UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

# Aspects épidémiologique, thérapeutique et évolutif de pelvipéritonite du post accouchement ou post abortuma : propos de 33 cas colliges dans le département de gynécologie-obstétrique du CHUK

**Hakizimana, Eric**

**2020-05**
UB, Faculté de Medecine
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/421

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

**UNIVERSITE DU BURUNDI**




FACULTE DE MEDECINE

# ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, THERAPEUTIQUE ET EVOLUTIF DE PELVIPERITONITE DU POST ACCOUCHEMENT OU POST ABORTUM

A PROPOS DE 33 CAS COLLIGES DANS LE DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU CHUK

**Par:**

**HAKIZIMANA Eric**

**Sous la direction de** :

**Pr Déogratias NTUKAMAZINA**

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de **Docteur en Médecine**

**Bujumbura, Mai 2020**

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (Année académique 2018-2019)**

## I.BUREAU DECANAL

1. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Doyen
2. Pr Martin MANIRAKIZA : 1er Vice-Doyen
3. Dr Désiré NISUBIRE : 2ème Vice-Doyen

## II. Professeurs Emérites

1. Pr Evariste NDABANEZE : Thérapeutique
2. Pr Gabriel NDAYISABA : Pathologie Chirurgicale
3. Pr Richard KARAYUBA : Pathologie Chirurgicale

## III. PROFESSEURS ORDINAIRES

1. Pr Théodore NIYONGABO : Pathologies infectieuses et Parasitaire
2. Pr Léopold NZISABIRA : Neurologie
3. Pr Gaspard KAMAMFU : Pneumologie
4. Pr Aloys NIYONGABO : Biochimie Structurale et Métabolique
5. Pr Frédéric NSABIYUMVA : Pharmacologie Spéciale, Endocrinologie
6. Pr Rénovât NTAGIRABIRI : Gastro-Entérologie, Hépatologie
7. Pr Elysée BARANSAKA : Cardiologie
8. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Hépatologie, Nutrition, Physiologie Et Sémiologie Digestive
9. Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie
10. Pr Gordien NGENDAKURIYO : Oto-rhino-laryngologie

**IV.PROFESSEURS ASSOCIES**

| | |
|---|---|
| 1. Pr Salvator HARERIMANA | : Gynécologie-Obstétrique |
| 2. Pr Serge BAHIMANGA | : Pédiatrie |
| 3. Pr Claudette NDAYIKUNDA | : Hématologie Fondamentale, Hématologie Clinique, Biochimie Pathologique |
| 4. Pr Hélène BUKURU | : Pédiatrie |
| 5. Pr Joseph NYANDWI | : Néphrologie, Sémiologie et Physiologie néphrologique |
| 6. Pr Sylvestre BAZIKAMWE | : Gynécologie –Obstétrique et Soins Maternels et Infantiles |
| 7. Pr J. Claude NIYONDIKO | : Anatomie |
| 8. Pr Eugène NDIRAHISHA | : Endocrinologie, Physiologie et Sémiologie Cardiaques |
| 9. Pr François NDIKUMWENAYO | : Physiologie, Education à la Citoyenneté |
| 10. Pr Patrice BARASUKANA | : Neuro-Anatomie, Physiologie neurologique, Sémiologie neurologique |
| 11. Pr Sébastien MANIRAKIZA | : Imagerie Médicale |
| 12. Pr Déogratias NTUKAMAZINA | : Gynécologie-Obstétrique |
| 13. Pr Alexis SINZAKARAYE | : Rhumatologie et Médecine Physique Et de Réadaptation fonctionnelle |
| 14. Pr Martin MANIRAKIZA | : Pathologies infectieuses et parasitaires Endocrinologie |
| 15. Pr Lévi KANDEKE | : Ophtalmologie |
| 16. Pr Pontien NDABASHINZE | : Pédiatrie |

17. Pr Stanislas HARAKANDI : Soins Palliatifs, Anesthésie-Réanimation
18. Pr AMANI Moïbéni : Sémiologie Médicale et Physiologie
19. Pr Léonard BIVAHAGUMYE : Anatomie Tête et Cou, Sémiologie Chirurgicale.

**V. CHARGES DE COURS**

1. Dr Louis NGENDAHAYO : Anatomie pathologie
2. Dr Emmanuel GIKORO : Imagerie Médicale
3. Dr Hermann NIMPAYE : Parasitologie, Entomologie Médicale
4. Dr Désiré NISUBIRE : Biologie Moléculaire, Cytologie et Génétique
5. Dr Gilbert NDAYIZEYE : Anatomie
6. Dr NDAYISHIMIYE Alice : Pédiatrie
7. Dr MUREKATETE Chantal : Radiologie
8. Dr Paul BANDEREMBAKO : Urologie
9. Dr Jean Claude MBONICURA : Pathologie Chirurgicale
10. Dr Thierry SIBOMANA : Pneumologie
11. Dr Thoto Shabani MAREBO : Urologie
12. Dr Jean Bosco BIZIMANA : Neuro-Anatomie

**VI. CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

1. Dr Jacques NDIKUBAGENZI : Hygiène et Epidémiologie
2. Dr Sandra NKURUNZIZA : Initiation à la santé publique
3. Dr Zacharie NDIZEYE : Méthodologie de la Recherche Epidémiologie et Déontologie
4. Dr Alexandre NIYONKURU : Médecine nucléaire

**VII. MAITRES ASSISTANTS**

1. Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie, Virologie et Mycologie
2. Ph Ramadhan NYANDWI : Pharmacologie Générale
3. Dr Désiré HABONIMANA : Economie de la sante
4. Dr Daniel NDUWAYO : Neurophysiologie
5. Dr Jean Claude NKURUNZIZA : Administration des Services de Santé

**VIII. ASSISTANTS**

1. Dr Paulin BARAMBURIYE : Anatomie
2. Dr Roméo IRANKUNDA : Physiologie
3. Dr IRANGABIYE Eloi : Anatomie-physiologie
4. Dr NTAWUYAMARA Epipode : Anatomie-physiologie
5. Dr Evrard NIYONKURU : Anatomie Pathologie

**IX. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL**

1. Dr Elie MUPERA : Dermatologie
2. Dr Sylvère SAKUBU : Psychiatrie
3. Dr Gaspard MARERWA : Anatomie Pathologie Spéciale
4. Dr Thaddée BARANCIRA : Physique
5. Dr Léopold HAVYARIMANA : Chimie Générale et Organique
6. Dr KAYOYA Jean Bosco : Biostatistique
7. Dr Juvénal MUYUKU : Stomatologie
8. Mr Bonaventure NIYOYANDOYE : Psychologie Générale
9. Mr. Eric NIYIKIZA : Mathématique
10. Mr. Ferdinand NCABWENGE : Anglais Médical
11. Dr Alexis BANUZA : Informatique
12. Mme Patricie BARAHINDUKA : Soins Infirmiers
13. Dr KAMO Emmanuel : Médecine du Travail
14. Dr Sylvain NIYONKURU : Sémiologie Chirurgicale I

15. Dr Canisius HAVYARIMANA : Sémiologie Chirurgicale II
16. Dr Didier KAMATARI : Anatomie

## DEDICACES

A mes parents : BUKURU Marc et NDAYISENGA Concilie pour votre amour et soutien, vos sacrifices et tout ce que vous m'avez apporté durant tout au long de mes études. Ce travail est le couronnement de vos efforts.

A la famille NDIKUMWAMI Antoine pour votre amour, soutien et encouragement

A la famille SIMBARE Martin pour votre amour et votre soutien

A la famille du Dr NIMUBONA Eric pour votre prière et encouragement

A mes frères et mes sœurs pour votre amour et fraternité

A mes oncles et tantes

A mes cousins et cousines

A mes neveux et nièces

A tous mes amis et tous ceux qui nous sont chers

A la 35 ème promotion de la faculté de Médecine de Bujumbura, pour les joies et peines partagées,

**Je dédie ce travail**

**REMERCIEMENTS**

**Au Prof Déogratias NTUKAMAZINA**, Médecin spécialiste en Gynécologie-Obstétrique au CHU de Kamenge et Directeur de cette thèse ; Vous avez accepté de diriger ce travail avec bienveillance malgré vos multiples responsabilités. Votre compréhension, vos critiques pertinentes, votre rigueur, vos conseils ainsi que votre méthodologie nous ont permis de faire une entrée aisée dans le domaine de la recherche scientifique. Votre amour du travail, votre disponibilité, votre rigueur scientifique nous serviront toujours d'exemple. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

**Au Prof Salvator HARERIMANA**, Président du jury, Vous nous avez fait le plus grand honneur en présidant le jury de notre thèse malgré vos nombreuses tâches. Recevez nos vifs remerciements et notre haute considération.

**Au Dr Thoto Shabani MAREBO**, Membre du jury, c'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi nos juges. Nous vous remercions infiniment d'avoir accepté d'être le membre du Jury de cette thèse.

Au personnel du centre hospitalo-universitaire de Kamenge et particulièrement ceux du département de gynécologie-obstétrique et de réanimation.

Au gouvernement de la République du Burundi

A tous nos enseignants du primaire jusqu'à l'université, vous avez fait de nous ce que nous sommes aujourd'hui. Nous vous en sommes reconnaissants.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à notre formation et particulièrement à la réalisation de ce travail.

**Nous disons sincèrement merci.**

## SIGLES ET ABREVIATIONS

% : pourcentage

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CHUK : Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge

CNGOF: Collège National de Gynécologue-Obstétriciens Français

CRO : Compte rendu opératoire

CS Réf : Centre de Sante de Référence

GEU : Grossesse extra-uterine

GO : Gynécologie-Obstétrique

HPRC : Hôpital Prince Regent Charles

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

IMSO : Incision médiane sous-ombilicale

SPILF : Société de pathologie infectieuse de langue française

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Etages de la cavité abdominale..... 5

Figure 2 : Cavité pelvienne et péritoine Chez la femme. ..... 6

Figure 3 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge ..... 24

Figure 4 : Répartition des patientes selon la profession ..... 25

Figure 6 : Répartition des patientes selon le niveau d'étude. ..... 26

Figure 7 : Répartition des patientes selon l'état général à l'admission ..... 35

Figure 8 : Répartition des patientes selon la présence ou non de l'état de choc. 35

Figure 9 : Répartition des patientes selon l'état de conscience..... 36

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patientes selon le statut matrimonial ..... 26

Tableau II : Répartition des patientes selon la provenance ..... 27

Tableau III : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux ..... 27

Tableau IV : Répartition des patientes selon la gestité..... 28

Tableau V : Répartition des patientes selon la parité ..... 28

Tableau VI : Répartition des patientes selon le mode d'admission..... 29

Tableau VII : Répartition des patientes selon la structure de soins de provenance..... 29

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le motif de référence..... 30

Tableau IX : Répartition des patientes selon les circonstances de survenue..... 30

Tableau X : Répartition des patientes selon le délai entre le geste et la survenue de la pelvipéritonite ..... 31

Tableau XI : Répartition des patientes selon le délai entre la survenue d'une pelvipéritonite et l'admission..... 32

Tableau XII : Répartition des patientes selon les signes cliniques fonctionnels à l'admission..... 33

Tableau XIII : Répartition des patientes selon les paramètres vitaux à l'entrée 34

Tableau XIV : Description des signes physiques à l'admission..... 36

Tableau XV : Résultat de l'échographie abdomino-pelvienne..... 37

Tableau XVI : Répartition des patientes selon le résultat de l'abdomen sans préparation..... 38

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le résultat de la NFS..... 38

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le diagnostic préopératoire retenu..... 39

Tableau XIX : Répartition des patientes selon les moyens de diagnostic ..... 39

Tableau XX : Répartition des patientes selon le traitement reçus avant l'admission ..... 40

Tableau XXI : Répartition des patientes selon le traitement médical reçu avant l'admission ..... 40

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la durée du séjour en réanimation ..... 41

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la fréquence d'utilisation d'antibiotique ..... 42

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la durée de l'antibiothérapie ... 43

Tableau XXV : Répartition des patientes selon le délai entre l'admission et laparotomie ..... 43

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le type d'incision..... 44

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le diagnostic peropératoire ... 44

Tableau XXVIII : Description des lésions retrouvées à l'ouverture ..... 45

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon le geste chirurgicale réalisé.... 46

Tableau XXX : Répartition des patientes selon la durée de l'intervention..... 47

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon les suites opératoires immédiates..... 48

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon les complications post-opératoires ..... 49

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon le mode de sortie..... 50

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon la cause du décès ..... 50

Tableau XXXV : Mortalité selon le délai entre admission et laparotomie ..... 51

Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation..... 51

Tableau XXXVII : Répartition selon l'âge et les auteurs ..... 53

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon les signes fonctionnels et les auteurs..... 57

Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon les signes physiques et les auteurs ..... 59

**TABLE DES MATIERES**

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE** ..... i

**DEDICACES** ..... vi

**REMERCIEMENTS** ..... vii

**SIGLES ET ABREVIATIONS** ..... viii

**LISTE DES FIGURES** ..... ix

**LISTE DES TABLEAUX** ..... x

**TABLE DES MATIERES** ..... xiii

**CHAPITRE I. INTRODUCTION** ..... 1

**CHAPITRE II. GENERALITES** ..... 3

II .1. Rappels anatomiques du péritoine ..... 3

II .1.1. Définition et description du péritoine ..... 3

II .1.2. Vascularisation du péritoine ..... 3

II .1.3. Innervation du péritoine ..... 4

II.2. Anatomie topographique de la cavité abdominale ..... 5

II.3. Cavité pelvienne de la femme ..... 6

II.4. Organes génitaux de la femme ..... 7

II .4.1. Ovaires. ..... 7

II.4.2. Trompes ..... 7

II.4.3. Utérus ..... 8

II .4.4. Vagin ..... 8

II.5. Physiologie du péritoine ..... 8

II.5.1. Propriétés de sécrétion ..... 9

II.5.2. Propriétés d'absorption ..... 9

II.5.3. Propriétés d'échange ..... 9
II.5.4. Propriétés de défense ..... 10
II.6. Pelvipéritonite ..... 11
II.6.1. Physiopathologie de la pelvipéritonite ..... 11
II.6.1.1. Conséquences locales ..... 11
II.6.1.2. Conséquences générales ..... 12
II.6. 2. Clinique ..... 14
II .6.2.1. Signes fonctionnels ..... 14
II .6.2.2. Signes généraux infectieux ..... 15
II.6.2.3. Signes physiques ..... 15
II .6.3. Examens para cliniques : ..... 16
II.6.3.1. Imagérie ..... 16
II.6.3.2. Biologie ..... 17
II.6.4. Diagnostic différentiel d'une pelvipéritonite ..... 17
II.6.5. Traitement ..... 17
II .6.5.1. But ..... 17
II.6.5.2. Moyens ..... 18
II.6.5.2.1. Moyen médical ..... 18
II.6.5.2.2. Chirurgie : ..... 19
II.6.6. Surveillance ..... 20
II.6.7. Evolution ..... 20
II.6.7.1. Suites opératoires simples ..... 20
II.6.7.2. Complications ..... 20

**CHAPITRE III. MATERIELS ET METHODES** ..... 21
III.1. Matériels ..... 21
III.1.1. Lieu et période d'étude ..... 21
III.1.2. Patientes ..... 21
III.1.2.1. Population d'étude ..... 21
III.1.2.2. Critères d'inclusion ..... 21
III.1.2.3. Critères d'exclusion ..... 21
III.2. Méthodes ..... 22
III.2.1.Type d'étude ..... 22
III.2.2. Recueil des données ..... 22
III.2.3.Variables analysées ..... 22
III.2.4. Saisie et analyse des données ..... 23
III.2.5. Considérations éthiques ..... 23
III.2.6. Limites de l'étude ..... 23
**CHAPITRE IV. RESULTATS** ..... 24
IV.1. Données épidémiologiques ..... 24
IV.1.1. Fréquence ..... 24
IV.1.2. Age ..... 24
IV.1.3. Profession ..... 25
IV.1.4. Résidence ..... 25
IV.1.5. Statut matrimonial ..... 26
IV. 1.6. Niveau d'étude ..... 26
IV.1.7. Provenance ..... 27
IV.2. Antécédents ..... 27

IV.2.1. Antécédents médicaux et/ou pathologie en cours ..... 27
IV.2.2. Antécédents gynéco-obstétricaux ..... 28
IV.2.2.1. Gestité ..... 28
IV.2.2.2. Parité ..... 28
IV.3. Données cliniques ..... 29
IV.3.1. Mode d'admission ..... 29
IV.3.2. Structure de soins de provenance ..... 29
IV.3.3. Motif de référence ..... 30
IV.3.4. Circonstances de survenue ..... 30
IV.3.5. Délai entre le geste et la survenue de la pelvipéritonite ..... 31
IV.3.6. Délai entre la survenue d'une pelvipéritonite et l'admission ..... 32
IV.3.7. Description clinique à l'admission ..... 33
IV.3.7.1. Signes cliniques fonctionnels à l'admission ..... 33
IV.3.7.2. Signes généraux ..... 34
IV.3.7.2.1. Paramètres vitaux ..... 34
IV.3.7.2.2. Etat général à l'admission ..... 35
IV.3.7.2.3. Etat de choc ..... 35
IV.3.7.2.4. Etat de conscience ..... 36
IV.3.7.3. Signes physiques ..... 36
IV.4. Données para cliniques ..... 37
IV.4.1.Imagerie ..... 37
IV.4.1.1. Echographie abdomino-pelvienne ..... 37
IV.4.1.2. Abdomen sans préparation ..... 38
IV.4.2. Biologie ..... 38

IV.4.2.1. Numération formule sanguine ..... 38
IV.4.2.2. Bilans bactériologiques ..... 39
IV.5. Diagnostic préopératoire retenu..... 39
IV.5.1. Moyen de diagnostic de la pelvipéritonite ..... 39
IV.6. Traitement reçu avant l'admission..... 40
IV.6.1. Type de traitement médical reçu avant l'admission ..... 40
IV.7. Prise en charge ..... 41
IV.7.1. Traitement médical..... 41
IV.7.1.1. Réanimation ..... 41
IV.7.1.2. Antibiothérapie..... 42
IV.7.1.2.1. Durée de l'antibiothérapie ..... 43
IV.7.2. Traitement chirurgical ..... 43
IV.7.2.1. Délai entre admission et laparotomie..... 43
IV.7.2.2. Compte rendu opératoire ..... 44
IV.7.2.2.1. Type d'incision..... 44
IV.7.2.2.2. Diagnostic peropératoire..... 44
IV.7.2.2.3. Lésions retrouvées à l'ouverture ..... 45
IV.7.2.2.4. Geste chirurgical réalisé ..... 46
IV.7.2.2.5. Durée de l'intervention..... 47
IV.8. Evolution..... 48
IV.8.1. Suites opératoires immédiates ..... 48
IV.8.2. Morbidité ..... 49
IV.8.2.1. Complication post opératoires ..... 49
IV.8.3. Mortalité..... 50

IV.8.3.1. Taux de mortalité selon le délai entre admission et laparotomie ..... 51

