

Année 2026

Thèse N° 55

Les péritonites aiguës

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22/01/2026

PAR

Mme. Houda Chahraoui

Née le 16/07/2000 à Khouribga

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Péritonites aiguës – Épidémiologie – Clinique – Paraclinique – Traitement
– Évolution

JURY

Mr. R.BENELKHAÏAT

Professeur de Chirurgie générale

PRÉSIDENT

Mme. A.HAMRI

Professeure de Chirurgie générale

RAPPORTEUR

Mr. Y.NARJIS

Professeur de Chirurgie générale

Mme. S.ALJ

Professeur de Radiologie

Mr. M.KHALLOUKI

Professeur d'Anesthésie-Réanimation

JUGES

يؤتي الحكمة من يشاء ومن يؤت الحكمة فقد أوتي خيرا كثيرا



سورة البقرة : الآية ٢٦٩

« Dieu accorde la sagesse à qui Il veut, et celui à qui la sagesse est
accordée a certes reçu un immense bien. »

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ • الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مَالِكِ يَوْمِ الدِّينِ • إِنَّا نَعْبُدُكَ

نُسْتَعِينُ • اهْدِنَا الصِّرَاطَ الْمُسْتَقِيمَ

صِرَاطَ الَّذِينَ أَنْعَمْتَ عَلَيْهِمْ • غَيْرِ

الْمَغْضُوبِ عَلَيْهِمْ وَلَا الضَّالِّينَ

سُورَةُ الْفَاتِحَةِ

وَقَدْ عَلِمْنَا مَا تَعْدُوا يَوْمَ الْحِسَابِ



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance
qui leur sont dus.*

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Said ZOUHAIR

Vice doyen de la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen des Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen Chargé de la Pharmacie

: Pr. Oualid ZIRAOUI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Liste nominative du personnel enseignants chercheurs
permanant**

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialités
01	ZOUHAIR Said (Doyen)	P.E.S	Microbiologie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	BOUSKRAOUI Mohammed	P.E.S	Pédiatrie
04	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
05	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
06	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
07	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
08	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
09	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
18	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
19	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation

20	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
21	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
22	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
23	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
24	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
25	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
26	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
27	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
28	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
29	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
30	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
31	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
34	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
35	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
36	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
37	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
38	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
43	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
44	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie
45	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
46	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
47	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
48	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
49	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie

50	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
51	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
52	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
53	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
54	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
55	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
56	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
57	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
58	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
59	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
60	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
61	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
62	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
63	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
64	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
65	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
66	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
67	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
68	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
69	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
70	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
71	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
72	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
73	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
74	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
75	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
76	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
77	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
78	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale

80	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
81	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
82	BELKHOUS Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
83	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
84	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
85	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
86	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
87	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
88	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
89	BOURRAHOUSAT Aicha	P.E.S	Pédiatrie
90	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
91	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
92	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
93	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
94	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
95	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
96	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
97	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
98	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
99	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
100	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
101	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
102	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
103	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
104	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
105	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
106	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
107	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
108	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
109	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
110	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie

111	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
112	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
113	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
114	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
115	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
116	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
117	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
118	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
119	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
120	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
121	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique
122	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
123	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
124	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
125	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
126	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
127	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
128	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique
129	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
130	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
131	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
132	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
133	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
134	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
135	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
136	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
137	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique

138	ARABI Hafid	P.E.S	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
139	BELHADJ Ayoub	P.E.S	Anesthésie-réanimation
140	BOUZERDA Abdelmajid	P.E.S	Cardiologie
141	ABDELFETTAH Youness	P.E.S	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
142	REBAHI Houssam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
143	BENNAOUI Fatiha	P.E.S	Pédiatrie
144	ZOUIZRA Zahira	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
145	SEBBANI Majda	P.E.S	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
146	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
147	ABDOU Abdessamad	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
148	HAMMOUNE Nabil	P.E.S	Radiologie
149	ESSADI Ismail	P.E.S	Oncologie médicale
150	ALJALIL Abdelfattah	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
151	LAFFINTI Mahmoud Amine	P.E.S	Psychiatrie
152	RHARRASSI Issam	P.E.S	Anatomie-pathologique
153	ASSERRAJI Mohammed	P.E.S	Néphrologie
154	JANAH Hicham	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
155	NASSIM SABAH Taoufik	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
156	ELBAZ Meriem	P.E.S	Pédiatrie
157	SEDDIKI Rachid	P.E.S	Anesthésie-réanimation
158	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
159	GEBRATI Lhoucine	MC Hab	Chimie
160	FDIL Naima	MC Hab	Chimie de coordination bio-organique
161	LOQMAN Souad	MC Hab	Microbiologie et Toxicologie
162	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
163	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
164	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
165	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale

166	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
167	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
168	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
169	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
170	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
171	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
172	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
173	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
174	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
175	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
176	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
177	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
178	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
179	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
180	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
181	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
182	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
183	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
184	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
185	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
186	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
187	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ag	Parasitologie mycologie
188	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ag	Anatomie
189	DARFAOUI Mouna	Pr Ag	Radiothérapie
190	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ag	Pédiatrie
191	ELJAMILI Mohammed	Pr Ag	Cardiologie
192	HAMRI Asma	Pr Ag	Chirurgie Générale
193	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
194	BENZALIM Meriam	Pr Ag	Radiologie
195	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ag	Biochimie

196	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ag	Microbiologie–virologie
197	HAJHOUI Farouk	Pr Ag	Neurochirurgie
198	EL KHASSOUI Amine	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
199	CHAHBI Zakaria	Pr Ag	Maladies infectieuses
200	MEFTAH Azzelarab	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
201	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
202	ATMANI Nouredine	Pr Ag	Chirurgie Cardio–vasculaire
203	AABBASSI Bouchra	Pr Ag	Pédopsychiatrie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
205	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
206	RHEZALI Manal	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
207	ABALLA Najoua	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
208	MOUGUI Ahmed	Pr Ag	Rhumatologie
209	ZOUITA Btissam	Pr Ag	Radiologie
210	HAZIME Raja	Pr Ag	Immunologie
211	SALLAHI Hicham	Pr Ag	Traumatologie–orthopédie
212	BENCHAFAI Ilias	Pr Ag	Oto–rhino–laryngologie
213	EL JADI Hamza	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
214	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ag	Anatomie pathologique
215	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Pr Ag	Chirurgie générale
216	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ag	Cardiologie
217	ROUKHSI Redouane	Pr Ag	Radiologie
218	ARROB Adil	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
219	MOULINE Souhail	Pr Ag	Microbiologie–virologie
220	AZIZI Mounia	Pr Ag	Néphrologie
221	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ag	Dermatologie
222	YANISSE Siham	Pr Ag	Pharmacie galénique
223	KHALLIKANE Said	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
224	ZIRAOUI Oualid	Pr Ag	Chimie thérapeutique
225	IDALENE Malika	Pr Ag	Maladies infectieuses
226	LACHHAB Zineb	Pr Ag	Pharmacognosie

227	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ag	Dermatologie
228	AHBALA Tariq	Pr Ag	Chirurgie générale
229	EL AOUAME Amal	Pr Ag	Orthodontie et orthopédie dento-faciale
230	WARDA Karima	MCHab	Microbiologie
231	SBAI Asma	MCHab	Informatique
232	ABISSY Meriem	MC	Microbiologie
233	SLIOUI Badr	MC	Radiologie
234	CHEGGOUR Mouna	MC	Biochimie
235	BELARBI Marouane	MC	Néphrologie
236	EL AMIRI My Ahmed	MC	Chimie de Coordination bio-organique
237	LALAOUI Abdessamad	MC	Pédiatrie
238	ESSAFTI Meryem	MC	Anesthésie-réanimation
239	RACHIDI Hind	MC	Anatomie pathologique
240	FIKRI Oussama	MC	Pneumo-phtisiologie
241	EL HAMD AOUI Omar	MC	Toxicologie
242	EL HAJJAMI Ayoub	MC	Radiologie
243	BOUMEDIANE El Mehdi	MC	Traumato-orthopédie
244	RAFI Sana	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
245	JEBRANE Ilham	MC	Pharmacologie
246	LAKHDAR Youssef	MC	Oto-rhino-laryngologie
247	LGHABI Majida	MC	Médecine du Travail
248	AIT LHAJ El Houssaine	MC	Ophtalmologie
249	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	MC	Chirurgie générale
250	EL MOUHAFID Faisal	MC	Chirurgie générale
251	AHMANN Hussein-choukri	MC	Radiologie
252	AIT M'BAREK Yassine	MC	Neurochirurgie
253	ELMASRIOUI Joumana	MC	Physiologie
254	FOURA Salma	MC	Chirurgie pédiatrique
255	LASRI Najat	MC	Hématologie clinique
256	BOUKTIB Youssef	MC	Radiologie
257	MOUROUTH Hanane	MC	Anesthésie-réanimation

258	BOUZID Fatima zahrae	MC	Génétique
259	MRHAR Soumia	MC	Pédiatrie
260	QUIDDI Wafa	MC	Hématologie
261	BEN HOUMICH Taoufik	MC	Microbiologie-virologie
262	FETOUI Imane	MC	Pédiatrie
263	FATH EL KHIR Yassine	MC	Traumato-orthopédie
264	NASSIRI Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
265	AIT-DRISS Wiam	MC	Maladies infectieuses
266	AIT YAHYA Abdelkarim	MC	Cardiologie
267	DIANI Abdelwahed	MC	Radiologie
268	AIT BELAID Wafae	MC	Chirurgie générale
269	ZTATI Mohamed	MC	Cardiologie
270	HAMOUCHE Nabil	MC	Néphrologie
271	ELMARDOULI Mouhcine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
272	BENNIS Lamiae	MC	Anesthésie-réanimation
273	BENDAOUD Layla	MC	Dermatologie
274	HABBAB Adil	MC	Chirurgie générale
275	CHATAR Achraf	MC	Urologie
276	OUMGHAR Nezha	MC	Biophysique
277	HOUMAIID Hanane	MC	Gynécologie-obstétrique
278	YOUSFI Jaouad	MC	Gériatrie
279	NACIR Oussama	MC	Gastro-entérologie
280	BABACHEIKH Safia	MC	Gynécologie-obstétrique
281	ABDOURAFIQ Hasna	MC	Anatomie
282	TAMOUR Hicham	MC	Anatomie
283	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	MC	Gynécologie-obstétrique
284	EL FAHIRI Fatima Zahrae	MC	Psychiatrie
285	BOUKIND Samira	MC	Anatomie
286	LOUKHNATI Mehdi	MC	Hématologie clinique
287	ZAHROU Farid	MC	Neurochirurgie
288	MAAROUFI Fathillah Elkarim	MC	Chirurgie générale
289	EL MOUSSAOUI Soufiane	MC	Pédiatrie
290	BARKICHE Samir	MC	Radiothérapie

291	ABI EL AALA Khalid	MC	Pédiatrie
292	AFANI Leila	MC	Oncologie médicale
293	EL MOULOUA Ahmed	MC	Chirurgie pédiatrique
294	LAGRINE Mariam	MC	Pédiatrie
295	DAFIR Kenza	MC	Génétique
296	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	MC	Neurologie
297	ABAINOU Lahoussaine	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
298	BENCHANNA Rachid	MC	Pneumo-phtisiologie
299	EL GUAZZAR Ahmed (Militaire)	MC	Chirurgie générale
300	OULGHOUL Omar	MC	Oto-rhino-laryngologie
301	AMOCH Abdelaziz	MC	Urologie
302	ZAHLAN Safaa	MC	Neurologie
303	EL MAHFOUDI Aziz	MC	Gynécologie-obstétrique
304	CHEHBOUNI Mohamed	MC	Oto-rhino-laryngologie
305	LAIRANI Fatima ezzahra	MC	Gastro-entérologie
306	SAADI Khadija	MC	Pédiatrie
307	TITOU Hicham	MC	Dermatologie
308	EL GHOUL Naoufal	MC	Traumato-orthopédie
309	BAHI Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
310	RAITEB Mohammed	MC	Maladies infectieuses
311	DREF Maria	MC	Anatomie pathologique
312	ENNACIRI Zainab	MC	Psychiatrie
313	BOUSSAIDANE Mohammed	MC	Traumato-orthopédie
314	JENDOUI Omar	MC	Urologie
315	MANSOURI Maria	MC	Génétique
316	ERRIFAIY Hayate	MC	Anesthésie-réanimation
317	BOUKOUB Naila	MC	Anesthésie-réanimation
318	OUACHAOU Jamal	MC	Anesthésie-réanimation
319	EL FARGANI Rania	MC	Maladies infectieuses
320	IJIM Mohamed	MC	Pneumo-phtisiologie
321	AKANOUR Adil	MC	Psychiatrie
322	ELHANAFI Fatima Ezzohra	MC	Pédiatrie

323	MERBOUH Manal	MC	Anesthésie-réanimation
324	BOUROUMANE Mohamed Rida	MC	Anatomie
325	IJDDA Sara	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
326	GHARBI Khalid	MC	Gastro-entérologie
327	ATBIB Yassine	MC	Pharmacie clinique
328	MOURAFIQ Omar	MC	Traumato-orthopédie
329	ZAIZI Abderrahim	MC	Traumato-orthopédie
330	HENDY Iliass	MC	Cardiologie
331	HATTAB Mohamed Salah Koussay	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
332	DEBBAGH Fayrouz	MC	Microbiologie-virologie
333	OUASSIL Sara	MC	Radiologie
334	KOUYED Aicha	MC	Pédopsychiatrie
335	DRIOUICH Aicha	MC	Anesthésie-réanimation
336	TOURAIF Mariem	MC	Chirurgie pédiatrique
337	BENNAOUI Yassine	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
338	SABIR Es-said	MC	Chimie bio organique clinique
339	LAATITIOUI Sana	MC	Radiothérapie
340	IBBA Mouhsin	MC	Chirurgie thoracique
341	SAADOUNE Mohamed	MC	Radiothérapie
342	TLEMCANI Younes	MC	Ophtalmologie
343	SOLEH Abdelwahed	MC	Traumato-orthopédie
344	OUALHADJ Hamza	MC	Immunologie
345	BERGHALOUT Mohamed	MC	Psychiatrie
346	EL BARAKA Soumaya	MC	Chimie analytique-bromatologie
347	KARROUMI Saadia	MC	Psychiatrie
348	EL-OUAKHOUMI Amal	MC	Médecine interne
349	AJMANI Fatima	MC	Médecine légale
350	ZOUITEN Othmane	MC	Oncologie médicale
351	MENJEL Imane	MC	Pédiatrie
352	BOUCHKARA Wafae	MC	Gynécologie-obstétrique
353	ASSEM Oualid	MC	Pédiatrie

354	ELHANAFI Asma	MC	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
355	ABDELKHALKI Mohamed Hicham	MC	Gynécologie-obstétrique
356	ELKASSEH Mostapha	MC	Traumato-orthopédie
357	EL OUAZZANI Meryem	MC	Anatomie pathologique
358	HABBAB Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
359	KHAMLIJ Aimad Ahmed	MC	Anesthésie-réanimation
360	EL KHADRAOUI Halima	MC	Histologie-embryologie-cyto-génétique
361	ELKHETTAB Fatimazahra	MC	Anesthésie-réanimation
362	SIDAYNE Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
363	ZAKARIA Yasmina	MC	Neurologie
364	BOUKAIDI Yassine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
365	NABIL Mehdi	MC	Anesthésie-réanimation
366	KAAKOUA Mohamed	MC	Oncologie médicale
367	FIQHI Mohammed Kamal	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
368	BEN ELHEND Salah	MC	Radiologie
369	KHERRAB Anass	MC	Rhumatologie
370	AWATI El Mehdi	MC	Hématologie
371	HAOUANE Mohamed Amine	MC	Anatomie pathologique
372	BOUABBADI Salah eddine	MC	Ophtalmologie
373	MOUNIR Reda	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
374	AHCHOUCH Siham	MC	Hématologie clinique
375	AZRIOUIL Ouhb	MC	Traumato-orthopédie
376	CHALOUAH Badr	MC	Traumato-orthopédie
377	EL BEJJAJ latimad	MC	Anatomie pathologique
378	BABA Zineb	MC	Rhumatologie
379	OUSSAYEH Imane	MC	Anesthésie-réanimation
380	KASSAL Ghizlane	MC	Pédiatrie Néonatalogie
381	RACHID Chayneze	MC	Pneumo-phtisiologie
382	BALILI Khaoula	MC	Neurologie
383	IGARRAMEN Tariq	MC	Biophysique
384	EL MAGHTOUM Hicham	MC	Anesthésie-réanimation

385	KAOUANI Douaa	MC	Pédiatrie
386	ESSOLI Samira	MC	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène
387	HABCHANE Amal	MC	Pharmacologie
388	CHARIK Mohamed Amine	MC	Cardiologie
389	MEZDID Chaymae	MC	Anatomie
390	ROUHI Salma	MC	Hématologie
391	EL OUARRADI Assia	MC	Microbiologie-virologie
392	JOULAL Hajar	MC	Médecine interne

LISTE ARRETEE LE 25/11/2025



DÉDICACES



*La gratitude, c'est le secret de la vie. Celui qui ne sait pas remercier ne sait pas aimer. » **Albert Schweitzer***



*À toutes celles et ceux qui ont semé dans mon cœur la force de
persévérer et le courage de rêver,
À ceux qui ont éclairé mes jours de leur bienveillance et apaisé mes
doutes par leurs mots,
Je veux dire merci, du plus profond de l'âme.
Cette thèse est le fruit d'un effort personnel, mais surtout d'un
amour collectif, de gestes simples et d'un soutien sincère.
C'est avec reconnaissance et tendresse que*

Je dédie cette thèse ...





Tout d'abord à Allah,

اللهم لك الحمد حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه عدد خلقك ورضى نفسك
وزنة عرشك ومداد كلماتك اللهم لك الحمد ولك الشكر حتى ترضى ولك
الحمد ولك الشكر عند الرضى ولك الحمد ولك الشكر دائماً وأبداً على
نعمتك

*Au bon Dieu tout puissant, qui m'a inspiré, qui m'a guidé dans le
bon chemin, je vous dois ce que je suis devenu louanges et
remerciements pour votre clémence et miséricorde « Qu'il nous
couvre de sa bénédiction ». AMEN !*

*À la femme qui m'a donné la vie et qui continue de me
faire vivre, ma maman Loubna Rhíouí,
Femme de courage, de lumière et de cœur, tu es la
douceur qui apaise, la force tranquille qui relève, le
calme qui rassure et la lumière qui guide. Malgré les
souffrances et les épreuves, tu es restée solide, inflexible
dans ton amour et ton soutien.*

*Tu as sacrifié tes nuits, tes rêves et tant d'envies pour
que les miens puissent exister. Tu as porté mes peurs,
mes fatigues et mes doutes sans jamais me laisser
tomber. Tu m'écoutes, tu me soutiens, tu encourages
chaque décision, même celles que je n'ose pas encore
comprendre moi-même. Tu es mon refuge, mon ancre et
mon horizon.*

*Tu m'as portée avant le monde et tu continues à le faire
avec un dévouement inconditionnel. Merci d'être ce
puits inépuisable d'amour et cet océan de tendresse.
Cette thèse est avant tout le fruit de tes sacrifices
silencieux, de ta présence constante et de ton immense
amour. Chaque ligne écrite, chaque effort, chaque
réussite porte une part de toi.*

*Tu as été à la fois la mère, le père, la confidente et l'amie.
Une femme exceptionnelle, d'une force rare, dont la
bonté et le dévouement ont façonné mon chemin.
Même si les mots s'enchaînent et que les phrases se
multiplient, ils resteront toujours insuffisants pour
exprimer tout ce que tu as été et tout ce que tu es encore
pour moi. Aucun discours ne pourra jamais être à la
hauteur de ton amour, de tes sacrifices et de la place
immense que tu occupes dans ma vie.*

*Je te dédie cette thèse en priant Dieu de t'accorder santé,
paix et lumière, et de te récompenser comme seules les
mères d'exception le méritent.*

*À l'âme de mon père, qui nous a fait grandir même dans
son absence, Driss Chahraoui,*

*Même si mes souvenirs de toi ne sont pas faits d'images,
ils sont faits de mots, de récits, de regards qui brillent
lorsque l'on évoque ton nom.*

*Ce que j'entends de toi dessine la silhouette d'un homme
droit, bon et aimant, dont la présence continue d'habiter
ma vie d'une manière profonde et silencieuse.*

*Tu es cette force douce qui m'accompagne sans bruit,
cette inspiration qui se glisse dans mes choix, et cette
lumière discrète qui éclaire mon chemin.*

*À travers les histoires racontées, à travers l'amour que
l'on dit que tu portais, à travers le vide que ton absence
a laissé, tu es devenu une présence intérieure, une source
de courage et de détermination.*

*Cette thèse est aussi pour toi, en hommage à ce que tu
aurais été fier de voir accomplir.*

*Je te porte dans mon cœur avec respect, douceur et
gratitude, priant que ton âme repose en paix, et que ta
bienveillance continue de veiller sur nous.*

*Tu n'es pas un souvenir effacé :
tu es une lumière transmise,
un héritage invisible,
un amour qui dépasse le temps.*

*À ma chère grand-mère, à la femme qui m'a fait grandir
et qui continue de le faire, HníaJannane,*

*Tu as été bien plus qu'une grand-mère : tu as été ma deuxième
maman, ma lumière et mon refuge. Tu as été un pilier de ma vie,
une présence stable et profondément bienveillante qui a
accompagné mon enfance avec une patience remarquable. Depuis
toujours, tu as veillé sur moi avec une attention infinie, prenant
soin de moi de mille manières discrètes et précieuses, et faisant en
sorte que je ne manque jamais de rien.*

*Par ta bonté naturelle, ta sagesse tranquille et ta générosité sans
limites, tu as profondément marqué mon cœur et façonné la
personne que je suis devenue. Tu m'as élevée avec une tendresse
inépuisable, un dévouement sincère et une force admirable,
m'offrant un amour pur et inconditionnel, sans attente ni
condition.*

*Par ton exemple, tu m'as appris le courage dans les moments
difficiles, la dignité dans l'épreuve, la persévérance face aux
obstacles et la sérénité face à l'incertitude. Ces valeurs, gravées en
moi, me guident chaque jour et continueront de m'accompagner
tout au long de mon chemin. Cette thèse est aussi pour toi, en
hommage à tout ce que tu m'as transmis, à tout ce que tu as semé
en silence et qui continue aujourd'hui de porter ses fruits.
Chaque effort accompli, chaque réussite atteinte et chaque pas que
je fais portent la trace de ton soutien indéfectible et de ton
inspiration. Tu as toujours cru en moi, parfois même plus que moi-
même, et ta confiance m'a donné la force d'avancer.*

*Merci pour ton écoute attentive, ta bienveillance constante et ton
cœur immense. Merci de m'avoir guidée, protégée et aimée sans
jamais compter, sans jamais te lasser, et sans jamais rien attendre
en retour.*

*Je te dédie ce travail avec tout l'amour, le respect et la gratitude
que mon cœur peut contenir, en hommage à la femme admirable
que tu es et à la place irremplaçable que tu occupes dans ma vie.*

*À l'âme de mon grand-père, qui a fait de moi ce que je
suis aujourd'hui, Lhoussaine Rhioû,
Tu as été bien plus qu'un grand-père : tu as été un père,
un guide et une présence lumineuse dans ma vie. Ton
amour, ta sagesse et ton soutien silencieux ont façonné
chaque pas que j'ai fait. D'une bonté rare et d'une justice
naturelle, tu étais toujours cette personne qui ne refusait
jamais, qui donnait sans compter et sans attendre. Tu
n'élevais jamais la voix, ni à la maison ni ailleurs ; ton
calme et ta sérénité parlaient pour toi, même dans les
moments les plus difficiles.*

*Ta manière d'être, toujours posée, rationnelle et
empreinte de douceur, a été pour moi une véritable leçon
de vie. C'est toi qui m'as fait grandir, qui m'as appris
par l'exemple, sans cris ni colère, mais par la patience, le
respect et l'amour.*

*Je sais que tu aurais attendu ce jour avec fierté, et
j'aurais tant voulu que tu sois là pour le voir. Ton esprit
et ton exemple m'accompagnent à chaque instant, et ton
souvenir est une force qui me pousse à persévérer.
Cette thèse est aussi pour toi, en hommage à tout ce que
tu as transmis, à tout ce que tu as été pour moi. Chaque
ligne, chaque effort et chaque réussite portent une part
de toi et de ton amour.*

*Puisses-tu reposer en paix, en sachant que ton influence
demeure présente et précieuse, et que ton amour
continue de m'éclairer et de me guider.*

*À ma précieuse sœur, sans laquelle je ne peux jamais
imaginer ma vie, Yasmín Chahraoui,*

*Tu es arrivée dans ma vie comme un cadeau précieux, une
présence que je ne savais pas encore attendre, mais dont mon
cœur avait profondément besoin. Avec toi, je n'ai jamais été seule.
Tu as occupé une place immense, unique et irremplaçable, et tu as
rempli ma vie d'une tendresse particulière que seule une sœur
peut offrir.*

*Tu n'as jamais été seulement ma sœur, mais aussi ma confidente
et ma complice. Ta présence éclaire mes journées, ton rire
réchauffe mon cœur, et chaque instant passé à tes côtés devient
un souvenir précieux que je chéris profondément.*

*Tu as grandi près de moi, et sans t'en rendre compte, tu m'as
souvent portée autant que je t'ai portée. Ta joie pour mes réussites
a toujours été sincère, comme si chacune d'elles était aussi la
tienne. Tu as cru en moi, tu m'as soutenue, encouragée et aidée,
parfois dans le silence, parfois simplement par ta présence, mais
toujours avec un amour vrai.*

*Dans les moments de fatigue, de doute ou de découragement, tu as
été là, avec ta douceur, ta force et ton optimisme. Tu as su
comprendre mes silences, partager mes rêves et célébrer mes
réussites avec une fierté touchante. Même dans ce travail, tu as
laissé ton empreinte, par ton aide, ton soutien et ta confiance.*

*Avoir une sœur comme toi est une richesse immense et une
bénédiction. Tu es une part essentielle de mon cœur, une source de
force, de lumière et d'équilibre. Cette thèse porte aussi une part de
toi, car chaque pas que j'ai fait a été accompagné, de près ou de
loin, par ton amour et ta bienveillance.*

*Je te dédie ce travail avec toute mon affection, ma gratitude et
mon amour. Merci d'être toi, avec ton cœur immense, ta
générosité et ta présence précieuse, aujourd'hui et pour toujours.*

*À ma chère tante, la femme au cœur immense, Sana
Rhíouí,*

*Derrière cette apparence réservée et discrète se cache
un cœur immense, rempli de tendresse et d'un amour
sincère. Ta douceur ne fait pas de bruit, mais elle se
ressent profondément, dans chacun de tes gestes, dans
chaque attention que tu offres sans jamais compter.*

*Ta générosité a toujours été naturelle, spontanée,
presque évidente. Tu as tant donné, tant offert, avec un
cœur grand ouvert et une bienveillance constante. Par
ta présence, ton soutien silencieux et ton affection
sincère, tu as apporté une stabilité précieuse et une
chaleur rassurante qui ont marqué mon parcours.
Ta fierté à mon égard a toujours été une force pour moi.
Elle m'a encouragée, portée et donné confiance, même
sans mots. Savoir que tu crois en moi, que tu es fière de
ce que je deviens, est un cadeau immense que je garde
précieusement dans mon cœur.*

*Ta présence a été pour moi un repère silencieux, une
force stable sur laquelle j'ai toujours pu m'appuyer. Sans
jamais t'imposer, tu as su transmettre des valeurs
profondes : le don de soi, la loyauté, et l'amour sincère.
Ce que tu m'as appris dépasse les mots et s'inscrit dans
ma manière d'être, de penser et d'avancer dans la vie.
Cette thèse porte aussi l'empreinte de ton amour, de ta
générosité et de ta présence discrète mais essentielle. Je
te la dédie avec toute ma reconnaissance, mon respect et
mon affection, en hommage à la femme au cœur
immense que tu es.*

*À mon très cher oncle, le frère que la vie m'a donné, Dr.
Imad Rhíouí,*

Nous avons grandi côte à côte, partageant les mêmes instants, les mêmes souvenirs, et un lien qui s'est tissé naturellement, avec une complicité silencieuse et profonde. Avec le temps, j'ai appris à reconnaître et apprécier tout l'amour et l'affection que tu m'as toujours portés, même lorsque nous étions jeunes et ne comprenions pas encore pleinement nos émotions. Ta présence a toujours été une force tranquille dans ma vie, constante et rassurante. Sans jamais t'imposer, tu as su m'accompagner, me guider et m'encourager, à travers tes gestes, tes conseils et ton soutien silencieux. Ton attention, discrète mais réelle, m'a aidée à avancer, à avoir confiance en moi et à croire en mes capacités. En grandissant, j'ai compris la profondeur de ce lien unique : une affection sincère, un attachement qui dépasse les mots, et une loyauté qui m'a toujours accompagnée. Ta présence m'a apporté équilibre, force et inspiration, et je me sens privilégiée de t'avoir à mes côtés.

Cette thèse porte aussi l'empreinte de ton soutien et de ton amour. Je te la dédie avec toute ma gratitude, mon respect et mon affection, en hommage à l'oncle devenu un véritable frère, et à la personne exceptionnelle que tu es.

*À l'âme de mon oncle, mon guide silencieux et mon ange
sur terre, Issam Rhioui,*

Tu as été pour moi bien plus qu'un oncle : une présence constante, un guide discret et une lumière tranquille dans ma vie. Depuis mon enfance, tu as su m'accompagner, me soutenir et m'encourager, toujours avec douceur et patience, sans jamais hausser la voix, ni avec moi, ni avec quiconque.

Ton calme, ta rationalité et ta sagesse ont été pour moi un refuge et un exemple, une manière de montrer que la force peut exister dans la bienveillance et la maîtrise de soi. Nous partagions un lien unique, profond et précieux, que les mots peinent à décrire. À chaque étape de ma vie, tu étais là, avec ton soutien silencieux et ton attention attentive, prêt à m'aider, à me guider et à me rassurer. Que ce soit pour mes devoirs, mes projets ou simplement pour m'écouter, ta présence était un pilier sur lequel je pouvais toujours m'appuyer.

Ta vie et ton exemple m'ont appris la patience, la tolérance et la force tranquille, des valeurs que tu incarnais avec naturel et constance. Tu as été un modèle de douceur, d'intégrité et de générosité, un véritable ange sur cette terre, et ton influence continue de guider mes pas même après ton départ.

J'ai tant souhaité que tu sois présent aujourd'hui, pour ce moment si important, car cette réussite est aussi le fruit de ton soutien, de ton attention et de tous les efforts que tu as consacrés à m'accompagner dans mes études. Ta confiance, ton aide et ton affection ont été des piliers sur lesquels j'ai construit ce chemin.

Cette thèse porte aussi ton empreinte, celle de ton soutien indéfectible, de ton amour silencieux et de ce lien rare et précieux que nous partagions. Je te la dédie avec toute ma gratitude, mon respect et mon affection éternelle, en hommage à l'homme exceptionnel que tu étais et à la lumière que tu continues de projeter dans ma vie.

*À ma chère cousine Maryam Rhíouí, reflet d'un amour
qui traverse le temps,*

*Même si nous n'avons pas grandi côte à côte et que la
vie nous a séparées trop tôt, tu as toujours occupé une
place spéciale dans mon cœur. Depuis ton enfance,
chaque pensée pour toi rappelle la chaleur et la
tendresse que l'on peut partager, même à distance.*

*Tu es le lien vivant avec un homme que j'aimais
profondément, et à travers toi, son souvenir continue de
briller et de nous unir. J'ai toujours souhaité pouvoir
être plus proche de toi, partager davantage de moments
et te soutenir comme j'aurais aimé le faire.*

*Malgré les années et les obstacles qui nous ont éloignées,
mon affection pour toi reste intacte. Cette thèse est aussi
un petit hommage à toi, à notre lien, et à la place unique
que tu occupes dans mon cœur. Puisses-tu toujours
trouver la lumière, la joie et la sérénité dans ton chemin.*

À moi-même,

*Je me dédie ce travail avec gratitude et fierté pour tout
ce que j'ai traversé. Merci à moi pour la patience face
aux épreuves, pour la capacité à pardonner et à garder
un cœur ouvert et sincère, même lorsque la douleur
aurait pu m'endurcir. Merci pour la gentillesse, la force
silencieuse et le courage d'avancer.*

*Merci à moi d'avoir dépassé les traumatismes que je
pensais ne jamais pouvoir surmonter, d'avoir continué à
croire en la lumière malgré l'obscurité. Merci à mon
cœur blanc et pur, et à l'enfant que je porte toujours en
moi, qui m'a appris à rester douce, vraie et pleine
d'amour. Que je continue à avancer avec bienveillance,
résilience et fidélité à qui je suis vraiment.*

À Dr. Tarík Jannane, au cœur immense,

Ta présence dans ma vie est une source constante de réconfort et de chaleur. Tu fais partie de ces personnes rares qui aiment sincèrement, sans conditions ni calculs. Tu te réjouis de mes réussites comme si elles étaient les tiennes, et tu en es fier avec un cœur pur, ce qui a toujours eu une valeur immense pour moi.

Tu penses à moi, tu te souviens, tu restes attentif, et dans ces gestes simples se cache une grande bonté. Tu as ce don précieux de vouloir voir les autres heureux, de chercher à apaiser, à rassembler et à laisser autour de toi une atmosphère de bienveillance. Ta gentillesse est naturelle, et ton cœur est profondément grand.

Merci pour ton affection sincère, pour ta fidélité et pour cette belle façon que tu as d'être présent. Avoir quelqu'un comme toi dans ma vie est une vraie chance.

