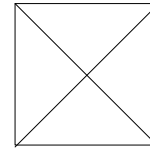


**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SUPERIEURS ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une foi**



UNIVERSITE DE BAMAKO

UNIVERSITE
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2009-2010

N°...../

TITRE

**PERITONITE AIGUE GENERALISEE
AU SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE
A L'HOPITAL DE SIKASSO**

THESE

**Présentée et Soutenue publiquement le.../.../2010 devant
la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**

Par

M. Cheick Oumar Sékou COULIBALY

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

Jury

Président	: Pr Youssouf COULIBALY
Membre	: Dr Ibrahim DIAKITE
Co-Directeur	: Dr Aly B DIALLO
Directeur	: Pr Gangaly DIALLO

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 mon père : Sékou COULIBALY

Très cher papa qui m'apprit à être humaniste et à accepter les gens tels qu'ils sont, vous nous avez toujours montré le chemin du travail bien fait, de l'honneur, du respect de soi même et d'autrui. Votre rigueur dans l'éducation a toujours guidé nos pas. Votre sagesse, vos critiques et votre culture d'une famille unie resteront à jamais dans notre mémoire. Que l'Eternel vous garde encore longtemps auprès de nous, vos enfants et que vous puissiez profiter du fruit de nos efforts qui sont en réalité les vôtres. Trouvez dans ce modeste travail la récompense de vos nombreux sacrifices.

-A ma mère : Fanta DIARRA

Model 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.

Que Dieu le tout puissant vous garde encore très longtemps auprès de nous. Amen!

-A ma tante : Sanata KONE

Très chère tante, qui m'a prouvé qu'une mère n'est pas seulement celle qui met au monde un enfant, je ne cesserai jamais de vous remercier pour votre sagesse, votre honnêteté et votre grande générosité. Ce travail est également le fruit de votre encouragement et de vos nombreuses prières et bénédictions. Votre dévouement et votre soutien efficace de tous les jours ont permis d'atteindre notre objectif. Puisse ce modeste travail vous donner un début de satisfaction de vos vœux les plus sincères.

Que Dieu nous prête une longue vie pour que vous puissiez partager avec nous le fruit de ce travail.

-A mon homonyme : Oumar HAIDARA

Vous m'avez soutenu pendant des moments difficiles de ma vie d'élève. Cher homonyme merci pour tout.

-A mes frères : Youssouf SAMAKE et Abdoulaye COULIBALY dit Tièkisé

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 cousines : Fatoumata dite Tata KEITA et Bintou dite Batoma COULIBALY

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

-A ma fiancée : Rokiatou DIALLO

Tu as été une source d'inspiration pour moi et je considère cela comme une chance énorme, merci pour ton soutien et à ta famille.

-A tous mes collègues : de l'hôpital de Sikasso Pour leur collaboration et leur esprit d'équipe.

- A tous ceux qui ont souffert, souffrent ou souffriront de péritonite aigue généralisée.

Que le tout puissant, le Miséricordieux vous donne la santé. Amen !

REMERCIEMENTS

C'est le lieu de remercier :

LE Docteur Aly B 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 rassurés de notre profonde gratitude.

LE Docteur Ibrahim Diakité : 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.

La famille Samaké et Coulibaly à SOGONIKO

Accueilli et accepté comme un des siens rares sont maintenant des familles qui sont aussi réceptives que la vôtre. Merci d'avoir prouvé que je suis chez moi.

Mes compagnons d'arme à l'hôpital de Sikasso

S Coulibaly dit Botrio, Y Sanogo, Z Dembélé, A Théra, M Camara, S Bagayoko, B Keita, I Bougoudogo, S Diombana. Ce travail est également le votre. Merci à vous tous

Mes amis :

A Coulibaly, Madouni, Otisse, Mamoutou, Kia Diallo, Douga, Cé, Chapé, Daganla, M Soumaré, Boyérékè, Nokobiri, Kara, Apo, A Samaké, Tou Samaké, Tora Fofana, A Cissé, M'pakara. Merci à vous tous.

Tout le personnel du service de chirurgie, du bloc des urgences et du bloc opératoire à l'hôpital de Sikasso : pour leur esprit d'équipe.

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

A notre Maître et Présent du jury

Pr. Youssouf COULIBALY

**-Maître de conférence agrégé en Anesthésie-Réanimation
- Chef du service d'Anesthésie-Réanimation et des Urgences
du C H U du Point G.**

Cher maître

-Nous avons été très touchés 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.

A notre Maître et Membre du jury

Dr Ibrahim DIAKITE

-Spécialiste en chirurgie générale ;

-Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;

Cher maître

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

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

-La spontanéité avec laquelle vous faites partir du jury nous a profondément touché ;

Soyez rassuré de notre profonde reconnaissance

A notre Maître et Co-directeur de thèse

Dr Aly B DILLO

- Spécialiste en chirurgie générale**
- Attesté de laparoscopie à l'université de Guangzhou en Chine**
- Praticien à l'hôpital de Sikasso dans le service de chirurgie générale**
- Présent de la commission médicale d'établissement public hospitalier de Sikasso**
- Membre de conseil d'administration à l'hôpital de Sikasso**
- Directeur des études de l'école de santé N'Gouinso à Sikasso**

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.

A notre Maître et Directeur de thèse

Pr .Gangaly DIALLO

Professeur titulaire en chirurgie viscérale;

**-Chef de département de la chirurgie générale du CHU Gabriel
Touré ;**

-Colonel des forces armées du Mali ;

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

**-Membre de l'association 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 souci 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 ABREVIATIONS

ASA: American Society of Anaesthesiologist

ASP : Abdomen Sans Préparation

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRef : Centre de Santé de Référence

DNSI: Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

ECG: Electrocardiogramme

EPH: Etablissement public hospitalier

EVA: Echelle Visuelle Analogue

FMPOS : Faculté Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

MPI : Mannheim Peritonitis Index

NFS: Numération Formule Sanguine

ORL: Oto Rhino Laryngologie

SIH: Système Informatique Hospitalier

SOTELMA: Société de Telecommunication du Mali

VIP: Very Importantis Personalising

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION.....	1
II- GENERALITES.....	4
III- METHODOLOGIE.....	23
IV- RESULTATS.....	28
V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	41
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	50
VII- BIBLIOGRAPHIE.....	52
VIII ANNEXE.....	60

INTRODUCTON

La péritonite est une inflammation ou une infection aigue du péritoine. Elle est le plus souvent secondaire à une perforation d'organe digestif et /ou à la diffusion d'un foyer septique intra abdominal. Une péritonite est dite généralisée, lorsqu'elle s'étend à toute la cavité péritonéale [1].

Elle constitue une urgence grave nécessitant une prise en charge médicochirurgicale rapide [2].

La péritonite aigue est une pathologie très fréquente. Elle occupe la troisième place des abdomens aigus chirurgicaux après l'appendicite et l'occlusion intestinale [1].

Sa fréquence est estimée, par rapport à l'ensemble des abdomens aigus chirurgicaux : 3% en France [1] ; 13, 63% à Oman [3] ; 28,8% au Niger [4], 20% au Mali [5] et 54,7% à Sikasso [6].

La coelioscopie occupe une importante place dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des péritonites [7].

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

La morbidité et mortalité de l'affection restent encore très élevées dans les pays en développement comme le nôtre [8].

- **En France : Brunel Fraisse Lechiche ; Sotto Laporte :** [9] en 2008 ont trouvé des péritonites sexuellement transmises qui sont dues aux infections sexuellement transmissibles dont 80% des *Neisseria gonorrhoeae*.

- **En Allemagne : Giesling [10]** a relevé 58% de décès chez 36 patients atteints de péritonites sévères : patients ayant plus de 29 points dans le score de MPI.
- **EN ASIE : RAMACHANDRAN CS, AGARWAL S : [11] 2004** a signalé dans son étude qu'en cas de défaillance multi viscérale au moment de l'intervention, le pronostic peut atteindre 70-80% de décès.
- **AU NIGERIA : Adesunkanmi A : [12]** en 2003 a trouvé une mortalité de 11,6% chez les enfants Africains atteints des péritonites.
- **AU MAROC: M'bida [13]** en 2005 a remarqué que le pronostic peut être amélioré par une prise en charge urgente et multidisciplinaire, associant un diagnostic précoce, une laparotomie exploratrice en urgence et une réanimation précoce et adaptée.

AU MALI :

- **Konaté.H [14]** en 2001 et **Boré. B [15]** en 2006 : ont estimé que le retard de la prise en charge constitue un facteur de mauvais pronostic des péritonites.
- **Dembélé.B [8]** en 2005 releva un taux de mortalité de 4,8% sur 200 cas de péritonite aigue généralisée.

A SIKASSO peu de travail a été réalisé sur la péritonite aigue généralisée, c'est ce qui nous a motivé à étudier ce sujet.

OBJECTIFS :

Objectif général:

- Analyser le profil épidémiologique, clinique et pronostique de la péritonite aigue généralisée dans le service de chirurgie à l'hôpital de sikasso.