IV.8.4. Durée d'hospitalisation..... 51

**CHAPITREV : DISCUSSION ET REVUE DE LA LITTÉRATURE**..... 52

V.1. Données épidémiologiques..... 52

V.1.1. Fréquence..... 52

V.1.2. Age..... 53

V.1.3. Profession, Niveau d'étude et Lieu de résidence..... 54

V.1.4. Situation matrimoniale..... 55

V.2. Antécédents gynéco-obstétricaux..... 55

V.2.1. Gestité..... 55

V.2.2. Parité..... 55

V.3. Description clinique..... 56

V.3.1. Délai entre la survenue d'une pelvipéritonite et l'admission..... 56

V.3.2. Signes fonctionnels à l'admission..... 57

V.3.3. Paramètres vitaux..... 58

V.3.4. Signes généraux..... 58

V.3.5. Signes physiques..... 59

V.4. Données paracliniques..... 60

V.4.1. Imagerie..... 60

V.4.2. Biologie..... 60

V.5. Moyen de diagnostic de la pelvipéritonite..... 61

V.6. Prise en charge..... 62

V.6.1. Traitement médical..... 62

V.6.1.1. Réanimation..... 62

V.6.1.2. Antibiothérapie ..... 62
V.6.2. Chirurgie ..... 63
V.6.2.1. Lésions observées à l'ouverture ..... 64
V.6.2.2. Geste chirurgical réalisé ..... 65
V.7. Suites opératoires et évolution ..... 66
V.7.1. Suites opératoires simples ..... 66
V.7.2. Morbidité ..... 67
V.7.3. Mortalité ..... 67
V.8. Durée d'hospitalisation ..... 68
**CHAPITRE VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS** ..... 69
VI.1. Conclusion ..... 69
VI.2. Recommandations ..... 69
**BIBLIOGRAPHIES** ..... 71
**ANNEXES** ..... 78
**RESUME** ..... 88

## CHAPITRE I. INTRODUCTION

La pelvipéritonite est une inflammation aigue ou chronique du pelvis d'origine infectieuse avec une dissémination au péritoine [**1**]. Lorsqu'elle est méconnue ou insuffisamment traitée, elle peut se compliquer à court terme d'une péritonite généralisée ou d'une septicémie mettant en jeu le pronostic vital et surtout obstétrical de la femme en âge de procréer **[2]**. A long terme, elle peut être responsable de lourdes séquelles à types d'algies pelviennes chroniques, de stérilité, de GEU et d'adhérences pelviennes responsables d'occlusion sur brides **[3, 4, 5]**

La pelvipéritonite peut avoir diverses origines dont une perforation utérine après IVG par un objet pointu **[6]**, une rupture du pyosalpinx dans le cadre d'IST, la diffusion d'une endométrite ou d'une salpingite **[7,8]** ou une intervention chirurgicale récente sur les organes pelviens **[6]** ou après césarienne **[9]**. Il s'agit d'une forme évolutive des infections génitales hautes dans laquelle il existe une péritonite plastique réactionnelle à l'état inflammatoire pelvien **[10].**

En Côte d'Ivoire lors d'une étude effectuée dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Cocody du 1er Janvier au 31 Décembre 2005, La pelvipéritonite avait une fréquence de 0,95%. Les circonstances de survenue étaient dominées par l'IVG et la période post-menstruelle immédiate. Le taux de létalité était de 2,68% [**2**]. Au Madagascar lors d'une étude effectuée à l'hôpital universitaire de gynécologie-obstétrique de Befelatanana en 2017, la pelvipéritonite avait une fréquence de 1,38%. La principale circonstance étiologique était l'IVG avec une mortalité de 24,39% **[6].**

Au Burundi lors d'une étude effectuée au CHU de Kamenge et à l'HPRC en 2017 sur la prise en charge des complications des avortements clandestins, la pelvipéritonite compliquait 5,56% des avortements [**11**].

Nous menons ce travail pour répondre à la question de savoir quel est le pronostic maternel en cas de survenue d'une pelvipéritonite en post accouchement ou en post abortum. Nous nous sommes fixés comme objectifs :

**Objectif général**: Analyser le pronostic maternel après survenue d'une pelvipéritonite en post accouchement ou en post abortum au CHU de Kamenge.

**Spécifiques**:

- Décrire l'aspect épidémiologique des patientes ayant fait une pelvipéritonite.
- Identifier les circonstances étiologiques.
- Analyser les aspects cliniques et paracliniques des patientes à l'admission.
- Décrire sa prise en charge dans le service et le pronostic.
- Formuler des recommandations.

# CHAPITRE II. GENERALITES

## II .1. Rappels anatomiques du péritoine

### II .1.1. Définition et description du péritoine :

Le péritoine est une membrane séreuse annexée aux organes contenus dans la cavité abdomino-pelvienne c'est à dire à la partie sous diaphragmatique de l'appareil digestif et à certains organes de l'appareil génito-urinaire. Macroscopiquement, on reconnaît au péritoine comme toute séreuse **[12]** :

- **Un feuillet pariétal** ; appelé encore péritoine pariétal, appliqué sur les parois des cavités abdomino-pelviennes. Le feuillet pariétal est doublé profondément dans toute son étendue par une couche de tissu cellulaire ou cellulo-adipeux appelée fascia propria.
- **Un feuillet viscéral** ; appelé péritoine viscéral, constitue le revêtement séreux des organes abdomino-pelviens.
- **Des replis membraneux** ou replis péritonéaux, relient le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Ils engainent les pédicules vasculo-nerveux qui vont de la paroi aux organes enveloppés par la séreuse.

### II .1.2. Vascularisation du péritoine: [13]

- **Le péritoine pariétal** est vascularisé de haut en bas par des branches des artères intercostales, lombaires, épigastriques, circonflexes, artères issues directement de l'aorte et de l'artère iliaque externe.
- **Le péritoine viscéral** est vascularisé par les branches de division des troncs cœliaques et mésentériques.
- **Le retour veineux viscéral** se fait par les veines mésentériques qui collectent le sang en direction de la veine porte.

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

### II .1.3. Innervation du péritoine : [14]

Elle est très inégalement répartie, et on distingue des zones hypersensibles, qui peuvent être des témoins cliniques en cas d'inflammation péritonéale ; ce sont principalement :

-Le diaphragme (hoquet)

-L'ombilic (sensibilité abdominale au niveau de l'ombilic à la palpation)

-Le cul de sac de Douglas (cri de Douglas)

## II.2. Anatomie topographique de la cavité abdominale :

La cavité abdominale s'étend de la face inférieure du diaphragme au petit bassin, elle empiète en haut la cage thoracique (région thoraco-abdominale), elle 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-mésocoliques (figure1)[**15**].

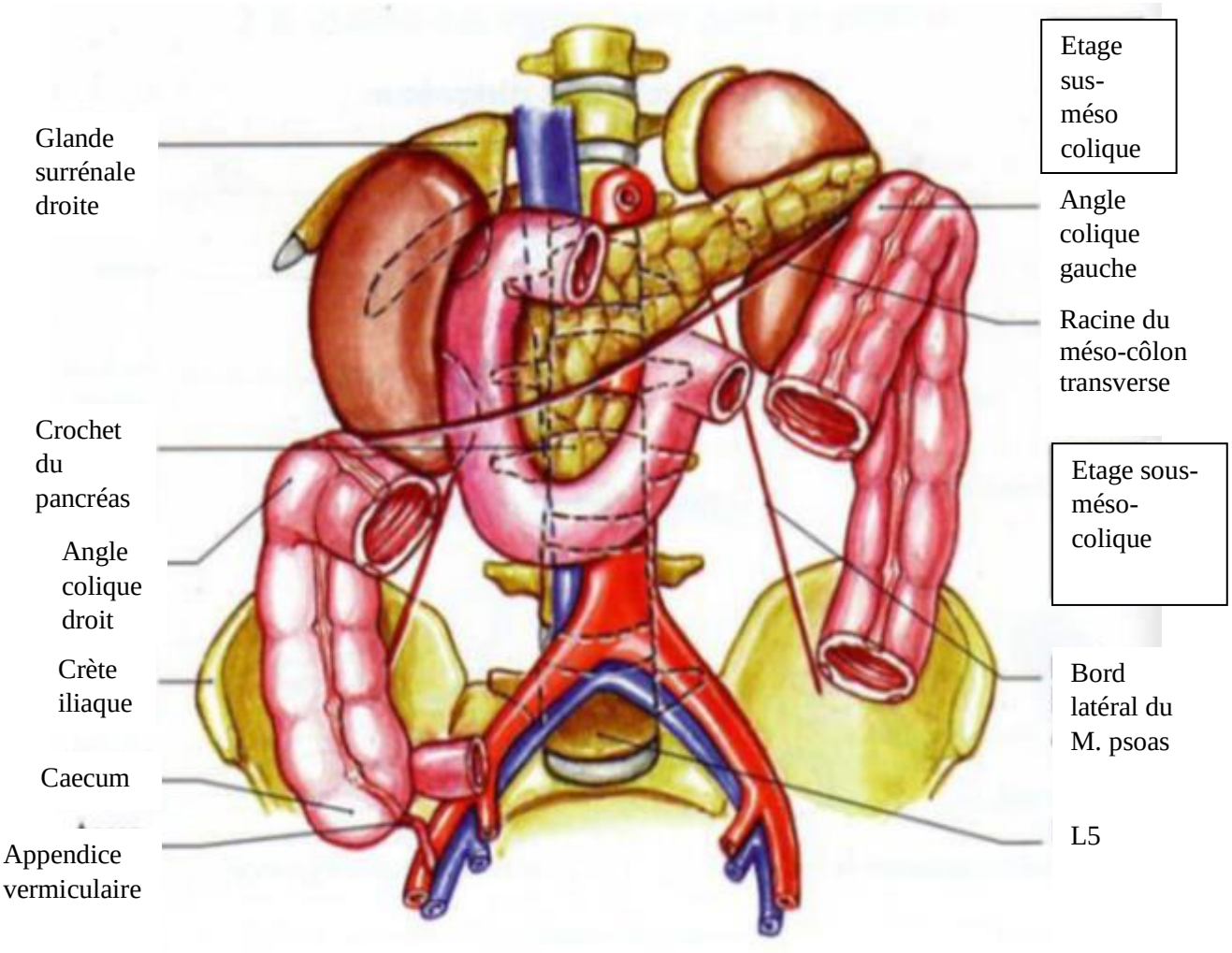



**Figure1** : Etages de la cavité abdominale **[15]**

## II.3. Cavité pelvienne de la femme

La cavité pelvienne est bordée par du péritoine en continuité avec le péritoine abdominal. Ce péritoine tapisse les faces supérieures des viscères pelviens, mais n'atteint pas le plancher pelvien dans la plupart des régions. Les viscères pelviens sont situés sur la ligne médiane de la cavité pelvienne. La vessie est antérieure et le rectum postérieur. L'utérus est placé entre la vessie et le rectum. D'autres structures, comme les vaisseaux et les nerfs, sont situées profondément sous le péritoine en rapport avec les parois pelviennes et de chaque côté des viscères pelviens (Figure 2) **[16].**

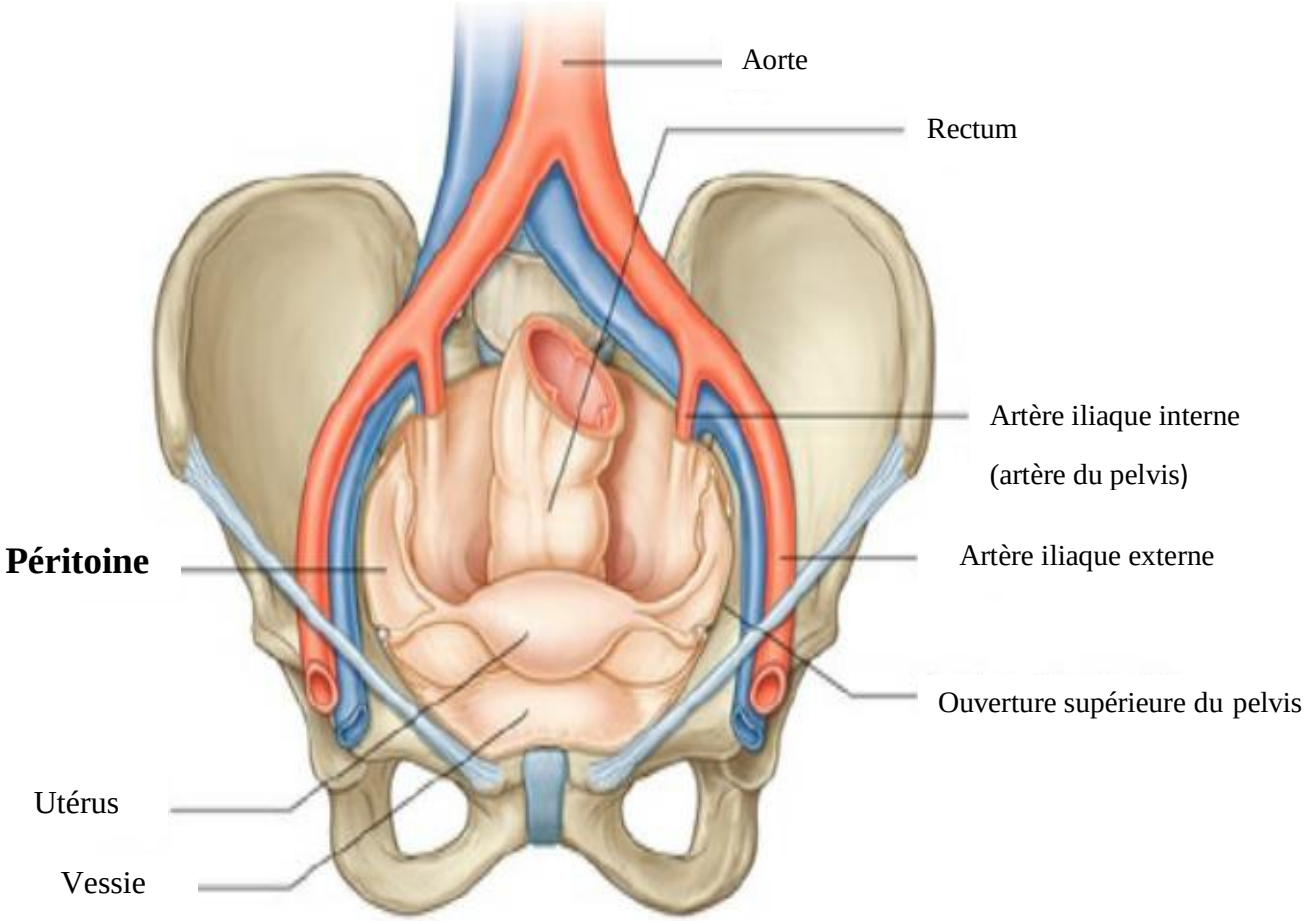



**Figure 2** : Cavité pelvienne et péritoine Chez la femme (vue antérieure) **[16].**

## II.4. Organes génitaux de la femme

Il s'agit de **[17, 18]** :

- 2 ovaires
- 2 trompes
- L'utérus
- Le vagin et la vulve

### II .4.1. Ovaires.

Les ovaires ou gonades féminins sont des organes pairs situés de part et d'autre de l'utérus assurant une double fonction:

- Endocrine par la production d'hormones sexuelles et exocrine suite à son pouvoir de production d'ovules.

**Les rapports péritonéaux**

L'ovaire est suspendu à la face postérieure du ligament large par le mésovarium. De plus il est relie à la paroi par le ligament lombo- ovarien, à la trompe par le ligament tubo- ovarien, à l'utérus par le ligament utéro-ovarien.

**Disposition d'ensemble du péritoine**

Si les organes du pelvis sont sous péritonéaux un bon tiers de l'ovaire échappe à cette règle, car le péritoine s'interrompt à son pourtour, suivant la ligne de FARRE WALDEYER et il se trouve donc particulièrement intra péritonéal, non recouvert de séreuse, placé dans la fosse latéro-utérine.

### II.4.2. Trompes

Ce sont deux conduits tendus au bord supérieur du ligament large, entre l'ovaire et la corne utérine. Elles contribuent à la progression de l'ovocyte.

Les **rapports péritonéaux**

La trompe est reliée au ligament large par le mésosalpinx. Déplié, c'est une lame triangulaire à sommet utérin et dont la base est représentée par le ligament tubo-ovarien. Le mésosalpinx contient des vaisseaux et des reliquats embryonnaires. Il représente l'aileron supérieur du ligament large qui est anormalement replié avec la trompe et encapuchonne l'ovaire. Le péritoine s'arrête au bord libre du pavillon.

### II.4.3. Utérus

C'est un organe musculaire ; creux, situé dans le pelvis au-dessus du vagin entre la vessie et le rectum. Il est destiné à accueillir, à héberger et à nourrir l'ovule fécondé.

**Les rapports péritonéaux**

Le péritoine qui tapisse les faces antérieure et postérieure du corps de l'utérus est soulevé par les ligaments. Ce sont les ligaments ronds, ligaments utéro-ovariens, les ligaments utéro- sacrés et les ligaments vésico-utérins.

### II .4.4. Vagin

C'est l'organe de la copulation chez la femme localisé entre la vessie et le rectum, il va du col utérin à la vulve par laquelle il communique avec l'extérieur.

## II.5. Physiologie du péritoine

Le péritoine est une membrane lisse, translucide faite d'une couche unique des cellules mésothéliales correspondant à un véritable endothélium. Elle repose sur un stroma conjoctivo-élastique par l'intermédiaire d'une membrane basale. Le stroma conjoctivo-élastique est riche en vaisseaux, en lymphatiques et en terminaisons nerveuses. Cette structure histologique du péritoine lui confère les propriétés de sécrétion, d'absorption, d'échange et de défense **[14, 17, 19]:**

### II.5.1. Propriétés de sécrétion

Le péritoine sécrète le liquide nécessaire à la lubrification de la cavité péritonéale qui permet les mouvements de différents viscères. Dans les conditions physiologiques, cette sécrétion est peu abondante 20 à 30 ml environ plus ou moins collectée dans les zones déclives. Ce liquide clair contient 50% de lymphocytes, 40% de macrophages, quelques éosinophiles, les mastocytes, et les cellules mésothéliales. Les macrophages ont pour Propriétés de se multiplier dans les conditions pathologiques et de lutter contre l'infection. La teneur en protéines de ce liquide est inférieure à 30 g/l essentiellement faite d'albumine **[14, 17, 20].**

### II.5.2. Propriétés d'absorption

Le péritoine a un pouvoir d'absorption vis-à-vis des substances cristalloïdes, des protéines plasmatiques, des éléments figurés ,des substances inertes et des toxines microbiennes par le biais des pressions mécaniques osmotiques, oncotique et l'activité cellulaire enzymatique **[17].**

### II.5.3. Propriétés d'échange [17, 19, 21]

Le péritoine assure l'équilibre du milieu péritonéal par deux voies:

- Voie d'échange bidirectionnel entre la cavité péritonéale et la circulation générale au travers de la séreuse qui se comporte comme une membrane sémi- perméable. La surface de cette membrane est de 1,7 à 2 m² donc identique à celle de la peau. Cette surface explique la rapidité et l'importance des échanges qui se font à travers elle. Cette qualité est utilisée pour la dialyse péritonéale.
- Voie d'échange active se faisant par voie lymphatique. Elle est limitée à une partie de la cavité péritonéale et ne fonctionne que dans un sens. Elle est considérée comme la voie d'épuration de la cavité péritonéale.

### II.5.4. Propriétés de défense

La séreuse péritonéale joue un rôle de défense grâce à 3 mécanismes différents **[17, 19, 21]** :

- L'épuration par les macrophages: mécanisme extrêmement important dans les conditions pathologiques. Les cellules endothéliales histiocytaires macrophagiques provenant de la trame conjonctive et des vaisseaux viennent exercer par diapédèse leur action phagocytaire dans la sérosité péritonéale. Les cellules se multiplient pour lutter contre l'infection.
- Epuration portale permettant la déstruction par le foie des endotoxines et de certaines bactéries par les cellules de KUPPFER.
- Epuration par les lymphatiques se faisant essentiellement au niveau du diaphragme où il existe de nombreux lymphatiques avec des collecteurs qui se drainent dans le canal thoracique. Cette épuration met en jeu la réponse humorale à l'agression infectieuse. Cette absorption au niveau du diaphragme est favorisée par le jeu des coupoles diaphragmatiques et les courants de la circulation intra péritonéale.

  Elle permet l'épuration d'un certain nombre de particules, éléments figurés et les corps microbiens. Cette propriété d'épuration ne reste pas sans danger. Certaines études expérimentales ont pu démontrer que l'absorption lymphatique favorise la diffusion des endotoxines et des bactéries dans la circulation et peut être à l'origine d'une extension générale de l'infection contrairement à la voie portale qui détruit les bactéries par le foie.

## II.6. Pelvipéritonite

C'est une péritonite secondaire localisée au péritoine du bassin de la femme. Il s'agit d'une forme évolutive d'une infection génitale haute dans laquelle il existe une péritonite plastique réactionnelle à l'état inflammatoire pelvien [**10**]. Les phénomènes inflammatoires peuvent, en fonction de l'intensité et de l'ancienneté, générer des adhérences viscérales simples ou former des conglomérats, plastrons, blocs adhérentiels plus ou moins lâches ou serrées [**3**].

### II.6.1. Physiopathologie de la pelvipéritonite

Elle entraine des conséquences qui sont celles des péritonites secondaires à un foyer septique intra péritonéal. Elles sont locales ou générales.

#### II.6.1.1. Conséquences locales

Le péritoine pelvien réagit à l'agression bactérienne ou chimique par une augmentation de la perméabilité vasculaire par l'intermédiaire des substances vasoactives.

L'augmentation de la perméabilité vasculaire est à l'origine de la fuite plasmatique dans la cavité péritonéale, dans le tissu conjonctif du péritoine et dans la lumière digestive. Cette triple fuite du compartiment vasculaire constitue un troisième secteur. L'ensemble du 3$^{ème}$ secteur constitue une séquestration hydro électrolytique et protidique prélevée sur l'ensemble de l'économie corporelle et ne participe pas aux échanges. La valeur est proportionnelle à la surface du péritoine infecté. Ces pertes liquidiennes atteignent 4 à 6 litres par jour lorsque la péritonite est généralisée.

Dès le début d'une pelvipéritonite l'intestin réagit par l'immobilisation et le repos fonctionnel qui aboutit à un iléus paralytique. L'iléus paralytique est une conséquence locale précoce de la contamination septique du péritoine.

Cette occlusion fonctionnelle provoque une rétention souvent massive de liquide dans la lumière digestive et des vomissements réflexes d'où l'intérêt de mise en place d'une sonde nasogastrique pour vidanger l'estomac afin d'éviter le syndrome de Mendelson par inhalation du contenu gastrique.

Le péritoine réagit par la formation des adhérences fibrineuses puis fibreuses qui cloisonnent la cavité péritonéale circonscrivent le foyer lésionnel. Ces adhérences inflammatoires étendues limitent la diffusion de l'infection et contrarient la reprise du péristaltisme intestinal. Il se produit une modification de distribution intra péritonéale des épanchements. Ceux-ci se collectent dans les espaces sous- phréniques, l'espace inter diaphragmatique et dans le cul de sac de Douglas **[17, 22, 23]**.

Une péritonite généralisée d'origine génitale peut survenir en un, deux, trois temps. [**17**]

### II.6.1.2. Conséquences générales

A la phase initiale d'une péritonite avant que le péritoine ne se recouvre d'enduit fibrineux, l'absorption séreuse est augmentée du fait de l'hyperperméabilité vasculaire. Il en résulte une diffusion des toxines et bactéries dans la circulation générale qui peuvent retentir sur les grandes fonctions de l'organisme **[17, 24].**

- **Défaillance cardio-circulatoire :** Elle est due à la fois au choc septique provoqué par la dissémination toxi-infectieuse et à l'hypovolémie secondaire au troisième secteur séquestré dans l'abdomen. Le résultat global est un défaut d'oxygénation tissulaire.

Il s'ensuit une glycolyse anaérobique qui conduit à l'acidose métabolique avec accumulation notamment de l'acide lactique.

- **Retentissement respiratoire :**

Elle est parallèle au retentissement cardiovasculaire. Il répond à 2 mécanismes :

- La réduction de l'amplitude des mouvements diaphragmatiques avec atélectasie des bases pulmonaires et épanchement pleural réactionnel à la péritonite sous- jacente .Cette limitation du jeu diaphragmatique est due à la distension abdominale secondaire à l'iléus pariétal et la contracture pariétale douloureuse.
- Un œdème lésionnel par atteinte directe de la membrane alvéolo-capillaire. Il s'en suit une diminution de la fonction ventilatoire avec hypoxémie secondaire. Cette hypoxémie est aggravée par l'acidose métabolique. D' où l' hyperventilation observée.

- **Retentissement rén**al, répond lui aussi à 2 mécanismes :

- Défaut de perfusion secondaire à l'hypovolémie ;

- Action directe des substances toxiques libérées dans la circulation générale. Il en résulte une insuffisance rénale fonctionnelle. Si le choc persiste l'insuffisance rénale fonctionnelle évolue vers l'insuffisance rénale aigue organique par ischémie corticale.

- **Retentissement hépatique**

Les troubles hémodynamiques, hypoxie, la surcharge pigmentaire due à l'hémolyse bactérienne et à l'insuffisance rénale, les lésions d'hépatite bactérienne expliquent les anomalies biologiques observées dont :

- L'augmentation de la bilirubine
- L'augmentation des transaminases et phosphatases alcalines
- L'hypoglycémie et baisse des facteurs de coagulation sont rares.

- **Retentissement neurologique**

L'atteinte neurologique entraine une confusion mentale, une agitation, une prostration ou un coma qui sont dus à l'hypoxémie et aux modifications hémodynamiques et aussi aux emboles septiques.

### II.6. 2. Clinique

Le diagnostic d'une pelvipéritonite est avant tout clinique mais elle peut prendre plusieurs formes qui obligeraient à passer en revue toute la pathologie abdominale. L'interrogatoire est capital. Il renseigne sur les circonstances d'apparition et de survenue : notion de manœuvre abortive récente, antécédent de l'infection génitale haute (salpingite, endométrite), antécédent de kyste de l'ovaire, laparotomie récente.

### II .6.2.1. Signes fonctionnels :

Le diagnostic clinique associe:

- Une douleur abdomino-pelvienne plus ou moins intense localisée au début dans l'hypogastre et diffusant par la suite vers le haut. Les douleurs abdominales constantes, sont paroxystiques basses, hypogastriques, irradiant à la cuisse, aux plis de l'aine et à l'anus souvent comparable à une torsion ou brûlure **[6,17, 25].**
- Les troubles du transit traduisant l'iléus réflexe **[8, 26]** avec :
  -Nausées
  -Vomissements
  -Diarrhée ou arrêt du transit
- Les troubles urinaires sont parfois observés **[3, 17**].

### II .6.2.2. Signes généraux infectieux:

Les signes généraux infectieux associent **[8, 17, 26] :**

-La fièvre habituellement élevée supérieure à 38, 5° C voire des frissons

-L'état général : est conservé au début et altéré par la suite

- le pouls filant

- La TA est habituellement normale au début et basse ou pincée par la suite.

### II.6.2.3. Signes physiques :

L'examen de l'abdomen permet d'affirmer le diagnostic de péritonite pelvienne avec :

- **A l'inspection,** on note une distension abdominale, un ventre ballonné avec météorisme et une diminution ou absence de la respiration abdominale **[6, 17]**

- **A la palpation**, on note une défense abdominale, voire une contracture localisée á la région sous-ombilicale ou plus diffuse **[8, 26].** La défense hypogastrique remplace souvent une contracture vraie alors que l'étage sus- ombilical est peu douloureux. Il existe un météorisme sous-ombilical **[17].**

- **Les touchers pelviens peuvent retrouver :**

  -une douleur vive et diffuse qui est déclenchée au niveau du cul de sac de Douglas**.**

  -Une masse avec une mobilisation douloureuse de l'utérus et de culs de sac latéraux pouvant témoigner de la présence d'un pyosalpinx bilatéral.

La présence des leucorrhées ou d'une contraception par un DIU peut orienter vers l'origine génitale de cette péritonite.

La difficulté consiste á s'assurer de l'origine génitale de l'infection ce qui n'est pas toujours évident en particulier si la patiente n'a pas été préalablement subi une appendicectomie **[8, 26].**

**II .6.3. Examens para cliniques :**

**II.6.3.1. Imagérie**

**-Echographie abdomino-pelvienne**: met en évidence des signes d'épanchement intra péritonéal **[17, 27].** L'attente de la réalisation de l'échographie ne doit pas retarder la mise en place de l'antibiothérapie **[28].**

-**Radiographie** d**'abdomen** sans préparation (ASP) montre **[3, 17]**:

• des signes occlusifs (distension gazeuse du grêle et du côlon avec des niveaux hydro-aériques).

• un épanchement péritonéal (grisaille diffuse).

**-Tomodensitométrie abdomino-pelvienne constitue** le meilleur examen pour confirmer le diagnostic et surtout éliminer une origine extra-génitale á la péritonite **[28]**. Elle doit précéder la décision du traitement médical. Au moindre doute quant à l'origine de l'infection une exploration chirurgicale doit être réalisée sans délai **[8].**

**- Cœlioscopie** d'intérêts multiples : diagnostique, bactériologique, thérapeutique et pronostic. C'est l'examen qui confirme ou infirme le diagnostic.

Si les signes péritonéaux se limitent à la cavité pelvienne, il ne faut pas opérer mais plutôt procéder à la cœlioscopie sous anesthésie générale. Elle permet de prélever et de confirmer l'inflammation salpingienne. Le pelvis est très inflammatoire les trompes oedématiées, turgescentes et laissent dans leur pavillon quelques gouttes de sérosités purulentes qui s'accumulent dans le Douglas qu'il faut prélever et analyser **[25,29].**

### II.6.3.2. Biologie

Elle permet d'apprécier la gravité de cette péritonite **[6, 17] :**

**NFS** peut être normale ou montrer une hyperleucocytose, une anémie ou une hémoconcentration.

**CRP ou VS** est élevée .Ionogramme sanguin, gaz du sang et la créatinine dans le sang pour guider la réanimation. Ainsi que l'urée sanguine, glycémie, groupe sanguin et Rhésus et TP-TCK dans un but de bilan pré- opératoire.

### II.6.4. Diagnostic différentiel d'une pelvipéritonite [8, 26]

La pelvipéritonite est à différencier avec :

- Une Appendicite aigue pelvienne
- Une grossesse extra utérine rompue
- Sigmoïdite diverticulaire.

### II.6.5. Traitement

Le traitement de la pelvipéritonite génitale consiste en une antibiothérapie parentérale, la patiente étant laissée à jeun et surveillée en milieu chirurgical. En l'absence d'amélioration clinique franche (de l'état général, de l'examen pelvien et du transit intestinal) dans les 48 premières heures de traitement, une exploration chirurgicale par cœlioscopie ou laparotomie selon le contexte sera réalisée **[8].**

### II. 6.5.1. But :

Le but du traitement étant de :

- D'éradiquer le foyer infectieux
- De lutter contre l'infection et assurer l'équilibre hydro électrolytique

**II.6.5.2. Moyens** : sont médicaux et chirurgicaux **[6, 27, 28]**

**II.6.5.2.1. Moyen médical**

- **Réanimation** : c'est le premier temps essentiel, elle associe **[6, 30]**

- la rééquilibration hydro – électrolytique par perfusion de solutés avec une voie veineuse Centrale permettant la mesure répétée de la pression veineuse centrale ;

- la correction des troubles hématologiques par transfusion isogroupe isorhésus

- la sonde nasogastrique nécessaire pour aspirer les liquides de stase gastrique et pour quantifier les pertes hydriques ;

- la sonde urinaire pour la surveillance de la diurèse horaire et la fonction rénale.

- **Antibiothérapie** doit être :

-précoce

-active sur les germes aérobies et anaérobies et les grams négatifs

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

- Choix d'antibiotiques et durée du traitement [**28**]

Selon les recommandations du CNGOF en collaboration avec SPILF de 2019, il est proposé de faire un choix d'association d'antibiotiques suivant :

-Ceftriaxone + Métronidazole + Doxycycline en première intention ou

-Céfoxitine + Doxycycline ou Clindamycine + Gentamycine en alternative. Cette antibiothérapie est donnée en 2 phases : «Induction» puis «Relais oral si amélioration franche avec 24h de recul parmi les possibilités suivantes : Doxycycline + Métronidazole ou clindamycine seule ou Ofloxacine + Métronidazole ou Levofloxacine + Métronidazole ou Moxifloxacine seule pour une durée totale de 14 jours. On peut associer ou non un aminoside en cas de sepsis.

❖ **Traitements adjuvants [2, 6]**

- Les Antalgiques et une vessie de glace
- Les Anti-inflammatoires qui limiteraient considérablement l'œdème.
- Sérum antitétanique en cas d'IVG.
-Anticoagulants pour la prévention des maladies thromboemboliques.

**II.6.5.2.2. Chirurgie :**

Le traitement chirurgical permettra le traitement du foyer infectieux ainsi qu'un lavage abondant et un drainage de la cavité pelvienne. Le pronostic quant à la fertilité ne pourra être évalué qu'à distance du processus infectieux **[8, 26].**

Ce traitement est cependant précédé d'une réanimation hydro-électrolytique et d'un traitement antibiotique et la prévention du tétanos en cas d'IVG **[17].**

- **Voie d'abord est** une incision médiane sous-ombilicale éventuellement agrandie vers le haut. La présence d'une collection purulente ou du liquide louche malodorant entre les anses signe une péritonite **[17, 25, 30].**
- **Exploration du petit bassin** découvre des lésions annexielles d'intensité variable ou d'autres lésions associées.
- **Décision d'exérèse** est fonction de l'importance des lésions (annexectomie uni ou bilatérale, hystérorraphie en cas extrême hystérectomie).Les autres lésions viscérales seront explorées avec soin et réparées: suture ou résection intestinale **[6, 17, 30]**
- **Toilette abdominale** est essentielle, évacuer le pus, effondrer les logettes péritonéales, laver la grande cavité péritonéale au sérum physiologique tiède **[30].**
- **Drainage des régions sous phréniques et du Douglas** fait partie du traitement habituel de péritonites généralisées. Ce drainage ne se conçoit qu'après éradication ou contrôle de la cause de la péritonite et toilette minutieuse de toute la cavité péritonéale dont l'hémostase doit être assurée **[17, 30].**

### II.6.6. Surveillance [6]

L'objectif de la surveillance postopératoire est de confirmer la guérison et la tolérance du traitement. Elle a pour but aussi de dépister les complications et guidera la réanimation.

La surveillance clinique quotidienne comprend: l'appréciation de l'état général et le retentissement de la gravité initiale sur les fonctions vitales, la courbe thermique, la palpation abdominale, palpation des mollets (phlébite), les sondes : nasogastrique (prévention du syndrome de Mendelson) et urinaire (quantification de la diurèse horaire avec aspect des urines), l'aspect et la quantité du liquide de drainage, l'état de la plaie post opératoire et la reprise du transit intestinal.

La surveillance biologique comporte sur les bilans tels que : NFS, Urée et créatinine sanguine, ionogramme sanguine.

### II.6.7. Evolution

#### II.6.7.1. Suites opératoires simples

Le traitement complet d'une lésion abdominale évolutive se traduit théoriquement par un retour à la normale (apyrexie, normalisation de la leucocytose, réapparition du transit) en quelques jours.

#### II.6.7.2. Complications

Une complication doit être recherchée devant toute évolution clinique anormale : absence d'amélioration, aggravation secondaire, défaillance mono ou multiviscérale [**31**].

# CHAPITRE III. MATERIELS ET METHODES

## III.1. Matériels

### III.1.1. Lieu et période d'étude

L'étude a été réalisée dans le département de GO et le département de Réanimation du CHU de Kamenge sur une période de 2 ans du 1er juin 2017 au 31 mai 2019.

### III.1.2. Patientes

#### III.1.2.1. Population d'étude

Trente-trois dossiers des patientes opérées pour un tableau de pelvipéritonite ont été colligés dans le département GO du CHU de Kamenge avec une fiche de recueil des données préétablie permettant de recueillir l'ensemble des renseignements pour chaque patiente.

#### III.1.2.2. Critères d'inclusion

Toutes les patientes admises dans le département de GO pour un tableau de pelvipéritonite survenue en post accouchement ou post abortum durant la période d'étude.

#### III.1.2.3. Critères d'exclusion

- Patientes traitées pour pelvipéritonite mais dont les dossiers n'ont pas été retrouvés ou inexploitables.
- Patientes traitées pour pelvipéritonite en dehors du département de gynécologie-obstétrique.

## III.2. Méthodes

### III.2.1.Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive à propos de 33 cas colligés dans le département de GO du CHU de Kamenge.

### III.2.2. Recueil des données

La source des données était :

- Fiche de recueil des données préétablie comprenant les données sociodémographiques, paramètres cliniques et para cliniques (Signes fonctionnels, physiques et examens complémentaires) et modalité thérapeutique et suites opératoires.
- Dossiers médicaux d'hospitalisation et d'observation des patientes
- Registres de CRO ainsi que l'application Open Clinic du CHUK
- Registres d'hospitalisation entrant et sortant.

### III.2.3.Variables analysées

1. La fréquence
2. Profil des patientes opérées portant sur : Age, Profession, Lieu de résidence, Statut matrimonial, Niveau d'étude, Provenance régionale, Mode d'admission, Ses antécédents (Médical, Gynéco-obstétrique)
3. La clinique :
- Délai entre la survenue d'une pelvipéritonite et l'admission
- Signes fonctionnels à l'admission
- Circonstances de survenue
- Signes généraux : Etat général, Température, Pouls, PA, FR, Etat de choc
- Signes physiques à l'examen
4. La para clinique:
- Imagerie : Echographie abdomino-pelvienne et l'ASP

- Biologie : NFS

5. DC préopératoire retenu
6. La prise en charge
7. Suites opératoires et évolution
8. Durée d'hospitalisation

### III.2.4. Saisie et analyse des données

L'ensemble des informations a été saisi dans une base de données informatique (logiciel Microsoft Excel et Word 2010).L'analyse des résultats a été effectuée à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2010.

La répartition des variables quantitatives est décrite à l'aide de la moyenne et des extrêmes, après avoir vérifié la répartition normale des valeurs numériques. La répartition des variables qualitatives est décrite par des histogrammes et des tableaux de fréquence précisant l'effectif et/ou le pourcentage dans chaque classe, ainsi que l'effectif total.

### III.2.5. Considérations éthiques

L'appui du chef hiérarchique administratif et technique de l'établissement d'étude, pour l'obtention préalable d'une autorisation a été considéré. Par conséquent, avant de mener l'étude, il a fallu une autorisation du chef de l'établissement pour accéder aux données. Le respect de confidentialité a été préservé tout au long de l'étude. Tout a été organisé pour protéger le secret professionnel, que ce soit lors de recueil, du traitement des données qu'à la diffusion du travail.

### III.2.6. Limites de l'étude

- Certains dossiers des patientes étaient inexploitables, d'autres n'ont pas été retrouvés.
- Certains comptes rendus opératoires étaient non détaillés.

# CHAPITRE IV. RESULTATS

## IV. 1. Données épidémiologiques

### IV.1.1. Fréquence

Durant la période de notre étude, 44 cas de pelvipéritonite ont été recensés sur un total de 8247 admissions enregistrées aux urgences de gynécologie - obstétrique du CHUK, soit 0.53%. Seuls 33 dossiers des patientes admises et opérées ont été retenus car 11dossiers n'ont pas été retrouvés.

### IV.1.2. Age

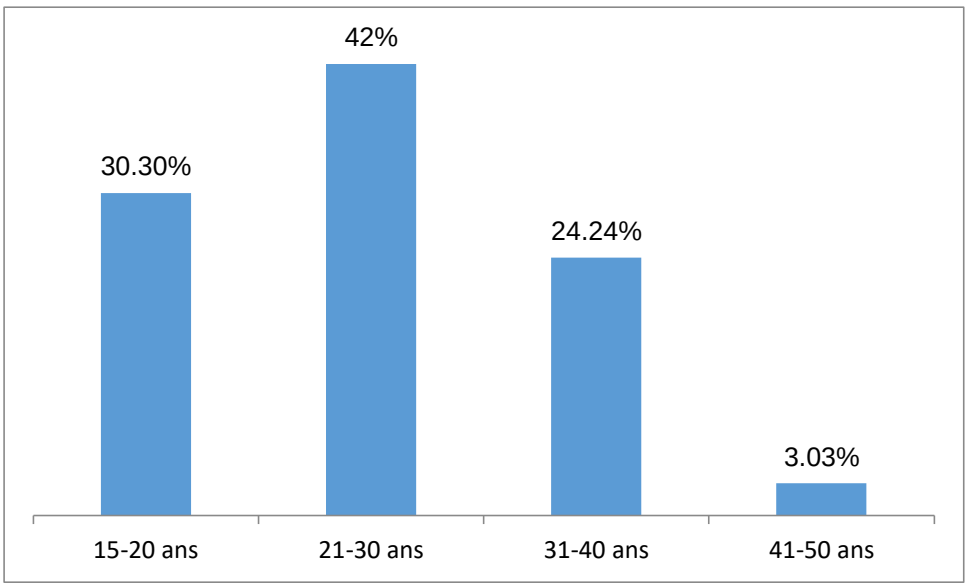



**Figure 3 :** Répartition des patientes selon la tranche d'âge

L'âge moyen des patientes était de 26.3 ans avec des extrêmes de 16 et 48 ans. Les patientes de 21 à 30 ans ont été les plus concernées par cette complication avec un taux de 42%.

### IV.1.3. Profession

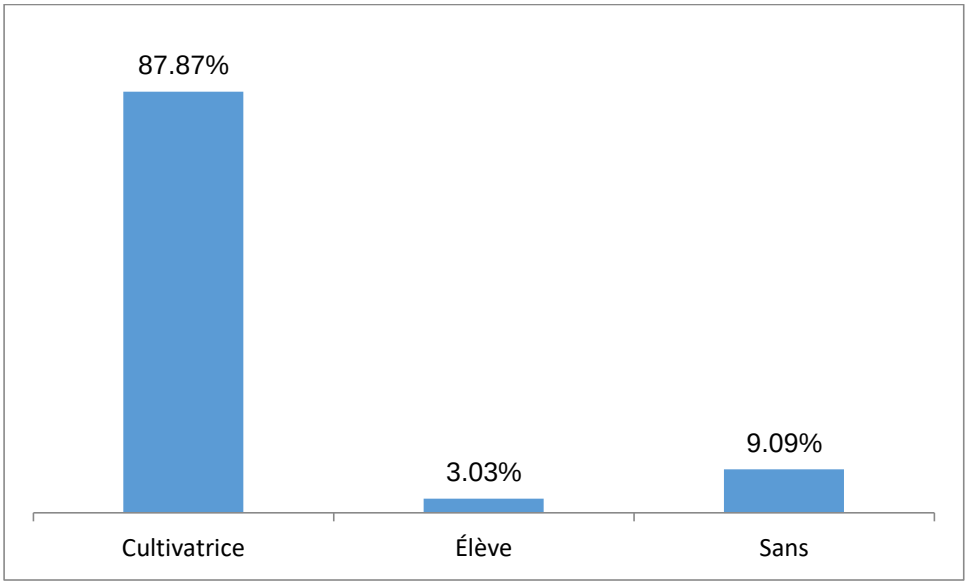



**Figure 4 :** Répartition des patientes selon la profession

Les femmes cultivatrices ont été les plus représentées avec un pourcentage de 87.87%.

### IV.1.4. Résidence

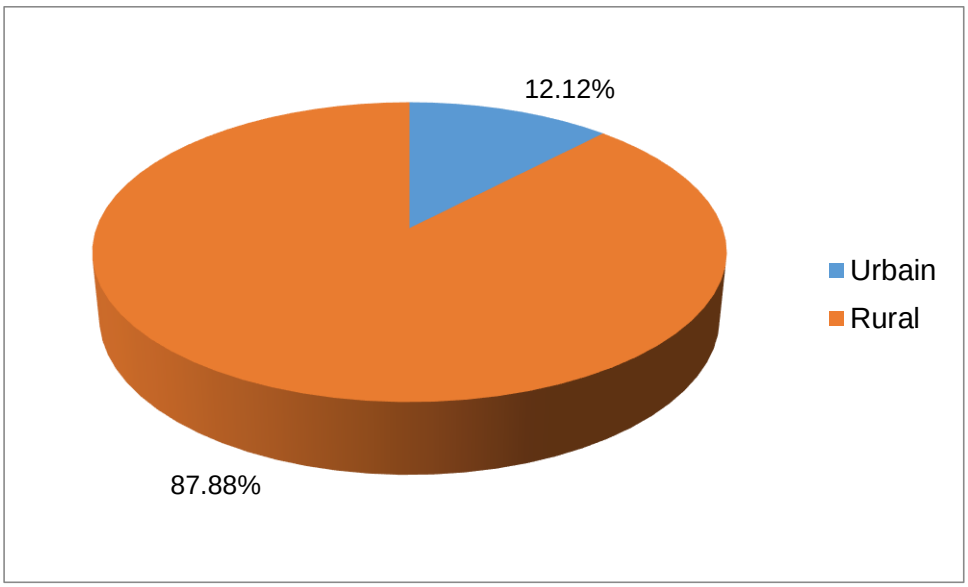



**Figure 5 :** Répartition des patientes selon la résidence

La majorité de nos patientes résidait en milieu rural avec 87.88%.

### IV.1.5. Statut matrimonial

**Tableau I : Répartition des patientes selon le statut matrimonial**

| Statut matrimonial | Effectif | % |
|---|---|---|
| Mariée | 30 | 90.91 |
| Célibataire | 3 | 9.09 |
| **TOTAL** | **33** | **100** |

La majorité des patientes était mariée et représentait 90.91%.

### IV. 1.6. Niveau d'étude

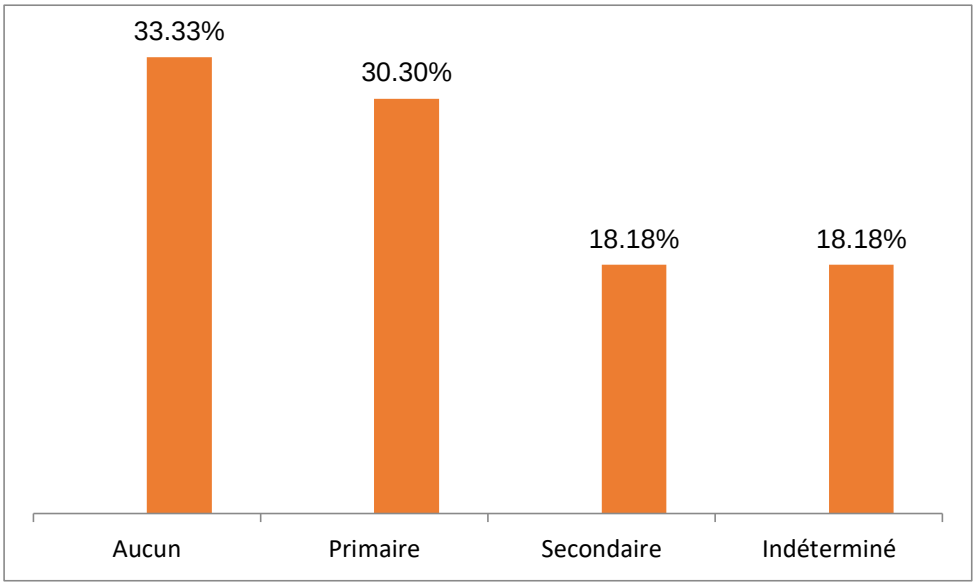



**Figure 6 :** Répartition des patientes selon le niveau d'étude.

Les patientes non scolarisées étaient les plus nombreuses avec un taux de 33.33%.

### IV.1.7. Provenance

**Tableau II : Répartition des patientes selon la provenance**

| Province d'origine | Effectif (N=33) | % |
|---|---|---|
| CIBITOKE | 10 | 30.30 |
| BUBANZA | 9 | 27.27 |
| BUJUMBURA | 6 | 18.18 |
| BUJUMBURA MAIRIE | 4 | 12.12 |
| RUMONGE | 2 | 6.06 |
| BURURI | 1 | 3.03 |
| MURAMVYA | 1 | 3.03 |

La province de CIBITOKE était la plus représentée avec 30.30%

### IV.2. Antécédents

### IV.2.1. Antécédents médicaux et/ou pathologie en cours

**Tableau III : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux**

| Antécédents médicaux et/ou pathologie en cours | Effectif (N=33) | % |
|---|---|---|
| AUCUN | 32 | 96.97 |
| VIH | 1 | 3.03 |

Nos patientes n'avaient pas d'antécédents médicaux particuliers avec 96.97% des cas.

### IV.2.2. Antécédents gynéco-obstétricaux

#### IV.2.2.1. Gestité

**Tableau IV : Répartition des patientes selon la gestité**

| Gestité | Primigeste (G1) | Paucigeste (G2-G3) | Multigeste (G4 et Plus) | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| Effectif | 15 | 9 | 9 | **33** |
| % | 45.45 | 27.27 | 27.27 | **100** |

La gestité moyenne était de 2.78 allant de 1 à 12. Les primigestes sont prédominantes avec 45.45%.

#### IV.2.2.2. Parité

**Tableau V : Répartition des patientes selon la parité**

| Parité | Nullipare (P0) | Primipare (P1) | Paucipare (P2-P3) | Multipare (P4 et Plus) | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| Effectif | 2 | 13 | 9 | 9 | **33** |
| % | 6.06 | 39.39 | 27.27 | 27.27 | **100** |

La parité moyenne a été de 2.57 allant de 0 à 12. Les patientes étaient primipares dans 39.39% des cas.

## IV.3. Données cliniques

### IV.3.1. Mode d'admission

**Tableau VI : Répartition des patientes selon le mode d'admission**

| Mode admission | Effectif/N=33 | % |
|---|---|---|
| Transfert | 30 | 90.91 |
| Directe | 3 | 9.09 |

La majorité de nos patientes ont été transférées avec 90.91%.

### IV.3.2. Structure de soins de provenance

**Tableau VII : Répartition des patientes selon la structure de soins de provenance**

| Structure de soins | Effectif (n=30) | % |
|---|---|---|
| Hôpital CIBITOKE | 10 | 33.33 |
| Hôpital KABEZI | 6 | 20 |
| Hôpital GIHANGA | 5 | 16.66 |
| Hôpital BUBANZA | 2 | 6.66 |
| Hôpital MPANDA | 2 | 6.66 |
| Hôpital RUMONGE | 2 | 6.66 |
| Hôpital BURURI | 1 | 3.33 |
| Hôpital MURAMVYA | 1 | 3.33 |
| Hôpital Populaire KAMENGE | 1 | 3.33 |

L'hôpital CIBITOKE était la plus représenté avec 33.33% ; suivi par l'hôpital KABEZI avec 20% et l'hôpital GIHANGA avec 16.66%.

### IV.3.3. Motif de référence

**Tableau VIII : Répartition des patientes selon le motif de référence**

| Motif de référence | Effectif (n=30) | % |
|---|---|---|
| Syndrome occlusif fébrile | 12 | 40 |
| Pelvipéritonite | 4 | 13.33 |
| Pelvipéritonite avec éventration | 4 | 13.33 |
| Abdomen aigu | 5 | 16.66 |
| Infection du site opératoire | 3 | 10 |
| Péritonite post césarienne | 1 | 3.33 |
| Hémorragie interne post césarienne | 1 | 3.33 |

Le syndrome occlusif fébrile a été le principal motif de référence avec 40%.

### IV.3.4. Circonstances de survenue

**Tableau IX : Répartition des patientes selon les circonstances de survenue**

| Circonstance de survenue | Effectif | % |
|---|---|---|
| Post-partum | 6 | 18.18 |
| Post-abortum | 1 | 3.03 |
| Post-césarienne | 24 | 72.72 |
| Post-hystérectomie d'hémostase | 1 | 3.03 |
| Post-IVG | 1 | 3.03 |
| **TOTAL** | **33** | **100** |

La pelvipéritonite est survenue après l'opération césarienne dans 72,72 % des cas.

### IV.3.5. Délai entre le geste et la survenue de la pelvipéritonite

C'est le temps écoulé entre la circonstance ayant été à l'origine de la pelvipéritonite et le début des symptômes évoquant un tableau de pelvipéritonite.

**Tableau X : Répartition des patientes selon le délai entre le geste et la survenue de la pelvipéritonite**

| Délai entre le geste et Survenue de pelvipéritonite | Effectif/ N=33 | % |
|---|---|---|
| J2 | 5 | 15.15 |
| J3 | 10 | 30.3 |
| J4 | 5 | 15.15 |
| J5 | 5 | 15.15 |
| J6 | 1 | 3.03 |
| J7 | 4 | 12.12 |
| Non précisé | 3 | 9.09 |

Le délai moyen entre le geste et la survenue de la pelvipéritonite a été de 3.9 jours. Dans 30% des cas le diagnostic de pelvipéritonite a été suspecté après 3 jours du geste initial déclencheur.

### IV.3.6. Délai entre la survenue d'une pelvipéritonite et l'admission

C'est le temps écoulé entre le début des symptômes faisant évoquer un tableau de pelvipéritonite et l'admission au service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalo-universitaire de Kamenge.

**Tableau XI : Répartition des patientes selon le délai entre la survenue d'une pelvipéritonite et l'admission**

| **Délai entre la survenue d'une pelvipéritonite et l'admission** | **Effectif (N=33)** | **%** |
|---|---|---|
| < 24 H | 3 | 9.09 |
| 24-48H | 5 | 15.15 |
| 3-7 jours | 21 | 63.63 |
| >7 Jours | 1 | 3.03 |
| **Non précisé** | **3** | **9.09** |

Le délai moyen entre la survenue d'une pelvipéritonite et l'admission a été de 3.7 jours (4jours). Le délai compris entre 3 et 7 jours était le plus représenté dans 63.63% des cas.

### IV.3.7. Description clinique à l'admission

#### IV.3.7.1. Signes cliniques fonctionnels à l'admission

**Tableau XII : Répartition des patientes selon les signes cliniques fonctionnels à l'admission**

| Signes fonctionnels à l'admission | Effectif | % |
|---|---|---|
| Douleurs abdomino-pelviennes | 33 | 100 |
| Ballonnement abdominal | 18 | 54.5 |
| Vomissements | 11 | 33.3 |
| Arrêt des matières et gaz | 11 | 33.3 |
| Leucorrhées fétides | 9 | 27.2 |
| Ecoulement au niveau du site opératoire | 7 | 21.2 |
| Lochies malodorantes | 6 | 18.1 |
| Métrorragies | 2 | 6.06 |
| Diarrhée | 2 | 6.06 |

Toutes les patientes ont présenté une douleur pelvienne ou abdomino-pelvienne diffuse (100%). Cette douleur pelvienne a été associée à un ballonnement abdominal dans 54.54% ; à des vomissements dans 33.33% ; à un arrêt de matières et gaz dans 33.33% ; à des leucorrhées fétides dans 27.27%.

## IV.3.7.2. Signes généraux

### IV.3.7.2.1. Paramètres vitaux

**Tableau XIII : Répartition des patientes selon les paramètres vitaux à l'entrée**

| Paramètres | | Effectif (N=33) | % | Minimum | Moyenne | Maximum |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Température** | <36.6 | 4 | 12.12 | | | |
| | 36.6-37.5 | 8 | 24.24 | | | |
| $^0$C | 37.6-38.5 | 15 | 45.45 | **35** | 37.63 | **40** |
| | >38.5 | 4 | 12.12 | | | |
| | Indéterminée | 2 | 6.06 | | | |
| **POULS** | 60-100 | 12 | 36.36 | | | |
| (bpm) | >100 | 19 | 57.57 | **66** | 110.2 | **154** |
| | Indéterminé | 2 | 6.06 | | | |
| **FR** | 16-20 | 11 | 33.33 | | | |
| (Cpm) | >20 | 20 | 60.60 | **16** | 27.03 | **44** |
| | Indéterminée | 2 | 6.06 | | | |
| **PAS** | <100 | 12 | 36.36 | | | |
| (mm Hg) | 100-139 | 19 | 57.57 | **60** | 97 | **130** |
| | Indéterminée | 2 | 6.06 | | | |
| **PAD** | <70 | 20 | 60.6 | | | |
| (mm Hg) | 70-90 | 11 | 33.33 | **30** | 59 | **70** |
| | Indéterminée | 2 | 6.06 | | | |

Dans la moyenne, le profil type des paramètres cliniques des patientes était : une température de 37.62ºC ; un pouls de 110 battements par minute (bpm); une fréquence respiratoire de 27 cycles par minute (cpm) et une tension artérielle de 97/59 mm Hg.

En effet, dix et neuf de nos patientes soit 57.57% avaient une fièvre et une tachycardie et vingt soit 60.60% avaient une polypnée.

### IV.3.7.2.2. Etat général à l'admission

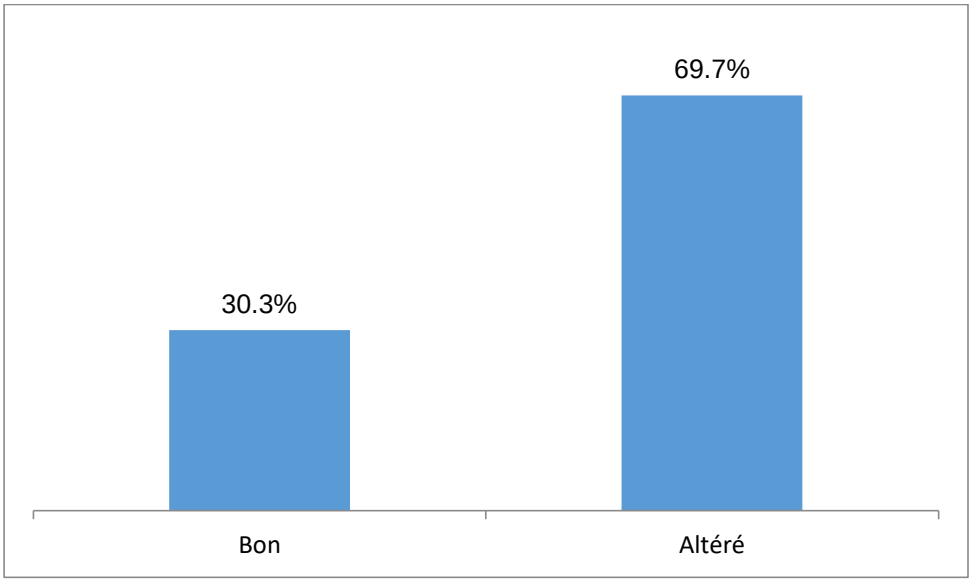



**Figure 7 :** Répartition des patientes selon l'état général à l'admission

Nos patientes ont présentés une altération de l'état général dans 69.7% des cas.

### IV.3.7.2.3. Etat de choc

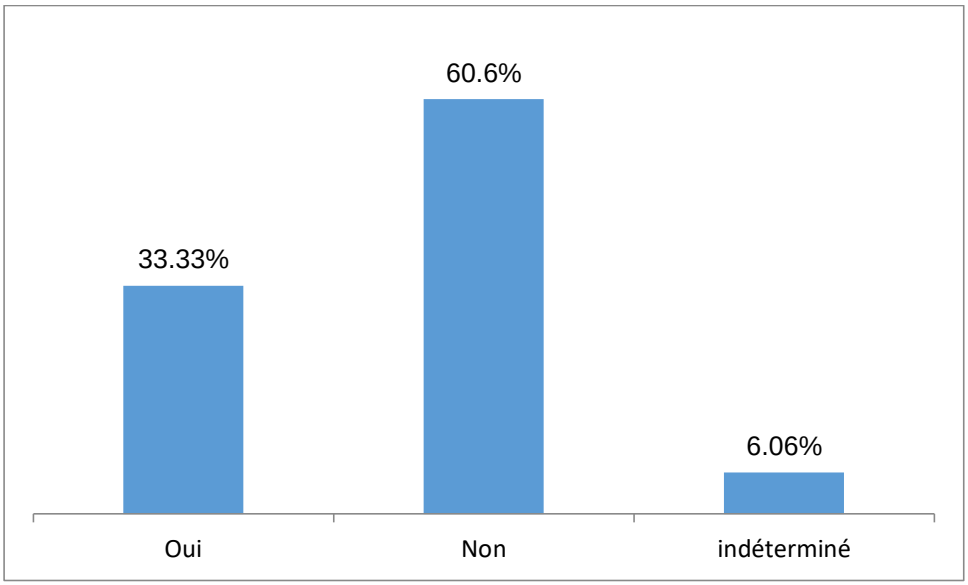



**Figure 8 :** Répartition des patientes selon la présence ou non de l'état de choc**.**

Onze de nos patientes soit 33.33% étaient en état de choc.

### IV.3.7.2.4. Etat de conscience

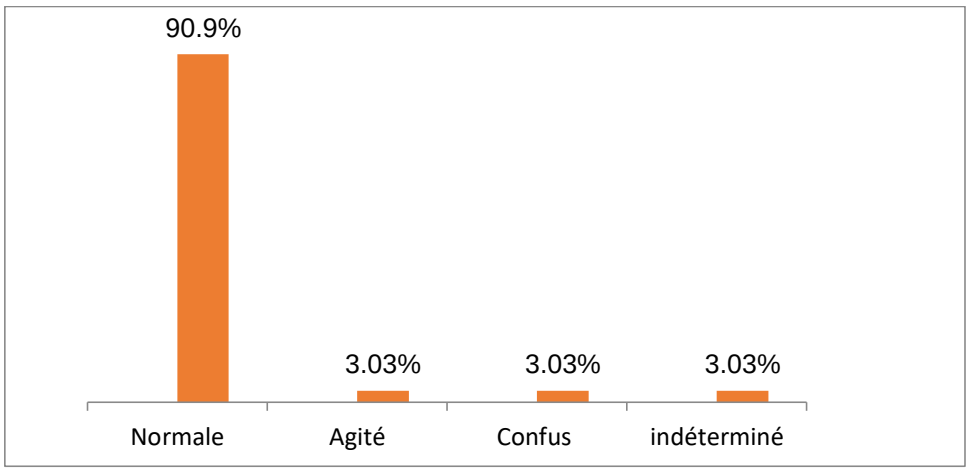



**Figure 9 :** Répartition des patientes selon l'état de conscience
La majorité de nos patientes soit 90.9% ; l'état de conscience était normal.

### IV.3.7.3. Signes physiques

**Tableau XIV : Description des signes physiques à l'admission**

| signes physiques | Effectif (N=33) | % |
|---|---|---|
| Distension abdominale | 19 | **57.57** |
| Ecoulement malodorant au niveau du site opératoire | 7 | **21.21** |
| Viscères visibles à travers l'ancienne incision | 3 | 9.09 |
| Plaie large profond sous ombilical | 1 | 3.03 |
| Défense hypogastrique | 22 | **66.66** |
| Contracture hypogastrique | 1 | 3.03 |
| Masse hypogastrique | 2 | 6.06 |
| Sensibilité abdominale péri-ombilicale | 3 | 9.09 |
| Cri de Douglas | 7 | **21.21** |
| Douleur à la mobilisation de l'utérus | 4 | 12.12 |
| Utérus augmenté de volume | 5 | 15.15 |
| Cul de sac vaginaux empâté et douloureux | 3 | 9.09 |
| Pertes fétides et purulentes au doigtier | 11 | **33.33** |
| Pertes d'urines au doigtier | 1 | 3.03 |
| Plaie de l'épisiotomie suppurée | 2 | 6.06 |

Une défense localisée était notée dans 66.66% des cas ; une distension abdominale dans 57.57% des cas et des pertes fétides et purulentes au doigtier dans 33.33% des cas au toucher vaginal.

## IV.4. Données para cliniques

### IV.4.1.Imagerie

#### IV.4.1.1. Echographie abdomino-pelvienne

**Tableau XV : Résultat de l'échographie abdomino-pelvienne**

| Résultats de l'échographie | | Effectif | % |
|---|---|---|---|
| Epanchement intrapéritonéal : | | | |
| | -de grande abondance | 5 | 27.77 |
| | -de moyenne abondance | 4 | 22.22 |
| | -de faible abondance | 4 | 22.22 |
| | -cloisonné | 5 | 27.77 |
| Aspect de l'utérus : | -non encore involué | 5 | 27.77 |
| | -déformé au niveau de l'incision | 3 | 16.66 |
| | -parois épaissies avec débris ovulaires en intra-utérin | 1 | 5.55 |
| | -non précisé | 9 | 50 |
| Autres lésions retrouvées : | | | |
| | -Anses intestinales distendus | 2 | 11.11 |
| | -Hématome sous-cutané en regard de l'incision | 1 | 5.55 |
| | -Abcès sous-cutané | 1 | 5.55 |

L'échographie abdomino-pelvienne a été réalisée chez 18 patientes soit 54.54% des cas. La présence d'un épanchement intrapéritonéal portait l'indication chirurgicale sans délai.

### IV.4.1.2. Abdomen sans préparation(ASP)

**Tableau XVI : Répartition des patientes selon le résultat de l'abdomen sans préparation**

| Résultat de l'ASP | Effectif (N=33) | % |
|---|---|---|
| NON FAITE | 24 | 72.73 |
| Normale | 4 | 12.12 |
| Grisaille diffuse | 2 | 6.06 |
| Niveaux hydro-aériques(NHA) | 1 | 3.03 |
| Grisaille+ NHA | 1 | 3.03 |
| Grisaille+ distension gastrique | 1 | 3.03 |

La radiographie de l'abdomen sans préparation a été réalisée chez 9 patientes soit dans 27.27% et était normale avec 12.12% des cas.

### IV.4.2. Biologie

#### IV.4.2.1. Numération formule sanguine(NFS)

**Tableau XVII : Répartition des patientes selon le résultat de la NFS**

| Résultat de la NFS | Effectif/N=33 | % |
|---|---|---|
| Non faite | 8 | 24.24 |
| Hyperleucocytose | 14 | 42.42 |
| Anémie | 18 | 54.54 |
| Hémoconcentration | 2 | 6.06 |
| Normale | 2 | 6.06 |

La numération formule sanguine a été réalisée chez 25 patientes soit dans 75.75% des cas. Elle montrait une anémie dans 54.54% des cas et une hyperleucocytose dans 42.42% des cas.

### IV.4.2.2. Bilans bactériologiques

Aucun examen bactériologique n'a été fait

## IV.5. Diagnostic préopératoire retenu

**Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le diagnostic préopératoire retenu**

| Diagnostic préopératoire | Effectif (N=33) | % |
|---|---|---|
| Pelvipéritonite:- post-césarienne | 24 | 72.72 |
| - Post-IVG | 1 | 3.03 |
| Pelvipéritonite post hystérectomie d'hémostase | 1 | 3.03 |
| Pelvipéritonite du post-partum | 4 | 12.12 |
| Péritonite généralisée du post-partum | 1 | 3.03 |
| Doute diagnostique | 2 | 6.06 |

Le diagnostic préopératoire était dominé par une pelvipéritonite post-césarienne dans 72.72% des cas. Il y avait un doute diagnostique dans 6.06% des cas.

### IV.5.1. Moyen de diagnostic de la pelvipéritonite

**Tableau XIX : Répartition des patientes selon les moyens de diagnostic**

| Moyen de diagnostic | Effectif (N=33) | % |
|---|---|---|
| Clinique seule | 13 | 39.39 |
| Clinique + Echographie abdomino-pelvienne | 18 | 54.54 |
| Doute diagnostique | 2 | 6.06 |

Dans 54.54% des cas, le diagnostic de pelvipéritonite a été obtenu après un examen clinique combiné à l'échographie abdomino-pelvienne.

## IV.6. Traitement reçu avant l'admission

**Tableau XX : Répartition des patientes selon le traitement reçus avant l'admission**

| Traitement reçu | Effectif (N=33) | % |
|---|---|---|
| Médical | 23 | 69.69 |
| Non précisé | 10 | 30.30 |

La majorité de nos patientes ont reçu un traitement médical dans 69.69% des cas.

### IV.6.1. Type de traitement médical reçu avant l'admission

C'est le traitement médical reçu par la patiente avant d'être admise au service de gynécologie-obstétrique du CHU de Kamenge

**Tableau XXI : Répartition des patientes selon le traitement médical reçu avant l'admission**

| Traitement médical reçu | Effectif/N=23 | % |
|---|---|---|
| Ampicilline+Metronidazole+Gentamycine | 8 | 34.78 |
| Cloxacilline+Metronidazole+Soins locaux | 3 | 13.04 |
| Ampicilline+Gentamycine+Paracetamol | 3 | 13.04 |
| Ampicilline+flagyl+Quinine inj | 2 | 8.69 |
| Ampicilline+Gentamycine+Rehydratation | 1 | 4.35 |
| Ampicilline+Gentamycine+Rehydratation+Neo stigmine inj | 1 | 4.35 |
| Cloxacilline+Bisacodyl (laxatif) | 1 | 4.35 |
| Claforan+Flagyl+Gentamycine+Transfusion | 1 | 4.35 |
| TRANSFUSION | 1 | 4.35 |
| SOINS LOCAUX | 1 | 4.35 |
| REHYDRATATION | 1 | 4.35 |

L'antibiothérapie constituait la base de ce traitement. L'association ampicilline + Métronidazole+ gentamycine était la plus utilisée avec 34.78% des cas.

## IV.7. Prise en charge

### IV.7.1. Traitement médical

#### IV.7.1.1. Réanimation

Elle a été réalisée en pré, per et post-opératoire. La pose d'une sonde nasogastrique a été faite chez 7 patientes (21.21%) et la sonde urinaire chez 8 patientes (24.24%) en pré opératoire. La rééquilibration hydro électrolytique a été faite chez toutes nos patientes.

La correction des troubles hématologiques a été réalisée par la transfusion iso groupe isorhésus de culots globulaires chez 21 patientes (63.63%).

L'administration des antalgiques et des protecteurs gastriques a été systématique en post opératoire. La thromboprophylaxie a été faite chez 5 patientes soit à 15.15%.

**Tableau XXII : Répartition des patientes selon la durée du séjour en réanimation**

| Séjour en réanimation | Effectif/ (N=31) | % |
|---|---|---|
| < 7 jours | 8 | 25.80 |
| 7-15 jours | 13 | 41.93 |
| > 15 jours | 10 | 32.25 |

La durée moyenne de séjour en réanimation était de 16.58 jours avec des extrêmes de 2 à 57 jours.

### IV.7.1.2. Antibiothérapie

**Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la fréquence d'utilisation d'antibiotique**

| Antibiothérapie | Effectif/N=33 | % |
|---|---|---|
| Claforan+métronidazole+Gentamycine | 23 | 69.69 |
| Ampicilline+métronidazole+Gentamycine | 5 | 15.15 |
| Claforan+métronidazole+Gentamycine+ Ciprofloxacine | 2 | 6.06 |
| Ampicilline+métronidazole+Gentamycine + Ciprofloxacine | 2 | 6.06 |
| Ampicilline+Gentamycine | 1 | 3.03 |

L'association la plus utilisée était : Céphalosporine+ Imidazolé+ Aminoside (Claforan+Flagyl+Gentamycine) représentant 69.69% de nos cas. Cette antibiothérapie était probabiliste et parentérale jusqu'à la guérison clinique (max à J29) sans résultat de l'antibiogramme disponible. Le relais per os a été fait chez 2 patientes.

### IV.7.1.2.1. Durée de l'antibiothérapie

**Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la durée de l'antibiothérapie**

| Durée d'antibiothérapie | Effectif (N=33) | % |
|---|---|---|
| < 7 jours | 3 | 9.09 |
| 7 - 15 jours | 18 | 54.54 |
| > 15 jours | 12 | 36.36 |

La durée moyenne de l'antibiothérapie était de 14.45 jours avec des extrêmes de 2 à 34 jours.

## IV.7.2. Traitement chirurgical

### IV.7.2.1. Délai entre admission et laparotomie

**Tableau XXV : Répartition des patientes selon le délai entre l'admission et laparotomie**

| Délai entre admission et laparotomie | Effectif/N=33 | % |
|---|---|---|
| Laparotomie d'emblée | 10 | 30.30 |
| Laparotomie entre 24h et 48h | 15 | 45.45 |
| Laparotomie entre 48h et72h | 3 | 9.09 |
| Laparotomie après 72h | 5 | 15.15 |

Le temps mis entre l'admission à l'hôpital et l'intervention chirurgicale a été de moins de 48h pour 75.75% de nos patientes.

### IV.7.2.2. Compte rendu opératoire

Toutes nos patientes ont été opérées sous anesthésie générale

#### IV.7.2.2.1. Type d'incision

**Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le type d'incision**

| Type incision | Effectif/N=33 | % |
|---|---|---|
| En T inversé | 16 | 48.48 |
| Pfannestiel | 5 | 15.15 |
| Sous-, Para- et Sus-Ombilicale | 6 | 18.18 |
| IMSO | 6 | 18.18 |

L'incision en T inversé était la plus dominante avec 48.48% des cas du fait que la pelvipéritonite était survenue après l'opération césarienne chez la plupart de nos patientes.

#### IV.7.2.2.2. Diagnostic peropératoire

**Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le diagnostic peropératoire**

| Diagnostic peropératoire | Effectif/N=33 | % |
|---|---|---|
| Péritonite aigue généralisée | 7 | 21.21 |
| Pelvipéritonite | 26 | 78.78 |
| **TOTAL** | **33** | **100** |

La pelvipéritonite était déjà compliquée en péritonite aigue généralisée dans 21.21% des cas.

### IV.7.2.2.3. Lésions retrouvées à l'ouverture

**Tableau XXVIII : Description des lésions retrouvées à l'ouverture**

| Lésions retrouvées à l'ouverture | Effectif | % |
|---|---|---|
| **Liquide péritonéal: -Purulent** | **22** | **66.66** |
| -Séro-hématique | 4 | 12.12 |
| -Urines | 1 | 3.03 |
| -clair | 1 | 3.03 |
| Lésions digestives:-Perforation du grêle | 2 | 6.06 |
| -Nécrose du grêle | 1 | 3.03 |
| -Distension intestinale | 2 | 6.06 |
| -Iléus paralytique avec appendicite | 1 | 3.03 |
| **Adhérences inflammatoires** | **14** | **42.42** |
| **Lâchage de hystérorraphie** | **12** | **36.36** |
| **Nécrose des berges de l'hystérorraphie** | **9** | **27.27** |
| **Utérus nécrotique** | **6** | **18.18** |
| utérus atone | 3 | 9.09 |
| utérus perforé | 1 | 3.03 |
| Salpingite | 2 | 6.06 |
| Rupture vésicale avec ballonnet de la sonde visible | 1 | 3.03 |
| Petite compresse dans la fosse iliaque droite | 1 | 3.03 |

Les lésions retrouvées à l'ouverture étaient dominées par un liquide purulent avec 66.66% des cas. Les adhérences inflammatoires représentaient 42.42% des cas.

### IV.7.2.2.4. Geste chirurgical réalisé

**Tableau XXIX : Répartition des patientes selon le geste chirurgicale réalisé**

| Geste chirurgicale réalisé | Effectif | % |
|---|---|---|
| Lavage péritonéal | 6 | 18.18 |
| Hystérorraphie | 4 | 12.12 |
| Hystérorraphie après ravivement des berges de récente hystérotomie | 6 | 18.18 |
| Hystérectomie subtotale | 10 | 30.3 |
| Cystorraphie en 2 plans | 1 | 3.03 |
| Résection du grêle+ Anastomose termino-terminale | 1 | 3.03 |
| Salpingectomie gauche+ Réparation du grêle | 1 | 3.03 |
| Suture du moignon cervical après ravivement des Berges | 1 | 3.03 |
| Hystérorraphie+ Appendicectomie + vidange Intestinale | 1 | 3.03 |
| Hystérectomie subtotale+ résection intestinale avec anastomose termino-terminale | 1 | 3.03 |
| Hystérectomie subtotale+ vidange de l'intestin à l'aide d'une sonde naso-gastrique | 1 | 3.03 |

L'exploration de la cavité pelvienne a permis de faire un bilan des lésions associées à la pelvipéritonite.

Le traitement chirurgical consistait en:

-Un lavage de la cavité péritonéale chez 6 patientes (18.18%) car on a constaté la présence de pus dans la cavité péritonéale sans autres lésions associées. On a fait un lavage puis une aspiration et drainage de la cavité péritonéale.

-une laparotomie avec réparation des lésions éventuellement retrouvées avec gestes d'exérèse tel que : Hystérectomie subtotale chez 12 patientes (36.36%) ;

Annexectomie unilatérale chez une patiente et résection intestinale avec anastomose termino-terminale chez 2 patientes.

### IV.7.2.2.5. Durée de l'intervention

**Tableau XXX : Répartition des patientes selon la durée de l'intervention**

| Durée d'intervention | Effectif (N=33) | % |
|---|---|---|
| < 1h 30 min | 2 | 6.09 |
| 1h 30-2h | 3 | 9.09 |
| 2h-2h30 min | 4 | 12.12 |
| 2h 30 min-3h | 6 | 18.18 |
| 3h-3h 30 min | 3 | 9.09 |
| 3h 30 min-4h | 2 | 6.06 |
| Indéterminée | 13 | 39.39 |

La durée moyenne de l'intervention était de 2h33 min avec des extrêmes de 50 min à 3h 50 min.

## IV.8. Evolution

### IV.8.1. Suites opératoires immédiates

**Tableau XXXI : Répartition des patientes selon les suites opératoires immédiates**

| Suites opératoires immédiates | Effectif/N=33 | % |
|---|---|---|
| Simples | 6 | 18.18 |
| Compliquées | 19 | 57.57 |
| Décès | 8 | 24.24 |

Sur les 33 patientes opérées, 19 patientes ont eu des complications post opératoires, soit 57.57% des cas. Ces complications étaient soit chirurgicales soit médicales. 8 patientes sur 33 opérées sont décédées, soit 24.24% des cas.

### IV.8.2. Morbidité

#### IV.8.2.1. Complication post opératoires

**Tableau XXXII : Répartition des patientes selon les complications post- opératoires**

| Complications post-opératoires | | Effectif/19 | % |
|---|---|---|---|
| **Médicale:** | -infection urinaire | 2 | 10.5 |
| | -infection urinaire +endométrite | 1 | 5.26 |
| | -pneumopathie | 2 | 10.5 |
| **Chirurgicale:** | -Fistule digestive par perforation grêle ou colon | 2 | 10.5 |
| | -suppuration pariétale | 11 | 57.8 |
| | -péritonite post-opératoire +éviscération | 1 | 5.26 |
| | -péritonite post-opératoire +Endométrite sévère | 1 | 5.26 |
| | -Hématome sous cutané en regard de l'incision | 1 | 5.26 |
| | -Escarres fessiers | 1 | 5.26 |

Les complications chirurgicales étaient prédominantes sur les complications médicales. L'infection urinaire était la plus fréquente suivie par la pneumopathie parmi les complications médicales. La suppuration pariétale représentait 57.89% pour l'ensemble des complications chirurgicales.

### IV.8.3. Mortalité

**Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon le mode de sortie**

| Mode de sortie | Effectif (N=33) | % |
|---|---|---|
| Guérie | 24 | 72.72 |
| Décès | 8 | 24.24 |
| Séquelle (fistule vésico-vaginale) | 1 | 3.03 |

Huit cas de décès ont été constatés soit 24.24%. Ces décès ont eu lieu en réanimation sauf un qui a eu lieu au bloc opératoire avant que la patiente soit transférée en réanimation

**Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon la cause du décès**

| Cause de décès | Effectif (N=8) | % |
|---|---|---|
| Choc septique | 4 | 50 |
| Défaillance multiviscérale | 1 | 12.5 |
| Défaillance monoviscérale (rénale) | 1 | 12.5 |
| Choc hypovolémique | 1 | 12.5 |
| Iléus paralytique | 1 | 12.5 |

Le choc septique était la principale cause de décès retrouvée à 50% des cas.

### IV.8.3.1. Taux de mortalité selon le délai entre admission et laparotomie

**Tableau XXXV : Mortalité selon le délai entre admission et laparotomie**

| Délai de laparotomie | Effectif | Décès | Taux de mortalité (%) |
|---|---|---|---|
| D'emblée | 10 | 2 | 20 |
| Après 24H | 8 | 2 | 25 |
| Après 48H | 7 | 1 | 14.28 |
| Après 72H | 3 | 0 | 0 |
| 6 Jours après | 1 | 0 | 0 |
| 7jours après | 2 | 1 | 50 |
| 13 Jours après | 1 | 1 | 100 |
| 17 Jours après | 1 | 1 | 100 |
| **TOTAL** | **33** | **8** | **24.24** |

Le retard de prise en charge dépassant 48H augmente le risque de décès. Les taux de mortalité plus élevés ont été remarqués chez les patientes opérées plusieurs jours après un délai de 72H.

### IV.8.4. Durée d'hospitalisation

**Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation**

| Durée d'hospitalisation | Effectif (N=33) | % |
|---|---|---|
| 1-7jours | 6 | 18.18 |
| 8-14jours | 0 | 0 |
| > 14 jours | 27 | 81.81 |
| **TOTAL** | **33** | **100** |

La durée moyenne d'hospitalisation était de 37.06 jours avec des extrêmes de 2 à 88 jours.

# CHAPITREV : DISCUSSION ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

## V.1. Données épidémiologiques

### V.1.1. Fréquence

La pelvipéritonite est une infection grave. Elle entraine une morbidité maternelle aigue sévère **[32].** Dans notre série, elle a représenté 0.53% des admissions aux urgences de gynécologie-obstétrique du CHUK. Cette fréquence est supérieure à celle observée par Setouani **[33]** à Casablanca au Maroc qui a trouvé une fréquence de 0.3% et proche à celle d'Adisso **[34]** de 0.51% à Cotonou au Benin. Par contre il s'agit d'une fréquence relativement plus basse quand on la compare à celle de Bellier et Al **[10]** à Dakar au Sénégal qui a trouvé que la pelvipéritonite représentait 1.5% des admissions dans le département de gynécologie. Elle est également plus basse à celle d'Effoh D et Al **[2]** de 0.95% à Abidjan en côte d'Ivoire. Elle est plus fréquente au Madagascar car seulement en une année Nadison **[6]** a recensé 41 cas avec une fréquence mensuelle variant entre 0 et 9 cas.

Dans notre étude, la principale circonstance étiologique était une césarienne dans 72.72% des cas suivie par le post partum dans 18.18% des cas. L'IVG n'a représenté que 3.03% des cas. Nos résultats diffèrent de ceux des autres auteurs où le premier facteur étiologique observé dans leurs séries était l'IVG **[2**, **6**, **34]** respectivement dans 37.1% ,40.8% et 59.66%. Plusieurs autres auteurs dont Niyomwungere **[17]** au Burundi, Moj Harioly **[35] et** Ralisata **[30]** au Madagascar rapportaient respectivement une fréquence de 31.4%,16.3% et 14% de péritonites du post-abortum. Par contre Maget et Al en France **[36]** ont noté que 42% de sujets étudiés étaient en rapport avec le dispositif intra-utérin (DIU).

Six cas soit 18.18% d'infection du post-partum ont été retrouvés. Ce sont les gestes lors de l'accouchement à savoir la révision utérine, les soins du post-

partum pratiqués sans asepsie rigoureuse qui favorisent l'infection génitale haute pouvant se compliquer de pelvipéritonite **[2].**

Selon la littérature, la pelvipéritonite post-césarienne est une complication rare et elle est liée à la technique opératoire utilisée. Saad Benkirane et Al au Maroc **[9]** rapportent 1cas sur 2417cas de césarienne, Abdou Camara au Mali **[37]** également 1 cas sur 850 césariennes, Adama Diallo au Mali **[38]** lui aussi 1 cas sur 746 césariennes.

### V.1.2. Age

**Tableau XXXVII : Répartition selon l'âge et les auteurs**

| **Auteurs** | **Age moyen** | **Ages extrêmes** | **Tranche d'âge plus concernée** |
|---|---|---|---|
| NADISON Madagascar 2017**[6]** | 29.05 ans | 15 et 49 ans | 21 à 30 ans |
| EFFOH et AL Côte d'Ivoire 2009[2] | 25 ans | 15 et 50 ans | 15 à 30 ans |
| DIOP B et AL Sénégal 2017[3] | - | 16 et 55 ans | 26 à 35 ans |
| NOTRE SERIE Burundi 2020 | 26.3 ans | 16 et 48 ans | 21 à 30 ans |

Dans notre série, les femmes jeunes âgées de 21 à 30 ans représentaient la tranche d'âge la plus touchée à 42% des cas. L'âge moyen était de 26.3 ans. Ce résultat rejoint celui retrouvé par d'autres auteurs dont Nadison **[6]** au Madagascar qui a trouvé que la tranche d'âge de 21 à 30 ans était la plus concernée avec 48.79%. Effoh D et Al **[2]** à Abidjan en Côte d'Ivoire ont retrouvé un âge moyen de 25 ans et une tranche d'âge de 25 à 30 ans dans 84.5% des cas. Selon Diop B et Al **[3]** au Sénégal l'âge variait de 16 à 55 ans et

72% des patientes avaient moins de 35 ans. L'âge jeune des patientes a été également retrouvé dans d'autres études **[27, 34, 39, 40].**

Ceci démontre en effet que les pelvipéritonites sont fréquentes chez les femmes jeunes en pleine activité génitale.

Ce jeune âge pourrait s'expliquer d'une part par les pratiques sexuelles précoces ; connaissance insuffisante sur la contraception et l'ignorance des risques liés à la fréquence des avortements clandestins chez la femme jeune **[2, 6]** et d'autre part par une prédisposition anatomique liée à l'immaturité du col utérin et sa colonisation facile par les microorganismes **[41]**.

### V.1.3. Profession, Niveau d'étude et Lieu de résidence

L'analyse de la profession, niveau d'étude et lieu de résidence des patientes peut refléter le niveau socio-économique de notre population d'étude (bas, moyen, élevé).La majorité de nos patientes étaient des femmes cultivatrices avec 87.87% des cas, résidant en milieu rural avec 87.88% des cas et non scolarisées avec 33.33% des cas.

Il semble que la pelvipéritonite atteint particulièrement les personnes de bas niveau socio-économique. D'autres auteurs ont fait le même constant **[2, 6, 34, 39]**.

Dans la plupart des cas le bas niveau d'instruction semble jouer un grand rôle dans la détermination de la maladie chez les sujets n'ayant aucune notion en matière d'information sur les infections sexuellement transmissibles et la contraception. Ce qui explique la fréquentation de service de santé au stade avancé de l'affection.

### V.1.4. Situation matrimoniale

La proportion des femmes mariées prédominait dans notre étude avec 90.91% des cas. Ce résultat rejoint celui observé par Adisso à Cotonou au Benin **[34]** où les femmes mariées prédominaient à 64.8% des cas et Nadison **[6]** au Madagascar les femmes mariées étaient dominantes avec 43.9% des cas. Il en est ainsi pour les études effectuées par d'autres auteurs **[30, 35]**.

Cependant Foumane **[27]** au Cameroun dans son étude, la pelvipéritonite a surtout concerné les femmes célibataires avec 76.5% des cas et en Côte d'Ivoire à Abidjan les célibataires représentaient 70.54% des cas selon Effoh en Côte d'Ivoire **[2].**

## V.2. Antécédents gynéco-obstétricaux

### V.2.1. Gestité

Dans notre série, les primigestes prédominaient avec 45.45% des cas. Ce taux est comparable à celui trouvé au Maroc par Laghzaoui **[39]** où plus de la moitié (54%) des patientes étaient des primigestes**.** Par contre ce taux dépasse largement celui d'une étude faite au Madagascar par Nadison **[6]** où les primigestes avaient une proportion de 21.95% des cas. Dans une autre étude faite à Abidjan en Côte d'Ivoire par Effoh **[2]**, les nulligestes et primigestes étaient les plus exposées.

### V.2.2. Parité

Dans notre série, les primipares prédominaient avec 39.39% des cas. Ce résultat diffère trop de celui observé par Nadison **[6]** au Madagascar où les multipares étaient majoritaires avec 51.22% et Effoh D et Al **[2]** en Côte d'Ivoire qui rapportaient une prédominance des nullipares avec 58.9% des cas. Diop D et Al **[3]** au Senegal et Ralisata et Al **[30]** au Madagascar rapportaient respectivement une prédominance des paucipares avec 67% et avec 78% des cas dans leurs études.

## V.3. Description clinique

### V.3.1. Délai entre la survenue d'une pelvipéritonite et l'admission

Le délai moyen de la survenue d'une pelvipéritonite et l'admission a été de 3.7 jours. La durée extrême a été de 8 jours. Le délai compris entre 3 et 7 jours était le plus représenté dans 63.63% des cas.

Dans la littérature un délai de 48 heures sous traitement médical sans amélioration clinique franche (de l'état général, de l'examen pelvien et du transit intestinal) une exploration chirurgicale par cœlioscopie ou laparotomie selon le contexte sera réalisée. Cette exploration chirurgicale permettra le traitement du foyer infectieux ainsi qu'un lavage abondant et un drainage de la cavité pelvienne. Cette surveillance se fait en milieu chirurgical **[8]**.

Comme dans la plupart des maladies évolutives le délai d'admettre la patiente dans une structure capable de la prendre en charge est un paramètre pronostic important dans les infections dont les péritonites toute étiologie confondue **[42]**.

Dans notre cas une péritonite initialement localisée au pelvis pourrait s'étendre à l'ensemble de l'abdomen répondant mal au traitement antibiotique et indiquant une prise en charge chirurgicale.

Ceci démontre en effet que la plupart de nos patientes ont été référées trop tardivement.

### V.3.2. Signes fonctionnels à l'admission

**Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon les signes fonctionnels et les auteurs**

| Signes fonctionnels | NOTRE SERIE Burundi 2020 | NADISON Madagascar 2017**[6]** | DIOP B et AL Sénégal 2017**[3]** | EFFOH et AL Côte d'Ivoire 2009**[2]** |
|---|---|---|---|---|
| Douleurs abdominales et/ou pelviennes | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Ballonnement abdominal | 54.54 | 17.07 | 19.3 | - |
| Vomissement | 33.33 | 21.94 | 61 | - |
| Arrêt des matières et gaz | 33.33 | 4.87 | 29 | - |
| Leucorrhées fétides | 27.27 | 26.83 | 77.4 | 67.9 |
| Ecoulement au niveau du site opératoire | 20 | - | - | - |
| Lochies malodorantes | 21.21 | - | - | - |
| Métrorragies | 6.06 | 39.2 | - | 17.9 |

Les signes fonctionnels de notre série sont superposables à ceux des autres auteurs dont :

-Diop B et Al au Sénégal **[3]**, les douleurs pelviennes étaient retrouvées chez toutes les patientes tandis que les leucorrhées étaient notées avec 77.4%, les nausées-vomissements avec 61.3%, arrêt de matière et/ou gaz avec 29%, ballonnement abdominal avec 19.3%.

- Nadison au Madagascar **[6]**, la douleur abdomino-pelvienne diffuse était le principal signe fonctionnel retrouvé chez toutes les patientes, ensuite les métrorragies (39.2%), Leucorrhées purulentes (26.83%), Nausée-vomissements (21.94%) et Ballonnement abdominal (17.07%).

- Effoh et Al en Côte d'Ivoire **[2]**, la douleur pelvienne était présente chez toutes les patientes, les leucorrhées purulentes et fétides avec 67.9%.

Un écoulement au niveau du site opératoire a été note uniquement dans notre série du fait que la plupart de nos patientes développaient la pelvipéritonite après césarienne.

En effet, les douleurs abdomino-pelviennes inhabituelles associées ou non à des leucorrhées et/ou lochies malodorantes avec signes digestifs doivent attirer l'attention de la patiente et du soignant si une période à risque est présente (post accouchement ou abortum ou après césarienne). Cela pourrait réduire le délai de prise en charge et ainsi éviter les complications fatales.

### V.3.3. Paramètres vitaux

Dix et neuf de nos patientes soit 57.57% avaient une fièvre et une tachycardie, vingt soit 60.60% de nos patientes avaient une polypnée.

Plusieurs études ont montré que la fièvre est un signe fréquent au cours d'une pelvipéritonite. Elle a été retrouvée avec 88.2% des cas dans la série de Foumane P et Al au Cameroun **[27]**, avec 87.5% des cas dans la série d'Effoh et Al en Côte d'Ivoire **[2]**, avec 77.4% des cas dans la série de Diop B et Al au Sénégal **[3]** et avec 70.73% des cas dans la série de Nadison au Madagascar **[6].** Dans la série de Ralisata et Al au Madagascar **[30]**, la température était comprise entre 37.5 et 38.8$^{o}$C chez 74% des malades.

### V.3.4. Signes généraux

La rapidité de l'installation des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale. Une altération de l'état général a été notée dans 69.7% des cas et un état de choc dans 33.33% des cas. Ces résultats sont proches de ceux de Nadison au Madagascar **[6]** qui a noté une altération de l'état général dans 73.17% des cas et un état de choc dans 43.90% des cas au moment de l'admission.

Par contre Effoh et Al en Côte d'Ivoire **[2]** et Moj harioly N et Al au Madagascar **[35]** ont noté une altération de l'état général respectivement dans 8% et 15% des cas.

Nos résultats peuvent s'expliquer probablement par la provenance et /ou le retard de prise en charge ou de référence de nos patientes.

### V.3.5. Signes physiques

**Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon les signes physiques et les auteurs**

| Signes physiques | Notre série Burundi 2020 | Diop B et AL Sénégal 2017**[3]** | Effoh et AL Côte d'Ivoire 2009**[2]** |
|---|---|---|---|
| une défense hypogastrique | 66.66% | 62.9% | 100% |
| une distension abdominale | 57.57% | - | - |
| Pertes vaginales fétides et purulentes au doigtier | 33.33% | - | 67.9% |
| Cri de Douglas | 21.21% | - | 61.6% |
| un écoulement malodorant au niveau du site opératoire | 21.21% | - | - |
| Douleur à la mobilisation de l'utérus | 12.12% | - | 100% |

Les signes physiques de notre série sont superposables à ceux des autres auteurs dont :

-Diop B et Al **[3]** au Sénégal qui a noté une défense hypogastrique avec 62.9% et un cri de Douglas avec 58% des cas contre 66.6% et 21.21% respectivement dans notre série.

-Effoh et Al **[2]** en Côte d'Ivoire qui a noté une défense hypogastrique avec 100%, une douleur à la mobilisation de l'utérus avec 100% et leucorrhées

purulentes et purulentes au toucher vaginal avec 67.9% contre66.6%,12.12% et 33.33% respectivement dans notre série.

Un écoulement malodorant au niveau du site opératoire a été note uniquement dans notre série du fait que la plupart de nos patientes développaient la pelvipéritonite après césarienne.

## V.4. Données paracliniques

### V.4.1. Imagerie

Au plan radiologique, une échographie abdomino-pelvienne a été faite chez 18 patientes soit 54.54% des cas. La présence d'un épanchement intra péritonéal posait l'indication chirurgicale sans délai. Dans d'autres séries, cet examen était de loin le plus demandé. Elle a été effectuée dans 81.82% des cas dans la série de Moj harioly N et Al au Madagascar **[35],** dans 68.30% des cas dans la série de Nadison au Madagascar **[6]**, dans 58.6% des cas dans la série de Diop B et Al au Sénégal **[3]** et dans 42.1% des cas dans la série d'Effoh D et Al en Côte d'Ivoire**[2].**

L'ASP a été fait dans notre série à 27.27% des cas et a montré des niveaux hydro-aériques chez 2 patientes et une grisaille diffuse chez 3 patientes. Ce taux est largement inférieur à celui de Diop B et Al au Sénégal **[3]** qui était de 75.8% des cas et montrait des niveaux hydro-aériques dans 61.29% des cas et une grisaille dans 14.51% des cas. Dans notre série aucune cœlioscopie n'avait été réalisée.

### V.4.2. Biologie

Au plan biologique, un syndrome infectieux (Hyperleucocytose >10000 GB/$mm^3$) était noté chez 14 patientes soit 42.42% des cas et une anémie a été notée avec 54.54% des cas.

Dans la série de Diop B et Al au Sénégal **[3]** un syndrome infectieux a été noté chez toutes les patientes (100%) [Hyperleucocytose à plus de 8000 et un VS accélérée]. Dans la série de Ralisata et Al au Madagascar **[30]** une hyperleucocytose > à 12000GB a été observée chez 60 % des cas. Il en est de même pour la série d'Effoh et Al en Côte d'Ivoire **[2]** où une hyperleucocytose avec élévation de la VS a été observée chez tous les cas où la NFS et VS ont pu être réalisées avec une anémie dans 4.5% des cas.

Dans notre série aucun prélèvement pour examen bactériologique n'avait été réalisé. De façon globale les examens paracliniques sont insuffisants.

Il en est de même pour les autres séries **[2, 27, 30, 35].** C'est à cause de l'insuffisance de notre plateau technique d'une part et du caractère rétrospectif de l'étude d'une autre part.

### V.5. Moyen de diagnostic de la pelvipéritonite

Le diagnostic de pelvipéritonite est posé sur base de l'examen clinique associé à l'échographie dans la majorité des cas soit 54.54%. Dans 39.39% des cas, le diagnostic a été obtenu à l'aide d'un examen clinique seul. Dans la série de Nadison au Madagascar **[6]**, l'examen clinique combiné à l'échographie abdomino-pelvienne a permis d'obtenir le diagnostic de pelvipéritonite dans 39.02% des cas et l'examen clinique seul par toucher vaginal avec ou sans examen au speculum dans 31.71% des cas.

C'est grâce à sa disponibilité qui la rend comme examen de confirmation du diagnostic alors que c'est la cœlioscopie qui reste le gold standard dans la confirmation du diagnostic des infections génitales hautes **[29].**

## V.6. Prise en charge

### V.6.1. Traitement médical

Toutes les patientes ont bénéficié d'une prise en charge médicale initiale.

#### V.6.1.1. Réanimation

La réanimation péri-opératoire constitue un élément important dans la prise en charge des pelvipéritonites. Elle vise à rétablir l'équilibre hydro-électrolytique par des sérums glucosés, salés isotoniques et ringer lactate et à corriger les troubles hématologiques par transfusion isogroupe isorhésus.

Dans notre série la durée moyenne de séjour en réanimation était de 16.58 jours avec une durée extrême 2 à 57 jours. Par contre cette durée est plus longue quand on la compare à celle de Nadison au Madagascar **[6]** qui a trouvé une durée moyenne de 3.15 jours avec une durée extrême de 1 à 7 jours.

Cette durée de séjour en réanimation dépend de l'état général de la patiente et de l'arrivée tardive des malades à une structure de soins capable de prendre en charge la patiente. Cette durée plus longue dans notre série peut également s'expliquer par le manque de place en hospitalisation d'une part et par le manque des moyens financiers des patientes pour quitter le département de réanimation d'autre part.

#### V.6.1.2. Antibiothérapie

Vu le polymicrobisme des germes dans les pelvipéritonites, la plupart des auteurs préconisent une association de deux ou trois antibiotiques afin d'être efficace contre les germes **[2, 3, 6, 27, 30, 39].** Elle doit couvrir les germes comme N.gonorrhée, C.Trachomatis et surtout les anaérobies **[28].**

Dans notre série, nous avons noté trois possibilités thérapeutiques : une triple antibiothérapie dans 84.84%, une association de quatre antibiotiques dans 12.12% et une bi antibiothérapie chez une patiente (3.03% des cas). Cette antibiothérapie était probabiliste et parentérale jusqu'à la guérison clinique (max à J29) sans résultats de l'antibiogramme disponible. Le relai per Os a été fait chez deux patientes.

Les associations suivantes ont été utilisées : Claforan +Métronidazole +Gentamycine dans 23 cas (69.69%) Ampicilline + Métronidazole +Gentamycine dans 5 cas (15.15%), Claforan +Métronidazole +Gentamycine +Ciprofloxacine dans 2 cas (6.06%), Ampicilline +Métronidazole +Gentamycine +Ciprofloxacine dans 2 cas (6.06%) et enfin Ampicilline + Gentamycine chez une patiente (3.03%).

La durée moyenne était de 14.45 jours avec des extrêmes de 2 à 34 jours.

Dans la série de Diop B et Al au Sénégal **[3],** l'association Pénicilline A +Aminoside +Métronidazole a été de 96.77% des cas et Amoxi-acide clavulanique + Métronidazole a été de 3.22% des cas avec une durée de 21 jours.

Et dans la série de Nadison au Madagascar **[6]**, la majorité des patientes soit 75.60% avaient bénéficié du Métronidazole +Ampicilline +Gentamycine ou Métronidazole +Gentamycine +Ceftriaxone et Métronidazole +Ciprofloxacine +Gentamycine dans 17.07% à cause d'une allergie aux β-lactamines.

### V.6.2. Chirurgie

Dans la littérature, le principal traitement de la péritonite est l'éradication du foyer infectieux. Dans notre étude la gravité de l'état des patientes a porté l'obligation d'intervenir dans 100% des cas. Cette attitude interventionniste est celle de Bellier au Sénégal **[10]** et proche de celle de Nadison **[6]** au Madagascar

avec un taux de 92.68% et de Moj harioly N au Madagascar **[35]** avec un taux de 81.82% des cas.

Le temps mis entre l'admission à l'hôpital et l'intervention chirurgicale a été de moins de 48h pour un bon nombre de nos patientes (75.75%).

Cependant certaines interventions ont été effectuées plus tardivement (5 interventions) : 1 à J6 ; 2 à J7 ; 1 à J13 et 1 à J17. A cause d'une surveillance non rigoureuse d'une part et d'un retard de prise de décision d'autre part.

Pour d'autres auteurs, un acte chirurgical «pour rien» vaut toujours mieux qu'un sepsis dépassé opéré trop tardivement. De plus l'attitude sera d'autant interventionniste que l'état clinique du patient sera plus grave **[43, 44]**. Dans notre étude l'opérateur posait l'indication opératoire devant la persistance des signes péritonéaux malgré un remplissage et une antibiothérapie massive. Pour Koperna en Australie **[45]**, seule une décision d'intervention rapide au cours des premières heures suivant le diagnostic diminue le risque de mortalité.

### V.6.2.1. Lésions observées à l'ouverture

L'exploration de la cavité péritonéale a permis de faire un bilan des lésions associées à la pelvipéritonite. Ces lésions étaient dominées par un liquide purulent avec 66.66% des cas, adhérences inflammatoires avec 42.42% des cas qui était sous forme de blocs avec impossibilité de décoller les viscères chez deux patientes faisant penser à une maladie gélatineuse du péritoine pelvien ;un lâchage de l'hystérorraphie avec 36.36% ;la nécrose des berges de l'hystérorraphie avec 27.27% et un utérus nécrotique avec 18.18% des cas. Les lésions digestives d'intensité variable représentaient 18.18% des cas.

Dans la série de Nadison au Madagascar **[6]**, la perforation utérine représentait 31.57%, les adhérences inflammatoires avec 18.42%, rétention placentaire avec 15.79%, abcès collecté avec 10.52%, GEU avec 7.90% et kyste de l'ovaire suppuré avec 7.90%.

Dans la série de Diop B et Al au Sénégal **[3]**, l'exploration mettait en évidence des adhérences multiviscérales sous forme de magma adhérentiel cloisonnant le pelvis et un épanchement de petite abondance.

Moj harioly N au Madagascar **[35]** dans sa série a observé des lésions type : perforation utérine, adhérences pelviennes, rétention placentaire, les annexites ainsi que les collections abcédées.

Dans d'autres séries, il existe aussi une prédominance de la perforation utérine ainsi que la rétention placentaire **[46, 47, 48, 49]**. Il peut s'y associer d'une pyrométrie, pyosalpinx ou de péritonite purulente **[30]** ainsi qu'une possibilité de blessures intestinales **[46].**

Le lâchage de l'hystérorraphie et la nécrose des berges de l'hystérorraphie ainsi qu'un utérus nécrotique ne sont observés que dans notre série du fait qu'elles découlent des complications de l'opération césarienne. Le liquide péritonéal purulent et les adhérences inflammatoires sont dus à l'évolution des lésions, à la réorganisation des tissus au sein de la cavité péritonéale depuis le début de la maladie témoignant ainsi la durée de l'évolution de la maladie.

### V.6.2.2. Geste chirurgical réalisé

Dans notre série, le traitement chirurgical consistait en une laparotomie exploratrice qui a été simple dans 18.18% des cas et avec réparation des lésions éventuellement retrouvées dans 81.82% des cas. Nous avons noté une libération d'adhérences éventuelles, une hystérorraphie chez 11 patientes (33.33%), une cystorraphie chez une patiente (3.33%), vidange intestinale par sonde nasogastrique chez 2 patientes (6.06%).

Des gestes d'exérèse n'ont pas pu être évités : annexectomie chez une patiente, résection intestinale avec anastomose termino-terminale chez 2 patientes et une appendicectomie complémentaire chez 2 patientes. Nous regrettons 12 cas d'hystérectomie subtotale soit 36.36% de nos cas.

Toutes les opérations ont été terminées par un lavage abondant puis aspiration et enfin drainage de la cavité péritonéale.

En effet, Bellier au Sénégal **[10]** dans son expérience de 28 cas de pelvipéritonites opérées rapportait 22 cas (78.57%) de résections génitales et digestives. Setouani au Maroc **[33]** rapportait de résections génitales (4.44%).

Niyomwungere A au Burundi **[17]** rapportait dans sa série 15 cas d'hystérectomies soit 42.8% ,7 cas d'annexectomies unilatérales soit 20% ainsi qu'une annexectomie bilatérale à 2.8%.

Ralisata et Al au Madagascar **[30]** rapportaient 13% d'annexectomie unilatérale, 9% d'hystérectomie subtotale, une appendicectomie complémentaire chez 17% des patientes, libération d'adhérences éventuelles, toilette péritonéale abondante au sérum physiologique ainsi que la mise en place de drains dans le douglas et les gouttières pariéto-coliques.

Par contre, Diop B et Al au Sénégal **[3]** dans leur série une adhésiolyse à minima a été réalisée sans geste de résection. Il en est de même dans la série de Nadison au Madagascar **[6]**.

### V.7. Suites opératoires et évolution

#### V.7.1. Suites opératoires simples

Ce sont celles qui n'ont pas enregistré ni de complication ni de mortalité. Dans notre série, les suites opératoires simples étaient de 18.18% soit 6 patientes sur 33 cas. Ce taux est largement inférieur à celui de Nadison au Madagascar **[6]** qui a observé un taux de 68.3% de suites opératoires simples dans sa série. Ce taux pourrait s'expliquer par la qualité de l'acte chirurgical d'une part et la précocité de prise en charge d'autre part.

### V.7.2. Morbidité

Elle a été de 57.57% dans notre série. Par contre dans la série de Nadison au Madagascar **[6],** la morbidité a été seulement de 7.31%. La morbidité post opératoire a été dominée par la suppuration pariétale (n=11).

Cinq complications médicales dont l'infection urinaire, pneumopathie et une endométrite ont été jugulées par les antibiotiques.

D'autres auteurs ont fait le même constat : C'est la suppuration pariétale qui dominait dans la morbidité post opératoire dans leurs séries **[6, 30].**

### V.7.3. Mortalité

Selon Le treut Y P en France **[50]**, la mortalité de l'opéré découle toujours de l'apparition d'une défaillance multiviscérale et/ou de la persistance d'une infection péritonéale. Le taux de mortalité de notre série était de 24.24%. Le choc septique était la principale cause de décès.

Nadison au Madagascar **[6]** a trouvé un taux de mortalité presque similaire au nôtre avec 24.39% et également le choc septique a été identifié comme cause fréquente de décès.

Par contre plusieurs auteurs ont trouvé des taux de mortalité inférieurs au nôtre. Il s'agit notamment de Ralisata et Al **[30]** et MOJ et Al **[35]** au Madagascar, Foumane et Al au Cameroun **[27]**, Effoh et Al en Côte d'Ivoire **[2]** et Diop B et Al au Sénégal **[3]** qui ont trouvé respectivement un taux de mortalité de 13% , 9% , 5.3% , 2.68% et 0%.

Dans notre série, ce taux élevé de mortalité serait dû à l'altération de l'état général des patientes et la défaillance viscérale (rénale surtout dans notre série) d'une part et au retard d'admission dans une structure de soins capables de prendre en charge la patiente et au retard de prise en charge chirurgicale dans une structure de soins capable de prendre en charge la patiente d'autre part.

Une patiente est décédée avant 24h, cinq patientes sont décédées avant la première semaine, une autre à J11 et une autre à J16 après l'opération. Ces décès ont eu lieu en réanimation sauf un qui a eu lieu au bloc opératoire avant que la patiente soit transférée en réanimation.

### V.8. Durée d'hospitalisation

La durée moyenne de séjour hospitalier était de 37.06 jours avec des extrêmes de 2 à 88 jours dans notre série. La durée d'hospitalisation des patientes a été plus longue ; 81.81% d'entre elles sont restées dans le service plus de 2 semaines.

Dans la série de Ralisata et Al au Madagascar **[30]**, la moyenne de séjour hospitalier a été de 14 jours avec des extrêmes de 5 à 45 jours. La majorité des patientes soit 82.6% ont séjourné dans l'hôpital plus d'une semaine. Dans la série de Nadison au Madagascar **[6]**, les patientes séjournaient à l'hôpital pendant 8 à 14 jours dans 52.27% des cas.

# CHAPITRE VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## VI.1. Conclusion

La pelvipéritonite est une pathologie qui est fréquemment prise en charge dans le département de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge et elle est grave car elle met en jeu le pronostic vital. Elle nécessite un diagnostic précoce et une prise en charge urgente médico-chirurgicale. Cependant, un bilan complémentaire peut être réalisé dans les 24 heures et plus sans entrave pour la patiente. Cela dépendra de l'état clinique de la patiente.

Elle reste encore un problème de santé publique majeur au CHU de Kamenge par sa lourde morbi-mortalité. Le pronostic vital et obstétrical est ainsi mis en jeu.

## VI.2. Recommandations

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

- **Aux autorités sanitaires**

  1. Mettre en place un programme de formation des médecins généralistes de l'intérieur du pays spécialement en chirurgie sur la prise en charge des urgences chirurgicales et gynéco-obstétriques.
  2. Multiplier et équiper les dispositifs hospitaliers de prise en charge à l'intérieur du pays surtout les blocs opératoires pour une prise en charge efficace des urgences chirurgicales.
  3. Renforcer les équipements des services de santé en moyen diagnostique et thérapeutique à l'intérieur du pays.
  4. Augmenter les effectifs du personnel spécialisé en chirurgie gynéco-obstétrique et en réanimation à l'intérieur du pays pour réduire les références tardives des malades vers le CHU de Kamenge.

- **Aux personnels soignants**

1. Diagnostiquer précocement tout cas de pelvipéritonite car le pronostic dépend de la précocité de prise en charge.

2. Surveiller rigoureusement et référer toute patiente présentant un problème de diagnostic ou de prise en charge dans un bref délai.

3. Considérer une césarienne comme une opération non dépourvue de complications dont la plus redoutable est la pelvipéritonite afin de respecter rigoureusement les mesures d'asepsie et la technique opératoire.

4. Réaliser une laparotomie exploratrice d'emblée avec une équipe complète après les mesures de réanimation si suspicion de pelvipéritonite car un acte chirurgical pour « rien » vaut toujours mieux qu'un sepsis dépassé opérer trop tardivement.

5. Réaliser des prélèvements bactériologiques afin d'adapter l'antibiothérapie aux résultats de l'antibiogramme.

- **Au département de gynécologie-obstétrique du CHU de Kamenge**

1. Veiller au bon remplissage et archivage des dossiers, ainsi que l'Application Open Clinic du CHU de Kamenge.
2. Faire la douche des patientes aux antiseptiques avant l'intervention.
3. Entretenir correctement les locaux.

- **A la femme en âge de procréer**

Consulter précocement un médecin devant des douleurs abdomino-pelviennes inhabituelles si notion de césarienne récente, tentative d'IVG, suite d'un accouchement ou d'un avortement.

## BIBLIOGRAPHIES


1. **Raoult D**. Dictionnaire des maladies infectieuses : diagnostique, épidémiologie, répartition géographique, taxonomie, symptomatologie. Paris : Edition Elsevier Masson; 1998.
2. **Effoh D, Abauleth R, Loué V, Koffi A, Kona**n J. Les pelvipéritonites d'origine gynécologique à propos de 112cas colligés Service de Gynécologie et d'Obstétrique, CHU de Cocody, Abidjan –RCI. Rev. Int. Sc. Méd. Vol. 11, n°2, 2009, pp. 47-50.
3. **Diop B, Konaté I, Ba P A, Dieng M, Wane Y, Sarré SM.** Prise en Charge de la Pelvipéritonite en Milieu Chirurgical à Dakar : À Propos de 62 Observations .Health Sci. Dis: Vol 18 (1) January-February-March 2017.
4. **Gray-Swain MR, Peipert JF.** Pelvic inflammatory disease in adolescents. Curr Opin Obst et Gynecol. 2006; 18(5): 503-10.
5. **Judlin P, Majidi-Ahi A, Burlet G**. Complications et séquelles des salpingites. EMC (Paris, Elsevier), Gynécologie 1998 :472 A10.
6. **Nadison Tino Cédric**. Aspects épidémio-clinique et évolutif des pelvipéritonites à l'hôpital universitaire de gynécologie-obstétrique befelatanana. Thèse de Médecine Madagascar à Antananarivo Août 2017.
7. **Judlin P, Thiebau Georges O**. Physiopathologie, diagnostic et prise en charge des infections génitales hautes. Gynécologie-Obstétrique &Fertilité, 2009, vol.37, 172-182.

8. **Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF**). Conduite à tenir devant une suspicion de salpingite. Extrait des mises à jour en Gynécologie Médicale. 2007.

9. **Saad Benkirane, Hanane Saadi, Ahmed Mimouni.**
Le profil épidémiologique des complications maternelles de la césarienne à partir de 2417 cas, à la maternité El Farabi de Oujda au Maroc. Pan African Medical Journal. 2017;27:108.

10. **Bellier L, Gaujoux F, Diagne A L, Veillard JM.** Surgical pelviperitonitis and the african gynecologic complex case report of 28 cases recorded in the gynecological department of the hospital principal in Dakar. Méd trop. 1987; 47(3) :249-263.

11. **Nzuwonsaba E**. Les avortements provoqués clandestins à propos de 72 cas colligés au CHUK et à HPRC sur 2ans.Thèse de Médecine, Bujumbura 2017.
12. **Rouvière H. Ana**tomie descriptive, topographique et fonctionnelle : le tronc Edition Masson 1998; Tome 2.
13. **Kamina P.** Dictionnaire Atlas d'Anatomie, P-Z Maloine S.A Editeur 1983 : 1742-44
14. **Serpeau, Faniez PL, Thomson C.** Péritonite aigue Encycl. Med Chir Estomac –Intestin 1982; 9045 A10, 6
15. **Chevalier JM**. Anatomie : Le Tronc Flammarion Med -Sciences(Paris) 1998.
16. **Richard L. Drake, A. Wayne Vogl, Adam W.M. Mitchell**. Gray's Anatomie pour les étudiants 3è édition Paris : Edition Elsevier Masson 2006, 1307pages, p464.

17. **Niyomwungere A.** Les péritonites aigues génitales: Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs à propos de 35 cas colligés au CHUK Thèse de Médecine, Bujumbura Mai 2008.

18. **Elaine N Marieb**. Anatomie et physiologie humaines : Traduction de la 4ème Edition américaine ; Québec, De Boeck Université 1999, 1194 pages, 1053-1060.
19. **Fagniez P.L**. Péritonites aigues E.M.C. Paris, Estomac-intestin ,1982 ; 9045 :6.
20. **Bardier J.et al.** Péritonites aigues E. M .C. Paris, Urgences 24048 B10; 2-1988
21. **Parc Y, Frileux P**. Péritonite aigue diffuse : Physiopathologie, étiologie, diagnostic, évolution et traitement Revue du praticien 1998, Nº20: 2311-2315
22. **Dr Calin Lazar Constantin**. Internat Mémoire, éditions Vernazobres - Gregor, 99 bd de l'hôpital -75013. Paris : Urgences chirurgicales, 2ème Edition: n° 275 ; péritonite P 109.

23. **Kanté L, Diakité I, Togo A, Dembélé BT, Traoré A, Maiga A, Samaké A, Samaké H, Keita M , Traoré I, Diallo G**. Péritonites aiguës généralisées à l'hôpital sominé DOLO de Mopti: aspects épidémiologiques et thérapeutiques Mali médical 2013 tome xxviii n°3.
24. **Ciza D.O.** Les Péritonites dans les deux grands hôpitaux de Bujumbura (CHUK et HPRC) : Etude prospective sur 18 mois à propos de 67 cas Thèse de Médecine Bujumbura, Août 2005.

25. **Chiche B. et Lenriot J.P**. Péritonites sous -mésocoliques, E.M.C.Paris 4.1.12, Urgences, 24084B30.

26. **Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF).** Item 88: Infection génitale de la femme .Leucorrhées.

27. **Foumane P , Mboudou ET , Djiadeu B , Moifo B , Dohbit JS , Ze Minkande J**. Facteurs Prédisposant au Traitement Chirurgical dans la Prise en Charge de la Pelvipéritonite à Yaoundé, Cameroun.Health Sci. Dis: Vol 14(2) June 2013.

28. **Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) et Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF).** Les infections génitales hautes. Recommandations pour la pratique clinique. 20 ès journées nationales d'infectiologie, Lyon du 5 au 7 juin 2019.

29. **Bouquier J. et al.** Diagnostic d'une infection génitale haute. Quels critères cliniques, paracliniques? Place de l'imagerie et de la cœlioscopie ? J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2012; 41: 835-849.

30. **Ralisata RL, Rabenjamina FR, Rafintsalama DL, Rakotonandrianina E, Randrianjafi samindrakotroka NS**. Les péritonites et pelvipéritonites post-abortum au CHU d'Androva Mahajanga ; à propos de 28 cas. J Gynécol Obstét Reprod 2001; 30:282-7.

31. **Martin LF, Asher EF, Casey JM, et al**. Postoperative pneumonia. Determinants of mortality. Arch Surg. 1984;119: 379-83.

32. **Bazikamwe S, Harerimana S, Ntukamazina D, Irakoze I .**Morbidité maternelle aigue sévère chez les patientes référées à propos de 82 cas colligés au CHUK. XIII èmes Journées Médicales de Bujumbura: Les urgences gynéco-obstétricales Campus Mutanga du 11 au 13 Avril 2018.p1

33. **Setouani A, Benahia S**. Les pelvipéritonites : à propos de 180 cas colligés de 1982 à fin 1987 à Casablanca. Sem Hop Paris 1988 ; 64(34) : 2253-7.

34. **Adisso S, Takpara I, Houmgbe F, Ayivigan G, Alihonou** E. Facteurs étiologiques des péritonites en milieu gynéco-obstétrical au CHU de Cotonou. Fondation genévoise pour la formation et la recherche médicale. 23 Août 2006.

35. **Moj Harioly Nirina, DMA Randriambololona, I Ranaivo, T Rasolonjatovo, B Rakotoambinina**. Aspects épidémio-cliniques des pelvipéritonites du post-abortum à propos de 33 cas dans le Service Réanimation des adultes du Service de Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Antananarivo. Revue Tropicale de Chirurgie Vol 4 (2010) 27-29.

36. **Maget V, Gromez A, Roman H, Verspyck E, Marpeau L.** Stérilet et infections pelviennes sévères : Etude monocentrique en continu de 70 cas en cinq ans.Gynécol Obstét & fert. 2013.

37. **Aboudou Camara** .Opération césarienne :
complications infectieuses bactériennes chez les parturientes évacuées au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako. Thèse de doctorat en médecine, Mali 2011.

38. **Adama Zoumana Diallo.** Les infections bactériennes du site opératoire post-césariennes à l'hôpital de Sikasso du 1er Janvier au 31Déc 2009.Thèse de doctorat en Médecine, Mali 2011.

39. **Laghzaoui BM, Bouhya S, Zinoun N, Bennani O, Hermas S, Soummani A et al**. Pelvipéritonites (les) d'origine gynécologique au Maroc. Maghreb Méd 2000 (345) : 105-7.

40. **Takogmo S, Binam F, Simeu CH, Ngassa P, Kouam L, Malonga E**. Aspects thérapeutiques des péritonites génitales au CHU de Yaoundé (Cameroun). Médecine d'Afrique noire : 2000 ; 47 (1).

41. **Peipert JF**. Clinical practice. Genital chlamydial infections. N Engl J Med. 2003; 349(25): 2424-30.

42. **Harouna YD, Abdou I, Saidou D, Bazira L**. Les péritonites en milieu tropical: particularités étiologiques et facteurs pronostiques actuels - A propos de 160 cas. Méd Afr Noire 2001; 48(3):103-6.

43. **Bohnen J, Boulanger M, Meakins J, McLean P**. Prognosis in generalized peritonitis: relation to cause and risk factors. Arch Surg. 1983;118:285-90.

44. **Dazza FE**. Péritonite grave en réanimation, modalités du traitement chirugical.Exp Scient Fr. 1985:217-86.

45. **Koperna T, Schulz F**. Prognosis and treatment of peritonitis. Arch Surg.1996; 131:180-6.

46. **Aulagnier G, Fournier B, Prud'homme B, Maurin T, Guillet R, RudigozR, et al**. Uterine and sigmoid perforations following voluntary interruption of pregnancy by aspiration. A case report. J Chir 1981; 118: 339- 41.

47. **Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS**. Complications of first trimester abortion: a report of 170,000 cases. Obst et Gynecol 1990; 76: 129-35.

48. **Sykes P**. Complications of termination of pregnancy: a retrospective study of admissions to Christ church Women" Hospital 1989 and 1990. Med J.1993; 106:83-5.

49. **Chen LH, Lai SF, Lee WH, Leong NK**. Uterine perforation during elective first trimester abortions: a 13-year review. Singapore Med J. 1995; 36:63-7.

50. **Le Treut YP.** Péritonites aigues : Physiopathologie, étiologie, diagnostique, évolution, traitement. Revue du praticien(Paris) 1993, 43,3: 259-262

**ANNEXES**

**FICHE DE RECCUEIL DES DONNEES :**

**I- Identification du patient**

Q1-Numéro de la fiche :……..……..

Q2-Date d'entrée:/…...../…...../….....

Q3-Nom et Prénom : ……..

Q4-Age :.....…../ 1= inf 15 2=15-30 3=30-45 4= sup 45

Q5 Profession: 1=cultivatrice2=fonctionnaire 3=caissière 4=Commerçante

5=élève 6=Etudiante 7=Ménagère 8=Autres

Q6-Résidence : 1. Urbain 2.Rural 3. Autre

Q7-Statut matrimonial : 1.Célibataire. 2. Marié 3. Divorcé 4. Veuf

Q8-Niveau d'étude : 1.Aucun 2. Primaire 3.Secondaire 4.Supérieur 5.Indéterminé

Q9-Mode d'admission : 1.Urgence 2.Consultation externe 3.transfert si oui motif:

Q10-Adressé par : 1=Aide-soignant 2=Infirmier 3=Médecin généraliste 4=Médecin spécialiste 5=Parents

Q11-Provenance : 1.Buja mairie 2.Buja rural 3.Cibitoke 4.Bubanza 5.Ailleurs

Q12.Antécédents

**Méd**: IST.....2.Algies pelviennes chroniques 3.Dysparénie 4.autres

**Chir**: 1.Laparotomie pour kyste ovarien ou GEU 2.Aspiration et Curetage pour IVG 3.Pértitonite par perforation appendiculaire 4.Autres

**GO**: 1.Histoire menstruelle.....2.DDR.....

3. Contraception: type DIU

4. Gestité.....5.Parité.....6.Déroulement des suites de couche.

## II-Etude clinique

### A. Signes fonctionnels:

Q13-Délai entre survenue des signes fonctionnels et l'admission : 1. <24h 2=24-48h 3= 3-7 jours 4= >7 jours 5= Non précisé

Q14-Signes fonctionnels **d'admission** :

1. Douleur abdomino-pelvienne 2.Vomissements 3.AMG 4.Leucorrhées 5.Métrorragies

6. Troubles du transit 7.Indeterminé 8.Autres :……...

Q15-Circonstances de survenue :

1. Gravidopuepéralité:-Post partum

-Post abortum

2. Césarienne

3. Port de stérilet

4. Trauma vulvo vaginal

5. IVG

Q10-Traitement reçu avant admission :

1= Médical 2=Médication traditionnelle 3=aucun 4=1+2 5= autres…….

-Traitement médical reçu : 1=antalgiques 2=antibiotiques 3=1+2 4=autres

**Q11.Signes généraux**

1-État général :.....

2-Température : 1=<36.5 2=36.5- 37°5 3=37°6 – 38°5 4 =38°6-40° 5=indéterminé

3-Pouls : 1. <60/mn 2.60-100/mn 3.>100/mn 4=Indéterminé

4-Pression Artérielle : -Systolique 1. <100 mm hg 2=100-139mm hg 3. ≥140 mm hg 4=Indéterminé

-Diastolique : 1. <70 mm hg 2=70-89mmhg 3=90mmhg ou plus 4=indéterminée

5-Fréquence Respiratoire : 1=14-20 cycles/mn 2. <14cycles/mn 3. >20cycles/mn 4=Indéterminé

6- Etat de choc : 1.Oui 2.Non

7-Conscience : 1=Normale 2= Agité 3=Confus 4=Coma 5=Indéterminé

8-Score de Glasgow :…… /15

**B. Signes physiques**

**Inspection**

Q12-Abdomen : 1.Symétrique 2.asymétrique 3.voussure hypogastrique 4. Distension abdominale 4.Indeterminé 5.Autres :……

Q13-Respiration abdominale:1=Présente 2=Abolie 3.Autres :…….

**Palpation**

Q14-Douleur à la palpation:1.Oui 2.Non 3.Indeterminé

Q15-masse: 1.Oui 2.Non 3.Indeterminé Si oui Siège :…….

Q16-Défense localisée : 1.Oui 2.Non

Q17-Contracture : 1.oui : localisation..... 2. non 3.Indeterminé

Q18-Cri de l'ombilic /…/ 1.Oui 2.Non 3.Indeterminé

**Q19-PERCUSSION**

1. Matité hydrique 2.Tympanisme 3.Indeterminé

**Q20**.**Auscultation Abdominale** :

- Bruit Hydro-aérique:1= normaux 2=Absents 3=Augmentés 4= diminués 5=Indéterminé ……

**Q21-Toucher pelvien**

1. **TR**:

- Ampoule rectale

1-Vide, 2-Présence de selles, 3-Présence d'une masse, 4-indéterminée 5-autres……

-Cul de sac de Douglas : 1-bombé, 2-non bombé, 3. indéterminé

-TR Douloureux : 1-oui, 2-non, 3-indéterminé

-Doigtier : 1-Propre, 2-Souillé de selles, 3-Présence de traces de sang, 4.Indeterminé 4-autres :……..

2. **Toucher vaginal :**

1=normal

2= Mobilisation douloureuse de l'utérus

3=Masse latéro-utérine ou dans le Douglas

4=Pertes fétides et purulentes au doigtier

Si autres, préciser ……

### C. Examen des autres appareils :

Q22-Cardio-vasculaire :……

Q23-Respiratoires : ……

Q24-Génito-urinaires :……

## III-Examens paracliniques :

### 1. Imagerie :

Q25-L'échographie abdomino-pelvienne :

Protocole :……..

Q26-ASP : 1.Normale 2.pneumopéritoine 3.Grisaille diffuse 4.NHA

### 2. biologie :

Q27-Groupe rhésus : 1=A+ 2=A- 3=B+ 4=B- 5=O+ 6=O- 7=AB+ 8=AB-

Q28-NFS: /…. / GB:…..…… PNN :……Hb :…..…… Hte :…..….

1. Normale 2.Anémie 3.Hemoconcentration 4.Hyperleucocytose 5=2+4 6=3+4

Q29- Urée:.....-Q30-Créatinine:..... Q31-Glycémie:..... Q32-Ionogramme sanguin:K= Na= Cl= Q33- TP= TCK=

Q34-CRP :…….....Q35-ECBU :……

Q36-Prélevement vaginal=

Examen direct……..Germe isolé.....

**Q37-Diagnostic préopératoire** : 1=pelvipéritonite 2=endométrite 3=abcès tubo-ovarien

## IV- PRISE EN CHARGE

### A. Préopératoire :

Q38-Réanimation hydro électrolytique : 1.Oui 2.Non Si oui durée :……..

Q39-Antalgique : 1.AINS 2.Antispasmodique 3.Autres :…….

Q40-Antibiotique : 1.Monoantibiothérapie 2.Biantibiothérapie 3.Triantibiothérapie

Molécules :……

Q41-Sonde Nasogastrique:1.Oui 2. Non

Q42-Sonde urinaire : 1.Oui 2.non

Q43-Autres :.....

### B. Peropératoire :

Q44-Date d'intervention : /.....…/…...../…...../

Q45-Type d'Anesthésie: 1.ALR 2.AG+IOT 3.AG au masque 4.Indeterminé 4.Autres

Q46-Voie d'abord:.....

Q47-Prélevement bactériologique: oui/non...germes isolés:

Exploration :

Q48- Quantité d'épanchement (ml) /…/ 1= < 500 2=500-1000 3= >1000

Aspect:……

**Q49-DC PER OPERATOIRE**:

**Q50. Lésions constatées à l'ouverture**:

- Liquide purulent
- Lésions digestives : Préciser
- Lâchage de l'hystérorraphie
- Nécrose des berges de l'hystérorraphie
- Autres:

**Q51-Geste chirurgical**:

-Laparotomie simple

-Annexéctomie uni ou bilatérale

-Hystérectomie

-Hystérorraphie

-Autre

**Q52-TOILETTE ABDOMINALE**:

-Produits utilisés:1. NaCl 2. RL ou Autre :…….

Qté utilisée:.....litres

**Q53-DRAINAGE**: Siège et nombre ablation á....Jrs

Q54-Durée de l'intervention chirurgicale:/…./ 1= < 1h30 2= 1h30-2h 3= 2h-3h 4= >3h 5= Indéterminée

Q55-Autres :……..

**Q56-Bactériologie** :

1-Prélèvement pour étude bactériologique : 1=oui 2=non

2-Résultat : Germes :

3-Antibiogramme :

**C.Post opératoire**

Q57- Antibiothérapie : durée 1=7j 2=7-15j 3=sup 15j

-Voie intra veineuse :

Q58-molécules : …….

Q59-durée :……..

-Voie orale :

Q60-molécules …….

Q61-durée :…….

Q62-Adaptation à l'Antibiogramme : 1. Oui 2.Non

Q62-Réanimation hydro électrolytique : 1.Oui 2.Non

Q63-Tranfusion: 1= oui 2=Non

Q64-Séjour en réanimation 1=oui:.....jrs 2= non

Q65-Antalgiques

Q66-Autres :……

**V-EVOLUTION** :

Q67-Suites opératoires:

1. Simples 2.Complications 3.Décès

Q68-Complication :

a)**Médicale**

1. Pneumopathies 2.Infection urinaire 3.Autres**:.....**

**b) Chirurgicales**

1. Suppuration pariétale 2.Péritonite post op 3.Eviscération 4.Autre :.....

Q69-Reintervention:1.Non 2.Oui :geste chirurgical:...…...…...….....

Q70-Date de sortie : /…...../.....…/.....…/

Q71-Durée totale d'hospitalisation:1: 1-7jours 2: 8-14jours 3:≥15 jours

Q72. Mode de sortie: 1.Guérie 2.décès (cause à préciser) 3.séquelles (à préciser)

**SERMENT DE GENEVE**

« Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale,

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dû.

Mes collègues seront mes frères.

J'exercerai mon art avec conscience et dignité.

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur, les nobles traditions de la profession médicale.

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci.

Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi.

Je ne permettrai pas que les considérations de race, de religion, de nation, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception. Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Je fais ces promesses solennellement, librement et sur l'honneur».

## RESUME

**But :** Analyser le pronostic maternel après survenue d'une pelvipéritonite en post accouchement ou en post abortum.
**Patientes et Méthode** : L'étude est rétrospective, descriptive et a été réalisée dans le département de gynécologie-obstétrique et de réanimation du CHU de Kamenge du 1er Juin 2017 jusqu'au 31 Mai 2019, soit sur une période de 2 ans. Etait incluse dans l'étude, toute patiente admise pour un tableau de pelvipéritonite en GO survenue en post accouchement ou en post abortum. Les patientes traitées pour pelvipéritonite en dehors du département et dont les dossiers n'ont pas été retrouvés ou inexploitables ont été exclues.

**Résultats** : 44 cas de pelvipéritonite ont été recensés sur un total de 8247 admissions enregistrées en GO durant la période d'étude, soit 0.53%.Seuls 33 dossiers ont été retenus car 11dossiers n'ont pas été retrouvés. La principale circonstance étiologique était une césarienne avec 72.72%. L'âge moyen des patientes était de 26.3 ans (16 ans-48 ans). Les patientes étaient mariées avec 90.91% ; cultivatrices avec 87.87% ; non scolarisées avec 33.33% et résidentes en milieu rural avec 87.88%. Elles étaient majoritairement primigestes (15 sur 33) soit 45.45% et primipares (13 sur 33) soit 39.39% et transférées avec 90.91% par une structure de soins. Le principal motif de référence était un syndrome occlusif fébrile avec 33.36%.

Sur le plan clinique, les principaux signes fonctionnels d'admission étaient : une douleur pelvienne ou abdomino-pelvienne diffuse (100%) associée à un ballonnement abdominal dans 54.54%, une fièvre et une tachycardie dans 57.57%, une polypnée dans 60.60%, une altération de l'état général dans 69.7% des cas, un état de choc dans 33.33%. Le diagnostic était surtout obtenu après un examen clinique combiné à l'échographie abdomino-pelvienne.

Sur le plan thérapeutique, la prise en charge médicale initiale par réanimation et une triple antibiothérapie a été effectuée. Le traitement chirurgical consistait en une laparotomie par voie sous-ombilicale avec réparation des lésions retrouvées à l'ouverture. Nous regrettons 12 cas d'hystérectomie soit 36.36% de cas.

Sur le plan évolutif, l'évolution était émaillée de complications dans 57.57% des cas. La durée de séjour en hospitalisation était plus longue 37 jours en moyenne et le taux de mortalité était de 24.24%.
Le choc septique était la principale cause de décès.

**CONCLUSION** : La pelvipéritonite est une pathologie grave et fréquente au CHUK ; le pronostic vital et obstétrical peut ainsi être mis en jeu. Elle nécessite un diagnostic précoce et une prise en charge urgente médico-chirurgicale.


**Mots clés** : Pelvipéritonite ; Epidémiologie ; Traitement; Pronostic