

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

REPUBLIQUE DU MALI

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



Un Peuple- Un But- Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire : 2013-2014

Thèse N ° :..... / M

THESE

Péritonites aiguës généralisées: Aspects thérapeutiques et pronostiques. Chirurgie générale de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Présentée et soutenue publiquement le / / 2014 devant

La Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Par : *M. EL Bassir KONATE*

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine.**

(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président :	Pr Diango Djibo Mahamane
Membre :	Dr Alhassane TRAORE
Co-directeur :	Dr Boubacar SISSOKO
Directeur :	Pr Adégné TOGO

DEDICACES :

BISMILAH, RAHMANI, RAHIM

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

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

__A ma mère : Nantenin Diabaté

Ce travail est le couronnement de vos souffrances et de votre patience.

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

__A mon père : Feu Mamadou Fily Konaté

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

Jamais, je ne saurais vous rendre un hommage à la hauteur de vos efforts consentis. Retrouvez ici toute ma gratitude. Que le bon Dieu te réserve une place au paradis. Paix à ton âme. Amen !

__A mon oncle : Feu Mamadou Diallo

En ce moment solennel de ma vie, il me manque des mots pour exprimer ma reconnaissance et mon attachement à vous. Votre gentillesse, votre disponibilité et votre esprit de sacrifice nous ont beaucoup marqué.

Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Que le bon Dieu te réserve une place au paradis. Paix à ton âme. Amen !

__A mes tontons et oncles :

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

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

Recevez ainsi toute ma gratitude

__A ma tante : Feue Mariam Diabaté

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

Une fois de plus les mots me manquent pour vous exprimer toute ma reconnaissance, car vous avez été une mère pour moi. Paix à ton âme. Amen !

__A ma femme Fatou Koné et ma Fille Aissata konaté

_ Tu m'as toujours aimé ; Ce travail est également le vôtre. Puisse le seigneur vous accorder la grâce de donner encore plus d'amour et de sécurité.

__A mes tantes :

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

__A ma grande Sœur : Mariam Konaté

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

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

__A mon grand frère : Amadou Konaté dit Baboye

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

__A mes frères et sœurs :

Ce travail est le vôtre, il est le fruit des liens sacrés qui nous unissent.
Trouvez ici l'expression de mes sentiments fraternels.

__A mon cousin : Kalilou Diabaté.

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

__A mes cousins et cousines :

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

__A mes amis :

Gaoussou Soumaré. Ousmane Traoré. Boua. Bambody .Sékou
Soumaré .Fasseiyini Dansoko .Cheich Oumar Diallo. Oumar Sow. Moussa
Diarriso dit Papou à kayes.

Recevez ici l'expression de ma sincère sympathie.

A toute ma promotion :

Mohamed Kanté .Ousmane Samaké. Didi Youssouf Diarra. Douada Boré.
Brahima Sylla .Sidy Diarra .Moussa Kouyaté. Boubacar Diakité ; que ce travail
soit un facteur de renforcement de nos liens d'amitié.

__Au Dr SISSOKO Goundo Soumbounou :

Anesthésiste Réanimatrice, Chef de service des urgences à l'hôpital F Daou de
Kayes, Vous avez toujours répondu à tous nos appels. Merci pour tout ce que
vous avez fait personnellement pour moi. Recevez ici l'expression de notre
profond respect.

_A mes collègues Internes à Kayes :

Boubacar Diakité. Amara Dembelé, Victor Frédérick Dembelé, N'faly Niague, Djibril N'diaye.

Pour votre collaboration et votre esprit d'équipe.

__A mes cadets :

Bakary Diarra. Zakaria Konaté . Thierno Diallo. Souleymane M'baye. Fodé Seydou Traoré. Souleymane Magassouba.

Pour votre disponibilité et votre respect.

__A tout le personnel des services de chirurgie générale et du service des urgences de l'hôpital Fousseiny Daou de Kayes.

_Aux étudiants (es) de l'INFSS.

_A tous les chefs de service de l'hôpital F Daou de Kayes Merci pour tous vos conseils.

REMERCIEMENTS :

A notre maître et président du jury :

Professeur DIANGO Djibo Mahamane

Maître de conférences agrégé en Anesthésie réanimation à la FMOS Chef de service d'accueil des urgences du CHU Gabriel Touré

Chargé de cours au Centre de spécialiste technicien supérieur en Anesthésie Réanimation

Secrétaire général de la Société d'Anesthésie Réanimation Médecine d'Urgence du Mali (SARMU)

Membre de la Société Anesthésie Réanimation (SAR) Membre de la Société Française de Médecine d'Urgence

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

Votre simplicité, votre humanisme, et votre souci de formation de la jeunesse font de vous un espoir pour notre nation.

Nous admirons en vous la disponibilité et la cordialité.

En espérant que cet humble travail saura combler vos attentes, veuillez recevoir, cher maître, l'expression de nos sincères remerciements.

A notre maitre et membre du jury :

Dr Alhassane TRAORE

Maitre assistant à la FMOS.

Spécialiste en chirurgie hépatobiliaire.

Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.

Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone.

Membre de la société de Chirurgie du Mali.

J'ai découvert à l'occasion de ce travail un maître ouvert disponible qui n'a ménagé aucun effort pour la réussite de ce travail.

La clarté de vos raisonnements, votre compétence technique et votre rigueur scientifique nous resteront en mémoire.

Trouvez ici cher maître.

L'expression de notre profonde gratitude.

A notre maitre et co-directeur de thèse :

Docteur Boubacar SISSOKO

Spécialiste en chirurgie générale.

Chef des services de chirurgie de kayes.

Nous sommes honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour

L'amélioration de la qualité de ce travail.

Vous nous avez acceptés dans votre service avec spontanéité et fraternité.

Nous avons bénéficié de l'enseignement d'un maitre expérimenté et d'actualité.

Avec détermination, vous nous avez appris la rigueur, la persévérance et la réflexion.

Vos conseils et critiques nous ont toujours été d'un apport inestimable.

Nous retenons de vous : un homme dynamique, pragmatique et cordial.

C'est le lieu pour nous de vous témoigner de notre profonde gratitude.

Notre maitre et directeur de thèse :

Professeur TOGO Adégné

Maître de conférences en chirurgie digestive à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Praticien Hospitalier au Service de Chirurgie Générale du CHU Gabriel Touré,

Membre de la société malienne de Société de Chirurgie du Mali

(SO.CHI.MA.),

Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F.).

Honorable Maître,

Nous sommes honorés de vous avoir comme encadreur.

Vous incarnez des qualités sociales enviabiles : une modestie exemplaire, un sens élevé de l'honneur d'humilité, la sympathie, le dévouement et du don de soi.

Nous avons été séduits par votre abnégation à la recherche scientifique.

Votre disponibilité, votre courtoisie, votre simplicité, votre dynamisme, la clarté de vos enseignements, et tant d'autres de vos qualités humaines font de vous un exemple de la compétence juvénile.

C'est une fierté pour nous de compter parmi vos disciples.

Trouvez ici, cher maître, l'expression de notre admiration, le témoignage de notre reconnaissance et soyez rassurer de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

CSCOM Centre de Santé Communautaire

ASA: American Society of Anesthesiologist

ASP: Abdomen sans preparation

EVA: Echelle visuelle analogue

FID: Fosse iliaque droite

FIG: Fosse iliaque gauche

HTA: Hypertension artérielle

MPI: Mannheim peritonitis index

UGD : ulcère gastro duodéal

SMIG: Salaire minimal interprofessionnel garanti

CIVD: Coagulation intra-vasculaire disséminée

NFS: Numération formule sanguine

FMOS: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

HFDaou: Hôpital Fousseyni Daou

**INFSS : Institut National de Formation en Science de la Santé de
kayes**

SOMMAIRE :

1-INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....	1-3
2-GENERALITES.....	4
3-METHODOLOGIE.....	29
4-RESULTATS.....	42
5-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	72
6-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	87
7-RESUME.....	89
8-BIBLIOGRAPHIE.....	90
9-ANNEXES.....	96

- **FICHE SIGNALETIQUE**

- **FICHE D'ENQUETE**

- **SERMENT D'HIPPOCRAT**

INTRODUCTION:

1. Définition :

Une péritonite est une inflammation du péritoine, aiguë ou chronique, généralisée ou localisée. Elle est le plus souvent secondaire à la perforation d'un organe digestif et ou à la diffusion d'un foyer septique intra-abdominal [1]. Une péritonite est dite généralisée lorsqu'elle s'étend à toute la cavité péritonéale. Elle constitue une urgence vitale nécessitant une hospitalisation et une prise en charge thérapeutique rapide [2]. Le pronostic d'une péritonite secondaire généralisée dépend autant de la cause et du terrain que de la précocité du traitement [2]. Ainsi la mortalité des péritonites appendiculaires qui touchent souvent les sujets jeunes est inférieure à 10 %, par contre celle des péritonites d'origine diverticulaire ou des péritonites postopératoires atteint encore les 40 % [1].

En Amérique : Grosfeld en 1996, a étudié les péritonites par perforation gastro-intestinale chez les enfants. Sur 179 cas de perforation gastro-intestinale 105 siégeaient sur l'iléon avec une fréquence de 58,65%.

Ils ont conclu que les perforations iléales sont fréquentes chez les enfants prématurés avec une mortalité très élevée 48% [3].

En Espagne : Biondos a rapporté 22,4% de taux de mortalité sur 156 cas de péritonites par perforation du colon en 2000 [4].

En Allemagne : l'étude de Giesling a relevé 58% de décès chez 36 patients atteints de péritonites sévères : patients ayant plus de 29 points dans le score de MPI (Mannheimer Peritonitis Index) [5].

Au Mali : Dembélé M. en 1974 : Sur 15 cas de perforation typhique du grêle a trouvé une mortalité de 20%.

Ongoïba N en 1984 : Dans sa thèse trouvait que les péritonites typhiques représentaient la 2^{ème} étiologie des péritonites aiguës dans les trois (3) hôpitaux nationaux de Bamako Point G ; Gabriel Touré et Kati avec une fréquence de 20% et une mortalité de 14,81%.

Sidibé Y. en 1996 : Dans son étude portant sur 140 cas de péritonite généralisée opérée, a eu une fréquence de 7,8% de fistules digestives.

Konate H. en 2001 : dans son étude sur les abdomens aigus a relevé 50% de perforations appendiculaires dont 0,03%

Ont estimé que le retard de la prise en charge constitue un facteur de mauvais pronostic des péritonites [6,9].

Au Burkina Faso :

Coulibaly C-O. en 2010 releva un taux de mortalité de 4,9% sur 101 cas de péritonite aiguë généralisée à l'hôpital de Sikasso [55].

Sanou D. en 1999 : Sur 239 cas de perforation typhique on trouvé une mortalité de 16,81% .IL a constate que l'arrivée tardive des malades à l'hôpital couplée à des interventions longues et complexes ont contribué à une augmentation de la mortalité [10].

La coelioscopie occupe une importante place dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des péritonites [11].

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

Devant l'absence d'étude sur les péritonites à kayes. Nous avons effectué ce travail dans le but de décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées.

OBJECTIFS :

1.1. OBJECTIF GENERAL :

- Etudier les péritonites aiguës généralisées dans le service de Chirurgie générale de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

1.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence hospitalière des péritonites aiguës généralisées ;
- Décrire les aspects thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées ;
- Analyser les suites opératoires ;
- Evaluer le coût de la prise en charge

2-GENERALITES :

2-1- ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU PERITOINE :

2-1-1-ANATOMIE :

❖ Définition et Description du Péritoine : [12]

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

Macroscopiquement, on reconnaît au péritoine, comme toute séreuse :

➤ **un feuillet pariétal** : appelé encore péritoine pariétal, appliqué sur les parois des cavités abdominale et pelvienne ; le feuillet pariétal est doublé profondément dans toute son étendue par une couche de tissu cellulaire ou cellulo-adipeux appelée **fascia pro pria**.

➤ **un feuillet viscéral** : ou péritoine viscéral, constitué par le revêtement séreux des organes abdomino-pelviens.

➤ **des replis membraneux** : qui relie le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Ces replis engainent les pédicules vasculo-nerveux qui vont de la paroi aux organes enveloppés par la séreuse .Chacun d'eux se compose de 2 feuillets séparés l'un de l'autre par une mince lame de tissu cellulo-graisseux, renfermant des vaisseaux et des nerfs. Ces feuillets séreux émanent du péritoine pariétal, s'avancent dans la cavité abdomino-pelvienne et se continuent avec le péritoine viscéral de part et d'autre de la zone suivant laquelle les vaisseaux et les nerfs abordent l'organe auquel ils sont destinés.

Les replis du péritoine sont de plusieurs sortes et portent, suivant les cas le nom de **méso, d'épiploon ou de ligament**.

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

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

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

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

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

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

Le petit épiploon ne présente pas le même aspect dans toute son étendue. Ces deux feuillets sont séparés en haut et à gauche, près de l'œsophage par du tissu cellulaire, des rameaux vasculaires et nerveux ; cette partie assez épaisse du petit épiploon est appelé **pars 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 **par 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 feuillets tous les éléments du pédicule hépatique; c'est la **pars vasculosa** ou partie duodéno-hépatique.

➤ **Le grand épiploon :**

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

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

Les dimensions du grand épiploon sont également variables.

La vascularisation artérielle du péritoine pariétal est assurée, de haut en bas, par des branches des artères intercostales, lombaires, épigastriques et circonflexes, artères issues directement de l'aorte, de l'artère iliaque externe, ou de la fémorale. **Celle du péritoine viscéral** est assurée par les branches de division des troncs coélique et mésentérique [13 ,14].

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

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

L'innervation du péritoine semble très inégalement répartie [15], et l'on distingue des zones hypersensibles, qui peuvent être des témoins cliniques en, cas d'inflammation péritonéale ;

Ce sont principalement :

✚ Le diaphragme (hoquet)

✚ Le nombril (cri de l'ombilic à la palpation digitale)

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

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

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

1.1.1. Rapports du Péritoine avec les Organes :

En fonction de leur situation par rapport aux feuillets péritonéaux

On peut distinguer trois types d'organes : [15]

✓ **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.

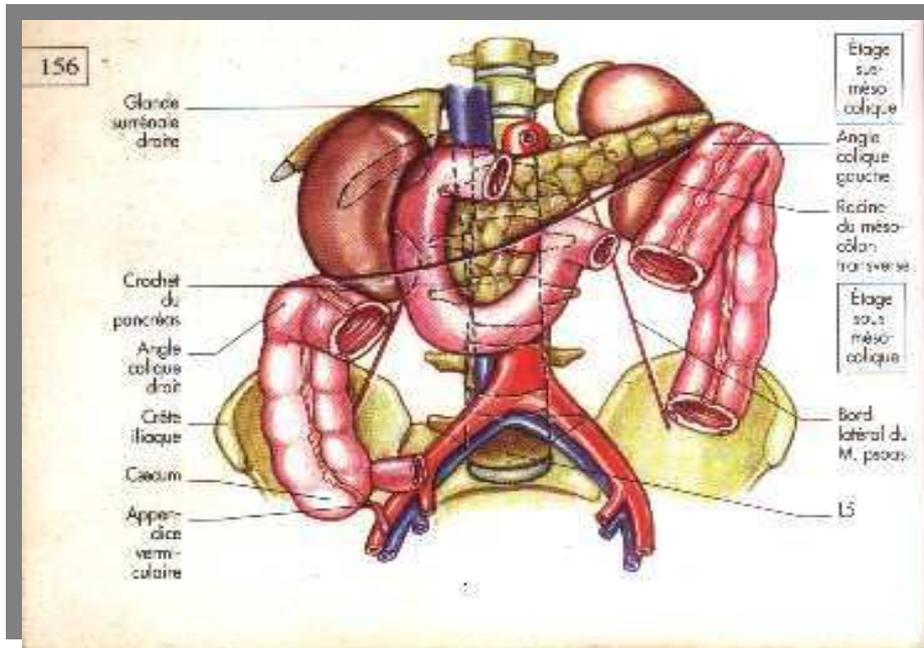
✓ **Les viscères intra péritonéaux**, engainés par le péritoine viscéral, tels l'estomac, les voies biliaires extra hépatiques, les anses intestinales (grêle, colon, haut rectum), l'utérus et les annexes utérines (excepté les ovaires).

✓ **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.

1.1.2. Anatomie topographique de la cavité abdominale : [16]

La cavité abdominale s'étend de la face inférieure du diaphragme au petit bassin, elle empiète en haut sur la cage thoracique (Région thoraco abdominale), elle se continue en bas et en arrière dans le grand bassin (région abdomino-pelvienne). La racine du méso colon transverse tendue

transversalement d'un hypochondre à l'autre, la divise en deux étages sus et sous-méso coliques (Voir fig. I)



Anatomie : Le tronc Flammarion Med –sciences (Paris) 1998.

Fig. I : Les deux étages de la cavité abdominale [16] P156

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

L'étage sus-méso colique correspond latéralement aux hypochondres droit et gauche de la paroi, au centre à la région épigastrique;

L'étage sous-méso colique correspond latéralement aux fosses iliaques et aux flancs droits et gauches et au centre, aux régions ombilicale et hypogastrique.

Les différentes loges péritonéales sont (Voir figure II)

À l'étage sus-méso colique :

La loge sous-phrénique droite comprise entre la face supérieure du foie, et la coupole diaphragmatique droite. Elle est divisée en deux par le ligament falciforme du foie.

La loge sous-phrénique gauche, comprise entre la coupole gauche, cranialement, l'estomac en dedans et la rate en bas.

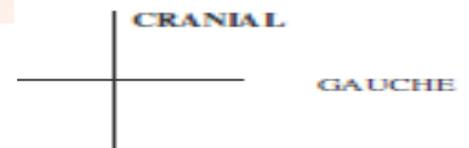
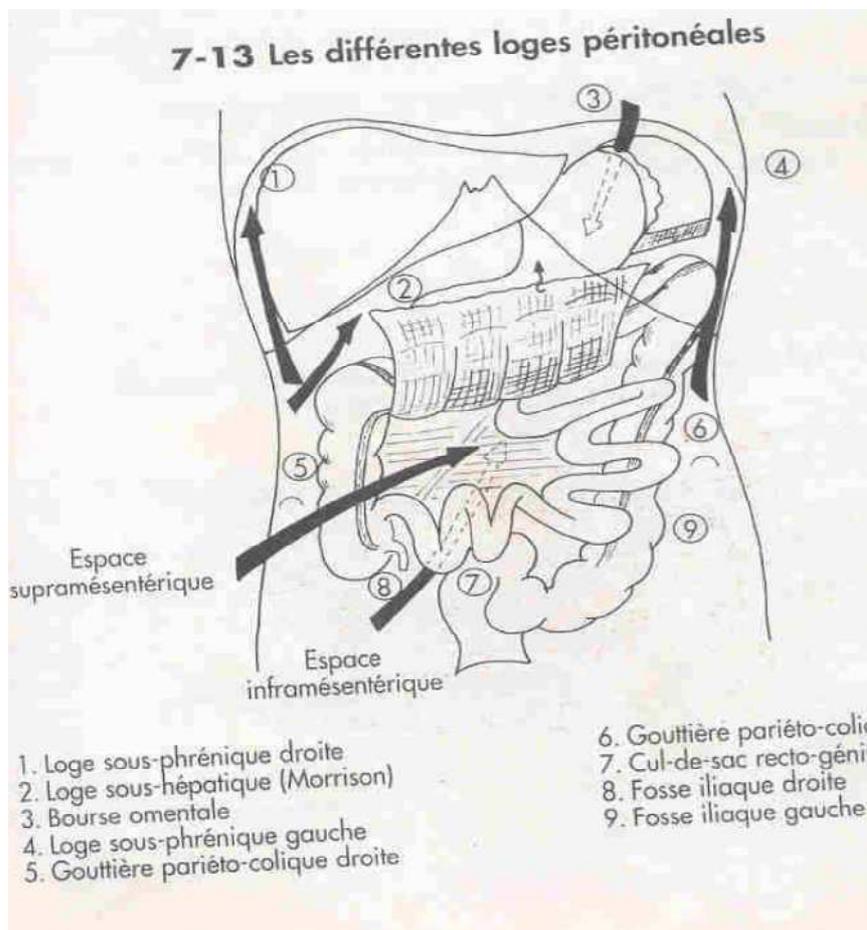
La poche retro-gastrique (ou arrière cavité des épiploons).

L'espace sous-hépatique, décrit par les radiologues sous le nom de loge de Morrison.

Dans l'espace sous-méso colique :

Les gouttières pariéto-coliques droite et gauche comprises entre le colon (ascendant à droite, descendant à gauche) et la paroi latérale de l'abdomen.

De part et d'autre de la racine du mésentère une loge supra-mésentérique entre le mésentère et le méson as et une loge infra-mésentérique entre le mésentère et le méso colon descendant; le cul de sacrecto-génital (Douglas).



Anatomie : Le tronc Flammarion Med-sciences(Paris) 1998.

Fig. II : Les différentes loges péritonéales [16] P162.

2- 1-2-PHYSIOLOGIE :

La **surface** occupée par le péritoine est importante, de l'ordre de celle de la peau environ 2m² 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.

❖ **La Voie passive de Sécrétion-Absorption :**

❖ **Sécrétion :**

L'espace virtuel limité par les deux feuillets péritonéaux est recouvert par une sérosité liquidienne (50 à 100 cm³) qui est continuellement renouvelée.

La composition chimique de cette sérosité est proche du sérum sanguin. Elle contient des protéines (entre 50 et 70 g/l), quelques cellules de type leucocytaire ou histiocytaire (300 par ml) représentées par des lymphocytes (50%), des macrophages (40%), quelques éosinophiles, de rares cellules mésothéliales. Cette sérosité, régulièrement répartie, joue pour les deux feuillets péritonéaux le rôle d'une bourse séreuse de glissement [15 ; 17].

❖ **Absorption :**

L'absorption serait maximum au-dessus du foie et nulle au niveau du Douglas [15 ; 17].

Ce mouvement liquidien, du péritoine vers les capillaires, explique la possibilité de passage des germes dans la circulation sanguine (fréquence des bactériémies dans les péritonites).

❖ **Mouvements des fluides péritonéaux et Voie active :**

❖ **Mouvements des fluides :**

Le mouvement des fluides intra péritonéaux se fait selon deux directions, de haut en bas et de bas en haut.

Voir fig. III [15 ; 17].

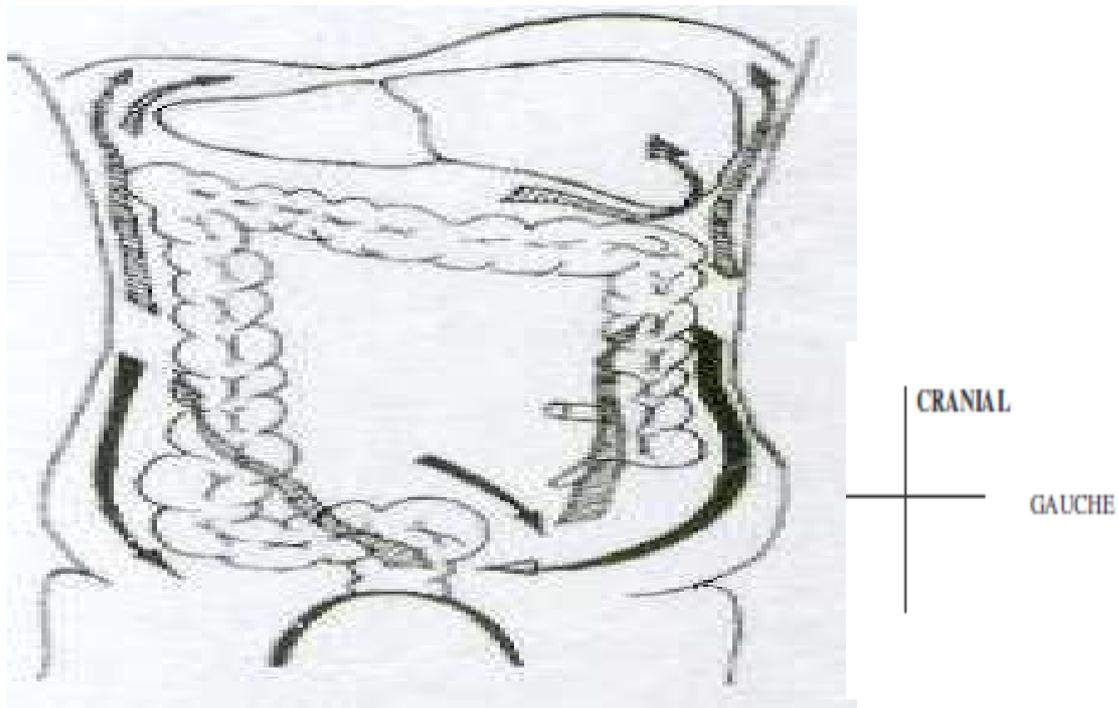


Fig. III : Mouvements des fluides intra-péritonéaux ;

Les flèches en plein indiquent le mouvement en direction du cul-de-sac Douglas ; les flèches en pointillé indiquent le mouvement ascendant, vers les coupes diaphragmatiques et les fenêtres lymphatiques (in EMC).

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

Le mouvement de bas en haut est quantitativement plus important.

Il fait remonter, aussi bien en position couchée que debout, les liquides depuis l'excavation pelvienne et l'espace sous-mésocolique jusqu'aux espaces sous

diaphragmatiques, par le chemin des gouttières pariéto-coliques, essentiellement la gouttière droite, la gauche pouvant être cloisonnée par le ligament phrénico colique. Il se fait sous l'effet d'un gradient de pression, des hautes vers les basses pressions : en effet, en position debout, la pression intra péritonéale est de 20cm d'eau dans l'étage sous-méso colique alors qu'elle est de 8cm dans l'étage sus-méso colique.

C'est ce mouvement de bas en haut qui explique le drainage lymphatique actif de la cavité péritonéale. Il explique également la possibilité d'abcès sous phrénique compliquant une pathologie infectieuse née en sous-méso colique [15 ; 17].

❖ **Drainage lymphatique actif :**

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

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

Une phase expiratoire marquée par l'afflux de liquide péritonéal au travers des fenêtres méso théliales juxta-diaphragmatiques qui restent ouvertes dans les lacunes lymphatiques collectrices ;

Une phase inspiratoire marquée par l'éjection vidange des lymphatiques diaphragmatiques vers les collecteurs thoraciques, sous l'effet du gradient de pression abdomino-thoracique [15].

2-2- PHYSIOPATHOLOGIE : [18]

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

❖ PERITONITES DITES « PRIMITIVES »

Rares, elles correspondent aux infections de la cavité péritonéale qui surviennent en l'absence de foyer infectieux primaire intra abdominal ou de solution de continuité du tube digestif. La contamination péritonéale se fait par voie hématogène au cours d'une bactériémie ; cependant ce mécanisme n'est probablement pas le seul au cours des péritonites tuberculeuses

(Aujourd'hui exceptionnelles), ni dans les infections d'ascite du cirrhotique (qui présentent l'étiologie la plus fréquente dans ce groupe) : la stase splanchnique pourrait alors favoriser le passage transmural des bactéries depuis la lumière digestive.

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

❖ PERITONITES DITES « SECONDAIRES »

En règle, les péritonites sont secondaires à une lésion du tube digestif ou d'un viscère intra-abdominal. La lésion initiale peut être une suppuration (appendicite, cholécystite) ou une nécrose viscérale (strangulation intestinale), et / ou le plus souvent une perforation du tube digestif (ulcère, tumeur). L'inoculation péritonéale est donc faite par la flore intestinale 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, fibrinoformation).

Il y a systématiquement trois (3) possibilités évolutives : la guérison par résorption du foyer infectieux (**par exemple** : ulcère perforé bouché) ; la limitation de l'infection par les moyens de défense, avec constitution d'un abcès (**par exemple** : abcès péri colique sur perforation sigmoïdienne); la constitution d'une péritonite, en cas de faillite ou de débordement de ces moyens de défense.

Les conséquences locales et générales sont d'autant plus graves que l'inoculation bactérienne est virulente, abondante et surtout prolongée.

Localement, l'inflammation produit une fuite plasmatique importante dans la cavité péritonéale, dans le tissu conjonctif de la séreuse et dans la lumière du tube digestif en état d'iléus paralytique : «**3^e secteur** » qui peut atteindre 4 à 6 litres par jour. L'absorption séreuse augmentée provoque une diffusion des toxines et des bactéries dans la circulation générale, qui peut retentir sur toutes les fonctions de l'organisme : défaillances cardio-circulatoire, respiratoire, rénale, digestive, hépatique, neurologique. Ainsi se trouve le concept de «péritonite grave».

➤ **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 Aiguë de l'adulte (S D R A) ; elle résulte de l'activation des polynucléaires neutrophiles et de leur

adhésion entre eux et aux parois des endothéliums vasculaires pulmonaires. L'hypoxie qui en résulte ne peut être corrigée par la simple administration d'oxygène, mais exige une ventilation assistée avec pressions positives expiratoires. La rétention de 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 [17 ; 19 ; 20]

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 hypo plaquettose autour de 30.000/mm³ en est le témoin ultime. La toxicité hématologique se signale également par une hyper leucocytose (supérieur à 30.000/mm³) ou une hypoleucocytose inférieure à 2500) ; le taux d'hémoglobine tend également à s'abaisser ; c'est un facteur pronostique important lorsqu'il se situe au-dessous de 8g/100ml.

La défaillance hépatique : (par ischémie prolongée, effets toxiques de la pullulation microbienne intra luminale) se traduit par un ictère et une chute des facteurs de coagulation, ce dernier aspect majorant la tendance hémorragique.

La défaillance cardio-circulatoire : est poly factorielle et terminale (tachycardie prolongée avec métabolisme en hypoxie, acidose métabolique, hyperkaliémie par insuffisance rénale, effets isotropes négatifs des toxines bactériennes, hypertension artérielle pulmonaire par SDRA.....). Son expression clinique est une hypotension artérielle à pression veineuse centrale élevée, la bradycardie est un signe terminal.

La traduction cérébrale : enfin, résulte du cumul de l'ensemble de ces facteurs pathogènes ; on l'évalue à l'aide du Score de Glasgow ; un chiffre égal ou inférieur à 6 témoigne d'une situation terminale, pratiquement irréversible.

➤ **Facteurs pronostiques globaux :**

Plusieurs facteurs ou situations sont reconnus dans la littérature comme signes de mauvais pronostic [17].

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 aiguë et insuffisance respiratoire, est également prise en compte ; s'il existe 1,2 ou 3 de ces complications, le taux de mortalité serait de 33, 66 ou 100% [15 ; 17].

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 n'est élevée [15 ; 17 ; 19 ; 21 ; 22 ; 23].

2- 3-SIGNES [24]

2-3-1-Type de description : Le Syndrome péritonéal.

❖ Signes cliniques :

➤ Signes fonctionnels :

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.

➤ Signes généraux :

Plus ou moins marqués :

Faciès péritonéal, tachycardie, polypnée, hypotension artérielle.

La fièvre :

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

L'état général est conservé au début mais :

Le sujet est anxieux le pouls est filant et rapide.

➤ Signes physiques :

Le diagnostic repose essentiellement sur l'examen clinique.

La contracture abdominale est le signe pathognomonique pouvant à lui seul poser le diagnostic de péritonite aigue.

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

A la palpation : mains réchauffées, bien à plat en commençant par les endroits les moins douloureux, retrouve la contracture permanente, invincible, douloureuse, tonique et rigide, généralisée.

A la percussion : on recherche un pneumopéritoine clinique (sonorité pré hépatique) synonyme d'une perforation, ou une matité des flancs synonyme d'épanchement.

A l'auscultation : les bruits intestinaux sont diminués ou abolis ;

Aux touchers pelviens (TR, TV): 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 ; Le diagnostic de péritonite étant posé, il faut :
- débuter la réanimation et intervenir d'urgence.

➤ **Signes para cliniques :**

Les examens complémentaires sont un élément d'appoint :

➤ **La Radiographie de l'abdomen sans préparation**

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

✓ **Signes en rapport avec la péritonite:**

- Épanchement péritonéal
- grisaille diffuse
- Décollement pariétal du colon
- Anses grêles cernées iléus réflexe : distension gazeuse du grêle et du colon avec niveaux hydro aériques.

✓ Signes orientant vers une autre étiologie :

• **Le pneumopéritoine :**

- Croissant gazeux clair, inter hépato-diaphragmatique et sous diaphragmatique gauche sur les clichés debout
- De taille variable
- Sur le profil couché : clarté gazeuse sous pariétale
- lithiase vésiculaire radio opaque

✓ Autres examens complémentaires :

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

✚ Echographie Abdominale et/ou pelvienne:

Elle n'est en général pas utile pour le diagnostic. Si elle est réalisée, elle met en évidence un épanchement liquidien intra-péritonéal et peut orienter vers l'étiologie. Mais ses limites sont liées à l'iléus réflexe, mais aussi à l'obésité.

Lavement opaque aux hydrosolubles :

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

✓ Examens complémentaires du bilan préopératoire :

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

2-3-2- Autres Formes cliniques :

❖ Formes frustes :

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

❖ Forme dite « asthénique » :

- tableau fréquent chez les sujets âgés et les sujets immunodéprimés
- surtout dans les péritonites par perforation colique
- le diagnostic est évoqué devant le contraste entre la gravité des signes généraux (choc toxi-infectieux) et la pauvreté des signes locaux (abdomen peu douloureux, météorisme abdominal, absence de contracture).

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

- les examens cliniques répétés
- les examens complémentaires

2-4-DIAGNOSTIC :

2-4-1- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

Il repose sur :

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

❖ On distingue les péritonites par perforations :

D'un viscère creux (estomac, duodénum, grêle, colon).

D'une collection abcédée (pyocholécystite, abcès appendiculaire, Pyosalpinx).

➤ **Péritonite par perforation d'ulcère gastro duodénal :**

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

Parfois la perforation est révélatrice :

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

❖ Plus difficile est le diagnostic :

- le pneumopéritoine est absent dans 30% des cas.
- **formes frustes :** perforations au cours des traitements par les corticoïdes (valeur du pneumopéritoine).
- **perforations couvertes :** bouchées par un organe de voisinage (foie, épiploon). Après un début souvent typique, les signes régressent en quelques heures avec cependant persistance d'une douleur provoquée épigastrique,

- perforations dans l'arrière cavité des épiploons.

❖ **A la radiographie d'abdomen sans préparation :**

On peut retrouver sur un cliché de profil une bulle claire rétro-gastrique.

➤ **Péritonites par perforation du grêle :**

Les causes les plus fréquentes sont :

- la nécrose d'anse grêle par strangulation :

Bride, volvulus, invagination, perforation d'un diverticule de Meckel.

- infarctus du mésentère.

➤ **Péritonites par perforation colique :**

Les deux étiologies les plus fréquentes sont : Diverticulite colique ; cancer colique.

Diverticulite colique :

La perforation siège habituellement sur le sigmoïde.

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

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

Cancer colique :

- soit on a une perforation tumorale, favorisée par l'infection péritonéale, le siège est généralement sigmoïdien ;

- soit on a une perforation diastasiq seconaire à la distension colique d'amont, habituellement le cæcum. Ce sont des ruptures au niveau d'une page 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 le sujet âgé pneumopéritoine énorme en cas de perforation diastatique gravité.

Autres causes de péritonites par perforations coliques :

Colites aiguës : (Crohn, recto-colite hémorragique).

Le diagnostic est souvent tardif car la péritonite évolue à bas bruit chez ces sujets sous antibiotiques et corticoïdes ;

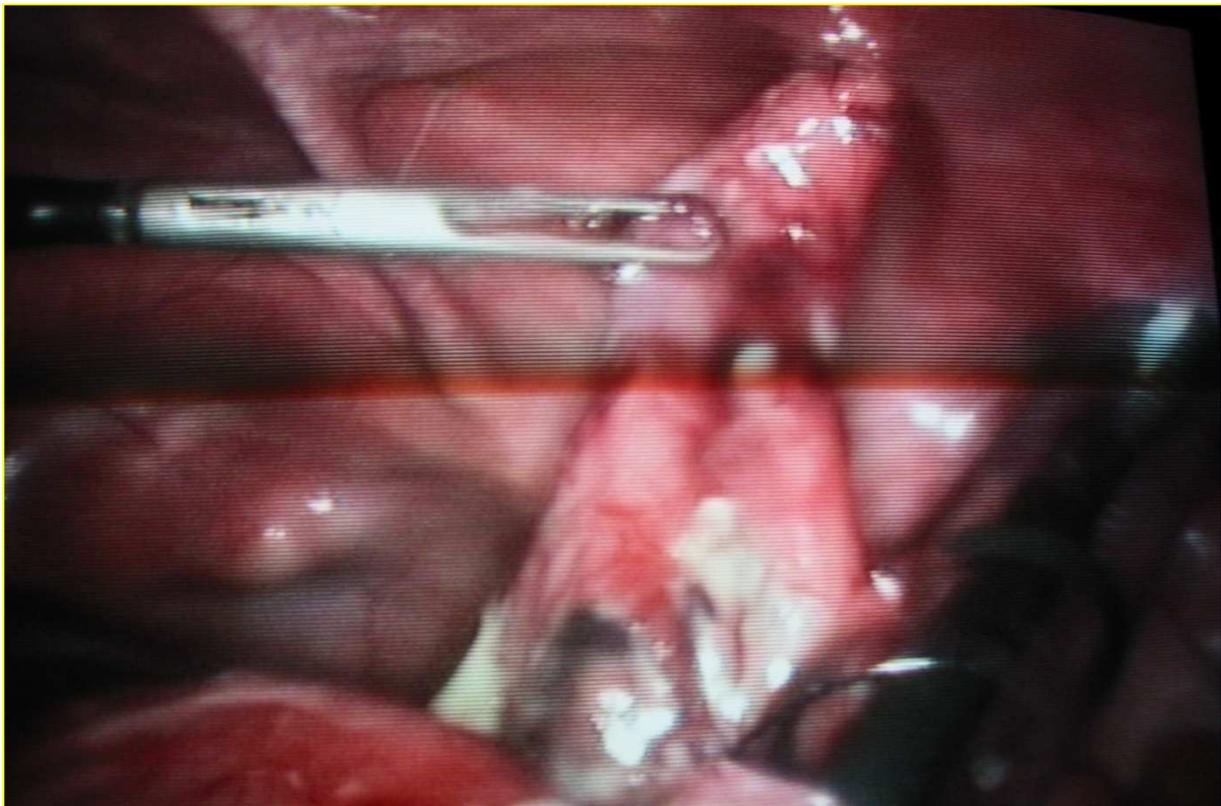
Perforations iatrogènes : au cours des coloscopies surtout en cas de polypectomie, au cours d'un lavement baryté (baryto péritonite gravissime) ;

Perforations en amont d'un fécalome.

➤ **La péritonite appendiculaire:** La plus fréquente

En sa faveur :

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



✓ Péritonite par perforation appendiculaire.

➤ **Péritonites biliaires :**

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

Rarement le tableau est typique et en faveur de l'origine biliaire, on retiendra le contexte de femme âgée, souvent obèse, antécédents de lithiase vésiculaire ; début de la douleur dans l'hypochondre droit :

Signes infectieux présents :

Existence d'un ictère ou 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.

➤ **Péritonite génitale :**

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

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

2-4-2-Diagnostic différentiel :

❖ **Occlusion intestinale :** particulièrement le volvulus du grêle avec un mécanisme par strangulation entraînant des troubles vasculaires et un épanchement intra-abdominal séro-hématique. La clinique associe : des douleurs péri-ombilicales intenses et intermittentes ; des vomissements ; un arrêt des matières et des gaz rapidement complet ; la présence d'une défense traduisant la souffrance de l'anse volvulée et un risque de perforation.

❖ **Pancréatite aiguë :** la symptomatologie est maximale en cas de forme nécrosante. Elle associe : Une douleur (elle est épigastrique, postprandiale, intense, irradiant vers le dos et les hypochondres, continue, soulagée par une position en chien de fusil) ; Des vomissements plus ou moins sanglants ; Un arrêt du transit ;

Des signes de choc ; Une fièvre à 38°C ; Parfois un sub-ictère ;

A l'examen, il existe un ballonnement péri-ombilical, avec défense ;

La biologie révèle une augmentation précoce de l'amylasémie comprise entre 3 et 5 fois la normale.

❖ **Crise ulcéreuse gastroduodénale** : surtout le type perforé bouché, responsable d'une douleur abdominale aiguë avec une contracture abdominale.

2-5-TRAITEMENT :

C'est une urgence médicochirurgicale.

➤ **Le But :**

- Eradiquer le foyer infectieux.
- Lutter contre l'infection et assurer l'équilibre hydro électrolytique.

➤ **Moyens:**

✚ Moyens non chirurgicale ;

✚ Moyens chirurgicaux.

➤ **Les méthodes :**

Ils sont médicaux et chirurgicaux.

❖ Les méthodes médicales :

➤ **la réanimation:** c'est le premier temps essentiel.

✓ **Réanimation préopératoire :**

Elle s'impose pour permettre au malade d'aborder l'acte chirurgical dans les meilleures conditions. Elle est d'autant plus importante que le retard apporte au traitement est grand et que les complications métaboliques ou viscérales sont marquées. Elle doit être guidée par les données de la surveillance clinique (courbe de température, de pouls, de tension artérielle, de diurèse) et des données biologiques (urée, glycémie, ionogramme sanguin). Elle comprend :

Un remplissage vasculaire, assuré par les cristalloïdes et les macromolécules : chez l'adulte la quantité de liquide à perfuser en théorie 35 à 50ml/kg/j, soit environ 2550 à 3500ml pour 70kg de poids. Chez l'enfant, elle est de 60 à 80ml/kg/j et 80 à 100ml/kg/j. La sonde nasogastrique mise en siphonage ou en aspiration continue, permet d'ajuster la réanimation préopératoire en chiffrant les pertes, d'assurer une décompression abdominale et réduire le risque d'inondation bronchique lors de l'induction anesthésique. Une antibiothérapie qui sera dirigée contre les salmonelles et les autres entérobactéries.

✓ **Réanimation per-opératoire :**

Elle poursuit les actes entrepris en période préopératoires et prévient deux risques : l'insuffisance respiratoire mécanique en prenant la précaution d'une ventilation assistée. L'anoxie avec chute tensionnelle brutale par dilatation brusque du lit vasculaire sous l'effet de l'anesthésie. La surveillance rigoureuse des constantes et du débit de perfusion sera maintenue afin de prévenir le collapsus.

✓ **Réanimation postopératoire :**

La période postopératoire va être caractérisée par les troubles de la volémie, les désordres hydro électrolytiques, les risques infectieux, la dénutrition, les problèmes de nursing.

✓ **La surveillance de la réanimation :** la surveillance de cette réanimation parentérale s'intègre dans la surveillance des suites opératoires les

principales complications surviennent lorsque la réanimation se prolonge et que l'on est contraint d'utiliser des solutions hyperosmolaires et de hauts niveaux calorico-azotés.

✓ **Ces complications sont :**

- ❖ Inflammatoires (thrombose de veines périphériques sur le cathéter sans autre effet immédiat notable que celui d'amputer définitivement le capital veineux mais aussi thrombose veineuse centrale avec risque d'embolie pulmonaire)
- ❖ Infectieuses avec décharges bactériennes à partir de l'extrémité d'un cathéter veineux central et de métastases septiques.
- ❖ Métaboliques complexes et à retentissement souvent encéphalique (Hyperamoniémie, acidose et déséquilibre électrolytique, coma par hyperosmolarité ou par hypoglycémie). En pratique, ces situations compliquées semblent exceptionnelles dans le cadre de la réanimation d'une péritonite aiguë généralisée chez l'adulte jeune, elles sont moins rares chez les sujets âgés à terrain fragile.

➤ **L'antibiothérapie :**

-précoce

-active sur les germes aérobies et anaérobies et les cocci Gram(-) et (+), bacilles(-) et (+)

-adaptée aux germes retrouvés dans les différents prélèvements (pus péritonéal).

❖ Les moyens chirurgicaux :

➤ Principes :

Voie d'abord large : laparotomie médiane sus et sous ombilicale ;

Prélèvements du liquide péritonéal avec recherche des germes aéro et anaérobies.

Exploration complète de toute la cavité abdominale.

Traitement de la lésion causale exérèse de la lésion chaque fois que c'est possible absence de suture en milieu septique (entérostomies) ;

vidange rétrograde du grêle dans l'estomac qui est aspiré ;

Ablation des fausses membranes

Toilette péritonéale

Abondante (10 à 12 L)

Au sérum physiologique.

Jusqu'à ce que la cavité abdominale soit propre (gouttières, Douglas).

Drainage de la cavité péritonéale.

L'avènement de la coeliochirurgie (laparoscopie) a révolutionné de façon considérable la chirurgie des péritonites. Elle est indirecte et matérialisée par un écran de télévision. Elle a l'avantage d'éviter les problèmes pariétaux des laparotomies (abcès de la paroi, éventration, éviscération), et surtout d'être plus esthétique. Etant moins agressive, elle va permettre un rétablissement plus rapide ; Néanmoins elle impose la connaissance d'une anatomie laparoscopique et de nouvelles techniques de dissection.

Dans tous les cas le principe de l'intervention reste le même.

➤ Indications :

Tous les cas de péritonites aiguës généralisées, confirmées doivent bénéficier d'un geste chirurgical. L'intervention chirurgicale n'est pas souhaitable dans certains cas : Pelvipéritonite génitale par diffusion avec signes péritonéaux

limités au pelvis ; Perforation d'ulcère duodénal survenue à distance d'un repas (Méthode de Taylor).

➤ **Evolution :**

La péritonite peut être circonscrite par les défenses physiologiques de l'organisme et évoluée vers la guérison, par contre l'évolution peut être défavorable, entraînant rapidement la mort par état septique sévère, ou syndrome de défaillance poly-viscérale.

➤ **Complications :**

✓ **Complications précoces :**

Hémorragie : chute de la tension artérielle, saignement éventuel par les drains ;
Péritonite avec ou sans lâchage anastomotique, qui se révèle par un tableau d'occlusion fébrile ; Infections pariétales pouvant aboutir à une éviscération ;
Abscess métastatiques extra- abdominaux (reins, poumons, cerveau) ;
Thrombophlébites périphériques ;
Fistule digestive.

✓ **Complications tardives :**

Abscess localisé, qui peut être unique ou multiple ;
Occlusions répétées par brides intra péritonéales ;
Eventrations.

➤ **Pronostics :**

La gravité est fonction de l'âge du patient, de son état général, du retard.

Diagnostique et de la nature des lésions.

Bon pronostic : appendicite, perforation d'ulcère

Plus grave : vésicules, traumatisme

Pronostic réservé : perforations coliques, pancréatite nécrosante, péritonites

Post opératoires, grands vieillards, sujets immunodéprimés.

3- METHODOLOGIE :

3-1 -TYPE ET DUREE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude prospective allant du 1^{er} Janvier 2013 au 31 Décembre 2013 (12mois) portant sur 51 patients. Notre étude s'est déroulée au Service de Chirurgie de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

3-2-Description du cadre d'étude :

➤ Situation géographique de la région :

La région de Kayes est la première région administrative du Mali. Son chef-lieu de région est la ville de Kayes. D'une superficie de 120 760 km², la région de Kayes est située à l'Ouest du Mali. Elle est limitée au Nord par la république islamique de la Mauritanie ; au Sud par la république de la Guinée ; à l'Ouest par la république du Sénégal et à l'Est par la région de Koulikoro.

➤ Etude du milieu :

Caractéristiques physiques du milieu :

✓ Le Relief :

Il se compose comme suit :

-Au Nord par les plaines d'Ouagadou,

-Au Sud par le plateau Manding ;

-Au Sud-Ouest par les falaises de Tambaoura et les deux cuvettes qui sont celles du fleuve Sénégal et du Falémé.

✓ Le Climat :

Entièrement située dans la zone sahélienne de part et d'autre du fleuve Sénégal, il s'agit d'une région très chaude qui comporte essentiellement trois grandes saisons :

-la saison sèche de mars à juin ;

-la saison froide d'octobre à février ;

-et la saison pluvieuse de juillet à septembre.

La pluviométrie inégalement répartie sur trois mois, varie entre 600 et 700 mm de pluies par an.

✓ L'Hydrographie :

Elle est formée de cours d'eau permanents qui sont : le Baoulé, le Bafing, le Bakoye, le Sénégal et le Falémé ; et des cours d'eau non permanents tels que le Térékolé, le Karakoro et le Kolimbiné.

✓ La Faune :

La région de Kayes dispose peu de réserves en faune. Cependant on retrouve dans les forêts classées et sur les collines de gibiers tels que : des lapins, des hyènes, des sangliers, des serpents, des singes et des oiseaux etc.

✓ La Flore :

Elle est constituée de baobabs, de jujubiers, des caïlcédrats, de palmiers, de karités.

✓ Les Ressources naturelles :

La région de Kayes est une zone minière regorgeant de l'or dans son sous-sol dans les localités de Sadiola, de Yatela, de Loulou et de Tabako ; et du ciment à Diamou.

➤ Caractéristiques de la population :

✓ Historique :

En 1856, le roi du Khasso Dembaya résidant à Médine ordonna à son fils, chef du village de Mamoudouya du nom de Guéssé Sidy Diallo de venir s'installer à 12 km en aval sur la rive gauche du fleuve Sénégal. En s'installant en face de l'actuel commissariat du premier arrondissement de Kayes, Guéssé Sidy fonda le village qui prit le nom de Kayes. Guéssé Sidy transféra son domicile à l'ancienne gare de Kayes ville, puis l'emplacement du groupe scolaire Khasso B ensuite finalement à l'actuelle maison Sidya. Il créa aussi le quartier Khasso. Kayes Séga Diakité venu de Diamou premier habitant de Kayes traversa le fleuve et déménagea en face du commissariat du premier arrondissement et fonda sur la rive droite le quartier de Kayes N'di.

Fuyant devant Samory, les ressortissants de Wassoulou vinrent créer en 1887 le quartier Liberté .Après la prise de Ségou en 1891 Archinard transféra une

partie d'EL Hadji Omar de Ségou à Kayes. Elle fut installée à l'Ouest sur la rive gauche et devint le quartier de Légal-Ségou. Après l'inondation de la ville de Kayes en 1906, certains habitants de Liberté avec Malal Demba créèrent le quartier Plateau. Après l'indépendance, le 6ème a été baptisé Lafiabougou.

✓ Organisation de la population :

Selon la direction régionale du Plan, de la Statistique de l'Informatique et de l'aménagement de la Population (DRPSIAP), la population de la région de Kayes est estimée à 1 996 812 habitants selon le recensement global de la population et de l'habitat (RGPH) de 2009. La commune urbaine de Kayes compte 100 106 habitants selon le recensement administratif à caractère électoral (RACE) de 2009.

La région de Kayes comprend diverse ethnies dont les principales sont : les Malinkés, les Khassonkés, les Soninkés, les Bambara, les Maures, les Peulhs et les Wolofs.

La religion musulmane est la plus dominante, mais il existe la religion chrétienne et l'animisme.

✓ Organisation administrative :

La région de Kayes est composée administrativement de sept cercles qui sont : Bafoulabé, Diéma, Kayes, Kénieba, Kita, Nioro du Sahel, et Yélimané ; et 129 communes dont 117 communes rurales et 12 urbaines dont 3 anciennes (Kayes, Kita, et Nioro du Sahel).

Quelques services régionaux :

- L'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes ;
- Le Centre de Santé de référence de Kayes ;
- L'Hôpital « Père Fara » sur la route de Kénieba ;
- L'Institut National de Formation en Science de la Santé de Kayes.

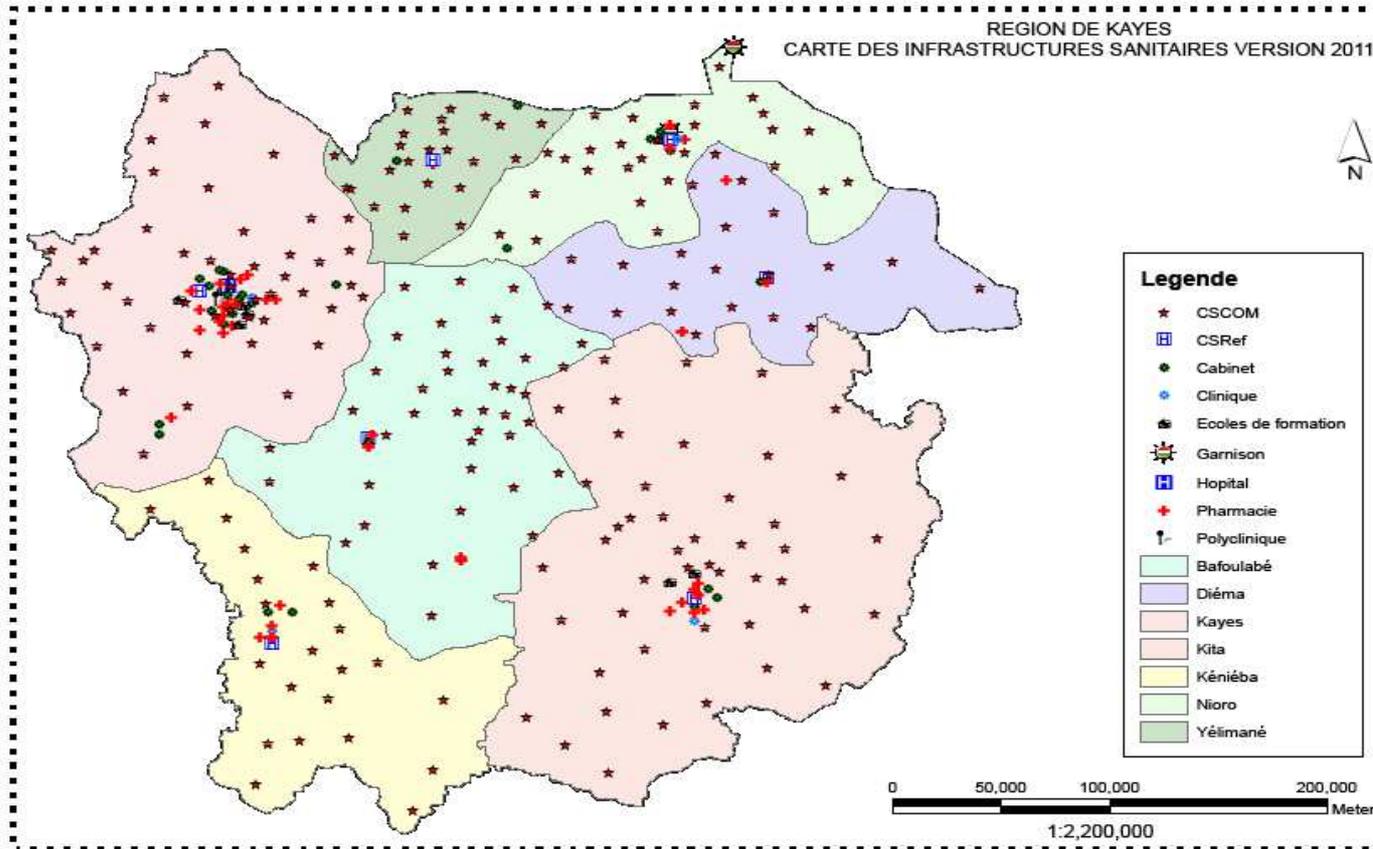
La couverture audiovisuelle de la région est assurée par : l'ORTM et certaines radio FM privées telles que : Radio Sahel, Radio FM Horizon, Radio

Nostalgie, Radio Tropique FM, Radio Seko FM, Radio Sigui FM, Radio Bandio FM, Radio Bafing FM, et Radio Guinta FM.

La couverture téléphonique est assurée par la SOTELMA/MALITEL et ORANGE Mali

➤ Organisation sanitaire de la région de Kayes :

a-Carte sanitaire de la région :



Les infrastructures sanitaires :

Les structures selon les statuts :

206 structures à statut public ;

86 structures à statut privé ;

6 structures à statut parapublic.

➤ Les types de structures : 198 CSCOM ; 8 CS Réf de 1^{ère} référence ; 1 Hôpital de 2^e référence ; 1 Polyclinique ; 4 Cliniques privées ; 30 Cabinets médicaux;

CMIE ; 3 Garnison ; 44 Pharmacies ; 7 Ecole de santé ; 1 Laboratoire d'analyse biomédicale.

✓ Présentation de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes :

Situé à l'Est de la ville de Kayes à proximité de la voie ferrée Bamako-Dakar, l'hôpital est à 614 km de Bamako. Initié depuis 1883 par les militaires français lors de leur pénétration en Afrique de l'Ouest, il avait pour vocation essentielle de prodiguer les premiers soins aux blessés de guerre avant leur évacuation sur le Sénégal ou France.

En 1959, il devient Hôpital Secondaire, puis Hôpital régional en 1969. En 1991 il est baptisé Hôpital Régional Fousseyni DAOU de Kayes, du nom de l'un de ses anciens Directeur brusquement arraché à notre affection.

Créé par la loi n° 03-020 du 14 juillet 2003 et conformément à la disposition de la loi n° 02-050 du 22 juillet 2002 portant la loi hospitalière, l'Hôpital Fousseyni DAOU est érigé en Etablissement Public Hospitalier (EPH) doté de personnalités morales et d'une autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du ministère de la santé.

✓ La mission de l'hôpital :

Conformément aux dispositions de la loi n° 03-020 du 14 juillet 2003, en son article 3 les missions de l'hôpital se résument ainsi de suite :

-Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceinte ;

-Prendre en charge les urgences et les cas référés ;

-Participer à la formation initiale et assurer la formation continue des personnels de la santé ;

-Conduire les travaux de recherche dans le domaine médical.

✓ Les services de l'hôpital :

En plus de ses services administratifs et financiers, l'Hôpital Fousseyni Daou e Kayes est structuré en services et unités.

Description générale des locaux et des services :

Situé à proximité de la gare ferroviaire, l'Hôpital de Kayes est bâti sur une superficie d'environ 12 hectares. Il constitue le principal centre recours des malades en provenance de la ville de Kayes et de ses environnants. Avec de ses bâtiment d'une architecture rappelant encore les traces du colon et de la fructueuse collaboration Italo-malienne dans le domaine de la santé ; les locaux sont composés comme suite :

-Un bâtiment situé à l'entrée de l'hôpital qui abrite le bureau des entrées et celui du comptable général ;

Quatre bâtiments contigus abritant les salles de consultation externe, les bureaux du Directeur général et son adjoint, le secrétariat général et la salle des réunions ;

-Un pavillon complexe abritant le service de radiologie, des salles d'hospitalisation des services de la traumatologie, de la chirurgie B et de la chirurgie pédiatrique, le bloc opératoire composé de trois salles d'opération, la pharmacie de garde, trois magasins de stockage des produits pharmaceutiques, le bureau du médecin anesthésiste réanimateur, le bureau du major du bloc opératoire, les bureaux des majors des services de traumatologie, de la chirurgie B et de la chirurgie pédiatrique ;

Sept anciens bâtiments du colon qui sont :

-Un bâtiment abritant le service de gynéco-obstétrique et de la maternité ;

-Un bâtiment abritant le service de la médecine interne ;

-Un bâtiment abritant le service d'urologie et d'ORL ;

-Un bâtiment abritant la pharmacie du jour et le laboratoire ;

-Un bâtiment abritant le service d'ophtalmologie et les logements des chefs des services de la gynéco-obstétrique de l'ophtalmologie ;

-Un pavillon abritant le service des urgences ;

- Deux pavillons d'hospitalisation VIP ;

-Un pavillon abritant le service de la pédiatrie ;

- Un Bâtiment abritant les services de la dermatologie et le centre d'appareillage orthopédique et de kinésithérapie ;
 - Un bâtiment abritant la cantine, la buanderie, le logement du chef de service de la chirurgie B ;
 - Trois logements contigus pour le Directeur général, l'Odonto-Stomatologie et le chef du service d'urologie ;
 - Un bâtiment abritant les bureaux de l'électricien, l'hygiéniste et le logement du pharmacien ;
 - Un bâtiment abritant les logements du chef de service de la traumatologie, le personnel chargé du service social et celui chargé des ARV ;
 - Un logement pour le Directeur général adjoint ;
 - Un logement pour le Directeur régional de la santé ;
 - Un logement pour l'électricien ;
 - Un logement pour le chef du service de la médecine interne ;
 - Un bâtiment abritant la morgue ;
 - Une mosquée pour les adeptes de l'hôpital ;
 - Un parking pour les véhicules de l'hôpital ;
 - Des pistes de hangar reliant les différents services ;
 - Une annexe de l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS) qui a pour vocation la formation des techniciens supérieurs de la santé et des sages-femmes ;
 - Un logement pour le Directeur général de l'INFSS ;
 - Enfin une route goudronnée serpente l'hôpital, décrivant ainsi une sorte de ceinture longeant les principaux bâtiments depuis la porte principale jusqu'au portail de la morgue.
- ✓ Les personnels de l'hôpital :
- En tout l'hôpital compte 160 personnels :
- Au niveau de l'administration 5 agents dont : 2 gestionnaires des hôpitaux ; 1 assistant médical ; 2 secrétaires.

Bureau des entrée 8 agents:6 comptables ; 1 secrétaire ;1 technicien de surface.

Médecine générale 11 agents : 1 cardiologue ; 4 médecins généralistes ; 2 techniciens supérieurs de santé ; 2 techniciens de santé ; 1 aide-soignant ; 1 technicien de surface.

Hospitalisation 1^{ère} catégorie VIP1 3 agents : 2 techniciens supérieurs de santé et 1 technicien de surface.

Hospitalisation 2^e catégorie VIP2 4 agents : 1 technicien supérieur de santé ; 1 technicien de santé et 1 technicien de surface.

Dermato-virologie 5 agents : 1 dermato-virologue ; 2 technicien supérieur de santé ; 1 aide-soignant ; 1 technicien de surface.

Laboratoire 8 personnels dont : 1 docteur en pharmacie ; 4 techniciens supérieurs de santé ; 2 ingénieurs sanitaires ; 1 assistant médical.

Pharmacie hospitalière **7** : 1 docteur en pharmacie ; 2 comptables ; 2 aides comptables ; 1 secrétaire et 1 technicien de surface.

Radiologie 6 : 1 radiologue ; 3 assistants médicaux ; 1 technicien supérieur de santé ; 1 technicien de santé.

Odontostomatologie : 1 odontostomatologie ; 1 aide-soignant.

Pédiatrie 9 agents : 1 pédiatre ; 3 médecins généraliste ; 1 technicien supérieur de santé ; 2 techniciens de santé ; 1 aide-soignant et 1 technicien de surface.

Chirurgie pédiatrique 4 : 1 chirurgien pédiatre ; 2 techniciens supérieurs de santé et 1 matrone.

Gynéco-obstétrique 30 : 3 gynécologues ; 10 sages-femmes ; 6 infirmières obstétriciennes ; 1 infirmière sante maternelle ; 1 aides-soignantes ; 6 matrones et 3 techniciens de surface.

Chirurgie générale 11 : 4 chirurgiens généralistes ; 4 techniciens supérieurs de santé ; 1 technicien de santé et 2 techniciens de surface.

Ophtalmologie 6 : 1 ophtalmologue ; 3 assistants médicaux ; 1 technicien de sante et 1 technicien de surface.

O.RL 3 :1 assistant médical ; 1 technicien de santé et 1 technicien de surface.

Anesthésie Réanimation 4 : 1 anesthésiste réanimatrice ; 2 assistant médicaux et 1 technicien supérieur de santé.

Urgences 4 : 1 médecin généraliste ; 1 technicien de santé et 2 techniciens de surface.

Bloc opératoire 5 : 1 assistant médical ; 1 technicien supérieur de santé ; 1 aide-soignant et 2 techniciens de surface.

Traumatologie 5 : 1 chirurgien généraliste ; 1 technicien supérieur de santé ; 2 techniciens de santé et 1 technicien de surface.

Kinésithérapie 3 : 2 assistants médicaux et 1 technicien supérieur de santé.

Hygiène 2 : 1 technicien supérieur de santé et 1 technicien de surface.

C A O R F 1 : 1 technicien supérieur de santé.

Buanderie 3 : 1 cuisinière et 2 lingères.

Maintenance 2 : 1 électricien et 1 agent technique des constructions civiles.

Chauffeurs au nombre de 4.

Personnels détachés 5 : 3 techniciens supérieurs de santé (dont 2 de la protection civile) ; 2 assistants médicaux (militaires).

✓ Les activités de l'hôpital :

Circuit du malade :

Le patient à son arrivée, est enregistré au bureau des entrées suivant le motif de consultation, ensuite il est dirigé vers le bureau de consultation approprié .Il est soumis aux investigations para cliniques si nécessaire et enfin traité en ambulatoire ou en hospitalisation.

Activités médicales :

Les activités médicales se résument essentiellement à :

- La consultation médicale et pédiatrique ;
- La prise en charge des malades hospitalisés et des urgences médicales ;
- L'investigation du laboratoire et l'imagerie médicale ;
- La kinésithérapie (rééducation fonctionnelle post accident vasculaire cérébral et traumatique).

Activités chirurgicales :

Elles sont dominées principalement par :

- Les consultations chirurgicales, traumatologiques, gynéco-obstétriques, oto-rhino-laryngologiques, ophtalmologiques, et Odonto-stomatologiques ;
- La prise en charge des urgences chirurgicales ;
- Les interventions chirurgicales (digestive, urologique, traumatologique, gynéco-obstétrique, ophtalmologique, oto-rhino-laryngologique, et Odonto-stomatologique) ;
- La prise en charge des malades hospitalisés.

Activités pharmaceutiques et du laboratoire :

Les activités pharmaceutiques sont :

- La session et la vente des médicaments essentiels, les films de radiologie, les consommables du bloc opératoire ;
- La session et la vente des consommables médicaux et chirurgicaux ;
- Dispensions des antirétroviraux ;

Les activités du laboratoire sont les examens parasitologiques, biologiques, biochimiques et hématologiques.

✓ Evacuation/Référence :

Les services de médecine, de chirurgies effectuent aussi des évacuations sur les hôpitaux de la 3^e référence (pour exploration d'endoscopie, scanner, pathologies neurochirurgicales et certains cas de traumatismes graves).

Les services de chirurgie générale et pédiatrique comportent quatre chirurgiens généralistes ; un chirurgien pédiatre ; quatre étudiants faisant fonction d'interne ; dix infirmiers ; quatre techniciens de surface ; des stagiaires de la FMOS, de l'INFSS, et des écoles des infirmiers du 1^{er} cycle.

Les services de chirurgie ont trois jours d'activités chirurgicales. Les consultations externes et la visite des malades hospitalisés s'effectuent tous les jours.

3-3-Patients :

Tous les patients ont été recrutés dans le service des urgences et le service de chirurgie. Un questionnaire préétabli a permis de recueillir les renseignements, nécessaires pour chaque patient.

3-3-1- CRITERES D'INCLUSION :

Tout patient ayant une péritonite aiguë généralisée.

Le diagnostic d'une péritonite aiguë généralisée a été posé sur la base des arguments cliniques et para cliniques: Diminution de la respiration abdominale, Contracture abdominale, douleur à la palpation, tympanisme, matité abdominale, silence abdominale et douglas bombé et douloureux (TR, TV).

ASP : Présence de Niveau hydroaériques.

Echographie : Présence d'épanchement liquidien.

3-3-2- CRITERES DE NON-INCLUSION :

Les patients n'ayant pas été opérés dans le service, les péritonites localisées,
Les autres types d'abdomen aigu.

3-4-METHODE :

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

Un interrogatoire : à la recherche des signes fonctionnels de l'histoire de la maladie, des antécédents médicaux, chirurgicaux et gynéco – Obstétricaux.

Un examen physique : à la recherche des signes généraux, des signes péritonéaux.

Le MPI (Mannheim Peritonitis Index) pour évaluer le pronostic.

Le bilan para-clinique était constitué selon les cas d'un groupage sanguin rhésus, les taux d'hémoglobine et d'hématocrite, une échographie abdominale, une radiographie d'A.S.P.

Le coût de la prise en charge a été évalué pour chaque patient (frais de Consultation, kits, ordonnances, examens complémentaires, Hospitalisation).

➤ Suivi post-Opératoire :

Elle a duré trois mois et a comporté les étapes suivantes :

Le suivi pendant l'hospitalisation et à court terme (données déjà consignées dans les dossiers).

Le suivi après l'hospitalisation (de un à deux mois). Les malades ont été reçus, soit en urgence par l'équipe de garde d'urgence, soit en consultation dans le service.

Le suivi post-hospitalisation, les renseignements sur l'état de santé des malades opérés ont été recueillis à domicile pour les patients résidents à Kayes et auprès des personnes intermédiaires ou par téléphone pour ceux hors de Kayes.

Définition des termes :

ASA: American Society of Anesthésiologist.

Score de Mannheim(MPI) : Mannheim peritonitis index.

ASP: Abdomen sans preparation.

SMIG: Salaire minimal interprofessionnel garanti.

NFS: Numération formule sanguine.

FID: Fosse iliaque droite et gauche.

UGD : ulcère gastro duodéal.

HTA: Hypertension artérielle.

E.V.A : échelle visuelle analogue.

3-5- SUPPORTS :

3-5-1- La fiche d'enquête :

Elle comporte des variables reparties en :

Données administratives :

Âge, sexe, profession, ethnie, durée d'hospitalisation.

Paramètres cliniques et para cliniques (Signes fonctionnels, signes

Physiques, examens complémentaires).

Suites opératoires.

Coût de la prise en charge.

3-5-2-La collecte et analyse des données :

L'étude a comporté :

- Une phase de recherche bibliographique.
- Une phase de confection des questionnaires.
- Une phase de saisi et d'analyse des données :

Elle a duré trois(3) mois les Logiciels utilisés ont été Microsoft Word, Excel et SPSS version 20 pour Windows.

Le test statistique de comparaison a été le Khi^2 avec un seuil de signification pour $p < 0.05$.

4- Résultats :

Données épidémiologiques :

➤ Place de la péritonite aiguë généralisée :

Durant notre période d'étude, nous avons colligé 51 Cas de péritonite aiguë généralisée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

➤ Au même moment, nous avons réalisé :

3700 Consultations ordinaires (Chirurgies A et B + la chirurgie pédiatrique)

2100 patients ont été hospitalisés.

185 patients ont été admis pour urgence chirurgicale.

2350 patients ont été opérés.

Ainsi les péritonites aiguës généralisées (N : 51)

Ont représenté une fréquence de 1,4% des consultations ordinaires ;

2,4 % des hospitalisations ;

27,6 % des urgences chirurgicales et

2,2% des interventions chirurgicales.

4-1- Données administratives :

Tranche d'âge:

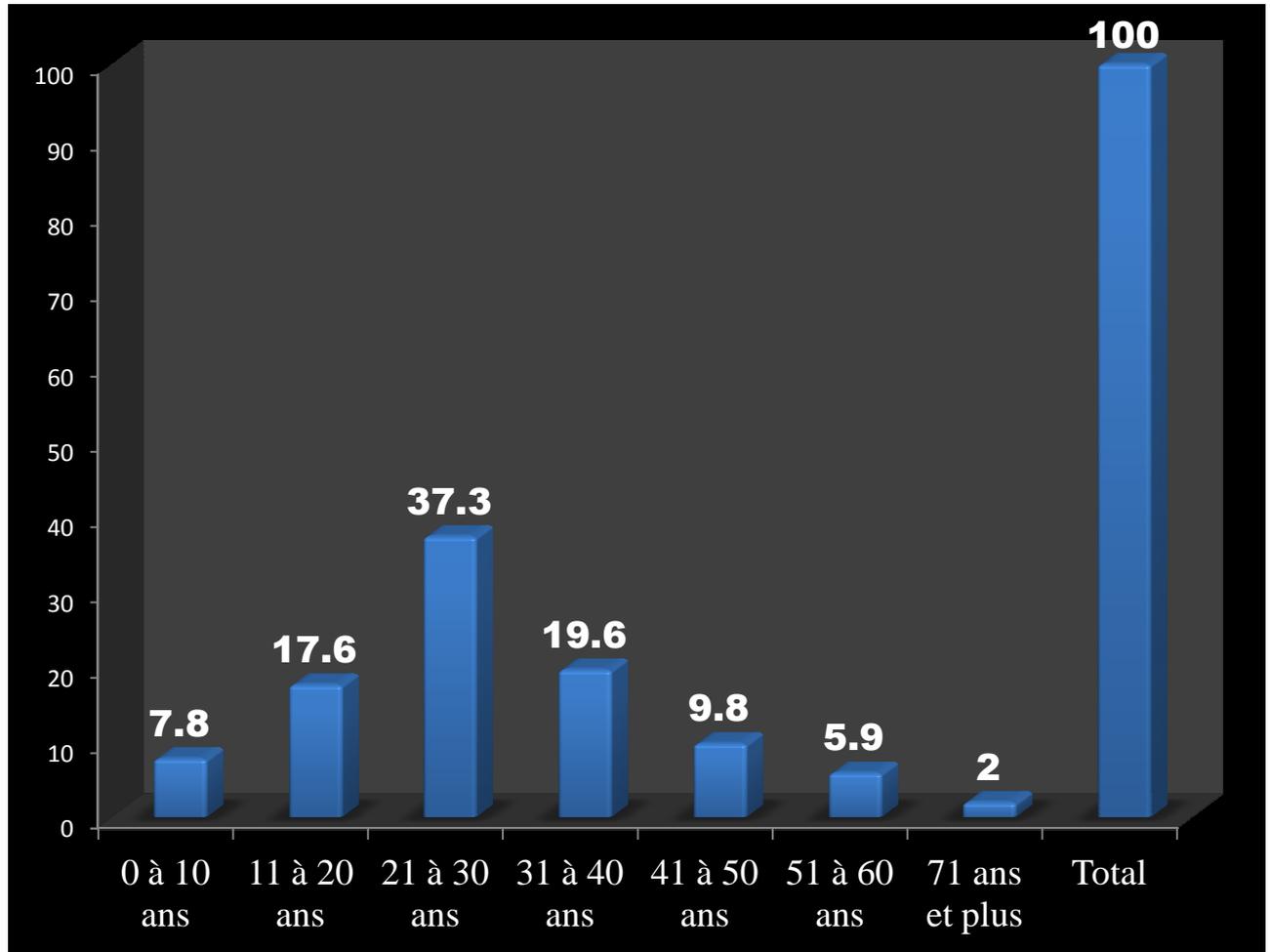
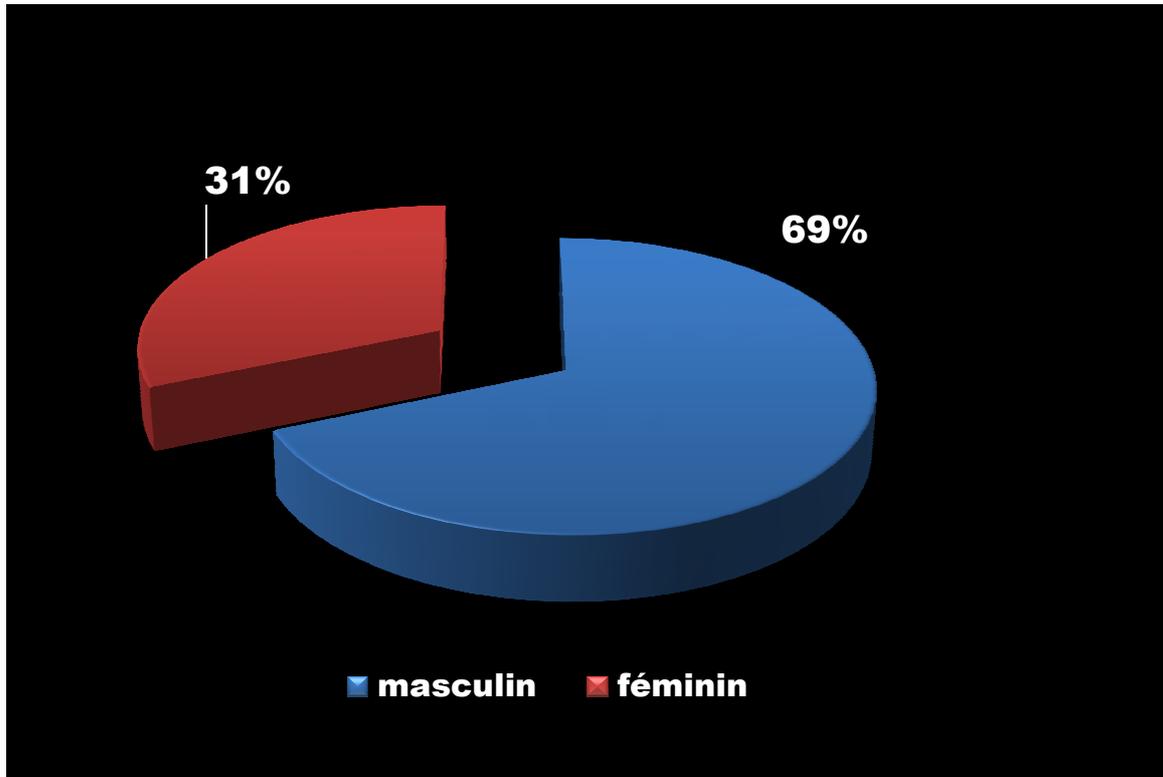


Fig IV : Répartition des patients selon la tranche d'âge.

L'âge compris entre 21à 30 ans est le plus représenté, soit 37,3%(19/51) des cas. L'âge moyen a été 27,25ans avec un écart-type de 1,34 et des extrêmes de 10 ans et 71ans.

SEXE :

Fig V : Répartition des patients selon le sexe.



Le sex ratio était de 2,18.

Provenance :

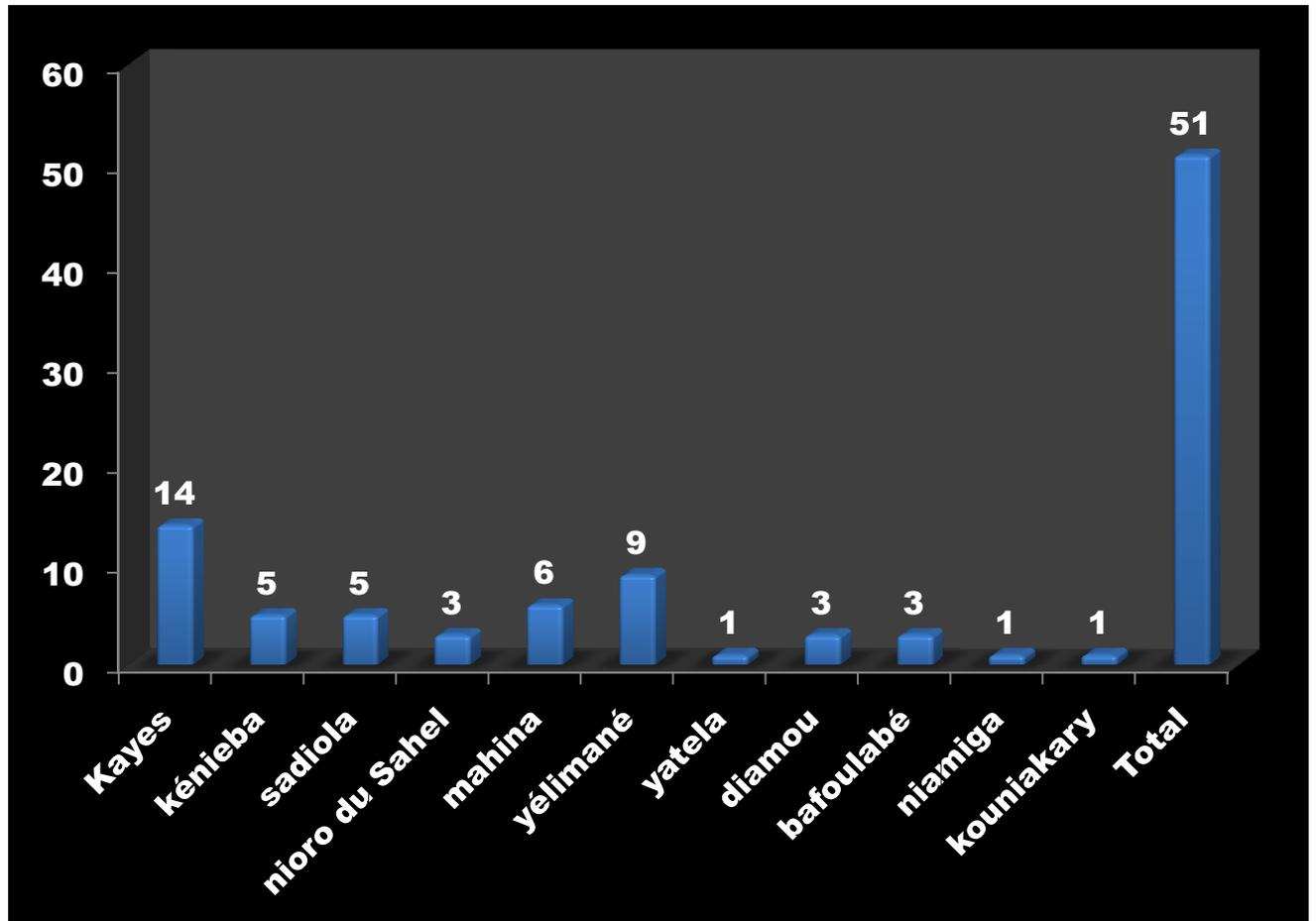


Fig VI : Répartition des patients selon la provenance.

La majorité de nos patients provenait du cercle de Kayes, soit 27,5%(14/51) des cas

Ethnie :**Tableau I : Répartition des patients selon l'ethnie.**

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	13	25,5
Malinké	9	17,6
Sarakolé	11	21,6
Peulh	10	19,6
Khassonkés	4	7,8
Bobo	1	2,0
Maure	2	3,9
Autres	1	2,0
Total	51	100

Autres : somono=1

L'ethnie Bambara a été la plus représentée avec 25,5%(13/51) des cas.

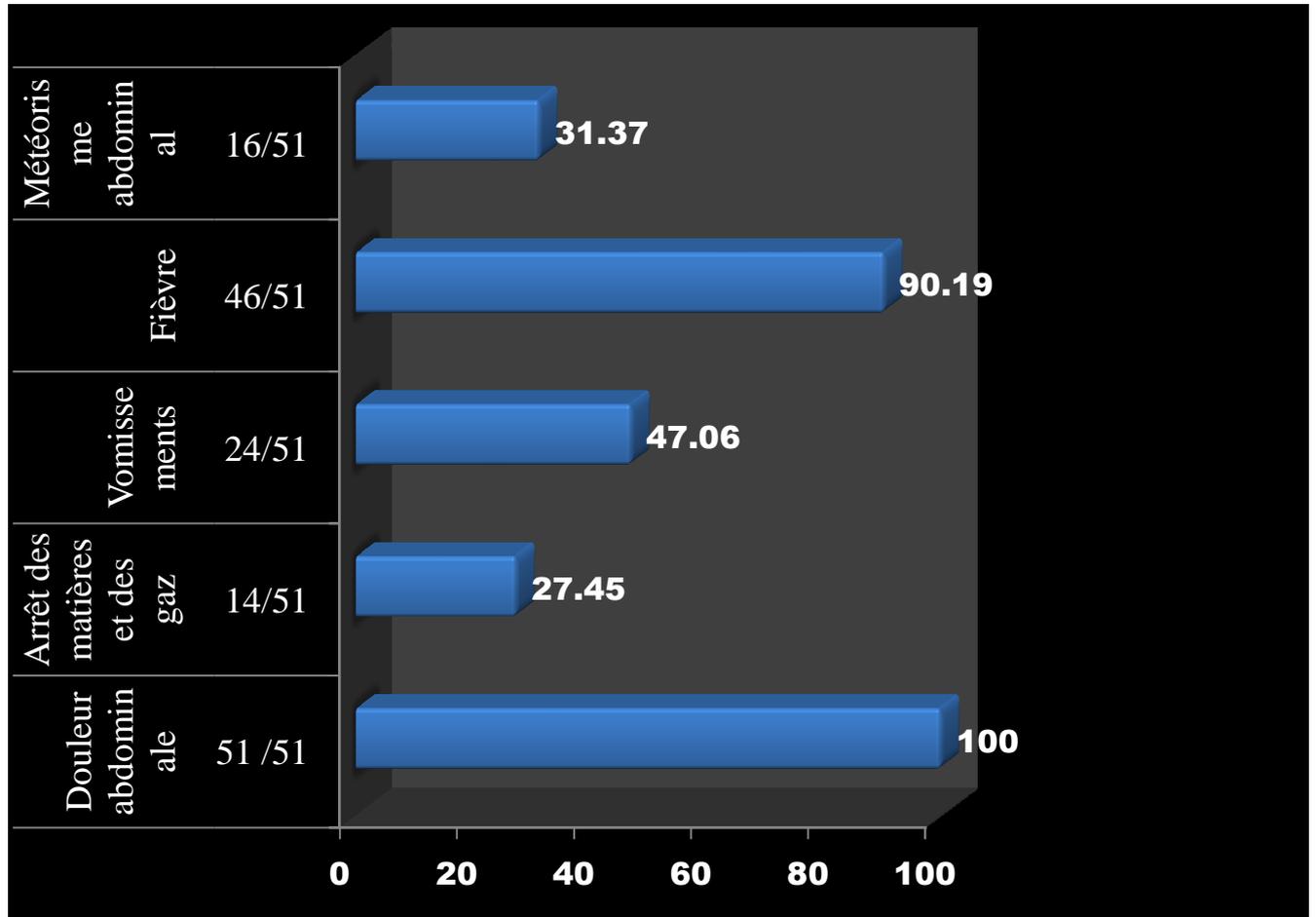
Profession :**Tableau II : Répartition des patients selon la profession.**

Profession	Effectifs	Pourcentage
Paysan	10	19,6
Scolaire	12	23,5
Ouvrier	8	15,7
Ménagère	10	19,6
Commerçant	7	13,7
Fonctionnaire d'état	1	2,0
Sans emploi	3	5,9
Total	51	100

Les scolaires ont représenté 23,5%(12/51).

Motif de consultation :

FigVII : Répartition des patients selon le motif de consultation.



Le motif de consultation était la douleur abdominale dans 100% des cas.

Siège de la douleur :

Tableau III : Répartition des patients selon le siège de la douleur.

Siège de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Fid	14	27,5
Epigastrique	2	3,9
Diffuse	35	68,6
Total	51	100

Le siège de la douleur était diffuse dans 68,6%(35/51) des cas

Mode de début de la douleur :

Tableau IV : Répartition des patients selon le mode de début de la douleur.

Mode de début de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Brutal	40	78,4
Progressif	11	21,6
Total	51	100

Les modes de début de la douleur était brutal dans 78,4%(40/51) des cas.

Type de la douleur :

Tableau V : Répartition des patients selon le type de la douleur.

Type de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Brûlure	6	11,8
Piqûre	15	29,4
Torsion	22	43,1
Pesanteur	2	3,9
Indéterminé	6	11,8
Total	51	100

La douleur était à type de torsion dans 43,1%(22/51) des cas.

Irradiation de la douleur :

Tableau VI : Répartition des patients selon l'irradiation de la douleur.

Irradiation de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Organes génitaux	9	17,6
Sans irradiation	32	62,7
Indéterminé	10	19,6
Total	51	100

32 de nos patients avaient de douleur sans irradiation soit 62 ; 7% des cas.

Intensité de la douleur :

Tableau VII : Répartition des patients selon l'intensité de la douleur (EVA).

Intensité de la douleur (EVA)	Effectifs	Pourcentage
Douleur faible (3-4)	1	2,0
Douleur modérée (5-6)	9	17,6
Douleur intense (7-8)	37	72,5
Douleur très intense (9 ,10)	4	7,8
Total	51	100,0

E.V.A : échelle visuelle analogue.

80,3% de nos patients avaient une douleur intense à très intense.

Facteurs déclenchant de la douleur :

Tableau VIII : Répartition des patients selon les facteurs déclenchant de la douleur.

Facteurs déclenchants de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Mobilisation	41	80,39
Faim	2	3,92
Prise d'anti-inflammatoires	4	7,84
Effort	4	7,84
Total	51	100

Facteurs calmant de la douleur :

Tableau IX : Répartition des patients selon les facteurs calmant de la douleur.

Facteur calmant de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Médicaments	3	5,9
Position antalgique	5	9,8
Ingestion d'aliment	1	2,0
Vomissements	1	2,0
Aucun	41	80,4
Total	51	100

Médicaments : Novalgin ; Paracétamol, Efferalgan.

Aucun facteur calmant n'a été retrouvé chez 41 de nos patients soit 80,4% des cas.

Evolution de la douleur :

Tableau X : Répartition des patients selon l'évolution de la douleur.

Evolution de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Douleur permanente	43	84,3
Douleur intermittente	8	15,7
Total	51	100

L'évolution de la douleur était permanente dans 84,3%(43/51) des cas.

Antécédents personnels médicaux :

Tableau XI : Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux.

Antécédents personnels médicaux	Effectifs	Pourcentage
Constipation	2	3,9
Epigastralgie	2	3,9
HTA	4	7,8
Aucun	43	84,3
Total	51	100

84,3% de nos patients n'avaient aucun antécédent personnel médical.

Antécédents chirurgicaux :

Tableau XII : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédents personnels chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage
Sans ATCD	49	96,1
ATCD	2	3,9
Total	51	100

Les antécédents personnels chirurgicaux ont été sans particularités dans 96,1%(49/51) des cas.

Deux(2) de nos patients avaient des ATCD de laparotomie

Signes Fonctionnels :

Tableau XIII : Répartition des patients selon les signes Fonctionnels.

Signes digestifs	Effectifs	Pourcentage
Nausées	8/51	15,68
Vomissements	24/51	47,06
Arrêt des matières et des gaz	16/51	31,37
Diarrhée	2/51	3,92
Constipation	1/51	1,96
Gargouillement	2/51	3,92

Les vomissements étaient présents 47,06%(24/51) des cas.

Tableau XIV: Répartition des patients selon les signes généraux.

Signes généraux	Effectifs	Pourcentage
Fièvre	38	74,5
Tachycardie	6	11,8
Polypnée	2	3,9
Amaigrissement	4	7,8
Asthénie	1	2,0
Total	51	100

38 de nos patients avaient la fièvre soit 74,5%.

Classification ASA (American Society of Anesthésiologist):

Tableau XV: Répartition des patients selon la classification ASA (American Society Of Anesthésiologist).

Classification	Effectifs	Pourcentage
ASA(American Society Of Anesthésiologist)		
ASA I	45	88,24
ASA II	4	7,84
ASA III	2	3,92
Total	51	100

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

Conjonctives :

Tableau XVI: Répartition des patients selon la coloration des conjonctives.

Conjonctives	Effectifs	Pourcentage
Pâle	5	9,8
Colorée	46	90,2
Total	51	100

Les conjonctives étaient colorées dans 90,2%(46/51) des cas.

Faciès :

Tableau XVII : Répartition des patients selon les faciès.

Faciès	Effectifs	Pourcentage
Normal	27	52,9
Péritonéal	24	47,1
Total	51	100

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

Elle a été retrouvée chez 47,1%(24 / 51) des cas.

Aspect de la langue :

Tableau XVIII : Répartition des patients selon l'aspect de la langue.

Langue	Effectifs	Pourcentage
Humide	9	17,6
Sèche	34	66,7
Saburrale	8	15,7
Total	51	100

L'aspect de la langue était Sèche dans 66,7%(34/51) des cas.

L'état de la conscience :

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

Conscience	Effectifs	Pourcentage
Normal	50	98,0
Trouble de la conscience	1	2,0
Total	51	100

L'état de la conscience était normal dans 98,0%(50/51) des cas.

Etat de déshydratation :

Tableau XX : Répartition des patients selon l'état de déshydratation (plis de déshydratation).

Plis de déshydratation	Effectifs	Pourcentage
Absent	47	92,2
Présent	2	3,9
Autres	2	3,9
Total	51	100

Les plis de déshydratation étaient absents dans 92,2%(47 /51) des cas.

Autres : Deux(2) de nos patients présentaient des plis déshydratation.

Tension artérielle :

Tableau XXI : Répartition des patients selon la tension artérielle(TA).

Tension artérielle	Effectifs	Pourcentage
Hypotension artérielle	4	7,8
Tension normale	43	84,3
Hypertension artérielle	4	7,8
Total	51	100

Les patients avaient une tension artérielle normale dans 84,3%.

Tension normale : La systolique inférieure ou égale 140mmhg et/ou la diastolique inférieure ou égale 90mmhg.

Hypertension artérielle(HTA). La systolique supérieure ou égale 140mmhg et /ou la diastolique supérieure 90mmhg.

Hypotension artérielle inférieure 90mmhg.

Signes physique :

Tableau XXII: Répartition des patients selon les signes physiques.

signes physiques	Effectifs	Pourcentage
Diminution de la respiration abdominale	35/51	68,6
Contracture abdominale	51/51	100
Douleur à la palpation	51/51	100
Tympanisme	7/51	13,73
Matité anormale	21/51	41,18
Silence abdominal	38/51	74,51
Douglas bombé et douloureux (TR, TV)	34/51	31,37

La contracture abdominale était présente chez tous les patients.

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

Examen complémentaire :

Tableau XXIII : Répartition des patients selon les examens complémentaires.

Examens complémentaires	Effectifs	Pourcentage
Echographie abdominale	21	75,0
Radiographie de l'abdomen sans préparation	7	25 ,0
Total	28	100

28 patients ont réalisé des examens complémentaires pendant l'étude prospective.

Résultats de la radiographie d'abdomen sans préparation :

Tableau XXIV : Répartition des patients selon les résultats de la radiographie d'Abdomen Sans Préparation(ASP).

Résultat de l'ASP	Effectifs	Pourcentage
Pneumopéritoine	2	28,6
Niveau hydroaériques	5	71,4
Total	7	100

Sept (7) patients ont bénéficié d'une radiographie d'Abdomen Sans Préparation(ASP), avec présence de Niveau hydroaériques chez 71,4% des cas.

Diagnostic :

Diagnostic pré opératoire :

Tableau XXVI : Répartition des patients selon le diagnostic pré opératoire.

Diagnostic pré opératoire	Effectifs	Pourcentage
Péritonite appendiculaire	49	96,08
Péritonite par perforation d'ulcère	2	3,92
Total	51	100

Le diagnostic pré opératoire a été la péritonite appendiculaire dans 96,08%(49/51) des cas.

Diagnostic per opératoire :

Tableau XXVII: Répartition des patients selon le diagnostic per opératoire

Diagnostic per opératoire	Effectifs	Pourcentage
Perforation appendiculaire	43	84,3
Perforation iléale	5	9,8
Perforation gastrique	2	3,9
Pyo ovaire rompu	1	2,0
Total	51	100

La perforation appendiculaire a été le diagnostic étiologique le plus fréquent.

Technique opératoire :

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon la technique opératoire.

Technique opératoire	Effectifs	Pourcentage
Appendicectomie	43	84,31
Suture de la perforation iléale	5	9,80
Suture de la perforation gastrique	2	3,92
Ovariectomie	1	1,96
Total	51	100

Appendicectomie a été réalisée chez 84,3% de nos patients

Antibiothérapie post opératoire :

Tableau XXIX : Répartition des patients selon l'antibiothérapie post opératoire.

Antibiothérapie post opératoire	Effectifs	Pourcentage
ceftriaxone 1g + Metro 500mg perfusion + Genta 80mg	30	58,8
Ceftriaxone 1g + Metronidazole 500mg perfusion	21	41,2
Total	51	100

Le Tri antibiothérapie composé de : Ceftriaxone 1g + Metronidazole 500mg perf + Genta 80mg a été systématique chez 30 de nos patients soit 58,8% des cas.

Résultats de la bactériologie :**Tableau XXX : Répartition des patients selon les résultats de la bactériologie.**

Résultats bactériologie	Effectifs	Pourcentage
Présence de germes	26	74,28
Pas de germes	9	25,72
Total	35	100

Résultats des examens cytobactériologiques :**Tableau XXXI : Répartition des patients selon les résultats des examens cytobactériologiques.**

Examens cytobactériologiques(ECB) du pus	Effectifs	Pourcentage
E. coli	11	31,43
Stérile	9	25,71
Salmonella spp	4	11,43
Serratia liquefaciens	1	2,86
Proteus mirabilis	1	2,86
Rahnélla aquatilis	1	2,86
Enterobacter cloacae	3	8,57
Pseudomonas aéruginosa	2	5,71
Staphylococcus aureus	3	8,57
Total	35	100

L'examen cytobactériologique (ECB) du pus a été réalisé chez 35 patients.

Sensibilité des germes aux antibiotiques :

Tableau XXII : Répartition des patients selon la sensibilité des germes aux antibiotiques.

Sensibilité des germes aux antibiotiques	Effectifs	Pourcentage
Imipenème	3	8,6
Ciprofloxacine	7	20,00
Ceftriaxone	21	60,00
Amoxi+ acide clavulanique	4	11,4
Total	35	100

Les germes identifiés étaient sensibles au Ceftriaxone dans 60% des cas.

Traitement reçu avant l'arrivée à l'hôpital :

Tableau XXXIII: Répartition des patients selon le traitement reçus avant l'arrivée à l'hôpital.

Traitement reçus avant l'arrivée à l'hôpital	Effectifs	Pourcentage
Aucun traitement	4	7,8
Traitement médical	41	80,4
Traitement traditionnel	6	11,8
Total	51	100

Plus de la moitié des patients 41 cas (80,4%) a reçu.

Pronostic :

Score de Mannheim(MPI) :

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon le Score Mannheim(MPI).

Score Mannheim (MPI)	Effectifs	Pourcentage %
0 à 26	45	88,24
supérieur ou égal 26	6	11,76
Total	51	100

La majorité de nos patients (88,24%) avait un score de Mannheim(MPI) compris entre 0 à 26.

Suites opératoires :

Tableau XXXV: Répartition des patients selon les suites opératoires.

Suites opératoires	Effectifs	Pourcentage
Simple	42	82,35
Suppuration pariétale	2	3,92
Abcès de la paroi	4	7,84
Fistule digestive	1	1,96
Décès	2	3,92
Total	51	100

Taux de morbidité : 13,72%

Taux de mortalité : 3,92%

Durée d'hospitalisation :

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

Durée d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
1 à 14 jours	36	70,6
15 à 21 jours	7	13,7
supérieure 22 jours	8	15,7
Total	51	100

La durée moyenne d'hospitalisation : 12 jours avec des extrêmes allant de 1 à 30 jours.

Coût de la prise en charge :

Tableau XXXVII : Répartition des patients selon le coût de la prise en charge(FCFA).

Coût de la prise en charge	Effectifs	Pourcentage
65000 à 100000	14	27,5
100000 à 115000	25	49,0
115000 à 1250000	12	23,5
Total	51	100

La moyenne a été de 95000 fcfa avec des extrêmes allant de 65000 fcfa à 125000 fcfa.

Tableau XXXVIII: Répartition des patients selon l'âge et le sexe.

Age (année)	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
0 à 10ans	1(1,96%)	0	1(1,96%)
11 à 20ans	13(25,49%)	3(5,88%)	16(31,37%)
21 à 30ans	6(11,76%)	10(19,61%)	16(31,37%)
31 à 40ans	7(13,72%)	3(5,88%)	10(19,61%)
41 à 50ans	5(9,80%)	0	5(9,80%)
51 à 60ans	2(3,92%)	0	2(3,92%)
71 ans et plus	1(1,96%)	0	1(1,96%)
Total	35(68,63%)	16(31,37%)	51(100%)

Tableau XXXIX : Répartition des patients selon le sexe et le diagnostic per opératoire.

	Diagnostic per opératoire				Total
	perforation appendicul aire	perforat ion iléale	perforati on gastrique	Pyo ovaire rompu	
Masculin	29(56,86%)	3(5,88%)	2(3,92%)	1(1,96%)	35(68,6%)
sexe					
Féminin	14(27,45%)	2(3,92%)	0	0	16(31,3%)
Total	43(84,31%)	5(9,8%)	2(3,92%)	1(1,96%)	51(100%)

Tableau XL : Répartition des patients selon le sexe et les suites opératoires.

Suite opératoire	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Simple	28(54,90%)	14(27,45%)	42(82,35%)
Suppuration pariétale	1(1,96%)	1(1,96%)	2(3,92%)
Abcès de la paroi	3(5,88%)	1(1,96%)	4(7,84%)
Fistule digestive	1(1,96%)	0	1(1,96%)
Décès	2(3,92%)	0	2(3,92%)
Total	35(68,62%)	16(31,37%)	51(100%)

Tableau XLI: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et les suites opératoires.

Durée d'hospitalisation Suite opératoire	1à14jours	15à21jours	>22 jours	Total
Simple	42(82,35%)	-	-	42(82,35%)
Suppuration pariétale	-	2(3,92%)	0	2(3,92%)
Abcès de la paroi	2(3,92%)	2(3,92%)	-	4(7,84%)
Fistule digestive	-	0	1(1,96%)	1(1,96%)
Décès	1(1,96%)	0	1(1,96%)	2(3,92%)
Total	45(88,23%)	4(7,84%)	2(3,92%)	51(100%)

Tableau XL II: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et la technique opératoire.

Durée d'hospitalisation	1à14jours	15 à21jrs	>22 jours	Total
technique opératoire				
Appendicectomie	33(64 ,71%)	4(7,84%)	6(11,76%)	43(84,31%)
Suture de la perforation iléale	3(5,88%)	2(3,92%)	-	5(9 ,8%)
Suture de la perforation gastrique	2(3,92%)	-	-	2(3,92%)
Ovariectomie	1(1,96%)	0	0	1(1,96%)
Total	39(76,47%)	6(11,76%)	6(11,76%)	51(100%)

,

V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION:

METHODOLOGIE :

Nous avons mené une étude prospective de douze mois du 1^{er} Janvier 2013 au 31 Décembre 2013.

Nous avons été confrontés à un certains nombres de problèmes tels que : L'insuffisance du plateau technique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes, rendant impossible la réalisation de certains examens complémentaires (prélèvement de pus +antibiogramme) +Ionogramme.

Le prélèvement a été réalisé à l'externe dans LABIOKA (laboratoire d'analyses biomédicales de kayes) ; Dix milles(10.000) fcfa pour chaque prélèvement+antibiogramme.

Le pouvoir d'achat de certains patients était insuffisant pour assurer une prise en charge financière correcte.

Difficultés de communication : Certains de nos patients ne comprenaient que leur langue maternelle : Peulh, Sarakolé, ce qui rendait l'interrogatoire très difficile pour nous les enquêteurs.

Absence de service de réanimation.

Le problème d'archivage.

5-1-EPIDEMIOLOGIE :**5-1-1-FREQUENCE :****Tableau X L III** : Fréquences des péritonites aiguës généralisées et Auteurs.

Auteurs	Harouna Y. Niger 2001[25] N= 160	Konaté H. Mali 2001[9] N= 60	Lorand I. France 1999 [26] N = 84	Notre Etude 2013 N= 51
Fréquences	28,8%	20%	3 %	27,6%
Test Statistiques	$P = 10^{-6}$	$P = 0.214$	$P = 0.005$	

Au cours de notre étude nous avons eu 27,6% des urgences chirurgicales abdominales. Ce pourcentage se rapproche de celui de Harouna Y [25] au Niger qui a rapporté une fréquence de 28,8% ($p=10^{-6}$), mais est différent des 3% de Lorand I en France [26] ($p=0,005$). Cette fréquence très élevée en Afrique pourrait s'expliquer, selon plusieurs auteurs, par le retard de diagnostic de certaines pathologies qui évoluent vers la péritonite et par la fréquence élevée des pathologies infectieuses (fièvre typhoïde), les moyens financiers [25, 9].

5-1-2-Age :

Tableau X LIV : Age moyen et Auteurs.

Auteurs	Harouna Y .Niger 2000[27] N=160	Gougard P en France 2000[28] N=419	Dembélé BM Mali 2005[29] N=200	Notre étude 2013 N=51
Age moyen	23 ans	48 ans	26 ans	27,25ans
Test Statistiques	P = 0,9255	P = 0,0027	P = 0,7675	

L'âge moyen de 27,25 ans était jeune, ceci s'explique par la fréquence de certaines pathologies chez le sujet jeunes en Afrique (Complications de la fièvre typhoïde, l'appendicite). Dans les séries africaines, l'âge moyen était compris entre 23 et 26 ans [27 ; 29]. Ceci s'explique par la prédominance des sujets jeunes en Afrique et cette particularité est retrouvée dans notre série. En Europe, l'âge moyen des patients est statistiquement plus élevé selon l'étude de Gougard P. [28] en France qui nota un âge moyen de 48 ans. Par contre en Europe la population est vieillissante [30].

5-1-3-SEXE :**Tableau X LVII : Sexe et Auteurs.**

Auteurs	Ramachandran	Konaté H.	Adesunkanmi	Notre étude
	Inde	Mali	Nigeria	2013
	2004 [31]	2001 [9]	2003 [32]	N=51
	N=67	N=60	N=86	
Sex –ratio	2 /1	2/1	2/1	2,3/1
Test Statistique	P = 0,1163	P = 0,8661	P = 0,1661	

Plusieurs études rapportent que la péritonite survient plus fréquemment chez l'homme que la femme [33, 35]. Cet aspect a été retrouvé dans notre étude.

Le sexe ratio a été de 2,3 dans notre étude, comparable à ceux des autres auteurs retrouvé Konaté H au Mali, Adesunkanmi au Nigeria, Ramachandran en Inde [9, 31,32].

5-2-Etude clinique :**5-2-1-Signes Fonctionnels :****Tableau XLVII : signes fonctionnels et Auteurs.**

Auteurs	Kunin N France1991 [23] N = 216	Akgun Y Turquie1995 [34] N = 267	Dembélé BM Mali2005 [29] N = 200	Notre étude 2013 N=51
Signes fonctionnels				
Douleur abdominale	95%	98,1%	100%	100%
Vomissement	81%	70,4%	53%	47,06%
Arrêt des matières et gaz	14,3%	24,7%	26%	31,37%

La douleur abdominale a été le signe fonctionnel le plus dominant selon plusieurs auteurs comme dans notre étude [37, 42]. Elle est retrouvée chez tous nos patients. La douleur intense, continue, de début brutal, est le symptôme le plus constant [18]. Les autres caractéristiques de la douleur, comme le siège, l'irradiation et le type ont une grande valeur dans l'orientation diagnostique [15]. Une proportion importante de nos patients 47,06% ont eu des vomissements (alimentaires, bilieux ou fécaloïdes). Ils ont été plus fréquents avec un taux de 81 % et 70,4% dans les séries de Kunin N. en France 1991 ($P = 0,006$) et de Akgun en Turquie 1995 ($P = 10^{-6}$) [23,34]. Ces vomissements traduisent l'expression de l'iléus paralytique et sont responsables en partie de la perte liquidienne entraînant déshydratation et troubles électrolytiques [42]. L'arrêt des matières et des gaz apparaît lorsque la paralysie intestinale est

Franche. Il a été retrouvé chez 16 de nos patients 31,37% ; moins fréquent dans la série de Kunin N. en France (p : 0,0030).

5-2-2-Signes Généraux :

La rapidité de l'installation des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale [18].

La fièvre habituellement élevée dès le début (sauf les perforations duodénales) a été le signe le plus fréquemment noté chez nos patients : 74,5%. Ceci est conforme aux données de la littérature [7, 43,44].

5-2-3-Signes physiques :**Tableau X LVIII : Signes physiques et Auteurs.**

Auteurs	Kunin N. France 1991 [23]		Sidibé Y. Mali 1996 [8]		Notre étude 2013	
Signes Physiques	N %		N %		N%	
Respiration abdominale abolie	136/216	63	91/140	65	35/51	68,6%
Contracture abdominale	45/216	20,8	43/140	31	51/51	100%
Douleur dans le Douglas(TR)	56/216	26	101/140	72	16/51	31,37%

Le diagnostic des péritonites généralisées est avant tout clinique [18]. L'examen physique est le plus souvent l'élément capital dans la prise de décision thérapeutique. Lorsqu'il est réalisé de façon correcte et attentive, il permet au chirurgien de se passer des examens complémentaires pour poser l'indication opératoire devant l'existence de certains signes physiques objectifs : La contracture abdominale est le signe physique majeur [15]. Si l'examen physique est précoce, elle peut être localisée à un stade avancé on a une défense généralisée qui a la même signification sémiologique [2 ,15]. Elle a été notée chez 100 % de nos patients. Ce taux varie entre 30 % et 81 % selon les auteurs [8, 29 ,46]. Cette différence pourrait être liée aux étiologies, au retard de consultation. L'immobilité de l'abdomen traduit l'inflammation péritonéale .C'est un symptôme plus fréquemment rencontré, elle a été retrouvée chez 35 patients (68,6%) de notre série. Ce taux est comparable à ceux de Sidibé au Mali 1996 $P < 0,05$ et de Kunin N. en France 1991 ($P=0,0025$) [8,23].

La douleur dans le Douglas(TR) dont l'exploration clinique présente un intérêt diagnostique dans les syndromes péritonéaux témoigne d'une irritation péritonéale .Elle a été notée chez 31,37 % de nos patients ce qui diffère statistiquement des 26% et 72% dans les séries de Sidibé Y. (P=0 ,0003) et Kunin N. (P=0,000001) [8,23]. Cette différence pourrait être liée au stade d'évolution de la maladie.

5-2-4-Examens Complémentaires :

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

➤ **Imagerie médicale.**

ASP :

Tableau X LIX : ASP et Auteurs.

Auteurs	Sidibé. Y	Gougard. P	Harouna .Y	Notre étude
	Mali	France	Niger	2013
	[8]1996	[28] 2000	[27]2001	
	N= 160	N= 419	N=160	N=51
Résultats				
ASP				
Pneumopéritoine	8 %	71 %	47,5 %	28,6%
Niveaux	82 %	15,8%	24 %	71,4%
Hydroaériques				

Les péritonites par perforation digestive réalisent un pneumopéritoine, que l'on peut voir à la radiographie sur un cliché d'ASP. Dans notre série cette radiographie a été réalisée chez 7 patients et un pneumopéritoine a été objectivé dans 28,6% des cas ; ce taux varie entre 19 % et 81 % selon les auteurs [22,29, 43]. Cette différence pourrait être liée à l'étiologie. Toutefois, l'absence de pneumopéritoine n'élimine pas une perforation digestive [46, 47]. L'organe creux peut être vide de gaz, la perforation peut être obstruée par un viscère voisin. 71,4 % de nos patients ont présenté des signes radiologiques d'occlusion intestinale (niveaux hydroaériques) qui diffèrent statistiquement des 25 % de Kunin N. en France en 1991 (P=0,025) et des 47,5 % de Harouna au Niger en 2001 (P=0,003) [23,26]. Cette différence est surtout liée à l'évolution de la maladie.

➤ **Echographie abdominale:**

Réalisée chez 21 /51 patients, elle a permis d'objectiver un épanchement liquidien chez tous les patients.

Bactériologie :**Tableau L: Principaux germes et Auteurs.**

Auteurs	Kouamé B. C. Ivoire 2001 [44] N=48	Maritano J.Y. France 2001 [2] N=	Camara B .Mali 2008[53] N=137	Notre étude 2013 N=51
Germes				
E. Coli	1 ^{er}	1 ^{er}	1 ^{er}	1 ^{er}
Enterobacter Cloacae	4 ^e	3 ^e	3 ^e	3 ^e
Streptococcus	2 ^e	2 ^e	-	
P. aeruginosa	3 ^e	-	4 ^e	4 ^e
Salmonella spp	-	-	-	2 ^e
Klebsiella	-	4 ^e	2 ^e	-

Le prélèvement du liquide péritonéal en per-opératoire a été systématique chez tous nos patients ; mais nous n'avons eu le résultat que dans 35 cas. Escherichia Coli a été le germe le plus fréquemment rencontré ceci est conforme aux résultats de Kouamé B. en Côte d'Ivoire en 2001 et de J.Y. Maritano en France en 2001, Camara B .au Mali en 2008[2, 43,53].

5-2-5- Traitement :

➤ Traitement médical :

➤ L'antibiothérapie :

Elle a pour but de prévenir l'extension du processus infectieux en luttant contre les bactériémies. Les produits utilisés doivent être actifs sur les germes aérobies et anaérobies les plus souvent rencontrés et avoir une bonne pénétration intra tissulaire. Souvent utilisée, l'association aminoside-imidazole, éventuellement complétée par une bêtalactamine répond à ce schéma. [18]

Dans notre série nous avons utilisé l'association :

(Amoxicilline +Metronidazole + Gentamicine), souvent modifiée et adaptée ultérieurement aux résultats de la bactériologie et surtout en cas d'inefficacité clinique. Cette association a été utilisée par d'autres auteurs [37 ; 43], à la seule différence que l'Amoxicilline a été remplacée par une Céphalosporine de 3e génération en fonction du résultat. Mais il est fondamental que l'administration parentérale ait lieu pendant les premiers jours pour obtenir une bonne concentration péritonéale, ensuite le relais se fera par la voie per os après reprise du transit.

➤ Traitement chirurgical :

5-2-5-1-La technique opératoire :

L'attitude thérapeutique face à une péritonite aiguë généralisée dépend du diagnostic per opératoire [27]. En plus du traitement étiologique qui est chirurgical, nous avons effectué laparotomie avec lavage aspiration du liquide péritonéal et un drainage de la cavité abdominale. Plusieurs auteurs [29 ; 27 ; 53] sont unanimes sur la nécessité d'une laparotomie médiane large à la recherche minutieuse du foyer causal et également pour un éventuel élargissement de l'incision.

En Europe, la cœlioscopie est largement utilisée dans le traitement des péritonites. Cette méthode thérapeutique n'a pas été pratiquée dans notre étude.

Le lavage de la cavité péritonéale est largement discuté sur ses principes : nombre et place des drains.

(Laver proprement et bien drainer).

5-2-6-Evolution et Pronostic :

Le pronostic est grave en cas d'association de plusieurs facteurs: L'âge, les tares viscérales, les cas de péritonite stercorale et en cas de traitement chirurgical tardif [53].

5-2-6-1-Morbidité :

Tableau LXI : Morbidité et Auteurs.

Auteurs	Akgun Turquie 1995 [34] N = 267	Kouamé B. C. IVOIRE 2001 [45] N = 48	Alamowitch B. France 2000 [45] N = 39	Notre étude 2013 N=51
Morbidité	55,4 %	46 %	2 %	13,72%
Tests statistiques	P= 0,000001	P=0,000001	P= 0,0004	

De nos jours la péritonite aiguë peut être opérée aussi bien à ciel ouvert que par laparoscopie. Notre taux de 13,72% diffère statistiquement des 2% d'Alamowitch [45] en France, ceci pourrait s'expliquer par le fait que tous ses patients ont été opérés par cœlioscopie chirurgie. L'évolution post-Opératoire des péritonites aiguës généralisées peut être émaillée de complications, parmi celles ci : La suppuration pariétale a été de loin la complication la plus fréquente avec un taux variant entre 17% et 27% dans les séries africaines [27, 36,44]. ; Le contexte chirurgical de la péritonite aiguë qui est une chirurgie sale (Classe IV d'Altemeier) pourrait expliquer cette fréquence élevée.

La fistule digestive par lâchage de suture est aussi une complication fréquemment rencontrée, favorisée par l'importance de la septicité péritonéale et de l'altération de l'état général [15]. Elle est survenue chez 1,96% de nos patients qui diffèrent statistiquement des 7,8% et des 17% obtenus respectivement par Sidibé Y. 1996 et Diallo A. 2000 $P < 0,05$ au Mali [8 ; 50]. Cette différence pourrait être liée à la taille de l'échantillon et au stade évolutif des malades.

5-2-6-2-Durée d'hospitalisation :

La morbidité influence le séjour hospitalier qui a été de 12 jours en moyenne dans notre série contre 8 jours dans les séries européennes [26 ; 40].

5-2-6-3-Mortalité :**Tableau LXII : Mortalité des péritonites et Auteurs.**

Auteurs	Dembélé BM	Sidibé Y.	Gougard P.	Notre étude
	Mali	1996 [8]	2000 [28]	2013
	2005 [29]	Mali	France	
	N = 200	N= 140	N=419	N=51
Effectif	200	140	419	51
Nombre de décès	9	22	4	2
Pourcentage	4,5%	15,7 %	1%	3,9%
Tests statistiques	P = 0,0000	P= 0,0004	P= 0,0099	

La mortalité des péritonites aiguës dépend de l'étiologie l'état du patient et de la précocité de la prise en charge [2]. Le taux de 3,9% de décès de notre étude n'est pas différent de ceux des autres auteurs [8 et 29] $P > 0,05$. Dans les séries africaines [8 ; 29], cette mortalité varie entre 4,5% et 15,7%. Ces taux sont différents de celui de Gougard P en France 1% ($P < 0,05$) où dominent les perforations duodénales [28]. Les principaux facteurs pronostiques rapportés dans toutes les études africaines seraient : Le retard dans la prise en charge lié à certaines pratiques de la médecine traditionnelle et aux erreurs diagnostiques. Le diagnostic est avant tout clinique. Les causes du décès dans notre étude (choc septique, choc hypovolémique), la fistule digestive, la défaillance poly viscérale ont été rapportées par d'autres auteurs [8, 27, 44].

5-2-7-Le Coût :

Le coût moyen de la prise en charge a été 95000 CFA.

Ce coût a été inférieur de celui de Dembélé BM [29] qui a relevé 88 000 F CFA.

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

VI-CONCLUSION – RECOMMANDATIONS :

6-1- Conclusion :

- Les péritonites aiguës généralisées, affections surtout de l'adulte jeune en milieu tropical, occupent la 3^e place des urgences en chirurgie abdominale (après les occlusions intestinales et les appendicites).
- Les péritonites aiguës généralisées sont fréquentes dans notre pratique quotidienne avec une fréquence de 27,6%.
- La morbidité et la mortalité restent encore élevées dans notre contexte.
- Le retard diagnostique et l'absence d'un service de réanimation ont affecté négativement le pronostic.

6-2- Recommandations :

- **Aux Autorités :**

- Systématiser la couverture vaccinale anti-typhique dans les groupes à risque.
- Elaborer un programme d'information, de sensibilisation et de communication à l'intention des populations sur l'intérêt de l'hygiène alimentaire et le danger de l'automédication en matière de douleur abdominale aiguë.
- La formation continue des agents socio-sanitaires.
- L'équipement des hôpitaux en moyens matériels diagnostique et thérapeutique ;
- La dotation du service social des moyens financiers lui permettant ; d'assurer une prise en charge complète des patients indigents.
- L'ouverture du service d'anesthésie-réanimation.

- **Aux Personnels sanitaires :**

- Examiner de façon minutieuse les patients présentant une douleur abdominale aiguë.
- Référencer à temps aux structures spécialisées toute symptomatologie douloureuse abdominale.
- A la population éviter l'automédication.
- Consulter immédiatement devant tout cas de douleur abdominale aiguë.

7-RESUME :

Fiche Signalétique :

Nom : Konaté

Prénom : El Bassir

Titre de la thèse : Etude des péritonites aiguës généralisées : Aspects thérapeutiques et pronostiques dans le service de chirurgie.

Secteur d'intérêt : Chirurgie Générale.

Pays : Mali

Ville de Soutenance : Bamako

Année de Soutenance : 2014

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS.

Résumé : Nous avons réalisé une étude prospective portant sur 51 Cas, patients reçus aux Services de Chirurgie Générale et au Service des Urgences de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes pour péritonites aiguës généralisées.

Il s'agissait de 35 Hommes et 16 Femmes .Le Sexe ratio a été de 2,18. L'âge moyen a été de 27,25 ans avec des extrêmes variant entre de 10 ans à 71 ans.

Les signes cliniques fréquemment retrouvés ont été :

La douleur abdominale 100%, la fièvre 74,5%, les vomissements 47,06%, associés à une contracture abdominale 100% ; une douleur dans le Douglas(TR) 31,37%. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 1 à 14 jours avec des extrêmes variant entre de 1 à 30 jours.

La Morbidité a été de 13,72 % dominée par les Abscesses de paroi 7,84%, Infection, Fistule digestive

La Mortalité a été 3,9 %.

Le Coût moyen de la prise en charge était de 95 000 F CFA avec des extrêmes de 65000F à 125 000F CFA.

Mots clés : Péritonites urgence chirurgie.

8-BIBLIOGRAPHIE :

1-D'Acremont B :

Hépatogastro-entérologie Edition Masson Paris 1995 : P292.

2- Jean YM, Jean LC :

Péritonite aiguë Rev Prat 2001; 51: 2141 – 45.

3- Grosfeld JL, Moinari-Chaet M, Engum SA et al: Gastro-Intestinal perforation and peritonitis in infants and children Surg 1996; 120 (4): 650 – 5.

4- Biondos S:

Prognostic factors for mortality in left colonic peritonitis: a new scoring system. J Am coll Surg. 2000; 191 (6): 635 – 42.

5- Giessling U, Petersen S, Freitag M, et al:

Surgical management of severe peritonitis Zentralbl Chir 2002 Jul;

127(7): 5947.

6- Dembélé M :

Perforations typhiques de l'intestin grêle : A propos de 16 cas

Méd d'Afrique Noire 1974 ; 21 (4) : P3.

7- Ongoiba N :

Contribution à l'étude épidémiologique et clinique des péritonites aiguës dans les hôpitaux de Bamako et de Kati Thèse méd Bamako 1984 ; n° 24 : 114P.

8- Sidibé Y :

Les péritonites généralisées au Mali : à propos de 140 cas opérés dans les Hôpitaux de Bamako et de Kati Thèse Med Bamako 1996 ; n° 1 :94 P.

9- Konaté H :

Abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et pédiatrique au CHU Gabriel Touré Thèse Méd Bamako 2001 ; N°67 :P12-18.

10- Sanou D :

Les perforations iléales d'origine typhique : difficulté diagnostique et thérapeutique (à propos de 239 cas) Burkina Méd 1999 ; 1(2) : P 17-20

11-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.

12- Rouvière H:

Anatomie descriptive, topographique et fonctionnelle : le Tronc Edition
Masson (Paris) 1998; Tome 2, P 126-28.

13- Kamina P:

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

14- Kamina P :

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

15- Fagniez PL, Serpeau, Thomson C :

Péritonites aiguës Encycl Méd Chir Estomac – Intestin 1982 ; 9A10, 6.

16- Chevalier JM Anatomie :

Le Tronc Flammarion Méd – Sciences (Paris) 1998 : P 156.

17- Barbier J, Carretier M :

Péritonites aiguës Encycl Méd – Chir Urgences 1988 ; 24048 B 10 P18.

18- Le Treut YP :

Péritonites aiguës : Physiopathologie, étiologie, diagnostic, évolution,
Traitement Rev Prat 1993 ; 43 (3) : 262.

19- Guidet B, Stakowsky F, Offenstad G:

Etats Septiques et Choc infectieux. Rev Prat 1993 ; N° 1 : 13-7.

20- Gilbert J, Golstein F W, Lafaix C:

Infections à Entérobactéries Encycl Méd Chir, Maladies infectieuses 1981 ;
5; 800 -16.

21- Aghazadi TR, Almou, Boukind B:

La Séromyotomie antérieure et Vagotomie postérieure dans le traitement l'ulcère perforé Ann Chir 1992 ; 124 (5) : P 299.

22- Khosrovani C, Kohen M:

Perforation des ulcères duodéno-Pyloriques : Facteurs pronostiques et choix thérapeutiques. Etude rétrospective de 140 malades Ann Chir 1994 ; 48 (4) : 345-349.

23- Kunin N, Letoquard JP:

Facteurs pronostiques des péritonites du sujet âgé Analyse Statistique multifactorielle de 216 observations J Chir (Paris) 1991 ; 128 ; N° 11 : 481-86.

24- Roseau G, Marc F :

Abdomen aigu non traumatique en dehors de la période post-Opératoire Encycl Méd Chir (paris – France) Estomac – Intestin 1989 ; 9042 A 10, 2 : P8.

25-Harouna YD :

Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger) : Etude analytique et pronostique Méd Afr Noire 2001 ; 48 (2) : P 16-28.

26- Lorand I, Malinier N :

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

27- Harouna YD, Abdou I, Saibou B et al :

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

28- Gougard P, Barrat C :

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

29- Dembélé B M :

Etude des péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse Méd Bamako 2005 ; N° 05M215 : 51-57.

30- Ministère de la santé, de la Solidarité et des Personnes Âgées:

Enquête démographique de santé 1995 – 1996 .Cellule de planification et de statistique Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique : P22.

31- Ramachandran C, Agarwal S:

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

32- Adesunkanmi A:

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

33- Addis DG:

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

34- Akgun Y:

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

35- Arc, Aurc, Hay JM:

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

36- Sissoko F, Ongoïba N, Bereté S et al :

Les Péritonites par perforation iléale en chirurgie « B » de l'hôpital du Point« G » Mali Médical 2003 ; T 18 : N° 1 et 2 : P 22-24.

37- Ribault LN :

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

38- Mallick S, Klein JF:

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

39- Charles N:

Improvement in survival from typhoid ileal perforation (Results of 221 Operatives' cases) Ann Surg 1992; 215 (3):P204-28.

40- Clot PH:

Contusions et plaies de l'abdomen Encycl Méd Chir (Paris) Urgences 1982 ; 24039A 10 : 11 – 79.

41- Coulibaly OS :

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

42-Balmes M :

Sémiologie générale des péritonites aiguës diffuses
Soins Chir 1989 ; N° 102 / 103 :P12/25.

43- Cissé I :

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

44- Kouamé B :

Aspects diagnostiques, Thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques du grêle de l'enfant à Abidjan, Côte d'Ivoire
Bull Soc Pathol Exot 2001; 94 (5): 379 – 82.

45- Alamowitch B:

Traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé Gastro enterol Clin Biol (Paris) 2000 ; 24 : 1012 – 17.

46-Mondor H:

Diagnostics Urgents abdomen 9è Edition Rev Prat 1979, 55-184.

47- Scheuerlein H:

Prospektive multizentrische Vergleichsstudie Zur peritonitis behandlung
Qualitätssicherung bei Schweren intra abdominellen infektionen

Zentralbl Chirurg 2000 ; 2 : 199 – 204.

48- Togola I :

Les Contusions de l'abdomen au CHU Gabriel Touré.

Thèse méd 2002 ; N° 12 : P73.

49- Audry G, Barthes T :

La péritonite appendiculaire chez l'enfant : A propos de 144 cas Ann pédiatrie
1999 ; 37 (9) : 567 – 69.

50- Diallo A :

Les Fistules digestives externes post-Opératoire à l'hôpital du Point G Thèse
Méd Bamako 2000 ; N° 64 : P74.

51- Bruch HP, Woltmann A, Eckman C:

Surgical management of peritonitis and sepsis Entralbl Chirurg 1999;
124: 176 – 80.

52- Büchler MV :

Chirurgische Therapie der diffusen peritonitis Chirug 1997 68: 811 – 815.

53 -Brügger L E, Seiler C A, Mittler M et al:

[New approaches to the treatment of diffuse peritonitis] Zentralbl Chir 1999;
124 (3): 181 – 6.

54-Camara-B:

La péritonite par perforation appendiculaire du CHU. Gabriel Touré de
Bamako à propos de 137 Cas .Thèse méd Bamako 2008 M80 :P51.

55-Coulibaly C-O :

Péritonites aiguë généralisées au Service de chirurgie générale de l'hôpital de
Sikasso à propos de 101 cas. Thèse méd Sikasso 2010 M408 :P60.

9-ANNEXES :

FICHE D'ENQUETE :

Les données administratives:

1. N° de la fiche d'enquête : /__ / __ / __ /

2. Service : /__ /

3. N° du dossier du malade : /__ / __ / __ /

4. Nom et Prénom :

5. Date de consultation : /__ / __ / __ /

6. Age du malade : /__ / __ / __ /

7. Sexe : /__ /

1. Masculin 2. Féminin

8. Provenance : /__ /

1. Kayes 2. Kénieba 3. Sadiola 4. Bafoulabé
5. Nioro
6. Mahina 7. Yélimané 8. Yatela
9. Diamou 10. Autres.

10. Ethnie : /__ /

1. Bambara 2. Malinké 3. Sarakolé 4. Peuhl
5. Khassonké 6. Sénoufo
7. Maure
8. Bobo 9. Autres.

11. Profession : /__ /

1. Agriculteur 2. Fonctionnaire 3. Ouvrier
4. Commerçant 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846. 847. 848. 849. 850. 851. 852. 853. 854. 855. 856. 857. 858. 859. 860. 861. 862. 863. 864. 865. 866. 867. 868. 869. 870. 871. 872. 873. 874. 875. 876. 877. 878. 879. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 890. 891. 892. 893. 894. 895. 896. 897. 898. 899. 900. 901. 902. 903. 904. 905. 906. 907. 908. 909. 910. 911. 912. 913. 914. 915. 916. 917. 918. 919. 920. 921. 922. 923. 924. 925. 926. 927. 928. 929. 930. 931. 932. 933. 934. 935. 936. 937. 938. 939. 940. 941. 942. 943. 944. 945. 946. 947. 948. 949. 950. 951. 952. 953. 954. 955. 956. 957. 958. 959. 960. 961. 962. 963. 964. 965. 966. 967. 968. 969. 970. 971. 972. 973. 974. 975. 976. 977. 978. 979. 980. 981. 982. 983. 984. 985. 986. 987. 988. 989. 990. 991. 992. 993. 994. 995. 996. 997. 998. 999. 1000. 1001. 1002. 1003. 1004. 1005. 1006. 1007. 1008. 1009. 1010. 1011. 1012. 1013. 1014. 1015. 1016. 1017. 1018. 1019. 1020. 1021. 1022. 1023. 1024. 1025. 1026. 1027. 1028. 1029. 1030. 1031. 1032. 1033. 1034. 1035. 1036. 1037. 1038. 1039. 1040. 1041. 1042. 1043. 1044. 1045. 1046. 1047. 1048. 1049. 1050. 1051. 1052. 1053. 1054. 1055. 1056. 1057. 1058. 1059. 1060. 1061. 1062. 1063. 1064. 1065. 1066. 1067. 1068. 1069. 1070. 1071. 1072. 1073. 1074. 1075. 1076. 1077. 1078. 1079. 1080. 1081. 1082. 1083. 1084. 1085. 1086. 1087. 1088. 1089. 1090. 1091. 1092. 1093. 1094. 1095. 1096. 1097. 1098. 1099. 1100. 1101. 1102. 1103. 1104. 1105. 1106. 1107. 1108. 1109. 1110. 1111. 1112. 1113. 1114. 1115. 1116. 1117. 1118. 1119. 1120. 1121. 1122. 1123. 1124. 1125. 1126. 1127. 1128. 1129. 1130. 1131. 1132. 1133. 1134. 1135. 1136. 1137. 1138. 1139. 1140. 1141. 1142. 1143. 1144. 1145. 1146. 1147. 1148. 1149. 1150. 1151. 1152. 1153. 1154. 1155. 1156. 1157. 1158. 1159. 1160. 1161. 1162. 1163. 1164. 1165. 1166. 1167. 1168. 1169. 1170. 1171. 1172. 1173. 1174. 1175. 1176. 1177. 1178. 1179. 1180. 1181. 1182. 1183. 1184. 1185. 1186. 1187. 1188. 1189. 1190. 1191. 1192. 1193. 1194. 1195. 1196. 1197. 1198. 1199. 1200. 1201. 1202. 1203. 1204. 1205. 1206. 1207. 1208. 1209. 1210. 1211. 1212. 1213. 1214. 1215. 1216. 1217. 1218. 1219. 1220. 1221. 1222. 1223. 1224. 1225. 1226. 1227. 1228. 1229. 1230. 1231. 1232. 1233. 1234. 1235. 1236. 1237. 1238. 1239. 1240. 1241. 1242. 1243. 1244. 1245. 1246. 1247. 1248. 1249. 1250. 1251. 1252. 1253. 1254. 1255. 1256. 1257.

1. Douleurs
2. Arrêt des matières et des gaz
3. Hoquet
4. Météorisme abdominal
5. Vomissement
6. Fièvre
7. Diarrhée
8. Douleur + Fièvre
9. Vomissement + Hoquet
10. Autres.

H D M :

19. Début de la symptomatologie /___/ jours
20. Siègne de la douleur /___/

- 1 Fosse iliaque droite
 - 2.fosse iliaque gauche
 - 3 .flanc droit
 4. Flanc gauche
 - 5 .Hypochondre
 - 6.Hypochondre gauche
 - 7.Epigastrique
 - 8.Hypogastrique
 - Péri ombilicale
 - 9.Diffuse
 - 10.Autres.
21. La durée de la douleur : /___/1 .0-6h 2 .7-12h
3 .13-18h. 4.19-24h 5 .2-3jours 6. 4-7jours

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

1. Brutal
- 2 .Progressif
- 3 .Autres

23 - Type de la douleur:/___/

1. Brûlure
- 2 .Piqûre
- 3 .Torsion
- 4 .pesanteur
- 5 .colique
- 6.Autres

24 – Irradiation de la douleur:/___/

1. Organes génitaux
- 2 .Périnée
- 3.Bretelle
- 4 .Postérieur
- 5.Ceinture
- 7 .Transfixiante
- 6.Latérale
8. Sans irradiation

9. Ascendante
- 10.Autres

25 – Intensité de la douleur:/___/

EVA : échelle visuelle analogue

La note est comprise entre 0 et 10

Score :

- 1- 0-2 : douleur nulle
- 2- 3-4 : douleur faible
- 3- 5-6 : douleur modérée
- 4- 7-8 : douleur intense
- 5- 9-10 : douleur très intense

26. Facteurs déclenchant la douleur : /___/

1. Mobilisation
2. Effort
3. Stress
4. Repas
5. Faim
6. Autres

27. Facteurs calmant la douleur : /___/

1. Médicaments

2. Position antalgique

3. ingestion d'aliments
4. Vomissements
5. Autres
- 28 –Evolution de la douleur: /___/
1. Douleurs permanentes
2 .Douleurs intermittentes
- 3 .Autres
- 29 - Durée d'une crise: /___/
1. 5-15mn
2. 16-30mn
- 3 .31-60mn
4.1-3 jours
- Signes d'accompagnement=
30. Digestifs: /___/
1. Pas de signes digestifs
2. Nausées
3 .Vomissements
4. Diarrhée
5. Constipation
6 .Rectorragie
- 7 .Méléna
8. Hématémèse
9. Arrêt des matières et des gaz
10. Gargouillement
11. Ténésmes
12.Epreintes
13. Engouement
14. 2+3
15.2+3+5
16 .7+8
17. 4+13+14
18. 5+6
19. 5+10+11
20. 3+17
21. 2+3+5+9
22. 9+16
23. Autres
31. Gynéco-obstétriques: /___/
1. Pas de signes gynéco-obstétriques
2.Métrorragie
3.Autres
4. leucorrhée
5. Prurit génital
32. Urinaires: /___/
1. Pas de signes urinaires
2.Dysurie
3.Hématurie
4. brûlure mictionnelle
33. Autres signe: /___/
1. Pas d'autres signes
2.Fièvre subjective
3.Sueurs froides
4. Frissons
5. Ictère
6.Amaigrissement
7.Asthénie
8. 2+3+4
9.5+7
10.3+4
11. Autres
- ATCD
- Personnels
34. Médicaux: /___/
1. Bilharziose
2.Diarrhée
3.Constipation
4.Infection urinaire
4. Drépanocytose
5.Infection génitale
6.Epigastalgie
7.Toux
- 8 .HTA
9 .Diabète
10.parasitose
11.UGD
12.autres
35. Chirurgicaux: /___/
1. Non opéré de l'abdomen
2. Opéré de l'abdomen
36. Diagnostic à préciser: /___/

51- Conscience : /___/

1. Normal 2. Agitée 3.confus 4. Coma

5. autres

51-a- Si Autres à préciser

Signes physiques :

Inspection :

52. Présence de cicatrice opératoire sur l'abdomen:/___/

1. Xypho-sus-pubienne 2.Médiane sus ombilicale
3. Médiane sous ombilicale 4 .Au point de Mac Burney

5. Inguinale droite

6. Inguinale gauche 7. Autres

53. Morphologie de l'abdomen:/___/

1. Asymétrie de l'abdomen

2. Distension abdominale sus ombilicale

3. Distension abdominale généralisée 4. Rétraction abdominale

5. Autres

54. Mouvements de l'abdomen:/___/

1. Immobilité 2. Ondulations péristaltiques 3.Autres

Palpation :

55. Défense abdominale Localisée:/___/

1. F I D 2. Hypogastre 3. FIG

4. Flanc droit

5. Flanc gauche 6. Péri ombilicale

7. Hypochondre

8. Epigastre 9.Hypochondre gauche

10.Péri ombilicale

11. généralisée 12.autres

56. Contracture abdominale:/___/

1. FID 2. Hypogastre

3. FIG 4. Flanc droit

5. Flanc gauche

6. Péri ombilicale 7. Généralisée

8. Autres

57. Masse:/___/

1. Oui 2. Non

58 - Les limites:/___/

1. Régulières 2.Irrégulières

59. Consistance:/___/

1. Molle 2.Ferme 3. Elastique 4.Dure

5.Autres

60. Réductibilité: /___/

1. Oui 2. Non

61 - Impulsivité à l'effort de toux : /___/

1. Oui 2. Non

62 .Mobilité: /___/

1. OUI 2.Non

63. Les douleurs provoquées: /___/

1. FID 2. Hypogastre 3. FIG 3. Flanc droit
4. Flanc gauche 5. Péri ombilicale 6.Hypochondre droit
h. Epigastre
7. Hypochondre gauche 8. Péri ombilicale
9. 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. T R

66a – Douleur: /___/

1. Pas de douleur 2. Douleur à droite

3. Douleur à gauche

4. Douglas bombé 5. Cri du Douglas

6. Autres

66 b – Masse: /___/

1. Hémorroïde à préciser le siège 2. Autres

66 c - Sang sur le doigtier: /___/

1. Oui 2. Non 3. Autres

67. TV

67 a - Douleur: /___/

1. Pas de douleur
 3. Douleur à gauche
 4. Douleur antérieure
 6. Douglas bombé
 7. Autres
 68b – Masse: /___/
1. A droite
 2. A gauche
 3. Autres
- 69c - Présence de sang sur le doigtier: /___/
1. Oui
 2. Non
 3. Autres.
- Autres Appareils
- 70- Cœur : /___/
1. Bruits normaux,
 3. Souffle,
 4. autres
 2. bruits anormaux,
- 70-a- Si Autres à préciser : /___/
- 71- Pouls périphériques : /___/
1. Perçus
 2. Non perçus
- 71-a- Si Autres à préciser : /___/
- 72- Appareil respiratoire : /___/
1. normal
 2. bruits anormaux
 3. dyspnée
 4. autres
- 72 -a- Si Autre à préciser : /___/
- Les examens complémentaires avant ou après l'opération :
73. Radiographie d'ASP: /___/
1. Normale
 2. Anomalie à préciser
74. Echographie: /___/
1. Normale
 2. Anomalie à préciser
75. Transit baryté du grêle: /___/
1. Normale
 2. Anomalie à préciser
76. Hémoculture: /___/
1. Stérile
 2. Germes à préciser
77. Examen bactériologique: /___/
1. Absence de germes
 2. Germes à préciser
78. Sérodiagnostic de Widal: /___/
1. Négatif
 2. Positif
79. Coproculture: /___/
1. Absence de germes
 2. Germes à préciser
80. Biopsie: /___/
81. IDR: /___/
1. Négatif
 2. Positif
82. Autres à préciser: /___/

BIOLOGIE :

83. N.F.S:/___/
1. Normale 2. Anomalie à préciser
84. Groupage sanguin et Rhésus:/___/
1. A+ 2.A- 3.B+ 4.B- 5.AB+ 6.AB-
7. O+ 1. O-
85. Urée:/___/
- a. Normale 2. Anomalie à préciser
86. Glycémie:/___/
1. Normale 2. Anomalie à préciser
87. V.S:/___/
1. Normale 2. Anomalie à préciser
- 88 T.C.K:/___/
1. Normal 2. Anomalie à préciser
89. TP:/___/
1. Normal 2. Anomalie à préciser
- Diagnostic :
90. Diagnostic préopératoire:/___/
1. Perforation d'organes creux 2. Péritonite
3. Occlusion 4.Salpingite 5. Appendicite 6.hernie étranglée 7.Autres
91. Diagnostic per opératoire:/___/
1. Péritonite appendiculaire
2. Péritonite par perforation duodénale
3. Péritonite par perforation gastrique
4. Péritonite biliaire
5. Péritonite par perforation typhique
6. Péritonite par perforation colique
7. Péritonite génitale
- 8.Péritonite post traumatique
9. Péritonite post opératoire
10. Autres
- Traitement reçu avant l'arrivée de l'hôpital :
92. Médical:/___/
1. Oui 2. Non
93. Prescripteur:/___/
1. Automédication 2.Aide soignant
3. Infirmier 4. Etudiant
5. Médecin 6.Autre
94. Prescription:/___/
1. Antalgique 2.Anti- 3. Antibiotique
- 4.1+2
5. 1+3 6. 2+3 7. Autres
95. Durée moyenne du traitement:/___/

*RESPIRATOIRE

- PaO₂<50mmhg

- PaCO₂

50mmhg

*CHOC

*OBSTRUCTION INTESTINAL

-paralysie 24h

-Iléus mécanique complet

104- RESULTATS:/___/

1. 0- 10

2.11 – 20

3. 21 – 30

4. 31- 40

5. 41- 47

6. Autres

EVOLUTION:

105. Avant l'opération

105a - Echech du traitement médical:/___/

1. Oui

2. Non

105b - Les causes de l'échech du traitement médical

1.Diagnostique

2. Economique

c. Sociogéographique

4. Non observance

3. Autres à préciser

106-Après l'opération

106a-. Suites opératoires précoces (1 à 30jours):/___/

1. Simples

2.Choc volumique

3.Septicémie

4. Abcès de la paroi

5. Défaillance cardiaque

6.Acidose – métabolique

7. IR

8. fistulisation digestive

9.Lâchage anastomotique

10. Décès

11.répéritonisation

12.autres

13.occlusion

1.éviscération

106b. Suites opératoires à court terme (1à 3 mois):/___/

1. Simples

2. Eventration

3.Troubles digestifs

4. Occlusion

5. Syndrome de grêle

6. Décès

7.Autres

8.Intervention

9j. Retard de cicatrisation

106c. Suites opératoires (3 à 24 mois):/___/

1. Simples

2.Eventration

3. Troubles digestifs

4.Occlusion

5. Syndrome de grêle court

6.Décès

7.

Autres

106d. Suites opératoires tardives:/___/

- | | |
|----------------------------|--------------------|
| 1. Simples | 2.Eventration |
| 3. Troubles digestifs | |
| 4. Occlusion | |
| 5. Syndrome de grêle court | 6.Décès |
| 7. Autres | |
| 106e. Mode de suivi: /___/ | |
| 8. Venu de lui-même | 9. Sur rendez-vous |
| 9. Vu à domicile | |
| 10. Sur convocation | 11. Autre |

107- Coût de la Prise en Charge

Frais de consultation: /___/

- Ordonnances: /___/

- Kit: /___/

- Frais d'hospitalisation: /___/

TOTAL

SERMENT D'HIPPOCRATE

- En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au Nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.
- Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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 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 leur père.
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
- Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !