

République Algérienne Démocratique et Populaire



**Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
Université ABOU BEKR BELKAID TLEMCEM
Faculté de Médecine
Département de Médecine**



LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE « A »

**Mémoire de fin d'étude Pour l'obtention
Du Diplôme de DOCTEUR EN MEDECINE**

THEME :

**ETUDE DU TAUX DES PERITONITES POST-OPERATOIRE AU
SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE A**

Présenté par :

Dr MALTI Zineb

Dr TRIQUI Chahnez

Dr HAMMOUCHE Hanane

Dr BOUHASSOUNE Naima

Encadré par : DR TALEB Ahmed Fouzi

Année universitaire : 2018-2019

SOMMAIRE

-INTRODUCTION.....	1
1-GENERALITE.....	4
1- RAPPEL ANATOMIQUE.....	4
2- VASCULARISATION DU PERITOINE.....	4
3- INNERVATION.....	5
4- RAPPORT DU PERITOINE AVEC LES ORGANES DE VOISINAGE.....	5
5- ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE DE LA CAVITE ABDOMINO PELVIENNE.....	6
6- PHYSIOLOGIE DU PERITOINE.....	7
2-PERITONITE POST OPERATOIRE.....	8
1-DEFINITION.....	8
2-PHYSIOPATHOLOGIE.....	8
3-EPIDEMIOLOGIE DES PERITONITE POST OPERATOIRES.....	9
4-CLASSIFICATION.....	11
5-ETIOLOGIE DES PERITONITES POST OPERATOIRE.....	12
6-DIAGNOSTIC DIFFERENCIEL.....	13
7-DIAGNOSTIC POSITIF.....	14
8-EVOLUTION ET PRONOSTIC.....	17
3- MATERIEL ET METHODE.....	19
4RESULTAT.....	27
4-DISCUSSION.....	46
5-RESUME.....	60
7-CONCLUSION.....	63

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A Notre Maître PROFESSEUR ABIAYAD Chakib :

Professeur Chef de service de la chirurgie générale A.

Monsieur le vice doyen de la faculté de médecine de médecine.

Honorable maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de nous accueillir dans votre service

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

Nous admirons en vous l'humanisme, la disponibilité et la cordialité.

Dans l'espérance que ce travail saura combler toutes vos attentes, veuillez agréer cher maître l'expression de notre respect le plus profond.

Cher maître Docteur TALEB Ahmed Fouzi :

Assistant en Chirurgie générale A du CHU Tlemcen

Nous avons découvert à l'occasion de ce travail un maître disponible et ouvert pour la réussite de ce travail.

Votre cordialité, votre compétence technique et votre pragmatisme nous ont inspiré et nous resteront toujours en mémoire.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

Cher maître Docteur TAHRAOUI Hichem :

Nous sommes honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport de qualité pour l'amélioration de ce travail.

Nous avons appris de vous la rigueur, le dynamisme, la persévérance et l'esprit de déduction.

Vos conseils et vos critiques nous ont servi de guide dans la réalisation de ce travail.

Veuillez agréer cher maître, l'expression de nos sincères remerciements

Nous tenons également à remercier tout le personnel du service de la chirurgie générale A du CHU Tlemcen.

On voudrait exprimer notre reconnaissance envers nos familles qui nous ont apporté leurs soutiens moral et intellectuel tout au long de notre cursus.

Enfin on tient à témoigner toute notre gratitude à nos amis et camarades pour leurs soutiens inestimables.

INTRODUCTION

OBJECTIF GENERAL

Etudier la prise en charge des cas de péritonites post opératoires (PPO) dans un service de chirurgie générale.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Déterminer la fréquence de la péritonite post opératoire dans le service.
2. Identifier les étiologies de la péritonite postopératoire.
3. Décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques de ces affections.
- 4 -évaluer la morbi-mortalité des patients opérés de péritonites postopératoires

RAPPEL

I. Généralités :

1-rappel anatomique :

Etymologiquement, le terme péritoine vient du mot grec *péri* qui signifie autour. Le péritoine est une nappe séreuse continue qui tapisse la paroi de la cavité abdominale et habille les viscères qui y sont contenues leur permettant une parfaite mobilité.

1-1- Etude macroscopique du péritoine

Le péritoine est constitué de :

- Un feuillet pariétal qui recouvre la face antérieure des viscères rétro-péritonéaux et se continue sur toute la paroi de la cavité abdominale ;
- un feuillet viscéral constitué par le revêtement séreux des organes abdominaux.

Ces deux feuillets se relient et forment des replis au contact des viscères où vont cheminer les vaisseaux et nerfs. La cavité péritonéale ainsi formée est divisée par le méso côlon transverse en étage sus-méso colique et étage sous-méso colique recouvert par le grand épiploon. Ces deux étages sont eux-mêmes divisés en compartiments par les organes abdominaux ou leurs ligaments.¹

1-2- Etude microscopique du péritoine :

La séreuse péritonéale est constituée d'une couche unique de cellules mésothéliales plates reposant sur un stroma conjonctivo-élastique riche en vaisseaux, en lymphatiques et en terminaisons nerveuses.

2- Vascularisation du péritoine:

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

¹ Toumini H. 1987 PAG à Agadir .Thèse Méd, num 206 rabat

- Le retour veineux viscéral se fait par les veines mésentériques qui collectent le sang en direction de la veine porte.²

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

3- innervation du péritoine :

Le feuillet pariétal du péritoine : Contrairement à son homologue viscéral ; satellite de la voie végétative, surtout sympathique ; il est riche en récepteurs sensitifs (voie cérébro-spinale), reliés à des fibres afférentes somatiques dont l'excitation entraîne une douleur et une contracture musculaire réflexe³

4-Les rapports du péritoine avec les organes voisins :

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

- Les viscères rétro péritonéaux comme les reins, les voies urinaires hautes et le pancréas qui, recouverts en avant par le péritoine pariétal postérieur, en dehors de la cavité péritonéale.

Une pathologie pancréatique tend cependant à évoluer vers la cavité péritonéale.

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

- Les viscères intra péritonéaux non engainés par le péritoine, mais qui sont dans la cavité péritonéale et dont les pathologies peuvent également intéresser le péritoine ; ce sont le foie et la rate.⁴

²Kamina P. Dictionnaire atlas d'anatomie. Paris Masson 1983;74-86 ,1742-44.

³LEVY E. et Coli . 1986 Histoire spontanée et provoquée du péritoine et des Péritonites

⁴Kamina P. Dictionnaire atlas d'anatomie. Source précédente

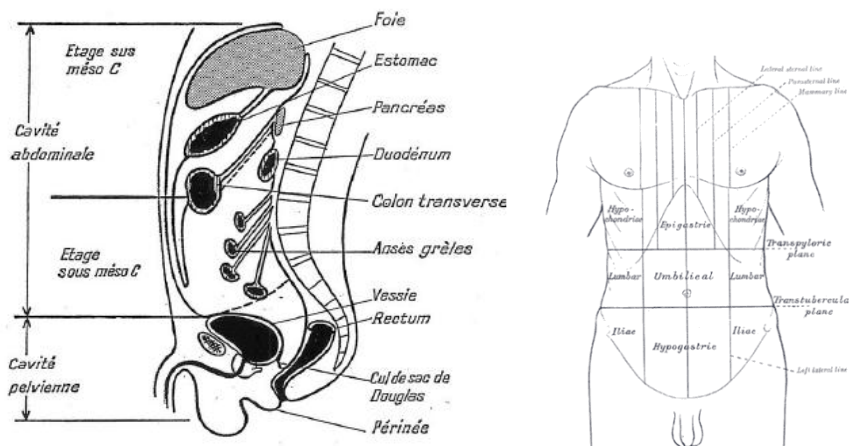
5-Anatomie topographique de la cavité abdominale et pelvienne

5-1- La cavité abdominale :

Elle s'étend de la face inférieure du diaphragme au petit bassin, elle empiète en haut sur la cage thoracique (région thoraco abdominale), elle se continue en bas et en arrière dans le grand bassin (région abdomino pelvienne). La racine du méso côlon transverse tendue transversalement d'un hypocondre à l'autre, la divise en deux étages sus et sous méso coliques. La cavité abdominale comprend neuf régions :

-A l'étage sus méso colique on a latéralement de la paroi les hypocondres droit et gauche, et au centre la région épigastrique ;

-A l'étage sous méso colique on a latéralement de la paroi les fosses iliaques et les flancs droit et gauche, et au centre les régions ombilicale et hypogastrique.



5-2- La cavité péritonéale : Espace virtuel entre le péritoine pariétal et viscéral, elle contient un film liquide qui lubrifie la surface du péritoine et facilite les mouvements libres des viscères. C'est un sac entièrement clos chez l'homme mais communique avec l'extérieur par les ouvertures des trompes utérines chez la femme. Elle est divisée en petite et grande cavité péritonéale :

5-2-1-La bourse amentale (arrière cavité des épiploons) :

C'est un diverticule de la cavité péritonéale et communique avec elle par le hiatus de WINSLOW. Elle est divisée en deux parties, le vestibule et l'arrière cavité proprement dite, par deux replis séreux soulevés par les artères coronaire stomacique et hépatique. Ces replis limitent un orifice, le foramen bourse omentalis, qui communique le vestibule avec l'arrière cavité.

5-2-2-La grande cavité péritonéale : Elle s'étend jusque dans la cavité pelvienne et comporte de nombreuses loges réparties en trois régions :

-Dans la région sus méso colique :

•Les loges sous phréniques droit et gauche qui sont comprises entre le foie et diaphragme.

•La loge sous hépatique, décrit par les radiologues sous le nom de loge de Morrison qui correspond à une petite dépression triangulaire limitée en bas par le bord supérieur du méso cœlon transverse dans sa partie droite, en haut en dehors le bord postéro-interne du lobe droit du foie et en dedans la saillie du péritoine postérieur en regard du pôle supérieur du rein droit et du 2e duodénum.

-Dans la région sous méso colique on a :

- La gouttière pariéto colique droite comprise entre le cœlon ascendant et la paroi latérale de l'abdomen.

- La gouttière pariéto colique gauche comprise entre le cœlon descendant et la paroi latérale de l'abdomen.

- La loge supra mésentérique située entre le mésentère et le cœlon ascendant.

- La loge infra mésentérique située entre le mésentère et le cœlon descendant.

-Dans la région pelvienne on a :

- Le cul de sac recto-vésical (douglass) chez l'homme.

- Les culs de sac vésico-utérin et recto-utérin chez la femme.⁵

6-physiologie du péritoine ⁶

Le péritoine est caractérisé par ses facultés de sécrétion, de résorption, de défense et de plastique.

6-1-Sécrétion péritonéale :

Le liquide péritonéal dérive du liquide interstitiel légèrement visqueux, il est plus abondant chez le nouveau-né et forme chez l'adulte un film de 5 microns environ permettant les déplacements viscéraux. Ce liquide péritonéal libre est normalement de 20 à 30 ml environ.

6-2-Résorption péritonéale :

Le péritoine est une membrane semi-perméable :

- La surface de résorption péritonéale : Elle est comparable à celle de la peau soit environ 1,7m². Le péritoine peut résorber jusqu'à 8% du poids du corps à l'heure (soit environ 450ml/h). Cette absorption concerne surtout les lipides et les petites molécules. Deux applications thérapeutiques utilisent cette technique : La Résorption du sang dans les transfusions du fœtus in utero, la dialyse péritonéale chez les insuffisantes rénales chroniques (le péritoine jouant le rôle d'une membrane de dialyse).

⁵Kamina P. Anatomie clinique thorax-abdomen. Paris Masson 2007;3(2): 223-30

⁶Kamina P. Dictionnaire atlas d'anatomie. Source précédente

6-3-Propriété de défense

Le péritoine joue un rôle de défense contre les germes et les corps étrangers Qu'il peut phagocyter ou encapsuler, par des cloisonnements adhérentiels. Ce rôle est particulièrement important pour le grand omentum qui se dirige vers le lieu où le péritoine est menacé.

6-4-Propriété plastique :

Le péritoine possède une puissance plastique remarquable comme tout épithélium de recouvrement, la réparation du péritoine dépend éventuellement de l'état du tissu conjonctif sous jacent ; S'il est intact, la réparation sera rapide.

II. la péritonite post opératoire:

1-Définition de la péritonite :

La péritonite est une inflammation aiguë du péritoine faisant suite au passage dans la séreuse péritonéale d'un liquide septique⁷. Cette contamination peut se faire :

- en cas de rupture d'étanchéité du tube digestif
- par contamination du champ opératoire
- par passage des bactéries hôtes du tube digestif dans le péritoine (translocation bactérienne)

2-Physiopathologie

3 modes de contaminations

Par voie hématogène : exceptionnelle = 1 à 2%, secondaire à une septicémie => absence de foyer infectieux primaire intra abdominal => péritonites dites primitives. Elles sont favorisées par l'ascite ou un déficit immunitaire (diabète, Sd néphrotique, lymphome, corticothérapie prolongée)

Par voie transpariétale: plaies pénétrantes abdominales, manip KT de dialyse péritonéale

⁷Passagia J. Anatomie de l'abdomen : chapitre 3. Université Joseph Fourier de Grenoble 2011-2012, disponible en ligne sur www.medatice-grenoble.fr

D'origine abdominale de dds en dhs: secondaires à une lésion d'un viscère intra abdominal (appendicite, sigmoïdite, cholécystite) par diffusion ou rupture au travers de la barrière péritonéale. => **Péritonites dites secondaires.** infection svt **polymicrobienne** à germes anaérobies et à aérobie Gram négatif.

Retenissement

Locorégional :

1. L'inflammation produit une **fuite plasmatique importante** (exsudation sérofibrineuse) dans la cavité péritonéale créant un 3^{ème} secteur.
2. Formation de fausses mbs favorisant les **adhérences** entre viscère et replis péritonéaux => exclusion du foyer infecté (risque de **rupture secondaire** => péritonite en 2 temps).
3. L'augmentation de la résorption séreuse provoque la **diffusion septicémique** des toxines et des bactéries.
4. **Irritation terminaison sensitive** avec réponse réflexe : douleur, contracture, iléus paralytique

général :

5. Risque de retentissements sur les grandes fonctions par **diffusion septicémique et hypovolémie.**
6. **Sd de défaillance multiviscérale** par toxicité de certains médiateurs, des endotoxines bactériennes et altération de la microcirculation :
 - a. cardiaque => collapsus cardiovasculaire, choc hypovolémique
 - b. respiratoire => SDRA, ↓ course diaphragmatique
 - c. rénale => IRF et IRO
 - d. hépatique => hépatite aiguë infectieuse

3. Epidémiologie des péritonites post opératoires

Il est difficile d'évaluer l'incidence précise des différentes étiologies des péritonites. Cela est dû à la variabilité du recrutement des hôpitaux et l'évolution de la prise en charge des Patients. Mais différentes séries chirurgicales ont étudié l'incidence des ré interventions en urgence et des PPO après chirurgie abdominale. Le taux de ré intervention est de l'ordre de 0,8 à 7%. Le site de la

chirurgie initiale est le plus fréquemment la chirurgie colorectale ($\approx 40\%$) suivi de la chirurgie du tractus digestif haut ($\approx 20\%$) et est résumé dans le Tableau 1.

Tableau 1 : site initial de la chirurgie responsable de péritonite

	<i>Roehrborn 2001</i> %	<i>Paugam 2002</i> %	<i>AFC 2010</i> %
Colon	40	37	49
Tube digestif haut	21	24	30,2
Appendice	4	4	7,5
Grêle	13	14	13
Autres	29	21	21

L'étiologie des PPO est variable dans la littérature mais la cause la plus fréquente, de façon assez logique, est le lâchage d'une anastomose ou d'une suture dans 40 à 72% des cas Selon les séries Les autres causes sont la perforation digestive, due généralement à une plaie peropératoire passée inaperçue, et les abcès secondaires à une chirurgie septique.

Enfin, il faut noter que dans 10% des cas la cause n'est pas retrouvée⁸. Ces résultats sont résumés dans le Tableau 2

	<i>Montravers 1996</i>	<i>Roehrborn 2002</i>	<i>Dupont 2003</i>
Lâchage de suture	40	66	42
Perforation	28	10	34
Abcès isolé	4	13	12
Sans étiologie retrouvé		11	15

⁸. **Montravers Ph.** Antibiothérapie des infections intra abdominales nosocomiales. CHU Bichat Claude

Tableau 2 : étiologies des péritonites postopératoires

4-Classification

4-1-Selon les circonstances de survenue :

La classification de Hambourg sépare les péritonites en 3 classes selon l'origine de l'infection. Les péritonites secondaires représentent 90 % des péritonites aiguës.

