par perforation typhique dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du C.H.U Gabriel Touré.

Thèse Med. Bamako 2005 ; n°176.

14- Diouf A B, Touré P, Padonon N, Sow M L.

Perforations intestinales (à propos de 30 cas observés à la clinique chirurgicale du C.H.U de Dakar).

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

15- Dor P Maurice J C, Rouffineau J et coll.

A propos de 31 cas de perforations typhiques (place de la resection iléostomie temporaire).

J chir, 1973 ; 106(4) : 341-352.

16- Edino S T, Mohamed A Z, Uba A F, Sheshe A A, Anumah M, Ochicha O, Yacubu A A, Alhassan S U, Mamman M.

Typhoid enteric perforation in north western Nigeria.

Nigeria J Med. 2004 Oct-Dec: 13(4) 345-9.

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

17- Fagnier P L, Serpeau, Thomson C, et coll.

Péritonites aiguës.

Encycl. Med. Chir., estomac-Intestin, 9045A10, 6-1982.

18- Gerard R, Gupta SK, Shukla V K et Gupta S.

Perforation Typhoid Enteritis in Children.

Postgraduate Medical Journal 1994 January; 70 (819): 19-22p.

19- Gupta R, Gupta SK, Shukla V K et Gupta S.

Perforation Typhoid Enteritis in Children.

Postgraduate Medical Journal 1994 January; 70 (819): 19-22p.

20- Hamburger J, Godeau P.

Traité de médecine.

Flammarion médecine sciences Paris, 1980, 1, 1451p.

21- Harouna H, B.Saïdou, A.Saïbou, M. Abarchi, J.Abdou,

M.Mamadou, Y.Yamatié et L.Baya.

Perforations typhique : Aspects cliniques, thérapeutique et pronostiques.

Etudes prospectives à propos de 56 cas traités à l'hôpital national de Niamey (Niger).

Med. d'Afrique Noire 2000 ; 47 6p.

22- Harouna Y D.

Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger) : Etude analytique et pronostique.

Méd. d'Afrique noire 2001 ; 48 : 2p.

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

23- henri rouvière, André Delmas.

Anatomie Humaine descriptive, topographique et fonctionnelle,
15^{ème} édition révisée par Vincent Delmas Tome2. P : 342, 200.

24- H. Rouvière.

Atla aide-mémoire d'anatomie 4^{ème} édition révisée et augmentée
par A Delmas P.

25- Hollender L. F., Bur F., Manzini N et coll.

Chirurgie du grand épiploon.

Encycl. Med. Chir, App. Digestif, 3^{ème} edition, 40070, 11-1989.

26- Hosoglu S, Mustafa Ademir et coll.

Risk factors for enteric perforation in patients with typhoid fever.

Am J Epidemiology 2004; 160: 46-50.

27- Jin Pok Kim et coll.

Management of ileal perforation due to typhoid fever.

Ann. Surg. January 1975, 181 (1): 88-91.

28- Kamina P. et coll.

Dictionnaire Atlas d'Anatomie.

P – Z Maloine sa. Edition 1983, 1742-1744p.

29- KOUAME B D.

Aspects diagnostique, thérapeutiques et pronostiques des
perforations typhiques du grêle de l'enfant à Abidjan, Côte
d'Ivoire.

Médecine d'Afrique noire 2000 ; 47(12) : 509-511p.

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

30- Larousse Médical.

Dictionnaire Médical 1995 n°6145, 580.

31- Lauroy J P.

Intérêt de la suture extériorisée de l'intestin grêle dans les perforations iléales d'origine typhique.

Thèse Med Dakar ; 1984, n°84

32- Le Peltier P.

Perforations typhiques et perforations iléales.

Médecine tropicale (Mars) 1971, 31 : 417.

33- Mallick S; J F Klein.

Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique : A propos d'une série observée dans l'ouest Guyanais.
Med. Trop. 2001 ; 61 : 491-494.

34- Martin C., Varnet B.

Anesthésie-réanimation en chirurgie abdominale d'urgence chez l'adulte.

Encycl. Chir., Anesthésie réanimation. 36568 A10, 11-1985, 16p.

35- Mock C N, Amaral J, visser L E.

Improvement insurvivol from typhoid ileal perfforation – Result of 221 operative cases.

