

BURKINA FASO
Unité Progrès Justice

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE ET SUPERIEUR

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
EN SCIENCES DE LA SANTE (UFR / SDS)**

Section médecine



Année universitaire 2011 - 2012

Thèse n°170

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES,
THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS DES PERITONITES
PRIMITIVES AU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO.
(A PROPOS DE 120 CAS)**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 16/11/2012
pour l'obtention du Grade de Docteur en MEDECINE (Diplôme d'Etat)**

Par

TENKODOGO Jacqueline Marie

Née le 26/11/1986 à Ouagadougou (BURKINA Faso)

Directeur de thèse :

Pr Si Simon TRAORE

Co-directeur:

Dr Maurice ZIDA

Président du jury :

Pr Joachim SANOU

Membres du jury :

Dr Maurice ZIDA

Dr Issaka OUEDRAOGO

Dr Edgar OUANGRE



DEDICACES

Je dédie ce travail :

A DIEU

Mon âme bénit l'ETERNEL et n'oublie aucun de ses bienfaits car sa bonté est grande envers moi. Mieux vaut un jour dans tes parvis que mille ailleurs. Agrée ô Eternel les sentiments que j'exprime et enseigne moi tes lois tout au long de ma carrière.

A MES PARENTS

Béni soit celui qui donne la vie.

Hommage à ceux qui sacrifient leur vie pour en bâtir d'autres.

A vous qui m'avez tout donné et tant appris, jamais je n'aurai de cesse de vous dire merci. Merci pour votre soutien, vos encouragements et vos conseils durant ces longues années d'étude. Vous avez toujours su me guider et accepter mes choix. Que l'aboutissement de ce travail soit aussi l'occasion de vous exprimer toute ma reconnaissance et mon amour. Que Dieu vous bénisse, vous protège, qu'il vous comble au delà de vos attentes et vous accorde la longévité afin que nous puissions toujours bénéficier de votre sagesse.

A MES FRERES ET SŒUR

Puissions-nous toujours cultiver l'amour fraternel et rester à jamais unis. Sachez que la récompense obtenue au prix d'un effort personnel est d'une valeur inestimable. Courage et succès dans votre vie. Que l'Eternel vous guide en toute chose et vous aide à réaliser vos projets. Ce travail est aussi le vôtre.

A MES GRANDS PARENTS

Merci pour vos bénédictions

A MATHIAS

Mathias signifie en grec ‘ don de DIEU’. Tu es un don de DIEU pour moi, tu as été un pilier dans la réalisation de ce travail. C’est le tien. J’apprends constamment avec toi la signification des mots humilité, humanisme et dévouement. Mention spécial au ‘best friend’ que tu as su être pour moi quand il le fallait à travers ta complicité, tes conseils et ton expérience. Puisse DIEU achever ce qu’il a commencé pour nous, c’est mon souhait le plus ardent. Je t’aime.

A LA GRANDE FAMILLE TENKODOGO

Merci pour le soutien et les encouragements.

A LA FAMILLE DOULKOUM

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi et pour votre constante bénédiction.

A MES AMIS

Nadège, Annick, Victoria, Céline, Viviane, Anita, Diane, Ina, Ida, Wilfried, Irène, Leïla, Stéphanie, Tougri, Ahmed, Ludovic.....Merci pour l’exemple d’amitié, de fraternité que nous vivons depuis longtemps. Je vous dédie ce travail auquel votre contribution a été inestimable. Que Dieu bénisse notre amitié.

A TOUS LES MALADES



REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont :

-A notre directeur de thèse : le Professeur Si Simon TRAORE, pour avoir inspiré et contribué à la réalisation de ce travail

-A notre co-directeur de thèse : le docteur Maurice ZIDA,
pour l'encadrement, les conseils et le soutien.

-A nos honorables membres du jury

Professeur Joachim SANOU

Docteur Issaka OUEDRAOGO

Docteur Edgar OUANGRE

-A tout le personnel du service de chirurgie générale et digestive du CHUYO,

pour l'accueil, la collaboration et toutes les facilités dans la conduite du travail.

-A nos aînés : Dr Simboné, Dr Doulkom/Zida, Dr Yoni, Dr Sanou pour vos précieux conseils.

-A la famille SIMBONE,

merci de m'avoir accueillie et adoptée dans votre famille. Que Dieu vous bénisse.

-A mes amis et camarades de promotion de l'UFR/SDS,

pour votre soutien tout au long de ces années. Recevez ici l'expression de ma sincère sympathie.

-A mes enseignants du primaire, secondaire et de l'UFR/SDS, merci pour la formation et l'éducation que vous m'avez données.

- A tous ceux qui, de près ou de loin, nous ont permis de faire ce travail.



**A NOS MAITRES ET
JUGES**

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY,

Le Professeur Joachim SANOU

Professeur titulaire en Anesthésie-réanimation à l'UFR/SDS

Titulaire d'un CES en médecine du sport

Chef du service d'Anesthésie-réanimation du CHU/YO.

Cher maître,

C'est un privilège et un très grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

Nous avons eu la chance de bénéficier de vos remarquables enseignements et de votre encadrement au cours de notre cursus universitaire.

Votre simplicité, votre gentillesse, votre amour pour le travail bien fait et votre rigueur scientifique nous ont marqué positivement durant notre cycle de formation.

Notre admiration n'a d'égale que l'envie de vous ressembler.

Veillez recevoir, cher maître, le témoignage de notre estime et notre profonde gratitude.

Que Dieu vous bénisse, vous et votre famille.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE,

Le Professeur Si Simon TRAORE

**Professeur titulaire en chirurgie viscérale à l'UFR/SDS de
l'université de Ouagadougou**

Chef de service de chirurgie générale et digestive au CHUYO.

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail et en acceptant de nous guider malgré vos multiples occupations.

Nous avons eu la chance et le privilège de bénéficier de votre enseignement de qualité tant théorique que pratique pendant nos études médicales.

La qualité de vos enseignements et votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Honorable maître, le souci du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le souci quotidien de la bonne formation des futurs médecins, la rigueur et la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez faisant de vous un grand médecin.

En espérant avoir été à la hauteur de la tâche que vous nous avez confiée, recevez à travers ce travail, cher Maître, le témoignage de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

Puisse le Seigneur, dans sa grâce, vous combler à tous égards.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE,

Le Docteur Maurice ZIDA

Maître-assistant en chirurgie générale et digestive à l'UFR / SDS

Chirurgien au CHU-YO

Chef de l'unité d'hospitalisation du service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO

Médecin colonel des forces armées nationales du Burkina Faso.

Cher maître,

Nous avons bénéficié de votre encadrement au cours de notre stage hospitalier en chirurgie.

Votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail bien fait forcent l'admiration. Vous êtes l'exemple de l'efficacité dans la discrétion.

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de co-diriger ce travail malgré vos multiples obligations.

Vous nous avez constamment guidée, encouragée et soutenue tout au long de ce travail.

Les mots nous manquent pour vous dire à quel point nous vous sommes reconnaissants. Puisse ce travail vous faire honneur.

Veillez accepter, honorable maître, nos sincères remerciements et notre profonde gratitude.

Que Dieu vous bénisse, vous et votre famille et vous guide tout au long de votre carrière.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Le Docteur Issaka OUEDRAOGO

Médecin spécialiste en hépato-gastroentérologie du CHUYO.

Cher maître,

Permettez nous de vous témoigner toute notre gratitude pour avoir en dépit de vos multiples sollicitations, accepté de siéger dans ce jury et de juger ce modeste travail.

Nous avons bénéficié de votre encadrement au cours de notre stage interné dans le service d'hépatogastroentérologie.

Tout au long des trois mois passés auprès de vous, nous avons admiré tant vos qualités humaines que professionnelles.

L'assiduité, la rigueur, l'ardeur au travail et la recherche permanente du bien-être de vos patients sont autant de qualités humaines que vous cultivez chaque jour chez la jeune génération.

Puisse ce travail ne pas être en deçà de vos attentes.

Que la grâce divine abonde dans votre vie et dans votre famille.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Le Docteur Edgar OUANGRE

Assistant en chirurgie générale et digestive à l'UFR / SDS

Chirurgien au CHU-YO

Chef de l'unité des Urgences viscérales.

Cher Maître,

Nous avons bénéficié de vos enseignements pratiques au cours de notre stage interné dans le service.

Votre simplicité, votre ardeur au travail, votre rigueur, votre disponibilité à encadrer les étudiants et vos multiples qualités sociales nous ont profondément touchés.

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail nous a marqué. Nous savons votre calendrier très chargé et nous mesurons tout le privilège que nous avons de vous compter parmi les membres du jury.

Recevez ici cher maître, l'expression de nos sincères remerciements et notre profonde gratitude.

Puisses Dieu étendre vos limites et vous accorder une belle et longue carrière hospitalo-universitaire.



AVERTISSEMENT

« Par délibération, l'UFR/ SDS a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation. »

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

% : pour cent

≤: Inférieur ou égal

≥ : supérieur ou égal

ASA: American Society of Anesthesiologists

ASA_U: Cotation ASA faite chez des patients vus en urgence

ASP: Abdomen Sans Préparation

BGN: Bacille à Gram Négatif

BK: Bacille de Koch

°C : degré Celsius

CHN : Centre Hospitalier National

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHUP-CDG : Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaule

CHUSS : Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanon

CHU-YO : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo

cm : centimètre

CM : Centre Médical

CMA : Centre Médical avec Antenne chirurgicale

CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale

CRP : Protéine C-Réactive

DRS : Direction Régionale de la Santé

ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique

FAF : Femme Au Foyer

h : heure

HLB étranglée : Hernie de la Ligne Blanche étranglée

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

Km : kilomètre

km² : kilomètre carré

Kg : Kilogramme

m² : mètre carré

ml : millilitre

mm³ : millimètre cube

OIA: Occlusion Intestinale Aigue

PED: Pays En Développement

SNG : Sonde Nasogastrique

SPSS: Statistical Package for Social Science

SU: Sonde Urinaire

TDM : Tomodensitométrie

UFR/SDS : Unité De Formation et de Recherche en Sciences De la Santé

USTA : Université Saint Thomas D'Aquin

UV : Urgences Viscérales

VIH : Virus Immunodéficience Humaine

VS : Vitesse de Sédimentation

VV : Voie Veineuse

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Espace extra péritonéal.....	8
Figure 2 : Bourse omentale.....	12
Figure 3 : Circulation péritonéale.....	17
Figure 4 : Répartition des patients suivant les tranches d'âges.....	47
Figure 5 : Répartition des patients selon le score ASA.....	54
Figure 6 : Répartition des patients selon l'aspect du liquide péritonéal.....	61
Figure 7 : Répartition des patients suivant la quantité du liquide péritonéal.....	62

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des patients selon leur profession.....	48
Tableau II: Répartition des patients suivant le mode d'admission.....	49
Tableau III : Répartition des patients suivant le motif de consultation....	50
Tableau IV : Répartition des patients selon le délai de consultation.....	51
Tableau V: Répartition des patients selon les antécédents pathologiques personnels	52
Tableau VI : Répartition des patients selon les signes physiques.....	55
Tableau VII : Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire..	57
Tableau VIII: Répartition des patients selon la nature de l'antibiotique.....	59
Tableau IX: Répartition des patients selon le délai de prise en charge chirurgicale.....	60
Tableau X: Répartition des patients suivant le geste chirurgical réalisé...	63
Tableau XI : Répartition des patients selon la nature de l'antibiothérapie postopératoire.....	65
Tableau XII : Répartition des patients suivant le statut de sortie.....	68

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION-ENONCE DU PROBLEME.....	1
PREMIERE PARTIE : GENERALITES.....	4
1-DEFINITIONS.....	5
2-RAPPELS ANATOMIQUES.....	6
2.1-Séreuse péritonéale.....	6
2.2-Cavité péritonéale	9
2.3-Topographie de la cavité péritonéale.....	9
2.4-Vascularisation.....	13
2.5 Innervation.....	13
3-PHYSIOLOGIE DU PERITOINE	14
4-PHYSIOPATHOLOGIE DES PERITONITES PRIMITIVES.....	18
5-DIAGNOSTIC	20
5.1-Diagnostic positif.....	20
5.1.1-Type de description : Péritonite primitive de la jeune fille de 16-17ans.....	20
5.1.1.1-Signes cliniques.....	20
5.1.1.2-Signes paracliniques.....	23
5.1.1.3-Evolution.....	24
5.1.2-Formes cliniques.....	24
5.1.2.1-Péritonite à pyogène.....	24
5.1.2.2-Tuberculose péritonéale.....	25
5.2-Diagnostic différentiel.....	28
5.2.1-Les formes pseudo péritonéales de certaines urgences chirurgicales.....	28
5.2.1.1-Le volvulus du grêle.....	28
5.2.1.2-L'infarctus entéro-mésentérique.....	28
5.2.1.3-La pancréatite aigüe.....	28

5.2.2-Les urgences médicales pseudo péritonéales	29
6-TRAITEMENT.....	30
6.1-But.....	30
6.2-Moyens.....	30
6.2.1-Moyens médicaux.....	30
6.2.2-Moyens chirurgicaux.....	31
6.3-Indications.....	32
6.3.1-Péritonites à pyogène.....	32
6.3.2-Tuberculose péritonéale.....	32
6.4-Evolution.....	33
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE.....	34
1.OBJECTIFS	36
1.1. Objectif général.....	36
1.2. Objectifs spécifiques.....	36
2.METHODOLOGIE.....	38
2.1. Cadre d'étude.....	38
2.1.1. Burkina Faso	38
2.1.2. Ville de Ouagadougou	39
2.1.2.1. CHU-YO.....	40
2.1.2.2. Service de chirurgie générale et digestive.....	40
2.2. Méthode.....	42
2.2.1. Type et période d'étude.....	42
2.2.2. Population d'étude.....	42
2.2.2.1. Critères d'inclusion.....	42
2.2.2.2. Critères de non inclusion.....	42
2.2.3. Collecte des données.....	43
2.2.4. Saisie et analyse des données.....	43
2.2.5. Considérations éthiques et déontologiques	43
2.2.6. Définitions opérationnelles	44

3.RESULTATS.....	47
3.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	47
3.1.1. Age.....	47
3.1.2. Sexe.....	48
3.1.3. Provenance.....	48
3.1.4. Profession.....	48
3.2. Aspects cliniques et paracliniques.....	49
3.2.1. Mode d'admission.....	49
3.2.2. Motifs de consultation.....	49
3.2.3. Délai de consultation.....	50
3.2.4. Antécédents personnels.....	51
3.2.5. Signes généraux.....	52
3.2.6. Signes physiques.....	54
3.2.7. Signes paracliniques.....	56
3.3. Diagnostic.....	57
3.4. Traitement.....	58
3.4.1. Traitement médical préopératoire.....	58
3.4.2. Traitement chirurgical.....	59
3.4.3. Traitement médical postopératoire.....	63
3.5. Bilan étiologique postopératoire.....	65
3.6. Evolution post-thérapeutique.....	66
3.6.1. Morbidité.....	66
3.6.2. Mortalité.....	67
3.6.3. Durée d'hospitalisation.....	67
4.COMMENTAIRES.....	70
4.1. Limites et contraintes de l'étude.....	70
4.2. Aspects sociodémographiques.....	71
4.2.1. Fréquence.....	71
4.2.2. Âge.....	71
4.2.3. Sexe.....	72
4.2.4. Provenance.....	73
4.2.5. Profession.....	73
4.3. Aspects cliniques.....	73
4.3.1. Mode d'admission.....	73

4.3.2. Motifs de consultation	74
4.3.3. Délai de consultation.....	74
4.3.4. Antécédents	75
4.3.5. Signes généraux.....	76
4.3.6. Examen physique.....	76
4.4. Aspects paracliniques.....	77
4.4.1. Biologie.....	77
4.4.2. Imagerie.....	78
4.5. Diagnostic.....	79
4.6. Aspects thérapeutiques.....	79
4.6.1. Traitement médical.....	79
4.6.2. Traitement chirurgical.....	81
4.6.3. Soins postopératoires.....	83
4.7. Bilan étiologique postopératoire.....	83
4.8. Aspects évolutifs.....	84
4.8.1. Evolution postopératoire.....	84
4.8.2. Durée d'hospitalisation.....	85
CONCLUSION.....	87
SUGGESTIONS.....	89
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	92
ANNEXES	
RESUME	
ABSTRACT	

**INTRODUCTION-ENONCE DU
PROBLEME**

La péritonite primitive (dite essentielle, spontanée ou primaire) est une inflammation aigüe de la cavité péritonéale qui survient indépendamment de toute lésion viscérale ou de toute plaie pariétale transfixiante.

Habituellement monobactérienne, elle est due à une contamination de la cavité péritonéale par voie ascendante, hématogène ou par diffusion des germes dans la cavité péritonéale à travers la paroi digestive.

Initialement décrite chez des patients cirrhotiques [19], les péritonites primitives sont souvent observées sur les terrains débilisés et favorisées par les conditions socio-économiques défavorables.

La pandémie de l'infection à VIH a contribué à la progression de certaines formes particulières de péritonite primitive telles les tuberculoses péritonéales.

Rares dans les pays développés, les péritonites primitives semblent plus fréquentes et plus graves dans les pays en développement (PED).

LAURENS [28] en Europe estime la fréquence des péritonites primitives entre 1 et 2 %.

En Afrique, DISCHIMO [17] à Dakar (Sénégal) et HAROUNA [23] à Niamey (Niger) ont noté respectivement un taux de 5% et 11%.

Au Burkina Faso, OUATTARA [41] à Bobo-Dioulasso a observé un taux de 17% ; TRAORE [55] en 2003 et YARBANGA [58] en 2008 à Ouagadougou ont relevé respectivement un taux de 9 % et de 5,23 %.

Le diagnostic de péritonite aigüe est évoqué devant les signes cliniques présentés par le patient et étayé par les examens paracliniques.

Mais la péritonite n'est déclarée primitive qu'en per opératoire devant l'absence d'une source de contamination intrapéritonéale.

Affection mettant rapidement en cause l'intégrité de la plupart des grandes fonctions vitales, les péritonites aiguës imposent la mise en œuvre sans délai de mesures de réanimation intensive. Sa gravité varie selon le délai d'évolution avant la prise en charge [16], le terrain, l'âge, le traitement et le germe en cause.

La morbidité et la mortalité de l'affection restent encore très importantes surtout dans les pays en développement où elle constitue un problème de santé publique. En effet, TRAORE [55] et YARBANGA [58] ont rapporté respectivement des taux de mortalité de 11 % et 4,5 %.

Peu de travaux au Burkina Faso ont porté sur les Péritonites primitives, c'est pour combler cette lacune que nous avons entrepris le présent travail dans le but de préciser quelques aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des péritonites primitives dans ce milieu.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

1-Définitions

La péritonite aigue se définit comme l'inflammation aigue de la séreuse péritonéale par un agent infectieux ou chimique. C'est une affection très hétérogène. Parmi les nombreuses classifications, celle de Hambourg développée en 1987, est la plus utilisée. Elle différencie [50] :

✓ Les péritonites primitives (dites essentielles, spontanées ou primaires) à point de départ supposé hématogène, lymphatique ou transmural par translocation bactérienne à travers la paroi digestive. Ce sont :

- La péritonite spontanée de l'enfant
- La péritonite bactérienne spontanée du cirrhotique
- La péritonite tuberculeuse
- La péritonite par cathéter de dialyse péritonéale.

✓ Les péritonites secondaires avec une origine intra- abdominale clairement authentifiée

✓ Les péritonites tertiaires correspondant à des infections abdominales persistantes malgré un traitement bien conduit (antibiothérapie adaptée et éradication du foyer primitif abdominal par une ou plusieurs interventions).

2-Rappels anatomiques

2.1-Séreuse péritonéale [25 ; 12 ; 43]

Le péritoine est la membrane séreuse des cavités abdominale et pelvienne. Il est constitué d'un mésothélium et d'une sous séreuse. Cette membrane séreuse délimite donc un espace virtuel, occupé par les viscères, appelé cavité péritonéale.

Il comprend :

➤ Le péritoine pariétal

Il recouvre les parois de la cavité abdomino-pelvienne dont il est séparé par l'espace extra-péritonéal (figure 1), comblé par du tissu conjonctif lâche : le fascia extra-péritonéal.

Le péritoine pariétal comprend :

- Le péritoine pariétal antérieur : il est séparé de la face interne de la paroi abdominale antérolatérale par l'espace prépéritonéal, occupé par le fascia prépéritonéal ;
- Le péritoine pariétal postérieur : il est séparé de la paroi abdominale postérieure par l'espace retropéritonéal, comblé par le fascia retropéritonéal ;
- Le péritoine pariétal pelvien : il est séparé du diaphragme pelvien par l'espace extrapéritonéal pelvien.

➤ Le péritoine viscéral

Il enveloppe en totalité ou en partie les organes contenus dans la cavité abdomino-pelvienne.

➤ Les replis péritonéaux

Ces replis sont représentés par : les mésos, l'épiploon (omentum) et les ligaments.

- Les mésos : ce sont les replis péritonéaux qui unissent à la paroi un segment du tube digestif. Le méso s'appelle mésogastre, méso duodénum, mésentère ou méso colon selon qu'il est en connexion avec l'estomac, le duodénum, le jéjuno-iléon ou le colon.
- Les ligaments : ce sont des formations péritonéales qui relient les viscères entre eux ou un viscère abdominal à la paroi sans contenir un pédicule vasculaire important. Ces ligaments sont retrouvés au niveau du foie, la rate, la vessie et l'utérus (le ligament large de l'utérus, le falciforme du foie...).
- L'épiploon : c'est un repli qui relie deux organes abdominaux entre eux. Il contient un pédicule vasculaire important. Il existe quatre épiploons :

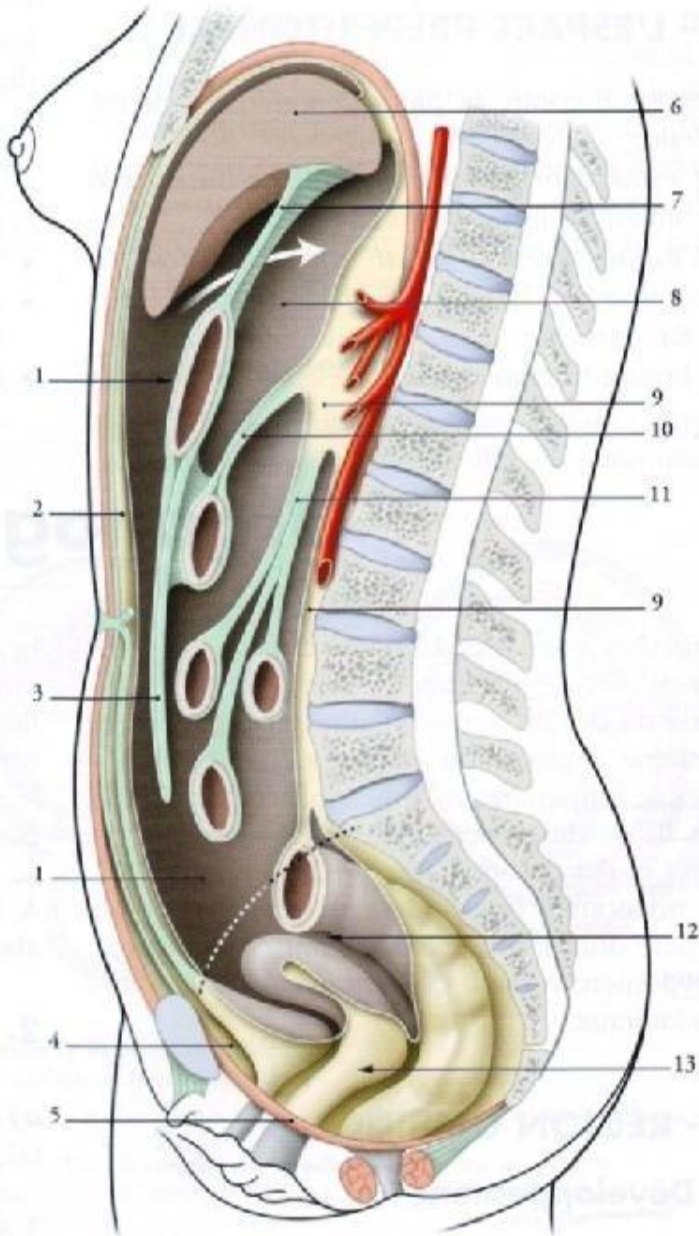
L'épiploon gastro-hépatique ou petit épiploon (petit omentum) : il unit l'estomac au foie.

L'épiploon gastro-colique ou grand épiploon (grand omentum) : il unit le colon transverse à l'estomac.

L'épiploon gastro-splénique relie l'estomac à la rate.

L'épiploon pancréatico-splénique : il unit le pancréas à la rate.

Haut
 ↑
 → Arrière



1. Cavité péritonéale abdominale
2. Espace prépéritonéal
3. Grand omentum
4. Espace retropubien
5. Diaphragme pelvien
6. Foie
7. Ligament hépato-duodéal
8. Bourse omentale
9. Espace retroperitonéal
10. Mésocolon transverse
11. Mésentère
12. Cavité péritonéale
13. Espace subpéritonéal pelvien

Figure 1 : Espace extra péritonéal
 (Coupe sagittale schématique de la cavité abdominale)

2.2-Cavité péritonéale [34]

La cavité péritonéale est délimitée par le péritoine pariétal. Elle est close chez l'homme, mais chez la femme, elle communique avec le canal tubaire par l'ostium abdominal de la trompe utérine. Ceci explique le passage intrapéritonéal du produit de contraste radiologique au cours de l'hystérosalpingographie.

C'est une cavité virtuelle car tous les viscères sont contigus. Elle ne devient une cavité réelle que lorsqu'il ya un épanchement liquidien (ascite, hémopéritoine...) ou l'introduction d'un gaz (insufflation péritonéale en vue de laparoscopie, ou perforation d'un viscère digestif creux). Ses points déclives varient suivant la position :

- Débout, le point déclive est le cul-de-sac de Douglas qui est : le cul-de-sac recto-utérin chez la femme, et le cul-de-sac recto-vésical chez l'homme.
- Couché, les points déclives sont situés dans le pelvis, en regard du sacrum, et dans l'abdomen, de chaque côté du rachis, dans les gouttières paracoliques et la bourse omentale.

2.3-Topographie de la cavité péritonéale

La cavité péritonéale présente deux régions principales [25 ; 43]

- La grande cavité péritonéale ou grand sac péritonéal. Elle présente trois régions :

- La région supracolique ou étage sus-mésocolique, située au dessus du mésocôlon transverse. Ici, la présence de l'estomac permet de considérer deux loges :
 - La loge sous-phrénique gauche, à gauche de l'estomac, où l'on retrouve la rate ;
 - La loge sous-phrénique droite, à droite de l'estomac, où la présence du foie d'une part, et du ligament suspenseur du foie au diaphragme d'autre part, permet de distinguer : une loge interhépatodiaphragmatique droite à droite du ligament suspenseur, une loge interhépatodiaphragmatique gauche à gauche du ligament suspenseur, une région sous-hépatique.
 - La région infracolique ou étage sous-mésocolique, située au dessous du mésocôlon transverse, qu'encadrent latéralement les deux gouttières pariéto-coliques verticales, est, elle aussi, divisée par la présence du mésentère en deux loges : l'une à droite, l'autre à gauche du mésentère. Cette dernière est limitée en bas par le mésosigmoïde qui recouvre la zone la plus basse, la plus déclive du péritoine : le cul-de-sac de Douglas, qui descend jusqu'à 7cm de l'anus.
 - La cavité péritonéale pelvienne qui prolonge la région infracolique au niveau du détroit supérieur. Chez l'homme, elle présente un récessus, le cul-de-sac recto-vésical, qui sépare le rectum de la vessie et des glandes séminales. Chez la femme, elle présente les culs-de-sac vésico-utérin et recto-utérin.
- La bourse omentale ou petit sac péritonéal. C'est un diverticule irrégulier de la grande cavité péritonéale abdominale (figure 2).

- Ses limites sont :
 - sa face antérieure représentée par le péritoine de la face postérieure de l'estomac et le ligament gastro-hépatique.
 - sa face postérieure constituée par le mésocôlon transverse et le péritoine pariétal postérieur recouvrant : le corps et la queue du pancréas, la surrénale gauche, le pôle supérieur du rein gauche, les piliers du diaphragme, la veine cave inférieure et l'aorte abdominale.
 - ses bords supérieurs droit et gauche correspondent à la ligne de réflexion du péritoine pariétal qui se continue avec les tuniques séreuses hépatique, gastrique et splénique.
 - son bord inférieur constitué par la fusion des lames du grand omentum.

- Le foramen omental

Il communique la grande cavité péritonéale avec la bourse omentale. Il admet largement l'index et mesure environ 3cm. Il est triangulaire et situé dans le plan sagittal. Il est limité par :

- en avant, le bord droit du ligament gastro-hépatique ;
- en arrière, le bord droit de la veine cave inférieure ;
- en haut, le bord du processus caudé du foie ;
- en bas, la réflexion du péritoine pariétal sur la partie supérieure du duodénum.

- Les diverticules de la bourse omentale sont :

- le vestibule omental,
- le récessus omental supérieur,
- le récessus omental inférieur,
- le récessus splénique.

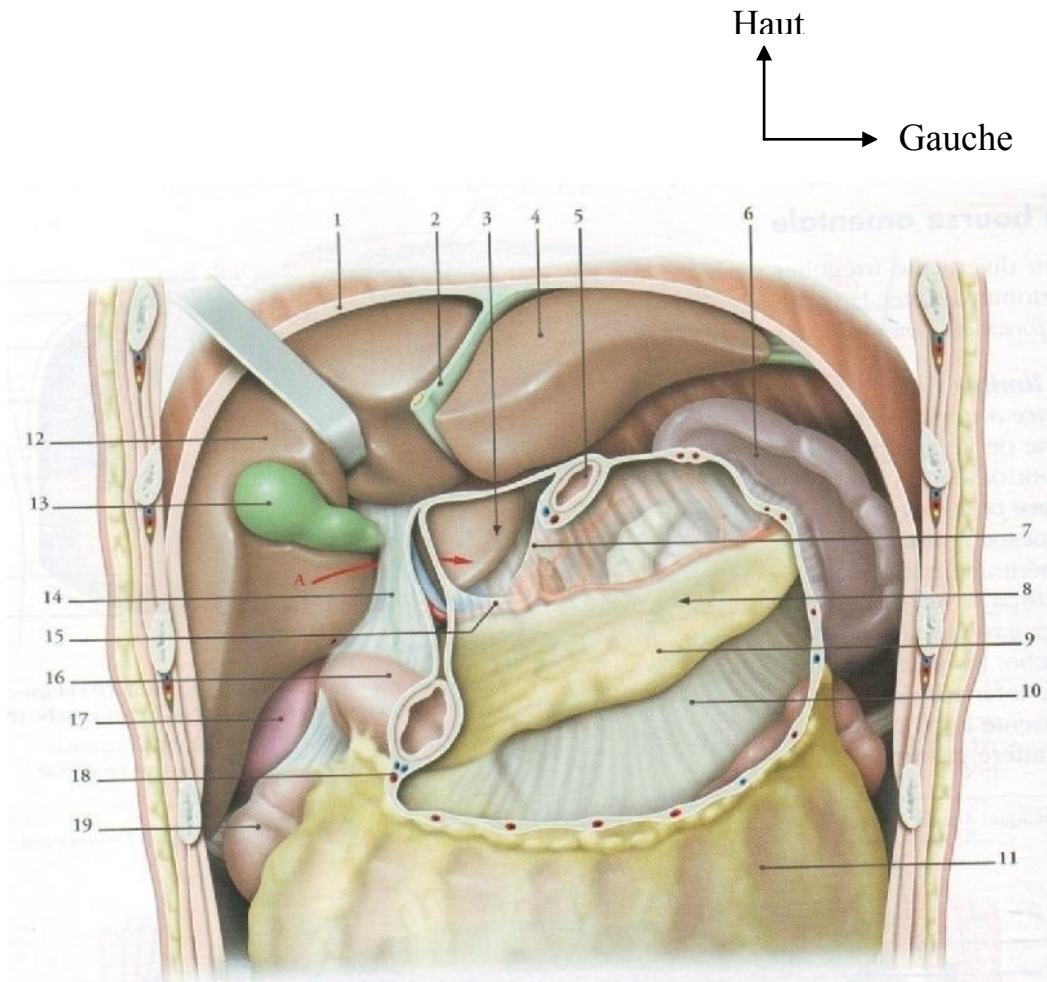


Figure 2 : Bourse omentale (avec résection de l'estomac)

A. Flèche dans le foramen omental

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Diaphragme | 11. Grand Omentum |
| 2. Ligament falciforme du foie | 12. Lobe droit du foie |
| 3. Vestibule de la bourse omentale | 13. Vésicule biliaire |
| 4. Lobe gauche du foie | 14. Ligament gastro-duodéal |
| 5. Œsophage | 15. Pli hépato-pancréatique |
| 6. Rate | 16. Parie supérieure du duodénum |
| 7. Pli gastro-pancréatique | 17. Rein droit |
| 8. Bourse omentale | 18. Ligament duodéno-colique |
| 9. Pancréas | 19. Angle colique gauche |
| 10. Mésocôlon transverse | |

2.4-Vascularisation

➤ Les artères

Elles proviennent :

- Pour le péritoine pariétal des artères adjacentes des parois abdominales et pelviennes ;
- Pour le péritoine viscéral, des artères viscérales correspondantes.

➤ Les veines

Elles se drainent :

- Pour le péritoine pariétal dans les veines pariétales qui rejoignent dans l'abdomen, le système azygos ;
- Pour le péritoine viscéral, dans les veines viscérales.

➤ Les lymphatiques

Très riches, ils se confondent avec ceux des viscères et de la paroi contiguë, le grand omentum constitue un véritable lymphocentre. Ils aboutissent aux lymphocentres lombaire et pelvien.

2.5 Innervation

➤ Le péritoine pariétal

Il est innervé par des neurofibres somatiques des nerfs spinaux : nerfs phréniques, intercostaux, subcostaux et les branches du plexus lombaire.

➤ **Le péritoine viscéral**

La séreuse des viscères et le grand omentum sont pauvres en extéro-récepteurs tactiles, thermiques et douloureuses. Ainsi la palpation et même la section de l'estomac sont indolores par contre les mésopéritonéaux sont riches en extéro-récepteurs aussi leur traction ou leur dissection sont-elles douloureuses.

3-Physiologie du péritoine [15 ; 30 ; 32 ; 33]

Issu de la cavité embryonnaire creusée dans le mésoblaste des lames latérales comme le péricarde et la plèvre, le péritoine est la plus extraordinaire séreuse de l'organisme des mammifères supérieurs.

En effet, son intégrité, son fonctionnement et ses réactions sont conditionnés en permanence par trois données anatomiques et physiologiques fondamentales.

- Une surface totale considérable équivalente à environ $1,8\text{m}^2$ (pour un homme de 170cm et 70kg).
- Une frontière intime, ininterrompue de quelques millimètres d'épaisseur avec, d'une part, le plus dangereux contenu réceptacle endoluminal de sucs digestifs caustiques ou protéolytiques et de bactéries aéro-anaérobies saprophytes et pathogènes à une concentration de 10^3 - 10^{12} germes/ml et d'autre part, un réseau de tunique mais dense de lymphatiques souvent gorgés de germes.

➤ Une mobilité permanente passive, soit imposée par le péristaltisme intestinal, le jeu diaphragmatique respiratoire et abdominal, soit transmise par les mouvements du sujet.

Formé d'une mince nappe endothéliale reposant sur une trame conjunctivo-élastique, le péritoine se comporte en membrane dialysante semi-perméable obéissant aux lois de l'osmose.

Il est doté de nombreux pouvoirs en rapport avec sa nature embryologique commun à l'endothélium et au tissu conjonctif lâche :

- Un pouvoir migratoire permettant aux cellules endothéliales, histiocytaires, monocytaires, macrophagiques provenant de la trame conjonctive et des vaisseaux, de venir par le jeu de la diapédèse, exercer leur action phagocytaire.
- Un pouvoir de multiplication propre et de métamorphose cellulaire aboutissant à la formation et à la transformation de cellules endothéliales en histiocytes.
- Un pouvoir sécrétoire actif donnant naissance à une sérosité atteignant 30cm^3 facilitant le glissement de deux feuillets, et dont la composition chimique est proche du sérum sanguin.
- Un pouvoir d'absorption complexe par le biais des pressions mécanique osmotique, oncotique et de l'activité cellulaire enzymatique. L'absorption est maximale au dessus du foie et presque nulle au niveau du Douglas. Elle est sélective pour les cristoïdes et les protides. Une pression intrapéritonéale existe et est hydrostatique mesurant $8\text{cm H}_2\text{O}$

dans les deux parties de la cavité abdominale : supérieure et inférieure. Elle varie selon la position.

Il existe des courants péritonéaux mis en évidence par l'injection intrapéritonéale de produits opaques. Le courant principal fait remonter les liquides du cul-de-sac de Douglas jusqu'à la gouttière pariéto-colique droite et l'espace inter-hépto-diaphragmatique, c'est ce qui explique la fréquence des abcès sous phréniques droits. Le courant secondaire draine l'ensemble des liquides de haut en bas vers le Douglas (figure 3).

L'innervation du péritoine est inégalement répartie : le feuillet pariétal est très riche en récepteurs sensitifs alors que ceux du feuillet viscéral, satellite de la voie végétative sont essentiellement sympathique, ce qui expliquerait les sensations douloureuses maximales dans certaines zones : Douglas, pancréas, diaphragme, duodénum.

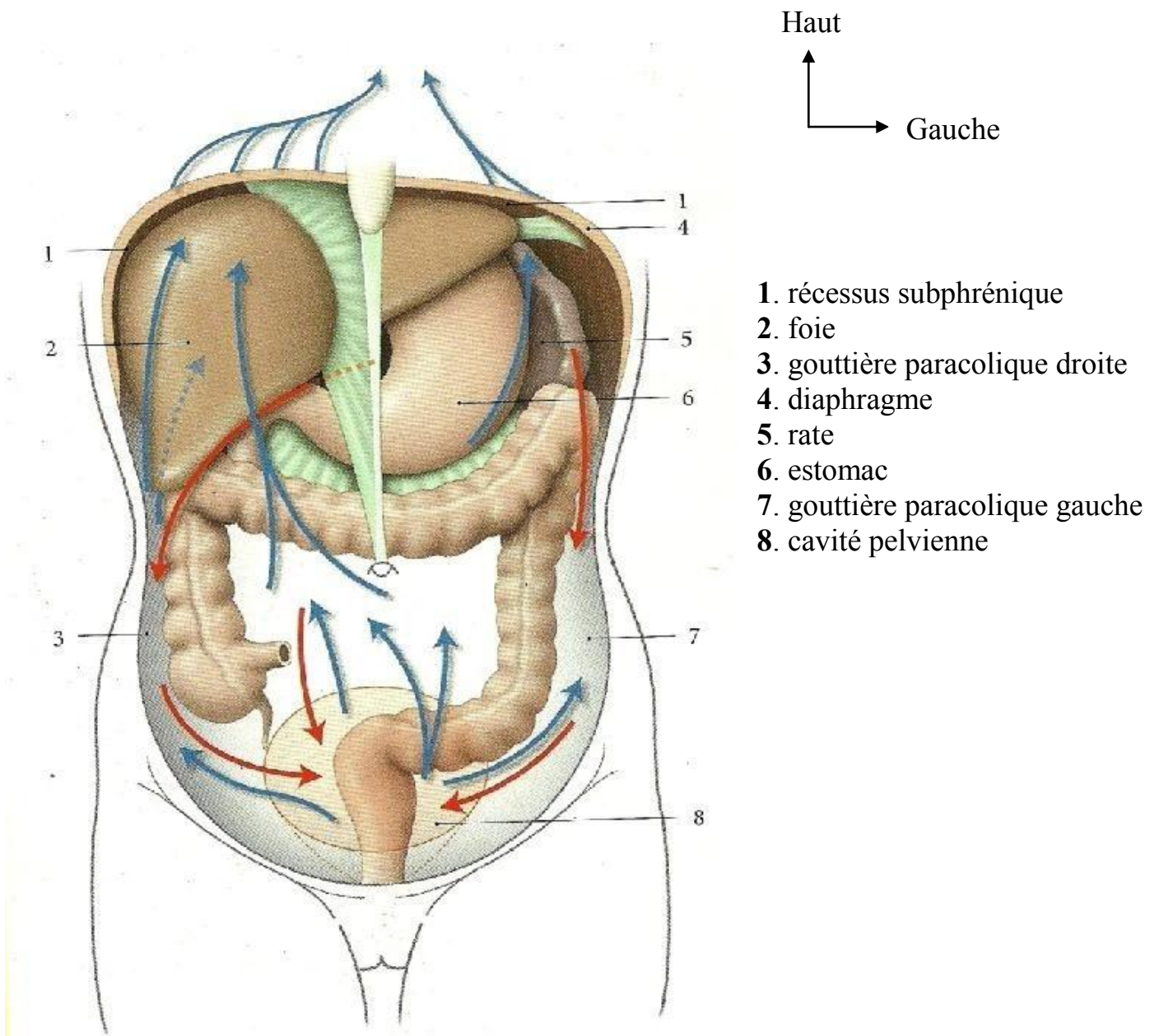


Figure 3 : Circulation péritonéale
En bleu : Circulation physiologique
En rouge : Circulation pathologique

4-Physiopathologie des péritonites primitives [10].

Le péritoine normal, secondé par les moyens de défense humoraux et cellulaire de l'organisme, est parfaitement capable de faire face à une tentative d'invasion par des bactéries pathogènes.

➤ Contamination péritonéale par voie hématogène

De nombreuses circonstances banales (brossage des dents, défécation, période post prandiale), ou moins habituelles (soins dentaires, endoscopie...) peuvent s'accompagner de bactériémie asymptomatique chez le sujet normal. Certaines de ces bactériémies prennent leur origine dans la circulation portale et sont rapidement éliminées par l'activité du système réticuloendothélial hépatosplénique. L'altération de cette fonction hépatique dépendante de l'activité des macrophages spécialisés, entraîne la persistance anormale de bactéries dans le foie et le réensemencement de la circulation générale. L'alcoolisme chronique et la cirrhose hépatique sont associés à une réduction de l'activité et des capacités de clairance bactérienne du système réticulo-endothélial.

D'autres facteurs peuvent contribuer chez les malades porteurs de sclérose hépatique et d'hypertension portale, à la contamination du péritoine par les bactériémies intermittentes. Ainsi, l'hypertension portale elle-même, responsable de stase veineuse et lymphatique, contribue au passage direct des bactéries dans la circulation générale par la réduction

de l'efficacité du système lymphatique et la présence de shunt porto-systémique.

➤ **Contamination du péritoine à partir de la lumière intestinale**

Le passage transmural de bactéries par diffusion de la lumière intestinale vers le péritoine est le deuxième mécanisme possible d'ensemencement de la cavité péritonéale.

Des modifications de la paroi intestinale secondaire à la présence d'une ascite, une prolifération microbienne anormale intraluminaire, avec modification de la flore favorisée par des épisodes hémorragiques ou certaines thérapeutiques, des épisodes diarrhéiques, peuvent favoriser cette diffusion, de même que des explorations instrumentales endoscopiques, ou l'administration de drogues vasoactives (comme la vasopressine intraartérielle qui peut provoquer une ischémie intestinale).

➤ **Contamination du péritoine par voie ascendante**

La contamination par voie gynécologique chez les jeunes filles est évidente en cas de conditions prédisposantes. Certains germes comme le *Streptococcus pneumoniae* sont toujours retrouvés dans l'épanchement péritonéal et sur le prélèvement génital. Chez l'enfant, le pneumocoque peut accéder au vagin par voie manu portée. L'origine étant la flore nasale ou une colonisation du périnée. Chronologiquement, il y aurait contamination vaginale puis continuité entre cervicite, endométrite, salpingite, pelvipéritonite et péritonite généralisée.

➤ **Facteurs adjuvants**

Quel que soit le mécanisme, l'existence d'un déficit immunitaire associé à la pathologie sous jacente, portant notamment sur les immunoglobulines (qu'il soit qualitatif comme au cours des cirrhoses ou quantitatif comme au cours des syndromes néphrotiques) accroît le risque d'infection en réduisant les capacités d'opsonisation des bactéries.

Enfin, la présence d'une ascite constitue un facteur important favorisant l'infection. Celle-ci constitue un excellent milieu de culture pour la plupart des bactéries pathogènes (souvent dans les laboratoires de bactériologie). On comprend ainsi que même un faible inoculum bactérien réalisé par les bactériémies asymptomatiques aboutisse à une prolifération bactérienne et à une diffusion de l'infection en présence de moyens de défense réduits.

5 DIAGNOSTIC [58 ; 53 ; 42 ; 1 ; 54 ; 27 ; 37]

5.1-Diagnostic positif

5.1.1-Type de description : Péritonite primitive de la jeune fille de 16-17 ans

5.1.1.1-Signes cliniques

➤ **Signes fonctionnels**

La douleur abdominale est le signe le plus important, toujours présente, spontanément intense, parfois d'apparition progressive. Cette douleur se diffuse rapidement à tout l'abdomen.

D'autres signes sont fréquents mais ils sont loin d'avoir la même valeur diagnostique et leur absence ne saurait faire écarter la péritonite. Ce sont :

- les vomissements alimentaires
- les troubles du transit qui se manifestent le plus fréquemment sous forme d'arrêt des matières et des gaz mais aussi sous forme de diarrhée
- le hoquet
- le météorisme abdominal.

➤ **Signes généraux**

Ils traduisent l'intensité de l'altération de l'organisme et ont une importance pronostique capitale :

- La fièvre qui est de degré variable est parfois accompagnée de frissons et d'un herpès labial.
- Le pouls est presque toujours accéléré.
- La tension artérielle est souvent abaissée, parfois pincée et dans certains cas, on peut avoir au début de la péritonite de façon transitoire ou durable, un choc.
- L'altération du faciès, aux traits tirés, aux yeux cernés, au teint devenant terreux, est si vite caractéristique, qu'on parle de faciès péritonéal.

-Les téguments et les muqueuses sont secs ; les urines sont rares et foncées.

Un Score établi par l'*American Society of Anesthesiology* (ASA) permet d'évaluer le risque associé à l'acte d'anesthésie en fonction de l'importance préopératoire des perturbations des grandes fonctions vitales. Il se définit comme suit :

- **Classe I** : Patient en bonne santé
- **Classe II** : Patient présentant une atteinte modérée d'une fonction vitale
- **Classe III** : Patient ayant une sévère atteinte d'une fonction vitale sans entraîner d'incapacité
- **Classe IV** : Patient ayant une atteinte sévère d'une fonction vitale présentant une menace vitale permanente
- **Classe V** : Patient moribond dont l'espérance de vie sans intervention chirurgicale est inférieure à 24 heures
- **Classe VI** : Patient en état de mort cérébrale, dont les organes font l'objet d'un prélèvement en vue de greffe

Le risque anesthésique se majore avec le score notamment pour les patients de Classe ASA III avec un état instable ou plus.

➤ **Signes physiques**

-A l'inspection, on a une augmentation du volume de l'abdomen

-La palpation réveille une douleur vive mais il n'y a pas de contracture vraie ; il s'agit le plus souvent d'une défense abdominale localisée ou généralisée. La douleur à la décompression brusque de l'ombilic "cri de l'ombilic" peut avoir une valeur équivalente à la défense.

-A la percussion, on note un météorisme abdominal ou une matité des flancs en cas d'épanchement liquidien intrapéritonéal.

-L'auscultation renseigne sur la survenue d'un iléus par un silence abdominal.

-Les touchers pelviens (rectal et vaginal) révèlent une douleur vive au cul de sac de DOUGLAS appelée 'cri du douglas' et/ou au niveau des culs de sac latéraux chez la femme.

5.1.1.2-signes paracliniques.

➤ Signes biologiques

-A la numération formule sanguine, on a le plus souvent une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

-On a une élévation de la protéine C réactive (CRP).

-Le dosage du taux d'hémoglobine, l'ionogramme sanguin, l'azotémie sont pratiqués pour évaluer le retentissement de l'infection, mais pas pour confirmer le diagnostic.

➤ **L'imagerie**

Elle ne doit en aucun cas retarder la prise en charge chirurgicale de la péritonite.

-La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) peut montrer des niveaux hydro-aériques signant un iléus réflexe ou le plus souvent une grisaille diffuse.

-L'échographie et la tomодensitométrie (TDM) abdominales peuvent montrer un épanchement liquidien plus ou moins important. La TDM permet en outre de voir l'infiltration du péritoine.

5.1.1.3-Evolution

Non traitée, la péritonite primitive peut être rapidement mortelle par état septique sévère, ou syndrome de défaillance polyviscérale avec une insuffisance circulatoire aigue, une insuffisance respiratoire, une insuffisance rénale aigue, une défaillance hépatique.

5.1.2-Formes cliniques

5.1.2.1-Péritonite à pyogène

Le tableau clinique peut être franc, semblable à celui de toute péritonite aigue, comportant une fièvre élevée, une altération de l'état général, des perturbations hémodynamiques avec choc transitoire ou

même un collapsus. Il s'y associe des douleurs abdominales diffuses et des troubles du transit avec un iléus ou une diarrhée précédant souvent l'épisode infectieux et pouvant persister.

L'examen abdominal note une distension douloureuse et une défense diffuse ou localisée. Mais le diagnostic de péritonite primitive est reconnu dans la majorité des cas en per opératoire en l'absence de lésion organique intra abdominale. L'aspect et surtout l'examen cyto bactériologique du liquide recueilli peuvent permettre d'orienter le diagnostic.

L'examen direct est négatif ou montre généralement une flore monomorphe alors que les péritonites secondaires sont beaucoup plus souvent associées à une flore mixte et polymorphe. Les germes habituellement retrouvés dans les péritonites à pyogènes sont repartis comme suit :

- Bacille à gram négatif : Escherichia coli, les entérobactéries, klebsielles.
- Bacille à gram positif : les pneumocoques, les streptocoques, les staphylocoques, les entérocoques.

La mise en évidence du germe est rare dans nos conditions.

5.1.2.2-Tuberculose péritonéale

Le germe incriminé est *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacille de Koch (BK) qui est une bactérie aérobie à multiplication lente (temps de multiplication de 20 heures dans les conditions optimales).

Les mycobactéries ont des caractères tinctoriaux qui permettent aisément leur identification. Colorées en rouge par la fuchsine, elles ne sont pas décolorées par l'acide et l'alcool : ces bactéries sont dites *acido-alcoolorésistantes*.

La tuberculose péritonéale comporte un aspect clinique diagnostique différent des autres péritonites primitives. Elle est généralement associée à l'infection au VIH. On distingue habituellement la forme ascitique de la forme sèche. La forme sèche est fibro-caséuse ou fibro-adhésive, la sclérose est considérée comme un processus de guérison, au maximum est réalisé le tableau de la péritonite plastique encapsulante.

Le tableau clinique comporte de façon quasi constante, des douleurs abdominales rarement très violentes, une fièvre modérée associées dans la plupart des cas à une altération nette de l'état général et aux autres signes d'imprégnation tuberculeuse (anémie clinique, asthénie, aménorrhée ou dysménorrhée chez la jeune femme). L'augmentation du volume de l'abdomen peut être frappante, accessoirement l'examen physique mettra en évidence d'éventuelles adénopathies cervicales.

La tuberculose péritonéale peut prendre l'aspect de masse tuberculeuse péritonéale donnant une séméiologie abdominale particulière. A la palpation, on perçoit des gâteaux péritonéaux ; à la percussion, on a une matité en damier.

On peut reconnaître dans certains cas des signes de tuberculose pulmonaire ou surtout pleurale, beaucoup plus rarement une péricardite.

L'absence de toute autre localisation est en fait fréquente et ne doit en aucun cas faire douter du diagnostic.

La leucocytose est souvent inférieure à $8000/\text{mm}^3$, la vitesse de sédimentation (VS) peut n'être que modérément accélérée. En cas d'épanchement liquidien abdominal, une ponction ramènera un liquide jaune, coagulant spontanément, contenant entre 40 et 70 grammes de protides par litre, ce qui permet d'exclure un transsudat en particulier une ascite cirrhotique.

Le liquide d'ascite comporte toujours une lymphocytose prédominante et l'examen direct, la culture et l'inoculation au cobaye sont indispensables. On se souviendra toutefois que dans 30% des cas de péritonite tuberculeuse certifiée, l'inoculation demeure négative et dans 50% des cas, la culture échoue. A moins d'une infection tuberculeuse floride d'autres localisations, c'est bien souvent par la seule laparotomie que le diagnostic sera posé avec certitude grâce à l'examen histologique de pièce de biopsie réalisée qui montre le plus souvent un nodule caséux.

Les réactions cutanées à la tuberculine ne sont pas d'une grande aide au diagnostic.

5.2-Diagnostic différentiel

5.2.1-Les formes pseudo péritonéales de certaines urgences chirurgicales.

5.2.1.1-Le volvulus du grêle

Le diagnostic est évoqué devant l'existence d'une cicatrice de laparotomie orientant vers une occlusion sur bride. Le tableau clinique comporte souvent des signes d'occlusion surtout dans sa forme haute avec des vomissements abondants et à répétition, la dégradation de l'état général est rapide.

5.2.1.2-L'infarctus entéro-mésentérique

Cette pathologie se rencontre sur un terrain particulier : il s'agit d'un homme âgé, athéromateux, avec des antécédents d'angor abdominal. L'auscultation note un silence intestinal. Un discret iléus peut être visualisé à la radiographie de l'abdomen sans préparation. Le diagnostic est confirmé à la laparotomie.

5.2.1.3-La pancréatite aigüe

La symptomatologie douloureuse est identique. La défense épigastrique est parfois particulièrement marquée. Il faut alors rechercher une augmentation de l'amylasémie et de l'amylasurie, une hyperglycémie, une hypercalcémie, en faveur d'une pancréatite aigüe.

5.2.2-Les urgences médicales pseudo péritonéales

Les affections cardio-vasculaires comme l'infarctus du myocarde peuvent s'accompagner de douleur épigastrique violente, voire une défense mais l'irradiation différente de la douleur, les signes auscultatoires et surtout les anomalies du tracé électro-cardiographique systématique devant tout syndrome douloureux abdominal aigu doivent permettre le diagnostic.

La confusion d'une embolie pulmonaire et surtout d'une pneumopathie de la base droite, avec une péritonite est possible. Mais l'attention doit être attirée par l'intensité des signes respiratoires et l'auscultation pulmonaire systématique et soigneuse.

De même, la colique néphrétique peut porter à confusion mais les signes urinaires tels que la pollakiurie, la dysurie ; l'irradiation descendante de la douleur ; une radiographie de l'abdomen sans préparation recherchant une lithiase radio opaque ou l'urographie intraveineuse feront le diagnostic.

D'autres urgences médicales peuvent être évoquées. Ce sont : les porphyries aiguës intermittentes, le purpura rhumatoïde, les angéites nécrosantes.

6 TRAITEMENT

6.1-But

- Assurer une bonne réhydratation hydro électrolytique
- Evacuer l'épanchement et drainer le péritoine
- Traiter l'infection
- Eviter les complications et récidives.

6.2-Moyens

6.2.1-Moyens médicaux

➤ La réanimation

La réhydratation hydroélectrolytique est instituée jusqu'à l'amélioration de l'hémodynamie qui devra être maintenue en équilibre. Les quantités à perfuser dépendent de l'état hémodynamique du malade. Les solutés généralement utilisés sont le ringer lactate, le sérum glucosé isotonique, le sérum salé isotonique, les macromolécules et au besoin les produits sanguins labiles. L'équilibre hydroélectrolytique préopératoire permet d'envisager l'acte chirurgical dans de meilleures conditions. Elle est poursuivie en per et en post opératoire. La pose des sondes urinaire et nasogastrique font partie de cette réanimation.

➤ Les antibiotiques

L'antibiothérapie tient compte de la synergie aérobie-anaérobie. Les antibiotiques doivent être donnés le plus rapidement possible c'est à dire dès que le diagnostic est suspecté sans attendre la

confirmation bactériologique des différents prélèvements. Elle sera prolongée ou modifiée après l'antibiogramme ultérieur.

Les schémas thérapeutiques actuellement associent les beta-lactamines (amoxicilline, ampicilline, ceftriaxone), les imidazolés (métronidazole) et les aminosides (gentamicine).

La durée du traitement pour les péritonites généralisées opérées rapidement diffère de celle des péritonites vues tardivement.

➤ **Les antituberculeux**

Ce traitement est instauré dans le cas de la tuberculose péritonéale et suivi par les centres antituberculeux selon le protocole national.

Les molécules couramment utilisées sont la rifampicine(R), l'isoniazide (H), la pyrazinamide (Z), l'éthambutol (E) et la streptomycine (S).

La durée du traitement est de 6 mois à savoir 2 mois de RHZE en raison de 10mg/kg/jr de Rifampicine, 5 mg/kg/jr d'Isoniazide, 30 mg/kg/jr de Pyrazinamide et 20 mg/kg/jr d'Ethambutol puis 4mois de RH (10mg/kg/jr de Rifampicine et 5 mg/kg/jr d'Isoniazide). La streptomycine est utilisée en cas de rechute ou d'échec.

6.2.2-Moyens chirurgicaux

➤ **Voie d'abord**

- La laparotomie permet une exploration complète de la cavité péritonéale.

- La laparoscopie est une voie d'abord peu invasive qui comporte plusieurs avantages. Sa réalisation nécessite un matériel adapté et une équipe chirurgicale expérimentée.

➤ **Traitement proprement dit**

- Au cours de l'exploration de la cavité abdominale, les prélèvements pour études anatomopathologique ou bactériologique sont effectués.

- La toilette péritonéale comprend l'aspiration de l'épanchement péritonéal et le lavage avec du sérum salé tiède.

- Le débridement péritonéal autant que possible est pratiqué.

- Le drainage abdominal en zone déclive, permet de diriger vers l'extérieur le suintement persistant.

- L'intervention se termine par la fermeture pariétale.

6.3-Indications

6.3.1-Péritonites à pyogène

Le traitement est en principe uniquement médical et repose sur l'antibiothérapie mais dans notre contexte, la laparotomie diagnostique et thérapeutique est presque toujours pratiquée. L'association d'antibiotiques vient compléter le traitement.

6.3.2-Tuberculose péritonéale

Le traitement est essentiellement basé sur le protocole national de lutte contre la tuberculose après confirmation histologique et/ou bactériologique.

L'intérêt d'une corticothérapie est discuté en début de traitement mais son efficacité n'a pas été démontrée.

6.4-Evolution

Elle peut être simple ou émaillée de complications ; les risques de complications sont fonction de la gravité du tableau clinique initial et de l'importance des gestes réalisés. Les complications sont précoces ou tardives :

- Complications précoces : les infections urinaires, la septicémie, les complications pariétales (hémorragie, hématomes pariétaux, suppuration pariétale), les suppurations profondes (abcès sous phrénique, abcès inter anses), les péritonites post opératoires.

- Les Complications tardives : il peut s'agir des occlusions postopératoires par brides et adhérences, les éventrations favorisées par l'obésité, la cachexie, la suppuration pariétale, le drainage intempestif par la cicatrice principale. Elle nécessite une cure chirurgicale.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

OBJECTIFS

1. OBJECTIFS

1.1 Objectif général

Etudier les péritonites primitives dans le service de chirurgie générale et digestive du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou du 1^{er} Janvier 2003 au 31 Décembre 2011.

1.2 Objectifs spécifiques

1. Déterminer le profil épidémiologique des patients souffrant de péritonite primitive dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO.
2. Déterminer les délais de consultation et de prise en charge des patients souffrant de péritonite primitive dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO.
3. Décrire les aspects cliniques et paracliniques des péritonites primitives dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO.
4. Décrire les principes du traitement des péritonites primitives dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO.
5. Rapporter les résultats du traitement des péritonites primitives dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO.

METHODOLOGIE

2. METHODOLOGIE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO de Ouagadougou, au Burkina Faso.

2.1.1. Burkina Faso [38 ; 35]

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé, situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Il est limité à l'Est par le Niger, au Nord-Ouest par le Mali, au Sud par la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo, le Benin.

Il a une superficie de 274.200 km², avec une population totale de 14.017.262 habitants avec une répartition de 93 hommes pour 100 femmes d'après le recensement général de la population et de l'habitation de 2006. Les femmes représentent 51,7% de la population globale. Les moins de 20 ans représentent 57% de la population globale. Les personnes résidentes en milieu rural constituent 77,3% de la population.

Son climat de type soudanien, alterne une saison sèche d'octobre à avril et une saison pluvieuse de mai à septembre.

La population du Burkina Faso est caractérisée par une soixantaine de groupes ethnolinguistiques. Les religions sont dominées par l'islam, le christianisme et l'animisme.

Sur le plan administratif, le système de santé comprend trois (3) niveaux : le niveau central organisé autour du cabinet du ministre et du secrétariat général ; le niveau intermédiaire qui comprend les directions

régionales de la santé (DRS) ; le niveau périphérique représenté par les districts sanitaires.

Les structures publiques de soins sont aussi organisées en trois niveaux qui assurent les soins primaires, secondaires et tertiaires.

Le premier niveau est constitué par le district sanitaire qui comprend deux échelons : le 1^{er} échelon est le Centre de Santé et de Promotion Social (CSPS), le 2^{ème} échelon est le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) ; le deuxième niveau est représenté par le Centre Hospitalier Régional (CHR). Le troisième niveau est constitué par Centre Hospitalier Universitaire (CHU), niveau de référence le plus élevé pour des soins spécialisés. Le rayon moyen d'action théorique des CSPS est de 7,51 km.

Malgré les efforts sur le plan institutionnel et juridique pour rendre plus performant le secteur hospitalier, la qualité des soins offerts est encore faible (soins d'urgence, soins de référence).

2.1.2. Ville de Ouagadougou [35 ; 36]

Elle est la capitale politique et administrative du Burkina Faso. Sa population est de 1.475.223 habitants avec 54,3% de femmes d'après le recensement général de la population et de l'habitation de 2006. La ville est comprise dans la région sanitaire du centre et comporte 5 districts sanitaires, 2 CHU (le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo et le Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De

Gaulle), 1 CHN (le Centre Hospitalier National Blaise Compaoré), 4 CMA et des formations sanitaires privées.

Notre étude s'est déroulée dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO de Ouagadougou

2.1.2.1. CHU-YO.

Créé en 1956 et fonctionnel depuis 1961, le Centre Hospitalier National est devenu en 2002 le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO). Il constitue avec le Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanon de Bobo-Dioulasso (CHUSS) et le Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle (CHUP-CDG) les trois centres hospitaliers universitaires de référence du Burkina Faso. En tant que centre de santé national de référence, le CHU-YO offre des soins spécialisés aux malades des structures périphériques qui y sont référés. Outre sa mission de soins, le CHU-YO a pour vocation de développer la recherche et d'être un partenaire privilégié pour la formation des praticiens médicaux, des sages femmes et du personnel infirmier. Il abrite en son sein les services administratifs, cliniques et médico-techniques dont le service de chirurgie générale et digestive.

2.1.2.2. Service de chirurgie générale et digestive.

Notre étude a été réalisée dans ce service qui comporte trois unités : les urgences viscérales, le bloc opératoire et l'unité d'hospitalisation.

- L'unité des urgences viscérales comprend une salle d'accueil comportant quatre tables d'examen, une salle de mise en observation comportant quinze lits, deux chambres de catégorie, un bloc opératoire comprenant deux salles opératoires dont une seule fonctionnelle.
- L'unité du bloc opératoire comprend deux salles d'opération et une salle de stérilisation. Elle est utilisée pour les interventions programmées.
- L'unité d'hospitalisation de chirurgie générale et digestive a une capacité de quarante huit lits.

Le personnel de chirurgie générale et digestive est composé de :

- ✓ Un professeur titulaire en chirurgie générale et digestive,
- ✓ Un professeur agrégé en chirurgie générale et digestive,
- ✓ Un maître assistant,
- ✓ Un assistant,
- ✓ Un chirurgien cardio-thoracique,
- ✓ Deux oncologues médicaux,
- ✓ Un médecin généraliste,
- ✓ Des médecins en spécialisation en chirurgie, des stagiaires de l'UFR /SDS, de l'USTA et de l'ENSP,
- ✓ Des attachés de santé en chirurgie et en anesthésie réanimation,
- ✓ Des infirmiers diplômés d'état et infirmiers brevetés,
- ✓ Des garçons et filles de salle,
- ✓ Une secrétaire.

2.2. Méthode

2.2.1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective à caractère descriptif, portant sur les dossiers des malades opérés pour péritonite primitive et hospitalisés au CHU-YO. Elle s'étendait du 1^{er} Janvier 2003 au 31 Décembre 2011, soit une période de neuf ans.

2.2.2. Population d'étude

L'étude a concerné tous les patients admis aux urgences viscérales et chez lesquels le diagnostic de péritonite primitive a été retenu.

2.2.2.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude, tous les patients opérés pour péritonite primitive et ayant été hospitalisés dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO durant la période allant du 1^{er} Janvier 2003 au 31 Décembre 2011.

2.2.2.2. Critères de non inclusion

Dans notre étude, tous les patients opérés sans compte rendu opératoire n'ont pas été inclus.

2.2.3. Collecte des données

Les données ont été collectées à partir d'une fiche de collecte comportant les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives recueillies à partir :

- ✓ Des dossiers cliniques des malades
- ✓ Des registres de consultation des urgences viscérales
- ✓ Des registres de comptes rendus opératoires

2.2.4. Saisie et analyse des données

Le logiciel Microsoft Word Office 2007 a été utilisé pour la saisie du texte suivant les instructions de la Convention de Vancouver (14).

Les tableaux et figures ont été réalisés grâce au logiciel Microsoft Excel Office 2007.

Les données ont été saisies et analysées sur un microordinateur à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 12.0.

2.2.5. Considérations éthiques et déontologiques

La collecte des données a été effectuée à partir des dossiers des malades avec l'accord des chefs de service. Les fiches ont été remplies sur place et les informations recueillies concernant les patients sont restées confidentielles et anonymes.

2.2.6. Définitions opérationnelles

- **Péritonite primitive :** nous avons considéré comme péritonite primitive toute inflammation aigue de la cavité péritonéale survenue indépendamment de toute lésion viscérale ou de toute plaie pariétale transfixiante. Tous les cas de péritonites primitives ont été retenus après laparotomie.

- **Profession :** nous avons considéré comme faisant partie du secteur informel les patients exerçant les professions suivantes: commerce, menuiserie, soudure, coiffure, restauration, maçonnerie.

- **Délai de consultation:** c'est le temps écoulé entre le début de la symptomatologie et la consultation aux urgences viscérales (UV) du CHU-YO.

- **Délai de prise en charge:** c'est le temps écoulé entre l'arrivée du patient aux urgences viscérales du CHU-YO et le début de des soins.

- **Durée du séjour:** c'est le temps écoulé entre l'admission du patient aux UV du CHU-YO et sa sortie de l'hôpital.

- **Température :** nous avons considéré comme hyperthermique tout patient ayant une température $\geq 38^{\circ}\text{c}$.

➤ **Syndrome infectieux** : nous avons considéré comme faisant partie du syndrome infectieux, les éléments suivants : une hyperthermie ou une hypothermie associée ou non à une tachycardie et/ou une polypnée.

RESULTATS

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques sociodémographiques.

Durant notre période d'étude nous avons enregistré 2496 cas de péritonites aiguës généralisées. Les péritonites primitives étaient au nombre de 120 et représentaient 4,8% des péritonites aiguës généralisées.

3.1.1. Age

L'âge des patients était compris entre 4 et 80 ans avec une moyenne de 28,93 ans. La tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus représentée avec 44 patients, soit un pourcentage de 36,7%. Les différentes tranches d'âges ont été représentées dans la figure 4.

n=120

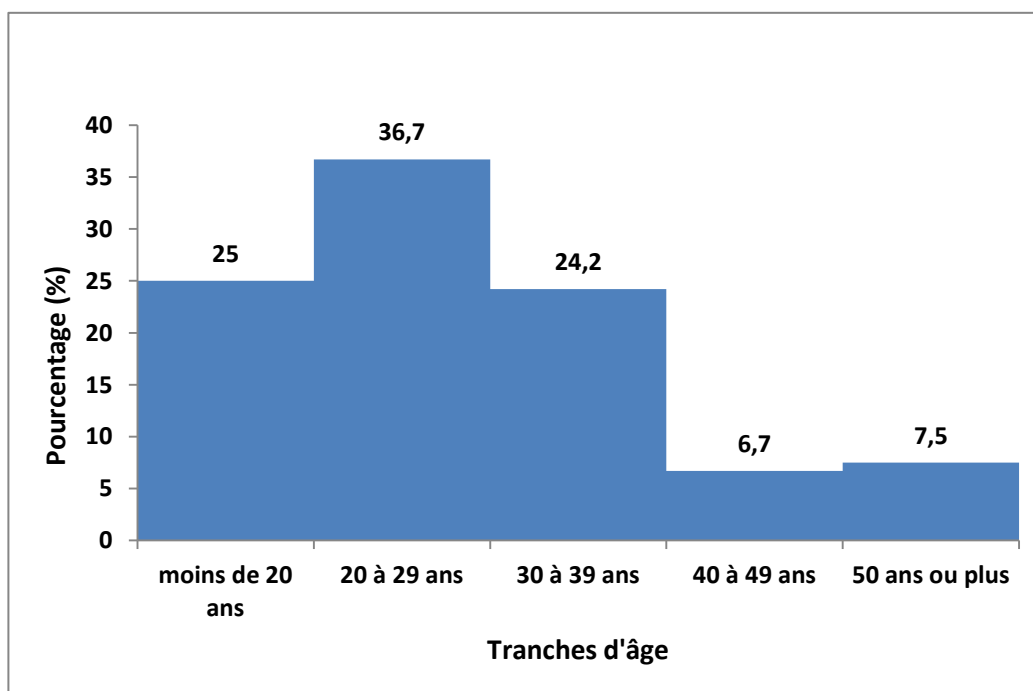


Figure 4: Répartition des patients suivant les tranches d'âges.

3.1.2. Sexe

Notre échantillon était constitué de 49 hommes (40,8%) et de 71 femmes (59,2%) soit un sex-ratio de 0,69.

3.1.3. Provenance

Quatre-vingt quatre patients soit 70% résidaient en zone urbaine tandis que trente six patients soit 30% résidaient en zone rurale.

3.1.4. Profession

La répartition des patients selon leur profession a été représentée dans le tableau I.

Tableau I: Répartition des patients selon leur profession

Professions	Effectifs	Pourcentages (%)
Cultivateur/FAF	57	47,5
Salarié	9	7,5
Secteur informel	33	27,5
Elève/Étudiant	21	17,5
Total	120	100,0

Les cultivateurs et les femmes au foyer représentaient 47,5% des patients.

3.2. Aspects cliniques et paracliniques

3.2.1. Mode d'admission

La répartition des patients suivant le mode d'admission a été représentée dans le tableau II.

Tableau II: Répartition des patients suivant le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage (%)
Direct	12	10
Référence	88	73,3
Transfert	20	16,7
Total	120	100

Les patients étaient le plus souvent référés (73%). Pour 84 patients (95,5%), la référence a été réalisée par un infirmier et pour 4 patients (4,6%) par un médecin.

3.2.2. Motifs de consultation

La répartition des patients suivant le motif de consultation a été représentée dans le tableau III.

**Tableau III : Répartition des patients suivant le motif de consultation
n=120**

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage(%)
Douleur abdominale	120	100
Vomissements	55	45,8
Arrêt des matières et des gaz	53	44,2
Fièvre	49	40,8
Météorisme abdominal	9	7,5
Diarrhée	7	5,8

Tous les patients ont consulté pour douleur abdominale. Elle était associée à des vomissements dans 45,8%, à un arrêt des matières et des gaz dans 44,2%, à une fièvre dans 40,8%.

3.2.3. Délai de consultation

Le délai de consultation a été représenté dans le tableau IV.

Tableau IV : Répartition des patients selon le délai de consultation

Délai de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
≤24 heures	23	19,2
1 à 3 jours	36	30
3 à 7 jours	31	25,8
7 à 14 jours	19	15,8
14 à 30 jours	8	6,7
>30 jours	3	2,5
Total	120	100

Le délai moyen de consultation était de 7,37 jours avec des extrêmes de 12 heures et 90 jours.

3.2.4. Antécédents personnels

La répartition des patients selon les antécédents pathologiques personnels a été représentée dans le tableau V.

Tableau V : Répartition des patients selon les antécédents pathologiques personnels

Antécédents	Effectif	Pourcentage (%)
Tuberculose pulmonaire	1	4,5
Amygdalectomie	1	4,5
IVG	1	4,5
Laparotomie	1	4,5
Douleur abdominale	3	13,7
Pathologie gynécologique	12	54,6
Total	22	100

Un antécédent gynécologique avait été retrouvé chez 12 patientes (54,6%).

3.2.5. Signes généraux

➤ Etat général

A l'admission, 62 patients (51,7%) avaient un état général passable. Un bon état général était retrouvé chez 23 patients (19,2%) et un mauvais état général chez 35 patients (29,2%).

➤ **Etat de conscience**

Parmi les patients, un (0,8%) avait un état de conscience altéré à l'admission.

➤ **Syndrome infectieux**

Nous avons retrouvé un syndrome infectieux chez 68 patients soit un pourcentage de 56,7%.

➤ **Tension artérielle**

La tension artérielle a été prise chez tous nos patients et était normale dans 98 cas (81,7%), abaissée dans 21 cas (17,5%) et élevée chez un patient (0,8%).

➤ **Score ASA_U**

La cotation ASA a été effectuée chez 23 de nos patients. La répartition de ces patients selon le score ASA_U a été présentée dans la figure 5.

n=23

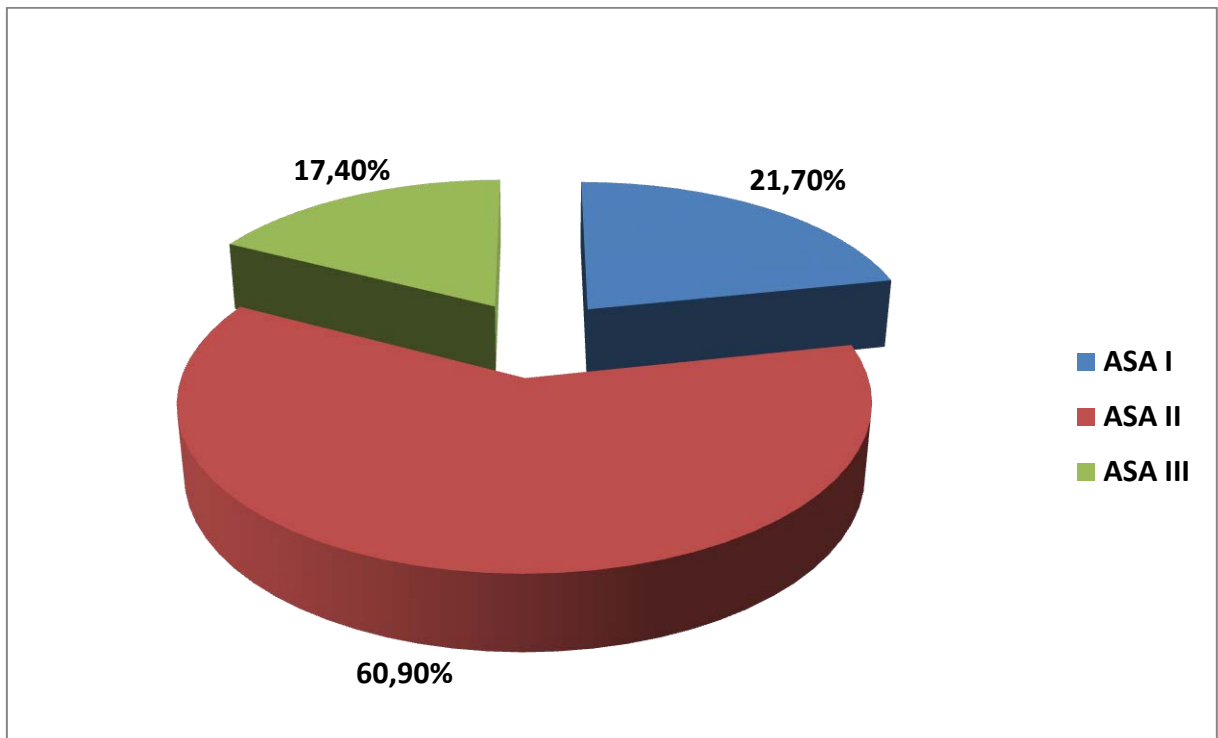


Figure 5 : Répartition des patients selon le score ASA_U.

3.2.6. Signes physiques

➤ Appareil digestif

Les signes physiques retrouvés à l'examen de l'appareil digestif ont été résumés dans le tableau VI.

Tableau VI : Répartition des patients selon les signes physiques**n=120**

Signes physiques	Effectifs	Pourcentages (%)
<u>Inspection</u>		
Abolition de la respiration abdominale	18	15
<u>Palpation</u>		
Douleur provoquée	119	99,2
Défense abdominale généralisée	86	71,7
Contracture abdominale	18	15
Cri de l'ombilic	106	88,3
<u>Percussion</u>		
Normale	51	42,5
Tympanisme	48	40
Matité	21	17,5
<u>Auscultation</u>		
Bruits hydro-aériques	86	71,7
Silence abdominal	34	28,3
<u>Toucher pelvien</u>		
Cri de Douglas	93	77,5

➤ **Autres appareils**

A l'examen physique des autres appareils, nous avons retrouvé des signes d'appel gynécologiques chez 15 patientes (12,5%), des signes d'appel pulmonaires chez 6 patients (5%) et une pathologie chirurgicale

associée chez un patient (0,8%). Une patiente (0,8%) était enceinte de 8mois.

3.2.7. Signes paracliniques

➤ Biologie

La numération formule sanguine faite dans tous les cas a révélé une hyperleucocytose chez 70 patients soit 58,3%, une leucopénie chez 9 patients (7,5%), une leucocytose normale dans 41 cas (34,2%), une anémie dans 50% des cas, une thrombopénie dans 11,7% des cas et une thrombocytose dans 16,7% des cas.

Une insuffisance rénale a été retrouvée chez 19 patients soit un pourcentage de 15,8%.

Le test immunologique de grossesse a été effectué chez 4 patientes et les résultats ont été négatifs dans tous les cas.

Un patient (0,8%) a bénéficié d'une coproculture qui a identifié deux germes : *Escherichia coli* et *candida albicans*.

Aucune étude cyto bactériologique du liquide péritonéal ni hémoculture n'a été réalisée avant la laparotomie.

➤ Imagerie

La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) a été réalisée chez 17 patients (14,2%). Elle a objectivé une grisaille diffuse dans 5 cas (29,4%) et des niveaux hydroaériques dans 12 cas (70,6%).

L'échographie abdominale a été faite chez 26 patients et a permis de confirmer l'épanchement liquidien péritonéal dans 14 cas (53,9%).

Aucun de nos patients n'a bénéficié d'un scanner abdominal à l'entrée.

3.3. Diagnostic

➤ Diagnostic préopératoire

Le tableau VII a résumé la répartition des patients selon le diagnostic préopératoire.

Tableau VII: Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire

Diagnostic préopératoire	Effectif	Pourcentage (%)
Péritonite	103	85,9
OIA	11	9,2
appendicite aigüe	2	1,7
HLB étranglée	1	0,8
cholécystite	1	0,8
sténose du pylore	1	0,8
tuberculose péritonéale	1	0,8
Total	120	100

Le diagnostic de péritonite a été posé chez 103 patients (85,9%) avant la laparotomie.

➤ **Diagnostic per-opératoire**

En per-opératoire, Il a été retenu le diagnostic de tuberculose péritonéale chez 12 patients (10%) et aucune étiologie n'a été retrouvée chez les 108 patients (90%).

3.4. Traitement

3.4.1. Traitement médical préopératoire

Dans tous les cas, le traitement médical a débuté dans un délai inférieur à 24 heures.

Tous les patients ont bénéficié de la prise d'une voie veineuse, de la pose d'une sonde nasogastrique et d'une sonde urinaire à demeure. Le traitement préopératoire a consisté en un remplissage vasculaire à l'aide d'une association de solutés faite de sérum salé isotonique chez 99 patients (82,5%), de ringer lactate chez 63 patients (52,5%) et de sérum glucosé isotonique chez 56 patients (46,7%). Les macromolécules ont été utilisés chez 4 patients (3,3%) et la transfusion sanguine a été nécessaire dans 13 cas soit un pourcentage de 10,8%.

Outre ces mesures, 85 patients (70,8%) ont bénéficié de l'administration d'antipyrétique à base de paracétamol et d'un traitement antalgique à base de paracétamol seul ou associé au néfopam qui a été utilisé chez 102 patients (85%).

En préopératoire, une antibiothérapie probabiliste a été faite chez 98 patients (81,7%). Il s'agissait d'une mono-antibiothérapie dans 48 cas

(49%), d'une bi-antibiothérapie dans 47 cas (48%) et d'une triple antibiothérapie dans 3 cas (3%).

Le tableau VIII a résumé la répartition des patients selon la nature des antibiotiques utilisés avant l'intervention.

Tableau VIII: Répartition des patients selon la nature de l'antibiotique

n=98

Antibiotique	Effectif	Pourcentage (%)
<u>Mono-antibiothérapie</u> n₁=48		
Ceftriaxone	40	83,4
Amoxicilline	4	8,3
Ampicilline	4	8,3
<u>Bi-antibiothérapie</u> n₂=47		
Ceftriaxone+métronidazole	44	93,6
Amoxicilline+métronidazole	1	2,1
Ampicilline+métronidazole	2	4,3
<u>Triple antibiothérapie</u> n₃=3		
Ceftriaxone+métronidazole+gentamicine	1	33,3
Amoxicilline+métronidazole+gentamicine	1	33,3
Ampicilline+métronidazole+gentamicine	1	33,3

3.4.2. Traitement chirurgical

Tous nos patients ont été opérés sous anesthésie générale et ont bénéficié d'une laparotomie médiane.

➤ **Délai de prise en charge chirurgicale**

La répartition des patients selon le délai de prise en charge chirurgicale a été représentée dans le tableau IX.

Tableau IX : Répartition des patients selon le délai de prise en charge chirurgicale

Délai de prise en charge	Effectif	Pourcentage (%)
moins de 24h	57	47,5
24 à 48h	41	34,2
48 à 72H	15	12,5
plus de 72h	7	5,8
Total	120	100

Plus de la moitié des patients (52,5%) ont été opérés dans un délai supérieur à 24 heures.

➤ **Exploration de la cavité péritonéale**

A l'exploration chirurgicale, un épanchement liquidien péritonéal a été mis en évidence chez 98 patients soit un pourcentage de 81,7%.

La figure 6 représente la répartition des patients selon l'aspect du liquide péritonéal.

n=98

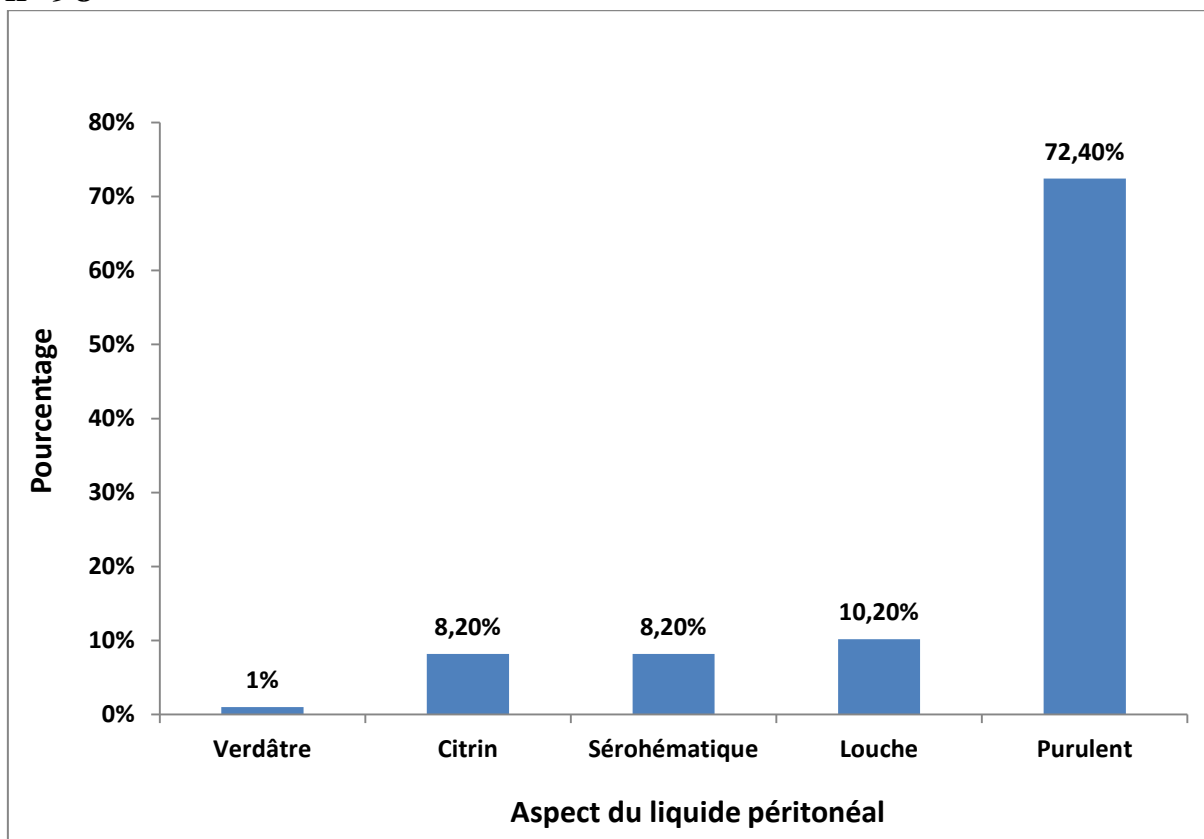


Figure 6 : répartition des patients selon l'aspect du liquide péritonéal.

Le liquide péritonéal était purulent dans 72,4% des cas.

La quantité du liquide péritonéal était de 863,27 ml en moyenne, avec des extrêmes de 20 et 6000 ml. La répartition des patients suivant la quantité du liquide péritonéal a été représentée dans la figure 7.

n=98

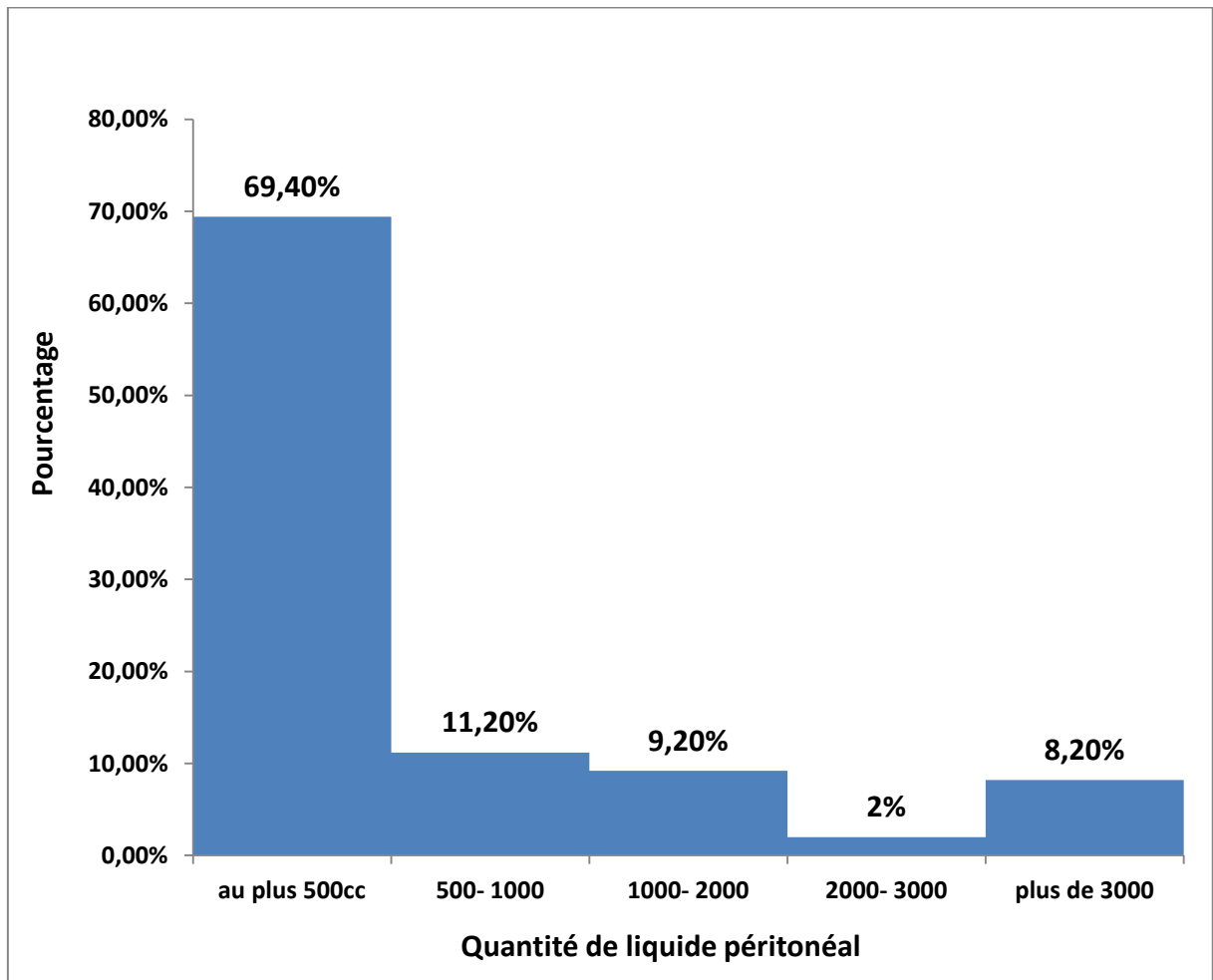


Figure 7 : Répartition des patients suivant la quantité du liquide péritonéal.

➤ **Gestes chirurgicaux réalisés**

Dans 69 cas (57,5%), il a été réalisé un geste en per-opératoire. Le tableau X a résumé la répartition des patients suivant le geste chirurgical réalisé.

Tableau X : Répartition des patients suivant le geste chirurgical réalisé

Geste	Effectif	Pourcentage (%)
Appendicectomie de	28	40,6
Adhésiolyse	18	26,2
Ablation des fausses	9	13,0
membranes		
Biopsie	8	11,7
Annexectomie	3	4,3
Kystectomie	1	1,4
Césarienne	1	1,4
Omentectomie	1	1,4
Total	69	100,0

Il s'agissait, dans 40,6% des cas, d'une appendicectomie de principe. Une toilette abdominale a été effectuée chez 103 patients (85,8%), et un drainage chez 88 d'entre eux (85,4%).

3.4.3. Traitement médical postopératoire

La réanimation médicale a été poursuivie en post opératoire immédiat chez tous les patients opérés.

Les soins post opératoires étaient constitués d'un remplissage vasculaire réalisé à l'aide d'une association de solutés faite de sérum salé isotonique dans 92,5% des cas (111 patients), de ringer lactate dans 91,7% des cas (110 patients) et de sérum glucosé isotonique dans 94,2% des cas (113 patients).

La quantité de soluté perfusé quotidiennement par patient était de 2,7 litres en moyenne avec des extrêmes de 1,5 et 4 litres.

La transfusion sanguine a été nécessaire dans 3 cas soit un pourcentage de 2,5%.

Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement antalgique et 104 patients (86,7%) ont bénéficié d'antipyrétique.

Un traitement antituberculeux a été administré à 10 patients (8,3%) ; les 2 autres patients porteurs de tuberculose péritonéale sont décédés dans les suites post opératoires immédiates.

L'antibiothérapie postopératoire a été administrée à 118 patients (98,3%). D'une durée moyenne de 13,86 jours avec des extrêmes de 2 et 24 jours, elle était constituée, dans 36 cas (30,5%) d'une monoantibiothérapie, dans 69 cas (58,5%) d'une biantibiothérapie et dans 13 cas (11%) d'une triple antibiothérapie. La répartition des patients selon la nature de l'antibiothérapie postopératoire a été représentée dans le tableau XI.

Tableau XI : Répartition des patients selon la nature de l'antibiothérapie postopératoire.

n=118

Antibiotique	Effectif	Pourcentage (%)
<u>Mono-antibiothérapie</u> n₁=36		
Ceftriaxone	21	58,3
Ampicilline	10	27,8
Amoxicilline+acide clavulanique	3	8,3
Amoxicilline	2	5,6
<u>Bi-antibiothérapie</u> n₂=69		
Ceftriaxone+métronidazole	60	87
Amoxicilline+métronidazole	4	5,8
Ceftriaxone+gentamycine	3	4,3
Ampicilline+métronidazole	2	2,9
<u>Triple antibiothérapie</u> n₃=13		
Ceftriaxone+métronidazole+gentamycine	12	92,3
Ampicilline+métronidazole+gentamycine	1	7,7

3.5. Bilan étiologique postopératoire

Aucun sérodiagnostic de Widal ni hémoculture n'a été réalisé.

➤ **Culture du liquide péritonéal**

Effectuée chez 16 patients (13,3%), elle a objectivé *Acinetobacter* dans un cas (6,2%) et n'a retrouvé aucun germe dans 10 cas (62,5%). Pour les 5 autres patients (31,2%), les résultats n'ont pas été retrouvés.

➤ **Examen histologique de pièces de biopsie**

Il a été réalisé chez 13 patients, soit un pourcentage de 10,8%. Il a objectivé des lésions caséo-folliculaires, épithélioïdes et géantocellulaires avec nécrose caséuse centrale, donc une tuberculose péritonéale dans 6 cas (46,2%). Les résultats n'ont pas été précisés chez 7 patients (53,8%).

3.6. Evolution post-thérapeutique

Les suites ont été simples pour 101 patients, soit un pourcentage de 84,2%.

3.6.1. Morbidité

Des complications postopératoires ont été observées chez 18 patients, soit un pourcentage de 15%. Elles étaient constituées par une suppuration pariétale dans 7 cas (38,9%), un syndrome infectieux dans 6 cas (33,3%), une fistule stercorrhale dans 2 cas (11,1%), une péritonite

postopératoire dans 2 cas (11,1%) et une hémorragie de la plaie opératoire dans 1cas (5,6%).

3.6.2. Mortalité

Nous avons enregistré 6 décès soit une mortalité de 5%.

3.6.3. Durée d'hospitalisation et mode de sortie

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10,10 jours, avec des extrêmes de 3 et 29 jours.

Le tableau XII a résumé la répartition des patients suivant le mode de sortie.

Tableau XII : Répartition des patients suivant le mode de sortie.

Mode de sortie	Effectif	Pourcentage (%)
Exéat	111	92,5
Décès	6	5
Décharge	2	1,67
Transfert	1	0,83
Total	120	100

COMMENTAIRES

4. COMMENTAIRES

4.1. Limites et contraintes de l'étude

Les limites de notre étude étaient principalement liées à son caractère rétrospectif ne permettant pas d'avoir des renseignements actualisés et complets sur les différents paramètres étudiés.

En effet, dans certains dossiers, les observations cliniques étaient souvent rédigées partiellement; certains résultats des analyses biologiques, radiologiques et histologiques n'étaient pas consignés ; dans les registres des comptes rendus opératoires et les fiches pré-anesthésiques certains renseignements faisaient défaut.

Aussi, la très faible réalisation des prélèvements de liquide péritonéal au cours des interventions pour étude bactériologique a été un facteur limitant de l'établissement du profil bactériologique pour les péritonites primitives de notre étude. Enfin, l'étude étant rétrospective s'étalant sur neuf ans, le suivi des patients n'avait pas pris en compte les complications postopératoires tardives. Ces aspects ont contribué à rendre difficile la collecte des données.

Cette étude comporte donc un biais en ce sens que certains dossiers ont été exclus du fait de leur caractère incomplet.

4.2. Aspects sociodémographiques

4.2.1. Fréquence

Les péritonites primitives ne sont pas exceptionnelles au CHUYO. Elles ont représenté 4,8% des péritonites aiguës généralisées. Nos résultats sont semblables à ceux de YARBANGA [58] à Ouagadougou et DISCHINO [17] à Dakar qui ont noté respectivement un taux de 5,2% et 5%.

Nos données restent inférieures à celles de ARMITAGE [3], OUATTARA [41], SANOU [46], NALI [39], TIEMTORE [53], TRAORE [55] et DA [15] qui ont observé respectivement un taux de 25 %, 17 %, 14 %, 9,6%, 9,5%, 9% et 6,8% des P.A.G.

En Europe, les péritonites primitives seraient rares. LAURENS [28] a estimé leur fréquence entre 1 et 2%T des péritonites aiguës généralisées.

Les conditions socio-économiques précaires et l'absence d'hygiène expliqueraient en partie l'importance des péritonites primitives dans notre série.

4.2.2. Âge

L'âge moyen dans notre série a été de 28,93 ans. Il est semblable à celui de YARBANGA [58] avec 29,3 ans et supérieur à celui de SAVOIE [47] et TRAORE [55] qui ont noté respectivement 14 ans et 18 ans. LENRIOT [31] affirme que les péritonites primitives restent d'observation relativement courante en particulier en pathologie

pédiatrique et représenteraient 10% environ des urgences pédiatriques en France. Tandis que BARGUELLIL [6] en Tunisie a constaté que les péritonites primitives de l'enfant étaient rares.

La péritonite primitive affecte principalement la population jeune, mais a tendance à toucher la population adulte. Dans notre étude, la tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus représentée. Ceci s'expliquerait par la fréquence de certains terrains prédisposant à cet âge. Ce sont entre autre le syndrome néphrotique, le diabète, la cirrhose et l'immunodépression surtout due au VIH [32 ; 10 ; 6].

4.2.3. Sexe

Dans notre série, la prédominance féminine (59,2%) a été nette comme dans celles de YARBANGA [58] et TRAORE [55] qui ont noté respectivement 65% et 80%. Elle est une donnée classique notée par plusieurs auteurs [17 ; 20 ; 51]. Les cas de péritonites primitives rapportés par BARGUELLIL [6] et BRUN-BUISSON [10] étaient exclusivement de sexe féminin.

Les infections génitales basses fréquentes chez les jeunes filles expliqueraient en partie l'importance des péritonites primitives dans le sexe féminin. La présence d'un dispositif intra-utérin, le post-partum, le post-abortum, les interventions de chirurgie gynécologique, les pratiques sexuelles oro-génitales seraient des facteurs favorisant la péritonite primitive chez la femme jeune [57 ; 11 ; 26].

4.2.4. Provenance

La plupart des patients (70%) provenait du milieu urbain. YARBANGA [58] a fait le même constat avec 72,7%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces patients ont eu plus de facilité d'accès au CHUYO compte tenu de sa situation géographique en milieu urbain.

4.2.5. Profession

Dans notre étude, la majorité des patients étaient cultivateurs, femmes au foyer, élèves ou étudiants (65%). YARBANGA [58] retrouvait également cette prédominance avec 84% des patients. Cela pourrait s'expliquer par le fait que dans la population générale au Burkina Faso, l'activité économique est dominée par l'agriculture et l'élevage qui occupent environ 80% de la population [49]. En outre, le taux élevé de femmes au foyer pourrait être lié à leur faible scolarisation et aux pesanteurs socioculturelles qui prévalent sur elles en Afrique subsaharienne. Ainsi, la majorité des patients était d'un niveau socio-économique à faible revenu ou à revenu inexistant et cela pourrait expliquer le facteur influençant de la pauvreté sur la survenue des péritonites primitives.

4.3. Aspects cliniques

4.3.1. Mode d'admission

La majorité des patients (73%) était le plus souvent référée. En effet, le CHU est au sommet de la pyramide sanitaire du Burkina Faso. Les patients passent d'abord par les centres de santé d'échelons inférieurs

et ne viennent au CHUYO que sur référence. Par ailleurs, certains patients consultent directement (10%) à cause de la proximité du CHUYO.

4.3.2. Motifs de consultation

La douleur abdominale reste le principal motif de consultation dans notre étude comme dans celle de YARBANGA [58] et SAVOIE [47]. Elle est retrouvée chez tous nos patients (100%).

Une proportion de 45,8 % de nos malades a eu des vomissements. Ils ont été moins fréquents avec un taux de 25 % dans la série de YARBANGA [58]. Ces vomissements traduisent l'expression de l'iléus paralytique et sont responsables en partie de la perte liquidienne entraînant déshydratation et troubles électrolytiques [4].

L'arrêt des matières et des gaz retrouvé chez 44,2% de nos patients apparaît lorsque la paralysie intestinale est franche. Il est parfois masqué par une fausse diarrhée réflexe qui est la manifestation initiale de l'irritation intestinale [18].

4.3.3. Délai de consultation

Le délai moyen de consultation a été de 7,37 jours avec des extrêmes de 12heures et 90 jours. TRAORE [55] a noté des résultats plus bas avec un délai moyen de trois jours et des extrêmes de 1 et 10 jours.

Ce retard à la consultation serait dû d'une part au fait que les

douleurs abdominales sont minimisées ou mises sur le compte d'autres pathologies telles que les parasitoses intestinales ou le paludisme et d'autre part au fait que les patients passent d'abord par l'automédication et les tradithérapeutes avant de consulter. Le retard à la consultation serait aussi imputable à l'ignorance des populations et aux erreurs diagnostiques à la consultation initiale effectuée dans les centres de santé primaires.

Le délai extrême de 90 jours dans notre étude a été noté dans un cas de tuberculose péritonéale et cela pourrait s'expliquer par l'évolution chronique de la maladie.

4.3.4. Antécédents

Un antécédent gynécologique a été retrouvé chez 12 patientes (54,6%). Ces résultats sont semblables à ceux de TRAORE [55] qui a noté 55%. L'une des voies de contamination suspectée chez la jeune fille est gynécologique. En effet, après colonisation du vagin, chronologiquement, il y aurait continuité entre cervicite, endométrite, salpingite, pelvipéritonite puis péritonite généralisée [6 ; 20 ; 24].

D'autres voies de contamination notamment la contamination péritonéale depuis le poumon sont reconnues. Les bactéries emprunteraient les vaisseaux lymphatiques qui traversent le diaphragme ou les hiatus reliant les cavités pleurale et péritonéale [20]. Ainsi, un patient de notre série avait une tuberculose pulmonaire.

La contamination par voie sanguine, depuis une localisation infectieuse primitive, par bactériémie transitoire, est aussi possible [19].

4.3.5. Signes généraux

Dans notre série, l'état général était conservé chez 70,9% des patients et 56,7% avaient un syndrome infectieux. YARBANGA [58] a noté dans sa série 30,3% de patients qui avaient un état général conservé et 47% qui présentaient un syndrome infectieux. La rapidité de l'installation des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale [29].

La cotation ASA a été effectuée chez 23 de nos patients soit un pourcentage de 19,2%. Parmi lesquels plus de la moitié (60,9%) était classée ASAI.

4.3.6. Examen physique

La présentation clinique d'une péritonite primitive est peu spécifique d'une péritonite classique [47]. Elle mime souvent une appendicite aiguë chez l'enfant ou une péritonite appendiculaire [40 ; 5]. Le retard à la consultation hospitalière dû à la pauvreté ou au recours à la médecine traditionnelle et l'absence de couverture sociale aggravent ce phénomène. Le tableau clinique est alors évolué. TRAORE [55] et YARBANGA [58] dans leurs études ont noté respectivement un taux de 67% et 64,6% pour ce qui concerne les patients reçus dans un tableau de péritonite asthénique.

4.4. Aspects paracliniques

4.4.1. Biologie

❖ Dans notre étude, la numération formule sanguine avait permis d'objectiver une hyperleucocytose chez 58,3% des patients.

TRAORE [55] et YARBANGA [58] ont trouvé dans leur étude une hyperleucocytose respectivement chez 61,8% et 89,4% des patients.

L'hyperleucocytose reste un argument d'une grande valeur diagnostique de péritonite dans un contexte clinique évocateur et est la traduction biologique d'une infection.

❖ Dans notre étude, aucune étude cyto bactériologique du liquide péritonéal ni hémoculture n'a été réalisée avant la laparotomie.

Cela pourrait s'expliquer par l'indisponibilité de celles-ci en urgence, par l'absence de matériel adéquat et par le manque de ressources financières de la majorité de la population. Aussi en l'absence d'hyperthermie, les hémocultures ne peuvent être réalisées chez tous les patients.

❖ Trois patients (2,5%) dans notre série étaient de sérologie HIV positive. GLASSER [21] suggère que l'augmentation constante de l'épidémie à VIH doit faire pratiquer une recherche systématique d'immunodépression. Le rôle de l'infection à VIH comme facteur favorisant la péritonite tuberculeuse a été souligné par SAWADOGO [48] et THOREAU [49]. De plus, d'autres auteurs préconisaient la recherche

systematique d'une infection au VIH dans toute tuberculose péritonéale dans notre région [22 ; 56].

4.4.2. Imagerie

❖ La radiographie de l'abdomen sans préparation a été réalisée chez 17 patients (14,2%). Elle mettait en évidence des niveaux hydroaériques et une grisaille diffuse comme dans les séries de TRAORE [55] et YARBANGA [58]. Il faut noter que la radiographie de l'abdomen sans préparation malgré son importance pour l'approche diagnostique dans les pays en développement car plus disponible ne montre pas de signes spécifiques en faveur du caractère primitif de la péritonite.

❖ L'échographie abdominale a été faite chez 26 patients dans notre étude et a permis de confirmer l'épanchement liquidien péritonéal dans 14 cas (53,9%). Sa réalisation est limitée dans notre contexte à cause de son coût élevé et son indisponibilité en urgence obligeant les patients à l'effectuer dans les structures sanitaires privées de la ville de Ouagadougou.

❖ En Europe, ce sont les examens complémentaires de qualité comme la tomodensitométrie qui aident au diagnostic de péritonite primitive en montrant l'absence de solution de continuité du tube digestif. BRIVET [9] a étudié La valeur de la tomodensitométrie qui permettrait d'éliminer

le diagnostic de péritonite secondaire. Aucun de nos patients n'a bénéficié d'un scanner abdominal. En effet, cet examen n'est réalisable que ponctuellement.

4.5. Diagnostic

Le diagnostic de péritonite a été posé chez 103 patients (85,9%) avant la laparotomie et en per-opératoire, Il a été retenu le diagnostic de tuberculose péritonéale chez 12 patients (10%) et aucune étiologie n'a été retrouvée chez les 108 patients (90%). Dans notre étude comme dans celles d'autres auteurs effectuées en Afrique, le diagnostic de péritonite primitive a été exclusivement fait en per-opératoire par l'absence de foyer primitif intra abdominal [55 ; 58, 47 ; 20]. La laparotomie diagnostique et thérapeutique a été la méthode la plus utilisée. La chirurgie permettait en plus de faire des prélèvements bactériologiques ou des biopsies de nodules péritonéaux pour étude cytopathologique.

4.6. Aspects thérapeutiques

4.6.1. Traitement médical

Il a été institué avant, pendant et après l'intervention. Il consistait à corriger les troubles hydroélectrolytiques, à lutter contre la douleur et à traiter les infections.

❖ La réanimation

Elle a été systématique chez tous les patients en pré, per et post opératoire et a consisté en une mise en condition du malade (SNG, SU,

VV) et en une réhydratation hydroélectrolytique. Treize patients (10,8%) avaient bénéficié d'une transfusion sanguine.

❖ **Le traitement antalgique**

Le traitement antalgique essentiellement à base de paracétamol et/ou de néfopam a été administré chez 85% de nos patients. Il est unanimement admis que la lutte contre la douleur en pré, per, et post opératoire est importante dans la prise en charge des patients.

❖ **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 péritonéale.

L'antibiothérapie est probabiliste jusqu'aux résultats de culture si celle-ci a été faite. Dans notre série, l'association ceftriaxone-métronidazole a été l'option la plus utilisée (93,6% en préopératoire et 87% en postopératoire) en ce qui concerne la biantibiothérapie.

L'administration parentérale a été faite pendant les premiers jours pour obtenir une bonne concentration péritonéale, ensuite le relai s'est fait par la voie per os après reprise du transit.

Un traitement antituberculeux a été administré à 10 patients (8,3%).

4.6.2. Traitement chirurgical

➤ **Délai de prise en charge chirurgicale**

Dans notre étude, plus de la moitié des patients (52,5%) a été opérée dans un délai supérieur à 24 heures. Ces données sont supérieures à celles de TRAORE [55] qui a observé 6,4% des patients.

Ce retard à l'intervention serait dû d'une part aux faibles moyens financiers des patients ne pouvant pas acheter les produits pharmaceutiques pour la réanimation, les examens complémentaires, et d'autre part, au mauvais état général des patients ne permettant pas une intervention chirurgicale immédiate. Aussi, la non disponibilité des produits sanguins, l'insuffisance de personnel médical ou de matériels opératoires et la non application de la politique des soins d'urgence qui consiste en une prise en charge sans prépaiement prolongeraient ces délais.

➤ **La voie d'abord**

Dans notre série, la laparotomie a été systématique chez tous les patients comme dans celles de TRAORE [55], YARBANGA [58] et TIEMTORE [53]. Dans nos conditions de travail, la laparotomie constitue un moyen de diagnostic. Il s'agissait d'une laparotomie médiane sus et sous ombilicale car elle permet une ouverture large et une meilleure toilette péritonéale.

L'utilisation de la coelioscopie est actuellement possible dans le traitement chirurgical de la péritonite en Afrique [2 ; 13 ; 45] mais elle

n'a pas été pratiquée dans notre étude. Cet abord mini-invasif permettrait de s'assurer de l'absence de lésion intra péritonéale responsable et est tout à fait adapté à une toilette péritonéale efficace. La coelioscopie permettrait également d'améliorer les moyens de protection individuelle et collective en milieu chirurgical d'autant plus que le statut sérologique des patients n'est souvent pas connu avant l'intervention.

➤ **Exploration de la cavité péritonéale**

La quantité de liquide péritonéal aspiré était de 863,27 ml en moyenne, avec des extrêmes de 20 et 6000 ml. Ce liquide était purulent dans 72,4% des cas. Nos données sont inférieures à celles de YARBANGA [58] qui a noté un liquide péritonéal purulent dans 89,4% des cas.

Cette quantité importante de pus pourrait être due au retard de consultation.

Au cours de l'exploration, l'aspect de la cavité abdominale a permis dans 12cas (10%) de poser le diagnostic de péritonite tuberculeuse et de le confirmer secondairement par les analyses spécifiques.

➤ **Gestes chirurgicaux réalisés**

Après la laparotomie, une toilette abdominale avec du sérum physiologique a été effectuée chez 103 patients (85,8%), et un drainage

chez 88 d'entre eux (85,4%). En effet, la mise en place du drain permet l'évacuation du liquide resté dans la cavité abdominale.

Il a été réalisé, dans 40,6% des cas, une appendicectomie de principe. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'on pense toujours à enlever l'appendice lorsqu'aucune lésion viscérale n'est retrouvée à la laparotomie.

4.6.3. Soins postopératoires

La surveillance postopératoire a été réalisée chez tous les patients de notre étude. Elle a été composée de la surveillance clinique, la rééquilibration hydroélectrolytique, le traitement antalgique et de la poursuite de l'antibiothérapie dans la majorité des cas. A la reprise du transit, le traitement par voie parentérale a été remplacé par la voie orale.

4.7. Bilan étiologique postopératoire

La culture du liquide péritonéal a été effectuée chez 16 patients (13,3%), elle a objectivé *Acinetobacter* spp dans un cas (6,2%) et elle était stérile dans 10 cas (62,5%). Pour les 5 autres patients (31,2%), les résultats n'ont pas été retrouvés. Dans l'étude de YARBANGA [58] la culture du liquide péritonéal a été réalisée chez quatre patients (6%) et a révélé *Escherichia Coli* (un cas), *klebsiella Pneumoniae* (un cas) et était stérile dans deux cas. Dans la série de SAVOIE [47], la mise en culture

du prélèvement de l'épanchement péritonéal était positive dans 14 cas (93%), stérile dans un seul cas. Elle a mis en évidence *Escherichia Coli*, *Acinetobacter spp*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* et des BGN non identifiés.

Dans la majorité des cas, les péritonites primitives sont monobactériennes [44]. Le germe est un BGN dans 80% des cas [19] avec environ 50 % d'*Escherichia coli* [8].

Le faible taux de réalisation de la culture du liquide péritonéal dans notre étude pourrait s'expliquer par le manque de ressources financières de la majorité de la population et aussi par le non fonctionnement du laboratoire de bactériologie la nuit limitant ainsi la réalisation des prélèvements.

L'examen histologique de pièces de biopsie a été réalisé chez 13 patients (10,8%). Il a objectivé des lésions de tuberculose péritonéale dans six cas.

4.8. Aspects évolutifs

4.8.1. Evolution postopératoire

➤ Morbidité

Les complications ont émaillé les suites opératoires dans 15,8% des cas. Ce pourcentage est supérieur à celui de YARBANGA [58] qui a noté 12,1% et inférieur à celui de DA [15] et TIEMTORE [53] avec respectivement des taux de morbidité de 22,7% et 41,6%.

La suppuration pariétale était la plus fréquente (36,8%). En effet, la non désinfection systématique des blocs opératoires et des services de post opérés, l'absence de protection de la plaie opératoire, les ruptures fréquentes des médicaments en post opératoire pourraient expliquer ce constat.

➤ **Mortalité**

Dans notre série, la mortalité des péritonites primitives a été de 5%. Ce taux est comparable à celui de YARBANGA [58] et TIEMTORE [53] qui ont noté respectivement 4,5% et 4,1%. La mortalité relevée dans notre série est inférieure à celle de TRAORE [55], OUATTARA [41], DA [15], SANOU [46] et DISCHINO [17] qui ont noté respectivement un taux de 11%, 11,8%, 12%, 19,48% et 20% mais reste élevée. Il n'y a pas eu de décès dans les séries de BAZIRA [7], NALI [39] et SAVOIE [47]. Cette mortalité pourrait être due d'une part aux conditions socioéconomiques précaires, à l'ignorance des patients et au retard à la consultation et d'autre part au retard à l'intervention et à une insuffisance de réanimation.

4.8.2. Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10,10 jours, avec des extrêmes de 3 et 29 jours. Elle est comparable à la moyenne de 10,6 jours notée par YARBANGA [58]. Cette durée moyenne d'hospitalisation élevée serait due à la morbidité post opératoire obligeant le prolongement du séjour hospitalier du patient.

CONCLUSION

CONCLUSION

Les péritonites primitives ne sont pas exceptionnelles au CHUYO. Elles affectent principalement la frange jeune mais ont tendance à toucher la population adulte. La fréquence élevée des infections génitales basses chez les jeunes filles expliquerait la prédominance féminine. La tuberculose péritonéale, favorisée par l'infection à VIH occupe une place non négligeable.

Se manifestant habituellement par une douleur abdominale, les péritonites primitives sont diagnostiquées exclusivement en peropératoire par l'absence de foyer primitif intra abdominal. La laparotomie diagnostique et thérapeutique a été pratiquée dans tous les cas. La cœlioscopie, voie d'abord peu invasive mais d'utilisation rare, permet d'améliorer les moyens de protection individuelle et collective en milieu chirurgical.

Les péritonites primitives sont monobactériennes et la culture du liquide péritonéal permet d'isoler le germe responsable afin d'adapter l'antibiothérapie.

Les suites opératoires se sont compliquées essentiellement de suppuration pariétale et la mortalité reste élevée.

L'amélioration des conditions de vie, le changement de comportement, la disponibilité des moyens techniques et médicamenteux et une prise en charge multidisciplinaire associant réanimateurs, chirurgiens et bactériologistes pourraient réduire considérablement la fréquence de la péritonite primitive au CHUYO.

SUGGESTIONS

SUGGESTIONS

Au terme de notre étude nous formulons des suggestions en vue d'améliorer la prise en charge et de diminuer la mortalité des péritonites primitives.

➤ **Au ministre de la santé**

- Promouvoir la formation médicale continue des agents de santé sur les urgences chirurgicales
- Renforcer la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle.

➤ **Au Directeur du CHU-YO**

- Promouvoir l'utilisation de la coelioscopie dans le service de chirurgie générale et digestive
- Rendre accessible et renforcer le plateau technique des services d'aide au diagnostic du CHUYO
- Améliorer le système d'archivage en informatisant les dossiers des malades.

➤ **Aux agents de santé**

- Eduquer la population pour une meilleure hygiène de vie
- Faire plus de prélèvement de liquide péritonéal au cours des interventions afin de réaliser fréquemment l'étude cytobactériologique

- Noter correctement les observations cliniques et les comptes rendu opératoires dans les dossiers médicaux.

➤ **A la population**

- Respecter les mesures d'hygiène individuelle et collective
- Consulter le plus tôt possible devant toute douleur abdominale dans une structure sanitaire
- Eviter l'automédication.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. A Sicard, J Mialaret, M Roux.

Pathologie chirurgicale, 3^{ème} édition, Paris, Masson, 1978,842-844

2. Abed M, Ben Amar M, Guirat M A, Cheikhrouhou H, Amouri A, Khlif M et al.

Traitement laparoscopique des ulcères duodénaux perforés : 84 cas en Tunisie
Med Trop 2009 ; 69 : 569-572.

3. Armitage T. C, Williamson R. C.

Primary peritonitis in children and adults: Prostgrad Med. 1983, 5, 59:21-24.

4. Balmes M.

Sémiologie générale des péritonites aiguës diffuses
Soins Chir 1989 ; N° 102 / 103

5. Barbier J, Carretier M, Rouffineau J, Kraimps J.

Péritonites aiguës
EMC, Urg, 1988, 24048 B ; 18p.

6. Barguellil F, Gordah N, Benaies N, Amor A, Ben Aleya M.

Péritonite primitive à pneumocoque chez l'enfant. Méd. Trop. 1996 ; 56 : 279-281.

7. Bazira L, Ndavizamba G, Midonzi D, Amstrong O.

Etude rétrospective des facteurs influençant la mortalité des péritonites aiguës sur une série de 124 cas.
Médecine d'Afrique Noire. 1998, 35 (7).

8. Boixeda D, De Luis Da, Aller R, De Argila Cm.

Spontaneous bacterial peritonitis. Clinical and microbiological study of 233 episodes. J Clin Gastroenterol 1996; 23: 275-9.

9. Brivet FG, Smadja C, Hilbert U et Coll.

Usefulness of abdominal CT scan in severe peritoneal sepsis linked to primary peritonitis. Scand J Infect Dis 2005; 37: 76-8.

10. Brun-buisson C H.

Péritonites primitives

Rev Prat 1986 ; 36 : 1051-1058.

11. Bruyn GA.

Spontaneous peritonitis in young women (letter).

Clin Infect Dis 1993; 16: 728-729.

12. Cady J, Kron B.

Anatomie du corps humain. 2^{ème} édition. Paris IV : Maloine, 1982 : 12-14 .

13. Casanelli J M, Keli E, N'dri J, Aboua G, Keita M, Meneas G, et coll.

Bilan de quatre années de chirurgie laparoscopique à Abidjan. Med Top. 2007 ; 67 : 481-484.

14. Barron J P.

The uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals recommended by the international committee of medical journal. Editors, chest, 2006 Apr; 129 (4): 1098-9.

15. Da D C.

Les péritonites aiguës généralisées : aspects épidémiologiques et thérapeutiques au CHNSS de Bobo-Dioulasso. A propos de 369 cas. Thèse de Méd. Université de Ouagadougou : 2002. n°15, 89p.

16. Dembélé B M.

Etude des péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital GABRIEL TOURE.
Th. Med. Mali 2005 page 89-90.

17. Dischino M, Vitris M, Becmeur F, Saud V, Maistre B.

Les péritonites aiguës. A propos de 100 cas à l'hôpital principal de Dakar. Dakar Méd. 1983, 28, 4 : 687-702.

18. Fagniez PL, Serpeau, Thomson C.

Péritonites aiguës
Encycl Méd Chir Estomac RéIntestin 1982 ; 9045 A10, 6.

19. Fernandez J, Navasa M, Gomez J et Coll.

Bacterial infections in cirrhosis: epidemiological changes with invasive procedures and norfloxacin prophylaxis. Hepatology 2002; 35:140-8.

20. Garnache F, Simon M, Goffinet P.

Péritonites primitives à streptococcus pneumoniae.
S Gyn Obst Biol Reprod 1997, 26 : 617-622.

21. Glasser J, Morton-Kute L, Berger S, Weber J.

Recurent salmonella typhimurium bacteriemia associated with the AIDS.

Ann Intern Med 1985 ; 102 : 189-193.

22. Hamid M, Willemin B.

Forme aigue de la tuberculose péritonéale. Diagnostic différentiel avec un abdomen aigu.

J Med Stra 1995 ; 29(3) : 65-68.

23. Harouna Y, Abdou I, Saidou B, Bazira L.

Les péritonites en milieu tropical. Particularités étiologiques et facteurs pronostiques actuels. A propos de 160 cas.

Med Mal Infect 1995; 25(spécial) : 100-111.

24. Isner J, Macdonald JS, Schein PS .

Spontaneous Streptococcus pneumonia peritonitis in a patient with metastatic gastric cancer: a case report and etiologic consideration. Cancer 1977; 39: 2306-9.

25. Kamina P.

Précis d'anatomie clinique. 2^{ème} édition. Tome III. Paris : Maloine ; 2007.

26. Kunkler RB, Tomsom CRV, O'Briens TS.

Primary pneumococcal peritonitis.

Br J Hosp Med 1992; 47: 262-266.

27. L Muller

Péritonite en réanimation.

Université Montpellier, faculté de médecine.

28. Laurens E, Poirier T, Viand J Y, Fabre X, Lorre G.

Péritonite primitive à Salmonella brandenburg chez une patiente non immunodéprimée.

J chir 1991 ; 128(5) : 240-242.

29. Le Treut YP

Péritonites aiguës : Physiopathologie, étiologie, diagnostic, évolution,
Traitement

Rev Prat (Paris) 1993 ; 43 (3) : 259-262.

30. Leger L, Boutelier P.

Péritonites aiguës

Ed Masson. Sémiologie chirurgicale. 6^{ème} Ed. Paris 1999 ; 240-248.

31. Lenriot S. P.

Péritonites aiguës

Encyclopédie Médico-chirurgicale, Paris, Urgences, 12-1975, 240 48 B 10.

32. Lenteschener C.

Les péritonites : prise en charge per et postopératoire.

Med Mal Infect 1995 ; 25 : 100-111.

33. Levy E, Frileux P, Olivier J-M, Massini J P, Borie H, Guilmet C.

Principes de réanimation des péritonites diffuses.

Ann Chir 1985 ; 39(8) : 557-569.

34. Levy E, Parc R.

Histoire spontanée ou provoquée du péritoine et des péritonites.

Ann.chir, 1985 ; 39(8) : 531-537

35. Ministère de l'économie et des finances du Burkina Faso/ Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Recensement général de la population et de l'habitat de 2006 : résultats définitifs. Juillet 2009 : 55p.

36. Ministère de la santé du Burkina Faso / Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Annuaire statistique 2008. 2009, 275p.

37. Ministère de la santé du Burkina Faso/Programme National Tuberculose : Guide technique de lutte contre la tuberculose. Edition 2011.155p.

38. Ministère de la santé du Burkina Faso.

Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010 (PNDS). 2001, 56p.

39. Nali M. N, Pianick V, Ramadan G. M, Cadeoue F, Lochouarn P, Badaya-Ngaro S.

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

40. Navia M J, Caroli P L.

Primary peritonitis in previously healthy children.

Ann Ped 2004; 61: 554-566.

41. Ouattara T, Bonkougou B, Kambou T.

Les facteurs de gravité des péritonites au CHNSS de Bobo-Dioulasso : A propos de 47 cas. Annales de l'université de Ouagadougou Série B, vol II. 1994 : 44-93.

42. Parc Y, Frileux P.

Péritonite aigue diffuse (physiopathologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement). Rév Prat. 1998, 48 : 2311-2315.

43. Poilleux F et al.

Séméiologie chirurgicale. 4ème édition. Paris IV : Flammarion Médecine-Sciences, 1979 : 971-989.

44. Runyon Ba

Early events in spontaneous bacterial peritonitis.
Gut 2004; 53: 782-4.

45. Sanogo ZZ, Yena S, Doumbia D, Ouattara MO, Koita AK, Sidibé S et coll.

Bilan de 45mois d'activités de coeliochirurgie à Bamako. Mali Médical 2007 TXXII N 2 P47-51.

46. Sanou A, Traoré S. S, Sano D, R. Dakouré.

Les abdomens chirurgicaux au CHN Yalgado Ouédraogo (bilan de 5 ans d'activité). Ann. De l'université de Ouagadougou. Série B, vol III. 1995

47. Savoie P H, Peycru T, Mingoutaud L, Sow A, Biance N, Pauleau G, Garcia L, Farthouat P.

Péritonites primitives en Afrique subsaharienne : A propos de 15 cas.
Med Trop. 2007 ; 67 : 154-158.

48. Sawadogo A, Ilboudo P, Peghini M, Zoubga A.

Tuberculose péritonéale et infection par le VIH.

Réflexion à propos de 22 cas à l'hôpital national de Bobo-Dioulasso.

Bull Soc Pathol Exot. 2001; 94(4): 296-299.

49. Sedego M.

Programme de valorisation des résultats de recherche et des innovations au Burkina Faso. Septembre 2009. Consultable à <http://www.valorisation-rri.bf>.

Dernière mise à jour : Septembre 2009 (consulté le 10/10/12).

50. Seguin P, Aguilon D, Malledant Y.

Antibiothérapie des péritonites communautaires.

France 2004 : 169-79. Consultable à l'url : <http://www.emc-consulte.com> (consulté le 10/10/12).

51. Sheer T, Runyon B.

Spontaneous bacterial peritonitis.

Dig. dis. 2005; 23: 39-46.

52. Thoreau N, Fain O, Babinet P, Lortholary O.

Tuberculose péritonéale: 27 cas dans la banlieue Nord-Est de Paris.

Int. J. Tuber. Lung. Dis. 2002 ; 6(3) : 253-258.

53. Tiemtoré W O.

Les péritonites aiguës généralisées au CHN Yalgado Ouédraogo. Aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques. Thèse de Médecine Université de Ouagadougou : 2002-2003. n°63, 120p

54. Traoré k.

Péritonites communautaires au CHU YO : aspects sociodémographiques, diagnostiques, étiologiques et facteurs pronostiques au CHUYO.

Thèse méd. Ouagadougou 2011. N°178, 96p.

55. Traoré S S, Zida M, et coll.

Les péritonites primitives au CHNYO de Ouagadougou.

A propos de 55 cas.

J Afr Chir digest. 2003 ; 3(2) : 264-266.

56. Traoré S S, Zida M, Goumbri O M.

Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge de la forme aigue de la tuberculose péritonéale au Burkina Faso.

Rev Int Sc Med 2007 ; 9(2) : 25-28.

57. Westh H, Skibsted L, Korner B.

Streptococcus pneumonia infections of the female genital tract and in the newborn child.

Rev Infect Dis 1990; 12: 416-422.

58. Yarbanga M P Y.

Les péritonites primitives : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au CHUYO de Ouagadougou (A propos de 66 cas).

Th Med Ouagadougou. 2008. N°111. 73p.

ANNEXES

1. FICHE DE COLLECTE

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS DES PERITONITES PRIMITIVES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO. A PROPOS DE CAS.

FICHE DE COLLECTE N°.....

1. IDENTITE DU PATIENT

N° de dossier du malade.....

Nom et Prénom(s)

Age du malade... \.....\ ans

Sexe... \.....\ 1=Masculin 2=Féminin

Profession.....

1=Cultivateur/Femme au foyer 2=Salarié(e) 3=Secteur informel

4=Elève/Étudiant(e)

Provenance... \.....\ 1=urbaine 2=rurale

2. ADMISSION AUX URGENCES VISCERALES

Date d'admission... \.....\.....\.....\

Mode d'admission :... \.....\ 1=direct 2=consultation 3=référence

4=transfert

Qualification du personnel référant :... \.....\

1=infirmier 2=médecin généraliste 3=médecin spécialiste

4=autres (préciser) \.....\

Motif de consultation : \.....\

1=Douleurs abdominales 2=Arrêt des matières et des gaz 3=Hoquet

4=Météorisme abdominal 5= Vomissement 6=Fièvre 7= Diarrhée

8=Autre (préciser) \.....\

Mode de début : \.....\ 1=brutal 2=Progressif

Délai de consultation : \.....\

3. ANTECEDENTS

Personnels \... \

1=VIH 2=Synd néphrotique 3=Dialyse 4=Cirrhose 5=Tuberculose

6=Gynécologique 7=autres (préciser)

8=néant

Familiaux \..... \ 0= néant 1=Médicaux 2=Chirurgicaux

4. EXAMEN A L'ENTREE

4.1.signes généraux

Etat général \.....\ 1=bon 2=passable 3=mauvais

Etat de conscience \.....\ 1=normal 2=altéré

Coloration des conjonctives \.....\ 1=bonne 2=moyenne 3=mauvaise

Etat d'hydratation et de nutrition \.....\ 1=bon 2=mauvais

Œdème des membres inférieurs \.....\ 1=oui 2=non

Constantes : T°\.....\ FC\.....\ FR\.....\ TA\.....\

Syndrome infectieux : \.....\ 1=oui 2=non

4.2. Signes physiques:

➤ Appareil digestif

Abolition de la respiration abdominale/...../ 1=oui 2=non

Douleurs provoquées\.....\ 1=oui 2=non

Défense abdominale\.....\ 1=oui 2=non

Contracture abdominale\.....\ 1=oui 2=non

Cri de l'ombilic\.....\ 1=oui 2=non

Percussion\.....\ 1=Normal 2=Tympanisme 3=Matité

Auscultation\.....\ 1=Silence 2=Bruits hydro-aériques

Cri de Douglass\.....\ 1=oui 2=non

➤ Autres Appareils

.....
.....
.....

5. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES PREOPERATOIRES

5.1. Biologie

GB:.....

GR:.....

Plaquettes:.....

Hémoculture.....

Sérodiagnostic de Widal.....

Coproculture.....

Examen cytobact du liquide de ponction péritonéal :.....

IDR.....

Fonction rénale\..... \ 1 =normale 2=altérée

TIG.....

Autres:.....

5.2.Imagerie

Radiographie de l'ASP.....

Echographie abd-pelv.....

Transit du grêle

Autres:.....

6. DIAGNOSTIC

6.1.Diagnostic préopératoire

6.2.Diagnostic per opératoire

7. SCORE ASA (American Society of Anesthesiologists) \.....

8. TRAITEMENT

8.1.Réanimation préopératoire

Délai de la PEC\.....

Voie veineuse périphérique\.....\1=oui 2=non

Sonde naso-gastrique\.....\1=oui 2=non

Sonde urinaire\.....\1=oui 2=non

Oxygénothérapie\.....\1=oui 2=non Débit/...../

Remplissage vasculaire\.....\ 1=oui 2=non

a=Gélofusine b=transfusion c=ringer lactate d=SSI

e=SGL f=Autres/...../

Quantité de soluté:/...../

Antipyrétique\.....\

1=oui (préciser) 2=non

Antalgique\.....\

1=oui (préciser) 2=non

Antibiotique(s)\.....\ 1=oui 2=non

-Nature:/...../

-Posologie:/...../

-Durée:/...../

8.2. Chirurgical

Délai entre admission aux UV et traitement chirurgical\.....\

Aspect du liquide péritonéal\.....\

Quantité du liquide péritonéal\.....\

Toilette péritonéale\.....\ 1=oui 2=non

Geste chirurgical réalisé\.....\

Drainage\.....\ 1=oui 2=non

Soins postopératoires :

-Remplissage vasculaire\.....\ 1=oui 2=non

a=Gélofusine b=transfusion c=ringer lactate d=SSI

e=SGI f=Autres/...../

Quantité de soluté:/...../

-Antipyrétique\.....\

1=oui (préciser) 2=non

-Antalgique\.....\

1=oui (préciser) 2=non

-Antibiotique\.....\ 1=oui 2=non

Nature/...../

Posologie:/...../

Durée:/...../

-Antituberculeux\.....\ 1=oui 2=non

Nature:/...../

Posologie:/...../

Durée:/...../

-Antiparasitaire\.....\ 1=oui 2=non

Nature:/...../

Posologie:/...../

Durée:/...../

-Autres/...../

9. BILAN ETIOLOGIQUE POST OPERATOIRE

Hémoculture.....

Sérodiagnostic deWidal.....

Résultats de la culture du liquide péritonéal.....

Résultats histopathologiques.....

Autres.....

10.EVOLUTION

Suites opératoires \.....\

1=simple 2=compliquées (préciser).....

Statut de sortie\.....\

1=exéat 2= évation 3=transfert 4=décharge 5=décès

11.DUREE DU SEJOUR :.....

2. Score American Society of Anesthesiologists

- Classe I : Patient en bonne santé
- Classe II : Patient présentant une atteinte modérée d'une fonction vitale
- Classe III : Patient ayant une sévère atteinte d'une fonction vitale sans entraîner d'incapacité
- Classe IV : Patient ayant une atteinte sévère d'une fonction vitale présentant une menace vitale permanente
- Classe V : Patient moribond dont l'espérance de vie sans intervention chirurgicale est inférieure à 24 heures
- Classe VI : Patient en état de mort cérébrale, dont les organes font l'objet d'un prélèvement en vue de greffe

RESUME

Titre : Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des péritonites primitives au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo.

Objectif général : Etudier les péritonites primitives dans le service de chirurgie générale et digestive du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou.

Matériel et méthode : Etude rétrospective à caractère descriptif, portant sur 120 patients opérés dans le service de chirurgie générale et digestive du 1^{er} Janvier 2003 au 31 Décembre 2011.

Résultats : Les péritonites primitives représentaient 4,8% des péritonites aiguës généralisées. L'âge moyen des patients était de 28,93 ans avec des extrêmes de 4 et 80 ans ; ils provenaient du milieu urbain dans 70% des cas. La majorité des patients était composée de cultivateurs, femme au foyer, élèves ou étudiants (65%) avec une prédominance du sexe féminin (sex-ratio de 0,69). La douleur abdominale était le principal motif de consultation (100%). La laparotomie pratiquée dans tous les cas a révélé 12 cas de péritonites tuberculeuses. Les complications postopératoires dominées par les suppurations pariétales (36,8%) ont été enregistrées dans 15,8% des cas et la mortalité était de 5%.

Conclusion : l'amélioration des conditions de vie, le changement de comportement, la disponibilité des moyens techniques et médicamenteux et une prise en charge multidisciplinaire associant réanimateurs, chirurgiens et bactériologistes pourraient réduire considérablement la fréquence de la péritonite primitive au CHUYO.

Mots clés : Péritonites, primitives, fréquence, clinique, mortalité.

Auteur : TENKODOGO Jacqueline Marie

Email : caskyshine@yahoo.fr Tel : 00226 70 00 78 41.

ABSTRACT

Title: Epidemiological, clinical and therapeutic and progressive of primitives peritonitis in Yalgado Ouedraogo University Hospital Centre (about 120 cases).

Overall Objective: To study the primitive peritonitis in general surgery and digestive University Hospital Yalgado Ouedraogo of Ouagadougou.

Materials and Methods: Retrospective descriptive nature, involving 120 patients operated in general surgery and digestive 1st January 2003 to December 31, 2011.

Results: The primitive peritonitis accounted for 4.8% of acute generalized peritonitis. The average age of patients was 28.93 years ranging from 4 to 80 years; they were from urban areas in 70% of cases. The majority of patients consisted of farmers, housewives, students or students (65%) with a female predominance (sex ratio 0.69). Abdominal pain was the main reason for consultation (100%). The laparotomy in all cases revealed 12 cases of tuberculous peritonitis. Postoperative complications dominated by parietal suppuration (36.8%) were recorded in 15.8% of cases and mortality was 5%.

Conclusion: improving living conditions, behavior change, the availability of technical and medical and multidisciplinary involving intensivists, surgeons and bacteriologists could significantly reduce the incidence of peritonitis in primitive CHUYO.

Keywords: peritonitis, primitive, frequency, clinical, mortality.

Author: Jacqueline Marie TENKODOGO

Email: caskyshine@yahoo.fr

Tel: 00226 70 00 78 41.

SERMENT D'HIPPOCRATE

«En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure 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 de salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses, que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes condisciples si j'y manque.»