1. Péritonite primaire rares, qui n'ont pas de point de départ et donc sont dues à une infection spontanée mono bactérienne du péritoine d'origine hématogène ou par translocation. Leur traitement est médical.

2. Péritonite secondaire (90 %) Les péritonites secondaires sont liées à la diffusion d'une infection abdominale localisée ou à la perforation d'un viscère digestif qu'en soit la cause (perforation iatrogène, sur cancer, sur diverticule...), à un traumatisme ou enfin postopératoires.

3. Péritonite tertiaire correspondent à des infections abdominales persistantes malgré un traitement (antibiothérapie adaptée et éradication du foyer primitif abdominal par une ou plusieurs interventions). La cavité abdominale est infectée par des micro-organismes devenus résistants ou des levures. Elles sont fréquemment associées à un syndrome de défaillance multi viscérale. Selon Hambourg, les péritonites postopératoires entrent dans le cadre des **péritonites secondaires** pour lesquelles une origine intra-abdominale est clairement authentifiée, majoritairement liée à une complication de l'acte chirurgical

Péritonite primitive	<ul style="list-style-type: none"> · Spontanée de l'enfant · Bactérienne spontanée du cirrhotique · Tuberculeuse · Cathéter de dialyse péritonéale
Péritonite secondaire	<ul style="list-style-type: none"> · Perforation intra-péritonéale <ul style="list-style-type: none"> - Perforation gastro-intestinale - Nécrose de paroi intestinale - Pelvi-péritonite · Postopératoire <ul style="list-style-type: none"> - Lâchage d'anastomose - Lâchage de suture - Lâchage de moignon - Iatrogénie : perforation per endoscopique, radiologie interventionnelle · Post-traumatique <ul style="list-style-type: none"> - Traumatisme fermé - Traumatisme par plaie pénétrante
Péritonite tertiaire	<ul style="list-style-type: none"> · Évolution péjorative d'une péritonite secondaire.

Wittmann Ann Surg 1996

4-2-Selon leur caractère :

- **Communautaire** : hormis les péritonites postopératoires, toutes les péritonites Secondaires sont communautaires.
- **Nosocomiale** : englobe les péritonites postopératoires et les péritonites
- **Tertiaires**.

4-3-selon leur étendue :

- **Localisée** si seulement une partie de la cavité de l'abdomen est intéressée, Certaines péritonites localisées peuvent se manifester cliniquement sous la forme d'une péritonite «plastique», on dit plus communément un « **plastron** », en raison d'une réaction inflammatoire des organes de voisinage (la graisse épiploïque en particulier) ou sous la forme d'abcès intra-péritonéaux (avec le pus collecté dans une cavité néoformée ou pré existante)
- **Généralisée** si le liquide baigne l'ensemble de la cavité péritonéale

Nous ne traiterons ici que des péritonites secondaires post opératoires.

5-Etiologies des péritonites post opératoires :

La PPO peut résulter de plusieurs origines dont les plus citées sont le lâchage anastomotique, la perforation traumatique (iatrogène) et la nécrose. Dans quelques cas (soit 15%), l'origine de la PPO n'est pas retrouvée.

5-1-lâchage anastomotique :

Le lâchage de suture anastomotique dépend du site de l'intervention initiale et/ou de certains FDR liés au terrain.

5-1-1 Chirurgie colorectale

Le risque de lâchage de suture anastomotique est élevé en cas de chirurgie colorectale soit de 2 à 15%.

Certains FDR sont associés à cette chirurgie notamment le tabac, l'insuffisance coronarienne, les patients classés ASA III, IV et V, la corticothérapie, la radiothérapie, la transfusion, la durée d'intervention, l'infection locale, le niveau d'anastomose (5 à 6 fois le risque à moins de 5 cm de la marge anale). La présence d'une stomie de protection, la préparation colique, le drainage au contact, la sonde nasogastrique aspirative n'empêchent pas le risque de survenue de la PPO, mais en limitent les conséquences.

5-1-2-La duodéno pancréatectomie

C'est également une chirurgie à risque de lâchage anastomotique avec comme FDR : l'âge, la présence d'un ictère, la durée de l'intervention, le type

d'anastomose, la texture de la glande évaluée au mieux en préopératoire par l'imagerie.

5-1-3-La rupture du grêle traumatique

Ici, le risque de fistule anastomotique est d'environ 2,2% avec les FDR tels que la présence des lésions duodenopancréatiques et le recours en per opératoire a des procédures de contrôle des lésions.

5-1-4-Le traumatisme du colon droit

Nécessitant une résection anastomose iléo-colique ou colo-colique (dans ce cas, le risque est plus élevé que dans celui précédent). Sur le colon gauche, l'anastomose est protégée par la stomie lorsque le traumatisme est sévère ou en cas d'hypotension artérielle ce qui diminue considérablement le risque de survenue de PPO.

5-2-la perforation iatrogène ou traumatique :

Dans de rares cas, la péritonite post laparotomie peut être due a des incidents survenus lors de la chirurgie initiale tels que la perforation d'organes intra-abdominaux survenant souvent durant la procédure d'entrer dans le péritoine Cet incident survient au début de l'intervention, est ostentatoire, et peut influencer la progression de l'intervention initiale vers une PPO s'il est ignoré .⁹ La perforation iatrogène peut également survenir au décours des manœuvres d'adhesiolyse.

5-3-la nécrose :

Celle –ci peut entrainer une PPO également. Elle peut être due au défaut de vascularisation des tissus ceci suite a une mauvaise technique opératoire (points trop serres, point trop rapproches...) ou suite a des raisons liées au terrain (dénutrition, IDP, Diabète).

6- diagnostic différentiel :

6-1-Complications spontanément résolutive

La PPO peut être confondue avec d'autres complications postopératoires surtout lorsque certains signes prennent le pas sur la clinique notamment : la douleur abdominale post opératoire, l'arrêt secondaire du transit, la non reprise de la diurèse.

Leur évolution favorable sous traitement médical permet de faire la différence d'avec la PPO.

⁹Laparoscopic surgery complications: Post opérative peritonitis. source précédente

6-2-Autres infections postopératoires

Elles peuvent également masquer le diagnostic d'une PPO, en particulier si une fièvre post opératoire,

Des signes pulmonaires et urinaires, ou une suppuration pariétale dominant cliniquement. Elles sont :

-L'abcès de paroi qui évolue favorablement sous un traitement antibiotique adaptée et des soins locaux.

-Pneumopathies survenant en période postopératoire

-Infections urinaires diagnostiquées grâce à la clinique (pyurie ou brûlure mictionnelle) et l'ECBU.

Ces complications infectieuses postopératoires sont généralement responsables d'un retard diagnostic.

Néanmoins, la non association avec des signes physiques digestifs ainsi que la para clinique,

Permettent généralement d'éliminer une PPO.

6-3-Embolie pulmonaire

Elle peut faire errer le diagnostic lorsque les signes tels que la dyspnée, la toux et surtout la notion de

non application systématique de l'anti coagulation a visée préventive, prennent le pas sur la clinique.

Néanmoins la présence d'une douleur thoracique ou encore la para clinique avec l'Angioscanner et la radiographie du thorax dans notre contexte peuvent trancher.

6-4 Cholestase inexpliquée

Des phénomènes de cholestase peuvent également confondre une PPO.

Cependant la clinique (avec signes de cholestase et parfois ictère) et la para clinique (échographie et biologie) feront la différence.

7-DIAGNOSTIC :

7-1- DIAGNOSTIC POSITIF

Plusieurs études ont prouvé l'importance d'un diagnostic précoce des PPO, car les mécanismes inflammatoires et infectieux décrits plutôt n'ont pas le temps de se mettre en place. Dans l'étude de Torer & coll, une ré intervention dans les 24h est significativement associée à une diminution de la mortalité, qui chute de 39% à 22%.¹⁰

¹⁰Alves A, Panis Y, Trancart D, Regimbeau JM, Pocard M, Valleur P. Factors associated with clinically significant anastomotic leakage after large bowel resection: Multivariate analysis of 707 patients. World J Surg. 2002;26(4)

7-1-1- Clinique

en cas de chirurgie digestive préalable associée a des suites opératoires inhabituelles, rechercher systématiquement une PPO (6)

Certains auteurs comme Mariette C. classent les signes cliniques de cette affection en manifestations initiales et tardives.

***Manifestations initiales**

Ils représentent les signes précoces dus a la perte de l'étanchéité de la réparation digestive et surviennent généralement dans les J3 post opératoire.

Les signes extra-abdominaux occupent une place non négligeable dans le diagnostic de la PPO (15) parce qu'ils sont précoces, et constituent des éléments pronostiques qualifiés le plus souvent de facteurs de gravité (Défaillance poly viscérale : hypotension, déshydratation, oligurie). Néanmoins, ces signes peuvent faire errer le diagnostic vers d'autres étiologies avec pour conséquence un retard diagnostique.

Ils sont : La fièvre (la plus révélatrice généralement), les frissons, la toux, la douleur abdominale, la diarrhée, l'hypersécrétion et la stase gastriques, le hoquet, la tachycardie isolée, la chute de la diurèse, absence de reprise ou arrêt secondaire du transit intestinal et les troubles psychiques (délire, confusion, agitation). Ces signes peuvent faire errer le diagnostic en faisant penser a d'autres pathologies (cholestase inexplicquée, thrombopénie, embolie pulmonaire).¹¹

***Manifestations tardives**

Ce sont des signes de l'infection ou de la diffusion péritonéale retardée qui peuvent faire évoquer une PPO notamment :

- Signes physiques abdominaux (défense, contracture, météorisme) qui sont de recherche difficile, Éphémères et s'estompent vite.
- La défaillance cardio-circulatoire
- L'insuffisance rénale
- L'acidose métabolique
- L'hypoxémie
- Les troubles de l'hémostase
- La cytolysé hépatique.

7-1-2-Examens biologiques :

-Numération formule sanguine montre une hyperleucocytose avec un taux de leucocytes supérieure à 10000/ml traduisant l'infection et ou un hématoците élevée supérieure à 45% en rapport avec une hémococoncentration.

¹¹Principes de prise en charge chirurgicale des péritonites post opératoires. Source précédente

-C-réactive protéine (CRP) : Elle est la protéine de l'inflammation la plus Utilisée. Sa valeur normale est inférieure à 10 mg/l. Elle a une demi-vie courte (6 à 8 heures) et son taux est élevé en cas de péritonite.

-bilan pancréatique (lipasémie, amylasémie en cas de fistule biliaire)...

Dans l'étude de Alvès & coll l'hyperleucocytose postopératoire est associée à un risque 2 fois supérieur de fistule anastomotique symptomatique après chirurgie colorectale (16). Welsch & coll. ont étudié l'intérêt de la CRP comme facteur prédictif de complication après chirurgie rectale (17). L'augmentation de la CRP ou une CRP qui reste supérieur à 100 après plusieurs jours doit alerter sur le risque de complication. En effet, chez les patients sans complication Postopératoire, la CRP, après un pic à J2, doit décroître progressivement.

7-1-3-Examens bactériologiques :

ECB avec antibiogramme, écouvillonnage, ponction du liquide..

Tous les germes peuvent se rencontrer. Leur identification et un antibiogramme Sont nécessaires. Rarement les germes sont uniques. Le plus souvent on Rencontre des associations diverses. Ce pendant les Escherichia Coli sont Rencontrés dans deux tiers des cas.¹²

7-1-4-Imagerie :

-L'abdomen sans préparation peut étayer le diagnostic d'une perforation digestive en montrant un pneumopéritoine et ou un épanchement liquidien en montrant une grisaille.

-L'échographie abdominale et le scanner abdominal permettent d'objectiver un Épanchement liquidien anormal. Aujourd'hui, il semble plus facile d'obtenir un scanner qu'une opacification.

L'accès au scanner s'est largement démocratisé et en fait l'examen le plus utilisé. Il peut être

Complété par une opacification haute ou basse afin d'objectiver une fistule et peut aussi

Permettre la ponction / drainage d'un épanchement ou d'un abcès.

Les signes scénographiques sont divers et inconstants :

- Pneumopéritoine. Un pneumopéritoine postopératoire « physiologique » disparaît dans les 7 jours, généralement après 4 jours.

- Epanchement

- Abcès

- Epaissement du péritoine avec prise de contraste

¹²Montravers P, Lambrosso A, EL Houssieni L. Antibiothérapie des péritonites nosocomiales. Paris Masson 2001:181-89

- Fuite de produit de contraste
- Iléus réflexe

C'est généralement sur la base de critères radiographiques que la décision de re intervention chirurgicale précoce s'impose. Néanmoins, la normalité de ces examens n'élimine pas la possibilité d'une PPO ; La réalisation d'un examen d'imagerie ou un examen faussement négatif retarde, de façon significative, la prise en charge des patients de plusieurs jours(19) .

Donc s'il existe une discordance entre imagerie et données clinico-biologiques, ce sont ces

Dernières qui doivent primer dans la décision thérapeutique pour ne pas retarder la prise en

Charge d'un patient cliniquement grave.

7-2-Formes Cliniques

7-2-1-Péritonites post opératoires localisées :

Les auteurs ont isolé des sous-catégories de péritonites post opératoires selon leur origine : sus-méso colique (20 % des cas), intestin grêle (40 % des cas), post appendicectomie (< 10 % des cas), ou colique (30 %). Il s'agit là de leur localisation principale et non de la pathologie causale (sauf pour les Appendicectomies).

7-2-2-Péritonites post opératoires généralisées :

L'épanchement intra-péritonéal septique peut diffuser dans toute la cavité réalisant une péritonite généralisée, se trouver cloisonner par des structures anatomiques (épiploon, intestin grêle, mésentère), voire disparaître au profit d'abcès multiples en cas de retard diagnostique.

8-Evolution et pronostic :

3 cas de figures peuvent être envisagés à la suite de la prise en charge thérapeutique d'une PPO à savoir :

la rémission totale du patient, les suites opératoires compliquées et le décès.

Ce sous chapitre est peu développé dans les écrits médicaux à notre portée.

Néanmoins, nous pouvons indiquer que l'évolution d'une PPO la plus décrite est le décès (30 à 70% d'après¹³) ; Ce qui fait de la PPO une complication redoutable.

¹³La prise en charge antibiotique des péritonites post opératoires [thèse : pharmacie] , source précédente

SCORES DE SEVERITE

Ils sont constitués d'items ou de critères permettant d'évaluer l'efficacité du traitement: Ce sont des scores pronostic ou de gravité de la PPO.

Il existe plusieurs scores, néanmoins le MPI et le score d'APACHE II sont les mieux décrits dans la littérature

A/Score de MANNHEIM

TABLEAU I: Pronostic ; Score de MANNHEIM

Paramètres	données	points
Age	>50	05
	≤50	00
Sexe	Féminin	05
	Masculin	00
Défaillance viscérale	Présente	07
	Absente	00
malignité	Présente	04
	Absente	00
Délais de prise en charge >24h	Présent	04
	Absent	00
Foyer primaire	Pas dans le colon	04
	colon	00
Péritonite généralité diffuse	Présente	06
	absente	00
Nature du liquide péritonéale	Claire	00
	Visqueux	06
	Purulent	12

Score minimal = 0 Score maximal= 47

MPI > 26 : taux de mortalité élevé. NB : les défaillances viscérales :

*Rénales : Oligurie (moins de 20 ml /h) Créatininémie > 177 µmol/l

Urée ≥ 16,7 mmol

*Respiratoires : Pa O₂ < 50 mm Hg Pa CO₂ > 50 mm Hg

* Choc

*Obstruction intestinale , Paralysie > 24 h Iléus mécanique complet

B/APACHE II

Des études récentes réalisées dans les services d'anesthésie réanimation définissent ce score comme étant l'un des meilleurs dans l'estimation de la sévérité d'une pathologie chez des patients adultes, admis en unité de soins intensifs. Il permet d'analyser les 12 items suivants dans la survenue d'une mortalité post reprise chirurgicale en cas de PPO. Ces items sont : L'Age (≤50,

>50), la température (rectal), la PA, le PH artériel, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, la natrémie, la kaliémie, la créatininémie, l'hématocrite, les globules blancs et le GCS ou score de Glasgow. Ces derniers sont calculés uniquement dans les 24 h suivants l'admission du patient en soins intensifs.¹⁴

¹⁴Hollender LF, Meyer C et Al. Les relaparotomies en chirurgie abdominale. IN: Chirurgie 1982

MATERIEL ET METHODE



1- Lieu d'étude :

L'hôpital CHU TLEMCEM ; Service de la chirurgie générale A et transplantation rénale

2-Présentation du service de la chirurgie « A » :

Le service de la chirurgie « A » est constitué de 06 unités :

- Opératoire et post opératoire
- Chirurgie endocrinienne
- Chirurgie digestive
- Chirurgie ambulatoire
- Pariétologie
- Sénologie

3- Type et durée de l'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée dans le service de chirurgie A, qui a concerné les péritonites post opératoires (PPO) et s'est étendue sur une période de 03 ans allant du juin 2015 au juin 2018

L'étude a porté sur tous les malades ayant subi une laparotomie en chirurgie A.