Ann surg 1992 Mars; 215(3): 244-249p.

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

36- Mondor H.

Diagnostiques abdomens urgents/ Henri Mondor

2^{ème} Edition, 1965 ; 24 cm : 1119 p

37- Nali M N Befdaya, Ngaro S.

Péritonites typhiques : étude de 45 cas observés au Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui, de 1982 à 1986.

38- Ngandu T.

Péritonite par perforation typhique.

Développement et Santé 1995, n°117.

39-NguyenVS.

Typhus perforation in the tropics. A bout 83 cases

J.chir.(paris) 1994;(131) n°2: 90-95p

40- N ongoïba

Contribution à l'étude épidémiologique et clinique des péritonites aiguës dans les hopitaux de Bamako et Kati.Thèse Med.Bamako 1983 n°24

41-Odoulami H, Touré P,Vovor V M,Diouf B.

Réflexion à propos de 176 observation de péritonites aiguës non traumatiques d'origine extra génitale.

Bull Soc Afr Noire lang Francs ; 1972 (4); 543-548

42- PasteurV R et coll.

Pathologie médicale- (appareil respiratoire, maladie infectieuse et respiratoire, intoxication).

Flammarion médecine sciences Paris; 1980 (1) ,1234p.

43- Rahman G A et coll.

Typhoid in Nigeria children: An analysis of 106 operatives cases.
Peditric Surg Int (2001); 17: 628-630.

44- Ramachandran C S et coll.

La paroscopic surgical management of peritorative peritonitis in enteric fever eliminary study.

Surg. Laparosc. Endosc percutan tech. 2004 June : 122-4.

45- Roseo G, Marc F.

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

Encycl. Méd. Chir. (Paris France), Estomac intestin, 9024 A, 2-1989, BP.

46- Sanou D, Sanou A, Kanfado R.

Les perforations iléales d'origine typhique : difficultés diagnostique et thérapeutiques (à propos de 239 cas).

Burkina med. 1998, 1 (2) : 17-20p.

47- Saxe J M et coll.

Contribution à l'étude des perforations non tuberculeuses de l'intestin grêle en milieu africain à Dakar.

Thèse Med Dakar 1977; N°97.

48- Seck B.

Contribution à l'étude des perforations infectieuses non tuberculeuses du grêle en milieu africain à Dakar.

Thèse Med. Dakar, 1977, n°24.

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

49- Sidibé Y.

Péritonites généralisées au Mali. A propos de 140 cas opérés dans les hôpitaux de Bamako et Kati.

Thèse Med. Bamako ; 1996, n°1.

50- Sissoko F, Ongoïba N, Béréte et coll.

Les péritonites par perforation iléale en chirurgie "B" de l'hôpital du point G. Mali médical 2003 : n°1 et 2.

51- Soumaré S.

Les réinterventions précoces après laparotomies, Institut des sciences Médicales de l'université d'Alger.

Thèse Med, 1984.

52- Sow M L, Dia A, Fall B, Mogueya S A, Touré C T, Cherbonnel G et coll.

La suture exteriorise de l'intestin grêle dans les perforations intestinales non traumatiques (Etude préliminaire à propos de 13 observations).

Dakar Médical 1982; 27(4): 465-470p.

53- Spay G, Ejazy M M, Rahim N.

À propos de 31 cas de perforations typhiques (place de la résection iléostomie temporaire).

J. chir. 1973 ; 106 : 341-352p.

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : COULIBALY

Prénom : Ousmane

TITRE : PERFORATIONS DIGESTIONS MULTIPLES NON TRAUMATIQUES ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DANS LES SERVICES DE CHIRURGIE GENERAL ET PEDIATRIQUE DU CHU GABRIEL TOURE

Année Universitaire : 2008 – 2009

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Secteur d'intérêt : CHIRURGIE

RESUME :

Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective qui a pris en compte tous les patients reçus en chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré pour perforations digestives multiples non traumatiques entre janvier 2002 et décembre 2007. L'objectif de cette étude était d'étudier la fréquence hospitalière, les aspects cliniques, thérapeutique et le coût de la prise en charge des perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

51 patients ont été répertoriés, 45 (88,2%) de nos patients ont été recrutés lors des gardes d'urgences chirurgicales. Les perforations digestives multiples non traumatiques ont représentés 12,37% des péritonites par perforation d'organe Creux.