À ma très chère amie Dr. Lamyae Boussiri, binôme de cœur et appui silencieux dans les moments difficiles,

Tu es une personne d'une patience exceptionnelle, surtout avec moi. Tu as toujours su faire preuve de calme, de compréhension et de douceur, même dans les moments les plus compliqués. Ta tendresse se ressent naturellement, dans tes paroles comme dans tes gestes, et elle reflète la beauté de ton cœur. Avec toi, je me suis toujours sentie soutenue, protégée et défendue, sans jamais me sentir jugée.

Tout au long de notre parcours en médecine, tu m'as énormément aidée, bien plus que tu ne l'imagines. Être ton binôme a été une vraie chance : tu as été un appui constant, une présence rassurante et une source de force dans les périodes de fatigue, de stress et de doute. Grâce à toi, cette aventure exigeante a été plus supportable, plus humaine et surtout moins solitaire.

Ton soutien n'a jamais été conditionnel. J'ai sincèrement senti ton affection, ton attachement et ta loyauté, et cela a eu une immense valeur pour moi. Tu as toujours été là pour m'encourager, me défendre et me relever quand j'en avais besoin. Merci pour ta patience infinie, ta tendresse, ta générosité et ton aide précieuse. Ton amitié est un véritable cadeau, et tu occuperas toujours une place très spéciale dans mon cœur

*À ma très chère amie Dr. Aïcha Aït M'hand, sœur
d'âme avec qui tout se partage,*

Nous nous sommes rencontrées en première année, sans imaginer que cette rencontre deviendrait l'une des plus précieuses de mon parcours. Peu à peu, une amitié sincère et profonde est née, pour devenir aujourd'hui l'un des piliers de ma vie. Tu es devenue cette personne rare à qui je peux tout raconter, sans crainte d'être jugée, sans peur que mes mots soient mal compris ou répétés. Avec toi, je peux être entièrement moi-même.

Ta gentillesse n'a pas de limites. Tu as toujours su m'écouter avec attention, me comprendre sans me presser, m'accepter sans conditions. Dans les moments de doute, de fatigue ou de douleur, tu as toujours été là, et même dans ces instants difficiles, tu acceptes mes idées les plus folles et partages mes plans les plus extravagants, rendant chaque moment vécu ensemble plus léger et joyeux. Ta présence, ta douceur, ta patience et ta bienveillance ont toujours été un refuge pour moi.

Nous avons partagé bien plus que des années d'études : nous avons partagé nos blessures, nos silences, nos peurs et nos espoirs. Tu as compris mes traumatismes sans que j'aie besoin de les expliquer, et tu ne m'as jamais fait sentir que je devais être autre que ce que je suis. Ton soutien discret mais constant a rendu ce long parcours plus supportable, plus humain, plus lumineux.

Merci pour ta loyauté, pour ton écoute sincère, pour ta présence dans les moments où j'en avais le plus besoin. Merci d'être cette amie précieuse, vraie, profondément humaine et ma meilleure amie. Je t'aime énormément, et je suis reconnaissante pour chaque instant partagé avec toi. Cette thèse porte aussi un peu de toi, car ton amitié m'a accompagnée et soutenue tout au long de ce chemin.

*À ma très chère amie Dr. Hiba El Ouafi,
avec qui je parle le même langage et dont le cœur vit en harmonie
avec le mien,*

Avec toi, tout a toujours semblé naturel, presque évident. Dès le début, il y avait cette compréhension silencieuse, née de ce que nous avons vécu et de ces traumatismes communs qui nous ont façonnées. Nous n'avions pas besoin de longues explications pour nous comprendre, car nos cœurs parlaient le même langage. Cette ressemblance, dans nos parcours comme dans nos personnalités, a créé entre nous un lien rare et profondément sincère.

Nous avons partagé bien plus que des moments : nous avons partagé des épreuves, des silences lourds de sens, des confidences profondes, des rires qui soulageaient, et parfois des larmes qui libéraient. Ensemble, nous avons avancé, soutenues l'une par l'autre, trouvant dans cette amitié une force que nous n'aurions peut-être pas trouvée seules. Ta présence a souvent été un refuge, un miroir dans lequel je me reconnaissais, et un espace sûr où je pouvais être pleinement moi-même.

Dans ce parcours exigeant et parfois douloureux, tu as été une épaule sur laquelle m'appuyer, une voix qui comprenait sans juger, une amie qui restait quand tout devenait trop lourd. Grâce à toi, je me suis sentie moins seule, plus forte et plus capable d'affronter ce que la vie mettait sur notre chemin. Ce que nous avons partagé nous a liées à jamais, et rien ne pourra effacer cette connexion profonde. Merci d'être cette âme si proche de la mienne, cette amie avec qui tout se comprend, même sans mots.

*À ma très chère amie Dr. Meryem Boukrimi, complice silencieuse
de mon quotidien,*

*Tu es une amie précieuse avec qui j'ai toujours pu être
entièrement moi-même, partager mes pensées, mes émotions et
mes secrets, sans aucune crainte ni retenue. Avec toi, chaque mot,
chaque rire, chaque souvenir prend une couleur particulière, car
tu écoutes avec ton cœur et tu comprends avec une sincérité rare.
Je sais que tu m'aimes et que tu tiens à moi, tout comme je tiens à
toi. Cette confiance mutuelle, cette affection constante, rend notre
amitié unique et profondément précieuse. Même dans les moments
de doute ou de fatigue, savoir que tu es là et que je peux me
confier à toi est un véritable réconfort.*

*Merci pour ta fidélité, pour ton écoute, pour ta bienveillance et
pour cette présence rassurante qui illumine ma vie. Merci d'être
cette amie sincère, celle sur qui je peux compter, et celle avec qui
chaque moment partagé devient inoubliable. Cette amitié occupe
une place spéciale dans mon cœur et dans ma vie, et je suis
reconnaissante pour tous les souvenirs passés et pour tous ceux
qui restent encore à construire.*

À ma très chère amie Dr. Hajar Douiab, amie née là où personne ne l'attendait,

Notre histoire a commencé de la manière la plus inattendue. Au début, nous nous détestions mutuellement, et chacune faisait semblant de cultiver cette haine avec fierté. Nous étions presque des ennemies, convaincues que rien ne pourrait nous rapprocher.

Et pourtant, la vie en a décidé autrement.

Avec le temps, cette distance s'est transformée en complicité, puis en une amitié forte et sincère. Nous sommes passées de l'incompréhension à la proximité, du rejet à la confiance. Contre toute attente, nous sommes devenues très proches, au point de tout partager, de tout nous raconter, sans filtres ni masques.

Faire la Omra ensemble a été une expérience profondément marquante et inoubliable, un moment unique qui a scellé notre lien d'une manière particulière. Nous avons partagé bien plus qu'un voyage : nous avons partagé des émotions, des prières, des silences, des souvenirs et des instants qui resteront gravés à jamais.

Merci pour cette amitié née là où personne ne l'attendait, pour cette transformation si belle et si vraie. Notre parcours me rappelle que les liens les plus forts naissent parfois des débuts les plus improbables. Je suis reconnaissante pour tout ce que nous avons partagé et pour cette amitié précieuse qui continue de grandir.

À ma très chère amie Dr. Fatima-ezzahra Daloul, complice de rires et de confidences,

Notre amitié est née comme par magie, presque du jour au lendemain. En un instant, nous sommes devenues incroyablement proches, comme si nous nous connaissions depuis toujours. Nous avons tout partagé, sans retenue, des confidences aux petits détails du quotidien, créant un lien unique et précieux.

Avec toi, chaque moment est léger et joyeux. Nous rions ensemble, souvent pour rien, et ces éclats de rire réchauffent même les journées les plus longues. Ton écoute, ta sincérité et ta présence font de notre amitié quelque chose de rare, un lien qui se distingue et qui m'apporte beaucoup de bonheur.

Merci pour cette complicité inattendue mais profonde, pour ces moments partagés et pour ce lien spécial qui continue de grandir chaque jour. Cette amitié est un vrai cadeau dans ma vie.

*À ma très chère amie Dr. Chaïma Echaabaoui, dont l'amitié
éclaire ma vie,*

*Ta gentillesse se ressent sans effort, dans ta manière d'être, de
parler et de prendre soin des autres. Tu m'as toujours fait sentir
que j'avais une place importante auprès de toi, sans jamais me
laisser penser que je pouvais être un poids ou une contrainte.*

Avec toi, tout est simple, léger et sincère.

*Tu donnes énormément, naturellement, et toujours avec le cœur.
Tu es compréhensive, attentive, et tu sais trouver les mots justes
au bon moment. Tes compliments ne sont jamais vides : ils m'ont
aidée à reprendre confiance, à me sentir mieux avec moi-même et
à renforcer mon estime personnelle. Tu as ce don rare de faire du
bien autour de toi, sans même t'en rendre compte.*

Merci pour ton affection, ta présence constante et ta douceur.

*Avoir une amie comme toi est une vraie chance, et ton amitié
compte énormément pour moi.*

*À ma très chère amie Dr. Ines Chennani, source de lumière et de
joie autour d'elle,*

*Il y a des personnes dont la présence suffit à changer
l'atmosphère, et tu en fais partie. Partout où tu passes, tu apportes
une énergie positive qui rend les lieux plus vivants, plus légers.*

*Ton sourire constant, sincère et lumineux a ce pouvoir rare
d'apaiser et de réchauffer les cœurs sans même que tu t'en rendes
compte.*

*Tu dégages une belle vibration, une joie simple et authentique qui
fait du bien à ceux qui t'entourent. Avoir une amie comme toi,
c'est savoir qu'il y aura toujours un peu de lumière, même dans les
journées ordinaires.*

*À ma très chère amie Dr. Maha Elmers, amie fidèle depuis
toujours,*

*Amie de mon enfance, tu as toujours été une présence essentielle
dans ma vie. Depuis toujours, nous avons grandi côte à côte,
partageant nos rires, nos secrets, nos peines et nos rêves, sans
jamais avoir besoin de masquer ce que nous ressentions. Avec toi,
tout s'est toujours dit naturellement, dans une confiance simple et
profonde.*

*Les années ont passé, les chemins ont parfois changé, mais notre
proximité est restée intacte. Nous sommes restées aussi proches
qu'au premier jour, capables de tout nous raconter, de tout
comprendre, et de nous soutenir sans condition. Ton affection
sincère, ton attachement et ton amour ont été pour moi une
source constante de réconfort et de force.*

*Merci pour cette amitié fidèle et durable, pour ta présence
rassurante et pour cet amour que tu me portes. Tu fais partie de
mon histoire, de mes souvenirs les plus précieux et de ce que je suis
devenue. Cette thèse porte aussi un peu de cette amitié d'enfance
qui m'a accompagnée et soutenue tout au long de mon parcours.
À ma très chère amie Marwa Hachoum, complice de mon enfance
et gardienne de nos souvenirs,*

*Notre amitié est née avec l'enfance et a grandi avec nous,
naturellement, sans jamais avoir besoin d'être expliquée. Depuis
toujours, tu fais partie de notre vie, de celle de ma sœur et de la
mienne, comme une évidence. Nous avons partagé chaque étape,
chaque souvenir, chaque émotion, sans barrières ni retenue, avec
une sincérité rare.*

*Avec toi, il n'y a jamais eu de distance : nos maisons ont toujours
été les unes chez les autres, nos cœurs aussi. Tu connais nos
histoires, nos faiblesses, nos rires et nos silences, parce que tu étais
là, depuis le début. Le temps a passé, mais il n'a fait que renforcer
ce lien unique qui nous unit.*

*Merci pour cette amitié d'enfance si profonde, fidèle et
rassurante. Merci pour ta présence constante, ton affection
sincère et cette proximité qui ne s'est jamais effacée. Tu fais partie
de mes racines, de mes souvenirs les plus chers et de mon
parcours.*

À mes très chères amies Nassima Berroug et Hiba Berroug, deux étoiles qui illuminent mon chemin,

La vie nous a parfois éloignées, puis réunies au moment le plus inattendu. Avec Nassima, le temps et le silence se sont installés, jusqu'à cette nuit où un message est arrivé après des années. Un message chargé de douleur, mais aussi de confiance. Nous portions, chacune à notre manière, une blessure semblable, et sans le savoir, nos chemins se sont rejoints là où la compréhension était immédiate. Tu es une amie profondément forte, mais aussi incroyablement tendre, capable de soutenir les autres tout en gardant un cœur sensible et sincère.

Hiba, quant à toi, tu es une présence douce et lumineuse, pleine de vie et de spontanéité. Tu apportes de l'énergie, de la joie et une légèreté naturelle qui rend chaque moment plus vivant. Ta manière d'être apaise, rassemble et donne le sourire sans effort. À vous deux, merci d'être ces amitiés vraies, différentes mais complémentaires, qui apportent du sens, du réconfort et de la lumière à mon quotidien.

À tous les patients,

Que cette dédicace soit pour chacun de vous, connus ou inconnus, traversant des épreuves, des maladies ou des moments de doute. Que Dieu vous accorde santé, force et sérénité, qu'Il apaise vos souffrances et éclaire vos chemins. Chacun de vous, par votre courage et votre humanité, inspire ceux qui vous accompagnent et donne un sens profond à notre engagement.



REMERCIEMENTS



*A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
PROFESSEUR BENELKHALAT BENOMAR RIDOUAN
PROFESSEUR EN CHIRURGIE GÉNÉRALE AU CHU
MOHAMMED VI DE MARRAKECH*

*Vous nous avez fait le grand honneur de bien vouloir
accepter la présidence de notre jury de thèse. Vos
qualités professionnelles nous ont beaucoup marquées,
mais encore plus votre gentillesse et sympathie. Veuillez
trouver ici, professeur, l'expression de nos sincères
remerciements.*

*À NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE
Professeur ASMA HAMRI Professeur agrégée de
chirurgie générale à l'hôpital ibn Tofaïl de Marrakech.*

*Nous souhaitons vous exprimer notre profonde
gratitude pour l'encadrement, l'orientation, l'aide et les
précieux conseils que vous nous avez prodigués tout au
long de ce travail. Sans votre soutien, il n'aurait pas pu
aboutir. Vos recommandations enrichissantes et
éclairées ont été d'une aide inestimable, et nous vous en
remercions sincèrement. Votre bienveillance, votre
humilité, votre compréhension, ainsi que vos grandes
qualités professionnelles, suscitent en nous une immense
admiration et un respect profond. Veuillez recevoir,
chère Maître, à travers ce travail, l'assurance de notre
sincère reconnaissance et de notre profonde
considération.*

***A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE MADAMME
LE PROFESSEUR SOUMAYA ALJ PROFESSEUR DE
RADIOLOGIE***

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites En siégeant dans ce jury. Nous vous sommes très reconnaissant de la spontanéité et de L'amabilité avec lesquelles vous avez accepté de juger notre travail. Veuillez croire, chère Maître, à l'assurance de notre respect et de Notre reconnaissance.

***A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR NARJISS YOUSSEF
PROFESSEUR DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR DE
CHIRURGIE GÉNÉRALE À L'HOPITAL IBN TOFAIL
MARRAKECH***

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter aimablement de siéger dans notre jury. Vos compétences professionnelles, votre disponibilité et votre gentillesse suscitent respect et admiration. Permettez-nous, cher Maître, de vous exprimer notre reconnaissance et notre respect à travers ce modeste travail

***À MON MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE LE
PROFESSEUR MOHAMED KHALLOUKI,***

Je suis honoré de vous accueillir en tant que membre de notre jury, et je vous exprime ma profonde gratitude pour la spontanéité et la bienveillance avec lesquelles vous avez accepté de juger notre travail. Votre participation apporte une dimension précieuse à notre démarche académique. Cher Maître, je tiens à vous adresser mes remerciements sincères et mon admiration pour votre engagement. Votre expertise enrichit notre évaluation, et votre présence contribue grandement à la qualité de notre processus de soutenance. Veuillez agréer l'expression de ma reconnaissance et de mon respect les plus sincères.



LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX



Liste des figures

- Figure 1** Répartition des cas selon les années
- Figure 2** Fréquence des péritonites aiguës parmi les hospitalisations
- Figure 3** Répartition des patients selon les tranches d'âge
- Figure 4** Répartition des patients selon le sexe
- Figure 5** Répartition des patients selon la durée entre début de la symptomatologie et prise en charge
- Figure 6** Répartition des patients selon le motif de consultation
- Figure 7** Répartition des patients selon le mode de révélation de la douleur
- Figure 8** Répartition des patients selon les constatations de la palpation abdominale
- Figure 9** ASP de face objectivant une fine clarté gazeuse sous-diaphragmatique droite, réalisant l'aspect d'un croissant gazeux, traduisant la présence de gaz libre péritonéal, compatible avec un pneumopéritoine
- Figure 10** Échographie abdominale objectivant un appendice tuméfié, borgne, mesurant 8.2 mm de diamètre maximal, associé à une importante infiltration de la graisse péri-appendiculaire, avec un épanchement liquidien péritonéal anéchogène de faible abondance au niveau de la FID
- Figure 11** Coupe axiale d'une TDM abdominale avec injection de produit de contraste, objectivant une collection péri-appendiculaire de la fosse iliaque droite, spontanément hypodense, contenant une bulle d'air, compatible avec un abcès appendiculaire
- Figure 12** Coupe axiale d'une TDM abdominale avec contraste objectivant un épanchement péritonéal au niveau du cul-de-sac de Douglas
- Figure 13** Coupe axiale d'une TDM abdominale en fenêtre pulmonaire objectivant un pneumopéritoine prédominant en péri-splénique
- Figure 14** Répartition des patients selon les étiologies des péritonites aiguës
- Figure 15** Répartition des patients selon la nature du liquide péritonéal
- Figure 16** Image per-opératoire objectivant une péritonite biliaire sur plaie de la voie biliaire principale, per-CPRE
- Figure 17** Image per-opératoire montrant un épanchement péritonéal purulent avec fausses membranes secondaire à une péritonite appendiculaire évoluée
- Figure 18** Image per-opératoire montrant la pièce d'appendicectomie : appendicite suppurée perforée avec prélèvement de l'épanchement purulent
- Figure 19** Image per-opératoire objectivant une perforation prépylorique sur péritonite par perforation d'ulcère
- Figure 20** Image per-opératoire objectivant une plaie iléale post-traumatique (AVP) après lavage péritonéal

- Figure 21** Image per-opératoire objectivant une péritonite biliaire secondaire à une cholécystite gangréneuse
- Figure 22** Image per-opératoire montrant une colectomie droite élargie au colon gauche pour tumeur perforée de l'angle colique gauche
- Figure 23** Image per-opératoire objectivant l'extraction d'un double stent biliaire, réalisée dans le cadre de la prise en charge d'une péritonite biliaire secondaire à une plaie de la voie biliaire principale, chez un patient porteur d'une tumeur localement avancée de la tête du pancréas
- Figure 24** Coupe sagittale de la cavité abdominale
- Figure 25** Péritoine pariétal postérieur
- Figure 26** Rapports du péritoine avec les organes
- Figure 27** Différentes loges péritonéales
- Figure 28** Pneumopéritoine : croissant aérique sous-diaphragmatique
- Figure 29** ASP de profil en décubitus dorsal montrant un pneumopéritoine important
- Figure 30** Coupe axiale TDM abdominale objectivant des bulles gazeuses pré-antrales et pré-duodénales
- Figure 31** Coupe axiale TDM abdominale objectivant un pneumopéritoine de grande abondance

Liste des tableaux

Tableau 1	Répartition des patients selon les antécédents médicaux
Tableau 2	Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux
Tableau 3	Répartition des patients selon les antécédents médicamenteux et toxiques
Tableau 4	Répartition des étiologies révélées par des douleurs abdominales
Tableau 5	Répartition des patients selon les signes cliniques associés
Tableau 6	Répartition des patients selon les signes relevés à l'inspection
Tableau 7	Répartition des patients selon les résultats du toucher rectal
Tableau 8	Répartition des patients selon les résultats de l'ASP
Tableau 9	Répartition des patients selon les résultats de l'échographie
Tableau 10	Répartition des patients selon les résultats de la TDM
Tableau 11	Répartition des patients selon les étiologies des péritonites aiguës
Tableau 12	Répartition des patients selon la nature du liquide péritonéal
Tableau 13	Répartition des patients selon le traitement étiologique
Tableau 14	Répartition des patients selon le type de drainage
Tableau 15	Répartition des patients selon la morbidité
Tableau 16	Fréquence des péritonites aiguës selon les auteurs
Tableau 17	Résultats comparés selon l'âge
Tableau 18	Résultats comparés selon le sexe
Tableau 19	Résultats comparés selon les antécédents ulcéreux dans notre série et dans la littérature
Tableau 20	Résultats comparés selon les antécédents médicamenteux et toxiques
Tableau 21	Résultats comparés selon la durée entre le début de la symptomatologie et la prise en charge
Tableau 22	Résultats comparés selon les signes fonctionnels
Tableau 23	Résultats comparés selon les signes généraux
Tableau 24	Résultats comparés selon les signes physiques
Tableau 25	Résultats comparés selon la présence du pneumopéritoine
Tableau 26	Résultats comparés selon la fréquence de l'épanchement péritonéal
Tableau 27	Résultats comparés selon la fréquence des péritonites appendiculaires
Tableau 28	Résultats comparés selon la fréquence des PPU
Tableau 29	Résultats comparés selon la mortalité
Tableau 30	Critères de réintervention des patients opérés pour péritonites



LISTE DES ABRÉVIATIONS



Liste des abréviations

AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
ASP	Abdomen sans préparation
AVP	Accident de la voie publique
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CPRE	Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique
CRP	Protéine C-réactive
FID	Fosse iliaque droite
HBPM	Héparine de bas poids moléculaire
HTA	Hypertension artérielle
MICI	Maladie inflammatoire chronique intestinale
NFS	Numération formule sanguine
NHA	Niveau hydro-aérique
PA	Péritonite aiguë
PPU	Péritonite par perforation d'ulcère
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNP	Pneumopéritoine
TDM	Tomodensitométrie

VBP

Voie biliaire principale



INTRODUCTION	1
MATÉRIELS ET MÉTHODES	3
I. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE :	4
1. Type de l'étude :	4
2. Lieu de l'étude	4
3. Critères d'inclusion et d'exclusion	4
4. Collecte des données	4
II. ANALYSE STATISTIQUE	5
III. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	5
IV. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	5
RÉSULTATS	6
I. Données Épidémiologiques	7
1. La fréquence	7
2. L'âge	8
3. Le sexe	8
4. Le niveau socio-économique	9
5. Les antécédents	9
II. Données cliniques	11
1. Délai de consultation	11
2. Les signes fonctionnels et le motif de consultation	11
3. Les signes physiques	14
4. L'examen clinique	14
III. Données paracliniques	16
1. Les examens d'imagerie	16
2. Les examens biologiques	23
IV. Données étiologiques	24
V. Données thérapeutique	26
1. La réanimation préopératoire	26
2. Le traitement médical	26
3. Le traitement chirurgical	26
VI. Données évolutives	37
1. La mortalité	37
2. La morbidité	37
3. Le séjour hospitalier	37
4. Le recul	37
DISCUSSION	38
I. INTRODUCTION	39
II. Historique des péritonites aiguës	40
III. Anatomie et physiologie du péritoine	40
1. Anatomie du péritoine	40
2. Physiologie du péritoine	48
IV. ÉCOLOGIE BACTÉRIENNE DU TUBE DIGESTIF :	50

V. Physiopathologie de la péritonite aiguë	51
1. Péritonite localisée	52
2. Péritonite généralisée	52
3. Répercussions viscérales et générales	52
4. Conséquences globales	53
VI. Anatomopathologie des péritonites aiguës	53
1. Rappel histologique du péritoine normal	53
2. Lésions anatomopathologiques des péritonites aiguës	53
3. Modifications immunopathologiques	54
4. Évolution anatomopathologique	54
VII. Données épidémiologiques	55
1. La fréquence	55
2. L'âge	55
3. Sexe	56
4. Les antécédents	56
5. Les facteurs favorisants des PPU	57
6. Durée entre début de la symptomatologie et prise en charge	59
VIII. Données cliniques	60
1. Les signes fonctionnels	60
2. Les signes généraux	61
3. Les signes physiques	62
IX. Données paracliniques	64
1. Les examens d'imagerie	64
2. Les examens biologiques	69
X. Données étiologiques	70
1. Péritonite appendiculaire	70
2. Péritonite par perforation d'ulcère (PPU)	71
3. Péritonite post- traumatique	72
4. Péritonite sur tumeur colo-rectale perforée	73
5. Péritonite secondaire à une perforation sur bride	74
6. Péritonite biliaire primitive	75
7. Péritonite secondaire à une perforation du contenu herniaire	76
8. Péritonite sur maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)	77
9. Péritonite tuberculo-intestinale	77
10. Péritonite sur maladie cœliaque compliquée	78
11. Péritonite post-CPRE	79
XI. Données thérapeutiques	79
1. Phase préopératoire	81
2. Phase opératoire	90
3. Phase post-opératoire :	93
XII. Données évolutifs	93
1. Mortalité	94
2. Morbidité	95

CONCLUSION	97
RÉSUMÉ	101
ANNEXES	114
BIBLIOGRAPHIE	



INTRODUCTION

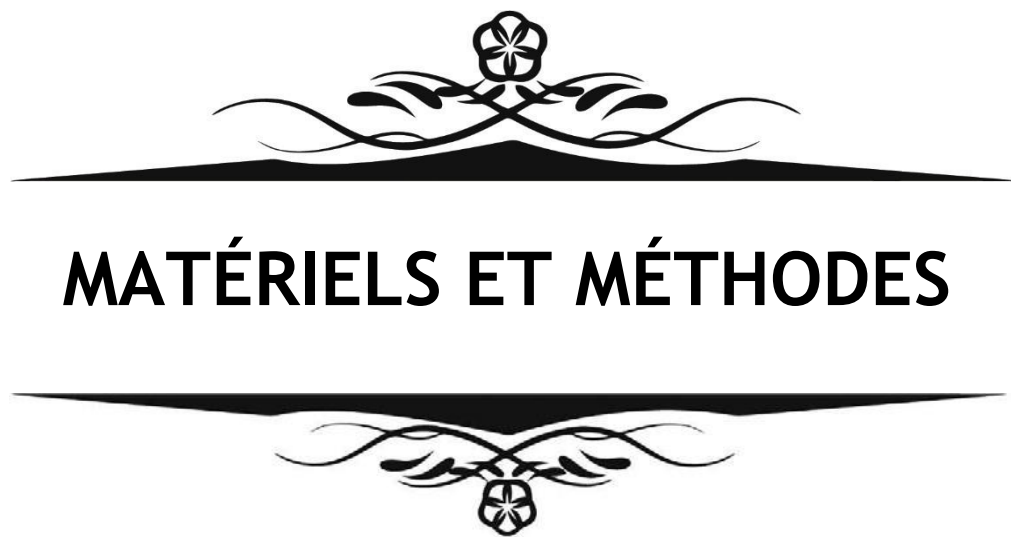


Les péritonites aiguës (PA) se définissent comme une inflammation aiguë, localisée ou généralisée, de la séreuse péritonéale. Elles sont le plus souvent d'origine infectieuse, mais peuvent également résulter d'agents irritants chimiques. On distingue trois formes principales : les péritonites primaires (ou primitives), secondaires et tertiaires. Parmi elles, les péritonites secondaires sont de loin les plus fréquentes [1,2].

Elles constituent une urgence médico-chirurgicale fréquente et grave, pouvant mettre en jeu le pronostic vital, notamment en cas de retard diagnostique, de prise en charge tardive ou de terrain fragilisé. Les péritonites aiguës peuvent entraîner une insuffisance circulatoire avec état de choc hémodynamique, liée à la constitution d'un troisième secteur et à un état septicémique pouvant évoluer vers une défaillance multiviscérale [3,4].

La prise en charge optimale repose sur une reconnaissance clinique rapide, un diagnostic paraclinique adapté, et une intervention thérapeutique précoce et efficace, fondée sur l'éradication chirurgicale des foyers infectieux intra-péritonéaux (contrôle de la source) associée à une antibiothérapie adaptée et prolongée [5,6].

Le diagnostic est encore souvent posé à un stade avancé, en lien avec le retard de consultation, le recours tardif aux soins et les moyens limités dans certaines structures. Le pronostic reste étroitement lié à plusieurs facteurs, notamment la précocité du traitement, la nature de l'étiologie, le terrain du patient, et les complications infectieuses secondaires [7,8,9].



I. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE :

1. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur 400 cas de péritonite aiguë, hospitalisés au service de chirurgie générale de l'Hôpital Ibn Tofaïl de Marrakech, sur une période de cinq ans, allant du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2024.

2. Lieu de l'étude :

L'étude a été réalisée au service de chirurgie générale de l'Hôpital Ibn Tofaïl de Marrakech, relevant du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI.

3. Critères d'inclusion et d'exclusion :

Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude :

- Les patients âgés de 15 ans ou plus.
- Péritonites secondaires.
- Admis pour une péritonite aiguë, diagnostiquée sur la base d'un ensemble d'arguments cliniques, biologiques et paracliniques.
- Dossiers complets.

Critères d'exclusion

Ont été exclus de cette étude :

- Les péritonites primaires ou tertiaires.
- Les péritonites postopératoires.
- Les péritonites localisées ou limitées à un quadrant de l'abdomen.
- Les dossiers médicaux incomplets ou inexploitable, ne comportant pas suffisamment d'informations cliniques, biologiques ou opératoires.

4. Collecte des données :

Pour mener cette étude, une fiche d'exploitation (Annexe 1) a été établie, et a été remplie par l'investigateur où il a été noté : L'identité, le motif de consultation, les

antécédents, les signes cliniques et paracliniques, la prise en charge instaurée et l'évolution des patients.

Les informations ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients, des registres du bloc opératoire, ainsi que des dossiers informatisés disponibles sur le système hospitalier (HOSIX).

II. ANALYSE STATISTIQUE :

L'analyse des données a reposé sur des méthodes d'analyse descriptive. Les variables qualitatives ont été exprimées en fréquences absolues et en pourcentages. Les résultats ont été traités et présentés sous forme de tableaux et de graphiques réalisés à l'aide d'un logiciel de bureautique standard (type Microsoft Excel).

III. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES :

Le respect de l'anonymat et la confidentialité des données ont été rigoureusement observés tout au long de l'étude.

Aucune information nominative n'a été utilisée, et les données recueillies n'ont servi qu'à des fins scientifiques et universitaires dans le cadre de cette thèse.

IV. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :

Notre travail vise à décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives des péritonites aiguës dans notre centre. Cette étude permettra de mieux comprendre les profils de patients atteints, les causes les plus fréquentes, les délais de prise en charge, ainsi que les issues thérapeutiques, dans le but de contribuer à une amélioration de la stratégie diagnostique et thérapeutique adaptée à notre réalité locale.



I. Données Épidémiologiques :

1. La fréquence :

Durant notre étude de 5 ans allant du mois de Janvier 2020 au mois de Décembre 2024 au sein du service de chirurgie générale de l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech, nous avons collectés 400 cas de péritonites aiguës parmi un total de 6105 patients. Cette affection a représenté 6,55 % du nombre total des admis.

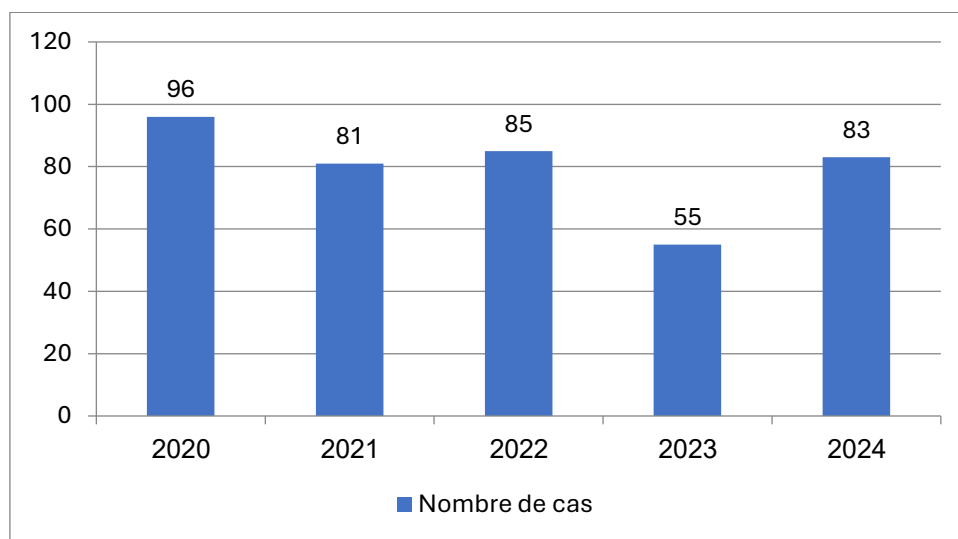


Figure 1 : Répartition des cas selon les années.

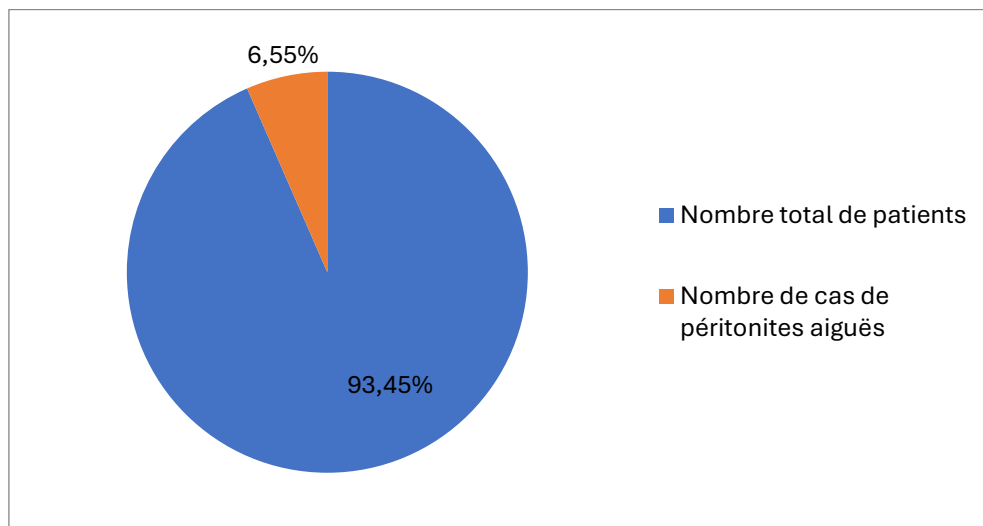


Figure 2 : Fréquence des péritonites aiguës parmi les hospitalisations.

2. L'âge :

L'âge des patients varie entre 15 et 84 ans avec une moyenne de 36,4 ans. Le maximum de fréquence se trouve dans la tranche d'âge entre 15 et 35 ans avec un pic entre 25 et 35 ans.

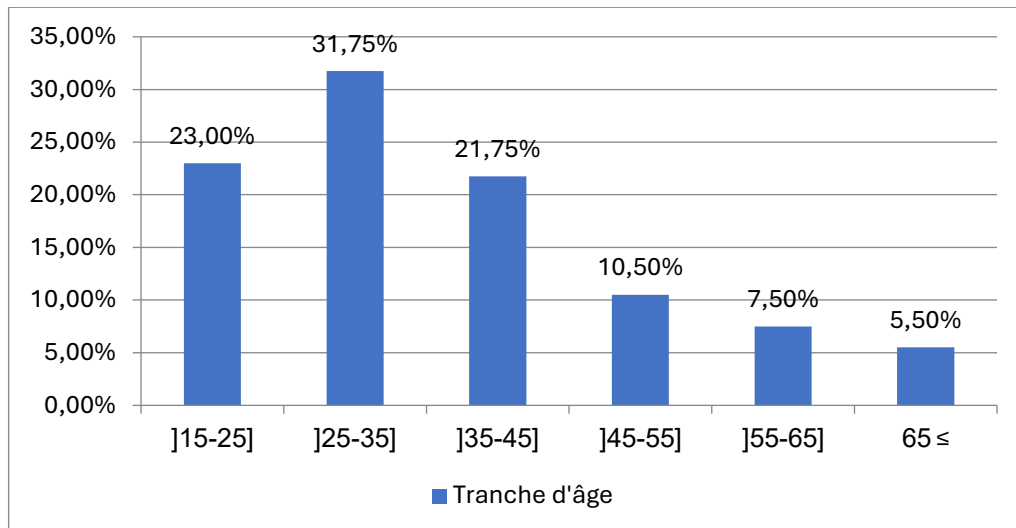


Figure 3 : Répartition des patients selon les tranches d'âge.

3. Le sexe :

Le sexe masculin était dominant, avec 322 hommes soit 80,5 % et 78 femmes soit 19,5 %. Le sexe Ratio H/F= 4,1 en faveur des hommes.

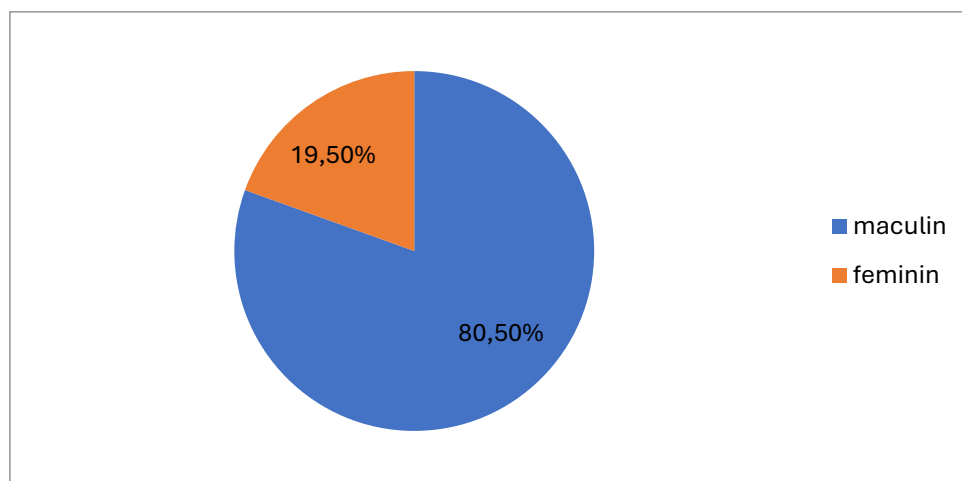


Figure 4 : Répartition des patients selon le sexe.

4. Le niveau socio-économique :

Dans notre série 296 patients soit 74 % avaient un niveau socio-économique bas.

5. Les antécédents :

5.1. Les antécédents médicaux :

Tableau 1 : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.

Antécédent médical	Fréquence	Pourcentage
Épigastalgies chroniques non explorées	92	23 %
HTA	34	8,5 %
Diabète	26	6,5 %
Ulcère gastro-duodéal confirmé	17	4,25 %
Notion de contag tuberculeux	7	1,75 %
Maladie de crohn	6	1,5 %
Maladie cœliaque	5	1,25 %
Hernie inguinale non opérée	5	1,25 %
Endoscopie instrumentale	5	1,25 %
— Lithiase résiduelle de la voie biliaire principale	3	0.75 %
— Mise en place d'une endoprothèse sur tumeur de la tête du pancréas	1	0.25 %
— Pancréatite chronique avec lithiase du canal de Wirsung	1	0.25 %
Asthme	5	1,25 %
Hémorragie digestive	3	0,75 %
Rectocolite ulcéro-hémorragique	3	0,75 %
Tumeur colo-rectal	2	0.5 %
Infection à Helicobacter pylori non traitée	2	0,5 %
Hernie de la ligne blanche non opérée	2	0,5 %
Tumeur de la tête du pancréas	1	0.25 %
BPCO	1	0,25 %

5.2. Les antécédents chirurgicaux:

Tableau 2 : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédent chirurgical	Fréquence	Pourcentage
Appendicetomie	24	6%
Cholécystectomie	12	3%
Cure d'hernie inguinale	5	1,25%
Césarienne	4	1%

5.3. Les antécédents médicamenteux et toxiques:

Tableau 3 : Répartition des patients selon les antécédents médicamenteux et toxiques.

Les antécédents médicamenteux et toxiques	Fréquence	Pourcentage
AINS	32	8%
Tabagisme ou alcoolotabagisme	118	29,5 %

5.4. Mode de vie (Le jeûne : mois de Ramadan) :

48 cas de péritonite, soit 12 % sont survenus durant le mois de Ramadan.

II. Données cliniques :

1. Délai de consultation :

Le délai entre le début de la symptomatologie et la prise en charge variait de quelques heures à trois semaines. La majorité des patients (240 cas, soit 60 %) ont été hospitalisés après un délai ≥ 72 heures, traduisant un retard de consultation important. Seuls 50 patients (12,5 %) ont été admis dans les 24 premières heures suivant l'apparition des symptômes.

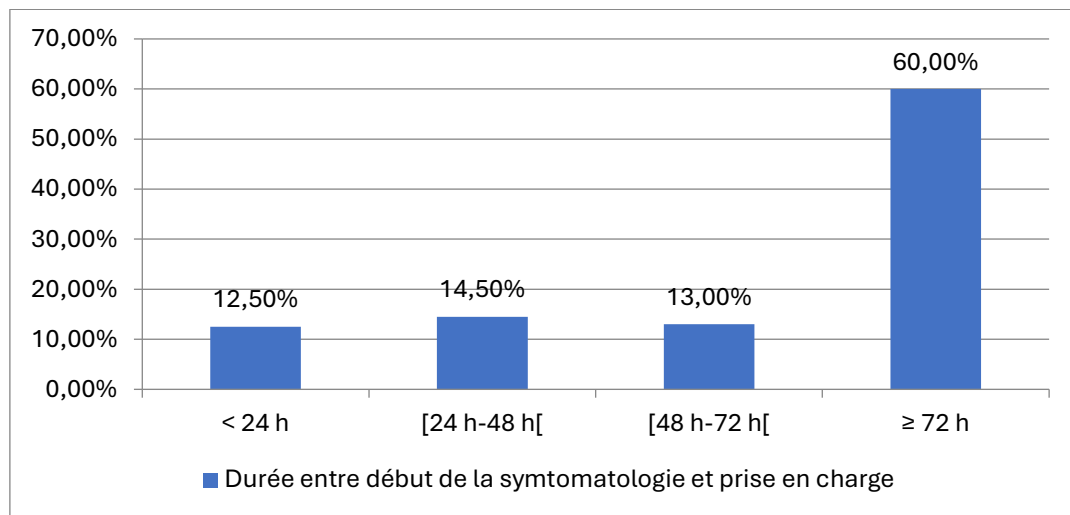


Figure 5 : Répartition des patients selon la durée entre début de la symptomatologie et prise en charge.

2. Les signes fonctionnels et le motif de consultation :

La douleur abdominale diffuse constitue le principal motif de consultation, retrouvée chez 315 patients (78,75 %). Les douleurs de la fosse iliaque droite viennent en seconde position, notées chez 53 patients (13,25 %), suivies par les traumatismes, retrouvés chez 61 patients (15,25 %), qu'ils soient fermés ou ouverts : agressions par arme blanche (51 patients, soit 12,75 %) et accidents de la voie publique (10 patients, soit 2,5 %), puis les épigastralgies, notées chez 32 patients (8 %), et les occlusions fébriles, observées chez 8 patients (2 %).

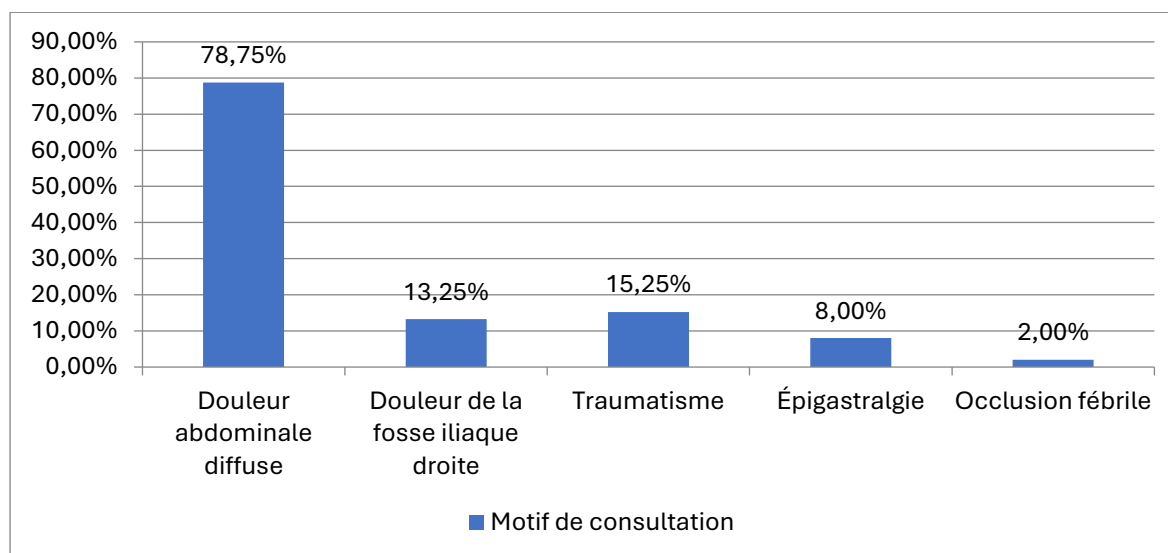


Figure 6 : Répartition des patients selon le motif de consultation.

2.2. La douleur :

La douleur est un signe constant retrouvée chez tous nos patients. Elle est localisée à la fosse iliaque droite ou à l'épigastre chez 85 patients soit 21,25 % des cas, ou généralisée à l'ensemble de l'abdomen chez 315 patients soit 78,75% des cas (Tableau 4).

Tableau 4 : Répartition des étiologies révélées par des douleurs abdominales.

Diagnostic	Douleur diffuse	Douleur localisée
Péritonite appendiculaire	123	53
PPU	91	32
Péritonite post-traumatique	61	0
Péritonite sur tumeur colo-rectale perforée	8	0
Péritonite secondaire à une perforation sur bride	8	0
Péritonite biliaire	7	0
Péritonite secondaire à une perforation du contenu herniaire	7	0
Péritonite sur MICI	6	0
Péritonite tuberculo-intestinale	3	0
Péritonite sur maladie cœliaque compliquée	1	0
Total	315	85

Le mode de révélation de la douleur a été progressif chez 248 patients, représentant 62 % de la série, et brutal chez 152 patients, soit 38 %.

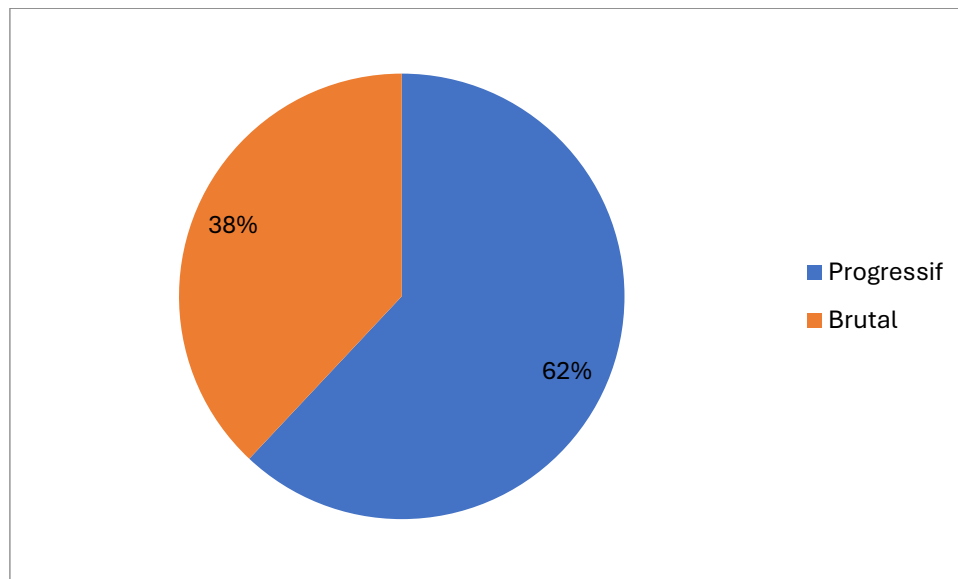


Figure 7 : Répartition des patients selon le mode révélation de la douleur.

2.3. Les vomissements:

Des vomissements d'abondance et d'aspect variable ont été rapportés par 318 patients, soit 79,5 %. Ils étaient alimentaires dans 93 cas, bilieux dans 215 cas et fécaloïdes dans 10 cas.

2.4. Les troubles de transit :

Les troubles de transit ont été retrouvés chez 92 patients, soit 23 %. L'arrêt des matières et des gaz est rapporté par 18 patients soit 4,5 %.

2.5. Signes associés :

A côté de la douleur, les vomissements et les troubles de transit, d'autres signes cliniques ont été retrouvés chez 50 patients soit 12,5 % et sont représentés dans le tableau suivant (Tableau 5):

Tableau 5 : Répartition des patients selon les signes cliniques associés.

Signe associés	Fréquence	Pourcentage
Altération de l'état général	18	4,5%
Distension abdominale	17	4.25 %
Ictère / cholestase clinique	8	2%
Hématémèse	4	1 %
État de choc	3	0,75 %
Total	50	12,5 %

3. Les signes physiques :

3.1 Les signes généraux :

3.1-1 Score de Glasgow :

Tous nos patients ont été admis avec un état de conscience conservé, avec un score de Glasgow de 15/15.

3.1-2 La température :

Une température supérieure à 39 degrés Celsius est retrouvée chez 278 de nos patients soit 69,5 % des cas.

3.1-3 La tension artérielle :

Une tension artérielle inférieure ou égale à 90/60 mmhg est retrouvée chez 3 de nos patients soit 0,75 % des cas.

3.1-4 La fréquence cardiaque :

La tachycardie est présentée chez 207 de nos patients soit 51,75 % des cas, avec une fréquence cardiaque supérieure ou égale à 95 battements par minute.

4. L'examen clinique :

4.1 L'inspection:

À l'inspection, plusieurs signes ont été relevés chez les patients. Un abdomen immobile à la respiration a été noté chez 249 patients, soit 62,25 %. Un abdomen cicatriciel a été retrouvé dans 45 cas, soit 11,25 %. Une hernie de la paroi abdominale antérieure non expansive à la toux a été observé dans 7 cas, soit 1,25 %.

Tableau 6 : Répartition des patients selon les signes relevés à l'inspection.

Inspection	Fréquence	Pourcentage
Abdomen immobile à la respiration	249	62,25 %
Abdomen cicatriciel	45	11,25 %
Hernie de la paroi abdominale antérieure non expansive à la toux	7	1,75 %
— Hernie de la ligne blanche	4	1 %
— Hernie inguinale	3	0.75 %

4.2 La palpation abdominale:

La contracture abdominale a été retrouvée chez 249 patients (62,25 %), la défense chez 99 cas (24,75 %) et la sensibilité abdominale chez 52 patients (13 %).

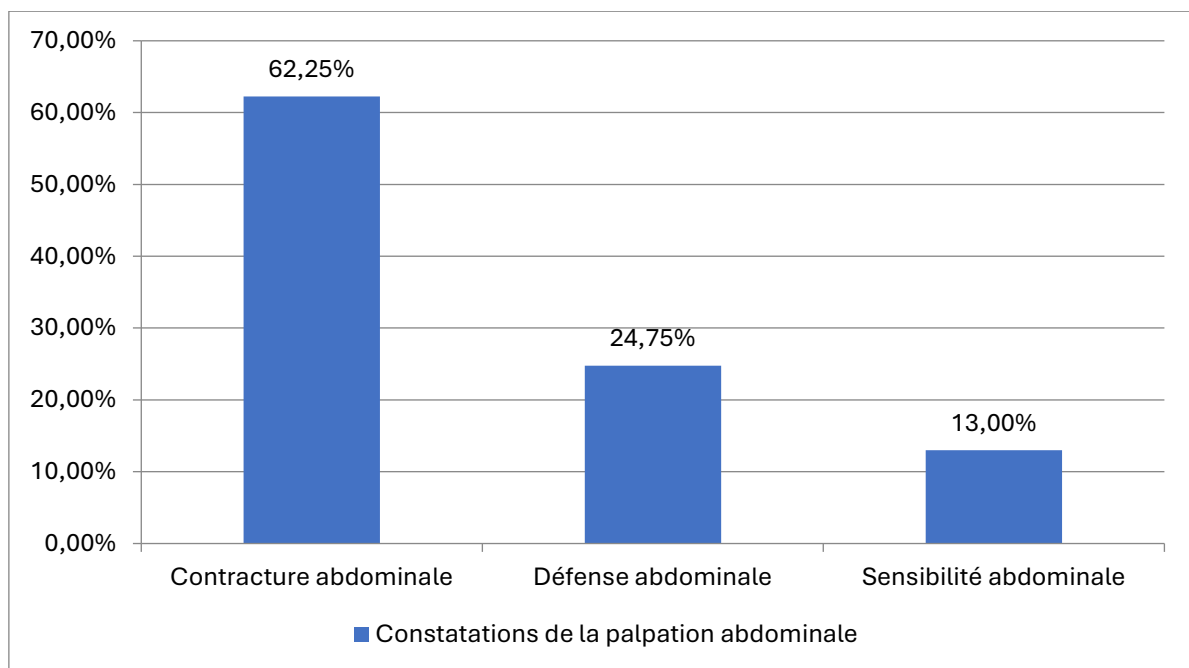


Figure 8 : Répartition des patients selon les constatations de la palpation abdominale.

4.3 Le toucher rectal :

Le toucher rectal a objectivé un bombement douloureux du cul-de-sac de Douglas (cri de Douglas) chez 383 patients, soit 95,75 % des cas.

Tableau 7 : Répartition des patients selon les résultats du toucher rectal.

Toucher rectal	Fréquence	Pourcentage
Cri du Douglas	383	95,75%

III. Données paracliniques :

1. Les examens d'imagerie :

1.1 La radiographie abdominale sans préparation ou la radiographie thoracique centrée sur les coupes diaphragmatiques :

158 de nos malades (39,5 %) ont bénéficié d'un ASP ou d'une radiographie thoracique centrée sur les coupes diaphragmatiques. Un pneumopéritoine (PNP) a été retrouvé chez 130 cas soit 32,5 %. Des niveaux hydro-aériques (NHA) ont été observés chez 55 patients (13,75 %), principalement de type grêlique (45 cas), avec quelques NHA coliques ou mixtes (10 cas).

Tableau 8 : Répartition des patients selon les résultats de l'ASP.

ASP	Fréquence	Pourcentage
Pneumopéritoine	130	32,5 %
NHA totaux	55	13,75 %
— NHA grêliques	45	11,25 %
— NHA coliques	7	1,75 %
— NHA mixtes	3	0,75 %



Figure 9 : ASP de face objectivant une fine clarté gazeuse sous-diaphragmatique droite, réalisant l'aspect d'un croissant gazeux, traduisant la présence de gaz libre péritonéal, compatible avec un pneumopéritoine.

1.2 L'échographie abdominale :

270 de nos malades ont bénéficié d'une échographie abdominale soit 67,5 %. Elle a montré un épanchement péritonéal chez 256 patients soit 94,81 % de l'ensemble des patients qui ont bénéficié de cet examen.

Tableau 9 : Répartition des patients selon les résultats de l'échographie.

Résultats de l'échographie	Fréquence	Pourcentage
Épanchement péritonéal	256	64 %
— De faible abondance	62	15,5 %
— De moyenne abondance	112	28 %
— De grande abondance	82	20,5 %
Aspect échographique en faveur d'une appendicite aiguë	140	35 %
— Diamètre appendiculaire augmenté (>6 mm)	118	29,5 %
— Infiltration de la graisse péri-appendiculaire	96	24 %
Épaississement de la paroi intestinale	14	3,5 %
Lithiase vésiculaire	23	5,75 %
Paroi vésiculaire épaissie	4	1 %
Lithiase de la voie biliaire principale (VBP)	1	0,25 %
Contusion hépatique	1	0,25 %



Figure 10 : Échographie abdominale objectivant un appendice tuméfié, borgne, mesurant 8.2 mm de diamètre maximal, associé à une importante infiltration de la graisse péri-appendiculaire, avec un épanchement liquidien péritonéal anéchogène de faible abondance au niveau de la FID.

1.3 Le scanner abdominal :

Les patients présentant un doute diagnostique, une échographie abdominale non contributive et dont l'état général, hémodynamique, respiratoire et septique était stable, ont bénéficié d'un scanner abdominal.

292 de nos malades ont bénéficié d'un scanner abdominal soit 73 %. Il a montré un épanchement péritonéal chez la totalité des patients soit 100 % des patients qui ont bénéficié de cet examen.

Tableau 10 : Répartition des patients selon les résultats de la TDM.

Résultats de la TDM	Fréquence	Pourcentage
Péritonite appendiculaire	65	16,25 %
PPU	25	6,25 %
— Pneumopéritoine	25	6,25 %
— Solution de continuité de la paroi gastrique	7	1,75 %
Plaie abdominale par arme blanche	10	2,5 %
— Épanchement péritonéal de moyenne abondance	10	2,5 %
— Bulle d'air en regard de l'angle colique droit	1	0,25 %
— Bulle d'air en regard de l'angle colique gauche	1	0,25 %
— Bulle d'air en regard du duodénum	1	0,25 %
Contusion abdominale	38	9,5 %
— Épanchement péritonéal de grande abondance	8	2 %
— Épanchement péritonéal de moyenne abondance	30	7,5 %
— Contusion hépatique	8	2 %
— Contusion splénique	13	3,25 %
— Contusion pancréatique	5	1,25 %
— Contusion colique	4	1 %
— Contusion grêlique	19	4,75 %
— Contusion rénale	7	1,75 %
— Section mésentérique	7	1,75 %
— Pneumopéritoine	9	2,25 %
— Hématome du muscle psoas	3	0,75 %
— Hématome du muscle droit de l'abdomen	2	0,5 %
Péritonite biliaire	7	1,75 %
— Épanchement péritonéal de grande abondance	7	1,75 %
— Cholécystite emphysémateuse	1	0,25 %

Les péritonites aiguës

— Cholécystite gangréneuse	1	0,25 %
— Calcul sur la VBP	4	1 %
— Solution de continuité de la voie biliaire sur endoprothèse	1	0,25 %
Péritonite sur MICI	6	1,5 %
— Épanchement péritonéal de moyenne abondance	6	1,5 %
— Épaississement grêlique	6	1,5 %
— Collection de la FID	2	0,5 %
— Collection du Douglas	1	0,25 %
— Pneumopéritoine	3	0,75 %
Péritonite sur tumeur colo-rectale perforée	8	2 %
— Tumeur du caecum localement avancée et perforée	1	0,25 %
— Tumeur de l'angle colique gauche perforée	1	0,25 %
— Tumeur du sigmoïde perforée	3	0,75 %
— Tumeur du haut rectum	1	0,25 %
— Tumeur du moyen rectum	2	0,5 %
Occlusion sur bride avec signes de souffrance grêlique	3	0,75 %



Figure 11 : Coupe axiale d'une TDM abdominale avec injection de produit de contraste, objectivant une collection péri-appendiculaire de la fosse iliaque droite, spontanément hypodense, contenant une bulle d'air, compatible avec un abcès appendiculaire.



Figure 12 : Coupe axiale d'une TDM abdominale avec injection de produit de contraste, objectivant un épanchement péritonéal au niveau du cul-de-sac de Douglas.



Figure 13 : Coupe axiale d'une TDM abdominale en fenêtre pulmonaire, objectivant un pneumopéritoine prédominant en péri-splénique.

2. Les examens biologiques :

1.1 La numération de la formule sanguine (NFS) :

La NFS a été réalisée chez tous les patients soit (100 %), dont 258 cas sont des péritonites appendiculaires. Elle a objectivé une hyperleucocytose chez 389 patients soit 97,25 % dont 254 patients soit 98,45 % ayant une péritonite appendiculaire.

1.2 La protéine C réactive (CRP) :

La CRP était élevée chez tous nos patients avec une valeur supérieure à 200 mg/L chez 142 patients, soit 35,5 % des cas.

1.3 Autres :

Tous les patients ont bénéficié d'une évaluation biologique incluant la fonction rénale, la lipasémie, l'ionogramme et le bilan d'hémostase. Une hyperlipasémie supérieure ou égale à trois fois la normale a été notée chez 7 patients (1,75 %). Des perturbations mineures de l'ionogramme, principalement des déséquilibres en potassium ou en sodium, ont été observées chez 35 patients (8,75 %). La fonction rénale était normale chez la quasi-totalité

des patients ; 3 cas présentaient une élévation légère de la créatinine et de l'urée, sans signification clinique.

IV. Données étiologiques :

Dans notre série, le diagnostic de péritonite aiguë a été basé sur les données de l'interrogatoire, de l'examen clinique, les examens complémentaires, ainsi que la laparotomie exploratrice.

Tableau 11 : Répartition des patients selon les étiologies des péritonites aiguës.

Étiologie	Fréquence	Pourcentage
Péritonite appendiculaire	176	44 %
PPU	123	30,75 %
Péritonite post traumatique	61	15,25 %
— Traumatisme abdominal fermé	38	9,5 %
— Traumatisme abdominal ouvert	23	5,75 %
Péritonite sur tumeur colo-rectale perforée	8	2 %
— Sur tumeur colique perforée	5	1,25 %
— Sur tumeur rectale perforée	3	0,75 %
Péritonite secondaire à une perforation sur bride	8	2 %
Péritonite biliaire	7	1,75 %
— Secondaire à un geste endoscopique instrumentale	5	1,25 %
— Secondaire à une cholécystite aigue	2	0,5 %
Péritonite secondaire à une perforation du contenu herniaire	7	1,75 %
— D'une hernie de la ligne blanche	4	1 %
— D'une hernie de l'aîne étranglée	3	0,75 %
Péritonite sur MICI	6	1,5 %
Péritonite tuberculo-intestinale	3	0,75 %
Péritonite sur maladie coeliaque dégénérée compliquée de perforation	1	0,25 %
Total	400	100 %

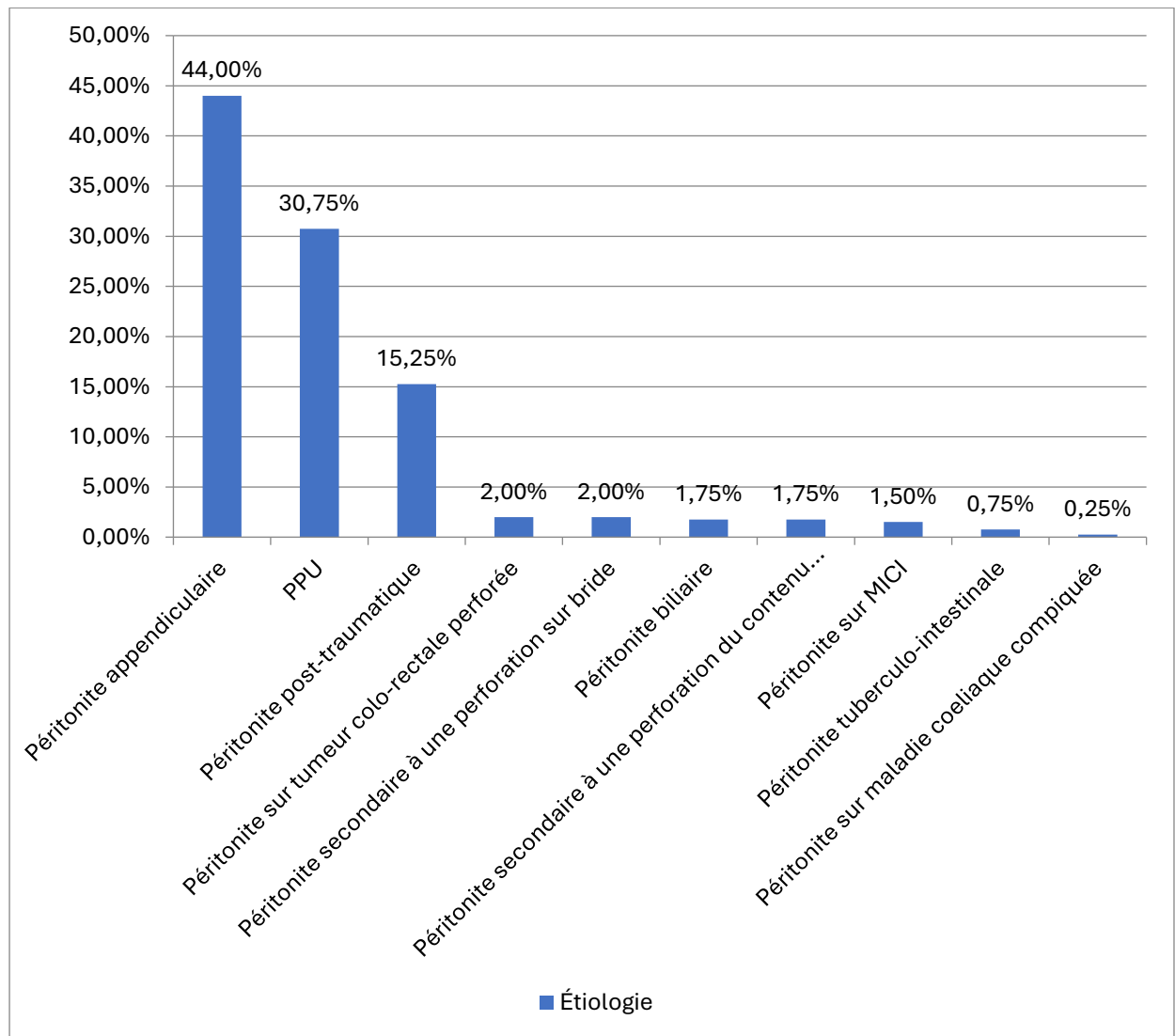


Figure 14: Répartition des patients selon les étiologies des péritonites aiguës.

V. Données thérapeutique :

1. La réanimation préopératoire :

La prise en charge initiale des péritonites aiguës consistait en la mise en place d'une voie veineuse périphérique, associée à un remplissage et à une réanimation hydroélectrolytique. Une sonde nasogastrique a été mise en place chez tous les patients présentant des vomissements abondants, distention abdominale et/ou arrêt des matières et des gaz.

L'ensemble des patients a été opéré sous anesthésie générale, en respectant les précautions propres à la prise en charge en situation d'urgence.

2. Le traitement médical :

2.1 L'antibiothérapie :

Une antibiothérapie a été administrée de manière systématique à l'induction, puis adaptée en post-opératoire.

2.2 Le traitement antalgique :

Tous les patients admis pour PA ont été mis sous traitement antalgique selon les paliers de l'OMS.

2.3 La prévention de la maladie thromboembolique :

Tous les patients ont bénéficié d'une prévention contre la maladie thromboembolique par l'héparine de bas poids moléculaire (HBPM).

3. Le traitement chirurgical :

Tous les patients de notre série ont été opérés, ils ont bénéficié d'un traitement de la péritonite ainsi qu'un traitement étiologique.

1.1 La voie d'abord :

Le traitement de la péritonite aiguë (PA) a nécessité une voie d'abord conventionnelle par laparotomie médiane dans 398 cas, permettant une exploration complète de la cavité abdominale ; la voie sous costale a été réalisée chez 2 cas.

1.2 L'exploration :

L'exploration a permis une évaluation complète de la cavité abdominale et l'identification du liquide d'épanchement. L'aspect du liquide péritonéal variait selon les cas: franchement purulent chez 324 patients (81 %), hématique chez 61 patients (15,25 %), stercoral dans 8 cas (2 %) et bilieux chez 7 patients (1,75 %). Le péritoine viscéral était fréquemment inflammé, et des fausses membranes ont été retrouvées chez 194 patients (48,5 %).

Tableau 12 : Répartition des patients selon la nature du liquide péritonéal.

Nature du liquide	Fréquence	Pourcentage
Purulent	324	81 %
Hématique	61	15,25 %
Stercoral	8	2 %
Bilieux	7	1,75 %
Total	400	100 %

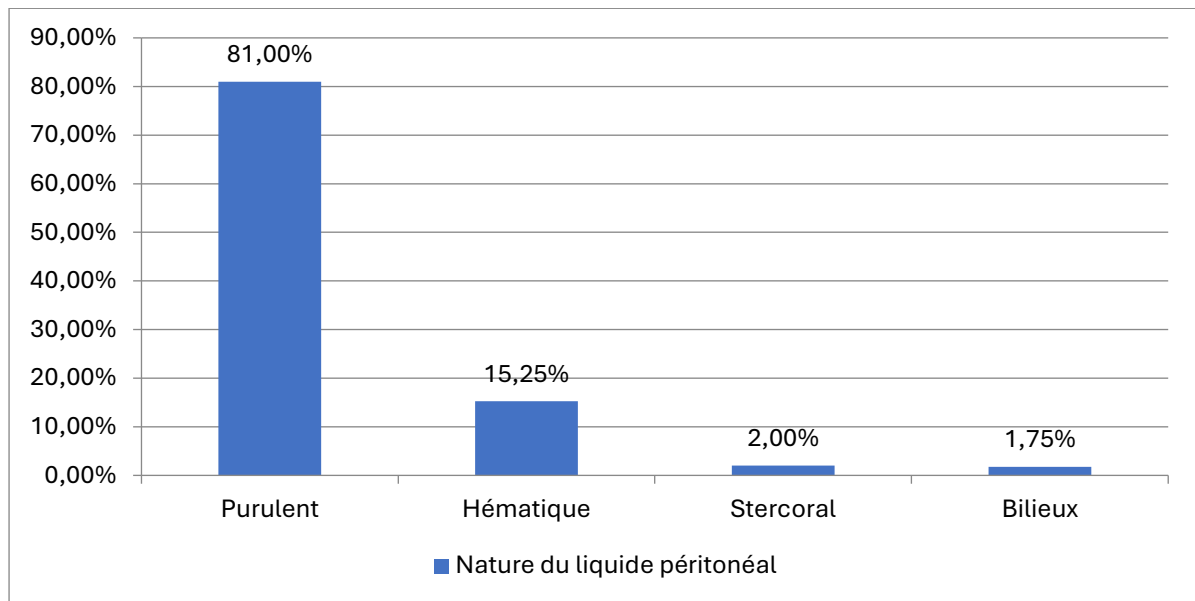


Figure 15 : Répartition des patients selon la nature du liquide péritonéal.



Figure 16 :Image per-opératoire objectivant une péritonite biliaire sur plaie de la voie biliaire principale, per-CPRE.



Figure 17 : Image per-opératoire illustrant un épanchement péritonéal purulent avec fausses membranes, secondaire à une péritonite appendiculaire évoluée.

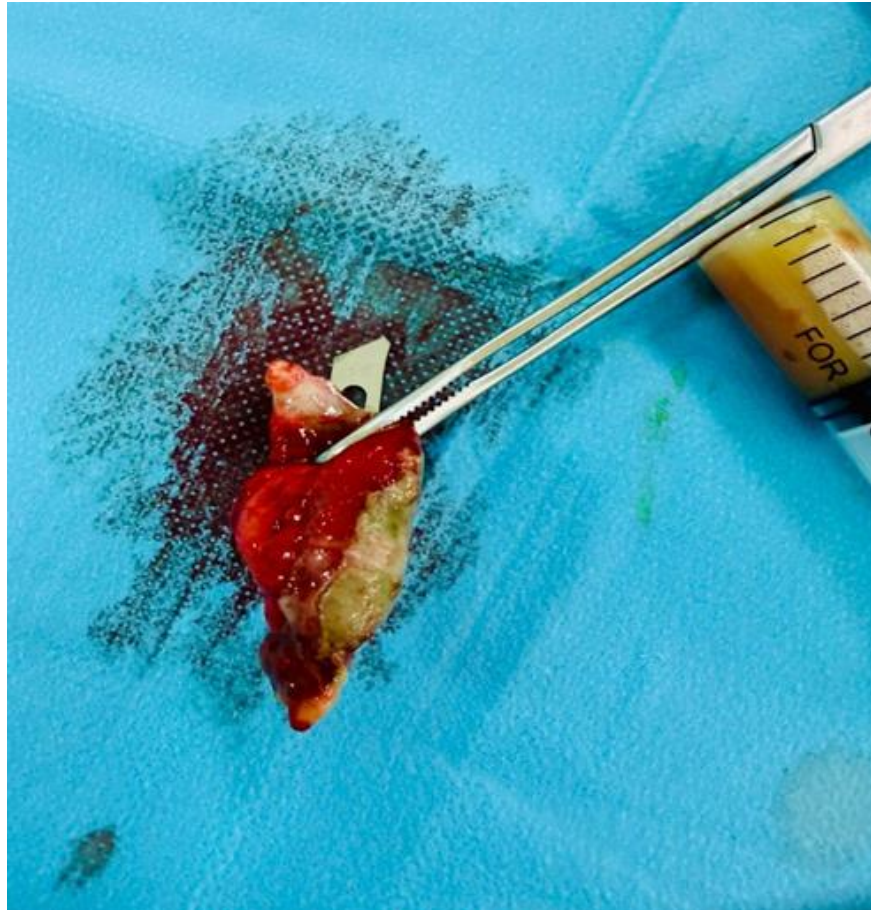


Figure 18 : Image per-opératoire montrant la pièce d'appendicectomie : appendicite suppurée perforée à sa base, avec prélèvement de l'épanchement péritonéal purulent.

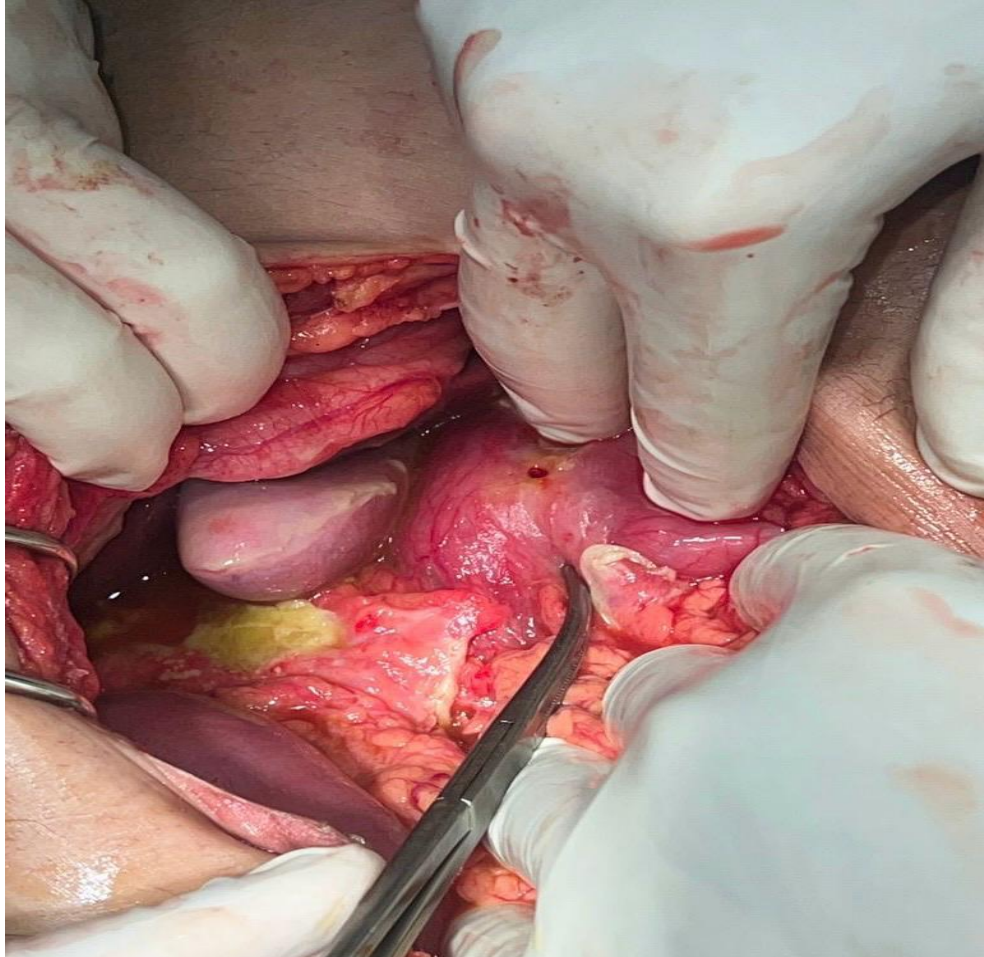


Figure 19 : Image per-opératoire objectivant une perforation prépylorique sur péritonite par perforation d'ulcère prépylorique.



Figure 20 : Image per-opératoire objectivant une plaie iléale post-traumatique (AVP), après lavage péritonéal.

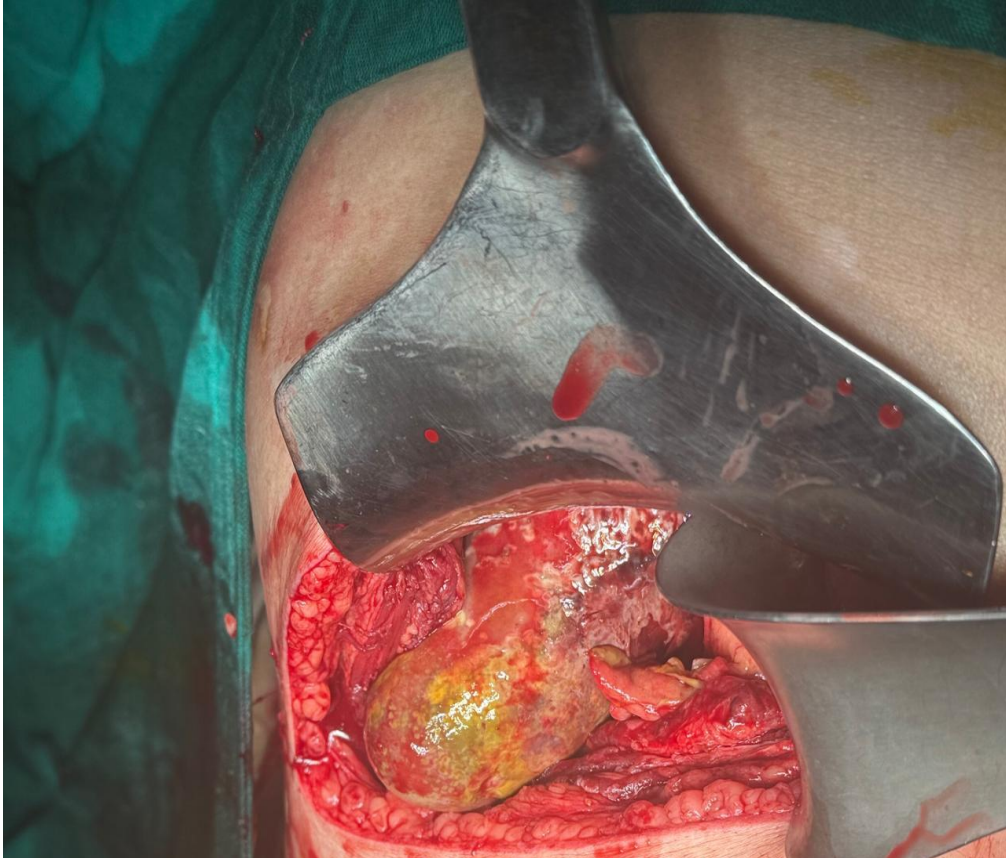


Figure 21 : Image per-opératoire objectivant une péritonite biliaire secondaire à une cholécystite gangréneuse.

1.3 Gestes opératoires :

L'intervention a consisté en l'aspiration du liquide péritonéal, suivie d'un lavage abondant de la cavité péritonéale, répété jusqu'à l'obtention d'un liquide clair. Le geste étiologique a ensuite été réalisé en fonction de la cause identifiée.

3.3-1 Le traitement étiologique :

Tableau 13: Répartition des patients selon le traitement étiologique.

Étiologie	Traitement	Fréquence	Pourcentage
Péritonite appendiculaire	Appendicectomie rétrograde	176	44 %
PPU	Suture de la perforation par des points séparés au fil résorbable après avivement des berges sans biopsies	68	17 %
	Suture de la perforation par des points séparés au fil résorbable après avivement des berges avec biopsies	55	13,75 %
Péritonite post-traumatique	Suture gastrique + sonde naso-duodénale	7	1,75 %
	Suture duodénale par des points séparés au fil résorbable + exclusion duodénale + sonde naso-jéjunale trans-anastomotique	4	1 %
	Extériorisation de la perforation gélifique	31	7,75 %
	Résection grêlique + stomie temporaire	11	2,75 %
	Suture jéjunale (2 ème anse jéjunale) + sonde naso-jéjunale trans-anastomotique	5	1,25 %
	Colostomie latérale sur baguette	1	0,25 %
	Colostomie latérale sur baguette + extériorisation de la plaie	1	0,25 %
	Suture rectale + colostomie d'amont	1	0,25 %
Péritonite sur tumeur colo-rectale perforée	Résection rectale antérieure + fermeture du moignon rectal + colostomie terminale selon Hartmann	3	0,75 %
	Résection segmentaire du colon gauche bas + fermeture du moignon rectal + colostomie terminale selon Hartmann	3	0,75 %

	Colectomie droite avec résidu macroscopique + iléo-colostomie transverse selon Bouilly-Volkmann	1	0,25 %
	Colectomie droite élargie au colon gauche + iléo-colostomie gauche selon Bouilly-Volkmann	1	0,25 %
Péritonite secondaire à une perforation sur bride	Adhésiolyse + résection grêlique + iléostomie de dérivation temporaire en canon de fusil	7	1,75 %
	Adhésiolyse + suture latérale sur baguette avec extériorisation de la perforation	1	0,25 %
Péritonite biliaire	Cholécystectomie	5	1,25 %
	Cholécystectomie + extraction du calcul de la VBP + drain de Kehr	1	0,25 %
	Extraction de prothèse biliaire + biopsie de tumeur de la tête du pancréas + drain de Kehr	1	0,25 %
Péritonite secondaire à une perforation du contenu herniaire	Résection grêlique + plicature péritonéale par voie haute + stomie temporaire	2	0,5 %
	Résection sigmoïdienne + plicature péritonéale par voie haute + colostomie selon Hartmann	1	0,25 %
	Résection grêlique + iléostomie temporaire + cure herniaire bord à bord	3	0,75 %
	Résection grêlique + iléostomie temporaire + cure en paletot	1	0,25 %
Péritonite sur MICI	Résection iléocæcale + iléocolostomie temporaire Bouilly-Volkmann	4	1%
	Résection grêlique + iléostomie temporaire canon de fusil	2	0,5 %
Péritonite tuberculo-intestinale	Résection segmentaire + stomie temporaire	3	0,75 %
Péritonite sur maladie cœliaque compliquée	Résection segmentaire intestinale + stomie temporaire	1	0,25 %



Figure 22 : Image per-opératoire objectivant une colectomie droite élargie au colon gauche réalisée pour une tumeur perforée de l'angle colique gauche.



Figure 23 :Image per-opératoire objectivant l'extraction d'un double stent biliaire, réalisée dans le cadre de la prise en charge d'une péritonite biliaire secondaire à une plaie de la voie biliaire principale, chez un patient porteur d'une tumeur localement avancée de la tête du pancréas.

3.3-2 Le type de drainage :

En fin d'intervention, un drainage a été systématiquement mis en place : un drain de Redon dans 191 cas (47,75 %), et une lame de Delbet dans 209 cas (52,25 %).

Tableau 14: Répartition des patients selon le type de drainage.

Type de drainage	Fréquence	Pourcentage
Lame de Delbet	209	52,25 %
Drain de Redon	191	47,75 %
Total	400	100 %

VI. Données évolutives :

1. La mortalité :

La mortalité dans notre série était de 4 cas, soit 1 %, survenu à la suite d'un choc septique.

2. La morbidité :

Les suites post-opératoires ont été favorables dans la majorité des cas, à l'exception de quelques complications observées chez 14 patients (3,5 %) : 6 cas de suppuration pariétale, 5 cas d'iléus paralytique transitoire et 3 cas de pneumopathie.

Tableau 15 : Répartition des patients selon la morbidité.

Morbidité	Fréquence	Pourcentage
Suppuration pariétale	6	1,5 %
Iléus paralytique transitoire	5	1,25 %
Pneumopathie du décubitus	3	0,75 %

3. Le séjour hospitalier :

La durée moyenne d'hospitalisation était de 5 jours.

4. Le recul :

Après un recul de 2 ans, deux cas d'événement post-opératoire et un cas d'occlusion sur bride ont été observés dans notre série.



I. INTRODUCTION :

La péritonite est une inflammation ou une infection aiguë du péritoine. Elle est le plus souvent secondaire à la perforation d'un organe digestif et ou à la diffusion avec ou sans brèche d'un foyer septique intra abdominal [1]. Elle constitue une affection hétérogène pouvant résulter de multiples mécanismes physiopathologiques. Selon la classification de Hambourg (1987), on distingue trois grands types de péritonites [10] :

- Les péritonites primitives dites « spontanées ou idiopathiques », à point de départ supposé hématogène, lymphatique ou transmural par translocation bactérienne à travers la paroi digestive. Elles surviennent notamment dans les contextes de cirrhose, de dialyse péritonéale ou d'infection tuberculeuse.
- Les péritonites secondaires, les plus fréquentes, ont une origine intra-abdominale clairement identifiée. Elles résultent le plus souvent de la perforation d'un organe creux, d'une nécrose intestinale, d'une complication postopératoire (comme un lâchage de suture ou d'anastomose) ou d'un traumatisme abdominal.
- Les péritonites tertiaires, correspondant à la persistance ou à la récurrence d'une infection intra-abdominale après une prise en charge initiale d'une péritonite secondaire.

Ces infections entraînent une réaction inflammatoire locale pouvant rapidement s'étendre à l'ensemble de la cavité péritonéale, évoluant vers une réponse systémique grave, un état de choc septique, voire le décès en l'absence de traitement rapide. Ainsi, la péritonite aiguë demeure une urgence médico-chirurgicale majeure, nécessitant une hospitalisation et une prise en charge précoce, associant réanimation, antibiothérapie et traitement chirurgical adapté [11,12].

II. Historique des péritonites aiguës :

L'histoire de la prise en charge des péritonites aiguës est marquée par des progrès majeurs en chirurgie et infectiologie. Avant le XIX^e siècle, la mortalité liée aux infections abdominales aiguës était extrêmement élevée en l'absence de méthodes antiseptiques [13].

L'introduction des principes antiseptiques par Joseph Lister au milieu du XIX^e siècle a révolutionné la chirurgie abdominale, permettant de réaliser des laparotomies plus sûres [13].

L'avènement des antibiotiques à partir des années 1940 a constitué un changement de paradigme en réduisant drastiquement la mortalité des infections intra-abdominales, comme le soulignent les recommandations actuelles [5].

Dans les années 1960–1970, les progrès en réanimation (ventilation mécanique, remplissage vasculaire, gestion du choc) ont encore amélioré le pronostic des péritonites [14].

À l'ère contemporaine, les recommandations internationales, notamment celles de la World Society of Emergency Surgery (WSES), ont standardisé la prise en charge moderne associant antibiothérapie ciblée et contrôle chirurgical de la source infectieuse [2].

Bien que la mortalité des péritonites aiguës reste significative dans certains contextes, elle a considérablement diminué et dépend désormais de l'étiologie, de la précocité de la prise en charge et du terrain du patient.

III. Anatomie et physiologie du péritoine :

1. Anatomie du péritoine :

1.1 Définition et description du péritoine [15,16] :

Le péritoine est une membrane séreuse continue, lisse et transparente, qui tapisse la cavité abdomino-pelvienne et **recouvre**, totalement ou partiellement, les viscères qu'elle contient. Il constitue le revêtement séreux de cette cavité et joue un rôle essentiel dans la protection, la fixation et la vascularisation des organes intra-abdominaux.

Le péritoine comprend deux feuillets en continuité l'un avec l'autre :

- **Le feuillet pariétal**, encore appelé péritoine pariétal, est appliqué sur les parois des cavités abdominale et **pelvienne**. Il est doublé profondément par une fine couche de tissu cellulo-adipeux appelée fascia propria.

- Le **feuillet viscéral**, ou péritoine viscéral, constitue le revêtement séreux des organes abdomino-pelviens.

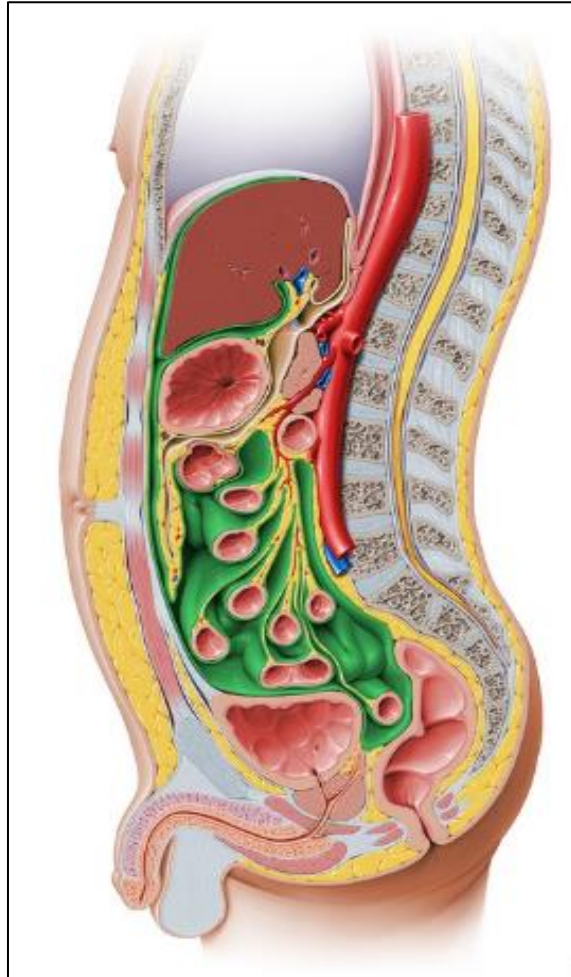


Figure 24: Coupe sagittale de la cavité abdominale [44].

Ces deux feuillets sont reliés entre eux par des **replis membraneux** qui engainent les pédicules vasculo-nerveux et assurent la communication entre la paroi et les organes. Chaque repli est formé de deux feuillets séparés par une mince lame de tissu cellulo-graisseux contenant des vaisseaux et des nerfs.

Les **replis du péritoine** sont de **plusieurs** sortes et portent différents noms selon leur disposition:

- On appelle **méso** les replis péritonéaux qui unissent à la paroi un segment du tube digestif. Le méso prend une **appellation** particulière selon l'organe qu'il

rattache: mésogastre pour l'estomac, méso-duodénum pour le duodénum, mésentère pour le jéjuno-iléon et méso-côlon pour le côlon.

- On appelle **ligament** les replis de péritoine qui relient à la paroi des organes intra-abdominaux ou pelviens ne faisant pas partie du tube digestif, tels que le foie ou l'utérus.
 - Enfin, on appelle **omentum** (ou épiploon) les replis péritonéaux qui s'étendent entre deux organes intra-abdominaux.
- On distingue deux omentums principaux :
- Le **petit omentum** (ou omentum gastro-duodéno-hépatique), qui unit le foie à l'œsophage abdominal, à la petite courbure de l'estomac et à la première portion du duodénum.
 - Le **grand omentum** (ou omentum gastro-colique), qui relie l'estomac au côlon transverse. Il descend de la grande courbure gastrique vers le bassin, en avant des anses intestinales et en arrière de la paroi abdominale antérieure.

Ainsi, le péritoine, par sa structure complexe et ses nombreux replis, joue un rôle fondamental dans la suspension, la protection et la vascularisation des viscères abdomino-pelviens.

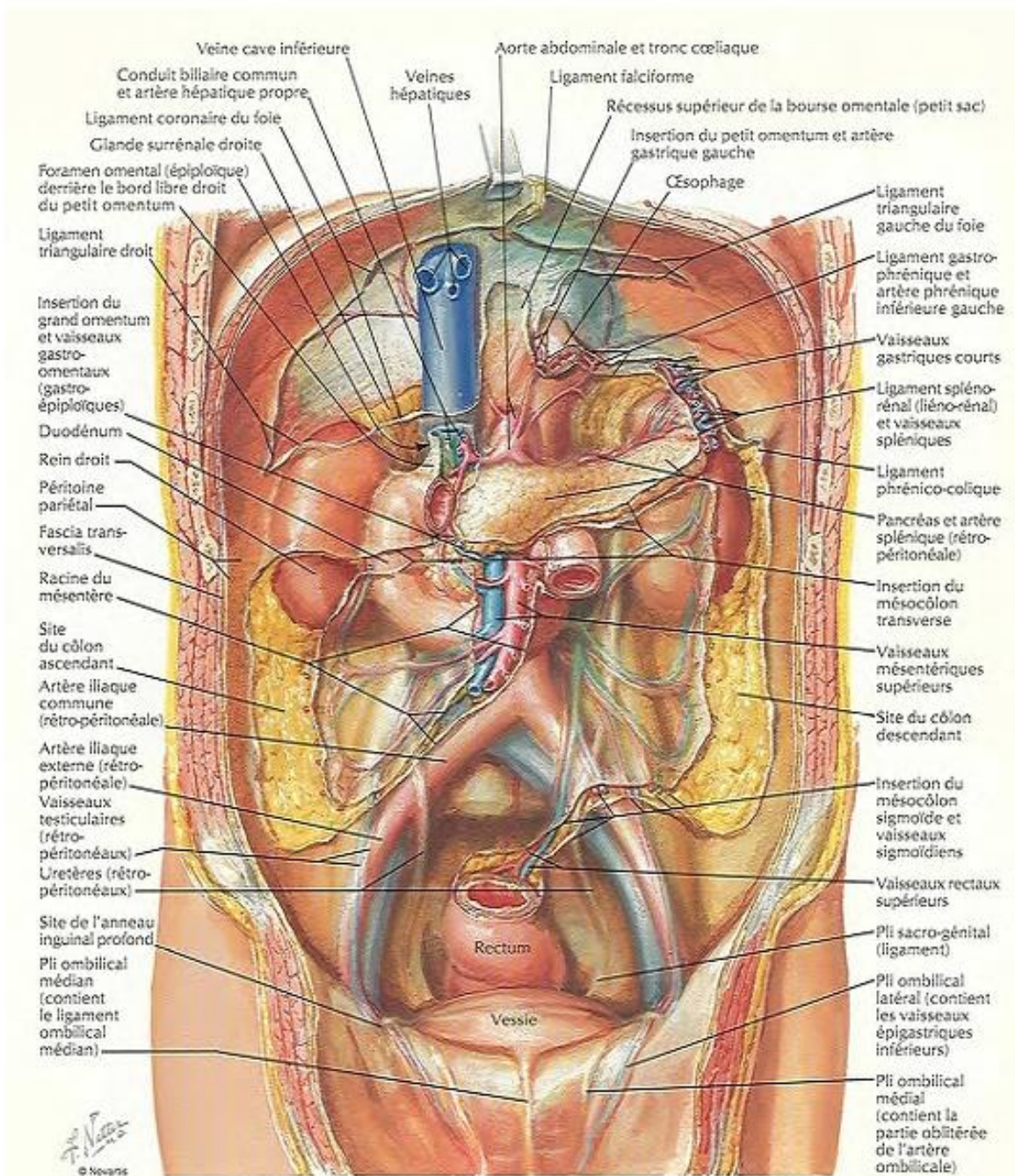


Figure 25 : Péritoine pariétal postérieur [45].

L'irrigation artérielle du péritoine pariétal est assurée de haut en bas par les branches des artères intercostales, lombaires, épigastriques et circonflexes, provenant directement de l'aorte, de l'artère iliaque externe ou de l'artère fémorale. Le péritoine viscéral, quant à lui, reçoit sa vascularisation des branches issues des troncs cœliaque et mésentériques, assurant ainsi l'apport sanguin aux viscères qu'il recouvre [17,18].

Le drainage veineux du péritoine viscéral s'effectue par l'intermédiaire des veines mésentériques, qui convergent vers la veine porte, principale voie de retour sanguin vers le foie [17,18].

La séreuse péritonéale ne possède pas de réseau lymphatique propre. Le drainage lymphatique se fait essentiellement par un système juxta-diaphragmatique composé de fenêtres mésothéliales, à travers lesquelles la lymphe de la cavité péritonéale rejoint les vaisseaux lymphatiques du diaphragme, puis le canal thoracique avant d'être déversée dans la circulation systémique [17,18].

L'innervation du péritoine est très inégalement répartie. Certaines zones présentent une hypersensibilité particulière, ce qui leur confère une grande valeur sémiologique en cas d'inflammation péritonéale. Les principales régions concernées sont [19]:

- le **diaphragme**, dont l'irritation peut provoquer un **hoquet réflexe** ;
- la région du **nombril**, où la palpation digitale déclenche le « **cri ombilical** » ;
- et le **cul-de-sac de Douglas**, dont la stimulation lors d'un toucher pelvien induit une **douleur vive**.

Ces zones correspondent à des territoires d'innervation dense. En pathologie, toute irritation ou inflammation du péritoine se traduit souvent par une contracture réflexe des muscles de la sangle abdominale, phénomène considéré comme quasi pathognomonique des syndromes péritonéaux [19].

1.2 Rapports du péritoine avec les organes [16,18] :

Selon leur position par rapport aux feuillets péritonéaux, les viscères abdomino-pelviens peuvent être classés en trois grands groupes anatomiques :

- **Viscères intra-péritonéaux :**

Ces organes sont entièrement enveloppés par le péritoine viscéral et suspendus à la paroi postérieure de l'abdomen par des replis péritonéaux appelés mésos.

Le foie est recouvert de péritoine sur la majorité de ses faces, à l'exception de la zone nue (area nuda), et relié au diaphragme ainsi qu'à la paroi antérieure par plusieurs ligaments.

La rate est totalement enveloppée par le péritoine, unie au côlon et à la paroi abdominale par les ligaments gastro-splénique et spléno-colique.

L'estomac, l'intestin grêle, le côlon transverse et le côlon sigmoïde sont suspendus à la paroi postérieure par leurs mésos respectifs, ce qui leur confère une certaine mobilité.

- **Viscères rétro-péritonéaux :**

Ces organes sont situés en arrière du péritoine, ne présentant un revêtement péritonéal que sur leur face antérieure. Il s'agit notamment des reins, du pancréas, du côlon ascendant et descendant, ainsi que du tiers supérieur du rectum .

- **Viscères sous-péritonéaux :**

Ces organes se trouvent au-dessous du péritoine et ne sont recouverts que sur leur face supérieure. On y retrouve la vessie, l'utérus et les trompes utérines.

Les rapports anatomiques du péritoine avec ces différents organes expliquent en partie la propagation des processus infectieux et la topographie des douleurs observées au cours des péritonites aiguës.

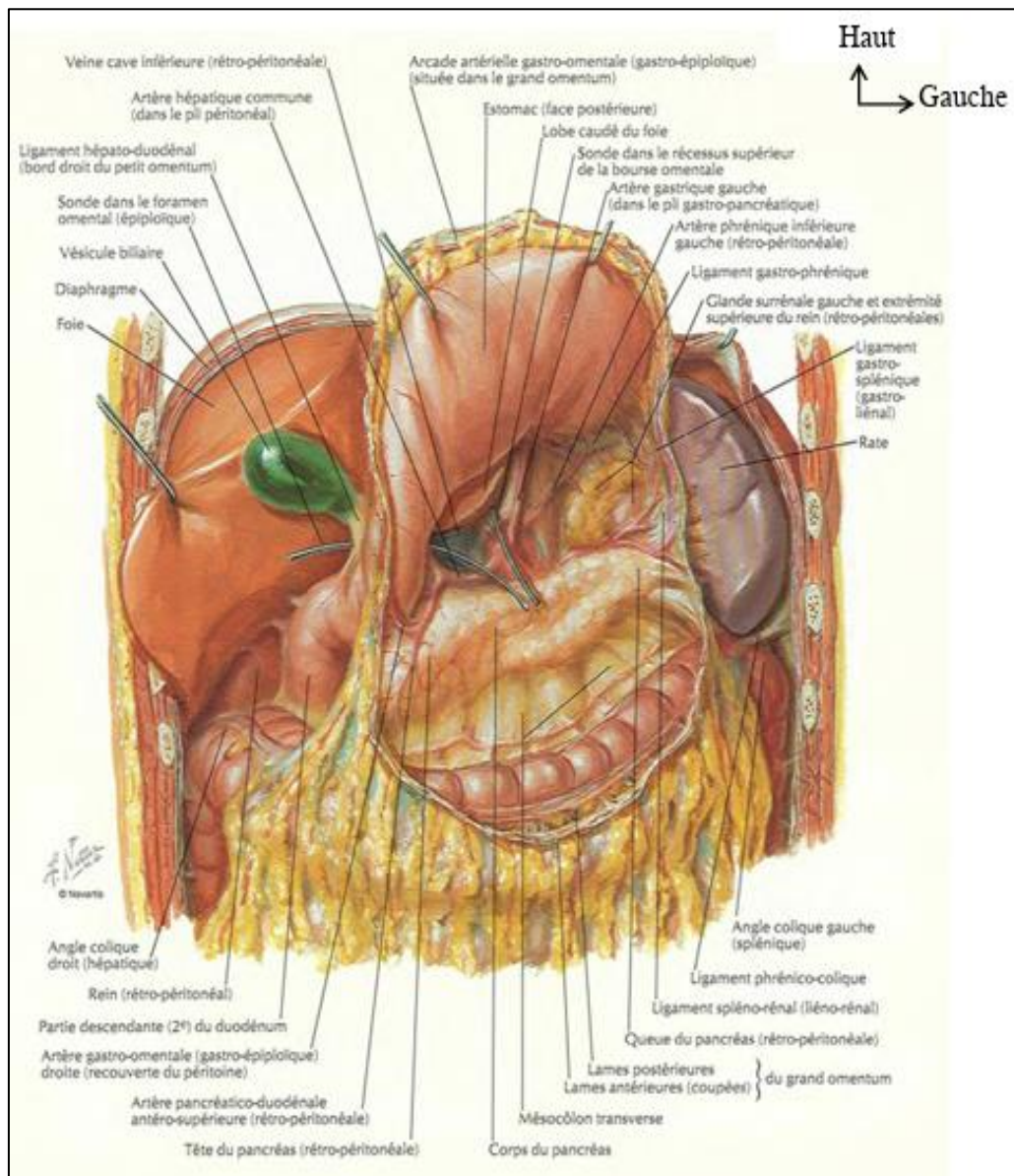


Figure 26 : Rapports du péritoine avec les organes [46].

1.3 Anatomie topographique de la cavité abdominale [20] :

La cavité abdominale s'étend de la face inférieure du diaphragme jusqu'au petit bassin. Elle empiète, en haut, sur la cage thoracique (région thoraco-abdominale) et se prolonge, en bas et en arrière, dans le grand bassin (région abdomino-pelvienne).

La racine du mésocolon transverse, tendue transversalement d'un hypochondre à l'autre, divise la cavité abdominale en deux étages :

- un étage sus-mésocolique,

- et un étage sous-mésocolique.

L'étage sus-mésocolique correspond, sur la paroi abdominale, aux hypochondres droit et gauche et à la région épigastrique. Il renferme principalement l'œsophage abdominal, l'estomac, le duodéno-pancréas, la rate, le foie et les voies biliaires.

L'étage sous-mésocolique correspond aux flancs droit et gauche, aux régions ombilicale et hypogastrique ainsi qu'aux fosses iliaques. Il contient le jéjuno-iléon, le côlon, le rectum, la vessie et, chez la femme, les organes génitaux internes.

Sur le plan topographique, plusieurs loges péritonéales sont décrites :

- À l'étage sus-mésocolique : la loge sous-phrénique droite, située entre la face supérieure du foie et la coupole diaphragmatique droite, divisée en deux parties par le ligament falciforme ; la loge sous-phrénique gauche, limitée par la coupole diaphragmatique gauche, l'estomac en dedans et la rate en bas ; la poche rétrogastrique (ou arrière-cavité des épiploons) ; et l'espace sous-hépatique, connu en imagerie sous le nom de loge de Morrison.
- À l'étage sous-mésocolique : les gouttières pariéto-coliques droite et gauche, situées entre le côlon (ascendant ou descendant) et la paroi latérale de l'abdomen ; la loge supra-mésentérique, entre le mésentère et le méso-côlon ascendant ; et la loge infra-mésentérique, entre le mésentère et le méso-côlon descendant. La cavité abdominale se termine en bas par le cul-de-sac recto-génital (de Douglas), zone la plus déclive de la cavité péritonéale.

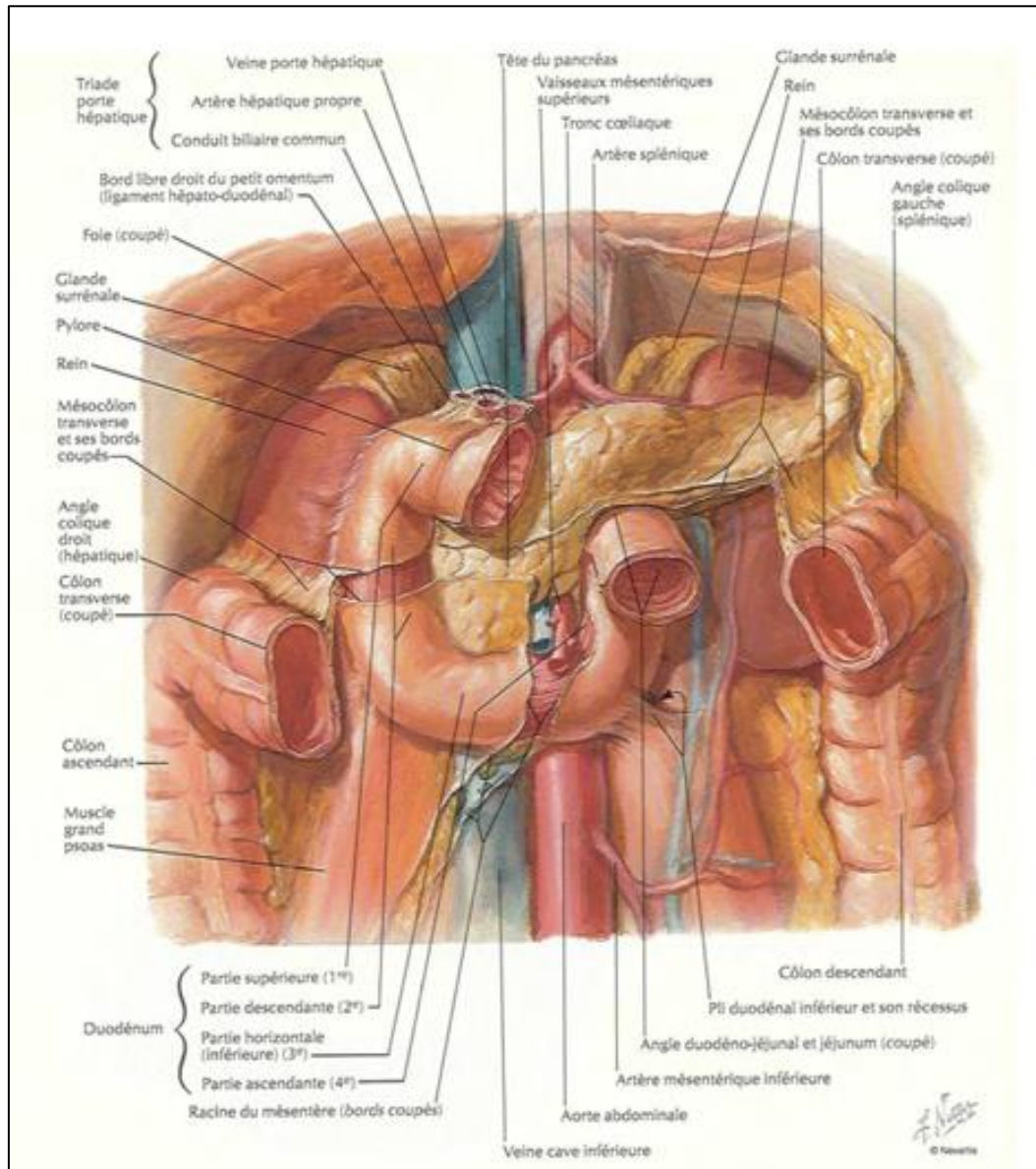


Figure 27 : Différentes loges péritonéales [47].

2. Physiologie du péritoine:

Le péritoine est une membrane séreuse active qui contribue à l'homéostasie abdomino-pelvienne en assurant les fonctions de sécrétion, résorption, défense immunitaire et réparation tissulaire [21,22].

- **Sécrétion péritonéale :**

Le liquide péritonéal est dérivé en grande partie de l'interstitium et des micro-capillaires du péritoine, constituant un film lubrifiant très mince entre les viscères, lequel permet les mouvements glissants des organes abdominaux [21,22].

Chez l'adulte sain, ce liquide est en quantité modeste (quelques dizaines de millilitres) — bien que le volume exact ne soit pas universellement mesuré dans la littérature — et il est généralement plus abondant chez le nouveau-né ou en situation pathologique [21].

- **Résorption péritonéale [22,23] :**

Le péritoine fonctionne comme une membrane semi-perméable, permettant l'échange de fluides et de petites molécules par diffusion, osmose et via les voies lymphatiques.

La surface d'échange de cette membrane est estimée à une valeur comparable à celle de la peau, de l'ordre de 1 à 2 m², ce qui lui confère une capacité significative d'absorption et d'échange.

La résorption est plus rapide pour les liquides et les petites molécules hydrosolubles que pour les macromolécules ou les lipides. Le système lymphatique, notamment sous-diaphragmatique, joue un rôle majeur dans le drainage des liquides péritonéaux.

L'absorption est également influencée par la vascularisation locale et la richesse lymphatique — par exemple, des zones comme le diaphragme et le grand omentum sont plus actives que les régions moins bien vascularisées.

- **Propriétés de défense [22,24] :**

Le péritoine exerce une fonction immunitaire importante : les cellules mésothéliales péritonéales produisent des cytokines, participent à la phagocytose et interagissent avec les composants du système immunitaire pour contenir les foyers inflammatoires.

Le grand omentum, riche en zones immunitaires (« milky spots »), est souvent décrit comme un policier abdominal pour sa capacité à localiser et isoler les foyers infectieux intra-abdominaux. Cette fonction défensive contribue à limiter la dissémination des infections ou des substances étrangères dans la cavité péritonéale.

- **Propriétés plastiques et réparatrices [22] :**

Le péritoine possède une capacité de réparation tissulaire remarquable. Après lésion mésothéliale, les cellules mésothéliales, en conjonction avec le tissu conjonctif sous-jacent intact, peuvent restaurer la surface séreuse via migration cellulaire, prolifération et fibrinolyse locale.

Après une lésion, on observe rapidement (quelques heures) une réaction vasculaire locale (hyperhémie) suivie de dépôt de fibrine qui sert de matrice temporaire. Une activation progressive de la fibrinolyse intervient dans les 48–72 h, permettant la résolution des adhérences précoces si aucune inflammation persistante ne s'installe.

Dans des modèles expérimentaux, la restitution fonctionnelle de la couche mésothéliale peut survenir en 7 à 10 jours, bien que ce délai dépende de la nature de la lésion et des conditions locales.

IV. ÉCOLOGIE BACTÉRIENNE DU TUBE DIGESTIF :

Le tube digestif humain héberge plusieurs centaines d'espèces bactériennes et constitue le principal réservoir microbiotique de l'organisme, représentant une source majeure de germes en cas de péritonite aiguë [25,26].

La densité bactérienne augmente progressivement le long du tube digestif : elle est très faible dans l'estomac et le duodénum, croît dans l'intestin grêle et atteint son maximum dans le côlon [27].

La flore intestinale est dominée par des bactéries anaérobies strictes, celles-ci surpassent largement les formes aérobies ou facultatives dans les régions de forte densité bactérienne [27].

Au niveau taxonomique, les phylum Bacteroidetes et Firmicutes regroupent la majorité des bactéries intestinales chez l'adulte sain, incluant des genres tels que Bacteroides, Clostridium et Eubacterium [26,27].

Les bactéries aérobies ou facultatives, notamment les entérobactéries, les streptocoques et les entérocoques, sont présentes mais jouent un rôle minoritaire dans la flore stable de l'intestin [27].

Sur le plan topographique, la densité microbienne est faible dans les segments proximaux du tube digestif et élevée dans le côlon, où prédominent les anaérobies stricts [27].

Au Maroc, les études d'Allali et al [28] ainsi que les travaux de Benhamou [29] ont mis en évidence la spécificité du microbiote intestinal marocain, influencée par les habitudes alimentaires et les facteurs environnementaux.

La flore intestinale joue également un rôle essentiel dans la barrière immunologique, contribuant à la prévention de la colonisation par des pathogènes et à la modulation des réponses immunitaires intestinales. De plus, certaines populations bactériennes présentent une résistance naturelle ou acquise aux antibiotiques, un facteur important à considérer dans la gestion des infections secondaires [26, 30].

Lors d'une perforation ou d'une fuite de contenu intestinal dans la cavité péritonéale, la flore intestinale devient une source majeure de contamination, à l'origine d'infections polymicrobiennes [31].

Ces infections associent fréquemment des bactéries facultatives comme *Escherichia coli* et des anaérobies stricts tels que *Bacteroides fragilis* [31].

Ainsi, la densité et la diversité croissantes de la flore vers le côlon expliquent le caractère souvent polymicrobien des péritonites secondaires.

V. Physiopathologie de la péritonite aiguë [32,33,34] :

La péritonite aiguë est la conséquence de la diffusion d'un processus infectieux intra-abdominal vers le péritoine. Cette diffusion entraîne des altérations locales et générales qui s'enchaînent et se potentialisent, constituant un véritable cercle vicieux.

1. Péritonite localisée:

La réaction initiale à la dissémination microbienne provoque en quelques heures une dilatation capillaire et une augmentation de la perméabilité péritonéale. Un épanchement liquidien septique, riche en fibrine, se forme dans la zone d'inflammation. La fibrine, associée aux replis naturels du péritoine, tend à circonscrire le processus infectieux. Lorsque la charge bactérienne est modérée et que les défenses locales sont suffisantes, le processus reste localisé, pouvant évoluer vers la guérison, la constitution d'un plastron ou la formation d'un abcès intra-abdominal. En revanche, si la contamination est massive, la virulence élevée ou l'immunité déficiente, le processus se généralise à l'ensemble de la cavité péritonéale, réalisant une péritonite généralisée.

2. Péritonite généralisée :

Dans la péritonite généralisée, le péritoine devient inflammatoire, épaissi et fragile. L'augmentation de la perméabilité péritonéale entraîne une séquestration liquidienne intrapéritonéale, une hypovolémie et des pertes électrolytiques et protidiques importantes pouvant atteindre 4 à 6 litres par 24 heures. La réabsorption péritonéale est altérée, favorisant la déshydratation et l'insuffisance rénale fonctionnelle. Le passage de toxines bactériennes dans la circulation générale provoque une réaction systémique avec septicémie, choc septique et activation des médiateurs inflammatoires responsables d'une hyperperméabilité vasculaire généralisée.

3. Répercussions viscérales et générales :

L'insuffisance rénale débute de façon fonctionnelle, par hypoperfusion, puis devient lésionnelle en raison de l'ischémie prolongée et des effets toxiques bactériens. L'hyperkaliémie qui en résulte aggrave le pronostic vital. L'insuffisance respiratoire survient précocement, dans le cadre d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë de l'adulte (SDRA), conséquence de l'activation des polynucléaires neutrophiles et de leur adhésion à l'endothélium pulmonaire, entraînant une hypoxie sévère. L'acidose métabolique s'installe en rapport avec l'hypoperfusion et l'hypoxie tissulaire, tandis que le catabolisme musculaire et

la consommation protéique hépatique augmentent considérablement, provoquant une défaillance nutritionnelle rapide. Sur le plan hépatique, l'ischémie prolongée et l'effet des endotoxines entraînent une cytolyse, un ictère et une chute des facteurs de coagulation. Sur le plan hématologique, la coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) est liée à la consommation des facteurs de coagulation, avec tendance hémorragique.

4. Conséquences globales :

La gravité de la péritonite aiguë repose sur trois risques majeurs :

- Risque infectieux : septicémie, choc endotoxinique ;
- Risque hémodynamique : hypovolémie, choc circulatoire ;
- Risque respiratoire : atélectasies, broncho-pneumopathies, syndrome de détresse respiratoire aiguë.

L'évolution se fait vers une défaillance multiviscérale, marquant le stade ultime de la maladie et engageant le pronostic vital.

VI. Anatomopathologie des péritonites aiguës :

1. Rappel histologique du péritoine normal [16,35,36] :

Le péritoine est une membrane séreuse composée de deux couches :

- **Couche mésothéliale** : épithélium pavimenteux simple reposant sur une membrane basale, assurant la sécrétion de liquide péritonéal et participant aux fonctions immunitaires locales (phagocytose, présentation antigénique).
- **Couche sous-mésothéliale** : tissu conjonctif lâche riche en fibres collagènes et élastiques, vascularisation dense (capillaires et lymphatiques) et cellules immunitaires résidentes (macrophages, mastocytes, lymphocytes).

2. Lésions anatomopathologiques des péritonites aiguës :

2.1. Aspect macroscopique [2,3] :

- **Péritonite localisée** : hyperhémie, œdème et exsudat séreux ou séro-fibrineux. Les anses intestinales adjacentes peuvent être distendues et atones.

- **Péritonite généralisée** : péritoine rouge violacé, œdématié, recouvert de fausses membranes fibrino-purulentes. L'épanchement peut être séreux, purulent, bilieux ou stercoral selon l'étiologie. Le grand épiploon peut se mobiliser pour former un plastron.

2.2. Aspect microscopique [36,37,38] :

- **Péritonite séreuse (précoce)** : congestion vasculaire, œdème interstitiel, infiltration initiale par polynucléaires neutrophiles, desquamation des cellules mésothéliales.
- **Péritonite fibrino-purulente** : infiltration massive de polynucléaires, nécrose mésothéliale, extravasation de fibrine, congestion vasculaire intense, zones de nécrose tissulaire.
- **Formation d'adhérences** : migration de fibroblastes, angiogenèse et dépôt de collagène, pouvant conduire à la fibrose péritonéale en cas d'infection persistante.

2.3. Selon l'étiologie :

- **Appendiculaire** : nécrose pariétale avec perforation, formation possible d'un phlegmon appendiculaire [39].
- **Perforation d'ulcère gastroduodénal** : solution de continuité transmurale, inflammation chimique initiale suivie de surinfection bactérienne [40,41].
- **Colique** : micro-perforations diverticulaires, nécrose tumorale ou ischémique [35].
- **Biliaire** : inflammation chimique avec stéatose et nécrose graisseuse, infection bactérienne secondaire [42].

3. Modifications immunopathologiques [37,38]:

Au niveau cellulaire et moléculaire : activation des macrophages péritonéaux, libération de cytokines pro-inflammatoires (TNF- α , IL-1, IL-6), recrutement massif de polynucléaires et monocytes, activation du complément et risque de CIVD.

4. Évolution anatomopathologique [2,3]:

- **Contrôle efficace de l'infection** : résorption de l'exsudat, régénération du mésothélium, fibrinolyse, disparition des adhérences précoces.

- **Échec thérapeutique** : péritonite tertiaire, abcès organisés, adhérences fibreuses définitives, sclérose péritonéale et défaillance multiviscérale.
-

VII. Données épidémiologiques :

1. La fréquence :

La fréquence des péritonites aiguës dans notre série était de **6,55 %**.

Tableau 16 : Fréquence des péritonites aiguës selon les auteurs.

Auteur	M. Traore [43]	D. Diakite [49]	I. Azagaou [8]	Notre série
Fréquence	14,10 %	10,4 %	9,8 %	6,55 %

De cette comparaison, on note que la fréquence des péritonites aiguës dans notre série (6,55 %) est plus faible que dans les autres études. Cette différence peut s'expliquer par le nombre total d'hospitalisations plus élevé dans notre série, les critères d'inclusion des patients, ou encore la prise en charge précoce des urgences abdominales dans notre centre.

2. L'âge :

L'âge moyen de nos patients était de 36,4 ans avec des extrêmes allant de 15 à 84 ans. Dans notre série, on constate que les péritonites aiguës touchent surtout l'adulte jeune, avec un pic de fréquence entre 25 et 35 ans.

Tableau 17 : Résultats comparés selon L'âge.

Auteur	Année	Pays/ville	Age moyen	Tranche d'âge
M.Traore [43]	2025	Mali	27 ans	7 – 69 ans
S.Bazhar [9]	2024	Rabat	40,5 ans	15 – 94 ans
Buhendwa J.P. et al. [49]	2024	RD Congo	45 ans	1 – 80 ans
Choua O. et al. [50]	2017	Tchad	25,87 ans	15 – 70 ans
N.B.G. Prasad et al. [51]	2016	Inde	39,57 ans	10 – 82 ans
I.Azagaou [8]	2011	Marrakech	39,2 ans	15 – 77 ans
Notre série	2025	Marrakech	36,4 ans	15 – 84 ans

Cette comparaison montre que nos résultats concordent avec ceux rapportés dans la littérature.

Les péritonites aiguës touchent préférentiellement le sujet jeune, ce qui peut s'expliquer par la fréquence de certaines pathologies dans cette tranche d'âge, notamment les complications de l'appendicite, les ulcères gastroduodénaux et les infections digestives.

Par ailleurs, la structure démographique des populations, caractérisée par une proportion importante de sujets jeunes dans de nombreux contextes, pourrait également contribuer à cette distribution.

3. Sexe :

La prédominance masculine des péritonites aiguës a été rapportée par tous les auteurs, et elle se retrouve également dans notre série, avec un sexe ratio de 4,1 en faveur des hommes.

Tableau 18 : Résultats comparés selon le sexe.

Auteur	Année	Nombre	Homme	Femme
M.Traore (Mali) [43]	2025	66	52 %	48 %
S.Bazhar (Maroc / Rabat) [9]	2024	150	67,80 %	32,20 %
H. M. Al Bisher et al. (Arabie saoudite) [52]	2023	450	62 %	38 %
A. Bhaskar et al. (Inde) [53]	2020	50	80 %	20 %
Choua O. et al. (Tchad) [50]	2017	492	86,80 %	13,20 %
I. Azagaou (Maroc / Marrakech) [8]	2011	360	91 %	9 %
Notre série	2025	400	80,5 %	19,50 %

4. Les antécédents :

Vu la fréquence élevée des péritonites par perforation d'ulcère dans notre série (123 cas), l'étude des antécédents d'ulcère est capitale pour le diagnostic positif, pour le choix thérapeutique et la détermination du pronostic immédiat et à long terme de ce type de péritonite.

En effet, l'âge de la maladie ulcéreuse est un facteur pronostique qui intervient dans le choix de la modalité thérapeutique, et l'évolution à long terme [56].

Tableau 19 : Résultats comparés selon les antécédents ulcéreux dans notre série et dans la littérature.

Auteur	Nombre	Ulcère confirmé	Epigastralgies chroniques
S. Marikou [54]	51	11,70 %	45,20 %
H. B. Diaby [55]	302	18,90 %	32,50 %
I. Azagaou [8]	360	10,30 %	41,20 %
A. Siddeye [56]	120	10,83 %	48,33 %
B. El Hamidi [57]	247	13,4 %	38,1 %
Notre série	400	4,25 %	23 %

Tous les auteurs relèvent une fréquence relativement faible des ulcères confirmés, ce qui peut s'expliquer par l'absence de suivi correct de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale et par la sous-médicalisation des patients. Par ailleurs, la proportion plus élevée de patients présentant des épigastralgies chroniques souligne le retard diagnostique et la survenue soudaine de complications chez des patients dont la maladie ulcéreuse n'avait pas été précédemment détectée.

5. Les facteurs favorisant des PPU :

5.1 Socio-économiques :

Les conditions socioéconomiques défavorables jouent un rôle important et direct dans la survenue des péritonites aiguës généralisées, en particulier les perforations duodénales ou gastriques. Cela s'explique par les difficultés d'accès aux soins, le coût élevé du traitement médical et la mauvaise observance thérapeutique [58].

Dans notre série, 74 % de nos malades présente un niveau socioéconomique bas ce qui rejoint les données avancées par Azagaou [8] qui est de 85 %.

5.2 Le jeûne :

Pendant le Ramadan, les changements dans les habitudes alimentaires et le jeûne favorisent une augmentation de l'acidité gastrique, contribuant à une hausse significative des complications de l'ulcère, notamment la perforation et l'hémorragie. La fin d'après-midi

apparaît comme la période du nycthémère où l'acidité gastrique est maximale, probablement sous l'effet de mécanismes vagues actifs pendant le jeûne. À l'inverse, l'élévation du pH observée entre 11 h et 13 h, en l'absence de prise alimentaire, pourrait résulter d'un relâchement de cette stimulation vagale ou de l'action d'autres mécanismes régulateurs. Il convient toutefois de souligner que, à ce jour, seules certaines modifications physiologiques de la sécrétion acide gastrique pendant le Ramadan ont été élucidées [59].

Dans notre série, 48 cas de PPU sont survenus pendant le mois de ramadan, ce qui représente 39% des péritonites par perforation d'ulcère. Ce taux est proche de celui rapporté par Azagaou (29,8 %) et de celui retrouvé par Baghdad (23 %) [59].

5.3 Prise d'anti-inflammatoires :

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les corticoïdes sont bien incriminés dans le déclenchement des perforations des ulcères gastroduodénaux, et d'autres complications de la maladie ulcéreuse. Ces médicaments considérés comme ulcérogènes puisqu'ils réduisent les capacités de défense de la muqueuse gastroduodénale qui devient alors vulnérable à l'action des acides gastriques [60,61,62]. La connaissance de cette notion est importante pour la conduite thérapeutique, puisque certains auteurs recommandent que la suture simple (omental patch) reste la technique standard dans ces conditions [40].

Dans notre série, 32 patients, avaient la notion de prise d'AINS soit 8 %.

5.4 Les habitudes toxiques :

Le tabac et l'alcool sont connus comme des facteurs fragilisant la muqueuse digestive par irritation chronique, et par conséquent, favorisant les perforations des ulcères gastroduodénaux [40,63]. Dans notre série, 118 patients, sont tabagiques ou alcoolotabagique soit 29,5 %.

Tableau 20 : Résultats comparés selon les antécédents médicamenteux et toxique.

Auteur	Nombre	Patients exposés aux AINS	Patients tabagiques ou alcoolotabagiques
A. Rabi [41]	1004	8,06 %	81,47 %
I. Azagaou [8]	360	9,28 %	42,5 %
A. Siddeye [56]	120	23,33 %	34,16 %

L'hélgouarc'h et al [64]	35	14,2 %	42,8 %
Notre série	400	8 %	29,5 %

Les résultats de **Rabi (8,06 %)** et d'**Azagaou (9,28 %)** sont très proches de ceux observés dans notre série (**8 %**), suggérant l'existence de contextes comparables, notamment en ce qui concerne l'accessibilité aux médicaments et les pratiques d'automédication.

En revanche, **Siddeye et El Hergouach et al.** rapportent des proportions plus élevées de patients exposés aux AINS, respectivement **23,33 %** et **14,2 %**.

Cette différence pourrait s'expliquer par une **disponibilité plus large des anti-inflammatoires non stéroïdiens** et une **automédication plus fréquente** dans leurs populations d'étude, mais également par des **différences méthodologiques**, notamment un **effectif plus réduit** et des **critères d'inclusion différents**, susceptibles d'influencer les résultats.

Il existe une relation positive entre le tabagisme ou l'alcool-tabagisme et la survenue des péritonites par perforation d'ulcère. Dans notre série, la proportion de patients tabagiques ou alcool-tabagiques est de **29,5 %**.

Ce résultat est **proche de celui rapporté par Siddeye (34,16 %)**.

Les écarts observés avec certaines autres séries pourraient s'expliquer par des **différences méthodologiques**, notamment la taille de l'échantillon et les critères d'inclusion. Par ailleurs, une **sous-déclaration de la consommation de tabac et d'alcool** de la part des patients pourrait également contribuer à une sous-estimation de cette exposition.

6. Durée entre début de la symptomatologie et prise en charge :

La durée entre début de la symptomatologie et hospitalisation varie entre quelques heures et 3 semaines. La majorité des patients (**64,5 %**) ont été hospitalisés après un délai supérieur ou égal à 72 heures, traduisant un retard de consultation important. Seuls **8 %** des patients ont été admis dans les 24 premières heures suivant l'apparition des symptômes.

Tableau 21 : Résultats comparés selon la durée entre début de la symptomatologie et prise en charge.

Auteur	Année	Nombre	Durée < 72h	Durée > ou = 72h
M.Traore [43]	2025	66	31,8 %	68,2 %
D. Diakite [49]	2023	55	17 %	83 %
L. S. Traore [65]	2014	202	16,8 %	83,2 %
Notre série	2025	400	40 %	60 %

De cette comparaison, on déduit que nos résultats concordent avec ceux de la littérature et que le diagnostic est encore souvent posé à un stade avancé. Ceci s'explique par le retard de consultation, le recours tardif aux soins et les moyens limités dans certaines structures.

VIII. Données cliniques :

Le diagnostic de la péritonite repose essentiellement sur l'examen clinique, qui permet dans la majorité des cas d'identifier rapidement le tableau. Les examens para-cliniques contribuent à en préciser l'étiologie et à orienter la stratégie thérapeutique, mais ne doivent en aucun cas retarder la prise en charge opératoire, compte tenu du caractère urgent de cette pathologie [34].

1. Les signes fonctionnels :

Tableau 22 : Résultats comparés selon les signes fonctionnels.

Auteur	Nombre	Douleur abdominale	Vomissements	Arrêt des matières et gaz
S. Abro et al (Pakistan 2021) [66]	100	100 %	66,00 %	ND
A Bhaskar et al (Inde 2019) [53]	50	100%	56,00 %	ND
O. Choua (Tchad 2017) [50]	492	100%	47,10%	41,40%
L.S. Traore (Mali 2014) [65]	202	100%	71,30%	11,90%
I. Azagaou (Maroc 2011) [8]	360	100%	71,50%	8,05%

Les péritonites aiguës

Notre série	400	100%	79,50%	4,50%
-------------	-----	------	--------	-------

Dans notre série, la douleur abdominale est un signe constant, retrouvée chez 100 % des patients, ce qui concorde avec l'ensemble des séries de la littérature où elle représente également le signe fonctionnel majeur et universel (S. Abro, A. Bhaskar, L.S. Traoré, O. Choua et I. Azagaou : 100 %).

Les vomissements viennent en deuxième position et ont été notés chez 79,5 % de nos patients. Ce taux est supérieur à ceux rapportés par A. Bhaskar (56 %) et O. Choua (47,1 %), mais il se rapproche des séries de L.S. Traoré (71,3 %) et d'I. Azagaou (71,5 %). Ces variations d'une série à l'autre s'expliquent par la diversité des étiologies rencontrées, certaines causes de péritonite étant plus associées aux vomissements.

Concernant l'arrêt des matières et des gaz, il a été retrouvé chez 4,5 % de nos patients. Ce taux est nettement inférieur à celui rapporté par O. Choua (41,4 %). Cette différence s'explique par le fait que la série de Choua comporte une proportion importante de péritonites traumatiques, chez lesquelles l'iléus paralytique et l'arrêt du transit sont beaucoup plus fréquents. Dans les péritonites non traumatiques ce signe est moins constant et souvent tardif.

Globalement, nos résultats concordent avec ceux de la littérature, confirmant que la douleur abdominale constitue le signe principal, tandis que les autres signes fonctionnels restent variables selon l'étiologie et le contexte clinique.

2. Les signes généraux :

Tableau 23 : Résultats comparés selon les signes généraux.

Auteur	A Bhaskar et al (Inde 2019) [53]	M. Traore (Mali 2025) [43]	I. Azagaou (Maroc 2011) [8]	Notre série
Fièvre	50 %	65,20 %	42,20 %	69,50 %
Hypotension artérielle	22 %	ND	ND	0,75 %
Tachycardie	58 %	50 %	ND	51,75 %

Dans notre série, la fièvre a été observée chez 69,5 % des patients, un taux comparable à celui de M. Traoré (65,2 %) et supérieur à ceux rapportés par A. Bhaskar (50 %) et I. Azagaou (42,2 %). Ces variations s'expliquent essentiellement par le délai de consultation, la sévérité

du processus infectieux et la prédominance de certaines étiologies plus associées au syndrome inflammatoire. La tachycardie a été notée chez 51,75 % des patients, ce qui concorde avec les autres séries. L'hypotension artérielle a été retrouvée chez 0,75 % de nos patients, un taux inférieur à celui de Bhaskar (22 %), reflétant les variations normales selon le contexte clinique et le délai de consultation.

Globalement, nos résultats sont cohérents avec la littérature : la fièvre et la tachycardie constituent les principaux signes généraux des péritonites aiguës, tandis que l'hypotension reste plus inconstante. Les différences observées entre les séries sont attendues et explicables par la diversité des populations et des situations cliniques.

3. Les signes physiques :

Le signe clinique clé d'une péritonite aiguë est la contracture abdominale, définie comme une contraction rigide, tonique, involontaire, permanente et douloureuse des muscles de la paroi abdominale [34,67].

La défense abdominale, la douleur à la palpation du cul-de-sac de Douglas lors du toucher rectal, ou encore la douleur vive à la décompression brusque d'une fosse iliaque présentent la même valeur sémiologique que la contracture et traduisent une irritation péritonéale [67].

Dans certaines situations, la péritonite peut se manifester de manière peu évidente, avec une symptomatologie atypique, rendant le diagnostic délicat et retardant la prise en charge, ce qui a des conséquences pronostiques importantes [68].

Tableau 24 : Résultats comparés selon les signes physiques.

Auteur	Contracture abdominale	Défense abdominale	Sensibilité abdominale	TR positif
M. Traore (Mali 2025) [43]	56,10 %	ND	54,50 %	98,50 %
D. Diakite (Mali 2023) [49]	67,30 %	54,50 %	94,50 %	72,70 %
O. Chaou (Tchad 2017) [50]	54,70 %	89,40 %	ND	81,10 %
I. Azagaou (Maroc 2011) [8]	54,50 %	27,80 %	15,50 %	ND
Notre série	62,25 %	24,75 %	13,00 %	95,75 %

Dans notre série, la contracture abdominale représentait le signe clinique prédominant, retrouvée chez 62,25 % des patients. Elle était suivie par la défense abdominale (24,75 %) et par la sensibilité isolée (13,00 %).

Afin d'éviter le chevauchement des signes cliniques, phénomène fréquent dans les études où plusieurs signes peuvent coexister chez un même patient, nous avons adopté une classification hiérarchique fondée sur le signe maximal observé à la palpation. Cette approche permet une analyse plus claire et plus rigoureuse du degré de péritonisme.

Cette méthodologie rapproche particulièrement nos résultats de ceux rapportés par I. Azagaou, qui a lui aussi distingué les patients selon le signe le plus marquant à l'examen. Dans sa série, la contracture abdominale était observée chez 54,5 % des patients, la défense chez 27,8 %, et la sensibilité isolée chez 15,5 %, des proportions très proches des nôtres.

La comparaison avec d'autres travaux publiés montre toutefois que certaines séries rapportent les signes cliniques de manière indépendante, ce qui explique leurs pourcentages souvent plus élevés, en particulier lorsque plusieurs signes ont été cumulés chez un même patient. C'est le cas des séries de M. Traoré, D. Diakité et O. Chaou, où la distinction hiérarchique n'est pas faite, rendant les comparaisons plus délicates mais néanmoins informatives. Cependant, en retenant pour ces études le signe le plus marqué, c'est-à-dire

celui qui correspond au degré maximal de péritonisme, on constate que les valeurs obtenues restent globalement comparables aux nôtres, ce qui renforce la cohérence de nos résultats.

Concernant le toucher rectal, notre série a montré des résultats élevés (95,75 %), proches de ceux rapportés par M. Traoré (98,5 %). Cette forte proportion reflète la fréquence des irritations du cul-de-sac de Douglas dans les péritonites aiguës. Les résultats obtenus par O. Chaou (81,1 %) et D.Diakité (72,7 %) vont dans le même sens et confirment l'intérêt du toucher rectal dans l'évaluation des syndromes péritonéaux.

IX. Données paracliniques :

En l'absence de choc, quelques examens paracliniques simples permettent d'orienter la prise en charge en précisant la cause de la péritonite ainsi que son retentissement [34,67].

1. Les examens d'imagerie :

1.1. La radiographie abdominale sans préparation ou la radiographie thoracique centrée sur les coupes diaphragmatiques :

L'abdomen sans préparation permet de rechercher essentiellement un pneumopéritoine, visible sous la forme d'un croissant gazeux clair sous le diaphragme, uni- ou bilatéral, témoin de la perforation d'un organe creux. Toutefois, son absence n'élimine pas le diagnostic de péritonite.

En présence d'un épanchement liquidien, un niveau hydro-aérique sous diaphragmatique peut remplacer l'image classique de pneumopéritoine [69,70].



Figure 28 : Pneumopéritoine : Croissant aérien sous diaphragme droit [41].



Figure 29 : ASP de profil en décubitus dorsal (rayon horizontal) : Importante pneumopéritoine : la paroi des anses grêles est visible car silhouettée par l'air intra- luminal en dedans et l'air libre dans la cavité péritonéale en dehors[41].

Dans notre série, 158 patients présentant une suspicion clinique de péritonite par perforation d'ulcère ont bénéficié d'un abdomen sans préparation (ASP) ou d'une radiographie thoracique centrée sur les coupes diaphragmatiques. Ces examens ont permis de mettre en évidence un pneumopéritoine dans 82,28 % des cas.

Tableau 25 : Résultats comparés selon la présence du pneumopéritoine.

Auteur	Nombre de patients qui ont bénéficié d'un ASP	PNP retrouvé
M. Traore (Mali 2025) [43]	34	82,30%
A. Rabi (Maroc 2016) [41]	1004	94,52%
J. Bansal et al (Inde 2012) [71]	1723	89,20%
I. Azagaou (Maroc 2011) [8]	223	68,04%
Notre série	158	82,28%

Dans notre série, un pneumopéritoine a été retrouvé chez 82,28 % des patients ayant bénéficié d'un ASP ou d'une radiographie thoracique centrée sur les coupes diaphragmatiques. Ce résultat est très proche de celui rapporté par M. Traoré (82,3 %) et J. Bansal et al. (89,2 %), ces valeurs étant donc comparables. Le taux observé par A. Rabi (94,52 %) reste plus élevé, ce qui s'explique par le fait que son étude portait exclusivement sur les perforations d'ulcère gastro-duodénal, où le pneumopéritoine est quasi systématique.

Cependant, l'absence de pneumopéritoine n'exclut pas une perforation d'ulcère gastrique ou duodénal, et la présence de pneumopéritoine n'est pas spécifique à cette cause. En effet, un pneumopéritoine peut également résulter d'une perforation appendiculaire, d'une perforation de l'intestin grêle ou du côlon (typhoïde, diverticulite, cancer, traumatisme), voire d'autres situations rares telles que des procédures endoscopiques ou post-opératoires

Les raisons de son absence sont nombreuses :

- L'organe creux peut être vide de gaz.
- La perforation peut être aussitôt obstruée par une particule alimentaire ou par un viscère voisin ou encore par la fibrine.
- Il peut y avoir une résorption rapide de gaz [72]

1.2. L'échographie abdominale :

L'échographie abdominale présente un grand intérêt diagnostique dans les cas douteux en montrant un épanchement intra péritonéal, et permet parfois de préciser l'étiologie.

Tableau 26 : Résultats comparés selon la fréquence de l'épanchement péritonéal.

Auteur	S. Marikou [54]	I. Azagaou [8]	Notre série
Epanchement péritonéal	92,10 %	88,10 %	94,81 %

Elle s'est révélée un outil diagnostique précieux dans notre série, réalisée chez 270 patients (67,5%). Elle a permis d'objectiver un épanchement péritonéal chez 256 malades (94,81 %), ce qui correspond aux observations publiées par S. Marikou et I. Azagaou, confirmant la haute sensibilité de l'examen pour détecter un épanchement intra-abdominal. La majorité des épanchements observés étaient de moyenne abondance, suivis des grandes et des faibles abondances, suggérant une variabilité liée à l'ancienneté des symptômes et à la sévérité de la pathologie sous-jacente.

Concernant les signes d'appendicite, 51,85 % de nos patients explorés présentaient un aspect échographique évocateur : parmi eux, 84,29 % avaient un diamètre appendiculaire > 6 mm, 70,00 % une paroi épaissie, et 68,57 % une infiltration de la graisse péri-appendiculaire. Ces critères sont bien reconnus dans la littérature comme des marqueurs échographiques majeurs. Une méta-analyse de 18 études rapporte une sensibilité globale de l'échographie pour l'appendicite d'environ 77,2 % (IC 95 % : 75,4-78,9), ce qui montre que notre taux d'identification des signes typiques est bien dans la gamme de performances cliniques reconnues [73].

Enfin, les anomalies moins fréquentes dans notre série, comme l'épaississement de la paroi intestinale (5,18 %) ou la lithiase vésiculaire (8,52 %), restent en accord avec la littérature qui décrit ces manifestations comme rares dans le cadre des péritonites aiguës. Globalement, nos résultats confirment que l'échographie est un examen fiable et sensible pour détecter les signes d'appendicite et d'épanchement, même si les pourcentages précis varient selon les populations étudiées et les protocoles échographiques.

1.3. Le scanner abdominal :

Dans notre série, le scanner a mis en évidence un épanchement péritonéal chez 100 % des patients, ce qui illustre sa grande sensibilité à détecter les liquides intrapéritonéaux. Cette

performance est en accord avec les données de la littérature : Filippone et coll. décrivent que le scanner montre des épaissements péritonéaux et des liquides avec des motifs caractéristiques selon la nature de la péritonite [74].

Par ailleurs, l'aspect scannographique en faveur d'une péritonite appendiculaire chez 53,77 % de nos cas, avec des critères tels que le diamètre appendiculaire > 6 mm (80,89 %), l'épaississement de la paroi (70,70 %) et l'infiltration de la graisse péri-appendiculaire (69,43 %), reflète bien les signes diagnostiques reconnus. En effet, selon les recommandations de la Société Française de Chirurgie Digestive, la TDM avec injection présente une sensibilité pouvant atteindre jusqu'à 95 % pour le diagnostic d'appendicite [39].

De plus, la détection d'un pneumopéritoine chez 47,60 % de nos patients et d'une infiltration de la graisse mésentérique (69,18 %) est compatible avec les signes de gravité décrits dans d'autres rapports : l'EMC rappelle que des bulles d'air extra-luminales autour de l'appendice et une infiltration inflammatoire de la graisse mésentérique sont des indicateurs classiques de perforation ou de péritonite avancée [75].



Figure 30 : Coupe axiale d'une TDM abdominale objectivant des bulles gazeuses pré-antrales et pré-duodénales [41].

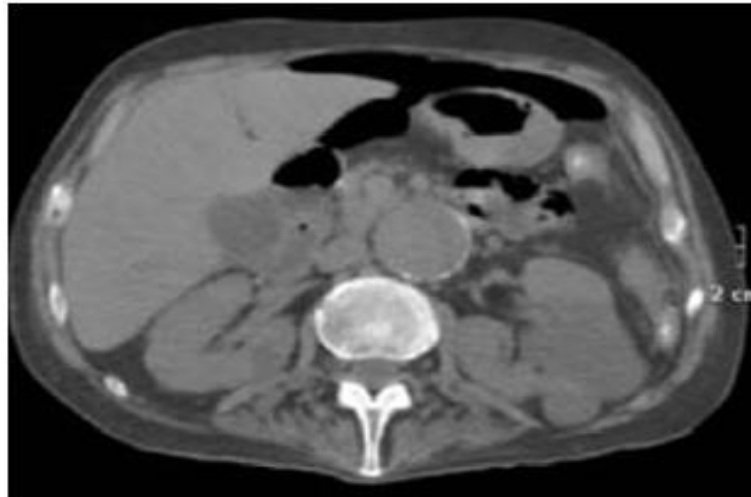


Figure 31 : Coupe axiale d'une TDM abdominale objectivant un pneumopéritoine de grande abondance [41].

Ainsi, nos résultats scanner sont non seulement très cohérents avec les données publiées, mais ils renforcent l'idée que la TDM est un examen clé dans l'évaluation des péritonites, particulièrement pour identifier à la fois l'épanchement, les signes d'appendicite et les complications telles que la perforation ou l'inflammation mésentérique.

2. Les examens biologiques :

Les examens biologiques n'ont aucune valeur diagnostique. Ils permettent d'évaluer la gravité de la péritonite (insuffisance rénale, déshydratation, acidose métabolique) et son retentissement infectieux (hyperleucocytose) [34,67].

La NFS a été réalisée chez tous nos patients soit (100 %), dont 258 cas sont des péritonites appendiculaires. Elle a objectivé une hyperleucocytose chez 389 patients soit 97,25% dont 254 patients soit 98,45% ayant une péritonite appendiculaire.

Et la CRP était élevée chez tous nos patients avec une valeur supérieure à 200 mg/L chez 142 patients, soit 35,5 % des cas.

X. Données étiologiques :

Les principales étiologies des péritonites aiguës (PA) retrouvées dans notre série sont :

1. Péritonite appendiculaire:

Le diagnostic d'une péritonite d'origine appendiculaire est souvent aisé lorsque la symptomatologie débute dans la fosse iliaque droite avant de s'étendre à l'ensemble de la cavité péritonéale. En revanche, il devient plus délicat lorsque l'interrogatoire est imprécis ou que les signes abdominaux sont d'emblée diffus [67].

Dans ces situations, l'échographie et surtout le scanner abdomino-pelvien représentent des outils diagnostiques de grande valeur. La péritonite appendiculaire s'accompagne le plus souvent d'une fièvre élevée (39-40 °C) et d'une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à la numération formule sanguine [34,67]. La coelioscopie peut également être utilisée à visée diagnostique, tout en gardant à l'esprit qu'il s'agit d'un acte chirurgical invasif, comportant ses propres risques et ne réduisant pas nécessairement le nombre d'appendicectomies non justifiées [76].

Tableau 27 : Résultats comparés selon la fréquence des péritonites appendiculaires.

Auteur	Nombre	Fréquence des péritonites appendiculaires
M. Traore [43]	66	46,97%
A. Rendra et al [77]	303	48,80%
L. S. Traore [65]	202	44,50%
Notre série	400	44, 00%

Dans notre série, la péritonite appendiculaire a constitué la principale étiologie des PA avec une fréquence de 44 % , Un résultat comparable à ceux rapportés dans la littérature.

Les arguments retenus comme évocateurs de l'origine appendiculaire était l'installation initiale des symptômes au niveau de la fosse iliaque droite, l'absence d'antécédents ulcéreux ou de prise de traitements gastrottoxiques, et l'absence de croissant gazeux sous-diaphragmatique à la radiographie, signe habituellement évocateur d'une perforation ulcéreuse.

Le diagnostic de la péritonite appendiculaire reposait souvent sur l'échographie abdominale, qui permettait de mettre en évidence un épanchement péritonéal et des signes indirects orientant vers une origine appendiculaire, tels que l'infiltration de la graisse péri-appendiculaire, l'épaississement de l'appendice et, dans certains cas, la présence d'un phlegmon ou d'une petite collection péri-appendiculaire.

Cependant, malgré ces éléments suggestifs, le diagnostic de certitude ne pouvait être établi qu'en peropératoire.

2. Péritonite par perforation d'ulcère (PPU) :

La perforation de l'ulcère gastro-duodénal est plus fréquente chez l'homme que chez la femme et touche majoritairement le sujet jeune [78].

La présence d'antécédents d'ulcère chez un patient présentant un tableau de péritonite constitue un indice précieux orientant vers une étiologie ulcéreuse. L'interrogatoire doit également rechercher la prise récente de médicaments gastrotoxiques, en particulier les AINS, ainsi que d'autres facteurs favorisants tels que le tabagisme ou le jeûne prolongé [79, 80].

Cliniquement, la fièvre peut être absente au cours des premières 24 heures, correspondant à la phase de péritonite chimique. La palpation abdominale révèle souvent une contracture localisée à l'épigastre ou généralisée, avec une défense diffuse dans le reste de l'abdomen.

La confirmation du diagnostic repose duodénal repose soit sur l'imagerie : À l'ASP, la présence d'un croissant gazeux sous-diaphragmatique constitue le signe classique de perforation. Cependant, la radiographie peut rester normale dans 10 à 30 % des cas. Le scanner abdomino-pelvien, examen de choix actuellement, permet non seulement de détecter un pneumopéritoine même minime, mais aussi d'identifier parfois directement le site de la perforation, de visualiser l'épaississement de la paroi, l'infiltration de la graisse péri-organe ou un épanchement péritonéal associé, renforçant ainsi la précision diagnostique. En cas d'imagerie non concluante, l'exploration peropératoire demeure la méthode de certitude [71, 81].

Dans notre série la PPU a constitué la deuxième étiologie des PA avec une fréquence de 30,75%. Un résultat comparable à ceux rapportés dans la littérature.

Ceci s'explique, d'une part, par l'insuffisance de la prise en charge des ulcères gastroduodénaux dans notre contexte, notamment en raison de l'accès limité à la fibroscopie et aux traitements antisécrétoires, et d'autre part, par certains facteurs locaux tels que le régime particulièrement salé de la population marocaine qui contribue à l'augmentation de la fréquence des ulcères, la pratique fréquente de l'automédication et le recours facile aux AINS.

Tableau 28 : Résultats comparés selon la fréquence des PPU.

Auteur	Nombre	Fréquence des PPU
R.S. Bali et al [82]	246	49,19%
R. Lebeau [83]	354	16,90%
N. Agarwal [84]	260	23,40%
B. Dembele [85]	200	30,00%
Notre série	400	30,75%

Dans notre série, la perforation d'ulcère gastro-duodéal (PPU) a constitué la deuxième étiologie des péritonites aiguës, avec une fréquence de 30,75 %. Ce résultat est comparable à celui rapporté par B. Dembélé (30 %) et supérieur à ceux de R. Lebeau (16,9 %) et N. Agarwal (23,4 %). Cette variation peut s'expliquer, d'une part, par l'insuffisance de la prise en charge des ulcères gastroduodénaux dans notre contexte, notamment en raison de l'accès limité à la fibroscopie et aux traitements antisécrétoires, et d'autre part, par certains facteurs locaux tels que le régime particulièrement salé de la population marocaine, la pratique fréquente de l'automédication et le recours courant aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

3. Péritonite post- traumatique :

Les péritonites aiguës (PA) par perforation traumatique sont secondaires à des traumatismes abdominaux, ainsi on distingue les PA après contusion de l'abdomen, et les PA après plaies de l'abdomen [86].

Les plaies de l'abdomen sont des traumatismes avec rupture de la continuité pariétale abdominale. Si ces plaies atteignent la cavité péritonéale, on parle de plaies pénétrantes,

quand elles entraînent une lésion des viscères sous-jacents, la plaie est dite perforante [87,88].

La fréquence des PA traumatiques est directement liée aux taux de criminalité et d'agression, d'accidents de la voie publique, d'accidents domestiques ou de travail [87,88].

Dans notre travail, nous rapportons 61 cas de péritonite post traumatique ce qui représente une fréquence de 15,25% de l'ensemble des PA de notre série.

Le diagnostic de pénétration intra péritonéale d'une plaie repose sur plusieurs arguments : la nature de l'agent vulnérant, l'extériorisation pathologique à travers la plaie, de l'épiploon, d'un viscère, de liquide digestif, une instabilité hémodynamique, des signes d'irritation péritonéale. Il est souvent beaucoup plus difficile à déterminer la pénétration intra péritonéale si l'orifice d'entrée est de petite taille, la plaie est basithoracique, fessière, périnéale ou lombaire, avec un état hémodynamique stable, ou lorsqu'il n'existe aucun signe clinique ou échographique d'hémopéritoine [86].

La prise en charge des plaies pénétrante de l'abdomen est encore un sujet de controverse. En effet le débat se situe entre une attitude classique de laparotomie exploratrice systématique et une attitude dite « d'abstentionnisme sélectif » ou d'expectative armée, après le constat d'un nombre non négligeable de laparotomies inutiles ou blanches. Cette dernière attitude à sa place essentiellement dans les plaies par arme blanche [87,88,89].

L'indication opératoire urgente reste posée en présence de signes d'irritation péritonéale, d'un état hémodynamique instable, d'une éviscération, l'évidence d'un hémopéritoine. L'indication opératoire urgente de l'épiplocèle est un sujet de controverse, les attitudes diffèrent selon les équipes [87,89].

4. Péritonite sur tumeur colo-rectale perforée :

Les péritonites aiguës (PA) secondaires à une **tumeur colo-rectale perforée** constituent une complication grave des cancers colorectaux. La perforation résulte généralement de l'infiltration tumorale, de la nécrose de la paroi intestinale ou d'une sténose colique entraînant

une distension intraluminaire excessive. Selon la localisation de la perforation et la nature du contenu intestinal, la contamination péritonéale peut être [90,91] :

- **Fécale**, lorsque la perforation concerne le côlon gauche ou le sigmoïde où le contenu est solide et riche en bactéries, donnant une péritonite fécale typique.
- **Purulente ou séreuse**, plus fréquente dans le côlon droit, où le contenu intestinal est liquide, pouvant initier une péritonite purulente avant surinfection secondaire.
- **Mixte**, combinant éléments fécaux et séreux, donnant une péritonite fécalo-purulente.

Cliniquement, les patients se présentent souvent avec **une douleur abdominale aiguë diffuse, une défense abdominale généralisée, de la fièvre** et parfois un **état septique**. La perforation tumorale peut également se révéler par une aggravation rapide d'une obstruction colique connue ou un tableau d'abdomen aigu sur un cancer méconnu. L'imagerie, principalement le scanner abdominal, confirme la perforation, localise la tumeur et évalue l'étendue de l'épanchement péritonéal et de l'inflammation [91,92].

Dans notre série, nous avons recensé **8 cas de péritonite sur tumeur colo-rectale perforée**, soit **2 % de l'ensemble des PA** (N = 400) de notre série.

5. Péritonite secondaire à une perforation sur bride :

Les péritonites aiguës (PA) secondaires à une perforation sur bride constituent une cause **rare mais grave** de péritonite. Les brides sont des **adhérences fibro-séreuses** qui se forment généralement après une chirurgie abdominale, une infection péritonéale antérieure ou une péritonite primitive. Elles peuvent entraîner une **occlusion intestinale**, parfois compliquée par une nécrose pariétale **et une perforation** du segment grêle sous-jacent [93,94].

La perforation survient lorsque la distension intestinale en amont de la bride entraîne une **ischémie pariétale**, fragilisant la paroi et permettant la sortie de contenu intestinal dans la cavité péritonéale. La contamination est généralement **fécalo-purulente**, en fonction de la localisation de l'intestin perforé et de l'état septique associé [93,94].

Cliniquement, ces patients présentent une **douleur abdominale diffuse**, souvent associée à des **vomissements, arrêt des matières et des gaz**, et parfois à des signes de **choc septique** lorsque la perforation est libre. Le diagnostic repose sur l'examen clinique et l'imagerie, notamment le scanner abdominal, qui peut montrer une occlusion intestinale, un pneumopéritoine ou un épanchement péritonéal [94,95].

Dans notre série, **8 cas de péritonite secondaire à une perforation sur bride** ont été recensés, représentant **2 % de l'ensemble des PA** de notre série.

6. Péritonite biliaire primitive :

Les péritonites biliaires primitives (PBP) se définissent par la présence d'un épanchement biliaire dans la cavité péritonéale, issu des voies biliaires extra- ou intra-hépatiques, et s'accompagnant d'une réaction péritonéale aiguë nécessitant une intervention chirurgicale urgente. Il s'agit d'une situation rare, dont la gravité résulte de plusieurs facteurs pronostiques défavorables, notamment la toxicité de la bile, la surinfection fréquente par des germes multiples, ainsi que la survenue chez des patients âgés ou présentant des comorbidités importantes [96].

Sur le plan étiologique, la lithiasie biliaire, en particulier vésiculaire, constitue la principale cause de péritonites biliaires primitives, représentant 60 à 90 % des cas. La perforation des voies biliaires est favorisée par des facteurs locaux, tels que l'érosion de la paroi par les calculs, la stase biliaire en amont, la distension, ainsi que l'inflammation et l'infection associées [97].

Sur le plan clinique, le tableau varie en fonction du mode d'installation de la péritonite et de son étiologie. La péritonite biliaire primitive par perforation d'une vésicule lithiasique se manifeste généralement par un tableau franc, marqué notamment par une contracture abdominale. Toutefois, le tableau clinique n'est pas toujours aussi évident, et l'intervention chirurgicale peut être motivée par une aggravation progressive des signes locaux ou généraux d'une cholécystite aiguë, ou encore par les constatations obtenues à l'échographie [96,97].

Dans notre travail, nous rapportons 7 cas de péritonite biliaire ce qui représente une fréquence de 1,75% de l'ensemble des PA de notre série. Le diagnostic de PA était le plus souvent facile, le diagnostic de son origine biliaire a été basé sur la notion de coliques hépatiques dans les antécédents et d'ictère à l'examen clinique, confirmé par les données de l'échographie.

7. Péritonite secondaire à une perforation du contenu herniaire :

Les péritonites aiguës (PA) secondaires à une **perforation du contenu herniaire** sont des complications rares mais graves des hernies étranglées. La perforation survient généralement lorsque le **segment intestinal coincé dans le collet herniaire** subit une **ischémie prolongée**, fragilisant la paroi et entraînant une sortie de contenu intestinal dans la cavité péritonéale [98,99].

La nature de la contamination péritonéale dépend de la localisation de l'intestin perforé et du délai avant la prise en charge. Elle est le plus souvent **fécalo-purulente**, mais peut être séreuse ou mixte selon le segment intestinal concerné [98,99].

Cliniquement, les patients se présentent avec une **douleur abdominale aiguë**, souvent associée à une **masse herniaire douloureuse**, des **vomissements** et parfois des **signes de choc septique** lorsque la perforation est libre. L'imagerie, notamment le scanner abdominal, peut confirmer la perforation, localiser le segment intestinal et préciser le degré de distension et de contamination [99,100].

Dans notre série, nous avons recensé **7 cas de péritonite sur perforation du contenu herniaire**, soit **1,75% de l'ensemble des PA** de notre série.

8. Péritonite sur maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) :

Les péritonites aiguës (PA) survenant dans le cadre d'une **maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI)** sont rares mais représentent des complications sévères de la maladie. La perforation intestinale dans la MICI résulte principalement de **la fragilisation de la paroi intestinale par l'inflammation chronique**, pouvant être accentuée par des **ulcérations profondes**, une distension locale ou une ischémie segmentaire [101,102].

La **contamination péritonéale** dépend de la localisation de la perforation : dans la majorité des cas, il s'agit d'une **péritonite fécalo-purulente**, mais elle peut être séreuse ou mixte selon le segment atteint et l'état inflammatoire. Les patients peuvent se présenter avec **douleur abdominale diffuse, défense abdominale, fièvre, vomissements et parfois état septique**. La perforation peut révéler une MICI méconnue ou compliquer une forme déjà diagnostiquée [102,103].

Dans notre série, **6 cas de péritonite sur MICI** ont été recensés, soit **1,5 % de l'ensemble des PA** de notre série.

9. Péritonite tuberculo-intestinale :

Les péritonites tuberculo-intestinales représentent une complication rare de la tuberculose digestive. Elles surviennent principalement par **contiguïté ou dissémination hématogène** à partir d'une atteinte intestinale, généralement au niveau de l'iléon terminal et du caecum, zones où la tuberculose intestinale est la plus fréquente [104,105].

La perforation intestinale dans ce contexte est favorisée par **l'inflammation chronique, l'ulcération et la nécrose pariétale**, entraînant une **sortie du contenu intestinal dans la cavité péritonéale**. Le liquide péritonéal est typiquement **fécalo-purulent**, parfois associé à des grains tuberculeux visibles à l'examen chirurgical [104,106].

Cliniquement, les patients présentent souvent une **douleur abdominale diffuse**, une **distension abdominale**, de la **fièvre** et parfois un **état septique**, tandis que les signes de tuberculose chronique (amaigrissement, anorexie, fièvre prolongée, antécédents de tuberculose) peuvent orienter le diagnostic [105,106]. Le scanner abdominal ou l'échographie peut montrer un épanchement péritonéal avec épaissement intestinal segmentaire et adénopathies mésentériques.

Dans notre série, **3 cas de péritonite tuberculo-intestinale** ont été recensés, soit **0,75 % de l'ensemble des PA** de notre série.

10. Péritonite sur maladie cœliaque compliquée :

Les péritonites aiguës secondaires à une maladie cœliaque compliquée sont extrêmement rares. Elles surviennent généralement dans un contexte de lésion intestinale sévère, notamment d'ulcérations profondes ou de lymphome associé à la maladie cœliaque [107,108].

La perforation intestinale résulte de la fragilisation de la paroi grêlique inflammatoire, entraînant une contamination péritonéale le plus souvent purulente ou fécalo-purulente selon le délai de prise en charge [107,109].

Cliniquement, les patients peuvent présenter une douleur abdominale aiguë, une défense abdominale, de la fièvre et des signes septiques, parfois associés à un état de dénutrition ou à des antécédents connus de maladie cœliaque. L'imagerie abdominale, notamment le scanner, permet d'évaluer l'existence d'une perforation et l'étendue de l'épanchement péritonéal [108,109].

Dans notre série, **1 cas de péritonite sur maladie cœliaque compliquée** a été recensé, soit **0,25 % de l'ensemble des PA** de notre série.

11. Péritonite post-CPRE :

Les péritonites aiguës (PA) post-CPRE constituent des complications rares mais graves, relevant des péritonites secondaires d'origine iatrogène. Elles surviennent principalement à la suite d'une perforation duodénale, d'une plaie de la voie biliaire principale ou d'une fuite biliaire après sphinctérotomie, responsables d'une contamination biliaire ou bilio-digestive de la cavité péritonéale [2,5].

Sur le plan physiopathologique, ces lésions sont le plus souvent liées à une manipulation instrumentale traumatique ou à une fragilisation préexistante des parois duodénale ou biliaire. La bile, fortement irritante pour le péritoine, induit une réaction inflammatoire aiguë, fréquemment surinfectée, dont la gravité dépend du délai diagnostique et de l'importance de la fuite biliaire [34,42].

Cliniquement, le tableau associe une douleur abdominale aiguë, une défense ou une contracture abdominale, de la fièvre et des signes de sepsis. Le diagnostic repose sur la

confrontation des données cliniques et de l'imagerie, en particulier le scanner abdominal, permettant de mettre en évidence un pneumopéritoine, un épanchement péritonéal ou une fuite biliaire [69,74].

XI. Données thérapeutiques :

La prise en charge moderne des péritonites, qu'elles soient communautaires ou nosocomiales, repose sur une approche multidisciplinaire qui fait intervenir le chirurgien, le radiologue, l'anesthésiste-réanimateur et le microbiologiste. Cette collaboration a nettement amélioré le pronostic des patients les plus sévèrement atteints [2].

Il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale nécessitant des mesures générales de réanimation, une antibiothérapie adaptée et une prise en charge chirurgicale rapide [11].

1. Phase préopératoire :

1.1. Evaluation de la volémie :

L'hypovolémie constitue un élément quasi constant dans les péritonites, en lien avec les vomissements, l'arrêt des apports hydriques, la fièvre, le passage liquidien dans le « troisième secteur » digestif lié à l'iléus réflexe, ainsi que l'extravasation intra-péritonéale. L'ampleur de ces pertes est très variable, et il n'existe pas de règle spécifique permettant de les quantifier précisément dans ce contexte [110,111].

Le diagnostic de l'hypovolémie repose essentiellement sur l'évaluation clinique : estimation des pertes digestives (diarrhées et/ou vomissements), fréquence cardiaque, temps de recoloration capillaire, fréquence respiratoire, état neurologique, diurèse et pression artérielle. L'hypotension artérielle n'apparaît généralement qu'en présence d'une réduction volémique d'au moins 30 % [111,112].

La correction de l'hypovolémie repose principalement sur le remplissage vasculaire, dont l'objectif est d'augmenter le volume intravasculaire sans majorer l'expansion du compartiment interstitiel. En pratique, cet objectif reste difficile à atteindre en raison des altérations de la perméabilité capillaire induites par le sepsis. À ce jour, aucun soluté, qu'il

s'agisse de cristalloïdes ou de colloïdes, n'a démontré de supériorité dans cette situation. Toutefois, les Conférences de Consensus et les recommandations de pratique clinique privilégient l'utilisation des colloïdes.

Le but du remplissage est de prévenir l'installation d'un syndrome de défaillance multiviscérale. La pose d'une sonde urinaire est indispensable afin de surveiller la diurèse, qui doit être maintenue au-delà de 0,5 mL/kg/h.

Le recours aux catécholamines n'est envisagé qu'en seconde intention, en cas d'échec d'un remplissage vasculaire massif. Leur administration précoce ne se justifie que lorsque l'hypotension artérielle est sévère au point d'engager le pronostic vital [111,112].

1.2. Evaluation des atteintes viscérales :

La recherche des défaillances viscérales est indispensable car elle conditionne le pronostic vital et nécessite des mesures thérapeutiques spécifiques. Le bilan doit donc comprendre une évaluation de la fonction rénale, respiratoire, hépatique et de la coagulation [111].

1.3. L'Antibiothérapie :

Dans le cas des péritonites communautaires, l'antibiothérapie empirique doit être instaurée dès la confirmation du diagnostic, idéalement en phase préopératoire. Les recommandations récentes soulignent que le choix initial du traitement doit prendre en compte la gravité clinique, l'anatomie de la lésion et les facteurs de risque de bactéries résistantes.

Pour les formes sans signe de gravité, une couverture standard ciblant les bacilles Gram négatifs entériques, les streptocoques et les anaérobies est généralement suffisante. En revanche, lorsque le pronostic vital est engagé ou en présence de facteurs de risque de flore modifiée (antibiothérapie récente, hospitalisation antérieure, vie en institution), l'utilisation de molécules à plus large spectre est justifiée afin de couvrir notamment les entérobactéries résistantes et *Pseudomonas aeruginosa* [110,113,114].

Dans notre étude, 95,75 % des péritonites communautaires ont été traitées par une bi-antibiothérapie à base de céphalosporine de 3^e génération (C3G) associée à un imidazolé, ce

qui est conforme aux données de la littérature. Les 4,25 % restants ont bénéficié d'une triple antibiothérapie avec l'ajout d'une gentamicine.

2. Phase opératoire :

2.1. Traitement chirurgical de la péritonite

La prise en charge chirurgicale constitue le pilier du traitement des péritonites. Elle doit être réalisée le plus précocement possible afin d'éliminer la source de l'inoculum [114]. Quels que soient la nature de la pathologie et le type de péritonite, les objectifs de la chirurgie reposent sur cinq principes fondamentaux [34,113] :

- Identifier la source de contamination.
- Supprimer cette source.
- Déterminer les germes responsables.
- Réduire la contamination bactérienne.
- Prévenir la récurrence ou la persistance de l'infection.

Le choix de l'abord chirurgical dépend de la pathologie, du terrain du patient et de l'expérience du chirurgien. Il peut s'agir soit d'une laparotomie, soit d'une coelioscopie. L'abord coelioscopique est particulièrement indiqué dans les péritonites communautaires, notamment pour les perforations duodénales et les appendicites, à condition qu'il n'existe ni plastron ni iléus paralytique significatif. En revanche, la laparotomie médiane peut être préférée dès le départ lorsque la coelioscopie est contre-indiquée, si l'état hémodynamique du patient est instable, ou encore dans le cadre des péritonites nosocomiales ou post-opératoires [34,113].

L'incision doit être suffisamment large pour permettre une exploration complète de la cavité abdominale. Chez l'adulte, cela correspond généralement à une laparotomie médiane, tandis que chez l'enfant, des voies d'abord électives sont le plus souvent privilégiées. Après la réalisation systématique de prélèvements bactériologiques, l'exploration de la cavité péritonéale doit couvrir toutes les régions déclives et tous les viscères abdominaux, suivie

d'une toilette péritonéale par un procédé de lavage-aspiration, jusqu'à obtention de liquide clair [34,113,115].

Le recours au drainage est systématique dans la prise en charge des péritonites, mais le choix du type de drainage doit être discuté. Il peut être passif, par lames ou drains placés dans les zones déclives, actif, via des drains aspiratifs multiperforés, ou basé sur la capillarité, comme le drainage de type Mikulicz. Pour les péritonites stercorales et les péritonites purulentes opérées tardivement, il est recommandé de drainer systématiquement les régions déclives (sous-phréniques, gouttières pariétocoliques, cul-de-sac de Douglas, etc.). Il est inutile de réaliser des prélèvements microbiologiques sur ces drains ouverts [34].

Concordant avec la littérature, tous les patients de notre série ont bénéficié d'une laparotomie médiane. En effet, la voie d'abord laparoscopique suppose la disponibilité du matériel de coeliochirurgie au niveau du service des urgences, mais également la formation des chirurgiens et du personnel du bloc opératoire à ce type de chirurgie.

En fin d'intervention, un drainage a été systématiquement mis en place: un drain de Redon dans 191 cas (47,75 %), et une lame de Delbet dans 209 cas (52,25 %).

2.2. Traitement étiologique :

2.2.1. Péritonite appendiculaire:

Le traitement chirurgical repose sur l'appendicectomie, l'évacuation du pus et la réalisation d'une toilette péritonéale complète [116,117]. Le choix de l'abord dépend du terrain du patient et de l'expérience du chirurgien, et peut se faire par voie coelioscopique ou par laparotomie [117,118].

La coelioscopie est indiquée lorsque la prise en charge est précoce, en l'absence de plastron appendiculaire ou d'iléus paralytique important. À l'inverse, la laparotomie est privilégiée lorsqu'il existe une contre-indication générale à la coelioscopie ou en cas d'instabilité hémodynamique du patient [118].

2.2.2. Péritonite par perforation d'ulcère:

Les indications du traitement chirurgical dans la perforation d'un ulcère gastro-duodénal dépendent du terrain du patient, de l'âge, du moment de l'intervention et de la durée

d'évolution des symptômes [119]. Les différentes méthodes chirurgicales seront abordées successivement.

a) Suture simple :

La suture simple est une méthode rapide et facile à réaliser, pouvant être remplacée par une épiploplastie en cas de perforation étendue avec des berges scléreuses. Elle ne traite que la perforation et nécessite un traitement antisécrétoire prolongé jusqu'à la cicatrisation de l'ulcère confirmée par fibroscopie [120].

Cette technique est indiquée dans certaines situations [120,119] :

- Patient avec un état général précaire.
- Péritonite avancée avec un mauvais état local.
- Patient fragile ou mal équilibré.

La suture simple peut toutefois présenter des limites : elle laisse l'ulcère en place, exposant au risque de lâchage, de sténose ou de récurrence, et peut être compliquée par des difficultés d'adhésion au traitement médical [79].

b) Bivagotomie tronculaire – pyloroplastie :

Cette méthode radicale permet de traiter simultanément la perforation et la maladie ulcéreuse. Elle consiste à sectionner les nerfs vagues le long de l'œsophage abdominal, réduisant de 80 à 90 % la sécrétion gastrique. Cette dénervation provoque toutefois une atonie gastrique, nécessitant un geste de vidange par pyloroplastie ou par gastro-entéro-anastomose si la perforation s'accompagne d'une sténose [58].

La bivagotomie tronculaire avec pyloroplastie est généralement indiquée chez les jeunes patients présentant une perforation d'ulcère chronique (>6 mois), sans tare majeure et dans des conditions locales opératoires favorables [120].

c) Vagotomie sélective :

La vagotomie sélective entraîne une dénervation gastrique totale tout en préservant les fibres du nerf gastrohépatique. Ses effets sont similaires à ceux de la vagotomie tronculaire,

mais elle nécessite également un geste de vidange. Cette technique n'offre pas d'avantages significatifs et est pratiquement abandonnée [58,79,121].

d) Vagotomie hyper-sélective ou supra-sélective :

Elle consiste en une dénervation de la portion fundique verticale de l'estomac, tout en préservant l'innervation antrale, ce qui évite les gestes de vidange [58,79 ,121].

e) Séromyotomie antérieure et vagotomie postérieure :

Cette technique consiste à sectionner le nerf vague postérieur et, le long de la petite courbure, à réaliser une section partielle des rameaux du nerf vague antérieur dans la paroi gastrique, sans atteindre la muqueuse [58,79,121].

f) Résection gastrique

La résection gastrique peut consister en une gastrectomie des deux tiers ou une antrectomie, avec rétablissement de la continuité digestive par anastomose gastroduodénale ou gastro-jéjunale. C'est la méthode radicale la plus agressive, indiquée uniquement pour :

- Les ulcères gastriques géants.
- Les perforations prépyloriques sténosantes [58,79,121].

Dans notre série, toutes les perforations d'ulcère gastro-duodéal ont été traitées par suture simple, en raison de l'urgence et de l'état souvent avancé des patients. Cette approche rapide permet de limiter le temps opératoire et de contrôler efficacement la péritonite, tout en restant conforme aux recommandations pour les situations critiques et les patients fragiles.

2.2.3. Péritonite post-traumatique :

Dans les traumatismes pénétrants de l'abdomen, qu'ils soient dus à une arme blanche ou à feu, ce sont les viscères creux qui sont le plus fréquemment atteints, l'intestin grêle étant l'organe le plus touché. À l'inverse, dans les traumatismes fermés, les lésions intestinales sont environ cinq fois moins fréquentes que celles des organes pleins [122].

Les traumatismes de l'intestin grêle nécessitent l'exérèse des tissus dévitalisés suivie d'une suture primaire. Une résection intestinale segmentaire est indiquée en présence de

lésions multiples adjacentes, lorsque la plaie concerne plus de la moitié de la circonférence intestinale, ou si le segment est dévitalisé [122].

Les perforations gastriques sont traitées par résection des berges lésées et suture immédiate. Une gastrectomie partielle ou totale n'est nécessaire que dans des cas particuliers [88].

Les lésions du duodénum sont rares. Dans 70 à 85 % des cas, une suture après exérèse des tissus nécrosés est réalisable. Une décompression par sonde de jéjunostomie rétrograde peut être proposée pour réduire le risque de fistule. Les lésions sévères imposent des procédures chirurgicales complexes, telles que la résection avec anastomose primaire, patch séreux, duodéno-jéjunostomie sur anse en Y, diverticulisation, exclusion pylorique, voire duodéno-pancréatectomie céphalique [112,122].

Les perforations colorectales traumatiques justifient, selon l'étendue de la lésion, soit une suture protégée, soit une colectomie segmentaire sans anastomose. Seules les perforations iatrogènes sur colon préparé, survenant lors d'une colonoscopie, peuvent bénéficier d'une suture ou d'une résection avec anastomose primaire [123].

2.2.4. Péritonite sur tumeur colo-rectale perforée :

La prise en charge chirurgicale des péritonites secondaires à une perforation tumorale colo-rectale repose sur une résection carcinologique d'emblée réalisée en urgence, associée au contrôle de la contamination péritonéale. Le choix du geste dépend de plusieurs facteurs, notamment le siège de la tumeur, l'état général du patient, le degré de contamination péritonéale et les conditions locales [124,126].

En cas de tumeur du côlon gauche ou du rectum, l'intervention selon Hartmann constitue l'attitude la plus fréquemment recommandée. Elle consiste en une résection segmentaire emportant la tumeur, avec fermeture du moignon rectal et confection d'une colostomie terminale, permettant de limiter le risque de lâchage anastomotique dans un contexte septique [124,125].

Pour les tumeurs du côlon droit, une colectomie droite est généralement réalisée. Le rétablissement immédiat de la continuité digestive peut être discuté selon l'état

hémodynamique du patient et le degré de contamination, mais une dérivation digestive est souvent privilégiée en cas de péritonite diffuse ou de terrain fragile [125,126].

Dans les formes avancées ou localement étendues, une résection élargie peut s'avérer nécessaire. Lorsque l'exérèse complète n'est pas techniquement réalisable en urgence, un résidu tumoral macroscopique peut être laissé en place, associé à une stomie de dérivation de type iléocolostomie selon Bouilly-Volkman afin d'assurer un contrôle septique efficace [124,126].

Dans notre série, nous avons recensé **8 cas de péritonite sur tumeur colo-rectale perforée**, représentant **2 %** de l'ensemble des péritonites aiguës de notre série. Les interventions chirurgicales réalisées ont été les suivantes :

- résection rectale antérieure avec fermeture du moignon rectal et colostomie terminale selon Hartmann (3 cas, 0,75 %),
- résection segmentaire du côlon gauche bas avec fermeture du moignon rectal et colostomie terminale selon Hartmann (3 cas, 0,75 %),
- colectomie droite avec résidu tumoral macroscopique et iléo-colostomie transverse selon Bouilly-Volkman (1 cas, 0,25 %),
- colectomie droite élargie au côlon gauche avec iléo-colostomie gauche selon Bouilly-Volkman (1 cas, 0,25 %).

Le pronostic dépend essentiellement de l'état clinique initial, de l'importance de la contamination péritonéale et du stade tumoral, la stratégie oncologique définitive étant discutée secondairement après le contrôle de l'épisode septique [124,126].

2.2.5. Péritonite secondaire à une perforation sur bride :

La prise en charge chirurgicale des péritonites secondaires à une perforation sur bride repose sur la **libération des adhérences responsables**, le **contrôle de la contamination péritonéale** et, lorsque cela est nécessaire, la **résection des segments intestinaux nécrosés ou perforés**. Le choix du geste chirurgical dépend de plusieurs facteurs, notamment l'état général du patient, l'étendue de la perforation, le degré de contamination péritonéale et les conditions locales de viabilité intestinale [93,94].

La stratégie opératoire la plus fréquemment adoptée associe une **adhésiolyse complète** à une **résection segmentaire du grêle** lorsque la viabilité intestinale est compromise. En cas de péritonite diffuse ou de terrain fragile, le **rétablissement immédiat de la continuité digestive est généralement évité**, une **dérivation digestive temporaire** pouvant être indiquée afin de limiter le risque de complications septiques [94,95].

Dans certaines situations sélectionnées, lorsque la perforation est **limitée** et que la **viabilité intestinale est conservée**, un **geste chirurgical conservateur** peut être discuté afin de contrôler la contamination péritonéale sans recourir à une résection extensive [94].

Dans notre série, nous avons recensé **8 cas de péritonite secondaire à une perforation sur bride**, représentant **2 %** de l'ensemble des péritonites aiguës de notre série :

- **Adhésiolyse + résection grêlique + iléostomie de dérivation temporaire en canon de fusil** : 7 cas (1,75 %)
- **Adhésiolyse + suture latérale sur baguette avec extériorisation de la perforation** : 1 cas (0,25 %)

Le traitement est systématiquement complété par une **toilette péritonéale abondante** et un **drainage adapté**, constituant des éléments essentiels du contrôle de l'infection [94].

Le pronostic des péritonites sur perforation sur bride dépend principalement de la **gravité de l'état clinique initial**, de l'**importance de la contamination péritonéale** et de la **rapidité de la prise en charge chirurgicale**, facteurs conditionnant la morbidité et la mortalité postopératoires [93,95].

2.2.6. Péritonite biliaire :

La cholécystectomie constitue l'intervention chirurgicale la plus couramment réalisée dans les péritonites biliaires. Une exploration méticuleuse de l'arbre biliaire est systématique dans tous les cas, la cholangiographie peropératoire ou l'injection de bleu de méthylène s'avérant particulièrement utiles pour localiser une fuite biliaire [96].

Dans certaines situations, lorsque la région du trépied vésiculaire est sévèrement remaniée, une cholécystectomie incomplète, limitée à l'exérèse des zones vésiculaires nécrotiques et respectant le pédicule hépatique, permet de réduire le risque de lésion de la voie biliaire principale [97].

2.2.7. Péritonite secondaire à une perforation du contenu herniaire :

La prise en charge chirurgicale des péritonites secondaires à une perforation du contenu herniaire repose sur la résection du segment intestinal perforé, le contrôle de la contamination péritonéale et le traitement du défaut herniaire. Le choix du geste dépend du type de l'hernie, de l'état général du patient, du degré de contamination et de la viabilité des viscères impliqués [98-100].

Lorsque l'intestin perforé présente des signes de souffrance, une résection intestinale est indiquée, associée, selon le contexte septique et l'état du patient, à une dérivation digestive temporaire. En cas d'atteinte colique, une résection segmentaire avec stomie peut être discutée afin de limiter le risque de complications anastomotiques [98,99].

Le geste est complété par une toilette péritonéale abondante et un drainage adapté visant à réduire la charge septique et prévenir les complications postopératoires [98,99].

Dans notre série, nous avons recensé **7 cas de péritonite secondaire à une perforation du contenu herniaire** sur un total de 400 péritonites aiguës (soit **1,75 %**). Les interventions chirurgicales réalisées ont été les suivantes :

- Résection grêlique + plicature péritonéale par voie haute + stomie temporaire
- Résection sigmoïdienne + plicature péritonéale par voie haute + colostomie selon Hartmann
- Résection grêlique + iléostomie temporaire + cure herniaire bord à bord
- Résection grêlique + iléostomie temporaire + cure en paletot

Cette approche permet de contrôler la contamination péritonéale tout en adaptant la chirurgie à la gravité de la perforation et à l'état clinique du patient.

2.2.8. Péritonite secondaire sur MICI :

Le traitement chirurgical repose sur la **résection du segment intestinal perforé** et la **toilette péritonéale abondante**. Le rétablissement immédiat de la continuité digestive est généralement évité en raison du **terrain inflammatoire** et de la contamination péritonéale ; une **stomie temporaire** est souvent préférée pour protéger le patient et contrôler la septicémie [102,103]. Dans certains cas très localisés avec tissu sain, une **suture simple** peut être réalisée, mais elle reste rarement indiquée en contexte septique [103].

Dans notre série, nous avons recensé **6 cas de péritonite sur MICI**, soit **1,5 %** de l'ensemble des péritonites aiguës de notre série :

- **Résection iléocæcale + iléocolostomie temporaire selon Bouilly-Volkman** : 4 cas (1 %)
- **Résection grêlique + iléostomie temporaire canon de fusil** : 2 cas (0,5 %)

Cette approche permet de **contrôler la contamination péritonéale**, de réduire le risque de complications septiques et d'adapter la chirurgie à l'état inflammatoire des tissus. La stratégie thérapeutique ultérieure pour la MICI (reconstruction ou anastomose) est discutée secondairement, en fonction de l'évolution clinique et de la stabilisation de l'inflammation [102,103].

2.2.9. Péritonite tuberculo-intestinale :

La prise en charge chirurgicale des péritonites tuberculo-intestinales repose sur une **résection segmentaire des segments intestinaux perforés ou sévèrement atteints**, associée à une **toilette péritonéale abondante** afin de contrôler la contamination intra-abdominale [104,105].

En situation septique ou sur un terrain fragilisé, une **dérivation digestive temporaire** (iléostomie ou colostomie) peut être indiquée afin de **réduire le risque de fistule ou de complications anastomotiques**, compte tenu de la fragilité des tissus inflammatoires [105].

La **restauration de la continuité digestive est différée**, après stabilisation clinique et **mise en route du traitement antituberculeux**, qui conditionne l'évolution et le pronostic [104,106].

Dans notre série, nous avons recensé trois cas de péritonite tuberculo-intestinale, soit 0,75 % de l'ensemble des péritonites aiguës (N = 400). Tous les patients ont bénéficié d'une résection segmentaire avec stomie temporaire et toilette péritonéale complète, suivie d'une mise sous traitement antituberculeux systématique.

2.2.10. Péritonite sur maladie cœliaque compliquée :

La prise en charge chirurgicale des péritonites sur maladie cœliaque compliquée repose sur la **résection segmentaire des segments intestinaux perforés ou nécrosés**, accompagnée d'une **toilette péritonéale abondante** afin de contrôler la contamination péritonéale. La **restauration immédiate de la continuité digestive** est rarement indiquée, en raison du terrain inflammatoire et du risque élevé de complications septiques. Une **stomie temporaire** est donc généralement réalisée pour protéger le patient et limiter le risque de fistule ou de lâchage anastomotique [107,108].

Dans notre série, nous avons recensé **1 cas de péritonite sur maladie cœliaque compliquée**, soit **0,25 %** de l'ensemble des péritonites aiguës (N = 400). Le patient a bénéficié d'une **résection segmentaire intestinale avec stomie temporaire et toilette péritonéale complète**, permettant un contrôle septique efficace avant la reprise éventuelle de la continuité digestive.

2.2.11. Péritonite post-CPRE :

La prise en charge des péritonites post-CPRE est chirurgicale en cas de contamination intrapéritonéale avérée et repose sur le contrôle de la source septique. En cas de perforation duodénale responsable de la péritonite, le traitement consiste en une suture de la brèche après parage des berges, associée à une toilette péritonéale abondante et à un drainage. Lorsqu'une plaie de la voie biliaire principale est en cause, l'objectif est le contrôle de la fuite biliaire par une réparation biliaire directe lorsque cela est possible ou par une dérivation biliaire, sans restauration immédiate de la continuité biliaire. La cholécystectomie n'est indiquée que si la

vésicule biliaire est pathologique ou impliquée dans le mécanisme lésionnel. Ces gestes sont complétés par une toilette péritonéale et un drainage adapté [2,34].

3. Phase post-opératoire :

Le traitement complet d'une lésion abdominale évolutive se traduit, en théorie, par un retour progressif à la normale, caractérisé par l'apyrexie, la normalisation de la leucocytose et la réapparition du transit intestinal en quelques jours. Toute évolution clinique atypique, absence d'amélioration, aggravation secondaire ou défaillance mono- ou multi-viscérale, doit faire rechercher une complication chirurgicale. Par ailleurs, des complications post-opératoires non spécifiques, telles que les infections pulmonaires et les inhalations, peuvent survenir [34,67,110].

3.1. Adaptation de l'antibiothérapie :

Le traitement antibiotique doit être ajusté en fonction des résultats microbiologiques peropératoires. Plusieurs études ont montré que, dans les infections communautaires comme postopératoires, la prise en charge de tous les germes isolés dès la phase probabiliste est associée à un meilleur pronostic [127,128].

La prise en charge des entérocoques, saprophytes fréquents du tube digestif au pouvoir pathogène limité, fait débat. En l'absence de données fiables, les experts recommandent de les inclure dans le traitement initial chez les patients graves (sujets fragiles, défaillance polyviscérale, choc septique), en cas d'antibiothérapie préalable ou lors d'infection postopératoire [127,112].

De même, la présence de levures, principalement *Candida*, peut justifier un traitement antifongique probabiliste chez les patients présentant des levures à l'examen direct du liquide péritonéal, en cas d'antibiothérapie préalable ou d'infection postopératoire [127].

3.2. Durée de l'antibiothérapie :

Aucune étude ne permet de définir de manière précise la durée optimale de l'antibiothérapie dans les infections intra-abdominales. Les recommandations actuelles préconisent généralement 5 à 7 jours, modulés en fonction de la sévérité clinique initiale et du terrain du patient [110,129].

- Plaies pénétrantes avec ouverture digestive opérées dans les 12 heures : antibiothérapie courte, 24 heures.
- Infections localisées traitées par chirurgie radicale (phlegmon appendiculaire ou vésiculaire, ulcère perforé) : antibiothérapie de 48 heures.
- Péritonites généralisées opérées rapidement avec éradication complète du foyer : antibiothérapie de 5 jours.
- Péritonites généralisées stercorales ou prises en charge tardivement : antibiothérapie prolongée, 5 à 10 jours selon l'état du patient.
- Drainage type Mikulicz : antibiothérapie jusqu'à l'ablation du drainage.

Ainsi, la durée peut être raccourcie à 24–48 heures pour les appendicites et cholécystites, et prolongée chez les patients immunodéprimés ou présentant une défaillance viscérale initiale. La persistance de signes de sepsis au-delà de 3 à 5 jours doit surtout inciter à rechercher une complication postopératoire plutôt qu'à prolonger l'antibiothérapie [128].

3.3. Mesures adjuvantes [111,112] :

3.3.1. Troubles hydroélectrolytiques :

Des apports hydriques et électrolytiques adaptés doivent être poursuivis en période postopératoire. Les besoins hydriques sont estimés entre 35 et 40 ml/kg/j, tandis que les apports sodés doivent être de 1,5 à 2,5 mmol/kg/j, et les apports potassiques de 1 à 2 mmol/kg/j.

Toutes les pertes digestives doivent être compensées, et la composition des solutions utilisées doit être ajustée en fonction du site des pertes.

3.3.2. Nutrition :

Le catabolisme observé chez ces patients est particulièrement important, en raison du sepsis, de l'intervention chirurgicale, et éventuellement de la pathologie sous-jacente. L'objectif de la prise en charge nutritionnelle est de limiter ce catabolisme, de réduire les complications postopératoires, et de diminuer la durée d'hospitalisation. Un bénéfice n'est observé que si la nutrition est poursuivie pendant au moins 7 jours.

Les apports énergétiques recommandés sont de 30 à 35 kcal/kg/j, dont 50 à 70 % sous forme de glucides, soit 4 à 5 g/kg/j.

Seules les émulsions lipidiques à 20 % sont préconisées. L'apport azoté recommandé est de 0,25 à 0,30 g/kg/j.

La nutrition sera maintenue jusqu'à ce que le patient puisse couvrir plus de 60 % de ses besoins énergétiques théoriques par alimentation spontanée.

3.3.3. Prophylaxie antithrombotique :

La prophylaxie antithrombotique doit être instaurée après correction d'éventuels troubles de l'hémostase induits par le sepsis ou par le remplissage vasculaire. La chirurgie digestive étant considérée comme une chirurgie à faible risque thrombotique, la prévention reposera sur :

- l'utilisation d'une héparine calcique selon la méthode de Kakkar,
ou
- l'administration d'une héparine de bas poids moléculaire (HBPM) à faible dose, en une injection quotidienne.

XII. Données évolutifs :

1. Mortalité :

La mortalité des péritonites demeure élevée. Dans certaines séries, elle peut atteindre environ 30 %, toutes étiologies confondues, en particulier lorsque la prise en charge chirurgicale est retardée ou que le geste opératoire ne parvient pas à contrôler la source infectieuse. L'âge ainsi que les antécédents cardiaques, pulmonaires, diabétiques, hépatiques, rénaux, néoplasiques ou dysimmunitaires constituent également des facteurs pronostiques majeurs. Le nombre de défaillances d'organes au moment du diagnostic est corrélé à la mortalité. Sur le plan biologique, des anomalies telles que l'hyperleucocytose, la leucopénie, la thrombopénie et l'hypoalbuminémie sont associées à un pronostic défavorable [34,67].

Ces différents paramètres ont été intégrés dans des scores pronostiques. La littérature rapporte que deux scores sont particulièrement corrélés à la mortalité : l'APACHE II, score

général calculé avant l'intervention , et le Mannheim Peritonitis Index (MPI), score spécifique prenant en compte les données chirurgicales. Il convient de souligner que ces scores ne permettent pas une prédiction individuelle de l'issue du patient, mais fournissent une évaluation fiable de la gravité potentielle de son état [111,113].

Tableau 29 : Résultats comparés selon la mortalité.

Auteur	M. Olausson et al (Suède 2025) [130]	G. S. Rao et al (Inde 2020) [131]	A. H. Cissé (Mali 2019) [132]	I. Azagaou (Maroc 2011) [8]	Notre série
Nombre	591	320	40	360	400
Mortalité	12,5 %	8,44 %	0 %	1,38 %	1 %

Le taux de mortalité varie d'un auteur à l'autre, en fonction des étiologies et des contextes. En Europe et en Asie, il est plus élevé, comme le montrent les séries de Olausson M. et al. avec 12,5 % et de G. S. Rao et al avec 8,44 %, en raison notamment de la fréquence des péritonites coliques, souvent liées à la diverticulite ou au cancer colique, et des infections plus graves, qui confèrent un pronostic plus sévère. En Afrique, les taux sont beaucoup plus faibles : A. H. Cissé rapporte 0 % et I. Azagaou 1,38 %, ce qui est proche de notre série (1 %). Cette faible mortalité peut s'expliquer par la prépondérance des péritonites appendiculaires et des perforations d'ulcère, généralement de meilleur pronostic, ainsi que par des contextes épidémiologiques et sanitaires similaires entre le Maroc, le Mali et notre série.

2. Morbidité :

Les suites opératoires immédiates sont généralement simples, toutes techniques chirurgicales confondues. Toutefois, certaines complications post opératoires peuvent survenir, elles sont de type [129] :

- Abscess de la paroi.
- Eviscération.
- Péritonites post opératoires.
- Fistules duodénales.
- Sténoses gastroduodénales.

Les péritonites aiguës

- Hémorragies digestives.
- Vomissements.

Dans certains cas, ces complications imposent une réintervention chirurgicale, dont les critères sont bien codifiés et présentés dans le tableau 28.

Tableau 30 :Les critères de réintervention des patients opérés pour péritonites.

Formels	Surveillance renforcée
Défaillance viscérale.	Hyperleucocytose croissante.
Pus ou liquide dans les drains.	Fièvre isolée inexpliquée.
Signes locaux cliniques et radiologiques.	Troubles de transit isolés.
Forte doute diagnostic.	Signes biologiques de défaillance.



La péritonite aiguë se définit comme une inflammation brutale et diffuse de la séreuse péritonéale d'origine bactérienne ou chimique. Elle constitue une urgence vitale nécessitant une hospitalisation et une prise en charge thérapeutique rapide.

L'étude rétrospective portant sur 400 patients présentant une PA a permis de ressortir avec quelques points fondamentaux se rapportant aux objectifs de l'étude :

- La PA occupe une place de choix pathologie abdominale d'urgence en termes de fréquence et de gravité.
- Le malade présentant une péritonite correspond, en général, à un profil épidémiologique particulier se rapportant à : l'âge jeune, le sexe masculin, le niveau socioéconomique bas, les antécédents de pathologies ulcéreuses, le tabagisme et l'alcoolisme.
- Les étiologies des péritonites sont multiples et variées mais restent dominées par les péritonites appendiculaires.
- Le pronostic de la péritonite dépend de l'étiologie, de la précocité du traitement, du terrain et de l'âge.



RÉSUMÉ

La péritonite aiguë généralisée se définit comme une inflammation brutale et diffuse de la séreuse péritonéale et constitue une urgence médico-chirurgicale grave.

L'objectif de notre étude était de déterminer la fréquence ainsi que les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs des péritonites aiguës prises en charge au service de chirurgie générale de l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech.

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive sur une période de cinq ans, allant de janvier 2020 à décembre 2024, incluant 400 patients hospitalisés pour péritonite aiguë parmi 6105 admissions, soit une fréquence de 6,55 %.

Le délai de consultation dépassait 72 heures dans 60 % des cas. La douleur abdominale diffuse constituait le principal motif de consultation. Les vomissements étaient présents dans 79,5 % des cas. À l'examen clinique, la contracture abdominale était retrouvée dans 62,25 % des cas.

L'ASP montrait un pneumopéritoine dans 32,5 % des cas, tandis que l'échographie abdominale objectivait un épanchement péritonéal dans 94,81 % des cas.

Les principales étiologies étaient la péritonite appendiculaire (44 %), la perforation d'ulcère gastro-duodénal (30,75 %) et les péritonites post-traumatiques (15,25 %). La prise en charge reposait sur une réanimation préopératoire, une antibiothérapie probabiliste et un traitement chirurgical adapté à l'étiologie.

L'évolution était favorable dans 94,75 % des cas. Des complications postopératoires étaient notées dans 3,5 % des cas. La mortalité était de 1 %.

En conclusion, la péritonite aiguë demeure fréquente dans notre contexte. Le retard de consultation constitue un facteur majeur de gravité. Une prise en charge précoce et adaptée permet d'améliorer nettement le pronostic.

Mots-clés : péritonite aiguë, épidémiologie, clinique, paraclinique, traitement, évolution.

Abstract

Acute generalized peritonitis is defined as an abrupt and diffuse inflammation of the peritoneal serosa and represents a serious medico-surgical emergency.

The objective of our study was to determine the frequency and describe the epidemiological, clinical, paraclinical, therapeutic and outcome aspects of acute peritonitis managed in the General Surgery Department of Ibn Tofail Hospital in Marrakech.

We conducted a retrospective descriptive study over a five-year period from January 2020 to December 2024, including 400 patients hospitalized for acute peritonitis among 6105 admissions, corresponding to a frequency of 6.55%.

The consultation delay exceeded 72 hours in 60% of cases. Diffuse abdominal pain was the main presenting symptom. Vomiting was present in 79.5% of cases. On clinical examination, abdominal rigidity was found in 62.25% of patients.

Plain abdominal radiography showed pneumoperitoneum in 32.5% of cases, while abdominal ultrasound revealed peritoneal effusion in 94.81% of cases.

The main etiologies were appendicular peritonitis (44%), perforated peptic ulcer (30.75%), and post-traumatic peritonitis (15.25%).

Management was based on preoperative resuscitation, probabilistic antibiotic therapy, and surgical treatment adapted to the etiology.

The outcome was favorable in 94.75% of cases. Postoperative complications were observed in 3.5% of patients. The mortality rate was 1%.

In conclusion, acute peritonitis remains frequent in our context. Delay in consultation is a major factor of severity. Early and appropriate management significantly improves prognosis.

Keywords: acute peritonitis, epidemiology, clinical features, paraclinical, treatment, outcome.

الملخص

يُعرّف التهاب الصفاق الحاد المعمم بأنه التهاب مفاجئ وشامل للغشاء البريتوني، ويُعد من الحالات الاستعجالية الخطيرة في الجراحة.

تهدف هذه الدراسة إلى تحديد تواتر المرض ودراسة الجوانب الوبائية والسرييرية وشبه السرييرية والعلاجية والتطورية لحالات التهاب الصفاق الحاد المعالجة بمصلحة الجراحة العامة بمستشفى ابن طفيل بمراكش.

أُجريت دراسة وصفية استعادية خلال فترة خمس سنوات، من يناير 2020 إلى ديسمبر 2024، شملت 400 مريضاً من بين 6105 حالة استشفاء، بنسبة انتشار بلغت 6,55%. تجاوزت مدة التأخر في الاستشارة 72 ساعة في 60% من الحالات. وكان الألم البطني المعمم هو العرض الرئيسي. سُجّل القيء لدى 79,5% من المرضى. وأظهر الفحص السرييري وجود تصلب بطني في 62,25% من الحالات.

أظهر التصوير البسيط للبطن وجود هواء حر داخل البطن في 32,5% من الحالات، بينما كشفت الإيكوغرافية البطنية عن انصباب صفاقي في 94,81% من الحالات.

تمثلت الأسباب الرئيسية في التهاب الصفاق الناتج عن الزائدة الدودية (44%)، وانتقاب القرحة الهضمية (30,75%)، و التهاب الصفاق بعد الرضوض (15,25%). اعتمد العلاج على الإنعاش قبل الجراحة، والمضادات الحيوية، والتدخل الجراحي المناسب حسب السبب.

كانت النتيجة جيدة في 94,75% من الحالات، وسُجلت مضاعفات بعد الجراحة في 3,5% من المرضى، بينما بلغت نسبة الوفيات 1%.

خلاصة القول، يبقى التهاب الصفاق الحاد شائعاً في سياقنا، ويُعد تأخر الاستشارة الطبية عاملاً أساسياً في سوء الإنذار. ويساهم التشخيص المبكر والتكفل العلاجي المناسب في تحسين النتائج بشكل واضح.

الكلمات المفتاحية:

التهاب الصفاق الحاد، الوبائيات، العلامات السرييرية، الفحوصات المساندة، العلاج، التطور.



Fiche d'exploitation

Annexe 1 : Fiche d'exploitation

I. Identité :

- Nom :
- Prénom :
- Sexe :
- Age :
- Numéro d'entrée :
- Date d'entrée :

II. Motif de consultation :

III. Antécédents :

1. Médicaux :

- Épigastalgies chroniques ☐ oui ☐ non
- Ulcère gastroduodéal ☐ oui ☐ non
- Prise médicamenteuse ☐ oui ☐ non
- Si oui lequel.....
- Jeûne prolongé ☐ oui ☐ non
- Antécédents de diverticulose ☐ oui ☐ non
- Antécédents de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) ☐ oui ☐ non
- Lithiase vésiculaire connue ☐ oui ☐ non

- Traumatisme abdominal ☐ oui ☐ non
- Si oui ☐ Ouvert ☐ Fermé

2. Chirurgicaux :

- Chirurgie abdominale : ☐ oui ☐ non
- Si oui ☐ Sus-mésocolique ☐ Sous-mésocolique

Si oui laquelle.....
.....

- Autres :

3. Toxiques :

- Tabagisme chronique ☐ oui ☐ non
- Alcoolisme ☐ oui ☐ non
- Autres.....

IV. Etude clinique :

1. Signes Fonctionnels :

- Début de la symptomatologie : ☐ Brutal ☐ Progressif
- Localisation initiale de la douleur:
- ☐ Hypochondre droit ☐ Epigastre ☐ Hypochondre gauche
- ☐ Flanc droit ☐ Région ombilicale ☐ Flanc gauche
- ☐ Fosse iliaque droite ☐ Hypogastre ☐ Fosse iliaque gauche
- Vomissements ☐ oui ☐ non

- Coliques hépatiques ☐ oui ☐ non
- Hémorragie digestive ☐ oui ☐ non
- Troubles de transit ☐ oui ☐ non
- Autres.....

2. Signes Généraux :

- ☐ oui ☐ non
- Fièvre ☐ oui ☐ non
- Déshydratation. ☐ oui ☐ non
- Ictère ☐ oui ☐ non
- Œdème des membres inférieurs ☐ oui ☐ non

- Tension artérielle

- ☐ Hypertension artérielle ☐ Normotension artérielle ☐ Hypotension artérielle

- Fréquence cardiaque

- ☐ Tachycardie ☐ Normocardie ☐ Bradycardie

- Fréquence respiratoire

- ☐ Polypnée ☐ Eupnée ☐ Bradypnée

- Autres.....

3. Signes Physiques :

- Inspection :

- Abdomen immobile ☐ oui ☐ non
- Abdomen cicatriciel ☐ oui ☐ non
- Distension abdominale ☐ oui ☐ non

-Circulation collatérale ☐ oui ☐ non

- Palpation :

-Sensibilité abdominale ☐ oui ☐ non

-Défense abdominale ☐ oui ☐ non

-Contracture abdominale ☐ oui ☐ non

- Percussion :

-Météorisme diffus ☐ oui ☐ non

-Disparition de matité préhépatique

☐ oui ☐ non

-Matité déclive ☐ oui ☐ non

- Toucher rectal

-Cri du douglas ☐ oui ☐ non

-Bombement du douglas ☐ oui ☐ non

4. Examens complémentaires :

4.1. Examens radiologiques :

- Radiographie du thorax de face centrée sur les coupes diaphragmatiques :

- Pneumopéritoine ☐ oui ☐ non

- Autres.....

- ASP face debout :

☐ Normale ☐ Niveaux hydroaériques

☐ Grisaille diffuse ☐ Pneumopéritoine

• Si niveaux hydroaériques :

☐ Grêlique ☐ Colique ☐ Mixte

- Echographie abdominale :

☐ Faite ☐ Non faite

- Si faite : résultats :

- Epanchement : ☐ oui ☐ non

-Si oui :

☐ De grand abondance ☐ De moyenne abondance ☐ De faible abondance

- Échostructure hépatique normale : ☐ oui ☐ non

- Échostructure rénale normale : ☐ oui ☐ non

- Échostructure splénique normale : ☐ oui ☐ non

- Vésicule biliaire normale : ☐ oui ☐ non

- Autres :.....

.....

.....

- Scanner abdominal :

☐ Fait ☐ Non fait

-Résultats :

- Pneumopéritoine ☐ oui ☐ non

- Epanchement liquidien ☐ oui ☐ non

- Infiltration péri appendiculaire ☐ oui ☐ non

- Diverticulite ☐ oui ☐ non

- Autres.....

.....

.....

4.2. Examens biologiques :

- Numération de la formule sanguine:

- Hyperleucocytose ☐ oui ☐ non

- Anémie ☐ oui ☐ non

-Autres.....

.....

- Bilan rénal:

☐ Normal

☐ Insuffisance rénale

- Bilan hépatique :

☐ Normal

☐ Cytolyse

☐ Cholestase

- Lipasémie :

☐ Normal

☐ Supérieure à 3 fois la normale

☐ Autres

.....

.....

V. Prise en charge thérapeutique :

1. Traitement médical :

- Sonde nasogastrique ☐ oui ☐ non

- VPP+rééquilibration hydroélectrolytique ☐ oui ☐ non

- Antibiothérapie en intraveineuse direct ☐ oui ☐ non

- Quelle association :.....
.....

- Prévention de maladie thromboembolique ☐ oui ☐ non

-Autres.....
.....
.....

2. Traitement chirurgical :

-Voie d'abord :

☐ Laparotomie ☐ Coelioscopie

- Prélèvement bactériologique du liquide intra-péritonéal :

☐ Fait ☐ Non fait

2.1 Exploration :

- Epanchement péritonéal ☐ oui ☐ non

- Si oui:

☐ Purulent ☐ Hématique ☐ Stercoral ☐ Séreux
☐ Autres

- Perforation d'organes creux ☐ oui ☐ non

- Si oui:

☐ Estomac ☐ Duodénum ☐ Jéjunum ☐ Iléon

☐ Appendice ☐ Côlon ☐ Rectum

- Lésion d'organes pleins ☐ oui ☐ non

- Si oui:

☐ Foie ☐ Rate ☐ Pancréas ☐ Rein ☐ Autres

- Fausse membrane ☐ oui ☐ non

- Corps étranger ☐ oui ☐ non

- Autres.....
.....
.....

3. Traitement étiologique :

- Appendicectomie ☐ oui ☐ non

- Sutures simple de l'ulcère ☐ oui ☐ non

- Si oui:

☐ Gastrique ☐ Duodénal

- Résection digestive ☐ oui ☐ non

- Si oui:

☐ Grêlique ☐ Colique

- Anastomose ☐ oui ☐ non

- Stomie ☐ oui ☐ non

- Si oui:

☐ Grêlique ☐ Colique

-Autres.....
.....
.....

- Toilette péritonéale
.....

-Drainage : ☐ oui ☐ non

- Si oui:

☐ Drain ☐ Lame

VI. Evolution Post-opératoire :

- Durée de séjour :.....

- Bonne évolution ☐ oui ☐ non

- Complications :

- Mortalité: ☐ oui ☐ non

- Morbidité : ☐ oui ☐ non

* Complications locales :

-Reprise de transit ☐ oui ☐ non

-Iléus réflexe ☐ oui ☐ non

-Disparition des signes péritonéaux

☐ oui ☐ non

-Etat de cicatrice :

☐ Propre ☐ infectée ☐ lâchage de sutures

-Reprise chirurgicale ☐ oui ☐ non

- Si oui:

☐ Pour péritonite post opératoire ☐ Pour hémorragie post opératoire

* Complications générales :

-Fièvre ☐ oui ☐ non

-Accident thromboembolique ☐ oui ☐ non

-Décompensation d'une comorbidité ☐ oui ☐ non

-Autres :

* Etat hémodynamique, diurèse.....

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

Annexes 2 The APACHE II Severity of Disease Classification System.

Physiologic Variable	High Abnormal Range					Low Abnormal Range				
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4	
Temperature - rectal (°C)	≥41°	39 to 40.9°		38.5 to 38.9°	36 to 38.4°	34 to 35.9°	32 to 33.9°	30 to 31.9°	≤29.9°	
Mean Arterial Pressure - mm Hg	≥160	130 to 159	110 to 129		70 to 109		50 to 69		≤49	
Heart Rate (ventricular response)	≥180	140 to 179	110 to 139		70 to 109		55 to 69	40 to 54	≤39	
Respiratory Rate (non-ventilated or ventilated)	≥50	35 to 49		25 to 34	12 to 24	10 to 11	6 to 9		≤5	
Oxygenation: A-aDO ₂ or PaO ₂ (mm Hg) a. FIO ₂ ≥0.5 record A-aDO ₂ b. FIO ₂ <0.5 record PaO ₂	≥500	350 to 499	200 to 349		<200 PO ₂ >70	 PO ₂ 61 to 70		PO ₂ 55 to 60	PO ₂ <55	
Arterial pH (preferred)	≥7.7	7.6 to 7.69		7.5 to 7.59	7.33 to 7.49		7.25 to 7.32	7.15 to 7.24	<7.15	
Serum HCO ₃ (venous mEq/l) (not preferred, but may use if no ABGs)	≥52	41 to 51.9		32 to 40.9	22 to 31.9		18 to 21.9	15 to 17.9	<15	
Serum Sodium (mEq/l)	≥180	160 to 179	155 to 159	150 to 154	130 to 149		120 to 129	111 to 119	≤110	
Serum Potassium (mEq/l)	≥7	6 to 6.9		5.5 to 5.9	3.5 to 5.4	3 to 3.4	2.5 to 2.9		<2.5	
Serum Creatinine (mg/dl) Double point score for acute renal failure	≥3.5	2 to 3.4	1.5 to 1.9		0.6 to 1.4		<0.6			
Hematocrit (%)	≥60		50 to 59.9	46 to 49.9	30 to 45.9		20 to 29.9		<20	
White Blood Count (total/mm ³) (in 1000s)	≥40		20 to 39.9	15 to 19.9	3 to 14.9		1 to 2.9		<1	
Glasgow Coma Score (GCS) Score = 15 minus actual GCS										
A. Total Acute Physiology Score (sum of 12 above points)										
B. Age points (years) ≤44=0; 45 to 54=2; 55 to 64=3; 65 to 74=5; ≥75=6										
C. Chronic Health Points (see below)										
Total APACHE II Score (add together the points from A+B+C)										

Annexe3 Mannheim peritonitis index scoring

Risk Factor		Weighting If present
Age > 50 years		5
Female sex		5
Organ failure		7
Malignancy		4
Preoperative duration of peritonitis > 24h		4
Origin of sepsis not colonic		4
Diffuse generalized peritonitis		6
Exudate	Clear	0
	Cloudy, Purulent	6
	Fecal	12
Definitions of Organ Failure		
Kidney	- Creatinine level > 177 µmol/L - Urea level > 16.7 mmol/L - Oliguria < 20 ml/h	
Lung	- PO ₂ < 50 mmHg - PCO ₂ > 50 mmHg	
Shock	- Hypodynamic or Hyperdynamic	
Intestinal obstruction	- Paralysis > 24h or complete mechanical obstruction	

BIBLIOGRAPHIE

1. Peritonitis and Abdominal Sepsis: Background, Anatomy, Pathophysiology. 29 oct2024 [cité 20 oct 2025]; Disponible sur: <https://emedicine.medscape.com/article/180234-overview?form=fpf>
2. **Sartelli M, Chichom-Mefire A, Labricciosa FM, Hardcastle T, Abu-Zidan FM, Adesunkanmi AK, et al.** *The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections.* World J Emerg Surg. 2017;12:29.
3. **Mazuski JE, Tessier JM, May AK, Sawyer RG, Nadler EP, Rosengart MR, et al.** The Surgical Infection Society Revised Guidelines on the Management of Intra-Abdominal Infection. Surg Infect (Larchmt). janv 2017;18(1):1-76.
4. **De Backer D.** Novelties in the evaluation of microcirculation in septic shock. J Intensive Med. 30 avr 2023;3(2):124-30.
5. **Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, Rodvold KA, Goldstein EJC, Baron EJ, et al.** Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 15 janv 2010;50(2):133-64.
6. **Kosloske AM, Love CL, Rohrer JE, Goldthorn JF, Lacey SR.** The diagnosis of appendicitis in children: outcomes of a strategy based on pediatric surgical evaluation. Pediatrics. janv 2004;113(1 Pt 1):29-34.
7. **Sow O, Diouf C, Kakpo ROA, Traore A, Diallo I, Fall B.** Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées : à propos de 51 cas. Rev Afr Chir Spéc. 2023;17(2):21-26.
8. **Azgaou I.** Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des péritonites aiguës : étude rétrospective sur 2 ans au CHU Mohammed VI de Marrakech [Thèse de doctorat en médecine]. Marrakech : Université Cadi Ayyad; 2011.
9. **Bazhar S, Benaissa E, Ziad F, Laamara L, Ben Lahlou Y, Chadli M, et al.** Bacteriological profile of community peritonitis operated in a Moroccan Hospital. Access Microbiol. 2024;6(10):000816.v5.
10. Elsan [Internet]. [cité 24 oct 2025]. Péritonite. Disponible sur: <https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladie-digestive/peritonite-definition-causes-traitements>
11. Malangoni MA, Inui T. Peritonitis – the Western experience. World Journal of Emergency Surgery. 5 sept 2006;1(1):25.
12. **Jean, Y.M. and Jean, L.C. (2001)** Péritonite Aigue. La Revue du Praticien (Paris), 51, 2141-2145. – References – Scientific Research Publishing [Internet]. [cité 24 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3588346>
13. **Schein M, Wittmann DH.** The history of the management of peritonitis. *World J Surg.* 1999;23(1):1-8.

14. **Wittmann DH, Schein M, Condon RE.**
Management of secondary peritonitis. *Ann Surg.* 1996;224(1):10–18.
15. **Rouvière H, Delmas A.**
Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle. Tome 2 : Le Tronc. Paris: Masson; 1998.
16. **Standring S.**
Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice. 42nd ed. Elsevier; 2020.
17. **Kamina F.**
Dictionnaire Atlas d'Anatomie. Tome A–I. Paris: Maloine S.A. Éditeur; 1983. p. 74–86.
18. **Kamina P.**
Dictionnaire Atlas d'Anatomie. Tome P–Z. Paris: Maloine S.A. Éditeur; 1983. p. 1742–1744.
19. **Fagniez PL, Serpeau R, Thomson C.**
Péritonites aiguës. Encyclopédie Médico–Chirurgicale (Estomac–Intestin). Paris: Elsevier Masson; 1982. 9045 A10:1–6.
20. **Chevalier JM.**
Anatomie : Le Tronc. Paris: Flammarion Médecine–Sciences; 1998.
21. **Netter FH.**
Atlas d'anatomie humaine. 7e éd. Paris: Elsevier Masson; 2019.
22. **Solass W, Struller F, Horvath P, Königsrainer A, Sipos B, Weinreich FJ.**
Morphology of the peritoneal cavity and pathophysiological consequences. *Pleura Peritoneum.* 2017;1(4):193–201.
23. **Dalley AF.**
Anatomie médicale. Paris: Elsevier Masson; p. 209–218.
24. **Le Treut YP.**
Péritonites aiguës : physiopathologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement. *Rev Prat (Paris).* 1993;43(3):259–262.
25. **Gorbach SL.**
Microbiology of the gastrointestinal tract. In: Baron S, editor. *Medical Microbiology.* 4th ed. Galveston (TX): University of Texas Medical Branch; 1996.
26. **Dieterich W, Schink M, Zopf Y.**
Microbiota in the gastrointestinal tract. *Med Sci (Basel).* 2018;6(4):116.
27. **Bull MJ, Plummer NT.**
The human gut microbiome in health and disease. *Integr Med (Encinitas).* 2014;13(6):17–22.
28. **Allali I, Boukhatem N, Bouguenouch L, et al.**
Gut microbiome of Moroccan colorectal cancer patients. *Med Microbiol Immunol.* 2018;207(3–4):211–225.
29. **Benhamou C.**
Microbiote intestinal et obésité [thèse]. Rabat: Université Mohammed V; 2022.
30. **Cusumano G, Flores GA, Venanzoni R, Angelini P.**
Impact of antibiotic therapy on intestinal microbiota. *Antibiotics.* 2025;14(4):371.

31. World Gastroenterology Organisation. *Intra-abdominal infections*. WGO; 2023.
32. **Moine P.**
Physiopathologie du péritoine lors de l'inflammation. In: *Conférences d'actualisation*. Paris: Elsevier Masson; 2004. p. 355–362.
33. **Brown D, Vashisht R, Caballero Alvarado JA.**
Septic peritonitis. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Oct 23]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526129/>
34. **Montravers P.**
Péritonites. *EMC – Urgences*. Paris: Elsevier Masson; 2005. Article 36–726–A–30.
35. **Kalra A, Wehrle CJ, Tuma F.**
Anatomy, Abdomen and Pelvis, Peritoneum. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cité 20 oct 2025]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534788/>
36. **Moore KL, Dalley AF, Agur AMR.**
Clinically Oriented Anatomy. 8th ed. Wolters Kluwer; 2018.
37. Isaza–Restrepo A, Martin–Saavedra JS, Velez–Leal JL, Vargas–Barato F, Riveros–Dueñas R. The Peritoneum: Beyond the Tissue – A Review. *Front Physiol*. 2018;9:738.
38. **Liu Y, Hu J nan, Luo N, Zhao J, Liu S chang, Ma T, et al.**
The Essential Involvement of the Omentum in the Peritoneal Defensive Mechanisms During Intra–Abdominal Sepsis. *Front Immunol* [Internet]. 18 mars 2021 [cité 21 oct 2025];12. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/immunology/articles/10.3389/fimmu.2021.631609/full>
39. **Collard MK, Christou N, Lakkis Z, Mège D, Bridoux I, Millet I, Sabbagh C, Loriau J, Lefevre JH, Ronot M, Maggiori L;**
pour la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD) et la Société d'Imagerie Abdominale et Digestive (SIAD). Appendicite de l'adulte : recommandations pour la pratique clinique de la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD) et de la Société d'Imagerie Abdominale et Digestive (SIAD). *J Chir Viscérale*. 2021;158(3):263–273.
40. **Bertleff MJOE, Lange JF.**
Perforated peptic ulcer disease. *Dig Surg*. 2010;27(3):161–169.
41. **Rabi A.**
Les péritonites par perforation d'ulcère gastro-duodénal chez l'adulte. Thèse de médecine. Marrakech; 2016.
42. **Grati G, Louzi M, Noomene F, et al.**
Les péritonites biliaires primitives. *Ann Chir*. 2006;131:96–99.
43. **Traoré M.**
Péritonite aiguë : Aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique à l'hôpital de district de la commune IV de Bamako. Thèse de médecine. Bamako (ML) : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB); 2025.

44. Kenhub [Internet]. [cité 4 nov 2025]. Péritoine et cavité péritonéale. Disponible sur: <https://www.kenhub.com/fr/library/anatomie/peritoine-et-cavite-peritoneale>
45. **Netter.**
Péritonite de la paroi abdominale postérieure. Cavité péritonéale, planche 257, section IV.
46. **Netter.**
Bourse omentale : estomac récliné. Cavité péritonéale, planche 225, section VI.
47. **Netter.**
Duodénum in situ. Viscères (intestin), planche 261, section IV.
48. **Diakité D.**
Péritonites aiguës au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. Thèse de médecine. Bamako (ML) : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2023. N°23M215.
49. **Cikwanine JPB, Alumeti DM, Kivukuto JM, Ise-Somo PK, Yoyu JT, Maroyi KR, et al.** Epidemiological, clinical and prognosis aspects of acute generalized peritonitis in South-Kivu Province: descriptive observational study of 278 cases. The Pan African Medical Journal [Internet]. 2 janv 2024 [cité 13 nov 2025];47(1). Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/47/1/full>
50. **Choua O, Ali MM, Kaboro M, Moussa KM, Anour M.**
Etiological, clinical, and therapeutic aspects of acute generalized peritonitis in N'Djamena, Chad. Med Sante Trop. 1 août 2017;27(3):270–3.
51. **Prasad NBG, Reddy KB.**
A study of acute peritonitis: evaluation of its mortality and morbidity. International Surgery Journal. 8 déc 2016;3(2):663–8.
52. **Al Bisher HM, Alsaleem HA, Althumairi A, Almadan AH, Alaseel H, Alqattan HS, et al.**
The Incidence of Acute Peritonitis Secondary to Different Sites of Viscus Perforation. Cureus. 15(12):e50479.
53. **Bhaskar A, Alishala L.**
Acute peritonitis: a clinical study. Int J Surg Sci. 2020;4(2):85–90.
doi:10.33545/surgery.2020.v4.i2b.401
54. **Mariko S.**
Les péritonites par perforation gastrique et/ou duodénale au CSRéf Commune III. Thèse de médecine. Bamako (ML) : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2024. N°24M320.
55. **Diaby H.B.**
Péritonites par perforation d'ulcère gastro-duodéal au CHU Gabriel Touré. Thèse de médecine. Bamako (ML) : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2013. N°13M227.
56. **Siddeye A.**
Les perforations d'ulcère gastro-duodéal au CHU du Point-G. Thèse de médecine. Bamako (ML) : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2009. N°09M194.

57. **El Hamidi B.**
Péritonite par perforation d'ulcère gastro-duodéal : à propos de 247 cas. Thèse de médecine. Fès (MA) : Université Sidi Mohamed Ben Abdellah; 2007. N°28-07.
58. **Bouaggad E.**
Les péritonites aiguës généralisées chez l'adulte à l'hôpital El Ghassani à Fès [thèse de doctorat en médecine]. Casablanca : Faculté de Médecine et de Pharmacie ; 2001. N° 269.
59. **Baghad I, Bellebab A, Cherkaoui A, Loukili O, Chihab F.**
Les complications des ulcères gastroduodénaux au cours du Ramadan. *Espérance Médicale, Gastrologie*. 2010;170:380-3
60. **Ko KA, Lee DK.**
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug-Induced Peptic Ulcer Disease. *Korean J Helicobacter Up Gastrointest Res*. mars 2025;25(1):34-41.
61. **Malik TF, Gnanapandithan K, Singh K.**
Peptic Ulcer Disease. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cité 30 oct 2025]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534792/>
62. **Narum S, Westergren T, Klemp M.**
Corticosteroids and risk of gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. 1 mai 2014 [cité 30 oct 2025]; Disponible sur: <https://bmjopen.bmj.com/content/4/5/e004587>
63. **Svanes C, Søreide JA, Skarstein A, Fevang BT, Bakke P, Vollset SE, et al.**
Smoking and ulcer perforation. *Gut*. août 1997;41(2):177-80.
64. **L'Helgouarc'h JL, Feschand F, Benoit L, et al.**
Traitement des ulcères duodénaux perforés par laparoscopie : 35 cas. *Presse Med*. 2000 Sep 23;29(27):1487-90.
65. **Traoré L.S.**
Étude des péritonites aiguës aux CHU de Kati. Thèse de médecine. Bamako (ML) : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2014. N°112.
66. **Abro S, Qureshi SH, Hameed F, Ahmed A, Yousif S.**
Clinical Presentation and Surgical Outcome in Patients Presented with Peritonitis. *Journal of Pharmaceutical Research International*. 7 juin 2021;185-90.
67. **Mercier O.**
Péritonites aiguës. In: Collection Hippocrate. Paris: Servier; 2005. p. 275:1-12.
68. **Dupont H.**
Péritonites : difficultés diagnostic : Terrain, contexte. *Conférences d'actualisation*. 2004; p. 363-71.
69. **Maître S, Musset D.**
Explorations radiologiques dans le diagnostic des péritonites aiguës. *Méd Mal Infect*. 1995;25:67-77.
70. **Sibert A, Zappa M.**
Imagerie des péritonites. *Conférences d'actualisation*. 2004; p. 373-375.

71. **Bansal J, Jenaw RK, Rao J, Kankaria J, Agrawal NN.**
Effectiveness of plain radiography in diagnosing hollow viscus perforation: study of 1,723 patients of perforation peritonitis. *Emerg Radiol.* avr 2012;19(2):115–9.
72. **Luthi F, Kaeser P, Hebert D, Desart T, Tschantz P.**
Perforation cardiaque d'un ulcère gastrique : une cause inhabituelle de décès après résection œso-gastrique pour carcinome épidermoïde de l'œsophage. *Rev Med Suisse Romande.* 1999;119:59–62.
73. **Fu J, Zhou X, Chen L, Lu S.**
Abdominal Ultrasound and Its Diagnostic Accuracy in Diagnosing Acute Appendicitis: A Meta-Analysis. *Front Surg.* 28 juin 2021;8:707160.
74. **Filippone A, Cianci R, Ridolfi L, et al.**
CT findings in acute peritonitis: a pattern-based approach. *Radiol Med.* 2015;120(9):876–88.
75. **Marrie A, Bruot O, Ganne P-A, Laurent V, Regent D.**
Appendicite. In: *EMC – Techniques chirurgicales. Appareil digestif.* 2008;40–500. Elsevier Masson SAS; 2008.
76. **Dieng M, Ndiaye Aï, Ka O, Konate I, Dia A, Touré CT.**
Aspects étiologiques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées d'origine digestive: une série de 207 cas en cinq ans. *Mali Médical.* 2006;XXI:47–51.
77. **Rendra A, Budianto A.**
Peritonitis profile in Saiful Anwar General Hospital Malang. *Indonesian Journal of General Surgery (IJGS).* 2020;1(1):12–16.
78. **Abid M, Ben Amar M, GuiratMoheddine A, Cheikhrouhou H, Amouri A, Khelif M, et al.**
[Laparoscopic treatment of perforated duodenal ulcer: 84 cases in Tunisia]. *Med Trop (Mars).* déc 2009;69(6):569–72.
79. **Sagri A.**
Péritonite par perforation d'ulcère : à propos de 400 cas. Thèse n°289. Casablanca: Faculté de Médecine; 1998
80. **Traoré SS, Sanou J, Bonkougou G.**
Les perforations des ulcères gastroduodénaux au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. *Rev Cames Sér A Sci Santé.* 1999;1:39–42.
81. **Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, Bingener J, Møller MH, Ohene-Yeboah M, et al.**
Perforated peptic ulcer. *The Lancet.* 26 sept 2015;386(10000):1288–98.
82. **Bali RS, Sharma AK, Soni RK.**
Etiology and management of perforation peritonitis: perspective from developing world. *International Surgery Journal.* 24 août 2017;4(9):3097–100.
83. **Lebeau R, Diané B, Brouh Y, Kouamé EK, Boua N.**
Péritonites aiguës diffuses secondaires non traumatiques : étiologies et évolution après traitement au CHU de Bouaké. *J Maghr Anesth Réa Med Urg.* 2010;17:200–204.

84. **Agarwal N, Saha S, Srivastava A, Chumber S, Dhar A, Garg S.**
Peritonitis: 10 years' experience in a single surgical unit. *Trop Gastroenterol.* 2007;28(3):117-120.
85. **Dembélé B.**
Étude des péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine. Bamako (ML) : Université de Bamako; 2005.
86. **Menegaux F.**
Plaies et contusion de l'abdomen. *EMC Gastro-entérologie.* 2004;10(1):1-9.
87. **Dieng M, Wilson E, Konaté I, Ngom G, Ndiaye A, Ndoeye JM, Dia A, Touré CT.**
Plaies pénétrantes de l'abdomen : « abstentionnisme sélectif » versus laparotomie systématique. *E-Mémoires Académie Nationale de Chirurgie.* 2003;2(2):22-25.
88. **Ayite A, Etey K, Fetek L, Dassim M, Tchatagba K, et al.** Les plaies pénétrantes de l'abdomen au CHU de Lomé : à propos de 44 cas. *Méd Afr Noire.* 1996;43(12):642-6.
89. **Massomisse P, Essomba A, Kim SW, Fowo S, Gonsu J-D,**
etc. Les plaies pénétrantes asymptomatiques de l'abdomen par arme blanche : pour une exploration sélective. *Médecine d'Afrique Noire.* 1996;43:83-85.
90. **Kriwanek S, Armbruster C, Dittrich K.**
Perforated colorectal cancer. *Chirurg.* 1996;67:123-128.
91. **Norman J, Moodley Y.** Large bowel perforation in patients with colorectal cancer: A South African perspective. *S Afr J Surg.* 2023;61:45-52.
92. **Altomare DF, Ruggiero M, Petrucciani N, et al.**
Perforated colorectal cancer: Clinical presentation and surgical management. *Int J Colorectal Dis.* 2004;19:348-353.
93. **Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH.**
Etiology of small bowel obstruction. *Am J Surg.* 2000;180:33-36.
94. **Di Saverio S, Catena F, Ansaloni L, et al.**
Small bowel obstruction: guidelines for diagnosis and management. *World J Emerg Surg.* 2013;8:20.
95. **Ten Broek RP, Strik C, Van Laarhoven CJ, et al.**
Burden of adhesions in abdominal surgery: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2013;347:f5588.
96. **Grati G, Louzi M, Noomene F, Ghrissi R, Stambouli N, et al.**
Les péritonites biliaires primitives. *Ann Chir.* 2006;131:96-99.
97. **Ouadfel J, Bougtab A, Raddouri N, Amraoui M, Albaroudi S, et al.**
Les péritonites biliaires : à propos de 26 cas. *Médecine du Maghreb.* 1991;25:13-17.
98. **Lo CY, Lorentz TG, Lau PW.**
Strangulated hernia and bowel perforation: clinical features and outcomes. *Surgery.* 2000;128:521-525.

99. **Kingsnorth A, LeBlanc K.**
Management of abdominal hernias. *Lancet*. 2003;362:1849–1859.
100. **Jenkins JT, O'Dwyer PJ.**
Incarcerated and strangulated hernia: epidemiology and diagnosis. *Surg Clin North Am*. 2008;88:251–264.
101. **Peyrin-Biroulet L, Loftus EV, Colombel JF, Sandborn WJ.**
Long-term complications in inflammatory bowel disease. *Lancet*. 2011;378:1471–1482.
102. **Fichera A, Michelassi F.**
Surgical management of complications in Crohn's disease. *Gastroenterol Clin North Am*. 2006;35:649–666.
103. **Gupta A, Trivedi A, Alex G.**
Perforation in ulcerative colitis and Crohn's disease: clinical features and management. *World J Gastrointest Surg*. 2015;7:45–53.
104. **Sanai FM, Bzeizi KI.**
Systematic review: tuberculous peritonitis—presenting features, diagnostic strategies and treatment. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;22:685–700.
105. **Sharma MP, Bhatia V.**
Abdominal tuberculosis. *Indian J Med Res*. 2004;120:305–315.
106. **Chow KM, Chow VC, Hung LC, Wong SM, Szeto CC.**
Tuberculous peritonitis: clinical features, diagnostic strategies and outcomes. *Am J Med*. 2002;113:188–195.
107. **Green PH, Cellier C.**
Celiac disease. *N Engl J Med*. 2007;357:1731–1743.
108. **Lerner A, Jeremias P, Matthias T.** Celiac disease and its complications. *Autoimmun Rev*. 2012;11:1–8.
109. **Rubio-Tapia A, Hill ID, Kelly CP, et al.**
ACG clinical guidelines: diagnosis and management of celiac disease. *Am J Gastroenterol*. 2013;108:656–676.
110. **Montravers P, Blaise M, Cherfaoui S.**
Traitement médical des péritonites. *Conférences d'actualisation*. 2004:383–388.
111. **Troché G.**
Prise en charge des péritonites communautaires. *MAPAR*. 1998:555–559.
112. **Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR).** Prise en charge des péritonites communautaires. Conférences de consensus. 2000:1–13.
113. **Bourgoin A, Léone M, Martin C.**
Prise en charge thérapeutique des péritonites. *Med Mal Infect*. 2004;34:183–95.
114. **Seguin P, Aguilon D, Malledant Y.**
Antibiothérapie des péritonites communautaires. *Ann Chir*. 2003;128:169–79.
115. **Slim K.**
Le lavage péritonéal : une nécessité ou un rituel sans preuve scientifique ? *Ann Chir*. 2003;128:221–2.

116. **Barth X, Monneuse O.**
Péritonites d'origine appendiculaire : prise en charge médicochirurgicale. *Ann Chir.* 2000;125:57-61.
117. **Camara B.**
La péritonite par perforation appendiculaire [thèse de médecine]. Bamako (Mali): Université de Bamako; 2008.
118. **Fterich F, Houissa H, Trika I, Ghériani B, Makhoul M, Cherif I, et al.**
L'approche laparoscopique des péritonites appendiculaires : à propos de 49 cas. *J Cœliochir.* 2003;45:77-83.
119. **Beyrouti MI, Beyrouti R, Abid M, Affes N, Louhichi S, et al.** Résultats thérapeutiques des ulcères duodénaux perforés. *Médecine du Maghreb.* 2010;174:41-8.
120. **Cougard P, Barrat Ch, Gagnel F, Cadière GB, Meyer Ch, Faguiet L, et al.**
Le traitement laparoscopique des perforations ulcéreuses duodénales : résultats de l'enquête multicentrique de la SFCL. *Ann Chir.* 2000;125:726-31.
121. **Waqif A.**
La prise en charge de la péritonite par perforation d'ulcère gastro-duodéal : à propos de 77 cas [thèse de médecine]. Casablanca (Maroc): Faculté de Médecine et de Pharmacie; 1999. Thèse n° 240.
122. **Millat B, Guillon F.**
Traitement chirurgical des péritonites. *Médecine et maladies infectieuses.* 1999;25:134-143.
123. **Peycru T, Avaro JP, Biance N, Tardat E, Balandraud P.**
Prise en charge actuelle des plaies coliques par arme blanche : application en milieu tropical. *Med Trop.* 2006;66:302-305.
124. **Biondo S, Kreisler E, Millan M, Fraccalvieri D, Golda T, Frago R, et al.**
Emergency surgery for perforated colorectal cancer. *Br J Surg.* 2010;97:1525-1531.
125. **Zielinski MD, Merchea A, Heller SF, You YN.**
Management of perforated colon cancer. *World J Surg.* 2011;35:1922-1928.
126. **Ansaloni L, Catena F, Coccolini F, Ercolani G, Gazzotti F, Pasqualini E, et al.**
Guidelines on emergency surgery for colorectal cancer. *World J Emerg Surg.* 2018;13:36.
127. **Muller L, Lefrant JY.**
Péritonites en réanimation : quoi de neuf en 2010 ? *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation.* 2010;29(Suppl 1):S1-S14.
128. **Montravers P, Desmard M, Augustin P.**
Optimisation de l'antibiothérapie des péritonites. In: *MAPAR 2009*. Paris: MAPAR; 2009. p. 219-224.
129. **Montravers P, Gauzit R, Morazin F.**
Avancées thérapeutiques en réanimation : les péritonites. In: *Conférences d'actualisation de la SFAR 2004*. Paris: SFAR; 2004. p. 287-296.

130. **Olausson M, Tolver MA, Gögenur I.**
High risk of short-term mortality and postoperative complications in patients with generalized peritonitis undergoing major emergency abdominal surgery: a cohort study. *Langenbecks Arch Surg.* 2025;410(1):64.
131. **Rao GS, Visweswara Rao B.**
Outcome of patients with acute generalized peritonitis: a single-center study from Andhra Pradesh, India. *Int J Surg Open.* 2020;27:17.
132. **Cissé AH.**
Péritonites aiguës au centre de santé de référence de la Commune I, District de Bamako : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques [thèse de médecine]. Bamako (Mali): Université des Sciences, Techniques et Technologies de Bamako; 2019.



قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي

وأن أصون حياة الانسان في كافة أطوارها في كل الظروف والأحوال

باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق

وأن أحفظ للناس كرامتهم واستر عورتهم وأكتم سرهم

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله

باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد والصالح والطالح والصديق والعدو

وأن أثابر على طلب العلم وأسخره لنفع الانسان لا لأذاه

وأن أوقر من علمني وأعلم من يصغرنني

وأكون أختا لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين على البر والتقوى

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلاانيتي

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين

والله على ما أقول شهيد



التهاب الصِّفاق الحاد أطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2026/01/22
من طرف

السيدة هدى شهر اوي

المزدادة في 2000/07/16 ب خريبكة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

التهاب الصفاق الحاد، الوبائيات، العلامات السريرية، الفحوصات المساندة، العلاج، التطور.

اللجنة

الرئيس	ر.بالخياط	السيد
المشرفة	استاذ في الجراحة العامة أ.حمري	السيدة
	استاذة في الجراحة العامة ي.نرجس	السيد
	استاذ في الجراحة العامة س.لعج	السيدة
الحكام	استاذة طب الأشعة م.الخلوقي	السيد
	استاذ في طب الإنعاش و التخدير	

