



## Article Original

## Présentation Clinique, Traitement et Évolution des Péritonites Aiguës Généralisées à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes au Mali

*Clinical presentation, management and outcome of generalized acute peritonitis at Fousseyni Daou Hospital in Kayes, Mali*

Sogoba G<sup>1</sup>, Katilé D<sup>2</sup>, Sangaré S<sup>1</sup>, Traoré LI<sup>1</sup>, Diakité L<sup>1</sup>, Cissé SM<sup>3</sup>, Sangaré D<sup>3</sup>

### RÉSUMÉ

**Introduction.** La péritonite aiguë généralisée constitue une urgence grave nécessitant une prise en charge médicochirurgicale rapide. L'objectif de notre étude était d'étudier les aspects épidémiologique et thérapeutique des péritonites aiguës généralisées à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. **Matériels et méthodes.** Il s'est agi d'une étude prospective allant du 1er février 2013 au 1er janvier 2014 portant sur 42 patients opérés dans service de chirurgie générale de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. **Résultats.** Durant la période, 256 patients ont été admis pour des urgences digestives dont 42 cas de péritonite aiguë généralisée soit une fréquence de 16,4%. L'âge moyen des patients était de 40,1 avec des extrêmes de 1 et 80 ans. On a noté une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,33. Les paysans étaient la couche sociale la plus représentée (26,2%). Les signes cliniques et para cliniques en faveur d'une péritonite aiguë généralisée ont été essentiellement : contracture abdominale, douleur abdominale intense, des nausées ou vomissements qui étaient présents chez tous nos malades et un pneumopéritoine à l'ASP (66,7%) des cas. L'incision-suture-lavage puis drainage a été le geste le plus réalisé. Les perforations appendiculaires étaient des causes les plus fréquentes (35,71%) ; Tous les germes ont été sensibles à la Ceftriaxone et aucun patient n'a subi une monothérapie. En post opératoire, (76,2%) des patients subi une bi antibiothérapie. Les suites opératoires ont été simples dans 69% des cas. L'évolution a été marquée par la suppuration pariétale (4,8% des cas) et nous avons enregistré 2 décès (4,8%). **Conclusion.** Le retard de consultation, l'absence de service de soins intensifs, le coût élevé de l'intervention chirurgicale d'urgence ont été des facteurs déterminant de la mortalité et de la morbidité.

### ABSTRACT

**Introduction.** Acute generalized peritonitis is a serious emergency requiring rapid medical and surgical management. The objective of our study was to study the epidemiological and therapeutic aspects of acute generalized peritonitis at the Fousseyni Daou hospital in Kayes. **Materials and methods.** This was a prospective study from February 1, 2013 to January 1, 2014 on 42 patients operated on in the general surgery department of the Fousseyni Daou hospital in Kayes. **Results.** During the period, 256 patients were admitted for digestive emergencies, including 42 cases (16.4%) of acute generalized peritonitis. The mean age of the patients was 40.1 with extremes of 1 and 80 years. A male predominance was noted with a sex ratio of 1.33. The peasants were the most represented social layer (26.2%). The clinical and para-clinical signs in favor of acute generalized peritonitis were mainly: abdominal contracture, intense abdominal pain and nausea or vomiting found in all of our patients and pneumoperitoneum in the ASP (66.7%) of cases. The incision-suture-wash followed by drainage was the most used technique. Appendicular perforations were the most common causes (35.71%); 100% of the organisms were sensitive to Ceftriaxone and no patient underwent the monotherapy. Postoperatively, (76.2%) of patients underwent bi-antibiotic therapy. The postoperative consequences were straightforward in 69% of cases. The course is marked by parietal suppuration (4.8% of cases) and we recorded 2 cases of death (4.8%). **Conclusion.** The delays in consultation, the absence of an intensive care unit, the high cost of emergency surgery were determining factors in mortality and morbidity.

<sup>1</sup>. Service de chirurgie et spécialités chirurgicales de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes, Mali

<sup>2</sup>. Unité d'hépatogastroentérologie de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes, Mali

<sup>3</sup>. Unité de médecine interne de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes, Mali

**Auteur correspondant** Dr Drissa Katilé  
Adresse e-mail : [drissakatile@yahoo.fr](mailto:drissakatile@yahoo.fr)  
Tél : (00223) 76 33 72 55

**Mots-clés :** péritonite ; épidémiologie, thérapeutique, Kayes

**Keywords:** peritonitis, epidemiology, management, Kayes

### INTRODUCTION

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

généralisée, lorsqu'elle s'étend à toute la cavité péritonéale [1]. Elle constitue une urgence nécessitant une prise en charge médicochirurgicale rapide [2].

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

[3]. Sa fréquence est estimée, par rapport à l'ensemble des abdomens aigus chirurgicaux à 3% en France [4] et 20% au Mali [5].

La cœlioscopie occupe une place importante dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des péritonites [6]. 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 [7].

Le diagnostic de gravité est fait par le score de MPI (Mannheim Peritonitis index) surtout si celui-ci dépasse 26 points.

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

À l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes, peu de données sont disponibles sur la péritonite. Nous avons ainsi initié ce travail dans le but d'étudier les aspects épidémiologique et thérapeutique des péritonites aiguës généralisées à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude prospective allant du 1er février 2013 au 1er janvier 2014 portant sur 42 patients au service de chirurgie générale de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Nous avons inclus tout patient ayant consulté dans nos services et ayant été opéré puis hospitalisé pour péritonite aiguë généralisée.

Les patients décédés avant l'admission à l'hôpital et ceux porteurs de péritonite localisée ont été exclus.

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

Les variables étudiées étaient l'âge, le sexe, le délai d'admission, les étiologies, les gestes chirurgicaux, les suites opératoires, la durée de séjour. L'état général a été évalué avec l'indice de Karnofski qui varie de 10 à 100%.

Le pronostic a été évalué avec le score de Mannheim Peritonitis Index qui varie de 0 à 47 points, la mortalité étant élevée quand il est supérieur à 26 points.

Les données ont été traitées au moyen du logiciel SPSS version 21 et world avec un test statistique chi<sup>2</sup> significatif  $p < 0,05$ .

## RÉSULTATS

Durant la période d'étude, nous avons effectué 780 consultations ordinaires ; 1742 consultations au bloc des urgences ; 416 hospitalisations ; 256 patients ont été admis pour des urgences digestives dont 42 cas de péritonites aiguës généralisées.

**Tableau I : Caractéristiques générales des patients à l'inclusion**

Caractéristiques générales	Effectif	Pourcentage
Tranche d'âge 31-50 ans	24	57,1
Sexe masculin	24	57,1
Paysan	11	26,2
Résidence hors la ville de Kayes	34	81

Les péritonites aiguës généralisées ont représenté 5,4% des consultations ordinaires, 2,4% des consultations au bloc des urgences ; 10,1% des hospitalisations et 16,4% des urgences digestives. La tranche d'âge 31-50 ans a été la plus représentée (57,1%). L'âge moyen des patients était de 40,1 avec des extrêmes de 1 et 80 ans. Sur les 42 patients enregistrés, 24 étaient des hommes (57,24%), soit un sex-ratio de 1,33. Les paysans étaient la couche sociale la plus représentée (26,2%).

47,62% des patients ignoraient un facteur déclenchant de leur douleur. Tous nos patients avaient comme motif de consultation une douleur abdominale et des vomissements.

71,3% des patients avait un délai d'évolution de la maladie supérieur à 2 jour, avec une moyenne de 4,5 jours ; un écart-type de 0,40 et des extrêmes de 1 et 8 jours.

**Tableau II : Répartition des patients en fonction du délai de prise en charge de la maladie avant l'hôpital**

Délai de prise en charge de la maladie avant l'hôpital	Effectif	Pourcentage
0-24 heures	12	28,57
2 – 7 jours	22	52,38
≥7 jours	8	19,05
Total	42	100

Une fièvre a été retrouvée chez 71,4 % des patients. La douleur à la palpation, la contracture abdominale et la défense généralisée ont été retrouvées chez tous nos patients. Une baisse de la glycémie a été constatée chez 53,85% des patients. À l'admission, un taux d'hémoglobine normal a été retrouvé chez 71,43% des patients.

La radiographie de l'abdomen sans préparation faite, a trouvé des images de pneumopéritoine chez 66,7% des patients qui en ont bénéficiée. L'échographie abdominale a retrouvé un épanchement liquidien dans 91,0% des cas. La majorité des patients (85,7%) avait une durée de prise en charge avant l'opération comprise entre 0 et 06 heures une durée moyenne de 2,33 heures.

La voie d'abord la plus utilisée a été la médiane sus et sous ombilicale soit 85,7% des cas. Les perforations appendiculaires ont été l'étiologie la plus retrouvée (35,71%).

**Tableau III : Répartition des patients en fonction du diagnostic per opératoire**

Diagnostic per opératoire	Effectif	pourcentage
Perforation appendiculaire	15	35,71
Perforation iléale	11	26,19
Péritonite d'origine inconnue	5	11,90
Perforation colique traumatique	1	2,38
Péritonite par kyste ovarien rompu	2	4,76
Perforation gastrique	3	7,14
Perforation duodénale	2	4,76
Perforation de la vésicule biliaire	2	7,14
Total	42	100

La majorité de nos patients (66,66%) avait une perforation unique d'organe. Cette perforation était punctiforme dans 90,5% des cas.

**Tableau IV : répartition des patients selon le nombre de perforation**

Nombre de perforation	Effectif	Pourcentage
Unique	28	66,66
Double	8	19,05
Multiple	6	14,29
Total	42	100

Presque tous nos patients ciblés ont subi un double drainage soit 97,62% des cas.

L'appendicectomie a été la technique la plus utilisée soit 31,1% des cas.

**Tableau V : Répartition des patients en fonction de la technique opératoire**

Technique opératoire	Nombre	Pourcentage
Appendicectomie	16	31,1
Excision + Suture simple	12	28,6
Excision + Suture + Epiploplastie	10	23,8
Résection – Anastomose	7	16,7
Iléostomie	1	2,4
Total	42	100

A l'examen cytot bactériologique, Escherichia Coli a été le germe le plus fréquemment rencontré suivi de Salmonella Typhi dans respectivement 23,8% et 21,4% des cas.

Une bi-antibiothérapie était la plus utilisée soit 76,2%.

La grande majorité de nos patients (88, 1%), selon score de Mannheim (MPI), avait un bon pronostic. Les taux de mortalité et de morbidité dans notre étude ont été estimés respectivement à 4,8% et 28,6%.

Le taux de sensibilité du score de Mannheim a été estimé à 77,32% dans notre étude et 22,68% de nos patients décédés avaient un score de Mannheim supérieur à 26. Dans notre série 11,9% de nos malades avaient un score de Mannheim supérieur à 26.

Les suites opératoires ont été simples dans 69% des cas. La durée d'hospitalisation était comprise entre 8 et 14 jours dans 47,5% des cas, avec une moyenne de 13 jours et des extrêmes de 1 et 25 jours.

**Tableau VI : Répartition des patients en fonction du score de Mannheim et les suites opératoires**

Suites opératoires	Score de Mannheim (MPI)		Total
	< 26	> 26	
Simple (N(%))	25(59,52)	12(28,57)	37(88,09)
Complicées(N(%))	4(9,52)	1(2,38)	5(11,9)
Total (N(%))	29(69,05)	13(30,95)	42(100)

*Khi 2 de Pearson= 0,044 ; ddl=1 ; p=0,834*

## DISCUSSION

La péritonite est une pathologie fréquente en chirurgie digestive. Notre fréquence de 16,4% concorde avec celles retrouvées par d'autres auteurs africains [9, 10] qui ont rapporté une fréquence variable entre 7,8 % et 28,8%

sur l'ensemble des abdomens chirurgicaux. Cette fréquence élevée dans notre contexte pourrait s'expliquer probablement par le déficit d'information, de couverture sanitaire et la fréquence élevée des maladies infectieuses (la salmonellose).

L'âge moyen de 40,1 ans de nos patients ne diffère pas de ceux retrouvés dans la littérature africaine, mais inférieur à celui rapporté par Cougard et al. [11] en France qui a trouvé 48 ans. Ceci pourrait s'expliquer par la précarité des conditions d'hygiène dans nos pays en voie de développement contribuant à la survenue de l'affection.

Nous avons trouvé une prédominance masculine. Ce constat a été fait également par d'autres auteurs [12, 13]. La douleur abdominale était la manifestation clinique la plus fréquente selon plusieurs auteurs [14,15] comme dans notre série. Une proportion importante de nos malades (59,5%) a eu des vomissements, ce résultat a été trouvé aussi Mellick et al. En Guyane [14] ; de Rahman et al. au Niger [15].

Le diagnostic de la péritonite aiguë généralisée est avant tout clinique. Les signes physiques sont d'intérêt capital dans la prise de décision thérapeutique. La contracture abdominale a été retrouvée chez tous nos malades. Plusieurs autres auteurs ont trouvé un taux variant entre 30 et 81% [16,17].

L'A S P est l'examen de choix dans les perforations digestives surtout. Le taux 66,7% de pneumopéritoine de notre étude est proche de celui rapporté par de Hosoglu et al. [12] en Turquie, Rahman et al. [15] au Niger avec des taux respectifs 70%, 64,3%.

L'échographie abdominale a retrouvé dans notre série un épanchement péritonéal dans 91,0% des cas. Un taux élevé a été aussi retrouvé (75%) dans une série tunisienne [17].

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

L'excision-suture a été l'acte chirurgical le plus pratiqué (28,6%) ; ceci est compréhensible si l'on sait que les perforations digestives ont représenté l'étiologie la plus fréquente (selon le mécanisme). Ce taux est statistiquement différent de ceux de Rahman et al. [15] et Kouamé et al. [18] avec des  $P < 0,05$ . Cette différence pourrait être liée à la taille de l'échantillon.

La bi-antibiothérapie a été la plus utilisée (76,2%). Cette antibiothérapie était adaptée systématiquement en fonction de l'antibiogramme réalisé sur du pus prélevé en per opératoire. La triple antibiothérapie (amoxicilline, métronidazole, gentamycine) a été utilisée chez environ 24% de nos patients. L'utilisation de cette association a été rapportée aussi dans une série réalisée au CHU Gabriel Touré de Bamako [5].

Après la laparotomie, l'ensemble de nos patients ont bénéficié d'un lavage aspiration du contenu péritonéal et un drainage de la cavité abdominale.

Notre taux de morbidité de 28,6% est statistiquement inférieur à celui de Kouamé et al. [18] estimé à 31,25% avec  $P = 0,000$ . Cette différence pourrait être liée à la taille de l'échantillon.

La mortalité des péritonites aiguës dépend de l'étiologie et de la précocité de la prise en charge [2]. Le taux 4,8% de décès de notre étude est inférieur à celui rapporté par Kanté et al [19] qui a été estimé à 17,5%. Dans les péritonites sévères, le taux de mortalité est élevé. Un taux plus élevé de 58% a été rapporté par Giessling et al. [20].

Dans la présente étude, nous avons rapporté un taux de sensibilité du score de Mannheim estimé à 77,32%. Dans l'étude de Boris et al. [21] ce taux était estimé à 50% ; et 22,68% de nos patients décédés avaient un score de Mannheim supérieur à 26. Ce score serait sensible dans 86% des cas et spécifique dans 97% des cas de péritonites aiguës.

Dans notre série 11,9% de nos malades avaient un score de Mannheim supérieur à 26 ; Victor et al. [22] ; Siddeye et al. [23] et Diaby et al. [24] ont respectivement rapporté un taux de 5% ; 4,2% et 3,6% des cas. Si l'âge constitue un facteur de risque plus important dans les pays européens ou la population est vieille, le retard de consultation et de la prise en charge responsable de l'état de choc demeure le plus important dans certains pays comme le nôtre.

La durée d'hospitalisation était fonction du délai de consultation et des morbidités dans notre série soit 7 jours. Boris et al. [21], Siddeye et al.[23], Diaby et al. [24] ont respectivement rapporté 7,8 jours 9,1 jours et 7,6 jours par contre Kafih et al. au Maroc [25] a apporté un délai de 5,5jours. Cette durée moyenne d'hospitalisation relativement longue s'explique par le retard de la prise en charge des patients dans notre pays.

## CONCLUSION

La péritonite aigue généralisée est une affection fréquente dans les pays en voie de développement. Elle occupe une place importante dans les pathologies chirurgicales en général et concerne surtout les adultes jeunes. Les perforations appendiculaires ont été les étiologies les plus fréquentes dans notre étude. L'excision plus la suture a été l'acte chirurgical le plus pratiqué. Le retard de consultation, l'absence de service de soins intensif seraient des facteurs associés à la mortalité.

## Conflits d'intérêt

Aucun

## RÉFÉRENCES

1. Proske J.M, Franco D. Péritonites aiguës. Rev Prat. Paris 2005 ; 55 : 2167-2172.
2. Jean YM, Jean LC. Péritonites aiguës. Rev Prat. Paris 2001; 51: 2141-2145.
3. Golash V, Wilson P D. Early laparoscopy as a routine procedure in the management of acute abdominal pain: a review of 1320 patients. Surg endosc 2005; 19(7): 882-5.
4. Thoreau N, Fain O, Babinet P, Lortholary O, Robineau M et al. Peritoneal tuberculosis: 27 cases in the suburbs of northeastern Paris. Int J Tuberc Lung Dis 2002; 6: 253-258.
5. Konaté H. Abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Thèse Méd Bamako 2001 ; N 67.

6. Shittu OB et al. Pattern of mechanical intestinal obstruction in Abandon a ten year review. A J Med 2001; 30 (12):17-21.
7. Sissoko F, Ongoiaba N, Berete S et Al. Péritonites par perforation iléale en chirurgie B de l'hôpital du Point G . Mali Med 2003 ; T18 : N°1.
8. Togola I. Les contusions de l'abdomen au CHU Gabriel Touré. Thèse Méd Bamako ; 2002 ; n°12 : p 73.
9. Adesunkanmi A R, Oseni S A, Adejuyigbe O. Acute generalized peritonitis in African children. Assessment of severity illness using modified APACHE II score. Anz J Chir 2003 May, 73(5) :275-9.
10. Ongoiaba N. Contribution a l'étude clinique et épidémiologique des péritonites aiguës dans les hôpitaux de Bamako et de Kati. Thèse Méd Bamako 1984 ; N °24.
11. Gougard P, Barrat C. Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé. Résultat d'une étude rétrospective multicentrique. Ann Chir 2000 ; 125 : 726-731.
12. Hosoglu S, Mustafa Ademir et Col. Risk factors for enteric perforation in patients with typhoid fever. Am j epidemiology 2004; 160: 46-50.
13. Doui D et al. Les péritonites aiguës généralisées opérées dans les hôpitaux de Bangui. Etiologies et profil bactériologique à propos de 93 cas : 2008,55 :617-622.
14. Malik S, Klein JF. Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique : à propos d'une série observée dans l'Ouest Guyanais . Méd. Trop 2001 ; 61 : 491-494.
15. Rahman GA et al. Typhoid iléal perforation in Niger children: an analysis of 106operative cases. Pédiatre Surg Int 2001 ; 17 : 628-630.
16. Almowitch B. Traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé. Gastro Enterol Clin Biol 2000 ; 24 :2012-17.
17. Sakhri J. Traitements des ulcères duodénaux perforés. Tunisie Médicale 2000 ; 78 : 8-9.
18. Kouame B. Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques du grêle de l'enfant à Abidjan. Côte d'ivoire. Bull Soc Pathol Exot 2001; 94 (5): 379-382.
19. Kanté L. péritonites aiguës généralisées à l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti : aspects épidémiologique et thérapeutique. MALI MEDICAL 2018, TOME XXXIII ; N°4.
20. Giessling U, Petersen S, Freitag M et AL. Surgical management of severe peritonitis Zentralbt chir 2002 jul; 127(7):594-7.
21. Boris A ,Kahalil O, Philippe Set al. Traitement laparoscopique de l'ulcère duodénale perforé. Gastro entérologie clin Biol 2000; 24:1012-1017.
22. Victor P et al. Les perforation d'une ulcère gastro duodenal au CHU du P Mémoire Méd; Bamako2008; n°22.
23. Siddeye A. Les perforation d'une ulcère gastro duodenal au CHU Gabriel Touré. Thèse Méd Bamako; 2009; n° 194.
24. DIABY HB et al. Relevé un taux de mortalité de 7,9% sur 302 cas de péritonites aiguës par perforation d'ulcère dans les services de chirurgie et pédiatrique à l'hôpital Gabriel Touré Thèse med ; Bamako 2013 ; N°67.
25. Kafih M, Fekak H, El Idrissi A et al. Ulcère duodenal perforé; traitement coelioscopique de la perforation et la maladie ulcéreuse duodénale Ann chir 2000;125:242-6.