Le sexe ratio à été 1,8 en Faveur des hommes, l'âges moyen de nos patients était de 21,9 ans.

Le diagnostic a été retenu sur la base des signes cliniques para cliniques, et l'aspect des lésions à la laparotomie. Les signes cliniques évocateurs ont été la douleur abdominale (100%), le cris de l'ombilic (100%), douleur au TR (92,2%) ventre de bois (88,2%). Le pneumopéritoine a été retrouvé à l'A.S.P dans (66,7%).

L'excision suture a été la technique opératoire la plus utilisée (60,8%).

Le taux de guérison a été de (92,2%) avec une morbidité de (31,3%) et une mortalité de (7,8%).

Les principaux facteurs de gravité ont été le délai de consultation, l'état nutritionnel des patients, le nombre de perforation et l'état des organes perforés.

Mots clés : Perforations digestives, clinique, traitement, chirurgie général et pédiatriques du CHU Gabriel Touré.

Fiche d'Enquête

Perforations digestives multiples non traumatiques

Données administratives :

1. N° de la Fiche d'Enquête
...../_____/
2. Service
...../_____/
3. N° du Dossier du malade
...../_____/
4. Nom et Prénom du malade
...../_____/
5. Date de consultation
...../_____/
6. Age du malade
...../_____/
7. Sexe du malade
...../_____/
 1. Masculin Féminin
8. Provenance
...../_____/
 1. Bamako 2. Sikasso 3. Kayes
 4. Mopti 5. Koulikoro 6. Gao
 7. Ségou 8. Tombouctou
 9. Kidal
8. a. Si autre préciser
9. Nationalité
...../_____/
 1. Malienne 2. Autres 3. Indéterminé
9. a. Si autre préciser
10. Ethnie
...../_____/
 1. Bambara 2. Malinké
 3. Sarakolé 4. Peulh
 5. Miniaka 6. Senoufo
 7. Dogon 8. Autres 9. Indéterminé

10. a. Si autres préciser

11. Principale activité

...../____/

1. Cadre supérieur 2. Cadre moyen

.....

3. Ouvrier 4. Commerçant

.....

5. Scolaire 6. Paysan

.....

7. Ménagère 8. Autres

.....

9. Indéterminé

.....

11.a. Si autres préciser

12 Mode de recrutement à l'Hôpital

...../____/

1. Urgence 2. Ordinaire 3.

Indéterminé

12.a. Si autres préciser

13. Adressé par

...../____/

1. Aide soignant 2. Infirmier 3. Médecin généraliste

4. Médecin Spécialiste 5. Autres 6.

Indéterminé

13.a. Si autres préciser

14. Date d'entrée

...../____/

15. Durée d'hospitalisation préopératoire en jours

...../____/

16. Durée d'hospitalisation postopératoire en jours

...../____/

17. Date de sortie

...../____/

Examen clinique

18. Motif de consultation

...../____/

1. Douleur 2. Arrêt de matières et gaz

3. Hoquet 4. Vomissement.....

5. Météorisme abdominal 6. Fièvre

7. Diarrhée 8. Autres 9. Indéterminé
10. 1 + 6 11. 5 + 3
18.a. Si autres préciser

Histoire de la maladie

19. Symptomatologie évoluant depuis (en jours)

...../_____/

20. Siège de la douleur

...../_____/

1. Fosse iliaque droit 2. fosse iliaque gauche

.....

3. Flanc droit 4. flanc gauche

5. Hypochondre droit 6. Hypochondre gauche

7. Epigastre 8. Hypogastre

10. Périombilicale 11. Diffuse

12. Autres 99. Indéterminé

20.a. Si autres préciser

21. Durée de la douleur

...../_____/

1. 0 – 6 h 2. 7 – 12 h

3. 12 – 24 h 4. 1 – 2 jours

5. > 2 jours 6. Autres 99. Indéterminé

21.a. Si autres préciser

22. Mode de début de la douleur

...../_____/

1. Brutal 2. Progressif 3.

Intermittent

4. Autres 99. Indéterminé

.....

22.a. Si autres préciser

23. Type de la douleur

...../_____/

1. Brûlure 2. Piqûre 3.

Torsion

4. Pesanteur 5. Ecrasement 6.

Colique

7. Autres 99.

Indéterminé

23.a. Si autres préciser

24. Irradiation de la douleur

...../_____/

1. Organes génitaux 2. Périnée 3. Bretelle
4. Postérieur 5. Transfixiante 6. Latéral
7. Plan radiante 8. Ceinture
-
10. Ascendante 11. sans irradiation
-
12. Autres 99. Indéterminé
-
- 24.a. Si autres préciser
25. Intensité de la douleur
-/_____/
1. Faible 2. Moyen 3. Forte
99. Indéterminé
-
- 25.a. Si autres préciser
26. Evolution de la douleur
-/_____/
1. Permanente 2. Indéterminé 3. Autres
99. Indéterminé
-
- 26.a. Si autres préciser
27. Facteurs déclenchants
-/_____/
1. Non 2. Effort 3. Stress 4. Repas
5. Faim 6. autres 99. Indéterminé
- 27.a. Si autres préciser
28. Facteurs calmants
-/_____/
1. Médicamenteux (à préciser)
2. Position antalgique
-/_____/
- a. Decubitus dorsal b. Decubitus latéral gauche
- c. Decubitus latéral droit d. Chien de fusil
3. Ingestion d'aliment
-/_____/

Perforations digestives multiples non traumatiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré

- a. Riche en graisse
 - b. Riche en sucre
 - 4. Vomissement post prandiaux
 - 5. Autres 99. Indéterminé
- 28.a. Si autres préciser

Signes d'accompagnement de la douleur

29. Signes digestifs

-/...../
- 1. Pas de signes digestifs
16. 2 + 3
- 2. Nausée 17.
- 2 + 3 + 5
- 3. Vomissement.....
99. indéterminé.....
- 5. Constipation
 - 6. Rectorragie
 - 7 Melena
 - 8. Hematemese
 - 10. Arrêt des matières et des gaz
 - 11. Gargouillement
 - 12. Flatulence
 - 13. Tenesme
 - 14. Epreinte
 - 15. Engoulements

29.a. Si autres préciser

30. Signes gynéco obstétriques

-/...../
- 1. Leucorrhée 2. Métrorragie3. Prurit vulvaire
4. Autres 99. Indéterminé
-

30.a. Si autres préciser

31. Signes urinaires

-/...../
- 1. Pas de signes urinaires 2. Dysurie3. Hématurie
 - 4. Brûlures mictionnelles 5. Prurit 6. Autres
99. Indéterminé
-

31.a. Si autres préciser

Antécédents

32. Médicaux

-/...../...../
1. Bilharziose 2. Gastro-entérite 3. Infection urinaire
4. Drépanocytose5. Infections génitales6. Gastrite
7. Ulcère gastrite8. Ulcère duodéal10. Diabète
11. Fièvre typhoïde12. Infection respiratoire13. HTA.....
14. Autres99. Indéterminé

32.a. Si autres préciser

33. Chirurgicaux

-/...../
1. Oui2. Non

33.a. Si oui préciser le

diagnostic.....

34. Suite opératoire

-/...../
1. Simple 2. Abscess de la paroi 3. Autres
99. Indéterminé

34.a. Si autres préciser

35. Gynéco-Obstétrique

-/...../
1. Multiparité 2. Avortement 3. Césarienne
4. Fibrome utérin 5. Kyste de l'ovaire6. GEU.....
7. Obstruction tubaire8. Autres99. Indéterminé.....

Examen physique

Signes généraux

36. ASA

...../_____/

1. ASA1.....2. ASAII3. ASAIII4. ASAIV.....

5. ASAV.....6. ASAVI 7. Autres99. Indéterminé

36.a. Si autres préciser

37. Karnofsky

...../_____/

1. 100 2. 90 3. 80 4. 70

5. 60

6. 507. 40 8. 3010. 20.....

11. 10.....

99. Indéterminé

38. Conjonctives

...../_____/

1. Rouge 2. Pâleur3. Ictère

.....

4. Autres99. Indéterminé

38.a. Si autres préciser

39. Température

...../_____/

1. $T^{\circ} > 37^{\circ}5$ 2. $36^{\circ}5 < T^{\circ} < 37^{\circ}5$ 3. $T^{\circ} < 37^{\circ}5$

4. Autres 99. Indéterminé

39.a. Si autres préciser

40. Tension Artérielle

...../_____/

1. Normal

.....

a. Systol entre 16 - 10 b. Diastol entre 9-6

.....