Objectifs spécifiques :

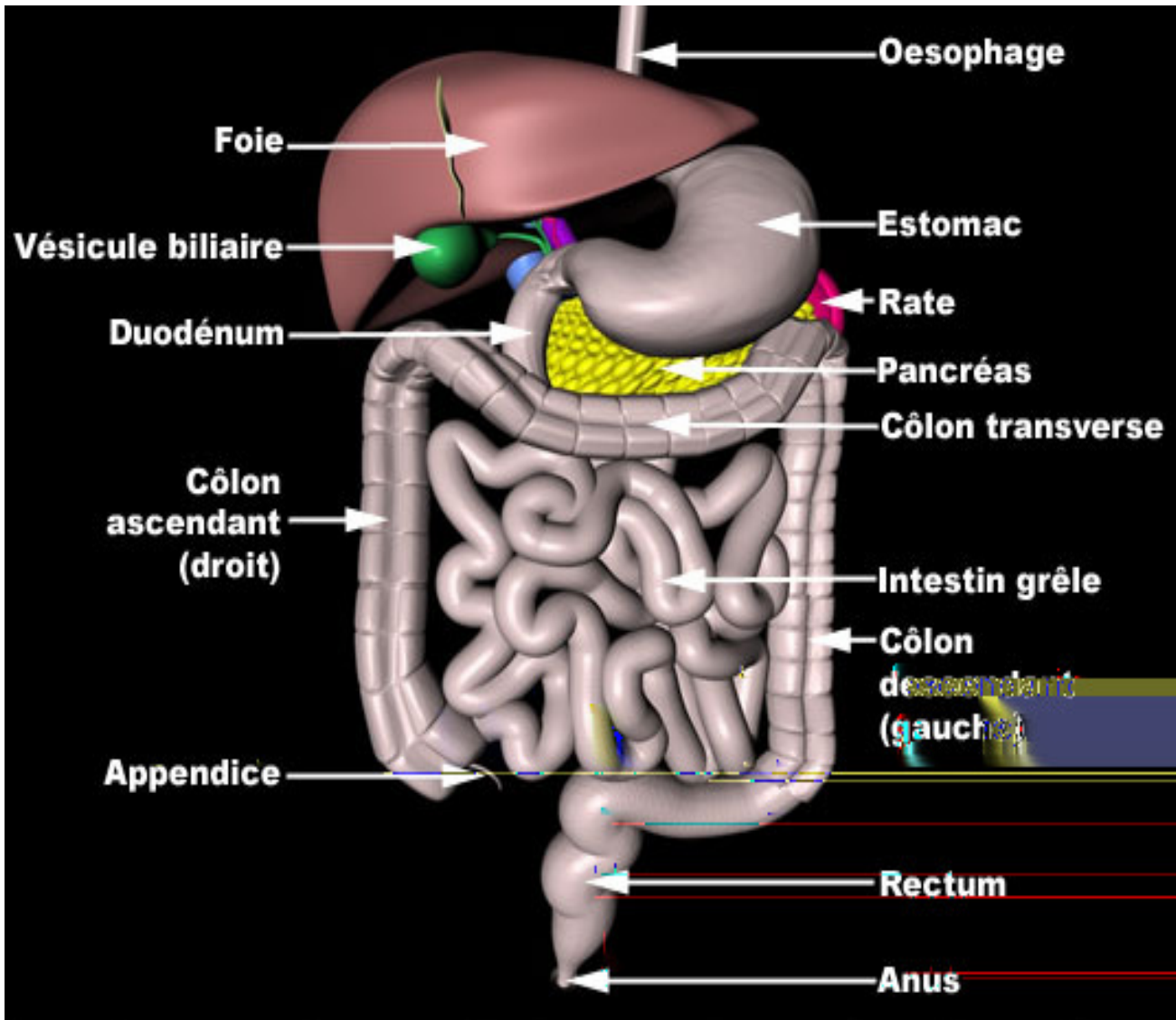
- Déterminer la fréquence hospitalière de péritonite aigue généralisée ;
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques ;
- Etablir le pronostic de péritonite aigue généralisée.

GENERALITES

I- 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 et le canal anal.**



Supérieure



Gauche

Vue d'ensemble du tube digestif

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

II-ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU PERITOINE :

A-ANATOMIE :

1-Définition et description :

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

Macroscopiquement on reconnaît comme toute séreuse :

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

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

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

On appelle méso les replis péritonéaux qui unissent à la paroi d'un segment de tube digestif. Le méso s'appelle mésogastre, méso duodénum,

mésentère ou méso colon suivant qu'il est en connexion avec l'estomac, le duodénum, le jéjuno-iléon ou le colon.

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

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

-Epiploon gastro-duodeno-hepatique ou petit épiploon :

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

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

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

Enfin à droite de la pars flaccida, le petit épiploon devient très épais jusqu'à son bord libre, car il contient dans cette région entre ses deux

feuillet tous les éléments du pédicule hépatique ; c'est la **pars vasculosa** ou partie duodéno-hépatique.

-Le grand épiploon :

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

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

Les dimensions du grand épiploon sont également variables.

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

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

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

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

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

Le diaphragme (hoquet)

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

Le cul de sac de Douglas, exploré par les touchers pelviens, et ou le doigt entrant en contact direct avec le péritoine déclenche une douleur vive.

Ces zones hypersensibles correspondent à des foyers où l'innervation péritonéale est très riche et dont l'exploration clinique présente un intérêt diagnostique dans les syndromes péritonéaux. Cette innervation se signale également par un fait en pathologie : toute agression inflammation de la séreuse péritonéale peut se manifester par une contracture des muscles de la sangle abdominale, réponse pratiquement pathognomonique.

2-Rapports du péritoine avec les organes :

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

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

- **Les viscères intra péritonéaux non engainés par le péritoine**, mais qui sont dans la cavité péritonéale et dont les pathologies peuvent également intéresser le péritoine ; ce sont le foie et la rate.

B- PHYSIOLOGIE :

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

1-la voie passive de sécrétion- absorption :

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

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

2-Mouvement des fluides péritonéaux et voie active :

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

Ces mouvements de bas en haut expliquent le drainage lymphatique actif de la cavité péritonéale. Ils expliquent également la possibilité d'abcès sous phrénique compliquant une pathologie infectieuse née en sous- méso colique.

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

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

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

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

II-PHYSIOPATHOLOGIE :

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

❖ PERITONITES DITES PRIMITIVES :

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

Ce sont des infections à un seul germe (Streptocoque, Pneumocoque chez l'enfant, Entérobactéries surtout chez l'adulte), cette flore monomorphe étant caractéristique des péritonites primitives. Dans tous les cas, la contamination péritonéale « spontanée » est favorisée par la présence

d'une ascite et/ou d'un déficit immunitaire de l'hôte : diabète, syndrome néphrotique, cirrhose.

❖ **PERITONITES SECONDAIRES :**

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

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

L'évolution de l'infection après l'inoculation péritonéale dépend d'une part de l'infection de celle-ci et de facteurs locaux favorisants (comme le sang ou la nécrose tissulaire), et d'autre part des moyens de défense de l'organisme dont la mise en jeu est immédiate et complexe : ces moyens sont locaux (épiploon, drainage lymphatique) et systémique (phagocytose, fibrino-formation). Il y a systématiquement trois (3) possibilités évolutives : la guérison par résorption du foyer infectieux (par exemple : ulcère perforé bouché) ; la limitation de l'infection par les moyens de défense ,avec constitution d'un abcès (par exemple : abcès péri colique sur perforation sigmoïdienne) ; la constitution d'une péritonite , en cas de faillite ou de débordement de ces moyens de défense .Les conséquences locales et générales sont d'autant plus graves que l'inoculation bactérienne est virulente , abondante et surtout prolongée .Localement , l'inflammation produit une fuite plasmatique importante dans la cavité péritonéale , dans le tissu conjonctif de la séreuse et dans la lumière du

tube digestif en état d'iléus paralytique : « 3eme secteur » qui peut atteindre 4 à 6 litres par jour . L'absorption séreuse augmentée provoque une diffusion des toxines et des bactéries dans la circulation générale, qui peut retentir sur toutes les fonctions de l'organisme : défaillances cardio-circulatoire, respiratoire, rénale, hépatique, digestif, neurologique. Ainsi se trouve la conception de « péritonite grave ».

1- Retentissement Viscéral :

- ✓ **L'insuffisance rénale :** est tout d'abord fonctionnelle (oligurie en rapport avec le seul hypo débit artériel), puis lésionnelle (ischémie prolongée, toxines bactériennes) avec débit urinaire chez un adulte, égal ou inférieur à 20 ml/heure, soit moins de 500ml/24 heures. L'hyperkaliémie qu'elle entraîne est un facteur déterminant dans le mécanisme du décès.
- ✓ **La défaillance respiratoire :** peut être également précoce ; elle entre dans le cadre plus large du Syndrome de Détresse Respiratoire Aigue de l'adulte (SDRA) ; elle résulte de l'activation des polynucléaires neutrophiles et de leur adhésion entre eux et aux parois des endothéliums vasculaires pulmonaires. L'hypoxie qui en résulte ne peut être corrigée par la simple administration d'oxygène, mais exige une ventilation assistée avec pressions positives expiratoires. La rétention de CO₂ majore l'acidose de la glycolyse en anaérobie. L'installation de tel syndrome, qui complique 40 à 60% des chocs septiques, aggrave considérablement le pronostic.
- ✓ **L'impact hématologique :** est également d'origine toxique. La première perturbation est une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) avec consommation des facteurs de l'hémostase et tendance hémorragique ; une hypoplaquettose autour de

30000/mm³ en est le témoin ultime. La toxicité hématologique se signale également par une hyperleucocytose (supérieur à 30000/mm³) ou une hypo leucocytose (inférieur à 2500/mm³) ; le taux d'hémoglobine tend également à s'abaisser ; c'est un facteur pronostique important lorsqu'il se situe au dessous de 8g/100ml.

- ✓ **La défaillance hépatique :** (par ischémie prolongée, effets toxiques de la pullulation microbienne intraluminaire) se traduit par un ictère et une chute des facteurs de coagulation, ce dernier aspect majorant la tendance hémorragique.
- ✓ **La défaillance cardio-circulatoire :** est poly factorielle et terminale (tachycardie prolongée avec métabolisme en hypoxie, acidose métabolique, hyperkaliémie par l'insuffisance rénale, effets inotropes négatifs des toxines bactériennes, hypertension artérielle pulmonaire par SDRA). Son expression clinique est une hypotension artérielle à pression veineuse centrale élevée, la bradycardie est un signe terminal.
- ✓ **La traduction cérébrale :** enfin, résulte du cumul de l'ensemble de ces facteurs pathologiques ; on l'évalue à l'aide du Score de GLASGOW ; un chiffre égal ou inférieur à 6 témoigne d'une situation terminale, pratiquement irréversible.

2- Facteurs pronostiques globaux :

Plusieurs facteurs ou situations sont reconnus dans la littérature comme aigue de mauvais pronostic [1] :

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

- **La survenue d'une complication évolutive** : du type syndrome hémorragique, choc septique, insuffisance rénale aigue et insuffisance respiratoire, est également prise en charge ; s'il existe 1,2 ou 3 de ces complications, le taux de mortalité serait de 33,66 ou 100% [2].
- **L'âge** : enfin non pas en tant que tel, mais en relation avec le site d'une perforation digestive est un indicateur important ; en effet, plus l'âge augmente, plus la perforation est distale et plus la mortalité est élevée [1].

III- RAPPEL CLINIQUE :

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

2- **Signes cliniques** :

Le diagnostic est clinique associant :

❖ **Une douleur**

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

❖ **Des vomissements**

Alimentaires, puis bilieux, répétés, quasi constants

Parfois remplacés par des nausées

❖ **Des troubles du transit** :

-arrêt des matières et des gaz

-Parfois diarrhée

❖ **La fièvre**

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

❖ **L'état général est conservé au début mais**

- Le sujet est anxieux

- Le pouls est filant et rapide

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

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

- La palpation : mains réchauffées, bien plat en commençant par les endroits les moins ou non douloureux, retrouve la contracture permanente, invincible, douloureuse, tonique rigide, généralisée.