4- Critères de non inclusion

Ne sont pas pris en compte dans cette étude :

- Les malades hospitalisés dans le service mais non opérés
- Les dossiers inexploitable

5- La fiche d'enquête

La fiche d'enquête a été faite par nous-mêmes et corrigée par le Directeur de thèse. Questionnaire qui comportait :

- les renseignements socio-administratifs,
- les aspects cliniques et thérapeutiques de l'intervention initiale,
- les renseignements cliniques sur les péritonites post opératoires,
- le traitement
- le suivi postopératoire

6- Le traitement de texte et d'analyse des données :

Le traitement de texte a été fait sur le logiciel Microsoft Windows version 2010.

L'analyse des dossiers a été faite sur le logiciel Excel 2010

FICHE D'ENQUETE

I- Données administratives :

- Nom prénom :
- Age
- Sexe a- M ... b- F ...
- Situation familiale : ...
 1. Marié
 2. Célibataire
 3. Divorcé
 4. Veuf(e)
- Habitudes socio alimentaires :
 1. Non
 2. Tabac
 3. Alcool
 4. Autres à préciser

II- RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

A- INTERROGATOIRE :

- **Motif de consultation :**
 1. Douleur abdominale
 2. Vomissements
 3. Arrêt des matières et des gaz
 4. Diarrhée
 5. Hoquet
 6. Toux
 7. Autres à préciser
- **Antécédents personnels médicaux :** ...
 1. Non
 2. HTA
 3. Diabète
 4. Asthme
 5. Autres à préciser
- Antécédents chirurgicaux :**
 - Nature de l'intervention antérieure:
 - a. Diagnostique opératoire
 1. Péritonite appendiculaire
 2. péritonite par perforation gastrique

3. hernie
 4. abcès appendiculaire
 5. Cancer colorectal
 6. pathologies hépatobiliaires
 7. indéterminé
 8. Autres à préciser.....
- b. Nature de l'intervention....
1. Résection
 2. anastomose
 3. suture
 4. drainage
 5. aspiration
 6. Pose de Stomies
 7. dérivation
 8. laparotomie blanche
 9. Indéterminée
 10. autres.....
- c. Suites opératoires
1. Simples
 2. abcès de paroi
 3. suppuration
 4. Sténose stomiale
 5. Fistule digestive
 6. nécrose
 7. perforation
 8. Indéterminé autres

- B- EXAMEN PHYSIQUE :

B-1- SIGNES FONCTIONNELS :

- Douleur abdominale :
 - Faible
 - Moyenne
 - Forte
- Vomissements :
 - Présents
 - Absents
- Nausées :
 - Présentes
 - Absentes
- Arrêt des matières et des gaz :
 - Présents
 - Absents

-Diarrhée

- Présente
- Absente

-Autres à préciser :

B-2- SIGNES GENERAUX :

- Etat général

- Température

- Fréquence cardiaque

- Fréquence respiratoire

- Tension artérielle

-Conscience (Glasgow)

- Conjonctives :

1. Bien colorées
2. Moyennement colorées
3. Pâles
4. Autres à préciser

- Indice de masse corporelle(IMC)

B-3- SIGNES PHYSIQUES :

- Respiration abdominale :

- Normale
- Minime
- Absente

-Distension abdominale :

- Faible
- Moyenne
- Forte

-Contracture abdominale :

- Présente
- Absente

- Douleur abdominale :

- Faible
- Moyenne
- Forte

- Défense :

- Présente
- Absente

-Matité pré hépatique :

- Présente
- Absente

- Bruits hydro aériques :

- Présents
 - Absents
- Douleur du cul de sac de Douglas :
- Présente
 - Absente

C-EXAMENS PARACLINIQUES

-Numération formule sanguine(NFS)/___/

1= Hyperleucocytose 2= Hématocrite élevée 3=1+2 4= Autres à préciser

- CRP :

-ASP

1. Normale
2. indéterminé
3. autres.....
4. Anomalie (s) à préciser.....

-Echographie

1. Normale
2. indéterminé
3. autres.....
4. Anomalie (s) à préciser.....

-TDM

1. normale
2. anormale
3. indéterminé
4. autres.....

84. Autres examens d'imagerie plus anomalie (s) à préciser.....

85. Examen bactériologique

1. stérile
2. germes
3. indéterminé
4. Non demandé
5. autres.....

101. Diagnostic per opératoire de la reprise

1. éritonite par perforation iatrogène (siège à préciser)
2. fistule biliaire
3. Fistule recto-vésicale
4. stule digestive
5. sténose stomiale
6. Abcès sous phrénique

7. indéterminé
8. péritonite par désunion anastomotique
9. Nécrose intestinale
10. Nécrose stomiale
11. Autres à préciser.....

D- BILAN D'OPERABILITE :

1. Groupage sanguin rhésus
2. Glycémie
3. Créatinémie
4. Taux de prothrombine

E-TRAITEMENT DES PERITONITES POST OPERATOIRES:

E-1-REANIMATION :

- Réhydratation
- Antibioprophylaxie

a. Nature de l'antibioprophylaxie

1. Mono thérapie
2. Bi thérapie
3. trithérapie
4. indéterminé
5. Autres.....

b. Molécule (s)

1. Ceftriaxone
2. Amikacine
3. Imipenème
4. Métronidazole
5. Ciprofloxacine
6. Autres à préciser.....

3. Antalgiques

1. Morphiniques
2. non morphiniques
3. Co antalgiques
4. non utilisés
5. Indéterminé
6. autre.....Molécule (s) à préciser.....

4. Anti inflammatoires

1. AINS
2. corticoïdes
3. indéterminé
4. non utilisés

5. Pansement gastrique

1. IPP

- 2. anti histaminiques H2
 - 3. non utilisés
 - 4. indéterminé
6. Régulateurs du transit
- 1. Utilisés
 - 2. non utilisés
 - 3. indéterminé
 - 4. autres.....
7. Autres médicaments à préciser.....

E-2- LA CHIRURGIE :

-Type d'incision :

- 1. Médiane sus ombilicale
- 2. Médiane Sous ombilicale
- 3. Médiane xypho-pubienne

Autres à préciser

- Aspiration : 1=Non 2= Oui
- Nature du liquide aspiré : a=Pus b=Sang c=Matières
- Diagnostic per opératoire :
- Toilette péritonéale : 1= Non 2= Oui
- Stomie digestive : 1= Non 2= Oui
- Si oui, de quel coté :
- Suture de la brèche : 1=Non 2 = Oui
- Si oui, à quel niveau
- Résection anastomose : 1= Non 2= Oui
- Si oui, à quel niveau
- Drainage : 1= Non 2= Oui
- Si oui, dans quel quadrant de l'abdomen :.....
- Fermeture : 1=Fermeture simple 2=Bourdonnets 3=Autres à préciser

F- SUITES OPERATOIRES :

- Simples : 1= Non 2= Oui
- Complicquées : 1= Non 2= Ou
- 1. -complication à court terme
- 2. Infection de la paroi
- 3. lâchage des suture
- 4. Eviscération
- 5. Autres à préciser
- Complication à long terme
- 1. Retard de cicatrisation
- 2. Eventration
- 3. Autres à préciser:

RESULTAT

1-Fréquence globale :

Pendant 03 ans le service de chirurgie A du CHU Tlemcen a recensé 25 péritonites post opératoires sur 996 laparotomies soit 2,5% et sur 662 urgences chirurgicales soit 2,8%. Par ailleurs elles ont représenté 1,7% des interventions chirurgicales programmées (334)

Tableau 1 : Répartition des patients atteints de PPO selon la fréquence

Mode de recrutement	effectifs	Pourcentage
En urgence	19	2,8%
Programmé	06	1,7%

2-

2-Age :

Tableau 2 : Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon l'Age.

	Effectif	Pourcentage
21-40	03	12.0
41-60	08	32.0
61-80	13	52.0
81-100	01	04.0
Total	25	100.0

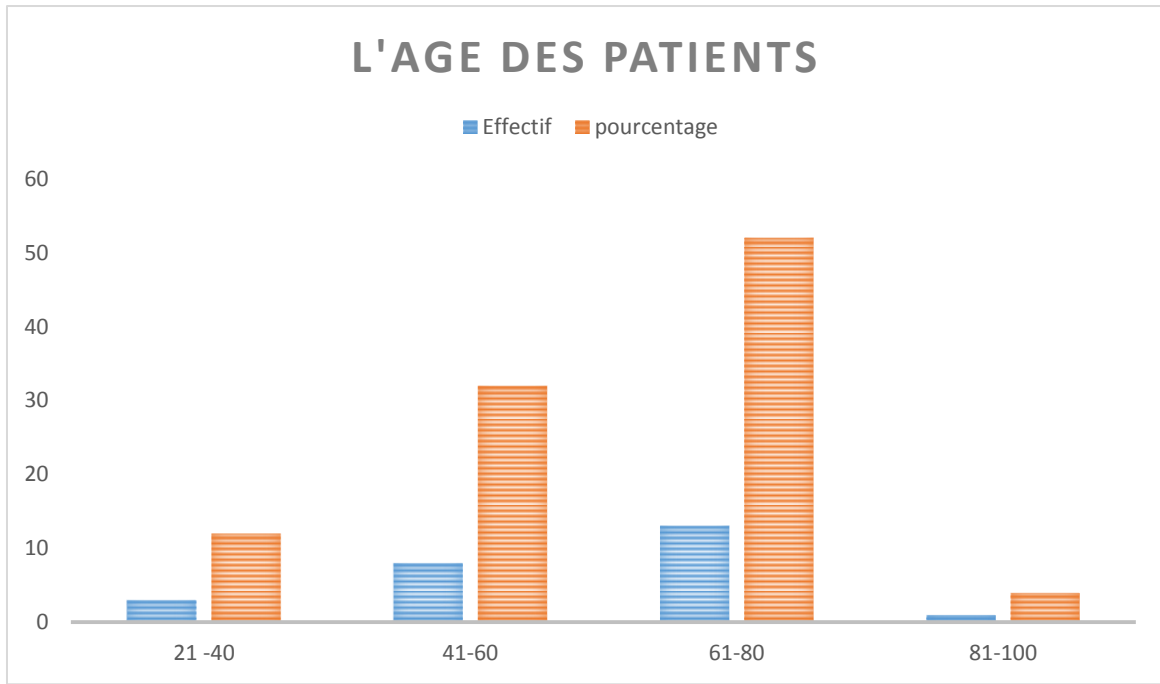


Figure1 : répartition des patients selon la tranche d'âge

Les patients plus de 60ans présentent un risque accru de développer la péritonite post opératoire par apport aux jeunes.

L'âge moyen était 60.1ans.

3-Sexe

Tableau 3: Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon Le sexe

	Effectif	Pourcentage
Homme	19	76.0
Femme	6	24.0

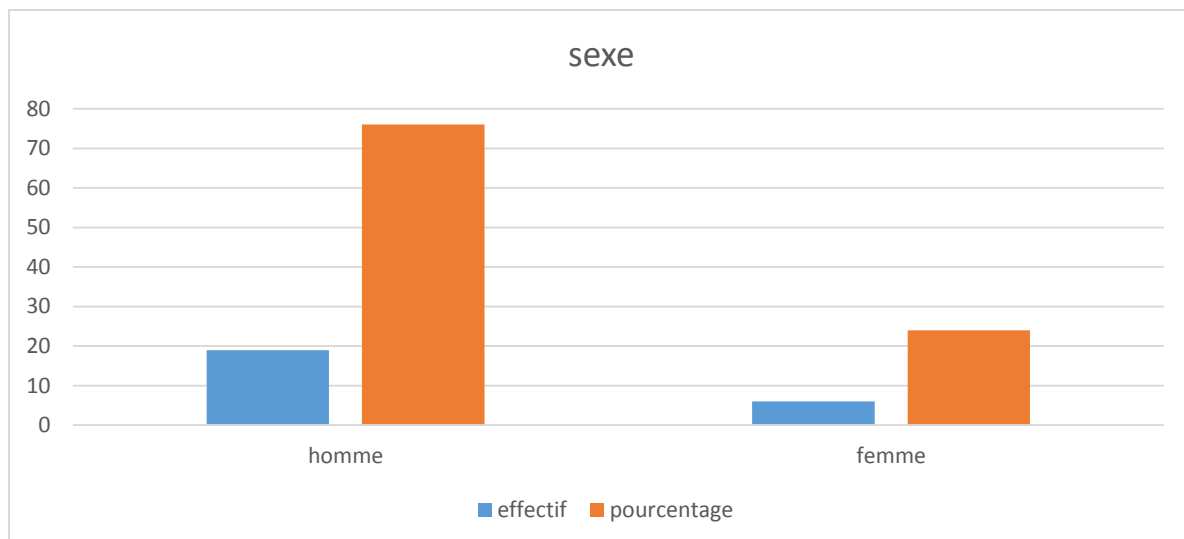


Figure 2 : répartition des patients Selon le sexe

Le sex-ratio était de 3.

Durant la période mentionnée (03ans) les patients atteints de ppo hommes plus que les femmes

4-Lésion initial

Tableau 4: Répartition des péritonites post opératoires selon le siège la lésion Initiale

Etage sus mesocolique					
œsophage	estomac	duodénum	pancréas	foie	Vésicule biliaire
00	04	02	01	01	01
Etage sous mesocolique					
colon		rectum	Intestin grêle		appendice
07			06		03

Dans notre étude la chirurgie était située a l'étage sus mesocolique chez 09 cas soit 36 % et a l'étage sous mesocolique chez 16 cas soit 64 % .

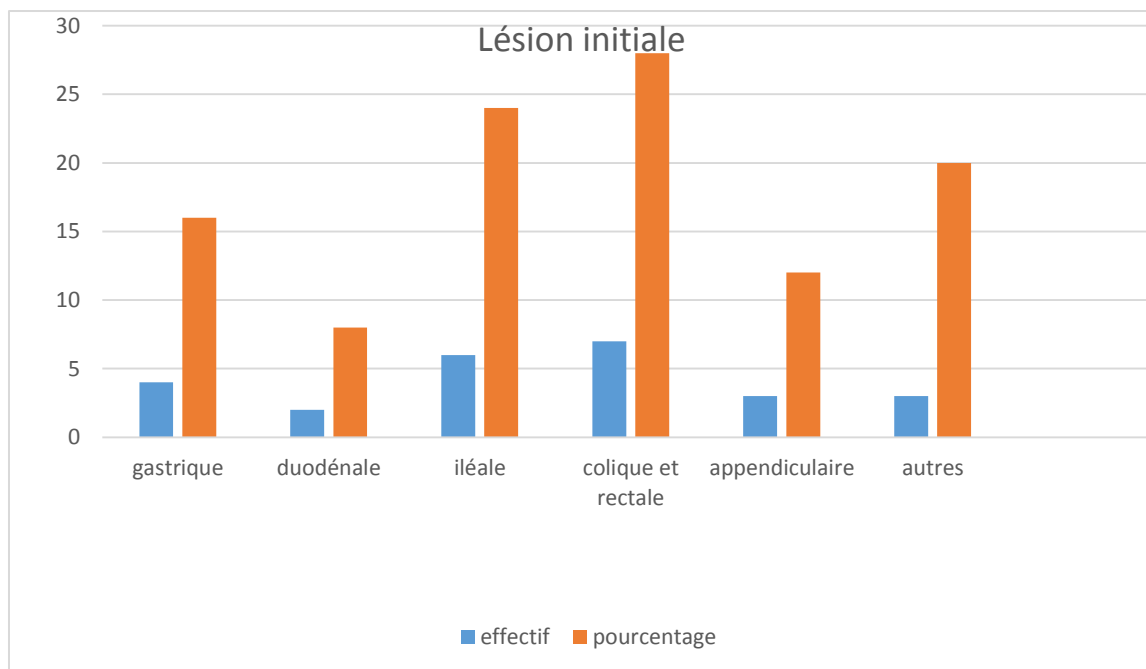


Figure 3 : répartition des PPO selon le siège de la lésion initial

5- Etiologies des péritonites post opératoires :

Tableau 5: Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon les étiologies

Etiologies	Effectif	Pourcentage
Nécrose	02	08,0
perforation	03	12,0
abcès	05	20,0
Désunion anastomotique	07	28,0
fistule	05	20,0
autres	03	12,0
Total	25	100,0

NB : Autres : occlusion sur bride, rupture de l'abcès du foie gauche, rupture de la rate, ...

Sur vingt-cinq cas, la cause de la PPO était un lâchage de suture ou d'anastomose chez sept patients, perforation intestinale et colique chez trois malades, il s'agissait aussi d'un abcès chez cinq patients et d'une nécrose du grêle chez deux patients également ; cinq patients ont été repris pour fistule d'ACC mise en stomie et fistule d'AIC.

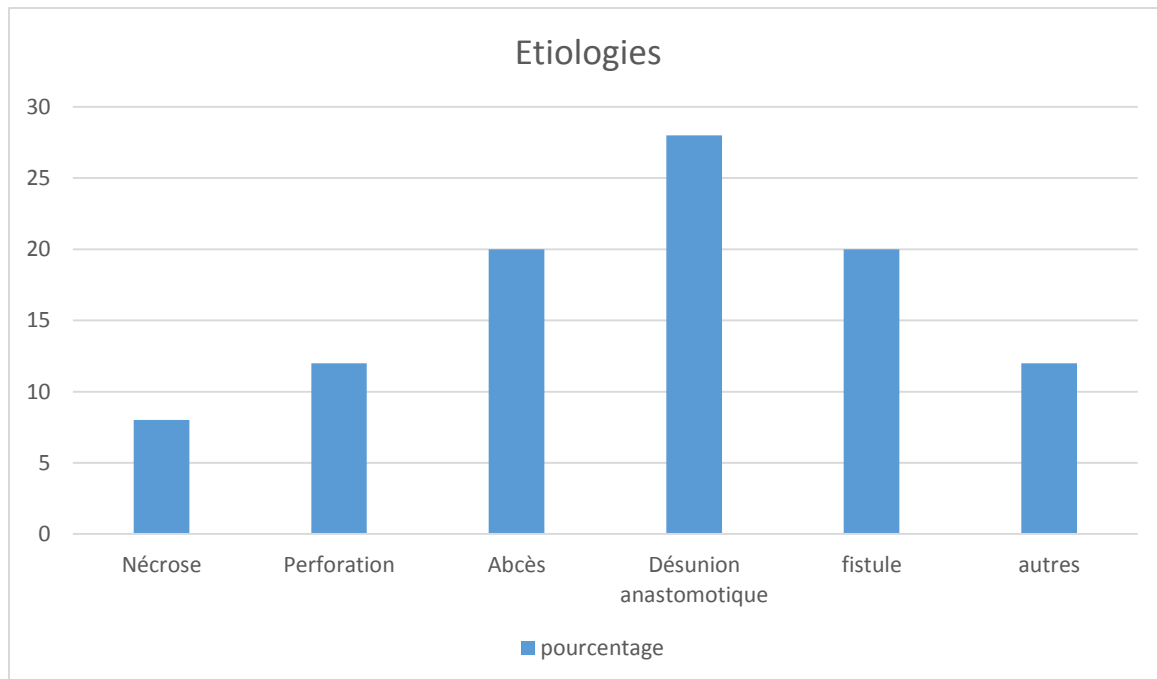


Figure 04 : répartition des patients selon l'étiologie.

La désunion d'anastomose était parmi les étiologies les plus fréquentes cette période.

6-Aspects cliniques de la péritonite post opératoire :

6-1-Signes fonctionnels :

Tableau 6: Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon Les signes fonctionnels

	Effectifs	Pourcentage
Dlr abdominales	20	80,0
Vomissements	14	56,0
Arrêt de matières et des gazs	08	32,0
Trouble du comportement	01	04,0
Diarrhée	02	08,0

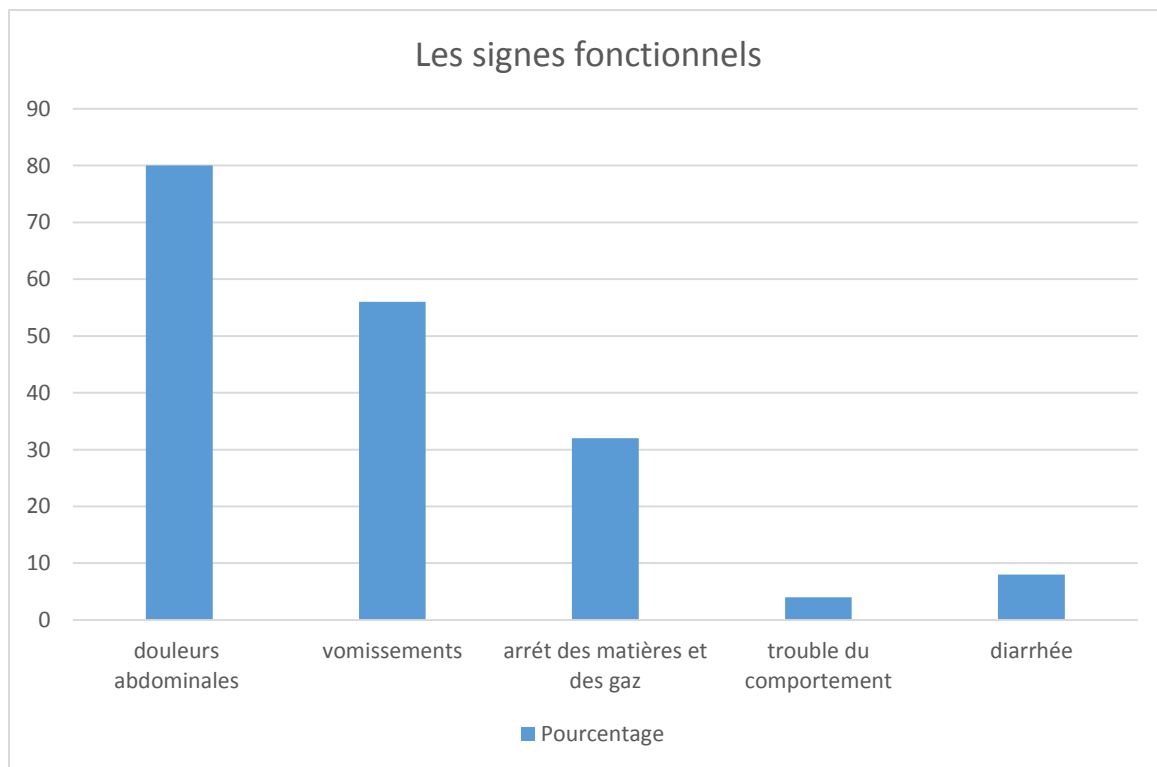


Figure 5 : répartition des patients selon les signes fonctionnels. Parmi ces signes, la douleur abdominale reste le symptôme majeur qui déclenche la ppo suivie des autres symptomatologies Selon le cas du patient.

6-2-Signes généraux

Tableau 7: Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon les signes généraux

	Effectifs	Pourcentage
Altération de l'état général (Karnofsky)	19	76,0
Hypotension artérielle	07	28,0
Fièvre	18	72,0
Tachycardie	09	36,0
Anémie	15	60,0
Altération de la conscience (Glasgow)	01	04,0

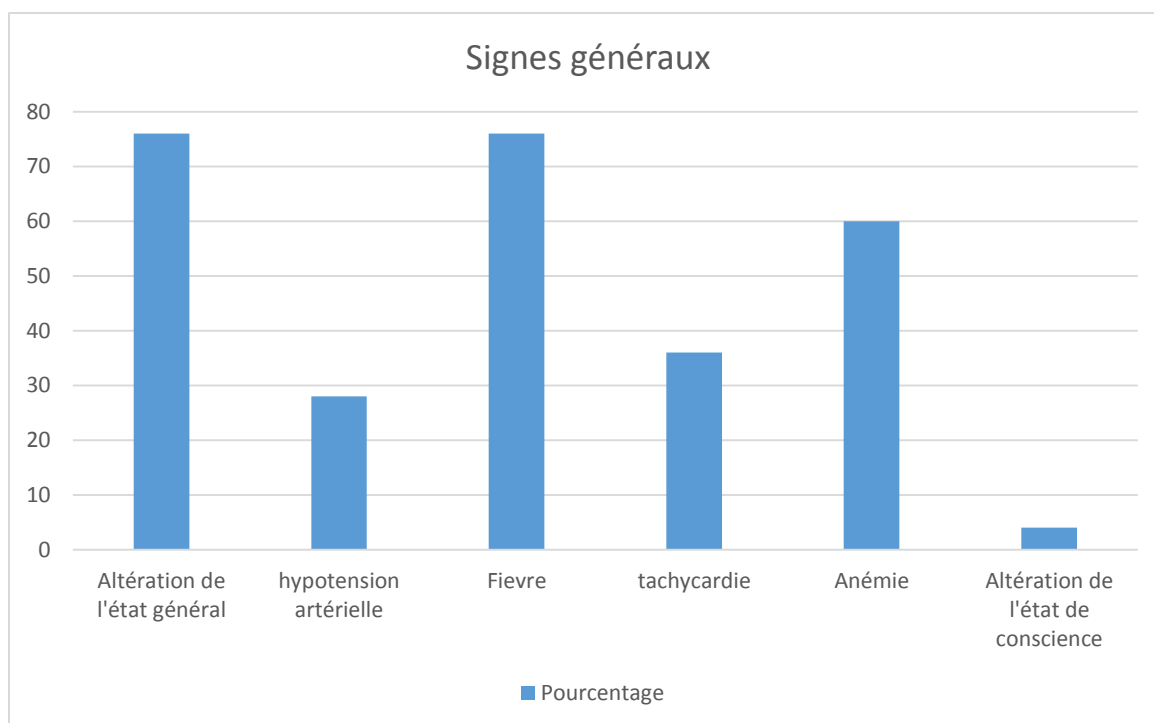


Figure 6 : répartition des patients selon les signes généraux.

AEG et la fièvre plus remarquable chez les patients atteints de ppo dans la plupart du temps.

Nous avons observé une fièvre avec une température supérieure à 38°C, survenue dans les suites opératoires ;

6-3 Signes physiques :

Tableau 8: Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon les signes physiques

	Effectifs	Pourcentage
Eviscération	03	12.0
Distension abdominale.	04	16.0
Défense abdominale	20	80.0
Contracture généralisée	07	28.0
Météorisme abdominal	17	68.0
Douleur a la palpation abdominale	21	84.0
Douglas douloureux	16	54.0

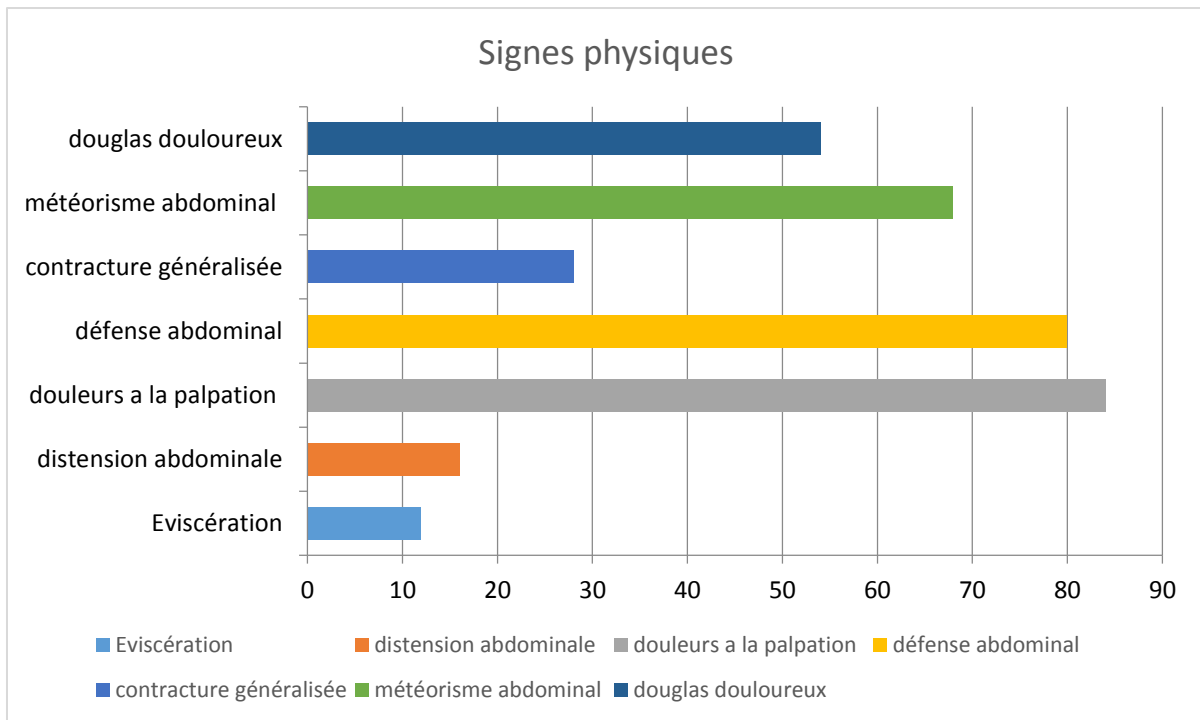


Figure 7 : répartition des patients selon les signes physiques.

La douleur abdominale est présente chez la majorité des patients atteints de PPO.

7- La numération formulaire sanguine :

Tableau 9: Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon le résultat de la numération formulaire sanguine

	Effectif	Pourcentage
Hyperleucocytose	13	52,0
Hématocrite élevée	03	12 ,0
1+2	01	04,0
anémie	06	24,0
Normale	03	12 ,0
Totale	25	100,0

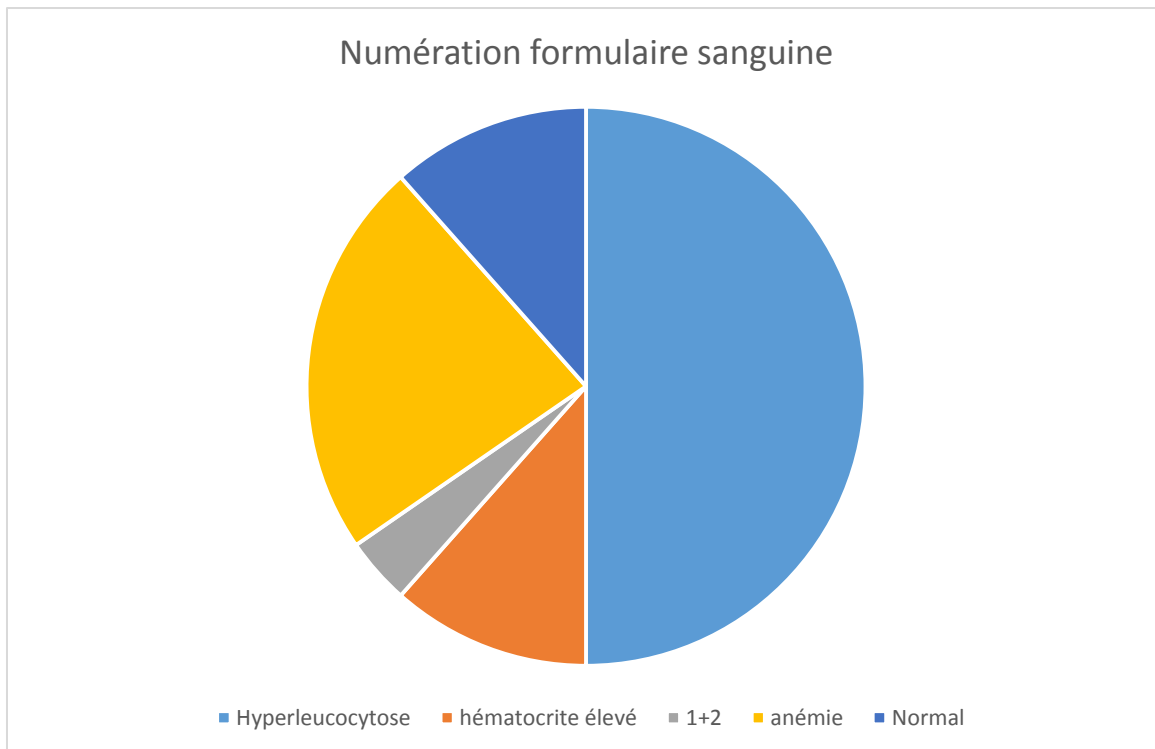


Figure 08 : répartition des patients selon la numération formulaire sanguine.

NB : 1+2= Il s'agissait des patients qui avait une hyperleucocytose et une Hématocrite élevée

Hyperleucocytose reste le signe biologique qui prédomine le résultat du bilan.

8- le taux de la CRP

Tableau 10 : Répartition des patients selon les résultats de CRP :

CRP DES 48 HEURES	Effectifs	Pourcentage
Non faite	04	16.0
<120	13	52.0
>120	08	32.0
total	25	100.0

On décrit 21 cas ou on a réalisé le prélèvement CRP dont 08 cas ont mis en doute l'évolution de la PPO.

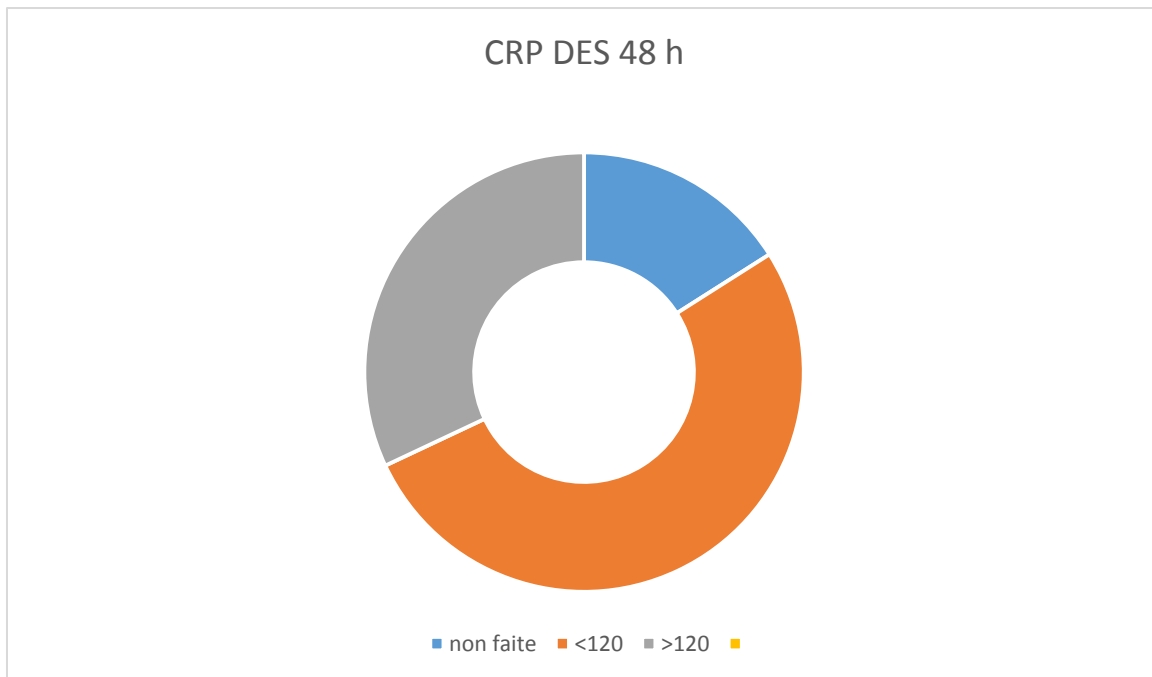


FIGURE 09 : Répartition des patients selon le résultat de CRP

9-Les examens para cliniques d'opérabilité :

Les patients étaient de groupe sanguin O+ dans 44% des cas.

La glycémie a été faite dans 76 % des cas (19 cas) et elle était normale dans 40% (10 cas)

La créatininémie a été réalisée chez 08 patients soit 32% des cas et elle était normale.

Le taux de prothrombine a été fait chez 16 patients soit 64 % des cas et il était normal

Il y avait la pleurésie dans 4% des cas à la radiographie du thorax de face.

10-Les examens para cliniques

10-1-Les examens para cliniques de confirmation diagnostique :

10-1-1- L'échographie abdominale :

Tableau 11 : Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon le résultat de l'échographie abdominale

Echographie	Effectif	Pourcentage
Non faite	08	32,0
Epanchement ds les grandes cavités péritonéales	09	36,0
Collection sous phrénique	03	12,0
Collection dans la GPC	05	20,0
Total	25	25,0

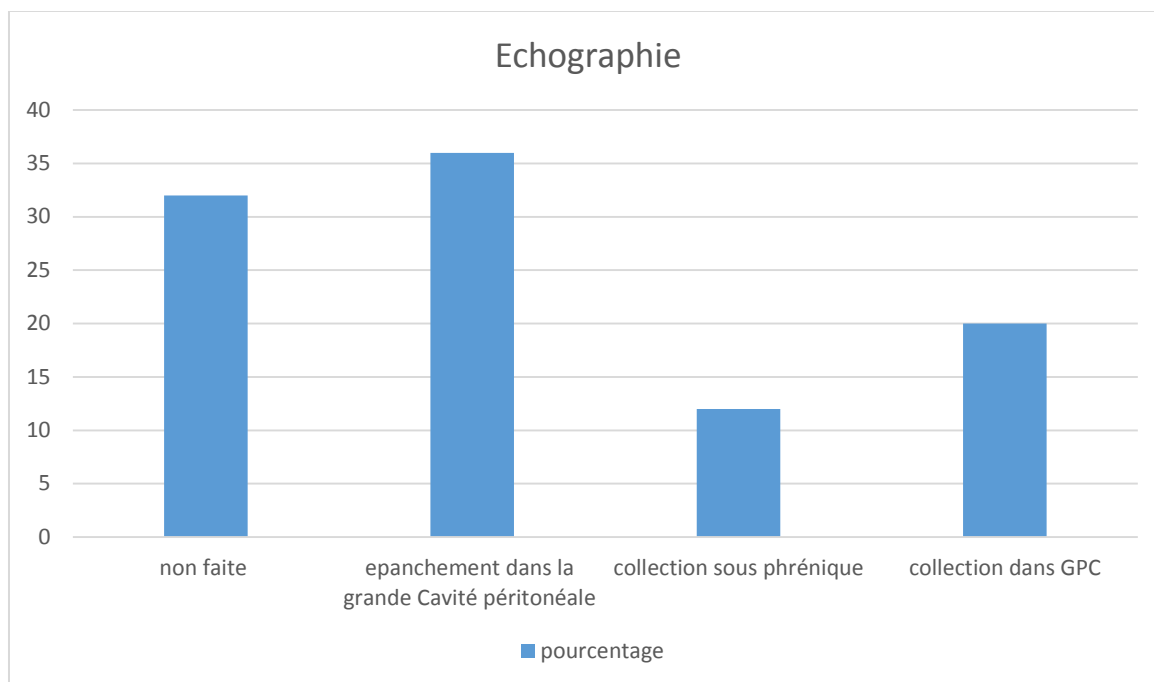


Figure 10 : répartition des patients Selon le résultat de l'échographie abdominale

L'échographie n'est pas demandée systématiquement dans le cadre de l'investigation sur la ppo ; c'est un examen peu performant et non nécessaire en urgence.

10-1-2- Selon l'ASP

Tableau 12: Répartition des péritonites post opératoires selon le résultat de la Radiographie de l'abdomen sans préparation

	Effectif	Pourcentage
Pneumopéritoine	10	40,0
Niveau hydro aérique	13	52,0
Grisaille diffuse	02	08,0
Total	25	100,0

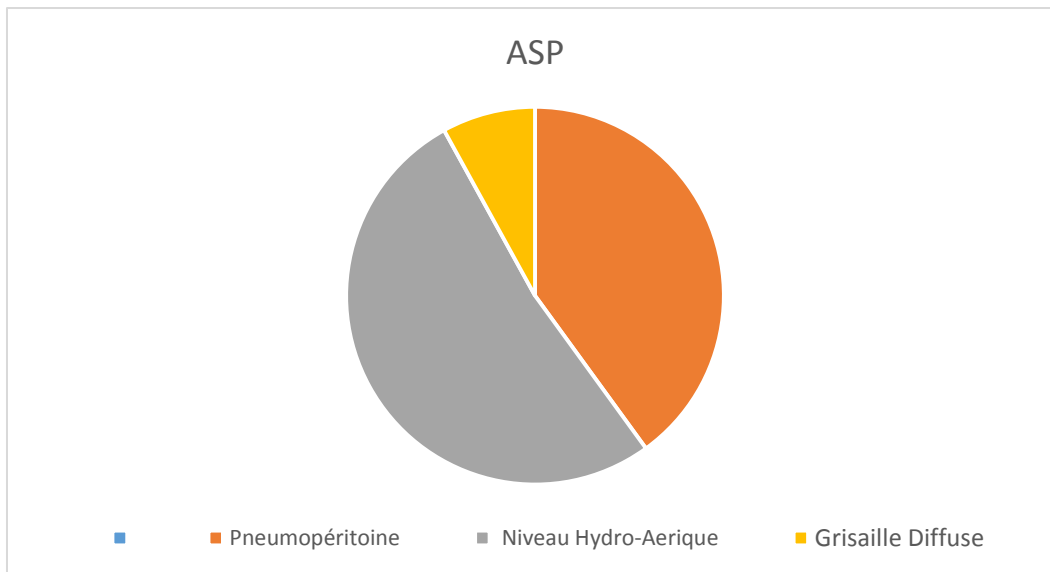


Figure 11 : répartition des patients selon le résultat de la radiographie de l'abdomen sans préparation.

11-Techniques opératoires à l'intervention initiale :

Tableau 13: Répartition des péritonites post opératoires selon les techniques Opératoires à l'intervention initiale.

	Effectif	pourcentage
Gastrectomie partielle	3	12%
Gastrectomie totale	2	8%
Duodeno-pancreatectomie	1	4%
Résection iléo caecale	3	12%
Résection recto sigmoïdienne	4	16%
Hémi-colectomie droite	3	12%
Hémi-colectomie gauche	1	4%
Amputation abdominopérinéale	2	8%
Cholécystectomie	2	8%
Appendicectomie	3	12%
Résection du grêle	1	4%
Total	25	100

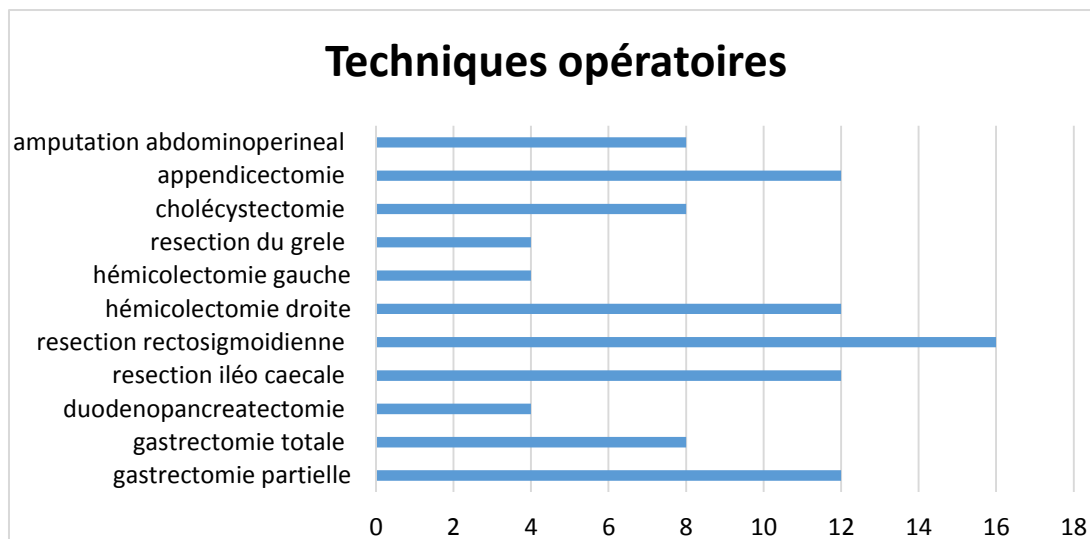


Figure 12 : répartition des patients Selon les techniques chirurgicales à l'intervention initiale.

Les patients qui ont bénéficié d'une résection recto-sigmoïdienne développent le ppo plus que les autres.

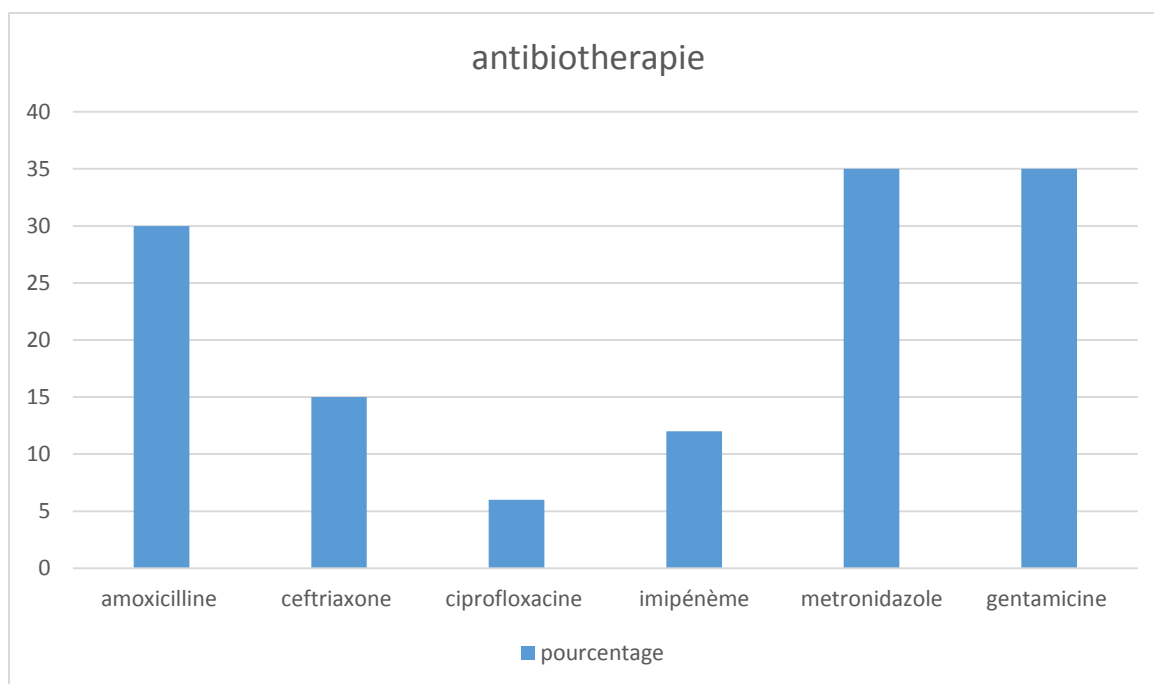
12-Traitement de la péritonite post opératoire :

12-1-Traitement médical

12-1-1 la nature de l'antibiotique :

TABLEAU 14: Répartition selon la nature de l'antibiotique

	Effectif	pourcentage
amoxicilline	15	60%
ceftriaxone	9	36%
gentamicine	15	60%
imipénème	3	12%
metronidazol	15	60%
ciprofloxacine	6	24%

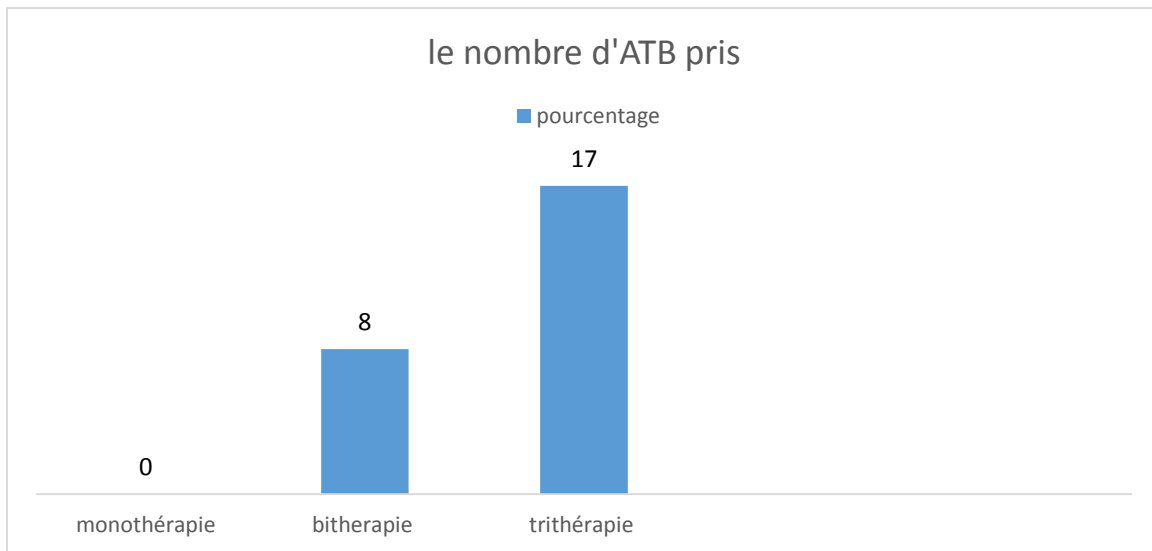


L'amoxicilline et le métronidazole ainsi que la gentamicine étaient les antibiotiques les plus utilisés mais aussi le ceftriaxone

12-1-2 l'association d'antibiothérapie :

TABLEAU 15 : Antibiothérapie en période post opératoire

	Effectif	pourcentage
Monothérapie	0	0%
Bithérapie	8	32%
Trithérapie	17	68%



La trithérapie était la plus utilisée dans notre étude

12-2-Traitement chirurgical de la péritonite post opératoire

a)- La voie d'abord :

Tableau 15: Répartition des péritonites post opératoires selon la voie d'abord

	Effectif	Pourcentage
Médiane sus ombilicale	03	12,0
Médiane sous ombilicale	04	16,0
Médiane xypho pubienne	18	72,0
Total	25	100,0

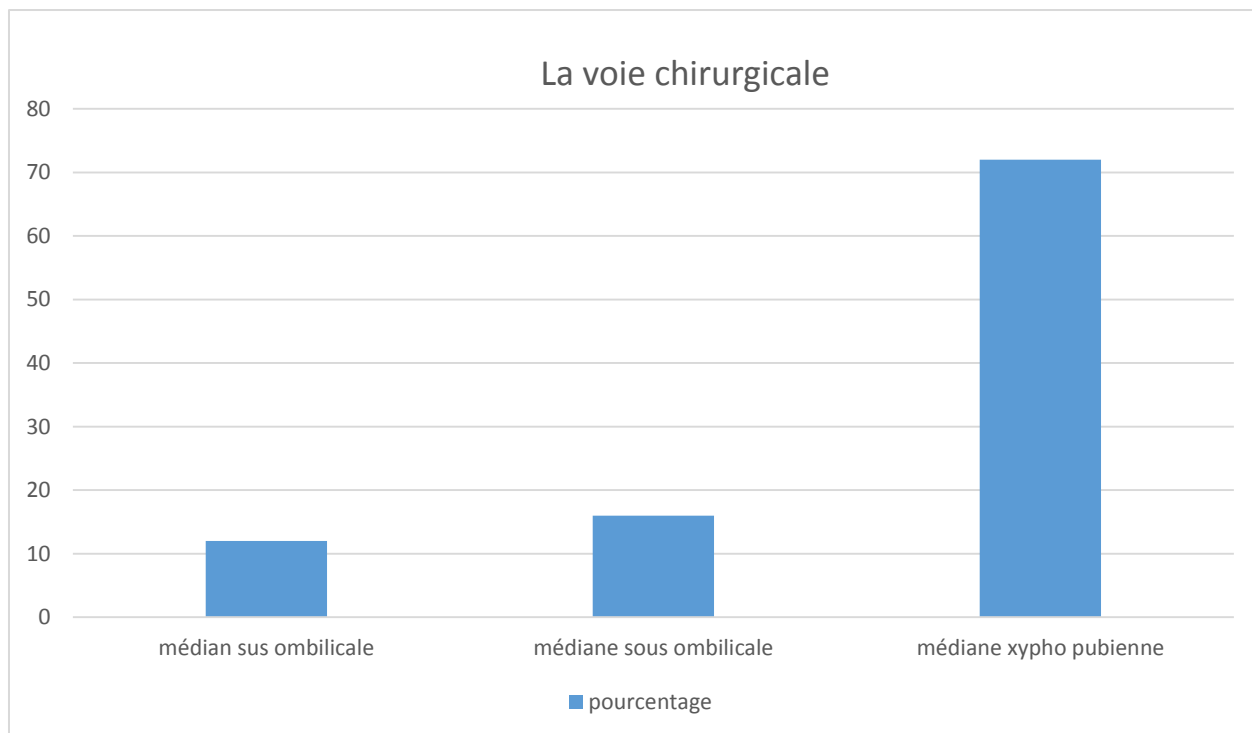


Figure 13 : répartition des patients selon La voie d'abord.

b/ traitement chirurgical :

TABLEAU 16 : Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon le traitement réalisé

	Effectif	pourcentage
Toilette simple + drainage	25	100
Stomie digestive temporaire	10	40
Suture de la perforation	6	24
Résection anastomose	9	36

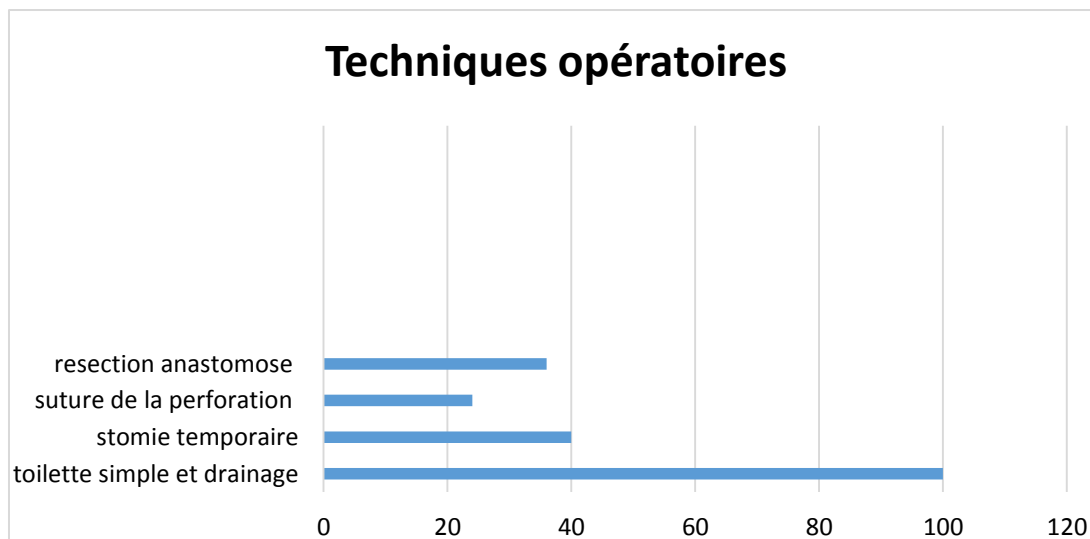


FIGURE 14 : Répartition des patients atteints de péritonite post opératoire selon le traitement réalisé

NB : L'aspiration, la toilette péritonéale et le drainage ont été réalisés chez tous les patients.

13- Les suites opératoires :

Tableau 17: Répartition des péritonites post opératoires selon des suites Opératoires

Suites Opératoires	Effectif	Pourcentage
Simple	12	48,0
Complicées	07	28,0
Décès	06	24,0
Total	25	100,0

Parmi les 25 patients hospitalisés 48% évoluent favorablement sous le traitement donné, 28% présentant des suites opératoires compliqués et 24% décédés. Il y'a majoritairement une bonne évolution des patients avec moins de complications après reprise opératoire

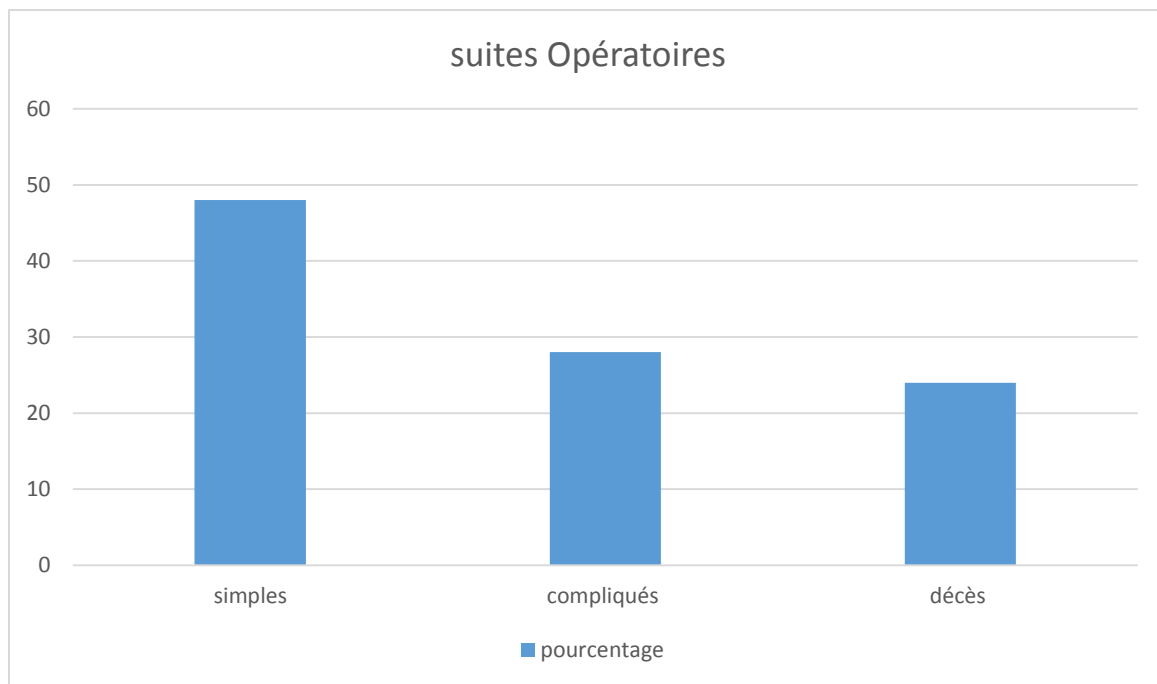


Figure 15: répartition des patients selon les suites opératoires.

14-Morbidité :

Tableau 18 : Répartition des péritonites post opératoires selon la morbidité (N=7)

	Effectif	Pourcentage
Infections de la paroi	02	8,0
Eviscération	01	4,0
Fistule digestive	04	16,0

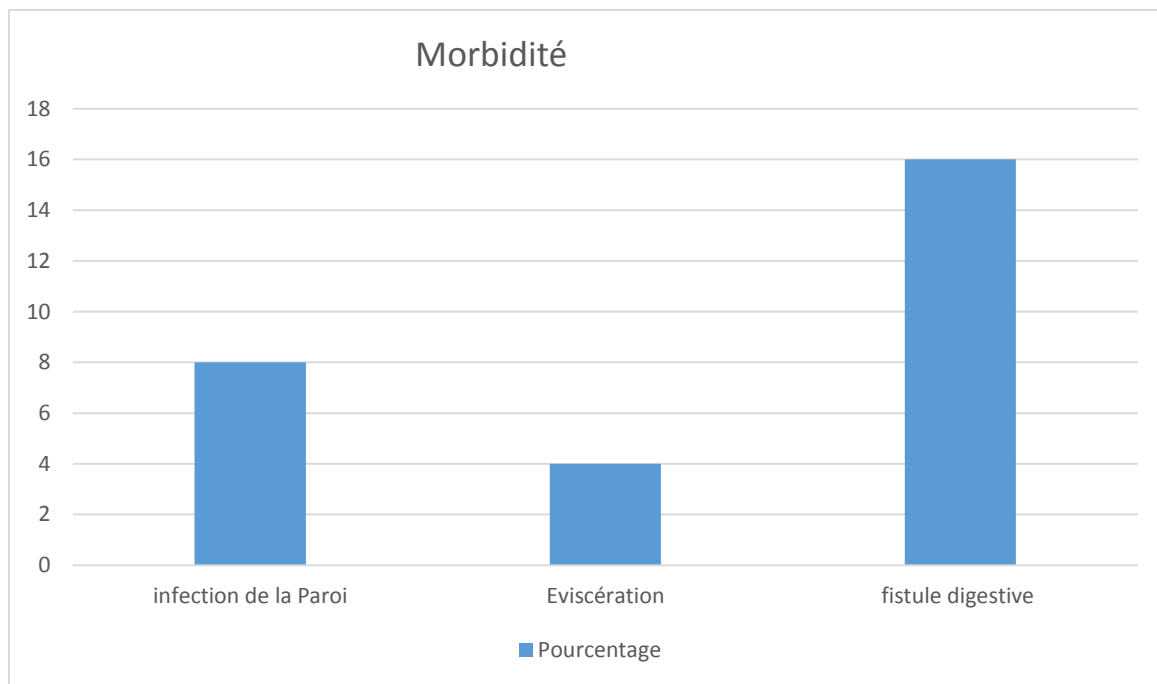


Figure 16 : répartition des péritonites post opératoires selon la morbidité

Le taux de morbidité de notre service était de 28%, avec comme complications prédominante la fistulisation et le lâchage d'anastomose

Discussion

Notre travail comporte une analyse rétrospective d'une série de 25 malades traités pour PPO au service de chirurgie générale A du CHU Tlemcen durant la période allant du mois de Juin 2015 jusqu'à juin 2018 dont les 25 cas de péritonites post opératoires ont été recensés à partir des dossiers hospitaliers des malades et des comptes rendus de bloc opératoire. Dans cette étude nous avons rencontrés des difficultés: le mauvais archivage des dossiers avec manque des données de quelques patients. Après l'intervention les malades qui habitaient à Tlemcen et ses environs ont été facilement retrouvés par les adresses et les numéros de téléphone qui sont systématiquement notés dans les dossiers au moment de leur admission.

1-Fréquence :

Tableau 1 : Fréquence des péritonites post opératoires et auteurs

Auteurs	Laparotomies	Effectif	%
Said L .Ben Maroc 2013	2100	46	2.1
Dembélé Mali 2005 ¹⁵	200	4	2
Notre étude Tlemcen 2019	1000	25	2,5

La péritonite post opératoire a une fréquence théoriquement faible dans la littérature, soit 2 à 3% des laparotomies¹⁶

La fréquence de la péritonite post opératoire dans notre service durant les 3 ans passés est 2,5% ce qui est proche statistiquement de celle retrouvée au maroc (2.1 %)

¹⁵ - Dembélé M. Péritonite aiguë généralisée dans le service de chirurgie Générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine. Bamako 2005. N° 124 P : 26

¹⁶ Montravers Ph, EL housseini L, Rekkik R. Les péritonites postopératoires: diagnostic et indication des ré interventions. CHU Jean-Verdier, Paris XIII.

2-Age moyen :

Tableau 2: Age moyen et auteurs

Auteurs	Effectif	Age moyen
MALI GT 2013	25	37,2
Traoré RCI 2013 ¹⁷	106	33,7
Noure Maroc [30] ¹⁸ 2002	70	50
Notre série	25	60.1

L'âge moyen des patients dans toutes les séries est inférieur à 60.ans

L'âge moyen des patients dans notre série est de 60.1 ans.

La différence pourrait être liée au fait que leur étude a été réalisée uniquement chez les adultes..L'âge n'est pas un facteur favorisant de la péritonite post opératoire

¹⁷ Dembélé M. Péritonite aiguë généralisée dans le service de chirurgie Générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. Source précédente

¹⁸ Noure T, Mazouzi A, Boudarka MA, Lefriykh M.R, Bouaggad A, Hammoudi A, Harti A. Facteurs pronostiques des péritonites post opératoires. Service d'anesthésie réanimation- CHU Ibn Rochd – Casablanca 2013.

3-Sexe :

Tableau 3 : Sexe des patients et auteurs

Auteurs	MALI GT 2013	Noure Maroc 2002	Notre série
Effectif	25	70	25
% des hommes	54.1%		76%
% des femmes	45.9%		24%
Sex ratio	1.2	1.2 H	3

La prédominance masculine de PPO a été notée par tous les auteurs MALI GT et NOURE MAROC avec 76% hommes dans notre série et donc le sexe ratio était de 3 en faveur des hommes. Ceci pourrait s'expliquer par la nature même de la pathologie initiale (cancers digestifs) et le terrain (tabagisme, état nutritionnel). Donc le sexe n'est pas un facteur favorisant de la péritonite post opératoire.

4-Lésions initiales :

Tableau 4 : Lésions initiales des péritonites post opératoires et auteurs

	Maroc 2013	Mali 2013	Notre etude
Etage sous mésocolique	57%	68.2%	60%
Etage sus mésocolique	43%	31.8%	40%

Dans notre étude, Nous n'avons pas observé une différence entre Le taux de site de la chirurgie initiale de nos patients et celui des séries africaines et marocaines dont le site opératoire prédominant de PPO est l'étage sous méso colique 60% (notamment le cadre colique chez 07 cas) puisque La région colique présente le plus fort inoculum bactérien par rapport aux autres segments du tubedigestif ; suivi des lésions greliques chez 05 cas . en revanche, l'étage sus mesocolique est présenté chez 15% des cas

5-Etiologies :

Tableau 5: Etiologies des péritonites post opératoires et auteurs

etiologies	Fistule digestive	Desunion anastomotique	Perforation	Abcès
Auteurs				
Mali GT 2013	8%	32%	28%	32%
Maroc 2013	-	60%	28%	
Notre etude	20%	28%	12%	20%

La péritonite par désunion anastomotique est la forme étiologique la plus fréquente de PPO ¹⁹

Dans tous les séries. Dans la recherche nous avons trouvé un taux de désunions anastomotiques de 28% dans le même sens que l'étude malienne 32%. En Maroc l'enquête a trouvé un taux de désunion anastomotique supérieur par rapport nos résultats 60%.

MALI GT a trouvé 08% de fistule digestive. Ce taux est inférieur au notre qui était de 20%. Tandis que l'abcès a été noté chez 32% selon l'étude malienne beaucoup plus par rapport notre étude qui était de 20%.

Cependant, l'expérience de l'opérateur ainsi que les conditions de l'intervention restent dans la plupart des études comme des éléments influençant la survenue de PPO.

¹⁹ Seguin P, Mallédant Y. Péritonites postopératoires. In : Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Rennes : Elsevier Masson SAS 2007 :217-226 ; disponible en ligne sur philippe.seguin@churennes.fr

6-Signes fonctionnels :

Tableau 6: Signes fonctionnels et auteurs

Signes	Douleur abdominale	Vomissements	Troubles de transit	Diarrhée
Mali Gt 2013	92%	48%		4%
Maroc 2013	75%	37.5%	9.3%	
Notre série	20	14	08	02
N=25	80,0%	56%	32%	08%

La symptomatologie clinique a été dominée par la douleur abdominale qui a été notée chez 20 patients de la série, soit 80%, des cas.

Il en a été de même dans les autres études marocaines et africaines, suivie de vomissement Chez 14 patients ou 56%.

La diarrhée distillante pleioleucocytaire est un signe de suppuration abdominale peu fréquent dans notre série représentant 8% des cas

7-Signes généraux :

Tableau 7 : Signes généraux et auteurs

Signes cliniques (%)	Mali 2013	Maroc 2013	Notre etude
Fievre	84%	62.8%	72%
Tachycardie	44%		28%
Anémie	04%		60%
Hypertension	40	35%	36%

Dans notre étude tout comme celle du MAROC et MALI , la fièvre est le signe extra digestif le plus fréquent notamment plus révélateur d'une PPO. Toute fois, la survenue d'une fièvre au décours d'une chirurgie digestive impose la recherche systématique d'un foyer infectieux intra - abdominal . A l'opposé, l'absence de fièvre ne doit pas éliminer le diagnostic d'une infection intra - péritonéale. Dans notre série, 72 % de nos malades avaient la fièvre , 76 % présentant une altération de l'état générale et 60% anémiques.

8-Signes physiques :

Tableau 8: Signes physiques et auteurs

Signes	Défense abdominal	Météorisme abdominal	Contracture	Douleur à la palpation abdominal	Douglas Dououreux
auteurs					
Maroc 2013	34.9%	4.9	2.3%		
Mali 2013	92%	80%		32%	68%
Notre série	20	17	07	21	16
N=25	80%	68%	28%	84%	54%

Dans notre série, la défense abdominale a été évoqué chez la majorité des patients 80% , en parallèle avec l'étude malienne 92% , ce taux est supérieur a ceux trouvé par l'étude marocaine 34 ,9% .

Alors que , le météorisme abdominale a été rapporté chez 68% des et les autres études ont trouvé un taux sui été situe entre 41,9% et 80% et concernant les autres signes dans notre etude tels que les éviscérations ,la distension abdominale les résultats presque significatifs ;on note également 07 cas de contracture et 16 cas présentant un douglas douloureux

9-Numération formulaire sanguine :

Tableau 9: le résultat de la numération formulaire sanguine.

Auteurs	Said L. Ben Maroc, 2013 [16] N= 46	Notre étude ; CHU Tlemcen ;2015-2018 N=25
Signes		
Hyperleucocytose	39 (85%) P<0,001	13 (52 %)
Anémie	21 (45,6%) P= 0,5	06 (24%)
CRP élevé	32 (70%)	08 (32%)

Hyperleucocytose :

C'est un signe très fréquent dans toutes les séries sans rapport avec la gravité de l'état septique mais reste le signe biologique utile au diagnostic d'une péritonite surtout lorsqu'il excède 12000 cellules/mm³ de sang en période post opératoire²⁰ il doit attirer l'attention lorsqu'il persiste au-delà du troisième jour postopératoire²¹ ou qu'il est de forte concentration (>15–20000/mm³)

Dans notre étude on décrit plus de la moitié des cas qui ont présenté un taux élevé de ce marqueur d'infection, chiffre identique avec l'étude marocaine qui a déclaré 83 % ceci du au motif d'entrée qui reste l'infection de la paroi péritonéale

Anémie : autre signe biologique majoritairement retrouvé au cours de notre recherche, était l'anémie chez 24% alors que la non réalisation du bilan représente 20% ce qui a justifié la place des examens biologiques dans la surveillance quotidienne et hebdomadaire de nos patients en période postopératoire.

Dans notre étude, on a remarqué un pourcentage approximativement proche entre les deux séries, du fait que l'anémie est un signe fréquent dans les suites

²⁰**Montravers Ph.** Antibiothérapie des infections intra abdominales nosocomiales. CHU Bichat Claude Bernard, département d'anesthésie, 2000 : 144

²¹C-reactive protein as an indicator of infection relapse in patients with abdominal sepsis. Arch Surg, 119 (1984), pp. 300–304

opératoires dont l'étiologie digestive est dans tout les cas un paramètre essentiel a rechercher .

10-CRP

Le dosage des marqueurs de la réaction inflammatoire a été posé pour aider au diagnostic d'infection intra abdominale (CRP ; Procalcitonine ; cytokines..) ²² qui est devenu à nos jours presque systématique pour identifier les patients qui présentent une complication infectieuse.

Cependant ces éléments ne sont pas discriminants compte tenu de variations individuelles majeures (ceux qui présentent crohn ou maladie inflammatoire associée)

Une concentration plasmatique d'emblée élevée de la CRP voir une augmentation au cours de l'évolution n'a aucune spécificité ²³ ; en revanche une concentration plasmatique normale exclut presque complètement l'existence d'une infection post opératoire ²⁴

dans notre étude 32 % ont présenté un caractère inflammatoire , qui reste un chiffre insignifiant devant le Maroc à 70 % est ceci dû aux différent mode d'expression et la différence étiologique des deux régions et la prévalence de certaines maladies inflammatoires

²²-J.J. Schentag, D. OK, M. Marmion and P.B. Wels, C-reactive protein asan indicator of infection relapse in patients with abdominal sepsis. Arch Surg, 119 (1984), pp. 300–304.

-R.A. Mustard, I.M.A. Bohnen, S. Haseeb and R.C. Kasima, C reactiveprotein levels predict post-operative septic complications. Arch Surg, 122 (1987), pp. 69–73.

-C. Venet, B. Tardy and F. Zéni, Marqueurs biologiques de l'infection enréanimation chez l'adulte : place de la procalcitonine. Réanimation, 11 (2002), pp. 156–171.

²³C reactiveprotein levels predict post operative septic complications, source précédente.

²⁴C-reactive protein asan indicator of infection relapse in patients with abdominal sepsis. Arch Surg, 119 (1984), pp. 300–304. Source précédente.

11-Signes para cliniques :

Echographie abdominal

Tableau 10 :les signes à l'imagerie selon les auteurs.

Auteurs	Said L. Ben	Coulibaly B.	Notre étude
Signes	Maroc, 2013 [16] N= 46	Mali point G, 2010 [17] N= 25	Tlemcen 2019 N= 25
Croissant gazeux			
Epanchement	20 (43,5%) P<0,001	18 (72%) P= 0,05	9(36%)
Collection	10 (21,7%) P<0,001	18 (72%) P= 0,05	8 (32%)

L'échographie abdominale a contribué au diagnostic de péritonite post opératoire dans 68% des cas dans notre série, par la mise en évidence d'un épanchement dans la grande cavité péritonéale (36%), des collections dans la gouttière pariéto- colique (20%), ou sous phrénique (12%). En effet, ces signes morphologiques étaient majoritairement dans chacune de ces études marocain et africain, Cependant elle n a pas été réalisée chez 32% des patients pour des raisons économiques ou défaut d'expertise des appareils dans notre structure ou la non fiabilité ou nécessité de cet examen dans le diagnostic .

Cette différence pourrait être expliquée par le fait que l'échographie a une efficacité limitée par la présence des gaz digestif mais reste performante dans la recherche de collections pelviennes et sous Phréniques

L'abdomen sans préparation

Dans notre étude ASP = la radiographie de l'abdomen sans préparation. Elle a été réalisée dans 100 % des cas du fait de l'importance de cet examen qui a montré son utilité en urgence ; facile et accessible pour le malade et qui n'est pas coûteuse technique opératoire à l'intervention initiale

-Nature du geste chirurgical initial :

la nature du geste chirurgical de l'intervention initiale est corrélée au risque de complication postopératoire ²⁵

La résection-anastomose a été le geste chirurgical le plus associé à une PPO au cours des études marocaine ²⁶ et malienne avec respectivement 28,3 et 20,3%, sans différence significative.

Ceci prouve que la présence d'une anastomose constitue un facteur de risque d'une PPO ²⁷

12-Traitement de la péritonite post opératoire :

-La voie d'abord :

Les voies d'abord sont considérées par tous les auteurs source de PPO itératives et de complications postopératoires L'incision idéale et de référence est une longue médiane xypho-pubienne Permettant une vision opératoire large ²⁸ et c'est la plus utilisée aussi dans notre étude mais la laparotomie médiane est pour le moment contrebalancé par le risque majoré de bactériémie dans les modèles animaux ²⁹

²⁵ Abscheidt G. La prise en charge antibiotique des péritonites post opératoires [thèse : pharmacie] Metz : université HENRI POINCARÉ-NANCY I, 2003.

- Lamkaddem B. Péritonites postopératoires en réanimation (A propos de 68 cas) [Thèse : Médecine] Fès : Université SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH 2013

²⁶ Péritonites postopératoires en réanimation (A propos de 68 cas) [Thèse : Médecine] source précédente

²⁷ Péritonites postopératoires en réanimation (A propos de 68 cas) [Thèse : Médecine] source précédente

²⁸ Rosin D., Zmora O., Khaikin M., Bar Zakai B., Ayalon A., Shabtai M. Laparoscopic management of surgical complications after a recent laparotomy Surg. Endosc. 2004 ; 18 : 994-996.

²⁹ Evasovitch M.R., Clark T.C., Horattas M.C., Holda S., Treen L. Does pneumoperitoneum during laparoscopy increase bacterial translocation? Surg. Endosc. 1996 ; 10 : 1176-1179

Sare M., Demirkiran A.E., Tastekin N., Durmaz B. Effects of laparoscopic models on anaerobic bacterial growth with *Bacteroides fragilis* in experimentally induced peritonitis

- **Traitement médical :**

Dans notre étude , Nous avons utilisé l'association : Ampicilline Métronidazole Et Gentamicine 160 mg en IVL en une injection par jour .Cette association a été utilisée par d'autres auteurs [14; 24; 31] qui l'ont souvent modifiée en fonction du résultat de la bactériologie du pus prélevé en per-opératoire.

La majorité des traitements antibiotiques pour traiter une PPO dans notre étude était empirique ceci démontrerait que l'antibiothérapie en cas de PPO est beaucoup plus probabiliste par défaut d'identification du germe en cause lors de l'intervention initiale et en période post ré intervention (ECB en per opératoire concluant rare) dans notre contexte.

L'association d'antibiotique

	ANTIBIOTHERAPIE France³⁰, 2002	Mali , 2013
Monothérapie	5 (5%) P<0,001	61 (41,2%)
Bithérapie	68 (68%) P<0,001	11 (7,4%)
Trithérapie	27 (27%) P<0,001	76 (51,3%)

L'antibiothérapie aurait donc un impact sur la morbidité du patient Atteint de PPO³¹.

La trithérapie à base des molécules suivantes : Ceftriaxone + Métronidazole + Gentamicine, a été l'antibiothérapie la plus appliquée au cours de notre observation contrairement à l'étude française, au cours de laquelle on retrouve dans la majorité des cas, une bithérapie à base d'amoxicilline+ acide clavulanique.

³⁰ Montravers P. Infections postopératoires abdominales et péritonites. IN : Pathologies infectieuses en réanimation ; Edition Elsevier 2002: 241-69.

³¹ Montravers Ph. Antibiothérapie des infections intra abdominales nosocomiales. CHU Bichat Claude Bernard, département d'anesthésie, 2000 : 144.

-Traitement chirurgical :

Tableau 11: traitement chirurgical des péritonites post opératoires et auteurs

AUTEURS	Maroc, 2013 N= 46	Mali GT, 2013 N= 148	Notre etude Tlemcen N=25
GESTES			
Résection- anastomose	2,1%	12,2 %	36,0
Toilette simple+drainage	100%	20,9%	100,0
Suture de perforation	14%	(18,9%	16,0
Stomie digestive temporaire	(9%)	(17,6%	28,0

le geste chirurgical est primordiale pour l'obtention d'un résultat satisfaisant³²
 La technique opératoire prédominante au cours de notre étude était la toilette péritonéale associée au drainage ; il en est de même pour l'enquête du Maroc,.
 Le lavage abondant de la cavité péritonéale est primordial. L'agent utilisé est le sérum physiologique. L'adjonction d'antibiotique ou d'agent antiseptique ne modifie pas la morbidité de la péritonite³³

³² Montravers Ph. Antibiothérapie des infections intra abdominales nosocomiales. CHU Bichat Claude Bernard, département d'anesthésie, 2000 : 144.

³³ Mariette C. Principes de prise en charge chirurgicale des péritonites post opératoires. IN : Journal de chirurgie. Paris: Masson 2006; VOL (N°2): 143

13-Suites opératoires :

L'élément déterminant de traitement d'une PPO est la ré intervention chirurgicale ³⁴. le caractère précoce ou tardif de cette reprise est cité comme élément pronostic par certains auteurs entraînant le risque de survenue de complications ³⁵

Pendant notre étude, cet aspect n'a pas été analysé on a décrit une bonne évolution clinique pour la majorité de nos patients , néanmoins des auteurs comme les allemands Bohnen et al décrivent le risque de survenue de complications dans 35 % en cas de ré intervention précoce (dans les 24 heures suivant le diagnostic, contre 65 % en cas de ré intervention plus tardive)³⁶.

14-Morbidité:

Le taux de morbidité de 28% ne diffère pas statistiquement de ceux des auteurs africains ³⁷. Dans notre série la morbidité post opératoire a été marqué par des complications à type d'infection de la paroi éviscération et fistule La survenue de complications post ré intervention serait du à la source de contamination au site opératoire en cause, mais également au système immunitaire défaillant de ces patients ré opérés ³⁸

³⁴ Lamkaddem B. Péritonites postopératoires en réanimation (A propos de 68 cas) [Thèse : Médecine] Fès : Université SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH 2013

³⁵ Montravers Ph. Antibiothérapie des infections intra abdominales nosocomiales. CHU Bichat Claude Bernard, département d'anesthésie, 2000 : 144.

³⁶ Antibiothérapie des infections intra abdominales nosocomiales. Source précédente

³⁷ Antibiothérapie des infections intra abdominales nosocomiales. Source précédente

³⁸ Principes de prise en charge chirurgicale des péritonites post opératoires. Source précédente

15-Mortalité:

Tableau 15:taux de mortalité et auteurs.

AUTEURS	Said L. Ben Maroc, 2013	Drăghici L. et all Roumanie, 2012 [3]	Notre étude Tlemcen .2019
MORTALITE	N= 46	N= 180	N=25
Décédés	28 (60%) P= 0,5	8 (4,4%) P<0,001	6 (24%)
Vivants	18 (40%) P= 0,5	172 (95,6%) P<0,001	19 (76%)

Le taux de mortalité de notre série est de 24% ce qui est un peu plus élevé que l'étude faite en roumanie mais aussi diffère significativement de celui de la série marocaine qui est de 60%.

Si on prend en considération les nouvelles techniques chirurgicales et les matériels utilisés dans le monde ainsi que d'autres facteurs tels que :le niveau socio-économique et manque de moyens pour certains de nos hôpitaux ce taux de mortalité est acceptable.

depuis l'avènement de nouvelles techniques chirurgicales (coeliochirurgie) et destechniques thérapeutiques d'imagerie, ce taux se voit à la baisse dans les études américaines eteuropéennes plus récentes (entre 11 et 40%)³⁹

L'étude Marocaine, a été réalisée dans un service d'anesthésie – réanimation la majorité des patients avaient des défaillances multi –viscérales et donc un score pronostic sévère.

³⁹ Flum DR, Salem L, Elrod JA, Dellinger EP, Cheadle A, Chan L. Early mortality among Medicare beneficiaries undergoing bariatric surgical procedures.IN: JAMA 2005; VOL (N°294): 1903-8.

RESUME

Titre : Les péritonites post opératoires (à propos de 25 cas)

Introduction :

Ce travail comporte une analyse rétrospective d'une série de 25 malades traités pour péritonites aiguës généralisées postopératoires au service de Chirurgie A .

Période : allant du mois de juin 2015 jusqu'au Juin 2018

Objectifs : Le but de cette étude est d'étayer les différents Critères diagnostiques, de dégager les éléments pronostiques et enfin de tenter par l'analyse des échecs d'améliorer le pronostic.

METHODOLOGIE: Etude rétrospective analytique, s'étendant sur 03 ans (du Juin 2015 au juin 2018), sur 25 patients réopérés pour PPO.

RESULTATS:

La fréquence de PPO durant la période d'étude était de 2,5 % sur l'ensemble des Laparotomies.

L'âge moyen des patients étaient de 60,1 ans avec un sexe ratio de 3 (19 hommes/06 femmes).

Les facteurs de survenue d'une PPO, la chirurgie en urgence (04,5%), le siège sous mésocolique (64 %) avec comme lésion per

Opératoire en cause la désunion anastomotique (28%).

Le diagnostic reposait, en majorité, sur la base de la clinique avec des signes digestifs tels que la douleur abdominale dans 80 % des cas

La prise en charge thérapeutique était basée sur trois grands axes : la ré intervention initiale avec comme temps déterminants aspiration-lavage-drainage, l'antibiothérapie probabiliste à large spectre et les mesures de réanimation en cas de présence de signes de gravité.

L'évolution a été marquée par un taux de mortalité chez 24 % des patients, des suites compliquées dans 28% des cas et une rémission totale chez 48 % des patients Et mortalité 24 %.

CONCLUSION: Devant toute évolution anormale en postopératoire d'une chirurgie intra-abdominale, il faudrait évoquer une PPO.

La prise en charge et le cheminement diagnostique de ces affections ne dépendent pas seulement du chirurgien, mais d'une approche pluri disciplinaire faisant intervenir également l'anesthésiste –réanimateur et le microbiologiste dans le souci d'en réduire la morbi-mortalité.

Mots clés : Péritonites postopératoires, laparotomie, désunion anastomotique, contracture, ré intervention précoce.

Title : postoperative peritonitis (about 25 cases)

Introduction:

This work includes a retrospective analysis of a series of 25 patients treated for acute postoperative generalized peritonitis in Hospital of Surgery A and kidney transplantation

Period : from June 2015 to June 2018

Objective : study is to highlight different diagnostic criteria, to identify prognostic factors and finally tempting, by the analysis of failures, to improve the prognosis.

MATERIAL AND METHODS: Our study is analytical and retrospective, during 03 years (June 2015 To June 2018) about 25 patients operated again for PPO.

RESULTS: The PPO's frequency during our investigation was 2, 5 percent on other laparotomy. The average's age was 60, 1 years with sex ratio= 3 (19 men/06 Women).

The risk factor of PPO, prevailing in our study, urgent surgery at 04, 5 percent, mesocolic site at 64 percent with anastomotic's leakage like peroperative lesion in cause.

In majority, the basis of diagnosis was clinic like liqueur sign (Abdominal pain in 80 percent).

The basics of PPO's treatment came from 3 principles: early reoperation with decisive times like inhalation washing-drainage, random antibiotic's therapy and reanimation's measure if gravity signs.

The evolution was marked by 24 percent of mortality, 28 percent of morbidity and 48 percent of recovery.

CONCLUSION: In front of any abnormal evolution of intra abdominal surgery, think about PPO. The therapy and the diagnosis of this complication don't depend only with surgeon, but act like anaesthetists and microbiologist can intervene too with a view to reduce morbidity and her mortality.

Keywords: Postoperative peritonitis, laparotomy, anastomotic disunion, contracture, early re-intervention.

CONCLUSION

Dans ce vaste cadre des complications septiques de la Chirurgie digestive et pelvienne, les péritonites postopératoires (PPO) occupent une place bien particulière. D'étiologies diverses, le diagnostic reste difficile à cause du caractère larvé des symptômes locaux qui contraste avec l'intensité et la variété des manifestations générales. C'est une affection redoutable et la plus redoutée Malgré sa faible fréquence. Le but de notre étude était de mieux cerner les multiples facteurs épidémiologiques, diagnostiques, décisionnels et thérapeutiques qui concourent à l'amélioration d'un pronostic encore trop grave.

la forme de PPO la plus décrite au cours de notre enquête est la péritonite par désunion anastomotique ou par lâchage d'anastomose cependant la particularité des PPO réside dans le fait qu'elles sont difficiles à diagnostiquer Pour essayer de formuler un diagnostic précis et le plus précoce possible, l'Association Française de Chirurgie (AFC), sur 68 dossiers, a pu préciser le nombre et la chronologie de ces différents groupes de signes les uns par rapport aux autres Ainsi le plus grand nombre de signes biologiques est déjà présent dès le 3e jour postopératoire, les signes extra-abdominaux le 4e jour et les signes abdominaux le 5e jour⁴⁰. De nombreux auteurs, en particulier LOYGUE et PARC⁴¹ GERMAIN et FAGNIEZ⁴² se sont attachés à essayer de préciser et de définir d'une part les critères conditionnels de temporisation chirurgicale Il suffit de 2 critères de gravité clinique et biologique, voire quelquefois un seul suffisamment significatif pour décider la ré intervention immédiate. A ce titre, l'absence de réponse clinique et biologique à une réanimation correcte est souvent un signe de très grande valeur.

Les FDR associés à cette étiologie sont liés majoritairement à la chirurgie initiale à savoir le caractère septique, le mode de recrutement, le site opératoire, et le geste chirurgical. la décision de ré intervention chirurgicale ne dépend pas uniquement du chirurgien. En effet, dans notre contexte, la pauvreté du plateau technique et le défaut d'expertise de certains appareils au sein de notre structure hospitalière sont autant d'éléments qui peuvent entretenir le retard diagnostic, différer le geste chirurgical réparateur et entraver la mise en route d'un traitement médicamenteux adéquat. Il en résulte une morbi-mortalité .

⁴⁰ D. MIGNONSIN, M. KANE, S. COFFI, A. BONDURAND, N. N'GOUI .PERITONITES POSTOPERATOIRES : DIAGNOSTIC, TRAITEMENT ET PRONOSTIC A propos de 68 cas

⁴¹ PARC R., CUGNENC P., LEVY E., LOYGUE J. Suites opératoires précoces des résections intestinales suivies d'anastomose colo-rectale. Manifestations cliniques et biologiques des complications anastomotiques. Déduction thérapeutique (523 cas). Ann. Chir 1981, 35, (2), 69-82.

⁴² GERMAIN A., FAGNIEZ P.L., KERDILES Y. Les péritonites postopératoires. Conc. Méd. 1976, 98 (6), 649-664.

L'amélioration du pronostic est basée sur un diagnostic précoce avec une évaluation minutieuse de l'opéré pour mieux reconnaître des différents facteurs de risque les facteurs influençant la qualité de ses défenses (dénutrition, infection) pour y opposer chaque fois que possible un mode de correction adapté. L'implication d'un chirurgien « senior », Le bon sens, l'expérience et surtout la coopération confiante du couple "Chirurgien-Réanimateur"... doit permettre des ré-interventions dans de meilleures conditions avec un pronostic amélioré grâce à une bonne démarche diagnostique.

Bibliographie

- ¹Toumini H. 1987 PAG à Agadir .Thèse Méd, num 206 rabat
- ²Kamina P. Dictionnaire atlas d'anatomie. Paris Masson 1983;74-86 ,1742-44.
- ³LEVY E. et Coli . 1986 Histoire spontanée et provoquée du péritoine et des Péritonites
- ⁴Kamina P. Dictionnaire atlas d'anatomie. Source précédente
- ⁵Kamina P. Anatomie clinique thorax-abdomen. Paris Masson 2007;3(2): 223-30
- ⁶Kamina P. Dictionnaire atlas d'anatomie. Source précédente
- ⁷**Passagia J.** Anatomie de l'abdomen : chapitre 3. Université Joseph Fourier de Grenoble 2011-2012, disponible en ligne sur www.medatice-grenoble.fr
- ⁸**Montravers Ph.** Antibiothérapie des infections intra abdominales nosocomiales. CHU Bichat Claude
- ⁹Laparoscopic surgery complications: Post opérative peritonitis. source précédente
- ¹⁰Alves A, Panis Y, Trancart D, Regimbeau JM, Pocard M, Valleur P. Factors associated with clinically significant anastomotic leakage after large bowel resection: Multivariate analysis of 707 patients. World J Surg. 2002;26(4)
- ¹¹Principes de prise en charge chirurgicale des péritonites post opératoires. Source précédente
- ¹²Montravers P, Lambrosso A, EL Houssieni L. Antibiothérapie des péritonites nosocomiales. Paris Masson 2001:181-89
- ¹³La prise en charge antibiotique des péritonites post opératoires [thèse : pharmacie] , source précédente
- ¹⁴**Hollender LF, Meyer C et Al.** Les relaparotomies en chirurgie abdominale. IN: Chirurgie 1982
- ¹⁵ - Dembélé M. Péritonite aiguë généralisée dans le service de chirurgie Générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine. Bamako 2005. N° 124 P : 26
- ¹⁶ Montravers Ph, EL housseini L, Rekkik R. Les péritonites postopératoires: diagnostic et indication des ré interventions. CHU Jean-Verdier, Paris XIII.
- ¹⁷ Dembélé M. Péritonite aiguë généralisée dans le service de chirurgie Générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. Source précédente
- ¹⁸Noure T, Mazouzi A, Bouderkha MA, Lefriykh M.R, Bouaggad A, Hammoudi A, Harti A. Facteurs pronostiques des péritonites post opératoires. Service d'anesthésie réanimation-CHU Ibn Rochd –Casablanca 2013.
- ¹⁹ Seguin P, Mallédant Y. Péritonites postopératoires. In : Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Rennes : Elsevier Masson SAS 2007 :217-226 ; disponible en ligne sur philippe.seguin@churennes.fr
- ²⁰**Montravers Ph.** Antibiothérapie des infections intra abdominales nosocomiales. CHU Bichat Claude Bernard, département d'anesthésie, 2000 : 144

- ²¹ C-reactive protein as an indicator of infection relapse in patients with abdominal sepsis. Arch Surg, 119 (1984), pp. 300–304
- ²² -J.J. Schentag, D. OK, M. Marmion and P.B. Wels, C-reactive protein as an indicator of infection relapse in patients with abdominal sepsis. Arch Surg, 119 (1984), pp. 300–304.
- ²³ -R.A. Mustard, I.M.A. Bohnen, S. Haseeb and R.C. Kasima, C reactive protein levels predict post-operative septic complications. Arch Surg, 122 (1987), pp. 69–73.
- ²⁴ -C. Venet, B. Tardy and F. Zéni, Marqueurs biologiques de l'infection en réanimation chez l'adulte : place de la procalcitonine. Réanimation, 11 (2002), pp. 156–171.
- ²⁵ C reactive protein levels predict post operative septic complications, source précédente.
- ²⁶ C-reactive protein as an indicator of infection relapse in patients with abdominal sepsis. Arch Surg, 119 (1984), pp. 300–304. Source précédente.
- ²⁷ Abscheidt G. La prise en charge antibiotique des péritonites post opératoires [thèse : pharmacie] Metz : université HENRI POINCARÉ-NANCY I, 2003.
- ²⁸ Lamkaddem B. Péritonites postopératoires en réanimation (A propos de 68 cas) [Thèse : Médecine] Fès : Université SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH 2013
- ²⁹ Péritonites postopératoires en réanimation (A propos de 68 cas) [Thèse : Médecine] source précédente
- ³⁰ Péritonites postopératoires en réanimation (A propos de 68 cas) [Thèse : Médecine] source précédente
- ³¹ Rosin D., Zmora O., Khaikin M., Bar Zakai B., Ayalon A., Shabtai M. Laparoscopic management of surgical complications after a recent laparotomy Surg. Endosc. 2004 ; 18 : 994-996.
- ³² Evasovitch M.R., Clark T.C., Horattas M.C., Holda S., Treen L. Does pneumoperitoneum during laparoscopy increase bacterial translocation? Surg. Endosc. 1996 ; 10 : 1176-1179
Sare M., Demirkiran A.E., Tastekin N., Durmaz B. Effects of laparoscopic models on anaerobic bacterial growth with Bacteroides fragilis in experimentally induced peritonitis
- ³³ Montravers P. Infections postopératoires abdominales et péritonites. IN : Pathologies infectieuses en réanimation ; Edition Elsevier 2002: 241-69.
- ³⁴ Montravers Ph. Antibiothérapie des infections intra abdominales nosocomiales. CHU Bichat Claude Bernard, département d'anesthésie, 2000 : 144.
- ³⁶ Montravers Ph. Antibiothérapie des infections intra abdominales nosocomiales. CHU Bichat Claude Bernard, département d'anesthésie, 2000 : 144.
- ³⁷ Mariette C. Principes de prise en charge chirurgicale des péritonites post opératoires. IN : Journal de chirurgie. Paris: Masson 2006; VOL (N°2): 143
- ³⁸ Lamkaddem B. Péritonites postopératoires en réanimation (A propos de 68 cas) [Thèse : Médecine] Fès : Université SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH 2013
- ³⁹ Montravers Ph. Antibiothérapie des infections intra abdominales nosocomiales. CHU Bichat Claude Bernard, département d'anesthésie, 2000 : 144.
- ⁴⁰ Antibiothérapie des infections intra abdominales nosocomiales. Source précédente
- ⁴¹ Antibiothérapie des infections intra abdominales nosocomiales. Source précédent Principes de prise en charge chirurgicale des péritonites post opératoires. Source précédente

⁴² Flum DR, Salem L, Elrod JA, Dellinger EP, Cheadle A, Chan L. Early mortality among Medicare beneficiaries undergoing bariatric surgical procedures. IN: JAMA 2005; VOL (N°294): 1903-8.