2. Elevée

.....

- a. Systol >16 b. Diastol >9.....
3. Abaissée
-
- a. Systol < 10b. Diastol < 6
-
4. Autres99. Indéterminé
-
- 40.a. Si autres préciser
41. Pouls
-/_____/
1. > 85/mn2. < 80/mn.....3.
- Autres
99. Indéterminé
-
- 41.a. Si autres préciser
42. Fréquence respiratoire
-/_____/
1. < 16 cycles / mn (Bradypnée)
2. > 22 cycles /mn (Tachypnée)
3. Normal (entre 16 et 22 cycles / mn).....4.
- Autres.....
99. Indéterminé
-
- 42.a. Si autres préciser
43. Conscience
-/_____/
1. Normal 2. Agité 3. Confuse
-
4. Coma 5. Autres99.
- Indéterminé
- 43.a. Si autres préciser
44. Faciès
-/_____/
1. Normal2. Tiré3. Peritoneal
-
4. Autres99. Indéterminé
-
- 44.a. Si autres préciser

45. Plis cutané

...../_____/

1. Absent 2. Présent 3. Autres

.....

99. Indéterminé

.....

45.a. Si autres préciser

46. Langue

...../_____/

1. Humide 2. Sèche 3. Saburale

.....

4. Autres 99. Indéterminé

.....

46. a. Si autres préciser

47. Poids en Kg

...../_____/

48. Taille en cm

...../_____/

Signes Physiques

Inspection de l'abdomen

49. Présence de cicatrice abdominale

...../_____/

1. Oui 2. Non 3. Autres

.....

99. Indéterminé

.....

49.a. Si autres préciser

50. Taille de la cicatrice à préciser

...../_____/

51. Présence de cvc

...../_____/

52. Aspect de l'abdomen

...../_____/

1. Plat 2. Asymétrique 3.

Ballonné

4. Autres 99. Indéterminé

.....

52.a. Si autres préciser

53. Mouvement de l'abdomen

...../_____/

1. Mobilité normale2. Immobile
.....
3. Ondulation péristaltique4. Autres
.....
99. Indéterminé
.....
53.a. Si autres préciser

Palpation de l'abdomen

54. Défense abdominale
...../_____/
1. Fosse iliaque droit2. Fosse iliaque gauche
.....
3. Flanc droit4. Flanc gauche
.....
5. Hypochondre droit 6. Hypochondre gauche
.....
7. Epigastre8. Hypogastre
.....
10. Péri ombilicale..... 11. Généraliser vente en
bois
99. Indéterminé

54.a. Si autres préciser

55. Masse abdominale
...../_____/
1. Oui 2. Non 3. Autres

56. Si oui préciser le siège de la masse

...../_____/

57. Taille de la masse en cm

...../_____/

58. Contour de la masse

...../_____/

1. Régulier2. Irrégulier3.
Autres

99. Indéterminé

58.a. Si autres préciser

59. Mobilité de la masse abdominale

-/...../
1. Oui
 - a. Par rapport au plan profondb. Par rapport au plan superficiel.....
 2. Non
 3. Autres 99. Indéterminé

.....

59.a. Si autres préciser

60. Impulsion à la toux

-/...../
1. Oui 2. Non 3. Autres
-
99. Indéterminé

.....

60.a. Si autres préciser

61. Consistance de la masse abdominale

-/...../
1. Ferme 2. Molle3. Autres
-
99. Indéterminé

.....

61.a. Si autres préciser

62. Douleur provoquée

-/...../
1. Fosse iliaque droit 2. Fosse iliaque gauche
 3. Flanc droit 4. Flanc gauche
 5. Hypogastre 6. Epygastre
 7. Péri ombilical 8. Hypochondre droit
 10. Hypochondre gauche11. Hypochondre gauche
-
99. Indéterminé

.....

62.a. Si autres préciser

63. Percussion de l'abdomen

-/...../
1. Normal 2. Matité 3. Tympanisme
 4. Autres99. Indéterminé

63.a. Si autres préciser

64. Auscultation de l'abdomen

...../...../

1. Normal 2. Bruit hydroaérique

.....