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

Le diagnostic de péritonite étant posé, il faut :

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

3- Signes para cliniques :

Les examens complémentaires sont un élément d'appoint :

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

- Face debout centrée sur les coupoles ; Face couchée, Profil couché.

- **Signe en rapport avec la péritonite:** Epanchement péritonéal :

- Grisaille diffuse ;
- Décollement pariétal du colon ;
- Anses grêles cernées ;
- iléus réflexe : distension gazeuse du grêle et du colon avec niveaux hydroaériques.

- **Signe orientant vers une autre étiologie :** Le pneumopéritoine :

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

- De taille variable ;
- Sur le profit couché : clarté gazeuse sous pariétale ;

- Lithiase vésiculaire radio opaque.

3-2- Autres examens complémentaires :

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

3-2-1-Echographie Abdominale :

-peut confirmer le diagnostic d'épanchement intra péritonéal ;

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

-Dans les péritonites génitales, si on retrouve des images de pyosalpinx.

3-2-2-Lavement opaque aux hydrosolubles :

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

4 - Examens complémentaires du bilan préopératoire :

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

5- Autres formes cliniques :

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

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

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

IV- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

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

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

1- Péritonite par perforation d'ulcère gastro duodéal :

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

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

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

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

2- Péritonites par perforation du grêle :

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

3-Diverticulite colique :

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

4-Cancer colique :

Soit on a une perforation tumorale, favorisée par l'infection péritonéale, le siège est généralement sigmoïdien ; soit on a une perforation diastatique secondaire à la distension colique d'amont, habituellement le cæcum. Ce sont des ruptures au niveau d'une plage de nécrose ischémique. Ces péritonites coliques sont caractérisées par :

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

5-Les autres formes de péritonite par perforation colique :

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

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

7- La péritonite appendiculaire : la plus fréquente

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

8- Péritonites biliaires :

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

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

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

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

V-TRAITEMENT :

1-Le But : Eradiquer le foyer infectieux, Lutter contre l'infection et assurer l'équilibre hydro électrolytique

2-Les moyens : sont médicaux et chirurgicaux

2-1- les moyens médicaux :

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

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

2-1-2- l'antibiothérapie :

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

2-2- le traitement chirurgical :

- Voie d'abord large : laparotomie médiane ou incision para rectale
- Prélèvements du liquide péritonéal avec recherche les germes aéro et anaérobies ;
- Exploration complète de toute la cavité abdominale ;
- Traitement de la lésion causale : exérèse de la lésion chaque fois que c'est possible, absence de suture en milieu septique (entérostomies), vidange rétrograde du grêle dans l'estomac qui est aspiré, ablation des fausses membranes, toilette péritonéale abondante (10 à 12 L) au sérum physiologique jusqu'à ce que la cavité abdominale soit propre (gouttières, douglas), drainage de la cavité péritonéale.

VI-RESULTATS :

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

- Bon pronostic : appendicite
- Plus grave : vésicules, traumatisme
- Pronostic réservé : perforations (iléale, colique, d'ulcère), pancréatite nécrosante, péritonites post opératoire, grands vieillards, sujets immunodéprimés.

METHODOLOGIE

1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective réalisée dans le service de chirurgie à l'hôpital de Sikasso.

Elle a concerné la péritonite aigue généralisée.

Elle s'est étendue sur une période de douze mois allant de Janvier à Décembre 2009.

1-CADRE D'ETUDE :

Situation géographique :

L'hôpital de Sikasso occupe une superficie de 4 hectares et est situé en plein centre ville. Il est limité :

Au sud par le grand marché ; au Sud-Ouest par le centre de la mission catholique, à l'Est par le groupe scolaire A, la Direction régionale des impôts, la poste et la SOTELMA.

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

Assistance médicale indigène ; Assistance médicale africaine ;

Hôpital secondaire et hôpital régional en 1972 ;

Etablissement public hospitalier (E.P.H) en 2003.

L'hôpital comprend :

- Un bâtiment abritant : le bureau des entrées, le secrétariat général, le bureau de

L'agent comptable, le service social, le bureau du surveillant, la salle de réunion, la pharmacie d'urgence,

- Un bâtiment pour le service des urgences médicochirurgicales ;

- Un contenair pour l'ORL,

- Un pavillon d'hospitalisation de médecine ;

- Deux pavillons d'hospitalisation de chirurgie,
- Un pavillon d'hospitalisation et un bâtiment de consultation pour la pédiatrie ; un pavillon d'hospitalisation VIP ;
- Un bâtiment pour la troisième salle d'hospitalisation de gynéco obstétrique, une unité de cardiologie, le bureau du directeur général adjoint, le bureau du chef de service de chirurgie, le bureau de l'urologue , le bureau d'un gynécologue et le bureau du cardiologue ;
- Un bâtiment pour l'orthopédie,
- Un bâtiment pour l'odontostomatologie et le pavillon de gynéco obstétrique,
- Un bâtiment (nouveau pavillon) pour : l'hospitalisation de première catégorie, le service de kinésithérapie, le bureau des gestionnaires, le bureau du S. I. H, la salle de garde de l'anesthésiste assistant médical, la salle de consultation du chirurgien chinois, la salle des étudiants hospitaliers ;
- Un bâtiment pour : le bureau du Directeur Général, son secrétariat particulier, et sa salle de consultation, un magasin, une salle pour les psychologues sociaux, le centre d'ophtalmologie ; un bâtiment abritant la pharmacie et le laboratoire ;
- Un bâtiment pour : la radiographie, le bloc opératoire et la réanimation ;
- Un bâtiment pour : l'archivage, la salle de garde des gardiens et la salle de garde des chauffeurs ;
- Trois bâtiments pour le logement de l'équipe chinoise, des abris pour accompagnants ; une cuisine, des toilettes et WC, une buanderie, une construction pour l'incinération, un bâtiment abritant la morgue, le garage et le groupe électrogène.

-Description du Bloc opératoire :

Local : composé de deux (02) salles opératoires, une (01) salle de lavage chirurgical, une salle (01) salle de garde pour les chirurgiens et les kits d'urgences, une (01) salle pour de déshabillage, une salle (01) de stérilisation, un bureau du chef de l'unité, une (01) salle de réveil de 3 lits, une (01) salle d'attente, une (01) salle de garde pour infirmiers, une toilette, et une buanderie.

- Les activités : Elles sont réparties comme suite :

Un staff général tous les jours ouvrables suivi du programme opératoire ; le nettoyage de la salle d'opération a eu lieu les vendredi après le programme d' O R L. Les urgences chirurgicales et obstétricales sont prises en charge tous les jours.

Description du service de chirurgie générale :

-Le local: Composé de deux (2) blocs (chirurgie I ou bloc des hommes et chirurgie II ou bloc des femmes et des enfants de moins de 15 ans), le service de chirurgie est situé entre la pédiatrie et les urgences à l'Est, la Direction Régionale de santé à l'Ouest, l'A.M au Nord et le bâtiment des suites de couche de la gynécologie au sud ;chaque bloc est composé de : 2 grandes salles et 4 cabines d'hospitalisation pour un effectif total de 46 lits d'hospitalisations, une salle d'accueil, une salle de pansement, une salle de garde, une toilette, un magasin, un abri pour accompagnants.

- Le personnel : Dirigé par un chirurgien généraliste, le personnel de la chirurgie est composé de: quatre (4) chirurgiens généralistes, un chirurgien traumatologue, un urologue, dix (10) infirmiers d'état ; quatre infirmiers stagiaires de perfectionnement, onze étudiants hospitaliers.

- **Les activités** : Elles sont réparties comme suite :

Un staff tous les jours ouvrables suivi de la visite des malades hospitalisés ; la consultation externe chirurgicale, traumatologique et urologique ; la prise en charge des urgences chirurgicales, traumatologiques ; le programme opératoire le lundi, mardi, et jeudi.

Les Patients :

Tous les patients ont été recrutés dans le service de chirurgie à l'hôpital de Sikasso.

Un questionnaire établi a permis de recueillir tous les renseignements nécessaires pour chaque patient.

- **Critères d'inclusion** : Nous avons inclus dans la série tout patient des deux sexes et de tout âge ayant consulté dans le service des urgences de l'hôpital de Sikasso et qui ont été opérés puis hospitalisés pour péritonite aigue généralisée.

- **Critères de non inclusion** : les critères de non inclusion étaient :

-tout patient décédé avant l'admission à l'hôpital ;

-tout patient porteur de péritonite localisée.

1-4- Méthode :

Tous les malades recrutés ont bénéficié d'un examen clinique et para clinique.

-**Le MPI** (Mannheim Peritonitis Index) a été évalué chez tous nos patients.

Support :

- **La fiche d'enquête** : Elle comporte des variables réparties en :

-Données administratives : âge, sexe, principale activité, nationalité, ethnie, durée d'hospitalisation.

-Paramètres cliniques et para cliniques (signes fonctionnels, signes physiques, examens complémentaires).

-Suites opératoires à court et moyen termes.

- **La collecte :**

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel Epi-Info version 6.0.

Le test statistique utilisé a été le chi² avec un seuil de signification $p < 0,05$.

RESULTATS

1- Aspects épidémiologiques :

1-1 Fréquence :

Durant la période d'étude de Janvier 2009 à Décembre 2009 nous avons effectué dans le service de chirurgie à l'hôpital de Sikasso :

1765 consultations ordinaires

9150 consultations au bloc des urgences

1020 hospitalisations

246 patients ont été admis pour urgences digestives dont 101 péritonites aiguës généralisées.

Nous avons colligé 101 péritonites aiguës généralisées soit respectivement : 5,7% des consultations ordinaires, 1,1% des consultations au bloc des urgences, 9,9% des hospitalisations et 41% des urgences digestives.

1-2 Age

Tableau I: Répartition des patients selon l'âge.

Age (ans)	Effectifs	Pourcentage (%)
0 – 7	6	5.9
8 – 15	25	24.8
16 – 20	25	24.8
21 – 40	32	31.6
41 - 60	10	9.9
> 60	3	3
Total	101	100

La tranche d'âge de 21 – 40 ans était le souvent atteinte soit 31,7%, L'âge moyen était de 24,4 ans, L'écart type + ou - 15,5 et les extrêmes : 1 et de 82 ans.

1-3 Sexe

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectifs	Pourcentage (%)
Masculin	69	68.3
Féminin	32	31.7
TOTAL	101	100

Le sexe masculin était de 63,3%. La sex-ratio est de 2,1.

1-9 Le mode de référence

Tableau III: Répartition des patients selon le mode de référence.

Mode de référence	Effectifs	Pourcentage (%)
Médecin spécialiste	2	2
Médecin généraliste	32	31,6
Infirmier	24	23,8
Auto référence	43	42,6
TOTAL	101	100

42,6% de nos patients ont fait une auto référence.

1-4 Provenance

Tableau IV : Répartition des patients selon la provenance.

Provenance	Effectifs	Pourcentage (%)
Sikasso	64	63,3
Kadiolo	25	24,8
Koutiala	6	5,9
Bougouni	2	2
Yorosso	1	1
Autres	3	3
TOTAL	101	100

64 de nos patients provenaient du cercle de Sikasso soit 63,3%.

Autres : 3 malades venaient hors de la région de Sikasso soit 3%.

1-7 Les principales occupations

Tableau V : Répartition des patients selon les principales occupations

Principales occupations	Effectifs	Pourcentage (%)
Fonctionnaire d'état	1	1
Ouvrier	8	7,9
Commerçant	5	4,9
Scolaires	27	26,7
Paysan	34	33,7
Ménagère	16	15,9
Sans emploi	10	9,9
TOTAL	101	100

34 de nos patients étaient des paysans soit 33,7%.

1-8 Le mode de recrutement

Tableau VI : Répartition des patients selon le mode de recrutement à l'hôpital.

Mode de recrutement	Effectifs	Pourcentage (%)
Urgence	93	92.1
Consultation ordinaire	8	7.9
TOTAL	101	100

Seulement 8 malades ont été reçus en consultation ordinaire soit 7,9%.

2- Examen clinique**2-1 Signes fonctionnels**

Tableau VII : Signes fonctionnels.

Signes fonctionnels	Effectifs	Pourcentage (%)
Douleur abdominale	101 / 101	100
Vomissements	52 / 101	51.5
Arrêt des matières et des gaz	21 / 101	20.8
Météorisme abdominal	5 / 101	5
Diarrhée	5 / 101	5
Brûlure mictionnelle	4 / 101	4
Hoquet	3 / 101	3
Dysurie	3 / 101	3
Gargouillement	3 / 101	3

La douleur abdominale était le principal signe fonctionnel de nos patients avec 100%.

2-2 Délai de consultation

Tableau VIII : Délai de consultation.

Délai consultation	Effectifs	Pourcentage (%)
< ou =égal à 7 jours	62	61,3
8 à 14 jours	20	19,9
15 à 21 jours	18	17,8
> 22 jours	1	1
TOTAL	101	100

61,3% de nos patients étaient vus entre 0 à 7 jours avec :

Un délai moyen = 8,356 jours ; Ecart type + ou - 4,636 et Extrêmes = de 2 et de 30 jours.

2-3 Le siège de la douleur

Tableau IX: Siège primaire de la douleur.

Siège de la douleur	Effectifs	Pourcentage (%)
Diffuse d'emblée	69	68.3
F I D	11	10.9
Epigastrique	8	7.9
Péri ombilical	6	5.9
Hypogastrique	4	4
Hypochondre droit	3	3
TOTAL	101	100

69 de nos patients avaient une douleur abdominale diffuse à tout l'abdomen soit 68,3%.

2-4 Le début de la douleur

Tableau X: Mode de début de la douleur.

Début de la douleur	Effectifs	Pourcentage (%)
Progressif	67	66.3
Brutal	34	33.7
TOTAL	101	100

Le mode de début était progressif chez 66,3% des cas.

2-5 Le type de la douleur

Tableau XI: Type de la douleur.

Type de la douleur	Effectifs	Pourcentage (%)
Piqûre	79	78.2
Brûlure	16	15.8
Torsion	5	5
Colique	1	1
TOTAL	101	100

La douleur à type de Piqûre a été retrouvée chez 78,2% des cas.

2-6 L'irradiation de la douleur**Tableau XII : Irradiation de la douleur.**

Irradiation de la douleur	Effectifs	Pourcentage (%)
Sans irradiation	85	84.1
Transfixiante	10	9.9
Organes génitaux	6	6
TOTAL	101	100

84,1% de nos patients avaient de douleur sans irradiation.

2-7 L'intensité de la douleur**Tableau XIII : Intensité de la douleur selon l'Echelle Visuelle Analogue (E V A) .**

Intensité de la douleur	Effectifs	Pourcentage (%)
Faible	2	2
Modérée	29	28.7
Intense	67	66.3
Très intense	3	3
TOTAL	101	100

69.3% de nos patients avaient une douleur intense et très intense.

La douleur a été évaluée : faible entre 3 – 4 ; modérée 5 – 6 ; intense 7 – 8 ; très intense 9 – 10.

2-8 Le rythme de la douleur**Tableau XIV : Rythme de la douleur.**

Rythme de la douleur	Effectifs	Pourcentage (%)
Douleur permanente	97	96
Douleur intermittente	4	4
TOTAL	101	100

L'évolution de la douleur était permanente chez 96% des cas.

3- Antécédents

3-1 Médicaux

Tableau XV : Antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectifs	Pourcentage (%)
Aucuns	72	71.3
Toux	10	9.9
Epigastralgie	8	7.9
Bilharziose	8	7.9
Ulcère gastro-duodéal	2	2
Hypertension artérielle	1	1
TOTAL	101	100

71,3% de nos patients n'avaient aucuns antécédents médicaux

3-2 Chirurgicaux

Tableau XVI : Antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage (%)
Non opérés	93	92.1
Opérés	8	7.9
TOTAL	101	100

3 Hernies inguinales ; 1 Hernie inguino scrotale ; 2 Appendicites ; 1 Occlusion intestinale ; 1 Péritonite par perforation iléale.

Tableau XVII: Traitement reçu avant l'admission à l'hôpital.

Traitement	Effectifs	Pourcentage (%)
Aucun traitement	10	9.9
Traitement traditionnel	60	59,4
Traitement médical	23	22,8
Traitement médico-traditionnel	8	7,9
TOTAL	101	100

4- Examen général

4-1 Signes généraux

Tableau XVIII: Répartition des malades selon les signes généraux.

Signes généraux	Effectifs	Pourcentage (%)
Fièvre	74/101	73,3
Tachycardie	60/101	59,4
Pâleur conjonctivale	20/101	19,8
Faciès péritonéal	60/101	59,4
Pli de déshydratation	58/101	57,4
Langue sèche	46/101	45,5
Langue saburrale	19/101	18,8

74 de nos patients avaient la fièvre soit 73,3%

4-3 Indice de karnofski

Tableau XIX : Répartition des patients selon l'indice de karnofski

Indice de karnofski	Effectifs	Pourcentage (%)
80%	13	12,9
70%	69	68,3
60%	12	11,9
50%	7	6,9
TOTAL	101	100

L'indice de karnofski était à 70% chez 68,3% de nos patients.

Aucun de nos patients n'a été 100%, 90%, 40%, 30%, 20% ou 10% d'indice de karnofski.

4-4 Conscience

Tableau XX : Répartition des patients selon l'état de conscience.

Conscience	Effectifs	Pourcentage (%)
Normale	92	91,1
Trouble de la conscience	9	8,9
TOTAL	101	100

92 de nos patients avaient une conscience normale soit 91,1%.

5- Examen physique**Tableau XXI : Répartition des patients selon les signes physiques.**

Signes physiques	Effectifs	Pourcentage (%)
Diminution de la respiration abdominale	91	90,1
Douleur à la palpation	101	100
Contracture	86	85,2
Cri de l'ombilic	66	65,3
Matité anormale	84	83,2
Tympanisme	7	6,9
Silence abdominal	75	74,3
Toucher vaginal douloureux	20	19,8
Douglas bombé	11	10,9
Douglas douloureux (TR)	97	96

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

6- Examens complémentaires**6- 1 Radiographie d'Abdomen Sans Préparation :****Tableau XXII : Résultats de la radiographie d'Abdomen Sans Préparation (ASP).**

Résultats	Effectifs	Pourcentage (%)
Pneumopéritoine	39	57,4
Niveaux hydroaériques	20	29,4
Grisaille diffuse	9	13,2
TOTAL	68	100

68 Patients ont bénéficié d'une radiographie d'A.S.P. avec présence de pneumopéritoine chez 57,4% des cas.

6- 2 Echographie**Tableau XXIII : Résultats d'Echographie abdominale.**

Résultats	Effectifs	Pourcentage (%)
Epanchement liquidien	33	91,7
Appendicite	3	8,3
TOTAL	36	100

L'Echographie abdominale a été réalisée chez 36 patients, avec présence d'épanchement liquidien chez 91,7% des cas.

Sérodiagnostic de Widal-Felix

Tableau XXIV : Résultats du sérodiagnostic de WIDAL-FELIX.

Résultats	Effectifs	Pourcentage (%)
Positif	53	94,6
Négatif	3	5,4
TOTAL	56	100

Le sérodiagnostic de WIDAL-FELIX a été réalisé chez 56 patients.

7- Diagnostic

7-1 Diagnostic pré opératoire

Tableau XXVII : Diagnostic préopératoire.

Diagnostic pré-opératoire	Effectifs	Pourcentage (%)
Péritonite	86	85,2
Appendicite aigue	8	7,9
Occlusion intestinale	7	6,9
TOTAL	101	100

La péritonite a été le diagnostic préopératoire le plus fréquent 86 de nos patients soit 85,1%.

Bilan préopératoire :

Tableau XXVI : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine.

Taux d'hémoglobine	Effectifs	Pourcentage (%)
Normal	92	91,1
Anémie	9	8,9
TOTAL	101	100

91,1% de nos patients avaient un taux d'hémoglobine normal à l'admission.

7-2 Diagnostic per opératoire

Tableau XXVIII : Diagnostic per opératoire.

Diagnostic per opératoire	Effectifs	Pourcentage (%)
Perforation Iléale	56	55.4
Perforation Appendiculaire	19	18.8
Perforation Gastrique	9	8.9
Perforation Duodénale	3	3
Perforation Colique	3	3
Perforation Vésicule Biliaire	2	2
Péritonite génitale	5	5
Tuberculose péritonéale	4	3,9
TOTAL	101	100

La perforation iléale a été retrouvée chez 55,4% de nos patients.

Tableau XXV : Résultats de l'examen bactériologique du liquide péritonéal.

Résultats	Effectifs	Pourcentage (%)
Salmonella typhi	9	40,9
Bacille koch	4	27,3
Escherichia coli	2	9,1
Pseudomonase aeruginosa	1	4,5
Stérile	6	18,2
TOTAL	22	100

Salmonella typhi a été le germe le plus fréquemment rencontré 9 cas soit 40,9%.

8- Traitement

Traitement chirurgical

Tableau XXIX: Technique opératoire.

Technique opératoire	Effectifs	Pourcentage (%)
Excision suture	45	44,5
Appendicectomie	19	18,8
Lavage péritonéal + Drainage	9	8,9
Suture + Epiploplastie	9	8,9
Résection anastomose	7	6,9
Iléostomie	4	4
Colostomie	3	3
Suture + pyloroplastie	3	3
Cholécystectomie	2	2
TOTAL	101	100

L'excision suture a été réalisée chez 44,5% de nos patients.

* Tous les patients ont bénéficié d'un lavage péritonéal + drainage.

9- Pronostic

Tableau XXX: Répartition des patients selon le score de MANNHEIM (MPI).

MPI	Effectifs	Pourcentage (%)
<26	90	89,1
>26	11	10,9
TOTAL	101	100

< 26 bon pronostic

> 26 pronostic réservé

90 de nos patients avaient un bon pronostic chez 89,1%.

10- Evolution et Complications

Tableau XXXI : Répartition des patients selon les suites opératoires.

Suites opératoires	Effectifs	Pourcentage (%)
Simple	89	88,1
Complicées	12	11,9
TOTAL	101	100

Les suites opératoires étaient simples chez 89 de nos patients soit 88,1%.

Tableau XXXII : Répartition des patients selon les complications post opératoires.

Complications post opératoires	Effectifs	Pourcentage(%)
Suppuration pariétale	4	4
Fistule digestive	2	2
Eviscération	1	1
Décès	5	4,9
TOTAL	12	11,9

5 de nos patients sont décédés soit 4,9%.

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation (jours)	Effectifs	Pourcentage (%)
0 - 10	75	74.3
11 - 20	21	20.8
21 - 30	4	4
> 30	1	1
TOTAL	101	100

La durée moyenne d'hospitalisation était de 9,455 jours avec un Ecart type de 5,094 et les Extrêmes : 1 à 34 jours.

Tableau XXXIV : Diagnostic per opératoire selon sexe.

Diagnostic Per opératoire	SEXE		TOTAL
	Masculin	Féminin	
Perforation Iléale	38(37,6%)	18(17,8%)	56(55,4%)
Perforation Appendiculaire	15(14,8%)	4(4%)	19(18,8%)
Perforation Gastrique	7(6.9%)	2(2%)	9(8.9%)
Perforation Duodénale	3(3%)	-	3(3%)
Perforation Colique	2(2%)	1(1%)	3(3%)
Perforation V Biliaire	1(1%)	1(1%)	2(2%)
Péritonite génitale	-	5(4,9%)	5(4,9%)
Tuberculose péritonéale	3(3%)	1(1%)	4(4%)
TOTAL	69(68,3%)	32(31.7%)	101(100%)

Tableau XXXV: Suites opératoires selon sexe.

Suites Opératoires	SEXE		TOTAL
	Masculin	Féminin	
Simple	60(59.4%)	29(28.7%)	89(88.1%)
Complicées	9(8,9%)	3(3%)	12(11,9%)
TOTAL	69(68.4%)	32(31.7%)	101(100%)

Tableau XXXVI : Répartition des malades selon le score de MANNHEIM (MPI) et les suites opératoires.

Suites Opératoires	SCORE DE MANNHEIM (MPI)		TOTAL
	< 26	> 26	
Simple	87(86,1%)	2(2%)	89(88,1%)
Complicées	3(3%)	9(8,9%)	12(11,9%)
TOTAL	90(89,1%)	11(10,9%)	101(100%)

V-COMMENTAIRES ET DISCUSION

A-METHODOLOGIE :

Nous avons mené une étude prospective de douze mois de janvier 2009 à décembre 2009. Comme difficultés rencontrées, nous citons :

Le retard dans le système de référence ; l'insuffisance de matériels au bloc des urgences ; l'absence d'assurance maladie ; le pouvoir d'achat des malades étant faible ; l'insuffisance de suivi post opératoire.

B-ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE :

1- Fréquence :

Tableau XXXVII : Fréquence de péritonite aigue généralisée selon les auteurs par rapport aux urgences digestives.

AUTEURS	Hosoglu S Turquie 2004[16] N=40/306	Doui D all R C A 2008[17] N=93/746	Dembélé B Mali 2005[8] N=200/2670	Notre étude 2009 N=101/246
Fréquence	13,2	12,5%	7,4%	41%
Tests Statistiques	P=0,00000	P=0,00000	P=0,00000	

Notre fréquence de 41% est nettement supérieure statistiquement à ceux retrouvées par les auteurs [8 ;16 ;17], ceci pourrait s'expliquer probablement par le manque d'information et de couverture sanitaire dans la région de SIKASSO par rapport aux autres.

2- Age et sexe :**-Age :****Tableau XXXVIII : Moyenne d'âge selon les auteurs**

Auteurs	Age moyen	N
Cougard P [18] France 2000	48 ans	418 P=0,0000
Doui D [17] R C A 2008	25,8 ans	93 P=0,8659
Dembélé B [8] Mali2005	26ans	200 P=0,814
Notre étude	24,4 ans	101

L'âge moyen de 24,4 ans dans notre série ne diffère pas statistiquement de ceux retrouvés dans la littérature africaine, mais statistiquement différent de celui de Cougard P. en France qui a trouvé 48 ans (P=0,0000).

Ceci pourrait s'expliquer par la précarité des conditions d'hygiène dans les pays en voie de développement contribuant à la survenue de l'affection.

b)- Sexe :**Tableau XXXIX : Sexe selon les auteurs.**

Auteurs	Hosoglu all [16]Turquie 2004	Dembélé B [8] Mali 2005	Doui D all [17] RCA 2008	Notre Série
Sexe				
Masculin	30/40	160/200	61/93	69/101
Féminin	10/40	40/200	32/93	32/101
Test statistique	P=---	P=0,560	P=0,672	

Plusieurs études rapportent que la péritonite survient plus fréquemment chez l'homme que la femme [8 ;16 ;17]. Cet aspect a été retrouvé dans notre étude.

Notre fréquence est de 2 hommes pour 1 femme qui ne diffère pas statistiquement de celles des autres auteurs : Dembélé B au Mali [8], Hosoglu en Turquie [16], Doui D en RCA[17] avec des $P > 0,05$.

C-ASPECTS CLINIQUES :

1-Signes fonctionnels selon les auteurs :

Tableau XL : Signes fonctionnels selon les auteurs.

Auteurs Signes Fonctionnels	Mellick (Guyane) 2001 [20]		Rahman (Nigeria) 2001 [21]		Doumbia M. (Mali) 2008 [22]		Notre Série	
	N=	%	N=	%	N=	%	N=	%
	7		106		202		101	
Douleur abdominale	7	100 P=---	96	90,6 P=0,004	202	100 P=---	101	100
Vomissements	5	71,4 P=0,630	64	60 P=0,388	162	80 P=0,000	46	54,5
Arrêt des matières et des gaz	-	-	-	-	98	48,5 P=0,000	21	20,8
Diarrhée	3	42,8 P=---	36	33,9 P=0,000	25	12,4 P=0,041	5	4,9

La douleur abdominale est la manifestation clinique la plus fréquente selon plusieurs auteurs [20 ;21 ;22] comme dans notre série.

Une proportion importante de nos malades (54,5%) a eu des vomissements, ce qui ne diffère pas statistiquement à ceux de Mellick au Guyane [20] et de Rahman au Nigeria[21] avec $P > 0,05$. Ces vomissements sont l'expression de l'iléus paralytique, et sont responsables en partie de la perte liquidienne entraînant des troubles hydro électrolytiques [23].

L'arrêt des matières et des gaz peut être précoce ou tardif à l'installation progressive ; parfois masqué par une fausse diarrhée réflexe [24]. Il n'a pas été signalé dans les séries de Mellick au Guyane [20] et de Rahman [21], mais dans la notre, nous avons eu chez 21 malades soit 20,8%.

La diarrhée est parfois la manifestation initiale de l'irritation intestinale [24].

4-Signes physiques :

Tableau XLI : Signes physiques selon les auteurs.

Auteurs Signes Physiques	Mellick (Guyane) 2001 [20]		Dembélé B (Mali) 2005 [8]		Doumbia M (Mali) 2008 [22]		Notre série	
	N=7	%	N=200	%	N=202	%	N=101	%
Respiration abdominale abolie	6	85,7 P=----	130	65 P=0,00	171	84,7 P=0,191	91	90,1
Contracture	5	71,4 P=0,933	144	72 P=0,235	132	65,3 P=1,000	66	65,4
Abolition des bruits intestinaux	6	85,7 P=0,241	94	47 P=0,166	69	34,2 P=0,000	56	55,4
Douleur dans le Douglas	-	-	160	80 P=0,000	183	90,6 P=0,091	97	96

Le diagnostic de la péritonite aigue généralisée est avant tout clinique.

Les signes physiques sont d'intérêt capital dans la prise de décision thérapeutique.

Le taux 65,4% de contracture abdominale de notre étude ne diffère pas à ceux retrouvés dans la littérature [8 ;20 et 22] avec $P>0,05$.

L'abolition des bruits intestinaux à l'auscultation a été retrouvé chez 55,4% des cas de notre série, ce taux ne diffèrent pas statistiquement à ceux retrouvés par Mellick (85,7%) et Dembélé B (47%) avec des $p>0,05$, mais statistiquement différent de celui de Doumbia M (34,2%) avec un $p<0,05$.

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

D- ASPECTS PARACLINIQUES :

1- Radiographie de l'abdomen sans préparation :

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

Auteurs	Effectifs	Pourcentage (%)
Rahman [21] Nigeria 2001	27/42	64,3 P=0,4708
Hosoglus [16] Turquie 2004	28/40	70 P=0,1909
Dieffaga [28] Mali 2005	35/50	70 P=0,1603
Notre étude	39 /68	57,4

L'ASP est l'examen de choix dans les perforations digestives surtout.

Le taux 57,4% de pneumopéritoine de notre étude ne diffère pas de façon statistique à ceux de Dièffaga au Mali, Hosoglu en Turquie et Rahman au Nigeria qui ont trouvé respectivement 70%, 70%, et 64,3% avec des $p>0,05$.

2- Echographie abdominale :

Elle a retrouvé dans notre série un épanchement péritonéal de 91,7 des cas.

Ce taux ne diffère pas des 75% retrouvés dans une série Tunisienne de Sakhri [26] (P=0,432).

E- ETIOLOGIE :

Tableau XLIII : Principales étiologies des péritonites aiguës selon les auteurs.

ETIOLOGIES	AUTEURS							
	Pomata[7] 2002 Italie		Dieng M [37] 2006Sénégal		Dembélé [8]2005Mali		Notre série 2009	
	N=200	%	N=207	%	N=200	%	N=101	%
Perforations iléales	7	3,3	13		64	32,5	56	55,4
	P=0,000		P=0,000		P=0,000			
Appendiculaires	63	31,5	76	36,7	65	32,5	19	18,8
d'ulcères gastro- duodénaux	60	30	109	52,7	60	30	12	11,9
Coliques	53	26,5	5	2,4	2	1	3	2
	P=0,000		P=0,924		P=0,921			
Perforations biliaires	17	8,5	3	1,4	2	1	2	2

Le taux 55,4% de perforations iléales de notre étude est statistiquement différent à ceux de Pomata[7] , de Dieng[37] et de Dembélé [8] avec des P<0,05.

Cette différence pourrait être liée à la fréquence élevée de la fièvre typhoïde dans la région de SIKASSO.

Parmi les 56 cas de perforations iléales retrouvées au cours de notre étude dont 53 avaient un sérodiagnostic de Widal positif et les 3 autres n'avaient pas fait la sérologie de Widal au 8^{ème} et 10^{ème} jour de la maladie.

Notre taux 3% de perforations coliques ne diffère pas à ceux retrouvés dans la littérature africaine [8 et 37] avec $P > 0,05$; mais statistiquement différent à celui de Pomata en Italie [7] $P = 0,0000$.

Ce qui explique la rareté de certaines pathologies en Afrique comme la maladie diverticulaire sigmoïdienne et le cancer colique.

F- TRAITEMENT :

2- Technique Opératoire :

Tableau XLIV : Principales techniques opératoires selon les auteurs.

Auteurs Techniques opératoires	Rahman [21] Nigeria 2001		Kouamé BD et col [33] RCI 2000		Dembélé B [8] Mali 2005		Notre série	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Excision suture	80/83 P=0,000	96,4	38/48 P=0,000	81	90/200 P=0,941	45	45/101	44,5
Résection anastomose	2/83 P=0,420	2,4	6/48 P=0,292	13	5/200 P=0,239	2,5	6/101	5,9
Iléostomie	1/83 P=0,491	1,2	3/48 P=0,839	6	3/200 P=0,351	1,5	4/101	4
Colostomie	-	-	-	-	2/200 P=0,432	1	3/101	3

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

L'excision suture a été l'acte chirurgical le plus pratiqué dans notre série soit 44,5% ; ceci est compréhensible si l'on sait que les perforations

digestives ont représenté l'étiologie la plus fréquente (selon le mécanisme).

Ce taux ne diffère pas statistiquement à celui de Dembélé B [8] avec $P=0,941$ mais statistiquement différent à ceux de Rahman [21] et Kouamé B [33] avec des $P<0,05$.

Cette différence pourrait être liée à la taille de l'échantillon.

3- Evolution et pronostic :

a)-Morbidité :

Tableau XLV : Morbidité selon les auteurs.

Auteur	Effectifs	Pourcentage (%)
Almowitch [32] France 2000	1/39	2,5 P=0,554
Kouamé B [33] RCI 2001	15/48	31,25 P=0,0000
Dembélé B [8] Mali 2005	27/200	13,5 P=0,081
Notre série	7/101	6,9

La morbidité varie entre 2,5% à 31,2% [32 ;33].

Ce qui reste encore élevé et représente la principale cause de long séjour des malades en milieu hospitalier et de majoration des frais.

Notre taux 6,9% est statistiquement inférieur à celui de Kouamé B en Cote d'Ivoire [33] avec $P=0,000$.

Cette différence pourrait être liée à la taille de l'échantillon.

b)- Mortalité :**Tableau XLVII : Mortalité des péritonites selon les auteurs.**

AUTEURS	COUGARD P 2000 [18] en France	DEMBELE B 2005 [8] Mali	DOUMBIA M 2008[22] Mali	Notre Etude 2009
Nombre de décès	4 /412	9/200	17/202	5/101
Pourcentage	1	4,5	8,5	4,9
Tests statistiques	P=0.021	P=0.908	Khi ² =1.20 P=0.273	

La mortalité des péritonites aiguës dépend de l'étiologie et de la précocité de la prise en charge [2].

Le taux 4,9% de décès de notre étude est sans différence statistique avec ceux des autres auteurs [8 et 22] $P > 0,05$.

Dans les séries africaines [8 ;22] dont la nôtre où dominant les causes infectieuses, cette mortalité varie entre 4,5% et 8,5%.

Ces taux sont différents à celui de Cougard P en France [18] 1% ($P < 0,05$) où dominant les perforations duodénales.

VI- CONCLUSION – RECOMMANDATIONS

A- CONCLUSION :

La péritonite aigue généralisée est une affection fréquente dans les pays en voie de développement.

Elle occupe une place importante dans les pathologies chirurgicales en général et concerne surtout les sujets jeunes. Près de 101 patients opérés sur 246 se présentent avec une péritonite aigue généralisée.

Plus de 31 patients sur 101 étaient des enfants alors que l'hôpital ne dispose pas de chirurgien pédiatrique.

Plus de 43 patients sur 101 consultent directement à l'hôpital, ce qui pose le problème de l'organisation de la sante de première ligne (CSCom, CSRef).

Les étiologies sont multiples et variées, mais la perforation iléale reste la première cause avec 56 cas sur 101 d'où la nécessité d'une étroite collaboration interdisciplinaire.

La distance parcourue ; les conditions de référence ; le mauvais état des routes ; le retard à l'intervention chirurgicale constituent les différents paramètres qui ont influencé le pronostic des référés.

La mortalité est importante et est liée surtout au retard de consultation.

B-RECOMMANDATIONS :

❖ Aux populations :

- L'éviction de l'automédication et du traitement traditionnel ;
- Consultation immédiate en cas de douleur abdominale ;
- L'amélioration de l'hygiène individuelle et collective.

❖ Aux centres de santé de la périphérie :

- L'éviction de l'administration prolongée d'antalgique ;
- La référence en temps opportun les patients et leur préparation pour une bonne évacuation ;
- La redynamisation de la caisse de solidarité du système de référence-évacuation.

❖ A l'hôpital de Sikasso :

- La pérennisation des kits d'urgence chirurgicale ;
- La dotation des salles de pansement des différents pavillons de chirurgie de matériels adéquats de qualité et en quantité ;
- La formation continue du personnel.

❖ Aux décideurs :

- La mise en place des moyens logistiques pour la référence-évacuation ;
- La dotation des hôpitaux de référence en moyens d'investigations performants et en médecins spécialistes.

BIBLIOGRAPHIE

1- PROSKE. J.M, FRANCO.D :

Péritonite aigue ; Revue Prat (paris) 2005 : 55 : 2167-2172.

2-JEAN YM, JEAN LC :

Péritonite aigue

Rev prat (paris) 2001 ; 51 : 2141-2145

3-GOLASH V, WILSON P D

Early laparoscopy as a routine procedure in the management of acute abdominal pain: a review of 1320 patients.

Surg endosc 2005 jul; 19(7): 882-5

4- HAROUNA Y D

Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (NIGER) étude analytique et pronostique.

Méd. Afr.Noire 2001 ; 48(2)

5- KONATE. H :

Abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et pédiatrique au CHU Gabriel Touré. Thèse méd. Bamako 2001, N°67.

6- OUOLOGUEM. M:

Les urgences chirurgicales non traumatiques à l'hôpital de Sikasso, à propos de 380 cas. Thèse méd. Bamako 2007

7-POMATA M, VARGIU N, MARTINASCOL et AL

Our experience in the diagnosis and treatment of diffuse peritonitis.

Co chir 2002 May; 23(5): 193-8

8-DEMBELE. B :

Etude de péritonite aigue généralisée dans les services de chirurgie et pédiatrique à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Méd. Bamako, 2005 N° 25.

9-BRUNEL. FRAISSE LECHICHE SOTTO LAPORTE :

Une péritonite sexuellement transmise. Médecine et maladie infectieuse
2008 ; 38 : 233-234

10- GIESSLING U, PETERSEN S, FREITAG M et AL

Surgical management of severe peritonitis

Zentralbt chir 2002 jul; 127(7):594-7

11-RAMACHANDRAN CS, AGARWAL S

Laparoscopic surgical management of prerogative peritonitis in enteric
fever: a preliminary Study

Surge New Delhi 2004; 14(3) 122-124

12- ADESUNKANMI A

Acute generalized peritonitis in African Children: Assessment of severity of
illness using modified.

APACHE II Score

J surgi 2003; 73 (5) : 275-279

13-M'BIDA :

Péritonite secondaire à la rupture spontanée d'une pyonéphrose dans la
grande cavité péritonéale à propos d'un cas.

Rev. Méd. De LIEGE 2005, 60 : 81-83

14-SOVTOV S A:

Main principals of clinical diagnosis formation in peritonitis.

Khirurgia 2001;(2): 18-20

15- BORE D

Etude des péritonites aiguës à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti :2006

16- Hosoglu S, Mustafa Ademir et Coll :

Risk factors for enteric perforation in patients with typhoid fever.

Am j epidemiology 2004; 160: 46-50.

17- Doui D et all:

les péritonites aigues généralisées opérées dans les hôpitaux de Bangui.

Etiologies et profil bactériologique à propos de 93 cas :2008,55 :617-622.

18- GOUGARD P, BARRAT C

Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé. Résultat d'une étude rétrospective multicentrique

Ann Chir 2000 ; 125 : 726-731

19-AYEGNON

Péritonite aigue tuberculeuse au cours de l'infection par le VIH. Etude de 4 cas à Abidjan (COTE D'IVOIRE) ; méd. 2006 ; 99 : 177-179

20- MALICK S, KLEIN JF :

Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique : à propos d'une série observée dans l'Ouest Guyanais :

Méd. Trop. 2001 ; 61 : 491-494

21- RAHMAN GA et AL.

Typhoid iléal perforation in Niger children : an analysis of 106 operative cases. *Pediatr Surg Int*, 2001 ; 17 : 628-630.

22- DOUMBIA. M M :

Prise en charge des perforations digestives dans le service de chirurgie A au CHU du Point G. Thèse méd. Bamako 2008

23- BALMES M. :

Sémiologie générale des péritonites aigues diffuses. *Soins Chir.* 1989 ; n°102-103.

24- COULIBALY M.

Les appendicites aigues dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du C H U Gabriel Touré.

25-LE TREUT YP :

Péritonites aigues : physiopathologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement. Rev Prat (Paris) 1993 ; 43 (3) : 259-62

26- SAKHRI J :

Traitement des ulcères duodénaux perforés; Tunisie méd. 2000; n°08-09

27-FAGNIEZ PL, SERPEAU, THOMSON :

Péritonites aigues. Encycl méd. Chir Estomac – Intestin 1982 ; 9045 A10, 6

28- DIEFFAGA M M :

Péritonite par perforation typhique dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Thèse méd. Bamako 2005 ; n°176

29-HAROUNA YD, ABDOUI, SAIBOUB et AL :

Les péritonites en milieu tropical: particularités étiologiques et facteurs pronostiques actuel:à propos de 160 cas

Med Afr Noire 2001 ;48(3) :103-105

30- 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.

31-SERGE E, JACQUES M :

Péritonite aigue diffuse : physiopathologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement. Rev Prat (Paris) 1995 ; 45 : 1791-95

32- ALMOWITCH H

Traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé

Gastro enterol clin bio (Paris) 2000; 24: 1012-1017

33-KOUAME B

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

Bull Soc Pathol Exot 2001; 94 (5): 379-382

34- LORAND I, MALINIER N :

Résultats du traitement coelioscopique des ulcères perforés.

Chir. Paris 1999 ; 124 : 149-53.

35- KOUADIO A.

Contribution à l'étude des perforations appendiculaires, à propos de 100 cas opérés au CHU de Treichville. Thèse méd. Abidjan, 1985, n°686,126P

36-SANOUD :

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

37- Dieng M, N'diaye Aï, Ka O, Konaté I, Dia A, Touré CT:

Aspects étiologiques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées d'origine digestive. Une série de 207 cas opérés en cinq ans

Sénégal 2006, N°4 ; 47-51

38- COULIBALY. S :

Perforations digestives à l'hôpital régional de sikasso. Thèse de médecine, Bamako 05 –M- 215.

39- CHOW KM, CHOW VC & SZETO CC

Indication for peritoneal biopsy in tuberculosis peritonitis. Am J Surg, 2003, 185: 567-573.

40- BIONDOS S

Prognostic factor for mortality in left colonic peritonitis: a new scoring system.

J am coll surg 2000 Dec; 191(6): 635-42

41-THOREAU N, FAIN O, BABINET P, LORTHOLARY O, ROBINEAU M et AL

Peritoneal tuberculosis: 27 cases in the suburbs of northeastern Paris. Int J Tuberc Lung Dis 2002; 6: 253- 258

42- SISSOKO F, ONGOIBA N, BERETE S et AL

Péritonites par perforation iléale en chirurgie B de l'hôpital du Point G
Mali méd. 2003 ; T18 : N°1 et 2

43- CISSE I

Perforations digestives dans le service de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré
Thèse méd. 2001 ; n°54

44- SCHEUERLEIN H

Prospective multizentrische vergleichsstudie zur peritonitis behandlung qualitatssicherung bei schweren iintra abdominellen infektionen
Zentralbl Chir. 2000; 2: 199-204

45- TOGOLA I

Les contusions de l'abdomen au CHU Gabriel Touré
Thèse méd. 2002 ; n°12 : p 73

46- DIALLO A

Les fistules digestives externes post opératoires à l'hôpital du Point G
Thèse méd. Bamako 2000 ; n°64 : p74

47- GROSFEL JL, Moinari-Chaet M, Engum SA et al :

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

48- DEMBELE M:

Perforations typhiques de l'intestin grêle: Apropos de 16 cas. Med d'Afrique Noire 1974 ; 21 (4) : P3

49- ONGOIBA N :

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

50- SIDIBE Y :

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

51- Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées :

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

Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

52- AKGUN Y:

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

53- ARC, AURC, HAY JM :

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

54- PONNOU ME POUY I. CHARLES :

Urgences abdominales de l'enfant dans le service de C.H.U G T.

Thèse: Med .Bamako 2004-80M, 55.

55- PONNOU ME POUY I. CHARLES :

Urgences abdominales de l'enfant dans le service de C.H.U G T.

Thèse: Med .Bamako 2004-80M, 55.

56- MEIER. D et AL:

Perforated typhoid; operative experience with 108 cases An. Surg 1989; 157: 423, 47.

57- SHITTU OB et AL:

Pattern of mechanical intestinal obstruction in Abandon a ten year review
A J Med 2001; 30 (12):17-21.

58- SETO S :

Contribution à l'étude des complications des appendicites aiguës chez l'adulte à propos de 1251 cas dans le service de chirurgie viscérale au C.H.U de Cotonou Thèse de Méd. Cotonou, 1994 ,615.

59- SOUMMA .A :

Urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Gao à propos de 90 cas. Thèse de médecine, Bamako 2006.

60- DALY CP et AL:

Incidence of acute appendicitis in patients with equivocal CT finding. AJR AmJ. Roentgenol 2005, 184 (6): 1813 - 20.

61- MUNGALI IA et AL:

A review of appendicectomy in north western Nigeria. Nig Méd. 2004; (3): 240

62- COULIBALY O :

Perforations digestives non traumatiques dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

Thèse méd. Bamako 2009

63- DIOUF A B, TOURE P, PADONON N, SOW M L.

Perforations intestinales (à propos de 30 cas observés à la clinique chirurgicale du CHU de Dakar). Bulletin de société médicale d'Afrique noire de langue française, 1975, 20, (2) : 115-119.

64- NALI MN et AL.

Péritonites généralisées au CHU de Bangui. Afr. Méd. 1978 ; 163(17) :565-566

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : COULIBALY **Prénom :** Cheick Oumar Sékou

Titre : Péritonite aigue généralisée à l'hôpital de Sikasso

Année universitaire : 2009 – 2010

Ville de soutenance : Bamako **Pays d'origine :** Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS.

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale.

Résumé :

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009, 101 patients ont été reçus en urgence dans le service de chirurgie pour péritonite aigue généralisée.

L'objectif principal est d'analyser le profil épidémiologique et le pronostic des péritonites aiguës généralisées à l'hôpital de Sikasso.

Le principal motif de consultation était la douleur, la fréquence des péritonites aiguës généralisées est de 41 % de l'ensemble des urgences digestives.

Le retard est un facteur déterminant de la mortalité et de la morbidité ; l'absence de service de soins intensifs, le coût estimé élevé de l'intervention chirurgicale d'urgence.

Mots clés : Péritonite, chirurgie, urgence digestive, Sikasso.

FICHE D'ENQUETE

PERITONITES AIGUES GENERALISEES

Les données administratives :

1-N° de la fiche :..... N° du dossier :

2-Service :

3-Nom : prénom :

4-Date de consultation :/...../..... Age :

5-Sexe : /.... / 1- Masculin 2- Féminin.

8- Provenance : /.../

1-Bougouni 2-koutiala 3- Sikasso 4-kadiolo 5- yorosso

6-yanfoila 7-kolondièba 8-Autres

9- Nationalité : /..../ 1- Malienne 2- Autres 3- indéterminée

10- Ethnie : /.../ 1- Bambara 2- Malinké 3- Sarakolé 4- Peulh 5-

Minianka 6- Senoufo 7- Dogon 8- Bobo 9- Samogo 10-

Autres

11- Principales activités:/..../ 1- Cadres supérieurs 2- Cadres moyens

3- Ouvriers 4- Commerçants 5- Scolaires 6- Paysans 7- Ménagères

8- Autres

12- Mode de recrutement:/..../ 1- Urgence 2- Consultation

13- Adresse par:/..../ 1- Aide soignant 2- Infirmier 3- Médecin

généraliste 4- Médecin spécialiste 5- venu de lui même 6- Autres

14- Date d'entrée:/...../...../.....

15-Durée d'hospitalisation pré opératoire (jours) : /...../

16- Durée d'hospitalisation post opératoire (jours) : /...../

17- Date de sortie:...../...../.....

18- Motif de consultation : /...../ 1- Douleurs 2- Arrêt des matières et des gaz 3- Fièvre 4- Météorisme abdominal 5- Diarrhée
6- Vomissement 7- Autres 8- a + d 9- c + g

Histoire de la maladie

19- Début de la symptomatologie (jours):/...../

20- Siége de la douleur:/...../

1- Fosse iliaque droite 2- Fosse iliaque gauche 3- Flanc droit 4- Flanc gauche 5- Hypochondre droit 6- Hypochondre gauche
7- Epigastrique 8- Hypogastrique 9- Péri ombilicale 10- Diffuse

21- Durée de la douleur : /...../ 1- 0 / 6h 2- 7/12h 3- 13/18h
4- 19/24h 5- 2/3 jours 6- 4/ 7 jours

22- Mode de début de la douleur:/...../

1- Brutal 2- Progressif 3- indéterminé

23- Type de la douleur:/...../

1- Brûlure 2- Piqûre 3- Torsion 4- Pesanteur 5- Ecrasement
6- colique 7- indéterminé

24- Irradiation de la douleur:/...../

1- Organes génitaux 2- Périnée 3- Bretelle 4- Postérieur
5- Ceinture 6- Transfixiante 7- Latérale 8- Pan radiante
9- sans irradiation 10- Ascendante 11- Autres 12- indéterminée

25- Intensité de la douleur (EVA): La note est comprise entre 0 et 10

Scores : 0 – 2 : douleur nulle 3- 4 : douleur faible

3- 5- 6 : douleur modérée 4 - 7 – 8 : douleur intense

5- 9- 10 : douleur très intense

26- Facteurs déclenchant la douleur:/...../

1- Non 2- Effort 3- Stress 4- Repas 5- Faim 6- Autres

27- Facteurs calmant la douleur:/...../

1- Médicaments 2- Position 3- Aliments 4- Vomissements 5- indéterminés

28- Evolution de la douleur:/...../

1- Douleur permanente 2- Douleur intermittente 3- Autres

Les signes d'accompagnement

30- Digestifs:/...../

1- Pas de signes digestifs 2- Nausée 3- Vomissement 4- Diarrhée
5- Constipation 6- Rectorragie 7- Méléna 8- Hématémèse
9- Arrêt des matières et des gaz 10- Gargouillement 11- Flatulence
12- 2+3 13- 2+3 +5 14- Autres 15- indéterminés

31- Gynéco- obstétrique:/...../

1- Pas de signes gynéco- obstétrique 2- Métrorragie 3- Leucorrhée
4- Prurit génital 5- Autres 6- indéterminée

32- Urinaires:/...../

1- Pas de signes urinaires 2- Dysurie 3- Hématurie 4- Brûlure mictionnelle
5- oligurie 6- autres 7- indéterminées

ATCD

Personnels

33-Médicaux:/...../ 1- Bilharziose 2- Diarrhée 3- Constipation
4- Infection urinaire 5- Drépanocytose 6- Infection génitale
7- Epigastralgie 8- Toux 9- HTA 10- Diabète 11- Parasitose 12- UGD

35-Chirurgicaux:/...../ 1- Non 2- Oui

36-Diagnostic à préciser:/...../

37- Suites opératoires:/...../

1- Simples 2- Abscès de paroi 3- Autres 4- indéterminées

38- Gynéco- obstétriques:/..... /

1- G : Nombre de grossesse:/.../

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

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

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

DC :Nombre d'enfants décédés:/..... :

2- DDR : date de dernières règles/...../

3- Parité:/...../

4- Opéré:/...../

Familiaux

39- Médicaux:/...../ 1- Oui 2- Non

40- Chirurgicaux:/..... / 1- Oui 2- Non

EXAMEN :

Signes généraux :

41- Etat général : Classification ASA:/...../

1- ASA1 2- ASA2 3- ASA3 4- ASA4 5- ASA5

42- Conjonctives:/... / 1- Pales 2- Roses 3- Ictères 4- Autres

43- Température en degré:/...../

44-Pouls en battements /mn:/...../

45- Poids en kg:/...../

46- TA en mm hg:/..... :

47- Rythme respiratoire en mouvement/mn:/.... /

48- Faciès:/.../ 1- Normal 2- Tiré 3- Péritonéal 4- Autres

49- Pli cutané:/.../1- absent 2- présent 3- autres

50- Langue:/.../ 1- H5mide 2- Sèche 3- Saburrale 4- Autres

51- Conscience:/../ 1- Normale 2- Agitée 3- Confus 4- Coma

Signes physiques :

***Inspection :**

52- Présence de cicatrice opératoire sur l'abdomen://

- 1- Xypho-sus-pubienne 2- Médiane sus ombilicale 3- Médiane sous ombilicale
4- Au point de Mac Burnây 5- Pfannentiel 6- Inguinale droite
7- Inguinale gauche 8- Autres

53- Morphologie de l'abdomen: /..../

- 1- Asymétrie de l'abdomen 2- Distension abdominale sus ombilicale
3- La distension abdominale généralisée 4- Rétraction abdominale

54- Mouvements de l'abdomen /.../

- 1- Immobilité 2- Ondulations péristaltiques 3- Autres

***Palpation :**

55 Défenses abd. Localisée: /..../

- 1- FID 2- FIG 3- FD 4- FG 5- Hypogastre 6- Epigastre 7- Péri ombilicale
8- HD 9- HG 10- Autres

56 Contractures abd: /..../

- 1- FFID 2- FIG 3- FD 4- FG 5- Hypogastre 6- Epigastre
7- Péri ombilicale 8- HD 9- HG 10- Généralisée 11- Autres

57- Masse .../ / 1- Oui 2- Non

58- Limites...../ 1- Régulière 2- Irrégulière

59- Consistance: /.. / 1- Molle 2- Ferme 3- Elastique 4- Dure 5- Autres

60- Réductibilité: /... / 1- Oui 2- Non

61- impulsivité à l'effort de toux..... / 1- Oui 2- Non

62 Mobilité: /... / 1- Oui 2- Non

63- Douleurs provoquées: /.../

- 1- FID 2- FIG 3- FD 4- FG 5- Hypogastre 6- Epigastre 7- Péri ombilicale
8- HD 9- HG 10- Autres

64- Orifices herniaires...../ 1- Libres 2- Autres

***Percussion :...../ 1- Normale 2- Météorisme 3- Matité 4- Autres**

***Auscultation :**

65- Bruits intestinaux à l'auscultation:/.../

1- Normaux 2- Gargouillement 3- Silence 4- Souffle 5- Autres

***Toucher pelvien :**

66- TR

A- Douleur:/... /1- Pas de dlr 2- Dlr à drte 3- Dlr à gche 4- Douglas bombé 5- Cri du douglas 6- Autres

B- Masse...../1- Hémorroïde à préciser le siège 2- Autres

C- Sang sur le doigtier...../1- oui 2- non 3- indéterminé

67-TV

A- Douleur:/.../ 1- pas de dlr 2- dlr à drte 3- dlr à gche 4- dlr antérieure 5- dlr postérieure 6- douglas bombé 7- indéterminées

B- Masse...../1- A drte 2- A gche 3- autres 4- indéterminées

C- Sang sur le doigtier...../ 1- oui 2- non

***Autres appareils :**

68- Cœur:/../1- Bruits normaux 2- Bruits anormaux 3- Souffles

69- Pouls périphériques:/.. / 1- Perçus 2- Non perçus

70- Appareil respiratoire:/../ 1- Normal 2- Bruits anormaux 3- Dyspnée

Les examens complémentaires avant ou après l'opération :

71- Radiographie d'ASP:/../1- Normal 2- Anomalie à préciser

72- Echographie:/.../ 1- Normal 2- Anomalie à préciser

73- Transit baryté du grêle:/.../ 1- Normal 2- Anomalie à préciser

74- Hémoculture...../ 1- Stérile 2- Germes à préciser

75- Examen bactériologique:/..1- Absence de germe2- Germes à préciser

76- Coproculture:/../ 1- Absence de germe 2- Germes à préciser

77- Sérodiagnostic de widal..... / 1- Négatif 2- Positif

78- I D R/ 1- Négatif 2- Positif

79- Biopsie:/...../

Biologie:

80- N F S..... / 1- Normale 2- Anomalie à préciser

81- Urée / 1- Normale 2- Anomalie à préciser

82- Glycémie..... / 1- Normale 2- Anomalie à préciser

83- V S..... / 1- Normale 2- Anomalie à préciser

84- T C K..... / 1- Normal 2- Anomalie à préciser

85- T P..... / 1- Normal 2- Anomalie à préciser

86- Groupage sanguin et rhésus:/.../

1= A+ 2= A- 3= B+ 4= B- 5= AB+ 6= AB- 7= O+ 9= O-

Diagnostic:

87- Diagnostic pré opératoire... /

1- Perforation d'organes creux 2- Péritonite 3- Occlusion

4- Salpingite 5- Appendicite 6- Hernie étranglée 7- Autres

88- Diagnostic per opératoire...../

1- Péritonite appendiculaire 2- Péritonite par perforation duodénale

3- Péritonite par perforation gastrique 4- Péritonite biliaire

5- Péritonite par perforation ileale 6- Péritonite par perforation colique

7- Péritonite génitale 8- Péritonite traumatique

9- Péritonite post opératoire 10- Autres

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

89- Médical..... / 1- Oui 2- Non

90- Prescripteur .../ 1- Auto médication 2- Aide soignant 3- Infirmier

4- Etudiant 5- Médecin 6- Autres

91- Prescription.../ 1- Antalgique 2- Anti inflammatoire

3- Antibiotique 4- Autres

92- Durée moyenne du traitement .../

1- 0 / 12h 2- 13 / 24h 3- 2 / 3 jours 4- 4 / 5 jours 5- 6 / 7 jours

93- Les effets du traitement médical... /1- Sans effet 2- Diminue la dlr

3- Disparition temporaire de la dlr

4- Espacement des crises 5- Autres 6- indéterminés

94- Traitement traditionnel..... / 1- Oui 2- Non

95- Les effets du traitement traditionnel.../

1- Sans effet 2- Diminue la dlr 3- Disparition temporaire de la dlr

4- Espacement des crises 5- Autres 6- indéterminés

TRAITEMENT

Traitement chirurgical

96- Technique:/.../

1- Excision suture 2- Résection anastomose termino- terminale

3- Drainage 4- Colostomie 5-ileostomie 6- Autres 7- indéterminées

97- Nombre du drain:/..../

98- Siège du drain:/..../

1- Gouttière pariéto-colique drte 2- Gouttière pariéto-colique gche

3- Les deux 4-douglas droit 6-douglas gche 7 - Autres

8- indéterminé

PRONOSTIC : Score de MANNHEIM (MPI)

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

INTERPRETION :

Score minimal = 0 score maximal = 47

Si M P I > 26 la mortalité est élevée

N B : les défaillances viscérales

Rénale : -créatinine > 177mmol/, urée > 16.7mmol/l, oligurie < 20ml/h

Respiratoire : - PaO₂ < 50 mmhg, PaCO₂ >50 mmhg

Choc

Obstruction intestinale : -paralysie > 24h, iléus mécanique complet

RESULTALS:/.../

1- 0/10 2- 11/20 3- 21/30 4- 31/40 5- 41/47

EVOLUTION:

Avant l'opération

99-Echec du traitement médical/...../ 1- Oui 2- Non

100-Les causes de l'échec du traitement médical/.../

1- Diagnostique 2- Economique 3- Sociogéographique
4- Non observance 5- Autres 6- indéterminées

Après l'opération

101- Suites opératoires précoces (1à 30 jours):/.../

1- Simples 2- Choc volémique 3- Septicémie 4- I R
5- Abscesses de la paroi 6- Défaillance cardiaque 7- Occlusion
8- Lâchage anastomotique 9- Répéritonisation 10- Eviscération
11- Décès 12- Acidose métabolique 13- Autres 14- indéterminées

102- Suites opératoires à court terme (1 à 3 mois):/.../

1- Simple 2- Eventration 3- Troubles digestifs 4- Occlusion
5- Décès 6- Syndrome du grêle court 7- Intervention 8- Retard de cicatrisation 9- Autres

103- Suites opératoires à moyen terme (3à 24 mois):/..../

1- Simple 2- Eventration 3- Troubles digestifs 4- Occlusion
5- Décès 6- Syndrome du grêle court 7- Intervention 8- Retard de cicatrisation 9- Autres

104- Suites opératoires tardives:/.../

1- Simple 2- Eventration 3- Troubles digestifs 4- Occlusion 5- Décès 6- Syndrome du grêle court 7- Intervention 8- Retard de cicatrisation 9- Autres

105- Mode de suivi:/.../

1- Venu de lui-même 2- Sur rendez-vous 3- Vu à domicile
4- Sur convocation 5- Autres

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