

## PERITONITES AIGUËS GÉNÉRALISÉES À L'HÔPITAL SOMINÉ DOLO DE MOPTI: ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

### Acute generalized peritonitis in Sominé Dolo's Hospital of Mopti: Epidemiologic and therapeutic aspect

Kanté L, Diakité I, Togo A, Dembélé BT, Traoré A, Maiga A, Samaké A, Samaké H, Keita M, Traoré I, Diallo G.

**Adresse du correspondant :** Dr Lassana Kanté maître assistant en chirurgie générale Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto stomatologie (FMPOS) Bamako Mail : lassanakante@gmail.com  
Tel : 76440486

#### RESUME

**Introduction :** La péritonite aiguë généralisée est une urgence qui nécessite un diagnostic précoce et un traitement d'urgence. **Matériels et méthodes :** Nous avons réalisé une étude prospective de seize mois de janvier 2005 à avril 2006 portant sur 40 cas de péritonites aiguës généralisées opérés à l'hôpital Sominé Dolo, qui est un hôpital de première référence de la région de Mopti avec plusieurs services dont un service de chirurgie générale. **Les objectifs** de cette étude étaient de déterminer la fréquence hospitalière, de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évaluer les suites opératoires. **Résultats :** Nous avons eu une fréquence hospitalière de 3,1% avec un âge moyen de 26,3 ans et un sex-ratio de 1,66 pour les hommes. La péritonite à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti a été dominée par la perforation intestinale. Le diagnostic a été établi essentiellement sur la clinique. Le traitement a été médico-chirurgical. La mortalité opératoire a été observée dans 7 cas (17,5%) avec 7 cas d'abcès de paroi (17,5%). Le retard de consultation et le score de Mannheim ont été les principaux facteurs de mauvais pronostic. L'excision - suture associée à un lavage drainage de la cavité abdominale ont été les gestes chirurgicaux les plus pratiqués. **Conclusion :** La mortalité reste élevée. Les deux facteurs de mauvais pronostic ont été le retard de consultation et le manque de moyens de réanimation. **MOTS-CLES.** Péritonites, urgences, Hôpital Sominé Dolo Mopti

#### SUMMARY

The acute generalized peritonitis constitute a very frequent abdominal surgical urgency which requires a premature diagnosis and an emergency treatment. The purpose of this study is to determine the hospital frequency, to describe the clinical and therapeutic aspects and to estimate operating suites; because no study was made on the peritonitis. We studied prospectively 40 cases of generalized acute peritonitis operated in the Sominé Dolo's hospital of Mopti, from January, 2005 to April, 2006. We have noted a male ascendancy (1.66 men for one woman). Majority of the patients were less than 30 years old (65 %). The diagnosis was essentially made on a clinical picture of abdominal pain, fever and vomits, associates to a spasm and a pain in the douglas in rectal examination. The treatment has consisted to a surgical operation with eradication of the causal foyer, associated to a wash - drainage of the abdominal cavity. The operative mortality was 7/10 cases (17.5 %). We observed 4 types of complications in 11 patients; the frequent was the abscess of the wall in 7 patients (17.5 %). The delay of the intervention with regard to the beginning of the symptoms and the score of de Mannheim were of the main factors of forecast. Excision - suture associated to wash drainage of the abdominal cavity was the most practised surgical movement. The average cost of the treatment was 61743 Fcfa with extremes going from 47395 to 80750 Fcfa. **Conclusion:** The peritonitis has Mopti is dominated by the typhic perforation. Mortality remains high. The two factors of forecast are the delay of consultation and the lack of means of reanimation. **KEYWORDS:** Peritonitis, emergencies, Sominé Dolo hospital Mopti

#### INTRODUCTION

La péritonite aiguë est l'inflammation aiguë du péritoine par une inoculation septique à partir le plus souvent d'un organe intraperitoneal et plus rarement après contamination par voie générale [1]. La péritonite est une pathologie très fréquente parmi les abdomens aigus chirurgicaux. Sa fréquence est estimée à 3% en France par rapport à l'ensemble des abdomens chirurgicaux aigus, 13,6% à Oman, 28,8% au Niger et 20% au Mali [2,3,4,5]. L'éradication du foyer infectieux par la méthode chirurgicale détermine la réussite du traitement [6]. De nos

jours, la cœlioscopie occupe une place importante dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des péritonites [7]. La mortalité postopératoire reste encore très élevée surtout si le score de MPI (Mannheim Peritonitis Index) est supérieur à 26 [8]. Le retard de la prise en charge constitue un facteur de mauvais pronostic [9]. Cette étude initiée à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti avait pour but de déterminer la fréquence hospitalière, de décrire les signes cliniques, thérapeutiques et d'analyser les suites opératoires.

## MATERIELS ET METHODE

Nous avons mené une étude rétrospective qui s'est étendue sur une période de seize mois de janvier 2005 à avril 2006 à l'hôpital Sominé de Mopti. Nous avons colligé 40 dossiers de péritonites aiguës généralisées. Nous avons inclus les patients hospitalisés et opérés pour péritonites et n'avons pas inclus les péritonites postopératoires et les pelvipéritonites. Une fiche d'enquête a été élaborée et a comporté les renseignements socio administratifs, l'examen clinique, para clinique, le traitement, le suivi postopératoire. Pour l'évaluation du pronostic, nous avons utilisé le score de Mannheim Peritonitis Index qui varie de 0 à 47 points. La mortalité est élevée quand il est supérieur à 26 points. La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel Epi-info version 6.4fr. Les tests de Chi 2 et de Student ont été utilisés pour les comparaisons avec un seuil de signification pour  $P < 0,05$ .

## RESULTATS

Durant la période d'étude, nous avons recensé 1300 hospitalisations, 2186 consultations, 548 abdomens aiguës. Les péritonites ont représenté 3,1% des hospitalisations, 01,8% des consultations, 7,2% des abdomens aigus. L'âge moyen de nos patients a été de 26,3 ans  $\pm$  16,4 avec des extrêmes de 6 et 68 ans. Le sex. ratio a été de 1,66 en faveur des hommes. La douleur et la contracture étaient présentes chez tous nos patients. L'association de l'arrêt des matières et des gaz, du météorisme et des vomissements étaient présents dans 15 cas (37,5%). La durée moyenne d'évolution de la symptomatologie était de 6,5 jours avec des extrêmes de 1 et 20 jours  $\pm$  4,2 [Tableau 1]. La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) a été demandée dans tous les cas. Elle montrait une image de pneumopéritoine dans 13 cas (57,6%), des grisailles diffuses dans 10 cas (27,3%), de niveaux hydroaériques dans 10 cas (27,3%). Aucune échographie n'a été effectuée. Le sérodiagnostic de Widal- Félix a été réalisé chez 11 patients dont 10 avaient une perforation iléale et 1 une péritonite purulente dont l'origine n'a pu être retrouvée [Tableau 2]. Dans le traitement chirurgical, la voie d'abord xypho-pubienne a été la voie la plus utilisée (67,5%). A l'exploration, nous avons trouvé 37 cas de perforations : elles étaient uniques 32 fois (86,5%), doubles 2 fois (10,8%) et multiples 1 fois (2,7%) [Tableau 3]. Le traitement préopératoire médical a consisté essentiellement à une réhydratation avec des cristalloïdes. L'antibiothérapie a été systématique dans tous les cas. Nous avons pratiqué une excision-suture dans 24 cas (64,9%), une appendicectomie dans 12 cas

(32,4%) une stomie 1 cas (2,7%) et un lavage drainage chez tous nos patients. Notre score de moyen de Mannheim a été de 23 point [Tableau 4]. Les suites opératoires ont été simples dans 25 cas (62,5%) ; nous avons recensé 7 (17,5%) cas d'abcès de paroi, 1 (2,5%) cas éviscération et 7 cas (17,5%) de décès par défaillance polyviscérale, de choc septique et hypovolémique.

## DISCUSSION

La péritonite est une pathologie digestive cosmopolite qui occupe une place de choix dans les abdomens aigus. Les auteurs Africains [4,9] ont noté une fréquence variant de 7,8 à 28,8% sur l'ensemble des abdomens chirurgicaux aigus tandis que Lorand [2] en France a rapporté une fréquence de 3%. Le retard de consultation et la fréquence élevée des maladies infectieuses (Fièvre typhoïde) expliquent cette fréquence élevée en Afrique [Tableau 5]. L'âge et le sexe ne constituent pas un facteur de risque, la péritonite se voit aussi bien chez l'adulte que chez les personnes âgées mais les étiologies diffèrent. La rapidité d'installation des signes est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale. La fièvre a été retrouvée chez 87,5% de nos patients, la douleur abdominale chez 100% et l'arrêt des matières et des gaz chez 37,5%. La contracture abdominale a été le signe physique majeur dans notre étude. Elle a été retrouvée chez tous nos patients (100%). Le taux de la contracture abdominale varie entre 30 et 81% selon plusieurs auteurs [10,11,12,13]. La réalisation de l'abdomen sans préparation a été systématique dans notre étude donnant 13 fois (57,6%) fois un pneumopéritoine, 10 fois (27,3%) fois un niveau hydroaérique. L'échographie par manque de personnel qualifié n'est pas toujours disponible. Le sérodiagnostic de Widal a été la seule investigation biologique effectuée pour la recherche étiologique des perforations iléales chez 11 patients avec 10 cas de réactions positives. Dans notre étude l'antibiothérapie a été systématique et empirique. Nous avons utilisé l'association amoxicilline, metronidazole et gentamycine, modifiée en fonction du résultat de la bactériologie du pus prélevé en per opératoire. Cette association a été utilisée par d'autres auteurs [14]. Après laparotomie en plus de la technique chirurgicale de l'exérèse et de la suture, l'ensemble de nos patients ont bénéficié d'un lavage aspiration du contenu péritonéal et un drainage de la cavité abdominale. Plusieurs auteurs sont unanimes sur la nécessité d'une laparotomie avec un éventuel élargissement [4,9]. En Europe, la voie coelioscopique est largement utilisée dans le traitement des péritonites. La mortalité

globale de la série a été de 7 (17,5%) patients .Notre taux de 17,5% est statistiquement supérieur à celui de Dembélé (P= 0,0077) [14]. Dans les péritonites sévères ,le taux de mortalité est toujours très élevé .C'est ainsi que Giessling [8] en RFA a obtenu 58% de mortalité chez 36 patients ayant 29 points dans le score de MPI [Tableau 6] . Le retard de la prise en charge a été un facteur déterminant de mauvais pronostic du score MPI retrouvé dans notre série et rapporté dans les études Africaines [10,14]. Ce retard est lié au manque de moyens, à l'inaccessibilité des centres de santé. La morbidité post opératoire a été de 20% : 7 cas (17,5%) d'abcès de la paroi, 1 cas d'éviscération. En Afrique, ce taux varie entre 13,5 et 46% [14,15]. La fréquence élevée d'infections postopératoires serait liée à la chirurgie de la péritonite considérée comme une chirurgie sale (classe 4 Altmeier). La durée moyenne d'hospitalisation de 12,1 jours se situe dans les intervalles de la littérature. Dembélé [14] a eu une moyenne d'hospitalisation de 11, 6 jours et Adesunkanmi, une moyenne d'hospitalisation de 6 jours au Nigeria [9].

### CONCLUSION

Les péritonites aiguës occupent une place importante dans les urgences chirurgicales abdominales. Les étiologies sont multiples et variées et ont été dominées dans notre série par la perforation iléale. Le traitement chirurgical consiste à une exérèse du foyer infectieux, suture de la perforation ou stomie, et un lavage drainage. La mortalité et la morbidité restent toujours très élevées .Les deux facteurs de mauvais pronostic ont été le retard diagnostique et l'absence de service de réanimation.

**TABLEAU I : Durée d'évolution de la péritonite en jour**

| Durée d'évolution en jour | Nombre | Fréquence |
|---------------------------|--------|-----------|
| < 8                       | 29     | 72,5      |
| 8- 15 j                   | 10     | 25        |
| > 15 j                    | 1      | 2,5       |
| TOTAL                     | 40     | 100       |

**TABLEAU II : Répartition des patients selon le Diagnostic per opératoire**

| Diagnostic per opératoire    | Nombre | Fréquence |
|------------------------------|--------|-----------|
| Perforation appendiculaire   | 17     | 42,5      |
| Perforation Iléale           | 10     | 25        |
| Perforation gastro-duodenale | 6      | 15        |
| Péritonite gynécologique     | 5      | 12,5      |
| Perforation colique          | 1      | 2,5       |
| Etiologie non retrouvée      | 1      | 2,5       |
| TOTAL                        | 40     | 100       |

**TABLEAU III : Répartition selon le nombre de perforations**

| Nombres d'orifices de perforations | N  | Fréquence |
|------------------------------------|----|-----------|
| Unique                             | 32 | 86,5      |
| Double                             | 4  | 10,8      |
| Multiples                          | 1  | 2,7       |
| TOTAL                              | 37 | 100       |

**TABLEAU IV : Répartition selon le Score de Mannheim (MPI)**

| Score de Mannhiem (MPI ) | N  | Fréquence |
|--------------------------|----|-----------|
| 0 -26                    | 28 | 70        |
| ≥ 26                     | 12 | 30        |
| TOTAL                    | 40 | 100       |

**TABLEAU V : Fréquence des péritonites selon les auteurs**

| AUTEURS            | Harouna Y,Niger (2004) , N= 160 | Golash V,Oman (2004) ,N = 180 | Dembélé BM,Mali,(2005) N= 200 | Notre étude (2006) N= 40 |
|--------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Fréquence          | 28,8%                           | 13,6%                         | 7,4%                          | 13,7%                    |
| Tests Statistiques | P = 0,0349                      | P = 0,8169                    | P = 0,4647                    |                          |

## REFERENCES

- 1- Aubert F, Guittart P. Essentiel médical de poche. 2eme éd Paris :Edition marketing/ Ellipse ;1995
- 2- Lorand I, Molinier N, Sales J P. Résultats du traitement coelioscopique des ulcères perforés J Chir Paris 1999 ;124 :149-53.
- 3 - Golash v Wilson Pd. Early laparoscopy as a routine procedure in the management of acute abdominal pain: a review of 1320 patients Surg Endosc 2005 Jul;19(7) :882 -5.
- 4 - Harouna YD. Deux ans de chirurgie digestive d'urgence a l'hôpital National de Niamey(Niger);Etude analytique et pronostique Med Afr Noire 2001 ;48 (2) : 16-28.
- 5- Konaté H. Abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré Thèse Med Bamako, 2001 ;N 67.
- 6- Bruch HP, Woltmann A, Eckmann C. Surgical management of peritonitis and sepsis J Zentralbl Chir 1999;124(3) :176-80.
- 7- Pomata M, Vargui N, Martinasco L. Our experience in the diagnosis and treatment of diffuse peritonitis J G Chir 2002 May 23(5) :193-8.
- 8 -Giessling U, Petersen S, Freitag M. Surgical management of severe peritonitis. J Zentralbl Chir 2002 Jul;127(7) :594-7
- 9- Adesunkanmi A R, Oseni S A,Adejuyigbe O. Acute generalized peritonitis in African children. Assessment of severity illness using modified APACHE II score. Anz J Chir 2003 May,73(5) :275-9.
- 10 - Ongoiba N. Contribution a l'étude clinique et épidémiologique des péritonites aiguës dans les hôpitaux de Bamako et de Kati. Thèse Med Bamako 1984 ;N : 24.
- 11 - Sidibé Y. Les péritonites généralisées au Mali : A propos de 140 cas opérés dans les hôpitaux de Bamako et de Kati. Thèse Med Bamako 1996 ;N : 1.
- 12 -Almowitch B. Traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé. Gastro Enterol Clin Biol 2000 ;24 :2012 -17.
- 13- Skhri J. Traitements de ulcères duodénaux perforés.Tunisie Médicale 2000 ;78(8) :9 -15.
- 14- Dembele BM. Etude des péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Thèse Med Bamako 2005 ;N 77.
- 15 - Kouame B. Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques du grele de l'enfant a Abidjan (Côte d'Ivoire). Bull Soc Pathol Exot 2001 ;94(5) :379-82.

**TABLEAU VI : Mortalité selon les auteurs**

| AUTEURS            | Pomata L,Italie (2002) N=94 | Seiler RFA (2000), N= 258 | Dembele,Mali (2005), N=200 | Notre etude (2006) N=40 |
|--------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|
| DECES              | 6                           | 36                        | 9                          | 7                       |
| POURCENTAGE        | 6,3%                        | 14%                       | 4,5%                       | 17,5%                   |
| TESTS STATISTIQUES | P = 0,0947                  | P = 0,0023                | P = 0,0077                 |                         |