3. silence abdominal 4. Autres 99.

Indéterminé

64.a. Si autres préciser

Touchers pelviens :

65. Toucher rectal

...../...../

1. Normal 2. Douleur à droit 3. Douleur à gauche

4. Masse droite 5. masse gauche

.....

6. 2 + 3 7. 4 + 5 8.

Autres

99. Indéterminé

.....

65.a. Si autres préciser

66. Toucher vaginal

...../...../

1. Normal 2. Douleur à droit 3. Douleur à gauche

4. Masse à droit 5. Masse à gauche

.....

6. Douleur à la mobilisation utérine 7. 2 + 3

.....

8. 4 + 5 99. Indéterminé

.....

66.a. Si autres préciser

Autres appareils

67. Cardio circulatoire

...../...../

1. Normal 2. Bruits anormaux 3.

Autres

99. Indéterminé

.....

67.a. Si autres préciser

68. Respiratoire

...../...../

1. Normal 2. Bruits anormaux 3.

Dyspnée

4. Autres 99. Indéterminé

.....

68. a. Si autres préciser

69. Organes génito urinaires

...../...../

1. Normaux 2. Anomalie 99.

Indéterminé

69.a. Si anomalie préciser

70. Appareils lymphoglandulaire

...../...../

1. Adénopathie

a. Oui b. Non 99. Indéterminé

.....

70.a. Si oui préciser le siège de l'adénopathie

Appareil neurologique

71. Sensibilité

...../...../

1. Normal 2. Anormal 3. Autres

.....

99. Indéterminé

.....

72. Motricité

...../...../

1. Normal 2. Anormal 3. Autres

.....

99. Indéterminé

.....

72.a. Si autres préciser

73. Conscience

...../...../

1. Claire

...../...../

2. Coma

...../...../

a. Stade I b. Stade II c. Stade III

.....

Examens complémentaires avant l'opération

74. ASP

...../...../

- 1. Normal
- 2. Croissant gazeux
- 3. Opacité
- 4. Niveau hydroaérique colon
- 5. Niveau hydroaérique grêle
- 6. 4 + 5
- 7. Autres
- 99. Indéterminé

74.a. Si autres préciser

75. Echographie abdominale

...../...../

- 1. Normal
- 2. Anormal

75.a. Si anomalie préciser

76. Taux d'hémoglobine

...../...../

- 1. Femme 12 – 16 g /dl
- Homme 13 – 18 g/dl

- 2. Femme < 12 g/dl
- Homme < 13 g/dl

- 3. Autres
- 99. Indéterminé

76. a. Si autres préciser

77. Taux d'hématocrite

...../...../

- 1. Homme 40 – 50 %
- Femme 37 – 47 %

- 2. Homme < 40%
- Femme < 37%

- 3. Autres
- 99. Indéterminé

77. a. Si autres préciser

78. Polynuléaire Neutrophile

...../...../

- 1. 35 – 60%
- 2. < 35%

3. > 60% 4. Autres
.....
99. Indéterminé
.....
78. a. Si autres préciser
79. Polynucléaire Eosinophile
...../_____/
1. 1 – 4% 2. < 1% 3. > 4%
.....
4. Autres99. Indéterminé
.....
80. Polynucléaire basophile
...../_____/
1. 0 – 1% 2. > 1%3. > 4%
.....
4. Autres99. Indéterminé
.....
80.a. Si autres préciser
81. Monocytes
...../_____/
1. 1 – 10%2. > 10% 3. < 1%
99. Indéterminé
.....
81.a. Si autres préciser
82. Lymphocytes
...../_____/
1. 40 – 60% 2. < 40% 3. >
60%
4. Autres99. Indéterminé
.....
82.a. Si autres préciser
83. Groupage Rhésus
...../_____/
1. A+ 2. A- 3. B+ 4.
B-
5. AB+6. AB-7. O+8. O-
.....
84. Glycémie
...../_____/
1. Normal 2. Elevé 3. Abaissé
.....

4. Autres 99. Indéterminé
.....
84.a. Si autres préciser
85. Urée
...../_____/
1. Normal 2. Elevé 3. Abaissé
.....
4. Autres 99. Indéterminé
.....
85.a. Si autres préciser
86. VS
...../_____/
1. Normal 2. Accélééré 3. Autres
.....
99. Indéterminé
.....
86.a. Si autres préciser

Diagnostic

87. Diagnostic préopérateur
...../_____/
1. Péritonite 2. Occlusion 3. Hernie étranglée
.....
4. Salpingite 5. Appendicite 6. Perforation
d'organe
7. Autres 99. Indéterminé
.....
87.a. Si autres préciser
88. Diagnostic Per opératoire
...../_____/
1. Perforations digestives multiples 2. Autres
.....
99. Indéterminé
.....
88.a. Si autres préciser

89. Siège des perforations

...../_____/

1. Œsophage 2. Rectum 3. Jejunum

4. Appendice 5. Estomac 6. Coecum

.....

7. Duodenum 8. Colon 10 Ileon

.....

11. Autres 99. Indéterminé

.....

89. a. Si autres préciser

90. Diamètre des perforations en cm

...../_____/

91. Nombre des perforations

...../_____/

1. 2 perforations 2. 3 perforations

.....

3. 4 perforations 4. 5 perforations

.....

6. Autres 99. Indéterminé

.....

91.a. Si autres préciser

92. Aspect lésionnel

...../_____/

1. Linéaire 2. Arrondi 3.

Arciforme

4. Ponctiforme 5. Autres 99.

Indéterminé

92.a. Si autres préciser

Traitement

Traitement médical avant l'opération

93. Antalgique

...../_____/

94. Anti ulcéreux

...../_____/

95. Anti biotique

...../_____/

96. Transfusion

...../_____/

97. Traitement médical peropératoire

...../_____/

1. Toilette péritonéale 2. Antibiotique

.....

3. Autres99. Indéterminé

.....

97. a. Si autres préciser

Traitement chirurgical

98. Techniques opératoires

...../_____/

1. Incision suture

2. Résection en anastomose termino-terminale

3. Drainage

4. Colostomie

5. Ileostomie

6. Autres

99. Indéterminé

98. a. Si autres préciser

99. Nombre de drains

...../_____/

100. Siège de drains

...../_____/

1. Gouttière pariéto-colique droite2. Gouttière pariéto-colique gauche.....

3. 1 + 24. Autres99. Indéterminé

.....

100. a. Si autres préciser

Evolution

101. Avant l'intervention

...../_____/

1. Favorable 2. Défavorable 3. Autres

.....

99. Indéterminé

.....

101.a. Si autres préciser

102. Suites opératoires précoces (15 21 jours)...../_____/

1. Simple 2. Pneumopathie
.....
3. Décès 4. Infection urinaire
.....
5. Abscess de la paroi6. Occlusion
.....
7. Eviscération8. Péritonite
.....
10. Sténose-anastomotique99. Indéterminé
.....
103. Suite opératoire à moyen terme (3 à 24 mois)
...../_____/
1. Simple 2. Trouble digestif 3.
Décès
4. Occlusion5. Retard de cicatrisation
.....
6. Syndrome du grêle court 7. Autres
.....
99. Indéterminé
.....
- 103.a. Si autres préciser
104. Mode de suivi
...../_____/
1. Venu de lui-même 2. Vue à domicile
.....
3. Sur rendez-vous4. Sur convocation
.....
5. Consultation ordinaire99. Indéterminé
.....
- 104.a. Si autres préciser
105. Examens complémentaires à visée étiologique avant et
après l'opération .../____/
1. Fibroscopie 2. Biopsie 3. Lavement
baryté
4. Hémoculture5. Colonoscopie6. TOGD
.....
7. Ano-rectoscopie8. Selles POK
10 Serodiagnostic de widal Felix11.
Coproculture

12. Echographie 13. Examen biologique
.....
99. Indéterminé
.....
105.a. Si autres préciser
106. Diagnostic étiologique
...../_____/
1. Fièvre typhoïde 2. Diverticulose
.....
3. Appendicite 4. Maladie de Crohn
.....
5. UGD 6.
RCH.....
7. Tuberculose iléo-caecale 8. Cholecystite
.....
10. Ascariidiose 11. Syndrome de
Boerhouve
12. Cancer de l'estomac 13. Cancer du colon
.....
99. Indéterminé
.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE